

**Das österreichische
Gesundheitssystem**
Akteure, Daten, Analysen

Florian Bachner
Julia Bobek
Katharina Habimana
Joy Ladurner
Lena Lepuschütz
Herwig Ostermann
Lukas Rainer
Andrea E. Schmidt
Martin Zuba
Wilm Quentin
Juliane Winkelmann

European

Observatory



on Health Systems and Policies

a partnership hosted by WHO

Gesundheitssysteme im Wandel

Das österreichische Gesundheitssystem

Akteure, Daten, Analysen

Florian Bachner

Gesundheit Österreich GmbH (GÖG)

Julia Bobek

Gesundheit Österreich GmbH (GÖG)

Katharina Habimana

Gesundheit Österreich GmbH (GÖG)

Joy Ladurner

Gesundheit Österreich GmbH (GÖG)

Lena Lepuschütz

Gesundheit Österreich GmbH (GÖG)

Herwig Ostermann

Gesundheit Österreich GmbH (GÖG)

Lukas Rainer

Gesundheit Österreich GmbH (GÖG)

Andrea E. Schmidt

Gesundheit Österreich GmbH (GÖG)

Martin Zuba

Gesundheit Österreich GmbH (GÖG)

Wilm Quentin

Europäisches Observatorium für
Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik

Juliane Winkelmann

Europäisches Observatorium für
Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik



Das Europäische Observatorium für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik (European Observatory on Health Systems and Policies) unterstützt und fördert eine evidenzbasierte Gesundheitspolitik durch umfassende und gründliche Analysen der Dynamik der Gesundheitssysteme in Europa. Das Observatorium bringt Experten aus Politik, Forschung und Praxis zusammen, die Entwicklungen, Fragen und Themen der Gesundheitspolitik auf Basis von Erfahrungen europäischer Länder analysieren.

Das Europäische Observatorium für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik ist eine Partnerschaft zwischen der Weltgesundheitsorganisation – Regionalbüro für Europa; den Regierungen von Österreich, Belgien, Finnland, Irland, Norwegen, Slowenien, Schweden, Spanien, des Vereinigten Königreichs und der Region Venedig in Italien; der Europäischen Kommission; der Weltbank; UNCAM (Französischer Dachverband der Krankenversicherungsträger); der Health Foundation; der London School of Economics and Political Science (LSE) und der London School of Hygiene & Tropical Medicine (LSHTM). Das Europäische Observatorium hat sein Sekretariat in Brüssel sowie Hubs in London (an der LSE und der LSHTM) und an der Technischen Universität Berlin.

SCHLAGWORTE:

DELIVERY OF HEALTH CARE

EVALUATION STUDIES

FINANCING, HEALTH

HEALTH CARE REFORM

HEALTH SYSTEM PLANS – organization and administration

AUSTRIA

© World Health Organization 2019 (acting as the host organization for, and secretariat of, the European Observatory on Health Systems and Policies).

Alle Rechte reserviert. Das Europäische Observatorium für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik begrüßt Anfragen zur Genehmigung einer Vervielfältigung oder Übersetzung seiner Publikationen, in Teilen oder als Ganzes.

Die in dieser Publikation geäußerten Meinungen der Autoren und Editoren geben nicht notwendigerweise die Beschlüsse und die offizielle Position des Europäischen Observatoriums für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik oder seiner Partner wieder.

Die in diesem Bericht verwendeten Bezeichnungen und dargestellten Materialien repräsentieren in keiner Weise die Ansicht des Europäischen Observatoriums für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik oder seiner Partner hinsichtlich des rechtlichen Status von Staaten, Territorien, Städten, Gebieten oder ihrer Regierungen oder des Verlaufs von Grenzen. Wenn im Tabellenkopf die Benennung „Land oder Gebiet“ aufgeführt wird, bezeichnet dies Länder, Territorien, Städte oder Gebiete. Gepunktete Linien in Karten deuten annähernde Grenzlinien an, für die noch keine vollständige Übereinkunft getroffen ist.

Die Erwähnung bestimmter Firmen oder Produkte spezieller Hersteller bedeutet nicht, dass sie vom Europäischen Observatorium für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik befürwortet oder empfohlen werden und anderen Firmen oder Produkten ähnlicher Art vorgezogen werden, die nicht erwähnt werden. Geschützte Warennamen werden, von Irrtümern und Ausnahmen abgesehen, mit großem Anfangsbuchstaben gekennzeichnet.

Das Europäische Observatorium für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik garantiert nicht die Vollständigkeit und Richtigkeit der Informationen dieser Publikation und ist nicht verantwortlich für Schäden, die aus ihrer Anwendung resultieren.

Empfohlene Zitierweise:

Bachner F, Bobek J, Habimana K, Ladurner J, Lepuschutz L, Ostermann H, Rainer L, Schmidt A E, Zuba M, Quentin W, Winkelmann J. Das österreichische Gesundheitssystem – Akteure, Daten, Analysen, 2019, 20(3): 1 – 288.

INHALTSVERZEICHNIS

Vorwort	v
Danksagung	vii
Abkürzungsverzeichnis	x
Tabellen und Abbildungen	xv
Abstract	xix
Zusammenfassung	xxi
1 Einleitung	1
1.1 <i>Geografie und Soziodemografie</i>	2
1.2 <i>Wirtschaftliche Rahmenbedingungen</i>	3
1.3 <i>Politische Rahmenbedingungen</i>	6
1.4 <i>Gesundheitszustand der Bevölkerung</i>	9
2 Organisation und Steuerung	18
2.1 <i>Überblick über das Gesundheitssystem</i>	19
2.2 <i>Historischer Hintergrund</i>	22
2.3 <i>Organisation</i>	28
2.4 <i>Dezentralisierung und Zentralisierung</i>	39
2.5 <i>Planung</i>	40
2.6 <i>Intersektoralität</i>	43
2.7 <i>Gesundheitsinformationen und -berichterstattung</i>	51
2.8 <i>Regulierung</i>	55
2.9 <i>Stärkung der Patienten</i>	73
3 Finanzierung	79
3.1 <i>Gesundheitsausgaben</i>	80
3.2 <i>Mittelherkunft und Finanzierungsströme</i>	85
3.3 <i>Finanzierung des Krankenversicherungssystems</i>	90
3.4 <i>Ausgaben privater Haushalte</i>	105
3.5 <i>Private Krankenzusatzversicherung</i>	111
3.6 <i>Andere Finanzierungsquellen</i>	114
3.7 <i>Vergütungsmechanismen</i>	117

4	Infrastruktur und Personal	129
4.1	<i>Infrastruktur</i>	130
4.2	<i>Personal</i>	142
5	Erbringung von Gesundheitsdiensten	161
5.1	<i>Öffentliche Gesundheit</i>	162
5.2	<i>Behandlungspfade</i>	170
5.3	<i>Primärversorgung und fachärztliche niedergelassene Versorgung</i>	173
5.4	<i>Intramurale Versorgung</i>	176
5.5	<i>Notfallversorgung</i>	181
5.6	<i>Arzneimittelversorgung</i>	182
5.7	<i>Rehabilitation</i>	186
5.8	<i>Langzeitpflege</i>	189
5.9	<i>Leistungen für betreuende An- und Zugehörige</i>	195
5.10	<i>Hospiz- und Palliativversorgung</i>	197
5.11	<i>Psychosoziale Gesundheitsversorgung</i>	199
5.12	<i>Zahnmedizinische Versorgung</i>	201
5.13	<i>Komplementär- und Alternativmedizin</i>	202
5.14	<i>Gesundheitsleistungen für ausgewählte Bevölkerungsgruppen</i>	203
6	Gesundheitsreformen	205
6.1	<i>Analyse der Reformen</i>	207
6.2	<i>Zukünftige Entwicklungen</i>	225
7	Bewertung des Gesundheitssystems	227
7.1	<i>Angestrebte Ziele des Gesundheitssystems</i>	229
7.2	<i>Finanzielle Absicherung und finanzielle Gerechtigkeit</i>	230
7.3	<i>Patientenerfahrungen und Chancengerechtigkeit beim Zugang zur Gesundheitsversorgung</i>	234
7.4	<i>Gesundheitszustand, Versorgung und Versorgungsqualität</i>	238
7.5	<i>Effizienz des Gesundheitssystems</i>	245
7.6	<i>Transparenz und Verantwortlichkeit</i>	249
8	Schlussfolgerungen	253
9	Anhänge	257
9.1	<i>Literaturverzeichnis</i>	257
9.2	<i>HiT-Methodik und Produktionsprozess</i>	283
9.3	<i>Der Review-Prozess</i>	286
9.4	<i>Über die Autoren</i>	286

VORWORT

Die Profile „Health Systems in Transition“ (HiT, Gesundheitssysteme im Wandel) sind länderspezifische Berichte, die die Gesundheitssysteme und die laufenden bzw. geplanten Reforminitiativen der jeweiligen Länder beschreiben und analysieren. Jeder Bericht wird von Länderexperten in Zusammenarbeit mit den Mitarbeitern des Europäischen Observatoriums erstellt. Um eine größtmögliche Vergleichbarkeit zwischen den einzelnen Ländern zu ermöglichen, liegt den verschiedenen HiT-Profilen ein gemeinsamer Leitfaden zugrunde, der in regelmäßigen Abständen aktualisiert wird. Dieser dient als Orientierungshilfe zur Erarbeitung eines HiT-Profiles und enthält detaillierte Leitlinien und spezifische Fragen, Definitionen und Beispiele, die zur Erstellung des Berichts herangezogen werden.

Die HiT-Profile haben zum Ziel, relevante und vergleichbare Informationen darzustellen, um Entscheidungsträger und Analysten bei der Weiterentwicklung von Gesundheitssystemen in Europa zu unterstützen. Sie sind Bausteine, die verwendet werden können, um:

- Einzelheiten über verschiedene Ansätze bei der Organisation, Finanzierung und Erbringung von Gesundheitsversorgung sowie über die Rolle der Verantwortlichen im Gesundheitssystem zu erfahren;
- Prozess und Inhalt von Programmen zur Reformierung der Gesundheitsversorgung und deren Umsetzung genau zu beschreiben;
- gemeinsame Aufgaben und Gebiete herauszustellen, die einer genaueren Analyse bedürfen;
- Informationen über Gesundheitssysteme zu verbreiten und den Erfahrungsaustausch über Reformstrategien zwischen Entscheidungsträgern und Experten in verschiedenen Ländern zu fördern; und
- Forschungsvorhaben in der vergleichenden Gesundheitssystemanalyse zu unterstützen.

Die Erstellung der HiT-Profile bringt einige methodologische Probleme mit sich. In vielen Ländern liegen wenig Informationen über das Gesundheitsversorgungssystem und die Auswirkungen von Reformen vor. Mangels einer einheitlichen Datenquelle, basieren quantitative Daten über die Gesundheitsversorgung auf einer Reihe unterschiedlicher Quellen, einschließlich der Datenbank „Health for All“ des WHO-Regionalbüros für Europa, nationalen Statistikämtern, Eurostat, Internationalen Währungsfonds (IWF), auf gesundheitsbezogenen Daten der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) und der Weltbank sowie diversen anderen Quellen, die von den Autoren als zweckdienlich erachtet werden. Die Methoden der Datensammlung und zugrunde liegende Definitionen unterscheiden sich zum Teil, sind jedoch üblicherweise innerhalb der jeweiligen Datenserie konsistent.

Standardisierte Profile haben auch gewisse Nachteile, da Finanzierung und Leistungserbringung der Gesundheitsversorgung in den verschiedenen Ländern sehr unterschiedlich sein können. Die Vorteile bestehen jedoch darin, dass sie ähnliche Problemstellungen und Fragen aufwerfen. Die länderspezifischen HiT-Profile können dazu genutzt werden, Entscheidungsträger über Erfahrungen in anderen Ländern zu informieren, die für ihre nationale Situation relevant sind. Sie können auch für vergleichende Untersuchungen über Gesundheitssysteme verwendet werden. Diese Serie wird laufend fortgeführt. Die Dokumente werden in regelmäßigen Zeitabständen aktualisiert.

Kommentare und Anregungen zur Weiterentwicklung und Verbesserung der HiT-Reihe sind jederzeit willkommen und können an contact@obs.who.int gesandt werden.

Die länderspezifischen HiT-Bände und HiT-Zusammenfassungen sind auf der Website des Observatoriums verfügbar (www.healthobservatory.eu).

DANKSAGUNG

Das HiT-Profil Österreich wurde vom Europäischen Observatorium für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik und der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) verfasst, das Mitglied des Netzwerks Health Systems and Policy Monitor (HSPM) ist.

Das HSPM ist ein internationales Netzwerk, das gemeinsam mit dem Observatorium am Länder-Monitoring arbeitet. Es besteht aus national und international hoch angesehenen Partnern, die in ihrem Land über weitreichende Kenntnisse in den Bereichen Gesundheitssysteme, Gesundheitsdienste und Gesundheitsmanagement verfügen. Zur Erstellung und Aktualisierung des HiT- Profils stützen sich die Experten auf ihre umfassenden Netzwerke im Gesundheitsbereich und ihre bisherige erfolgreiche Zusammenarbeit mit dem Observatorium.

Die Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) ist das nationale Forschungs- und Planungsinstitut für das öffentliche Gesundheitswesen in Österreich. Es umfasst das Österreichische Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG), das Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen (BIQG) sowie den Fonds Gesundes Österreich (FGÖ). Alleingesellschafterin der GÖG ist die Republik Österreich, vertreten durch das Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (BMASGK). Die GÖG betreibt unabhängige wissenschaftliche Forschungstätigkeiten. Sie ist an der Vorbereitung nationaler Gesundheitsreformen, politischer Strategien und Regelungen für Gesundheitsdienste in Österreich beteiligt. An der Schnittstelle zwischen Forschung und Politik stützt sie sich auf ein internationales wissenschaftliches Netzwerk, um den politischen Entscheidungsträgern evidenzbasiert Empfehlungen zu unterbreiten.

Dieser HiT wurde von Florian Bachner, Julia Bobek, Katharina Habimana, Joy Ladurner, Lena Lepuschütz, Herwig Ostermann, Lukas Rainer, Andrea E. Schmidt und Martin Zuba (alle Mitarbeiter der GÖG) verfasst. Er wurde von Juliane Winkelmann mit Unterstützung von Wilm Quentin aus dem Team des Europäischen Observatoriums der Technischen

Universität Berlin redigiert. Dieser aktuelle HiT basiert auf der 2013 erschienenen Ausgabe des HiT-Berichts, der von Maria M. Hofmarcher verfasst und von Wilm Quentin redigiert wurde. Diese deutsche Fassung basiert auf der englischen Originalfassung (2018) und wurde von Gernot Koller und Christina Lang von Language Factory übersetzt. Im Vergleich zur englischen Version wurden geringfügige Aktualisierungen auf Basis maßgeblicher System-Neuerungen vorgenommen. Aus Gründen der Lesbarkeit und Länge wurde darauf verzichtet, geschlechtsspezifische Formulierungen zu verwenden. Soweit personenbezogene Bezeichnungen nur in männlicher Form angeführt sind, beziehen sie sich auf Männer und Frauen in gleicher Weise. Daten werden auf Basis des Erkenntnisstandes zu Anfang 2018 dargestellt.

Das Observatorium, die Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) und die Autoren danken Andrea Feigl (OECD), Martin Wenzl (OECD) und Armin Fidler (MCI Management Center Innsbruck) für die Rezension dieses Bands und für ihre umfassenden, stringenten und konstruktiven Anmerkungen. Der Dank der Autoren geht auch an Nick Fahy für die Überarbeitung des Executive Summary (Zusammenfassung).

Ein besonderer Dank gilt auch allen Beteiligten des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz für die Bereitstellung von Informationen und ihre wertvollen Anregungen zu verschiedenen Entwürfen des Manuskripts. Besonders unterstützt wurden die Autoren von Stefan Eichwalder, Christian Halper, Verena Nikolai, Claudia Sedlmeier, Christina Dietscher, Walter Sebek und Thomas Worel vom Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz.

Außerdem bedanken sich die Autoren bei weiteren Experten der Gesundheit Österreich GmbH, die ihre Expertise eingebracht haben. Besonderer Dank (in alphabetischer Reihenfolge) ergeht an: Regina Aistleithner, Gudrun Braunegger-Kallinger, Vera Buhmann, Ines Czasný, Karin Eglau, Alexander Eisenmann, Alexandra Feichter, Stephan Fousek, Gerhard Fülöp, Anita Haindl, Leonie Holzweber, Michael Hummer, Kristin Ganahl, Margit Gombocz, Alexander Grabenhofer-Eggerth, Robert Griebler, Sabine Haas, Sarah Ivansits, Brigitte Juraszovich, Daniela Kern, Reinhard Kern, Eva Kernstock, Stephan Mildschuh, Peter Nowak, Petra Paretta, Brigitte Piso, Sabine Pleschberger, Elisabeth Pochobradsky, Elisabeth Rappold, Daniela Reiter, Ingrid Rosian, Marlene Sator, Gabriele Sax, Peter Schneider, Gabriele

Soyel, Andreas Stoppacher, Sonja Valady, Sabine Vogler, David Wachabauer, Friederike Windisch, Petra Winkler und Nina Zimmermann.

Dank geschuldet ist auch dem WHO-Regionalbüro für Europa für die Zurverfügungstellung der Datenbank „WHO Health for All Database“ zur Datenextraktion, der OECD für die Daten zu Gesundheitsdiensten in Westeuropa sowie der Weltbank für die Daten zu Gesundheitsausgaben in Zentral- und Osteuropa. Die Autoren danken außerdem der Statistik Austria und dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger für die Datenbereitstellung und wertvolle Hinweise zum Bericht, insbesondere von Gottfried Endel, Timo Fischer, Johannes Gregoritsch, Andreas Goltz, Elmar König und Josef Probst.

Das Europäische Observatorium für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik ist eine Partnerschaft zwischen der Weltgesundheitsorganisation – Regionalbüro für Europa, den Regierungen von Österreich, Belgien, Finnland, Irland, Norwegen, Slowenien, Schweden, des Vereinigten Königreichs und der Region Venetien in Italien, der Europäischen Kommission, der Weltbank, UNCAM (Französischer Dachverband der Krankenversicherungsträger), der London School of Economics and Political Science (LSE) und der London School of Hygiene & Tropical Medicine (LSHTM). Das Europäische Observatorium hat sein Sekretariat in Brüssel sowie Hubs in London (an der LSE und der LSHTM) und an der Technischen Universität Berlin.

Das Team des Europäischen Observatoriums, das an den HiT- Profilen arbeitet, wird von Josep Figueras (Leiter), Elias Mossialos, Martin McKee, Reinhard Busse (Co-Direktoren), Ewout van Ginneken, Ellen Nolte und Suszy Lessof geleitet. Verantwortlich für die Koordination des Länder-Monitorings des Observatoriums und der HiT-Reihe ist Anna Maresso. Produktion und Lektorat dieses HiT- Profils wurden von Jonathan North mit Unterstützung von Caroline White und Bookplan (Satz) koordiniert.

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

ABGB	Allgemeines bürgerliches Gesetzbuch
AGES	Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit GmbH
AIDS	Acquired immunodeficiency syndrome (Erworbenes Immunschwächesyndrom)
A-IQI	Austrian Inpatient Quality Indicators – Österreichische Qualitätsindikatoren im stationären Bereich
AK	Österreichische Arbeiterkammer
AM	(Arzt/Ärztin für) Allgemeinmedizin
AMG	Arzneimittelgesetz
ApoG	Apothekengesetz
AschG	ArbeitnehmerInnenschutzgesetz
ASVG	Allgemeines Sozialversicherungsgesetz
ATHIS	Austrian Health Interview Survey (Österreichische Gesundheitsbefragung)
AUVA	Allgemeine Unfallversicherungsanstalt
ASVG	Allgemeines Sozialversicherungsgesetz
ÄAO	Ärzteausbildungsordnung
ÄrzteG	Ärztegesetz
B-VG	Bundes-Verfassungsgesetz
BAD	Betriebsabgangsdeckung
BAK	Bundesamt zur Korruptionsprävention und Korruptionsbekämpfung
BASG	Bundesamt für Sicherheit im Gesundheitswesen
BGA	Bundesgesundheitsagentur
BGK	Bundesgesundheitskommission
BIP	Bruttoinlandsprodukt
BIOG	Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen
BKK	Betriebskrankenkassen
B-KVG	Bauern-Krankenversicherungsgesetz (B-KVG)
B-KUVG	Beamten-Kranken- und Unfallversicherungsgesetz
BMASGK	Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz

BMASK	Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz
BMB	Bundesministerium für Bildung
BMBWF	Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Forschung
BMF	Bundesministerium für Finanzen
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMGF	Bundesministerium für Gesundheit und Frauen
BMGFJ	Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend
BMI	Bundesministerium für Inneres
BMJ	Bundesministerium für Justiz
BMNT	Bundesministerium für Nachhaltigkeit und Tourismus
BMLVS	Bundesministerium für Landesverteidigung und Sport
BPGG	Bundespflegegeldgesetz
BSVG	Bauern-Sozialversicherungsgesetz
B-ZK	Bundes-Zielsteuerungskommission
B-ZV	Bundes-Zielsteuerungsvertrag
CARK	Zentralasiatische Republiken und Kasachstan
COPD	Chronic obstructive pulmonary disease (Chronisch obstruktive Lungenerkrankung)
CMSA	Compulsory medical saving account (Obligatorische Sparkonten für Gesundheitsleistungen)
CT	Computertomographie
DGKP	Diplomierte Gesundheits- und Krankenpfleger
DRG	Diagnosis-related group (Diagnosebezogene Fallgruppen)
EbM	Evidence-based Medicine (Evidenzbasierte Medizin)
e-card	Sozialversicherungs-Chipkarte
EG	Europäische Gemeinschaft
EHIS	European Health Interview Survey (Europäische Gesundheitsbefragung)
ELGA	Elektronische Gesundheitsakte
EKO	Erstattungskodex
EMA	European Medicines Agency (Europäische Arzneimittel-Agentur)
ERN	European Reference Network (Europäisches Referenznetzwerk)
EStG	Einkommensteuergesetz
EU	Europäische Union
EU-15	15 EU-Mitgliedsstaaten vor Mai 2004
EU-28	28 EU-Mitgliedsstaaten am 1. Juli 2013
EU-SILC	EU statistics on income and living conditions (EU-Statistik über Einkommen und Lebensbedingungen)

FAG	Finanzausgleichsgesetz
FFS	Fee-for-Service (Einzelleistungsvergütung)
FGÖ	Fonds Gesundes Österreich
FHStG	Fachhochschulstudiengesetz
FKA	Fondskrankenanstalt
FMA	Finanzmarktaufsicht
FP	Fallpauschale
FPP	Fee per patient/period (Gebühr pro Patient/Zeitraum)
FSVG	Freiberuflichen-Sozialversicherungsgesetz
GBRG	Gesundheitsberuferegister-Gesetz
GFA	Gesundheitsfolgenabschätzung
GfG	Gesundheitsförderungsgesetz
GGP	Großgeräteplan
GKK	Gebietskrankenkassen
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
GQG	Gesundheitsqualitätsgesetz
GSBG	Gesundheits- und Sozialbereich-Beihilfengesetz
GSKVG	Gewerbliches Selbständigen-Krankenversicherungsgesetz
GSVG	Gewerbliches Sozialversicherungsgesetz
GuKG	Gesundheits- und Krankenpflegegesetz
GVG	Grundversorgungsgesetz
HBSC	Health behaviour in school-aged children – Gesundheitsverhalten von Kindern im schulpflichtigen Alter
HDG	Hauptdiagnosegruppe
HebG	Hebammengesetz
HEK	Heilmittel-Evaluierungskommission
HiaP	Health in All Policies – Gesundheit in allen Politikfeldern
HIV	Humanes Immunschwäche-Virus
HPV	Humanes Papillomavirus
HTA	Health technology assessment – Bewertung von Gesundheitstechnologien
HVB	Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger
ICD	International Classification of Diseases (Internationale Klassifikation der Krankheiten)
IGP	Institut für Gesundheitsförderung und Prävention GmbH
IHS	Institut für Höhere Studien
insb.	insbesondere

IKT	Informations- und Kommunikationstechnologie
ILO	International Labour Organization (Internationale Arbeitsorganisation)
INN	International Nonproprietary Name (Internationaler Wirkstoffname / Freiname)
IOTN	Index of Orthodontic Treatment Need (Index der Zahn- und Kieferfehlstellung)
KAL	Katalog ambulanter Leistungen
KAKuG	Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz
KFA	Krankenfürsorgeanstalt
KRAZAF	Krankenanstaltenzusammenarbeitsfonds
KSF	Krankenkassen-Strukturfonds
KV	Krankenversicherung
LBI-HTA	Ludwig Boltzmann Institut für Health Technology Assessment
LDF	Leistungsorientierte Diagnosefallpauschalen
LGF	Landesgesundheitsfonds
LK	Landwirtschaftskammer
LKF	Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung (Österreichisches DRG-System)
L-ZK	Landes-Zielsteuerungskommission
L-ZV	Landes-Zielsteuerungsvertrag
MEL	Medizinische Einzelleistungen
MRT	Magnetresonanztomographie
MPG	Medizinproduktegesetz
NAP	Nationaler Aktionsplan
NGO	Non-governmental organization (Nichtregierungsorganisation)
NOZ	Nationales Qualitätszertifikat
NZFH	Nationales Zentrum Frühe Hilfen
ÖAK	Österreichische Apothekerkammer
ÖÄK	Österreichische Ärztekammer
ÖBIG	Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen
ÖGB	Österreichischer Gewerkschaftsbund
ÖGD	Öffentlicher Gesundheitsdienst
ÖGK	Österreichische Gesundheitskasse
ÖPGK	Österreichische Plattform Gesundheitskompetenz
ÖQMed	Österreichische Gesellschaft für Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement in der Medizin GmbH
ÖRK	Österreichisches Rotes Kreuz

ÖSG	Österreichischer Strukturplan Gesundheit
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development (Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung)
OOP	Out of pocket payments (private Selbstzahlungen)
OTC	Over the counter medicines (rezeptfreie Arzneimittel)
PD	Per diem (Tagessatz)
PET	Positronenemissionstomographie
PHARMIG	Verband der pharmazeutischen Industrie Österreichs
POoE	Private Organisationen ohne Erwerbszweck
PPP	Purchasing Power Parities (Kaufkraftparitäten)
PRIKRAF	Privatkrankenanstalten-Finanzierungsfonds
PrimVG	Primärversorgungsgesetz
PVA	Pensionsversicherungsanstalt
PVE	Primärversorgungseinheit
RH	Rechnungshof
RöV	Richtlinien über die ökonomische Verschreibweise von Heilmitteln und Heilbehelfen
RSG	Regionaler Strukturplan Gesundheit
SHA	System of Health Accounts (System der Gesundheitskonten)
StGB	Strafgesetzbuch
SUPRA	Nationales Suizidpräventionsprogramm Suizidprävention Austria
SV	Sozialversicherung
UBA	Umweltbundesamt
UG	Universitätsgesetz
USt	Umsatzsteuer
VHI	Voluntary health insurance (private Krankenzusatzversicherung)
VUG	Vereinbarungsumsetzungsgesetz
VVÖ	Verband der Versicherungsunternehmen Österreichs
WHO	World Health Organization (Weltgesundheitsorganisation)
WKÖ	Österreichische Wirtschaftskammer
ZÄG	Zahnärztegesetz
ZÄK	Österreichische Zahnärztekammer
ZS-G	Zielsteuerung-Gesundheit

TABELLEN UND ABBILDUNGEN

■ Tabellen

TABELLE 1.1	Demografische Indikatoren, ausgewählte Jahre	4
TABELLE 1.2	Makroökonomische Indikatoren (laufende Preise), ausgewählte Jahre	5
TABELLE 1.3	Lebenserwartung und Mortalität, 1980–2016 (ausgewählte Jahre)	9
TABELLE 1.4	Gesunde Lebensjahre (ohne Aktivitätseinschränkung) und selbsteingeschätzter Gesundheitszustand, 2005–2015 (ausgewählte Jahre)	10
TABELLE 1.5	Haupttodesursachen, standardisierte Mortalitätsrate je 100 000 Einwohner, ausgewählte Jahre	13
TABELLE 1.6	Morbidität und gesundheitsrelevante Faktoren, ausgewählte Jahre	14
TABELLE 1.7	Gesundheit von Müttern, Kindern und Jugendlichen, ausgewählte Indikatoren und ausgewählte Jahre	17
TABELLE 2.1	Bundesverfassung und Kompetenzverteilung im Gesundheitswesen	23
TABELLE 2.2	Ausgewählte grundlegende Reformen zur Erweiterung des Krankenversicherungsschutzes seit 1955	25
TABELLE 2.3	Bundes- und Landeskrankenanstaltenfinanzierungsfonds ab 1978	27
TABELLE 2.4	Aufgabenverteilung nach dem Grad der Zentralisierung	40
TABELLE 3.1	Entwicklung der Gesundheitsausgaben in Österreich (laufende Preise), 2000–2015	81
TABELLE 3.2	Private und öffentliche Gesundheitsausgaben nach Leistungserbringern in Millionen € und in % der laufenden Gesundheitsausgaben (laufende Preise), 2015	86
TABELLE 3.3	Anteil (%) der Finanzierungsquellen an den laufenden Gesamtgesundheitsausgaben (laufende Preise), 1980–2015	87

TABELLE 3.4	Anzahl, Rechtsgrundlage und Anspruchsberechtigte der Krankenversicherungsträger, 2017	92
TABELLE 3.5	Abgedeckte Leistungen der Krankenversicherung nach dem ASVG	95
TABELLE 3.6	Einnahmen und Ausgaben der Österreichischen Krankenversicherungsträger 2016, in Millionen €	99
TABELLE 3.7	Struktur der privaten Selbstzahlungen (OOP) nach Leistungsart, 2015	106
TABELLE 3.8	Kostenbeteiligungen nach Leistungsart für ASVG-Versicherte	108
TABELLE 3.9	Anteil der Betriebsabgangsdeckung an der Finanzierung der Fondskrankenanstalten nach Bundesland, 2016	121
TABELLE 3.10	Vergütungsmechanismen von Leistungserbringern	126
TABELLE 4.1	Gesundheitsausgaben und Investitionen (laufende Preise), 2000–2015 (in Millionen €), ausgewählte Jahre	131
TABELLE 4.2	Anzahl Krankenanstalten und Krankenhausbetten nach Versorgungsfunktion, 2007–2016	134
TABELLE 4.3	Indikatoren zur Krankenhausnutzung, 2006–2015	136
TABELLE 4.4	Medizinische Großgeräte pro 100 000 Einwohner in Österreich, 2006 und 2015	138
TABELLE 4.5	Angehörige von Gesundheitsberufen in Österreich, 1995 bis letztes verfügbares Jahr, ausgewählte Jahre	143
TABELLE 5.1	Anzahl der Vorsorgeuntersuchungen und Screenings je 1 000 Einwohner (über 19 Jahre), 2005 und 2015	169
TABELLE 5.2	Krankenanstalten und verfügbare Betten nach Trägerschaft, 2016	179
TABELLE 5.3	Übersicht über Pflegestufen, Pflegegeld und Pflegegeldempfänger nach Alter und Geschlecht (Dezember 2016)	191
TABELLE 5.4	Modular abgestufte Hospiz- und Palliativversorgung in Österreich	198
TABELLE 6.1	Übersicht der wesentlichsten Reformmaßnahmen im Gesundheitssystem seit 2011	208
TABELLE 6.2	Öffentliche Gesundheitsausgaben (ohne Langzeitpflege), 2010–2016, in Millionen €	215
TABELLE 6.3	Steuerung über strategische und operative Ziele, Übersicht über Dimensionen, Ziele und Messgrößen der Gesundheitsreform 2017–2021	222

■ Abbildungen

ABB. 1.1	Österreichkarte	2
ABB. 2.1	Organisation des österreichischen Gesundheitssystems, 2017	21
ABB. 2.2	Organisation der österreichischen Sozialversicherungsträger bis 2019	33
ABB. 2.3	Neuorganisation der österreichischen Sozialversicherungsträger ab 2020	33
ABB. 3.1	Entwicklung der laufenden Gesundheitsausgaben für Österreich und ausgewählte Länder in % des BIP, 1995–2015	82
ABB. 3.2	Gesundheitsausgaben in KKP pro Kopf (US Dollar) in der Who-Region Europa, 2015 oder letztes verfügbares Jahr (WHO-Schätzungen)	83
ABB. 3.3	Öffentliche Gesundheitsausgaben in Prozent der gesamten Gesundheitsausgaben in der Who-Region Europa, 2015 (oder letztes verfügbares Jahr)	84
ABB. 3.4	Gesamte Gesundheitsausgaben nach Finanzierungsquellen in Millionen € und in Prozent, 2015	87
ABB. 3.5	Finanzierungsströme im österreichischen Gesundheitssystem	89
ABB. 3.6	Finanzierungsquellen der LGF in % der Gesamteinnahmen, 2014	100
ABB. 4.1	Bruttoanlageinvestitionen im Gesundheitssektor in % des BIP, 2015	131
ABB. 4.2	Akutbettendichte (pro 1 000 Personen), 1995 bis 2015 (oder letztes verfügbares Jahr)	133
ABB. 4.3	Krankenhaustätigkeit pro 1 000 Einwohner in der EU, 2015	135
ABB. 4.4	Durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Akutkrankenanstalten in Österreich und ausgewählten Ländern, 1995 bis 2015 (oder letztes verfügbares Jahr)	136
ABB. 4.5	Anzahl praktizierender Ärzte pro 100 000 Einwohner in Österreich und ausgewählten Ländern, 1995 bis 2015 (oder letztes verfügbares Jahr)	145
ABB. 4.6	Vertrags- und Wahlärzte im Verhältnis zur Gesamtzahl aller niedergelassenen Ärzte in der extramuralen Versorgung, 2000–2016 ¹	145
ABB. 4.7	Angehörige der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe pro 100 000 Einwohner in Österreich und ausgewählten Ländern, 1995 bis 2014 (oder letztes verfügbares Jahr)	147

ABB. 4.8 Ärzte und Angehörige der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe pro 100 000 Einwohner in der WHO-Region Europa, 2014 (oder letztes verfügbares Jahr)	148
ABB. 4.9 Zahnärzte pro 100 000 Einwohner in Österreich und ausgewählten Ländern, 1995–2015 (oder letztes verfügbares Jahr)	149
ABB. 4.10 Apotheker pro 100 000 Einwohner in Österreich und ausgewählten Ländern, 1995 bis 2014 (oder letztes verfügbares Jahr)	150
ABB. 5.1 Extramurale/ambulante Kontakte pro Person in der WHO-Region Europa, 2015 oder letztes verfügbares Jahr	178
ABB. 5.2 Vertriebskanäle von Arzneimitteln	183
ABB. 7.1 Anteil (%) der privaten Selbstzahlungen an den laufenden Gesundheitsausgaben in Österreich und ausgewählten Ländern, 2000–2015	231
ABB. 7.2 Brustkrebs-Überlebensrate in Österreich und ausgewählten Ländern, 2000–2004 und 2010–2014	240
ABB. 7.3 30-Tages-Mortalität nach ischämischem Schlaganfall bei stationären Aufenthalten pro 100 Patienten im Alter ab 45 Jahren in Österreich und ausgewählten Ländern, 2010 und 2015	241
ABB. 7.4 Vermeidbare Krankenhauseinweisungen bei Asthma und COPD, Herzinsuffizienz und Diabetes (2015 oder letztes verfügbares Jahr), alters- und geschlechtsstandardisiert, pro 100 000 Einwohner (über 15-Jährige)	244
ABB. 7.5 Anteil der tagesklinisch-stationär oder ambulant erbrachten Kataraktoperationen, 2000 und 2015 (oder zuletzt verfügbares Jahr)	246

■ Boxen

BOX 5.1 Eine typische Patientenkarriere in Österreich am Beispiel eines Hüftgelenkersatzes	171
BOX 5.2 Typischer Notfallverlauf eines Patienten	182
BOX 6.1 Übersicht Gesundheitsziele Österreich	211

ABSTRACT

Die vorliegende Analyse des österreichischen Gesundheitssystems beleuchtet aktuelle Entwicklungen in den Bereichen Organisation, Verwaltung, Finanzierung, Versorgung, Reformen und Leistungsfähigkeit des Gesundheitssystems. Die sich seit 2013 in Umsetzung befindliche große Reform steht dabei im Mittelpunkt. Das zentrale Anliegen dieser Reform, in deren Rahmen ein neues Steuerungssystem eingeführt wurde, ist die Stärkung der Koordination und Zusammenarbeit verschiedener Regierungsebenen und Selbstverwaltungsorgane durch die Förderung einer gemeinsamen Planung und Entscheidungsfindung sowie in Ansätzen auch einer gemeinsamen Finanzierung. Trotz dieser Anstrengungen ist die organisatorische und finanzielle Struktur des österreichischen Gesundheitssystems nach wie vor komplex und uneinheitlich.

Die österreichische Bevölkerung weist einen guten Gesundheitszustand auf. Die Lebenserwartung bei Geburt liegt über dem EU-Durchschnitt und die niedrige vermeidbare Sterblichkeit zeigt, dass das Gesundheitswesen effektiver ist als in den meisten EU-Ländern. Dennoch ist die Zahl der Menschen, die an Herz-Kreislauf-Erkrankungen und an Krebs sterben, im Vergleich zum EU-28-Durchschnitt hoch. Tabak- und Alkoholkonsum stellen die größten Gesundheitsrisikofaktoren dar. Der Tabakkonsum ist im letzten Jahrzehnt nicht wie in den meisten EU-Ländern zurückgegangen und liegt aktuell deutlich über dem EU-28-Durchschnitt.

In Bezug auf die Leistungsfähigkeit bietet das österreichische Gesundheitssystem einen guten und niederschweligen Zugang zu Gesundheitsleistungen. Die österreichische Bevölkerung verzeichnet einen der niedrigsten unerfüllten Bedarfe an medizinischer Versorgung innerhalb der EU. Praktisch die gesamte Bevölkerung ist durch die soziale Krankenversicherung abgesichert und hat Zugang zu einem breitgefächerten Leistungsangebot. Dennoch könnten die zunehmenden Unterschiede zwischen der Anzahl an Vertragsärzten und Wahlärzten zu sozialen und regionalen Ungleichheiten beim Zugang zur Gesundheitsversorgung

beitragen. Das österreichische Gesundheitssystem ist relativ kostenintensiv. Es ist stark auf die intramurale Versorgung fokussiert, was sich an einer hohen Nutzung stationärer Leistungen und einem Ungleichgewicht in der Ressourcenallokation zwischen dem Krankenhaussektor und dem extramuralen Sektor zeigt. Daher zielen die laufenden Reformen darauf ab, das Wachstum der Gesundheitsausgaben der öffentlichen Hand durch eine Ausgabenobergrenze zu senken und die übermäßige Nutzung stationärer Leistungen zu verringern. Die Effizienz der intramuralen Versorgung hat sich während der Reformperiode verbessert, jedoch stellt die fragmentierte Finanzierung zwischen dem intra- und dem extramuralen Sektor nach wie vor eine Herausforderung dar. Aktuelle Bemühungen, die darauf abzielen, die Primärversorgung nach neuem Modell flächendeckend auszubauen, sind ein wichtiger Schritt, um Tätigkeiten aus dem großen und kostenintensiven Krankenhaussektor zu verlagern und die Qualifikationsprofile und Einsatzbereiche der medizinischen Fachkräfte zu erweitern.

ZUSAMMENFASSUNG

■ Einleitung

Österreich ist eine parlamentarische Republik mit 8,7 Millionen Einwohnern auf rund 84.000 km². Im Jahr 2016 betrug das Bruttoinlandsprodukt (BIP) in Österreich pro Kopf rund € 40 000, womit Österreich unter den EU-Mitgliedsländern den sechsten Rang einnahm. Die wachsende Bevölkerung und die steigende Zahl an Arbeitskräften sowie die relativ niedrige Arbeitslosenrate haben in den letzten zwei Jahrzehnten wesentlich zum Wachstum der österreichischen Wirtschaft beigetragen.

Österreich ist eine föderalistische Republik mit neun Bundesländern. Die Entscheidungskompetenzen sind zwischen dem Bund und den Bundesländern aufgeteilt. Legislative Prozesse finden in erster Linie auf Bundesebene im nationalen Parlament statt, welches aus zwei Kammern besteht, dem Nationalrat und dem Bundesrat. Die Landtage haben gesetzgebende Gewalt auf Ebene der Bundesländer. Eine Besonderheit des politischen Systems in Österreich war bislang der maßgebliche Einfluss der Sozialpartner auf die Gesetzgebung. Dabei handelt es sich um offizielle Vertreter von Arbeitgebern und Arbeitnehmern (und anderen Interessensvertretern), die insbesondere im Bereich der Sozial- und Gesundheitspolitik Einfluss nehmen. Die Sozialpartnerschaft ist historisch gewachsen, weitgehend informell und nicht durch Gesetze geregelt.

In Österreich hat sich die Lebenserwartung bei Geburt in den Jahren 2000 bis 2016 um mehr als drei Jahre auf 81,6 Jahre erhöht und liegt damit weiterhin über dem Durchschnitt der Europäischen Union (80,9 Jahre). Die Zahl der gesunden Lebensjahre hat sich während der letzten Jahre nicht wesentlich verändert und ist weiterhin unter dem EU-Durchschnitt. Herz-Kreislaufkrankungen wie Schlaganfälle und Herzinfarkte sind zusammen mit bösartigen Neubildungen die Haupttodesursache und für etwa zwei Drittel aller Todesfälle in Österreich verantwortlich. Der Anteil

täglich rauchender Erwachsener ist in den letzten Jahren nicht gesunken und liegt deutlich über dem EU-Durchschnitt (24% in Österreich vs. 21% im EU-Durchschnitt im Jahr 2014), Lungenkrebs ist die dritthäufigste Todesursache in Österreich. Auch der Alkoholkonsum ist einer der höchsten in der EU. Sieben von 10 Österreichern (70%) geben dennoch an, bei guter Gesundheit zu sein, was etwas über dem EU-Durchschnitt (67%) liegt.

■ Organisation und Steuerung

Das österreichische Gesundheitssystem ist komplex und fragmentiert: 1) Die Zuständigkeiten verteilen sich auf die Bundes- und Landesebene; 2) viele Aufgaben sind an Selbstverwaltungsorgane delegiert (Sozialversicherung und Berufsverbände von Gesundheitsdienstleistern); und 3) auch die Finanzierung des Systems ist geteilt, wobei Bund, Länder sowie die Sozialversicherungsträger zu unterschiedlichen Teilen zum Budget beitragen.

Die Gesetzgebung im Gesundheitsbereich erfolgt auf Bundesebene und wird in der Regel vom Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (BMASGK) initiiert. Die neun Bundesländer sind dafür verantwortlich, die Verfügbarkeit von adäquaten Krankenhauskapazitäten inklusive der spitalsambulanten Versorgung sicherzustellen. Sie finanzieren einen Großteil der stationären und spitalsambulanten Versorgung. Die extramurale Versorgung wird durch Gesamtverträge geregelt, die zwischen Krankenversicherungsträgern (durch den HVB) und Ärztekammern verhandelt werden.

Zahlreiche bisherige Reformversuche haben darauf abgezielt, die Zusammenarbeit und die Koordination im Gesundheitssystem zu verbessern. Im Rahmen der 2013 gestarteten Reform entstand die sogenannte Zielsteuerung-Gesundheit. Als zentrales Entscheidungsgremium wurde die Bundes-Zielsteuerungskommission (B-ZK) geschaffen, die aus Vertretern des Bundes, der Länder und der Sozialversicherung besteht. In der B-ZK werden bundesweite Finanz- und Gesundheitsziele gemeinsam definiert. Diese bundesweiten Vorgaben werden von Landes-Zielsteuerungskommissionen (L-ZK), die mit Akteuren der Landesebene besetzt sind, weiter operationalisiert.

Die B-ZK legt auch den Österreichischen Strukturplan Gesundheit (ÖSG) fest und ist damit die wichtigste Akteurin für die gemeinsame

Strukturplanung der Gesundheitsversorgung. Der ÖSG ist der Rahmenplan für die integrative Planung aller Sektoren im Gesundheitssystem, insbesondere der intramuralen und extramuralen Versorgung einschließlich Rehabilitation und stellt die Grundlage für die Detailplanung auf regionaler Ebene dar, die in den (neun) Regionalen Strukturplänen Gesundheit (RSG) durch die Länder und die Sozialversicherung festgelegt wird. Seit 2018 können Teile des Österreichischen Strukturplans Gesundheit und der Regionalen Strukturpläne Gesundheit rechtlich verbindlich gemacht werden.

Bereits vor der Zielsteuerung-Gesundheit wurden unter Beteiligung eines breiten Spektrums an Interessenvertretern die 10 Gesundheitsziele Österreich entwickelt. Dem Ansatz der „Gesundheit in allen Politikfeldern“ (Health in all Policies) folgend werden diese Ziele von sektorenübergreifenden Arbeitsgruppen in Teilziele untergliedert und Maßnahmen sowie Indikatoren zur Messung abgeleitet.

Obwohl in den letzten Jahren Anstrengungen unternommen wurden, die Transparenz für die Bevölkerung zu erhöhen, sind die Gesundheitsinformationssysteme weiterhin uneinheitlich. Eine Reihe von Informationsdiensten und -quellen über Gesundheitsdiensteanbieter und deren Leistungen sind für Patienten öffentlich zugänglich. Patienten können Gesundheitsdiensteanbieter grundsätzlich frei wählen. Dennoch kann die Wahlmöglichkeit durch den Wohnort beschränkt sein, da die Strukturen der städtischen und der ländlichen Gesundheitsversorgung oft erhebliche Unterschiede aufweisen.

■ Finanzierung

Das österreichische Gesundheitssystem ist relativ kostenintensiv. 2015 wurden pro Kopf ca. US\$ 5 138 für Gesundheit ausgegeben (kaufkraftbereinigt), was um US\$ 1 800 über dem EU-Durchschnitt liegt. Die Gesundheitsausgaben in Österreich sind mit 10,2% im Jahr 2015 gemessen am BIP ebenfalls hoch und liegen deutlich über dem EU-Durchschnitt (8,7%). Mehr als 75% der gesamten derzeitigen Gesundheitsausgaben werden aus öffentlichen Mitteln finanziert. Ca. 18% der Ausgaben sind Selbstzahlungen (Out-of-Pocket-Payments, OOP), die in Österreich ebenfalls über dem EU-Durchschnitt (15%) liegen. Private Krankenzusatzversicherungen (voluntary health insurance, VHI) spielen eine eher untergeordnete Rolle im System. Die

durchschnittlichen Wachstumsraten der Gesundheitsausgaben waren in den letzten Jahren meist konstant höher als die Wachstumsraten des BIP. Dem soll im Rahmen der Gesundheitsreform mit einer Ausgabenobergrenze für die öffentlichen Gesundheitsausgaben des Bundes, der gesetzlichen Krankenversicherungsträger und der Länder gegengesteuert werden.

Das Gesundheitssystem wird durch einen Mix aus allgemeinen Steuereinnahmen und Pflichtbeiträgen der sozialen Krankenversicherung finanziert. Mit einkommensabhängigen sozialen Krankenversicherungsbeiträgen werden ca. 60% der öffentlichen Gesundheitsausgaben finanziert, während die verbleibenden 40% aus dem allgemeinen Steueraufkommen, wie der Umsatzsteuer, Einkommensteuer oder Tabaksteuer, kommen, das auf Bundesebene eingehoben wird. Die österreichische Wohnbevölkerung ist beinahe flächendeckend (99,9%) krankenversichert. Zwischen den Krankenversicherungsträgern findet kein Wettbewerb statt, die Zuordnung zu einem Versicherungsträger erfolgt gesetzmäßig über den Beschäftigungsort oder die Art der Beschäftigung.

Betreiber von Akutkrankenhäusern werden hauptsächlich durch das System der Leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung (LKF) finanziert, das auf diagnosebezogenen Fallgruppen (DRG) basiert. Die Akutversorgung wird großteils von öffentlichen und wenigen privaten gemeinnützigen Krankenhäusern geleistet, die durch Landesgesundheitsfonds (LGF) finanziert werden. Niedergelassene Anbieter (extramurale Versorgung), die bei Krankenversicherungsträgern unter Vertrag stehen, werden direkt von den Krankenversicherungsträgern durch einen Mix aus Einzelleistungsvergütung und Pauschalen finanziert. Wahlärzte, die nicht bei Krankenversicherungsträgern unter Vertrag stehen, stellen einen beträchtlichen Anteil der extramural praktizierenden Ärzteschaft dar, sie können die Höhe ihrer Gebühren selbst bestimmen. Patienten müssen diese Anbieter zunächst privat finanzieren, haben allerdings die Möglichkeit, nachträglich 80% des Kassentarifs der sozialen Krankenversicherung rückvergütet zu bekommen.

■ Infrastruktur und Personal

Mit mehr als 0,7% des BIP im Jahr 2015 weist Österreich unter den OECD-Ländern eine der höchsten Investitionsraten im Gesundheitswesen

auf. Die Investitionsaufwendungen sind seit dem Jahr 2000 gestiegen, vor allem in privaten Institutionen. Medizinische Geräte sind aufgrund nationaler Planungsmechanismen verhältnismäßig ausgewogen verteilt. Die Anzahl von Einheiten gemessen an der Bevölkerung liegt leicht über dem EU-15-Durchschnitt der.

Der Krankenhausesektor ist in Österreich nach wie vor sehr groß. Trotz Reformplänen, die Anzahl an Krankenhausbetten zu reduzieren, war die Bettendichte pro Einwohner im Jahr 2014 eine der höchsten in der EU (5,84 Betten verglichen mit 3,94 in der Akutversorgung pro 1 000 Einwohner). Seit 2007 hat sich die Anzahl der Betten in Fondskrankenanstalten zwar um 8% verringert, doch stellt dies im Vergleich zu anderen europäischen Ländern eine eher geringe Reduktion dar. Die Anzahl an Krankenhausentlassungen in Relation zur Bevölkerung ist zwischen 2006 und 2015 ebenfalls gesunken, jedoch hatte Österreich im Jahr 2015 noch immer die zweithöchste Krankenhaushäufigkeit in der EU.

Die Entwicklung der Informations- und Kommunikationstechnologie (IKT), einschließlich E-Health, hat im letzten Jahrzehnt erhebliche Fortschritte gemacht. Die Einführung der Elektronischen Gesundheitsakte (ELGA) mit den Anwendungen E-Medikation und E-Befund läuft derzeit, wobei der bundesweite Rollout auf alle Gesundheitsdiensteanbieter bis 2021 abgeschlossen sein soll. Das Ziel ist die Reduktion organisatorischer Hürden, eine verbesserte Koordination der Versorgung und die Stärkung der Patienten.

Österreich weist laut OECD nach Griechenland die zweithöchste Dichte an praktizierenden Ärzten (510 pro 100 000) in der EU auf und liegt damit deutlich über dem EU-Durchschnitt (350 pro 100 000). Österreich ist traditionell ein „Netto-Exportland“ von Ärzten. Doch auch innerhalb Österreichs ist die Ärztedichte seit 2000 stärker gewachsen (+34%) als im EU-Durchschnitt (+14%), hauptsächlich aufgrund der Zunahme an Fachärzten. Trotz dieser Entwicklung stagniert die Anzahl an Vertragsärzten im extramuralen Bereich, was zu einem steigenden Ungleichgewicht und einer ungleichen regionalen Verteilung von Ärzten geführt hat, da es zunehmend schwieriger wird Vertragsärzte im ländlichen Raum zu finden. Dieses Phänomen dürfte sich durch das hohe Durchschnittsalter der Vertragsärzte noch verschärfen. Hinsichtlich anderer Gesundheitsberufe, insbesondere Pflegekräfte, wird es ab 2019 zu einer besseren Vergleichbarkeit durch das neu eingeführte verbindliche Gesundheitsberuferegister kommen.

■ Erbringung von Gesundheitsdiensten

Die Erbringung von Gesundheitsdiensten ist in Österreich durch einen verhältnismäßig freien Zugang zu allen Ebenen der Versorgung einschließlich Allgemeinmediziner, Fachärzte und Krankenhäuser, gekennzeichnet. Es gibt kein formales Gatekeeping-System. In der extramuralen Versorgung können Patienten zwischen niedergelassenen Ärzten in Einzel- und Gruppenpraxen, Spitalsambulanzen und Ambulatorien frei wählen. Auch besteht Wahlfreiheit zwischen Vertragsärzten, die anteilig nach Köpfen rund 45% aller niedergelassenen Ärzte ausmachen, und Wahlärzten (55%).

Allgemein liegt der Fokus der Gesundheitsversorgung nach wie vor primär auf der Behandlung im Krankenhaus. 2015 hatte Österreich noch immer die zweithöchste Krankenhaushäufigkeit in der EU (nach Bulgarien). Die derzeitige Gesundheitsreform zielt darauf ab, Behandlungen vom stationären in den ambulanten Bereich zu verschieben, wobei ein Fokus vor allem auf der Verbesserung der Primärversorgung liegt. Ein vielversprechender Schritt ist die Errichtung von 75 multiprofessionellen und interdisziplinären Primärversorgungseinheiten als Teil der Gesundheitsreform zwischen 2017 und 2021. In der Vergangenheit hat die geteilte Zuständigkeit der Finanzierung zwischen Ländern und Krankenversicherungsträgern oftmals die Koordination erschwert und die Verschiebung der Leistungserbringung in Richtung des extramuralen Sektors beeinträchtigt, da dies konsequenterweise die Ausgaben der Sozialversicherungsträger erhöhen würde.

Das Langzeitpflegesystem unterscheidet sich deutlich vom Gesundheitssystem in Bezug auf Gesetzgebung, Zuständigkeiten und Finanzierung. Dies verstärkt die Komplexität des Systems zusätzlich und erschwert die Koordination zwischen den Sektoren. Etwa 5% der Bevölkerung erhalten Pflegegeld zur Abgeltung pflegebedingter Mehraufwendungen. Leistungen werden in unterschiedlichen Settings erbracht, wie etwa durch pflegende Angehörige (42%), in der formellen häuslichen Pflege und Betreuung (32%), in teilstationären Tageszentren (2%), Pflegeheimen (19%) und in der 24-Stunden-Betreuung durch privat bezahlte Personenbetreuung (5%).

Die Arzneimittelversorgung in Österreich ist durch eine hohe Dichte an Abgabestellen sichergestellt. Öffentliche Apotheken, Ärzte, die Arzneimittel in Hausapotheken direkt abgeben, sowie Krankenhausapotheken und Arzneimittellager fungieren als Abgabestellen für Arzneimittel. Der

Anteil der Generika an verschriebenen und abgegebenen Arzneimitteln ist sowohl mengen- als auch wertmäßig relativ niedrig. Weder die Wirkstoffverschreibung noch die Generika-Substitution ist in Österreich zulässig. Die Einführung von e-Services bzw. der e-Medikation im Rahmen der Elektronischen Gesundheitsakte (ELGA) soll die adäquate Verschreibung verbessern und nachteilige Folgen der Polypharmazie in den nächsten Jahren verringern.

Im Bereich der Prävention liegt der Fokus noch immer stark auf der medizinischen Vorsorge, allerdings gibt es Bemühungen, auch verstärkt soziale und Umweltaspekte mit einzubeziehen. Trotz kostenloser Impfaktionen für Kinder sind in Österreich die Impfraten bei Einjährigen vergleichsweise niedrig (83% für Diphtherie, Tetanus und Keuchhusten und 76% für Masern). Der Tabakkonsum stellt in Österreich eine der größten Herausforderungen für öffentliche Gesundheit dar und ist ein bedeutender gesundheitlicher Risikofaktor. Die hohe Raucherrate steht vermutlich in Zusammenhang mit der vergleichsweise freizügigen Tabakpolitik und dem bis November 2019 nicht umgesetzten Rauchverbot in der Gastronomie.

■ Gesundheitsreformen

In den letzten Jahren gab es zwei große reformpolitische Entwicklungen, deren Ziel es war, die Gesundheit der Bevölkerung zu verbessern und die Zersplitterung der Zuständigkeiten und der Finanzierung im Gesundheitsversorgungssystem durch die Förderung einer gemeinsamen Planung und Entscheidungsfindung sowie, soweit möglich, auch einer gemeinsamen Finanzierung zu überwinden. Die erste reformpolitische Entwicklung war die Definition der 10 Gesundheitsziele Österreich 2012, die der Gesundheitspolitik sowie laufenden und zukünftigen Reformen bis 2032 einen neuen Orientierungsrahmen geben. Die Gesundheitsziele wurden in einem breit angelegten partizipativen Prozess entwickelt und basieren auf dem Ansatz der „Gesundheit in allen Politikfeldern“ (Health in All Policies). Das übergeordnete Ziel ist die Steigerung der Lebenserwartung in Gesundheit der österreichischen Bevölkerung um zwei Jahre. Die Ziele wurden von der Bundesregierung beschlossen und fanden breite Unterstützung bei allen relevanten Stakeholdern. Die Gesundheitsziele stellen einen gemeinsamen Handlungsrahmen für eine gesundheitsförderliche Gesamtpolitik dar.

Die zweite reformpolitische Initiative war die Etablierung eines neuen Steuerungssystems, der Zielsteuerung-Gesundheit im Jahr 2013 (und deren Fortsetzung 2017), in Anlehnung an die Logik der Balanced Scorecard. Der erste Bundes-Zielsteuerungsvertrag wurde 2013 für den Zeitraum bis 2016 abgeschlossen. Er enthielt 12 strategische Ziele, die in vier Steuerungsbereiche untergliedert waren: 1) Finanzzielsteuerung, 2) Versorgungsstrukturen, 3) Versorgungsprozesse und 4) Ergebnisorientierung. Alle Reformmaßnahmen aus den Jahren 2013 bis 2016 waren mit dem ersten Bundes-Zielsteuerungsvertrag verknüpft. Das wichtigste Finanzziel stellte die schrittweise Dämpfung des Wachstums der öffentlichen Gesundheitsausgaben auf 3,6% im Jahr 2016 durch die Einführung einer Ausgabenobergrenze dar. Der sogenannte Ausgabendämpfungspfad berücksichtigt Ausgaben des Bundes, der Länder und der gesetzlichen Krankenversicherung. Die Ausgabenobergrenze wurde sowohl gesamtstaatlich als auch spezifisch für jedes Bundesland bzw. auch länderweise für die gesetzlichen Krankenversicherungsträger festgelegt, wobei die Länder 60% und die gesetzliche Krankenversicherung 40% zur Dämpfung der Ausgaben beitragen sollten. Eine der wichtigsten Reformmaßnahmen in Bezug auf Versorgungsstrukturen war die Entwicklung eines neuen Primärversorgungskonzeptes, das letztlich zur Verabschiedung des Primärversorgungsgesetzes im Jahr 2017 führte.

Ein zweiter Bundes-Zielsteuerungsvertrag wurde 2017 für den Zeitraum bis 2021 unterzeichnet. Der Vertrag sieht unter anderem die Einrichtung von 75 Primärversorgungseinheiten vor sowie die Verbesserung der Qualität, Stärkung der ambulanten fachärztlichen Versorgung und unterstützt Entwicklungen im Bereich der Gesundheitskompetenz und der Gesundheitsförderung. Das Wachstum der öffentlichen Gesundheitsausgaben soll schrittweise jährlich gesenkt werden. Ziel ist es, ein Wachstum von nicht mehr als 3,2% im Jahr 2021 zu erreichen.

Schließlich hat die schwarz-blaue Regierung Ende 2018 eine große Strukturreform der Krankenversicherung beschlossen. Im Zentrum stehen dabei die Reorganisation der Sozialversicherung sowie u.a. die Zusammenlegung der neun Gebietskrankenkassen, um daraus eine Österreichische Gesundheitskasse (ÖGK) zu schaffen, in der etwa 80% der Bevölkerung krankenversichert sein werden.

■ Bewertung des Gesundheitssystems

Nahezu die gesamte Bevölkerung wird durch die soziale Krankenversicherung geschützt und hat niederschweligen Zugang zu einem breitgefächerten Leistungsangebot der Gesundheitsversorgung. Österreich verzeichnet den niedrigsten ungedeckten Bedarf an medizinischer Versorgung innerhalb der Europäischen Union, trotz relativ hoher Out-of-Pocket-Zahlungen und teilweise kürzerer Wartezeiten für Patienten mit privater Zusatzversicherung. Für vulnerable Bevölkerungsgruppen gelten verschiedene Ausnahmen bei Kostenbeteiligungen. Jedoch könnten sich soziale und regionale Ungleichheiten beim Zugang zur Gesundheitsversorgung in Zukunft aufgrund der zunehmenden Ungleichverteilung von Vertrags- und Wahlärzten in städtischen und ländlichen Gebieten und des steigenden Durchschnittsalters von Vertragsärzten verschärfen.

Die Bewertung der Leistungsfähigkeit zeigt, dass das österreichische Gesundheitssystem eine hochqualitative Versorgung bietet. Eine niedrige vermeidbare Sterblichkeit weist darauf hin, dass die Wirksamkeit des Gesundheitssystems höher ist, als in den meisten EU-Ländern. Dennoch ist die Zahl der Menschen, die an Herz-Kreislauf-Erkrankungen und an Krebs sterben, im Vergleich zum EU-28-Durchschnitt hoch. Ungesunder Lebensstil stellt den größten Gesundheitsrisikofaktor dar, insbesondere der Tabak- und Alkoholkonsum, der sich während des letzten Jahrzehnts im Gegensatz zu den meisten EU-Ländern nicht verringert hat und deutlich über dem EU-28-Durchschnitt liegt. In Bezug auf die Qualität der Gesundheitsversorgung gibt es Verbesserungspotenziale hinsichtlich Transparenz. Trotz sehr guter Ergebnisse für bestimmte Krebsarten, gibt es auch hier Potenzial für die Verbesserung der Effektivität von Krebsbehandlungen. Auch die Chancengerechtigkeit über sozioökonomische Gruppen und Bundesländer hinweg könnte weiter optimiert werden. Die kürzlich eingeführten Gesundheitsziele Österreich und das System der Zielsteuerung-Gesundheit haben Monitoring und Förderung der Chancengerechtigkeit sowie die Sicherstellung einer adäquaten Gesundheitsversorgung zum Ziel.

In Bezug auf Effizienz ist das österreichische Gesundheitssystem im europäischen Vergleich kostenintensiv und durch eine hohe Nutzung der intramuralen Versorgung mit einer hohen Krankenhaushäufigkeit und Bettenanzahl gekennzeichnet. Im Laufe der derzeitigen Reform konnte die Effizienz der intramuralen Versorgung unter anderem durch eine graduelle

Verringerung der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer in Krankenhäusern verbessert werden. Dennoch wird das Schöpfen von Effizienzpotenzialen auch weiterhin durch die getrennte Finanzierung des intra- und extramuralen Sektors limitiert – trotz aktueller Bemühungen für eine gemeinsame Planung und Finanzierung des Gesundheitssystems sowie der Stärkung der Primärversorgung. Die entsprechenden Ziele und priorisierten Bereiche zur weiteren Effizienzsteigerung, vor allem im Krankenhaus sowie zur Krankenhausentlastung, werden durch die laufende Reform adressiert.

Während die österreichische Bevölkerung generell sehr zufrieden mit der Gesundheitsversorgung ist, bestehen weiterhin Herausforderungen in der Koordination von extramuraler und intramuraler Versorgung sowie zwischen dem kurativen Bereich und der Langzeitpflege. In den letzten Jahren wurden Maßnahmen ergriffen, um die Transparenz, die Rechenschaftspflicht und die Stärkung der Patienten zu fördern (z. B. mit der Einführung eines öffentlichen Gesundheitsportals und von Online-Plattformen zur Gesundheitsberichterstattung, kliniksuche.at und die Gesundheitshotline 1450), auch wenn die Performance einzelner Gesundheitsdiensteanbieter nicht veröffentlicht wird.

Einleitung

Österreich ist eine parlamentarische Republik mit 8,7 Millionen Einwohnern auf rund 84.000 km². Im Jahr 2016 betrug das Bruttoinlandsprodukt (BIP) pro Kopf rund € 40 000, womit Österreich unter den EU-Mitgliedsländern den sechsten Platz einnahm. Österreichs wachsende Bevölkerung, die steigende Zahl der Arbeitskräfte sowie die relativ niedrige Arbeitslosenrate haben in den letzten zwei Jahrzehnten wesentlich zum Wachstum der österreichischen Wirtschaft beigetragen.

Österreich ist eine föderalistische Republik mit neun Bundesländern. Die Entscheidungskompetenzen sind zwischen dem Bund und den Bundesländern aufgeteilt. Legislative Prozesse finden in erster Linie auf Bundesebene im nationalen Parlament statt, welches aus zwei Kammern besteht, dem Nationalrat und dem Bundesrat. Die Gesetzgebung der Bundesländer wird von den Landtagen ausgeübt. Eine Besonderheit des politischen Systems in Österreich ist der maßgebliche Einfluss, insbesondere in Bereiche der Sozial- und Gesundheitspolitik, von offiziellen Vertretern der Arbeitgeber und Arbeitnehmer (und anderer Interessengruppen), die gemeinhin als Sozialpartner bekannt sind.

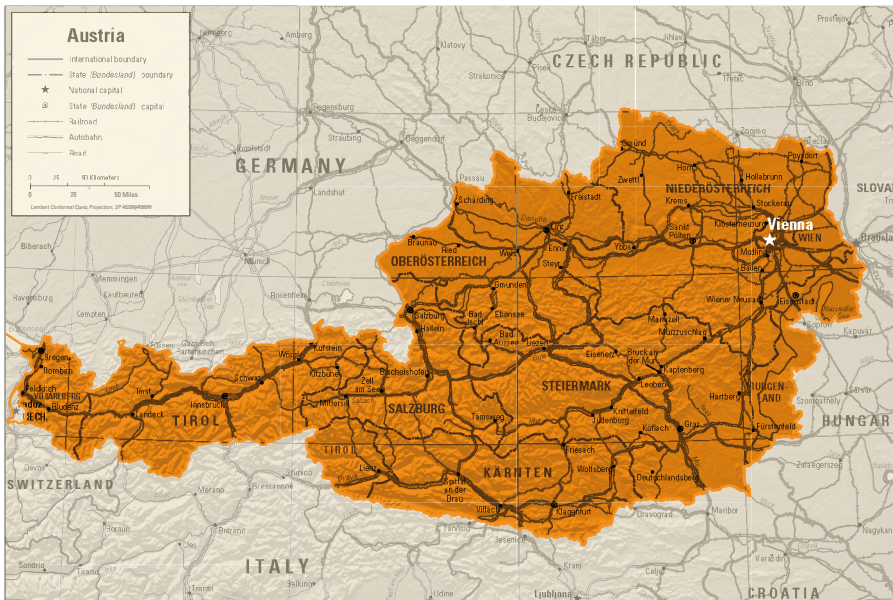
In Österreich liegt die Lebenserwartung bei Geburt über dem Durchschnitt der Europäischen Union (80,9 Jahre) und hat sich in den Jahren 2000 bis 2016 um mehr als drei Jahre auf 81,6 Jahre erhöht. Die Zahl der gesunden Lebensjahre hat sich während der letzten Jahre nicht wesentlich verändert und ist weiterhin unter dem EU-Durchschnitt. Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems, wie Schlaganfälle und Herzinfarkte, sowie bösartige Neubildungen stellen die häufigsten Todesursachen dar und sind für rund zwei Drittel aller Todesfälle in Österreich verantwortlich. Der Anteil täglich

rauchender Erwachsener ist in den letzten Jahren im Gegensatz zu vielen anderen Europäischen Ländern nicht gesunken und liegt deutlich über dem EU-Durchschnitt (24% in Österreich vs. 21% im EU-Durchschnitt im Jahr 2014); Lungenkrebs ist die dritthäufigste Todesursache in Österreich. Auch der Alkoholkonsum ist einer der höchsten in der EU. Dennoch geben sieben von 10 Österreichern (70%) an, bei guter Gesundheit zu sein, was etwas über dem EU-Durchschnitt (67%) liegt.

1.1 Geografie und Soziodemografie

Österreich ist ein Binnenstaat mit acht angrenzenden Nachbarländern: Tschechische Republik, Deutschland, Ungarn, Italien, Liechtenstein, Slowakei, Slowenien und Schweiz (siehe Abb. 1.1). Das Land ist topografisch von den Alpen geprägt, so liegen etwa 40% der Landmasse (ca. 84 000 km²) auf über 1 000 m Seehöhe.

ABB. 1.1 Österreichkarte



Quelle: Zusammenstellung der Autoren auf Basis der Weltkarte 2018

Im Jahr 2016 hatte Österreich rund 8,7 Millionen Einwohner. Im Vergleich zum EU-Durchschnitt ist Österreich mit derzeit 106 Einwohnern

pro Quadratkilometer relativ dünn besiedelt. Etwa ein Drittel der Gesamtbevölkerung lebt in ländlichen Gebieten, während etwa 20% die Hauptstadt Wien bewohnen. Die Amtssprache ist Deutsch, anerkannten sprachlichen Minderheiten werden Sonderrechte eingeräumt. Der Großteil der Österreicher hat ein römisch-katholisches Religionsbekenntnis (etwa 70%).

In den Jahren 1995 bis 2016 blieb die Fertilitätsrate weitgehend konstant (Tabelle 1.1). Seit 1980 ist ein stetiges Bevölkerungswachstum zu beobachten, da Zuwanderung und Geburten über den Sterblichkeitsraten liegen. Der wachsende Zustrom europäischer und nicht-europäischer Migranten hat zum fünfthöchsten Anteil an Einwohnern ausländischer Herkunft (12%) innerhalb der EU geführt (Eurostat, 2015). Im Jahr 2016 hatten 22,1% der Bevölkerung Migrationshintergrund (mindestens ein Elternteil im Ausland geboren) (Statistik Austria, 2017g). Die bestehende weibliche Bevölkerungsmehrheit sinkt kontinuierlich, was hauptsächlich auf das Versterben von Witwen Kriegsgefallener aus dem Zweiten Weltkrieg zurückzuführen ist.

Ähnlich wie in anderen westlichen Ländern ist auch die österreichische Bevölkerung mit zunehmender Alterung konfrontiert. Während der Bevölkerungsanteil der unter 15-Jährigen seit 2000 um mehr als 15% gesunken ist, stieg der Anteil der über 65-Jährigen um fast 24% im gleichen Zeitraum. Diese Tatsache führt zu einem der höchsten Altersabhängigkeitsquotienten innerhalb der EU-28-Länder von beinahe 50% (Tabelle 1.1).

■ 1.2 Wirtschaftliche Rahmenbedingungen

Im Jahr 2016 betrug das österreichische BIP etwa € 350 Milliarden. In Bezug auf das BIP-Pro-Kopf rangierte Österreich an sechster Stelle innerhalb der EU-Mitgliedsstaaten (etwa € 40 000 gegenüber € 29 000 auf Ebene der EU-28) (Eurostat, 2017b). Ähnlich wie in anderen westeuropäischen Ländern ist das durchschnittliche jährliche Wirtschaftswachstum seit den 1980er Jahren im Sinken begriffen (Tabelle 1.2). Österreich war 2008 und 2009 von der globalen Wirtschaftskrise betroffen, konnte sich jedoch wirtschaftlich schnell erholen, was zur Folge hatte, dass keine maßgeblichen Sparmaßnahmen notwendig wurden.

Ende 2016 betrug die Staatsverschuldung in Österreich € 295,7 Milliarden, dies entspricht 84,6% des BIP (gegenüber 65,9% im Jahr 2000, siehe

auch Tabelle 1.2). Die durchschnittliche Staatsverschuldung lag 2016 in den EU-28-Ländern bei 83,5% des BIP (Eurostat, 2017c). Die öffentlichen Einnahmen stammen hauptsächlich aus Steuern und Sozialversicherungsbeiträgen (87%). Sozial- und Gesundheitsausgaben machen beinahe die Hälfte der öffentlichen Ausgaben aus (46%) (Statistik Austria, 2017i). Prognosen auf Basis der demografischen Entwicklung lassen ein weiteres Anwachsen der öffentlichen Ausgaben für Pensionen und Gesundheitsversorgung erwarten und könnten die finanzielle Tragfähigkeit mittel- bis längerfristig vor Herausforderungen stellen (Europäische Kommission, 2017a).

TABELLE 1.1 Demografische Indikatoren, ausgewählte Jahre

	1980	1990	2000	2010	2016
GESAMTBEVÖLKERUNG	7.549.433	7.677.850	8.011.566	8.363.404	8.747.358
Wachstum der Gesamtbevölkerung (durchschn. jährliche Wachstumsrate) ¹	–	0,2	0,4	0,4	0,8
Bevölkerung 0–14 Jahre (% der Gesamtbevölkerung)	20,5	16,9	16,8	14,7	14,2
Bevölkerungswachstum bei 0–14-Jährigen (durchschn. jährliche Wachstumsrate) ¹	–	-1,9	-0,1	-1,3	-0,6
Bevölkerung 15–64 Jahre (% der Gesamtbevölkerung)	64,3	68,2	67,8	67,5	66,9
Bevölkerungswachstum bei 15–64-Jährigen (durchschn. jährliche Wachstumsrate) ¹	–	0,6	-0,1	0,0	-0,2
Bevölkerung ab 65 Jahre (% der Gesamtbevölkerung)	15,1	14,8	15,3	17,7	18,9
Bevölkerungswachstum bei Personen 65+ (durchschn. jährliche Wachstumsrate) ¹			-0,2	0,3	1,5
Altersabhängigkeitsquotient (% der Bevölkerung im arbeitsfähigen Alter) ²	55,4	46,6	47,4	48,1	49,5
Frauen (% der Gesamtbevölkerung)	52,7	52,2	51,5	51,3	50,8
Fertilitätsrate, gesamt (Lebendgeburten pro Frau)	1,7	1,5	1,4	1,4	1,5
Bruttogeburtenziffer (pro 1.000 Personen)	12	11,8	9,8	9,4	10,0
Bruttosterbeziffer (pro 1.000 Personen)	12,2	10,8	9,6	9,2	9,2
Bevölkerungsdichte (Einwohner pro km ²)	91,4	93,0	97,0	101,3	106,0
Anteil der Landbevölkerung in %	34,6	34,2	34,2	34,1	34,0

Anmerkungen: ¹ Die durchschnittliche jährliche Wachstumsrate bezieht sich auf die vorhergehenden Zeiträume.

² Der Altersabhängigkeitsquotient bezeichnet das Verhältnis von wirtschaftlich abhängigen Personen unter 15 oder über 64 Jahren zur Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter (Personen im Alter von 15–64). Daten sind als Anteil von wirtschaftlich abhängigen Personen pro 100 Personen der erwerbsfähigen Bevölkerung dargestellt.

Quellen: Statistik Austria 2017h, Statistik Austria 2017j, Statistik Austria 2017u, WHO 2017e

Die seit den 2000er Jahren wieder positive Leistungsbilanz nimmt weiter zu, was bedeutet, dass Österreich zunehmend mehr Güter und Dienstleistungen exportiert als importiert. Die Industrie erwirtschaftet rund ein Drittel der Wertschöpfung in der österreichischen Wirtschaft, während der Anteil der Landwirtschaft auf 1,3% des BIP im Jahr 2016 gesunken ist (gegenüber 4,9% im Jahr 1980). Dienstleistungen tragen hingegen zu beinahe zwei Dritteln zur Wertschöpfung bei (Tabelle 1.2).

Die Zahl Erwerbstätiger ist seit 2000 beträchtlich gestiegen und belief sich im Jahr 2016 auf 4,5 Millionen Menschen in Österreich. Derzeit sind etwa 6% der Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter (laut Definition der Internationalen Arbeitsorganisation (ILO)) arbeitslos (Tabelle 1.2), dies entspricht einer der niedrigsten Arbeitslosenquoten in Europa. Die Arbeitslosenquoten variieren jedoch beträchtlich zwischen den Bundesländern (Eurostat, 2017e). So beträgt die Arbeitslosenquote in Wien mit 11,3% mehr als das Dreifache von jener in Salzburg oder Vorarlberg (3,4%).

TABELLE 1.2 Makroökonomische Indikatoren (laufende Preise), ausgewählte Jahre

	1980	1990	2000	2010	2016
BIP, Milliarden €	77,0	137,2	213,2	294,6	349,3
BIP (durchschn. jährliche Wachstumsrate) ¹	–	6,0	4,5	3,3	2,9
BIP, KKP (laufende Preise, internationaler \$) Milliarden	–	148,9	234,8	350,5	438,1
BIP pro Kopf, €	10.194,9	17.871,8	26.611,0	35.228,2	39.937,1
BIP pro Kopf (durchschn. jährliche Wachstumsrate) ¹	–	5,8	4,1	2,8	2,1
BIP pro Kopf, KKP (laufende Preise, internationaler \$)	–	19.394,2	29.301,1	41.906,7	50.077,8
Staatsverschuldung (% des BIP)	–	–	65,9	82,8	84,6
Außenbeitrag (% des BIP)	-3,4	-0,1	1,3	3,5	3,7
Industrie, Wertschöpfung (% des BIP)	37,2	33,4	31,6	28,7	28,0
Landwirtschaft, Wertschöpfung (% des BIP)	4,9	3,5	1,8	1,4	1,3
Dienstleistungen etc., Wertschöpfung (% des BIP)	58,0	63,1	66,5	69,9	70,7
Erwerbspersonen gesamt, in Millionen	–	3,6	3,9	4,3	4,5
Arbeitslosenquote gesamt (% der gesamten Erwerbspersonen)	1,9	3,3	4,7	4,8	6,0

Anmerkungen: ¹ Die durchschnittliche jährliche Wachstumsrate bezieht sich auf die vorhergehenden Zeiträume. BIP, Bruttoinlandsprodukt; KKP, Kaufkraftparität.

Quellen: Eurostat, 2017f; Statistik Austria, 2017n; World Bank Group, 2017.

■ 1.3 Politische Rahmenbedingungen

Österreich ist eine parlamentarische Republik und ein Bundesstaat, der auf demokratischen Prinzipien und Gewaltenteilung aufgebaut ist. Die Bundesverfassung (B-VG 1930), der Staatsvertrag (1955), das Neutralitätsgesetz (1955) und der EU-Beitrittsvertrag (1995) bilden gemeinsam das konstitutionelle Fundament der Republik. Wien ist die Hauptstadt Österreichs und Sitz der obersten Bundesorgane.

Staatsoberhaupt ist der Bundespräsident als höchster Vertreter der Republik. Er wird direkt durch öffentliche Wahlen für sechs Jahre gewählt. Der Bundeskanzler steht der Bundesregierung vor und wird gemeinsam mit den anderen Regierungsmitgliedern vom Bundespräsidenten auf Basis des Ergebnisses der Nationalratswahlen ernannt. Die Regierung oder einzelne Regierungsmitglieder können durch Erlass des Bundespräsidenten oder durch ein Misstrauensvotum des Nationalrats ihres Amtes enthoben werden.

Das österreichische Parlament ist das gesetzgebende Organ auf Bundesebene. Es besteht aus zwei Kammern: dem Nationalrat und dem Bundesrat. Der Nationalrat besteht aus 183 Abgeordneten und wird für eine Legislaturperiode von fünf Jahren gewählt. 2007 wurde das Wahlalter von 18 auf 16 Jahre herabgesenkt. Somit zählt Österreich zu den wenigen Ländern, in denen Minderjährige über ein Wahlrecht verfügen. Im Nationalrat sind seit 2017 fünf Parteien vertreten, die christlich-konservative Österreichische Volkspartei (ÖVP), die rechtsgerichtete Freiheitliche Partei Österreichs (FPÖ), die Sozialdemokratische Partei Österreichs (SPÖ), die liberale Partei „NEOS – Das neue Österreich“ und die Partei Jetzt – Liste Pilz (eine linksgerichtete Partei, die von einem ehemaligen Mitglied der lange im Parlament vertretenen Grünen Partei gegründet wurde). Die parlamentarische Kontrolle wird vom Nationalrat und Bundesrat vornehmlich durch die Oppositionsparteien ausgeübt. Ein wichtiger Kontrollmechanismus ist unter anderem das demokratische Enqueterecht, durch das der Nationalrat Untersuchungsausschüsse zur Überprüfung der Arbeit der Regierung einsetzen kann.

Der Bundesrat besteht derzeit aus 61 Mitgliedern, deren primäre Aufgabe in der Vertretung der Bundesländer im Prozess der Bundesgesetzgebung liegt. Die Anzahl der Abgeordneten ergibt sich proportional zur Einwohnerzahl der Bundesländer. Die Abgeordneten werden von den Landtagen durch Verhältniswahl für die Dauer der Legislaturperiode gewählt. Die Hauptaufgabe des Bundesrates ist die Begutachtung und Verabschiedung von Gesetzen

des Nationalrats. Er hat ein Einspruchsrecht gegen Gesetzesbeschlüsse des Nationalrates, das in der Regel aufschiebende, in einigen Fällen absolute Wirkung hat. Bestimmte Gesetze, die die Zuständigkeiten der Länder einschränken oder die Kompetenzen des Bundesrats selbst beeinflussen, erfordern die formale Zustimmung beider Kammern (Österreichisches Parlament, 2017a).

Gesetzesinitiativen werden meist durch die Regierung selbst eingebracht. Neue Entwürfe werden nach Begutachtung und Zustimmung der Bundesregierung als Regierungsvorlagen im Nationalrat eingebracht. Ebenso ist es Parlamentsabgeordneten (sowohl im Nationalrat als auch im Bundesrat) möglich, Gesetzesanträge einzubringen. Volksbegehren, die mindestens 100 000 Unterschriften von Stimmberechtigten erhalten oder von je einem Sechstel der Stimmberechtigten dreier Bundesländer unterschrieben wurden, müssen im Nationalrat behandelt werden. Nach Vorberatungen in vorbereitenden Ausschüssen und der Parlamentsdebatte (drei Lesungen) wird der Gesetzesbeschluss des Nationalrats dem Bundesrat zur Ratifizierung vorgelegt (Österreichisches Parlament, 2017b).

Österreich besteht aus neun Bundesländern: Burgenland, Kärnten, Niederösterreich, Oberösterreich, Salzburg, Steiermark, Tirol, Vorarlberg und Wien. Jedes Bundesland hat eine Landesregierung, die durch öffentliche Wahlen für fünf Jahre gewählt wird. Eine Ausnahme ist Oberösterreich, wo die Legislaturperiode sechs Jahre beträgt. Die Landesregierung besteht aus dem Landeshauptmann, Abgeordneten und anderen Regierungsmitgliedern, den Landesräten. Der Landesregierung unterliegt die Gesetzgebung auf Landesebene. Die Bundesregierung hat das Recht, gegen Erlässe der Landesregierungen Einspruch zu erheben, wenn diese den nationalen Interessen zuwiderlaufen.

GEWALTENTEILUNG

Ein wesentliches Element der Bundesverfassung in Österreich ist das Prinzip der Gewaltenteilung, das staatliche Aufgaben in drei Staatsgewalten teilt (trias politica): die Legislative (Nationalrat, Bundesrat und Landtage), die Exekutive (Bundesregierung, Bundespräsident und alle Behörden des Bundes und der Länder, also auch Polizei und das Bundesheer, die die Einhaltung der Bundesgesetze umsetzen) und die Judikative (z. B. Verfassungs-, Verwaltungs-, Arbeits- und Sozial- sowie Zivilgerichte) (Österreichisches Parlament, 2017c).

Neben der horizontalen Gewaltentrennung sind die Legislative und Exekutive außerdem auch vertikal zwischen Bundes- und Landesebene verteilt. Das Bundes-Verfassungsgesetz (Artikel 10 bis 15) regelt die Aufteilung der Zuständigkeiten durch die Definition von Kategorien und Kompetenzen. Die Vereinbarungen gemäß Artikel 15a des Bundes-Verfassungsgesetzes sind ein wichtiges Instrument der Zusammenarbeit zwischen Bund und Ländern. Entwicklungen in der Gesundheits- und Sozialfürsorge, insbesondere die Verwaltung des Krankenhauswesens, werden durch dieses Instrument maßgeblich bestimmt (siehe dazu auch Kapitel 2.3). Diese Vereinbarungen werden zwischen Bundes- und Landesebene üblicherweise auch im Rahmen allgemeiner Verhandlungen über die Budgetzuweisung getroffen, da dadurch auch die Finanzströme der Krankenanstaltenfinanzierung zwischen Bund und Ländern festgelegt werden. Weitere Verwaltungsebenen auf regionaler Ebene sind Bezirke und Gemeinden (Hofmarcher und Quentin, 2013).

Die Sozialpartnerschaft ist ein spezielles Merkmal des politischen Systems in Österreich. Sie bezeichnet ein spezifisches System der Zusammenarbeit großer wirtschaftlicher Interessensverbände (Kammern) der Arbeitgeber und Arbeitnehmer, die informell miteinander und der Regierung kooperieren. Die wichtigsten Organisationen der Sozialpartnerschaft sind der Österreichische Gewerkschaftsbund, die Wirtschaftskammer Österreich, die Bundesarbeiterkammer und die Landwirtschaftskammer. Ihnen steht das Recht zu, Gesetzesentwürfe zu begutachten und die Interessen ihrer Mitglieder in verschiedenen Ausschüssen, Beratungsgremien und Kommissionen zu vertreten, vor allem in Bereichen der Wirtschafts- und Sozialpolitik. Diese Kooperationsform hat maßgeblich zur Stabilität des wirtschaftlichen und politischen Systems Österreichs beigetragen (Pelinka et al., 2016). Darüber hinaus nominieren die Sozialpartner einen Großteil der Vertreter in den Selbstverwaltungsorganen der Sozialversicherungsträger und spielen somit eine zentrale Rolle im Gesundheitssystem (siehe Kapitel 2.3.3).

INTERNATIONALE BEZIEHUNGEN

1995 wurde Österreich Mitglied der Europäischen Union und führte 2002 den Euro als Währung ein. Österreich ist Mitglied der Vereinten Nationen (UN),

der Weltbank, der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD), der Organisation für Sicherheit und Zusammenarbeit in Europa (OSZE), der Welthandelsorganisation (WTO), des Internationalen Währungsfonds (IWF) und der Weltgesundheitsorganisation (WHO). Laut Verfassungsgesetz (Neutralitätsgesetz 1955) ist Österreich zu immerwährender Neutralität verpflichtet und daher in keinem militärischen Bündnis, wie etwa der NATO, Mitglied.

■ 1.4 Gesundheitszustand der Bevölkerung

Die Lebenserwartung bei Geburt in Österreich ist zwischen 2000 und 2016 um 3,3 Jahre auf 81,6 Jahre gestiegen. Im Jahr 2015 lag die Lebenserwartung in Österreich 0,7 Jahre über dem EU-28-Durchschnitt (Eurostat, 2017a). Die Lebenserwartung von Männern hat dabei, ähnlich wie in anderen europäischen Ländern, stärker zugenommen als jene der Frauen. Dennoch leben Frauen in Österreich fast 5 Jahre länger als Männer (Tabelle 1.3). Seit dem Jahr 2000 haben auch die Sterblichkeitsraten erheblich abgenommen. Allerdings war im Jahr 2016 die Sterblichkeitsrate von Männern rund 50% höher (11,9 Todesfälle pro 1 000 Männer) als die der Frauen (7,9 Todesfälle pro 1 000 Frauen) (Tabelle 1.3).

TABELLE 1.3 Lebenserwartung und Mortalität, 1980–2016 (ausgewählte Jahre)

	1980	1990	2000	2010	2016
Lebenserwartung bei Geburt, gesamt	72,7	75,8	78,3	80,5	81,6
Lebenserwartung bei Geburt, Männer	69,0	72,2	75,1	77,7	79,1
Lebenserwartung bei Geburt, Frauen	76,1	78,9	81,1	83,1	84,0
Todesfälle je 1.000 Einwohner, gesamt ¹	19,4	15,2	12,9	11,0	9,9
Todesfälle je 1.000 Männer ¹	23,2	18,9	15,5	13,3	11,9
Todesfälle je 1.000 Frauen ¹	15,5	12,3	10,3	8,8	7,9

Anmerkungen: ¹ alters- und geschlechtsstandardisiert mit der europäischen Standardbevölkerung 2013

Quellen: Statistik Austria, 2017q; Statistik Austria, 2018a, Berechnungen der Autoren

Der Großteil des Anstiegs der Lebenserwartung in Österreich ist auf die gestiegene Lebenserwartung nach dem 65. Lebensjahr zurückzuführen. Jedoch werden nicht alle zusätzlichen Lebensjahre in guter Gesundheit verbracht werden (Statistik Austria, 2017v).

Eine Variante gesunde Lebensjahre zu definieren, ist die Anzahl der Lebensjahre, die eine Person ohne Aktivitätseinschränkung verbringt. Die Entwicklung des Indikators stagnierte in Österreich in den letzten Jahren auf einem Niveau unter dem EU-28-Durchschnitt (EU-Statistik über Einkommen und Lebensbedingungen, EU-SILC). Im Jahr 2015 konnten Frauen erwarten durchschnittlich etwa 69% ihrer Lebenszeit ohne Aktivitätseinschränkung zu verbringen (EU-28-Durchschnitt: 76%). Männer hingegen konnten erwarten 74% ihrer Lebenszeit ohne Aktivitätseinschränkung zu verbringen (EU-28-Durchschnitt: 80%) (Eurostat, 2017i).

Der selbsteingeschätzte Gesundheitszustand liegt in Österreich über dem EU-Durchschnitt, 72% der österreichischen Männer und 68% der österreichischen Frauen (EU-28-Durchschnitt: 70% bzw. 64%) schätzen laut EU-SILC ihren eigenen Gesundheitszustand als sehr gut oder gut ein (Eurostat, 2017h) (Tabelle 1.4).

TABELLE 1.4 Gesunde Lebensjahre (ohne Aktivitätseinschränkung) und selbsteingeschätzter Gesundheitszustand, 2005–2015 (ausgewählte Jahre)

	2005	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Gesunde Lebensjahre, Frauen	60,1	60,8	60,1	62,5	60,2	57,8	58,1
% der Lebenserwartung	73,1	72,8	71,7	74,7	71,8	68,8	69,4
Gesunde Lebensjahre, Männer	58,2	59,4	59,5	60,2	59,7	57,6	57,9
% der Lebenserwartung	76,0	76,3	76,0	76,8	76,0	72,9	73,5
Selbsteingeschätzter Gesundheitszustand als „sehr gut“/„gut“, Frauen (% der über 15-Jährigen)	69,8	67,2	67,6	68,4	66,7	67,2	68,0
Selbsteingeschätzter Gesundheitszustand als „sehr gut“/„gut“, Männer (% der über 15-Jährigen)	73,8	72,0	71,3	71,7	70,5	71,9	71,9

Anmerkung: Gesunde Lebensjahre beziehen sich auf Lebensjahre, die ohne Alltagseinschränkungen verbracht werden

Quellen: EU-SILC, Eurostat, 2017h; Eurostat, 2017i; OECD, 2017e; World Bank Group, 2017

Wie in vielen anderen Ländern ist auch in Österreich ein sozialer Gradient hinsichtlich Lebenserwartung und selbsteingeschätzter Gesundheit zu beobachten. Mit einer Lebenserwartung von 83,3 Jahren im Jahr 2014 hatten Männer mit einem tertiären Bildungsabschluss eine um 6,8 Jahre längere Lebenserwartung als Männer mit Pflichtschulabschluss (76,5 Jahre) (Statistik Austria, 2017a). Bei Frauen war dieser Unterschied mit 2,8 Jahren bedeutend kleiner (85,6 Jahre bzw. 82,8 Jahren) (Statistik Austria, 2017a). Über 80% der Österreicher im höchsten Einkommensquintil schätzen ihren Gesundheitszustand als gut ein, im unteren Einkommensquintil waren dies lediglich 60% der Bevölkerung.

Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems (wie Schlaganfälle und Herzinfarkte) und Krebs sind die beiden Haupttodesursachen in Österreich und für rund zwei Drittel aller Todesfälle verantwortlich (siehe Tabelle 1.5). Die standardisierten Sterblichkeitsraten für beide Todesursachen sind rückläufig, jedoch ist der Rückgang der Sterbefälle durch bösartige Neubildungen, insbesondere Lungenkrebs, weniger stark ausgeprägt. Bei näherer Betrachtung der spezifischen Todesursachen liegt Lungenkrebs an dritter Stelle (ICD-10: C34), mit unterschiedlichen Entwicklungen für Männer und Frauen. Bemerkenswert ist ein zu beobachtender Anstieg bei Frauen bei einer gleichzeitigen Abnahme der Sterblichkeitsraten für Männer. Ein ähnliches Muster lässt sich für das unterschiedliche Rauchverhalten der Geschlechter erkennen, was Zusammenhänge vermuten lässt (siehe Tabelle 1.6). Im Gegensatz zu den allgemein rückläufigen Sterblichkeitsraten, steigen die Mortalitätsraten aufgrund von Diabetes, psychischen und Verhaltensstörungen, psychischen Erkrankungen sowie Infektionskrankheiten seit dem Jahr 2000 deutlich (siehe Tabelle 1.5).

Krankheitshäufigkeiten sind in Österreich nicht vollständig dokumentiert mit Ausnahme von Krankheiten, die einer gesetzlichen Meldepflicht unterliegen, wie etwa Krebserkrankungen (Österreichisches Krebsregister) (Statistik Austria, 2017b). In absoluten Zahlen hat die Inzidenz neuer Krebserkrankungen seit den 1980er Jahren bei Männern und Frauen zugenommen, alters- und geschlechtsstandardisierten Raten zeigen hingegen Rückgänge. Auch die Krebsprävalenz, also der Anteil der Bevölkerung, der zu einem bestimmten Zeitpunkt an Krebs erkrankt ist, hat seit 2000 zugenommen, insbesondere unter Frauen. Die Prävalenz von Krebs bei Frauen ist etwa doppelt so hoch wie jene der Männer, auch wenn die Inzidenz bei Männern höher ist (absolut und altersstandardisiert). Dies

ist wiederum auf die niedrigeren Sterblichkeitsraten aufgrund von Krebs bei Frauen (200,7 pro 100 000 Frauen im Jahr 2014) im Gegensatz zu Männern (317,8 pro 100 000 Männer im Jahr 2014) zurückzuführen. Frauen haben bessere Überlebenschancen nach einer Krebsdiagnose, was vor allem auf die höheren Überlebensraten bei Brustkrebs zurückzuführen ist (Tabelle 1.6).

Die österreichische Gesundheitsbefragung (Austrian Health Interview Survey, ATHIS) – zuletzt durchgeführt 2006/2007 und 2014 – liefert regelmäßig Ergebnisse zum subjektiven Gesundheitszustand und zur Morbidität der Bevölkerung (Statistik Austria, 2017b). Laut der Befragung 2014 gab rund ein Viertel der Bevölkerung an, in den letzten 12 Monaten unter Rückenschmerzen oder Allergien zu leiden. Ein Fünftel der Bevölkerung gab an von Bluthochdruck betroffen zu sein. Des Weiteren litten nach eigenen Angaben rund 8% unter Symptomen einer Depression und rund 5% meldeten, an Diabetes erkrankt zu sein (siehe Tabelle 1.6). Auch hier zeigt die Prävalenz dieser chronischen Erkrankungen starke Unterschiede nach Bildungsniveau. Dreimal so viele Menschen mit dem niedrigsten Bildungsabschluss leiden an diesen Erkrankungen als Befragte mit dem höchsten Bildungsniveau. Selbstmorde bzw. Selbstmordversuche stellen nach wie vor ein Gesundheitsproblem dar, sind jedoch rückläufig.

Der Gesundheitszustand steht in Verbindung mit einer Reihe von Gesundheitsfaktoren, einschließlich der Lebens- und Arbeitsbedingungen der Menschen, der natürlichen Umwelt, in der Menschen leben, und einer Reihe an verhaltensbedingten Risikofaktoren. Auf Grundlage der Schätzungen des Institute for Health Metrics and Evaluation konnten mehr als 28% der Krankheitslast im Jahr 2015 (gemessen in Disability Adjusted Life Years, DALYs) auf verhaltensbedingte Risikofaktoren zurückgeführt werden. Dies beinhaltet vor allem Tabak- und Alkoholkonsum, Ernährung und geringe körperliche Aktivität, die zu einem hohen Body-Mass-Index und anderen Gesundheitsrisiken beitragen (IHME, 2017). Rund ein Viertel der Bevölkerung gab an, täglich zu rauchen. Damit ist Österreich das Land mit der siebthöchsten Raucherprävalenz unter den EU-Ländern. Im Gegensatz zu vielen anderen EU-Mitgliedstaaten, in denen sich die Raucherquoten seit 2000 deutlich reduziert haben, ist der Anteil der täglichen Raucher in Österreich konstant hoch. Die Rauchgewohnheiten unter Männern und Frauen folgten jedoch unterschiedlichen Entwicklungen: der Anteil täglich rauchender Männer ist rückläufig, während der Anteil der täglich rauchenden Frauen steigt. Auch bei Jugendlichen ist das Rauchen weit verbreitet,

23% der 15-jährigen Mädchen und 27% der 15-jährigen Burschen gaben an, die erste Zigarette im Alter von 13 Jahren oder früher geraucht zu haben (2014). Jedoch ist der Anteil an jugendlichen Rauchern deutlich gesunken: 15,5% der 15-jährigen Mädchen und 14,2% der 15-jährigen Burschen gaben 2014 an, wöchentlich zu rauchen, während es 2001/2002 noch 37,1% der Mädchen und 26,1% der Burschen waren (Currie 2004; Currie et al., 2012; Ramelow et al., 2011; Ramelow et al., 2015).

TABELLE 1.5 Haupttodesursachen, standardisierte Mortalitätsrate je 100 000 Einwohner, ausgewählte Jahre

	1980	1990	2000	2010	2014
ALLE TODESURSACHEN	1.415,7	1.153,2	953,9	787,3	735,8
INFEKTIONSKRANKHEITEN					
Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	8,8	5,3	3,8	6,8	6,8
davon: Tuberkulose	5,7	1,9	0,9	0,4	0,7
davon: HIV/AIDS	–	0,9	0,6	0,5	0,5
NICHTÜBERTRAGBARE KRANKHEITEN					
Krankheiten des Kreislaufsystems	778,3	603,5	500,5	331,3	302,3
davon: ischämische Herzkrankheiten	210,0	225,0	201,4	149,7	131,1
davon: zerebrovaskuläre Krankheiten	146,1	123,3	95,0	53,8	42,8
Bösartige Neubildungen	273,7	261,1	229,7	204,0	197,2
davon: Colon, Rektum und Anus	38,4	37,4	31,2	21,9	20,6
davon: Luftröhre, Bronchien, Lunge	43,6	42,4	39,7	38,3	38,1
davon: weibliche Brust	34,9	39,3	34,6	26,9	26,1
davon: Gebärmutterhals (Cervix uteri)	7,3	4,6	3,0	3,1	2,8
davon: Prostata	41,2	47,5	47,9	32,2	27,7
Diabetes	16,3	27,6	17,1	30,3	28,9
Psychische Krankheiten und Verhaltensstörungen	3,4	3,6	4,9	9,3	14,5
Krankheiten des Nervensystems	11,5	17,2	13,9	25,1	24,9
Krankheiten des Atmungssystems	75,7	59,4	50,8	42,4	34,6
Krankheiten des Verdauungssystems	76,6	56,1	42,8	32,3	26,6
ÄUSSERE URSACHEN					
davon: Transportmittelunfälle	26,6	9,4	30,5	19,4	5,3
davon: Suizid und Selbstverletzungen	26,9	12,9	38,1	23,9	9,7

Quellen: OECD, 2017f

TABELLE 1.6 Morbidität und gesundheitsrelevante Faktoren, ausgewählte Jahre

	1980	1990	2000	2010	2014
KREBS					
Krebsprävalenz, Frauen	-	-	106.364	157.152	174.347
% der weiblichen Bevölkerung			2,57%	3,66%	3,99%
Krebsprävalenz, Männer	-	-	84.266	90.427	96.419
% der männlichen Bevölkerung			2,17%	2,22%	2,31%
Krebsinzidenz, Frauen (Anzahl an neuen Fällen)		16.391	17.873	18.706	18.547
Krebsinzidenz, Männer (Anzahl an neuen Fällen)		14.883	19.516	20.393	20.361
Krebsinzidenz, Frauen (pro 100.000, altersstandardisiert)	439,8 ²	441,3	452,1	425,4	403,3
Krebsinzidenz, Männer (pro 100.000, altersstandardisiert)	618,9 ²	649,8	719,0	605,6	555,5
Anzahl der Todesfälle durch Krebs, Frauen	9.431 ²	9.619	9.200	9.253	9.563
Anzahl der Todesfälle durch Krebs, Männer	9.335 ²	9.607	9.493	10.419	10.829
Krebsmortalität, Frauen (pro 100.000, altersstandardisiert)	265,0 ²	258,5	230,4	204,1	200,7
Krebsmortalität, Männer (pro 100.000, altersstandardisiert)	444,4	447,0	391,4	338,9	317,8
PRÄVALENZ VON CHRONISCHEN ERKRANKUNGEN UND GESUNDHEITSPROBLEMEN (SELBST BEURTEILT, HOCHRECHNUNG IN % DER BEVÖLKERUNG)					
Kreuzschmerzen und sonstige chronische Rückenschmerzen					24,4
Allergien					24,2
Bluthochdruck					21,1
Nackenschmerzen oder sonstige chronische Schmerzen in der Halswirbelsäule					18,5
Arthrose					12,0
Depression					7,7
Chronische Kopfschmerzen					6,7
Diabetes					4,9
Asthma					4,4
Chronische Bronchitis, Emphysem, COPD					4,2
Harninkontinenz					3,6
Magen- oder Darmgeschwür					2,5
Koronare Herzerkrankung oder Angina pectoris					2,2
Chronische Nierenprobleme oder Nierenversagen					1,5
Herzinfarkt oder chronische Beschwerden danach					1,0
Schlaganfall oder chronische Beschwerden danach					0,8
Leberzirrhose					0,2

	1980	1990	2000	2010	2014
KRANKENSTÄNDE					
Krankenstandstage pro Arbeitnehmer, Frauen	15,5	13,8	13,7	13,0	12,8
Krankenstandstage pro Arbeitnehmer, Männer	18,7	16,2	15,1	12,8	12,0
GESUNDHEITSRELEVANTE FAKTOREN (LEBENSWEISE)					
Raucherquote, Frauen (% der Erwachsenen)	13,6 ¹	17,5 ³	18,8 ⁵	19,4 ⁸	22,2
Raucherquote, Männer (% der Erwachsenen)	35,3 ¹	34,6 ³	30,0 ⁵	27,5 ⁸	26,7
Mädchen, die mindestens einmal wöchentlich rauchen (% der 15-Jährigen)	–	–	37,1 ⁷	29,3	15,5
Jungen, die mindestens einmal wöchentlich rauchen (% der 15-Jährigen)	–	–	26,1 ⁷	25,2	14,2
Mädchen, die mit 13 Jahren oder jünger zum ersten Mal rauchten (% der 15-Jährigen)	–	–	–	35,0	23,0
Jungen, die mit 13 Jahren oder jünger zum ersten Mal rauchten (% der 15-Jährigen)	–	–	–	35,0	27,0
Gesamter Alkoholkonsum der über 15- Jährigen (Liter pro Kopf)	13,6	13,9 ⁴	13,2	12,1	12,3
Adipositas bei Frauen (selbst eingeschätzt, in %)	–	8,9 ⁴	9,1 ⁶	13,2 ⁸	13,4
Adipositas bei Männern (selbst eingeschätzt, in %)	–	8,0 ⁴	9,1 ⁶	12,4 ⁸	16,0
Fettleibige oder übergewichtige Mädchen (% der 11-, 13- und 15-Jährigen)	–	–	9,8 ⁷	11,9	11,7
Fettleibige oder übergewichtige Jungen (% der 11-, 13- und 15-Jährigen)	–	–	13,9 ⁷	18,5	17,3

Anmerkungen: ¹ 1979, ² 1983, ³ 1986, ⁴ 1991, ⁵ 1997, ⁶ 1999, ⁷ 2001/2002, ⁸ 2006/07

Quellen: (Currie 2004, OECD 2017i, Ramelow et al. 2011, Ramelow et al. 2015, Statistik Austria 2015, Statistik Austria 2016b, Statistik Austria 2017e, Statistik Austria 2017p, Statistik Austria 2017r, Statistik Austria 2017s, Statistik Austria 2017x, WHO 2017a, WHO 2017e)

Im Jahr 2014 konsumierten Erwachsene 12,3 Liter reinen Alkohol pro Kopf, die dritthöchste Quote in der EU und mehr als 2,0 Liter über dem EU-Durchschnitt. Seit den 1980er Jahren konnte ein Rückgang des Alkoholkonsums verzeichnet werden, dieser stagniert jedoch seit den frühen 2000er Jahren. Rauschtrinken (Binge Drinking) liegt vor, wenn bei einem einzigen Anlass und mindestens einmal im Monat im Verlauf des letzten Jahres nicht weniger als sechs alkoholische Getränke konsumiert werden. Die Raten für Rauschtrinken liegen in Österreich bei Erwachsenen (19%) leicht unter dem EU-Durchschnitt (20%). Die selbsteingeschätzte Adipositas-Prävalenz liegt ebenfalls unter dem EU-28-Durchschnitt, ist aber seit 2000 deutlich

gestiegen. 2014 gaben 13,4% der Frauen und 16,0% der Männer an fettleibig zu sein. Die Prävalenz von Übergewicht und Adipositas unter Jugendlichen hat ebenfalls deutlich zugenommen. So stieg beispielsweise der Anteil der übergewichtigen oder fettleibigen Burschen von 13,9% im Jahr 2001/2002 auf 17,3% im Jahr 2014 (siehe Tabelle 1.6) (Statistik Austria, 2017b).

Erwachsene Österreicher zählen zu den körperlich aktivsten Menschen in der EU. Etwa die Hälfte der 18- bis 64-Jährigen (Frauen 49%, Männer 52%) gab an, einer regelmäßigen körperlichen Betätigung (d. h. über 150 Minuten pro Woche) nachzugehen. 36% der Männer und 29% der Frauen gaben an, mindestens zweimal pro Woche muskelkräftigende Tätigkeiten auszuüben (WHO, 2017a). Die körperliche Inaktivität unter den 15-Jährigen ist im Vergleich zu anderen EU-Ländern hingegen relativ hoch (Statistik Austria, 2017b).

Während sich Frauen in Österreich vergleichsweise gesund ernähren, sind die Essgewohnheiten der Männer ungesünder einzustufen. 2014 gaben 66% der Frauen (EU-Durchschnitt 62%) und 45% der Männer (EU-Durchschnitt 49%) an, täglich Obst zu essen. 55% der Frauen und 40% der Männer konsumierten täglich Gemüse. Die Gewohnheiten der Frauen entsprachen damit dem EU-28- Durchschnitt, die der Männer hingegen lagen 4 Prozentpunkte darunter (Eurostat, 2018g). Der Anteil der Männer, die laut Eigenangabe täglich Fleisch konsumierten (39%), war doppelt so hoch wie jener der Frauen (19%) (Statistik Austria, 2015).

Seit den 1980er Jahren hat sich die Gesundheit von Kindern in Österreich erheblich verbessert. Dies ist vor allem an den stetig sinkenden Sterblichkeitsraten von Neugeborenen, Säuglingen und Kindern ersichtlich (Tabelle 1.7). Dieser Trend existiert in den meisten europäischen Ländern und ist vor allem auf Verbesserungen in der prä- und postnatalen Versorgung und der Ernährung zurückzuführen. Die Müttersterblichkeit hat sich seit 1990 halbiert und lag 2015 bei 4 Todesfällen pro 100 000 Lebendgeburten (Tabelle 1.7). In Österreich gibt es vermehrt Hochrisikoschwangerschaften, Ursachen liegen im steigenden Alter der Gebärenden und dem vermehrten Einsatz von In-vitro-Fertilisation (OECD, 2017p). Darüber hinaus können noch Verbesserungen bei verhaltensbedingten Risikofaktoren für schwangere Frauen, was Alkohol- und Zigarettenkonsum sowie Fettleibigkeit betrifft, erzielt werden (Habimana et al., 2015). Die Geburtenraten bei Jugendlichen sind seit den 1980er Jahren von 33,4 Geburten pro 1 000 Frauen im Alter von 15 bis 19 Jahren auf 6,8 Geburten im Jahr 2015 gefallen.

TABELLE 1.7 Gesundheit von Müttern, Kindern und Jugendlichen, ausgewählte Indikatoren und ausgewählte Jahre

	1980	1990	2000	2010	2015
Fertilitätsrate bei Jugendlichen (Geburten je 1.000 Frauen, 15–19 Jahre)	33,4	20,8	13,9	9,6	6,8
Perinatale Mortalitätsrate (Totgeborene und in der 1. Lebenswoche Gestorbene pro 1.000 Lebendgeburten)	14,1	6,9	6,7	5,9	5,3
Neonatale Mortalitätsrate (im 1. Lebensmonat Gestorbene pro 1.000 Lebendgeburten)	9,4	4,4	3,3	2,7	2,4
Säuglingsmortalitätsrate (pro 1.000 Lebendgeburten)	14,3	7,8	4,8	3,9	3,1
Mortalitätsrate der unter 5-Jährigen (pro 1.000 Lebendgeburten)	16,3	9,5	5,5	4,4	3,5
Müttersterblichkeit (pro 100.000 Lebendgeburten)	–	8,0	5,0	4,0	4,0

Quellen: Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group 2016, OECD 2017p, WHO 2017e

2

Organisation und Steuerung

Das österreichische Gesundheitssystem ist komplex und fragmentiert: 1) Die Zuständigkeiten verteilen sich auf die Bundes- und Landesebene; 2) viele Aufgaben sind an Selbstverwaltungsorgane delegiert (Sozialversicherung und Berufsverbände von Gesundheitsdienstleistern); und 3) auch die Finanzierung des Systems ist auf mehrere Financiers verteilt, wobei Bund, Länder sowie die Sozialversicherungsträger zu unterschiedlichen Teilen zum Budget beitragen.

Die Gesetzgebung erfolgt auf Bundesebene und wird in der Regel vom Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (BMASGK) initiiert. Die neun Bundesländer sind dafür verantwortlich, die Verfügbarkeit von adäquaten Krankenhauskapazitäten inklusive der spitalsambulanten Versorgung in Krankenhäusern sicherzustellen (intramurale Versorgung). Sie finanzieren einen Großteil der stationären und spitalsambulanten Versorgung, die in Krankenhäusern erbracht wird. Die extramurale Versorgung hingegen wird durch die Sozialversicherung verantwortet und zum größten Teil finanziert. Gesamtverträge regeln mehrheitlich die extramurale Versorgung, sie werden zwischen den Krankenversicherungsträgern als Selbstverwaltungsorgane und den Interessenvertretern der Gesundheitsdiensteanbieter verhandelt.

Zahlreiche Reformversuche haben darauf abgezielt, die Zusammenarbeit und die Koordination im Gesundheitssystem zu verbessern. So hat die Gesundheitsreform 2013 das System der Zielsteuerung-Gesundheit hervorgebracht. Als zentrales Entscheidungsgremium wurde die

Bundes-Zielsteuerungskommission (B-ZK) geschaffen, die sowohl aus Vertretern des Bundes, der Länder und der Sozialversicherung besteht. Gemeinsam werden darin Finanz- und Gesundheitsziele bundesweit definiert. Diese werden dann von Landes-Zielsteuerungskommissionen (L-ZK), die ebenfalls mit Vertretern des Landes und der SV auf Landesebene sowie einem Bundesvertreter besetzt werden, genauer festgelegt und umgesetzt.

Die B-ZK legt auch den Österreichischen Strukturplan Gesundheit (ÖSG) fest und ist damit die wichtigste Akteurin für die gemeinsame Strukturplanung der Gesundheitsversorgung. Der ÖSG ist der Rahmenplan für die integrative Planung aller Sektoren im Gesundheitssystem, insbesondere der intramuralen und extramuralen Versorgung einschließlich Rehabilitation und stellt die Grundlage für die Detailplanung auf regionaler Ebene dar, die in den (neun) Regionalen Strukturplänen Gesundheit (RSG), durch die Länder und die Sozialversicherung festgelegt wird. Seit 2018 sind Teile des ÖSG und der RSG rechtlich verbindlich zu machen.

Neben der Zielsteuerung-Gesundheit wurden unter Beteiligung eines breiten Spektrums an Interessenvertretern die 10 Gesundheitsziele Österreich entwickelt. Dem Ansatz der „Gesundheit in allen Politikfeldern“ folgend werden diese Ziele von sektorenübergreifenden Arbeitsgruppen in Teilziele, Maßnahmen und Indikatoren zur Messung konkretisiert.

Obwohl in den letzten Jahren Anstrengungen unternommen wurden, die Transparenz für die Bevölkerung zu erhöhen, sind die Gesundheitsinformationssysteme weiterhin uneinheitlich. Eine Reihe von Informationsdiensten und -quellen über Gesundheitsdiensteanbieter sowie zur Qualität der angebotenen Leistungen sind für Patienten öffentlich zugänglich. Patienten können Gesundheitsdiensteanbieter grundsätzlich frei wählen. Dennoch kann die Wahl des Anbieters etwa durch den Wohnort beschränkt sein, da die Strukturen der städtischen und der ländlichen Gesundheitsversorgung oft erhebliche Unterschiede aufweisen.

■ 2.1 Überblick über das Gesundheitssystem

Der Bund ist zuständig für die Gesetzgebung im Gesundheitswesen und trägt die Verantwortung für die Aufsicht der Sozialversicherung. Hinsichtlich der Spitalsversorgung obliegt dem Bund die Grundsatzgesetzgebung.

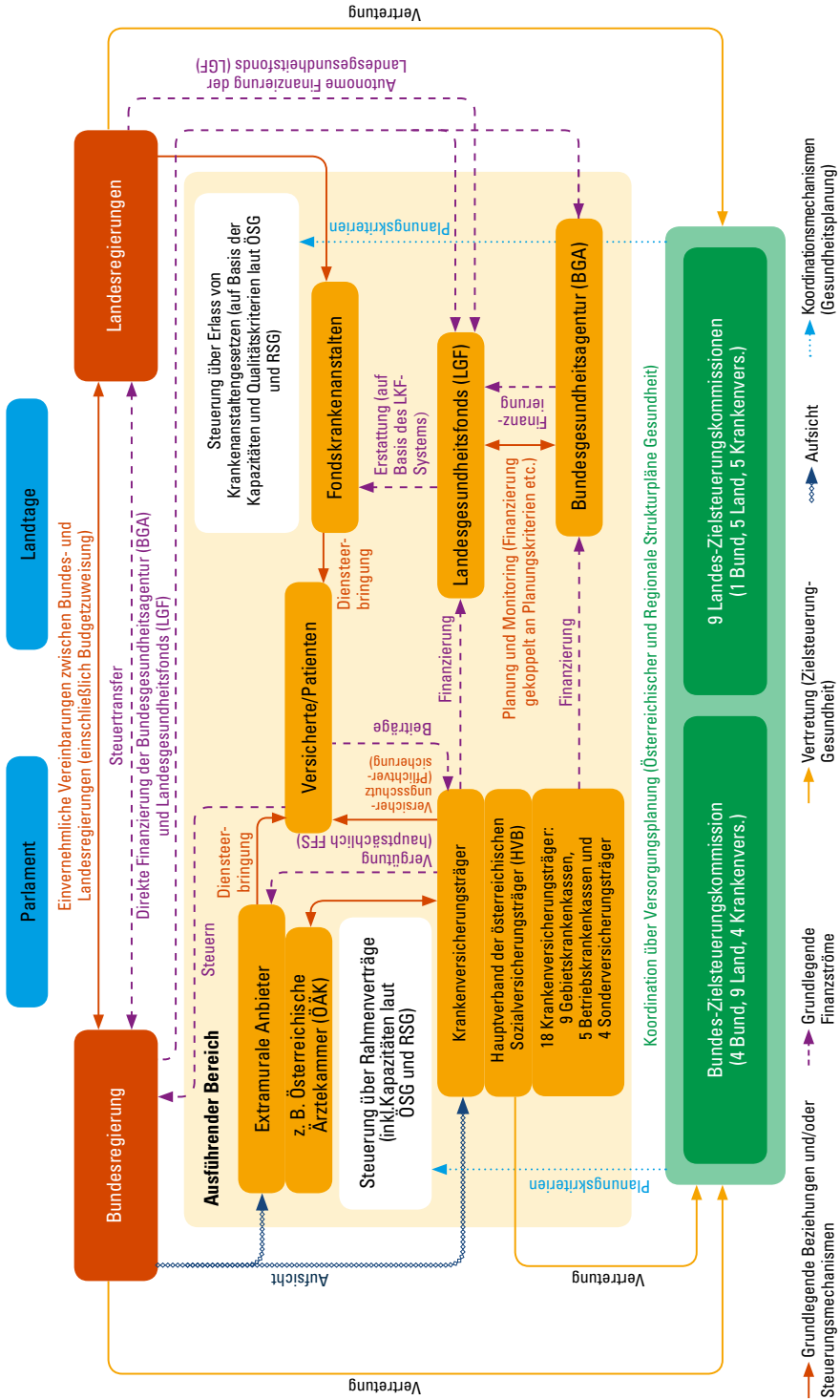
Ausführungsgesetzgebung und Vollziehung sind hingegen Sache der Länder (siehe Kapitel 2.8). Insgesamt gibt es 18 Krankenversicherungsträger, die im Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (HVB) zusammengeschlossen sind (dazu zählt auch die Pensions- und Unfallversicherung) (siehe Kapitel 2.3.3). 2018 wurde ein Gesetzesentwurf verabschiedet, der die Zusammenführung der bestehenden Sozialversicherungsträger auf nur mehr fünf Träger und einen Dachverband anstelle des derzeitigen Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger vorsieht.

Die Krankenversicherungsträger bzw. der Hauptverband (in Zukunft Dachverband) verhandeln mit der Österreichischen Ärztekammer und anderen Interessensvertretungen bzw. Verbänden der Gesundheitsberufe über die Gesundheitsversorgung in allen Bereichen der extramuralen und rehabilitativen Versorgung sowie der Arzneimittelversorgung.

In den letzten Jahren wurden zahlreiche Anstrengungen unternommen, um die zentrale Planung, Steuerung und Finanzierung der Gesundheitsversorgung auszudehnen, insbesondere durch eine engere Kooperation zwischen Bundes- und Landesebene und eine verstärkte Koordinierung dieser Ebenen mit den Krankenversicherungsträgern. Die Errichtung von Landesgesundheitsfonds (LGF) im Jahr 2005, die Ressourcen zur Finanzierung der Spitalsversorgung auf Landesebene bündeln, trug maßgeblich zu einer besseren Koordination in der Krankenanstaltenfinanzierung bei. Auch die Gründung der B-ZK und der neun L-ZK im Jahr 2013, in der die drei größten öffentlichen Akteure bzw. Geldgeber (Bund, Länder und Krankenversicherungsträger) vertreten sind, hat die Koordination und Steuerung des Gesundheitswesens verbessert (siehe Kapitel 6.1.2). Darüber hinaus gewinnt die gemeinsame Planung der Gesundheitsversorgung durch die Strukturpläne Gesundheit (siehe Kapitel 2.5) zunehmend an Bedeutung. Während die Planung ehemals einen Fokus auf den akutstationären Bereich legte, umfasst sie mittlerweile sowohl den stationären als auch den ambulanten Bereich in einer integrativen Form.

Trotz der Implementierung gemeinsamer Steuerungs- und Planungsmechanismen sind die verfassungsrechtlichen Entscheidungsbefugnisse der einzelnen Akteure jedoch bisher unverändert geblieben. Somit bleibt die Koordination nach wie vor eine Herausforderung, nicht nur im Hinblick auf die Bereitstellung intra- und extramuraler Versorgung, sondern auch im Kontext der Rehabilitation und Langzeitpflege (siehe Kapitel 5.7 und 5.8).

ABB. 2.1 Organisation des österreichischen Gesundheitssystems, 2017



Anmerkungen: LKF, Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung; FFS, Einzelleistungsvergütung; Fondskrankenanstalten, Fondskrankenanstalten sind Krankenanstalten, die durch die Landesgesundheitsfonds (LGF) finanziert werden.

Quelle: Eigene Darstellung

■ 2.2 Historischer Hintergrund

■ 2.2.1 *Ursprung des Sozialsystems und Reinstitutionalisierung nach dem Zweiten Weltkrieg*

Die Anfänge des Sozialsystems in Österreich gehen auf das späte Mittelalter zurück, als erstmals ein vereinfachtes System der sozialen Absicherung für ausgewählte (privilegierte) Gesellschaftsgruppen, etwa freie Bauern und Handwerker, in der Form des Ausgedinges (Teil des Einkommens, der für die Pension oder Arbeitsunfähigkeit angespart wurde) entstand.

Der Grundstein für ein öffentliches Gesundheitssystem wurde jedoch erst während der österreichisch-ungarischen Monarchie zwischen Mitte des 19. Jahrhunderts und dem Ende des Ersten Weltkriegs gelegt. Zwei Gesetze aus dieser Zeit, die das Gesundheitssystem bis heute maßgeblich geprägt haben, sind dabei von besonderer Bedeutung. Dabei handelt es sich zum einen um das Reichssanitätsgesetz aus dem Jahr 1870 (Reichssanitätsgesetz, 1870), in dem der Bundesebene die Verantwortung für Sanitätsaufsicht und Seuchenhygiene übertragen wurde (siehe dazu auch Tabelle 2.1, erste und dritte Zeile) und sich damit auf die Verteilung der Zuständigkeiten zwischen Bundesebene und Landesebene auswirkte. Zum anderen ermöglichte das Vereinsgesetz von 1867 (Vereinsgesetz, 1867) die Gründung von Kranken- und Invalidenunterstützungskassen auf Vereinsbasis und schuf damit die rechtliche Grundlage für die Errichtung offizieller Krankenversicherungsträger. In den Jahren 1887/88 wurden Unfall- und Gesundheitsversicherungen für Arbeiter auf der Basis von selbstverwalteten, unabhängigen Versicherungsträgern eingeführt. 1918 gab es auf dem Gebiet des heutigen Österreichs bereits über 600 Kranken-, Pensions- und Unfallversicherungsträger, die nach Berufsgruppen, Bundesländern oder anderen Kriterien wie Sprachzugehörigkeit oder politischer Ausrichtung gegliedert waren.

Während der ersten Republik (1918–1933) gab es Bemühungen, den unkontrollierten Anstieg der Zahl an Versicherungsträgern zu beschränken sowie die soziale Absicherung und Sozialhilfe weiter auf Arbeitslose und andere Berufsgruppen, wie Angestellte und Landarbeiter, auszudehnen. Durch eine Verbesserung der sozialen Situation und der Wohnbedingungen, insbesondere in Wien, verbesserte sich zeitgleich der allgemeine Gesundheitszustand der Bevölkerung.

Während des austrofaschistischen Ständestaates (1933–1938) wurde das berufsständische Prinzip der Organisation der Sozialversicherungsträger gestärkt. Während die soziale Absicherung auf Selbständige ausgeweitet wurde, kam es zu Kürzungen von Geldleistungen (z. B. Pensions- und Krankengeld) aufgrund finanzieller Schwierigkeiten während der Weltwirtschaftskrise.

Nach dem Anschluss Österreichs an Nazi-Deutschland im März 1938 trat am 1. Januar 1939 die deutsche Gesetzgebung in Kraft. Alle Versicherungssysteme mussten daraufhin, um mit deutschem Reichsrecht übereinzustimmen, umstrukturiert werden. Die Selbstverwaltungsstrukturen wurden abgeschafft und die (Gebiets-)Krankenkassen für Arbeiter und Angestellte zusammengelegt. Jedoch wurde die grundlegende Organisationsstruktur der Sozialversicherung aufrechterhalten.

Nach Ende des Zweiten Weltkriegs wurden die Selbstverwaltungsstrukturen des Sozialversicherungssystems durch das Sozialversicherungs-Überleitungsgesetz von 1947 wiederhergestellt und der Hauptverband der Sozialversicherungsträger (HVB) als Dachverband aller österreichischen Kranken-, Unfall- und Pensionsversicherungen eingesetzt. Ebenso wurde die Kompetenzverteilung zwischen Bund und Ländern im Bereich des öffentlichen Gesundheitswesens durch das erneute Inkrafttreten der Verfassung von 1930 wieder eingeführt. So wurden zahlreiche Zuständigkeiten, insbesondere im Hinblick auf Krankenhäuser, Altersheime und Sozialfürsorge, an die Landesebene delegiert (siehe Tabelle 2.1).

TABELLE 2.1 Bundesverfassung und Kompetenzverteilung im Gesundheitswesen

ART DER KOMPETENZVERTEILUNG	REFERENZ	RELEVANTE GESUNDHEITSBEREICHE
Gesetzgebung und Vollzug Aufgabe des Bundes	Art. 10 (B-VG 1930)	Sozialversicherung (SV), Gesundheitssystem (allgemeine Anliegen)
Gesetzgebung über die Grundsätze Aufgabe des Bundes, Erlassung von Ausführungsgesetzen und Vollzug Aufgabe der Länder	Art. 12 (B-VG 1930)	Krankenhäuser und Pflegeheime, Mutterschafts-, Säuglings- und Jugendfürsorge
Gesetzgebung und Vollzug Aufgabe der Länder	Art. 15 (B-VG 1930)	Rettenngsdienst, Bestattungen

Quelle: Zusammenstellung der GÖG

■ 2.2.2 *Konsolidierung des österreichischen Gesundheitssystems und Reformbemühungen seit 1955*

1955 verabschiedete das österreichische Parlament das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz (ASVG), das am 1. Januar 1956 in Kraft trat. Das ASVG war Ergebnis der Bemühungen zur Revision und Standardisierung der Sozialversicherungsgesetzgebung für Arbeiter und Angestellte nach 1945, um die Bestimmungen des Reichsrechts endgültig abzuschaffen. Als Grundpfeiler des Sozialversicherungswesens deckt das ASVG alle Bereiche der Kranken-, Unfall- und Pensionsversicherung für alle in Industrie, Bergbau, Handel, Transport, Land- und Forstwirtschaft Beschäftigten ab und regelt ebenso die Krankenversicherung für Pensionisten der betreffenden Berufsgruppen.

Seit 1955 wurde der Sozialversicherungsschutz sukzessive auf immer mehr Personengruppen, wie etwa Landwirte (1965), Staatsbedienstete (1967) und Flüchtlinge (2005) ausgeweitet (siehe Tabelle 2.2.). Der Anteil der sozialversicherten Personen stieg somit von etwa 70% der Bevölkerung im Jahr 1955 auf 99,9% im Jahr 2017.

Seit den späten 1970er Jahren wurden zahlreiche Reformen zur Verbesserung der Koordination und Steuerung des Gesundheitssystems und zur Eindämmung der steigenden Kosten umgesetzt. 1978 wurde der Krankenanstalten-Zusammenarbeitsfonds mit dem Ziel ins Leben gerufen, die Koordinierung der Krankenhausplanung und -finanzierung zwischen Bund und Ländern zu verbessern. Die Einrichtung des Fonds markierte einen neuen rechtlichen Reformmechanismus im Gesundheitswesen, da dessen Gründung aus einer Vereinbarung gemäß Artikel 15a des Bundes-Verfassungsgesetzes (B-VG) zwischen der Bundes- und Landesebene resultierte (siehe Kapitel 2.3.4). Seit 1978 werden alle den Krankenhaussektor betreffenden Gesundheitsreformen durch Vereinbarungen gemäß Artikel 15a Bundes-Verfassungsgesetz geregelt.

So führte 1997 eine neue Vereinbarung gemäß Artikel 15a Bundes-Verfassungsgesetz (B-VG) zur Einführung der Leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung (LKF), dem österreichischen DRG-ähnlichen System, die mit der Einrichtung eines Strukturfonds auf Bundesebene und neun Fonds auf Landesebene zur Finanzierung der Krankenanstalten einherging und den Krankenanstalten-Zusammenarbeitsfonds ersetzte (siehe Tabelle 2.3.). Darüber hinaus führte die Vereinbarung von 1997 ein

System zur bundesweiten Gesundheitsversorgungsplanung ein, das mit dem ersten einvernehmlich vereinbarten und verbindlichen österreichischen Krankenanstalten- und Großgeräteplan (ÖKAP/GGP) seinen Anfang nahm.

TABELLE 2.2 Ausgewählte grundlegende Reformen zur Erweiterung des Krankenversicherungsschutzes seit 1955

	GESETZ	ANMERKUNGEN
1955	Allgemeines Sozialversicherungsgesetz, 1955	Regelung der Kranken-, Unfall- und Pensionsversicherung für alle Arbeitnehmer (Arbeiter und Angestellte) sowie der Krankenversicherung für Pensionisten
1958	Gewerbliches Selbständigen-Pensionsversicherungsgesetz, 1957	Regelung der Pensionsversicherung für Selbständige
1965	Bauern-Krankenversicherungsgesetz, 1965	Regelung der Krankenversicherung für Bauern
1966	Gewerbliches Selbständigen-Krankenversicherungsgesetz, 1966	Regelung der Krankenversicherung für Selbständige
1967	Beamten-Kranken- und Unfallversicherungsgesetz, 1967	Regelung der Kranken- und Unfallversicherung für Beamte
1970	Bauern-Pensionsversicherungsgesetz, 1970	Regelung der Pensionsversicherung für Bauern
1978	Freiberuflichen Sozialversicherungsgesetz, 1978	Gemeinsame Regelung der Kranken-, Unfall- und Pensionsversicherung für Selbständige
1978	Bauern-Sozialversicherungsgesetz, 1978	Gemeinsame Regelung der Kranken-, Unfall- und Pensionsversicherung für Bauern
1993	Bundespflegegeldgesetz, 1993	Einführung eines siebenstufigen Pflegegelds für Pflegebedürftige
2005	Grundversorgungsgesetz, 2005	Regelung der Gesundheitsversorgung für Flüchtlinge und Asylwerber
2010	Änderungen des ASVG (z. B. SVÄG (2010))	Ausdehnung des Versicherungsschutzes auf Personen in atypischen Beschäftigungsverhältnissen wie geringfügig Beschäftigte (nur Unfallversicherung), freie Dienstnehmer, neue Selbständige und Leiharbeiter

Quelle: Zusammenstellung der GÖG

2005 führte eine weitere Reform mit dem Ziel der verbesserten Integration und Effizienz der Gesundheitsversorgung zur Gründung von Landes-Gesundheitsplattformen, an denen Landesregierungen, Krankenversicherungsträger, Gemeinden sowie Gesundheitsdiensteanbieter und Vertreter der Bundesregierung mitwirkten. Die Gesundheitsplattformen

waren ursprünglich dazu gedacht, die Gesundheitsversorgung auf Landesebene allgemein neu zu organisieren. Da jedoch die Zuständigkeiten der Landesregierungen (für die intramurale Versorgung) und der Krankenversicherungsträger (für die extramurale Versorgung) unverändert blieben, blieb der Einfluss der Gesundheitsplattformen auf die Neugestaltung des Gesundheitswesens gering. Dennoch wurde ein gewisser Anteil der Mittel auf Landesebene gebündelt, um Projekte zur Förderung der Verschränkung der intra- und extramuralen Versorgungssektoren zu ermöglichen („Reformpool“).

Parallel dazu wurde eine integrative Rahmenplanung der Versorgungsstruktur auf der Basis von vier Versorgungszonen und 32 Versorgungsregionen auf Bundesebene eingeführt (Österreichischer Strukturplan Gesundheit, ÖSG) und durch eine detaillierte Gesundheitsplanung auf Landesebene (Regionaler Strukturplan Gesundheit, RSG) ergänzt. Im Ergebnis wurde die ursprünglich hauptsächlich auf den vollstationären Bereich bezogene Gesundheitsplanung zusätzlich auf den spitalsambulanten wie auch den extramuralen Bereich und Rehabilitationssektor ausgeweitet.

Die Reform 2005 basierte ebenfalls auf einer Vereinbarung gemäß Artikel 15a Bundes-Verfassungsgesetz (B-VG). Sie trug jedoch erstmals der gemeinsamen Zuständigkeit aller Akteure der Gesundheitsversorgung, einschließlich der Krankenversicherungsträger, Rechnung. Folglich waren auch alle zuständigen Instanzen in den neu eingerichteten Bundesorganen für die zentrale Planung und Finanzierung, der Bundesgesundheitskommission (BGK) und der Bundesgesundheitsagentur (BGA), vertreten (siehe Kapitel 2.3.4 und 2.5). Die BGA ersetzte den ehemaligen nationalen Strukturfonds (siehe Tabelle 2.3).

Wichtige Verbesserungen fanden in den letzten drei Jahrzehnten auch im Langzeitpflegesektor in Richtung einer verbesserten Harmonisierung der Pflege- und Betreuungsdienste zwischen den Bundesländern und einer zentraleren Steuerung auf Bundesebene statt. Bis zu Beginn der 1990er Jahre existierte ein sehr fragmentiertes System von Geldleistungen für Langzeitpflege, das von unterschiedlichen Organisationen verwaltet wurde (Leichsenring, 2017). Erst als Reaktion auf den Protest von Behindertenorganisationen in den 1980er Jahren, durch den Inkonsistenzen und Versorgungslücken an die Öffentlichkeit gelangten, wurde 1993 das Bundespflegegeldgesetz (BPGG) verabschiedet (siehe Tabelle 2.2). Österreich

war somit das erste europäische Land, das ein umfassendes bedarfsorientiertes System von Geldleistungen für Menschen mit Langzeitpflegebedarf einführte, das durch allgemeine Steuereinnahmen finanziert wurde (Leichsenring, 2017).¹

TABELLE 2.3 Bundes- und Landeskrankenanstaltenfinanzierungsfonds ab 1978

	BUNDESEBENE		LANDESEBENE	
	FONDS	GREMIUM	FONDS	GREMIUM
Reform 1978	Krankenanstalten-Zusammenarbeitsfonds	Fondsversammlung	n/a	n/a
Reform 1997	Strukturfonds	Strukturkommission	Landesfonds	Gesundheitsplattform (nur Vertreter des Landes stimmberechtigt)
Reform 2005	Bundesgesundheitsagentur (BGA)	Bundesgesundheitskommission (BGK)	Landesgesundheitsfonds (LGF)	Gesundheitsplattform (nur Vertreter des Landes stimmberechtigt)
Reform 2013	Bundesgesundheitsagentur (BGA)	Bundesgesundheitskommission (BGK), Bundes-Zielsteuerungskommission (B-ZK)	Landesgesundheitsfonds (LGF)	Gesundheitsplattform, Landes-Zielsteuerungskommission (L-ZK)
Reform 2017	Bundesgesundheitsagentur (BGA)	Bundes-Zielsteuerungskommission (B-ZK)	Landesgesundheitsfonds (LGF)	Gesundheitsplattform Landes-Zielsteuerungskommission (L-ZK)

Quelle: Zusammenstellung der GÖG

2.2.3 Die Entwicklung der Zielsteuerung-Gesundheit seit 2012/2013

Die aktuelle Organisation und Zusammenarbeit (Governance) der Entscheidungsorgane im Gesundheitswesen (siehe Kapitel 2.3.4) wurde maßgeblich durch die Gesundheitsreform 2013 geprägt (siehe Kapitel 6.1.2). Die Reform etablierte die Zielsteuerung-Gesundheit (ZS-G), ein neues Steuerungssystem, das eine engere Zusammenarbeit und Abstimmung zwischen den Hauptakteuren des

¹ Seit 2011 werden Pflegegelder zentral auf Bundesebene vergeben.

Gesundheitswesens (Bund, Länder und Sozialversicherung) einführte. Im Jahr 2013 wurde die Bundes-Zielsteuerungskommission (B-ZK) eingerichtet, die seitdem gemeinsame Ziele auf Bundesebene definiert (siehe Abb. 2.1) und 2017 auch die Finanzierungszuständigkeiten der Bundesgesundheitskommission (BGK) übernahm.

Die neue Zielsteuerung-Gesundheit definierte sowohl Finanzziele als auch Struktur-, Prozess- und Ergebnisziele zur öffentlichen Gesundheit. Die Finanzziele werden durch sektorale Ausgabenobergrenzen auf Bundes- und Landesebene definiert, die sowohl Ausgaben der Länder als auch der Krankenversicherungsträger auf Landesebene betreffen (siehe Kapitel 6.1.3). Dabei sollen beide Geldgeber auf Landesebene die Verantwortung zur Erreichung der Ziele gemeinsam übernehmen (ZS-G, 2017).

2017 wurden die Zuständigkeiten der B-ZK – und zu einem gewissen Ausmaß auch der L-ZK – erweitert, insbesondere im Hinblick auf Kompetenzen in der Festlegung der Österreichischen Strukturpläne Gesundheit, die nun auch (teilweise) rechtlich verbindlich gemacht werden können.

■ 2.3 Organisation

Die Festlegung der gesetzlichen Rahmenbedingungen für das Gesundheitssystem erfolgt auf Bundesebene, wobei Gesetzesentwürfe in der Regel durch das Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (BMSGK) initiiert werden. Jedoch liegt es im Verantwortungsbereich der Bundesländer die geltende Gesetzgebung im Krankenanstaltenbereich, umzusetzen und zu vollziehen.

Durch die geteilten Zuständigkeiten der Bundes- und Landesebene sind Reformen, die den Krankenhaussektor betreffen, nur durch einvernehmliche Vereinbarungen möglich. Aus diesem Grund wurden Vereinbarungen gemäß Artikel 15a Bundes-Verfassungsgesetz zum bedeutendsten Reforminstrument im österreichischen Gesundheitssystem (siehe Kapitel 2.2.2). Diese Vereinbarungen werden zwischen Bundes- und Landesebene beschlossen, da diese auch die Finanzströme der Krankenanstaltenfinanzierung zwischen Bund und Ländern festlegen. Üblicherweise werden sie in Übereinstimmung mit den allgemeinen Verhandlungen über Budgetzuweisungen getroffen. Die Organisation der extramuralen Versorgung liegt größtenteils im

Verantwortungsbereich der Sozialversicherung, die Verhandlungen u.a. über Gesamtverträge, Honorare und Leistungsangebot im extramuralen Bereich, führen.

Durch die eingeführten gemeinsamen Entscheidungsstrukturen auf Bundes- und Landesebene gelingt es zunehmend, die traditionelle Fragmentierung des Gesundheitssystems zu überwinden.

■ 2.3.1 *Bundesebene*

Auf Bundesebene sind das Parlament als gesetzgebende Instanz und das BMASGK die wichtigsten Akteure im österreichischen Gesundheitswesen. Die anschließende Begutachtung und Diskussion von Gesetzesentwürfen erfolgt im Rahmen des parlamentarischen Gesetzgebungsprozesses und in den zugehörigen Ausschüssen (insbesondere Gesundheitsausschuss) (siehe Kapitel 1.3).

Sowohl die Bezeichnung als auch die Aufgabenbereiche des für Gesundheit zuständigen Ministeriums änderten sich im letzten Jahrzehnt mehrmals. Von Dezember 2008 bis 2016 war die offizielle Bezeichnung „Bundesministerium für Gesundheit (BMG)“, bis es in „Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (BMGF)“ umbenannt wurde. Im Januar 2018 wurde der Aufgabenbereich Gesundheit mit den Bereichen Soziales, Arbeit und Konsumentenschutz verknüpft und der Name des Ministeriums in „Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (BMASGK)“ geändert.

Zusätzlich zu seinen Zuständigkeiten für das Gesundheitssystem und die öffentliche Gesundheit ist das BMASGK auch für die Aufsicht über die Sozialversicherung sowie für die Finanzierung und Aufsicht der Langzeitpflegedienste verantwortlich.

Bei komplexen Fragestellungen, die einen hohen Grad an medizinischem und/oder wissenschaftlichem Fachwissen erfordern, wird das BMASGK von verschiedenen Gremien unterstützt. Eines der bedeutendsten Gremien ist der Oberste Sanitätsrat, der das Ministerium bei medizinischen Fragen und insbesondere zum aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft („lege artis“) berät. Darüber hinaus wurden diverse beratende Gremien geschaffen, wie etwa die Kommission für ärztliche Ausbildung, bis 2015 die Kommission für Gesundheitstelematik,

der Beirat für seltene Erkrankungen, der Beirat für Patientensicherheit, der Beirat für Psychische Gesundheit, der Beirat für Altersmedizin und der Onkologiebeirat.

Das BMASGK wird außerdem von diversen weiteren Institutionen unterstützt:

- Die Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) ist das nationale Forschungs- und Planungsinstitut für das österreichische Gesundheitswesen im Eigentum des BMASGK und umfasst neben dem Österreichischen Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG) das Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen (BIQG) sowie den Fonds Gesundes Österreich (FGÖ).
- Die Österreichische Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit GmbH (AGES), ein gemeinsames Unternehmen des BMASGK und des Bundesministeriums für Nachhaltigkeit und Tourismus (BMNT). Zu den Aufgaben der AGES gehören der Schutz der Gesundheit von Menschen, Tieren und Pflanzen, die Arzneimittel- und Lebensmittelsicherheit, die Ernährungssicherheit und der Verbraucherschutz entlang der Nahrungskette.
- Das österreichische Bundesamt für Sicherheit im Gesundheitswesen (BASG) ist gemeinsam mit der AGES Medizinmarktaufsicht (ein Geschäftsfeld der AGES) für die Marktzulassung von Arzneimitteln und die Beurteilung der Wirksamkeit und Sicherheit von Medizinprodukten und medizinischen Geräten sowie für die Marktaufsicht und Kontrolle der Hersteller verantwortlich (siehe Kapitel 2.8.4 und 2.8.5).
- Die ELGA GmbH ist eine gemeinsame Institution der Bundesregierung, der Landesregierungen und der Sozialversicherung. Unter die Unternehmensaufgaben fallen die Weiterentwicklung der nationalen elektronischen Gesundheitsinfrastruktur sowie die Koordination aller relevanten Tätigkeiten zur Einführung und Implementierung der Elektronischen Gesundheitsakte (ELGA) in Österreich (siehe Kapitel 4.1.4).

Das Bundesministerium für Finanzen (BMF) ist ebenfalls an der Steuerung des Gesundheitssystems, insbesondere der Finanzierung, beteiligt und offiziell in der B-ZK vertreten (siehe Kapitel 2.3.4). Das Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Forschung (BMBWF) ist für die universitäre Ausbildung der Ärzte zuständig.

■ 2.3.2 Landesebene

Auf Landesebene sind die Landtage und die für Gesundheit zuständigen Landesräte die Hauptakteure im Gesundheitswesen. Häufig werden in den Landesressorts für Gesundheit auch andere Aufgabenbereiche wie etwa soziale Sicherheit (einschließlich Langzeitpflege) gebündelt. Mit Ausnahme von Niederösterreich, wo Gesundheitsangelegenheiten aufgeteilt sind, umfassen die Verantwortungsbereiche der Landesräte üblicherweise:

- allgemeine (öffentliche) Gesundheitsangelegenheiten, einschließlich Gemeindesanitätswesen,
- intramurale Versorgung,
- extramurale Versorgung,
- Bestattungswesen und
- Gesundheitspersonal.

Es liegt in der Verantwortung der Bundesländer, die Verfügbarkeit von ausreichenden Krankenhauskapazitäten sicherzustellen und einen entscheidenden Teil der intramuralen und spitalsambulanten Versorgung zu finanzieren. Der Großteil der öffentlichen und privaten gemeinnützigen Krankenhäuser ist im Besitz der Länder, Gemeinden oder gemeinnütziger Organisationen. Allerdings haben alle Bundesländer das Management ihrer Krankenanstalten an landeseigene Unternehmen übertragen oder sind im Begriff dies zu tun.

Darüber hinaus haben alle Länder Patientenombudsstellen (Patientenanwälte) als unabhängige Instanz eingerichtet, die Patienten über ihre Rechte aufklären und im Fall von schlechter medizinischer Versorgung oder Behandlungsfehlern als Mediatoren und Interessenvertreter auftreten. Die Patientenanwälte sind ebenfalls in den Gesundheitsplattformen vertreten.

■ 2.3.3 *Selbstverwaltungsorgane*

Das österreichische Sozialversicherungssystem ist mit Ausnahme des Zeitraums zwischen 1939 und 1947 seit jeher durch das Prinzip der Selbstverwaltung charakterisiert. Selbstverwaltung bedeutet, dass staatlichen Aufgaben an Selbstverwaltungskörper übertragen und dadurch von den unmittelbar betroffenen Personengruppen (z.B. Versicherte, Beitragszahler) verwaltet werden. Im Fall der Sozialversicherung entsenden die Interessensvertretungen der Dienstnehmer und Dienstgeber sogenannte Versicherungsvertreter in die Selbstverwaltungskörper.

Mit Ausnahme der Spitalsversorgung wird die Gesundheitsversorgung durch Verhandlungen zwischen den Selbstverwaltungsorganen und den Gesundheitsdiensteanbietern organisiert. Die Selbstverwaltungsorgane der Krankenversicherungsträger setzen sich aus Arbeitnehmer- und Arbeitgebervertretern zusammen, jene der Gesundheitsdiensteanbieter bestehen unter anderem aus Ärztekammern, der Wirtschaftskammer Österreich sowie der Zahnärztekammer und der Apothekerkammer. Daneben gibt es freiwillige Berufsverbände anderer Berufsgruppen im Gesundheitswesen (z. B. Krankenpflege, technisches Personal), die Interessen ihrer Mitglieder vertreten.

SOZIALVERSICHERUNG

Österreich blickt auf eine lange Geschichte der Sozialversicherung, insbesondere im Bereich der sozialen Krankenversicherung zurück (siehe Kapitel 2.2.1 und 2.2.2). 2019 wurde eine Reorganisation der bestehenden Trägerstruktur eingeleitet, in deren Zentrum die Zusammenlegung der neun Gebietskrankenkassen zu einer Österreichische Gesundheitskasse (ÖGK) mit Regionalstellen steht. Daneben kommt es zur Fusion bundesweiter Sozialversicherungsträger der Kranken-, Pensions- und Unfallversicherung, so dass sich insgesamt die Zahl der Sozialversicherungsträger von ursprünglich 21 auf fünf reduziert (siehe Abb. 2.2. und 2.3). Drei davon sind Krankenversicherungsträger: (1) die Österreichische Gesundheitskasse (reiner Krankenversicherungsträger), (2) die Sozialversicherungsanstalt der Selbständigen (durch Fusion von Sozialversicherung der gewerblichen Wirtschaft und der Sozialversicherungsanstalt der Bauern) und (3) die

ABB. 2.2 Organisation der österreichischen Sozialversicherungsträger bis 2019

Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (HVB)		
Pensionsversicherung	Krankenversicherung	Unfallversicherung
Pensionsversicherungsanstalt	5 Betriebskrankenkassen 9 Gebietskrankenkassen	Allgemeine Unfallversicherungsanstalt
Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft		
Sozialversicherungsanstalt der Bauern		
Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau		
Versicherungsanstalt des österreichischen Notariates	Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter	

Quelle: HVB, 2017f

ABB. 2.3 Neuorganisation der österreichischen Sozialversicherungsträger ab 2020

Dachverband der Sozialversicherung		
Pensionsversicherung	Krankenversicherung	Unfallversicherung
Pensionsversicherungsanstalt	Österreichische Gesundheitskasse	Allgemeine Unfallversicherungsanstalt
Sozialversicherungsanstalt der Selbständigen		
Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau		

Quelle: Eigene Darstellung

Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau (durch Fusion von Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau und Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter). Ein weiterer zentraler Punkt der Organisationsreform ist die Neugestaltung des Hauptverbandes der

österreichischen Sozialversicherungsträger (HVB) zu einem Dachverband. Wesentliche Aufgaben des Hauptverbandes bleiben jedoch auch in der neuen Struktur des Dachverbandes erhalten (Erlassung von Richtlinien, Koordination der Vollziehungstätigkeit der Sozialversicherungsträger und Wahrnehmung koordinierender und trägerübergreifender Agenden).

Viele gesetzliche und organisatorische Fragen bzw. Zuständigkeiten sind zum Zeitpunkt der Erstellung dieses Berichtes offen, weshalb im Folgenden der Stand zu Beginn des Jahres 2019 wiedergegeben wird.

Mit Beginn 2019 waren 18 von 21 Trägern entweder ausschließlich oder gleichzeitig Krankenversicherungsträger. Die meisten Versicherten werden auf Basis des örtlichen Sitzes des Arbeitgebers einem von neun (in Zukunft einem) gesetzlichen Krankenversicherungsträgern zugewiesen. Die Gebietskrankenkassen (zukünftig ÖGK) sind für alle Personen, die bei Arbeitgebern in den jeweiligen Bundesländern beschäftigt sind, zuständig. Für die Beschäftigten von fünf Unternehmen gibt es daneben fünf Betriebskrankenkassen als kleinere KV-Träger ehemals verstaatlichter Industriebetriebe. Im Zuge der Organisationsreform erhalten die Betriebskrankenkassen Wahlfreiheit in die ÖGK überführt zu werden oder eine betriebliche Wohlfahrtseinrichtung zu bilden. Die Versicherungsanstalt des österreichischen Notariates wird in eine eigenständige Versorgungsanstalt des österreichischen Notariates außerhalb der Sozialversicherung überführt.

Bei den sogenannten bundesweiten Sondersicherungsträgern ergibt sich das Versicherungsverhältnis aufgrund der Zugehörigkeit zu bestimmten Berufsgruppen (Landwirte, Bahnbedienstete und Bergarbeiter, Selbständige und öffentliche Bedienstete) (siehe Abb. 2.2 und Tabelle 3.4).

Einige selbständige Berufsgruppen (z. B. Ärzte, Anwälte, Architekten, Bauingenieure) haben die Möglichkeit, aus dem öffentlichen Krankenversicherungssystem zu optieren (siehe Kapitel 3.3.1).

Alle angeführten Sozialversicherungen sind gesetzlich zur Mitgliedschaft im Hauptverband (zukünftig Dachverband) der österreichischen Sozialversicherungsträger (HVB) verpflichtet.

Der HVB wurde bis 2019 von einem Vorstand geleitet, der aus Arbeitnehmer- und Arbeitgebervertretern gewählt wurde, dieser ernannte die Leiter des Verbandsmanagements und war weisungsberechtigt. Im HVB war das höchste Kontroll- und rechtsetzende Organ die Trägerkonferenz. Bei den Mitgliedern handelt es sich um Obmänner/Obfrauen der einzelnen Sozialversicherungsträger, die sowohl Arbeitgeber- als auch

Arbeitnehmerinteressen (außer im Fall von Pensionisten) vertreten. Darüber hinaus war ein Beirat eingerichtet, der die Anliegen der Versichertengemeinschaft und der Leistungsbezieher wahrnehmen sollte, er bestand u. a. aus Vertretern des BMASGK und von Senioren- sowie Behindertenvertretern (HVB, 2018d). Im neu geschaffenen Dachverband werden die Besorgung aller Aufgaben und die Vertretung nach außen von der Konferenz des Dachverbands übernommen. Die Hauptversammlung beschließt Jahresvoranschläge (Haushaltsplan), genehmigt Rechnungsabschlüsse (geprüft durch Wirtschaftsprüfer) und entlastet die Konferenz. Hinzu kommt ein Büro des Dachverbandes, das durch einen Generalsekretär geleitet wird, der gegenüber der Konferenz weisungsgebunden und berichtspflichtig ist.

Auf Ebene der einzelnen Sozialversicherungsträger weicht die Verwaltungsstruktur ab. Jeder Sozialversicherungsträger hat Verwaltungskörper, die aus Arbeitnehmer- und Arbeitgebervertretern bestehen. Bis 2019 wurde die Verwaltungsstruktur von folgenden Gremien wahrgenommen: Generalversammlung als rechtsetzendes Organ, Vorstand als geschäftsführendes Organ, Kontrollversammlung als kontrollierendes Organ und Landesstellen-Ausschüsse als geschäftsführendes Organ der Landesstellen.

Die neue Struktur der Sozialversicherung sieht auf Trägerebene nur noch drei Organe vor:

- Der Verwaltungsrat: geschäftsführendes Organ und Vertretung nach außen
- Die Hauptversammlung: Jahresvoranschlag (Haushaltsplan), Jahresbericht des Verwaltungsrates, Entlastung des Verwaltungsrates, Satzung und Krankenordnung
- Landesstellenausschüsse: Aufgaben gesetzlich je nach Träger zugewiesen.

BERUFSVERBÄNDE DER GESUNDHEITSDIENSTEANBIETER

Die Österreichische Ärztekammer (ÖÄK) ist der Bundesverband der neun Landesärztekammern und vertritt die beruflichen, sozialen und wirtschaftlichen Interessen der österreichischen Ärzte auf Grundlage einer Pflichtmitgliedschaft. Die ÖÄK und die Landesärztekammern verhandeln mit dem HVB und den entsprechenden Krankenversicherungsträgern regelmäßig Gesamtverträge, die den Leistungskatalog, die entsprechenden Honorare

und Vergütungsmechanismen, den Leistungsumfang und die Anzahl der Vertragsärzte (Stellenplan) detailliert regeln (siehe Kapitel 3.3.4). Darüber hinaus ist die Österreichische Ärztekammer gesetzlich verpflichtet, diverse Funktionen zu erfüllen, wie etwa die Organisation von Fortbildungsmaßnahmen, die Festlegung von Lehrinhalten für die postgraduale Ausbildung oder die Organisation der Zulassungsprüfungen für Allgemeinmediziner oder Fachärzte. Die ÖÄK führt außerdem die Ärzteliste und ist für die Qualitätssicherung der Ordinationen und Gruppenpraxen von Allgemein- und Fachärzten zuständig. Letzteres übernimmt die Österreichische Gesellschaft für Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement in der Medizin GmbH (ÖQMed). Selbständige Ambulatorien (siehe Kapitel 5.3) werden bei Verhandlungen mit den Krankenversicherungsträgern durch die Wirtschaftskammer Österreich (WKÖ) vertreten.

Die Österreichische Zahnärztekammer wurde 2006 ins Leben gerufen und ist die Interessenvertretung der in Österreich niedergelassenen Zahnärzte, die bis zu diesem Zeitpunkt Pflichtmitglieder der Ärztekammer waren. Die Österreichische Apothekerkammer (ÖAK) ist die gesetzliche Berufsvertretung der österreichischen Apotheker, die sowohl in Apotheken als auch Krankenhäusern tätig sind. Die pharmazeutische Gehaltskasse erbringt zusätzlich Leistungen zur sozialen und wirtschaftlichen Absicherung von Apothekern. Zum Leistungsspektrum gehören Bemessung und Auszahlung der Gehälter aller Pharmazeuten, Verrechnung der Krankenkassenrezepte mit den Sozialversicherungsträgern, Stellenvermittlung und Leistungen aus dem Wohlfahrts- und Unterstützungsfonds etwa im Rahmen von Pensionszuschüssen (Pharmazeutische Gehaltskasse, 2018). Das Österreichische Hebammengremium (ÖHG) ist eine Körperschaft öffentlichen Rechts und ist, was die Pflichtmitgliedschaft betrifft (seit 2014), der jüngste Berufsverband für Gesundheitsfachkräfte, wenngleich die Gründung solcher Hebammengremien bereits ins Jahr 1925 zurückreicht (Hebammengesetz, 1925).

Personen in Gesundheitsberufen ohne gesetzliche Vertretungsorganisationen können freiwilligen Berufsverbänden beitreten, zu denen unter anderem der Österreichische Gesundheits- und Krankenpflegeverband sowie der Dachverband der gehobenen medizinisch-technischen Dienste Österreichs zählen. Letzterer vertritt die Interessen von sieben Berufsgruppen: biomedizinischen Analytikern, Diätologen, Ergotherapeuten, Radiologietechnologen, Physiotherapeuten, Orthoptisten und Logopäden. Die

Mitgliedschaft ist freiwillig und die Vertreter sind in zahlreiche Gremien und Entscheidungsabläufe eingebunden, wenngleich dies nicht zwingend gesetzlich vorgeschrieben ist.

■ 2.3.4 *Gemeinsame Entscheidungsgremien und -träger*

In Österreich hat das Einsetzen von Entscheidungsgremien eine lange Tradition, um eine gemeinsame (Bund, Länder, Sozialversicherung) Finanzierung der Spitäler und eine gemeinsame Steuerung, wie etwa die Planung des Gesundheitssystems oder die Gesundheitsförderung, zu ermöglichen. Seinen Anfang nahm dies mit dem Krankenanstalten-Zusammenarbeitsfonds (KRAZAF) auf Bundesebene im Jahr 1978 (siehe Kapitel 2.2.2). Während die gemeinsame Finanzierung und Planung zunächst auf die Koordination der Aktivitäten auf Bundes- und Landesebene abzielte, wurden später auch Vertreter der Sozialversicherungsträger in die gemeinsamen Entscheidungsorgane eingebunden. 2018 zählten die Bundes-Zielsteuerungskommission (B-ZK), die Bundesgesundheitsagentur (BGA), die Landes-Zielsteuerungskommissionen (L-ZK) und die Gesundheitsplattformen auf Landesebene sowie die Landesgesundheitsfonds (LGF) zu den wichtigsten gemeinsamen Entscheidungsgremien und -trägern.

Die Bundes-Zielsteuerungskommission (B-ZK) ist seit 2013 das höchste gemeinsame Entscheidungsgremium und setzt sich aus Entscheidungsträgern der drei wichtigsten Akteure zusammen, die fachlich auch als die drei Kurien bezeichnet werden: Vier Vertreter auf Bundesebene, vier Vertreter der Sozialversicherung und neun Vertreter der Länder (Landesräte für Gesundheit).

Die Beschlüsse der B-ZK müssen zunächst innerhalb der jeweiligen Kurie (d. h. Bundesebene, Landesebene und die Sozialversicherung) getroffen werden, und zwar im Einklang mit den von der jeweiligen Kurie definierten Kriterien zur Beschlussfassung (z. B. Mehrheitsbeschluss, Einstimmigkeit). Danach müssen die Beschlüsse innerhalb der B-ZK einstimmig unter allen drei Kurien gefasst werden, wobei jede Kurie eine Stimme hat. Als Entscheidungsorgan der BGA befasst sich die B-ZK mit allen Belangen der Zielsteuerung-Gesundheit auf Bundesebene, die auch die Ausgabenobergrenzen miteinschließen. Die B-ZK hat außerdem seit 2017 die Möglichkeit, bestimmte Teile des Österreichischen Strukturplans

Gesundheit (ÖSG) als gesetzlich verbindlich auszuweisen (siehe Tabelle 6.1). Dem Ständigen Koordinierungsausschuss, der selbst ein Organ der BGA ist (siehe weiter unten), kommt eine Vorbereitungs- und Koordinierungsfunktion im Hinblick auf die Agenden der B-ZK zu, er unterstützt die Umsetzung von Beschlüssen der B-ZK (siehe Kapitel 6.1.4).

Die Bundesgesundheitsagentur (BGA) ist ein öffentlich-rechtlicher Fonds mit eigener Rechtspersönlichkeit und das zentrale Organ zur überregionalen und sektorenübergreifenden Planung, Steuerung und Finanzierung des Gesundheitswesens. Die BGA-Mittel fließen zum Großteil in die Finanzierung des Spitalswesens (siehe Kapitel 3.3.3). Die Agentur ist auch mit der Verwaltung von Teilen des österreichischen Krankenanstaltenfinanzierungssystems betraut und befasst sich mit zentralen Dokumentationsaufgaben.

Die Landes-Zielsteuerungskommissionen (L-ZK) sind die entsprechenden gemeinschaftlichen Gremien auf Landesebene und setzen sich ebenso aus Mitgliedern der drei wesentlichen Akteure zusammen:

- Fünf Vertreter auf Landesebene: der für Gesundheit zuständige Landesrat (in einigen Bundesländern auch zusätzliche Landesräte, z. B. der Landesrat für Finanzen) und in der Regel mehrere Landtagsabgeordnete, die sich verstärkt mit gesundheitspolitischen Themen befassen.
- Fünf Vertreter der Sozialversicherungsträger: im Allgemeinen der Obmann und seine Stellvertreter und zwei weitere Vertreter der Gebietskrankenkassen sowie ein Vertreter anderer Krankenversicherungsträger (ebenfalls Mitglieder des Vorstands).
- Ein Vertreter auf Bundesebene: ein Beamter des BMASGK.

Beschlüsse innerhalb der Landes-Zielsteuerungskommissionen müssen abermals zuerst innerhalb der jeweiligen Kurie getroffen werden (d. h. Landesebene oder Sozialversicherungsträger), der endgültige Beschluss beider Kurien muss einstimmig sein. Der Bund hat ein Einspruchsrecht in Fällen, in denen ein Beschluss der Bundesländer den nationalen Standards zuwiderlaufen würde, die z. B. die Gesundheitsziele oder die Gesundheitsstrukturplanung auf Bundesebene betreffen.

Die Landes-Zielsteuerungskommissionen wurden in erster Linie eingerichtet, um die Agenda der Zielsteuerung-Gesundheit umzusetzen

und eine gemeinsame Planung voranzutreiben. Zusätzlich gibt es in allen Bundesländern Landesgesundheitsplattformen, die nicht nur Vertreter der Financiers (Landesebene, Sozialversicherungsträger und Bundesebene), sondern auch Vertreter der Ärztekammer, der Gemeinden, Krankenhausbetreiber und Patientenvertreter als Mitglieder umfassen. Die Landesgesundheitsplattformen entscheiden über die Verwendung der Mittel der Landesgesundheitsfonds (LGF) und sind für die Finanzierung der Landeskrankenanstalten zuständig.

■ 2.4 Dezentralisierung und Zentralisierung

Das österreichische Gesundheitssystem zeichnet sich durch eine dezentral gesteuerte Gesundheitsversorgung auf regionaler Ebene aus. Auf Bundesebene werden Rahmenbedingungen definiert, vielfach werden gesetzliche Aufgaben an Selbstverwaltungsorgane delegiert. Die Gesetzgebung für den Gesundheitsbereich erfolgt größtenteils auf Bundesebene (z. B. für die Sozialversicherung, Gesundheitspersonal, Arzneimittel, medizinische Geräte usw.). Für den Krankenhaussektor gibt der Bund Grundsatzgesetze vor, während die Bundesländer für die Erlassung und Umsetzung von Gesetzen auf Landesebene zuständig sind (Tabelle 2.4). Die soziale Krankenversicherung wird durch die Selbstverwaltungsorgane verwaltet, während die Bundesregierung als Aufsichtsbehörde fungiert. Angesichts der hohen Anzahl an Bundesländern (neun) und Krankenversicherungsträgern (18 bzw. in Zukunft 3) ist die Entscheidungsbefugnis folglich auf viele Akteure verteilt.

Die Zuständigkeit für die Gesundheitsversorgung ist zum Großteil auf die Landesebene (Spitalsversorgung) und an die Sozialversicherungsträger übertragen (z. B. extramurale Versorgung, Rehabilitation). Zu den Kompetenzen der Länder zählt der öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD), der eine zentrale Aufgabe der Gesundheitsbehörden in den Bundesländern und Gemeinden ist. Außerdem übernehmen private Organisationen wie etwa NGOs und Sozialeinrichtungen wichtige Aufgaben im Gesundheitssystem.

In den letzten Jahren gab es einen zunehmenden Trend in Richtung zentralisierter Planung auf Bundesebene mithilfe der Entwicklung von Rahmenplänen und -zielen (siehe Kapitel 2.5). Gleichzeitig wurden die Detailplanung und Umsetzung dezentralisiert bzw. regionalisiert.

Besonders die Gesundheitsreform seit 2013 sorgte für eine beachtliche Wende in Richtung verstärkter Koordination und führte zur Entstehung der Zielsteuerung-Gesundheit, die unter die Zuständigkeit der B-ZK fällt (siehe auch Kapitel 2.2.3, 2.3.4 und 6.1.2). Der Trend zu einer zentralisierteren Steuerung setzt sich seitdem fort und führte 2017 zu einem zweiten Bundes-Zielsteuerungsvertrag (B-ZV), in dem die Leitprinzipien und Prioritäten für den Zeitraum von 2017–2021 für Bund und Länder festgelegt sind (BMGF, 2017t). In den Jahren davor (2013–2016) gab es zusätzlich zum B-ZV Landes-Zielsteuerungsverträge (L-ZV) zur detaillierten Zieldefinition auf Landesebene.

TABELLE 2.4 Aufgabenverteilung nach dem Grad der Zentralisierung

GRAD DER ZENTRALISIERUNG	STEUERUNG	HERKUNFT UND VERTEILUNG DER MITTEL	MITTEL-VERWENDUNG	BEREITSTELLUNG
Hoch	Grundlegende und Rahmengesetzgebung für alle Sektoren inklusive Arzneimittel, Ausbildung	Steuereinhebung und -verteilung, Festlegung der Höhe der Sozialversicherungsbeiträge	–	Katastrophenmanagement
	Vereinbarung gemäß Artikel 15a Bundes-Verfassungsgesetz (B-VG), Gesamtverträge			
Mittel	Qualität, Gesundheitsförderung, Prävention und Planung	-	Krankenhäuser, Pflegeheime etc.	Impfungen
Niedrig	Krankenhäuser, extramurale Versorgung, mobile Dienste, Pflegeheime	Einhebung und Pooling von Beiträgen	Öffentlicher Gesundheitsdienst (ÖGD), Gesundheitsförderung/ Prävention, extramurale Versorgung, Arzneimittelversorgung, mobile Dienste, Krankenhäuser, Pflegeheime	

Quelle: Hofmarcher und Quentin, 2013

2.5 Planung

Die Planung im österreichischen Gesundheitssystem wird aufgrund der zersplitterten Zuständigkeiten von einer Vielzahl an Akteuren durchgeführt und umgesetzt. Trotz einer verstärkten zentralisierten und integrativen Planung (als Teil der neuen Zielsteuerung-Gesundheit), ist diese weiterhin fragmentiert und auf die intramurale Versorgung fokussiert.

Die Zuständigkeit für die Planung des Gesundheitssystems auf Bundesebene liegt bei der BGA und ihrem Entscheidungsorgan, der B-ZK (siehe Kapitel 2.3.4) (ZS-G, 2017). Die Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) agiert auf Bundesebene als Prozessbegleiterin und bringt ihre wissenschaftliche Expertise im Planungsprozess auf Bundesebene ein. Die Ergebnisse der Planungsaktivitäten auf Bundesebene fließen in den Österreichischen Strukturplan Gesundheit (ÖSG) ein. Die aktuellste Fassung (2017) wurde auf Grundlage der Bundes-Zielsteuerungsverträge (2013, 2017) weiterentwickelt und ersetzt die Fassung von 2012.

Der Österreichische Strukturplan Gesundheit 2017 (mit Planungshorizont 2020, teilweise auch 2025) ist der Rahmenplan für die integrative regionale Planung der Gesundheitsversorgung in allen Sektoren, einschließlich der intramuralen und extramuralen Sektoren sowie der stationären und ambulanten Rehabilitation unter Berücksichtigung aller relevanten Bereiche im Gesundheits- und Sozialwesen. Der ÖSG definiert 32 Versorgungsregionen und vier Versorgungszonen und legt den Rahmen für das zukünftige Leistungsangebot im akutstationären Sektor, das für die bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung notwendig ist, fest, wobei das Leistungsangebot mittels Prognosen der Krankenhausaufenthalte in verschiedenen Leistungsbündeln bestimmt wird. Der ÖSG 2017 enthält auch Planungsrichtwerte für die ambulante Versorgung, legt Qualitätskriterien für die intramurale und extramurale Versorgung fest und ist richtungsweisend für die Weiterentwicklung des Gesundheitssystems.

Auf Landesebene sind gemäß dem Vereinbarungsumsetzungsgesetz die neun Landes-Zielsteuerungskommissionen (L-ZK) für die Erstellung von Regionalen Strukturplänen Gesundheit (RSG) und für deren Umsetzung verantwortlich (Vereinbarungsumsetzungsgesetz, 2017). Die Regionalen Strukturpläne müssen sich im Rahmen der Vorgaben des ÖSG bewegen. In den Regionalen Strukturplänen Gesundheit wird zunächst der Bedarf an intramuraler Versorgung festgelegt. Hinsichtlich des extramuralen Bereichs sind die Sozialversicherungsträger gesetzlich verpflichtet, bei der Vergabe von Verträgen die Planungsvorgaben im ÖSG und in den RSG zu berücksichtigen (Kapitel 2.8.2). Alle neun Bundesländer verfügen über einen RSG. Der Großteil der RSG ist nach wie vor tendenziell auf die intramurale Versorgung ausgerichtet, da valide Datengrundlagen, wie etwa die ambulante Codierung von Diagnosen noch nicht in ausreichendem Maß verfügbar sind.

Die Planung des ambulanten Sektors stellt eine besondere Herausforderung dar, da sowohl Ambulanzen in Spitälern als auch niedergelassenen Praxen, selbständige Ambulatorien und Gruppenpraxen gleichermaßen berücksichtigt werden müssen.

Teile des ÖSG und der RSG können zukünftig durch Verordnungen rechtlich verbindlich gestellt werden. Die Gesundheitsplanungs GmbH, eine Gesellschaft des Bundes, der Länder und der Sozialversicherung, wurde ermächtigt Verordnungen für rechtlich bindende Teile des ÖSG zu erlassen (Vereinbarungsumsetzungsgesetz, 2017). Diese betreffen z. B. überregionale Versorgung für hochspezialisierte Leistungen (z. B. hochkontagiöse Erkrankungen oder Schwerbrandverletzte), den bundesweiten Großgeräteplan, die stationären und ambulanten Rehabilitationskapazitäten sowie Vorgaben für den Umfang und die einheitliche Darstellung der Inhalte der RSG (diese Teile wurden im Rahmen der ÖSG-Verordnung 2018 bereits verbindlich gestellt).

Die Planung des Gesundheitspersonals rückt aufgrund des demografischen Wandels (der Bevölkerung und des Personals), epidemiologischer Veränderungen und technologischer bzw. wirtschaftlicher Entwicklungen zunehmend in den Vordergrund. Die standortbezogenen Stellenpläne der Sozialversicherung steuern als Teil der Gesamtverträge die Anzahl und die Verteilung der Vertragsärzte auf Grundlage des Bedarfs und der bestehenden Versorgung (durch Kassenärzte/-innen sowie durch die Spitalsambulanzen in den Krankenhäusern). Diese Pläne werden vom HVB (in Vertretung von und nach Absprache mit den Gebietskrankenkassen) und den entsprechenden Landesärztekammern verhandelt und nach medizinischen Fachgebieten eingeteilt. Als gesetzliche Regel gilt, dass jeder Versicherte die Wahl zwischen mindestens zwei entsprechend qualifizierten Gesundheitsdiensteanbietern haben muss, die sich innerhalb einer angemessenen Entfernung befinden. Die standortbezogenen Stellenpläne sind im Einklang mit dem RSG auszuarbeiten.

Für die Personalplanung wird derzeit kein systematischer Planungsmechanismus angewandt. Es werden lediglich die Anzahl der neu zugelassenen Medizinstudenten an öffentlichen Universitäten und nationale Zielvorgaben für die Anzahl von Ausbildungsplätzen für Allgemeinmediziner berücksichtigt. Im aktuellen Reformpaket (zweiter Zielsteuerungsvertrag, 2017–2021) ist die Einführung eines Mechanismus für das Monitoring von Personalindikatoren, wie etwa die Anzahl der Ausbildungsplätze, vorgesehen (siehe Kapitel 6.1.4, 7.3.2 und 7.5.2).

■ 2.5.1 Risiko- und Katastrophenmanagement

Risikomanagement liegt in erster Linie im Aufgabenbereich des BMASGK. Die Gesundheitsreform 2017 sieht die nationale Versorgungsplanung für hochspezialisierte, komplexe Leistungen einschließlich Sonderisolierstationen für die Behandlung von Patienten mit hochkontagiösen lebensbedrohlichen Erkrankungen vor (Vereinbarungsumsetzungsgesetz, 2017).

Die sektorenübergreifende Bereitschaftsplanung für den Krisen- und Katastrophenfall (z. B. Ausbruch von Seuchen) fällt unter die Zuständigkeit des Bundesministeriums für Inneres (BMI), das zu diesem Zweck mit diversen anderen Organisationen und Institutionen wie dem BMASGK, dem Roten Kreuz usw. kooperiert. Dem BMI obliegt das staatliche Krisen- und Katastrophenschutzmanagement, wodurch eine Kooperation zwischen Bundes- und Landesbehörden sowie anderen an der Katastrophenhilfe beteiligten Organisationen vereinfacht wird (BMI, 2017). Im Katastrophenfall sind die Landesregierungen unter anderem für die Katastrophenhilfe und die Notfallversorgung zuständig. Zu diesem Zweck sind sie jedoch auf (teilweise) freiwillige Organisationen wie die Feuerwehren, das Rote Kreuz und weitere Hilfsorganisationen angewiesen. Tatsächlich ist das Rote Kreuz für die Sicherstellung der Wasser- und Sanitärversorgung zuständig. Bundesheereinsätze und die Mithilfe der Bevölkerung können ebenfalls bei Bedarf organisiert werden. Österreich arbeitet außerdem im Rahmen bilateraler Katastrophenhilfeabkommen über gegenseitige Hilfeleistung im Katastrophenfall mit anderen Ländern zusammen (Österreichisches Rotes Kreuz, 2017b).

■ 2.6 Intersektoralität

Die zunehmende Erkenntnis, dass Gesundheit von vielfältigen Determinanten bestimmt wird, hat das Bewusstsein für die Bedeutung von Intersektoralität in Österreich erhöht. Zunehmend wird der Ansatz „Gesundheit in allen Politikfeldern“ (Health in All Policies) (WHO, 2013) in Entscheidungsprozessen mit einbezogen, was am deutlichsten in den Gesundheitszielen Österreich zum Ausdruck kommt.

Die sektorenübergreifenden Gesundheitsmaßnahmen werden von zahlreichen Institutionen mitgetragen. Dazu gehört der Fonds Gesundes

Österreich, der sich auf gesundheitsfördernde Aktivitäten in verschiedenen Sektoren konzentriert, die AGES und das Bundesministerium für Nachhaltigkeit und Tourismus (BMNT). Für Verkehrssicherheit und aktive Mobilität ist das Bundesministerium für Verkehr, Innovation und Technologie zuständig (BMVIT, 2011). Das Bundesministerium für öffentlichen Dienst und Sport (BMÖDS) koordiniert gesundheitsfördernde körperliche Aktivitäten und das Bundesministerium für Inneres (BMI) ist mitverantwortlich für die Gesundheit von Flüchtlingen. Das Umweltbundesamt (UBA) untersucht Zusammenhänge zwischen Umweltbedingungen und Gesundheit (Umweltbundesamt, 2016). Neben den unmittelbaren Aufgaben im Gesundheitssystem haben die Bundesländer eine wichtige Rolle im Jugendschutz, etwa durch Vorgaben zum Rauchen und die Regulierung des Alkoholkonsums (BKA, 2017b).

Dieser Abschnitt beschreibt im Folgenden sektorenübergreifenden Aktivitäten, die auf Bundesebene stattfinden und insbesondere durch das BMASGK vorangetrieben werden. Die Übersicht ist jedoch nicht vollständig, unter anderem deshalb, da derzeitige intersektorale Tätigkeiten nicht notwendigerweise immer als solche bezeichnet werden.

■ 2.6.1 *Gesundheitsziele Österreich*

An der Entwicklung der 10 Gesundheitsziele Österreich, die im Jahr 2012 eingeführt wurden, waren mehr als 40 Stakeholder beteiligt. Die Gesundheitsziele Österreich bilden einen nationalen Handlungsrahmen und ergänzen bereits bestehende Ziele der Bundesländer, die zum Teil bei der Definition der nationalen Gesundheitsziele mitberücksichtigt wurden. Bisher haben aufbauend auf den nationalen Gesundheitszielen sechs der neun Bundesländer ihre eigenen Zielvorgaben entwickelt (BMG, 2015d; BMGF, 2016g; BMGF, 2017u) (siehe Kapitel 6.1.1). Landes-Gesundheitsziele gibt es in acht von neun Bundesländern mit Ausnahme Vorarlbergs.

Das primäre Ziel der Gesundheitsziele Österreich ist die Erhöhung der gesunden Lebensjahre der österreichischen Bevölkerung, unabhängig von Ausbildungsniveau, Einkommen oder persönlichen Lebensumständen. Die 10 Ziele decken eine Reihe von Determinanten, Politikbereichen und/oder Bevölkerungsgruppen ab (Gesundheitsförderung, Arbeitsbedingungen, Geschlecht, gesundheitliche Chancengerechtigkeit, Gesundheitskompetenz

der Bevölkerung, natürliche Ressourcen, gesundes Umfeld, sozialen Zusammenhalt, Kinder und Jugendliche, Ernährung, gesunde Bewegung, psychosoziale Gesundheit, Gesundheitsversorgung). Die Gesundheitsziele schaffen einen Handlungsrahmen für eine gesundheitsfördernde Gesamtpolitik bis 2032, die auf das Engagement aller am Prozess beteiligten Sektoren und Institutionen baut und dem Leitprinzip der „Gesundheit in allen Politikfeldern“ folgt. Eine sektorenübergreifende Arbeitsgruppe für jedes Gesundheitsziel definiert Teilziele (Wirkungsziele), Indikatoren, konkrete Maßnahmen und Richtwerte. Bis 2018 wurden Berichte für sieben der Gesundheitsziele abgeschlossen und teilweise aktualisiert (BMGF, 2017u).

■ 2.6.2 Nationale Strategien und Aktionspläne

Aktuell liegen zahlreiche sektorenübergreifende Strategien und Aktionspläne vor, die unter Einbeziehung eines breiten Spektrums von Interessenvertretern aus verschiedenen Sektoren, Berufsgruppen und Fachbereichen entwickelt wurden. Meist leitet das BMASGK diesen Entwicklungsprozess unter Zusammenarbeit mit anderen Ministerien. Die kürzlich entwickelten Strategien sind folgende:

- Österreichische Diabetes-Strategie 2017 (Schmutterer et al., 2017)
- Österreichische Gesundheitsförderungsstrategie (BMGF (2017at): Nationaler Aktionsplan Ernährung (BMGF, 2017v)
- Nationaler Aktionsplan Bewegung (BMGF, 2017w)
- Aktionsplan Frauengesundheit (BMGF, 2017x; Ladurner, 2016b)
- Nationaler Aktionsplan zur Antibiotikaresistenz 2017 (NAP-AMR) (BMGF, 2017y)
- Demenzstrategie 2015 (BMASK, 2017b; BMGF, 2017z)
- Nationaler Aktionsplan für seltene Erkrankungen (NAP.se) 2015 (BMG, 2015a; BMGF, 2017aa)
- Österreichische Suchtpräventionsstrategie 2015 (BMG, 2015b; Ladurner, 2016a)
- Nationales Krebsrahmenprogramm 2014 (BMG, 2014b).

Auch die Initiative Gesunde Schule Österreich unter der Leitung des Bundesministeriums für Bildung, Wissenschaft und Forschung (BMBWF)

ist ein Beispiel für intersektorale Gesundheitsmaßnahmen (BMB, BMGF, HVB, 2017).

■ **2.6.3** *Agenda 2030 für nachhaltige Entwicklung*

Eine starke Verbindung zur Gesundheit weist auch die im Jahr 2015 von den Staats- und Regierungschefs der Vereinten Nationen ratifizierte Agenda 2030 für nachhaltige Entwicklung auf. Ihr Ziel ist es, Armut zu beenden, Ungleichheit zu bekämpfen, den Planeten zu schützen, den Frieden zu fördern und Wohlstand für alle zu sichern. Die Agenda 2030 umfasst 17 Ziele (Sustainable Development Goals) und 169 Zielvorgaben (Targets) (United Nations 2015).

Ziel 3 der Agenda 2030 ist der Gesundheit und dem Wohlergehen gewidmet und beinhaltet insgesamt 13 Zielvorgaben. Darüber hinaus adressiert die Agenda 2030 zahlreiche weitere Themen, die für die Gesundheit und das Wohlergehen der Bevölkerung relevant sind (GBD SDG Collaborators 2017; WHO 2018): Armut (Ziel 1), Bildung (Ziel 4), Gender-Gerechtigkeit (Ziel 5), Arbeit (Ziel 8), soziale Ungleichheit (Ziel 10), Umwelt (Ziel 2, 6, 11, 12, 13 und 15) sowie Sicherheit und Gewalt (Ziel 16). Zu einem Großteil werden diese Themen bereits über nationale Strategien und Aktionspläne adressiert (Gesundheitsziele Österreich, Gesundheitsförderungsstrategie, Aktionsplan Frauengesundheit).

In Österreich wie auf EU-Ebene wird zur Umsetzung der Agenda 2030 der Mainstreaming-Ansatz verfolgt. Die Verantwortung für die Umsetzung der Entwicklungsziele liegt damit bei den einzelnen Bundesministerien. Zur Umsetzung des Mainstreaming-Ansatzes sowie zur Koordinierung der nach internationalen Vorgaben zu erstellenden Fortschrittsberichte wurde in Österreich eine interministerielle Arbeitsgruppe eingerichtet, die vom Bundeskanzleramt und vom Bundesministerium für Europa, Integration und Äußeres geleitet wird.

■ **2.6.4** *Gesundheitsfolgenabschätzung (GFA)*

Die Vorlage einer Gesundheitsfolgenabschätzung (GFA) ist weder für die allgemeine Gesetzgebung noch für private oder öffentliche Projekte und

Vorhaben verpflichtend. Dennoch beziehen sich bereits mehrere strategische Dokumente und/oder politische Beschlüsse auf GFA und auch öffentliche Institutionen haben in mehreren Fällen bereits GFA beauftragt (Gruber und Türscherl, 2012).

Im Jahr 2009 wurde ein erstes Konzept für die Einführung der GFA in Österreich entwickelt und 2010 mit dessen Umsetzung begonnen (Horvath et al., 2010). Es besteht ein nationales GFA-Netzwerk, 2011/2012 wurde beispielsweise eine Pilot-GFA zur Einführung des verpflichtenden Kindergartenjahrs durchgeführt (Grillich und Griebler, 2012). Ein Überblick über nationale GFA-Beispiele sowie damit verbundene Publikationen wie Richtlinien zur praktischen Durchführung (Amegah et al, 2013) finden sich auf der GFA-Website (<https://gfa.goeg.at/>) (GÖG, 2017a). Der neue Bundes-Zielsteuerungsvertrag (2017) sieht auch eine Förderung von GFA vor.

■ 2.6.5 *Gesundheitliche Chancengerechtigkeit*

Der Reduzierung von gesundheitlichen Chancenungleichheiten wurde in den letzten Jahren zunehmend Beachtung geschenkt. Die Sicherstellung der gesundheitlichen Chancengerechtigkeit für alle Menschen in Österreich ist auch eines der Gesundheitsziele Österreich (Ziel 2). Dessen Förderung stellt zudem ein übergeordnetes Leitprinzip dar, das sich über alle Ziele erstreckt (BMGF, 2017u). Über die letzten Jahre wurden daher zahlreiche Initiativen und Strategien mit dem Ziel entwickelt, gesundheitliche Ungleichheiten zu verringern:

VERRINGERUNG DER GESUNDHEITLICHEN UNGLEICHHEITEN IN DER FRÜHEN KINDHEIT UND BEI FRAUEN

Die schrittweise Einführung der Frühe-Hilfen-Netzwerke in ganz Österreich ist ein erfolgreiches Beispiel für ein regionales Unterstützungsprogramm, das gesundheitliche Ungleichheit an der Wurzel bekämpft. Hilfestellungen in der frühen Kindheit umfassen zahlreiche Gesundheitsförderungsdienste und -aktivitäten, die speziell Eltern mit ihren Kleinkindern zugutekommen. Dabei wird vor allem sozial benachteiligten Familien in belastenden Lebenssituationen besondere Aufmerksamkeit gewidmet. Die Einrichtung

regionaler Netzwerke erfolgte seit 2011 schrittweise und war im Jahr 2016 in rund der Hälfte aller österreichischen Bezirke abgeschlossen (NZFH, 2017b).

KINDER- UND JUGENDGESUNDHEITSSTRATEGIE

Die Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie (Themenfeld 4) hat das Ziel, die gesundheitliche Chancengerechtigkeit durch den Abbau von Zugangsbeschränkungen zu bestehenden Sozialleistungen zu fördern. Zusätzlich wurden Pilotprojekte zu den Themen Gesundheitskompetenz, z. B. hinsichtlich der Zahngesundheit und der interkulturellen Kommunikation, ins Leben gerufen. Die dazu gehörende österreichische Kinder- und Jugendgesundheitsstudie (Ramelow et al., 2015) liefert Informationen über die gesundheitliche Situation und die Lebensumstände von Kindern und Jugendlichen in Österreich und damit auch wichtigen Input für die Strategieentwicklung (BMGF, 2017ab).

AKTIONSPLAN FRAUENGESUNDHEIT

Im Jahr 2015 startete das damalige Bundesministerium für Gesundheit (BMG) mit dem Aktionsplan Frauengesundheit ein gemeinsames Projekt zur Prävention und Gesundheitsförderung für Frauen sowie zur Förderung einer gendergerechten Gesundheitsversorgung. Mittelfristig wird die Umsetzung von Maßnahmen in den Bereichen psychische Gesundheit, Chancengleichheit und Selbstbild der Frauen unterstützt. Der Umsetzungsprozess wird durch einen jährlichen Frauengesundheitsdialog gefördert, der zwischen Interessenvertretern verschiedener Politikbereiche und NGOs stattfindet (BMGF, 2017x).

NATIONALE GESUNDHEITSSTRATEGIEN UND -PROGRAMME

Das Nationale Krebsrahmenprogramm arbeitet an einem gleichberechtigten Zugang zur Versorgung und an der Weiterentwicklung der Krebstherapie für alle Betroffenen, unabhängig von Alter, Geschlecht, Herkunft oder sozioökonomischem Hintergrund. Das Programm sieht als Maßnahme

zur Erreichung dieses Ziels eine Analyse des Einflusses sozioökonomischer Determinanten auf Inzidenz, Prävalenz, Behandlungsqualität und -ergebnis sowie Mortalität bei ausgewählten Tumorentitäten vor. Außerdem sollen die Auswirkungen einer Krebsdiagnose auf die sozioökonomische Situation von Patienten sowie deren Angehörigen analysiert werden. Darauf basierend soll ein Konzept zur Verringerung der Auswirkungen dieser sozioökonomischen Determinanten sowie zur Vermeidung einer Verschlechterung der sozioökonomischen Situation aufgrund einer Krebserkrankung erarbeitet werden (BMG, 2014b).

Die Österreichische Gesundheitsförderungsstrategie ist Teil der Gesundheitsreform und steht in Einklang mit den Gesundheitszielen Österreich. Sie bildet den Handlungsrahmen für ein koordiniertes Vorgehen und die Finanzierung von Gesundheitsförderungsmaßnahmen (mittels einer neuen Finanzierungsquelle, die im Rahmen der Gesundheitsreform eingerichtet wurde), insbesondere für die im Jahr 2013 eingerichteten Landesgesundheitsförderungsfonds und die so genannten Vorsorgemittel. Die Strategie definiert auch konkrete Ziele, Qualitätskriterien und Prioritäten, die Voraussetzungen für die Mittelvergabe sind. Vorgesehen ist, dass Maßnahmen, Projekte und Strategien zur Förderung der gesundheitlichen Chancengerechtigkeit oberste Priorität eingeräumt wird (BMASGK, 2018f).

Die österreichische Vorsorgestrategie regelt die überregionale Gesundheitsförderung und präventive Gesundheitsprogramme und wird von der BGA mit einem jährlichen Beitrag von € 3,5 Millionen finanziert. Die Umsetzung erfolgt durch Bund, Länder und Krankenversicherungsträger gemeinsam. Eine Finanzierung wird nur gewährt, wenn die vorgesehenen Maßnahmen der Österreichischen Gesundheitsförderungsstrategie entsprechen und gesundheitliche Chancenungerechtigkeiten nachweislich verringert werden. Momentan liegt der Schwerpunkt auf der Chancengerechtigkeit für Kinder und Jugendliche (BMASGK, 2018f).

Der Nationale Aktionsplan Ernährung (2011) soll wirksame Maßnahmen ausformulieren, die möglichst transparent und sektorenübergreifend umgesetzt werden sollen, um eine Fehl-, Über- und Mangelernährung in allen sozioökonomischen Gruppen zu verhindern, eine Trendumkehr der steigenden Übergewichts- und Adipositaszahlen bis 2020 zu bewirken und ernährungsbedingte nicht-übertragbare Krankheiten zu verhindern (BMG, 2013; BMGF, 2017v).

SONSTIGE INITIATIVEN

Seit 1998 verfügt Österreich über ein nationales Immunisierungsprogramm. Im Rahmen dessen werden die wichtigsten empfohlenen Impfungen für alle in Österreich lebenden Kinder und Jugendlichen bis zum Alter von 15 Jahren kostenfrei angeboten. Zusätzlich gibt es auch kostenfreie Impfungen für Erwachsenen etwa gegen Masern, Mumps und Röteln.

Die Armutskonferenz vernetzt seit 1995 über 40 soziale Organisationen, Bildungs- und Forschungseinrichtungen sowie Sozialinitiativen mit dem Ziel, die Hilfe für in Armut lebende oder armutsgefährdete Menschen zu bündeln. Das Netzwerk befasst sich mit gesundheitlichen Ungleichheiten und trägt auch zur öffentlichen Bewusstseinsbildung für bestehende, selbsteingeschätzte Zugangsbarrieren bedürftiger Menschen zum Gesundheitswesen bei (Armutskonferenz, 2017). Die Armutskonferenz ist auch im Plenum der Gesundheitsziele Österreich vertreten und aktives Mitglied mehrerer Arbeitsgruppen für einzelne Ziele (insbesondere „Gesundheitliche Chancengerechtigkeit für alle Menschen in Österreich sicherstellen“). Das Handbuch Armut in Österreich (Dimmel et al., 2014) liefert Erkenntnisse und bietet politische Optionen zur Verringerung der Armut und gesundheitlicher Ungleichheiten.

Eine kürzlich vom BMASGK zum zweiten Mal in Auftrag gegebene Studie, die auf Daten der österreichischen Gesundheitsbefragung (Austrian Health Interview Survey, ATHIS) basiert, hat die Verbindung zwischen dem Gesundheitszustand und dem sozialen Umfeld in Österreich untersucht. Die Studie konnte internationale Erkenntnisse bestätigen, dass sich sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen häufiger in schlechterer Gesundheit befinden und größeren Gesundheitsrisiken ausgesetzt sind als privilegiere Teile der Bevölkerung. Davon sind vor allem Personen mit niedrigem Einkommen, Langzeitarbeitslose sowie Menschen mit niedrigem Bildungsniveau oder mit Migrationshintergrund betroffen (Statistik Austria, 2016a). Im Zusammenhang mit den „Europa-2020-Zielen“ hat die österreichische Regierung das Ziel „Bekämpfung von Armut und sozialer Ausgrenzung“ als eines der Hauptziele umgesetzt (BMDW, 2017).

An der GÖG wurde zu diesem Zweck die Task Force Sozioökonomische Gesundheitsdeterminanten eingerichtet, um einen Austausch von Vertretern aus Wissenschaft, Politik und Praxis zu erleichtern (Braunegger-Kallinger und Ladurner, 2014). Zudem konzentriert sich eine GFA-Support-Unit an

der GÖG unter anderem auf die Analyse potenzieller Auswirkungen neuer gesundheitspolitischer Maßnahmen auf gesundheitliche Chancengerechtigkeit (GÖG, 2017a). Die gesundheitliche Chancengerechtigkeit ist zudem eine Priorität des Fonds Gesundes Österreich (FGÖ) (FGÖ-Strategie Gesundheitliche Chancengerechtigkeit 2021) (FGÖ, 2017b).

■ 2.7 Gesundheitsinformationen und -berichterstattung

■ 2.7.1 *Informationssysteme*

In den letzten Jahren wurden zahlreiche Bemühungen unternommen neue Gesundheitsinformationssysteme zu etablieren und damit das Gesundheitswesen für die Bevölkerung als auch für Experten transparenter zu machen. Dennoch sind die Informationen zu Gesundheitsthemen und zum Gesundheitssystem in Österreich aufgrund der fragmentierten Organisation und Finanzierung weiterhin uneinheitlich.

Die B-ZK zielt darauf, die Leistungsfähigkeit des gesamten Gesundheitswesens für eine verbesserte Gestaltung und Steuerung zu messen. Dafür wurde ein Framework zur Outcomemessung entwickelt, der auf Indikatoren aus verfügbaren Datenbanken und Umfragen basiert z. B. zu Tabakkonsum, intramuraler Mortalität, Patientenzufriedenheit und Lebenserwartung. Die Leistungsfähigkeit wird in regelmäßigen Abständen in einem Bericht analysiert (Bachner et al., 2018b). Außerdem existiert ein Mechanismus, der ein koordiniertes Monitoring der 10 Gesundheitsziele Österreich, der Zielsteuerung-Gesundheit (siehe Kapitel 6.6.1) sowie der nationalen Gesundheitsstrategien sicherstellt (BMGF, 2017u).

INTRAMURALE INFORMATIONEN

Im intramuralen Sektor stehen umfassende Informationen über die Erbringung von Leistungen und deren Finanzierung zur Verfügung. Krankenhäuser müssen bei jeder Aufnahme eines Patienten einen Mindestdatensatz anlegen, der Informationen über Alter, Geschlecht, Leistungen (codiert gemäß dem nationalen Leistungskatalog) und Diagnosen (codiert gemäß

der Internationalen Klassifikation der Krankheiten, ICD-10) enthält. Darüber hinaus sind Krankenhäuser verpflichtet, allgemeine statistische Informationen entsprechend definierter Standards zu melden, wie etwa die Bettenzahl, Anzahl und Qualifikationen der Mitarbeiter, Verfügbarkeit von Geräten, Anzahl der Patienten sowie aggregierte Daten über Kosten. Die Daten fließen in eine nicht-öffentliche Datenbank (Dokumentations- und Informationssystem für Analysen im Gesundheitswesen, DIAG) ein (BMGF, 2017ac), die für die wichtigsten Interessengruppen (BMASGK, Krankenversicherungsträger, Länder) zugänglich ist. Ausgewählte aggregierte Inhalte (z. B. über Verwendung, Diagnosen und Leistungen) werden online vom BMGF/BMASGK und der Statistik Austria veröffentlicht (BMGF, 2017k).

Seit 2013 wird die intramurale Qualität durch eine bundesweit einheitliche Messung von Ergebnisqualität im Krankenhaus (A-IQI) bewertet. Die Messung basiert auf Routinedaten mit deren Hilfe mehr als 200 Indikatoren, z. B. intramurale Mortalität von Patienten mit zerebralem Infarkt oder Anteil der Patienten mit Komplikationen nach einer Zystektomie (BMGF, 2016a), berechnet werden. Die Transparenz dieses Prozesses ist jedoch eingeschränkt, da Indikatoren auf Ebene der Krankenanstalten kaum veröffentlicht werden.

Krankenanstalten müssen in regelmäßigen Abständen Fragebögen auf einer webbasierten Qualitätsplattform (Qualitätsplattform 3.0) zu durchgeführten Maßnahmen im Qualitätsmanagement ausfüllen (BMGF, 2017g). Die Informationen werden auf einer Website zusammen mit Informationen z. B. über die Anzahl an Leistungen oder behandelte Patienten veröffentlicht (www.kliniksuche.at). Zusätzlich gibt es nicht-öffentliche Qualitätsregister für ausgewählte medizinische Bereiche, z. B. für Erwachsenenherzchirurgie, Schlaganfälle, Herzschrittmacher, Frühgeburten (privat finanziert) oder Krebs.

EXTRAMURALE INFORMATIONEN

Im extramuralen Sektor existiert eine Leistungs- und Kostendokumentation. Es werden Anstrengungen unternommen mehr Informationen über Versorgungsqualität und Diagnosen zur Verfügung zu stellen (z. B. durch die Einführung der Elektronischen Gesundheitsakte (ELGA), siehe auch Kapitel 4.1.4). Detaillierte Informationen etwa zu Leistungen und Ärztehonoraren liefern statistische Jahrbücher und jährlich erscheinende

Statistiken über den Finanzaufwand der Krankenversicherungsträger (HVB, 2016c; HVB, 2017b; HVB, 2017k). Außerdem werden Diagnosen im extramuralen Sektor noch immer nicht flächendeckend erfasst. Der bundesweit einheitliche Katalog von ambulanten Leistungen (KAL), die sowohl von extramuralen Ärzten als auch von Spitalsambulanzen erbracht werden, ist seit 2014 verpflichtend zu verwenden. Für die spitalsambulante Versorgung stellt dieser Katalog das Kernstück der neuen leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung dar (LKF ambulant) dar. Nach einer zweijährigen Übergangsphase, beginnend mit dem Jahr 2017 soll das System 2019 bundesweit eingeführt werden (siehe Kapitel 3.7.1). Pilotversionen dieses Katalogs hat es schon 2007 gegeben (BMASGK, 2018e).

UMFRAGEDATEN

Die österreichische Gesundheitsbefragung (Austrian Health Interview Survey, ATHIS) spielt in der Gesundheitsberichterstattung und dadurch auch für die Gesundheitsreform seit 2013 eine wichtige Rolle. Sie wird in regelmäßigen Abständen von etwa fünf Jahren durchgeführt und liefert Informationen über den Gesundheitszustand, das Gesundheitsverhalten sowie zur Nutzung von Gesundheitsleistungen und ist repräsentativ für alle Personen, die in Privathaushalten in Österreich leben und 15 Jahre oder älter sind. 2014 haben rund 16 000 Personen (15 Jahre oder älter) an der Umfrage teilgenommen (Statistik Austria, 2015).

Die Studie zur Patientenzufriedenheit, die regelmäßig bundesweit durchgeführt wird, liefert Informationen zur Gesamtzufriedenheit der Österreicher mit dem Gesundheitssystem und mit bestimmten Leistungen. 2015 nahmen 20 000 Versicherte (14 Jahre oder älter) von 12 Krankenversicherungsträgern an der Umfrage mit dem Schwerpunkt Qualität von und Koordination zwischen intramuraler und extramuraler Versorgung teil (Leuprecht et al., 2016a). Diese Studie wurde erstmals vom Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen (BIQG) 2010/2011 durchgeführt (Gleichwelt et al., 2011).

Im Rahmen der HBSC-Studie (Health Behaviour in School-aged Children, HBSC) wird die subjektive Gesundheit und das Gesundheitsverhalten von Schülern im Alter von 11, 13, 15 und 17 Jahren erhoben. Seit 1986 wird sie alle vier Jahre von einem interdisziplinären

Netzwerk von Forschern in 42 Ländern durchgeführt. In Österreich übernimmt diese Aufgabe im Auftrag des BMASGK das Institut für Gesundheitsförderung und Prävention GmbH (IfGP) (Ramelow et al., 2015).

Weitere häufig verwendete Datenquellen für Gesundheitsberichte in Österreich sind die Erhebung über die Lebensbedingungen der Privathaushalte in der Europäischen Union (Community Statistics on Income and Living Conditions, EU-SILC) sowie Todesursachenstatistiken oder Krebsstatistiken.

GESUNDHEITSBERICHTERSTATTUNG

Daten aus den beschriebenen und weiteren Informationsquellen werden für die Gesundheitsberichterstattung herangezogen und über verschiedene Wege (Berichte, Informationsseiten, Online-Tools) veröffentlicht. Sowohl Gesundheitsberichte für bestimmte Bevölkerungsgruppen (z. B. Frauen, Männer, Kinder, ältere Menschen), für bestimmte Erkrankungen (Diabetes, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Demenz, und Depression), als auch für bestimmte Sektoren des Gesundheitssystems (z. B. Onkologie, Palliativversorgung) werden regelmäßig erstellt. Zur Vernetzung von Akteuren, die in der Gesundheitsberichterstattung eine wichtige Rolle spielen, wurde 2003 die Plattform Gesundheitsberichterstattung eingerichtet. In halbjährlichen Sitzungen werden aktuelle Themen diskutiert und Empfehlungen für die Gesundheitsberichterstattung formuliert (BMGF, 2017ae).

Nationale Gesundheitsausgaben werden von der Statistik Austria gemäß dem System der Gesundheitskonten (System of Health Accounts, SHA) der OECD berechnet (OECD, Eurostat, WHO, 2011) und regelmäßig publiziert. Gesundheitsausgaben werden auch durch die GÖG im Rahmen des Monitorings der Gesundheitsreform erhoben und nach Sektoren und Bundesländern zur Verfügung gestellt. Diese Tätigkeit führt die GÖG im Rahmen der Finanzzielsteuerung für die B-ZK durch (siehe Kapitel 6.1.3). Entsprechende Monitoringberichte werden halbjährlich auf der Homepage des BMGF/BMASGK veröffentlicht (BMGF, 2017af).

Des Weiteren fließen die österreichischen Daten zu Gesundheitsausgaben sowie Informationen zur Nutzung von Leistungen und zur Qualität in internationale Gesundheitsinformationssysteme (z. B. von OECD, WHO und Eurostat) ein.

■ 2.7.2 Bewertung von Gesundheitstechnologien

Die Bewertung von Gesundheitstechnologien (Health Technology Assessment, HTA) wird in Österreich großteils nicht systematisch in die öffentliche Entscheidungsfindung mit einbezogen (z. B. betreffend Aufnahme oder Nicht-Aufnahme von Technologien in die Regelfinanzierung). Der politische Wille, die Nutzung von HTA in der Entscheidungsfindung zu stärken, ist jedoch vorhanden: Der Einsatz von HTA, evidenzbasierter Medizin (EbM) sowie Evidence-based Public Health (EbPH) soll weiter forciert werden (ZS-G, 2017). Verschiedene Grundlagendokumente (HTA Strategie 2010 (GÖG, 2010a)) und ein nationales HTA-Methodenhandbuch (BMGF, 2017ag; GÖG, 2012) wurden erarbeitet, um laufende Tätigkeiten im HTA-Bereich zu unterstützen und die Vorgehensweise bei der Erstellung von HTA-Berichten nachvollziehbar zu machen und zu standardisieren (BMGF, 2017ag; GÖG, 2012).

In Österreich führen verschiedene Institutionen HTA durch (GÖG, 2017b), darunter das Ludwig Boltzmann Institut für Health Technology Assessment (LBI-HTA), die Gesundheit Österreich GmbH (GÖG), die Universität für Gesundheitswissenschaften, Medizinische Informatik und Technik (UMIT) und die Abteilung für Evidenzbasierte Wirtschaftliche Gesundheitsversorgung des HVB.

Da es kein übergeordnetes gesetzliches Rahmenwerk gibt, ist die Koordination von HTA in Österreich bisher eine Herausforderung. Die internationale Zusammenarbeit im HTA Bereich ist für ein kleines Land wie Österreich essenziell. Daher nehmen alle oben genannten Institutionen aktiv am europäischen HTA-Netzwerk teil (EUNetHTA, 2017).

■ 2.8 Regulierung

Wie in Kapitel 2.1 (Übersicht über das Gesundheitssystem) beschrieben, ist das österreichische Gesundheitssystem durch die Fragmentierung von Zuständigkeiten geprägt. Die Zuständigkeiten sind auf Bundes- und Landesebene verteilt, wobei die wichtigsten Akteure die Bundesregierung und die Landesregierungen mit den jeweiligen Gesundheitsressorts sind. Viele Zuständigkeiten im Gesundheitssystem werden überdies von Selbstverwaltungsorganen übernommen (z. B. Krankenversicherungsträger).

Mit der Gesundheitsreform 2005 wurden die Bundesgesundheitsagentur (BGA) und die Landesgesundheitsfonds (LGF) geschaffen, die bei der Entwicklung von Qualitätsmaßnahmen und Leitfäden eine wichtige Rolle spielen.

Die Bereitstellung der Anstaltspflege ist Aufgabe der Länder, deren Finanzierung erfolgt gemeinsam durch Länder, Sozialversicherung und Beiträgen des Bundes sowie auch Gemeinden und Rechtsträgern. Die Zuständigkeit für die Bereitstellung und Art der Finanzierung von ambulanter Versorgung unterscheidet sich abhängig davon, ob die Gesundheitsdienste von Krankenanstalten erbracht werden – dies wird in Österreich als Teil des intramuralen Sektors betrachtet – oder ob sie von Ärzten außerhalb von Krankenanstalten erbracht werden – was als extramuraler Sektor betrachtet wird.

■ 2.8.1 *Regulierung und Steuerung öffentlicher Zahler*

Die zwei wichtigsten öffentlichen Zahler im österreichischen Gesundheitssystem sind die Krankenversicherungsträger und die Landesregierungen. Die Aufsicht über die Krankenversicherungsträger und den Hauptverband der Sozialversicherungsträger (HVB) obliegt der Bundesregierung, d. h. dem BMASGK. Das Bundesministerium für Finanzen (BMF) ist berechtigt, einen Vertreter zu Sitzungen der Verwaltungsgremien der Pensionsversicherungsanstalt (PVA) und des HVB zu entsenden, um die finanziellen Interessen der Bundesregierung wahrzunehmen.

Die BGA legt die Finanzausgleichsmechanismen fest und verteilt gemäß gesetzlich festgelegter Quoten Mittel aus Steuergeldern und Pauschalen der Krankenversicherungsträger an die LGF. Die Verwaltung der BGA untersteht der Aufsicht des Rechnungshofs. Auf Landesebene verwalten die LGF die Finanzierung der öffentlichen Krankenanstalten (siehe Kapitel 2.3.4 und 3.3.3). Verfassungsgemäß sind die Bundesregierung und die neun Landesregierungen im Hinblick auf die Verwaltung und Gesetzgebung betreffend die BGA bzw. die LGF autonom (BMF, 2017).

Die wichtigste gesetzliche Grundlage der Sozialversicherung ist das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz (ASVG), das – neben anderen Schwerpunkten – die Verwaltungsstrukturen der Krankenversicherungsträger, die Anspruchsberechtigten, Leistungen, grundlegende Beziehungen

mit Gesundheitsdiensteanbietern, Beziehungen zwischen Versicherern und Versicherten sowie auch die Finanzierung festlegt (Allgemeines Sozialversicherungsgesetz, 1955). Eine Reihe von Sondersicherungsgesetzen (GSVG, BSVG, B-KUVG) regelt die Versicherung von bestimmten Bevölkerungsgruppen (Selbständige, Bauern und Beamte) (siehe Kapitel 3.3.1).

Weitere rechtliche Rahmen, die die Verfügbarkeit und Finanzierung von sozialen und Gesundheitseinrichtungen regeln, sind die Maßnahmen zum Finanzausgleich und die Vereinbarungen zwischen der Bundesregierung und den Bundesländern gemäß Artikel 15a des Bundes-Verfassungsgesetzes (B-VG). Die Höhe der Sozialversicherungsbeiträge wird als Einnahmenquelle für die Sozialversicherungsträger auf nationaler Ebene vom Parlament festgelegt. Das Finanzausgleichsgesetz (FAG) regelt Pooling und regierungsübergreifende Transferzahlungen von direkten und indirekten Steuern zwischen Bundesebene, Ländern und Gemeinden. Das FAG betrifft in erster Linie die Einnahmenverteilung für die Krankenhausversorgung und basiert auf Verhandlungen auf Bundes-, Landes-, und Gemeindeebene. Es ist in der Regel für einen Zeitraum von vier Jahren gültig. Das jüngste Gesetz wurde 2016 verhandelt und gilt für den Zeitraum von 2017–2021 (Finanz-Verfassungsgesetz, 1948; Finanzausgleichsgesetz, 2017). Zusätzlich sind die innerstaatlichen Vereinbarungen gemäß Artikel 15a B-VG von zentraler Bedeutung für die Finanzierung und Organisation des Gesundheitswesens, insbesondere auch der Krankenhausversorgung. Sie regeln die Verteilung von Mitteln aus verschiedenen Steuern mit entsprechender Zweckbindung und schließen dabei, im Unterschied zum FAG, auch Mittel der Sozialversicherungen ein. Diese Vereinbarungen gemäß Artikel 15a werden zwischen Bund und Ländern verhandelt und gelten in der Regel für einen Zeitraum von vier Jahren (siehe Kapitel 2.3).

Seit 2013 sieht die Zielsteuerung-Gesundheit Finanzziele (in Form einer Ausgabenobergrenze) für öffentliche Gesundheitsausgaben in Österreich vor. Die staatliche Ausgabenobergrenze ist per Gesetz und mittels Vereinbarungen gemäß Artikel 15a B-VG festgelegt und wird auf jedes Bundesland und jeden Krankenversicherungsträger umgelegt. Die Ausgabenobergrenze war Teil der Bemühungen zur Schuldenreduktion, um die Fiskalziele der EU-Maastricht-Kriterien zu erfüllen, die innerhalb des Stabilitätspakts für den Zeitraum 2012–2016 festgelegt wurden (Europäische Zentralbank, 2018) (siehe Kapitel 6.1.3). Deshalb gelten die Sanktionsmechanismen des Stabilitätspakts auch für den Gesundheitssektor. Das bedeutet, dass das

Nicht-Erreichen von Finanzzielen die vereinbarten Maastricht-Kriterien verletzen kann und in weiterer Folge – nach Beschlussfassung eines Schiedsgerichts – Strafzahlungen der öffentlichen Zahler zur Folge haben kann. Derartige Strafzahlungen wurden jedoch noch nicht verhängt. Die Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) verfolgt und überprüft die Erreichung der Finanzziele mittels halbjährlicher öffentlicher Monitoringberichte.

Gemeinden spielen als öffentliche Zahler im Gesundheitssystem nur eine untergeordnete Rolle und sind daher nicht in die Finanzsteuerung und -regulierung eingebunden. Trotzdem ist die Beteiligung von Gemeinden an der Finanzierung von Krankenanstalten in manchen Bundesländern von großer Bedeutung. Der Umfang und die Art dieser Beteiligung durch die Gemeinden im Krankenhaussektor auf organisatorischer Ebene sind sehr unterschiedlich, Informationen darüber sind kaum verfügbar (Hofmarcher und Quentin, 2013).

Private Krankenversicherungen haben anders als das System der sozialen Krankenversicherungen keine Verpflichtung, jede Person als Kunden anzunehmen. Dieser Versicherungsart liegt eine freiwillige Vereinbarung zugrunde (siehe Kapitel 3.5.3). Die privaten Krankenversicherungen werden von der Finanzaufsichtsbehörde beaufsichtigt.

■ 2.8.2 *Regulierung und Steuerung von Gesundheitsdiensteanbietern*

Errichtung und Betrieb von Krankenanstalten und selbstständigen Ambulatorien werden durch das Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz (KAKuG, 1957/2018) und die einschlägige Landesgesetzgebung geregelt. Die Bundesländer sind für die Bewilligung von Krankenanstalten, selbstständigen Ambulatorien und Gruppenpraxen zuständig. Vor Erteilung einer Bewilligung ist eine Bewertung auf Basis des Regionalen Strukturplans Gesundheit (RSG) zwingend erforderlich, wenn die Leistungen von den Krankenversicherungsträgern erstattet werden sollen. Zusätzlich ist eine Stellungnahme des Landesgesundheitsfonds (LGF) notwendig, unabhängig davon, ob die Einrichtung im Regionalen Strukturplan Gesundheit enthalten ist. Anbieter müssen einen Antrag einreichen, der das beabsichtigte Leistungsspektrum sowie die geplante Menge der Leistungen beschreibt und eine Aufstellung von Investitionsvorhaben enthält. Die Erteilung einer Genehmigung durch die Landesregierung ist abhängig von den beteiligten

Parteien (z. B. Krankenversicherungsträger, regionale Ärztekammer). Für selbstständige Ambulatorien und Gruppenpraxen ist eine Bedarfsprüfung durch die GÖG (oder durch ein anderes vergleichbares Forschungsinstitut) zwingend notwendig. Für Anbieter, die nur Leistungen anbieten, die von den Krankenversicherungsträgern nicht erstattet werden, ist keine Bedarfsprüfung notwendig.

Zusätzlich besteht für sogenannte nationale Expertisezentren für seltene Erkrankungen ein spezielles Designationsverfahren der B-ZK. Die Designation als nationales Expertisezentrum ist auch eine Voraussetzung für die Teilnahme als Vollmitglied in den einschlägigen Europäischen Referenznetzwerken (siehe auch Kapitel 2.9.6).

In der extramuralen Versorgung hat jeder zugelassene Arzt, der Mitglied der Österreichischen Ärztekammer (ÖÄK) ist, das Recht, eine Praxis zu eröffnen (*Ius practicandi*). Nur (Einzel- oder Gruppen-) Praxen, die in den standortbezogenen Stellenplan aufgenommen wurden und einen Vertrag mit der sozialen Krankenversicherung haben, werden von den Krankenversicherungsträgern in vollem Umfang honoriert. Die Vertragsbedingungen werden durch Gesamtverträge geregelt, die gemäß dem sechsten Teil des ASVG zwischen Sozialversicherung und den regionalen Ärztekammern abgeschlossen werden (Allgemeines Sozialversicherungsgesetz, 1955). Infolgedessen muss jeder einzelne Krankenversicherungsträger dem Vertrag zustimmen (Art. 341, §1, ASVG). Die Einbindung des HVB soll sicherstellen, dass für alle Krankenversicherungsträger Verträge auf gleicher Basis abgeschlossen werden. Die Österreichische Ärztekammer (ÖÄK) kann mit dem Einverständnis der regionalen Ärztekammern in deren Namen einem Vertrag zustimmen. Die Gesamtverträge legen unter anderem die Rechte und Pflichten der Vertragsärzte, das Leistungsvolumen, die Honorarsätze und den standortbezogenen Stellenplan fest. Basierend auf den Gesamtverträgen schließen die Betreiber in der extramuralen Versorgung Einzelverträge mit der sozialen Krankenversicherung ab, die die Kriterien der Gesamtverträge erfüllen müssen (siehe Kapitel 2.5 und 3.3.4).

Der Österreichische Strukturplan Gesundheit (ÖSG) beinhaltet Planungsvorgaben für die extramurale Versorgung, es bleibt jedoch den Bundesländern und den Sozialversicherungsträgern überlassen, wie dieser Versorgungsbereich in ihren Regionalen Strukturpläne Gesundheit (RSG) ausgestaltet wird. Letztlich wird für den niedergelassenen Bereich die Anzahl der Vertragspartner durch die Verträge zwischen den

Krankenversicherungsträgern und Ärzten oder Gruppenpraxen festgelegt, die in Einklang mit dem standortbezogenen Stellenplan abgeschlossen werden (siehe Kapitel 2.5).

Seit 2001 dürfen Ärzte Gruppenpraxen gründen, für die kollektiv ein eigener Gesamtvertrag verhandelt wird. Gruppenpraxen müssen bestimmte Kriterien erfüllen, sie müssen in der Rechtsform der GmbH oder Offene Gesellschaft begründet werden. Als Gesellschafter dürfen nur Ärzte als selbständige Miteigentümer fungieren und daher dürfen keine Ärzte angestellt werden. Auch dürfen sie nur beschränkt nichtärztliches Gesundheitspersonal anstellen. Erst seit Ende 2018 sind freiberuflich tätige Ärzte – in Einzel- und in Gruppenpraxen – befugt, auch Ärzte anzustellen. Bei Gruppenpraxen ist das Ausmaß auf maximal zwei Vollzeitäquivalente, bei Einzelpraxen auf maximal ein Vollzeitäquivalent begrenzt. Die Zusammenstellung von multiprofessionellen Teams wird im Kontext der Regulierung der Primärversorgung aktuell diskutiert (siehe Kapitel 5.3).

QUALITÄTSSICHERUNG

Qualitätssicherung in Krankenanstalten, Rehakliniken und selbstständigen Ambulatorien wird hauptsächlich durch das Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz (KAKuG) sowie das Gesundheitsqualitätsgesetz (GQG) geregelt (GQG, 2004). Auf Basis des GQG gibt es weitere nationale Qualitätsstandards, z. B. für Patient Blood Management (BMGF, 2016b), Spitalhygiene (BMG, 2015c), Aufnahme- und Entlassungsmanagement (BMASGK, 2018i) und präoperative Diagnostik (BIQG/BMG, 2011). Jeder Eigentümer oder Betreiber ist verpflichtet, ein Qualitätssicherungssystem einzuführen, das u.a. die Einrichtung einer Qualitätssicherungskommission und die Teilnahme an regelmäßiger staatlicher Qualitätsberichterstattung vorsieht. Das Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz (KAKuG) regelt auch die verpflichtende sanitäre Aufsicht, die unangekündigte Qualitätsinspektionen mit dem Hauptaugenmerk auf Hygienekriterien einschließt. Darüber hinaus enthält der Österreichische Strukturplan Gesundheit (ÖSG) Standards zu Qualifikation und Anwesenheitserfordernissen des Personals in den jeweiligen Einrichtungen. Außerdem wird die Qualität der Versorgung systematisch auf Basis von A-IQI bewertet (siehe auch Kapitel 2.7). Wenn die gemessenen Indikatoren auf potenzielle Qualitätsdefizite auf

Ebene einzelner Krankenhausabteilungen schließen lassen, wird ein so genanntes Peer-Review-Verfahren eingeleitet, um Unregelmäßigkeiten und Möglichkeiten zur Verbesserung zu identifizieren. Im Peer-Review-Verfahren bewerten drei bis vier Ärzte (aus mindestens zwei verschiedenen medizinischen Fachbereichen) eine Reihe von Krankenhausfällen innerhalb eines Tages hinsichtlich Rechtzeitigkeit und Angemessenheit der Diagnosen und Behandlungen, Anwendung von Leitfäden, Supervision während der Behandlung, fachübergreifende Zusammenarbeit und Dokumentation und formulieren danach Empfehlungen und ein Protokoll.

Im extramuralen Sektor definiert die Qualitätssicherungsverordnung der Ärztekammer (ÖÄK und BMG, 2012) Qualitätskriterien für niedergelassene Ärzte und Gruppenpraxen und regelt das Evaluierungsverfahren. Im Jahr 2014 wurden vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) Mindestanforderungen an das Qualitätsmanagement herausgegeben, die Standards für das Qualitätsmanagement festlegen, die von jedem Gesundheitsdiensteanbieter erfüllt werden müssen (siehe Tabelle 6.3). Bekenntnisse zur qualitativ hochwertigen Versorgung finden sich in nahezu allen einschlägigen Gesetzen.

Verpflichtende Qualitätsprüfungen werden von der Österreichischen Gesellschaft für Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement in der Medizin GmbH (ÖQMed) gemäß Ärztegesetz (ÄrzteG) (Ärztegesetz, 1998) durchgeführt. Die Ergebnisse werden regelmäßig in Qualitätsberichten veröffentlicht. Des Weiteren hat der Bundeszielsteuerungsvertrag das Ziel, die Qualitätsberichterstattung im gesamten ambulanten Bereich in den nächsten Jahren zu verbessern (ZS-G, 2017) (siehe Kapitel 6.1.3). In diesem Kontext wurden bereits Qualitätsindikatoren erarbeitet; die Anstrengungen sollen in den nächsten Jahren intensiviert werden.

Im Jahr 2016/17 überarbeitete das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) eine Qualitätsstrategie für das österreichische Gesundheitssystem, die im Jahr 2010 erstmals veröffentlicht wurde. Durch koordinierte Maßnahmen in den Bereichen Patientensicherheit, Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität, Risikomanagement, Ausbildung und Weiterbildung soll diese Strategie einen gerechten Zugang zur bestmöglichen Behandlung sicherstellen.

Eine wichtige Entwicklung in der Qualitätssicherung ist die geplante Einführung von sektorübergreifenden Qualitätsmaßnahmen bis 2021, was durch die schrittweise Einführung bzw. Rollout der Diagnosekodierung im extramuralen Bereich unterstützt wird (siehe Kapitel 3.7.1). Weiters werden

Qualitätsstandards für bestimmte chronische Krankheiten entwickelt (z. B. Diabetes, Schlaganfall), die sicherstellen sollen, dass Patienten eine besser koordinierte und integrierte Versorgung unabhängig vom jeweiligen Setting erhalten (ZS-G, 2017).

■ 2.8.3 *Registrierung und Regulierung von Gesundheitsberufen*

Alle Gesundheitsberufe unterliegen der Regulierung durch die Bundesgesetzgebung. Die Regulierung der Gesundheitsberufe umfasst Ausbildung, berufliche Laufbahn, Fachbezeichnung, Rechte und Pflichten der Berufsausübung und Disziplinarmaßnahmen. Für die Berufsausübung ist die Erlangung einer Berufsberechtigung notwendig. Eine Berechtigung erfordert den erfolgreichen Abschluss der jeweiligen (gesetzlich definierten) Ausbildung, die rechtliche Befugnis zu praktizieren sowie den Nachweis eines geeigneten Gesundheitszustandes und der Vertrauenswürdigkeit.

Bestimmte Gesundheitsberufe erfordern zur Ausübung der Tätigkeit die Eintragung in ein öffentliches Register. Für Ärzte, Apotheker, Hebammen und Zahnärzte werden die Register von den gesetzlichen Berufsverbänden geführt. Die Österreichische Ärztekammer (ÖÄK) ist auf Grundlage der Bestimmungen von §27 (2) des Österreichischen Ärztegesetzes (ÄrzteG) die zuständige Behörde für die Anerkennung von beruflichen Qualifikationen von Ärzten und für die Eintragung für zugelassene Ärzte in Österreich (einschließlich Ärzten in Ausbildung) (Ärztegesetz, 1998). Vor Aufnahme einer medizinischen Tätigkeit in Österreich muss sich jeder Arzt verpflichtend bei der Österreichischen Ärztekammer (ÖÄK) eintragen lassen. Die Eintragung erfolgt im Bundesland, in dem die medizinische Tätigkeit ausgeübt werden soll.

Die verpflichtende Eintragung wurde schrittweise ausgeweitet, sodass fast alle Gesundheitsberufe in Österreich davon erfasst sind. Seit dem zweiten Halbjahr 2018 wurde die Eintragung in das Gesundheitsberuferegister, das von der GÖG geführt wird, auch für weitere Gruppen von Gesundheitsberufen verpflichtend, die bisher davon ausgenommen waren, wie Angehörige der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe, Physiotherapeuten und Logopäden (siehe Kapitel 4.2.1).

Die Ausübung von Gesundheitsberufen durch Ausländer in Österreich wird in der Europäischen Richtlinie über die Anerkennung von

Berufsqualifikationen geregelt (Richtlinie 2005/36/EG) und gilt für Bürger der Europäischen Union, aus dem Europäischen Wirtschaftsraum sowie auch für Staatsangehörige aus der Schweiz und aus bestimmten Drittländern (BMGF, 2017ai). Die Berufsausübung ohne vorherige Anerkennung oder die Anstellung von solchen Personen stellt eine Verwaltungsübertretung dar, die mit einer Geldstrafe geahndet werden kann und auch eine persönliche Haftung nach dem Strafrecht und Zivilrecht nach sich ziehen kann.

Alle in Gesundheitsberufen tätigen Personen in Österreich sind zu regelmäßiger Weiterbildung auf Grundlage aktueller Entwicklungen und Erkenntnisse verpflichtet, da regelmäßige Fortbildungen als wichtiger Qualitätsaspekt betrachtet werden (BMGF, 2017aj) (siehe auch Kapitel 4.2.3).

■ 2.8.4 *Regulierung und Steuerung von Arzneimitteln*

Die Regulierung von Arzneimitteln obliegt dem Bund. Die wichtigste Rechtsvorschrift ist das Arzneimittelgesetz (AMG) (Arzneimittelgesetz, 1983), das grundlegende Definitionen und Bestimmungen über Zulassungsverfahren sowie Herstellung und Vertrieb von Arzneimitteln enthält. Weitere wichtige gesetzliche Rahmenbedingungen sind im Preisgesetz und in Bestimmungen über die Apotheken- und Großhandelsvergütung festgelegt. Gesetzliche Vorschriften über die Kostenerstattung von Arzneimitteln im extramuralen Bereich sind im ASVG enthalten. Das Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz enthält Vorschriften für Krankenhausapotheken und für den Arzneimittelvorrat in Krankenanstalten. Weiters ist die EU-Gesetzgebung von besonderer Bedeutung für die Zulassung von Arzneimitteln (Verordnung 2004/726/EG), während die Regulierung der Preise und der Erstattung den einzelnen Mitgliedsstaaten – unter der Bedingung, dass die Verfahrensregeln der sogenannten Transparenzrichtlinie entsprechen (Richtlinie des Rates 89/105/EWG) – überlassen wird.

Gemäß den EU-Vorschriften gibt es verschiedene Möglichkeiten für Hersteller, eine Zulassung zu erhalten. (1) Die zentrale Zulassung durch die Europäische Arzneimittel-Agentur (EMA), und (2) die gegenseitige Anerkennung oder dezentrale Zulassungsverfahren. Beim zentralen Zulassungsverfahren erhalten Pharmaunternehmen eine Zulassung von der EMA, die in allen EU-Mitgliedsstaaten sowie in Island, Liechtenstein und Norwegen gültig ist. Beim dezentralen gegenseitigen Anerkennungsverfahren

wird die Zulassung eines Mitgliedslandes auf Grundlage der Bewertung des ersten (Referenz-)Mitgliedslandes auch in einem anderen Mitgliedsland (oder mehreren) anerkannt, in dem der Hersteller die Zulassung beantragt.

Das Bundesamt für Sicherheit im Gesundheitswesen (BASG) ist die wichtigste staatliche Behörde (das BASG ist dem BMASGK unterstellt) für die Umsetzung von Gesetzen, die sich auf Zulassung und Sicherheit von Arzneimitteln und medizinischen Geräten beziehen. Seine Aufgaben beinhalten Zulassungen, Kontrolle von Pharmaunternehmen sowie die Bewertung von Arzneimitteln und Medizinprodukten hinsichtlich Sicherheit, Wirksamkeit, Qualität, Nebenwirkungen, Produktion, Versand und Lagerung etc., die auf dem Markt sind (Vogler et al., 2013). Die Österreichische Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit GmbH (AGES) – eine Gesellschaft mit beschränkter Haftung, deren Eigentümer die Republik Österreich ist – unterstützt das BASG bei seiner Arbeit, insbesondere durch Bewertungen, Qualitätskontrollen von Arzneimitteln und Arzneimittelüberwachung in ihrem Geschäftsfeld AGES MEA (Medizinmarktaufsicht).

Die staatliche Zulassung von Arzneimitteln ist von der Bewertung der Wirksamkeit, Sicherheit und Qualität abhängig. Sie wird vorerst für einen Zeitraum von fünf Jahren gewährt. Da die Zulassung von Arzneimitteln meist harmonisiert auf EU-Ebene stattfindet (zentralisiertes, dezentrales und gegenseitiges Anerkennungsverfahren), spielt die nationale Zulassung eine untergeordnete Rolle (GÖG, 2010b). Für alle Zulassungsarten und für jede Änderung bei einem Arzneimittel werden nach fünf Jahren Neubewertungen durchgeführt (BASG, 2017e).

Nach der Zulassung entscheidet das BMASGK, das von Experten der Rezeptpflichtkommission beraten wird, über den Rezeptpflicht-Status der Arzneyspezialität in Übereinstimmung mit dem Rezeptpflichtgesetz (Rezeptpflichtgesetz, 1972). Der Großteil der Medikamente (mehr als 85% aller zugelassenen Arzneimittel) in Österreich sind rezeptpflichtige Arzneimittel (BASG, 2018).

Die Werbung für Arzneimittel ist in Österreich durch das Arzneimittelgesetz (AMG) geregelt. Das BASG ist gemeinsam mit den Gemeinden dafür zuständig Arzneimittelwerbung zu überwachen. Werbung, die sich an Verbraucher richtet, ist für rezeptpflichtige Arzneimittel nicht erlaubt. Es ist jedoch zulässig, dass Unternehmen produktspezifische Informationen zur Verfügung stellen, wenn diese von Patienten nachgefragt

werden. Auch für rezeptfreie Arzneimittel besteht ein Werbeverbot, wenn diese im Erstattungskodex gelistet sind oder sie denselben Markennamen wie ein rezeptpflichtiges Arzneimittel haben. Andere rezeptfreie Arzneimittel dürfen in allen Medien beworben werden.

Seit 2016 werden Zahlungen von Pharmaunternehmen an Ärzte und medizinische Einrichtungen auf freiwilliger Basis veröffentlicht (CORRECTIV, 2017). Eine Studie von 2015 zeigt, dass Ärzte tendenziell zurückhaltend bei der Angabe von Zahlungen sind, die sie von Pharmaunternehmen erhalten haben; nur einer von fünf Ärzten gibt die Höhe der Zahlungen an (Mantsch et al., 2016).

REGULIERUNG DES APOTHEKENWESENS

Öffentliche Apotheken geben die meisten rezeptpflichtigen und rezeptfreien Arzneimittel ab. Das Apothekengesetz (ApoG) regelt die Errichtung und das Eigentum von öffentlichen Apotheken in Österreich (Apothekengesetz, 1906).

Der Betrieb einer öffentlichen Apotheke bedarf gemäß Apothekengesetz (ApoG) eine behördliche Bewilligung, welche an bestimmte persönliche (z. B. Studienabschluss in Pharmazie in einem EWR-Land, mindestens fünf Jahre Berufserfahrung in der Pharmazie) sowie auch sachliche Voraussetzungen (z. B. Mindestbetriebsgröße) geknüpft ist. Zentral für die Errichtung einer neuen Apotheke ist die Bedarfsprüfung nach Apothekengesetz (ApoG), gemäß dem eine Mindestentfernung von 500 Metern zwischen zwei Apotheken eingehalten und ein konkurrenzfreier Versorgungsradius von 5.500 Personen pro Apotheke sichergestellt werden muss.

Kein Bedarf für die Errichtung einer neuen Apotheke besteht außerdem dann, wenn sich in der Gemeinde bereits eine ärztliche Hausapotheke befindet und weniger als zwei volle Planstellen von Ärzten für Allgemeinmedizin besetzt sind. Nichtpharmazeuten dürfen nicht mehr als 50% einer Apotheke besitzen. Apotheker dürfen nur eine Apothekenkonzession haben und nur eine Apotheke betreiben, sie können jedoch eine zusätzliche Filialapotheke eröffnen (Apothekengesetz, 1906; Langebner, 2017; Österreichische Apothekerkammer, 2017; Zimmermann und Vogler, 2012).

Drogerien dürfen nur ein eingeschränktes Sortiment an rezeptfreien Arzneimitteln wie z. B. Kräutertees, Kosmetika oder Vitaminprodukte

verkaufen. Der Verkauf von rezeptfreien Arzneimitteln im Internet durch registrierte österreichische öffentliche Apotheken ist in Einklang mit der EU-Gesetzgebung (Verordnung 2011/62/EU) seit Juni 2015 erlaubt (Österreichische Apothekerkammer, 2017; Zimmermann und Vogler, 2012). Das BASG ist für die Registrierung aller Versandapotheken in Österreich sowie für die Einhaltung aller gesetzlichen Vorschriften beim Vertrieb von Arzneimitteln über Fernabsatz zuständig (BASG, 2017a; BASG, 2017b). Der Verkauf von rezeptpflichtigen Arzneimitteln im Internet ist auch weiterhin verboten.

PREISBILDUNG UND ERSTATTUNG VON ARZNEIMITTELN

Die Preisbildung von Arzneimitteln obliegt auf Bundesebene dem BMASGK und ist im Preisgesetz sowie im ASVG geregelt. Das Ministerium wird von der Preiskommission bei der Berechnung und Festlegung der höchstzulässigen Fabrikabgabepreise von Arzneimitteln beraten. Für Arzneimittel, die im Erstattungskodex der sozialen Krankenversicherung für erstattungsfähige Arzneimittel zur Verabreichung im extramuralen Sektor enthalten sind, wird als Höchstpreis der EU-Durchschnitt oder ein Wert unter diesem festgelegt. Der HVB entscheidet auf Grundlage einer Empfehlung der Heilmittel-Evaluierungskommission (HEK) über Aufnahme eines Arzneimittels in den Erstattungskodex. Der Entscheidung über die Erstattung geht eine Bewertung der Indikation und des therapeutischen (Zusatz-)Nutzens von alternativen Arzneispezialitäten voraus. Die Bewertung wird in drei Stufen durchgeführt: 1. Pharmakologische Evaluation, 2. Medizinisch-therapeutische Evaluation, 3. Ökonomische Evaluation (BMGF, 2017ak; Mandl, 2015; Österreichische Apothekerkammer, 2017; Vogler et al., 2013; WHO, 2017d).

Von gesamt 9 182 Arzneimitteln (inklusive Homöopathika), die in Österreich zugelassen sind (in verschiedenen Arzneiformen und Stärken gezählt), waren im Januar 2018 7 372 Arzneimittel im Erstattungskodex gelistet (in verschiedenen Arzneiformen, Stärken und Packungsgrößen gezählt) (HVB, 2018e; BASG, 2017c).

Für Arzneimittel, die nicht im Erstattungskodex des extramuralen Sektors enthalten sind, können Pharmaunternehmen den Fabrikabgabepreis grundsätzlich selbst festlegen. Seit April 2017 gelten für diese Arzneimittel

jedoch neue Preisregelungen, wenn ihr Jahresumsatz (nicht zwingend innerhalb eines Kalenderjahres) zu Lasten der österreichischen Krankenversicherungsträger den Betrag von € 750 000 übersteigt. Sobald der Umsatz eines bestimmten Arzneimittels (inklusive aller Packungsgrößen und Dosierungen) diesen Schwellenwert erreicht, muss der HVB die Preiskommission benachrichtigen, die dann innerhalb von acht Wochen einen EU-Durchschnittspreis festsetzt. Wenn der festgesetzte EU-Durchschnittspreis niedriger als der Fabrikabgabepreis ist, muss das Unternehmen für den Zeitraum, ab dem die Umsatzschwelle erreicht wurde, die Differenz zurückzahlen (Zimmermann und Rainer, 2018).

Für Generika (d. h. patentfreie Wirkstoffe), die im Erstattungskodex gelistet sind, kommt eine Generika-Preisregelung zur Anwendung, die wie folgt ausgestaltet ist: Der Preis des ersten generischen „Nachfolgeprodukts“ mit identischen Wirkstoffen muss 50% unter dem Preis des Originalprodukts liegen. Jedes weitere generische Folgeprodukt muss zum generischen Vorgängerprodukt eine Preisdifferenz aufweisen. Der Preis des zweiten generischen Folgeprodukts muss 18% niedriger sein und der Preis des dritten generischen Folgeprodukts muss 15% niedriger sein als der Preis des zweiten Folgeprodukts. Zudem muss der Preis des Originalprodukts innerhalb von drei Monaten nach Aufnahme des ersten Generikums in den Erstattungskodex um mindestens 30% reduziert werden. Wenn es ein drittes generisches Folgeprodukt gibt, müssen Unternehmen, die das erste und zweite generische Folgeprodukt verkaufen, ihre Preise auf den Betrag des dritten Folgeprodukts senken. Wenn die Preise nicht reduziert werden, müssen diese Generika aus dem Erstattungskodex gestrichen werden. Weitere Folgeprodukte müssen Preisnachlässe von mindestens € 0,10 aufweisen, um in den Erstattungskodex aufgenommen zu werden (Zimmermann und Rainer, 2018). Während die Generika-Preisregelung seit 2004 besteht, wurden die jeweiligen Prozentsätze im April 2017 (d. h. die Differenz zwischen den Preisen der generischen Folgeprodukte und der Originalprodukte ist höher) wie beschrieben geändert.

Die Prozentsätze der Preiskoppelung zwischen den Referenzprodukten und den Biosimilar-Medikamenten, die im Erstattungskodex für den extramuralen Sektor enthalten sind, wurden ebenfalls im April 2017 geändert (vorher galt eine einheitliche Regelung sowohl für Biosimilars als auch Generika). Der Preis des ersten biologischen Nachfolgeprodukts muss zumindest 38% unter dem Preis des Originalprodukts liegen, der

Preis des zweiten Folgeprodukts zumindest 15% unter dem des ersten Folgeprodukts und der Preis des dritten Folgeprodukts zumindest 10% unter dem Preis des zweiten Folgeprodukts. Danach wird dasselbe Verfahren wie für Generika angewandt (der Preis des Referenzprodukts muss innerhalb von drei Monaten um 30% gesenkt werden etc.). Falls die Preise nicht reduziert werden, müssen die betroffenen Arzneimittel aus dem Erstattungskodex gestrichen werden.

Die Kosten für alle Arzneimittel im Erstattungskodex werden von der sozialen Krankenversicherung zu 100% erstattet (mit Ausnahme der Rezeptgebühr für jedes verschriebene Medikament, siehe Kapitel 3.4.1) (HVB, 2018b). Der Erstattungskodex ist in drei unterschiedliche Bereiche („Boxensystem“) unterteilt. Arzneimittel im grünen Bereich („green box“) dürfen von Ärzten frei verschrieben werden. Der gelbe Bereich („yellow box“) beinhaltet Arzneimittel, die einen wesentlichen zusätzlichen therapeutischen Nutzen für Patienten aufweisen und die aus medizinischen oder gesundheitsökonomischen Gründen nicht in den grünen Bereich des Erstattungskodex aufgenommen wurden. Der gelbe Bereich ist in einen hellgelben (RE2) und in einen dunkelgelben (RE1) Bereich unterteilt. Arzneispezialitäten im hellgelben Bereich dürfen für bestimmte Indikationen frei verschrieben werden, es ist jedoch eine schriftliche Dokumentation anzufertigen und das Verschreibungsverhalten wird geprüft. Für Arzneimittel im dunkelgelben Bereich muss eine Vorabbeurteilung durch den chef- und kontrollärztlichen Dienst der sozialen Krankenversicherung eingeholt werden, bevor das Arzneimittel verschrieben werden kann. Der rote Bereich („red box“) enthält alle Arzneimittel, für die eine Aufnahme in den Erstattungskodex beantragt wurde. Die soziale Krankenversicherung muss innerhalb von 180 Tagen über den zukünftigen Erstattungsstatus (grüner oder gelber Bereich bzw. Streichung) und den Erstattungspreis entscheiden. Dies hat in Übereinstimmung mit den Rechtsvorschriften der EU, der sogenannten Transparenzrichtlinie, zu erfolgen (Richtlinie des Rates 89/105/EWG).

Die Entscheidung kann auf Antrag des Herstellers oder des HVB im Falle einer neuen Indikation oder neuer pharmakologischer, medizinisch-therapeutischer oder gesundheitsökonomischer Nachweise geändert werden (BMGF, 2017ak; Mandlz, 2015; Österreichische Apothekerkammer, 2017; Panteli et al., 2016; Pharmig, 2016). Unternehmen können beim Bundesverwaltungsgericht eine Beschwerde gegen eine Entscheidung

einbringen (Zimmermann und Rainer, 2018). Arzneimittel, die nicht im Erstattungskodex enthalten sind, können in Einzelfällen bei Vorliegen einer chef- und kontrollärztlichen Bewilligung verschrieben und erstattet werden.

Für die Ermittlung der Endverbraucherpreise (Apothekenverkaufspreise) von Arzneimitteln im extramuralen Sektor werden auf den Fabrikabgabepreis ein Großhandels- und ein Apothekenaufschlag sowie 10% Umsatzsteuer aufgeschlagen. Es gibt zwei unterschiedliche Aufschlagsschemen für den Großhandel, eines für Arzneimittel im grünen und im gelben Bereich des Erstattungskodex und eines für alle anderen Arzneimittel. Die Schemata sind in der Verordnung des BMGF über Höchstaufschläge im Arzneimittelgroßhandel festgelegt (BMGF, 2004). Die Apothekenvergütung ist in der Österreichischen Arzneitaxe geregelt, die die Höchstaufschläge und gesetzlich festgelegten Aufschläge für alle Arzneimittel festlegt (Österreichische Arzneitaxe, 1962). Für „begünstigte Bezieher“ wie die soziale Krankenversicherung oder Länder sowie im Gegensatz dazu für „Privatpatienten“ gibt es unterschiedliche Aufschlagsschemata.

Im intramuralen Sektor werden Arzneimittel von einzelnen Krankenhäusern oder von Krankenhausverbänden beschafft. Für Arzneimittel, die nicht im Erstattungskodex gelistet sind, gilt die freie Preisbildung; Großhandels-Höchstaufschläge können wenn notwendig auch auf den intramuralen Sektor angewandt werden. Vertrauliche Vereinbarungen über tatsächliche Preise, die zwischen Krankenanstalten und Pharmaunternehmen gezahlt werden, sind die Regel (Stemar, 2015). Arzneimittel werden im Rahmen der Krankenanstaltenfinanzierung erstattet.

RATIONALER EINSATZ VON ARZNEIMITTELN

Im Vergleich zu anderen Ländern gibt es verhältnismäßig wenige Regularien, die den medizinisch-pharmazeutisch als auch medizinökonomisch optimierten Einsatzes von Arzneimitteln sicherstellen. Generikasubstitution in öffentlichen Apotheken, also die Substitution eines verschriebenen Produkts durch ein kostengünstigeres wirkstoffidententes Produkt (Vogler et al., 2010; Vogler und Zimmermann, 2016), wird in Österreich nicht angewandt. Ärzte dürfen auf dem Rezept nicht den Internationalen Freinamen (Wirkstoffnamen) anführen, sondern müssen den Markennamen verwenden. Dies könnte Österreichs niedrigen Marktanteil an Generika im

Vergleich zu anderen europäischen Ländern erklären (Vogler et al., 2013; Zimmermann und Rainer, 2018) (siehe Kapitel 7.5.2).

Der HVB hat für Ärzte Richtlinien über die ökonomische Verschreibeweise von Heilmitteln und Heilbehelfen (RÖV) herausgegeben (RÖV, 2005), durch die Vertragspartner/Vertragsärzte dazu angeregt werden sollen, bei der Verschreibung auf Effizienz und Ausgaben zu achten (Mandlz, 2015). Die Krankenversicherungsträger überprüfen das Verschreibeverhalten von Vertragsärzten regelmäßig und informieren bzw. beraten sie über ihr Verschreibeverhalten im Vergleich zu jenem von Ärzten der gleichen Fachrichtung in ihrer Region (Ganjeizadeh-Rouhani, 2010). Theoretisch können Krankenversicherungsträger laut Gesamtvertrag Ärzte sanktionieren, wenn diese Richtlinien nicht befolgen, dies kommt aber in der Praxis sehr selten zur Anwendung.

Auf Makroebene gibt es einige Maßnahmen, die eine Reduktion der Kosten von Arzneimitteln verfolgen. Seit 2004 gewähren Apotheken, deren Krankenkassenumsatz über dem Median-Krankenkassenumsatz aller österreichischen Apotheken liegt, begünstigten Beziehern wie zum Beispiel den Krankenversicherungsträgern Nachlässe in Höhe von 2,5% der über dem Median liegenden Umsätze (mit begünstigten Beziehern). Zusätzlich wurde durch Rahmenvereinbarungen zwischen der Industrie und dem HVB für erstattungsfähige Arzneimittel seit 2008 ein System von Jahresbeiträgen der Pharmaindustrie eingeführt. Als Ergebnis der Verhandlungen für den Zeitraum 2016–2018 steuerte die Industrie 2016 € 125 Millionen und sowohl 2017 als auch 2018 einen Höchstbeitrag von € 80 Millionen zum öffentlichen Budget bei, wenngleich die Endsumme von der Erhöhung der Ausgaben für Arzneimittel abhängt (Österreichische Apothekerkammer, 2017; Panteli et al., 2016; Pharmig, 2016; Vogler et al., 2013).

Bisher werden die Berichte über die Bewertung von Gesundheitstechnologien (Health Technology Assessment, HTA) nicht systematisch zur Information der Entscheidungsträger im Gesundheitswesen verwendet (siehe Kapitel 2.7.2 Bewertung von Gesundheitstechnologien).

■ 2.8.5 *Regulierung von Medizinprodukten und medizinischen Hilfsmitteln*

Das österreichische Medizinproduktegesetz (MPG) steht im Einklang mit den EU-Richtlinien (BMGF, 2017ap; Medizinproduktegesetz, 2014)

und regelt Herstellung, Inbetriebnahme, Betrieb, Anwendung und Instandhaltung von Medizinprodukten sowie deren Sicherheit, Funktionstüchtigkeit, Leistungsfähigkeit und Qualität. Im Mai 2017 sind die EU-Medizinprodukteverordnungen für Medizinprodukte (MDR) und In-vitro-Diagnostika (IVDR) in Kraft getreten. Nach einer 3-jährigen Übergangsfrist der MDR bzw. einer 5-jährigen Übergangsfrist der IVDR werden die jeweiligen Verordnungen gültig und das österreichische Medizinproduktegesetz (MPG) wird dementsprechend angepasst. (Verordnung 2017/745/EU, Verordnung 2017/746/EU).

Nur Medizinprodukte mit einer EU-weiten CE-Kennzeichnung dürfen in Österreich verkauft werden. Dieses Zeichen bedeutet, dass das Produkt die Anforderungen der geltenden europäischen Rechtsvorschriften erfüllt. Es gibt jedoch Ausnahmen für Sonderanfertigungen, Produkte für klinische Studien, Produkte mit Sondergenehmigungen und von Apotheken selbst hergestellte Produkte.

Das Medizinproduktegesetz ist auch die Grundlage für die Führung des nationalen Medizinprodukteregisters durch die Gesundheit Österreich GmbH (GÖG), die mit der Europäischen Datenbank für Medizinprodukte (EUDAMED) zusammenarbeitet. Die Registrierung im Österreichischen Register für Medizinprodukte ist für alle Personen und Unternehmen mit Sitz in Österreich (Hersteller, Importeure, Bevollmächtigte) verpflichtend, die für das erstmalige Inverkehrbringen eines medizinischen Produktes (inklusive In-vitro-Diagnostika) verantwortlich sind. Die Registrierung ist auch für Prüf-, Überwachungs- und Zertifizierungsstellen von Medizinprodukten gesetzlich vorgeschrieben. Die Registrierung als Vertreiber ist freiwillig, wird aber dringend empfohlen. Die Online-Datenbank ist kostenfrei und nicht öffentlich zugänglich (GÖG, 2017f).

Alle Unternehmen oder Personen, die Medizinprodukte an Endverbraucher liefern (Patienten oder Ärzte), müssen abhängig von der höchsten Klasse der verkauften Medizinprodukte eine Jahresgebühr von € 250–400 an das Bundesamt für Sicherheit im Gesundheitswesen (BASG) entrichten (BASG, 2017d).

Im extramuralen Sektor sind die Krankenversicherungsträger für den Kauf und die Zahlung von Medizinprodukten verantwortlich. Für Medizinprodukte gibt es keinen Gesamtvertrag. Die Krankenversicherungsträger schließen mit Medizinprodukte-unternehmen und -vertreibern (z. B. Optiker, Orthopädietechniker, Medizintechnik-Unternehmen) Verträge für die

Bereitstellung von medizinischen Hilfsmitteln zu festgelegten Preisen ab. Nicht vertraglich gebundene Unternehmen können ihre Preise selbst festlegen, die von den Krankenversicherungsträgern nur bis zu dem Betrag erstattet werden, den ein Vertragspartner erhalten würde (HVB, 2017m). Bei bestimmten Arten von medizinischen Hilfsmitteln werden Nutzungsgebühren veranschlagt (siehe Kapitel 3.4.1).

Im intramuralen Sektor werden die Kosten für Medizinprodukte in der Regel mit den Zahlungen an Fondskrankenanstalten abgegolten. Individuelle, hoch innovative Medizinprodukte werden als medizinische Einzelleistungen (MEL) erstattet. Die Aufnahme von neuen, innovativen Medizinprodukten oder Interventionen in den Katalog der medizinischen Einzelleistungen (MEL) wird vermehrt im Rahmen der HTA evaluiert. Eigentümer der Krankenanstalten sind verantwortlich für die Bereitstellung von Medizinprodukten.

■ 2.8.6 *Regulierung von Kapitalinvestitionen*

Im Jahr 2015 waren € 2 500 Millionen oder 6,7% der gesamten Gesundheitsausgaben auf Investitionen zurückzuführen, wovon der Großteil (54%) aus öffentlichen Mitteln kam (siehe Kapitel 4.1.1) (Statistik Austria, 2017t).

Der Österreichische Strukturplan Gesundheit (ÖSG) und die Regionalen Strukturpläne Gesundheit (RSG) sollen öffentliche und möglichst auch private Investitionen lenken, um eine ausgewogene Verteilung der Infrastruktur im Land sicherzustellen. Diese Pläne beinhalten die Festlegungen für die Planung der Kapazitäten und der regionalen Verteilung der Angebotsstrukturen, auch von Großgeräten in allen Sektoren. Die tatsächliche Entscheidung bei Investitionen im intramuralen Sektor (inklusive Spitalsambulanzen) treffen jedoch die Eigentümer der Krankenanstalten (siehe Kapitel 2.5 Planung).

Im extramuralen Sektor sind Investitionen durch den standortbezogenen Stellenplan für Vertragsärzte, durch Verträge mit Ambulatorien und den Großgeräteplan vordefiniert. Auch im extramuralen Sektor sind Eigentümer von Praxen und Ambulatorien verantwortlich für Investitionen, z. B. für die Einrichtung ihrer Praxis oder für den Kauf von Geräten (siehe Kapitel 4.1.1). Durch das Primärversorgungsgesetz (2017) soll die Implementierung von

multiprofessionellen und interdisziplinären Primärversorgungseinheiten (PVE) mit öffentlichen Mitteln in Höhe von maximal € 200 Millionen gefördert werden.

■ 2.9 Stärkung der Patienten

■ 2.9.1 *Patienteninformation*

Patienten stehen verschiedene Informationsdienste- und -quellen zur Verfügung, die sie bei der Wahl von Gesundheitsdiensteanbietern nutzen können. Laut einer Eurobarometer-Erhebung sind vertrauenswürdige Gesundheitsdiensteanbieter (z. B. Hausärzte) sowie Freunde und/oder Familienangehörige die wichtigsten Informationsquellen über die Qualität der Gesundheitsversorgung (Europäische Kommission, 2013b). Andere Informationsquellen sind Informationszentren (von öffentlichen und privaten Organisationen), Selbsthilfeorganisationen und/oder Patientenvertreter wie Patientenanwälte und/oder Ombudsleute. Eine steigende Anzahl an Patienten nutzt auch Online-Portale wie das öffentliche Gesundheitsportal <https://www.gesundheit.gv.at/> (siehe Kapitel 4.1.4).

Das Erstellen verlässlicher Gesundheitsinformationen mit dem Ziel, die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung zu stärken, hat einen hohen Stellenwert in der Gesundheitspolitik. Die Stärkung der Gesundheitskompetenz ist das dritte Ziel der Gesundheitsziele Österreich (siehe Infobox 6.1) (BMGF, 2017u). Zur Stärkung der Gesundheitskompetenz gibt es einige laufende Initiativen (z. B. das Konzept von gesundheitskompetenten Krankenversorgungsorganisationen) (Dietscher et al., 2015; ÖPGK, 2017a). Die wichtigste Initiative ist jedoch die Österreichische Plattform Gesundheitskompetenz (ÖPGK), die verschiedene Akteure zusammenbringt. Ihr Ziel ist es, die Gesundheitskompetenz zu stärken. Die wichtigsten Tätigkeitsbereiche der ÖPGK betreffen aktuell die Verbesserung der Qualität der Kommunikation in der Versorgung und von Gesundheitsinformationen. Partner der ÖPGK sind unter anderem Vertreter der Länder und der Sozialversicherung, aber auch Vertreter einiger Bundesministerien (<https://oepgk.at/>).

Informationen über die Struktur- und Prozessqualität von Gesundheitsdiensten in Krankenanstalten können unter www.kliniksuche.at

abgerufen werden. Ausgangspunkt hierfür war die nationale Initiative A-IQI, die sich mit der Messung der Ergebnisqualität im Krankenhaus beschäftigt. Informationen über A-IQI sind jedoch nur in allgemeinen Berichten verfügbar, die aggregierte Ergebnisse auf Bundesebene enthalten. Informationen über die Ergebnisqualität im gesamten extramuralen Sektor sind aktuell nicht öffentlich verfügbar (siehe Kapitel 2.7.1).

Einige internationale (EHIS, Eurobarometer) und nationale Studien (Leuprecht et al., 2016a) haben die Barrierefreiheit und Nützlichkeit von verfügbaren Gesundheitsinformationen bewertet.

Informationen über die Anzahl bestimmter Gesundheitsleistungen sind öffentlich auf Webseiten verfügbar. Des Weiteren gibt es Informationsbroschüren, und Versicherte können sich bei den Mitarbeitern der Sozialversicherung persönlich oder telefonisch beraten lassen. Auch private Kranken- und Krankenzusatzversicherungen nutzen viele Informationskanäle, um ihre Leistungen klar zu kommunizieren. Das Angebot an Leistungen und sogar die Zuzahlungen zwischen den Krankenversicherungsträgern können variieren, dies kann die Nachvollziehbarkeit für Versicherte erschweren und Bedenken hinsichtlich Gerechtigkeit wecken.

2017 wurden Pilotprojekte für eine Telefon-Beratungsstelle (Gesundheitsberatung 1450: www.1450.at) in drei Bundesländern gestartet (Niederösterreich, Vorarlberg und Wien). Dieses Service, das dem Beispiel anderer europäischer Länder folgt, soll bis 2021 ausgeweitet werden. Ein Hauptziel ist es, Patienten zum „Best Point of Service“ (BMGF, 2017ao) zu lotsen.

■ 2.9.2 *Wahlmöglichkeit der Patienten*

Versicherte in Österreich haben keine freie Wahl des Krankenversicherungsträgers, die Zuordnung erfolgt aufgrund des Beschäftigungsverhältnisses oder des örtlichen Sitzes des Arbeitsplatzes automatisch. Jedoch können Patienten den Gesundheitsdiensteanbieter nahezu frei wählen. Die freie Arztwahl stellt ein zentrales Element des österreichischen Gesundheitssystems dar. Die Wahl des Anbieters kann aber durch den Wohnort eingeschränkt sein, da die ambulanten und stationären Strukturen der städtischen und der ländlichen Gesundheitsversorgung oft erhebliche Unterschiede aufweisen.

Im extramuralen Sektor können Patienten Allgemeinmediziner oder Fachärzte frei wählen. Für einige wenige Leistungen wird jedoch eine Überweisung benötigt (ausgewählte Fachärzte sowie MRT- und CT-Untersuchungen). Eine volle Kostenübernahme der Krankenbehandlung wird nur dann gewährt, wenn Patienten sich von einem Vertragsarzt behandeln lassen. Nehmen Patienten Wahlärzte (ohne Vertragsverhältnis zur Sozialversicherung) in Anspruch, fallen in der Regel hohe Selbstbehalte an, da für diese Behandlungen nur 80% des Kassentarifs erstattet werden und Wahlärzte ihr Honorar frei gestalten können. Die Zahl der Wahlärzte stieg in den letzten Jahren stark an.

Bei elektiven intramuralen Leistungen können Patienten die Krankenanstalt frei wählen, wenngleich die Wahl durch Wartezeiten beeinflusst sein kann. Patienten mit einer freiwilligen Zusatzversicherung können zudem im gewählten Krankenhaus den behandelnden Arzt selbst wählen (mit Einschränkungen in öffentlichen Spitälern) (siehe Kapitel 3.5.1). In der akutstationären Versorgung werden Patienten für gewöhnlich in das nächstgelegene Krankenhaus überstellt, das abhängig von der Ressourcenverfügbarkeit die geeignete Versorgung bietet. Für bestimmte Versorgungsformen kommen auch regional unterschiedliche Zuteilungsschlüssel zur Anwendung, z. B. werden psychiatrische Patienten in Wien je nach Wohnort in unterschiedliche Spitäler überstellt (siehe Kapitel 5.2 und 5.3).

■ 2.9.3 *Patientenrechte*

Die Patientenrechte sind in zahlreichen Bundes- und Landesgesetzen verankert. Zusätzlich gibt es eine Reihe von Personen und Organisationen, die Patienten in der Wahrung ihrer Rechte unterstützen. Grundlegende Patientenrechte sind in der Patientencharta, (Patientencharta, 2001), einer Vereinbarung zwischen Bund und Ländern (unter Artikel 15a des Bundes-Verfassungsgesetzes (B-VG)), enthalten. Die Patientencharta beinhaltet das Recht auf Behandlung nach den aktuellen Standards der Wissenschaft, das Recht auf Selbstbestimmung, Informationsrechte (Aufklärung und Einverständniserklärung), das Recht auf Einsicht in die eigene Krankengeschichte, das Recht auf Vertraulichkeit und Datenschutz und das Recht auf Schutz der eigenen Würde und der Wahrung der persönlichen

Integrität etc. Besondere Schutzbestimmungen gibt es für Kinder und junge Menschen (BMGF, 2017an).

■ 2.9.4 *Beschwerdemanagement*

Die Verbesserung der Patientenrechte ist ein jahrzehntlang diskutiertes Thema im österreichischen Gesundheitswesen. Für Beschwerden und zur individuellen und kollektiven Patientenvertretung sind einige Institutionen mit unterschiedlichen Aufgabenbereichen eingerichtet (Hofmarcher und Quentin, 2013). Bei Fehlbehandlungen können Patienten Schadenersatzansprüche geltend machen und sich einerseits an Zivilgerichte wenden. Voraussetzung für eine erfolgreiche Klageführung ist das Vorliegen der haftungsrechtlichen Elemente von Kausalität, Rechtswidrigkeit oder Verschulden sowie eines Schadens. Um nicht auf ein Zivilgericht angewiesen zu sein, können sich Patienten andererseits durch Patientenombudsleute mit Erfahrung im Beschwerdemanagement beraten lassen. In vielen öffentlichen und privaten Krankenanstalten, bei der Österreichischen Ärztekammer (ÖÄK), den Krankenversicherungsträgern und der Arbeiterkammer (AK) gibt es Ombudsstellen, die für individuelle Patientenbeschwerden zuständig sind. Diese Ombudsstellen sind im Allgemeinen als Stabsstelle der Krankenhausverwaltung eingerichtet und nehmen oft die Aufgabe eines Qualitätsmanagers wahr.

Seit 2002 können Patienten beim Patientenentschädigungsfonds eine Entschädigung geltend machen, wenn sie aufgrund einer Diagnose oder einer Behandlung in einem öffentlichen oder privaten gemeinnützigen Krankenhaus einen Schaden erlitten haben. Diese Fonds gewähren eine Entschädigung in Fällen, in denen die Anforderungen für eine herkömmliche haftungsrechtliche Entschädigung nicht zwingend gegeben wären. Sie sind ein zusätzliches außergerichtliches Instrument, das der Entschädigung von Patienten dient und das von Patienten selbst finanziert wird, indem von Patienten, die intramural versorgt werden, pro Tag ein Betrag von 73 Cent eingehoben wird (Daten aus 2017, KAKuG). Die Entscheidung über Auszahlungen erfolgt durch unabhängige Kommissionen unter intensiver Einbeziehung der Patientenombudsleute.

Daneben gibt es Schlichtungsstellen, um außergerichtliche Einigungen zu erzielen und Patienten und Ärzten so langwierige und kostenintensive Prozesse zu ersparen. In den meisten Bundesländern werden

Schlichtungsstellen entweder direkt von der regionalen Ärztekammer oder in Zusammenarbeit mit ihr und unter Beteiligung derselben geführt.

■ 2.9.5 *Öffentliche Partizipation*

Die Beteiligung von Patienten und Bürgern an den Entscheidungsstrukturen des öffentlichen Gesundheitssystems findet nicht systematisch statt (Forster, 2015). Alle Bürger können jedoch zu Gesetzesentwürfen, Berichtsentwürfen oder Vorschlägen zu Projektergebnissen schriftlich Stellung nehmen. Online-Plattformen, auf denen sich interessierte Personen an Diskussionen über die Entwicklung der Gesundheitsziele teilnehmen können, wurden erstmalig auf der Bundesgesundheitskonferenz 2011 ins Spiel gebracht.

Die Versicherten sind durch entsandte Vertreter der Arbeiterkammer und der Wirtschaftskammer indirekt in den jeweiligen Entscheidungsgremien ihrer Krankenversicherungsträger vertreten (Selbstverwaltung). Diese Vertreter nehmen an offiziellen Anhörungen von gesetzgebenden Verfahren auf Bundes- und Landesebene teil und sind Mitglieder der Landes-Gesundheitsplattformen, der Landes-Zielsteuerungskommissionen und der B-ZK. Auch Patientenvertreter der Selbsthilfeorganisationen (oder ihrer Dachorganisationen) sind häufig, jedoch nicht systematisch, involviert. Unter anderem ist dies darauf zurückzuführen, dass diese Stellen oftmals über keine nachhaltigen Strukturen oder nicht ausreichend Ressourcen verfügen, um systematisch repräsentative Aufgaben auszuüben (Universität Wien, 2012).

■ 2.9.6 *Patientenmobilität und grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung*

Die österreichischen Vorschriften zur grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung stehen in Einklang mit europäischen Vorschriften und Rechtsprechung. Die Vorschriften und die Rechtsprechung zur grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung, mit eingeschlossen die Richtlinie über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung (Patientenmobilitätsrichtlinie 2011/24/EU), wurden in das österreichische EU-Patientenmobilitätsgesetz (EU-PMG, 2014) aufgenommen.

Die Vorschriften für Erstattungen von Behandlungen im Ausland unterscheiden sich abhängig davon, ob die Behandlung vor Verlassen

des Landes geplant wurde oder nicht. Österreichische Versicherte haben Anspruch auf jedwede notwendige medizinische Versorgung, wenn sie (ungeplant) in einem EU-Mitgliedsland und/oder in einem Land des Europäischen Wirtschaftsraums (Island, Liechtenstein oder Norwegen) sowie auch in der Schweiz und in Mazedonien erkranken (BMASGK, 2018h). In diesem Fall werden sie in Übereinstimmung mit den örtlich anzuwendenden Vorschriften behandelt und alle Vertragsärzte und -krankenhäuser sind verpflichtet, die Europäische Krankenversicherungskarte zu akzeptieren. Die Behandlungskosten werden zuerst zwischen dem Anbieter und dem Zahler im Land, in dem die Behandlung stattfindet, verrechnet und im Nachhinein vom zuständigen österreichischen Krankenversicherungsträger erstattet. Im Fall einer geplanten Behandlung im Ausland bestehen zwei Wahlmöglichkeiten für die Patienten. Entweder finanzieren Patienten die geplante ausländische Leistung vor und beantragen die Kostenerstattung im Nachhinein von ihrem Krankenversicherungsträger. In diesem Fall ist die Erstattung auf den Betrag beschränkt, den eine vergleichbare Behandlung in Österreich (gemäß dem Leistungskatalog) kosten würde. Alternativ dazu können Patienten vorab eine Genehmigung ihres Krankenversicherungsträgers beantragen (Richtlinie 2011/24/EU) und bei Erteilung die Behandlung gemäß dem Erstattungstarif des Landes, in dem die Behandlung stattfindet (bei öffentlichen Anbietern), in voller Höhe erstatten lassen (BMGF, 2017a). Patienteninformationen für die grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung stehen an der nationalen Kontaktstelle, die von der GÖG betrieben wird, zur Verfügung.

Insbesondere für komplexe und seltene Erkrankungen wird die grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung immer wichtiger. Österreich nimmt an Europäischen Referenznetzwerken (ERN) teil, deren Ziel es ist, die Gesundheitsdiensteanbieter, die Patienten mit komplexen oder seltenen Erkrankungen behandeln, zu koordinieren und zu vernetzen. Die ersten ERN wurden im März 2017 unter Einbeziehung von mehr als 900 hochspezialisierten Versorgungseinheiten aus über 300 Krankenhäusern in 26 Mitgliedsstaaten gestartet. 24 ERN widmen sich unter anderem Knochenerkrankungen, Krebs bei Kindern und Immunschwäche (Europäische Kommission, 2017c). Österreich ist zum Beispiel durch das EB-Haus in dem ERN für Hauterkrankungen (ERN Skin) und durch St. Anna Kinderspital & St. Anna Kinderkrebsforschung als Netzwerk-Koordinator im ERN für Krebserkrankung von Kindern (PaedCan) vertreten.

Finanzierung

Das österreichische Gesundheitssystem ist relativ kostenintensiv. 2015 lagen die Gesundheitsausgaben pro Kopf bei ca. US\$ 5 138 (kaufkraftbereinigt), und damit US\$ 1 800 über dem EU-Durchschnitt. Im gleichen Jahr waren die Gesundheitsausgaben in Österreich mit 10,2% des Bruttoinlandprodukts (BIP) deutlich höher als der EU-Durchschnitt (8,7%). Über 75% der gesamten laufenden Gesundheitsausgaben werden aus öffentlichen Mitteln finanziert. Ca. 18% der Ausgaben sind Selbstzahlungen (Out-of-Pocket-Payments, OOP), die in Österreich ebenfalls über dem EU-Durchschnitt (15%) liegen. Private Kranken- bzw. Krankenzusatzversicherungen (voluntary health insurance, VHI) spielen eine eher untergeordnete Rolle in Österreich.

Die durchschnittlichen Wachstumsraten der Gesundheitsausgaben waren in den letzten Jahren höher als die des BIP. Um diesem entgegen zu wirken, wurde im Rahmen der Gesundheitsreform eine Ausgabenobergrenze für die Gesundheitsausgaben des Bundes, der gesetzlichen Krankenversicherungsträger und der Länder festgelegt.

Das Gesundheitssystem wird durch einen Mix aus allgemeinen Steuereinnahmen und Pflichtbeiträgen der sozialen Krankenversicherung finanziert. Mit einkommensabhängigen Krankenversicherungsbeiträgen werden ca. 60% der öffentlichen Gesundheitsausgaben finanziert, während die verbleibenden 40% aus dem auf Bundesebene eingehobenen allgemeinen Steueraufkommen, wie der Umsatzsteuer (USt.), Einkommensteuer oder Tabaksteuer, stammen. Die österreichische Wohnbevölkerung ist beinahe vollständig (99,9%) krankenversichert. Zwischen den Krankenversicherungsträgern findet kein Wettbewerb statt, die Zuordnung zu

einem Versicherungsträger erfolgt gesetzmäßig über den Beschäftigungsort oder die Art der Beschäftigung.

Betreiber von Akutkrankenanstalten werden hauptsächlich durch das System der Leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung (LKF) finanziert, das ähnlich den diagnosebezogenen Fallgruppen (DRG) in anderen Ländern funktioniert. Die Akutversorgung wird großteils von öffentlichen und privat-gemeinnützigen Krankenhäusern geleistet, die durch die Landesgesundheitsfonds (LGF) finanziert werden. Niedergelassene Anbieter und selbständige Ambulatorien (extramurale Versorgung) mit Kassenverträgen werden direkt von den Krankenversicherungsträgern durch einen Mix aus Einzelleistungsvergütung und Fallpauschalen finanziert.

Wahlärzte stellen einen beträchtlichen Anteil der extramural praktizierenden Ärzteschaft dar, sie können die Höhe ihrer Honorare selbst bestimmen. Patienten müssen diese Anbieter zunächst privat finanzieren, können allerdings 80% des Kassentarifs der sozialen Krankenversicherung zurückerstattet bekommen.

■ 3.1 Gesundheitsausgaben

Der Gesundheitssektor ist ein bedeutender Wirtschaftszweig in Österreich. Im Jahr 2015 betragen die laufenden Gesundheitsausgaben € 35 077 Millionen oder 10,2% des BIP (siehe Tabelle 3.1). Im gleichen Jahr betragen die Investitionen im Gesundheitssektor € 2 500 Millionen, womit die Gesamtausgaben für Gesundheit sich auf € 37 600 Millionen belaufen (siehe Kapitel 4.1.1).

In den Jahren 2000 bis 2015 stiegen die laufenden Gesundheitsausgaben durchschnittlich um 3,9% pro Jahr und lagen somit über dem durchschnittlichen nominalen Wachstum des BIP (3,2%) im gleichen Zeitraum (siehe Tabelle 3.1). Das Wachstum der Gesundheitsausgaben konnte im Zeitraum 2010 bis 2015 jedoch auf 3,3% gesenkt werden, was teilweise auf Folgen der globalen Finanz- und Wirtschaftskrise 2008/2009 aber auch auf die Kostendämpfungsmaßnahmen der Gesundheitsreform 2013 und den in deren Rahmen abgeschlossenen Bundes-Zielsteuerungsvertrag zurückzuführen ist (siehe auch Kapitel 6.1.2).

Die laufenden Gesundheitsausgaben in Österreich lagen in den letzten Jahren regelmäßig über dem EU-Durchschnitt und werden nur von

TABELLE 3.1 Entwicklung der Gesundheitsausgaben in Österreich (laufende Preise), 2000–2015

GESUNDHEITSAUSGABEN	2000	2005	2010	2015
Gesundheitsausgaben (in Millionen €)	19.660	24.243	29.794	35.077
Gesundheitsausgaben pro Kopf (in €)	2.454	2.947	3.562	4.072
Gesundheitsausgaben in % des BIP	9,2%	9,6%	10,1%	10,2%
ÖFFENTLICHE GESUNDHEITSAUSGABEN				
Öffentliche Gesundheitsausgaben (in Millionen €)	14.850	18.203	22.685	26.513
Öffentliche Gesundheitsausgaben in % der laufenden Gesundheitsausgaben	75,5	75,1	76,1	75,6
Öffentliche Gesundheitsausgaben in % des BIP	7,0	7,2	7,7	7,8
Öffentliche Gesundheitsausgaben in % der gesamten Staatsausgaben	14,1	14,5	14,9	15,6
PRIVATE GESUNDHEITSAUSGABEN				
Private Gesundheitsausgaben	4.809	6.040	7.109	8.564
Private Gesundheitsausgaben in % der Gesundheitsausgaben	24,5	24,9	23,9	24,4
Private Gesundheitsausgaben in % des BIP	2,3	2,4	2,4	2,5
Selbstzahlungen privater Haushalte (OOP) in % der laufenden Gesundheitsausgaben	17,8	18,6	17,7	17,9
Selbstzahlungen privater Haushalte (OOP) in % der privaten Gesundheitsausgaben	72,9	74,5	74,3	73,4
Freiwillige Gesundheitsversicherungssysteme (Krankenzusatzversicherung, POoE und Finanzierungssysteme von Unternehmen) ¹ in % der laufenden Gesundheitsausgaben	6,6	6,4	6,1	6,5
Freiwillige Gesundheitsversicherungssysteme in % der privaten Gesundheitsausgaben	27,1	25,5	25,7	26,6
WACHSTUMSRATEN (DURCHSCHNITTliche JÄHRLICHE WACHSTUMSRATEN IN %)				
	2000–2005	2005–2010	2010–2015	2000–2015
BIP (nominal)	3,5	3,1	2,9	3,2
Gesundheitsausgaben	4,3	4,2	3,3	3,9
Gesundheitsausgaben pro Kopf	3,7	3,9	2,7	3,4
Öffentliche Gesundheitsausgaben	4,2	4,5	3,2	3,9
Private Gesundheitsausgaben	4,7	3,3	3,8	3,9

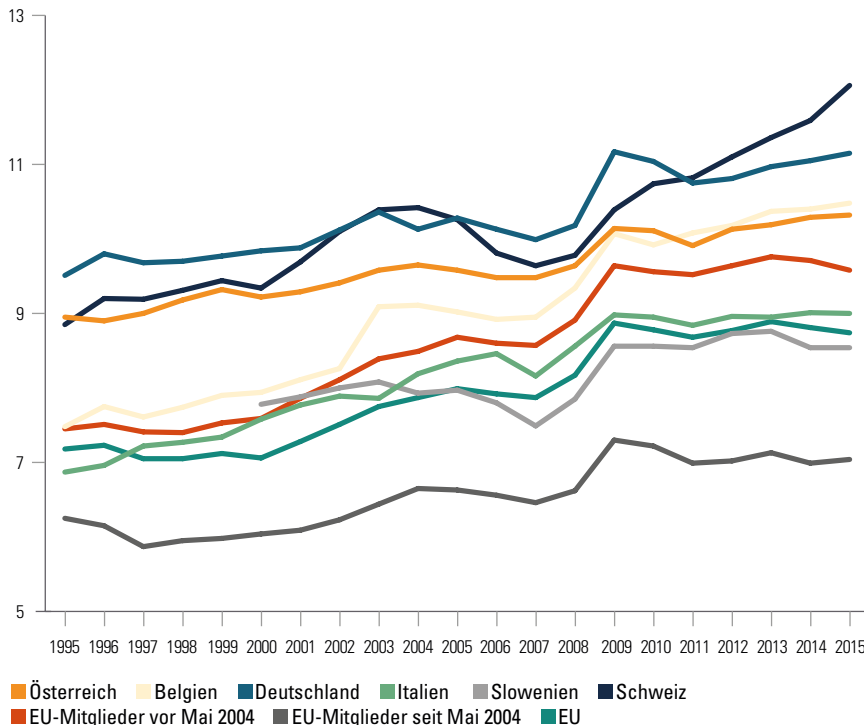
Anmerkungen: ¹ siehe auch Tabelle 3.3 für eine Zusammenstellung der privaten Gesundheitsausgaben. POoE: Private Organisationen ohne Erwerbszweck

Quellen: OECD, 2018b; Statistik Austria, 2017w

Deutschland und der Schweiz übertroffen. Abb. 3.1 zeigt die Entwicklung der laufenden Gesundheitsausgaben für ausgewählte europäische Länder als Teil des BIP zwischen 1995 und 2015. Auch bei den kaufkraftadjustierten (KKP) Pro-Kopf-Ausgaben für Gesundheit rangierte Österreich vor den meisten europäischen Ländern (siehe Abb. 3.2); und zwar im Jahr 2015 55% über dem EU-Durchschnitt (US\$ 3 310).

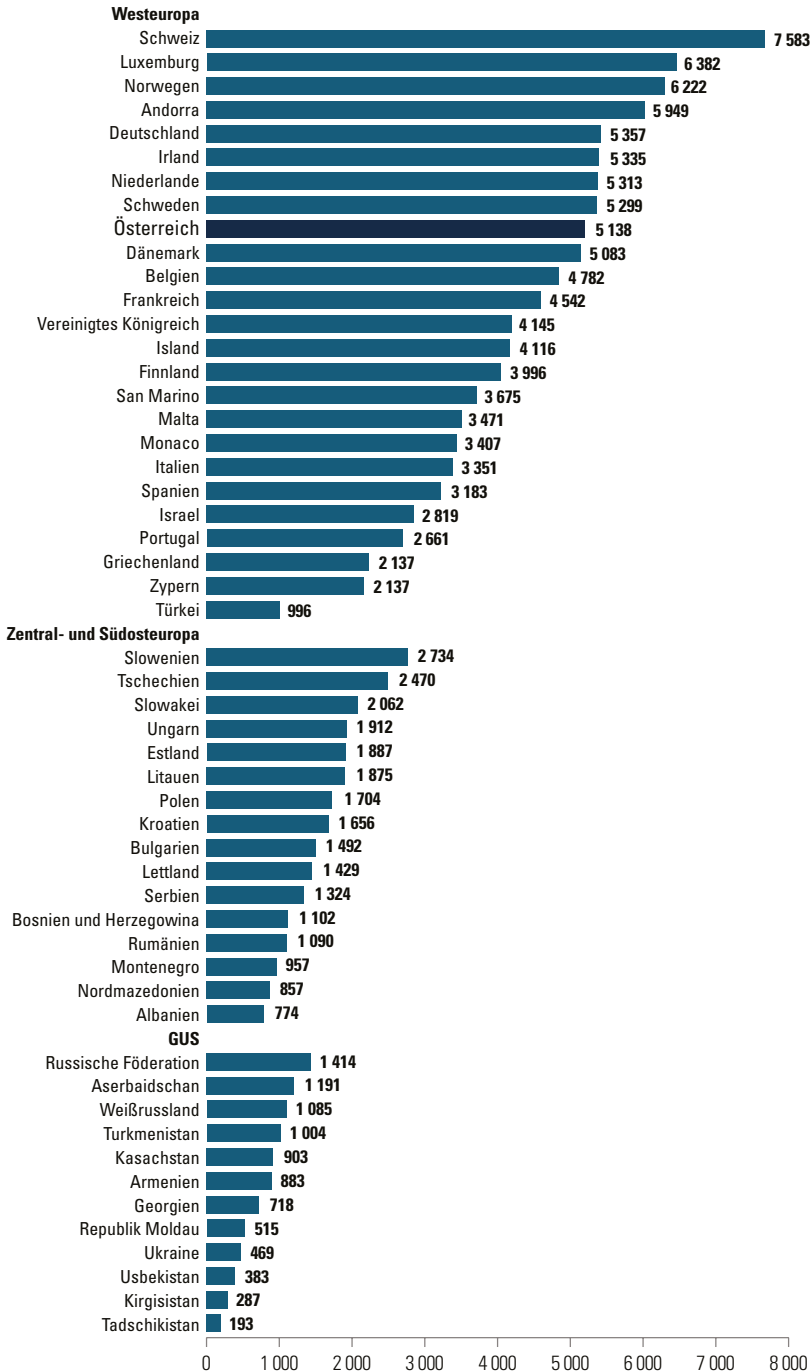
Das Gesundheitswesen wird zum Großteil aus öffentlichen Mitteln finanziert. Der Anteil öffentlicher Ausgaben an den gesamten Gesundheitsausgaben betrug im Jahr 2015 75,6%, wobei diese primär durch Krankenversicherungsbeiträge und allgemeine Steuereinnahmen eingenommen wurden. Seit 2000 blieb der Anteil öffentlicher Ausgaben relativ konstant und lag 2015 leicht über dem EU-Durchschnitt (siehe Abb. 3.3).

ABB. 3.1 Entwicklung der laufenden Gesundheitsausgaben für Österreich und ausgewählte Länder in % des BIP, 1995–2015



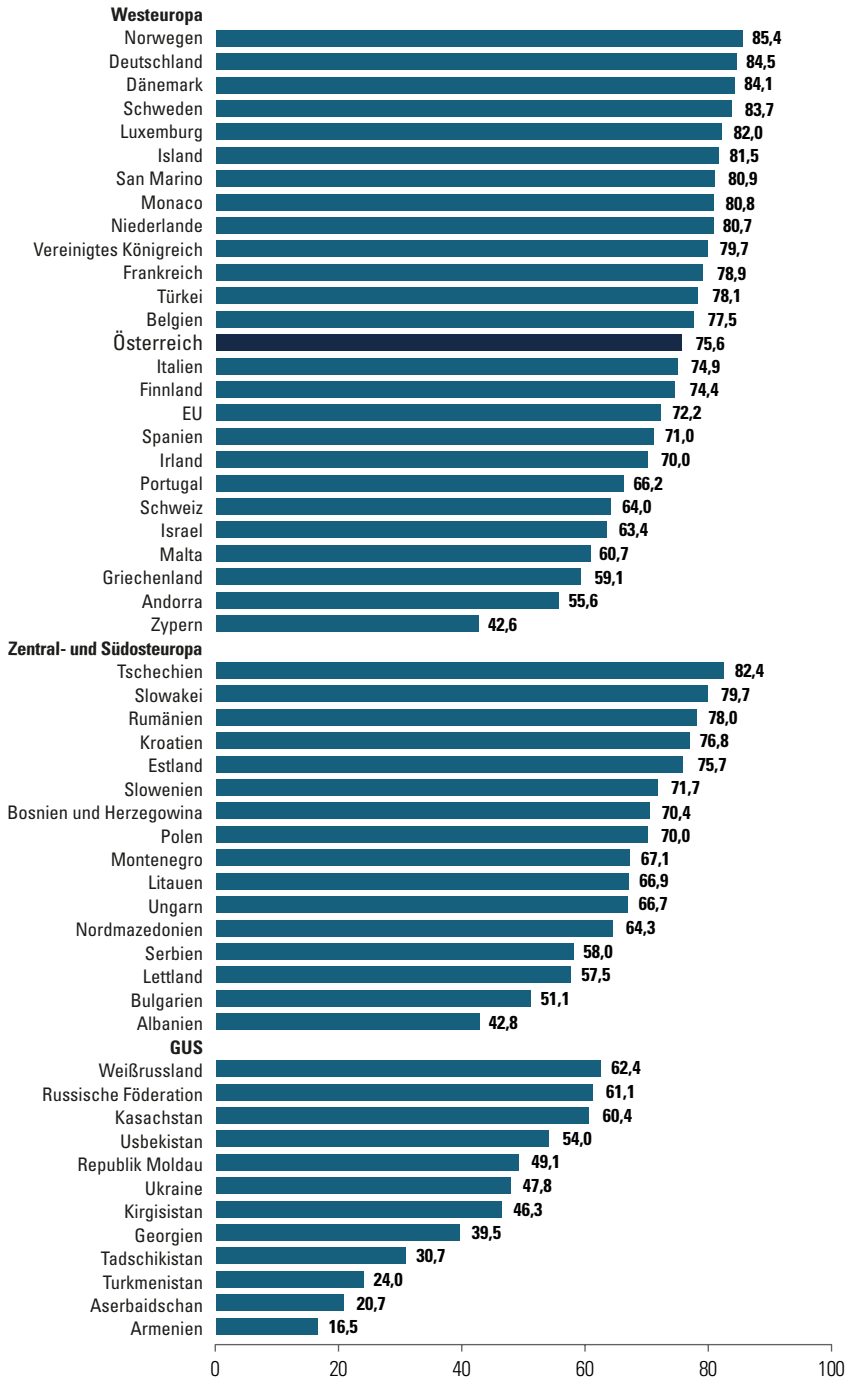
Anmerkung: EU-Durchschnittswerte beziehen sich auf den ungewichteten Durchschnitt
Quelle: OECD 2018b

ABB. 3.2 Gesundheitsausgaben in KKP pro Kopf (US Dollar) in der Who-Region Europa, 2015 oder letztes verfügbares Jahr (WHO-Schätzungen)



Anmerkung: EU, Europäische Union; GUS, Gemeinschaft Unabhängiger Staaten; KKP, Kaufkraftparitäten
Quelle: WHO, 2017c

ABB. 3.3 Öffentliche Gesundheitsausgaben in Prozent der gesamten Gesundheitsausgaben in der Who-Region Europa, 2015 (oder letztes verfügbares Jahr)



Anmerkung: EU, Europäische Union; GUS, Gemeinschaft Unabhängiger Staaten

Quelle: WHO 2017c

Der Großteil der Ausgaben entfiel 2015 auf Krankenanstalten (€ 13 561 Millionen bzw. 38,7% der laufenden Ausgaben), wovon 86% für die stationäre Versorgung (bettenführend) aufgewendet wurden. Mit der Verwendung eines Drittel seiner Gesundheitsausgaben für die stationäre Versorgung liegt Österreich an der Spitze von allen EU-Ländern, nur in Griechenland und Polen ist der Anteil höher. Tabelle 3.2 zeigt eine Übersicht über die Verteilung der öffentlichen und privaten Gesundheitsausgaben nach Leistungserbringern im Jahr 2015. Auf ambulante Leistungserbringer entfiel der zweitgrößte Ausgabenanteil (21,9% der laufenden Ausgaben), auf den Medizinprodukte- und Arzneimittel Einzelhandel entfielen 16,8% (davon 12,4% auf Apotheken). Die Ausgaben für Langzeitpflegeeinrichtungen (2 955 Millionen € oder 8,4% der laufenden Ausgaben) lagen etwa 50% höher als die Ausgaben von Haushalten, die die Pflege von Angehörigen übernehmen (2 000 Millionen € oder 5,7% der laufenden Ausgaben). Verwaltung und Finanzierung schlagen sich mit 3,8% der laufenden Ausgaben nieder, was für ein soziales Krankenversicherungssystem vergleichsweise niedrig ist (Statistik Austria, 2017w). Ein Erklärungsansatz für die geringen Verwaltungs- und Finanzierungskosten ist der fehlende Wettbewerb unter den Krankenversicherungsträgern, wodurch auch kaum Werbekosten entstehen.

■ 3.2 Mittelherkunft und Finanzierungsströme

Die Beiträge aus verschiedenen Einnahmequellen zur Finanzierung der Gesundheitsausgaben (Krankenversicherungsbeiträge, Steuern, private Selbstzahlungen (OOP) und private Kranken(zusatz)versicherungen) sind in den letzten zehn Jahren relativ konstant geblieben (siehe Tabelle 3.3). Die Krankenversicherungsbeiträge stellten den größten Teil der Einnahmen dar und deckten im Jahr 2015 44,8% der laufenden Gesundheitsausgaben und 60% der öffentlichen laufenden Ausgaben (Tabelle 3.3 und Abb. 3.4). Krankenversicherungsbeiträge werden von dem HVB gebündelt und werden dann den Krankenversicherungsträgern zur Vergütung der Gesundheitsdiensteanbieter zugeteilt.

TABELLE 3.2 Private und öffentliche Gesundheitsausgaben nach Leistungserbringern in Millionen € und in % der laufenden Gesundheitsausgaben (laufende Preise), 2015

GESUNDHEITSDIENSTEBIANBIETER	FINANZIERUNGSSYSTEM			ALS ANTEIL DER GESAMT-GESUNDHEITSAUSGABEN
	ÖFFENTLICHE AUSGABEN	PRIVATE AUSGABEN	GESUNDHEITSAUSGABEN	
Krankenhäuser	12.244	1.318	13.561	38,7
Langzeitpflegeheime	1.770	1.186	2.955	8,4
Extramurale Gesundheitsdiensteanbieter	4.845	2.825	7.670	21,9
Arztpraxen	2.552	761	3.314	9,4
Zahnarztpraxen	817	913	1.731	4,9
Praxen von Angehörigen anderer Gesundheitsberufe	262	567	829	2,4
Selbstständige Ambulatorien	857	374	1.231	3,5
Anbieter häuslicher Gesundheitsleistungen	356	209	565	1,6
Anbieter von Hilfsleistungen	715	342	1.057	3,0
Ambulanz- und Rettungsdienste	355	245	600	1,7
Medizinische und diagnostische Labors	360	97	457	1,3
Sonstige Anbieter medizinischer Hilfsleistungen	0	0	0	0,0
Einzelhändler und sonstige Anbieter medizinischer Güter	3.659	2.240	5.899	16,8
Apotheken	2.965	1.374	4.339	12,4
Einzelhandel und sonstige Anbieter langlebiger medizinischer Güter und Geräte	380	703	1.083	3,1
Sonstige Händler und übrige Anbieter pharmazeutischer und medizinischer Güter	314	163	477	1,4
Anbieter von Präventivmaßnahmen	279	15	294	0,8
Verwalter und Finanziers des Gesundheitssystems	752	569	1.321	3,8
Staatliche Verwaltungsstellen der Gesundheitsversorgung	68	0	68	0,2
Stellen der gesetzlichen Krankenversicherung	684	0	684	2,0
Stellen der privaten Krankenversicherung	0	569	569	1,6
Sonstige Verwaltungsstellen der Gesundheitsversorgung	0	0	0	0,0
Sonstige Wirtschaftszweige	2.115	63	2.178	6,2
Private Haushalte als Erbringer häuslicher Pflegeleistungen	2.000	0	2.000	5,7
Sonstige Wirtschaftszweige als sekundäre Anbieter von Gesundheitsleistungen	115	63	178	0,5
Ausländische Anbieter	134	7	141	0,4
Laufende Gesundheitsausgaben	26.513	8.564	35.077	100,0

Quelle: Statistik Austria, 2017w

TABELLE 3.3 Anteil (%) der Finanzierungsquellen an den laufenden Gesamtgesundheitsausgaben (laufende Preise), 1980–2015

	1980	1990	2000	2005	2010	2015
Laufende Gesundheitsausgaben (in Mio. €)	5.417,9	10.615,9	19.659,7	24.243,1	29.739,6	35.076,9
Öffentliche Ausgabenträger	67,2%	74,4%	75,5%	75,1%	76,1%	75,6%
Staatliche Systeme	–	–	–	29,2%	31,7%	30,8%
Soziale Krankenversicherung (Sozialversicherungsbeiträge, CMSA)	–	–	–	45,9%	44,5%	44,8%
Private Ausgabenträger¹	32,8%	25,6%	24,5%	24,9%	23,9%	24,4%
Private Krankenversicherungen	–	–	5,3%	5,0%	4,7%	4,9%
Selbstzahlungen privater Haushalte	–	–	17,8%	18,6%	17,7%	17,9%
Organisationen ohne Erwerbszweck (POoE)	–	–	1,2%	1,2%	1,3%	1,4%
Finanzierungssysteme von Unternehmen	–	–	0,2%	0,2%	0,2%	0,2%

Anmerkungen: ¹ bezieht sich auf OECD, Eurostat & WHO (2011).

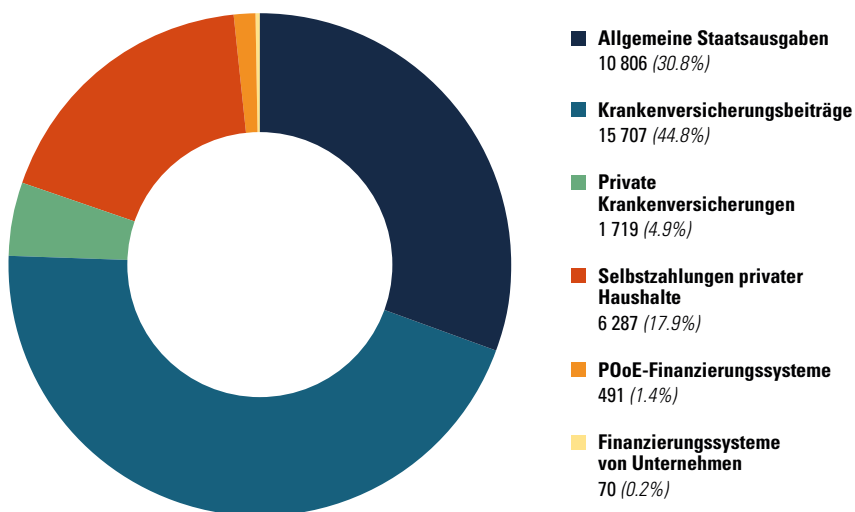
Private Organisationen ohne Erwerbszweck (POoE) sind Organisationen, die nicht überwiegend vom Staat finanziert und kontrolliert werden und die für private Haushalte kostenlos oder zu wirtschaftlich nicht signifikanten Preisen Waren oder Dienstleistungen bereitstellen.

Betriebliche Gesundheitsleistungen aus Finanzierungssystemen von Unternehmen beinhalten in erster Linie Vereinbarungen, über die Unternehmen ihren Arbeitnehmern Gesundheitsleistungen direkt anbieten oder diese finanzieren (wie z. B. arbeitsmedizinische Dienste), ohne dass ein versicherungsähnliches System zwischengeschaltet ist (OECD, Eurostat, WHO, 2011).

CMSA: Obligatorische medizinische Sparkonten

Quelle: OECD (2017c)

ABB. 3.4 Gesamte Gesundheitsausgaben nach Finanzierungsquellen in Millionen € und in Prozent, 2015



Anmerkung: POoE: Private Organisationen ohne Erwerbszweck

Quelle: OECD 2017c

Einnahmen aus Steuern stellen die zweitgrößte Finanzierungsquelle dar. Sie beliefen sich im Jahr 2015 auf 30,8% der Gesamtausgaben und 40% der öffentlichen Ausgaben. Darin sind Zahlungen des Bundes, der Länder oder der Gemeinden für die intramurale Versorgung und die Langzeitpflege, die öffentliche Gesundheit und Prävention sowie Beiträge an Krankenversicherungsträger für Arbeitslose und Wochengeld umfasst. Steuereinnahmen für das Gesundheitswesen werden von der Bundesgesundheitsagentur (BGA) auf Bundesebene und von den neun LGF auf Landesebene gebündelt.

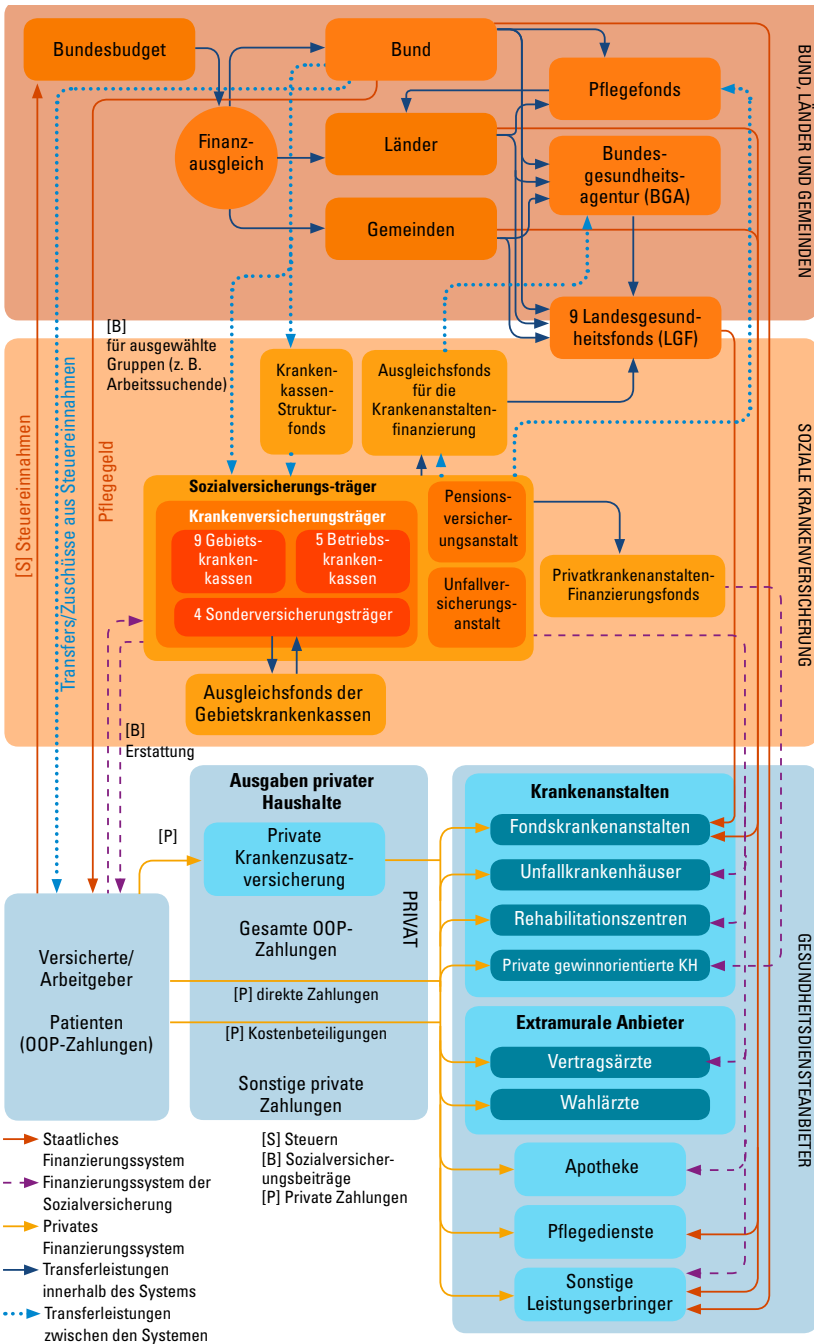
Private Ausgaben (inklusive privater Krankenzusatzversicherungen) stellten im Jahr 2015 als drittgrößte Einnahmequelle ein Viertel der laufenden Gesundheitsausgaben dar. Private Selbstzahlungen sind im Vergleich zu den meisten einkommensstarken EU-Ländern mit 18% der Gesundheitsausgaben sehr hoch und liegen deutlich über dem EU-28-Durchschnitt von 15% im Jahr 2015. Private Krankenzusatzversicherungen spielen in Österreich mit einem Anteil von ca. 4,9% an den Gesundheitsausgaben 2015 nur eine untergeordnete Rolle.

Abb. 3.5 gibt einen Überblick über Einnahmequellen und Finanzierungsströme im österreichischen Gesundheitssystem. Die nachfolgenden Abschnitte gehen detailliert auf die Finanzierungsströme ein.

Die Krankenanstaltenfinanzierung in Österreich ist sehr fragmentiert und daher komplex. Je Bundesland ist ein Landesgesundheitsfonds (LGF) eingerichtet. Die LGF bündeln Ressourcen aus verschiedenen Einnahmequellen und finanzieren einen Großteil der akutstationären und ambulanten intramuralen Versorgung. Bei jenen Spitälern, die durch diese LGF finanziert werden, handelt es sich um sogenannte Fondskrankenanstalten. Die LGF erhalten von Bund, Ländern und Gemeinden Anteile des allgemeinen Steueraufkommens und Pauschalbeträge von den Sozialversicherungsträgern, deren Höhe in den Finanzausgleichsverhandlungen fixiert wird. Fondskrankenanstalten sind gemeinnützig und verfügen mehrheitlich über ein Öffentlichkeitsrecht. Die Finanzierung der meisten privaten Krankenanstalten erfolgt über den Privatkrankenanstalten-Finanzierungsfonds (PRIKRAF).

Abb. 3.5 zeigt die fragmentierten Zuständigkeiten in der Finanzierung der Gesundheitsdiensteanbieter nach Sektoren. Öffentliche extramurale Gesundheitsdiensteanbieter wie Allgemeinmediziner, Fachärzte oder

ABB. 3.5 Finanzierungsströme im österreichischen Gesundheitssystem



Anmerkungen: Sonstige private Zahlungen beziehen sich auf Private Organisationen ohne Erwerbszweck bzw. auf betriebliche Gesundheitsleistungen. Sonstige Leistungserbringer beziehen sich auf Anbieter von medizinischen Hilfsdiensten, Vorsorgeleistungen, medizinischen Ge- und Verbrauchsgütern (ausgenommen Apotheken), Verwaltung, übrige Branchen bzw. Rest der Welt. Krankenfürsorgeanstalten sind aus Gründen der Übersichtlichkeit nicht in der Abb. angeführt.

Quelle: Eigene Darstellung

Zahnärzte werden ausschließlich von den Krankenversicherungsträgern finanziert. Die öffentliche Finanzierung der Langzeitpflege erfolgt über Steuermittel, dabei werden Sachleistungen von den Ländern und Gemeinden finanziert, während der Bund die Ausgaben für das Pflegegeld trägt, das unabhängig von den tatsächlichen Pflegekosten nach Ausmaß der Pflegebedürftigkeit ausbezahlt wird (siehe Kapitel 3.6.2). Die Rehabilitationszentren werden von Pensions-, Unfall- oder Krankenversicherungen finanziert, wobei die Unfallversicherung für Reha-Kosten infolge eines Arbeitsunfalls aufkommt. Die Pensionsversicherungsanstalt trägt die Kosten für Rehabilitation zur Verhinderung von Arbeitsunfähigkeit für Erwerbstätige und Rehabilitation von Pensionisten. Die übrigen Fälle sind durch die soziale Krankenversicherung abdeckt.

■ 3.3 Finanzierung des Krankenversicherungssystems

■ 3.3.1 *Versicherungsschutz*

WER IST VERSICHERT?

Im Jahr 2016 waren 8,82 Millionen Menschen in Österreich (einschließlich Personen mit Wohnsitz im Ausland) oder 99,9% der Bevölkerung krankenversichert. Von den versicherten Personen zahlten ca. 76% (6,66 Millionen Menschen) einkommensabhängige Beiträge, während etwa 24% mitversicherte Familienangehörige wie Kinder (bis 18 Jahre oder unter bestimmten Bedingungen bis zum Alter von 27 Jahren), Ehegatten oder Partner waren (HVB, 2017b). 2010 erfolgte die Ausdehnung des Versicherungsschutzes auf Personen in atypischen Beschäftigungsverhältnissen wie freie Dienstnehmer, neue Selbständige und Leiharbeiter (siehe Tabelle 2.2).

In Österreich gilt das System der Pflichtversicherung, die Zugehörigkeit zu einem Krankenversicherungsträger ist gesetzlich durch den Arbeitsort, die Art der ausgeübten Beschäftigung oder den Beschäftigungsstatus (arbeitslos, pensioniert etc.) vorgegeben, weshalb zwischen den Krankenversicherungsträgern auch kein Wettbewerb stattfindet.

Diverse Gesetze ordnen verschiedene Bevölkerungsgruppen den Krankenversicherungsträgern zu. Das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz (Allgemeines Sozialversicherungsgesetz, 1955) reguliert die neun Gebietskrankenkassen (zukünftig fusioniert zur Österreichischen Gesundheitskasse, siehe Kapitel 2.3.3), bei denen 76% der Bevölkerung versichert sind, sowie die fünf Betriebskrankenkassen für die Beschäftigten fünf großer österreichischer Unternehmen (siehe Tabelle 3.4). Zusätzlich bestehen weitere Sondersicherungsgesetze wie das Gewerbliche Sozialversicherungsgesetz (GSVG), das Bauern-Sozialversicherungsgesetz (BSVG), das Beamten-Kranken- und Unfallversicherungsgesetz (B-KUVG) und das Freiberuflichen Sozialversicherungsgesetz (FSVG), die die Krankenversicherung und die zugehörigen Gesundheitseinrichtungen für bestimmte Bevölkerungsgruppen (Selbständige, Bauern, Beamte) regulieren (HVB, 2017f) (siehe Tabelle 3.4).

Bei der Gewerblichen Sozialversicherung (zukünftig Sozialversicherungsanstalt der Selbständigen) wird zwischen Sachleistungsberechtigten und Geldleistungsberechtigten unterschieden, wobei sich die Differenzierung nach dem Jahreseinkommen richtet und Personen mit einem Jahreseinkommen von über € 71 819,99 im Jahr 2018 geldleistungsberechtigt sind. Seit dem Jahr 2000 können sich einige Selbständige (Ärzte, Apotheker, Anwälte, Architekten, Wirtschaftstreuhänder, Veterinäre und Notare) aus der Versicherungspflicht im gesetzlichen Sozialversicherungssystem (GSVG) ausnehmen lassen; sie müssen jedoch entweder für eine freiwillige Selbstversicherung bei einem Krankenversicherungsträger oder eine private Krankenversicherung (häufig durch Berufsverbände reguliert) Sorge tragen.

Der Bund deckt Beiträge für Arbeitslose. Beiträge für Pensionisten werden durch Abzüge von Pensionszahlungen und durch die Pensionsversicherung entrichtet. Die Krankenversicherungsbeiträge von Empfängern der bedarfsorientierten Mindestsicherung werden zur Gänze von den Ländern finanziert. Mindestsicherungsbezieher haben Zugang zu allen Leistungen nach dem ASVG, erhalten die e-card kostenlos und sind zudem von der Rezeptgebühr befreit. Asylwerber in Bundesbetreuung sind ebenso krankenversichert und haben Zugang zu den gleichen Gesundheitsleistungen wie versicherte Personen mit Wohnsitz in Österreich. Ihre Krankenversicherungsbeiträge werden vom Staat finanziert. In einigen Bundesländern erhalten Asylwerber auch eine e-card und werden von Zuzahlungen befreit. Für Menschen ohne rechtmäßigen Aufenthaltstitel

TABELLE 3.4 Anzahl, Rechtsgrundlage und Anspruchsberechtigte der Krankenversicherungsträger, 2017

	RECHTSGRUNDLAGE	SOZIALVERSICHERUNGS-TRÄGER (ANZAHL)	ANSPRUCHSBERECHTIGTE	ANZAHL DER VERSICHERTEN ¹	IN % ALLER ANSPRUCHSBERECHTIGTEN
ASVG	Allgemeines Sozialversicherungsgesetz (ASVG) (1955)	Gebietskrankenkassen (9)	Arbeitnehmer, Selbständige, Lehrlinge, Pensionisten, gemeldete Arbeitslose und u. a. Personen in Mütter- oder Väterkarenz	7.161.604	76,11%
	Allgemeines Sozialversicherungsgesetz (ASVG) (1955)	Betriebskrankenkassen (5)	Arbeitnehmer von fünf Unternehmen: BKK Mondl, BKK-VA (voestalpine Bahnsysteme), BKK-WVB (Wiener Verkehrsbetriebe), BKK-ZWW (Zeitweg), BKK-KA (Kapfenberg)	49.086	0,52%
Sonderversicherungsträger	Gewerbliches Sozialversicherungsgesetz (GSVG) (1978)	Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft (1)	Selbständige und neue Selbständige (z. B. Künstler und Journalisten)	811.991	8,63%
	Bauern- Sozialversicherungsgesetz (BSVG) (1978)	Sozialversicherungsanstalt der Bauern (1)	Bauern	352.780	3,75%
	Beamten-Kranken- und Unfallversicherungsgesetz (B-KUVG) (1967)	Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter (1)	Öffentliche Bedienstete	814.725	8,66%
	ASVG und B-KUVG	Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau (1)	Arbeitnehmer der österreichischen Bundesbahnen und Bergbauarbeiter	219.383	2,33%
Gesamt¹			Inkl. Mehrfachversicherte	9.409.569	100,00%
Gesamt²				8.677.278	

Anmerkungen: BKK, Betriebskrankenkassen. ¹ Personen, die bei mehreren Versicherungsträgern anspruchsberechtigt sind, werden bei jedem Versicherungsträger einmal gezählt. ² Jede Person wird nur einmal gezählt. Zahlen beziehen sich auf den Jahresdurchschnitt 2017. Gesamtzahlen umfassen Versicherte mit ausländischem Wohnsitz, jedoch nicht die Versicherten der Krankenfürsorgeanstalten (KFA).

Quelle/r: Beamten-Kranken- und Unfallversicherungsgesetz, 1967; Gewerbliches Sozialversicherungsgesetz, 1978; HVB; 2018a

besteht kein Krankenversicherungsschutz, weshalb diese für medizinische Behandlungen selbst aufkommen müssen (Anzenberger et al., 2014).

Gesundheitsdienste für Gefängnisinsassen unterliegen dem Bundesministerium für Justiz (BMJ) und werden durch staatliche Mittel finanziert. Mitglieder des österreichischen Bundesheeres sind ebenfalls aus dem gesetzlichen Versicherungssystem ausgenommen und das Verteidigungsministerium ist für die Erbringung von Gesundheitsleistungen verantwortlich (aus staatlichen Mitteln finanziert) (siehe auch Kapitel 3.6.1).

Eine Besonderheit des österreichischen Sozialversicherungssystems sind die Krankenfürsorgeanstalten (KFA) für öffentlich Bedienstete von Ländern und Gemeinden. Das Beamten-Kranken- und Unfallversicherungsgesetz (B-KUVG) ermöglicht es öffentlichen Einrichtungen, ihre Mitarbeiter direkt über diese Krankenfürsorgeanstalten zu versichern. Insgesamt gibt es 15 dieser KFA für öffentliche Bedienstete auf Länder- und Gemeindeebene, die nicht der Aufsicht des Bundes unterstehen. Im Jahr 2016 waren rund 200 000 Staatsbedienstete und Angehörige über Krankenfürsorgeanstalten versichert, die im Wesentlichen dieselbe Funktion wie die Krankenversicherungsträger (Kranken- und Unfallversicherung) erfüllen.

WER IST NICHT VERSICHERT?

Ein kleiner Kreis von Personen, die weder ausreichend beschäftigt noch als Angehörige mitversichert sind, keine Aufenthaltsgenehmigung haben und nicht Empfänger von Arbeitslosengeld oder Mindestsicherung sind, sind von der gesetzlichen Sozialversicherung ausgenommen. Diese Personen haben die Möglichkeit einer freiwilligen Selbstversicherung bei einem der Krankenversicherungsträger. Diese Versicherungen sind insbesondere für geringfügig Beschäftigte, deren Gehalt € 438,05 pro Monat (im Jahr 2018) nicht übersteigt, und Studierende relevant, die aus bestimmten Gründen nicht über einen Angehörigen mitversichert werden können.

WELCHE LEISTUNGEN WERDEN GEDECKT?

Gesetzlicher Zweck der Krankenversicherung ist der Schutz im Fall von Krankheit, Arbeitsunfähigkeit und Mutterschaft sowie die Erbringung

von Gesundheits- und Geldleistungen. Eine Reihe von Pflichtleistungen sind unabhängig vom Krankenversicherungsträger oder dem anwendbaren Versicherungsgesetz gesetzlich festgelegt (siehe Tabelle 3.5). Die Gesamtverträge zwischen Krankenversicherungsträgern und Vertragsärzten bestimmen die abgedeckten Leistungen. Mit Ausnahme des Erstattungskodex für Arzneimittel gibt es keine expliziten Positivlisten, die ausführen, welche Leistungen oder Produkte von den Krankenversicherungsträgern gedeckt werden müssen, ebenso wenig gibt es Negativlisten.

Das Behandlungs- und Verschreibungsverhalten der Ärzte und anderer mit den Krankenversicherungsträgern unter Vertrag stehenden Gesundheitsdiensteanbietern soll dem Grundprinzip folgen, dass eine angemessene und ausreichende Behandlung erfolgt, das notwendige Maß aber nicht überschritten wird (HVB, 2017c). Wichtige Erweiterungen des Leistungskataloges umfassten in den letzten Jahren die Aufnahme der Gratiszahnspange für Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren bei schweren Fehlstellungen der Zähne im Juli 2015 und die Abschaffung von Zuzahlungen bei stationären Krankenhausaufenthalten von Kindern und Jugendlichen im Jahr 2017.

Die meisten Leistungen der Krankenversicherung sind Sachleistungen, die vor allem die Krankenhausversorgung, ärztliche Hilfe, Zahnbehandlung und Zahnersatz, Hebammenbetreuung, die medizinische Hauskrankenpflege sowie Vorsorgeuntersuchungen umfassen. Die Hauskrankenpflege und die Psychotherapie durch nichtärztliche Therapeuten sind bereits seit den frühen 1990er Jahren fixer Bestandteil der Pflichtleistungen der Krankenkassen. Bei Krankengeld, Wochengeld sowie Reisekostenersatz handelt es sich um Geldleistungen.

Im Falle eines Krankenstands eines versicherten Mitarbeiters zahlt der Arbeitgeber 100% des Bruttoentgelts für einen Zeitraum von sechs bis 12 Wochen weiter (in Abhängigkeit von der Dauer des Beschäftigungsverhältnisses beim derzeitigen Arbeitgeber). Danach zahlt der Arbeitgeber weitere vier Wochen 50%, wobei die übrigen 50% durch die Leistungen des Krankenversicherungsträgers abgedeckt werden. Im Anschluss zahlt der Krankenversicherungsträger Krankengeld in Höhe von 100% des Bruttoentgelts für die Dauer von mindestens 6 bis 12 Monaten, je nach Dauer des Pflichtversicherungsverhältnisses (BKA, 2018c). Die Krankenversicherungsträger können zusätzlich zu gesetzlichen Pflichtleistungen auch freiwillige Zusatzleistungen erbringen, auf die

TABELLE 3.5 Abgedeckte Leistungen der Krankenversicherung nach dem ASVG

GESUNDHEITSFÖRDERUNG UND PRÄVENTION	Mutter-Kind-Pass Programm
	Jugendlichenuntersuchung
	Medizinische Untersuchungen
	Öffentliche Gesundheitsmaßnahmen (Impfungen, Früherkennung etc.)
	Gesundheitsförderungs- und Präventionsprogramme
	Maßnahmen zur Festigung der Gesundheit und Krankheitsverhütung (Kuraufenthalte)
KRAUKHEIT	Behandlung durch Ärzte und Zahnärzte (extramurale Versorgung durch Allgemein- und Fachärzte inkl. Psychotherapie)
	Physiotherapie, Ergotherapie, Logotherapie
	Heilmassage
	Diagnosedienste
	Intramurale Versorgung
	Arzneimittel
	Medizinische Hauskrankenpflege
	Medizinische Rehabilitation
	Krankengeld
	Wiedereingliederungsgeld ¹
	Rehabilitationsgeld
	Case Management
	Reise und Transport
	Rückerstattung (z. B. Wahlarzt)
	Ausgabenbeteiligung (z. B. Zahnersatz)
	Zahnsperre für Kinder
	Hilfe bei körperlichen Gebrechen
	Heilbehelfe (z. B. Schuheinlagen)
Hilfsmittel für Behinderte (z. B. Rollstühle)	
MUTTERSCHAFT	Intramurale Versorgung und extramurale Behandlung
	Medikamente und Heilbehelfe für die Schwangerschaft
	Versorgung durch Hebammen und diplomierte Gesundheits- und Krankenpfleger
	Wochengeld

Anmerkungen: ¹Lohnausgleich für Wiedereingliederungsteilzeit nach langem Krankenstand (min. 6 Wochen), um eine allmähliche Wiedereingliederung zu ermöglichen

Quelle: Allgemeines Sozialversicherungsgesetz, 1955; HVB, 2017b

jedoch kein Rechtsanspruch besteht und die nach Trägern und Ressourcen variieren. Zu den freiwilligen Leistungen nach dem ASVG zählen etwa bestimmte kosmetische Behandlungen (§ 133, ASVG), Maßnahmen zur Festigung der Gesundheit und Krankheitsverhütung (§§ 155, 156, ASVG) oder ein Bestattungskostenzuschuss (§ 116, Abs. 5, ASVG). Die Satzungen der Krankenversicherungsträger können auch weitere Mehrleistungen vorsehen, wie etwa Vorsorgeleistungen, Reisekostenersatz für Pflegende oder Verlängerung des Krankengeldanspruchs.

WELCHE KOSTEN WERDEN GEDECKT?

Die Krankenversicherungsträger übernehmen den Großteil der Behandlungskosten, allerdings gibt es eine Reihe von Leistungskategorien, die eine Kostenbeteiligung durch die Versicherten vorsehen und zwischen den einzelnen Krankenversicherungsträgern unterschiedlich geregelt sind. So fallen etwa Zuzahlungen für stationäre Krankenhausaufenthalte, die Inanspruchnahme von Wahlärzten und verschreibungspflichtige Medikamente an. Die Höhe der Gebühren unterscheidet sich je nach Krankenversicherungsträger, wobei für einkommensschwächere Haushalte zahlreiche Ausnahmeregelungen vorgesehen sind. Im Jahr 2015 betrug der Anteil der Kostenbeteiligung 2,1% der laufenden Gesundheitsausgaben oder 12% der gesamten privaten Selbstzahlungen (siehe Kapitel 3.4).

■ **3.3.2 Mittelaufbringung**

Das österreichische Gesundheitswesen wird durch einen Mix aus einkommensabhängigen Krankenversicherungsbeiträgen (ca. 60% der öffentlichen Gesundheitsausgaben) und dem allgemeinen Steueraufkommen (ca. 40%) finanziert (Statistik Austria, 2017t). Steuern werden auf Bundesebene eingehoben und über einen Finanzausgleichsmechanismus an die Gebietskörperschaften zur Finanzierung der Gesundheitsversorgung verteilt (Bund, neun Bundesländer und 2 102 Gemeinden).

Die Bundesländer decken ihre Gesundheitsausgaben durch ihren Anteil der allgemeinen Steuereinnahmen, von dem der Großteil nicht zweckgebunden ist. Zweckgebundene Steuereinnahmen (ein geringer

Prozentsatz der Mehrwertsteuer und der Tabaksteuer) werden durch den Finanzausgleich auf die Bundesländer verteilt und hauptsächlich zur Finanzierung von Krankenanstalten, Gesundheitsförderung, Prävention, Forschung und Planungsprojekte eingesetzt (siehe Kapitel 3.3.3). Der Anteil von Steuergeldern an den Gesundheitsausgaben hängt von der Höhe des Steueraufkommens und folglich von den makroökonomischen Bedingungen ab.

Die Höhe der Krankenversicherungsbeiträge richtet sich nach dem Einkommen und nicht nach Gesundheitsrisiken. Die Beitragssätze werden gesetzlich festgelegt und können nur vom österreichischen Parlament geändert werden. Der Beitragssatz betrug 2017 für den Großteil der beitragsleistenden Bevölkerung 7,65% des Erwerbseinkommens (auch als Beitragsgrundlage bezeichnet). Der Beitragssatz ist zu beinahe gleichen Teilen zwischen dem Arbeitnehmer und dem Arbeitgeber aufgeteilt: 50,6% (Beitragssatz von 3,87% des Einkommens) werden vom Arbeitnehmer erbracht und 49,4% (Beitragssatz von 3,78% des Einkommens) vom Arbeitgeber. Für Staatsbedienstete und Pensionisten kommt ein geringerer Beitragssatz zur Anwendung (7,635% bzw. 5,1%). Für bestimmte Bevölkerungsgruppen (z. B. Arbeitslose) werden die Krankenversicherungsbeiträge durch allgemeine Steuereinnahmen des Bundes finanziert.

Die Krankenversicherungsträger heben die Beiträge selbständig ein. Die Arbeitgeber führen sowohl den Dienstnehmer- als auch den Dienstgeberanteil direkt an die Krankenversicherungsträger ab (HVB, 2016b).

Die Höhe der Sozialversicherungsbeiträge ist mittels der Höchstbeitragsgrundlage gedeckelt. Im Jahr 2018 erhöhten sich die zu leistenden Beiträge proportional bis zu einer Höchstbeitragsgrundlage von € 5 130 pro Monat für Dienstnehmer (plus jährliche Sonderzahlungen von € 10 260); dies entspricht einem Höchstbeitrag in der Krankenversicherung von € 392,44 pro Monat (Allgemeines Sozialversicherungsgesetz, 1955). Für Selbständige und Bauern wurde die Höchstbeitragsgrundlage auf € 5 985 festgesetzt, womit sich der Höchstbeitrag in der Krankenversicherung auf € 457,86 pro Monat belief (HVB, 2017g). Anzumerken ist allerdings, dass der jährliche Höchstbeitrag zur Krankenversicherung für Arbeitnehmer und Selbstständige/Bauern aufgrund der Sonderzahlungen des 13. und 14. Monatsgehalts, die die meisten Arbeitnehmer erhalten, gleich ausfällt.

Die Einnahmen und Ausgaben der Krankenversicherungsträger sind in Tabelle 3.6 dargestellt. Die Krankenversicherungsbeiträge, die die größte

Einnahmequelle darstellen, beinhalten Beiträge des Bundes für bestimmte Gruppen wie z. B. Familienmitglieder von Wehrpflichtigen und Asylwerber. Darüber hinaus erhält die Krankenversicherung Kostenerstattungen, z. B. für versicherungsfremde Leistungen, die sie erbringt (z. B. Wochengeld, Mutter-Kind-Pass). Zudem erhalten die Gebietskrankenkassen Mittel aus dem Ausgleichsfonds der Gebietskrankenkassen.

■ 3.3.3 *Pooling von Mitteln*

Die Finanzierung des österreichischen Gesundheitssystems ist stark fragmentiert und erfolgt über ein komplexes Netz aus Finanzierungsfonds, zwischenstaatlichen Transfers mit Beteiligung der drei Regierungsebenen und den Sozialversicherungen, die sich die Finanzierung teilen. Die jeweiligen Zuständigkeiten der Gebietskörperschaften werden durch Vereinbarungen gemäß Artikel 15a Bundes-Verfassungsgesetz (B-VG) und das Finanzausgleichsgesetz geregelt. Diese Vereinbarungen werden zwischen Bundes- und Landesebene im Rahmen des Finanzausgleichs getroffen, durch die auch die Finanzströme der Krankenanstaltenfinanzierung zwischen Bund und Ländern festgelegt werden (siehe auch Kapitel 2.8.1).

BÜNDELUNG UND VERTEILUNG DER MITTEL AUF BUNDES- UND LANDESEBENE

Steuereinnahmen für das Gesundheitswesen werden vor allem von der Bundesgesundheitsagentur (BGA) auf Bundesebene und von den neun LGF auf Landesebene gebündelt. Die BGA ist ein öffentlicher Fonds, der zweckgebundene und festgelegte Anteile von Steuereinnahmen wie der Mehrwertsteuer, der Tabaksteuer, der Einkommenssteuer und Pauschalbeträge der Krankenversicherungsträger auf Bundesebene bündelt. Von der BGA werden für die Krankenanstaltenfinanzierung Mittel in festgelegter Höhe an die LGF verteilt. Zur Berücksichtigung von Bundesländerspezifika (z. B. Länder mit hohem Tourismusaufkommen) oder von Missverhältnissen, die aufgrund von Patientenströmen zwischen den Bundesländern entstehen, schüttet die BGA Zuschüsse in Form von Pauschalbeträgen (Vorweganteile) an einige der LGF aus. Die BGA finanziert darüber hinaus

TABELLE 3.6 Einnahmen und Ausgaben der Österreichischen Krankenversicherungsträger 2016, in Millionen €

	ALLE TRÄGER	ANTEIL (IN %)	RECHTSGRUNDLAGE					
			ASVG		B-KUVG		GSVG	BSVG
Krankenversicherungsträger			GKK	BKK	VAEB	BVA	SVA	SVB
Gesamteinnahmen	17.889	100,0%	13.647	121	602	1.797	1.110	612
Beiträge für Versicherte	14.640	81,8%	11.027	106	524	1.567	905	511
Rezeptgebühren	403	2,3%	305	4	15	41	23	15
Vermögenserträge	33	0,2%	15	2	3	9	0	3
Ersatz für Leistungsaufwendungen (z. B. Wochengeld, MuKiPa)	1.833	10,2%	1.586	7	41	107	67	26
Ausgleichsfonds der Gebietskrankenkassen	300	1,7%	300	–	–	–	–	–
Sonstige Einnahmen	680	3,8%	414	3	19	74	114	57
Gesamtausgaben	17.776	99,4%	13.556	116	601	1.823	1.094	585
Ärztliche Hilfe und gleichgestellte Leistungen	4.242	23,7%	3.198	29	144	455	289	127
Heilmittel (Arzneimittel)	3.439	19,2%	2.677	25	118	280	209	130
Heilbehelfe, Hilfsmittel	268	1,5%	191	2	7	26	21	20
Zahnbehandlung	1.008	5,7%	753	6	32	116	68	32
Intramurale Versorgung (ohne Ambulanzen, Transfer zu LGF)	5.007	28,2%	3.732	37	170	566	319	182
Medizinische Hauskrankenpflege	19	0,1%	15	0	1	1	1	1
Krankengeld	704	3,9%	632	3	18	15	35	–
Rehabilitationsgeld	314	1,8%	309	1	2	2	–	–
Mutterschaftsleistungen (z.B. Wochengeld)	680	3,8%	569	1	4	73	22	11
Gesundheitsfestigung und Krankheitsverhütung, Früherkennung und Gesundheitsförderung, medizinische Rehabilitation	758	4,3%	481	7	49	167	35	19
Fahrtspesen, Transportkosten	233	1,3%	177	2	11	20	10	12
Vertrauensärztlicher Dienst und sonstige Betreuung	87	0,5%	69	1	5	6	3	2
Verwaltungs- und Verrechnungsaufwand	481	2,7%	290	1	32	66	53	39
Sonstige Ausgaben	537	3,0%	461	2	7	30	28	9
SALDO	113	0,6%	90	5	1	-26	15	27

Anmerkungen: GKK, Gebietskrankenkassen; BKK, Betriebskrankenkassen; VAEB, Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau; BVA, Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter; SVA, Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft; SVB, Sozialversicherungsanstalt der Bauern; MuKiPa, Mutter-Kind-Pass

Quellen: HVB, 2017i: Tabellen 5.08 und 5.09

auch Forschungs- und Gesundheitsplanungsprojekte, die Elektronische Gesundheitsakte (ELGA), die Koordination des Transplantationswesens sowie nationale Gesundheitsvorsorge- und -förderungsprogramme (BMGF, 2017ah). Seit 2017 finanziert die BGA auch neu entstandene überregionale Versorgungsangebote z. B. hochspezialisierte Leistungen für hochkontagiöse Erkrankungen oder Schwerbrandverletzte (siehe auch Abb. 3.5).

Die LGF wurden im Zuge der Gesundheitsreform 2005 eingerichtet. Von jedem der neun Bundesländer wird ein LGF betrieben. Die LGF sind für die integrierte Planung, Steuerung und vor allem die Finanzierung von öffentlichen und privaten gemeinnützigen Akutkrankenanstalten zuständig. Sie bündeln dazu Mittel aus verschiedenen Quellen (siehe Abb. 3.6):

- Mittel der BGA (durch das oben beschriebene Verteilungsschema);
- einen festgelegten Anteil des Mehrwertsteueraufkommens der Länder und Gemeinden;
- (steuerbasierte) Mittel nach dem Gesundheits- und Sozialbereichsbeihilfengesetz (1996);
- vereinbarte Pauschalbeträge von den Krankenversicherungsträgern für die intramurale Versorgung (Allgemeines Sozialversicherungsgesetz (1955) in der geltenden Fassung), wodurch 2015 etwa 43% der öffentlichen Ausgaben für die Krankenanstalten gedeckt wurden;
- Zusätzliche Mittel von Ländern und Gemeinden zur Finanzierung von Krankenanstalten (Betriebsabgangsdeckung);
- Erstattung für Behandlungen von ausländischen Patienten durch ausländische Kostenträger;
- andere Quellen wie z. B. Zuzahlungen von Patienten für die intramurale Versorgung.

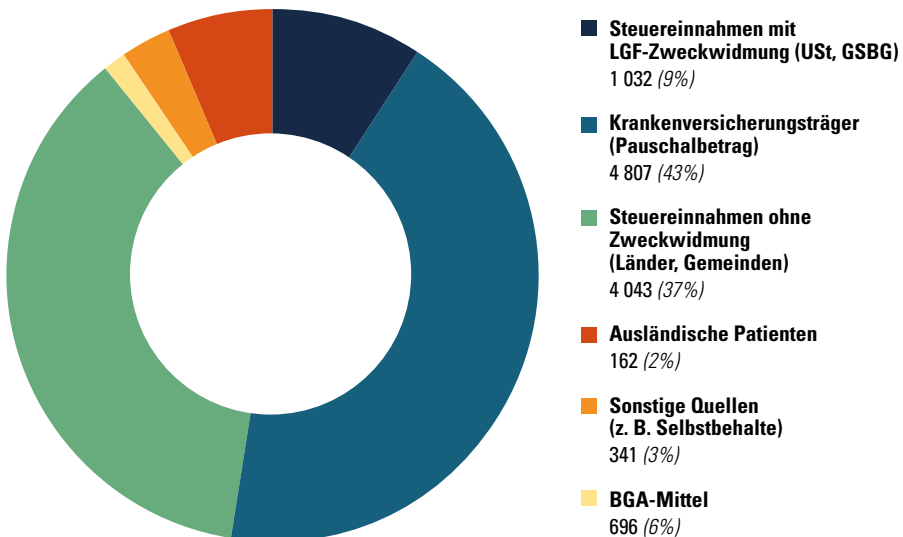
Jeder LGF verfügt über eine Gesundheitsplattform, die für die Steuerung auf Landesebene eine wichtige Rolle spielt, da sie über die Verwendung der Mittel des LGF bestimmt und für das Krankenanstaltenfinanzierungssystem auf Landesebene zuständig ist (siehe Kapitel 2.3.4).

Im Jahr 2014 wurden über € 11 Milliarden an die LGF ausgeschüttet. Der Großteil davon wurde auf Basis des österreichischen LKF-Systems an Krankenanstalten umverteilt. Einige der Krankenanstalten erhalten zusätzlich

auch direkte Zahlungen von den Landesregierungen, die nicht über die LGF fließen (ca. € 190 Millionen im Jahr 2014).

2013 errichteten die LGF zusätzliche Landesgesundheitsförderungsfonds in jedem Bundesland, die von den Krankenversicherungsträgern und den Landesregierungen über einen Zeitraum von 10 Jahren (2013–2022) ein Gesamtbudget von € 150 Millionen für alle LGF erhielten (ZS-G, 2013).

ABB. 3.6 Finanzierungsquellen der LGF in % der Gesamteinnahmen, 2014



Anmerkungen: LGF, Landesgesundheitsfonds; GSBG, Gesundheits- und Sozialbereich-Beihilfengesetz; BGA, Bundesgesundheitsagentur, Ust., Umsatzsteuer

Quelle: Eigene Berechnung auf Basis von SHA-Mikrodaten (SHA, System der Gesundheitskonten) (BMGF, 2017af)

VERWALTUNG DER MITTEL AUS DER SOZIALEN KRANKENVERSICHERUNG

Der Hauptverband (zukünftig Dachverband) der österreichischen Sozialversicherungsträger (HVB) verwaltet mehrere Fonds, um für einen Ausgleich der Zahlungen an die BGA, die LGF und zwischen den Krankenversicherungsträgern zu sorgen. Diese Ausgleichsfonds werden hauptsächlich von den Krankenversicherungsträgern, Bundeszuschüssen und dem allgemeinen Steueraufkommen gespeist.

1978 wurde der Ausgleichsfonds für die Krankenanstaltenfinanzierung (Ausgleichsfonds für die Krankenanstaltenfinanzierung gemäß § 447f,

ASVG) mit dem Hauptzweck eingerichtet, Mittel von den Krankenversicherungsträgern für die Finanzierung öffentlicher Krankenanstalten zu bündeln, die in Form von zweckgebundenen Pauschalbeträgen ausgeschüttet werden.

Zum Ausgleich unterschiedlicher Risikostrukturen und regionaler Besonderheiten unter den neun Bundesländern sowie zur Sicherstellung einer ausreichenden Liquidität der Krankenversicherungsträger wurde 1961 der Ausgleichsfonds der Gebietskrankenkassen beim HVB geschaffen. In diesen Ausgleichsfonds fließen Mittel der Gebietskrankenkassen (1,64% der Einnahmen aus Krankenversicherungsbeiträgen), Bundeszuschüsse und zweckgebundene Steuern (Allgemeines Sozialversicherungsgesetz, 1955; Dienstgeberabgabegesetz, 2003; Gesundheits- und Sozialbereich-Beihilfengesetz, 1996), die unter den Gebietskrankenkassen umverteilt werden, wenn deren Einnahmen pro Pflichtversichertem die durchschnittliche Einnahmen der einzahlenden Krankenversicherungsträger unterschreiten. Etwa 62% der Ressourcen werden dabei für die Risikoadjustierung verwendet, bei der Altersstruktur, Geschlecht, Einkommensniveau und Anzahl der Anspruchsberechtigten mit außergewöhnlich hohen Heilmittelaufwendungen (d. h. 1% der Leistungsbezieher, die die höchsten Ausgaben für Heilmittel verursachen) berücksichtigt werden. Weitere 18% sind für den Ausgleich unterschiedlicher Liquidität und 20% für die Deckung eines besonderen Ausgleichsbedarfs vorgesehen. Vor 2012 wurden nur 45% für die Risikoadjustierung aufgewendet und ebenfalls 45% für den Ausgleich von Liquiditätsunterschieden; diese Verteilungsrichtlinien wurden in den Jahren 2012–2018 jedoch zu Gunsten der Risikoadjustierung sukzessive adaptiert. Neben diesen Ausgleichsvorgaben ist die Mittelverteilung Gegenstand von Verhandlungen zwischen den Gebietskrankenkassen (HVB, 2006a; HVB, 2017o). Im Jahr 2016 war der Ausgleichsfonds mit € 312 Millionen dotiert.

Um einige der Krankenversicherungsträger vor einer Überschuldung zu bewahren, wurde 2010 der Krankenkassen-Strukturfonds (KSF) mit einem Kapital von € 100 Millionen aus allgemeinen Steuereinnahmen eingerichtet. Die Mittel werden an Krankenversicherungsträger ausgeschüttet, die finanziell unter Druck geraten sind, sofern bestimmte finanzielle Kriterien erfüllt werden. Zwischen 2011 und 2014 wurden € 40 Millionen pro Jahr in den Fonds eingezahlt, im Folgejahr wurden die Zahlungen des Bundes vorübergehend eingestellt, 2016 jedoch wieder aufgenommen. Bis zum Jahr 2018 war eine jährliche Summe von € 10 Millionen für Maßnahmen zur Kostendämpfung, für die Leistungsverbesserung der integrativen

Versorgung und die Qualitätsverbesserung zweckgebunden (Krankenkassen-Strukturfondsgesetz, 2009).

PRIVATKRANKENANSTALTEN-FINANZIERUNGSFONDS

Private gewinnorientierte Krankenanstalten, die Vertragspartner der Krankenversicherungsträger sind, erhalten durch den 2002 geschaffenen Privatkrankenanstalten-Finanzierungsfonds (PRIKRAF) Erstattungen für intramurale Leistungen. Der Fonds wird von der Fondskommission, die aus Vertretern der Länder, der Bundesregierung und der Krankenversicherungsträger sowie der Wirtschaftskammer besteht, kontrolliert.

Die von Privatkrankenanstalten angebotenen Leistungen werden geprüft und durch den Privatkrankenanstalten-Finanzierungsfonds nach LKF-Punkten bezahlt. Der Privatkrankenanstalten-Finanzierungsfonds finanziert sich aus Pauschalbeiträgen aller Krankenversicherungsträger, die jährlich an die Erhöhung der Sozialversicherungsbeiträge angepasst werden (2015 € 112,4 Millionen). Des Weiteren fließen die gesetzlichen Zuzahlungen von Patienten für Aufenthalte in Privatkrankenhäusern in den Privatkrankenanstalten-Finanzierungsfonds und werden von diesem verwaltet (siehe Kapitel 3.7.1).

■ **3.3.4 *Einkauf von Gesundheitsleistungen und Beziehungen zwischen Einkäufern und Leistungserbringern***

Im österreichischen Gesundheitssystem besteht ein Mix aus Einzel- und Gesamtverträgen zwischen Kostenträgern und Leistungserbringern. Das Verhältnis zwischen Leistungserbringern und Kostenträgern ist dadurch gekennzeichnet, dass Leistungen im extramuralen Sektor überwiegend aktiv und im intramuralen Sektor passiv zugekauft werden.

Im extramuralen Sektor finden regelmäßige Verhandlungen über Gesamtverträge zwischen den Ärztekammern (Österreichische Ärztekammer und Landesärztekammern) in Vertretung der niedergelassenen Ärzte und dem HVB (in Vertretung der Krankenversicherungsträger) statt. Das bedeutet, dass de facto jeder Krankenversicherungsträger seinen eigenen Gesamtvertrag

aushandelt. In diesen Verträgen werden der Leistungskatalog, bei einigen Leistungen die Anzahl der abrechenbaren Leistungen, die entsprechenden Honorare und Vergütungsmechanismen sowie die Anzahl der Vertragsärzte detailliert geregelt. Ärzte werden auf Basis der Gesamtverträge und der regionalen Stellenpläne, die die Anzahl von Vertragsärzten pro Fachgebiet und Region festlegen, von den Krankenversicherungsträgern unter Vertrag genommen (Waldner, 2001; HVB, 2017j). Dabei können Ärzte mit einem oder mehreren Krankenversicherungsträgern in einem Vertragsverhältnis stehen.

Wahlärzte stehen in keinem Vertragsverhältnis mit den Krankenversicherungsträgern und unterliegen somit auch nicht den Gesamtverträgen oder Stellenplänen. Es steht ihnen daher frei, höhere Honorare als die in den Gesamtverträgen festgesetzten zu verrechnen und sich frei niederzulassen. Patienten können dafür eine Rückerstattung in Höhe von 80% des Honorars eines Vertragsarztes beantragen. Der Differenzbetrag zwischen dem Wahlarzttarif und dem erstatteten Kassenhonorar kann durch private Kranken(zusatz)versicherungen abgedeckt werden.

Für die Verhandlung von Gesamtverträgen mit anderen Gesundheitsdiensteanbietern (wie beispielsweise orthopädischen Schuhmachern) ist die Wirtschaftskammer Österreich (WKÖ) zuständig. Ebenso werden regelmäßig Gesamtverträge mit der Österreichischen Apothekerkammer über Rezeptgebühren, Verrechnung und Abgabemodalitäten für Arzneimittel verhandelt.

Einigen selbstständigen Ambulatorien, die gesetzlich als Krankenanstalten betrachtet werden, steht es frei, entweder Einzelverträge abzuschließen oder einen allgemeinen Gesamtvertrag für frei praktizierende Ärzte mit Krankenversicherungsträgern anzunehmen. Ambulatorien, die MRT- und CT-Untersuchungen anbieten, haben diese Wahlmöglichkeit nicht, sondern müssen Gesamtverträge annehmen. Auch die neuen Primärversorgungseinheiten haben vorerst Einzelverträge abgeschlossen, diese sollen aber in Zukunft durch einen 2019 abgeschlossenen Gesamtvertrag ersetzt werden.

Im intramuralen Sektor stehen alle Krankenanstalten, sowohl öffentliche als auch der Großteil der privaten, unter Vertrag mit den Krankenversicherungsträgern. Ihre Finanzierung erhalten sie jedoch primär von den LGF bzw. vom PRIKRAF. Die Länder spielen aufgrund ihrer Verpflichtung zur Sicherstellung der Krankenanstaltspflege für anstaltsbedürftige Personen beim Leistungseinkauf in der intramuralen Versorgung eine zentralere

Rolle als die Krankenversicherungsträger. Die Krankenversicherungsträger sind in diesem Fall passive Einkäufer von intramuralen Leistungen, da sie einerseits einen für die Krankenanstaltenfinanzierung zweckgewidmeten Pauschalbetrag an die LGF abführen, andererseits jedoch gesetzlich dazu verpflichtet sind, mit allen in den Regionalen Strukturplänen Gesundheit geplanten Krankenanstalten zu kontrahieren (siehe Kapitel 2.8.2).

■ 3.4 Ausgaben privater Haushalte

Im Jahr 2015 finanzierten private Haushalte über direkte Zahlungen, Selbstbehalte (Kostenbeteiligung) und informelle Zahlungen 17,9% der laufenden Gesundheitsausgaben (73,4% der privaten Ausgaben, siehe Tabelle 3.1) (Statistik Austria, 2017w). In den letzten 10 Jahren stiegen die absoluten Selbstzahlungen privater Haushalte (OOP-Ausgaben) um 36,4%, von € 4 610 Millionen im Jahr 2006 auf € 6 287 Millionen im Jahr 2015, während ihr Anteil an den gesamten Gesundheitsausgaben im gleichen Zeitraum geringfügig um 0,3 Prozentpunkte fiel (OECD, 2017c; Statistik Austria, 2017w).

2015 wurde ein Großteil der privaten Selbstzahlungen für die extramurale kurative und rehabilitative Versorgung (37,4%) geleistet. Insbesondere Zahnbehandlungen (13,9% oder € 876 Millionen) und Medikamente (21,4%), vor allem rezeptfreie Arzneimittel (14% oder € 865 Millionen), wurden durch privaten Selbstzahlungen finanziert. Einen besonders großen Anteil der privaten Selbstzahlungen machen auch die Ausgaben für Langzeitpflege (14,6%) sowie für Heilbehelfe (12%) aus (siehe Tabelle 3.7).

Direkte Zahlungen für Leistungen, die von der Krankenversicherung nicht übernommen werden, beliefen sich auf 15,8% der laufenden Gesundheitsausgaben. Die Kostenbeteiligungen (Selbstbehalte) für Leistungen, die von den Krankenversicherungsträgern teilweise gedeckt werden, betragen lediglich 2,1% (oder € 754 Millionen) der laufenden Gesundheitsaufwendungen. Anzumerken ist, dass die in Tabelle 3.7 angeführten österreichischen Statistiken die Ausgaben von Patienten für die Inanspruchnahme von Wahlärzten unter der Kategorie „Direktzahlungen“ anführen, obwohl sie aufgrund einer teilweisen Rückerstattung eher Kostenbeteiligungen wären.

TABELLE 3.7 Struktur der privaten Selbstzahlungen (OOP) nach Leistungsart, 2015

PRIVATE SELBSTZAHLUNGEN (OUT-OF-POCKET- PAYMENTS, OOP) (IN MILLIONEN €)	GESAMTE OOP (IN MILLIONEN €)	OOP NACH ART DER DIENSTLEIST- UNG (IN % DER GESAMTEN OOP)	DIREKT- ZAHLUNGEN (IN % DER GESAMTEN OOP)	KOSTENBE- TEILIGUNGEN (IN % DER GESAMTEN OOP)
Gesamt	6.287,19	100,00	88,01	11,99
Stationäre Versorgung inkl. tagesklinische Leistungen	465,80	7,41	84,77	15,23
Allgemeinkrankenhäuser	246,12	3,91	100,00	0,00
Fachkliniken	147,89	2,35	52,03	47,97
Langzeitpflegeheime	71,78	1,14	100,00	0,00
Langzeitpflege	917,57	14,59	100,00	0,00
Alten- und Pflegeheime	917,57	14,59	100,00	0,00
Ambulante kurative und rehabilitative Versorgung	2.354,10	37,44	88,87	11,13
Krankenhäuser	33,64	0,54	100,00	0,00
Praxen von Allgemeinmedizinern	228,38	3,63	47,01	52,99
Facharztpraxen	426,83	6,79	95,61	4,39
Zahnarztpraxen	876,25	13,94	86,04	13,96
Praxen von Angehörigen anderer Gesundheitsberufe ¹	546,12	8,69	100,00	0,00
Selbstständige Ambulatorien	242,88	3,86	100,00	0,00
Hauskrankenpflege	183,12	2,91	100,00	0,00
Hauskrankenpflegedienste	183,12	2,91	100,00	0,00
Medizinische Hilfsleistungen	137,09	2,18	90,55	9,45
Medizinische Güter	1.345,78	21,41	70,22	29,78
Rezeptpflichtige Arzneimittel	400,72	6,37	0,00	100,00
Rezeptfreie Arzneimittel	865,25	13,97	100,00	0,00
Sonstige medizinische Verbrauchsgüter	79,81	1,27	100,00	0,00
Heilbehelfe; sonstige medizinische Güter	752,52	11,97	99,02	0,98
Brillen und andere Sehhilfen	463,39	7,37	99,89	0,11
Hörgeräte	48,69	0,77	97,68	2,30
Orthopädische Hilfsmittel und Prothesen	86,21	1,37	97,63	2,37
Alle anderen medizinischen Gebrauchsgüter	154,24	2,45	97,62	2,38
Prävention	131,21	2,09	100,00	0,00

Notes: ¹ Angehörige anderer Gesundheitsberufe sind paramedizinische und andere unabhängige Gesundheitsberufe (andere als Allgemein-oder Fachärzte), z.B. Krankenpfleger -und Hebammenpraxen, Physiotherapeuten oder Diätologen (siehe OECD, Eurostat, WHO (2011) SHA Unterkategorie HP.3.3).

Quelle: OECD, 2017c; Statistik Austria, 2017w

Aufgrund zahlreicher Befreiungen von privaten Zahlungen (z. B. für einkommensschwache Patienten) sowie einer Rezeptgebührenobergrenze scheinen OOP-Zahlungen keine signifikante Zugangsbarriere zur Gesundheitsversorgung darzustellen. Dennoch gibt es Anhaltspunkte für Ungleichheiten unter den Versicherten, die auf die unterschiedlichen Selbstbehaltsmodelle der einzelnen Krankenversicherungsträger zurückzuführen sind (Mossialos et al., 2006; Unterthurner, 2007). Seit Kurzem wird daher über eine Harmonisierung der Selbstbehalte zwischen den Versicherungsträgern für insgesamt 23 Leistungen und Produkte, insbesondere für Heilbehelfe und Hilfsmittel (wie etwa Rollstühle) oder Impfungen debattiert (HVB, 2017a).

■ 3.4.1 *Kostenbeteiligungen (Selbstbehalte)*

Kostenbeteiligungen (Selbstbehalte) machten im Jahr 2015 12% der gesamten privaten Selbstzahlungen aus, wobei sich die Selbstbehaltsmodelle der Krankenversicherungsträger unterscheiden. So sehen Sonderversicherungsträger nach den Sonderversicherungsgesetzen (dazu gehören die Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft, der Bauern und die BVA) eine generelle Kostenbeteiligung für alle extramuralen medizinischen Leistungen vor, während die Krankenversicherungsträger, die durch das ASVG geregelt sind, Kostenbeteiligungen in geringerem Ausmaß anwenden.

Die Kostenbeteiligungen entstehen in der Regel durch Zuzahlungen für die extramurale Versorgung (auch für Allgemeinmediziner und Fachärzte), stationäre Krankenhausaufenthalte, verschreibungspflichtige Medikamente, Rehabilitation und Therapie sowie für Sehbehelfe. Tabelle 3.8 gibt einen Überblick über die Regelung der Kostenbeteiligungen für Krankenversicherungsträger gemäß ASVG.

Obwohl die Regelungen der Zuzahlungen grundsätzlich für alle Patienten anzuwenden sind, besteht für gewisse Bevölkerungsgruppen die Möglichkeit zur Befreiung von Kostenbeteiligungen, dazu zählen etwa Patienten mit meldepflichtigen Infektionskrankheiten, Zivildienstler oder Asylwerber in Bundesbetreuung, Pensionisten mit Ausgleichszulage sowie Kinder oder mitversicherte Angehörige bis zum Alter von 18 Jahren. Diese Personen sind von der Rezeptgebühr und einer Reihe anderer Zuzahlungen befreit. Die Befreiung von Kostenbeteiligungen kann auch nach Leistungsart und zwischen den Krankenversicherungsträgern variieren.

TABELLE 3.8 Kostenbeteiligungen nach Leistungsart für ASVG-Versicherte

LEISTUNGSART	ART DER KOSTENBETEILIGUNGEN	HÖHE DER KOSTENBETEILIGUNGEN	BEFREIUNGEN UND/ ODER REDUZIERTE ANTEILE	OBERGRENZE FÜR SELBST ZAHLUNGEN
Extramurale Versorgung (inkl. Allgemein- und Facharzt)	Zahlung unabhängig von Nutzung	€ 11,70 jährliches Service-Entgelt für e-card (2018)	<ul style="list-style-type: none"> Geringfügig Beschäftigte Arbeitnehmer, die ab 15. November kein Gehalt/ Lohn mehr erhalten (z. B. Mutterschutz, Mütter-/Väterkarenz, Wehr- oder Zivildienst) Pensionisten Pensionsanwärter, von denen bekannt ist, dass sie im ersten Quartal des Folgejahres von der gesetzlichen Krankenversicherung abgemeldet werden Aus sozialen Gründen Rezeptgebührenbefreite Wehr- und Zivildienstler Asylwerber in Bundesbetreuung Mitversicherte unterhaltspflichtige Angehörige 	–
	Separate Verrechnung/ Mitversicherung (für Allgemein- und Fachärzte ohne Kassenvertrag)	Rückerstattung von in der Regel 80% des Kassentarifs durch Krankenversicherungsträger	<ul style="list-style-type: none"> Mutter-Kind-Pass Gesundheitsuntersuchung 	
Rezeptpflichtige Arzneimittel	Zuzahlung	€ 6,00 pro Verschreibung (2018)	<ul style="list-style-type: none"> Pensionisten mit Ausgleichszulage Patienten mit Infektionskrankheiten Zivildienstler und deren Angehörige Asylwerber in Bundesbetreuung Patienten mit einem Monatsnettoeinkommen unter einer bestimmten Grenze 	2% des Jahresnettoeinkommens ¹
Intramurale Versorgung	Zuzahlung	<p>€ 9,58 – 12,16 pro Tag für versicherte Patienten</p> <p>€ 19,10 – 21,20 für mitversicherte Angehörige</p>	<ul style="list-style-type: none"> Rezeptgebührenbefreite Patienten Kinder und Jugendliche bis 18 Jahre Krankenhausaufenthalte wegen einer Geburt Krankenhausaufenthalte wegen Organspenden und -transplantation Krankenhausaufenthalte wegen übertragbarer Krankheiten oder Nierenerkrankungen/Dialyse 	Max. 28 Tage pro Jahr

Medizinische Rehabilitation	Zuzahlung	€ 8,20 – 19,91 pro Tag	<ul style="list-style-type: none"> • Patienten mit einem monatlichen Bruttoeinkommen von weniger als € 909,42 	Max. 28 Tage pro Jahr
Heilbehelfe	Mitversicherung Zuzahlung	10% des Tarifs oder mindestens € 34,20 pro Verschreibung	<ul style="list-style-type: none"> • Patienten bis 15 Jahre • Sozial schutzbedürftige Patienten (und ihre Angehörigen) (mit monatlichem Nettoeinkommen unter einer bestimmten Grenze, Empfänger von erhöhter Familienbeihilfe) • Heilbehelfe im Zuge der medizinischen Rehabilitation 	Zwischen € 498,00 und € 1 328,00 pro Verschreibung, abhängig vom Sozialversicherungsträger
Sehbehelfe	Mitversicherung Zuzahlung	10% des Tarifs oder mindestens € 102,60 pro Verschreibung	<ul style="list-style-type: none"> • Patienten bis 15 Jahre • Rezeptgebührenbefreite Patienten 	Zwischen € 498,00 und € 1 328,00 pro Verschreibung, abhängig vom Sozialversicherungsträger

Anmerkungen: ¹ Patienten, die nicht aus einem anderen Grund von der Rezeptgebühr befreit sind, müssen mindestens € 222 (37 Rezeptgebühren) zahlen, bevor die 2-Prozent-Deckelung zur Anwendung kommt.

Quellen: Rezeptpflichtige Arzneimittel: BMGF, 2016f; HVB, 2016d; HVB, 2017n; Intramurale Versorgung: BMGF, 2016b; Heilbehelfe: HVB, 2017n; e-card: HVB, 2016a; HVB, 2017i

Die Sozialversicherungsgesetze legen Richtlinien fest, wer als „sozial schutzbedürftig“ gilt und von der Rezeptgebühr befreit wird. Die Rezeptgebührenbefreiung dient auch als Richtwert für eine Reihe anderer Befreiungen. Der Anteil an rezeptgebührenbefreiten Personen variiert zwischen den einzelnen Krankenversicherungsträgern stark. So war z.B. 2016 bei den Gebietskrankenkassen der Anteil der rezeptgebührenbefreiten Versicherten am niedrigsten im Burgenland (2%) und am höchsten in Wien (28%) (Wilbacher, 2018). Zu den rezeptgebührenbefreiten Versicherten zählen beispielsweise Alleinstehende, deren monatliches Nettoeinkommen 2017 den Betrag von € 909,42 nicht überstieg (€ 1 363,52 für Ehepaare). Für Einzelpersonen, die an einer chronischen Erkrankung leiden und damit verbundene höhere Kosten nachweisen können, betragen diese Einkommensgrenzen € 1 045,83 für Alleinstehende und € 1 568,05 für Ehepaare. Des Weiteren erhöht sich der Grenzbetrag mit jedem im Haushalt lebenden unterhaltsberechtigten Kind um € 140,32 (Werte für 2018 und ASVG-Versicherte). 2008 wurde außerdem eine Rezeptgebührenobergrenze von 2% des Jahresnettoeinkommens eingeführt (siehe Kapitel 5.6.1).

Bei den Kostenbeteiligungen handelt es sich in erster Linie um ein Instrument zur Kostendämpfung und Patientensteuerung. Zur Entlastung der Krankenversicherungsträger wurden im Zuge der Gesundheitsreformen 2000–2005 die Kostenbeteiligungen für Krankenhausaufenthalte und Sehbehelfe erhöht (Steiner, 2016; Unterthurner, 2007).

■ 3.4.2 Direktzahlungen

Direktzahlungen für medizinische Güter und Leistungen, die nicht von den Krankenversicherungsträgern übernommen werden, machten im Jahr 2015 88,0% der gesamten OOP-Zahlungen aus (siehe Tabelle 3.7). Der Großteil (37,8% der Direktzahlungen) wurde für die extramurale kurative und rehabilitative Behandlung ausgegeben. Darunter fallen die Konsultation von Allgemeinmedizinerinnen und Fachärztinnen ohne Kassenvertrag sowie Direktzahlungen für Zahnbehandlungen (€ 754 Millionen oder 13,6%) (siehe Kapitel 5.12). Eine wichtige Rolle bei den Direktzahlungen spielen auch Ausgaben für Alten- und Pflegeheime (€ 918 Millionen oder 17% der Direktzahlungen) und rezeptfreie Medikamente (€ 865 Millionen oder 15,6%) (Statistik Austria, 2017w).

■ 3.4.3 Informelle Zahlungen

In Österreich werden Daten über informelle Zahlungen nicht systematisch erhoben und analysiert. Laut einer Studie der Europäischen Kommission besteht in Österreich im Bereich der informellen Zahlungen ein Zusammenhang zwischen Wartelisten für Behandlungen und der Nebenbeschäftigung von Ärzten (Wahlärzte). Patienten leisten informelle Zahlungen in Privatpraxen von Ärzten, die in öffentlichen Krankenhäusern angestellt sind, unter der Erwartung eine bessere Behandlung zu erhalten (Europäische Kommission, 2013a). Laut Sonderbericht des Eurobarometers über Korruption von 2017 gaben 9% der Befragten in Österreich an, ihrem Arzt eine Zusatzzahlung geleistet, ein wertvolles Geschenk oder eine Krankenhausspende gemacht zu haben, um rascher behandelt zu werden. Nach diesen Angaben liegt Österreich damit klar über dem EU-27-Durchschnitt von 5% und noch vor Bulgarien, Lettland und Polen (Europäische Kommission, 2017d).

Eine kürzlich durchgeführte Untersuchung über ärztliche Zusatzeinkommen deutet darauf hin, dass die institutionelle Gestaltung der Sonderklasse-Gelder für Ärzte (für die Sonderklasse in öffentlichen Spitälern, siehe Kapitel 3.5.1) sowie ärztliche Nebenbeschäftigung dysfunktionale Anreize im öffentlichen Sektor setzt (Sommersguter-Reichmann und Stepan, 2017). Dies bezieht sich primär auf die Bevorzugung von Patienten, die aufgrund privater Krankenzusatzversicherungen auf den Wartelisten nach oben gerückt werden oder diese gänzlich umgehen (Zwei-Klassen-Medizin). In einer anonymen Patientenbefragung gaben 6,5% der Befragten an, dass ihnen im Gegenzug für direkte private Zahlungen verkürzte Wartezeiten angeboten wurden, 7,4% wurde angeboten, in den Privatpraxen von Ärzten einen schnelleren Termin zu erhalten (Czypionka et al., 2013).

■ 3.5 Private Krankenzusatzversicherung

■ 3.5.1 Marktanteil und Rolle

Die freiwillige private Krankenversicherung (VHI) hat im österreichischen Gesundheitssystem vorwiegend eine Zusatzfunktion und deckt verschiedene

erweiterte Angebote ab. Am häufigsten werden ein höherer Service und zusätzliche Annehmlichkeiten im stationären Bereich, wie etwa die Unterbringung in Sonderklasse-Zimmern (z. B. Einzelzimmer) und Transportkosten zu Krankenhäusern oder freie Arztwahl übernommen (Pruckner und Hummer, 2013). Im Jahr 2016 wurden knapp zwei Drittel der Gesamtausgaben für VHI für diesen Versicherungstyp ausgegeben (VVÖ, 2017). Die zweithäufigste Art von Zusatzversicherungen bietet eine größere Auswahl unter den extramuralen Leistungserbringern, da sie Kosten für Wahlärzte, Selbstbehalte für Medikamente und medizinische Hilfsmittel im extramuralen Sektor abdeckt. In den Jahren 2012–2016 sind die Ausgaben für diese Versicherungen von 15,3% auf 21,0% der Gesamtausgaben für private Krankenversicherungen gestiegen. Häufig schließen Selbständige eine Krankenhaus-Taggeld-Versicherung ab, welche das Taggeld im Rahmen eines Krankenhausaufenthalts deckt (7,5% der Gesamtausgaben für private Krankenversicherungen). Ebenso sind Zusatzversicherungen für Zahnbehandlungen, die nicht im Leistungsportfolio der Pflichtversicherung enthalten sind, gefragt (2,9% der Gesamtausgaben für private Krankenversicherungen im Jahr 2016).

Darüber hinaus haben seit 2000 einige selbstständige Berufsgruppen (Ärzte, Apotheker, Anwälte, Architekten, Wirtschaftstreuhänder, Veterinäre und Notare) die Möglichkeit, sich aus der gesetzlichen Sozialversicherung ausnehmen zu lassen. Für diese Berufsgruppen gilt aber trotzdem die Pflicht, eine Krankenversicherung abzuschließen, entweder über die freiwillige Versicherung bei einer gesetzlichen Krankenversicherung oder über den Abschluss einer privaten Krankenversicherung (siehe Kapitel 3.3.1).

Im Jahr 2015 finanzierten private Krankenversicherungen 4,9% der laufenden Gesundheitsausgaben (OECD, 2018b) und 20,2% der laufenden privaten Gesundheitsausgaben (siehe auch Tabelle 3.1). 2016 war mehr als ein Drittel der Bevölkerung (36,5%) durch eine private Krankenversicherungsform Zusatzversichert (VVÖ, 2017). Laut einer Umfrage waren die Hauptgründe für den Abschluss einer privaten Krankenzusatzversicherung für die Versorgung im Krankenhaus der Zugang zu besserer medizinischer Versorgung (36% der Befragten), Deckungslücken bei der verpflichtenden Krankenversicherung (20%), erhöhte Zuwendung durch Pflegepersonal (17%), Komfort und Unterbringung (13%), kürzere Wartezeiten (10%) und freie Arztwahl (5%) (Pruckner und Hummer, 2013).

■ 3.5.2 *Marktstruktur*

Sozioökonomische Daten zu Personen, die eine private Krankenversicherung abschließen, sind nicht öffentlich verfügbar. Zwischen den einzelnen Bundesländern bestehen jedoch große Unterschiede bei den Anteilen der Bevölkerung mit privater Krankenversicherung (von 25,2% in Niederösterreich bis 53,5% in Kärnten im Jahr 2016), wobei sozioökonomische Faktoren allein keine ausreichende Erklärung für diese regionalen Unterschiede bieten (Czypionka und Sigl, 2016).

Der Markt der privaten Krankenversicherungen wird von vier großen Unternehmen dominiert, die 2016 über 95% der Marktanteile hatten: die UNIQA Österreich Versicherungen AG (ein Tochterunternehmen der UNIQA Insurance Group AG) (46,6% Marktanteil), die Vienna Insurance Group (18,8%), die Merkur Versicherung AG (16,5%) und die Generali Versicherung AG (13,3%) (VVÖ, 2017).

■ 3.5.3 *Marktverhalten*

Für die privaten Krankenversicherungen besteht in Österreich kein Kontrahierungszwang. Vielmehr selektieren die Anbieter anhand des persönlichen Gesundheitsrisikos. Ebenso variieren die Beiträge und das Leistungsportfolio je nach Risikogruppe. Versicherungsverträge mit privaten Krankenversicherungen werden auf Lebenszeit abgeschlossen und können seitens des Versicherungsunternehmens nur in konkreten Ausnahmefällen gekündigt werden (z. B. verabsäumte Beitragszahlungen (VVÖ, 2013)), während die Versicherten einmal pro Jahr die Möglichkeit haben, den Vertrag zu beenden.

Die privaten Versicherungsunternehmen unterhalten Verträge mit den meisten Spitälern im Inland, die die Höhe der Honorare festlegen und eine direkte Abrechnung ermöglichen (VVÖ, 2013). Die Verträge werden direkt zwischen den Gesundheitsdiensteanbietern oder den Landesärztekammern in Vertretung der in Spitälern angestellten Ärzte und dem Verband der Versicherungsunternehmen Österreichs (VVÖ) in Vertretung der privaten Krankenversicherungsunternehmen ausverhandelt. Öffentliche Krankenanstalten erhalten einen Tagessatz für Patienten mit Zusatzversicherung, um die Kosten für die gehobene Unterbringung abzudecken. Die Ärzteschaft erhält zusätzlich zu ihrem Gehalt eine Leistungsvergütung, wobei die Spitäler

einen Teil davon einbehalten (Hausrücklass). Häufig wird als Argument ins Treffen geführt, dass dieses Zusatzeinkommen dazu beiträgt, hochqualifizierte Ärzte für öffentliche Krankenanstalten zu gewinnen und sie dort zu halten und gleichzeitig das Gesamtbudget der öffentlichen Krankenhäuser aufzustocken (Pruckner und Hummer, 2013).

■ 3.5.4 *Politische und gesetzliche Rahmenbedingungen*

Als Teil des Privatversicherungsmarkts werden private Krankenversicherungen durch das Versicherungsvertragsgesetz und das Versicherungsaufsichtsgesetz geregelt und wie alle anderen Versicherungsunternehmen von der Finanzmarktaufsicht kontrolliert (Czypionka und Sigl, 2016). Die steuerlichen Absetzmöglichkeiten für private Krankenversicherungen für Verträge, die vor 2016 abgeschlossen wurden, laufen bis 2020 allmählich aus und sind auf Neuverträge nicht anwendbar. Sach- und Geldleistungen der privaten Krankenversicherungen werden nicht besteuert.

■ 3.6 **Andere Finanzierungsquellen**

■ 3.6.1 *Parallelsysteme der Gesundheitsversorgung*

Das militärische Gesundheitswesen kann als paralleles Gesundheitssystem eingestuft werden. Es hat die Aufgabe, die Gesundheitsversorgung der Soldaten und der zivilen Bundesheerangehörigen sicherzustellen. Das österreichische Bundesheer betreibt vier Militärspitäler mit Ärzten, Sanitätern und Krankenpflegern. Während des Wehrdienstes ruht die Pflichtversicherung für Wehrpflichtige; es müssen weder Beiträge entrichtet, noch können Leistungen bezogen werden. Für mitversicherte Angehörige bleibt der Versicherungsschutz dennoch aufrecht. Im Krankheits- oder Verletzungsfall entscheiden Militärärzte, ob die Behandlung in den Einrichtungen des Bundesheeres durchgeführt werden kann. Sollte eine Behandlung in einer zivilen Einrichtung notwendig sein, übernimmt das Verteidigungsministerium die dafür anfallenden Kosten.

Das zweite parallele Gesundheitssystem besteht für Gefängnisinsassen und unterliegt dem Verantwortungsbereich des Bundesministeriums für Justiz

(BMJ). Inhaftierte sind nicht über das soziale Krankenversicherungssystem versichert, sondern werden von im Gefängnis angestellten Personal und/oder externen Ärzten versorgt. Im letzteren Fall bezahlt das BMJ die mit den Krankenversicherungsträgern vereinbarten Tarife. In allen Gefängnissen finden wöchentliche Sprechstunden von Allgemeinmediziner*innen statt. Falls eine medizinische Behandlung in anderen Krankenhäusern nötig ist, wird dem BMJ ein Tagessatz in Rechnung gestellt.

Neben den Krankenanstalten, die durch die LGF oder die Privatkrankenanstalten-Finanzierungsfonds finanziert werden, gibt es sieben Unfallkrankenhäuser für die Akutversorgung, die von der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt (AUVA) betrieben und finanziert werden. Diese sind hauptsächlich für die Versorgung von Arbeitsunfällen zuständig. Die Anzahl der Arbeitsunfälle hat jedoch beständig abgenommen (nur 18% der Ambulanzbesuche und 11% der Aufnahmen in Unfallkrankenhäusern im Jahr 2015), sodass die Kapazitäten zur Behandlung von Sport- und Freizeitunfällen eingesetzt werden. Im Jahr 2015 beliefen sich die Behandlungskosten für Unfallkrankenhäuser auf € 364 Millionen. Davon erstatteten die Krankenversicherungsträger € 86 Millionen an die Allgemeine Unfallversicherungsanstalt zur Deckung von Behandlungen von Sport- und Freizeitunfällen (AUVA, 2016a; AUVA, 2017a).

■ 3.6.2 Finanzierung der Langzeitpflege

Im Jahr 2015 betragen die Gesamtausgaben für Langzeitpflege in Österreich 1,6% des BIP, wovon ca. 0,3 Prozentpunkte privat finanziert wurden (Grossmann und Schuster, 2017). Sachleistungen der Langzeitpflege wurden im Jahr 2016 zu etwa 60% von verschiedenen Regierungsebenen über das allgemeine Steueraufkommen gedeckt. Der übrige Anteil von etwa 40% (€ 1 361 Millionen) wurde von Privathaushalten über einkommensabhängige Beiträge oder für die Hauskrankenpflege aufgebracht (Statistik Austria, 2017k). Die öffentlichen Ausgaben für Pflege- und Betreuungsdienste (Sachleistungen) beliefen sich 2016 auf € 3 421 Millionen. Die Pflege- und Betreuungsdienste werden einerseits von privaten und öffentlichen Hauskrankenpflegediensten erbracht. Pflegeheime werden von den Landesregierungen und Gemeinden geplant, geregelt und finanziert.

Das österreichische Langzeitpflegesystem umfasst zwei Arten von bedarfsorientierten Leistungen in der Langzeitpflege, die durch das Bundespflegegeldgesetz vereinheitlicht wurden (Bundespflegegeldgesetz, 1993): (1) Pflegegeld, eine Geldleistung für pflegebedürftige Menschen, und (2) einkommensabhängige Sachleistungen. Pflegegeld wird bedarfsorientiert und unabhängig von Einkommen oder Vermögen als Geldleistung für alle Personen ausbezahlt, die einen monatlichen Pflegebedarf von über 65 Stunden haben. 2016 wurden insgesamt € 2 587 Millionen an 455 354 Pflegegeldempfänger ausgezahlt (Statistik Austria, 2017m). Finanziert wird das Pflegegeld vom Bund über das allgemeine Steueraufkommen.

Im Jahr 2007 wurde darüber hinaus ein Zuschuss für Beschäftigte der 24-Stunden-Betreuung in privaten Haushalten eingeführt, der sich an den Pflegestufen orientiert und von Ländern und Bund gemeinsam über Steuereinnahmen finanziert wird (siehe Kapitel 5.8).

Der Pflegefonds wurde im Jahr 2011 zur Umverteilung von Bundesmitteln an die Landes- und Gemeindeebene eingerichtet, da sich sowohl die Länder als auch die Gemeinden mit zunehmenden Schwierigkeiten bei der Finanzierung der Hauskrankenpflege und der Pflegeheime konfrontiert sahen. Der Pflegefonds speist sich aus den allgemeinen Steuereinnahmen (2016 betrug das Budget dafür insgesamt € 350 Millionen), die anschließend an die Länder umverteilt werden. Das Pflegefondsgesetz sieht außerdem vor, dass jährlich Mittel in Höhe von € 18 Millionen im Zeitraum 2017–2021 für den Ausbau der Palliativ- und Hospizbetreuung zweckgewidmet werden, die von Bund, Ländern und Krankenversicherungsträgern zu gleichen Teilen aufgebracht werden (Pflegefondsgesetz, 2011). Im Jahr 2015 kam der Pflegefonds für € 300 Millionen oder 7% der Langzeitpflegekosten auf. Bis 2021 soll das Budget des Pflegefonds aufgrund der zunehmenden Alterung der Bevölkerung auf € 417 Millionen aufgestockt werden.

■ 3.6.3 *Sonstige Finanzierungsquellen*

Im österreichischen Gesundheits- und Sozialsystem spielen einige private Non-Profit-Organisationen eine wesentliche Rolle bei der Erbringung spezieller Gesundheitsdienste, wie etwa dem Notfalltransport. Diese Leistungen werden durch private Kostenbeiträge, Erstattungskosten,

Mitgliedsbeiträge und Spenden finanziert und durch freiwillige Arbeit unterstützt.

■ 3.7 Vergütungsmechanismen

■ 3.7.1 Vergütung von Gesundheitsdiensten

INTRAMURALE LEISTUNGEN IN KRANKENANSTALTEN

Seit 1997 erfolgt die Finanzierung der intramuralen Gesundheitsversorgung in öffentlichen und privaten gemeinnützigen (Fonds-)Krankenanstalten und privaten gewinnorientierten Krankenanstalten (vom Privatkrankenanstalten-Finanzierungsfonds (PRIKRAF) finanziert) hauptsächlich mittels eines auf diagnosebezogene Fallgruppen (DRG) basierenden Systems der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung (LKF). Darüber hinaus werden öffentliche und private gemeinnützige Krankenhäuser über die Betriebsabgangsdeckung sowie durch weitere Einnahmen (z. B. Selbstzahler, „Sonderklasse-Gelder“, zweckgewidmete Mittel für spezielle Aufgaben) finanziert (Tabelle 3.10).

Das LKF-System

Das LKF-System wurde 1997 mit dem Ziel eingeführt, für mehr Transparenz und Effizienz und schließlich auch für Kosteneinsparungen zu sorgen. Davor wurden Krankenanstalten auf Basis von Tagsätzen finanziert (BMGF, 2016e). Das LKF-System umfasst zwei Bereiche: den bundesweit einheitlichen LKF-Kernbereich und den LKF-Steuerungsbereich, der es den Bundesländern ermöglicht, länderspezifische Verteilungsregelungen zu treffen.

Der LKF-Kernbereich besteht aus einem Patientenklassifikationssystem und entsprechenden Regeln zur Festlegung des relativen Kostenaufwands mittels sogenannter LKF-Punkte, die mit der DRG-Gewichtung in anderen Ländern vergleichbar sind (BMGF, 2016e). Fast jeder stationär aufgenommene Patient in Fondsrankenanstalten sowie in PRIKRAF-Krankenanstalten wird durch ein dreistufiges Verfahren einer von 976 leistungsorientierten Diagnosefallgruppen (LDF-Gruppen) zugeordnet:

- Zunächst wird bestimmt, ob es sich um einen leistungsbezogenen (wenn während des Aufenthalts eine „splitrelevante“ Einzelleistung, typischerweise sind das besondere chirurgische oder medizinische Leistungen, verrechnet wird) oder einen (andernfalls) diagnosebezogenen Fall handelt.
- Im nächsten Schritt wird der Aufenthalt in eine der 202 medizinischen Einzelleistungsgruppen (MEL-Gruppen) oder der 220 Hauptdiagnosegruppen (HDG-Gruppen) eingeordnet. Diese insgesamt 422 Gruppen fassen Leistungen oder therapeutische Maßnahmen zusammen, die eine ähnliche Kostenstruktur aufweisen.
- Im dritten Schritt werden die Patienten dieser Hauptgruppen durch einen Entscheidungsbaum weiter einer der 979 LDF-Gruppen (448 leistungsbezogen, 531 diagnosebezogen) zugeteilt. Die Klassifikation erfolgt nach detaillierten patienten- oder aufenthaltsbezogenen Merkmalen wie Alter, Hauptdiagnose oder zusätzliche Leistungen (wie beispielsweise eine kostenintensive Chemotherapie) und passt die LKF-Punkte genauer den erwarteten Kosten der Patientenfälle an.

Jeder LDF-Gruppe ist ein spezifischer Punktwert zugeordnet, der die Durchschnittskosten aller Patienten in dieser LDF-Gruppe wiedergibt und auch die erwartete Aufenthaltsdauer abbildet. Die Durchschnittskosten werden mit Daten von ausgewählten Referenzkrankenanstalten durch Micro-Costing ermittelt (die sogenannte LKF-Nachkalkulation). Die Bepunktung deckt alle Kosten einschließlich indirekter Verwaltungskosten, Abschreibung für Anlagevermögen, das keiner speziellen Leistung zugeschrieben werden kann (z. B. Infrastruktur), und andere Leistungen ab, was mittels Aufschlag auf die direkten Kosten erfolgt. Wenn eine spezielle Behandlung erfolgt, z. B. auf einer Intensivstation, wird die Fallpauschale mit Zusatzpunkten beaufschlagt, um die zusätzlich anfallenden Kosten in diesen Abteilungen abzubilden. Darüber hinaus sind z.B. bestimmte psychiatrische oder neurologische Einheiten als spezielle Leistungsbereiche definiert und mit einer tageweisen Bepunktung versehen.

Eine interdisziplinäre Arbeitsgruppe aus Experten verschiedener Fachbereiche aktualisiert das LKF-Modell regelmäßig, um neue Leistungen oder Preisänderungen zu berücksichtigen. Geringfügige Änderungen des LKF-Modells basieren auf regelmäßig durchgeführten Simulationen,

während Micro-Costing in größeren Abständen durchgeführt wird (1999 für die Modelle 2002–2008, 2005 für den Zeitraum 2009–2016 und 2014 für 2017 und die Folgejahre) (BMG, 2010).

Während die Punkteanzahl für einen Krankenhausaufenthalt durch den Punktwert der zutreffenden LDF-Gruppe und die jeweiligen Zusatzpunkte (z. B. Intensivstation, Langzeitaufenthalt etc.) bestimmt wird, kann die Auszahlung über das LKF-System vom LGF – das heißt die Geldsumme, die pro Punkt ausbezahlt wird – nach folgenden Kriterien variieren:

- Bestimmungen, die von den Ländern im „LKF-Steuerungsbereich“ festgelegt werden;
- Summe der im LGF verfügbaren Mittel.

Darüber hinaus werden die LKF-Punkte einiger Krankenhausaufnahmen nicht nach LDF klassifiziert, sondern auf Basis der Aufenthaltsdauer bestimmt. Darunter fallen etwa die Akut-Nachbehandlung von neurologischen Patienten, die Behandlung in der Akutgeriatrie, Remobilisation, Kinder- und Jugendpsychiatrie und Behandlung auf der Palliativstation.

Der LKF-Steuerungsbereich ermöglicht es den Ländern, die Mittel nach den speziellen Versorgungsfunktionen der Krankenanstalten (z. B. allgemeine oder Sondereversorgung, Leistungserbringer des Landes) zuzuweisen (BMG, 2010). Grundsätzlich wird das Budget des LGF zwischen Krankenanstalten auf Basis der LKF-Punkte (Kernbereich) und anderer (länderspezifischer) Kriterien (Steuerungsbereich) aufgeteilt. Es liegt im Ermessen der LGF, welchen Anteil sie gemäß Kernbereich bzw. gemäß Steuerungsbereich verteilen sowie wie sie die Mittel aus dem Steuerungsbereich konkret auf die Krankenanstalten aufteilen. In der Regel werden Mittel aus dem LKF-Steuerungsbereich als Aufschläge auf LKF-Punkte, deren Höhe sich nach Art des Krankenhauses richtet, ausbezahlt (BMGF, 2010). Diese zusätzlichen Finanzierungsinstrumente können von den Landesgesundheitsplattformen (den Organen der LGF) genutzt werden, um Anreize für Spitäler zu setzen (Czypionka et al., 2008).

Nachdem den LGF systematisch ein festgelegtes Budget zugewiesen wird, verringert eine Zunahme der von den Krankenhäusern produzierten LKF-Punkte den Wert eines einzelnen LKF-Punkts. Dies ist darauf zurückzuführen, dass die Mittel des LGF durch die Sozialversicherungsbeiträge und einem gewidmeten Anteil aus dem allgemeinen Steueraufkommen bestimmt

werden (siehe Abb. 3.6). Folglich deckt eine Auszahlung über das LKF-System nicht notwendigerweise die Gesamtkosten der Krankenhäuser, sodass öffentliche Spitäler auf Zusatzeinnahmen aus der Sonderklasse, auf Mittel aus dem LKF-Steuerungsbereich oder auf die Deckung des Betriebsabgangs durch den Spitalsträger angewiesen sind.

Private gewinnorientierte Krankenanstalten erhalten öffentliche Gelder über das LKF-System (siehe oben) und aus Privatzahlungen. Wie bei Fondskrankenanstalten hängt die Auszahlung pro Punkt über das LKF-System von der Höhe der im Privatkrankenanstalten-Finanzierungsfonds verfügbaren Mittel ab, die im Fonds für die Zuteilung an Privatkrankenanstalten gebündelt werden. Private gewinnorientierte Spitäler haben keinen Anspruch auf Mittel aus dem LKF-Steuerungsbereich.

Krankenhäuser, die mit den der Sozialversicherung zugehörigen Krankenversicherungsträgern Verträge unterhalten, können Kosten direkt mit dem Privatkrankenanstalten-Finanzierungsfonds verrechnen. Krankenhäuser ohne Kassenverträge stellen ihre Leistungen den Patienten in Rechnung, die dann vom Privatkrankenanstalten-Finanzierungsfonds eine Rückerstattung gemäß dem Leistungskatalog des zuständigen Krankenversicherungsträgers erhalten, in dem festlegt ist, für welche Leistungen welcher Kostenumfang übernommen wird.

Betriebsabgangsdeckung

Die Dotierung der LKF-Mittel erfolgt jedenfalls durch die für das jeweilige Bundesland definierten Mittel des Bundes und der Sozialversicherung. Der LKF-Anteil an der Gesamtfinanzierung von Fondskrankenanstalten durch die Länder muss per Gesetz über 50% liegen, darüber hinaus steht es den Ländern frei, in welchem weiteren Ausmaß sie die Krankenanstalten leistungsabhängig (über das LKF-Modell) oder leistungsunabhängig (etwa über zugewiesene Budgets, zweckgewidmete Pauschalbeträge oder Betriebsabgangsdeckung) finanzieren. Der Anteil der leistungsabhängigen Finanzierung bestimmt, wie sehr die Anreize im LKF-System den Krankenhausbetrieb beeinflussen.

Ausmaß und Verteilung nicht leistungsabhängiger Zahlungen auf die Krankenanstalten unterliegt ebenfalls der Diskretion der Landesgesundheitsfonds. Insbesondere private Träger von Fondskrankenanstalten sind auf entsprechende Regelungen angewiesen, da sie bei unzureichender Finanzierung das Defizit

selbst übernehmen müssen (Czypionka et al., 2008). Tabelle 3.9 gibt einen Überblick über den Anteil der Betriebsabgangsdeckung an den Ausgaben der Landesgesundheitsfonds.

TABELLE 3.9 Anteil der Betriebsabgangsdeckung an der Finanzierung der Fondskrankenanstalten nach Bundesland, 2016

	BGL	KTN	NÖ	OÖ	SBG	STM	TIR	VBG	WIEN	AT
Finanzierungsanteil der BAD	30%	39%	2%	41%	21%	35%	9%	2%	41%	28%

Anmerkungen: BAD, Betriebsabgangsdeckung; BGL, Burgenland; KTN, Kärnten; NÖ, Niederösterreich; OÖ, Oberösterreich; SBG, Salzburg; STM, Steiermark; TIR, Tirol; VBG, Vorarlberg

Quelle: Eigene Darstellung

SPITALSAMBULANTE LEISTUNGEN IN KRANKENANSTALTEN

Die spitalsambulanten (intramuralen) Leistungen werden ebenfalls über die LGF finanziert. Die Vergütungsmechanismen waren bis 2018 zwischen den Bundesländern unterschiedlich und reichten von Globalbudgets bis zur Einzelleistungsvergütung oder gemischten Varianten, auch abhängig von Verträgen mit Krankenversicherungen vor Einführung des LKF-Systems 1997. Bereits im Rahmen der Gesundheitsreform 2013 wurde 2014 ein einheitlicher Leistungskatalog für die spitalsambulante und extramurale Versorgung durch niedergelassene Ärzte und Ambulatorien eingeführt. Für die spitalsambulante Versorgung stellt dieser Katalog das Kernstück der neuen leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung dar (LKF ambulant). Nach einer zweijährigen Übergangsphase beginnend 2017 mit der Einführung in einzelnen Bundesländern, ist das System 2019 nun bundesweit eingeführt (BMGF, 2017a; ZS-G, 2017).

Das neue spitalsambulante LKF-System sieht auch für Leistungen in Ambulanzen ein Punktesystem vor. Im Gegensatz zum LKF-System für die intramurale Versorgung ist das System darauf ausgelegt, nur etwa 50% der Gesamtkosten über Leistungspunkte zu decken. Die übrigen 50% werden der „Strukturkomponente“ des LKF-Systems zugeordnet, bei der es sich um durch den LGF festgesetzte fixe Budgets zur Berücksichtigung der Vorhaltekapazitäten und der Kontingenzkosten handelt. Die Beschränkung

der punktebezogenen Finanzierung soll eine übermäßige Nutzung der Kapazitäten verhindern (BMGF, 2017aq).

Neben dem ambulanten LKF-System soll am Ende der laufenden Gesundheitsreform (2021) auch eine sektorenübergreifende Diagnosedokumentation umgesetzt werden (ZS-G, 2017).

EXTRAMURALE VERSORGUNG

Extramurale Gesundheitsleistungen werden von Allgemeinmedizinern, Fachärzten, Zahnärzten, anderen Gesundheitsfachkräften und in selbstständigen Ambulatorien erbracht. Die Vergütungsmechanismen dieser Leistungen hängen davon ab, ob sie vom Leistungskatalog der Krankenversicherungsträger (Honorarkatalog) abgedeckt werden, die Leistungserbringer Gesamtverträge mit der SV haben und im regionalen Stellenplan aufscheinen bzw. ob Leistungserbringer Verträge mit dem Krankenversicherungsträger des Patienten haben (siehe Kapitel 2.8.2). Werden diese Bedingungen nicht erfüllt, verrechnet der Leistungserbringer (Wahlarzt) die Leistung direkt mit dem Patienten, der anschließend um eine Erstattung der Zahlung in Höhe von 80% des anwendbaren Kassentarifs ansuchen kann. Private Kranken(zusatz)-versicherungen können den Differenzbetrag zwischen dem Wahlarzttarif und dem Kostenersatz des Krankenversicherungsträgers übernehmen.

Der Honorarkatalog, der Teil des Gesamtvertrags ist, umfasst die Leistungsvergütung und Fallpauschalen, das sind Honorare, die nur einmal pro Patient und Quartal verrechnet werden können, unabhängig von der Anzahl der tatsächlichen Konsultationen (die jedoch nicht anfallen, wenn der Patient keine Behandlung in Anspruch nimmt). So weist beispielsweise die erste Konsultation eines Allgemeinarztes in einem Quartal einen höheren Tarif auf als die Folgekonsultationen, da der Leistungserbringer die Fallpauschale nur einmal pro Quartal verrechnen darf. Sollte der Patient jedoch einen weiteren Arzt im selben Quartal aufsuchen, so ist der neue Arzt berechtigt, auch eine Fallpauschale in Rechnung zu stellen.

Der Mix an Vergütungsmechanismen kann je nach Fachgebiet und/oder Region variieren. Allgemeinärzte erhalten nur ein Viertel ihrer Einnahmen durch Leistungshonorare und drei Viertel durch Fallpauschalen (Jung, 2016), während letztere bei den Tarifregelungen für Fachärzte nur eine untergeordnete Rolle spielen.

Die meisten Gesamtverträge legen eine Deckelung fest, über die hinaus ein Leistungserbringer spezifische Leistungen nicht an den Krankenversicherungsträger verrechnen darf. Deckelungen sind ein umstrittenes Thema und Gegenstand anhaltender öffentlicher Debatten. Die Krankenversicherungsträger befürworten dieses Instrument, da sie eine Kosteneindämmung ermöglichen und zu einer Reduktion von Preisen für Einzelleistungen führen, wenn die Anzahl der Behandlungen steigt. Die Österreichische Ärztekammer (ÖÄK) hat jedoch darauf hingewiesen, dass Ausgabenobergrenzen für bestimmte Leistungen lange Wartelisten verursachen. Folglich wird dadurch ein Anreiz geschaffen, Selbstzahlungen zur Umgehung von Wartelisten zu leisten (siehe Kapitel 3.4.3) oder eine private Krankenzusatzversicherung abzuschließen, um die Wartezeit zu verkürzen, wodurch jedoch Ungleichheiten beim Zugang zur Gesundheitsversorgung entstehen (siehe Kapitel 7.3.2). Die Deckelungen wurden nach einer öffentlichen Debatte in den Jahren 2017/18 für CT- und MRT-Untersuchungen abgeschafft (Die Presse, 2017).

Im historisch gewachsenen Verhandlungssystem über die Honorarregelung verfolgt die Sozialversicherung u.a. das Ziel der gerechten Verteilung der insgesamt zur Verfügung stehenden Mittel. Die gesamtvertragliche Honorarregelung bestimmt daher im Wesentlichen den individuellen Anteil eines Vertragsarztes an der insgesamt zur Verfügung gestellten Honorarsumme. Dieser Anteil muss insgesamt angemessen und innerhalb des Durchschnitts der Arztgruppe kostendeckend sein, nicht aber in Bezug auf die einzelne Leistung oder den einzelnen Fall. Die festgelegten Honorare (einschließlich Deckelungen) sind insofern oft reine Verhandlungsergebnisse, die betriebswirtschaftliche Realitäten oftmals nur bei sehr teuren technischen Leistungen adäquat widerspiegeln.

Viele Ärzte praktizieren als Wahlärzte, da die Anzahl der Kassenverträge durch den Stellenplan beschränkt ist oder weil sie die Tätigkeit als Wahlarzt aus bestimmten Motiven heraus bevorzugen (siehe Kapitel 3.3.4). Einige Ärzte verzichten freiwillig auf einen Kassenvertrag, da sie so mehr Flexibilität hinsichtlich ihrer Tarifgestaltung, Ordinationszeiten und der Krankenversicherungszugehörigkeit ihrer Patienten haben. Ein großer Teil der Wahlärzte übt neben der Anstellung in Krankenanstalten eine niedergelassene Tätigkeit aus. Die niedergelassene Versorgungswirksamkeit vieler Wahlärzte ist daher beschränkt. Wahlärzte erhalten immer eine Leistungsvergütung und können ihre Honorare ohne Einschränkung selbst festlegen (BMGF, 2017am).

Diese Anreize haben auch dazu geführt, dass die Anzahl an Wahlärzten seit 2000 beständig zunimmt, während jene der Vertragsärzte stagniert (siehe Kapitel 4.2.1 und 7.3.2).

ARZNEIMITTELVERSORGUNG

Die Kosten für die Arzneimittelversorgung während Spitalsaufenthalten sind in den LKF-Punkten miterfasst. Im extramuralen Sektor kommen die Krankenversicherungsträger für den Großteil der Kosten von verschreibungspflichtigen Medikamenten auf (mit Ausnahme der Rezeptgebühr).

- Die Vergütung von Großhändlern und Apotheken unterliegt einem gesetzlich festgelegten regressiven Aufschlagsschema auf regulierte Preise. Die Aufschläge für Großhändler hängen von der Klassifizierung des Arzneimittels im Erstattungskodex ab, nach der Arzneimittel in grüne, gelbe und rote Boxen eingeteilt werden (siehe Kapitel 2.8.4). Arzneimittel in der gelben oder grünen Box des Erstattungskodex unterliegen Aufschlägen von 7% bis 15,5% des Fabrikabgabepreises (bis maximal € 23,74 für Produkte ab einem Preis von € 339,15).
- Arzneimittel in anderen Boxen des Erstattungskodex oder darin nicht gelistete Medikamente unterliegen Aufschlägen von 9% bis 17,5% des Fabrikabgabepreises (bis maximal € 30,52 für Produkte ab einem Preis von € 339,15) (BMGF, 2004).

Die Aufschläge von Apotheken sind kundenabhängig.

- In öffentliche Apotheken kommen Aufschläge von 12,5% bis 55% des Apothekeneinkaufspreises (Fabrikabgabepreis plus Großhändleraufschlag) zur Anwendung sowie ein „Zusatzaufschlag für Privatkunden“ von 15%.
- „Privilegierte Käufer“ wie Krankenversicherungsträger oder Länder und ihre zugehörigen Institutionen sowie gemeinnützige Krankenhäuser profitieren von geringeren Zuschlägen zwischen 3,9% und 37% des Apothekeneinkaufspreises (Österreichische Arzneitaxe, 1962).

Alle Aufschlagschemen – mit Ausnahme der festgelegten 15% für den „Privatkundenaufschlag“ – sind gestaffelte, regressive Aufschläge, d. h. je günstiger das Produkt, desto höher der Aufschlag. Anzumerken ist auch, dass das Gesetz Höchstaufschläge festlegt. Obwohl der Großhandel und Apotheken theoretisch geringere Aufschläge anwenden könnten, entsprechen diese üblicherweise den Höchstaufschlägen (Zimmermann und Rainer, 2018).

Im Jahr 2015 wurden von den Apotheken Arzneimittel und medizinische Verbrauchsgüter im Wert von € 4 339 Millionen abgegeben, wovon 77,7% auf verschreibungspflichtige Medikamente und 20,4% auf rezeptfreie Medikamente entfallen (OECD, 2017cx).

REHABILITATION

Rehabilitative Leistungen, die von Akutkrankenhäusern und speziellen Rehabilitationszentren erbracht werden, sind vom LKF-System nicht umfasst und werden auf Tagsatzbasis bezahlt. Um eine Rehabilitation in Anspruch zu nehmen, müssen Patienten nach einem Krankenhausaufenthalt zunächst einen Antrag auf Rehabilitation an den zuständigen Sozialversicherungsträger stellen und eine einkommensabhängige Zuzahlung von bis zu € 19,91 pro Tag leisten. Die Rehabilitationszentren werden entweder von den Sozialversicherungsträgern selbst betrieben oder sie unterhalten mit diesen Verträge über die Zahlungsregelungen.

Die Krankenversicherungsträger sind für die Rehabilitation der Allgemeinbevölkerung zuständig. Für Pensionisten und Erwerbstätige, deren Gesundheitszustand die Gefahr einer Berufsunfähigkeit birgt, übernimmt die Pensionsversicherungsanstalt die Kosten. Die Allgemeine Unfallversicherungsanstalt übernimmt Rehabilitationskosten nach einem Arbeitsunfall.

Im Jahr 2015 betragen die Gesamtausgaben für die Rehabilitation (in allen Bereichen) € 2 291 Millionen. Im Bereich der stationären Rehabilitation wurden 71% der Gesamtkosten durch staatliche bzw. Pflichtfinanzierungspläne gedeckt. In der extramuralen Rehabilitation war dieser Anteil bedeutend kleiner (42%), da private Selbstzahlungen (OOP) eine wesentliche Rolle spielten (56%).

TABELLE 3.10 Vergütungsmechanismen von Leistungserbringern

BUNDESMINISTERIEN (Z.B. BfMAGSK)		LÄNDER	SOZIALE KRANKEN- VERSICHERUNG ¹	PRIVATE ZUSATZVERSICHERUNG	KOSTENBETEILIGUNGEN	DIREKTZAHLUNGEN
STATIONÄRE VERSORGUNG	STATIONÄRE LEISTUNGEN		Finanziert durch LGF oder PRIKRAF. DRG-basiertes System (LKF-System), ergänzt durch die Betriebsabgangsdeckung (nur öffentliche Krankenanstalten)	FFS & PD	Tagessatz, Kostenbeteiligung für Angehörige bei einigen Krankenkassen	Nicht-Versicherte für alle Leistungen, Versicherte für alle nicht gedeckten Leistungen (z. B. kosmetische Operationen) Sonderklassegebühren
	STATIONÄRE SONDERKLASSE- LEISTUNGEN			PD & PS		Zusätzliche Gebühren für Sonderklasse (PD, PS) nach Land
AMBULANTE VERSORGUNG	SPITALAMBULANTE LEISTUNGEN		Finanziert durch LGF, DRG-basiertes System (LKF ambulant) (50% DRG-basiert + 50% prospektiv budgetierte Mittel)		Kostenbeteiligung z.B. für BVA-, SVA- und SVB-Versicherte	
	ALLGEMEIN- & FACHÄRZTE (INKL. ZAHNÄRZTE)			FFS	Fester Prozentsatz bei Krankenversicherungs- trägern bestimmter Berufsgruppen (z. B. Bauern, Beamte)	Nicht-Versicherte für alle Leistungen; Versicherte für alle nicht gedeckten Leistungen und Leistungen von Wahlärzten (80% des Kassentarifs wird erstattet)
	SELBSTSTÄNDIGE AMBULATORIEN		FP & FFS (Verhältnis unterschiedlich je nach Krankenversicherungs- träger, Fachgebiet und/oder Land)			
WEITERE VERSORGUNG	ARZNEIMITTEL		Aufschlagsschema für rezeptpflichtige Arzneimittel	Erstattung von bestimmten zusätzlichen Arzneimitteln	Rezeptgebühr	Aufschlag auf OTC-Arzneimittel und Selbstzahlung von Arzneimitteln, die unter die Rezeptgebührengrenze fallen
	REHABILITATION			PD für Leistungen, die nicht von der gesetzlichen Krankenversicherung erstattet werden	Einkommensabhängiger Tagessatz (PD)	Sonderklassegebühren
	STATIONÄRE PFLEGE- UND BETREUUNGSDIENSTE, TAGESBETREUUNG		Zugriff auf Pension im Falle der Zahlungsunfähigkeit	Tages-/Stundensätze	Tages-/Stundensätze (einkommensabhängig)	Tagessätze (einige Länder)
	MOBILE PFLEGE- UND BETREUUNGSDIENSTE	Investitionsförderungen, Tages-/Stundensätze, die nach Anbieter und Land variieren				FFS (einige Länder)

Anmerkungen: ¹inkl. andere Sparten der gesetzlichen Sozialversicherung (z. B. Unfall- und Pensionsversicherung), FFS, fee-for-service (Einzelleistungsvergütung), FP, Fallpauschale; LGF, Landesgesundheitsfonds; PD, per diem (Tagessatz); PRIKRAF, Privatkrankenanstalten-Finanzierungsfonds; PS, per service (pro Leistung); OTC, Over-the-counter-Arzneimittel
Quelle: Eigene Darstellung

NOTFALLVERSORGUNG

Die notfallmedizinische Versorgung deckt die präklinische Notfallversorgung vor Ort einschließlich des Rettungsdienstes ab und wird von den Gemeinden, Städten und Ländern organisiert (siehe Kapitel 5.5). Krankentransportkosten werden in erster Linie von den Krankenversicherungsträgern getragen. Teile der Gemeindebudgets werden für die Sicherstellung der Verfügbarkeit von Rettungsdiensten und notwendige Investitionen vorgesehen. Wenn ein Patiententransport nach einem Notfalleinsatz medizinisch nicht notwendig ist, können die Rettungsdienste keine Transportkosten geltend machen. Die Kosten für die Notfallversorgung sind von Gemeinde zu Gemeinde verschieden. Patienten werden nur dann Gebühren in Rechnung gestellt, wenn sie nicht krankenversichert sind oder wenn sich der Transport aus medizinischer Sicht als unnötig erweist (Andreas, 2009; Österreichisches Rotes Kreuz, 2017c).

■ 3.7.2 Entlohnung des Gesundheitspersonals

Im extramuralen Sektor sind hauptsächlich frei praktizierende Ärzte auf selbständiger Basis tätig. Ihre Entlohnung basiert auf Honoraren, deren Tarife sie mit den Krankenversicherungsträgern verrechnen. Laut einer Studie des IHS (2018) schwankte das mediane Jahreseinkommen für Vertragsmediziner (mit allen Kassen) im Jahr 2015 je Fachrichtung deutlich. Über alle Vertragsärzte hinweg lag es bei € 142 772. Das geringste Einkommen hatten laut Studie niedergelassenen Ärzte für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde mit einem Medianeinkommen von € 118 627 gefolgt von Allgemeinmedizinern mit € 129 941. Die höchsten Medianeinkommen erzielten Vertragsärzte der Fachgruppe Labor/Pathologie mit € 687 231 (Mittelwert: € 1 135 069) gefolgt von der Fachgruppe Physikalische Medizin mit € 293 155. Dabei handelt es sich um Einkünfte aus selbständiger Arbeit/Gewerbebetrieb (Gewinne vor Steuern, d.h. Einnahmen minus Ausgaben für Ordination, etc.) und Einkünften aus unselbständiger Arbeit (Lohnsteuerbemessungsgrundlage, d.h. im wesentlichen Bruttoeinkünfte minus SV-Beiträge). Ärztekammerumlage und Beiträge für den Wohlfahrtsfonds sind bei beiden Einkommenskategorien bereits abgezogen. In den dargestellten Einkünften sind keine Gewinne aus Kapitalgesellschaften enthalten (Czypionka et al., 2018b).

Die ausbezahlten Honorarsummen können in den Rechenwerken der Krankenversicherungsträger nach Fachrichtungen aufgeschlüsselt werden. Die Vergütung variiert beträchtlich unter den einzelnen Fachrichtungen, wobei Radiologen etwa viermal so hohe Honorarsummen verrechnen wie Allgemeinmediziner. Aus den Buchhaltungsdaten geht außerdem hervor, dass die durchschnittliche Vergütung von Allgemeinärzten zwischen 2005 und 2015 um 10,2% gestiegen ist, während bei den Fachärzten für Orthopädie ein Anstieg von 45,1% zu verzeichnen war.

Im Krankenhausbereich sind Ärzte, Angehörige der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe sowie sonstige Gesundheitsfachkräfte grundsätzlich Angestellte des Krankenhausbetreibers. Gehaltsschema und Arbeitsbedingungen (z. B. Arbeitszeiten) werden über Kollektivverträge geregelt. In den einzelnen Bundesländern kommen jedoch unterschiedliche Kollektivverträge zu tragen, sodass sich das Lohnniveau landesabhängig unterscheidet. Konfessionelle Spitäler und Privatkrankenhäuser haben ebenfalls unterschiedliche Kollektivverträge für ihre Mitarbeiter. Das Einkommen der in Krankenhäusern angestellten Ärzte schwankt ebenso beträchtlich, da diese eventuell Zusatzeinnahmen aus privaten Krankenversicherungen für die Behandlung von Sonderklassepatienten erhalten (siehe Kapitel 3.5). Außerdem ordinieren Krankenhausärzte vielfach zusätzlich in ihren eigenen Privatpraxen (Sommerguter-Reichmann und Stepan, 2017).

Auf Basis der Steuerdaten aus dem Jahr 2015 lag das mediane Bruttojahreseinkommen von Gesundheitsfachkräften mit Universitätsausbildung bei € 45 887, während Angehörige nichtakademischer Gesundheitsberufe jährlich € 30 407 verdienten. Im Vergleich dazu lag das mediane Bruttojahreseinkommen der unselbstständig Erwerbstätigen in Österreich im Jahr 2015 bei € 27 347 (Statistik Austria, 2018d).

Infrastruktur und Personal

Mit mehr als 0,7% des BIP im Jahr 2015 weist Österreich unter den OECD-Ländern eine der höchsten Investitionsraten im Gesundheitswesen auf. Die Aufwendungen für Investitionstätigkeit sind seit dem Jahr 2000 gestiegen, vor allem in privaten Institutionen. Medizinische Großgeräte sind aufgrund nationaler Planungsmechanismen verhältnismäßig ausgewogen verteilt. Die Anzahl von Einheiten gemessen an der Bevölkerung liegt leicht über dem EU-15-Durchschnitt.

Der Krankenhausesektor ist in Österreich nach wie vor sehr groß. Trotz Reformplänen, die Anzahl an Krankenhausbetten zu reduzieren, war die Bettendichte pro Einwohner im Jahr 2014 eine der höchsten in der EU (5,84 Betten verglichen mit 3,94 in der Akutversorgung pro 1 000 Einwohner). Seit 2007 hat sich die Anzahl der Betten in Fondskrankenanstalten zwar um 8% verringert, doch stellt dies im Vergleich zu anderen europäischen Ländern eine eher geringe Reduktion dar. Die Anzahl an Krankenhausentlassungen in Relation zur Bevölkerung ist zwischen 2006 und 2015 ebenfalls gesunken, dennoch hatte Österreich im Jahr 2015 noch immer die zweithöchste Krankenhaushäufigkeit in der EU.

Die Entwicklung der Informations- und Kommunikationstechnologie, einschließlich E-Health, hat im letzten Jahrzehnt erhebliche Fortschritte gemacht. Die Einführung der Elektronischen Gesundheitsakte (ELGA) mit den Anwendungen e-Medikation und e-Befund befindet sich im landesweiten Rollout auf alle Gesundheitsdiensteanbieter, der bis 2021 abgeschlossen sein soll. Das Ziel ist die Reduktion organisatorischer Hürden, eine verbesserte Koordination der Versorgung und eine höhere Patientenfokussierung.

Innerhalb der EU weist Österreich nach Griechenland die zweithöchste Dichte an praktizierenden Ärzten (510 pro 100 000) auf und liegt damit deutlich über dem EU-Durchschnitt (350 pro 100 000). Österreich ist traditionell ein Netto-Exportland von Ärzten. Die Ärztedichte ist seit 2000 stärker gewachsen (+34%) als im EU-Durchschnitt (+14%), vor allem aufgrund der Zunahme an Fachärzten. Doch auch innerhalb Österreichs stagniert die Anzahl an Vertragsärzten im extramuralen Bereich, was zu einem steigenden Ungleichgewicht und einer ungleichen regionalen Verteilung von Ärzten geführt hat. Dieses Phänomen dürfte sich durch das hohe Durchschnittsalter der Vertragsärzte und der damit verbundenen Pensionierungen noch verschlimmern. Im Gegensatz zur hohen Ärztedichte hat Österreich eine verhältnismäßig niedrige Anzahl an Pflegekräften, wenngleich internationale Vergleiche des Pflegepersonals aufgrund der derzeit noch beschränkten Datenverfügbarkeit limitiert sind. Hinsichtlich anderer Gesundheitsberufe, insbesondere Pflegekräfte, wird es ab 2019 zu einer besseren Vergleichbarkeit durch das neu eingeführte verbindliche Gesundheitsberuferegister kommen.

■ 4.1 Infrastruktur

■ 4.1.1 *Kapitalstock und Investitionen*

Die Bruttoanlageinvestitionen in der Gesundheitsversorgung beliefen sich im Jahr 2015 auf ca. € 2 501 Millionen, was 6,7% der Gesamtausgaben im Gesundheitssektor entspricht. Mehr als die Hälfte dieser Bruttoanlageinvestitionen wurde aus öffentlichen Mitteln finanziert (€ 1 357 Millionen). Davon entfiel mehr als die Hälfte auf den Krankenhaussektor. In Tabelle 4.1 sind die laufenden öffentlichen und privaten Gesundheitsausgaben und -investitionen im Zeitraum von 2000 bis 2015 zu sehen. Die gesamten Kapitalinvestitionen haben in den letzten 15 Jahren beträchtlich zugenommen. Private Investitionen erfuhren mit beinahe 150% einen überproportionalen Anstieg, während öffentliche Ausgaben nur um 57% zunahmen.

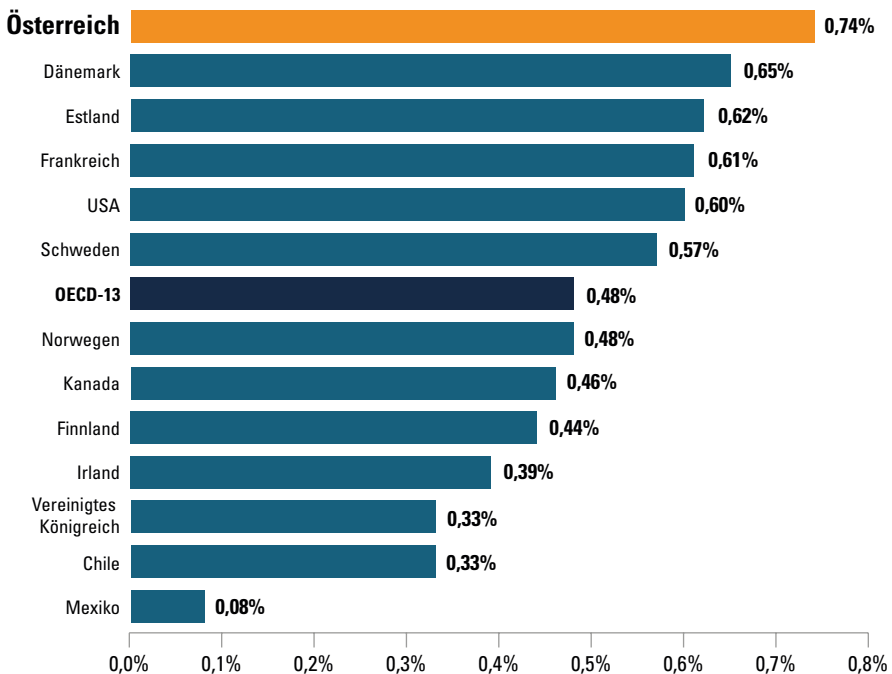
Im Vergleich zu anderen Ländern sind die Investitionen im Gesundheitssektor in Österreich hoch. Im Jahr 2015 waren die Bruttoanlageinvestitionen im Gesundheitssektor gemessen am BIP unter den OECD-Ländern in Österreich am höchsten. Sie beliefen sich laut verfügbaren Daten auf 0,74% des BIP (OECD, 2017c) (siehe Abb. 4.1).

TABELLE 4.1 Gesundheitsausgaben und Investitionen (laufende Preise), 2000–2015
(in Millionen €), ausgewählte Jahre

	2000	2005	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Gesamte Gesundheitsausgaben	20.982	25.828	31.839	32.767	34.573	35.254	36.485	37.578
Öffentliche Gesundheitsausgaben	14.850	18.203	22.685	23.250	24.391	24.766	25.655	26.513
Öffentliche Investitionen	861	1.003	1.269	1.295	1.394	1.400	1.425	1.357
Jährliche Wachstumsrate der öffentlichen Investitionen (%)				2,0	7,6	0,4	1,8	-4,8
Private Gesundheitsausgaben	4.809	6.040	7.109	7.333	7.733	8.088	8.331	8.564
Private Investitionen	461	581	777	889	1.054	1.000	1.073	1.144
Jährliche Wachstumsrate der privaten Investitionen (%)				14,4	18,6	-5,1	7,3	6,6
Gesamtinvestitionen	1.322	1.584	2.046	2.184	2.448	2.400	2.498	2.501
Gesamtinvestitionen in % der gesamten Gesundheitsausgaben	6,3	6,1	6,4	6,7	7,1	6,8	6,8	6,7
Öffentliche Investitionen in % der gesamten Gesundheitsausgaben	5,5	5,2	5,3	5,3	5,4	5,4	5,3	4,9

Quelle: (OECD 2017c, Statistik Austria 2017t)

ABB. 4.1 Bruttoanlageinvestitionen im Gesundheitssektor in % des BIP, 2015



Quelle: Eigene Darstellung basierend auf OECD (2018a)

Verantwortlich für Investitionen im Gesundheitssektor sind die Länder (und Gemeinden), Krankenversicherungsträger sowie private Investoren. Finanzierung und Allokation von Investitionen in Krankenhäusern, die von den Landesgesundheitsfonds (LGF) verwaltet werden, obliegen den Ländern und Gemeinden. Die Krankenversicherungsträger tätigen Investitionen in ihren eigenen Einrichtungen wie z. B. in selbstständige Ambulatorien. Investitionen in extramurale Praxen werden als Privatausgaben betrachtet. Wenn der Stellenplan eine freie Planstelle vorsieht, können Gemeinden jedoch Anreize schaffen und eine Immobilie oder die Renovierung von Gebäuden anbieten, um Ärzte für diese Gebiete zu gewinnen. Seit 2017 weist die Bundesgesundheitsagentur (BGA) ausgewählten überregionalen Versorgungsvorhaben für hochspezialisierte Leistungen, z. B. für hochkontagiöse Erkrankungen oder Schwerbrandverletzte, auch Investitionsmittel zu.

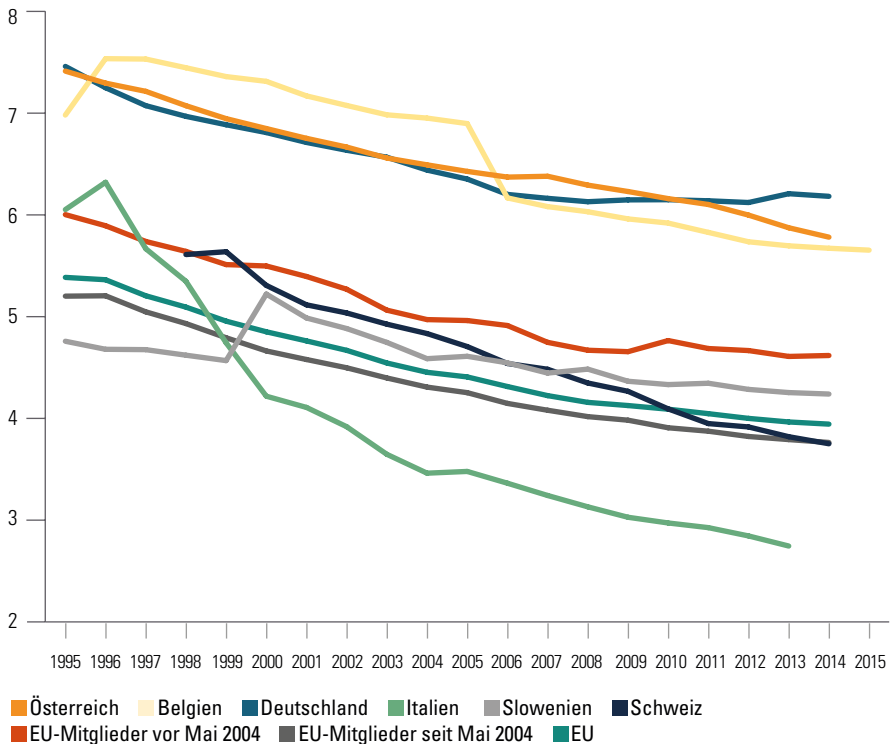
■ 4.1.2 *Krankenanstalten und Betten*

Im Jahr 2016 gab es in Österreich 273 Krankenanstalten mit insgesamt 64 838 Betten, davon 162 Akutkrankenanstalten mit insgesamt 48 816 Betten. Rund 93% aller Betten in der Akutversorgung befanden sich in Fondskrankenanstalten (finanziert durch die LGF), in denen etwa 95% der Akutversorgung durchgeführt wurden. Darüber hinaus gab es 83 Rehabilitationszentren und 28 als Krankenanstalten bewilligte Langzeitpflegestellen (siehe Tabelle 4.2). Über 900 selbstständige Ambulatorien werden gemäß Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz (KAKuG, 1957) ebenfalls als Krankenanstalten eingestuft, wenngleich sie nur extramural ambulante Versorgung bieten.

Der Krankenhaussektor in Österreich ist trotz verschiedener Reforminitiativen mit dem Ziel, die Anzahl der Krankenhäuser und Krankenhausbetten zu reduzieren, nach wie vor sehr groß. Im Jahr 2014 war die Akutbettendichte pro Einwohner in Österreich (5,84 Betten in der Akutversorgung pro 1 000 Einwohner) (nach Deutschland und Bulgarien) die dritthöchste in der EU (EU-Durchschnitt: 3,94) (siehe Abb. 4.2). Zwischen 2007 und 2016 hat sich die Anzahl der Betten in der Akutversorgung in Fondskrankenanstalten um ca. 8% verringert. Dies ist gemessen an anderen europäischen Ländern wie Finnland, Dänemark oder Italien ein vergleichsweise geringer Rückgang (WHO, 2017d). Dies lässt sich u.a. auf fehlende Anreize, Patienten in

extramuralen Settings zu verlagern sowie auf die starke Fragmentierung zwischen dem extramuralen und intramuralen Sektor zurückzuführen. Die Reformagenda 2017–2021 sieht für die nächsten Jahre eine weitere Verringerung der Anzahl an Krankenhausbetten vor (siehe Kapitel 6.1.4).

ABB. 4.2 Akutbettendichte (pro 1 000 Personen), 1995 bis 2015 (oder letztes verfügbares Jahr)



Quelle: WHO 2017c

Im Jahr 2015 gab es in mehr als 850 Alten- und Pflegeheimen 75 632 Pflegeplätze, während 12 019 Personen in alternativen Wohnformen untergebracht waren. Seit 2000 hat die Anzahl der Pflegeplätze in Alten- und Pflegeheimen angesichts der alternden Bevölkerung und des vermehrten Bedarfs an Langzeitpflege um mehr als 30% zugenommen (BMGF, 2017k). Auch die Anzahl der Krankenhäuser und Betten in der rehabilitativen Versorgung hat zwischen 2007 und 2016 um ca. 40% zugenommen.

Aktivität und Nutzungsgrad der intramuralen Versorgungseinrichtungen zählt zu den höchsten in Europa. Obwohl die Krankenhaushäufigkeit bzw. Krankenhausfälle zwischen 2006 und 2015 um fast 8% gesunken sind,

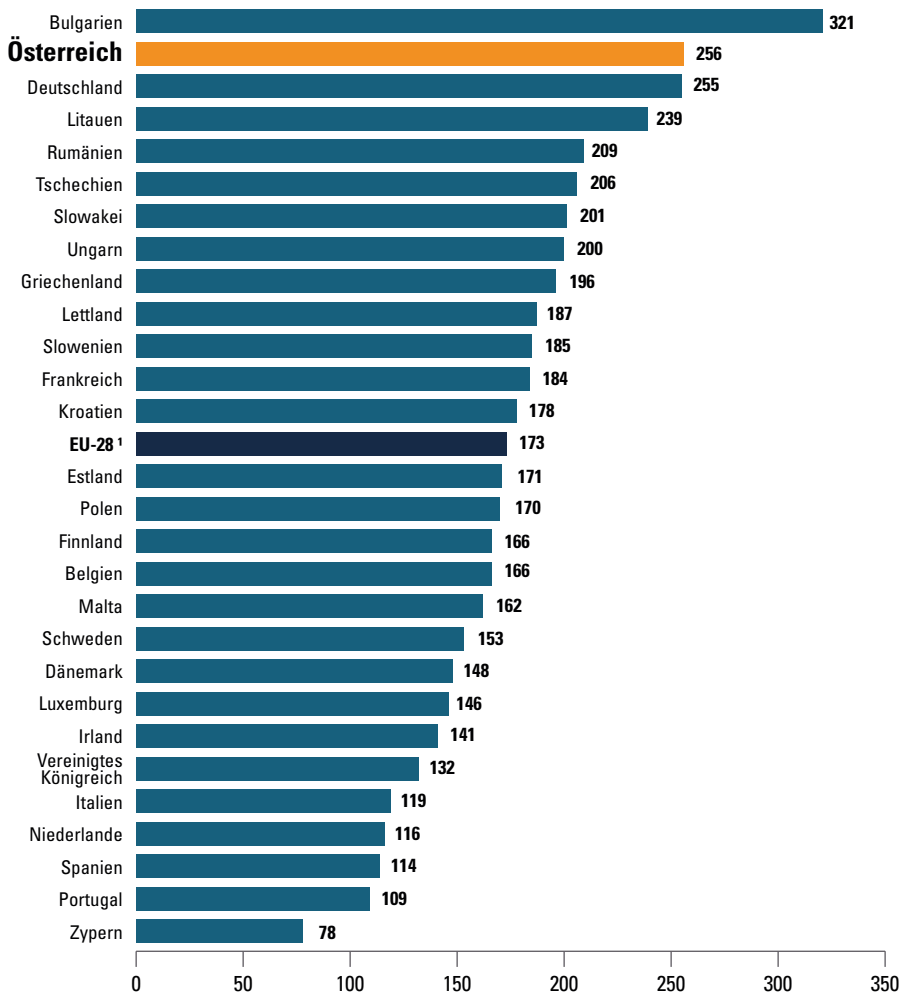
TABELLE 4.2 Anzahl Krankenanstalten und Krankenhausbetten nach Versorgungsfunktion, 2007–2016

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	VERÄNDERUNG 2007–2016
KRANKENANSTALTEN (ANZAHL)											
Krankenanstalten, gesamt	269	266	266	267	272	277	278	279	278	273	1,5%
Akutkrankenanstalten	184	181	178	177	176	175	172	169	166	162	-12,0%
davon Fondskrankenanstalten	132	130	131	130	128	127	126	123	120	117	-11,4%
Rehabilitationszentren	59	61	63	65	70	76	79	81	81	83	40,7%
Krankenanstalten zur Langzeitversorgung	26	24	25	25	26	26	27	29	31	28	7,7%
KRANKENHAUSBETTEN											
Krankenhausbetten, gesamt	64.320	64.031	64.082	64.021	64.430	64.704	64.838	64.828	65.150	64.838	0,8%
pro 1.000 Einwohner	7,77	7,71	7,69	7,67	7,69	7,70	7,67	7,62	7,59	7,45	-4,1%
Betten in der Akutversorgung	53.127	52.589	52.200	51.745	51.445	50.815	50.098	49.706	49.177	48.816	-8,1%
pro 1.000 Einwohner	6,41	6,33	6,26	6,20	6,14	6,04	5,93	5,84	5,73	5,61	-12,5%
davon in Fondskrankenanstalten	48.983	48.599	48.446	48.001	47.667	47.058	46.394	46.001	45.616	45.224	-7,7%
pro 1.000 Einwohner	5,91	5,85	5,81	5,75	5,69	5,60	5,49	5,41	5,31	5,20	-12,0%
Betten in der Rehabilitation	7.963	8.360	8.646	9.057	9.371	10.218	10.724	10.645	10.783	10.870	36,5%
pro 1.000 Einwohner	0,96	1,01	1,04	1,08	1,12	1,22	1,27	1,25	1,26	1,25	30,2%
Betten in der Langzeitversorgung	3.217	3.069	3.223	3.206	3.601	3.658	4.003	4.464	5.178	5.152	60,1%
pro 1.000 Einwohner	0,39	0,37	0,39	0,38	0,43	0,44	0,47	0,52	0,60	0,59	51,3%

Quelle: BMGF 2017k

hatte Österreich 2015 mit 256 Entlassungen pro 1 000 Einwohner noch immer die zweithöchste Krankenhaushäufigkeit in der EU. Auch die Bettenauslastung in Akutkrankenanstalten (74,3%) lag in Österreich unter dem EU-22-Durchschnitt (76,5%) und hat zwischen 2006 und 2015 geringfügig abgenommen (siehe Abb. 4.3 und Tabelle 4.3). Wie in den meisten europäischen Ländern hat sich die durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Akutkrankenanstalten seit Mitte der 1990er Jahre auf 6,5 Tage im Jahr 2015 verringert, dies ist vergleichbar mit dem EU-Durchschnitt von 6,4 Tagen (siehe Abb. 4.4) (OECD, 2017a).

ABB. 4.3 Krankenhaushäufigkeit pro 1 000 Einwohner in der EU, 2015

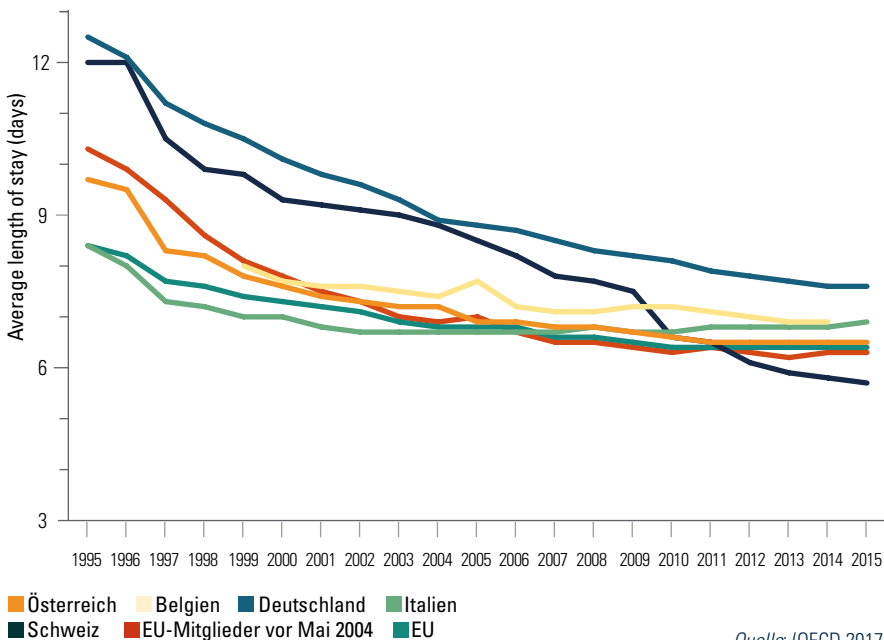


Quelle: (OECD 2017a)

TABELLE 4.3 Indikatoren zur Krankenhausnutzung, 2006–2015

INDIKATOR DER INANSPRUCHNAHME	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	VERÄNDERUNG 2006–2015
Durchschnittliche Verweildauer in allen Krankenanstalten (Tage)	7,9	7,9	7,9	7,8	7,9	7,8	7,9	8,1	8,2	8,5	7,6%
Durchschnittliche Verweildauer in Akutkrankenanstalten (Tage)	6,9	6,8	6,8	6,7	6,6	6,5	6,5	6,5	6,5	6,5	-5,8%
Krankenhaustäufigkeit, alle Krankenanstalten (Aufenthalte pro 1 000 Einwohner)	277	279	281	279	276	274	270	266	263	256	-7,6%
Krankenhaustäufigkeit, Fondskrankenanstalten (Aufenthalte pro 1 000 Einwohner)	264	266	267	265	262	259	254	248	245	238	-9,8%
Bettenauslastung in Akutkrankenanstalten (%)	78,0	77,7	78,5	77,9	77,0	76,3	75,2	75,4	75,0	74,3	-4,7%

Quellen: Durchschnittliche Aufenthaltsdauer und Krankenhaustäufigkeit in allen Krankenanstalten inkl. Akutkrankenanstalten: OECD, 2018c; Bettenauslastung: Eurostat, 2018a

ABB. 4.4 Durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Akutkrankenanstalten in Österreich und ausgewählten Ländern, 1995 bis 2015 (oder letztes verfügbares Jahr)

Quelle: (OECD 2017a)

■ 4.1.3 Medizinische Großgeräte

Ein Teil des Österreichischen Strukturplans Gesundheit (ÖSG) (GÖG, 2017e) ist der bundesweite Großgeräteplan (GGP) (siehe Kapitel 2.5), der die Anzahl der medizinischen Großgeräte im intra- und extramuralen Sektor festlegt, um eine bedarfsgerechte regionale Verteilung sicherzustellen. Die Finanzierung von Investitionen in medizinische Großgeräte erfolgt für den intramuralen und extramuralen Sektor getrennt. Die Eigentümer der Krankenanstalten (in der Regel die Länder) treffen Entscheidungen über die finanziellen Investitionen für medizinische Geräte und können dafür vom LGF Zuschüsse erhalten (siehe Kapitel 2.8.6). Investitionen in medizinische Großgeräte werden im extramuralen Bereich von den Betreibern selbst finanziert. Die Erstattung erfolgt in der Folge durch die Krankenversicherungsträger laut jeweiligem Honorarkatalog für erstattungsfähige Leistungen.

Tabelle 4.4 zeigt die Anzahl der medizinischen Großgeräte pro 100 000 Einwohner in Österreich und in den Ländern der EU-15. Die Anzahl der medizinischen Großgeräte gemessen an der Bevölkerung liegt in Österreich über dem EU-15-Durchschnitt. Während der letzten 10 Jahre (2006–2015) blieb die Anzahl der medizinischen Großgeräte stabil. Zuwächse gab es nur bei MRT- und PET-Scannern, was größtenteils auf den Anstieg von privaten Investitionen im extramuralen Sektor zurückzuführen ist (GÖG, 2017c). Die Daten sind für internationale Vergleiche jedoch mit Vorsicht zu interpretieren, weil nicht alle Mitgliedsstaaten ihre nationalen Daten zu medizinischen Großgeräten zur Erstellung internationaler Statistiken bereitstellen. Der Großteil der medizinischen Großgeräte in Österreich befindet sich in Krankenhäusern und wird für die stationäre Versorgung sowie für die Versorgung in Spitalsambulanzen verwendet. Eine Ausnahme davon stellen im Unterschied zu vielen anderen europäischen Ländern Mammographiegeräte dar (Anm.: in Österreich nicht als Großgerät gem. GGP definiert), da diese hauptsächlich in extramuralen Settings Verwendung finden. Daten zur Auslastung von medizinischen Großgeräten sind kaum verfügbar, da sie aktuell nur aus den jährlichen Untersuchungsraten in Krankenhäusern hervorgehen: im Jahr 2015 wurden 142,2 CT-Scans, 55,0 MRT-Scans und 4,1 PET-CT-Scans pro 1 000 Einwohner in den Krankenhäusern durchgeführt.

TABELLE 4.4 Medizinische Großgeräte pro 100 000 Einwohner in Österreich, 2006 und 2015

GERÄT	2006			2015			VERÄNDERUNG 2006–2015
	INTRAMURAL	EXTRAMURAL	GESAMT ÖSTERREICH EU-15	INTRAMURAL	EXTRAMURAL	GESAMT ÖSTERREICH EU-15	
CT-Scanner	1,94	1,05	2,99	1,81	1,10	2,91	-2,6%
MRT-Geräte	0,96	0,73	1,68	1,09	1,02	2,11	25,4%
PET-Scanner	0,18	0,01	0,19	0,20	0,03	0,23	19,8%
Gammakameras	0,91	0,33	1,23	0,86	0,25	1,11	-9,8%
Mammographiegerät	n/a	n/a	n/a	0,25	2,09	2,34	n/a
Radiotherapiegeräte	0,48		0,48	0,49	0,01	0,50	3,0%

Anmerkungen: CT, Computertomographie; MRT, Magnetresonanztomographie; PET, Positronenemissionstomographie

Quellen: Eurostat, 2017g; GÖG, 2017c; OECD, 2017a

■ 4.1.4 Informationstechnologien

Der Anteil privater Haushalte mit Internetanschluss hat seit 2007 um 42,8% zugenommen und entsprach mit 85,1% im Jahr 2016 dem EU-Durchschnitt. Bei den jüngeren Altersgruppen ist der Anteil der Personen, die das Internet während der letzten drei Monate nutzten, sehr hoch (97,6%, 16–44 Jahre), während es unter Personen im Alter von 65–74 Jahren nur 50% nutzten (Statistik Austria, 2016c).

Im Jahr 2016 nutzten zwei Drittel der österreichischen Bevölkerung das Internet, um gesundheitsbezogene Informationen zu suchen (Statistik Austria, 2016d).

Im letzten Jahrzehnt hat sich in Österreich die Verfügbarkeit von Gesundheitsinformationen im Internet stark erhöht. Es gibt einige verlässliche Online-Gesundheitsplattformen, die von öffentlich finanzierten Institutionen betrieben werden, wie etwa das öffentliche Gesundheitsportal Österreichs (www.gesundheit.gv.at). Das Gesundheitsportal bietet Informationen zu den Themen Gesund leben, Krankheiten, Diagnose & Labor, Gesundheitsleistungen und zur Elektronische Gesundheitsakte (ELGA) sowie den ELGA-Login. Weitere elektronische Verzeichnisse bieten spezifische Informationen zu Krankenhäusern (www.kliniksuche.at), Rehabilitationszentren (rehakompass.goeg.at), Drogenhilfeeinrichtungen (<https://suchthilfekompass.goeg.at/>) oder zu Brustkrebs-Früherkennungsprogrammen (www.frueh-erkennen.at).

In den letzten zehn Jahren haben auch informationstechnologische Lösungen im Gesundheitssektor zunehmend an Bedeutung gewonnen. Die Einführung der standardisierten Sozialversicherungs-Chipkarte (e-card) im Jahr 2005 legte den Grundstein für die elektronische Infrastruktur im Gesundheitswesen. Heute haben fast alle österreichischen Krankenanstalten und extramuralen Praxen Zugang zum e-card-System. Die e-card dient als Zugangsschlüssel und enthält administrative Versicherungsdaten des Karteninhabers (d. h. Name, Geschlecht, Geburtsdatum und Sozialversicherungsnummer des Patienten), aus denen Gesundheitsdiensteanbieter den Versicherungsstatus des Patienten ablesen können. Gesundheitsbezogene Daten werden nicht auf der Karte selbst gespeichert, sondern online über ein sicheres Datennetzwerk abgewickelt. Die e-card ermöglicht auch die Anbindung an eine Reihe von Services: elektronisches Bewilligungs- und Antragservice (eBS; für elektronische

Überweisungen z. B. zu CT- oder MRT-Untersuchungen), elektronisches Arzneimittelbewilligungsservice (ABS; Genehmigungsverfahren für bewilligungspflichtige Medikamente), elektronische Arbeitsunfähigkeitsmeldung (eAUM; die elektronische Krankmeldung) oder das elektronische Dokumentationsblatt-Annahme-Service (DBAS) für die Vorsorgeuntersuchung. Die e-card liefert auch Informationen zum Erreichen der Rezeptgebührenobergrenze und zu präoperativer Diagnostik bei elektiven Operationen (PROP). Darüber hinaus können österreichische Bürger die e-card als Bürgerkarte aktivieren, um so verschiedene e-Governance-Anwendungen zu nutzen (Sozialversicherungs-Chipkarten Betriebs- und Errichtungsgesellschaft m.b.H., 2017).

Die österreichische e-Health-Strategie wurde zuletzt 2007 aktualisiert. Diese Aktualisierung betraf primär die Verbesserung der Integration und Kompatibilität von bestehenden Informationssystemen unterschiedlicher Anbieter sowie die Sicherstellung eines stabilen Informationsaustausches über die e-card. Das zentrale Element der österreichischen e-Health-Strategie ist die Elektronische Gesundheitsakte (ELGA) (Pfeiffer, 2007). ELGA bietet die Möglichkeit, e-Health-Anwendungen für verschiedene Settings im Gesundheitsbereich zu integrieren und zu erweitern. Der größte Nutzen von ELGA sind die sichere und verlässliche Übertragung von Informationen sowie die Verbesserung der Kommunikation und des Workflows. Gesundheitsinformationen von Patienten (z. B. medizinische Untersuchungen, Medikationsdaten, Blutgruppe, Labor- und Radiologiebefunde) werden sowohl den Patienten selbst als auch berechtigten Gesundheitsdiensteanbietern strukturiert zur Verfügung gestellt, wodurch sich eine Patientenkarriere gesamthaft darstellen lässt. Damit sollen Mehrfachuntersuchungen vermieden und die Qualität der Versorgung, die Patientensicherheit, die patientenzentrierte Versorgung und letztlich die Stärkung der Patienten vorangetrieben werden. Die ELGA GmbH ist für die Entwicklung der nationalen e-Health-Infrastruktur und die Koordination des Rollouts aller ELGA relevanten Aktivitäten zuständig.

Die gesetzliche Grundlage für die Einführung von ELGA wurde vom Parlament im Jänner 2013 geschaffen. Im Jahr 2014 wurde das ELGA-Portal in Betrieb genommen. Es ermöglicht Patienten und Gesundheitsdiensteanbietern, auf ELGA-Gesundheitsdaten und Anwendungen zuzugreifen. ELGA-Gesundheitsdaten sind bestimmte

Gesundheitsdaten, die in ELGA in einheitlicher standardisierter Form verfügbar gemacht werden. Diese sind z.B. ärztliche und pflegerische Entlassungsbriefe aus Krankenhäusern, Laborbefunde, Befunde der bildgebenden Diagnostik und e-Medikationsdaten. Bei den Laborbefunden gibt es eine direkte Verlinkung zu den Laborwerte-Erklärungstexten am Gesundheitsportal. Auf dem ELGA-Portal können Patienten den Zugang zu ausgewählten persönlichen Gesundheitsdaten einschränken und einsehen, wer ihre individuellen Eintragungen aufgerufen hat. Patienten nehmen automatisch an ELGA teil, können sich aber auch von ELGA abmelden (Opt-out) und über das ELGA-Portal wieder anmelden (Opt-in) (Bachner et al., 2012; Philippi, 2015).

ELGA wurde seit Dezember 2015 schrittweise bei den Gesundheitsdiensteanbietern ausgerollt. Öffentliche Krankenhäuser und Pflegeheime verwenden bereits klinische e-Befunde, die Entlassungsdokumente aus Krankenanstalten, Laborergebnisse und Ergebnisse aus bildgebender Diagnostik beinhalten. Im Zeitraum 2016 und 2017 stieg die Anzahl der öffentlichen und privaten Krankenanstalten sowie Pflegeheime, die an ELGA angebunden sind und den klinischen e-Befund nutzen. So nutzten beispielsweise im November 2017 194 öffentliche Gesundheitseinrichtungen, darunter Krankenhäuser, Pflegeheime und selbstständige Ambulatorien, e-Befunde sowohl aktiv als auch passiv (nur Lesezugriff) (ELGA, 2017). Im extramuralen Sektor sieht die ELGA-Verordnungsnovelle (ELGA-Verordnungsnovelle, 2017) den schrittweisen Rollout von ELGA auf extramurale Gesundheitsdiensteanbieter und Apotheken bis Mitte 2019 vor. Das vollständige landesweite Rollout von ELGA wird 2021 erwartet (ZS-G, 2017). ELGA sollte zu diesem Zeitpunkt auch für Anbieter von häuslicher Pflege und für Pflegeheime verfügbar sein (Philippi, 2015).

Ein Pilotprojekt zur e-Medikation startete 2016 in einem steirischen Bezirk, wo Informationen über verordnete und in Apotheken abgegebene Arzneimittel gesammelt wurden (Bachner et al., 2017). Die e-Medikation soll die Qualität, Sicherheit und Effizienz der Arzneimittelversorgung verbessern, indem verschreibenden Ärzten unerwünschte Wechselwirkungen sofort angezeigt werden und Doppelverschreibungen vermieden werden. Die e-Medikationsliste und die klinischen e-Befunde werden schrittweise auf extramurale Vertragsärzte und Apotheken ausgerollt. Danach folgen selbstständige Ambulatorien, private Kliniken und Zahnärzte.

Die Einführung des e-Impfpasses ist ein weiteres Ziel der laufenden Gesundheitsreform 2017–2021. Auf Beschluss der Bundeszielsteuerungskommission wurde die ELGA GmbH im Juni 2018 mit der Umsetzung der Pilotierung des e-Impfpass betraut (BMGF, 2017). Ab 2021 ist eine schrittweise Umsetzung des e-Impfpasses in ganz Österreich geplant. Elektronische Impfpässe sollen in Zukunft die Impfdokumentation verbessern und zu mehr Transparenz beitragen bzw. Ineffizienzen, wie etwa redundante Impfungen, reduzieren.

■ 4.2 Personal

■ 4.2.1 *Trends beim Gesundheitspersonal*

Im Jahr 2016 waren ca. 282 600 Erwerbstätige (gemäß der Statistischen Systematik der Wirtschaftszweige in der Europäischen Gemeinschaft (NACE) Q86: Gesundheitswesen) in Österreich im Gesundheitssektor beschäftigt, was etwa 65% aller im Gesundheits- und Sozialwesen tätigen Personen entspricht. Zwischen 2007 und 2016 stieg die Anzahl der im Gesundheitssektor Beschäftigten um 16%. Ein besonders hoher Anstieg konnte bei Fachärzten und Medizintechnikern verzeichnet werden. Im selben Zeitraum stieg die Gesamtbeschäftigung nur um 8%. Im Gesundheits- und Sozialwesen sind rund 10% aller unselbständig Erwerbstätigen in Österreich beschäftigt, womit dieser der drittgrößte Beschäftigungssektor ist (Statistik Austria, 2017o). Im Jahr 2016 lag der Anteil an Frauen, die im Gesundheits- und Sozialwesen tätig waren, bei mehr als 75% (Statistik Austria, 2018b). Tabelle 4.5 zeigt die Anzahl der Angehörigen von Gesundheitsberufen nach Berufsgruppe pro 100 000 Einwohner seit 1995.

Mehr als 116 000 in einem Gesundheitsberuf tätige Personen waren 2016 in einem Krankenhaus beschäftigt, das sind 41% aller in Gesundheitsberufen tätigen Personen. Diplomierte Gesundheits- und Krankenpfleger (DGKP) bildeten die größte Berufsgruppe, sie machte mehr als 50% des gesamten Krankenhauspersonals aus. Etwa ein Fünftel waren Ärzte (ca. 24 600), je die Hälfte davon Fachärzte oder Ärzte in Ausbildung (Statistik Austria, 2017b).

Bis zur Einführung eines Gesundheitsberuferegisters im Jahr 2018 gab es außerhalb von Krankenhäusern keine systematischen Aufzeichnungen

TABELLE 4.5 Angehörige von Gesundheitsberufen in Österreich, 1995 bis letztes verfügbares Jahr, ausgewählte Jahre

	1995	2000	2005	2010	2011	2012	2013	2014	2015	VERÄNDERUNG 1995–2015	
Praktizierende Ärzte¹	pro 100.000 Einwohner	351,3	385,3	431,8	479,7	484,4	489,8	499	504,8	509,9	45%
	Gesamt	27.923	30.871	35.518	40.105	40.634	41.268	42.302	43.126	44.002	58%
Allgemeinmediziner (in Privatpraxen)²	pro 100.000 Einwohner	66,6	72,3	76,2	77,8	77,9	77,7	76,9	77,4	76,6	15%
	Gesamt	5.291	5.794	6.266	6.507	6.534	6.550	6.523	6.614	6.609	25%
Fachärzte²	pro 100.000 Einwohner	143	181,4	211,1	240,4	242,6	250,5	261,7	268	274,7	92%
	Gesamt	11.366	14.536	17.365	20.103	20.353	21.107	22.183	22.902	23.702	109%
Zahnärzte	pro 100.000 Einwohner	42,5	46,5	51,5	56	56,5	56,9	57,3	57,3	57,4	35%
	Gesamt	3.379	3.722	4.232	4.685	4.743	4.797	4.853	4.893	4.906	45%
Gesundheits- und Krankenpfleger (in Krankenanstalten)³	pro 100.000 Einwohner	n/a	576,9	599,3	653	662,7	665,6	669,4	679,1	680,6	18%
	Gesamt	n/a	46.219	49.294	54.601	55.594	56.085	56.747	58.026	58.732	27%
Hebammen (in Krankenanstalten)	pro 100.000 Einwohner	13	13,4	14,6	15,7	16	15,8	16,3	16,8	16,7	28%
	Gesamt	1.030	1.073	1.198	1.313	1.338	1.329	1.379	1.434	1.439	40%
Hebammen (zuge lassen)	pro 100.000 Einwohner	18,1	19	20,7	22,8	23,2	23,4	24,4	24,6	24,8	37%
	Gesamt	1.441	1.522	1.705	1.907	1.945	1.975	2.068	2.100	2.139	48%
Medizintechniker (in Krankenanstalten)	pro 100.000 Einwohner	116,3	133,6	155,8	165,5	167,6	170,9	173,6	174,9	177,1	52%
	Gesamt	9.244	10.707	12.813	13.835	14.055	14.404	14.717	14.946	15.282	65%
Apotheker	pro 100.000 Einwohner	51,2	56,6	61,7	66,7	67,9	69,1	69,8	70,2	70,7	38%
	Gesamt	4.071	4.532	5.076	5.579	5.700	5.823	5.918	5.999	6.104	50%

Anmerkungen: ¹ Zahlen beziehen sich auf praktizierende Ärzte, die Mitglieder der Österreichischen Ärztekammer sind, alle Settings (Privatordinationen, Krankenanstalten etc.) und inkludieren Turnusärzte sowie Ärzte mit einer anderen EU-Staatsbürgerschaft. Zahlen exkludieren Ärzte, die nicht im medizinischen Bereich (Industrie, Verwaltung, Forschung etc.), in anderen spezifischen Kategorien (Zahnärzte etc.) sowie im Ausland tätig sind. ² Allgemeinmediziner, die zusätzlich eine Facharztausbildung abgeschlossen haben, werden doppelt gezählt, was in den letzten Jahren etwa 200 bis 280 Ärzte betrifft. Deshalb ist die Summe der Ärzte je Kategorie größer als die Gesamtsumme der praktizierenden Ärzte. ³ Zahlen beinhalten nur Diplomierte Gesundheits- und Krankenpfleger, die in Krankenanstalten beschäftigt sind, und exkludieren Pflegeassistenten. Die Wachstumsrate bezieht sich auf den Zeitraum 2000–2015.

Quellen: Anzahl der praktizierenden Ärzte, Allgemeinmediziner, Fach- und Zahnärzte: OECD, 2017h; Anzahl der Diplomierten Gesundheits- und Krankenpfleger, in Krankenanstalten beschäftigten Medizintechnikern sowie Hebammen, die in Krankenanstalten tätig sind bzw. allgemein zugelassen sind: Statistik Austria, 2017c; Statistik Austria, 2017d; Anzahl der Apotheker: ÖÄK, 2017a

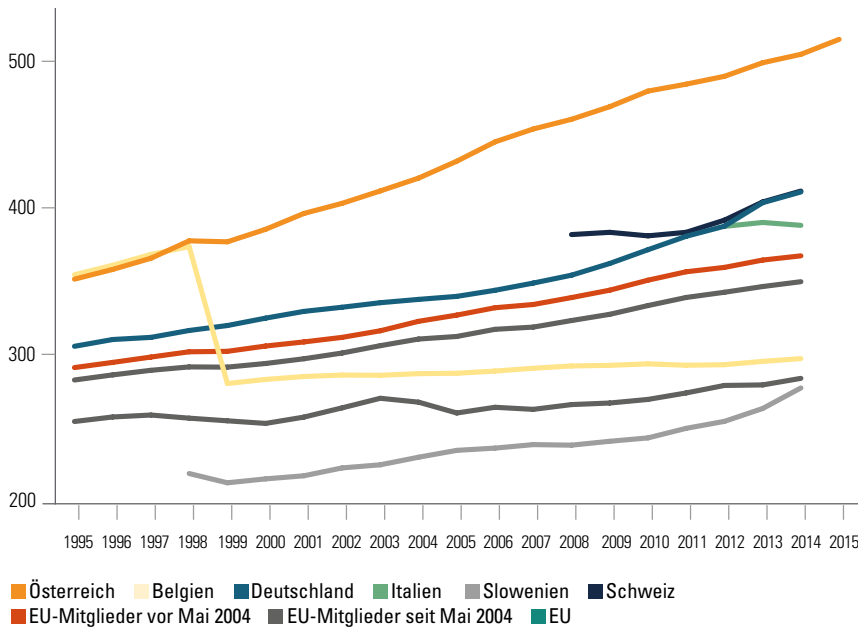
über die Anzahl der in Gesundheitsberufen Tätigen. Seit der zweiten Jahreshälfte 2018 müssen sich alle Angehörigen der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe, sowie Berufsangehörige der gehobenen medizinisch-technischen Dienste verpflichtend im Gesundheitsberuferegister eintragen (siehe Kapitel 2.8.3) (Gesundheitsberuferegister-Gesetz, 2016).

PRAKTIZIERENDE ÄRZTE

Österreich hat die zweithöchste Ärztedichte (510 pro 100 000 Einwohner) in der EU und liegt damit deutlich über dem EU-Durchschnitt von 350 Ärzten pro 100 000 Einwohner. Zwischen 1995 und 2015 stieg die Zahl an Ärzten um 45%, das ist ein höherer Anstieg als in jedem anderen OECD-Land (siehe Abb. 4.5). Diese Zunahme war besonders ausgeprägt bei Fachärzten, vor allem in den Fachrichtungen Neurologie und Radiologie. Zwischen 1995 und 2015 stieg die Anzahl der Fachärzte um mehr als das Doppelte, während die Anzahl der Allgemeinmediziner nur um 25% zunahm. Dementsprechend arbeiteten 2015 nur 15% aller Ärzte als Allgemeinmediziner in Privatpraxen (Tabelle 4.5). Es ist anzumerken, dass nationale Statistiken Doppelzählungen für Ärzte mit mehr als einem Abschluss nicht berücksichtigen (z. B. Ausbildung als Allgemeinmediziner und Facharzt), wodurch es zu Abweichungen von international gemeldeten Zahlen kommen kann.

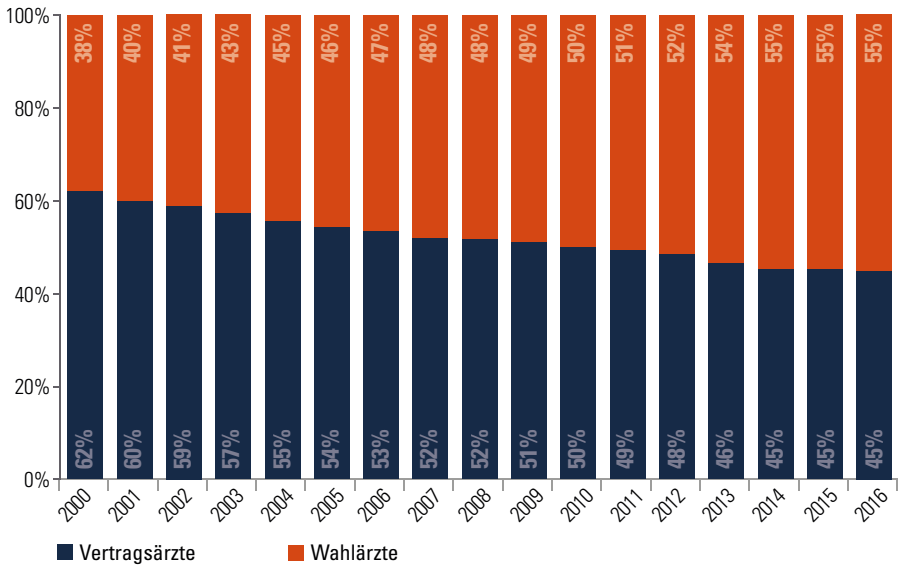
Im Jahr 2015 waren ca. 44 000 Ärzte in Österreich zugelassen, etwa zwei Drittel davon in einem Angestelltenverhältnis (29 800) und mehr als die Hälfte (24 000) waren in einem Krankenhaus angestellt (Statistik Austria, 2016b). Die extramurale Versorgung erfolgt durch ca. 17 000 niedergelassene Ärzte, wovon rund 10 300 in keinem zusätzlichen Anstellungsverhältnis sind. Niedergelassene Ärzte haben entweder einen Vertrag mit einem oder mehreren Krankenversicherungsträger(n) (7 700 oder 45% im Jahr 2015) und/oder praktizieren ohne Vertrag mit einer sozialen Krankenversicherung als Wahlärzte (9 400 oder 55% im Jahr 2015, Abb. 4.6). Die meisten Wahlärzte (5 400 oder 60% im Jahr 2015) sind zusätzlich in anderen Settings wie etwa in Krankenhäusern angestellt und verbringen daher vergleichsweise weniger Zeit mit der extramuralen Versorgung als die Vertragsärzte.

ABB. 4.5 Anzahl praktizierender Ärzte pro 100 000 Einwohner in Österreich und ausgewählten Ländern, 1995 bis 2015 (oder letztes verfügbares Jahr)



Quelle: (WHO 2017c)

ABB. 4.6 Vertrags- und Wahlärzte im Verhältnis zur Gesamtzahl aller niedergelassenen Ärzte in der extramuralen Versorgung, 2000–2016¹



Anmerkung: ¹Zeitreihenbruch im Jahr 2015

Quelle: Zusammenstellung der GÖG auf Basis der ÖÄK, 2017a

Die seit dem Jahr 2000 verzeichnete Zunahme der Anzahl an niedergelassenen Ärzten ist primär auf den Anstieg der Wahlärzte zurückzuführen. Gleichzeitig blieb die Anzahl an Vertragsärzten vergleichsweise konstant, wie Abb. 4.6 in relativen Zahlen zeigt. Es ist anzunehmen, dass sich diese Entwicklung durch zukünftige Pensionierungen von Ärzten noch verschärfen wird (siehe Kapitel 7.3.2).

Darüber hinaus stellt die Verteilung von Fachärzten nach Regionen und/oder medizinischen Fachrichtungen eine Herausforderung dar (siehe auch Kapitel 5.3). Insbesondere bei der Fachärztedichte bestehen erhebliche regionale Unterschiede. Beispielsweise unterscheidet sich die Dichte an Vertragsärzten für Neurologie und Psychiatrie zwischen dem Bundesland mit der höchsten und dem mit der niedrigsten Dichte um das Zweieinhalbfache, jene der Radiologen unterscheidet sich zwischen einzelnen Bundesländern um das Dreifache (OECD und Europäisches Observatorium für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik, 2017). Diese Fehlverteilung wird durch die steigende Zahl an Wahlärzten (zumeist Fachärzte), die ihren Praxisstandort frei wählen können, noch verstärkt.

GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGE SOWIE HEBAMMEN

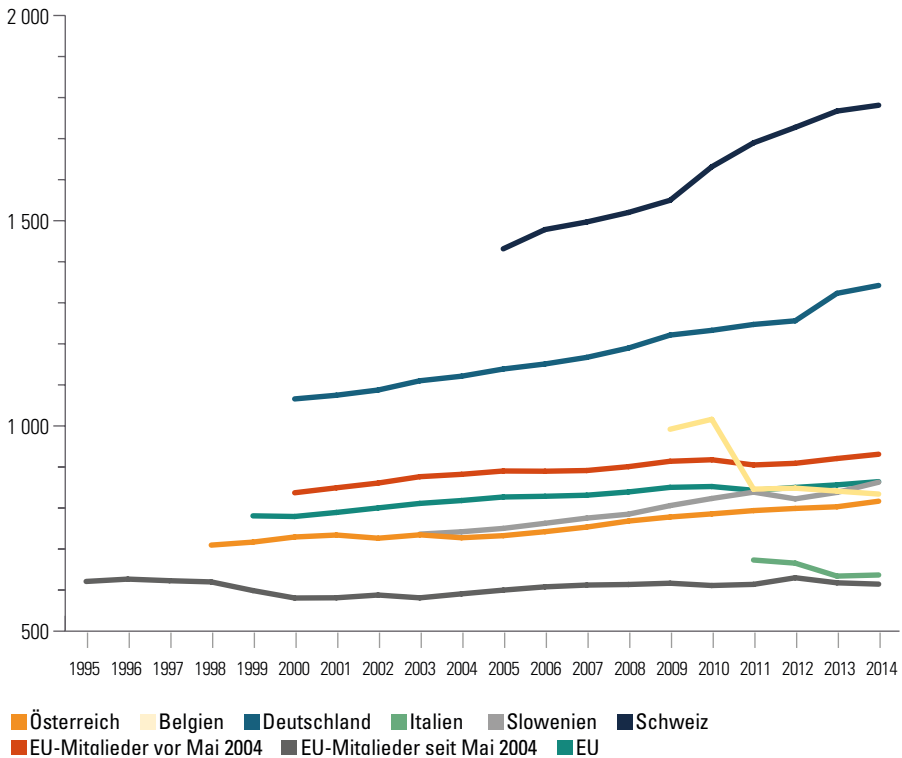
Im Jahr 2015 waren insgesamt 69 500 Angehörige der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe (DGKP sowie Pflegeassistenten) in den österreichischen Krankenanstalten beschäftigt. Im Zeitraum 2006–2015 nahm die Anzahl an Angehörigen der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe in Krankenanstalten um 16% zu. Die Pflegepersonaldichte in Österreich (817 pro 100 000 Einwohner) liegt jedoch weiterhin leicht unter dem EU-Durchschnitt (siehe Abb. 4.7), und verglichen mit der Schweiz und Deutschland ist sie verhältnismäßig niedrig (WHO, 2017c).

In internationalen Vergleichen ist die österreichische Darstellung vergleichsweise niedrig, da die Daten derzeit noch auf die Angehörigen der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe, die in Krankenhäusern beschäftigt sind, beschränkt sind. Dadurch stellt sich für Österreich die Gesamtzahl an Angehörigen der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe im Vergleich zur Gesamtzahl an Ärzten ebenfalls vergleichsweise niedrig dar (Abb. 4.8).

Bei internationalen Vergleichen besteht die Schwierigkeit, dass Kopfwahlen und Vollzeitäquivalente in den Daten der Länder nicht konsistent erfasst sind. Daten über Hebammen werden in nationalen Statistiken

gesondert gesammelt und aufbereitet und beziehen sich entweder auf Hebammen, die in Krankenhäusern beschäftigt sind, oder die Gesamtanzahl der zugelassenen Hebammen (siehe Tabelle 4.5).

ABB. 4.7 Angehörige der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe pro 100 000 Einwohner in Österreich und ausgewählten Ländern, 1995 bis 2014 (oder letztes verfügbares Jahr)



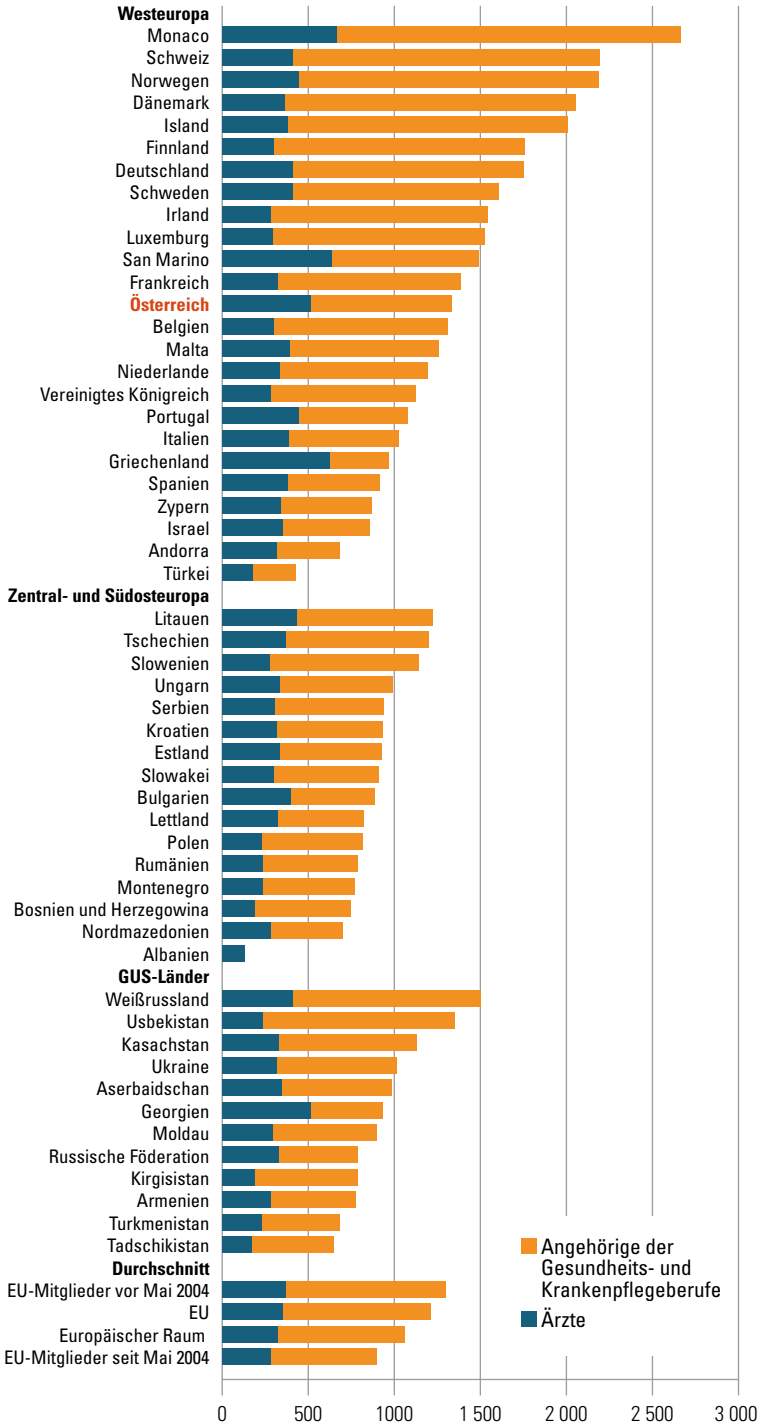
Anmerkung: Die Daten für Österreich beinhalten die Anzahl von Diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegern sowie Pflegeassistenten (ehemalige Berufsbezeichnung bis 2016 „Pflegehelfer“), die in Krankenanstalten beschäftigt sind (im Gegensatz zu Tabelle 4.5)

Quelle: (WHO 2017c)

ZAHNÄRZTE

Im Jahr 2015 arbeiteten 4 906 Zahnärzte in Österreich (Statistik Austria, 2017f; BMGF, 2017j). Seit 1995 hat die Anzahl an Zahnärzten um 77% zugenommen. Im Jahr 2014 lag die Zahnärztedichte pro Einwohner unter dem EU-15-Durchschnitt (57,3 pro 100 000 Einwohner im Vergleich zu 70,5)

ABB. 4.8 Ärzte und Angehörige der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe pro 100 000 Einwohner in der WHO-Region Europa, 2014 (oder letztes verfügbares Jahr)

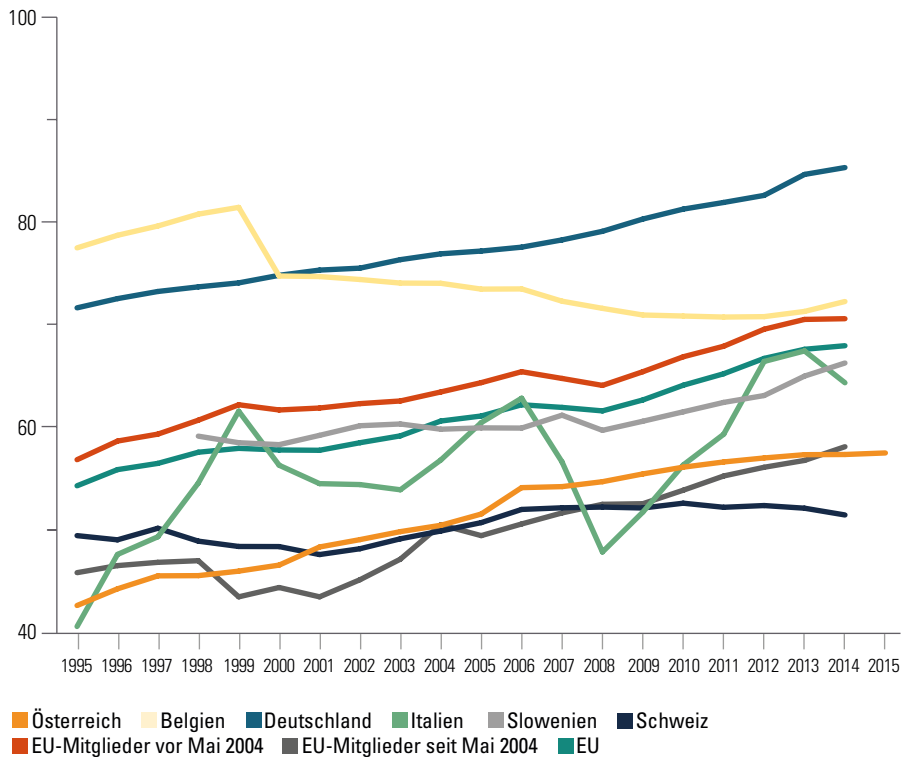


Anmerkungen: EU: Europäische Union; GUS: Gemeinschaft unabhängiger Staaten

Quelle: (WHO 2017c)

und damit signifikant unter der Zahnärztedichte in Deutschland (85,3) (siehe Abb. 4.9). Von den Vergleichsländern weist lediglich die Schweiz eine niedrigere Zahnärztedichte auf (51,4 pro 100 000 Einwohner). Der Großteil der Zahnärzte arbeitet auf selbständiger Basis in Privatpraxen außerhalb von Krankenhäusern (ca. 80% im Jahr 2015), entweder mit oder ohne Vertrag mit einem Krankenversicherungsträger. Angestellte Zahnärzte (ca. 20% im Jahr 2015) arbeiten überwiegend in Krankenhäusern oder Zahnkliniken.

ABB. 4.9 Zahnärzte pro 100 000 Einwohner in Österreich und ausgewählten Ländern, 1995–2015 (oder letztes verfügbares Jahr)



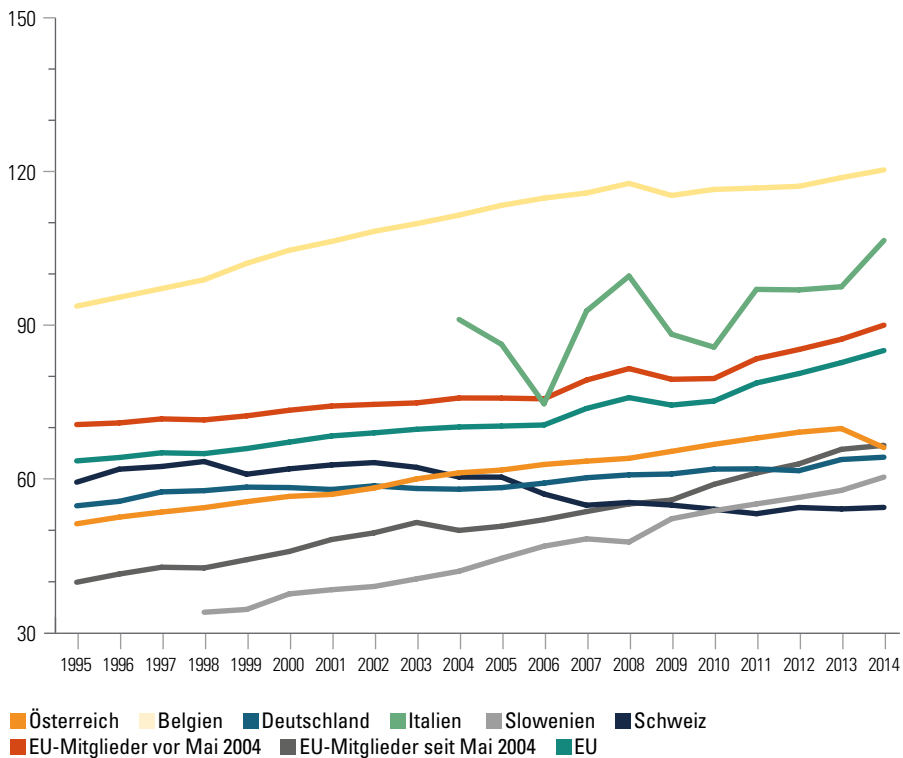
Quelle: WHO 2017c

APOTHEKER

Abb. 4.10 zeigt, dass die Anzahl der Apotheker in Österreich seit 2000 kontinuierlich auf 66,1 pro 100 000 Einwohner im Jahr 2014 gestiegen ist. Trotz dieser Steigerung liegt der Wert deutlich unter dem EU-Durchschnitt (85,1).

Im Jahr 2016 waren 5 822 Apotheker in öffentlichen Apotheken beschäftigt, ein Viertel davon selbständig. Durchschnittlich arbeiten vier Apotheker in einer öffentlichen Apotheke. Die Mehrheit der Apotheker sind Frauen (79,1%) und etwa 50% der Apotheken stehen im Besitz und unter der Leitung von Apothekerinnen. In den 45 Krankenhausapotheken waren im Jahr 2015 nur 362 Apotheker beschäftigt (Österreichische Apothekerkammer, 2017).

ABB. 4.10 Apotheker pro 100 000 Einwohner in Österreich und ausgewählten Ländern, 1995 bis 2014 (oder letztes verfügbares Jahr)



Quelle: (WHO 2017c)

■ 4.2.2 Berufliche Mobilität des Gesundheitspersonals

Die Berufliche Mobilität des Gesundheitspersonals war lange Zeit durch die Zuwanderung von ausländischen Angehörigen der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe bei gleichzeitiger Abwanderung von in Österreich

ausgebildeten Ärzten ins Ausland, charakterisiert. Die wichtigsten Zielländer für ausgebildete Ärzte sind Deutschland und die Schweiz. Angehörige der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe kommen hauptsächlich aus Deutschland und Osteuropa nach Österreich.

ÄRZTE

Der Anteil von im Ausland ausgebildeten Ärzten stieg von 2,9% im Jahr 2006 auf 5,1% im Jahr 2016. Österreich stellt unter anderem aufgrund der fehlenden Sprachbarriere das Hauptzielland für deutsche Ärzte dar. Im Jahr 2015 arbeiteten insgesamt 1 084 deutsche Ärzte in Österreich (ca. 60% aller im Ausland ausgebildeten Ärzte). Umgekehrt ist Deutschland ebenfalls ein Hauptzielland für österreichische Ärzte, hauptsächlich bedingt durch die höheren Gehälter in Deutschland. Im Jahr 2015 waren insgesamt 1 977 österreichische Ärzte dort beschäftigt. Weitere Herkunftsländer sind Ungarn (244 Ärzte), Slowakei (105 Ärzte) und die Tschechische Republik (77 Ärzte) (OECD, 2017j; OECD, 2017k).

Nach dem Urteil des Europäischen Gerichtshofs über den Hochschulzugang im Jahr 2005, das bisherige Beschränkungen aufgrund der Diskriminierung von Studienwilligen aus anderen EU-Staaten für ungesetzlich erklärte, stieg die Anzahl an ausländischen Studenten an medizinischen Fakultäten in Österreich deutlich an. Die signifikante Zunahme an internationalen Studenten hat das Bildungs- und Ausbildungssystem stark unter Druck gesetzt. Um den Zustrom ausländischer Studenten (überwiegend aus Deutschland) zu bewältigen, entschloss sich Österreich im Jahr 2006 dazu, 75% der Studienplätze an den medizinischen Fakultäten an Studenten mit einem österreichischen Reifezeugnis zu vergeben. Dieses quotenbasierte System soll dazu dienen, einen Ärztemangel in Österreich zu vermeiden, da ausländische Absolventen mehrheitlich in ihre Herkunftsländer zurückkehren.

PFLEGEPERSONAL

Im Gegensatz zu Ärzten besteht bei Angehörigen der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe ein konstanter Nettozustrom von im Ausland

geborenem und ausgebildetem Pflegepersonal aus den Nachbarländern. Der überwiegende Anteil kommt aus Deutschland, da es keine Sprachbarriere gibt. Auch die Slowakei spielt aufgrund ihrer geographischen Nähe und der Möglichkeit zu pendeln eine wichtige Rolle. Genaue Zahlen von im Ausland ausgebildeten Pflegekräften werden in den kommenden Jahren durch das 2018 eingeführte Gesundheitsberuferegister zur Verfügung stehen.

Gemäß Zensusdaten entsprach der Anteil der im Ausland geborenen Angehörigen der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe 2009/2010 in Österreich dem Durchschnitt der 22 OECD-Länder, von denen Daten verfügbar sind (14,5%) (OECD, 2015). Die Anzahl ist abgesehen von einem kurzen Anstieg nach der EU-Erweiterung im Jahr 2004 seit 2000/2001 stabil geblieben. Die Mehrheit des im Ausland geborenen Pflegepersonals kommt aus den EU-15-Ländern, den EFTA-Ländern (36%) und den neuen EU-Mitgliedsstaaten (35%). Die Migration von Angehörigen der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe und Betreuungskräften spielt auch im Langzeitpflegesektor eine wichtige Rolle (siehe Kapitel 5.8.1), da ca. 30% der 2012/2013 in der häuslichen Pflege tätigen Personen im Ausland, vorwiegend in Rumänien und der Slowakei, geboren wurden (OECD, 2015). Das volle Ausmaß der Migration des Gesundheitspersonals ist schwer zu erfassen, weil Daten über ausländische Angehörige von Gesundheitsberufen, vor allem für Pflegepersonal, bisher nicht systematisch aufgezeichnet und ausgewertet wurden.

■ 4.2.3 *Ausbildung des Gesundheitspersonals*

In Österreich ist die Ausbildung für alle Gesundheitsberufe bundesweit gesetzlich geregelt. Die EU-Gesetzgebung (z. B. die Richtlinie über die Anerkennung von Berufsqualifikationen (Richtlinie 2005/36/EG) wurde in nationales Recht umgesetzt (BMGF, 2017g). Nichtakademische Ausbildungen werden durch das Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (BMASGK) geregelt. Tertiäre Ausbildungen werden durch das Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Forschung (BMBWF) geregelt (z. B. im Universitätsgesetz (UG) (UG, 2002) und dem Fachhochschul-Studiengesetz (FHStG)). Das BMASGK gibt auch Richtlinien für die Ausbildung von Angehörigen von Gesundheitsberufen an Fachhochschulen oder tertiären

Bildungseinrichtungen heraus (BMGF, 2017aj). Für Gesundheitsberufe mit einer gesetzlichen Interessenvertretung (z. B. Kammern) liegt ein Teil der Zuständigkeit der Regelung der postgradualen Ausbildung auch bei diesen (Hofmarcher und Quentin, 2013). Fortbildung ist in allen Gesundheitsberufen verpflichtend, wenngleich die benötigte Anzahl an Stunden nicht immer eindeutig definiert ist. Die folgenden Abschnitte geben einen Überblick über Ausbildung und Anforderungen für alle Angehörigen von Gesundheitsberufen. Die Regelungen für Ärzte und Pflegeberufe sind aufgrund aktueller Änderungen detaillierter beschrieben.

ÄRZTE, ZAHNÄRZTE, PHARMAZEUTEN UND ANDERE GESUNDHEITSBERUFE MIT UNIVERSITÄTSABSCHLUSS

Die Universitätsausbildung von Ärzten ist durch das Universitätsgesetz von 2002 und die Ärzteausbildungsordnung von 2015 geregelt (Ärzteausbildungsordnung, 2015). Medizinische Studienrichtungen (Humanmedizin und Zahnmedizin) werden an vier öffentlichen Universitäten (Wien, Graz, Innsbruck und Linz) mit einer Gesamtkapazität von 1 536 Studienplätzen im Studienjahr 2018/2019 (JKU 2018, medizinstudieren 2018) angeboten. Hinzu kommen drei private Universitäten in Salzburg (75 Studienplätze), Krems (50 Studienplätze für 2018/2019, 70 Studienplätze ab 2019) und Wien (150 Studienplätze) (Ärztezeitung, 2016; SFU, 2017; PMU, 2017; FH Krems, 2017). Das Medizinstudium umfasst eine Mindeststudiendauer von 6 Jahren, ausgenommen in Salzburg, wo ein fünfjähriges Studium angeboten wird, das den sechsjährigen Studiengängen an anderen Universitäten entspricht. Die Studiengänge an medizinischen Fakultäten sind nicht im Detail geregelt (das Universitätsgesetz legt nur Dauer des Studiums und ECTS-Punkte fest), Struktur sowie Curricula unterscheiden sich an den einzelnen Universitäten.

Im Jahr 2006 wurde die Zulassung zum Medizinstudium an den öffentlichen Universitäten mit der Einführung des standardisierten Eignungstests für das Medizinstudium (EMS) beschränkt. Die privaten Universitäten haben eigene Zulassungsvoraussetzungen. Nachdem Österreich im Jahr 2005 einen deutlichen Zustrom an deutschen Studenten verzeichnete, wurde 2006 eine Quotenregelung eingeführt, durch die 75% der Studienplätze an Studenten

mit einem österreichischen Schulabschluss, 20% an EU-Bürger und 5% an Nicht-EU-Bürger vergeben werden. Die Einführung dieser Regelung hatte die Einleitung eines Verfahrens gegen Österreich wegen Verstoßes gegen den EU-Grundsatz der Nichtdiskriminierung zur Folge (ab 2007). Das Verfahren wurde 2017 beigelegt, da die Europäische Kommission die Quotenregelung für gerechtfertigt erklärte (Miko, 2017).

Die postgraduale Ärzteausbildung wird durch das BMASGK (Ärzteausbildungsordnung, 2015) sowie die Österreichische Ärztekammer (ÖÄK) in ihrem jeweiligen Zuständigkeitsbereich geregelt. 2015 wurde die postgraduale medizinische Ausbildung einer großen Strukturreform unterzogen. Die postgraduale medizinische Ausbildung für Allgemeinmediziner und Fachärzte beginnt nun mit einer mindestens neunmonatigen praktischen Ausbildung, in der die Absolventen klinische Basiskompetenzen in konservativen und chirurgischen Fachgebieten erlangen. Anschließend absolvieren sie eine Ausbildung in dem von ihnen gewählten Fachgebiet: Angehende Allgemeinmediziner absolvieren eine praktische Ausbildung im Ausmaß von 33 Monaten (2,75 Jahre) an einer anerkannten Ausbildungsstätte, die sie mit einer Prüfung zum Arzt für Allgemeinmedizin abschließen. Angehende Fachärzte absolvieren eine Ausbildung im Ausmaß von 63 Monaten (5,25 Jahre) an einer anerkannten Ausbildungsstätte (dies beinhaltet 15–36 Monate Sonderfach-Grundausbildung, gefolgt von einer Sonderfach-Schwerpunktausbildung im Ausmaß von 27–48 Monaten und der Facharztprüfung) (BMGF, 2017g; BMGF, 2017aj). Ausbildungsstätten müssen bestimmte in der Ärzteausbildungsordnung festgelegte Qualitätskriterien erfüllen, die von der Österreichischen Ärztekammer (ÖÄK) überprüft werden, welche wiederum dem BMASGK berichtet.

Für alle praktizierenden Ärzte gilt die Fortbildungsverpflichtung mit einer festgelegten Anzahl an (Kontakt-)Stunden. Die Österreichische Ärztekammer ist für die Regelung, Förderung und Überprüfung der Fortbildung ihrer Mitglieder, die Ausstellung von speziellen Diplomen und Zertifikaten sowie für die Durchführung von weiteren Kursen zuständig (z. B. für besondere Formen ärztlicher Berufsausübung wie Arbeitsmedizin, öffentliche Gesundheit, Notfallmedizin und Alternativmedizin).

Der Berufsgruppe der Zahnärzte wurde 2005 durch das Zahnärztegesetz (2005) von anderen ärztlichen Gruppen getrennt. Davor war Zahnmedizin ein medizinischer Fachbereich, der nach der allgemeinen medizinischen Ausbildung absolviert wurde. Die Ausbildung zum Zahnarzt findet an

einer medizinischen Universität statt, dauert mindestens 6 Jahre und beinhaltet eine klinische Ausbildung. Ärzte, die in Zahn-, Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie spezialisiert sind, sind Mediziner (Ausbildung siehe oben) mit einer Ausbildung in diesem Fachbereich (BMGF, 2017aj).

Das Pharmaziestudium dauert in Österreich neun Semester. Nach dem Studienabschluss folgen ein praktisches Jahr in einer Apotheke und eine Abschlussprüfung, die Absolventen dazu berechtigt, als angestellte Apotheker zu arbeiten. Verschiedene Gesetze regeln die Anforderungen an die Ausbildung für Pharmazeuten, die wichtigsten sind das Apothekengesetz (ApoG) (1906, letzte Änderung 2017) und das Apothekerkammergesetz (2001, letzte Änderung 2017) (BMGF, 2017aj). Letzteres regelt auch die Fortbildung von Apothekern.

Andere Gesundheitsberufe mit Universitätsabschluss sind Gesundheitspsychologen, klinische Psychologen, Tierärzte und Sportwissenschaftler. Es können verschiedene akademische Grade erreicht werden (Bachelor, Master, Dr., PhD), an die zumeist eine Ausbildung in einem klinischen Setting anschließt (Aistleithner, 2017).

GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGEBERUFE

Aus- und Weiterbildung von Angehörigen der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe sind im Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG) geregelt (1997/Novelle 2016). Bis 2016 gehörten zu den Gesundheits- und Krankenpflegeberufen die Diplomierten Gesundheits- und Krankenpfleger (DGKP) sowie Pflegehelfer. Im Juli 2016 verabschiedete das österreichische Parlament nach einer breit angelegten Evaluation des bestehenden Gesetzes (2009–2012) eine Änderung des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes (GuKG) (1997). Zusätzlich zu den zwei bestehenden Gesundheits- und Krankenpflegeberufen wurde mit der Pflegefachassistenz eine neue Berufsgruppe geschaffen (GuKG-Novelle, 2016). Die bisherige Berufsbezeichnung „Pflegehilfe“ wurde in „Pflegeassistenz“ umbenannt. Die Ausbildung in der Pflegeassistenz dauert bei Vollzeitausbildung ein Jahr in einer Gesundheits- und Krankenpflegeschule, in der Pflegefachassistenz dauert sie bei Vollzeitausbildung zwei Jahre.

Im Zuge der Reform wurden die Berufsprofile an das sich verändernde Arbeitsumfeld und an neue Anforderungen hinsichtlich Skill- und

Grade-Mix im Gesundheitswesen angepasst. Die Hauptziele der Reform des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes (GuKG) sind folgende:

- Kompetenz- statt Tätigkeitsorientierung;
- Steigerung der Anzahl von Pflegekräften;
- Gleichmäßigere Verteilung der Arbeitslast unter verschiedenen Berufsgruppen und
- Steigerung der Attraktivität der Pflegeberufe, um junge Menschen dafür zu gewinnen und bereits ausgebildete im Beruf zu halten.

Mehrere Studien prognostizierten, dass es in Österreich ohne eine Reform der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe bald zu einem Pflegekräftemangel kommen könnte (Rappold et al., 2017; Zsifkovits et al., 2013).

Die dreijährige Ausbildung im gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege (GuK, Stand Juli 2018 mit verpflichtender Registrierung für die Berufsausübung) kann derzeit noch sowohl an Fachhochschulen (seit 2010) als auch an Gesundheits- und Krankenpflegeschulen absolviert werden. Die vollständige Überführung der Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung im gehobenen Dienst in den tertiären Bildungssektor ist für den 1.1.2024 vorgesehen. Aktuell wird die Ausbildung zum gehobenen Dienst für GuK (noch) an rund 80 Gesundheits- und Krankenpflegeschulen, die meist an Krankenhäuser gekoppelt sind und bereits an zehn Fachhochschulen angeboten. Im Rahmen eines „Kombistudiums“ bestand die Möglichkeit das Bachelor-Studium Pflegewissenschaft mit der Ausbildung zur DGKP zu kombinieren. Dazu arbeiteten Gesundheits- und Krankenpflegeschulen mit zwei Privatuniversitäten zusammen. Ab 2024 kann eine Qualifikation für diesen Beruf nur noch mit einem Bachelorabschluss (drei Jahre, 180 ECTS) an Fachhochschulen erworben werden, was internationalen Standards entspricht.

Für DGKP sowie für Angehörige der Pflegeassistentenberufe gilt die Verpflichtung zur Fortbildung, die Verantwortung dafür liegt bei den Berufsangehörigen selbst und bei ihren Arbeitgebern. Fortbildungskurse müssen für DGKP 60 Stunden innerhalb von fünf Jahren und für Pflegeassistenten und Pflegefachassistenten 40 Stunden beinhalten.

WEITERE GESUNDHEITSBERUFE

Andere Gesundheitsberufe, deren Ausbildung an Fachhochschulen erfolgt (dreijähriges Bachelor-Studium), sind Hebammen, gehobene medizinisch-technische Dienste (Medizinisch-technischer Laboratoriumsdienst, Radiologisch-technischer Dienst, Diätendienst und ernährungsmedizinischer Beratungsdienst, Physiotherapeutischer Dienst, Ergotherapeutischer Dienst, Logopädisch-phoniatrisch-audiologischer Dienst und Orthoptischer Dienst).

Für Psychotherapeuten gibt es verschiedene Ausbildungsmöglichkeiten, die häufig von privaten Instituten (Vereine, Universitäten) angeboten werden. Die Ausbildung ist in einen allgemeinen und einen fachspezifischen Teil gegliedert. Was die Spezialisierung anbelangt, so sind in Österreich viele psychotherapeutische Methoden anerkannt.

Musiktherapeuten werden an einer (öffentlichen) österreichischen Universität oder Fachhochschule ausgebildet (Bachelor- oder Masterstudiengänge).

Ausbildungsangebote und -dauer der medizinischen Assistenzberufe sind heterogen. Sie absolvieren eine Ausbildung für Medizinische Assistenz (Desinfektionsassistenz, Gipsassistenz, Laborassistenz, Obduktionsassistenz, Operationsassistenz, Ordinationsassistenz, Röntgenassistenz, Medizinische Fachassistenz) oder einen Kurs im Ausmaß von 650–2 500 Stunden.

Die Ausbildung im kardiotechnischen Dienst ist eine berufsbegleitende Ausbildung im Rahmen eines Dienstverhältnisses in einer Krankenanstalt. Die Aneignung der theoretischen Kenntnisse erfolgt überwiegend durch ein vom Ausbildungsverantwortlichen betreutes Selbststudium.

Masseure werden als medizinische Masseure und/oder Heilmasseure ausgebildet, Rettungssanitäter haben ebenfalls einen klar festgelegten Ausbildungsablauf. Die Ausübung von Tätigkeiten der Sanitäter setzt voraus, dass die Ausbildung zum Rettungssanitäter bzw. zum Notfallsanitäter und des Berufsmoduls absolviert wurden. Zahnärztliche Assistenten absolvieren im Rahmen eines Dienstverhältnisses einen dreijährigen Kurs.

4.2.4 *Ärztlicher Karriereverlauf*

Nach Absolvierung der postgradualen medizinischen Ausbildung als Allgemeinmediziner und/oder Facharzt haben Ärzte verschiedene Karrieremöglichkeiten. Die Anforderungen für die Ausübung des Arztberufs

sind im Ärztegesetz (ÄrzteG) (1998/2017) geregelt. Ärzte können entweder in medizinischen oder in nicht-medizinischen Settings arbeiten. Letzteres beinhaltet Positionen im Beratungsbereich, der pharmazeutischen Industrie, im öffentlichen Sektor (Bund, Länder, Gesundheitsdienste von Gemeinden, Polizei oder Bundesheer), bei Krankenversicherungsträgern oder Schulen etc. Arbeitsmediziner, Notärzte und Amtsärzte sowie Polizei- und Militärärzte sind besondere Formen der ärztlichen Berufsausübung mit jeweils eigenen Aufnahmekriterien und definierten Weiterbildungen.

In Krankenanstalten sind Ärzte zumeist als Angestellte tätig. Sowohl angehende Allgemeinmediziner als auch angehende Fachärzte starten ihre berufliche Laufbahn im Krankenhaus als Turnusärzte. Ärzte mit einer Ausbildung als Allgemeinmediziner können weiter als Assistenzärzte in einem Krankenhaus arbeiten und werden dabei in der Regel einer Abteilung zugeteilt. Fachärzte können Oberärzte werden. Die Verleihung dieses Titels ist nicht gesetzlich geregelt, sondern abhängig von beruflicher Qualifikation und Dienstalter. Manche Oberärzte sind als stationsführende Oberärzte tätig. Fachärzte, die einer Abteilung angehören, unterliegen der Aufsicht des Leiters der Abteilung (Primararzt). Der nächste Karrieresprung ist die Position des ersten Oberarztes, der in der Regel vom Primararzt und/oder dem Eigentümer der Krankenanstalt ernannt wird. Der Primararzt ist der Abteilungsvorstand, wofür bestimmte berufliche Qualifikationen (in den Bereichen Medizin und Verwaltung) sowie eine einschlägige Berufserfahrung Voraussetzung sind (Mossialos et al., 2006). In Krankenanstalten angestellte Ärzte können durch die Behandlung von Patienten mit einer privaten Zusatzversicherung („Sonderklassepatienten“) ein zusätzliches Einkommen generieren, wobei sich die Erstattungsmechanismen je nach Fachgebiet und Krankenhaus erheblich voneinander unterscheiden.

Fachärzte, die nicht in Krankenhäusern tätig sind, arbeiten üblicherweise mit oder ohne Kassenvertrag selbständig in einer privaten Praxis. Fachärzte dürfen mit wenigen Ausnahmen nur in ihrem Fachgebiet praktizieren. Um als Vertragsarzt tätig zu werden, müssen bestimmte Voraussetzungen erfüllt werden, die zwischen der oder den jeweiligen regionalen Ärztekammer(n) und dem oder den Krankenversicherungsträger(n) vereinbart werden. Freie Stellen werden durch die Ärztekammer ausgeschrieben. Niedergelassene Ärzte arbeiten meist in Einzel- oder Gruppenpraxen. Die Kriterien für Ärzte, die eine Beschäftigung in einer Primärversorgungseinheit (PVE) anstreben, werden seit 2018 vertraglich von der Österreichischen Ärztekammer (ÖÄK)

und dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (HVB) vereinbart.

■ 4.2.5 *Karriereverlauf anderer Gesundheitsberufe*

Angehörige anderer Gesundheitsberufe können ebenfalls in nicht-klinischen Settings arbeiten, wie etwa in der Beratung, Forschung oder in der Lehre, im öffentlichen Dienst, der Sozialversicherung und/oder für die pharmazeutische Industrie. Die derzeitige Verlagerung der Ausbildung hin zu Fachhochschulen hat die Bedeutung der Forschung für viele Angehörige der Gesundheitsberufe gesteigert.

Aufgrund der Tertiärisierung (Verlagerung der Ausbildung der gehobenen Gesundheitsberufe in den tertiären Bildungsbereich) sowie der zunehmenden Nachfrage bilden sich neue spezialisierte und erweiterte Rollen für Angehörige von Gesundheitsberufen heraus (z. B. respiratorische Physiotherapie, Familiengesundheitspflege, Advanced Nursing Practice oder Advanced Occupational Therapy). Ähnlich wie in anderen Ländern sind diese in der Regel nicht gesetzlich geregelt.

Apotheker können im Angestelltenverhältnis oder selbständig arbeiten, in öffentlichen Apotheken oder in Krankenhausapotheken. Nach fünf Jahren Berufspraxis können Apotheker eine Konzession erhalten und Apothekeninhaber und Leiter einer öffentlichen Apotheke werden (einer neuen oder bestehenden Apotheke). Die Konzession für eine Apotheke wird von der Österreichischen Apothekerkammer (ÖAK) verliehen. Fort- und Weiterbildung werden von der Apothekerkammer überprüft.

Der gehobene Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege trägt die Verantwortung für die unmittelbare und mittelbare Pflege von Menschen in allen Altersstufen, Familien und Bevölkerungsgruppen in mobilen, ambulanten, teilstationären und stationären Versorgungsformen sowie allen Versorgungsstufen (Primärversorgung, ambulante spezialisierte Versorgung sowie stationäre Versorgung) (Gesundheits- und Krankenpflegegesetz, 1997; Habimana et al., i. E.; Weiss, 2014). Im Gegensatz zu den Angehörigen der beiden Pflegeassistentenberufe können sie entweder im Angestelltenverhältnis oder auf selbständiger Basis arbeiten. Nach ihrem Abschluss können DGKP eine Spezialisierung in der Kinder- und Jugendlichenpflege, der Psychiatrischen Gesundheits- und Krankenpflege, der Intensivpflege,

der Anästhesiepflege, der Pflege bei Nierenersatztherapie, der Pflege im Operationsbereich, der Krankenhaushygiene, in Wundmanagement und Stomaversorgung, der Hospiz- und Palliativversorgung oder der Psychogeriatrischen Pflege erwerben (BMGF, 2017aj). Die spezielle Grundausbildung in der Kinder- und Jugendlichenpflege und in der psychiatrischen Gesundheit- und Krankenpflege wurde zugunsten einer Spezialisierungsmöglichkeit nach dem Absolvieren der generalistischen Grundausbildung („Diplom“) abgeschafft. Weitere Karrieremöglichkeiten und -stufen für DGKP sind leitende Positionen (z. B. als Abteilungsleitung, Stationsleitung oder in einer höheren Ebene Pflegedienstleitung in einem Krankenhaus oder Pflegeheim), in der Lehre (z.B. als Lektor) oder in der Forschung. Öffentliche und private (Gesundheits-)Institute bieten ebenfalls Karrieremöglichkeiten.

Hebammen können ihren Beruf entweder selbständig und/oder im Angestelltenverhältnis in Krankenhäusern, Instituten der pränatalen und postnatalen Betreuung, bei Ärzten oder in medizinischen Gruppenpraxen ausüben.

Die meisten Angehörigen von Gesundheitsberufen, die in einem therapeutischen Bereich arbeiten (z. B. Physiotherapeuten, Psychotherapeuten, Logopäden), arbeiten auf selbständiger Basis oder im Angestelltenverhältnis, mit alleiniger oder geteilter Verantwortung. Einige von ihnen können Leistungen mit der gesetzlichen Krankenversicherung abrechnen, Patienten benötigen für die Kostenübernahme durch ihren Krankenversicherungsträger jedoch zuvor eine ärztliche Überweisung.

Medizinische Masseure und Heilmasseure können auf selbständiger Basis oder im Angestelltenverhältnis beschäftigt sein (in Krankenhäusern, in anderen Einrichtungen unter medizinischer Verwaltung oder Aufsicht, in Arztpraxen, Gruppenpraxen oder für Physiotherapeuten).

Erbringung von Gesundheitsdiensten

Die Erbringung von Gesundheitsdiensten ist in Österreich durch einen verhältnismäßig freien Zugang zu allen Ebenen der Versorgung einschließlich Allgemeinmediziner, niedergelassene Fachärzte und Krankenhäuser gekennzeichnet. Es gibt kein formales Gatekeeping-System. In der extramuralen Versorgung können Patienten zwischen Einzelordinationen, Gemeinschaftspraxen, Spitalsambulanzen und selbstständigen Ambulatorien wählen. Sie haben auch die Wahl zwischen Vertragsärzten (45%) der sozialen Krankenversicherungen und Wahlärzten (55%). Für Behandlungen bei Wahlärzten werden 80% des anzuwendenden Tarifs der sozialen Krankenversicherung erstattet.

Generell ist die Gesundheitsversorgung nach wie vor stark auf die Behandlung im Krankenhaus fokussiert. 2015 hatte Österreich noch immer die zweithöchste Krankenhaushäufigkeit in der EU (nach Bulgarien). Die derzeitige Gesundheitsreform zielt darauf ab, die stationäre Leistungserbringung in Richtung der ambulanten Versorgung zu verlagern, wobei ein Schwerpunkt auf der Stärkung der Primärversorgung liegt. Ein vielversprechender Schritt in diese Richtung ist die Einrichtung von 75 multiprofessionellen und interdisziplinären Primärversorgungseinheiten als Teil der Zielsteuerung-Gesundheit 2017–2021. In der Vergangenheit hat die duale Finanzierung zwischen Ländern und Krankenversicherungsträgern oftmals die Koordination erschwert und eine Verschiebung der Leistungserbringung in Richtung des extramuralen Sektors beeinträchtigt, da dies konsequenterweise die Ausgaben der Sozialversicherungsträger erhöhen würde.

Sozialleistungen und Leistungen der Langzeitpflege und -betreuung unterscheiden sich deutlich vom Gesundheitssystem in Bezug auf Gesetzgebung, Zuständigkeiten und Finanzierung, was die Komplexität des Systems zusätzlich verstärkt und die Koordination zwischen den Sektoren erschwert. Der Bereich Langzeitpflege und -betreuung basiert auf dem einkommensunabhängigen Pflegegeld, welches an ca. 5% der Bevölkerung ausbezahlt wird. Sachleistungen werden in unterschiedlichen Settings erbracht, wie etwa durch pflegende Angehörige (42%), in der formellen häuslichen Pflege und Betreuung (32%), in teilstationären Tageszentren (2%), Pflegeheimen (19%) und in der 24-Stunden-Betreuung durch privat bezahlte Personenbetreuung (5%).

Die Arzneimittelversorgung weist in Österreich eine hohe Dichte auf und wird durch öffentliche Apotheken, Ärzte, die Arzneimittel in Hausapotheken direkt abgeben, sowie Krankenhausapotheken und Arzneimittellager gewährleistet. Der Anteil der Generika an verschriebenen und abgegebenen Arzneimitteln ist sowohl mengen- als auch wertmäßig relativ niedrig. Weder die Wirkstoffverschreibung (International Nonproprietary Name, INN) noch die Generika-Substitution ist in Österreich zulässig. Die Einführung von e-Rezept bzw. der e-Medikation im Rahmen der Elektronischen Gesundheitsakte (ELGA) soll eine adäquate Rezeptausstellung sicherstellen und nachteilige Folgen der Polypharmazie in den nächsten Jahren verringern.

Im Bereich der Prävention liegt der Fokus noch immer stark auf der medizinischen Vorsorge, allerdings gibt es Bemühungen, auch verstärkt soziale und Umweltaspekte mit einzubeziehen. Trotz kostenloser Impfkationen für Kinder sind die Impfquoten bei Einjährigen vergleichsweise niedrig (83% für Diphtherie, Tetanus und Keuchhusten und 76% für Masern). Der Tabakkonsum stellt in Österreich eine der größten Herausforderungen für öffentliche Gesundheit dar und ist ein bedeutender gesundheitlicher Risikofaktor. Die hohe Raucherrate hängt vermutlich mit der vergleichsweise freizügigen Tabakpolitik und dem Fehlen eines umfassenden Rauchverbots in Bars und Restaurants zusammen.

■ 5.1 Öffentliche Gesundheit

In Österreich übernimmt der Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) Aufgaben in den Bereichen Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung,

Gesundheitsförderung und Prävention, Gesundheitsplanung und Politikberatung, Kontrolle von Infektionskrankheiten, medizinisches Krisenmanagement sowie Umweltmedizin und Hygiene (BMASGK, 2018d). Die öffentliche Gesundheitspolitik und -praxis ist durch die Vielzahl an Akteuren aus verschiedenen Sektoren (Bildung, Soziales, Umwelt etc.) (BMGF, 2017u), darunter einige Bundesministerien, Sozialversicherungsträger, die Bundesgesundheitsagentur (BGA), der Oberste Sanitätsrat, die Österreichische Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit GmbH (AGES) sowie weitere Körperschaften, äußerst fragmentiert (siehe Kapitel 2.3.1 und 2.3.4).

Auch Universitäten, Forschungsinstitute, NGOs und Expertengruppen übernehmen Funktionen im öffentlichen Gesundheitswesen und in der öffentlichen Gesundheitsforschung. Diese sind u. a. die Österreichische Gesellschaft für Public Health, das Ludwig Boltzmann Institut für Health Technology Assessment (LBI-HTA), das Institut für Gesundheitsförderung und Prävention GmbH (IfGP) und die Gesundheit Österreich GmbH (GÖG), zu der der Fonds Gesundes Österreich (FGÖ) gehört.

Die 10 Gesundheitsziele Österreich, die 2012 beschlossen wurden, zeigen die Bedeutung der öffentlichen Gesundheit in Österreich. Sie geben die Rahmenbedingungen für die öffentliche Gesundheitspolitik bis 2032 vor; sie folgen dem so genannten „Health in all Policies“-Ansatz und sollen zu einer Steigerung der Lebenserwartung in Gesundheit beitragen (BMGF, 2017s).

Die öffentlichen Ausgaben für die Gesundheitsvorsorge (gemäß SHA) betragen im Jahr 2015 € 555 Millionen, was 1,6% der laufenden Gesundheitsausgaben entspricht (OECD, 2017c).

■ 5.1.1 *Kontrollfunktionen für Infektionskrankheiten*

Überwachung und Kontrolle von übertragbaren Krankheiten fallen in erster Linie unter die Zuständigkeit des BMASGK, das Infektionskrankheiten durch das Epidemiologische Meldesystem (EMS) überwacht. Gemäß Epidemiegesetz müssen alle Gesundheitsdiensteanbieter und beteiligten Akteure bestimmte übertragbare Krankheiten an dieses System melden (Epidemiegesetz, 1950). Dies ermöglicht zeitliches und räumliches Monitoring von Krankheiten und die Planung von Präventivmaßnahmen (BMGF, 2017r). Lebensmittelbedingte Krankheiten werden von Gesundheits-,

Ernährungs- und veterinärmedizinischen Behörden gemeinsam überwacht. Um Ausbrüche von lebensmittelbedingten Krankheiten zu bekämpfen, wurde 2012 in der Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit GmbH (AGES) eine dafür zuständige Stelle eingerichtet (Hofmarcher und Quentin, 2013).

Die Überwachung der antimikrobiellen Resistenz erfolgt seit 2005; dies schließt die Überwachung des Antibiotikaeinsatzes im niedergelassenen Bereich und Verwendungsstatistiken in Krankenhäusern ein (Hofmarcher und Quentin, 2013). Die Überwachungsergebnisse werden im jährlich erscheinenden Resistenzbericht Österreich veröffentlicht. Der Nationale Aktionsplan zur Antibiotikaresistenz (NAP-AMR) wurde 2017 veröffentlicht und soll den Einsatz von Antibiotika optimieren (BMGF, 2017y). Er zielt primär darauf ab, die Bildung und Verbreitung antimikrobieller Resistenzen zu bekämpfen, die Wirksamkeit von Antibiotika zu erhalten und die Qualität von Antibiotikatherapien zu fördern. Der NAP-AMR soll ab 2018 auf Grundlage des Europäischen Aktionsplans zur Bekämpfung antimikrobieller Resistenzen, der 2017 im Rahmen des Konzepts Eine Gesundheit veröffentlicht wurde, überarbeitet werden (Europäische Kommission, 2017b).

■ 5.1.2 Gesundheitsförderung und -bildung

Im Jahr 2012 beschlossen die Bundesgesundheitskommission (BGK) und der Ministerrat die 10 Gesundheitsziele Österreich, die die Rahmenbedingungen für die Steuerung des Gesundheitssystems bis 2032 vorgeben. Neun der 10 Gesundheitsziele thematisieren Gesundheitsförderung und verwandte Themen wie Gesundheitskompetenz und Gesundheitsverhalten (siehe Kapitel 6.1.1).

Die Gesundheitsförderungsstrategie, die während der Gesundheitsreformperiode 2013–2016 vereinbart wurde, bildet das Rahmenwerk für ein breit abgestimmtes Handeln im Bereich der Gesundheitsförderung in Österreich bis 2022. Ihre Schwerpunktbereiche sind Frühe Hilfen, gesunde Kinderkrippen und gesunde Kindergärten, gesunde Schulen, gesunde Lebenswelten und gesunde Lebensstile von Jugendlichen und Menschen im erwerbsfähigen Alter, Gesundheitskompetenz von Jugendlichen, Menschen im erwerbsfähigen Alter und älteren Menschen, soziale Teilhabe und psychosoziale Gesundheit von älteren Menschen. Ebenso

definiert die Strategie Regeln und Bedingungen für die Ressourcenallokation (BMGF, 2016d).

Um gesunde Lebensstile zu fördern, wurden zwei nationale Aktionspläne ausgearbeitet. Dies ist einerseits der Nationale Aktionsplan Ernährung (NAP.e), der ursprünglich 2011 beschlossen und 2012 und 2013 überarbeitet wurde. Er soll Über-, Unter- und Mangelernährung reduzieren und den Trend steigender Übergewichts- und Adipositasraten bis 2020 umkehren. Der zweite Plan ist der Nationale Aktionsplan Bewegung (NAP.b), der 2013 beschlossen wurde. Er legt Ziele für bestimmte Bevölkerungsgruppen fest und gibt Empfehlungen für mögliche Maßnahmen zur Steigerung der körperlichen Aktivität (BMLVS, 2013; BMG, 2013).

Der Fonds Gesundes Österreich (FGÖ) spielt in der Gesundheitsförderung und Prävention in Österreich eine wichtige Rolle. Im Jahr 2015 finanzierte der Fonds insgesamt 92 Gesundheitsförderungsprojekte. Der größte Förderbetrag wurde für praxisorientierte Projekte in den Bereichen Gesundheitsförderung und Primärprävention in verschiedenen Settings verwendet (€ 4,8 Millionen), gefolgt von Projekten zur betrieblichen Gesundheitsförderung (€ 1,6 Millionen) (FGÖ, 2015a; FGÖ, 2015b). Abhängig von der Fördersumme ist entweder wahlweise eine Selbstevaluation oder eine externe Evaluation (€ 20 000–€ 60 000) oder verpflichtend eine externe Evaluation (>€ 60 000) durchzuführen.

Gesundheitsförderung ist auch in einer Reihe von Strategien (Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie, Demenzstrategie – Gut leben mit Demenz, Österreichische Diabetes-Strategie) sowie in der Österreichischen Plattform für Gesundheitskompetenz (ÖPGK, 2017b) und im Nationalen Zentrum Frühe Hilfen verankert (NZFH) (NZFH, 2017a) (siehe Kapitel 2.6.5).

■ 5.1.3 Prävention

Aktivitäten im Bereich Prävention haben in Österreich einen starken Fokus auf medizinische Vorsorge einschließlich Impfungen, Vorsorgeuntersuchungen, Screening für bestimmte Bevölkerungsgruppen (z. B. schwangere Frauen, Kinder oder Jugendliche) sowie Suchtprävention einschließlich Programmen zur Raucherentwöhnung. Allerdings bezieht Prävention vermehrt unterschiedliche soziale Aspekte mit sich verändernden sozialen und umweltbedingten Risikofaktoren ein.

In enger Zusammenarbeit mit dem Nationalen Impfgremium gibt das BMASGK jedes Jahr einen Impfplan heraus (BMGF, 2017o). Darin aufgelistete Impfungen sind bis zum Alter von 15 Jahren kostenfrei und umfassen Diphtherie, Haemophilus influenzae Typ B, Hepatitis B, Humane Papillomaviren (HPV), Masern, Mumps, Röteln, Meningokokken der Gruppen A, C, W135 und Y (MEC-4), Pertussis, Pneumokokken, Poliomyelitis, Rotavirus und Tetanus (BMGF, 2017n). Die Bundesregierung finanziert zwei Drittel der Kosten des Programms, den restlichen Betrag bringen die Länder und die Krankenversicherungsträger zu gleichen Teilen auf. Im Gegensatz zu anderen Ländern ist keine der empfohlenen Impfungen verpflichtend.

Österreich hat relativ niedrige Durchimpfungsraten, was sich zum Teil auf fehlende systematische Dokumentation und fehlende Impfmeldungen zurückführen lässt. Im Jahr 2014 waren 83% der einjährigen Kinder gegen Diphtherie, Tetanus und Pertussis immunisiert, 76% gegen Masern und 83% gegen Hepatitis B. Im Jahr 2014 schaffte Österreich die Altersgrenze für kostenfreie Masernimpfungen ab und lancierte eine öffentliche Bewusstseinskampagne mit dem Ziel, die Akzeptanz des Impfprogramms in der Bevölkerung zu fördern. Dennoch wurden im Jahr 2015 in Österreich 300 Masernfälle gemeldet, was 35,3 Fällen pro einer Million Einwohner entspricht – das ist unter EU-Ländern die zweithöchste Rate nach Kroatien (ECDC, 2016).

Influenzaimpfungen werden für Säuglinge und Kleinkinder, Personen mit erhöhtem Risiko und für Personen ab dem vollendeten 50. Lebensjahr empfohlen. In der Regel werden sie bezuschusst, aber nicht kostenfrei durchgeführt. Im Jahr 2014 waren nur 20,3% der über 65-Jährigen immunisiert, im Gegensatz zu den Niederlanden und dem Vereinigten Königreich, wo die Grippeimpfquote in der Altersgruppe bei 70% lag. In beiden Ländern werden Influenzaimpfungen für ältere Personen kostenfrei angeboten (OECD/EU, 2016).

Entgegen des allgemeinen Rückgangs der Raucherquoten in vielen europäischen Ländern bleibt die Anzahl der erwachsenen Raucher in Österreich seit dem Jahr 2000 stabil und liegt über dem EU-28-Durchschnitt (siehe Kapitel 1.4) (Eurostat, 2017i). Ein möglicher Grund für die hohe Raucherprävalenz ist die vergleichsweise freizügige Tabakpolitik Österreichs der letzten Jahrzehnte. Die 2008 erfolgte Änderung des Tabakgesetzes von 1995 verbot das Rauchen in Restaurants und Bars, erlaubte jedoch weiterhin

das Rauchen in separaten Räumen oder wenn die Fläche des Lokals eine bestimmte Quadratmeteranzahl unterschritt. Die Tabakpolitik ist Thema des öffentlichen Diskurses, insbesondere seitdem die Bundesregierung, die von September 2017 bis Mai 2019 im Amt war, das geplante vollständige Rauchverbot in der Gastronomie zurückgenommen hat.

Erfreulicherweise sind die Raucherquoten unter Jugendlichen und jungen Erwachsenen seit dem Jahr 2000 zurückgegangen. Die Tabakpräventionsinitiative YOLO („You only live once“, www.yolo.at/) in Kooperation zwischen BMASGK, FGÖ, dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (HVB) und der Österreichischen ARGE Suchtvorbeugung soll vor allem junge Menschen im Alter von 10–14 Jahren ansprechen (FGÖ, 2017a). Im Jahr 2016 veröffentlichte Österreich die erste Suchtpräventionsstrategie, die legale und illegale Drogen inklusive Alkohol und Tabak umfasst und einen Orientierungsrahmen für die Suchtpolitik der nächsten Jahre darstellt (BMG, 2015b).

In jedem Bundesland gibt es eine Fachstelle für Suchtprävention, die gemeinsam darauf abzielen, die Abhängigkeit von legalen (Alkohol, Tabak oder Medikamente) und illegalen Substanzen sowie Verhaltenssüchte zu bekämpfen und diesen vorzubeugen. Diese Stellen führen Sensibilisierungs- und Informationskampagnen sowie Präventionsprojekte durch (Suchtvorbeugung, 2017).

In Österreich gibt es eine Reihe an bevölkerungsweiten Screening-Programmen. Einmal im Jahr kann jede in Österreich ansässige Person über 18 Jahren unabhängig von ihrem Versicherungsstatus eine Vorsorgeuntersuchung in Anspruch nehmen. Für Personen ohne Krankenversicherung erstattet die Bundesregierung den Krankenversicherungsträgern die entstandenen Kosten. Die Vorsorgeuntersuchung umfasst Anamnese und Früherkennung von nichtübertragbaren Krankheiten (Herz-Kreislauferkrankungen, Stoffwechselerkrankungen und Krebs) sowie im Rahmen der Darmkrebsvorsorge Stuhltests auf okkultes Blut. Sie beinhaltet auch die Prävention von Suchterkrankungen (d. h. Alkohol, Tabak und Medikamente), Parodontalerkrankungen und Alterserkrankungen. Patienten ab dem Alter von 50 Jahren wird alle 10 Jahre eine Koloskopie angedeutet und Patienten ab dem Alter von 65 Jahren eine regelmäßige Überprüfung der Hör- und Sehleistung. Auch gynäkologische Untersuchungen (inklusive Früherkennung von Gebärmutterhalskrebs) und Untersuchungen für bestimmte altersabhängige Risikogruppen (z. B. die alle 24 Monate

vorgesehene Untersuchung zur Brustkrebs-Früherkennung für Frauen im Alter zwischen 45 und 69 Jahren) gehören zu den bevölkerungsweiten Vorsorgeuntersuchungen.

Seit 2014 gibt es für Frauen im Alter von 45–69 Jahren ein neues österreichweites Brustkrebs-Früherkennungsprogramm, das internationale und europäische Qualitätsstandards erfüllt. Alle zwei Jahre werden schriftliche Einladungen dazu ausgesandt. Frauen im Alter von 40–44 und ab 70 Jahren können sich freiwillig für die Untersuchung anmelden.

Im Jahr 2015 gaben die Krankenversicherungsträger € 122 Millionen für Vorsorgeuntersuchungen aus (HVB, 2017b). Im Zeitraum 2005–2015 nahm die Anzahl der Vorsorgeuntersuchungen bei Personen ab 19 Jahren pro 1 000 Einwohner um 19,7% zu. Ein ausgeprägter Anstieg war jedoch nur in einigen Bundesländern zu verzeichnen (Wien, Burgenland, Kärnten, Tirol und Oberösterreich), wohingegen die Screening-Raten in den anderen Bundesländern stabil blieben oder sogar zurückgingen (siehe Tabelle 5.1).

Lehrlinge im Alter von 15–18 Jahren sind berechtigt an der Jugendlichenuntersuchung teilzunehmen, deren Ziele die Früherkennung von Krankheiten sowie die Bewusstseinsbildung und Förderung eines gesunden Lebensstils sind (HVB, 2017b). Im Schulunterrichtsgesetz sind darüber hinaus noch jährliche schulmedizinische Untersuchungen vorgesehen (Schulunterrichtsgesetz, 1986).

Der Mutter-Kind-Pass ist ein Programm für schwangere Frauen sowie Säuglinge und Kleinkinder bis zum Alter von 5 Jahren. Schwangere Frauen haben Anspruch auf fünf gynäkologische Untersuchungen, drei Ultraschalluntersuchungen, einen HIV-Test, einen oralen Glukosetoleranztest sowie auf Beratung durch eine Hebamme, während Säuglinge und Kleinkinder fünf medizinische Untersuchungen in den ersten 14 Lebensmonaten durchlaufen. Das Kinderbetreuungsgeld in voller Höhe wird nur dann ausgezahlt, wenn alle 10 Untersuchungen während der Schwangerschaft und innerhalb der ersten 14 Lebensmonate des Kindes absolviert wurden. Darüber hinaus sind vier weitere Untersuchungen für Kleinkinder im Alter von 22–62 Monaten sowie zwei Hüftultraschalluntersuchungen vorgesehen. Seit seiner Einführung im Jahr 1974 nahmen fast alle schwangeren Frauen an dem Programm teil. In dieser Zeit verringerte sich auch wesentlich die perinatale Mortalität (Bancher-Todesca, 2014). Seit damals wurde das Programm laufend angepasst und

erweitert. Aktuell ist seine Weiterentwicklung im Arbeitsprogramm der österreichischen Bundesregierung 2017–2022 verankert, mit Fokussierung auf Evaluation und Optimierung des Programms sowie Attraktivierung und Ausweitung als Instrument der Frühförderung von Kindern (BMGF, 2017m).

Schließlich wird in Österreich ein opportunistisches Screening auf Prostatakrebs durchgeführt, das aber nicht Teil der jährlichen Vorsorgeuntersuchung ist (BMGF, 2016c).

TABELLE 5.1 Anzahl der Vorsorgeuntersuchungen und Screenings je 1 000 Einwohner (über 19 Jahre), 2005 und 2015

	2005			2015			VERÄNDERUNG (2005–2015)
	GESAMT	MÄNNER	FRAUEN	GESAMT	MÄNNER	FRAUEN	
Österreich	138,0	115,9	158,3	165,1	130,5	197,6	19,7%
Burgenland	179,5	170,0	188,4	274,4	189,3	354,5	52,9%
Kärnten	217,0	151,8	276,4	255,5	205,0	302,2	17,7%
Niederösterreich	61,6	65,0	58,5	62,2	63,6	60,8	0,9%
Oberösterreich	118,9	118,3	119,5	133,0	132,9	133,1	11,9%
Salzburg	135,8	123,8	146,6	144,1	134,6	152,8	6,1%
Steiermark	135,1	125,6	143,9	138,2	127,4	148,5	2,3%
Tirol	270,5	167,7	365,8	304,6	188,8	414,1	12,6%
Vorarlberg	301,5	157,7	438,0	263,3	143,3	377,8	-12,7%
Wien	106,7	100,9	111,8	186,2	131,3	236,0	74,4%

Quelle: HVB, 2006b; HVB, 2017b

■ 5.1.4 Betriebliche Gesundheitsdienste

Das ArbeitnehmerInnenschutzgesetz (AschG) regelt die Zuständigkeiten bei Belangen im Bereich Gesundheit und Sicherheit am Arbeitsplatz auf Ebene der Länder und Unternehmen. Neben der Nominierung von Arbeitnehmervetretern für Sicherheit und Gesundheitsschutz legt das Gesetz auch die Anforderungen für medizinisches Betreuungspersonal im Unternehmen fest. Je nach Unternehmensgröße variieren diese Vorgaben. Die Allgemeine Unfallversicherungsanstalt (AUVA) spielt ebenfalls eine wichtige Rolle beim Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz, da sie gemäß dem Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz (ASVG) den gesetzlichen Auftrag für Unfallprävention, Berufskrankheiten und Sicherheit hat (ASchG 1994).

Die betriebliche Gesundheitsförderung und -vorsorge in Österreich ist sehr fragmentiert und in erster Linie auf freiwillige Kleinprojekte angewiesen. Das österreichische Netzwerk Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF Netzwerk, 2017) berät Unternehmen über geeignete betriebliche Gesundheitsprogramme. Der Fonds Gesundes Österreich (FGÖ) bietet finanzielle Unterstützung entweder mit einer Beteiligung an den Projektkosten (für große Unternehmen) oder mit einem Pauschalbetrag von € 2 000 oder € 3 000 (für KMUs) (Fonds Gesundes Österreich, 2017). Nach der stufenweisen Einführung von „Fit2work“, einem Programm der österreichischen Bundesregierung im Bereich der Sekundärprävention, erfolgte 2013 die österreichweite Umsetzung. Fit2work ist ein niederschwelliges Programm, das die Arbeitsfähigkeit von erwerbstätigen und nicht-erwerbstätigen Personen erhalten soll. Insbesondere richtet es sich an jene Menschen, deren längerfristige Beschäftigungsfähigkeit bereits substanziell gefährdet ist (Hausegger et al., 2015).

■ 5.2 Behandlungspfade

Das österreichische Gesundheitssystem ist auf allen Versorgungsebenen durch einen nahezu uneingeschränkten Zugang von Patienten zu Vertragsärzten gekennzeichnet. In der Regel entsteht der erste Kontakt mit dem Gesundheitssystem durch die Konsultation eines Allgemeinmediziners, diese haben aber normalerweise keine formale Gatekeeping-Funktion wodurch Fachärzte auch direkt konsultiert werden können. Gatekeeping gibt es nur

für bestimmte medizinische Fachbereiche (z. B. Radiologie). Allerdings besteht die Einschränkung, dass Krankenversicherungsträger es Patienten nur in Ausnahmefällen gestatten, während des Abrechnungszeitraums (für gewöhnlich ein Quartal) den Arzt innerhalb eines Fachbereichs (Allgemeinmediziner oder Facharzt) zu wechseln. Patienten können auch direkt eine Spitalsambulanz nach eigener Wahl aufsuchen. Spitalsambulanzen spielen auch außerhalb der Ordinationszeiten von Allgemeinmedizinern und Fachärzten eine wichtige Rolle. Infobox 5.1 zeigt einen typischen Behandlungspfad in der kurativen nicht-akuten Versorgung im österreichischen Gesundheitssystem.

BOX 5.1 Eine typische Patientenkarriere in Österreich am Beispiel eines Hüftgelenkersatzes

Herr Bedarf, ein 70-jähriger Mann mit Krankenversicherungsschutz ohne Gebührenbefreiung oder privater Krankenzusatzversicherung, hat seit geraumer Zeit Schmerzen in der Hüfte. Er kann kaum noch gehen und fürchtet, dass er einen Hüftgelenkersatz benötigt.

- Herr Bedarf konsultiert seinen Hausarzt und beschreibt die Symptome, dieser verschreibt Herrn Bedarf Schmerzmittel und überweist ihn zu einem Facharzt für Orthopädie mit Kassenvertrag (siehe Kapitel 5.4). Mittels seiner Sozialversicherungs-Chipkarte (e-card) werden der Besuch und die Leistungen des Allgemeinarztes registriert und direkt mit dem Krankenversicherungsträger abgerechnet (siehe Kapitel 4.1.4).
- Nach dem Arztbesuch begibt sich Herr Bedarf zur nächstgelegenen Apotheke und erhält gegen Vorlage des Rezepts die verschriebenen Medikamente, für die er eine Rezeptgebühr bezahlt (siehe Kapitel 3.4.1, Tabelle 3.6).
- Die Fachärztin für Orthopädie untersucht Herrn Bedarf und stellt ihm eine Überweisung für eine Röntgenuntersuchung aus. Sie gibt ihm eine Liste von selbständigen Radiologieinstituten mit Kassenvertrag, von denen Herr Bedarf eines auswählen kann. Herr Bedarf vereinbart telefonisch einen Termin bei dem Radiologen mit der kürzesten Wartezeit. Seine Besuche bei der Orthopädin und dem Radiologieinstitut werden mittels e-card registriert und die Leistungen direkt mit dem Krankenversicherungsträger abgerechnet.

- Herr Bedarf geht erneut zur Orthopädin, die die Untersuchungsbefunde über ELGA abrufen kann und ihm zu einer Operation rät. Da Herr Bedarf keine besonderen Ansprüche hinsichtlich des Krankenhauses hat, empfiehlt die Orthopädin das nächstgelegene Krankenhaus, das Hüftoperationen durchführt. Wiederum wird die e-card zur Registrierung und späteren Verrechnung der Leistung verwendet.
- Wieder zu Hause konsultiert Herr Bedarf zusätzlich das Österreichische Gesundheitsportal (gesundheit.gv.at) und <https://www.kliniksuche.at/> (siehe Kapitel 2.9.1) und entschließt sich dazu, noch eine zweite Meinung einzuholen, bevor er sich für die Operation entscheidet.
- Herr Bedarf zieht für die Zweitmeinung im nächsten Quartal einen Wahlarzt für Orthopädie zu Rate, der ebenfalls eine Operation empfiehlt. Für die Kosten des Wahlarztes kommt Herr Bedarf zuerst selbst auf und beantragt Kostenerstattung von seinem Krankenversicherungsträger. Nach dessen Zustimmung erhält er 80% des Tarifs eines Vertragsarztes rückerstattet (siehe Kapitel 3.3.4). Der Wahlarzt empfiehlt ihm ein anderes Krankenhaus, das einen guten Ruf bei Hüftoperationen hat, und informiert ihn, dass mit drei Monaten Wartezeit für einen Termin zu rechnen ist. Drei Monate sind Herrn Bedarf jedoch zu lange, sodass er beschließt, mit der Überweisung und den Befunden das von seiner Orthopädin vorgeschlagene Krankenhaus mit Kassenvertrag aufzusuchen.
- Da die Krankenanstalt nicht weit von Herrn Bedarfs Zuhause liegt und sein gesundheitlicher Zustand keinen Ambulanztransport rechtfertigt, fährt er mit den öffentlichen Verkehrsmitteln zum Krankenhaus.
- Nach erfolgreicher OP wird noch während seines Krankenhausaufenthaltes mit Rehabilitationsmaßnahmen begonnen. Zu diesem Zweck wird ein Ansuchen auf intramurale medizinische Rehabilitation gestellt (siehe Kapitel 5.7). Die Krankenanstalt rechnet ihre Leistung mit dem Landesgesundheitsfonds (LGF) ab und erhält eine Kostenerstattung entsprechend der veranschlagten LKF-Punkte für die Leistung „Hüftoperation“.
- Bei der Entlassung erhält Herr Bedarf einen Entlassungsbrief mit Empfehlungen und Informationen zur weiteren Behandlung, den er seinem Hausarzt vorlegt. Die Informationen zur Behandlung und den Untersuchungen werden in ELGA gespeichert. Der Hausarzt hilft ihm beim Ausfüllen des Rehabilitationsantrags und informiert ihn, dass dieser bei der Krankenversicherung eingereicht werden muss.

Quelle: Eigene Darstellung basierend auf: Hofmarcher und Quentin 2013; Mossialos et al., 2006

■ 5.3 Primärversorgung und fachärztliche niedergelassene Versorgung

Die Primärversorgung und fachärztliche niedergelassene Versorgung werden vorwiegend durch selbständig praktizierende niedergelassene Ärzte erbracht. Im Jahr 2015 arbeiteten ca. 6 600 Allgemeinmediziner in unabhängigen privaten Praxen und ca. 62% von ihnen hatten einen Vertrag mit einem oder mehreren Krankenversicherungsträgern (ÖÖK, 2017a). Fachärztliche Behandlungen werden in selbständigen Arztpraxen, selbstständigen Ambulatorien und Ambulanzen durchgeführt. Mit 6,8 Arztvisiten pro Jahr und pro Erwachsenen im Jahr 2015 ist die Anzahl der extramuralen Kontakte verglichen mit anderen westeuropäischen Ländern relativ hoch (siehe Abb. 5.1). Seit 2001 können Ärzte in der gesetzlichen Unternehmensform einer Offenen Gesellschaft Gruppenpraxen bilden. Seit 2010 können Ärzte auch in der gesetzlichen Unternehmensform einer GmbH zusammenarbeiten (Reisner, 2010). Seit Ende 2018 sind Ordinationsstätten und Gruppenpraxen befugt, Ärzte im Ausmaß von ein (in Ordinationen) bzw. zwei (in Gruppenpraxen) Vollzeitäquivalenten anzustellen. Sie dürfen auch eine beschränkte Anzahl von nicht-ärztlichem Gesundheitspersonal anstellen. Letzteres wird im Kontext der Regulierung der Primärversorgung aktuell diskutiert. Vor der Aufhebung des Anstellungsverbot haben nur wenige Allgemeinmediziner die Möglichkeit angenommen, Gruppenpraxen zu eröffnen, und die meisten Allgemeinmediziner betreiben bisher Einzelpraxen. Bislang sind auf Bundesebene keine Daten über die Anzahl der in Praxen von Allgemeinmedizinern angestellten Gesundheitsfachkräfte verfügbar. Eine Studie aus der Steiermark zeigt, dass beinahe alle Praxen (97,5%) eine Ordinationshilfe beschäftigen, aber nur 25,8% einen Diplomierten Gesundheits- und Krankenpfleger (Korsatko, 2014).

Die laufende Gesundheitsreform 2017–2021 soll die Primärversorgung stärken. Die Verabschiedung des Primärversorgungsgesetzes (Primärversorgungsgesetz, 2017) legte im Juni 2017 den Grundstein für die Einführung von 75 Primärversorgungseinheiten (PVE) bis 2021 (siehe Kapitel 6.1.4). Diese sind als multiprofessionelle und interdisziplinäre Einheiten mit einem Kernteam bestehend aus zumindest Allgemeinmedizinern, Diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegern und Ordinationshilfen vorgesehen. Die Einheiten können und sollen je nach regionalem Bedarf auch Kinderärzte und Angehörige anderer Gesundheits- und Sozialberufe (Physiotherapeuten

oder Sozialarbeiter) einschließen und entweder als Zentren an einem Standort oder als Netzwerk mit mehreren Praxisstandorten organisiert sein (BMG, 2014a). Die Primärversorgungseinheiten (PVE) sollen die Anzahl der Patientenbesuche in Ambulanzen reduzieren, wo die Behandlungskosten erwartungsmäßig höher sind. Sie sollen auch Patienten dabei unterstützen, die geeignetste extramurale Versorgung zu finden. Die ersten Pilotprojekte dazu werden bereits in einigen Ländern durchgeführt.

Extramurale Versorgung wird auch von selbstständigen Ambulatorien durchgeführt, die gesetzlich als Krankenanstalten definiert sind und durch die Österreichische Wirtschaftskammer vertreten werden. Sie werden als separate Gesundheitseinrichtungen von Krankenversicherungsträgern oder Privatpersonen betrieben und dürfen Ärzte beschäftigen. Im Jahr 2017 gab es ca. 900 selbstständige Ambulatorien (BMASGK, 2018c). Die letzte umfassende Studie über selbstständige Ambulatorien wurde 2008 durchgeführt. Von den 755 Ambulatorien waren ca. ein Drittel im Bereich der physikalischen Medizin tätig, 14% im Bereich der medizinischen Bildgebung und ca. 13% in der zahnärztlichen Versorgung. Insgesamt waren im Jahr 2008 2 603 Ärzte in Ambulatorien beschäftigt, 50% davon als Fachärzte, 33% als Allgemeinmediziner und 17% als Zahnärzte (BMGFJ, 2008).

Ambulanzen von Akutkrankenanstalten sind auch in der ambulanten Versorgung tätig und spielen in der niedergelassenen fachärztlichen Versorgung eine wichtige Rolle. Laut Daten der öffentlichen Krankenanstalten wurden 2016 ca. 20 Millionen Patientenkontakte in Ambulanzen von Akutkrankenanstalten dokumentiert (BMGF, 2017ac). Wenngleich der eigentliche Zweck dieser Ambulanzen nicht die Primärversorgung ist, sind sie gesetzlich dazu verpflichtet, Notfallversorgung sowie Untersuchungen und Behandlungen durchzuführen, die nicht hinreichend durch niedergelassene Ärzte übernommen werden. Eine große Anzahl von Patienten nimmt zunehmend auch außerhalb der Ordinationszeiten am Abend und an Wochenenden deren Dienste in Anspruch. Die pauschale Finanzierung der Spitalsambulanzen wurde seit der Einführung der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung (LKF) im Jahr 1997 nicht entsprechend dem Anstieg der dort erbrachten Leistungen angepasst. Aus diesem Grund haben viele Krankenhäuser nur widerwillig in die Verbesserung der Leistungsfähigkeit ihrer Ambulanzen investiert, was wiederum zu erhöhten Wartezeiten geführt hat. Das vor kurzem entwickelte Bepunktungsmodell für die Leistungen

von Spitalsambulanzen (LKF ambulant) wird bis Januar 2019 sukzessive in den Krankenhäusern eingeführt (siehe Kapitel 3.7.1). Darüber hinaus sollten die erweiterten Öffnungszeiten der neu eingerichteten Primärversorgungseinheiten (PVE) die Anzahl der Patienten in Ambulanzen und Notaufnahmen reduzieren. Das neue Konzept der PVE ist jedoch weiterhin Thema der politischen Debatte und steht im Zentrum der Kritik, vor allem durch die Österreichische Ärztekammer (ÖÄK).

Das Bekenntnis zur integrierten Versorgung ist in Österreich in der Vereinbarung gemäß Artikel 15a Bundes-Verfassungsgesetz (B-VG) und in der seit 2013 laufenden Gesundheitsreform mit dem Ziel verankert, die Fragmentierung in der Erbringung der Gesundheitsdienste zu verringern. Die operative Umsetzung der integrierten Versorgung ist bisher jedoch auf Kleinprojekte beschränkt. Im Jahr 2007 wurde das erste Disease-Management-Programm („Therapie aktiv“, <https://diabetes.therapie-aktiv.at/>) für Patienten mit Diabetes Typ II implementiert. Der zweite Bundes-Zielsteuerungsvertrag (B-ZV) soll die integrierte Versorgung durch neue integrierte Versorgungsprogramme für häufige chronische Erkrankungen und die erweiterte Zusammenarbeit über verschiedene Versorgungssettings hinweg optimieren. Es wird erwartet, dass auch die Einrichtung neuer Primärversorgungseinheiten die Koordination der Versorgung verbessert (siehe Kapitel 6.1.4).

Die Dichte an aktiven Ärzten ist im Vergleich zu anderen Ländern sehr hoch (siehe Kapitel 4.2.1), während die geographische Verteilung und der Zugang zu niedergelassenen Ärzten stark variiert. Die Dichte an Allgemeinmediziner*innen ist in einigen Städten wie etwa in der Wiener Innenstadt (13,3 pro 1 000 Einwohner), Krems (5,2), St. Pölten (4,2), Linz (4,3) und Klagenfurt (3,7) sehr hoch, aber in einigen ländlichen Bezirken mit nicht mehr als 0,2 Allgemeinmediziner*innen pro 1 000 Einwohner vergleichsweise niedrig. Hierbei ist zu bemerken, dass an zentralen Orten mit vielen Beschäftigungsmöglichkeiten auch Berufspendler aus dem jeweiligen Umland in erheblichem Ausmaß mitversorgt werden. Die geographische Ungleichverteilung zwischen Bezirken ist bei Fachärzten sogar noch stärker ausgeprägt (z. B. 4 bis 0,04 Kinderärzte und 2 bis 0,04 Augenfachärzte pro 1 000 Einwohner) (ÖÄK, 2015). Diese regionalen Ungleichheiten könnten sich noch verschärfen, da ländliche Gebiete Schwierigkeiten haben, offene Planstellen zu besetzen und mehr als die Hälfte der aktiven Ärzte in den nächsten 15 Jahren in Pension gehen wird (Kringos et al., 2015).

Niedergelassenen Wahlärzten kommt in der Primärversorgung und vor allem in der fachärztlichen extramuralen Versorgung eine immer stärkere Bedeutung zu. In den letzten Jahren hat die Anzahl der Wahlärzte und deren Aktivitäten in der extramuralen Versorgung zugenommen. Zwischen 2000 und 2016 stieg der Anteil der Wahlärzte an den niedergelassenen Ärzten in der extramuralen Versorgung von 38% auf 55%, wohingegen die absolute Anzahl der Vertragsärzte in der extramuralen Versorgung stagniert. Heute ist die relativ hohe Ärztedichte in Österreich großteils auf Wahlärzte zurückzuführen (siehe Kapitel 4.2.1 und Abb. 4.6). Insgesamt widmen Wahlärzte der Patientenversorgung im niedergelassenen Bereich weniger Zeit als Vertragsärzte, oftmals weil sie ihre Ordinationen zusätzlich zu einem Angestelltenverhältnis, z. B. in einem Krankenhaus, betreiben.

Während bei Behandlungen von Vertragsärzten kein Selbstbehalt aufgebracht werden muss, sind Besuche bei Wahlärzten selbst zu zahlen. Patienten können dafür einen Antrag auf Kostenerstattung stellen und es werden 80% der Kosten, die ein Vertragsarzt der Sozialversicherung für dieselbe Leistung verrechnen würde, erstattet. Die Differenz muss von den Patienten selbst bezahlt werden oder sie wird von einer privaten Zusatzkrankenversicherung übernommen (siehe Kapitel 3.4). Zahlungen für Wahlärzte machen einen Großteil der privaten Selbstzahlungen (OOP) aus. Im Jahr 2015 betragen die privaten Selbstzahlungen für extramurale Behandlungen € 2,35 Milliarden, das sind 37% der gesamten privaten Selbstzahlungen (siehe Tabelle 3.7).

■ 5.4 Intramurale Versorgung

Die Spitalsversorgung (stationäre und spitalsambulante Versorgung umfassend) unterliegt primär der Zuständigkeit der Länder. Im Vergleich dazu unterliegt die Versorgung, die von niedergelassenen Allgemeinmedizinerinnen und Fachärzten erbracht wird, der Zuständigkeit der Krankenversicherungsträger.

Die intramurale Versorgung wird großteils öffentlich organisiert oder liegt in den Händen von privaten gemeinnützigen Trägern. Rund 57% der Krankenanstalten sind privat gemeinnützig, davon operieren knapp die Hälfte (42,9% oder 117 Krankenhäuser) mit Öffentlichkeitsrecht (BMGF, 2017i; BMGF, 2017ac). Krankenanstalten mit Öffentlichkeitsrecht sind dazu

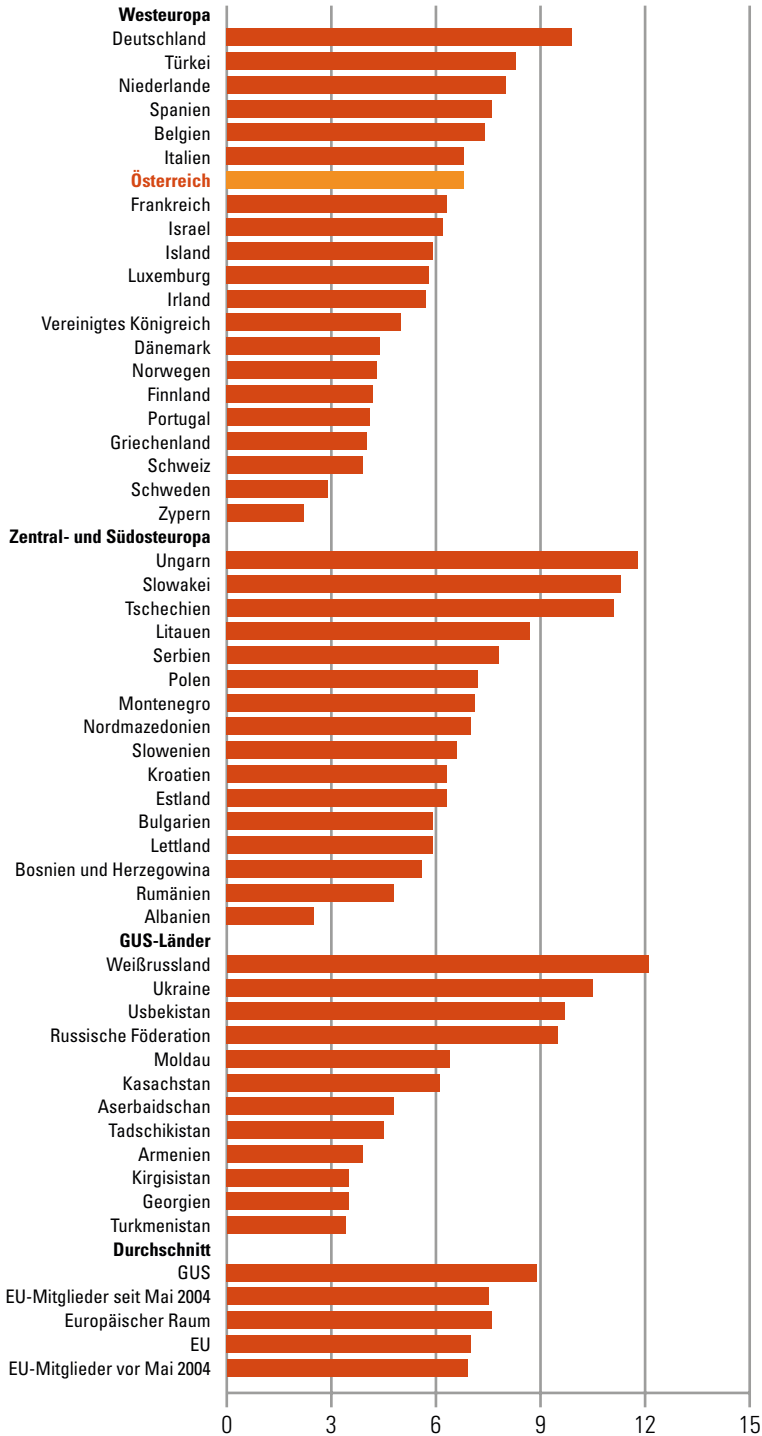
verpflichtet, jeden Patienten anzunehmen (Kontrahierungszwang) und für diesen Leistungen zu erbringen (Hofmarcher und Quentin, 2013).

Im Jahr 2016 stellten 273 Krankenhäuser in Österreich insgesamt 64 838 Betten zur Verfügung. Davon waren ca. 59% (162) Akutkrankeanstalten (BMGF, 2017i). Die Länder sowie Betriebsgesellschaften der Länder stellen die größte Gruppe der Krankenhausträger, sie verwalten 55,9% der Krankenhausbetten und 73,1% aller Betten in Krankenhäusern mit öffentlichem Recht. Religionsgemeinschaften (Orden und Glaubensgemeinschaften) verwalteten ca. 15,9% der Krankenhausbetten (siehe Tabelle 5.2) (BMGF, 2017h). Insgesamt sind Krankenhäuser und Krankenhausbetten regional relativ gleichmäßig verteilt und gewährleisten dadurch einen offenen Zugang zur intramuralen Versorgung.

Das österreichische Gesundheitssystem ist stark auf die intramurale Versorgung ausgerichtet. Österreich hat de facto die zweithöchste Krankenhaushäufigkeit je Einwohner in der EU (nach Bulgarien, siehe Kapitel 4.1.2). Die Bundes-Zielsteuerungsverträge (B-ZV) 2013–2016 und 2017–2021 und das Primärversorgungsgesetz (PrimVG) (2017) zielen darauf, die ambulante Versorgung und die Primärversorgung zu stärken. Durch die Verlagerung der Leistungen aus dem stationären in den ambulanten Bereich sollen die Anzahl der stationären Betten sowie die Krankenhaushäufigkeit und die durchschnittliche Aufenthaltsdauer reduziert werden (siehe Kapitel 6.1.3 und 6.1.4). Während der ersten Reformperiode 2013–2016 wurde die Krankenhaushäufigkeit in Fondskrankenanstalten um 8% (von 232 Krankenhausaufenthalten pro 1 000 Einwohner im Jahr 2012 auf 213 im Jahr 2016) und die Belagstage um 10% reduziert (von 1 225 im Jahr 2012 auf 1 104 im Jahr 2016 pro 1 000 Einwohner) (Bachner et al., 2017). Der zweite Bundes-Zielsteuerungsvertrag (B-ZV) hat das Ziel, die durchschnittliche Krankenhaushäufigkeit österreichweit bis 2021 um jährlich mindestens 2% zu reduzieren (ZS-G, 2017) (siehe auch Tabelle 6.3).

Die größte Hürde für eine Verschiebung von Gesundheitsleistungen in den extramuralen Sektor sind die fragmentierten Zuständigkeiten in der Finanzierung zwischen den Ländern und den Krankenversicherungsträgern (siehe Kapitel 2.3). Der Kern des Problems ist die Frage, wer im Falle der Verlagerung der Leistungen aus dem intramuralen Sektor für die daraus resultierende vermehrte Nutzung der Leistungen im extramuralen Sektor aufkommen würde (Hofmarcher und Quentin, 2013). Im aktuellen Finanzierungssystem würde eine Verlagerung in den extramuralen Sektor

ABB. 5.1 Extramurale/ambulante Kontakte pro Person in der WHO-Region Europa, 2015 oder letztes verfügbares Jahr



Anmerkungen: Extramurale/ambulante Kontakte inkludieren Untersuchungen und Konsultationen von Ärzten beziehungsweise Gesundheits- und Krankenpflegepersonal im Falle der Abwesenheit von Ärzten sowohl in Arztpraxen als auch in Privathaushalten im Falle von Visiten. Extramurale/ambulante Kontakte inkludieren zudem Behandlungen in selbstständigen Ambulatorien und Spitalsambulanzen.

Quelle: WHO, 2017b.

TABELLE 5.2 Krankenanstalten und verfügbare Betten nach Trägerschaft, 2016

EIGENTÜMER	ANZAHL DER KRANKENANSTALTEN		IN % DER GESAMTEN KRANKENANSTALTEN	
	FINANZIERT DURCH DEN LGF	GESAMT	FINANZIERT DURCH DEN LGF	GESAMT
Bund	0	7	0,0	2,6
Länder, Betriebsgesellschaften der Länder	72	89	61,5	32,6
Kommunale Organisationen, Gemeinden und Gemeindeunternehmen	9	10	7,7	3,7
Krankenkassen und Fürsorgeverbände	1	9	0,9	3,3
Unfall- und Pensionsversicherungsanstalt	0	33	0,0	12,1
Geistliche Orden und Glaubensgemeinschaften/Gesellschaften	29	36	24,8	13,2
Vereine/Stiftungen	1	5	0,9	1,8
Privatgesellschaften	5	84	4,3	30,8
GESAMT	117	273	100,0	100,0

Quelle: BMGF, 2017h

EIGENTÜMER	ANZAHL DER TATSÄCHLICH AUFGESTELLTEN BETTEN		IN % DER GESAMTEN BETTEN	
	FINANZIERT DURCH DEN LGF	GESAMT	FINANZIERT DURCH DEN LGF	GESAMT
Bund	0	322	0,0	0,5
Länder, Betriebsgesellschaften der Länder	33.075	36.230	73,1	55,9
Kommunale Organisationen, Gemeinden und Gemeindeunternehmen	2.317	2.339	5,1	3,6
Krankenkassen und Fürsorgeverbände	404	1.397	0,9	2,2
Unfall- und Pensionsversicherungsanstalt	0	4.622	0,0	7,1
Geistliche Orden und Glaubensgemeinschaften/Gesellschaften	8.583	10.318	19,0	15,9
Vereine/Stiftungen	220	678	0,5	1,0
Privatgesellschaften	625	8.932	1,4	13,8
GESAMT	45.224	64.838	100,0	100,0

Quelle: BMGF, 2017h

zu höheren Kosten für Krankenversicherungsträger führen. Ein weiterer Aspekt ist die nicht vergleichbare Qualitätssicherung. Im intramuralen Bereich wird diese regelmäßig auf Basis der Regelungen des ÖSG von der Sanitären Aufsicht der Länder durchgeführt, für die niedergelassenen Ärzte ist dafür die ÖQMed, als Tochter der ÖÄK, zuständig

Verbesserungen der Qualität und der qualitätssichernden Maßnahmen sind weiterhin zentrale Themen der laufenden Reform. Ausgewählte Ergebnisse der bundesweit einheitlichen Messung von Ergebnisqualität im Krankenhaus (A-IQI) können öffentlich auf der Plattform www.kliniksuche.at abgerufen werden, deren Zweck es ist, Patienten bei der Suche und Auswahl des Krankenhauses zu unterstützen, das ihren individuellen Bedürfnissen und Präferenzen am besten entspricht. Der Österreichische Strukturplan Gesundheit (ÖSG) enthält eine Vielzahl von Qualitätskriterien, unter anderen Mindestfallzahlen für ausgewählte medizinische Leistungen pro Standort (z. B. in der Pankreaschirurgie).

■ 5.4.1 *Tagesklinische Versorgung*

Jede in einer Krankenanstalt erbrachte Leistung, welche nicht mit einer Übernachtung einhergeht (Mitternachtsstand), wird als tagesklinische Leistung definiert. Diese Leistungen sind in der Regel in einem Katalog festgelegter tagesklinischer Leistungen enthalten, werden intramural erbracht und als solche über die LKF finanziert (auch als Nulltages-Aufenthalte bezeichnet). Mit dem LKF Modell 2019 und dem Inkrafttreten des spitalsambulanten Bepunktungsmodells (LKF ambulant) wurde ein Teil der tagesklinischen Leistungen in den ambulanten Bereich verschoben und auch dort abgerechnet und über die LKF ambulant finanziert. Die häufigsten tagesklinischen Leistungen sind Augenbehandlungen sowie onkologische Therapien (BMGF, 2017ac).

Die laufende Gesundheitsreform legt besonderen Wert auf eine Verlagerung in die tagesklinische Versorgung. Im ersten Bundes-Zielsteuerungsvertrag (B-ZV) wurde der Anteil tagesklinisch erbrachter Leistungen für ausgewählte Leistungsbündel als Indikator festgelegt, welcher im zweiten Zielsteuerungsvertrag erweitert wurde. Ebenso wurde ein Monitoring darüber eingeführt (ZS-G, 2013; ZS-G, 2017) (Tabelle 6.3). Das Verhältnis der tagesklinischen Leistungen variiert stark zwischen

den Ländern; so wurden beispielsweise im Burgenland im Jahr 2016 nur 3,5% aller Varikozelen-Operationen in der intramuralen tagesklinischen Versorgung durchgeführt, wohingegen der Anteil in Kärnten bei 43,5% lag (BMGF, 2017c). Im Allgemeinen liegt Österreich in der tagesklinischen Versorgung trotz Verbesserungen seit dem Jahr 2000 weiterhin hinter internationalen Referenzwerten (siehe Kapitel 7.5.1).

■ 5.5 Notfallversorgung

Die Notfallversorgung inkludiert die öffentliche präklinische Notfallversorgung mit Notarztbeteiligung sowie Rettungsdienste und die Notfallversorgung in der Notfallambulanz. Alle Akutkrankenanstalten (117) haben Ambulanzen, die gesetzlich dazu verpflichtet sind, Notfallversorgung durchzuführen. Für die Organisation und Finanzierung der Notfallversorgung sind gesetzlich die Länder zuständig, die die Notfallversorgung jeweils unterschiedlich festlegen. Die Landesgesetzgebung verpflichtet Gemeinden in der Regel dazu, die Notfallversorgung zu finanzieren und Notfalldienste unter Vertrag zu nehmen, aber einige Länder kofinanzieren diese Dienste. Die meisten Gemeinden schließen mit gemeinnützigen Organisationen wie dem Österreichischen Roten Kreuz (ÖRK), dem Arbeiter-Samariter-Bund Österreichs, dem Johanniterorden und dem Malteser Hospitaldienst Austria einen Vertrag für den Sanitäts- und Rettungsdienst ab. Die Stadt Wien betreibt eine Berufsrettung, die in der Magistratsabteilung 70 (MA 70) angesiedelt ist. Das Österreichische Rote Kreuz (ÖRK) ist mit einem Netzwerk von mehr als 2 000 Rettungs- und Notarztwagen der größte Rettungsdienst und kann jeden Patienten innerhalb von 15 Minuten mit einem Rettungswagen und innerhalb von 20 Minuten mit einem Notarztwagen erreichen (Österreichisches Rotes Kreuz, 2017a).

Im Gegensatz zu anderen Ländern werden der Rettungsdienst und Krankentransporte häufig gemeinsam mit denselben Fahrzeugen und demselben Personal organisiert. Die Notfallversorgung wird primär von Rettungssanitätern und Notfallsanitätern erbracht und, wenn notwendig, von Notärzten unterstützt (BMGF, 2017c). In Österreich spielt die freiwillige Mitarbeit in der Notfallversorgung eine bedeutende Rolle. Im Jahr 2016 halfen ca. 39 000 freiwillige Mitarbeiter im Rettungsdienst und bei den Krankentransporten (Österreichisches Rotes Kreuz, 2017a).

Männer, die statt des Präsenzdienstes beim Österreichischen Bundesheer den Zivildienst absolvieren, sind häufig im Rettungsdienst beschäftigt. Die Sanitäterausbildung ist gemessen an internationalen Standards relativ kurz (100 Stunden Theorie und 160 Stunden Praxis) (Reisinger, 2012). Nach Abschluss der Ausbildung sind Rettungssanitäter vor dem Transport und während des Transports für Notfallpatienten verantwortlich, sofern kein Notarzt benötigt wird. Ein erhöhter Ausbildungsbedarf für Rettungssanitäter sowie eine weitere Professionalisierung erscheinen notwendig. Es ist jedoch wahrscheinlich, dass sich dadurch die Anzahl der freiwilligen Mitarbeiter verringert.

BOX 5.2 Typischer Notfallverlauf eines Patienten

- Notfallpatient oder Ersthelfer rufen die Nummer 144 und werden mit der nächstgelegenen Notrufzentrale verbunden. Auch der Ruf der Europäischen Notrufnummer (112), der Polizei (133) und der Feuerwehr (122) wird im Bedarfsfall an die Notrufnummer der Rettung weitergeleitet.
- Die Rettungsleitstelle ermittelt, welche Versorgung benötigt wird, und schickt ein Rettungsfahrzeug mit Sanitätern und/oder einen Notarztwagen. Bei Bedarf werden auch andere Einsatzkräfte verständigt und telefonisch Anweisungen erteilt, um Erste Hilfe zu leisten.
- Notfallsanitäter und, sofern nötig, der Notarzt führen die Notversorgung vor Ort sowie während des Notfalltransports durch. Meist wird der Patient in die Notfallaufnahme eines Krankenhauses gebracht, wo über die weitere Behandlung entschieden wird.

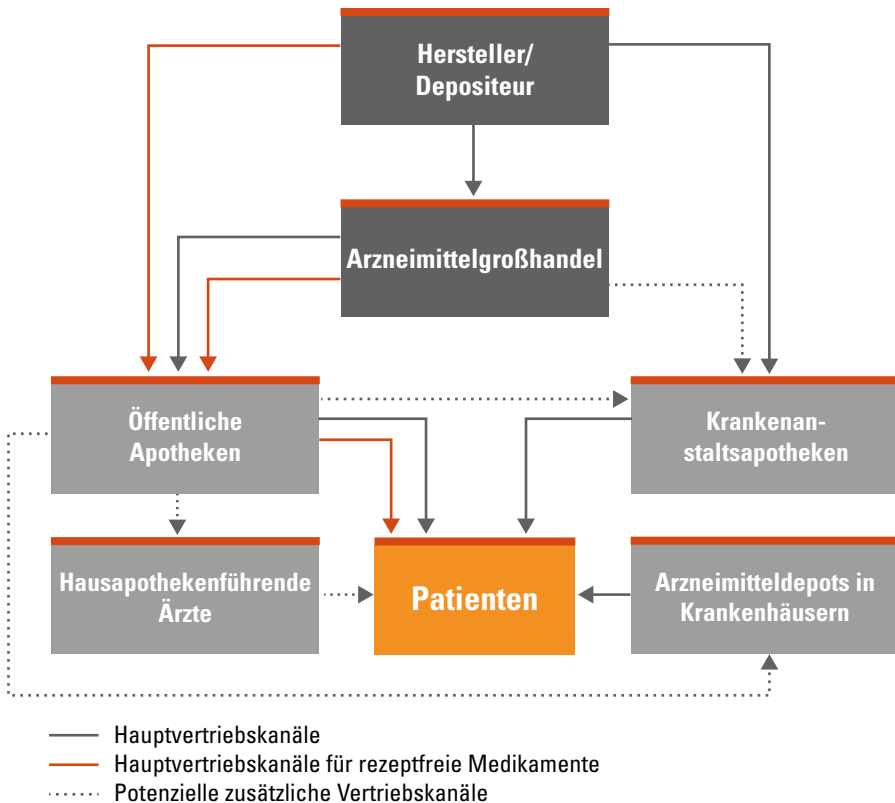
Quelle: Eigene Darstellung

■ 5.6. Arzneimittelversorgung

In Österreich gibt es ca. 220 Pharmaunternehmen mit insgesamt 18 000 Mitarbeitern (Zimmermann und Rainer, 2018). Im Jahr 2015 erreichte die Arzneimittelproduktion in Österreich einen Wert von € 2 864 Millionen, wobei die Exporte die Importe um 6% überstiegen (Pharmig, 2017). Direktlieferungen der pharmazeutischen Unternehmen an Apotheken sind

erlaubt, spielen aber eine untergeordnete Rolle. Im Allgemeinen werden Arzneimittel durch Großhandelsunternehmen vertrieben, die Apotheken in der Regel dreimal täglich beliefern. In Österreich gibt es ca. 35 Großhändler, von denen die sechs größten einen Marktanteil von 95% halten (Zimmermann und Rainer, 2018) (Abb. 5.2).

ABB. 5.2 Vertriebskanäle von Arzneimitteln



Quelle: Pharmig, 2016; Zusammenstellung der GÖG

Medikamente, die für den extramuralen Sektor bestimmt sind, wurden 2016 von 1 380 öffentlichen Apotheken abgegeben (Österreichische Apothekerkammer, 2017). In Österreich geben ca. 841 hausapothekenführende Ärzte Arzneimittel ab, wodurch in Österreich insbesondere auch in entlegenen Gebieten eine relativ hohe Dichte in der Arzneimittelversorgung gewährleistet ist (Zimmermann und Rainer, 2018).

Im intramuralen Sektor werden Medikamente in der Regel von den 38 Krankenanstaltsapotheken (Pharmazeutische Gehaltskasse, 2017) oder

in Arzneimitteldepots ausgegeben, die von Krankenanstaltsapotheken oder öffentlichen Apotheken beliefert werden (Hofmarcher und Quentin, 2013). Im Jahr 2017 gab es in ca. 14% der Krankenhäuser Anstaltsapotheken, aber die Anzahl dieser Apotheken nimmt durch die immer häufigere Auslagerung und Zentralisierung von Krankenanstaltsapotheken beständig ab (Zimmermann und Rainer, 2018).

■ 5.6.1 Zugang zu Arzneimitteln

Versicherte haben freien Zugang zu Arzneimitteln, die im Erstattungskodex der sozialen Krankenversicherung als erstattungsfähige Arzneimittel zur Verabreichung im extramuralen Sektor ausgewiesen sind und von einem Arzt verschrieben werden. Ärzte können Medikamente, die im grünen Bereich des Erstattungskodex aufscheinen, frei verordnen. Medikamente im gelben Bereich des Erstattungskodex erfordern eine chef- und kontrollärztliche Genehmigung durch einen Arzt des Krankenversicherungsträgers (RE1 oder „dunkelgelber“ Bereich) oder die Dokumentation der Verordnungen für eine nachträgliche Kontrolle (RE2 oder „hellgelber“ Bereich) (Hofmarcher und Quentin, 2013) (siehe Kapitel 2.8.4).

Im Jahr 2018 betrug die Rezeptgebühr für jedes verordnete Medikament € 6,00 (HVB, 2018b), und alle Kosten, die diesen Betrag übersteigen, werden von den Krankenversicherungsträgern übernommen. Für Arzneimittel mit einem Bruttoerstattungspreis unter der Rezeptgebühr zahlen Patienten in der Regel den vollen Preis (Ausnahme sind Patienten, die von der Rezeptgebühr befreit sind). Für Medikamente, die in der intramuralen Versorgung verabreicht werden, fällt keine Selbstbeteiligung an.

Bestimmte Bevölkerungsgruppen (z. B. Pensionisten mit Ausgleichszulage) und Personen mit einem Haushaltseinkommen unter einem bestimmten Grenzbetrag sind von der Entrichtung der Rezeptgebühr befreit (BMGF, 2017ar) (siehe Kapitel 3.4.1). Der Anteil an rezeptgebührenbefreiten Personen variiert zwischen den einzelnen Krankenversicherungsträgern stark. Im Jahr 2016 war der Anteil der Versicherten, die von der Rezeptgebühr befreit waren, bei der Gebietskrankenkasse im Burgenland am niedrigsten (2%) und in Wien am höchsten (28%) (Wilbacher, 2018). Seit 2008 besteht eine Rezeptgebührenobergrenze von 2% des Jahresnettoeinkommens, um dadurch insbesondere chronisch Kranke zu entlasten (BMGF, 2017ar).

Patienten müssen jedoch mindestens Ausgaben in der Höhe von € 222 (für 37 Verordnungen) nachweisen, bevor die Rezeptgebührenobergrenze zur Anwendung kommt. Trotz dieser Befreiungen machten die Rezeptgebühren im Jahr 2015 in Österreich 6,4% der gesamten privaten Selbstzahlungen (OOP) aus (siehe Tabelle 3.7).

■ 5.6.2 *Arzneimittelverbrauch*

Der Arzneimittelverbrauch wird in Packungen gemessen. Im Jahr 2015 betrug der Arzneimittelumsatz insgesamt 240,7 Millionen Packungen an verschriebenen und nicht verschriebenen Medikamenten, wovon ca. 90% (217,9 Millionen Packungen) im extramuralen Sektor abgegeben wurden (Pharmig, 2017). Ca. 49% der verkauften Packungen (119 Millionen) wurden von den Krankenversicherungsträgern finanziert; dies entspricht 14 Packungen pro Versicherten.

Die Gesamtausgaben für verschriebene und nicht verschriebene Medikamente im extramuralen Sektor betragen im Jahr 2015 € 4 300 Millionen, das entspricht 12,4% der gesamten laufenden Gesundheitsausgaben oder € 504 pro Person, wovon 69,7% aus öffentlichen Mitteln finanziert wurden. Während die Pro-Kopf-Ausgaben für Medikamente höher sind als im OECD-Durchschnitt, liegt der Anteil der Arzneimittelausgaben an den laufenden Gesundheitsausgaben (Arzneimittelquote) unter dem Durchschnitt der 30 OECD-Mitgliedsstaaten von 15,7% (siehe Kapitel 7.2.1) (OECD, 2017d).

Der Anteil der Generika am Arzneimittelumsatz fällt mit einem mengenmäßigen Anteil von 32,5% und einem wertmäßigen Anteil von 14,3% am extramuralen Erstattungsmarkt im Jahr 2015 relativ niedrig aus. Das lässt sich zum Teil darauf zurückführen, dass keine Maßnahmen zur Förderung des Generikaeinsatzes wie z.B. eine Wirkstoffverschreibung oder eine Generikasubstitution in Österreich erlaubt sind. Für den intramuralen Sektor liegen Daten zu Preisen und zum Anteil von Generika nur eingeschränkt vor; dies macht es schwer, Maßnahmen zur Kostendämpfung und zum rationalen Einsatz von Arzneimitteln evidenzbasiert zu treffen (Panteli et al., 2016; Zimmermann und Rainer, 2018). Positiv zu werten ist, dass die Häufigkeit der Antibiotikaverordnungen in Österreich (13,9 definierte Tagesdosen pro 1 000 Einwohner pro Tag) im Jahr 2016 unter dem Durchschnitt

der 30 OECD-Mitgliedsstaaten (21 definierte Tagesdosen pro Tag) lag (OECD, 2017b).

■ 5.6.3 *Laufende Entwicklungen*

Die laufende Gesundheitsreform wird aller Voraussicht nach durch geplante Anwendungen von ELGA wie die elektronische Verschreibung, e-Medikation und den e-Impfpass einen erheblichen Einfluss auf die Arzneimittelversorgung haben. Die e-Medikation soll alle verordneten Medikamente in einer Übersicht anzeigen, um eine geeignete Rezeptaussstellung zu verbessern und negative Folgen der Polypharmazie zu verringern. Die Prävalenz der Polypharmazie und potenziell inadäquate Medikation sind Indikatoren im Bundes-Zielsteuerungsvertrag (B-ZV), für die als Teil der Zielsteuerung 2017–2021 ein Monitoring vorgesehen ist.

Ein ausgewiesenes Ziel des Bundes-Zielsteuerungsvertrags ist die Optimierung der öffentlichen Arzneimittelausgaben z.B. durch eine sektoren- und länderübergreifende Beschaffung von Arzneimitteln (ZS-G, 2017). Im Jahr 2016 trat Österreich der Beneluxa-Initiative bei, die bis dahin Belgien, die Niederlande und Luxemburg umfasste. Diese Kooperation soll mittels eines gemeinsamen Ansatzes in der Bewertung, Preisbildung und Erstattung von Arzneimitteln einen Beitrag zum nachhaltigen Zugang zu Arzneimitteln und deren geeigneter Anwendung leisten. Die Mitgliedsstaaten der Beneluxa-Initiative kooperieren in vier Bereichen miteinander: Horizon-Scanning, Bewertung von Gesundheitstechnologien (HTA), Informationsaustausch und potentiell gemeinsame Preisverhandlungen für ausgewählte Produkte.

■ 5.7 **Rehabilitation**

Der Rehabilitationsbereich ist im ASVG geregelt und wird als Teil der medizinischen Versorgung betrachtet. Allgemein muss unterschieden werden zwischen (1) medizinischen Maßnahmen der Rehabilitation, (2) Maßnahmen der Gesundheitsvorsorge (z. B. Aufenthalt in Kuranstalten) und (3) nicht-medizinischen Maßnahmen, d. h. beruflichen und sozialen Maßnahmen. Damit einem Patienten eine medizinische Rehabilitationsmaßnahme gewährt wird, müssen drei Bedingungen erfüllt sein: es muss ein ausgewiesener

Bedarf bestehen; er oder sie muss geeignet sein, d. h. motiviert und fähig, die Rehabilitation mitzumachen; außerdem muss das spezifische Ziel der Rehabilitationsmaßnahme innerhalb eines definierten Zeitrahmens erreichbar sein (Hofmarcher und Quentin, 2013). Versicherte haben grundsätzlich einen gesetzlichen Anspruch auf medizinische Rehabilitationsmaßnahmen, während Maßnahmen der Gesundheitsvorsorge (z. B. Aufenthalt in Kuranstalten) eine freiwillige Leistung der Sozialversicherungsträger darstellen.

Rehabilitationsmaßnahmen werden entweder stationär oder ambulant durchgeführt. Im Rahmen der medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen findet die stationäre Versorgung in spezialisierten Rehabilitationszentren statt (Sonderkrankenanstalten), wohingegen die ambulante Rehabilitation in Ambulanzen und selbstständigen Ambulatorien erfolgt (Gyimesi et al., 2016; Hofmarcher und Quentin, 2013).

Ziele und Aufgaben der Rehabilitationsmaßnahmen unterscheiden sich bei den einzelnen Sozialversicherungsträgern, die für die Deckung der Kosten verantwortlich sind. Die Maßnahmen, die von der sozialen Krankenversicherung finanziert werden, zielen auf die Wiederherstellung und Erhaltung eines guten Gesundheitszustandes ab. Leistungen, die von der Pensionsversicherungsanstalt (PVA) übernommen werden, sollen vorzeitige Pensionierung sowie dauernde Pflegebedürftigkeit vermeiden (Hofmarcher und Quentin, 2013). Rehabilitationsmaßnahmen, die von der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt (AUVA) finanziert oder erbracht werden, sind auf die Wiederherstellung der Gesundheit nach Arbeitsunfällen oder Berufskrankheiten ausgelegt (AUVA, 2016b). In diesem Zusammenhang erbringt die Allgemeine Unfallversicherungsanstalt medizinische, berufliche (z. B. Ausbildung, Maßnahmen zur Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt) und soziale Maßnahmen der Rehabilitation (z. B. Geld- oder Sachleistungen für die Adaptierung der von dem Patienten bewohnten oder zu bewohnenden Räumlichkeiten oder für den Erwerb von Heilbehelfen) (AUVA, 2016b). Darüber hinaus können Versicherte für sich und/oder ihre Familienangehörigen nach einem Arbeitsunfall bei der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt um einkommensabhängige Geldleistungen ansuchen (AUVA, 2017b).

Patienten beantragen medizinische Maßnahmen in der Regel selbst und legen die Begründung der medizinischen Notwendigkeit durch einen Allgemein- oder Facharzt vor (Hofmarcher und Quentin, 2013).

Wenn ein Antrag nach einer ärztlichen Beurteilung vom jeweiligen Sozialversicherungsträger abgelehnt wird, kann der Versicherte innerhalb von fünf Jahren maximal zweimal einen Neuantrag stellen, sofern sich der Gesundheitszustand des Versicherten nicht verschlechtert. Für Patienten, die nach einer Krankenhausentlassung eine Akut-Nachbehandlung benötigen, bringt ein Facharzt des behandelnden Krankenhauses den Antrag ein. Grundsätzlich sind für maximal 28 Tage des stationären Rehabilitationsaufenthalts einkommensabhängige Zuzahlungen zu leisten (siehe Kapitel 3.4.1).

Anträge auf medizinische Rehabilitation oder Gesundheitsvorsorge für Pensionisten oder Invaliditätspensionsanträge für erwerbstätige Personen werden von den Trägern der Pensionsversicherung geprüft, die auch mit dem öffentlichen Bildungs- und Beratungsprogramm „Fit2work“ zusammenarbeitet (siehe Kapitel 5.1.4). Wenn der Antrag bewilligt wird, leistet die Pensionsversicherungsanstalt eine Geldleistung für die Dauer der beantragten Rehabilitation.

Neuere Studien haben den Bedarf nach mehr Plätzen in bestimmten Bereichen der stationären Rehabilitation, der ambulanten Rehabilitation der Phase II und in der Kinder- und Jugendlichenrehabilitation hervorgehoben. Eine Evaluation der GÖG von 2016 ergab, dass der Bedarf bis 2020 für Erwachsene in der stationären Rehabilitation bei 11 174 Betten und in der ambulanten Rehabilitation der Phase II bei 1 235 Plätzen liegt (Gyimesi et al., 2016). Eine weitere Studie aus 2012 prognostizierte auch einen Bedarf von ca. 340 Betten bis 2020 in der Kinder- und Jugendlichenrehabilitation (Reiter et al., 2012).

In den letzten Jahren wurden einige Maßnahmen gesetzt, um das vorzeitige Ausscheiden (älterer) Personen mit schlechtem Gesundheitszustand aus dem Arbeitsmarkt zu vermeiden. Seit 2014 erhalten Personen, deren Anträge abgewiesen wurden, die aber vorübergehend als arbeitsunfähig eingestuft wurden (d. h. für mindestens sechs Monate), Rehabilitationsgeld und haben einen Rechtsanspruch auf medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen, wenn diese zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit notwendig sind. Seit Juli 2017 haben Teilnehmer des „Fit2work“-Programms, die nach einem mindestens sechswöchigen Krankenstand wieder in Teilzeit in den Arbeitsmarkt zurückkehren, Anspruch auf Geldleistung für die Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt sowie zum Ausgleich des Verdienstentgangs.

■ 5.8 Langzeitpflege

Das österreichische System der Langzeitpflege und -betreuung unterscheidet sich vom Gesundheitssystem deutlich, insbesondere in Bezug auf Gesetzgebung, Kompetenzverteilung und Finanzierung. Während Organisation und Finanzierung des Gesundheitssektors der Logik der sozialen Krankenversicherung folgen, fallen Sachleistungen der Langzeitpflege und -betreuung vorwiegend in den Kompetenzbereich der Bundesländer. Dies führt zu regionalen Unterschieden in Bezug auf Abdeckung, Vorgaben zur Strukturqualität und Qualitätssicherungsinstrumenten in ganz Österreich (Leichsenring et al., 2014; Riedel und Kraus, 2010). Mit der Zusammenlegung von Gesundheits- und Sozialressort ist auf Bundesebene seit 2018 das BMASGK für den Bereich Langzeitpflege und -betreuung zuständig. Damit fallen die Bereiche Gesundheit und Langzeitpflege und -betreuung erstmals wieder unter die Zuständigkeit eines einzigen Ministeriums.

Mit der Einführung des Pflegegelds im Jahr 1993 hat sich das österreichische System der Langzeitpflege und -betreuung in Richtung universalistischer Prinzipien verschoben, stützt sich aber weiterhin stark auf pflegende und betreuende Angehörige (Österle und Bauer, 2012). Das Pflegegeld erhöhte die Kaufkraft der Pflegeempfänger und trug so zu einem größeren Angebot an mobilen und stationären Diensten in allen Bundesländern bei, wenngleich in unterschiedlichem Ausmaß (Leichsenring 2017; Österle und Bauer, 2012). Des Weiteren spielte das Pflegegeld eine maßgebliche Rolle bei der Entstehung des Bereichs der (so genannten) 24-Stunden-Betreuung, formal Personenbetreuung.

Das österreichische Pflegegeld unterstützt pflegebedürftige Personen mit Wohnsitz in Österreich als einkommensunabhängige Geldleistung. Im Gegensatz zu einigen anderen Ländern können Pflegegeldempfänger in Österreich frei entscheiden, wofür sie das Pflegegeld verwenden (Riedel und Kraus 2010; Ungerson, 2004). Per Gesetz ist das Pflegegeld dafür vorgesehen, „in Form eines Beitrages pflegebedingte Mehraufwendungen pauschaliert abzugelten, um pflegebedürftigen Personen soweit wie möglich die notwendige Betreuung und Hilfe zu sichern sowie die Möglichkeit zu verbessern, ein selbstbestimmtes, bedürfnisorientiertes Leben zu führen“ (Bundespflegegeldgesetz, 1993).

Im Jahr 2016 erhielten ca. 5% der österreichischen Bevölkerung (455 354 Personen) sowie ca. 18% der Personen im Alter von 60 Jahren und älter das Pflegegeld (siehe Tabelle 5.3). Zwei Drittel der Empfänger waren

Frauen. Das Pflegegeld wird in sieben Stufen ausbezahlt, abhängig von der Anzahl der geschätzten Stunden an Pflegebedarf des Empfängers. Die monatliche Summe ist steuerfrei und beträgt € 157,30 bis € 1 688,90. Seit seiner Einführung wurde das Pflegegeld nur viermal angepasst, was gemessen am Verbraucherpreisindex zwischen 1993 und 2016 zu einer Verringerung der Kaufkraft um 25% geführt hat (Eigenberechnung auf Basis von Rainer und Theurl (2015)). Laut einer Gesetzesnovelle 2019 wird das Pflegegeld ab 1. Jänner 2020 valorisiert und somit jährlich dem Pensionsanpassungsfaktor entsprechend erhöht.

Anspruch auf eine Geldleistung besteht, wenn damit zu rechnen ist, dass für eine Dauer von mindestens sechs Monaten und in einem Ausmaß von mindestens 65 Stunden pro Monat eine dauerhafte Betreuung oder Hilfe notwendig ist (BMASK, 2016). Der Pflegebedarf wird in einer umfangreichen Untersuchung durch Pflegefachkräfte (z. B. Krankenschwestern) erhoben. Das Ergebnis der Untersuchung fließt in ein ärztliches Gutachten ein (Riedel und Kraus, 2010). Die Bewilligungskriterien wurden in den letzten Jahren zugunsten von Personen mit erhöhtem Pflegebedarf verschärft (Leichsenring 2017; Rodrigues, 2010). Die Verfügbarkeit von informeller Pflege und Betreuung durch An- und Zugehörige ist nicht Teil der offiziellen Begutachtung. Im Jahr 2016 wurde mehr als die Hälfte der Pflegegeldempfängerinnen und -empfänger in die zwei niedrigsten Pflegestufen eingestuft.

■ 5.8.1 *Struktur der Leistungserbringung*

Langzeitpflege und -betreuung wird in verschiedenen Settings erbracht, wenngleich die Grenzen fließend sind: (1) informelle Betreuung und Pflege, erbracht durch An- und Zugehörige (in erster Linie Ehefrauen und Töchter); (2) mobile Pflege und Betreuung zuhause (einschließlich Tageszentren); (3) Pflegeheime; und (4) 24-Stunden-Betreuung durch privat bezahlte Personenbetreuerinnen und -betreuer (siehe auch Hofmarcher und Quentin (2013)). Laut Schätzungen der NGO Hilfswerk nutzte im Jahr 2015 ein Drittel der Pflegegeldbezieher (32%) mobile Dienste. Fast jede fünfte pflegebedürftige Person war in einem Pflegeheim untergebracht (19%), wohingegen ca. 5% der Empfänger von der 24-Stunden-Betreuung und 2% in einem Tageszentrum betreut wurden, letztere möglicherweise auch in Kombination mit mobilen Pflege- und Betreuungsdiensten.

TABELLE 5.3 Übersicht über Pflegestufen, Pflegegeld und Pflegegeldempfänger nach Alter und Geschlecht (Dezember 2016)

PFLEGESTUFE	PFLEGEBEDARF IN STUNDEN PRO MONAT	HÖHE DES MONATLICHEN PFLEGEGELDS (nicht steuerpflichtig)	PFLEGEGELDEMPFÄNGER		ANTEIL AN FRAUEN (%)	ANTEIL AN EMPFÄNGERN > 80 J. (%)
			GESAMT	IN % ALLER EMPFÄNGER		
1	65–95	157,30	118.662	26,1	65,5	38,6
2	95–120	290,00	110.859	24,3	63,2	46,8
3	120–160	451,80	81.591	17,9	63,3	53,2
4	>160	677,60	65.495	14,4	63,2	58,1
5	>180 bei außergewöhnlichem Pflegebedarf	920,30	49.496	10,9	67,1	63,4
6	> 180 Stunden (wenn zeitlich unkoordinierbare Betreuungsmaßnahmen erforderlich sind und diese regelmäßig während des Tages und der Nacht zu erbringen sind oder die dauernde Anwesenheit einer Pflegeperson während des Tages und der Nacht erforderlich ist, weil die Wahrscheinlichkeit einer Eigen- oder Fremdgefährdung gegeben ist)	1.285,20	19.894	4,4	60,0	49,0
7	> 180 Stunden (wenn keine zielgerichteten Bewegungen der vier Extremitäten mit funktioneller Umsetzung möglich sind oder ein gleichzeitiger Zustand vorliegt)	1.688,90	9.357	2,1	63,6	39,9
GESAMT			455.354	100	64,1	49,2

Quelle: Eigenberechnung auf Basis des BMASK, 2017a

Etwa vier von zehn pflegebedürftigen Personen (42%) erhielten keine formelle Betreuung, sondern waren auf informelle Betreuung durch An- und Zugehörige angewiesen (BMASGK, 2016; BMASK 2012; Nagel, 2015). Formelle häusliche Pflegetätigkeiten (d. h. mobile Dienste) werden primär von privaten

gemeinnützigen Organisationen geleistet. Es gibt 850 Pflegeheime, die von öffentlichen (50%), privaten gemeinnützigen (25%) sowie gewinnorientierten (25%) Trägerorganisationen verwaltet werden (Leichsenring, 2017).

Abdeckung und Inanspruchnahme mobiler und stationärer Pflege und Betreuungsdienste variieren österreichweit stark. Im Jahr 2015 schwankte der Anteil von Personen im Alter von 60 Jahren und älter, die mobile Dienste nutzten, zwischen 5,7% in Salzburg und 9,9% in Vorarlberg; der Anteil der Über-60-Jährigen in Pflegeheimen reichte von 2,8% (Burgenland, Vorarlberg) bis 4,7% (Kärnten). Die Intensität und Häufigkeit, mit der Langzeitpflege und -betreuungsleistungen erbracht werden, unterscheiden sich zwischen den einzelnen Regionen sogar noch stärker. Im Jahr 2015 reichte die durchschnittliche Stundenzahl bei den mobilen Diensten pro Jahr und pro Empfänger von 57 Stunden in der Steiermark bis 197 Stunden in Wien. Die Erbringung von Leistungen der Langzeitpflege und -betreuung in Tageszentren hat in den letzten Jahren zunehmend an Bedeutung gewonnen. Zwischen 2011 und 2016 stieg die Anzahl der Personen in Tageszentren beträchtlich an (um 48% von 5.053 auf 7.486 Personen) (Statistik Austria (2018c).

Die 24-Stunden-Betreuung (Personenbetreuung) wird durch im selben Haushalt wohnende privat bezahlte Pflegekräfte, die primär aus den osteuropäischen Nachbarländern stammen, geleistet (Schmidt et al., 2015; Winkelmann et al., 2015). Im Jahr 2007 wurde eine finanzielle Förderung für diese Betreuungsform eingeführt. Zugleich wurden Qualifikationen der Personenbetreuer definiert, die als Voraussetzung für die Beschäftigung von 24-Stunden-Betreuern in privaten Haushalten dienen. Den finanziellen Zuschuss, der die Kosten der 24-Stunden-Betreuung zum Teil decken soll, können Personen ab der Pflegestufe 3 beantragen (bis zu € 550 im Falle von selbständig arbeitenden Pflegekräften). Um Anspruch auf die Förderung zu haben, müssen drei Bedingungen erfüllt sein: (1) das monatliche Netto-Gesamteinkommen darf € 2 500 nicht übersteigen (ausgenommen Beihilfen wie das Pflegegeld; diese Grenze erhöht sich im Fall von unterhaltsberechtigten Angehörigen); (2) im Haushalt muss ein eigenes Zimmer für die Personenbetreuerin oder den Personenbetreuer vorhanden sein; und (3) die Personenbetreuerin oder der Personenbetreuer muss zumindest eine sechsmonatige Berufserfahrung oder eine absolvierte Grundausbildung im Ausmaß von 200 Stunden nachweisen oder eine fachspezifische Ermächtigung von einem Arzt oder einem Gesundheits- und Krankenpfleger vorlegen (BMASGK, 2018g).

Die Mehrheit der 24-Stunden-Betreuer arbeitet auf selbständiger Basis und wechselt sich in der Regel im 2-Wochen-Rhythmus mit einem anderen Personenbetreuer ab. Im Jahr 2017 bezogen ca. 11% der Pflegegeldempfänger ab Pflegestufe 3 (25 300 Haushalte) einen öffentlichen Zuschuss für die 24-Stunden-Betreuung, das ist ein Anstieg von ca. 6% seit 2016 (23 800). Anlaufstelle für den Zuschuss ist das Sozialministeriumservice (früher Bundessozialamt). Im Jahr 2017 waren insgesamt 62 600 Personen in der 24-Stunden-Betreuung aktiv tätig und gemeldet (WKÖ, 2018).

■ 5.8.2 *Qualitätssicherung*

Für die Anbieter von formellen Diensten der Langzeitpflege und -betreuung gibt es eine Reihe von bundesweiten Qualitätssicherungsmaßnahmen (BMASK, 2017a). Bei etwa einem Drittel der 850 Alten- und Pflegeheime wird ein zertifiziertes Qualitätsmanagementsystem eingesetzt, und 5% (46) wurden im Jahr 2018 mit dem Nationalen Qualitätszertifikat (NQZ) ausgezeichnet (BMASGK, 2018b). Das NQZ wurde 2008 eingeführt, und die Indikatoren haben einen Fokus auf Prozess- und Ergebnisqualität, insbesondere auf die Lebensqualität der Bewohnerinnen und Bewohner, und die Zufriedenheit des Pflegepersonals (Leichsenring et al., 2014; Rodrigues et al., 2014).

Die Qualität der häuslichen Betreuung wird mittels der jährlichen (freiwilligen) Qualitätssicherungs-Umfrage von qualifizierten Mitarbeitern bei Pflegegeldempfängern in deren Zuhause sowie in einer separaten Umfrage unter Beziehern der Förderung für die 24-Stunden-Betreuung erhoben. Die Qualitätssicherungsmaßnahme soll die formelle häusliche Betreuung und die 24-Stunden-Betreuung bewerten und betreuende Angehörige durch Beratung und Bereitstellung von Informationen über Kurzzeitpflege und andere Dienste unterstützen (SVB, 2016). Pflegeempfänger können auch explizit um einen solchen Hausbesuch ansuchen. Die Zahl von Hausbesuchen im Rahmen der Qualitätssicherung bei Pflegeempfängern, die zuhause betreut werden, hat in den letzten Jahren zugenommen, war aber zwischen 2016 (19 515) und 2017 (19 201) leicht rückläufig. Ca. 26% der Personen, die eine Förderung für die 24-Stunden-Betreuung beziehen, wurde ein Qualitätsbesuch abgestattet (6 635) (BMASK, 2017a).

■ 5.8.3 *Übersicht über aktuelle Reformen*

Aktuelle Reformen in der Langzeitpflege und -betreuung betreffen die Schaffung des Pflegefonds (Pflegefondsgesetz, 2011), Änderungen in der Finanzierung von Pflegeheimen sowie die Veröffentlichung der Demenzstrategie:

- Seit 2018 dürfen Vermögenswerte von Pflegeempfängern nicht mehr zur Finanzierung der Heimpflege verwendet werden und die Länder sind dafür zuständig, den Einnahmenausfall (durch die entgangenen Selbstzahlungen) zu kompensieren. Zur Finanzierung der Heimpflege können die Länder weiterhin auf das Einkommen von Pflegeempfängern und die erhaltenen Sozialleistungen zugreifen.
- Der Pflegefonds wurde für den Zeitraum 2011 bis 2021 geschaffen und dürfte durch die Widmung eines Teils des Bundesbudgets für Ausgaben in der Langzeitpflege und -betreuung ein Schritt in Richtung zweckgewidmete Finanzierung sein (Trukeschitz und Schneider, 2012) (siehe Kapitel 3.6.2). Der Fonds ist auf die Harmonisierung der Pflege- und Betreuungsdienste zwischen den Ländern ausgerichtet. Die Planung dieser Leistungen wird an den Bund kommuniziert, etwa im Rahmen der seit 2011 bestehenden Pflegegeldstatistik der Bundesländer (BMASGK, 2018a).
- Im Jahr 2015 wurde die österreichische Demenzstrategie ins Leben gerufen. Sie definiert sieben Wirkungsziele, darunter die Sicherstellung der Teilhabe und Selbstbestimmung der Betroffenen, die frühzeitige Information für An- und Zugehörige und für Menschen mit dementiellen Beeinträchtigungen, die (Aus-) Bildung von formellen und informellen Betreuungspersonen und die Verbesserung der Kooperation und Koordination zwischen den verschiedenen Betreuungssystemen sowie zwischen dem Sozial- und dem Gesundheitssystem (Juraszovich et al., 2015).

Die Fragmentierung in der Aufteilung der Kompetenzen und in der Finanzierung zwischen dem Sozial- und Gesundheitsbereich sowie zwischen Bund und Ländern erschwert seit langem eine bessere Integrierung von Gesundheits- und Langzeitpflegediensten (Rodrigues, 2010). Diese

Zersplitterung führt auch zu einer eingeschränkten Zusammenarbeit zwischen Akutkrankenanstalten, Anbietern von Nachbehandlungen sowie Pflege- und Betreuungsdiensten (eingeschlossen Rehabilitation, mobile und stationäre Dienste). Häufig sind Betroffene auf familiäre Unterstützung oder andere Formen informeller Betreuung angewiesen (Leichsenring 2017; Rodrigues, 2010). Es bleibt abzuwarten, ob die Zusammenlegung von Gesundheit und Langzeitpflege in ein gemeinsames Bundesministerium Synergien in dieser Hinsicht schaffen wird.

■ 5.9 Leistungen für betreuende An- und Zugehörige

Im Jahr 2010 waren ca. 80% der pflegebedürftigen Personen – entweder ausschließlich oder zusätzlich zur formellen Pflege und Betreuung daheim – auf informelle Betreuung angewiesen, also auf Betreuung durch Familienangehörige, Freunde oder Nachbarn (BMASK 2012; Riedel und Kraus 2010; Schneider et al., 2006). Insgesamt gibt es in Österreich mindestens 40 000 betreuende An- und Zugehörige (Leichsenring 2017; Pochobradsky et al., 2005). Die große Mehrheit der Betreuungspersonen sind Frauen, vor allem in der größten Altersgruppe der Pflege- und Betreuungspersonen der 50 bis 64- Jährigen (Colombo et al., 2011; Rodrigues et al., 2012). Etwa ein Drittel der informellen Pflege- und Betreuungspersonen geht einer bezahlten Arbeit nach (Pochobradsky et al., 2005; SVB, 2016).

Das Erbringen von Betreuungs- und Pflegeaufgaben und die Organisation mobiler Dienste stellen für betreuende An- und Zugehörige eine erhebliche Belastung dar. Im Jahr 2016 gaben 40% der informellen Pflegepersonen, die an einer Umfrage zu daheim lebenden Pflegegeldempfängern teilnahmen, an, durch die Verantwortung für Betreuung und Pflege psychisch belastet zu sein (SVB, 2016). Eine 2008 in Wien durchgeführte Studie zeigte, dass vor allem Frauen mit mehrfachen Betreuungspflichten und Frauen, die intensive Stunden der Betreuung leisten, hinsichtlich Vereinbarkeit von Betreuung und Beruf mehr Unterstützung benötigen würden (Trukeschitz et al., 2013).

In den letzten Jahrzehnten wurde eine Reihe von gesetzlichen Maßnahmen eingeführt, um betreuende oder pflegende An- und Zugehörige zu unterstützen. Um die Kurzzeitpflege zu finanzieren, wird der Hauptbetreuungsperson eines Pflegeempfängers ab der Pflegestufe 3

für eine maximale Dauer von 28 Tagen pro Jahr eine Zuschussleistung im Höchstausmaß von €1 200 bis €2 200 gewährt. Die Förderung erhöht sich, wenn Kinder oder demenzkranke Personen ab der Pflegestufe 1 betreut werden (BMASK, 2017b). Betreuungspersonen ohne Erwerbstätigkeit, die einen Pflegeempfänger ab der Pflegestufe 3 betreuen, haben Anspruch auf Selbst-/Weiterversicherung in der Pensions- und Sozialversicherung, für die der Staat die Beiträge in voller Höhe übernimmt. Im Falle von Krankheit oder Beurlaubung der betreuenden Person besteht die Möglichkeit einer finanziellen Unterstützung, um die Kosten der Kurzzeitpflege zu kompensieren.

Um pflegende Angehörige, die erwerbstätig sind, zu unterstützen, gibt es aktuell drei staatliche Karenzierungsmodelle. Die 1976 eingeführte Pflegefreistellung gewährt für die Pflege eines oder einer kranken oder unterhaltsberechtigten Angehörigen einen Rechtsanspruch auf eine bezahlte einwöchige Karenz (pro Arbeitnehmer und Jahr). Wenn die zu betreuende Person unter 12 Jahre alt ist, wird die Pflegefreistellung für eine Dauer von zwei Wochen gewährt. Die 2002 eingeführte Familienhospizkarenz ermöglicht es erwerbstätigen Personen, sterbende Angehörige über einen Zeitraum von sechs Monaten oder schwerst erkrankte Kinder über einen Zeitraum von neun Monaten zu begleiten (pro Fall und betreuender Person). Informelle Pflege- und Betreuungspersonen haben für die Dauer von drei Monaten (pro Fall und betreuender Person) auch Anspruch auf die 2014 eingeführte Pflegekarenz. Die Pflegekarenz kann von neuem beantragt werden, wenn sich der Gesundheitszustand der pflegebedürftigen Person wesentlich verschlechtert. Neben der Familienhospizkarenz und der Pflegekarenz in Vollzeit kann auch Familienhospizteilzeit oder Pflegeteilzeit in Anspruch genommen werden; bei beiden Modellen werden 55% des Nettoeinkommens vergütet. Familien, die das Pflegekarenzgeld beziehen und deren Monatseinkommen netto weniger als € 850 (2017) beträgt, wird der Familienhospiz-Härteausgleich ausbezahlt (BMFJ, 2018). Im internationalen Vergleich werden diese beiden Pflegekarenzmodelle häufig genutzt (Schmidt et al., 2016). Im Jahr 2016 nahmen 2 616 Personen das Pflegekarenzgeld in Anspruch, und 190 davon bezogen den Familienhospiz-Zuschuss (BMASK, 2017a). Darüber hinaus haben erwerbstätige informelle Pflegepersonen (einschließlich Personen, die ein behindertes Kind im selben Haushalt pflegen) Anspruch auf Weiterversicherung in der Pensionsversicherung, wofür die Beiträge vom Staat übernommen werden.

■ 5.10 Hospiz- und Palliativversorgung

Seit dem Beschluss des österreichischen Parlaments 2001, die Hospiz- und Palliativversorgung in strukturierter Form weiterzuentwickeln, ist der Bereich der Hospiz- und Palliativversorgung in Österreich stark gewachsen. Dies ermöglichte vielen Patienten zu Hause zu sterben. Zwischen 1988 und 2015 hat sich der Anteil der Personen, die außerhalb von Krankenhäusern starben, von 39,7% auf 51,0% erhöht. Die Bereitstellung von Hospiz- und Palliativversorgung ist jedoch in den Ländern sehr unterschiedlich verteilt (Pelttari et al., 2017). So lag der Anteil der zu Hause verstorbenen Gehirntumor-Patienten in Wien bei 10,8% und in der Steiermark bei 31,8% (Baumgartner, 2017).

Im Jahr 2005 wurde die österreichische Hospiz- und Palliativversorgung als bundesweite modular abgestufte Hospiz- und Palliativversorgung für Erwachsene eingeführt (Centeno et al., 2013). Diese unterscheidet zwischen Hospiz- und Palliativversorgung, die in allgemeinen Pflege- und Betreuungssettings erbracht wird (Krankenhäuser, Alten- und Pflegeheime, mobile häusliche Pflege- und Betreuungsdienste oder extramurale Versorgung), und spezialisierter Hospiz- und Palliativversorgung (Tabelle 5.4). Unterstützende Angebote in der Palliativversorgung werden von Hospizteams, die Patienten und ihre Familien in allen Settings besuchen, auf freiwilliger Basis erbracht, von Palliativkonsiliardiensten, die aus spezialisierten Palliativversorgungsteams innerhalb von Krankenanstalten bestehen, und von mobilen Palliativteams, die die Palliativversorgung bei Patienten in deren Zuhause oder in Langzeitpflegeeinrichtungen übernehmen. Darüber hinaus gibt es Palliativstationen innerhalb von Krankenhäusern, stationäre Hospize und Tageshospize.

Im Jahr 2016 wurden 2 202 Patienten und ihre Angehörigen durch Hospizteams betreut, 1 800 Patienten waren in Palliativstationen untergebracht, und mobile Palliativteams betreuten 2 142 Patienten und ihre Angehörigen (Pelttari et al., 2017).

Die Hospiz- und Palliativversorgung in Österreich ist stark auf ehrenamtliche Unterstützung angewiesen. Im Jahr 2016 waren 3 528 Ehrenamtliche nach Absolvierung eines Palliativlehrgangs von 80 Stunden Theorie und 40 Stunden Praxis in Österreich aktiv (86% Frauen). Die ehrenamtlichen Mitarbeiter sind primär in einem der 162 Hospizteams organisiert und werden fortlaufend durch Fachkräfte koordiniert und supervidiert (Pelttari und Pissarek 2013; Pelttari et al., 2017).

TABELLE 5.4 Modular abgestufte Hospiz- und Palliativversorgung in Österreich

HOSPIZ- UND PALLIATIVVERSORGUNG				
GRUNDVERSORGUNG		SPEZIALISIERTE HOSPIZ- UND PALLIATIVVERSORGUNG		
	Anbieter	Unterstützende Angebote		Spezialisierte Versorgung
Akutversorgung	Krankenanstalten	Hospizteams	Palliativ-Konsiliar- Dienste	Palliativstationen in Krankenhäusern
Langzeitpflege	Alten- und Pflegeheime		Mobile Palliativteams	Stationäre Hospize
Familiäre/häusliche Betreuung	Niedergelassene (Fach-)Ärzte, mobile Dienste, Therapeuten			Tageshospize

Quelle: adaptiert aus Hofmarcher und Quentin (2013).

Seit den frühen 2000er-Jahren wurden viele Maßnahmen ergriffen, um die Hospiz- und Palliativversorgung sowie ihre Integration in das öffentliche Gesundheitssystem zu fördern (Centeno et al., 2013; Pelttari und Pissarek, 2013). Das Sachwalterrechts-Änderungsgesetz von 2006 schuf die Möglichkeit der Unterzeichnung einer Patientenverfügung (PatVG, 2006) und einer Vollmacht zur Einwilligung in eine medizinische Behandlung (Sachwalterrechts-Änderungsgesetz, 2006). Im Jahr 2012 wurde das Prozesshandbuch Hospiz- und Palliativeinrichtungen eingeführt, welches heute eine bedeutende Qualitätsmaßnahme in der Hospiz- und Palliativversorgung darstellt (GÖG/BMG, 2012). Im Jahr 2017 wurde in einem Pilotprojekt der Vorsorgedialog eingerichtet, um die Präferenzen älterer Menschen hinsichtlich ihres Ablebens zu erfassen. Dieser schließt einen koordinierten Kommunikationsprozess des medizinischen und des Langzeitpflegepersonals in Alten- und Pflegeheimen mit Patienten und ihren An- oder Zugehörigen mit ein. Ein weiteres Pilotprojekt (HPC Mobil) soll seit 2015 durch umfassende Ausbildung von Pflegefachkräften, die in mobilen häuslichen Pflegediensten arbeiten, Barrieren für ältere Menschen hinsichtlich des Ablebens im eigenen Zuhause überwinden (Beyer et al., 2017).

Trotz dieser Fortschritte wurden im Hinblick auf Tageshospize, Palliativkonsiliardienste und Betten in intramuralen Hospizen signifikante Versorgungslücken identifiziert (Pelttari und Nemeth, 2014). Darüber hinaus zeigt sich im aktuellen Reformpaket ein erhöhtes Bewusstsein für den Bedarf an Palliativversorgung für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene. Nichtsdestotrotz steckt die Hospiz- und Palliativversorgung

für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene in Österreich noch immer in den Kinderschuhen (Nemeth und Pelttari, 2016).

■ 5.11 Psychosoziale Gesundheitsversorgung

Die psychosoziale Gesundheitsversorgung basiert auf einem gemischten System von verschiedenen Anbietern aus dem Sozial- und dem Gesundheitssektor, wobei die Versorgungssysteme erheblich zwischen den Ländern variieren. Die psychiatrische und psychosoziale Versorgung wird von Psychiatern, Psychotherapeuten sowie klinischen und Gesundheitspsychologen erbracht (Hofmarcher und Quentin, 2013). Psychotherapeutische Leistungen werden von Psychotherapeuten (Nichtärzte und Ärzte), die beim BMASGK in einer Berufsliste eingetragen sind, oder von Ärzten mit einer Ausbildung in psychotherapeutischer Medizin (PSYIII-Diplom oder Facharztausbildung in Psychiatrie bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie) erbracht. Die psychiatrische Versorgung wird von Psychiatern ausgeübt (ausgebildete Fachärzte). Psychotherapeuten bieten ihre Dienste entweder über Versorgungsvereine oder Institutionen, die einen Vertrag mit Krankenversicherungsträgern haben, oder als selbständig praktizierende vertragslose Therapeuten an. In der psychosozialen Gesundheitsversorgung spielen auch die psychosozialen Dienste, die im Regelfall Psychologen, Psychiater, Sozialarbeiter und/oder Psychotherapeuten beschäftigen, eine große Rolle.

Die Kosten der Psychotherapie werden in der Regel nur zum Teil von den Krankenversicherungsträgern übernommen. Das Kontingent der in voller Höhe übernommenen psychotherapeutischen Sitzungen pro Patient ist begrenzt (bis zu 40 Stunden) und kann nur bei wenigen Anbietern (Versorgungsvereinen, Ambulatorien oder Beratungszentren) in Anspruch genommen werden. Die meisten psychotherapeutischen Leistungen werden außerhalb dieses limitierten Kontingents erbracht und sind mit einer Kostenbeteiligung verbunden. Die soziale Krankenversicherung gewährt Patienten mit einer diagnostizierten psychiatrischen Erkrankung einen Zuschuss in Form eines Fixbetrages (€ 28 pro einstündiger Sitzung). Den Differenzbetrag zwischen den Kosten der Sitzung und dem Zuschuss der sozialen Krankenversicherung müssen die Patienten als Selbstzahlung abdecken. Im Durchschnitt müssen Patienten Selbstzahlungen in der Höhe von € 50 pro Sitzung leisten (Ärzteblatt 2009; PsyOnline, 2018).

Die psychiatrische Versorgung, die von Vertragsärzten, d. h. Psychiatern (ausgebildeten Ärzten), oder in Ambulanzen erbracht wird, wird in voller Höhe von den Krankenversicherungsträgern finanziert. Im Durchschnitt hatten 2015 jedoch nur 19% der selbständig praktizierenden Psychiater einen Vertrag mit einem oder mehreren Krankenversicherungsträgern (mit einer regionalen Schwankungsbreite von 63% im Burgenland bis 7% in Wien) (ÖÄK, 2015). Patienten können deren Dienste nach direkter Zahlung des Honorars nutzen und in der Folge um Erstattung bei ihrer Krankenversicherung ansuchen; es werden bis zu 80% des anwendbaren Kassentarifs erstattet (WGKK, 2017a).

Während die extramurale psychosoziale Gesundheitsversorgung zu einem gewissen Grad eine Erweiterung erfahren hat, ist das Volumen der intramuralen Dienste in den letzten Jahren zurückgegangen. Im Jahr 2016 standen ca. 3 461 Krankenhausbetten oder 0,05 Betten pro 1 000 Einwohner für die psychiatrische Versorgung zur Verfügung (BMGF, 2016h). Der Großteil dieser Krankenhausbetten (1 861 oder 53,8%) stand in spezialisierten Einrichtungen zur Verfügung; 1 557 psychiatrische Krankenhausbetten für Erwachsene (45%) waren in psychiatrische Stationen in Allgemeinkrankenhäusern integriert (BMGF, 2016h). Für die stationäre Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen stehen bundesweit insgesamt 425 Betten zur Verfügung (Stand 2017). Darüber hinaus gibt es spezialisierte Leistungsstrukturen für suchtkranke Patienten, die von der Frühintervention über die intramurale Versorgung bis zur sozialen Wiedereingliederung reichen (siehe <https://suchthilfekompass.goeg.at>).

Die psychosoziale Gesundheitsversorgung in Österreich ist durch die institutionelle Trennung in intramurale, extramurale Versorgung (in Ambulatorien und Ambulanzen) und soziale Versorgung nach wie vor mit Herausforderungen konfrontiert. Die psychosoziale Gesundheitsversorgung für Kinder und Jugendliche im extramuralen Sektor ist weiterhin ungenügend, zum Teil aufgrund knapper Personalressourcen. Die Ausweitung von Leistungen für diese Bevölkerungsgruppe wurde als spezifische Maßnahme und spezifischer Indikator in den Bundes-Zielsteuerungsvertrag (B-ZV) 2017–2021 aufgenommen.

Ebenfalls wurden Anstrengungen unternommen, um die psychosoziale Gesundheitsversorgung für andere vulnerable Bevölkerungsgruppen, und zwar für Flüchtlinge und suizidgefährdete Personen, zu verbessern. Im Jahr 2017

wurde eine Koordinierungsplattform zur psychosozialen Unterstützung von Flüchtlingen und Personen, die Flüchtlinge betreuen (BMGF, 2017a), und 2012 eine Koordinationsstelle für Suizidprävention in der GÖG eingerichtet.

■ 5.12 Zahnmedizinische Versorgung

Die zahnmedizinische Versorgung ist gesetzlich durch das Zahnärztegesetz geregelt (Zahnärztegesetz, 2005). Für alle Zahnärzte besteht Meldepflicht bei der Zahnärztekammer (ZÄK). Die zahnmedizinische Versorgung in Österreich erfolgt primär in Einzel- oder Gruppenpraxen und in Zahnambulatorien, die von den Krankenversicherungsträgern betrieben werden (z. B. in Wien). Im Jahr 2015 waren etwa 20% der Zahnärzte Wahl- oder Privatärzte.

Eine Reihe von Zahnbehandlungen (z. B. orthodontische Behandlung, Prothesen oder bestimmte chirurgische Verfahren) werden nur zum Teil von den Krankenversicherungsträgern und nur nach vorhergehender Bewilligung übernommen. Seit Januar 2013 dürfen Zahnambulatorien – vertragliche und auch außervertragliche – Leistungen der Zahnmedizin anbieten, wodurch ein Preisvorteil gegenüber extramuralen selbständigen Praxen geschaffen werden konnte, da Zahnambulatorien keine Gewinne erwirtschaften dürfen (BMGF, 2017b).

Herausnehmbare kieferorthopädische Geräte für kleine Kinder werden in der Regel nach Bewilligung in voller Höhe übernommen, sofern die Behandlung bei einem Vertragszahnarzt stattfindet (WGKK, 2017b). Seit Juli 2015 werden auch festsitzende kieferorthopädische Regulierungen für Kinder und Jugendliche bis zum Alter von 18 Jahren mit deutlichen Zahnfehlstellungen übernommen (Index of Orthodontic Treatment Need (IOTN) > 3). Geschätzt benötigen pro Jahr ca. 30 000 Kinder und Jugendliche festsitzende kieferorthopädische Geräte. Über die Anzahl der Kinder und Jugendlichen, die kieferorthopädische Geräte erhalten haben, sind momentan nur Daten von den Krankenversicherungsträgern in Niederösterreich und Wien vorhanden; so wurden zwischen Juli 2015 und Juni 2016 in Niederösterreich Kosten für 3 032 und in Wien für 5 274 festsitzende kieferorthopädische Regulierungen übernommen (Österreichischer Rechnungshof, 2018).

Auf Basis der österreichischen Gesundheitsbefragung 2014 (Austrian Health Interview Survey, ATHIS) gaben ca. 5% der Befragten an, dass

sie aus finanziellen Gründen keinen Zahnarzt aufgesucht hätten (7% mit Migrationshintergrund), wohingegen fast drei von vier Österreichern im Alter ab 15 Jahren angaben, dass sie im letzten Jahr eine zahnärztliche Behandlung in Anspruch genommen hätten (Statistik Austria, 2015).

Viele Patienten fahren zur Zahnbehandlung in Nachbarländer. Insbesondere nehmen österreichische Patienten zusehends prothetische Behandlungen in Ungarn in Anspruch, die nicht oder nur teilweise von österreichischen Krankenversicherungsträgern bezahlt werden. Die gesamten Behandlungskosten und folglich auch das Ausmaß der privaten Kostenbeteiligung sind dort erheblich niedriger, während die Behandlungsqualität beinahe österreichischen Standards entspricht (Winkelmann et al., 2013).

Die Kompetenzstelle Mundgesundheit mit dem Österreichischen Chief Dental Officer ist an der GÖG angesiedelt. Das 1997 eingerichtete Zentrum ist Koordinationsstelle für die Erhebung der Mundgesundheit sowie eine Plattform, die den Dialog zwischen Stakeholdern (Krankenversicherungsträger, Bundesministerium für Gesundheit, Länder) hinsichtlich Verbesserung der Mundgesundheit fördert. Im Rahmen der laufenden Gesundheitsreform soll die Mundgesundheit primär durch die Reduzierung von Karies bei sechsjährigen Kindern verbessert werden (ZS-G, 2017).

Gesundheitsförderungs- und Präventionsprogramme, die in der Regel in Kindergärten und Schulen durchgeführt werden, sind auf Landesebene organisiert (GSÖ 2017).

■ 5.13 Komplementär- und Alternativmedizin

Diagnose, Behandlung oder Versorgung in der Komplementär- und Alternativmedizin (CAM) darf in Österreich nur von gesetzlich dazu befugten Gesundheitsfachkräften (Ärzte, Psychotherapeuten, Pharmazeuten, Hebammen etc.) durchgeführt werden. Ärzte müssen ihre Patienten ausreichend informieren, sodass diese fundierte Entscheidungen treffen können (z. B. über die Wirkung von CAM) (HVB, 2017h). Angehörige gewerblicher Berufe (Orthopädietechniker, Kosmetiker oder andere) können komplementäre Methoden auf Grundlage ihrer Ausbildung anwenden, aber sie dürfen keine Diagnose oder Behandlung durchführen. Das BMASGK hat Checklisten erarbeitet, die helfen sollen, dubiose

Praktiken in der Komplementär- und Alternativmedizin zu identifizieren (BMGF, 2017d).

Die Anzahl der Ärzte, die CAM anbieten, dürfte im Steigen begriffen sein. Dies geht aus der zunehmenden Anzahl an Zertifikaten, die von der Österreichischen Akademie der Ärzte für CAM-Methoden wie etwa Akupunktur, angewandte Kinesiologie, Chinesische Diagnostik und Therapie, Homöopathie und manuelle Medizin verliehen werden, hervor. Während im Jahr 2000 nur 3 543 Ärzte eine Zusatzqualifikation in CAM aufwiesen, hatten 2016 bereits 7 849 Ärzte (ca. 18% der aktiven Ärzte in Österreich) eines oder mehrere CAM-Zertifikate. Davon waren 4 301 Ärzte in Akupunktur zertifiziert, 52 in angewandter Kinesiologie, 314 in Chinesischer Diagnostik und Therapie, 731 in Homöopathie und 2 451 in manueller Medizin (Österreichische Akademie der Ärzte, 2017).

Grundsätzlich sind die Krankenversicherungsträger dazu verpflichtet nur Leistungen mit Wirksamkeitsnachweis (als Sachleistung) zu übernehmen. Bestimmte Leistungen und Behandlungen wie Homöopathie, Schmerztherapie, Akupunktur, Massagen, Balneotherapie oder Elektrotherapie werden (zum Teil) erstattet. Der Leistungskatalog der sozialen Krankenversicherungen wird regelmäßig geprüft und überarbeitet. Aufgrund des Fehlens von wissenschaftlich erwiesenem Wirkungsnachweis eignet CAM sich jedoch nicht als Sachleistung. Daher zahlen Patienten für CAM primär aus eigener Tasche oder haben eine private Versicherung, um die Kostenbeteiligung abzudecken (WHO, 2001).

■ 5.14 Gesundheitsleistungen für ausgewählte Bevölkerungsgruppen

Wie bereits erwähnt ist nahezu die gesamte Bevölkerung (99,9%) in Österreich durch die soziale Krankenversicherung geschützt. Eine sehr kleine Minderheit der in Österreich ansässigen Personen, die weder erwerbstätig noch mitversichert sind oder irgendeine Form von Arbeitslosengeld oder Sozialhilfe beziehen (z. B. obdachlose Personen, irregulär einreisende Migranten), ist von diesem Versicherungsschutz jedoch ausgeschlossen (siehe Kapitel 7.3.2).

Für diese Bevölkerungsgruppe gibt es eine Reihe von kostenfreien Gesundheitsleistungen: jährliche Vorsorgeuntersuchungen, Notfallversorgung

in Notfallambulanzen bei übertragbaren Krankheiten (z. B. Tuberkulose-Behandlung), HIV-/Aids-Test und -Behandlung in bestimmten Einrichtungen, Leistungen im Rahmen des Mutter-Kind-Passes und verschiedene Impfungen für Kinder bis zum Alter von 15 Jahren (Ladurner et al., 2011).

Einige NGOs und Hilfsorganisationen betreiben Initiativen, um für sozial benachteiligte Gruppen ohne Krankenversicherung eine (Basis-) Gesundheitsversorgung sicherzustellen. Diese sind großteils auf Wien konzentriert (BKA, 2017a). So bietet das Service AmberMed in Wien vor allem für (irreguläre) Migranten kostenfreie allgemeinmedizinische und fachärztliche Versorgung, soziale Beratung und Medikamentenhilfe. Dieses arbeitet mit Labors, Diagnosezentren, externen Fachärzten und dem Österreichischen Roten Kreuz (ÖRK) zusammen (Spak, 2015). Ähnliche Initiativen sind das Gesundheitszentrum der Sozialeinrichtung Neunerhaus und die Aids Hilfe Wien sowie die Marienambulanz in Graz (Steiermark). Das Krankenhaus der Barmherzigen Brüder erbringt eine große Palette an Diensten in der intramuralen und extramuralen Versorgung von irregulären Migranten und arbeitet mit den oben genannten Einrichtungen in Wien zusammen.

Gesundheitsreformen

In den letzten Jahren gab es zwei große reformpolitische Entwicklungen, deren Ziel es neben der weiteren Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung war, die Zersplitterung der Zuständigkeiten und der Finanzierung durch die Förderung einer gemeinsamen Planung und Entscheidungsfindung sowie, soweit möglich, auch einer gemeinsamen Finanzierung zu überwinden. Die erste dieser Entwicklungen war die Definition der 10 Gesundheitsziele Österreich im Jahr 2012, die der österreichischen Gesundheitspolitik sowie laufenden und zukünftigen Reformen bis 2032 einen neuen Orientierungsrahmen geben. Die Ziele wurden in einem breit angelegten partizipativen Prozess entwickelt und stützen sich auf den Ansatz der Gesundheit in allen Politikfeldern (Health in All Policies). Das übergeordnete Ziel ist die Steigerung der gesunden Lebensjahre der österreichischen Bevölkerung um mindestens zwei Jahre. Die Ziele wurden von der Bundesregierung beschlossen und fanden breite Unterstützung bei allen relevanten Stakeholdern. Die Gesundheitsziele stellen einen gemeinsamen Handlungsrahmen für eine gesundheitsförderliche Gesamtpolitik dar.

Die zweite reformpolitische Initiative war die Etablierung eines neuen Steuerungssystems, der so genannten Zielsteuerung-Gesundheit im Jahr 2013. Damit entstand auch ein neues oberstes Entscheidungsgremium für das Gesundheitssystem, die Bundes-Zielsteuerungskommission (B-ZK). Die B-ZK vereint Hauptakteure aus Bund, Ländern und Sozialversicherung, die gemeinsame Zielvorgaben zur Weiterentwicklung des Gesundheitssystems erarbeiten. Diese Ziele werden in Bundes-Zielsteuerungsverträgen (B-ZV) vereinbart. In weiterer Folge werden diese

von der Landes-Zielsteuerungskommission (L-ZK) zur Umsetzung auf Landesebene in Landes-Zielsteuerungsverträgen weiter operationalisiert. Durch die neue Zielsteuerung-Gesundheit sollen Koordination und Politikkohärenz verbessert werden, ohne die bestehende Kompetenz- und Zuständigkeitsverteilung zu berühren.

Der erste Bundes-Zielsteuerungsvertrag wurde 2013 für den Zeitraum bis 2016 abgeschlossen. Er enthielt 12 strategische Ziele, die in vier Steuerungsbereiche untergliedert waren: 1) Finanzzielsteuerung, 2) Versorgungsstrukturen, 3) Versorgungsprozesse und 4) Ergebnisorientierung. Alle Reformmaßnahmen aus den Jahren 2013 bis 2016 waren mit dem ersten Bundes-Zielsteuerungsvertrag verknüpft. Das wichtigste Finanzziel stellte die schrittweise Dämpfung des Wachstums der öffentlichen Gesundheitsausgaben auf 3,6% im Jahr 2016 durch die Einführung einer Ausgabenobergrenze dar. Der sogenannte Ausgabendämpfungspfad berücksichtigt Ausgaben des Bundes, der Länder und der gesetzlichen Krankenversicherung. Die Ausgabenobergrenze wurde sowohl gesamtstaatlich als auch spezifisch für jedes Bundesland bzw. auch länderweise für die gesetzlichen Krankenversicherungsträger festgelegt. Die Länder sollten dabei 60% und die gesetzliche Krankenversicherung 40% zur Dämpfung der Ausgaben beitragen. Eine der wichtigsten Reformmaßnahmen in Bezug auf Versorgungsstrukturen war die Entwicklung eines neuen Primärversorgungskonzeptes, das letztlich zur Verabschiedung des Primärversorgungsgesetzes im Jahr 2017 führte.

Darauf aufbauend wurde 2017 ein zweiter Zielsteuerungsvertrag, der neue Ziele bis 2021 definiert, unterzeichnet. Der Vertrag sieht unter anderem die Einrichtung von 75 Primärversorgungseinheiten sowie die Stärkung der ambulanten fachärztlichen Versorgung vor und unterstützt Entwicklungen im Bereich der Gesundheitskompetenz und der Gesundheitsförderung. Das Wachstum der öffentlichen Gesundheitsausgaben soll weiter jährlich schrittweise bis auf 3,2% im Jahr 2021 gesenkt werden.

Schließlich hat die schwarz-blaue Regierung 2018 eine große Strukturreform beschlossen. Im Zentrum steht dabei die Zusammenlegung der neun Gebietskrankenkassen zur Österreichischen Gesundheitskasse, die etwa 80% der Bevölkerung abdecken soll. Die Strukturreform sieht in Zukunft nur noch drei anstatt wie bisher 18 soziale Krankenversicherungsträger vor (siehe Kapitel 2.3.3).

■ 6.1 Analyse der Reformen

In diesem Kapitel wird auf die Gesundheitsreformen seit 2012 eingegangen, ein kurzer Überblick über vorhergehende Gesundheitsreformen (2005–2011) wird in Kapitel 2.2.2 gegeben. Nähere Details dazu sind auch im österreichischen HiT-Bericht 2006 (Hofmarcher und Rack, 2006) sowie 2013 (Hofmarcher und Quentin, 2013) angeführt.

Tabelle 6.1 gibt eine Übersicht über Gesundheitsreformen und umgesetzte politische Maßnahmen seit 2011. Von besonderer Bedeutung sind zwei große reformpolitische Entwicklungen auf Bundes- und Landesebene, die in der Funktionsweise des österreichischen Gesundheitssystems einen bedeutenden Umschwung bewirkt haben: Die erste Entwicklung war die Einführung der Gesundheitsziele Österreich, die der österreichischen Gesundheitspolitik sowie insbesondere laufenden Reformen als neuer Orientierungsrahmen dienen sollen. Die andere betrifft die Einführung der Zielsteuerung-Gesundheit, die durch die beiden Bundes-Zielsteuerungsverträge in den Jahren 2013 und 2017 formell bekräftigt wurde. Der Großteil der in Tabelle 6.1 angeführten Reformmaßnahmen, wie etwa der grundlegend überarbeitete und ergänzte Österreichische Strukturplan Gesundheit (ÖSG) aus 2017, geht auf den ersten Bundes-Zielsteuerungsvertrag aus dem Jahr 2013 zurück (siehe Kapitel 6.1.3). Weitere Maßnahmen im Rahmen des zweiten Bundes-Zielsteuerungsvertrags (siehe Kapitel 6.1.4) befinden sich derzeit in Erarbeitung und sind daher in Tabelle 6.1 nicht angeführt, da vielfach noch Konkretisierungen bzw. legislative Schritte notwendig sind.

■ 6.1.1 *Umsetzung der Gesundheitsziele Österreich nach dem Prinzip der Gesundheit in allen Politikfeldern*

ENTWICKLUNG DER GESUNDHEITSZIELE ÖSTERREICH IN EINEM BREIT ANGELEGTEM PARTIZIPATIVEN PROZESS

Die Bundesgesundheitskommission (BGK) und der Ministerrat beschlossen 2011 die Ausarbeitung der Gesundheitsziele Österreich (<https://gesundheitsziele-oesterreich.at/>) mit dem Ziel, die Zahl der gesunden Lebensjahre der österreichischen Bevölkerung bis 2032 um durchschnittlich zwei Jahre zu steigern. Ausschlaggebend für die Initiative war die Tatsache,

TABELLE 6.1 Übersicht der wesentlichsten Reformmaßnahmen im Gesundheitssystem seit 2011

JAHR	REFORMZIELE	INHALTE, INSTITUTIONEN UND GESETZLICHE GRUNDLAGE	DETAILS IN
2011	Zentralisierung der Finanzierung und des Monitorings in der Langzeitpflege	Einrichtung des Pflegefonds unter Federführung des Sozialministeriums	5.8
2012	Erhöhung der Lebenserwartung in Gesundheit bis 2032 auf Basis der Empfehlung der WHO, Rahmenwerke zu entwickeln, um den Gesundheitszustand der Gesamtbevölkerung zu verbessern	Einführung der 10 Gesundheitsziele Österreich durch die Bundesgesundheitskommission und den österreichischen Ministerrat	2.6.1. 6.1.1
2013	Verbesserung der psychischen Gesundheit (auch für vulnerable Gruppen wie Flüchtlinge und suizidgefährdete Personen)	Nationale Strategie zur psychischen Gesundheit, nationale Suizidpräventionsstrategie	5.11
2012–2013	Einführung eines gemeinsamen Systems der Zielsteuerung-Gesundheit, das die Hauptakteure des Gesundheitswesens (Bund, Länder und Sozialversicherung) unter einem Dach vereint	Erster Bundes-Zielsteuerungsvertrag (B-ZV) (mit Vorgaben für die Agenda der Gesundheitsreform für den Zeitraum 2013–2016) auf Grundlage der Vereinbarung gemäß Artikel 15a Bundes-Verfassungsgesetz,	2.2.3 6.1.2
2013	Einführung eines Ausgabendämpfungspfades mithilfe von Ausgabenobergrenzen als Teil der Zielsteuerung-Gesundheit, um die Leistung und Nachhaltigkeit des Gesundheitssystems sicherzustellen (schrittweise Reduktion der Wachstumsrate der öffentlichen Gesundheitsausgaben von 5,2% auf das prognostizierte durchschnittliche jährliche BIP-Wachstum von 3,6% p. a. im Jahr 2016)	Bundes-Zielsteuerungskommission (B-ZK) und der Landes-Zielsteuerungskommissionen (L-ZK) sowie von Arbeitsgruppen	4.1.4
2012–2013	Reduktion der organisatorischen Hürden, Verbesserung der Koordination und Stärkung der Patienten durch die Verarbeitung von Gesundheitsdaten	Österreichische E-Health-Strategie, Elektronische Gesundheitsakte (ELGA) mit den Anwendungen e-Medikation und e-Befund, Gesundheitstelematikgesetz 2012, Gesundheitstelematikverordnung 2013, ELGA-Verordnung 2015	2.7.1
2013	Initiative zur Messung der Ergebnisqualität im intramuralen Sektor	Einführung der bundesweit einheitlichen Messung von Ergebnisqualität im Krankenhaus (A-IOI) auf Basis von administrativen Daten	2.8.2
2014	Definition von Mindeststandards für das Qualitätsmanagement, die von allen Gesundheitsdienstleistern erfüllt werden müssen	Mindestanforderungen an das Qualitätsmanagement von Gesundheitsdienstleistern, Überarbeitung der Qualitätsstrategie (2016/2017)	5.3 6.1.3
2014	Stärkung der Primärversorgung und der extramuralen Versorgung	Primärversorgungskonzept, beschlossen durch die Bundes-Zielsteuerungskommission (B-ZK)	5.2.3
2014–2016	Koordination von Maßnahmen zur Gesundheitsförderung in Österreich unter Einschluss von Regelungen der Ressourcenallokation	Beschluss der Gesundheitsförderungsstrategie durch die B-ZK (2014, aktualisiert 2016), Nationale Strategie zur Verbesserung der Gesprächsqualität in der Krankenversorgung (2016)	5.2.3

2015	Reform der postgradualen medizinischen Ausbildung von Allgemein- und Fachärzten, die aus einer klinischen Basisausbildung und einer Spezialausbildung an anerkannten Ausbildungsinstituten besteht	Ärztchamber und Bundesministerium für Gesundheit	4.2.3
2016	Änderung der Aus- und Weiterbildung von Gesundheits- und Krankenpflege	Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (2007/GuKG-Novelle 2016): Schaffung des neuen Berufsbildes des Pflegefachassistenten mit mehr Verantwortungsbereichen und Reform mit Anpassung der Berufsprofile an neue Versorgungssettings	4.2.3
2016	Einführung einer Outcomemessung im Gesundheitswesen (Messung der Leistungsfähigkeit des Gesundheitswesens)	Mess- und Vergleichskonzept - Outcome-Messung im Gesundheitswesen, Baseline-Bericht Beschlussen von der B-ZK	2.7.1
2017	Einführung des einheitlichen Katalogs ambulanter Leistungen (KAL), die von extramuralen Ärzten als auch von Ambulanzen erbracht werden (2014), sowie des Modells LKF ambulant. Bis Ende der laufenden Gesundheitsreform (2021) soll auch eine sektorenübergreifende Diagnosedokumentation umgesetzt werden (2017)	Einführung des Katalogs ambulanter Leistungen als Kernstück des neuen ambulanten LKF-Systems (österreichweiter Rollout bis 2019).	2.7.1 3.7.1
2017	Weitere Stärkung und Institutionalisierung der Kooperation zwischen Bundesregierung, Landesregierungen und Krankenversicherungsträgern	Zweiter Zielsteuerungsvertrag auf Bundesebene (ZV) (mit Vorgaben für die Agenda der Gesundheitsreform für den Zeitraum 2017-2021) auf Grundlage der Vereinbarung gemäß Artikel 15a Bundes-Verfassungsgesetz	2.2.2 4.1.1 6.1.3
2017	Stärkung der Primärversorgung und der extramuralen Versorgung	Primärversorgungsgesetz (Primärversorgungsgesetz, 2017) zur Regelung des Leistungsumfanges, u. a. vertragliche und organisatorische Anforderungen an Primärversorgungseinheiten (PVE), Start von ersten Pilotprojekten mit multiprofessionellen und interdisziplinären PVE	5.3
2017	Stärkung einer gemeinsamen Planung und Erweiterung der traditionellen Krankenhausplanung auf extramurale Versorgung und Rehabilitationsplanung sowie Großgeräteplanung im Österreichischen Strukturplan Gesundheit (ÖSG), Unterstützung seiner Effektivität durch Schaffung von Rechtsverbindlichkeit für spezifische Inhalte	Überarbeitung des Österreichischen Strukturplans Gesundheit und der Regionalen Strukturpläne Gesundheit; erweiterter Zuständigkeitsbereich der B-ZK und bis zu einem gewissen Grad auch der Landes-Zielsteuerungskommissionen, um die Strukturpläne Gesundheit einzuführen, die nun teilweise gesetzlich verbindlich sind (Vereinbarungsumsetzungsgesetz, 2017)	2.2.3 2.5
2017	Einführung des Gesundheitsberuferegisters für Angehörige von Gesundheitsberufen außerhalb von Krankenanstalten	Gesundheitsberuferegister-Gesetz (2016) als Grundlage des im Juli 2018 eingeführten Gesundheitsberuferegisters	2.8.3 4.2.1

Quelle: Eigene Darstellung

dass die gesunde Lebenserwartung in Österreich nach wie vor unter dem EU-Durchschnitt lag (siehe Kapitel 1.4). Die Gesundheit der Bevölkerung und die gesundheitliche Chancengerechtigkeit sind eng mit Lebens- und Arbeitsbedingungen sowie dem Lebensstil verknüpft. Aus diesem Grund wurden bei der Entwicklung der Gesundheitsziele Österreich die Empfehlungen der WHO sowie der EU berücksichtigt und der Ansatz der „Gesundheit in allen Politikfeldern“ (Health in All Policies, HiAP) übernommen.

Zur Mitarbeit am Ausarbeitungsprozess der Gesundheitsziele Österreich wurden die wichtigsten Stakeholder aus Politik und Gesellschaft eingeladen. Zwischen Oktober 2011 und März 2012 erarbeitete ein Plenum, bestehend aus rund 40 Institutionen, einen Vorschlag zu den 10 Gesundheitszielen. In das Plenum waren Behörden auf Bundes-, Länder- und Gemeindeebene, Sozialversicherungsträger, Sozialpartner, Gesundheitsexperten, Gesundheits- und Sozialeinrichtungen, Interessenvertretungen von Patienten, Kindern und Jugendlichen, älteren und sozioökonomisch benachteiligten Personen sowie wissenschaftliche Experten eingebunden. Auch aus der österreichischen Bevölkerung wurden etwa 4 500 Vorschläge über eine Online-Plattform eingebracht. Im Sommer 2012 beschlossen die Bundesgesundheitskommission und der Ministerrat nach Berücksichtigung und Einarbeitung aller Rückmeldungen der beteiligten Institutionen, der Zivilgesellschaft und der Experten schließlich die finalen 10 Gesundheitsziele (BMGF, 2017e; BMGF, 2017f).

Die 10 Gesundheitsziele Österreich (siehe Infobox 6.1) stützen sich in Einklang mit dem zuvor erwähnten HiAP-Ansatz auf mehrere Grundprinzipien, die unter anderem die Determinantenorientierung und Förderung der Chancengerechtigkeit umfassen. Diese Grundprinzipien dienen als Orientierungsrahmen für die österreichische Gesundheitspolitik und die Zielsteuerung-Gesundheit.

MONITORINGPROZESS ZUR ERREICHUNG SPEZIFISCHER WIRKUNGSZIELE

Die Umsetzung der Gesundheitsziele Österreich wird von einem umfassenden Monitoring begleitet. Seit Jänner 2013 wurden die Gesundheitsziele 1, 2, 3, 6, 8 und 9 von sektorenübergreifenden Arbeitsgruppen weiter operationalisiert, indem gezielte Strategien zur Zielerreichung und Indikatoren auf drei Ebenen definiert wurden: 1) Gesundheitsziele, 2) Teilziele (Wirkungsziele), 3) Maßnahmen (Winkler et al., 2014).

Das Monitoring der Gesundheitsziele Österreich fließt auch in andere Reformvorhaben und Strategien ein, wie etwa in die Zielsteuerung-Gesundheit (siehe unten), die Gesundheitsförderungsstrategie (siehe Kapitel 5.1.2) und die Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie (siehe Kapitel 2.6.5). Bis zum jetzigen Zeitpunkt wurde diese detaillierte Definition für sieben der Gesundheitsziele abgeschlossen. Das Monitoring von vier Gesundheitszielen ergab, dass der Großteil der Maßnahmen bereits umgesetzt wurde (über 90% von 133 definierten Maßnahmen).

Im Allgemeinen werden die Gesundheitsziele als relativ erfolgreich bei der Gestaltung von Strategien und der Entscheidungsfindung auf hoher Ebene (d. h. Bundesgesundheitskommission, Ministerrat, Zielsteuerung-Gesundheit 2013 und 2017) bewertet. Die Ziele wurden außerdem in

BOX 6.1 Übersicht Gesundheitsziele Österreich

- Ziel 1: Gesundheitsförderliche Lebens- und Arbeitsbedingungen für alle Bevölkerungsgruppen durch Kooperation aller Politik- und Gesellschaftsbereiche schaffen
- Ziel 2: Für gesundheitliche Chancengerechtigkeit zwischen den Geschlechtern und sozioökonomischen Gruppen, unabhängig von der Herkunft, für alle Altersgruppen sorgen
- Ziel 3: Die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung stärken
- Ziel 4: Die natürlichen Lebensgrundlagen wie Luft, Wasser und Boden sowie alle unsere Lebensräume auch für künftige Generationen nachhaltig gestalten und sichern
- Ziel 5: Durch sozialen Zusammenhalt die Gesundheit stärken
- Ziel 6: Gesundes Aufwachsen für alle Kinder und Jugendlichen bestmöglich gestalten und unterstützen
- Ziel 7: Gesunde Ernährung mit qualitativ hochwertigen Lebensmitteln für alle zugänglich machen
- Ziel 8: Gesunde und sichere Bewegung im Alltag durch die entsprechende Gestaltung der Lebenswelten fördern
- Ziel 9: Psychosoziale Gesundheit bei allen Bevölkerungsgruppen fördern
- Ziel 10: Qualitativ hochstehende und effiziente Gesundheitsversorgung für alle nachhaltig sicherstellen.

Quelle: BMGF, 2017f

entsprechende Prozesse auf Landesebene integriert, sodass bisher Kärnten, Oberösterreich, Salzburg, Steiermark, Tirol und Wien ihre eigenen Landesgesundheitsziele definiert und veröffentlicht haben (BMGF, 2016i).

■ **6.1.2** *Verbesserte Koordination und Kooperation durch die Zielsteuerung-Gesundheit*

Ein besonderes Merkmal des österreichischen Gesundheitssystems ist die geteilte Zuständigkeit zwischen Bund, Ländern und Sozialversicherung hinsichtlich Finanzierung und Leistungserbringung (siehe Kapitel 2.3). Seit den frühen 2000er Jahren werden zahlreiche Herausforderungen, wie das relativ hohe Ausgabenwachstum und die fehlende Versorgungskoordination, zunehmend diesen fragmentierten Zuständigkeiten zugeschrieben. Durch den finanziellen Druck aufgrund der Folgen der Finanz- und Wirtschaftskrise auf die Sozialversicherung und die Bundesländer wurde der Ruf nach einer Reform und nach Beseitigung der traditionellen Fragmentierung lauter.

Empfehlungen nationaler und internationaler Institutionen rückten wiederholt die Entflechtung der Zuständigkeitsbereiche in den Fokus. Zur Umsetzung dieser Empfehlungen konnte in den beiden Parlamentskammern jedoch nicht die erforderliche beschlussfähige Mehrheit erzielt werden.

Aus diesem Grund initiierten der Bund (das Ministerium für Gesundheit und das Finanzministerium), die Sozialversicherung sowie die Länder im Jahr 2012 eine umfassende Reform des Gesundheitssystems. Gemeinsam entwickelten Bund, Länder und Sozialversicherung ein neues Zielsteuerungssystem mit dem Potenzial, eine verbesserte Koordination im Gesundheitssystem zu erzielen, ohne dabei die bestehende Kompetenz- und Zuständigkeitsverteilung zu beeinflussen (Czypionka, 2015). Das neue Zielsteuerungssystem basiert auf einer gemeinsamen Vision der zukünftigen Entwicklung des Gesundheitssystems und beruht auf der Kooperation und Koordination der Hauptakteure zugunsten der Erreichung gemeinsam definierter Ziele.

Das neue Zielsteuerungssystem wurde durch die Schaffung der Bundes-Zielsteuerungskommission (B-ZK) im Jahr 2013 formell etabliert (siehe auch Kapitel 2.3.4). Ihr gehören Vertreter des Bundes, der Länder und der Sozialversicherung an, die gemeinsam Ziele für das Gesundheitssystem erarbeiten. In weiterer Folge wurde die B-ZK zur obersten Entscheidungsinstanz im österreichischen Gesundheitssystem. Die

Rechtsgrundlagen für die Zielsteuerung-Gesundheit sind der zivilrechtliche Zielsteuerungsvertrag und Vereinbarungen gemäß Artikel 15a Bundes-Verfassungsgesetz (B-VG).

Die Vorgaben des Bundes-Zielsteuerungsvertrags werden zur Umsetzung auf Landesebene in den Landes-Zielsteuerungsverträgen weiter operationalisiert und von den Landes-Zielsteuerungskommissionen (L-ZK) verabschiedet (siehe Kapitel 2.3.4).

Der erste Bundes-Zielsteuerungsvertrag wurde 2013 unterzeichnet und sah Reformmaßnahmen für den Zeitraum von vier Jahren (2013–2016) vor, der zweite Zielsteuerungsvertrag folgte 2017 und betrifft Zielvorgaben für den laufenden 5-jährigen Reformzeitraum (2017–2021).

Zur Einhaltung der Grundsätze der Rechenschaftspflicht, Verantwortlichkeit und Transparenz wurden strategische und operative Ziele sowie Messgrößen und Zielwerte definiert. Um den Erfolg hinsichtlich Umsetzung der Zielvorgaben zu messen, wurde überdies ein umfassender Monitoringprozess etabliert. Die halbjährlichen Monitoringberichte liefern aktuelle Informationen für alle Stakeholder und ermöglichen eine öffentliche Debatte über den Fortschritt der Gesundheitsreform (GÖG, 2017c).

■ 6.1.3 *Erste Periode der Gesundheitsreform (2013–2016)*

Der Bundes-Zielsteuerungsvertrag (B-ZV) 2013 enthielt 12 strategische Ziele, die in vier Steuerungsbereiche untergliedert waren: 1) Finanzzielsteuerung, 2) Versorgungsstrukturen, 3) Versorgungsprozesse und 4) Ergebnisorientierung. Die strategischen Ziele wurden durch 26 operative Ziele konkretisiert, zu deren Umsetzung mehr als 100 Maßnahmen, Zielwerte und Fristen definiert wurden (ZS-G, 2013).

FINANZZIELSTEUERUNG: AUSGABENDÄMPFUNG

Das wichtigste strategische Finanzziel war die Dämpfung der steigenden öffentlichen Ausgaben für Gesundheit, um die langfristige Nachhaltigkeit des Gesundheitssystems zu sichern. Die Finanzziele wurden unter Einhaltung des Finanzausgleichsgesetzes ausgehandelt und führten zur Einführung einer Ausgabenobergrenze für öffentliche Gesundheitsausgaben. Damit wurde auch den Zielen der EU-Maastricht-Kriterien Rechnung getragen, die im

Rahmen des Stabilitätspakts für den Zeitraum 2012–2016 festgelegt wurden (Österreichischer Stabilitätspakt, 2012) (siehe Kapitel 2.8.1).

Die Ausgabenobergrenze beruhte auf einer schrittweisen Dämpfung des Wachstums der öffentlichen Gesundheitsausgaben, um diese mit dem prognostizierten nominalen BIP-Wachstum bis 2016 in Einklang zu bringen. Infolgedessen wurde die jährliche Wachstumsrate schrittweise von 5,2% (Durchschnitt von 1990 bis 2010) auf die prognostizierte jährliche BIP-Wachstumsrate von 3,6% pro Jahr im Jahr 2016 reduziert. Die gesamtstaatliche Ausgabenobergrenze aller Sektoren wurde auf die Länder und die Krankenversicherungsträger aufgeteilt, wobei die Länder 60% und die gesetzliche Krankenversicherung 40% zur Dämpfung der Ausgaben beitragen sollten. Die Festlegung der Finanzziele für die einzelnen Bundesländer und die Krankenversicherungsträger war das Ergebnis politischer Verhandlungen. Im Rahmen dieser Finanzzielsteuerung wurde eine neue Berechnungsmethode der öffentlichen Gesundheitsausgaben auf Basis des Systems der Gesundheitskonten der OECD eingeführt, deren Ziel es vornehmlich war, steuerbare Ausgabenkomponenten zu erfassen.

Auf Bundesebene konnten die Finanzziele über die gesamte Zielsteuerungsperiode 2013–2016 eingehalten werden, sodass die öffentlichen Gesundheitsausgaben durchschnittlich um nur 3,6% pro Jahr anstiegen und die zulässige Ausgabenobergrenze am Ende dieses Zeitraums um annähernd € 1 Milliarde unterschritten wurde (siehe Tabelle 6.2). Auf sektoraler bzw. Landesebene zeigten sich jedoch heterogene Ergebnisse, sowohl Übererfüllung als auch Zielverfehlungen (z. B. durch die Vorarlberger Gebietskrankenkasse im gesamten Zeitraum, die Tiroler, Salzburger und Wiener Gebietskrankenkasse in spezifischen Jahren) wurden ersichtlich.

Der Österreichische Rechnungshof (RH) übte durch die einseitige Orientierung an den Ausgaben bei gleichzeitiger Vernachlässigung der Einnahmen Kritik an der methodischen Herleitung der Finanzziele. Dies betraf insbesondere die Krankenversicherungsträger, deren Einnahmen proportional zu den Löhnen/Gehältern und nicht zum BIP stiegen. Vor allem wurde das Ausgabendämpfungsvolumen als unzureichend für eine tatsächliche strukturelle Veränderung betrachtet (Österreichischer Rechnungshof, 2016a). Andere Stakeholder wie die Österreichische Ärztekammer (ÖÄK) kritisierten hingegen, dass die Finanzvorgaben zu große Einschränkungen für das Gesundheitssystem und negative Konsequenzen für die Leistungserbringung bedeuteten (ÖÄK, 2012).

TABELLE 6.2 Öffentliche Gesundheitsausgaben (ohne Langzeitpflege), 2010–2016, in Millionen €

	2010 ¹	2011 ¹	2012	2013	2014	2015	2016
Vereinbarte Ausgabenobergrenze	20.262	20.931	21.873	22.813	23.748	24.675	25.563
Ausgaben (SHA)	20.277	20.769	21.663	22.123	22.992	23.841	24.614
Wachstumsrate		2,4%	4,3%	2,1%	3,9%	3,7%	3,2%

Anmerkung: ¹ Referenzwert
 Quelle: Bachner et al., 2018a

VERSORGUNGSSTRUKTUREN: FORCIERUNG DER PRIMÄRVERSORGUNG UND EFFIZIENZSTEIGERUNG

Im Rahmen des Bundes-Zielsteuerungsvertrags (B-ZV) wurden im Hinblick auf die Strukturen des Gesundheitssystems drei strategische Ziele definiert. Das erste zielt darauf ab, die Gesundheitsversorgung auf den so genannten „Best Point of Service“ zu konzentrieren. Damit soll sichergestellt werden, dass die jeweils richtige Leistung zum richtigen Zeitpunkt am richtigen Ort mit optimaler medizinischer und pflegerischer Qualität gesamtwirtschaftlich möglichst kostengünstig erbracht wird (Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit, 2017).

Hierbei war die Forcierung der Primärversorgung durch eigens eingerichtete multiprofessionelle und interdisziplinäre Primärversorgungseinheiten (PVE) ein besonders wichtiges Ziel. Diese Einheiten fungieren als primärer Zugangspunkt zum Gesundheitssystem und nehmen eine zentrale und koordinierende Funktion ein. Im Juni 2014 wurde von der B-ZK ein Primärversorgungskonzept beschlossen (BMG, 2014a), das nach heftigen politischen Debatten und langen Verzögerungen in der zweiten Reformperiode schließlich zur Verabschiedung des Primärversorgungsgesetzes (PrimVG) 2017 führte (siehe nachstehend).

Das zweite Ziel konzentrierte sich auf Effizienzsteigerungen durch Anpassungen vornehmlich in der intramuralen Versorgung, z. B. durch die Reduktion der Krankenhaushäufigkeit und der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer bzw. die Förderung von tagesklinisch-stationären Eingriffen und ambulanter Versorgung bei gleichzeitiger Vermeidung von Parallelstrukturen. Vielen dieser Punkte wurden spezifische Zielwerte zugeordnet, darunter etwa eine Reduktion der Krankenhaushäufigkeit in

Fondskrankenanstalten um jährlich mind. 1,1%. Andere Maßnahmen setzten sich beispielsweise die Anpassung der Strukturplanung und die Festlegung neuer Finanzierungsmodelle zum Ziel.

Das dritte strategische Ziel betraf die Aus- und Fortbildung von medizinischem Personal in Übereinstimmung mit den Versorgungserfordernissen der Bevölkerung. Im Jahr 2015 wurde die postgraduale medizinische Ausbildung (Ärzte-Ausbildungsordnung, 2015) reformiert. Ein Jahr später (2016) wurde das Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG, 1997) novelliert, um das neue Berufsprofil der Pflegefachassistenz mit einem erweiterten Kompetenzbereich zu schaffen (siehe Tabelle 6.1). Das Primärversorgungsgesetz (PrimVG, 2017) sollte ursprünglich eine wesentliche Grundlage zur Erreichung dieses Ziels bilden, wurde jedoch erst im zweiten Reformzeitraum verabschiedet.

Die regelmäßigen Monitoringberichte, die Teil des Reformprozesses sind, zeigen, dass einige dieser Ziele erreicht wurden. So konnten beispielsweise die Belagstage in Fondskrankenanstalten bereits im ersten Reformzeitraum (2013–2016) um insgesamt 10% (Zielwert: 1,8–2,2% jährlich) und die Krankenhaushäufigkeit um insgesamt 8% (Zielwert 1,1–4% jährlich) reduziert werden (siehe Kapitel 5.4). Trotz dieser erzielten Reduktion weist Österreich nach wie vor die eine der höchsten Krankenhaushäufigkeiten in der EU auf. Die intendierte Reduktion der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer und der präoperativen Aufenthaltsdauer konnte trotz einer rückläufigen Entwicklung nicht erreicht werden (Bachner et al., 2017) (siehe auch Kapitel 4.1.2).

In die Überarbeitung des Österreichischen Strukturplans Gesundheit (ÖSG) (siehe Tabelle 6.1) im Jahr 2017 flossen erstmals Planungsgrundlagen ein, die für eine Steuerung der Versorgung zum jeweiligen „Best Point of Service“ herangezogen werden können. Es wurden Aufgabenprofile und Leistungsmatrizen für viele Versorgungsbereiche festgelegt, auf deren Basis die regionale Versorgungsstruktur entsprechend den Bedürfnissen der Patienten geplant und Lenkungseffekte zum jeweiligen „Best Point of Service“ erzielt werden sollen.

VERSORGUNGSPROZESSE: FÖRDERUNG DER KOORDINATION, QUALITÄT UND QUALITÄTSSTANDARENTWICKLUNG

Die wichtigsten Zielsetzungen zur Erreichung einer sektorenübergreifenden Koordination im Bereich der Versorgungsprozesse waren die Festlegung von

bundesweit einheitlichen Qualitätsstandards für priorisierte Bereiche, die einheitliche Diagnosen- und Leistungsdokumentation für den ambulanten Bereich, die Förderung eines ökonomischen Verschreibungsverhaltens sowie gemeinsame Finanzierungsmechanismen für Medikamente, um die Patienten am „Best Point of Service“ optimal zu versorgen. Eine andere Zielsetzung war die Weiterentwicklung der e-Health-Projekte wie die Elektronische Gesundheitsakte (ELGA) und ihrer zugehörigen Anwendungen (z. B. e-Medikation). Darüber hinaus stellten integrierte Versorgungsmaßnahmen für weit verbreitete oder chronische Erkrankungen einen wesentlichen Schwerpunkt dar.

Auch hier konnten viele Ziele erreicht werden. So wurden bundesweite Qualitätsstandards und Richtlinien ausgearbeitet und umgesetzt (z. B. für das Aufnahme- und Entlassungsmanagement und die präoperative Diagnostik). Mit der Implementierung von ELGA wurde 2015 begonnen (siehe Kapitel 4.1.4) und die telefonische Gesundheitsberatung „1450“ für Patienten wurde mit etwas Verspätung im Jahr 2017 eingerichtet (siehe Kapitel 2.9.1). Einige andere Ziele erwiesen sich jedoch als zu ambitioniert. Insbesondere schritt die Entwicklung neuer integrierter Versorgungsmodelle nur langsam voran. Es wurden zwar 14 integrierte Versorgungsmodelle umgesetzt, jedoch konnten sich die Hauptakteure letztlich nicht auf die notwendigen Qualitätsstandards innerhalb des definierten Zeitrahmens einigen. Ebenso scheiterte die Einigung über eine gemeinsame Finanzierung und Beschaffung von Medikamenten. Auch die Einführung einer sektorenübergreifenden Diagnosedokumentation für den ambulanten Bereich befindet sich noch im Anfangsstadium, da bis 2016 erst fünf Pilotprojekte dazu durchgeführt wurden. Auf Basis der gewonnenen Erfahrungswerte soll das Rollout der sektorenübergreifenden Diagnosedokumentation jedoch bis 2021 vollzogen werden (Kapitel 3.7.1).

ERGEBNISORIENTIERUNG: VERBESSERUNG DER LEBENS- UND VERSORGUNGSQUALITÄT

Der Bundes-Zielsteuerungsvertrag (B-ZV) umfasste im Hinblick auf die Ergebnisorientierung vier strategische Ziele: (1) Zahl der gesunden Lebensjahre erhöhen und Lebensqualität von erkrankten Personen verbessern, (2) Behandlungsqualität in allen Versorgungsstufen sicherstellen, routinemäßig messen und transparent machen, (3) Patientensicherheit und Gesundheitskompetenz der Bevölkerung insbesondere in Bezug auf

Information und Kommunikation stärken und routinemäßig messen und (4) Hohe Zufriedenheit der Bevölkerung mit der Gesundheitsversorgung sicherstellen und routinemäßig messen.

Von diesen Zielen wurden einige erfolgreich umgesetzt. Erstens beruht die im Jahr 2014 vereinbarte Gesundheitsförderungsstrategie auf den Gesundheitszielen Österreich, die zur Erhöhung der Lebenserwartung und der Lebensqualität führen sollen und bietet ein wirkungsorientiertes Rahmenwerk für den Zeitraum bis 2022. Die Strategie konzentriert sich auf spezifische Tätigkeitsbereiche, z. B. die Frühen Hilfen (siehe Kapitel 2.6.5), und legt Prioritäten fest, wie Gesundheitsinitiativen in Schulen, gesundes Umfeld und gesunde Lebensweise, Gesundheitskompetenz und soziale Integration von älteren Menschen mit psychischen Problemen (siehe Kapitel 2.6.2) (BMGF, 2016d).

Zweitens wurde die bundesweit einheitliche Messung von Ergebnisqualität in Krankenanstalten (A-IQI) weiterentwickelt und ausgewählte Ergebnisse wurden in regelmäßigen öffentlichen Berichten bzw. auf dem Webportal kliniksuche.at publiziert. Letzteres wurde 2016 eingerichtet (siehe Kapitel 2.9.1). In diesem Zusammenhang sind Qualitätsmessungen im extramuralen Versorgungsbereich (siehe Kapitel 2.8.2) und erste Initiativen zur Einführung einer standardisierten Diagnosecodierung wichtige Schritte (siehe oben). Drittens wurde ein umfassendes Mess- und Vergleichskonzept für die Outcomemessung im Gesundheitswesen entwickelt (siehe Kapitel 7.4.2). Im Rahmen dieser Messungen werden Outcomes auf Systemebene in Form von Risikofaktoren und Gesundheitsindikatoren mithilfe verschiedener Datenbanken und Studien erhoben, z. B. über Tabakkonsum, intramurale Mortalität, Patientenzufriedenheit und Lebenserwartung (Bachner et al., 2015).

CONCLUSIO AUS DER ERSTEN PERIODE DER ZIELSTEUERUNG-GESUNDHEIT

Am Ende des Reformzeitraums wurde eine interne Bewertung des Reformprozesses durchgeführt, um die gewonnenen Erkenntnisse für die Neuverhandlung der zweiten Reformperiode zu nützen. Die Bewertung zeigte, dass etwa 62% aller angestrebten Ziele bis Ende 2016 erreicht werden konnten (Bachner et al., 2017). Darüber hinaus konnten einige Stärken, aber auch Verbesserungspotenziale des Reformprozesses identifiziert werden:

- Positiv zu erwähnen war, dass die institutionellen Kapazitäten durch die neuen Steuerungsstrukturen erhöht werden konnten. Die Zielerreichung lag in der gemeinsamen Verantwortung der Bundes- und Landes-Zielsteuerungskommissionen. Die neuen Strukturen ermöglichten außerdem einen besseren Entscheidungsfindungs- und Kommunikationsprozess und die geteilte Verantwortung führte zu einer zunehmenden Zahl an sektorenübergreifenden Projekten (z. B. Pilotprojekte der Primärversorgungseinheiten, telefonische Gesundheitsberatung 1450 etc.).
- Negativ wurde hervorgehoben, dass viele Maßnahmen nicht wirkungsorientiert genug waren, sondern stattdessen auf Bewertungen oder die theoretische Konzepterstellung abzielten. Trotz der vertieften Kooperation blieben große sektorenübergreifende Problematiken ungelöst, wie etwa die fehlende gemeinsame Medikamentenbeschaffung oder die gemeinsame Medikamentenfinanzierung im Schnittstellenbereich.

Während eine gewisse Detailplanung durchaus ein gangbarer Weg zur Umsetzung sein kann, fielen die Ziele und Aktivitäten vielfach zu detailliert aus (insgesamt 106 Ziele und Maßnahmen), um ausreichend politisches Commitment zu erzielen. Schließlich offenbarten sich auch bürokratische Hürden, die auf die Gestaltung der Gremialstrukturen und der Prozesse zurückzuführen waren. Bevor die B-ZK als oberste Entscheidungsinstanz (siehe Kapitel 2.3.4) relevante Beschlüsse verabschieden konnte, mussten die Ergebnisse erst vielfach in untergeordneten Arbeitsgruppen erörtert werden. Teilweise mangelte es an Kommunikation innerhalb der untergeordneten Ebenen, wodurch die die Beschlussfassungen teilweise in die Länge gezogen wurden. Nach erfolgreichen Beschlüssen zeigten die die Reformpartner jedoch großes Commitment zur Umsetzung (siehe auch Tabelle 6.1).

■ 6.1.4 *Zweite Periode der Gesundheitsreform (2017–2021)*

Der zweite Zielsteuerungsvertrag für den Zeitraum von 2017 bis 2021 wurde 2017 unterzeichnet und legt vier strategische Ziele fest, die in 11 operative Ziele mit spezifischen Messgrößen (Indikatoren) und zugehörigen Zielwerten untergliedert sind (siehe Tabelle 6.3). Der Vertrag

baut auf die Erfahrungswerte, Prioritäten und Grundprinzipien der ersten Gesundheitsreformperiode auf. Als Rechtsgrundlage für den zweiten Reformzeitraum dienen zwei neue Vereinbarungen gemäß Artikel 15a Bundes-Verfassungsgesetz (B-VG) sowie das Vereinbarungsumsetzungsgesetz (VUG) (Vereinbarungsumsetzungsgesetz, 2017).

Auch im zweiten Zielsteuerungsvertrag wurden Prioritäten und Maßnahmen aus vorangegangenen Reformperioden übernommen, die teilweise seit Jahrzehnten auf der gesundheitspolitischen Agenda stehen. Der neue Vertrag erscheint hinsichtlich der vereinbarten Maßnahmen und Finanzziele ambitionierter als der erste, obwohl Anzahl und Komplexität der strategischen Ziele reduziert und die mittel- und langfristigen Tätigkeiten zu laufenden Arbeiten zusammengefasst wurden. Die Reformpartner konnten auch die komplexe Struktur durch die verringerte Anzahl an involvierten Gremien vereinfachen. Der Ständige Koordinierungsausschuss als Organ der Bundesgesundheitsagentur (BGA) wurde eingerichtet und erfüllt primär eine vorbereitende Funktion für die B-ZK, hat aber in bestimmten Bereichen auch Entscheidungskompetenz (siehe Kapitel 2.3.4) (Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit, 2017).

Der Vertrag zeichnet sich außerdem durch eine stärkere Wirkungsorientierung aus, da die Gesamtzielerreichung mit Ergebnisindikatoren beurteilt wird. Insgesamt wurden 22 Indikatoren definiert, die unter anderem die gesunden Lebensjahre, die Belagstage pro 100 000 Einwohner, die Anzahl der Primärversorgungseinheiten, die präoperative Verweildauer oder die Polypharmazie-Prävalenz betreffen (siehe Tabelle 6.3). Der begleitende Monitoring-Prozess fällt aufgrund der reduzierten Indikatorenanzahl und der strukturierten Berichtsweise ebenfalls weniger komplex aus. Der neue Vertrag umfasst darüber hinaus Zielvorgaben für die Landesebene.

Wie in Tabelle 6.3 ersichtlich ist, besteht das erste strategische Ziel in der Optimierung der Ressourcenallokation, indem der intramurale Versorgungssektor entlastet und die ambulante Versorgung, insbesondere die Primärversorgung, gestärkt wird. Das operative Ziel 1.1 konzentriert sich auf den Auf- und Ausbau der Primärversorgung laut dem 2017 verabschiedeten Primärversorgungsgesetz (PrimVG).

Die Österreichische Ärztekammer übte aus zwei Gründen scharfe Kritik an dem Gesetz: Erstens wurde keine Möglichkeit vorgesehen, Ärzte in selbständigen Praxen anzustellen (siehe Kapitel 2.8.2), und

Vertragsärzte, die sich mit anderen Ärzten in einer Primärversorgungseinheit zusammenschließen wollten, waren gezwungen, neue Verträge mit den Krankenversicherungsträgern zu unterzeichnen. Aus diesem Grund wurde auch eine Übergangsfrist für das vollinhaltliche Inkrafttreten der neuen Verträge vorgesehen (siehe Allgemeines Sozialversicherungsgesetz (ASVG)). Zweitens zeigte sich die Ärztekammer besorgt, dass große gewinnorientierte Organisationen in den Bereich der Primärversorgung vordringen könnten. Um dies zu verhindern, wurde im Gesetz ein mehrstufiges Auswahlverfahren vorgesehen, das Vertragsärzten Priorität einräumt (siehe Primärversorgungsgesetz (PrimVG)). Die Verabschiedung des Gesetzes verzögerte sich aufgrund intensiver politischer Debatten bis August 2017. Ende 2018 wurde ein neues Ärztegesetz beschlossen, das die lange untersagte Anstellung von niedergelassenen Ärzten bei anderen niedergelassenen Ärzten oder Gruppenpraxen ermöglichte.

Das Primärversorgungsgesetz schafft die rechtlichen Rahmenbedingungen zur Errichtung von mindestens 75 Primärversorgungseinheiten (PVE) bis 2021, die außerdem durch spezifische Programme unterstützt werden (z. B. Start-up-Service). Die Primärversorgungseinheiten können entweder als Zentrum oder als Netzwerk an mehreren Standorten geführt werden. Die Primärversorgungseinheit hat jedenfalls aus einem multiprofessionellen Kernteam, das sich aus Ärzten für Allgemeinmedizin, Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege und Ordinationsassistenten zusammensetzt, und nach Bedarf aus Fachärzten für Kinder- und Jugendheilkunde sowie anderen Gesundheits- und Sozialberufen (z. B. Physiotherapeuten oder Sozialarbeiter), zu bestehen. Die Primärversorgungseinheiten haben bestimmte Anforderungen in Bezug auf den Leistungsumfang, die Öffnungszeiten, Hausbesuche und die Behandlung von Patienten mit speziellen Bedürfnissen zu erfüllen sowie die Versorgungskontinuität sicherzustellen. Jede PVE muss ein Versorgungskonzept einreichen, aus dem hervorgeht, dass die Leistungserbringung und Organisationsstruktur dem Versorgungsbedarf der lokalen Bevölkerung entsprechen.

Der neue Zielsteuerungsvertrag führte außerdem zu einer Abänderung des ASVG, um ein neues Honorierungssystem für die Primärversorgung und die extramurale Versorgung durch Fachärzte vorzusehen, das sich aus Grund- und Fallpauschalen sowie Einzelleistungsvergütungen zusammensetzt (siehe operatives Ziel 3 in Tabelle 6.3).

TABELLE 6.3 Steuerung über strategische und operative Ziele, Übersicht über Dimensionen, Ziele und Messgrößen der Gesundheitsreform 2017–2021

STRATEGISCHE DIMENSION STRATEGISCHE ZIELE	OPERATIVE DIMENSION OPERATIVE ZIELE	MESSGRÖSSEN	ZIELWERTE/ -VORGABEN	
BESSERE VERSORGUNG S1: Stärkung der ambulanten Versorgung bei gleichzeitiger Entlastung des akuten/ambulant-ärztlichen Bereichs und Optimierung des Ressourceneinsatzes	OPERATIVE DIMENSION OPERATIVE ZIELE 1: Verbesserung der integrativen Versorgung durch gemeinsame abgestimmte verbindliche Planung und Umsetzung der folgenden Ziele (1.1 bis 1.3) 1.1: Primärversorgungsmodelle auf- und ausbauen 1.2: Bedarfsgerechte Gestaltung, Abstimmung und Weiterentwicklung der ambulanten Fachversorgung 1.3: Bedarfsgerechte Anpassung der stationären Versorgungsstrukturen	1: Umgesetzte PV-Einheiten (2) In PV-Einheiten versorgte Bevölkerung Zusätzlich noch zu entwickelnde Messgröße Anteil von Fällen mit abgeschlossener Behandlung (3) Anzahl multiprofessioneller und/oder interdisziplinärer Versorgungsformen im ambulanten Fachbereich mit Versorgungsauftrag Zusätzlich noch zu entwickelnde Messgröße zur Versorgungswirksamkeit von multiprofessionellen und/oder interdisziplinären ambulanten Versorgungsformen (4) Krankenhaushäufigkeit in FKA (5) Belagtagedichte in FKA (6) Ausgewählte TK-Leistungsbündel, die tagesklinisch-stationär oder ambulant erbracht werden (7) Anzahl der besetzten und genehmigten Ausbildungsstellen AM/FA (8) Ärztliche Versorgungsdichte (9) Relation DGKP und PFA zu Ärzten in FKA („Nurse to Physician Ratio“)	Messgrößen und Zielwerte/Zielvorgaben sind direkt den operativen Zielen 1.1. bis 1.3 zugeordnet. Diese sind in der Analyse gemeinsam zu betrachten. 75 ↑ ↑ ↑ -2% jährlich -2% jährlich pro Leistungsbündel definiert Beobachtungswert Messgrößen siehe op. Ziele 1.1 bis 1.3. Masern/Mumps/Röteln - Durchimpfungsrate Kinder (11) Ambulante KJP-Angebote ↑ ↑	
	BEDARFS- GERECHTE VERSÖRGUNGS- STRUKTUREN	2: Verfügbarkeit und Einsatz des für die qualitätsvolle Versorgung erforderlichen Gesundheitspersonals (Skill-Mix, Nachwuchssicherung, demographische Entwicklung) sicherstellen 3: Stärkere Ausrichtung des Vertragswesens und der Honorierungssysteme am Versorgungsbedarf bei gleichzeitiger Unterstützung der Zielsetzungen der ZS-G (insbesondere Versorgung am „Best Point of Service“) und der Anforderungen an die Versorgungsformen	(10) Relation DGKP und PFA zu Ärzten in FKA („Nurse to Physician Ratio“)	Beobachtungswert
	DIE RICHTIGE VERSÖRGUNG („THE RIGHT CARE“)	4: Optimierung der Versorgung von Kindern und Jugendlichen in ausgewählten Bereichen	Messgrößen siehe op. Ziele 1.1 bis 1.3.	↑ ↑

Mehrere der operativen Ziele des zweiten Zielsteuerungsvertrags streben einen verbesserten Zugang zur ambulanten Fachversorgung an. Das operative Ziel 1.2 zielt beispielsweise darauf ab, die Anzahl multiprofessioneller Versorgungsformen im ambulanten Fachbereich auszuweiten. Das operative Ziel 4 betrifft die Optimierung der Versorgung von Kindern und Jugendlichen in ausgewählten Bereichen, inklusive dem Ausbau der Kinder- und Jugendpsychiatrie und der Frühförderung (Frühe Hilfen) (siehe Kapitel 2.6.5). Weiters ist die Etablierung eines Öffnungs- und Wartezeiten-Monitorings vorgesehen.

Das zweite strategische Ziel ist auf die Sicherstellung der Zufriedenheit der Bevölkerung durch Optimierung der Versorgungs- und Behandlungsprozesse ausgerichtet. Zu diesem Zweck wurden fünf operative Ziele definiert, die die Weiterentwicklung von Informations- und Kommunikationstechnologien (z. B. ELGA und ihre Anwendungen, mHealth, pHealth, Survivorship Passport), neue integrierte Versorgungsprogramme für chronische Erkrankungen, verbesserte Kooperation zwischen den verschiedenen Gesundheitseinrichtungen und die Einführung von standardisierten Qualitätsmessungen in der extramuralen Versorgung beinhalten (siehe Tabelle 6.3).

Aufbauend auf die Einführung von ELGA in öffentlichen Krankenanstalten im Jahr 2015 sieht die ELGA-Verordnungsnovelle 2017 ein verpflichtendes schrittweises Rollout von ELGA bei allen extramuralen Gesundheitsdiensteanbietern und Apotheken vor, das bis Mitte 2019 abgeschlossen sein sollte, das bundesweite Rollout über alle Sektoren soll bis 2021 folgen. Ergänzend wurde außerdem die gemeinsame Medikamentenbeschaffung zur Optimierung der Medikamentenversorgung erneut in die Agenda aufgenommen.

Das dritte strategische Ziel fokussiert auf die Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention mit einem Schwerpunkt auf die Gesundheitskompetenz. Die damit verbundenen Aktivitäten und Maßnahmen werden von der Österreichischen Plattform Gesundheitskompetenz (ÖPGK) koordiniert, die 2013 geschaffen wurde, um die einzelnen Akteure von Bund, Ländern und Krankenversicherungsträgern zu vernetzen (siehe Kapitel 2.9.1). Zusätzlich wurde das Angebot des öffentlichen Gesundheitsportals www.gesundheit.gv.at weiter ausgebaut (siehe Kapitel 4.1.4). Das Portal bietet nicht nur hochwertige, von Experten geprüfte Online-Informationen zum Thema Gesundheit und Gesundheitswesen, sondern trägt auch zur Stärkung der

Gesundheitskompetenz der Bevölkerung bei. Außerdem ist die Entwicklung eines einheitlichen Kriterienkatalogs zum Einsatz und zur Anwendung von Gesundheitsfolgenabschätzung vorgesehen, der zielgerichtete Interventionen im Bereich Public Health ermöglichen soll.

Im vierten strategischen Ziel wird die Gewährleistung finanzieller Nachhaltigkeit des österreichischen Gesundheitssystems priorisiert. Die Entscheidungsträger entschlossen sich zur Weiterführung der Finanzziele aus der ersten Reformperiode in Form von Ausgabenobergrenzen. Weiterhin ist eine schrittweise Wachstumsreduzierung der öffentlichen Gesundheitsausgaben von 3,6% im Jahr 2017 auf 3,2% oder weniger bis 2021 vorgesehen (Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit, 2017). In der zweiten Reformperiode wird außerdem erneut das fragmentierte, duale Finanzierungssystem durch die Zweckwidmung von Finanzressourcen auf Bundesebene umgangen. Fortan stehen Mittel zur Finanzierung von überregionalen Versorgungsangeboten auf Bundesebene zur Verfügung. Damit werden Schritte in Richtung einer gemeinsamen Finanzierung und Planung unternommen.

■ 6.2 Zukünftige Entwicklungen

Nach der Nationalratswahl im Oktober 2017 bildeten die Österreichische Volkspartei (ÖVP) und die Freiheitliche Partei Österreichs (FPÖ) am 18. Dezember 2017 eine neue Koalitionsregierung. Die Zuständigkeiten mehrerer Ministerien wurden vielfach neu zugewiesen. Insbesondere wurde das Bundesministerium für Gesundheit und Frauen mit dem Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz zum Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (BMASGK) zusammengeführt.

Im Jänner 2018 präsentierte die Bundesregierung ihr neues Regierungsprogramm, das wesentliche Überschneidungen mit der bisherigen Gesundheitsreform aufwies, wie etwa die Förderung der Primärversorgung oder die Entlastung des akutstationären Bereichs. Ein starker Fokus wurde auf öffentliche Gesundheit und Gesundheitskompetenz gelegt. Das Programm sah ebenso größere strukturelle Veränderungen vor, die erhebliche Auswirkungen auf die Organisation des Gesundheitssystems und die Krankenversicherungsträger haben (BKA, 2018b). Die wichtigste

Änderung ist die Zusammenlegung der neun Gebietskrankenkassen zu einer Österreichischen Gesundheitskasse (ÖGK), bei der zukünftig annähernd 80% der unselbständig tätigen Bevölkerung krankenversichert sein wird. Die Regierung verspricht sich davon mehr Effizienz und Einsparungen bei der Verwaltung. Laut einer vom Ministerium beauftragten Effizienzstudie zum österreichischen Krankenversicherungssystem scheint die Anzahl an Versicherungsträgern alleine jedoch nicht der Hauptgrund für bestehende Ineffizienzen zu sein. Tatsächlich scheinen die duale Finanzierungsstruktur (Krankenversicherungsträger und Länder) und der begrenzte Risikostrukturausgleich zwischen den Krankenversicherungsträgern größere Effizienzpotenziale zu beinhalten (LSE Consulting, 2017). Die Regierung plante des Weiteren eine verstärkte Harmonisierung der Leistungskataloge und Selbstbeteiligungen unter den Krankenversicherungsträgern (siehe Kapitel 3.4).

Die Reform der Primärversorgung, die bereits in der ersten Phase der Zielsteuerung-Gesundheit (2013–2016) eingeläutet wurde und schließlich zum Primärversorgungsgesetz (2017) führte, bleibt weiterhin oberste Priorität. Die Regierung, die sich im Mai 2019 auflöste, plante, die Primärversorgung weiter auszubauen und den nach wie vor bestehenden Herausforderungen wirksam zu begegnen. Im Vordergrund steht dabei vor allem die Attraktivierung der Allgemeinmedizin, um die erfolgreiche Umsetzung des neuen Primärversorgungskonzepts sicherzustellen. Das Interesse der (angehenden) Ärzteschaft an der Allgemeinmedizin ist bislang eher verhalten. Gleichzeitig stellen sich demographische Herausforderungen aufgrund des hohen Durchschnittsalters der niedergelassenen Ärzte. Neue Vertragsbestimmungen und Start-up-Programme werden den bundesweiten Aufbau von Primärversorgungseinheiten unterstützen und der neue, holistischere Ansatz von Primärversorgung soll zu verbesserter Koordination mit weiteren öffentlichen Gesundheitsdiensteanbietern führen.

Bewertung des Gesundheitssystems

Das österreichische Gesundheitssystem basiert unter anderem auf den Prinzipien der Solidarität, Leistbarkeit und Universalität. Nahezu die gesamte Bevölkerung wird durch die soziale Krankenversicherung abgedeckt und hat niederschweligen Zugang zu einem breitgefächerten Leistungsangebot in der Gesundheitsversorgung. Österreich verzeichnet den niedrigsten ungedeckten Bedarf an medizinischer Versorgung innerhalb der Europäischen Union, trotz relativ hoher privater Selbstzahlungen (Out-of-Pocket-Payments, OOP) und Hinweisen auf teilweise kürzere Wartezeiten für privat zusatzversicherte Patienten (Eurostat, 2018h). Für vulnerable Bevölkerungsgruppen gelten verschiedene Ausnahmen hinsichtlich Kostenbeteiligung. Zunehmende Unterschiede hinsichtlich der Anzahl von Vertrags- und Wahlärzten in städtischen und ländlichen Gebieten und das hohe Durchschnittsalter der Vertragsärzte könnten die sozialen und regionalen Ungleichheiten beim Zugang zur Gesundheitsversorgung in Zukunft jedoch verstärken.

Die Bewertung der Leistungsfähigkeit zeigt, dass das österreichische Gesundheitssystem eine Versorgung in guter Qualität bietet. Niedrige vermeidbare Sterblichkeit (Mortality Amenable to Health Care) weist darauf hin, dass die Wirksamkeit des Gesundheitssystems höher ist als in den meisten EU-Ländern. Dennoch ist die Zahl der Menschen, die an Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder Krebs versterben, im Vergleich zum EU-28-Durchschnitt hoch. Ungesunder Lebensstil stellt den größten Gesundheitsrisikofaktor dar, insbesondere der Tabak- und Alkoholkonsum, der sich während des letzten Jahrzehnts im Gegensatz zu den meisten

EU-Ländern kaum verringert hat und deutlich über dem EU-28-Durchschnitt liegt. In Bezug auf die Qualität der Gesundheitsversorgung gibt es im OECD-Vergleich Verbesserungspotenzial bei der Effektivität von Krebsbehandlungen (trotz sehr guter Ergebnisse für bestimmte Krebsarten). Auch die Chancengerechtigkeit über sozioökonomische Gruppen und Bundesländer hinweg könnte weiter optimiert werden.

Die kürzlich eingeführten Gesundheitsziele Österreich und das neue System der Zielsteuerung-Gesundheit haben u.a. Monitoring ausgewählter Struktur-, Prozess- und Ergebnisindikatoren und Förderung der Chancengerechtigkeit sowie die Sicherstellung einer adäquaten Gesundheitsversorgung zum Ziel.

In Bezug auf die Effizienz ist das österreichische Gesundheitssystem im europäischen Vergleich vergleichsweise kostenintensiv und durch hohe Nutzung, insbesondere des Spitalsbereichs, gekennzeichnet. Im Laufe der derzeitigen Reform konnte die Effizienz der intramuralen Versorgung unter anderem durch eine graduelle Verringerung der durchschnittlichen Verweildauer in Krankenhäusern verbessert werden. Dennoch wird das Schöpfen von Effizienzpotenzialen auch weiterhin durch die getrennte Finanzierung des intra- und extramuralen Sektors limitiert – trotz aktueller Bemühungen für eine gemeinsame Planung und Finanzierung des Gesundheitssystems sowie der Stärkung der Primärversorgung. Die entsprechenden Ziele und priorisierten Bereiche zur weiteren Effizienzsteigerung, vor allem im Bereich der intramuralen Versorgung, werden durch die laufende Reform in Angriff genommen.

Während die Österreicher generell sehr zufrieden mit der Gesundheitsversorgung sind, bestehen weiterhin Herausforderungen in der Koordination von extramuraler und intramuraler Versorgung sowie zwischen dem kurativen Bereich und der Langzeitpflege und -betreuung. In den letzten Jahren wurden Maßnahmen ergriffen, um die Transparenz, die Rechenschaftspflicht und die Stärkung der Rolle von Patienten zu fördern (z. B. mit der Einführung eines öffentlichen Gesundheitsportals und von Online-Plattformen zur Gesundheitsberichterstattung), auch wenn die Performance einzelner Gesundheitsdiensteanbieter nicht veröffentlicht wird.

■ 7.1 Angestrebte Ziele des Gesundheitssystems

Das österreichische Sozialversicherungssystem beruht auf den Prinzipien der Solidarität und des Risikoausgleichs, die im Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz (ASVG) gesetzlich verankert sind (Allgemeines Sozialversicherungsgesetz, 1955). In den letzten Jahren waren auf Basis dieser Prinzipien zwei große reformpolitische Entwicklungen im österreichischen Gesundheitssystem zu beobachten, deren Ziel es ist, die Gesundheit der Bevölkerung zu verbessern und die Zersplitterung der Zuständigkeiten und der Finanzierung durch die Förderung einer gemeinsamen Planung, Entscheidungsfindung und Finanzierung zu überwinden. Als erster Schritt wurden 2012 die 10 Gesundheitsziele Österreich (<https://gesundheitsziele-oesterreich.at/>) in einem breit angelegten partizipativen Prozess entwickelt und beschlossen. Die Gesundheitsziele decken ein breites Spektrum an Gesundheitsdeterminanten, Politikbereichen und Bevölkerungsgruppen ab, bezwecken eine Stärkung der Chancengerechtigkeit, einen Ansatz der Gesundheit in allen Politikfeldern und eine bessere Gesundheitskompetenz der Bevölkerung und verfolgen damit das übergeordnete Ziel, die Lebenserwartung in guter Gesundheit zu steigern. Mit diesen Zielen sind auch spezifische nationale und sektorenübergreifende Strategien verbunden (siehe Kapitel 2.6 und 6.1.1).

Zweitens zielten seit 2013 die Reformvorhaben im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit auf die Sicherstellung einer adäquaten Gesundheitsversorgung nach den Prinzipien der Chancengerechtigkeit, Zugänglichkeit und Qualität. Sie zielten auch auf eine bessere Koordination und Maßnahmenabstimmung ab, während die bestehende Kompetenz- und Zuständigkeitsverteilung davon unberührt bleiben sollte. Das Rahmenwerk der Reform bilden strategische Ziele in Schlüsselbereichen – Ergebnisorientierung, Versorgungsprozesse und -strukturen und Finanzierung –, zu deren Umsetzung operative Maßnahmen und Messgrößen definiert wurden. Die Zielsteuerung-Gesundheit hat die Gesundheitsziele Österreich als Handlungsrahmen und stellt gleichzeitig das Maßnahmenbündel zur Umsetzung des Ziels 10 dar, wonach eine qualitativ hochwertige und leistbare Gesundheitsversorgung für alle sichergestellt werden soll.

■ 7.2 Finanzielle Absicherung und finanzielle Gerechtigkeit

■ 7.2.1 *Finanzielle Absicherung*

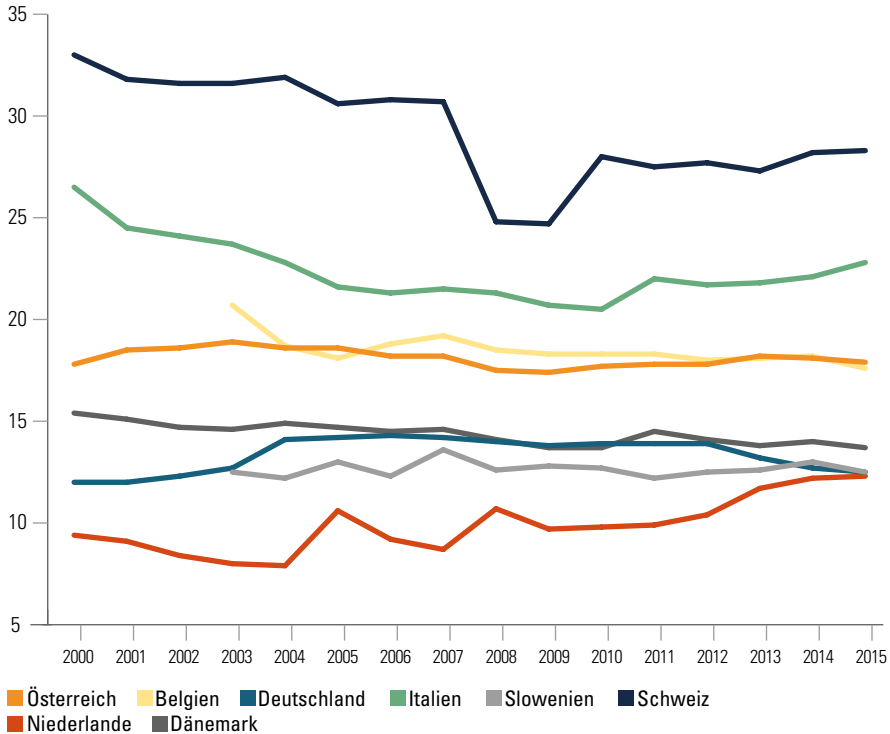
Mit einem Anteil von 18% der laufenden Gesundheitsausgaben im Jahr 2015 waren die Selbstzahlungen (Out-of-Pocket-Payments) im Vergleich zu anderen einkommensstarken europäischen Ländern, wie Dänemark (14%), Deutschland (13%) und den Niederlanden (12%), sowie zum EU-Durchschnitt (15%) relativ hoch, lagen jedoch immer noch leicht unter dem OECD-Durchschnitt (20%) (OECD, 2018b; OECD und Europäisches Observatorium für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik, 2017). Außerdem blieb im Gegensatz zu anderen EU-Ländern der Anteil der privaten Selbstzahlungen in Österreich seit 2000 relativ konstant (Abb. 7.1). Am durchschnittlichen Haushaltsbudget gemessen betragen die privaten Selbstzahlungen 3% und befinden sich damit knapp über dem EU-28 Durchschnitt von 2,3% im Jahr 2015. Allerdings liegt der Anteil der Haushalte mit katastrophalen privaten Selbstzahlungen (3,2% in den Jahren 2014/2015) unter jenem in den meisten mittel- und osteuropäischen Ländern (Czypionka et al., 2018a), was eine gute finanzielle Absicherung bedeutet. Einige westeuropäische Länder wie Frankreich, Deutschland, Schweden oder das Vereinigte Königreich verzeichnen jedoch geringere Raten.

Ein Selbstbehalt (d. h. eine Kostenbeteiligung) für Versicherungsleistungen ist nur in bestimmten Fällen vorgesehen, diese machen etwa 12% der privaten Selbstzahlungen aus. Der Großteil der Selbstzahlungen fließt in private Direktzahlungen für Leistungen, die nicht vom Krankenversicherungsträger übernommen werden (88%), wie Medikamente, Langzeitpflege, Zahnbehandlungen, Heilbehelfe und Hilfsmittel sowie für Facharztleistungen. Für Medikamente fällt eine festgesetzte Rezeptgebühr pro Verschreibung an, es besteht jedoch eine einkommensabhängige Ausnahmeregelung von der Rezeptgebühr, wenn die Kosten für Medikamente eine Obergrenze von 2% des Jahresnettoeinkommens überschreiten. Darüber hinaus sind vulnerable Bevölkerungsgruppen, Asylwerber und Mindestpensionisten (Ausgleichszulage) von der Rezeptgebühr befreit (siehe Kapitel 3.4).

Die private Krankenzusatzversicherung (VHI) deckt zum Großteil zusätzliche Leistungen wie die Hotelkomponente bei

Krankenhausaufenthalten (z. B. bessere Ausstattung des Zimmers) oder Wahlarzthonorare sowie Selbstkosten für Medikamente und Heilbehelfe im extramuralen Sektor ab (siehe Kapitel 3.5.1).

ABB. 7.1 Anteil (%) der privaten Selbstzahlungen an den laufenden Gesundheitsausgaben in Österreich und ausgewählten Ländern, 2000–2015



Quelle: OECD 2018b

In den letzten Jahren wurden insbesondere Maßnahmen ergriffen, um Selbstbehalte für Familien und Kinder zu reduzieren, so übernimmt die Krankenversicherung beispielsweise seit 2015 die Kosten für Zahnspangen für Kinder und Jugendliche bis 18 Jahre bei schweren Fehlstellungen der Zähne (siehe Kapitel 3.3.1). 2017 wurden auch die Selbstbehalte für Krankenhausaufenthalte von Kindern abgeschafft. Das Angebot an stationären Rehabilitationsleistungen für Kinder wurde im Jahr 2017 ebenfalls erweitert und die Finanzierung zwischen Sozialversicherung und Ländern vereinbart. Davor kam es häufig vor, dass Kinder Rehabilitationseinrichtungen in Deutschland in Anspruch nahmen (HVB, 2017d).

Die Selbstzahlungen für die psychosoziale Versorgung von Kindern und Jugendlichen sind jedoch nach wie vor hoch. Laut einer Umfrage über den Zeitraum von 2011–2014 leisteten Erziehungsberechtigte von Kindern und Jugendlichen mit psychosozialen Problemen innerhalb von 6 Monaten etwa € 324 pro Patient an Selbstzahlungen, insbesondere für Honorare an Wahlärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie (Zechmeister-Koss et al., 2016). Hier machten sich auch wesentliche sozioökonomische Unterschiede bemerkbar, da sozioökonomisch besser gestellte Familien deutlich mehr private Selbstzahlungen für die Sicherstellung der psychosozialen Versorgung aufwendeten bzw. aufwenden konnten (Zechmeister-Koss et al., 2016). Durch die hohen Selbstzahlungen bestehen, neben strukturellen Unterschieden, weiterhin Benachteiligungen beim Zugang zur psychiatrischen (insbesondere durch Wahlärzte) und psychotherapeutischen Versorgung (siehe Kapitel 5.11). Hier soll die aktuelle Gesundheitsreform gegensteuern.

■ 7.2.2 *Finanzielle Gerechtigkeit*

Die soziale Krankenversicherung ist die wichtigste Finanzierungsquelle in Österreich und zeichnet sich durch ein umfassendes Risikopooling und weitreichende Unterstützung für sozial benachteiligte Gruppen aus. Die Pflichtbeiträge zur Krankenversicherung sind unter den Berufsgruppen großteils harmonisiert und werden zwischen Arbeitnehmer und -geber geteilt. Außerdem kommt eine Höchstbeitragsgrenze zur Anwendung (HVB, 2017g). Der Höchstbeitrag wirkt regressiv, wurde in der Vergangenheit aber kontinuierlich erhöht (Hofmarcher und Quentin, 2013). Die Lohn- und Einkommenssteuern werden hingegen progressiv eingehoben und stellen eine weitere wichtige Einnahmequelle zur Finanzierung des Gesundheitssystems, insbesondere zur intramuralen Versorgung, dar. Die Tabaksteuern werden auf Basis eines gemischten Steuersatzes eingehoben, wobei etwas mehr als drei Viertel des Verkaufspreises von Zigaretten als Steuern ins Bundesbudget fließen (WHO, 2017b). Ein Teil der Krankenversicherungsbeiträge für Pensionisten wird von den Pensionsbezügen abgezogen, der andere Teil wird von der Pensionsversicherungsanstalt übernommen. Der Bund übernimmt die Beiträge für Arbeitssuchende und Asylwerber, die Länder bzw. der Bund tragen die Kosten für Mindestsicherungsempfänger (siehe Kapitel 3.3.1 und 3.3.2).

Auch benachteiligte Bevölkerungsgruppen, die selbst keine Krankenversicherungsbeiträge leisten, erhalten umfassenden Versicherungsschutz. Insgesamt werden die Mittel aus den Steuer- und Krankenversicherungseinnahmen zugunsten von Personen mit schlechtem Gesundheitszustand umverteilt: 1% der Bevölkerung mit sehr schlechtem Gesundheitszustand erhält etwa 30% der gesamten Krankenversicherungsleistungen, 5% erhalten 60% der Transferleistungen und jene 50% mit dem besten Gesundheitszustand verbrauchen nur 3% der Gesamtausgaben (Gönenç et al., 2011).

Die automatische Zuordnung von Versicherten zu einem Krankenversicherungsträger auf Basis des Arbeitsorts oder Berufsstands und die eingeschränkte Risikoadjustierung zwischen den Krankenversicherungsträgern in Österreich führen derzeit zu horizontalen Ungleichheiten bei den von den einzelnen Trägern abgedeckten Leistungen, den Kostenbeteiligungen und freiwilligen Zusatzleistungen (LSE Consulting 2017; Mossialos et al., 2006; Unterthurner, 2007) (siehe Kapitel 3.3.1 und 3.4.1). Durch die unterschiedlichen Kostenbeteiligungsmodelle entstehen für Versicherte von Sonderversicherungsträgern wie Beamte, Selbstständige, Bauern sowie Bahnbedienstete und Bergarbeiter höhere Kostenbeteiligungen im Vergleich zu Patienten, die unter dem ASVG bei einer der Gebietskrankenkassen versichert sind. Die internationale Studie zu Österreichs Sozialversicherungs- und Gesundheitssystem aus dem Jahr 2017 (LSE Consulting, 2017) zeigt Möglichkeiten zur Harmonisierung der Kostenbeteiligungen und zur Verbesserung des Risikopoolings unter den Krankenversicherungsträgern auf (HVB, 2017a). Das Programm der Koalitionsregierung, die im Dezember 2017 ins Amt kam, plante die Maßnahmen zur Harmonisierung der Leistungen weiterzuführen (siehe Kapitel 3.4). Außerdem beschloss das Parlament, die neun Gebietskrankenkassen zu einer einzigen Österreichischen Gesundheitskasse zusammenzulegen, die etwa 80% der Bevölkerung krankenversichern soll und die Anzahl der Krankenversicherungsträger von 18 auf drei reduziert (BKA, 2018b).

Es ist umstritten, ob private Selbstzahlungen eine sozioökonomische Verteilungswirkung haben. Eine Studie dazu mit Daten aus den Jahren 2009/2010 stellte etwa fest, dass die Selbstzahlungen, insbesondere für Rezeptgebühren, Heilbehelfe und Hilfsmittel, zu größerer Einkommensungleichheit beitragen (Sanwald und Theurl, 2015). Gleichzeitig gibt es Anhaltspunkte, dass Haushalte mit höherem Einkommens- und Bildungsniveau eher bereit sind, private Zahlungen für Zahnbehandlungen und rezeptfreie Medikamente zu leisten und deren Ausgaben folglich höher sind (Sanwald und Theurl 2016; 2017).

■ 7.3 Patientenerfahrungen und Chancengerechtigkeit beim Zugang zur Gesundheitsversorgung

■ 7.3.1 Patientenerfahrungen

Das österreichische Gesundheitssystem genießt breite Akzeptanz in der Bevölkerung. In einer nationalen Studie aus dem Jahr 2014, an der mehr als 20 000 Patienten teilnahmen, gaben 95% an, mit der erhaltenen intramuralen Versorgung zufrieden oder sehr zufrieden zu sein, 98% waren mit der extramuralen Versorgung zufrieden oder sehr zufrieden (Leuprecht et al., 2016b). In einer weiteren Umfrage aus dem Jahr 2016 gaben 95% der rund 3 500 Befragten an, mit niedergelassenen Ärzten, insbesondere mit Gynäkologen und Allgemeinärzten sowie anderen Fachärzten, zufrieden oder sehr zufrieden zu sein, während die Zufriedenheit mit Spitalsambulanzen am geringsten war (10% der Befragten waren unzufrieden oder sehr unzufrieden). Die Patientenzufriedenheit mit der Zusammenarbeit zwischen Allgemein- und Fachärzten sowie mit der Qualität der Kommunikation zwischen Arzt und Patient war wesentlich geringer, nur 68% bzw. 63% der Befragten bewerteten die Zusammenarbeit und die Arzt-Patienten-Kommunikation mit gut oder sehr gut, was auf einen Verbesserungsbedarf hinweist (TQS und HVB, 2016). Eine jüngere Studie brachte zutage, dass für Patienten vor allem geringere Selbstbehalte eine Verbesserung darstellen würden (GfK, 2017).

In der Eurobarometer-Umfrage 2013 bewerteten 96% der Befragten die Versorgungsqualität als gut; dieser hohe Prozentsatz hat sich seit 2009 nicht verändert und wurde nur von Belgien (97%) übertroffen. Im Vergleich zu anderen Ländern sank die Bewertung der Qualität des Gesundheitssystems nur geringfügig (Europäische Kommission, 2013b).

Jedoch ist laut European Health Literacy Survey (HLS-EU) das Niveau der Gesundheitskompetenz der österreichischen Bevölkerung verhältnismäßig niedrig. Nur 43,6% der Befragten verfügen über eine ausgezeichnete oder ausreichende Gesundheitskompetenz, gegenüber des Durchschnitts von 52,5% der acht teilnehmenden Länder (wobei die Niederlande mit 71,4% am besten abschneiden). Bei sozioökonomisch besser gestellten Personen wurde (laut Selbsteinschätzung) ein tendenziell höheres Gesundheitskompetenzniveau festgestellt, während finanziell schwächer

Gestellte grundsätzlich weniger gesundheitskompetent erschienen. Auffällige Einschränkungen in der Gesundheitskompetenz zeigen sich insbesondere bei Personen mit sehr schlechtem selbsteingeschätztem Gesundheitszustand oder gesundheitlichen Einschränkungen (HLS-EU Consortium, 2012).

Die Wartezeiten sowie die Ordinationszeiten der extramuralen Fachärzte stellen für viele Patienten ein Problem dar, dies gilt vor allem für radiologische Untersuchungen. Laut einer Befragung aus dem Jahr 2017 musste fast ein Drittel der Patienten einen Monat oder länger auf einen Termin bei einem Radiologen warten, insbesondere für Computertomographie- (CT) und Magnetresonanztomographie (MRT)-Untersuchungen (GfK, 2017). Im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit ist vorgesehen, für mehr Transparenz hinsichtlich der Wartezeiten zu sorgen und dringende Fälle bei selbstständigen radiologischen Ambulatorien zu priorisieren. Seit 2018 sind selbstständige Ambulatorien dazu verpflichtet, für CT-Untersuchungen Termine innerhalb von maximal 10 Tagen und für MRT-Untersuchungen innerhalb von maximal 20 Tagen zu vergeben (HVB, 2018c). Bei Allgemeinmediziner*innen erhalten Patienten üblicherweise einen Termin am selben Tag, in Akutfällen müssen Patienten auch ohne Termine behandelt werden. 9% der aus Krankenhäusern entlassenen Patienten äußerten den Wunsch nach geänderten Öffnungszeiten von Gesundheitsdiensteanbietern im extramuralen Bereich (Leuprecht et al., 2016a).

Auch die Versorgungskoordination unter den Gesundheitsdiensteanbietern ist ein Kritikpunkt im österreichischen Gesundheitssystem, wobei davon vor allem die Koordination der Schnittstellen zwischen extra- und intramuralem Bereich, zwischen dem kurativen Bereich und dem Langzeitpflegesektor sowie das Spitalsentlassungsmanagement betroffen sind. In einer großangelegten Patientenumfrage im Jahr 2015 gab einer von zehn Patienten an, dass dem Krankenhaus zum Aufnahmezeitpunkt keine Informationen zu früheren Untersuchungsergebnissen und keine elektronische Gesundheitsakte vorlagen, 17% führten an, dass wichtige Informationen über die Krankengeschichte nicht zwischen den verschiedenen Gesundheitsdiensteanbietern kommuniziert wurden (Leuprecht et al., 2016a). Mehr als ein Fünftel der befragten Patienten berichtete außerdem, dass bereits kurz vor dem Krankenhausaufenthalt durchgeführte Untersuchungen im Spital erneut durchgeführt wurden. Über ein Drittel (36%) gab an, dass es keine verantwortliche Gesundheitsfachkraft für das Entlassungsmanagement und die postakute Versorgungskoordination gab. Beinahe jeder zweite Patient (49%) sah Bedarf für einen Entlassungsmanager

(Leuprecht et al., 2016a; 2016b). Insgesamt führten 17% der Patienten an, widersprüchliche Informationen von den unterschiedlichen Gesundheitsdiensteanbietern erhalten zu haben (Leuprecht et al., 2016b).

Zur Verbesserung des Entlassungsmanagements und der Aufnahmeverfahren wurde 2012 eine Bundesqualitätsleitlinie zum Aufnahme- und Entlassungsmanagement herausgegeben (BIQG/BMG, 2012), welche 2018 überarbeitet wurde (BMASGK, 2018i). 2014 zeigte eine Bewertung, dass fünf der neun Bundesländer Maßnahmen zur Verbesserung des Entlassungsmanagements umgesetzt hatten oder damit verbundene Projekte durchführten. In einigen Bundesländern gab es jedoch keinen Beauftragten zur Umsetzung der Leitlinie.

■ 7.3.2 *Chancengerechtigkeit beim Zugang zur Gesundheitsversorgung*

In Österreich ist nahezu die gesamte Wohnbevölkerung (99,9%) krankenversichert. Dennoch gibt es kleine Gruppen, die über keinen Versicherungsschutz verfügen, wie etwa Arbeitssuchende ohne Anspruch auf Arbeitslosengeld, geringfügig Beschäftigte mit einem monatlichen Einkommen unter € 438,05 (2018), ehemals mitversicherte Partner (z. B. nach einer Scheidung) oder Angehörige (z. B. über der Altersgrenze von 18 Jahren bzw. 27 Jahren solange sie in Ausbildung sind und weniger als € 438,05 pro Monat verdienen). Nicht versichert sind auch Menschen ohne rechtmäßigen Aufenthaltstitel (BKA, 2018a). Nichtversicherte sind größtenteils auf medizinische Versorgung durch Non-Profit-Organisationen angewiesen, wie etwa das Neunerhaus, AmberMed oder den Louise-Bus Caritas und das Krankenhaus der Barmherzigen Brüder in Wien (Ordensspital), um nur einige zu nennen (siehe Kapitel 3.3.1 und 5.1.4).

Alle Versicherten haben unabhängig von der Höhe ihrer Beiträge oder der Versicherungsdauer Anspruch auf dieselben Leistungen. Zwischen den Krankenversicherungsträgern bestehen jedoch Unterschiede beim abgedeckten Leistungsumfang und den Kostenbeteiligungsmodellen (siehe oben). Seit 2011 haben alle Empfänger der Mindestsicherung wie auch andere vulnerable Bevölkerungsgruppen (z. B. Asylwerber) über die e-card Zugang zu Krankenversicherungsleistungen. Hier muss aber angemerkt werden, dass sich die Höhe der Kostenbeteiligungen für Empfänger der Mindestsicherung einschließlich Asylwerber und deren Familien von Bundesland zu Bundesland unterscheiden (siehe Kapitel 3.3.1) (Die Armutskonferenz, 2012).

Im europäischen Vergleich sticht Österreich vor allem durch den hohen Versorgungsgrad hervor, d. h. nur ein geringer Anteil an Patienten verspürt einen ungedeckten Versorgungsbedarf. Zwischen den Einkommensgruppen bestehen dabei kaum signifikante Unterschiede (OECD und Europäisches Observatorium für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik, 2017). Dennoch gibt es Anhaltspunkte, dass bezüglich der Wartezeiten für bestimmte Krankenhausbehandlungen signifikante Unterschiede zwischen Patienten mit privater Zusatzversicherung im Vergleich zu jenen ohne private Zusatzversicherung bestehen (siehe dazu Czypionka, et al., 2013). Auch nach der Krankenhauserlassung gaben Patienten mit Zusatzversicherung an, kürzer auf Termine bei extramuralen Gesundheitsdiensteanbietern zu warten als Patienten ohne Zusatzversicherung. 74% der Zusatzversicherten erhielten einen Termin innerhalb von sieben Tagen, während dies nur bei 67% der Patienten ohne Zusatzversicherung der Fall war (Leuprecht et al., 2016a).

Der zunehmende Anteil an Wahlärzten und die stagnierende Anzahl an Vertragsärzten sind in diesem Zusammenhang kritisch zu beurteilen, da dadurch der gerechte und niederschwellige Zugang zu extramuraler Versorgung eingeschränkt wird. Derzeit konzentrieren sich die meisten extramuralen Fachärzte mit Kassenvertrag – insbesondere Neurologen, Psychiater und Radiologen – auf den urbanen Raum. Auch unter den Bundesländern gibt es erhebliche Unterschiede hinsichtlich der kassenärztlichen Fachärztedichte. Dieses regionale Ungleichgewicht könnte durch die Altersstruktur noch verschärft werden, denn bereits 2015 war jeder sechste Vertragsarzt in der extramuralen Versorgung 55 Jahre oder älter (siehe Kapitel 4.2.1 und 4.2.3) (OECD und Europäisches Observatorium für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik 2017). Der bevorstehende Pensionsantritt zahlreicher Vertragsärzte könnte auch zu einem ungerechteren Versorgungszugang führen, denn Honorare sind für Wahlärzte weitgehend unreguliert und werden nur teilweise von der Krankenversicherung übernommen. Weniger wohlhabende Patienten sind daher eventuell nicht in der Lage, private Zahlungen zu leisten oder eine private Zusatzversicherung abzuschließen, die die Wahlarztgebühren übernehmen könnte. Daten von 2014 zeigen, dass Menschen mit Matura verstärkt extramurale Fachärzte aufsuchen als Personen mit reinem Pflichtschulabschluss, wobei die Unterschiede vor allem bei Männern und Personen über 60 Jahren auftreten. Menschen mit Pflichtschulabschluss (oder niedrigerem Bildungsabschluss) suchen häufiger einen Allgemeinmediziner auf als Patienten mit Matura (oder

höher). Diese Tendenz bei der Konsultation von Allgemeinmedizinerinnen und Fachärztinnen könnte angesichts der stagnierenden Anzahl an Kassen-Allgemeinmedizinerinnen zu Ungleichheiten beim Zugang zur Primärversorgung führen (Griebler et al., 2017).

Dazu kommt, dass in Österreich trotz der jüngsten Reformen der Pflegeausbildung ein Mangel an Pflegefachassistentinnen und Pflegeassistentinnen zu erwarten ist (siehe Kapitel 4.2.3) (Rappold et al., 2017; Zsifkovits et al., 2013). Auch beim Zugang zur Versorgung in der Langzeitpflege und -betreuung bestehen zwischen den Bundesländern erhebliche Unterschiede (Österle und Bauer, 2012). Laut einer europäischen Studie scheint dies allerdings nur bedingt auf einkommensbezogene Unterschiede zurückzuführen zu sein (Rodrigues et al., 2017).

■ 7.4 Gesundheitszustand, Versorgung und Versorgungsqualität

■ 7.4.1 *Gesundheit der Bevölkerung*

In Österreich liegt die Lebenserwartung bei Geburt mit 81,3 Jahren nach wie vor über dem EU-Durchschnitt (80,6 Jahre). Dennoch blieb Österreich 2015 deutlich hinter den Ländern mit der höchsten Lebenserwartung (83,0 Jahre in Spanien und 82,7 Jahre in Italien) (OECD, 2017e). Von 2000 bis 2015 war der Anstieg der Lebenserwartung in Österreich mit einer Zunahme von drei Jahren etwas niedriger als im EU-Durchschnitt (3,3 Jahre) (OECD und Europäisches Observatorium für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik, 2017). Bei der Zahl der gesunden Lebensjahre, also der Lebensjahre, die ohne gesundheitliche Einschränkungen verbracht werden, lag Österreich im Jahr 2015 mit 58,1 Lebensjahren bei Frauen und 57,9 bei Männern unter dem EU-28-Durchschnitt (63,3 Jahre bei Frauen und 62,6 Jahre bei Männern), was auf einen Verbesserungsbedarf hindeutet. Bei den Frauen wurde eine negative Entwicklung festgestellt; hier sank die Zahl der gesunden Lebensjahre zwischen 2005 und 2015 um 2 Jahre (Datengrundlage: EU-SILC, Eurostat, 2017d) (siehe Tabelle 1.4). Die Kindersterblichkeit in Österreich lag im Jahr 2015 unter dem EU-28-Durchschnitt (3,1 Todesfälle pro 1 000 Lebendgeburten gegenüber 3,6 pro 1 000 Lebendgeburten) (Eurostat, 2018e).

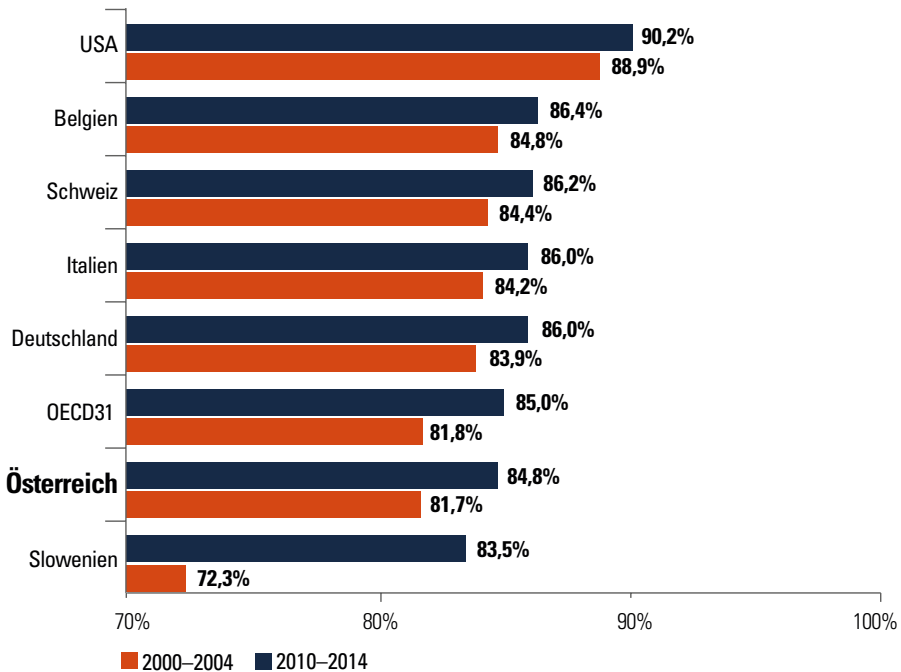
Generell sind über zwei Drittel der Todesfälle auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen (47% Frauen, 38% Männer) und Krebs (24% Frauen, 29% Männer) zurückzuführen. Die Zahl der Menschen, die an Diabetes sterben ist stark gestiegen. Während Diabetes als Todesursache im Jahr 2000 noch an zehnter Stelle stand, war es im Jahr 2014 die fünfthäufigste Todesursache (OECD und Europäisches Observatorium für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik, 2017) (siehe Kapitel 1.4).

Die (kurative) Versorgungsqualität kann anhand des Indikators vermeidbare Sterbefälle, die bei angemessener Krankheitsprävention oder Therapie hätten verhindert werden können, analysiert werden (Mortality Amenable to Health Care). Im Jahr 2014 verzeichnete Österreich mit 109 Todesfällen pro 100 000 Einwohner, die bei rechtzeitiger und effektiver Gesundheitsversorgung nicht eingetreten wären, eine Rate, die deutlich unter dem EU-28-Durchschnitt lag (126 Todesfälle). Mit 302 Todesfällen pro 100 000 Einwohner lag die Sterblichkeit aufgrund von Herz-Kreislauf-Erkrankungen 2014 etwas über dem Durchschnitt der OECD-35 (282), während die Sterblichkeit infolge von Krebs geringfügig unter dem Durchschnitt der OECD-31 lag (197 gegenüber 204 Todesfällen pro 100 000 Einwohner) (OECD, 2017b; OECD, 2018d). Die 5-Jahres-Überlebensrate bei Brustkrebs ist seit 2000-2004 leicht gestiegen und lag im Zeitraum 2010 bis 2014 geringfügig unter dem Durchschnitt der OECD-31 (85,0%) (siehe Abbildung 7.2). 2012 befand sich die Brustkrebs-Inzidenzrate mit 68 pro 100 000 Einwohnern ebenfalls unter dem Durchschnitt der OECD-34 von 74,2 (altersstandardisiert) (OECD, 2017b). Das 2014 eingeführte Brustkrebs-Früherkennungsprogramm soll die Brustkrebsüberlebenschancen noch weiter erhöhen (<http://www.frueh-erkennen.at/>).

Eine der großen Herausforderungen für das österreichische Gesundheitssystem ist der vielfach ungesunde Lebensstil. Dies betrifft insbesondere den Tabak- und Alkoholkonsum, bei dem Österreich deutlich schlechter als der Durchschnitt der EU-28 abschneidet. 2014 gaben 24% der Erwachsenen in Österreich an, täglich zu rauchen, womit Österreich drei Prozentpunkte über dem EU-28-Durchschnitt liegt. Anders als in anderen Mitgliedsstaaten zeichnet sich kein rückläufiger Trend ab, die Raucherprävalenz stagniert seit 1997. Im Gegensatz zu den meisten anderen EU-Ländern besteht in Österreich noch kein vollständiges Rauchverbot in der Gastronomie. Mit einem jährlichen Konsum von 12,3 Liter reinem Alkohol

pro Kopf befindet sich Österreich auf dem dritten Platz in der EU (mehr als zwei Liter über dem EU-Durchschnitt). 2014 lag die Adipositasquote (14,3% der Erwachsenen) einen Prozentpunkt unter dem EU-28-Durchschnitt und ist derzeit im Steigen begriffen. So stieg beispielsweise der Anteil der fettleibigen Männer von 8,0% im Jahr 1991 auf 16,0% im Jahr 2014 (siehe Tabelle 1.6). Es wird angenommen, dass verhaltensbedingte Risikofaktoren (Rauchen, Alkoholkonsum, ungesunde Ernährung und geringe körperliche Aktivität) im Jahr 2015 für 28% der Krankheitslast verantwortlich waren. Die Krankheitslast liegt geringfügig unter dem EU-28-Durchschnitt von 29%. In diesem Gesamtergebnis spiegelt sich die Tatsache wider, dass trotz des negativen Trends die Prävalenz von Übergewicht und Fettleibigkeit bei österreichischen Erwachsenen und Jugendlichen weiterhin unter dem EU-28-Durchschnitt liegt und die Erwachsenen noch immer zu den körperlich Aktivsten in der EU zählen (IHME, 2017) (siehe Kapitel 1.4).

ABB. 7.2 Brustkrebs-Überlebensrate in Österreich und ausgewählten Ländern, 2000–2004 und 2010–2014

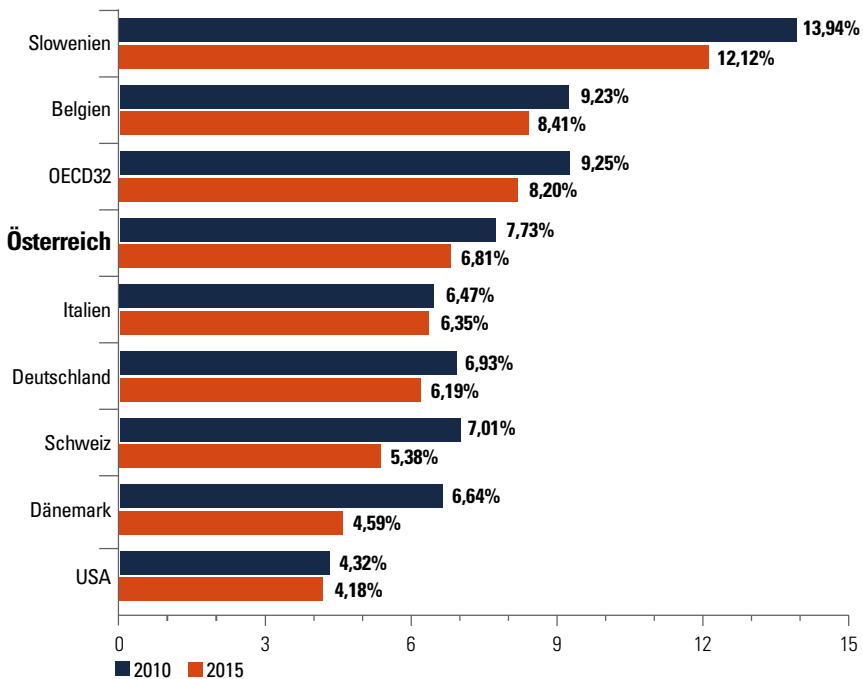


Quelle: (OECD 2017b)

■ 7.4.2 Versorgung und Versorgungsqualität

Die relativ geringen Raten der vermeidbaren Sterblichkeit (Mortality Amenable to Health Care) deuten auf eine rasche und effektive Behandlung für Menschen hin, die akute Versorgung benötigen. Österreich weist im Vergleich zu den meisten anderen EU-Mitgliedsstaaten einen höheren und auch steigenden Anteil an Schlaganfall-Überlebenden auf. Bei Herzinfarkten besteht jedoch ein Verbesserungsbedarf für Patienten, die nach einem Herzinfarkt stationär aufgenommen wurden. 2015 lagen die Fatalitätsraten im Krankenhaus nach einem Herzinfarkt (7,4 Todesfälle pro 100 Krankenhausentlassungen) leicht über dem EU-Durchschnitt von 6,8. Die Fatalitätsraten nach einem ischämischen Schlaganfall (6,8 Todesfälle pro 100 Entlassungen) sind gefallen und befanden sich 2015 unter dem EU-Durchschnitt (8,5) und dem OECD-Durchschnitt (8,2) (OECD und Europäisches Observatorium für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik, 2017) (Abb. 7.3).

ABB. 7.3 30-Tages-Mortalität nach ischämischem Schlaganfall bei stationären Aufenthalten pro 100 Patienten im Alter ab 45 Jahren in Österreich und ausgewählten Ländern, 2010 und 2015



Note: Berechnungen basieren auf nicht verknüpften Daten
Quelle: OECD, 2017b

2015 entwickelte im Rahmen der aktuellen Gesundheitsreform ein Expertengremium ein Mess- und Vergleichskonzept zur Messung von Outcomes im Gesundheitswesen, das ergebnisbezogene Aussagen zur Performance des Gesundheitssystems erlaubt. Aktuell umfasst das Mess- und Vergleichskonzept rund 40 Indikatoren (Bachner et al., 2015), darunter auch Indikatoren wie z.B. zu postoperativen Komplikationen, wozu aktuell aber noch keine Datenerhebung stattfindet. Outcome-Indikatoren für die Bereiche Palliativversorgung und Langzeitpflege wurden ebenfalls integriert.

Hinsichtlich der Patientensicherheit lag die Prävalenz der potenziell inadäquaten Medikation (PIM) bei 52% bei den über-70-Jährigen (Bachner et al., 2018b). Die definierten Tagesdosen (DDD) an Antibiotikaverordnungen lagen im Jahr 2014 (14,0 definierte Tagesdosen pro 1 000 Einwohner pro Tag) hingegen unter dem OECD-Durchschnitt (20,6) (OECD, 2017a). Die Bewertung der Patientensicherheit gestaltet sich aufgrund mangelnder Daten zu Patientensicherheitsindikatoren als schwierig. Auch werden im Rahmen der derzeitigen Gesundheitsreform keine Daten zu Patient-Reported-Outcome-Measures (PROMs) oder Patient-Reported-Experience-Measures (PREMs) erhoben.

Qualitätsindikatoren für präventive Leistungen ergeben ein gemischtes Bild. Die Früherkennungsraten bei Brustkrebs liegen deutlich über dem EU-Durchschnitt, dennoch blieb die 5-Jahres-Überlebensrate unter dem OECD-Durchschnitt (siehe oben, Abb. 7.2). Auch bei der Früherkennung von Gebärmutterhalskrebs schneidet Österreich gut ab: Neun von 10 Frauen zwischen 20 und 69 Jahren hatten in den letzten drei Jahren eine Vorsorgeuntersuchung – eine der höchsten Raten unter den EU-Mitgliedsstaaten. 2014 wurde außerdem die kostenlose Impfung gegen das humane Papillomavirus (HPV) zum Schutz vor Gebärmutterhalskrebs in das öffentlich finanzierte Schulimpfprogramm aufgenommen. Auch die altersstandardisierte Sterblichkeit bei Darmkrebs (20,6 Fälle pro 100 000 Einwohner) befand sich 2015 deutlich unter dem OECD-Durchschnitt (23,9) (OECD, 2017b).

Zugleich bleiben allerdings die Durchimpfungsraten bei Kindern trotz etablierter Impfprogramme für Kinder weiterhin unter den internationalen Niveaus. Mit 309 Masernfällen im Jahr 2015 hatte Österreich die zweithöchste Masernrate in der EU, die 35,3 Fällen pro Million Einwohner entsprach (BMGF, 2017o). Im Vergleich dazu lag der EU-Durchschnitt bei 8,3 Masernfällen pro Million Einwohner in der EU (WHO, 2017c). Ebenso blieb die Durchimpfungsrate gegen Grippe bei älteren Personen (20,3%) 2014

unter der durchschnittlichen Durchimpfungsrate in der EU (34,6%) (Eurostat, 2018f). Lücken bei der systematischen Dokumentation der Impfprävalenz sind nach wie vor eine Herausforderung (siehe Kapitel 5.1.3).

Unter den Ländern mit den höchsten Hospitalisierungsraten infolge von chronischen Erkrankungen, die in OECD-Ländern als vermeidbar betrachtet werden, lag Österreich im Spitzenfeld (Abb. 7.4). Hierzu zählen Asthma, chronisch-obstruktive Lungenerkrankung (COPD) und Diabetes. Diese chronischen Erkrankungen können in der Regel ohne Hospitalisierung effektiv in der Primärversorgung behandelt werden. Wenngleich die diesbezügliche Krankenhaushäufigkeit in den letzten Jahren geringer geworden ist, zeigt dies dennoch den Bedarf an einer verstärkten Primärversorgung, eines der Hauptanliegen der laufenden Gesundheitsreformbestrebungen (siehe Kapitel 6).

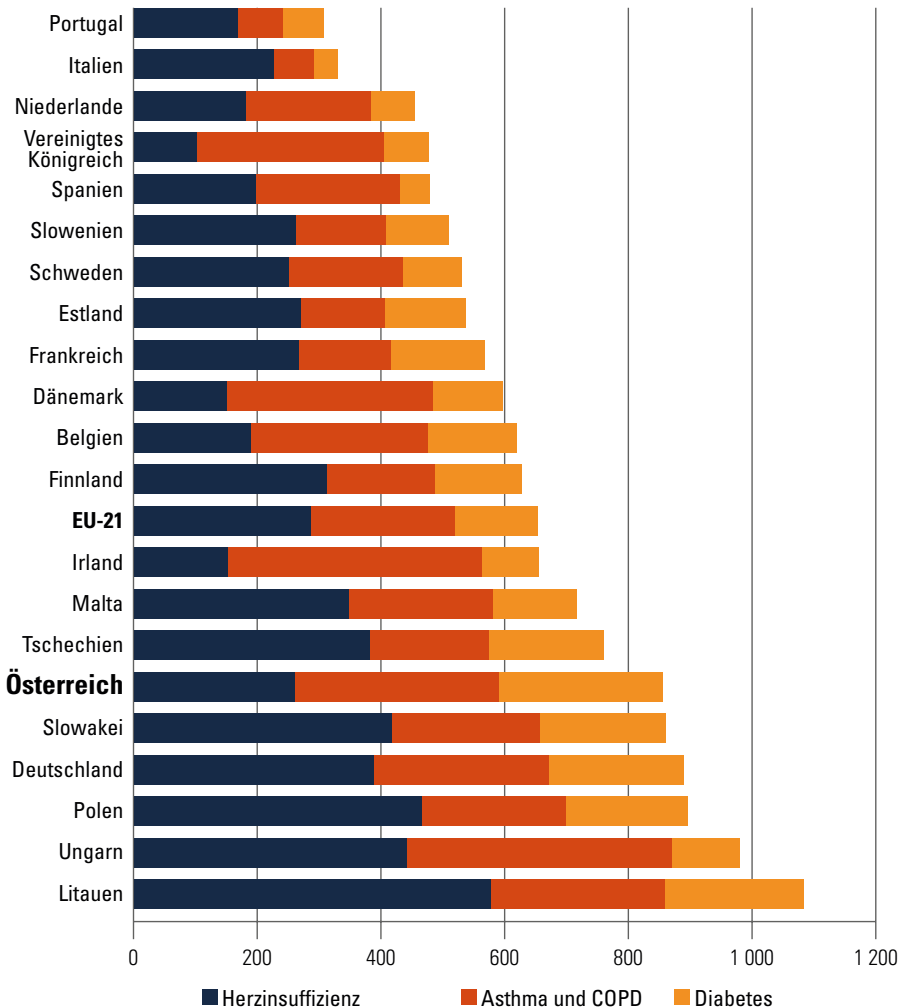
■ 7.4.3 Chancengerechtigkeit

In Österreich bestehen maßgebliche Unterschiede in der Gesundheit der Bevölkerung zwischen Regionen und sozioökonomischen Gruppen. Auffällig ist ein West-Ost-Gefälle, wobei die Ergebnisse im Westen grundsätzlich besser ausfallen (Fülöp, 2008). So liegt etwa die Lebenserwartung bei Geburt für Männer in Salzburg bei 80,2 Jahren, in Wien hingegen bei 78,3 Jahren (Statistik Austria, 2017l). Mit einer Lebenserwartung in Gesundheit bei Geburt von 71,6 Jahren können Frauen in Tirol 10 Jahre länger in (sehr) guter Gesundheit verbringen, als Frauen im Burgenland (Datengrundlage: ATHIS, Klimont und Klotz, 2016). Dieses Muster ist auch bei einigen verhaltensbezogenen Risikofaktoren zu erkennen. Der Anteil der fettleibigen Bevölkerung weist z. B. eine Spannweite von 9,6% in Salzburg bis 19,3% im Burgenland auf. Wien kommt mit knapp einem Drittel auf den höchsten Anteil der täglichen Raucher (32,6% im Vergleich zum österreichischen Durchschnitt von 24,3%) (Statistik Austria, 2014).

Auch hinsichtlich sozioökonomischer Merkmale gibt es Unterschiede beim Gesundheitszustand (siehe Kapitel 1.4). Bezüglich der Ausbildung wich die Lebenserwartung bei Geburt zwischen Männern mit Pflichtschulabschluss (76,5 Jahre) und Männern mit tertiärer Bildung (83,3 Jahre) 2014 um 6,8 Jahre ab (Eurostat, 2018d). Bei den österreichischen Frauen beträgt dieser Unterschied 2,8 Jahre. Ungleichheiten beim selbsteingeschätzten Gesundheitszustand machen sich unter Berücksichtigung der Einkommensverteilung stärker bemerkbar als im EU-28-Durchschnitt.

81% der Österreicher im höchsten Einkommensquintil gaben an, sich in guter oder sehr guter Gesundheit zu befinden (EU-28 78%), im niedrigsten Einkommensquintil waren dies lediglich 59% der Bevölkerung (EU-28 60%) (Eurostat, 2018c).

ABB. 7.4 Vermeidbare Krankenhauseinweisungen bei Asthma und COPD, Herzinsuffizienz und Diabetes (2015 oder letztes verfügbares Jahr), alters- und geschlechtsstandardisiert, pro 100 000 Einwohner (über 15-Jährige)



Anmerkung: Daten über Herzinsuffizienz, Asthma und COPD beziehen sich auf 2014 für Belgien, auf 2013 für Malta und auf 2012 für Ungarn und die Niederlande. Daten über Diabetes beziehen sich auf 2014 für Österreich, Belgien, Litauen, Slowenien und Spanien, auf 2013 für Malta und auf 2012 für Ungarn und die Niederlande.

Quelle: (OECD 2017)

■ 7.5 Effizienz des Gesundheitssystems

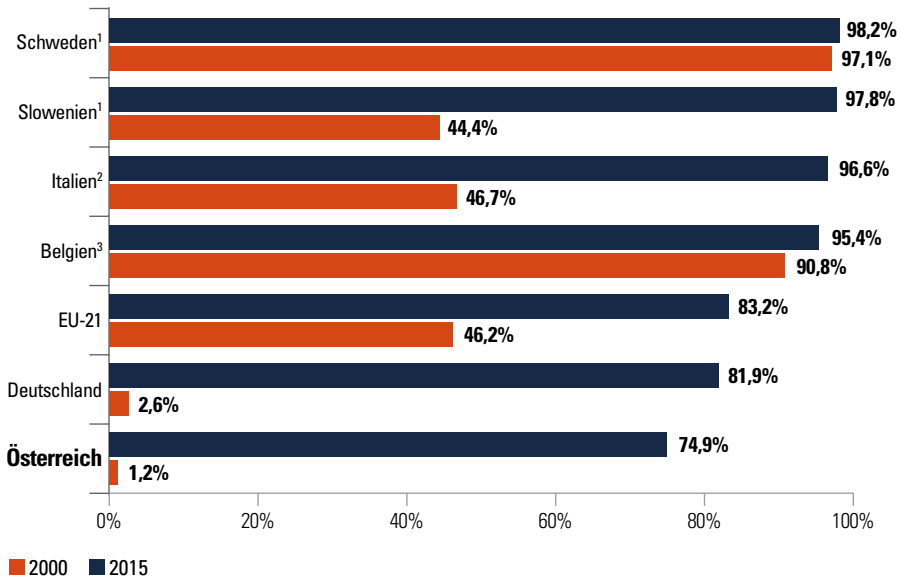
■ 7.5.1 Allokative Effizienz

Österreich hat gemeinsam mit Deutschland die höchste Aktivität bei der stationären Versorgung innerhalb der EU. Von den laufenden Gesundheitsausgaben fallen 38,7% in Krankenhäusern an, während es im extramuralen Sektor 22% sind (siehe Tabelle 3.2). Die entsprechenden Anteile sind im letzten Jahrzehnt annähernd konstant geblieben (OECD, 2017m). Die hohen Ausgaben für die intramurale Versorgung lassen sich auf die große Anzahl der Krankenhausbetten und die hohe Krankenhaushäufigkeit pro Einwohner zurückführen (Abb. 4.2) (WHO, 2017c). Österreich weist beispielsweise die höchste Anzahl an Kniegelenkersatzoperationen und die zweithöchste Anzahl an Hüftersatzoperationen in der EU auf. Ein strategisches Ziel des laufenden zweiten Bundes-Zielsteuerungsvertrags (B-ZV) ist die Verringerung der übermäßigen Nutzung der intramuralen Versorgung durch die Optimierung der Ressourcenallokation und eine Stärkung der Primärversorgung (siehe Kapitel 6.1.4).

Die unausgeglichene Ressourcenallokation zeigt sich auch in der hohen Zahl an vermeidbaren Krankenhauseinweisungen bei chronischen Erkrankungen (siehe Abb. 7.4). Dies deutet auf mögliche Effizienzsteigerungspotenziale hin, welche durch eine Verlagerung von Aktivitäten aus dem kostenintensiven Krankenhaussektor in den weniger kostenintensiven extramuralen Sektor erreicht werden könnten.

Seit dem Jahr 2000 ist in Österreich der Anteil der Kataraktoperationen, die tagesklinisch-stationär oder ambulant erbracht werden, erheblich gestiegen, er war im Jahr 2015 aber immer noch geringer als in den meisten EU-Ländern (Abb. 7.5). Im Gegensatz dazu werden Mandeloperationen in Österreich beinahe ausschließlich intramural durchgeführt, wohingegen in 22 europäischen Ländern, für die Daten verfügbar sind, im Durchschnitt jede dritte Mandeloperation im Jahr 2015 tagesklinisch durchgeführt wurde (Eurostat, 2018b). Insbesondere schafft die fragmentierte Finanzierung (Sozialversicherung verantwortlich für den extramuralen Bereich, Länder verantwortlich für den intramuralen Bereich) nur wenige Anreize, um die Effizienz im Krankenhaussektor zu steigern oder Leistungen in den extramuralen Sektor zu verlagern.

ABB. 7.5 Anteil der tagesklinisch-stationär oder ambulant erbrachten Kataraktoperationen, 2000 und 2015 (oder zuletzt verfügbares Jahr)



Anmerkungen: EU-21 bezieht sich auf den ungewichteten Durchschnitt, ¹ Werte beziehen sich auf 2005 und 2015 (Schweden und Slowenien), ² Werte beziehen sich auf 2001 und 2009 (Italien), und ³ Werte beziehen sich auf 2005 und 2014 (Belgien), respektive.

Quelle: (OECD 2017n)

Gemäß einer neueren Effizienzstudie zum österreichischen Sozialversicherungssystem bestehen Potenziale zur Effizienzsteigerung im Hinblick auf Risikoadjustierungsmechanismen und hinsichtlich des von Ländern und Sozialversicherung getrennt durchgeführten Einkaufs von Gesundheitsleistungen (LSE Consulting, 2017). Tatsächlich werden derzeit nur 62% der Mittel des Ausgleichsfonds (weniger als 2% der Beitragseinnahmen) der Gebietskrankenkassen auf Basis der Verteilung von Alter, Geschlecht, Einkommen und intensiver Nutzung risikobereinigt ausgeschüttet. Weitere 18% der Mittel des Ausgleichsfonds fließen in den Ausgleich unterschiedlicher Liquidität der Krankenversicherungsträger und 20% entfallen auf die Deckung eines besonderen Ausgleichsbedarfs (HVB, 2017o). Seit 2010 verteilt der Krankenkassen-Strukturfonds (KSF) Mittel an Gebietskrankenkassen, wenn bestimmte finanzielle Kriterien vorliegen. Aufgrund des mangelnden Risikostrukturausgleichs und der geschaffenen Mechanismen zur Kompensation hoher Schuldenstände von Krankenversicherungen, sind die Anreize zu effizientem Betrieb und strategischen Einkauf von Leistungen limitiert.

Bei der intramuralen Versorgung, die primär von den Ländern verantwortet wird, basiert der Finanzausgleich vor allem auf Verhandlungen und weniger auf einem risiko- oder bedarfsorientierten Verteilungsschlüssel. Die Bundesgesundheitsagentur (BGA) bündelt zweckgewidmete Anteile von Steuereinnahmen und verteilt sie an die Landesgesundheitsfonds (LGF). Bevor diese an die LGF verteilt werden, werden teilweise Kompensationszahlungen für regionale Schwankungen mittels einer Pauschalsumme (Vorweganteile z. B. für inländische oder ausländische Gastpatienten) gezahlt. Schließlich regelt das Finanzausgleichsgesetz (FAG) Transferzahlungen von direkten und indirekten Steuern zwischen der Bundesebene, den Ländern und den Gemeinden. Die Verteilung der Mittel und die anzuwendenden Quoten sind in den Vereinbarungen gemäß Artikel 15a Bundes-Verfassungsgesetz (B-VG) geregelt, die ebenfalls zwischen Bund und Ländern verhandelt werden (siehe auch Kapitel 3.3.3).

Die ersten Maßnahmen für eine verbesserte Ressourcenallokation sowie Prioritätensetzung wurden während der zwei Reformperioden 2013–2016 und 2017–2021 entwickelt. In der ersten Reformperiode (2013–2016) wurden Schlüsselbereiche identifiziert und ein umfassender Monitoringprozess (inklusive Finanzzielen) eingeführt. In der zweiten Reformperiode (2017–2021) wurden die strategischen Ziele auf Basis von Erfahrungen, Prioritäten und Leitlinien der ersten Reformperiode angepasst (siehe Kapitel 6.1.4). Dennoch wird ein umfassendes Rahmenwerk für die bedarfsorientierte Ressourcenallokation und die Budgetierung von Programmen noch entwickelt werden müssen, das historische Budgets ersetzt.

■ 7.5.2 Technische Effizienz

Trotz des Rückgangs der durchschnittlichen Belagsdauer um 5,8% zwischen 2006 und 2015 sowie der durchschnittlichen Bettendichte pro Einwohner (um 12,5%, 2007–2016) im akutstationären Bereich hat Österreich bei beiden Indikatoren nach wie vor einen der höchsten Werte unter den OECD-Ländern (OECD, 2018c). Gleichzeitig lagen die Bettenauslastungsraten in österreichischen Krankenanstalten im Jahr 2015 (74,3%) unter dem Durchschnitt der EU-22 (76,5%) und sind seit 2006 (um 4,7%) leicht gesunken (siehe auch Tabelle 4.2 und 4.3, Abb. 4.2 und 4.4). Diese Indikatoren sowie der niedrige Anteil an ambulant erbrachten Leistungen

erklären größtenteils die relativ hohen Ausgaben für Gesundheit (10,2% des BIP) sowie für die intramurale Versorgung im Besonderen (38,7% der laufenden Gesundheitsausgaben) (Tabelle 3.1 und 3.2) und zeigen das Potenzial für weitere Effizienzsteigerungen im Krankenhaussektor auf. Zudem stellen regionale Unterschiede, beispielsweise in der Bettenkapazität, Herausforderungen dar (Hofmarcher und Quentin, 2013).

Österreich weist die zweithöchste Ärztedichte in der EU auf (5,1 Ärzte pro 1 000 Einwohner) (WHO, 2017c). Zur Verbesserung der Ungleichverteilung zwischen Regionen und Gesundheitsfachkräften wurde Mitte 2018 ein nationales Gesundheitsberuferegister eingerichtet. Dieses Register ergänzt die Ärzteliste, die von der Österreichischen Ärztekammer (ÖÄK) geführt wird.

Aktuell gibt es keinen umfassenden systematischen Planungsmechanismus, der den aktuellen ungedeckten Bedarf sowie den zukünftigen Bedarf an Gesundheitsfachkräften einschätzt und deren Bereitstellung steuern könnte. Planungsmechanismen existieren bei der Anzahl der Studienanfänger an öffentlichen medizinischen Universitäten und bei den nationalen Zielvorgaben für die Anzahl von Ausbildungsplätzen für Allgemeinmediziner. Vor dem Hintergrund eines künftigen Mangels an Gesundheitsfachkräften sind allerdings umfassendere Maßnahmen nötig. Das aktuelle Reformpaket schließt auch ein Monitoring von Indikatoren des Gesundheitspersonals wie die Anzahl der Ausbildungsstellen mit ein (siehe Tabelle 6.3).

Wenngleich Österreich im Hinblick auf die Pro-Kopf-Ausgaben für Pharmazeutika (US\$ 621 Kaufkraftparität (KKP) im Vergleich zu US\$ 553 KKP; OECD-31) deutlich über dem OECD-Durchschnitt liegt, ist der Anteil an den gesamten Gesundheitsausgaben niedriger als im OECD-Durchschnitt (12,4% im Jahr 2015 verglichen mit 15,7% OECD-30) (OECD, 2017b; OECD, 2017m). In Österreich existieren keine effektiven Regelungen, um einen Anreiz für die Verwendung von Generika zu schaffen, wie etwa Referenzpreisbildung, Generika-Substitution oder Wirkstoffverschreibung (Vogler et al., 2017; Zimmermann und Rainer, 2018). Dadurch ist der Anteil der Generika am Arzneimittelverkauf sowohl mengen- als auch wertmäßig relativ niedrig (siehe Kapitel 5.6.2). Das Verschreibungsverhalten von Allgemeinmediziner*innen wird nicht arzneimittelspezifisch evaluiert (z. B. Antikoagulantientherapie, Verwendung von Statinen, Verschreibung von Antibiotika). Für potenziell inadäquate Verschreibungen von Medikamenten ist durch das Monitoring-System

im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit zumindest eine regionale Beobachtung gewährleistet. Die Beachtung der Richtlinien über ökonomische Verschreibweise wird durch die Krankenversicherungsträger evaluiert, jedoch ohne öffentliches Berichtswesen (siehe Kapitel 2.8.4).

■ 7.6 **Transparenz und Verantwortlichkeit**

Generell verfügt das österreichische Gesundheitssystem über ein komplexes Regelwerk an öffentlichen Rechenschaftspflichten. Verantwortlichkeit und Transparenz durch öffentliches Monitoring sind Prinzipien, die der jüngsten Gesundheitsreform seit 2013 zugrunde liegen. Die Gesundheitsziele Österreich und die Zielsteuerung-Gesundheit werden von einem transparenten und umfassenden Monitoringprozess begleitet, durch den das Erreichen der definierten Gesundheitsziele sowie der operativen Ziele und der Finanzziele regelmäßig evaluiert werden (siehe Kapitel 6.1). Zudem wurde ein Rahmenwerk für die Outcome-Messung entwickelt, das ein systematisches Monitoring der Leistungsfähigkeit des Gesundheitswesens unterstützt. Bislang wurden in diesem Mess- und Vergleichskonzept rund 40 Indikatoren definiert, für die in den Jahren 2015, 2016 und 2018 Ergebnisse publiziert wurden (Bachner et al., 2015; Bachner et al., 2016; Bachner et al., 2018b). Die Berichte der Gesundheitsreform waren teils durch technische Details geprägt, insbesondere in der ersten Reformperiode (2013–2016), z. B. in Bezug auf die Analyse der Durchführung der über 100 Reformmaßnahmen, oft mit Unterkapiteln auf Bundes- und Landesebene (Ostermann, 2017). Es bleibt abzuwarten, ob es mit dem Monitoring-Ansatz zur Gesundheitsversorgung der zweiten Periode der Gesundheitsreform (2017–2021) gelingt, öffentliche und interne Feedback-Mechanismen stärker zu fördern.

Öffentliche Teilhabe an der Entscheidungsfindung findet primär indirekt statt, beispielsweise durch Vertreter von Stakeholdergruppen. In den Jahren 2011 und 2012 wurden die 10 Gesundheitsziele Österreich in einem breit angelegten partizipatorischen Prozess entwickelt, der als Vorlage für Beteiligungsprozesse diente. Repräsentanten waren in verschiedenen Expertengruppen und -komitees sowie online beteiligt. Auch im derzeitigen Reformprozess ist die Beteiligung aller wichtigen Interessenvertreter und Geldgeber von zentraler Bedeutung. Die Fachgruppen des Ständigen Koordinierungsausschusses treten regelmäßig zusammen. Treffen der

Fachgruppen, des Ständigen Koordinierungsausschusses und der Bundes-Zielsteuerungskommission (B-ZK) sind den nominierten Mitgliedern vorbehalten.

Das Transparenzniveau des österreichischen Gesundheitssystems ist heterogen. Einerseits ist das öffentliche Berichtswesen (Public Reporting) über die Performance von Gesundheitsdiensteanbietern und Anbietern in der Langzeitpflege noch nicht ausgereift (Kumpunen et al., 2014; Rodrigues et al., 2014). Laut Transparency International ist das österreichische Gesundheitswesen aufgrund seiner Komplexität und seiner Finanz- und Organisationsstruktur anfällig für Mehrkosten oder Fehlverhalten (z. B. Korruption). Hohe Transparenzstandards können dazu beitragen, die Situation zu verbessern (Transparency International, 2018b); darunter fallen Maßnahmen, die auf die Verringerung informeller Zahlungen im Gesundheitssektor abzielen (siehe Kapitel 3.4.3). Die Einführung der Datenschutz-Grundverordnung auf EU-Ebene (Verordnung 2016/679/EU), die auch auf Gesundheitsdiensteanbieter anzuwenden ist (z. B. Krankenhäuser), kann als Auslöser für verstärkte Anstrengungen für eine erhöhte Transparenz dienen (Transparency International, 2018a).

Andererseits haben die Einführung der zentralen Leistungsdokumentation und von Informationsportalen für Patienten sowie die laufende Gesundheitsreform in den letzten Jahrzehnten wesentliche Fortschritte hinsichtlich Transparenz geschaffen. Die Eröffnung des öffentlichen Berichtsportals Kliniksuche.at im Jahr 2016 war ein wichtiger Schritt zur Verbesserung der Transparenz von Krankenhäusern. Neben Daten für ausgewählte Leistungen und Diagnosen bietet die Plattform Informationen über Qualitätsmanagementprozesse in allen österreichischen Spitälern auf Basis der A-IQI-Daten. Darüber hinaus wird jedes Jahr ein A-IQI-Bericht veröffentlicht; dieser enthält Indikatoren (auf Bundesebene), Ergebnisse der Peer-Review-Prozesse sowie eine Beschreibung der nationalen Maßnahmen, die auf Basis der A-IQI-Ergebnisse entwickelt und implementiert werden (siehe Kapitel 2.8.2).

Wichtige Schritte wurden auch im Empowerment, d. h. in der Stärkung der Patienten unternommen. Verschiedene Online-Gesundheitsplattformen bieten verlässliche Informationen und stellen strukturierte Informationen zu Anbietern und gesundheitsrelevanten Themen bereit. Seit Anfang 2015 haben Patienten über das ELGA-Portal, Zugriff auf die Elektronische Gesundheitsakte ELGA. Schließlich enthält das öffentliche Gesundheitsportal

gesundheit.gv.at umfassende, qualitätsgeprüfte Informationen über Lebensstil, Krankheiten und Therapien sowie über die Zielsteuerung-Gesundheit, Patientenrechte und Leistungsansprüche (siehe Kapitel 4.1.4).

Bis dato gibt es keinen allgemeinen formalen Prozess für Health Technology Assessment (HTA), der auf alle Sektoren im Gesundheitswesen anwendbar ist, wenngleich für manche Produkte und Leistungen spezifische HTA-Maßnahmen existieren (z. B. Erstattung von Arzneimitteln in der extramuralen Versorgung; Erstattung von in Krankenhäusern erbrachten Leistungen). Die Frage, wann HTA-Methoden eingesetzt werden, erschließt sich der Öffentlichkeit jedoch nicht. Im Jahr 2015 wurde die österreichische HTA-Strategie evaluiert (Busse und Panteli, 2015). Auf Basis der Ergebnisse werden die drei großen Stakeholder-Gruppen (soziale Krankenversicherungen, das Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (BMASGK) und die Länder) gemeinsam mit Experten der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) und dem Ludwig Boltzmann Institut für HTA im Lichte des laufenden bundesweiten Reformprozesses über die nächsten Schritte entscheiden (zweiter Bundes-Zielsteuerungsvertrag).

Verschiedene Maßnahmen im Rahmen der Gesundheitsreformen der letzten Jahrzehnte leisteten einen Beitrag zur Steigerung der Transparenz und Verantwortlichkeit, entweder als erklärtes Ziel oder als positiven Nebeneffekt. Die Einführung der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung im Jahr 1997 führte zur zentralen Dokumentation von Routinedaten, die nun auch für die Qualitätssicherung im Rahmen der bundesweit einheitlichen Messung von Ergebnisqualität im Krankenhaus (A-IQI) verwendet werden (siehe Kapitel 2.7). Auch die Einführung der e-card im Jahr 2004 ermöglichte eine Vernetzung von Daten über die Nutzung von Leistungen der Krankenversicherungsträger, was beispielsweise die systematische Bewertung des Verhaltens von Ärzten in der extramuralen Versorgung ermöglicht. Die Änderung des Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetzes (KAKuG) im Jahr 2011 hatte das Ziel, die Transparenz über Wartezeiten bei elektiven Eingriffen und invasiver Diagnostik zu steigern. Insbesondere regelt es das Wartelistenmanagement in der Augenheilkunde, Orthopädie und Neurochirurgie auf Basis von festgelegten Kriterien (KAKuG, 1957). Ungeachtet der Bundesgesetzgebung gibt es in einigen Regionen auch Bemühungen, die Transparenz der Wartelisten zu erhöhen, z. B. durch elektronische Anmeldesysteme (Czypionka et al., 2007; Europäische

Kommission, 2013a). Auch die Reform des Strafgesetzbuches (StGB) im Jahr 2008, die Änderung des Anti-Korruptionsgesetzes 2009 und die Einrichtung der Wirtschafts- und Korruptionsstaatsanwaltschaft sowie des Bundesamtes zur Korruptionsprävention und Korruptionsbekämpfung (BAK) können als erste Schritte in Richtung Transparenzsteigerung angesehen werden (Europäische Kommission, 2013a).

Informationen über Gesundheitsausgaben werden gemäß dem System der Gesundheitskonten (SHA) aggregiert im Webportal der Statistik Austria veröffentlicht. Darüber hinaus werden definierte Ausgabenblöcke für das Monitoring der Finanzziele, d. h. Teilmengen von SHA-Zahlen, die ca. 90% der Gesundheitsausgaben abdecken, zweimal jährlich zusammen mit der Budgetplanung veröffentlicht. Die Monitoringberichte der Zielsteuerung-Gesundheit werden dem Parlament vorgelegt (Österreichisches Parlament, 2013). Die Krankenversicherungsträger müssen dem BMASGK zudem quartalsmäßig Vorschaurechnungen vorlegen. Wie in allen EU-Mitgliedsstaaten werden die Gesundheitsausgaben und die Planung derselben sowie Reformbemühungen regelmäßig von der Europäischen Kommission in Abstimmung mit dem Europäischen Semester evaluiert.

Schlussfolgerungen

Die österreichische Bevölkerung ist im Vergleich zum EU-28-Durchschnitt insgesamt zufrieden mit der Versorgungsqualität. Die Lebenserwartung bei Geburt liegt über dem EU-Durchschnitt und die niedrige vermeidbare Sterblichkeit (Mortality Amenable to Health Care) verdeutlicht, dass das Gesundheitswesen effektiver ist als in den meisten EU-Ländern. Dennoch hat Österreich im Vergleich zu den leistungsstärksten Ländern noch Aufholbedarf, da vor allem die Lebenserwartung in Gesundheit weiterhin unter dem EU-Durchschnitt liegt. Über 28% der Krankheitslast in Österreich kann verhaltensbedingten Risikofaktoren, wie Rauchen und Alkoholkonsum, Ernährung und Mangel an körperlicher Bewegung, zugeschrieben werden. Auch Übergewicht und Fettleibigkeit nehmen bei Jugendlichen und Erwachsenen weiter zu, wenngleich die Zahlen immer noch unter jenen der meisten EU-Mitgliedsstaaten liegen. Bei der Verringerung des Alkoholkonsums, der in Österreich relativ hoch ist, konnten bisher nur wenige Fortschritte verzeichnet werden und auch bei der Raucherquote hat sich im Gegensatz zur deutlichen Abnahme in anderen EU-Ländern noch keine Besserung eingestellt. Die hohe Raucherrate – eine der höchsten in der EU – spiegelt sich auch in einer vergleichsweise freizügigen Tabakpolitik in Österreich wider.

Im internationalen Vergleich bietet das österreichische Gesundheitssystem ein umfangreiches Leistungsportfolio, eine gute finanzielle Absicherung sowie einen niederschweligen Zugang zu Gesundheitsdiensten und verzeichnet trotz relativ hoher Selbstzahlungen den niedrigsten ungedeckten Bedarf an medizinischer Versorgung und eine hohe Zufriedenheit seitens der Bevölkerung. Das Gesundheitssystem bietet eine beinahe flächendeckende

Krankenversicherung (99,9% der Bevölkerung) und durch zahlreiche Ausnahmeregelungen von der Kostenbeteiligung auch eine umfassende finanzielle Absicherung für vulnerable Gruppen. Es gibt kein formales Gatekeeping-System und der Zugang zu Gesundheitsdiensten ist nahezu unbeschränkt. Ein Großteil der privaten Selbstzahlungen ist auf die Vergütung von Wahlärzten zurückzuführen, die in der extramuralen Gesundheitsversorgung eine immer wichtigere Rolle einnehmen.

In den kommenden Jahren stehen zahlreiche Herausforderungen bevor, die es in Angriff zu nehmen gilt. Aufgrund der hohen Leistungsdichte ist das österreichische Gesundheitssystem auch eines der kostenintensivsten in der EU. So fließt ein großer und steigender Anteil an öffentlichen Ausgaben in das Gesundheitssystem (15,6%), welcher in den kommenden Jahrzehnten aufgrund des demographischen Wandels weiterwachsen wird. Zugleich ist das österreichische Gesundheitssystem auch durch eine komplexe Struktur gekennzeichnet, in der die Verantwortungsbereiche auf Bundes- und regionaler Ebene aufgeteilt und vielfach an Selbstverwaltungskörper übertragen sind, was letztendlich zu Fragmentierung und Ineffizienz führt. Die Verantwortlichkeiten für Finanzierung und Leistungserbringung sind insbesondere zwischen Bundes- und Landesebene für die intramurale Versorgung und den Sozialversicherungsträgern für die extramurale Versorgung aufgeteilt, wobei die Sozialversicherung auch einen erheblichen (pauschalierten) Anteil zur Spitalsfinanzierung leistet. Schlussendlich besteht auch eine Fragmentierung zwischen dem Gesundheits- und dem Langzeitpflegebereich, wo es nach wie vor einer Verbesserung der integrierten Versorgung bedarf.

Die Fragmentierung des Gesundheitssystems verursacht vor allem im Krankenhaussektor erhöhte Kosten. Unter den EU-Ländern investiert Österreich den größten Anteil des Gesundheitsbudgets in die Krankenhausversorgung (38,7% im Jahr 2015). Wenngleich der Ausbau der Primärversorgung und die Reduzierung der Krankenhausbetten forciert werden, zählen Bettendichte und Krankenhaushäufigkeit in Österreich nach wie zu den höchsten in der EU. Hier gibt es noch Raum für Effizienzsteigerungen, indem Aktivitäten und Ressourcen aus dem stationären in den ambulanten Bereich verlagert werden.

Die Zielsetzung der bisherigen Reformschritte lag vor allem in der Verbesserung der Kooperation und Koordination im Gesundheitssystem beziehungsweise einer Reduktion der Fragmentierung zwischen intramuraler

und extramuraler Versorgung. Mit der laufenden Gesundheitsreform wurden im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit Verträge zwischen Bund, Ländern und Sozialversicherung für die Zeiträume 2013 - 2016 und 2017 - 2021 geschlossen. Das Hauptziel dieser Reform besteht darin, die gemeinsame Planung und Verwaltung sowie möglichst auch die gemeinsame Finanzierung weiter auszubauen. Die Bundes-Zielsteuerungskommission (B-ZK) ist mit der Umsetzung des Zielsteuerungssystems betraut, ohne dabei die bestehenden Kompetenz- und Zuständigkeitsverteilungen zu berühren. In diesem Prozess wurden von den Entscheidungsträgern gemeinsam die finanziellen und gesundheitlichen Zielvorgaben sowie die Maßnahmen zu deren Erreichung definiert. Trotz der Bemühungen eine einheitlichere Planung und Steuerung zu erreichen, bleibt die bisherige Fragmentierung und die komplexe Organisations- und Finanzstruktur unverändert. Die durch die Reform vorgesehenen Umstrukturierungen erfolgen vielmehr schrittweise als durch tiefgreifende Veränderungen.

Die derzeitige Gesundheitsreform konzentriert sich auch auf die steigenden öffentlichen Gesundheitsausgaben, die ein Risiko für die finanzielle Tragfähigkeit und Nachhaltigkeit des österreichischen Gesundheitssystems sind. Das durchschnittliche Wachstum der Gesundheitsausgaben ist seit 2012 beständig höher als das BIP-Wachstum. Um das Wachstum der öffentlichen Gesundheitsausgaben einzudämmen, wurde durch den ersten Bundes-Zielsteuerungsvertrag (B-ZV) eine Ausgabenobergrenze für Bundes- und regionale Gesundheitsbudgets sowie für einzelne Sektoren festgelegt, die sich am BIP-Wachstum orientiert. Diese Maßnahmen werden auch mit dem Gesundheitsreformpaket 2017 weitergeführt. Die Begrenzung des Ausgabenwachstums in Kombination mit einem Monitoring-Mechanismus, der breite Unterstützung findet, und einer Verlagerung von Aktivitäten und Ressourcen in ambulante Versorgungsbereiche leisten möglicherweise einen Beitrag, die starke Konzentration auf die stationäre Krankenhausversorgung zu verringern.

Eine der wichtigsten Reformmaßnahmen in Bezug auf Versorgungsstrukturen war die Entwicklung eines neuen Primärversorgungskonzeptes, das letztlich zur Verabschiedung des Primärversorgungsgesetzes im Jahr 2017 führte. Das Gesetz bildet die rechtliche Grundlage für die geplante Einrichtung von 75 Primärversorgungseinheiten bis 2021. Der Ausbau der Primärversorgung wird auch in absehbarer Zukunft eine zentrale Maßnahme der Gesundheitspolitik darstellen. Zunächst müssen die Bedingungen, für die in der Primärversorgung

tätigen Ärzte verbessert werden, um ausreichend Mediziner zu gewinnen, die selbständig in Teamarbeit unter Kassenvertrag praktizieren. Ein gut funktionierender Primärversorgungssektor könnte außerdem zur Reduzierung vermeidbarer Krankenhauseinweisungen beitragen. Die Schaffung von Primärversorgungseinheiten mit multiprofessionellen und interdisziplinären Teams ist ein besonders wichtiger Schritt zur Stärkung der ambulanten Versorgung und zur Reduzierung der übermäßigen Nutzung des stationären Sektors. Gleichzeitig stellt die ausreichende Verfügbarkeit von Gesundheitsfachkräften eine große Herausforderung für den gleichen Zugang und die uneingeschränkte Wahl der Gesundheitsdiensteanbieter über verschiedene Einkommensgruppen und Regionen hinweg dar. Dies gilt umso mehr angesichts der zunehmenden Zahl an Wahlärzten und der gleichzeitig stagnierenden Zahl von Vertragsärzten.

Vielversprechend sind schließlich auch die Weiterentwicklung und der verstärkte Einsatz von Informationstechnologie im Gesundheitsbereich, die in Österreich in den letzten Jahren enorm an Bedeutung gewonnen hat. Das Rollout der Elektronischen Gesundheitsakte (ELGA) und der dazugehörigen Anwendungen wie e-Medikation und e-Befund schreitet rasch voran. Durch ELGA sollen organisatorische Schranken abgebaut, die Koordination verbessert und die Patientenrechte gestärkt werden. Zusätzlich werden auch Schritte unternommen, um die Gesundheitskompetenz aller Bevölkerungsgruppen, auch mit Unterstützung der Informationstechnologie, zu verbessern.

Anhänge

■ 9.1 Literaturverzeichnis

- Aistleithner R (2017). Healthcare professions in Austria. HOPE Exchange Programme (unveröffentlicht), 15. Mai 2017.
- Allgemeines Sozialversicherungsgesetz (1955). Bundesgesetz vom 9. September 1955 über die Allgemeine Sozialversicherung (Allgemeines Sozialversicherungsgesetz – ASVG.). BGBl. Nr. 189/1955. Letzte Änderung: BGBl. I Nr. 66/2017.
- Amegah T, Amort F M, Antes G, Haas S, Knaller C, Peböck M, Reif M, Spath-Dreyer I, Sprenger M, Strapatsas M, Türscherl E, Vyslouzil M, Wolschlager V (2013). Gesundheitsfolgenabschätzung. Leitfaden für die Praxis. Wien, Bundesministerium für Gesundheit.
- Andreas F (2009). Rechtliche Grundlagen des österreichischen Rettungswesens. Wien: Universität Wien.
- Anzenberger J, Bodenwinkler A, Breyer E (2014). Migration und Gesundheit. Literaturbericht zur Situation in Österreich – Kurzfassung. Wien: ÖBIG – Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen.
- Apothekengesetz (1906). Gesetz vom 18. Dezember 1906, betreffend die Regelung des Apothekenwesens (Apothekengesetz). BGBl. Nr. 5/1907, letzte Änderung BGBl. I Nr. 59/2018.
- Armutskonferenz (2017). Armutskonferenz. Wien: Armutskonferenz. (<http://www.armutskonferenz.at>, abgerufen am 26. Juli 2018).
- Arzneimittelgesetz (1983). Bundesgesetz vom 2. März 1983 über die Herstellung und das Inverkehrbringen von Arzneimitteln (Arzneimittelgesetz – AMG). BGBl. Nr. 185/1983, letzte Änderung BGBl. I Nr. 59/2018.
- Ärzteausbildungsordnung (2015). Verordnung der Bundesministerin für Gesundheit über die Ausbildung zur Ärztin für Allgemeinmedizin/zum Arzt für Allgemeinmedizin und zur Fachärztin/zum Facharzt (Ärztinnen-/Ärzte-Ausbildungsordnung 2015 – ÄAO 2015). BGBl. II Nr. 147/2015.
- Ärzteblatt (2009). Reihe Internationale Psychotherapie: Österreich – Toleranz unter der Vielzahl der Therapieschulen. Berlin: Deutsches Ärzteblatt. (<https://www.aerzteblatt.de/archiv/62962/Reihe-Internationale-Psychotherapie-Oesterreich-Toleranz-unter-der-Vielzahl-der-Therapieschulen>, abgerufen am 26. Juli 2018).

- Ärztegesetz (1998). Bundesgesetz über die Ausübung des ärztlichen Berufes und die Ständevertretung der Ärzte (Ärztegesetz 1998 – ÄrzteG 1998). BGBl. I Nr. 169/1998. Letzte Änderung: BGBl. I Nr. 26/2017.
- Ärztezeitung (2016). Studium der Humanmedizin in Österreich. Wien: Österreichische Ärztezeitung. (<https://www.aerztezeitung.at/archiv/oeaez-2016/oeaez-3-10022016/studium-humanmedizin-oesterreich-medizinstudium-bachelor-master-paul-gabriel.html>, abgerufen am 29. Mai 2019).
- ASchG (1994). Bundesgesetz über Sicherheit und Gesundheitsschutz bei der Arbeit (ArbeitnehmerInnenschutzgesetz – ASchG). BGBl. Nr. 450/1994.
- AUVA (2016a). Jahresbericht 2015. Wien: Allgemeine Unfallversicherungsanstalt.
- AUVA (2016b). Richtlinien für die Gewährung von beruflichen und sozialen Maßnahmen der Rehabilitation: Rehabilitationsrichtlinien/RRL 2017. Wien: Allgemeine Unfallversicherungsanstalt.
- AUVA (2017a). Stellungnahme der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt zur Parlamentarischen Anfrage Nr. 11466/J (XXV.GP), Querfinanzierung zwischen Unfall- u. Krankenversicherung. Wien: Allgemeine Unfallversicherungsanstalt.
- AUVA (2017b). Informationsblatt über die Leistungen der Unfallversicherung für Versicherte, die einen Arbeitsunfall erlitten haben oder an einer Berufskrankheit erkrankt sind. Wien: Allgemeine Unfallversicherungsanstalt.
- B-VG (1930). Bundes-Verfassungsgesetz (B-VG). BGBl. Nr. 1/1930. Letzte Änderung: BGBl. I Nr. 106/2016.
- Bachner F, Ladurner J, Habimana K, Ostermann H, Habl C (2012). Das österreichische Gesundheitswesen im internationalen Vergleich. Ausgabe 2011. Wien: Gesundheit Österreich GmbH/ÖBIG.
- Bachner F, Griebler R, Winkler P, Bobek J, Renner A (2015). Mess- und Vergleichskonzept: Outcome-Messung im Gesundheitswesen. Wien: Bundesministerium für Gesundheit.
- Bachner F, Bobek J, Griebler R (2016). Outcome-Messung im Gesundheitswesen basierend auf dem Mess- und Vergleichskonzept: Detailanalyse relevanter Outcomes im Gesundheitswesen (Baselinebericht). Wien: Bundesministerium für Gesundheit und Frauen.
- Bachner F, Bobek J, Habimana K, Lepuschütz L, Schmidt A, Zuba M (2017). Monitoringbericht I/2017, Monitoring nach Vereinbarung gem. Art 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit und Bundes-Zielsteuerungsvertrag. Wien: Gesundheit Österreich GmbH.
- Bachner F, Bobek J, Lepuschütz L, Rainer L, Zuba M (2018a). Monitoringbericht Zielsteuerung-Gesundheit. Monitoring nach Vereinbarung gemäß Art 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit und Zielsteuerungsvertrag. Wien: Gesundheit Österreich GmbH.
- Bachner F, Griebler R, Schmidt A, Mathis-Edenhofer S, Rainer L, Bobek J (2018b). Outcome-Messung im Gesundheitswesen basierend auf dem Mess- und Vergleichskonzept. Detailanalyse relevanter Outcomes im Gesundheitswesen (Baselinebericht). Aktualisierte Fassung 2017. Zur Vorlage an die Bundes-Zielsteuerungskommission. Wien: Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz.
- Bancher-Todesca D (2014). 40 Jahre Mutter-Kind-Pass: quo vadis? Speculum – Zeitschrift für Gynäkologie und Geburtshilfe. 32:15–17.
- BASG (2017a). Versandapotheken. Wien: Bundesamt für Sicherheit im Gesundheitswesen. (<http://www.basg.gv.at/inspektionen/versandapotheken/>, abgerufen am 26. Juli 2018).
- BASG (2017b). Liste in Österreich registrierter Versandapotheken. Wien: Bundesamt für Sicherheit im Gesundheitswesen. (https://versandapotheken.basg.gv.at/versandapotheken/verify/main?_afLoop=56327372647671692&_afWindowMode=0&_adf.ctrl-state=17rkrmq24_4, abgerufen am 26. Juli 2018).
- BASG (2017c). Zugelassene Arzneimittel in Österreich. Wien: Bundesamt für Sicherheit im Gesundheitswesen. (<https://www.basg.gv.at/news-center/statistiken/arsneimittel-in-oesterreich/>, abgerufen am 29. Mai 2018).

- BASG (2017d). Medical devices fee. Wien: Bundesamt für Sicherheit im Gesundheitswesen. (<http://www.basg.gv.at/en/medical-devices/medical-devices-fee/>, abgerufen am 26. Juli 2018).
- BASG (2017e). Medicines. Wien: Bundesamt für Sicherheit im Gesundheitswesen. (<http://www.basg.gv.at/en/medicines/>, abgerufen am 26. Juli 2018).
- BASG (2018). Arzneimittel in Österreich. Wien: Bundesamt für Sicherheit im Gesundheitswesen. (<https://www.basg.gv.at/news-center/statistiken/arzneimittel-in-oesterreich/>, abgerufen am 26. Juli 2018).
- Bauern-Krankenversicherungsgesetz (1965). Bundesgesetz vom 7. Juli 1965 über die Krankenversicherung der in der Land- und Forstwirtschaft selbständig Erwerbstätigen (Bauern-Krankenversicherungsgesetz – B-KVG) BGBl. Nr. 219/1965.
- Bauern-Pensionsversicherungsgesetz (1970). Bundesgesetz vom 12. Dezember 1969 über die Pensionsversicherung der in der Land- und Forstwirtschaft selbständig Erwerbstätigen (Bauern-Pensionsversicherungsgesetz – B-PVG.) BGBl. Nr. 28/1970.
- Bauern-Sozialversicherungsgesetz (1978). Bundesgesetz vom 11. Oktober 1978 über die Sozialversicherung der in der Land- und Forstwirtschaft selbständig Erwerbstätigen (Bauern-Sozialversicherungsgesetz – BSVG). BGBl. Nr. 559/1978. Letzte Änderung: BGBl. I Nr. 53/2017.
- Baumgartner J (2017). Sterbeorte Österreich. Graz: Koordination Palliativbetreuung Steiermark.
- Beamten-Kranken- und Unfallversicherungsgesetz (1967). Bundesgesetz vom 31. Mai 1967 über die Kranken- und Unfallversicherung öffentlich Bediensteter (Beamten-Kranken- und Unfallversicherungsgesetz – B-KUVG.) BGBl. Nr. 200/1967. Letzte Änderung: BGBl. I Nr. 37/2018.
- BeNeLuxA (2017). BeNeLuxA collaboration [Website]. (<http://www.beneluxa.org/>, abgerufen am 26. Juli 2018).
- Beyer S, Eibel M, Sprajcer S (2017). HPC Mobil: Hospizkultur und Palliative Care in der mobilen Pflege und Betreuung zu Hause. Wien: Poster präsentiert am Österreichischen Interdisziplinären Palliativkongress, 27.–29. April 2017.
- BGF Netzwerk (2017). Aufgabe und Ziele. Linz: Netzwerk betriebliche Gesundheitsförderung. (<http://www.netzwerk-bgf.at/portal27/bgfportal/content?contentid=10007.751726&portal:componentId=gtnf4738399-8210-455c-ae96-54c27b3a385c&viewmode=content>, abgerufen am 26. Juli 2018).
- BIQG/BMG (2011). Bundesqualitätsleitlinie zur integrierten Versorgung von erwachsenen Patientinnen und Patienten für die präoperative Diagnostik bei elektiven Eingriffen (BQLL PRÄOP). Im Auftrag der Bundesgesundheitskommission. Wien: Gesundheit Österreich GmbH.
- BIQG/BMG (2012). Aufnahme- und Entlassungsmanagement. Bundesqualitätsleitlinie. Im Auftrag der Bundesgesundheitsagentur. Wien: Gesundheit Österreich GmbH.
- BKA (2017a). Medizinische Behandlung und Versorgung mit Lebensmitteln. Wien: Bundeskanzleramt. (<https://www.help.gv.at/Portal.Node/hlpd/public/content/169/Seite.1694200.html>, abgerufen am 26. Juli 2018).
- BKA (2017b). Rauchen und Alkohol. Wien: Bundeskanzleramt. (<https://www.help.gv.at/Portal.Node/hlpd/public/content/174/Seite.1740250.html>, abgerufen am 26. Juli 2018).
- BKA (2018a). Checkliste Sozialversicherung und weitere soziale Leistungen in Österreich für Drittstaatsangehörige. Wien: Bundeskanzleramt. (<https://www.help.gv.at/Portal.Node/hlpd/public/content/12/Seite.120756.html>, abgerufen am 26. Juli 2018).
- BKA (2018b). Zusammen. Für unser Österreich. Regierungsprogramm 2017–2022. Wien: Bundeskanzleramt.
- BKA (2018c). Krankengeld. Wien: Bundeskanzleramt. (<https://www.help.gv.at/Portal.Node/hlpd/public/content/217/Seite.2170004.html>, abgerufen am 26. Juli 2018).

- BMASGK (2016). Darstellung des BMASGK auf Basis der Daten von PFI – Pflegegeldinformation des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger (Anspruchsberechtigte Personen Pflegegeld 2016), Pflegedienstleistungsstatistik 2016 (Statistik Österreich) und 24-Stunden-Betreuung Monatsstatistik (Dez. 2016). Wien: Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz.
- BMASGK (2018a). Pflegefonds. Wien: Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz. (https://www.sozialministerium.at/site/Pension_Pflege/Pflege_und_Betreuung/Hilfe_Finanzielle_Unterstuetzung/Pflegefonds/, abgerufen am 26. Juli 2018).
- BMASGK (2018b). NQZ: Zahlen, Daten, Fakten. Wien: Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz. (<http://www.nqz-austria.at/das-nqz/>, abgerufen am 29. Mai 2019).
- BMASGK (2018c). Selbständige Ambulatorien in Österreich. Wien: Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz. (https://www.bmgf.gv.at/home/Gesundheit/Krankenanstalten/Krankenanstalten_und_selbststaendige_Ambulatorien_in_Oesterreich/Selbststaendige_Ambulatorien_in_Oesterreich, abgerufen am 26. Juli 2018).
- BMASGK (2018d). Öffentlicher Gesundheitsdienst (ÖGD). Wien: Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz. (https://www.bmgf.gv.at/home/Gesundheit/Gesundheitssystem_Qualitaetsssicherung/Oeffentlicher_Gesundheitsdienst/Oeffentlicher_Gesundheitsdienst_OeGD_, abgerufen am 26. Juli 2018).
- BMASGK (2018e). Katalog ambulanter Leistungen (KAL): Entwicklung und Pilotprojekte bis inkl. 2013. Wien: Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz. (https://www.bmgf.gv.at/home/Gesundheit/Gesundheitssystem_Qualitaetsssicherung/Dokumentation/Katalog_ambulanter_Leistungen_KAL_Entwicklung_und_Pilotprojekte_bis_inkl_2013, abgerufen am 26. Juli 2018).
- BMASGK (2018f). Gesundheitsförderungsstrategie im Rahmen des Bundes-Zielsteuerungsvertrags. Wien: Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz. (https://www.sozialministerium.at/site/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitsreform/Gesundheitsfoederungsstrategie_im_Rahmen_des_Bundes_Zielsteuerungsvertrags, abgerufen am 29. Mai 2019).
- BMASGK (2018g). Förderung der 24-Stunden-Betreuung. Wien: Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz. (https://www.sozialministerium.at/site/Pension_Pflege/Pflege_und_Betreuung/24_Stunden_Betreuung/#intertitle-1, abgerufen am 26. Juli 2018).
- BMASGK (2018h). Kontaktstelle Patientenmobilität. Versicherungsmitgliedstaat. Wien: Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz. (<https://www.gesundheit.gv.at/service/patientenmobilitaet/versicherungsmitgliedstaat/inhalt>, abgerufen am 26. Juli 2018).
- BMASGK (2018i). Qualitätsstandard Aufnahme- und Entlassungsmanagement. Wien: Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz. (https://www.sozialministerium.at/cms/site/attachments/1/3/0/CH3970/CMS1350910195632/qualitaetsstandard_aufem.pdf, abgerufen am 5. Juni 2019).
- BMASK (2012). Österreichischer Pflegevorsorgebericht 2011. Wien: Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz.
- BMASK (2016). Österreichischer Pflegevorsorgebericht 2015. Wien: Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz.
- BMASK (2017a). Österreichischer Pflegevorsorgebericht 2016. Wien: Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz.
- BMASK (2017b). Demenzstrategie – Gut leben mit Demenz. Wien: Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz. (<http://www.demenzstrategie.at/>, abgerufen am 26. Juli 2018).

- BMB, BMGF, HVB (2017). *Gesunde Schule Österreich*. Wien: Bundesministerium für Finanzen. (https://www.sozialministerium.at/site/Gesundheit/Gesundheitsfoerderung/Gesundheitsfoerderung_Praevention/Netzwerke_Gesundheitsfoerderung/Gesunde_Schule, abgerufen am 29. Mai 2019).
- BMDW (2017). *Kernziele der „Europa 2020“ Strategie für Europa und für Österreich*. Wien. (https://www.bmdw.gv.at/WirtschaftsstandortInnovationInternationalisierung/Allgemeine_Wirtschaftspolitik/Seiten/EUROPA2020-dieneueStrategiefuerBeschaeftigungundWachstum.aspx, abgerufen 3. Juni 2019).
- BMF (2017). *Fiscal federalism*. Wien: Bundesministerium für Finanzen. (<https://english.bmf.gv.at/budget-economic-policy/Fiscal-Federalism.html>, abgerufen am 26. Juli 2018).
- BMFJ (2018). *Familienhospizkarenz-Zuschuss*. Wien: Bundesministerium für Familie und Jugend. (<https://www.bmfj.gv.at/familie/finanzielle-unterstuetzungen/familienhospizkarenz-zuschuss/familienhospizkarenz-zuschuss.html>, abgerufen am 26. Juli 2018).
- BMG (2010). *The Austrian DRG system*. Wien: Bundesministerium für Gesundheit.
- BMG (2013). *Nationaler Aktionsplan Ernährung NAP.e / 2013 inkl. Maßnahmenübersicht und Planung 2013*. Wien: Bundesministerium für Gesundheit.
- BMG (2014a). *Das Team rund um den Hausarzt, Konzept zur multiprofessionellen und interdisziplinären Primärversorgung in Österreich*. Wien: Bundesministerium für Gesundheit.
- BMG (2014b). *Krebsrahmenprogramm Österreich*. Wien: Bundesministerium für Gesundheit.
- BMG (2015a). *Nationaler Aktionsplan für seltene Erkrankungen NAP.se 2014–2018*. Wien: Bundesministerium für Gesundheit.
- BMG (2015b). *Österreichische Suchtpräventionsstrategie. Strategie für eine kohärente Präventions- und Suchtpolitik*. Wien: Bundesministerium für Gesundheit.
- BMG (2015c). *Qualitätsstandard Organisation und Strategie der Krankenhaushygiene*. Wien: Bundesministerium für Gesundheit.
- BMG (2015d). *Health targets for Austria: a Health in All Policies case study. Fact-sheet*. Wien: Bundesministerium für Gesundheit.
- BMGF (2004). *Verordnung der Bundesministerin für Gesundheit und Frauen über Höchstaufschläge im Arzneimittelgroßhandel*. Wien: Bundesministerium für Gesundheit und Frauen.
- BMGF (2016a). *Austrian Inpatient Quality Indicators (A-IQI), Bericht 2015*. Wien: Bundesministerium für Gesundheit und Frauen.
- BMGF (2016b). *Was kostet der Spitalsaufenthalt? Wien: Bundesministerium für Gesundheit und Frauen*. (<https://www.gesundheit.gv.at/gesundheitsystem/leistungen/krankenhausaufenthalt/selbstbehalt-krankenhaus>, abgerufen am 26. Juli 2018).
- BMGF (2016c). *Prostatakrebs: Früherkennung*. Wien: Bundesministerium für Gesundheit und Frauen. (<https://www.gesundheit.gv.at/krankheiten/krebs/hoden-prostatakrebs/prostata-frueherkennung>, abgerufen am 26. Juli 2018).
- BMGF (2016d). *Gesundheitsförderungsstrategie*. Wien: Bundesministerium für Gesundheit und Frauen.
- BMGF (2016e). *Krankenanstalten in Zahlen. Überregionale Auswertung der Dokumentation der landesgesundheitsfondsfinanzierten Krankenanstalten Österreich 2015*. Wien: Bundesministerium für Gesundheit und Frauen.
- BMGF (2016f). *Rezeptgebühr: So werden Medikamentenkosten abgedeckt*. Wien: Bundesministerium für Gesundheit und Frauen. (<https://www.gesundheit.gv.at/gesundheitsystem/leistungen/medikamente/rezeptgebuehr>, abgerufen am 26. Juli 2018).
- BMGF (2016g). *Health targets for Austria. Fact-sheet*. Wien: Bundesministerium für Gesundheit und Frauen.
- BMGF (2016h). *Kostenstellenstatistik der österreichischen Krankenanstalten des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen*. Wien: Bundesministerium für Gesundheit und Frauen.

- BMGF (2016i). Ist-Analyse für R-GZ, Stand Mai 2016. Wien: Bundesministerium für Gesundheit und Frauen.
- BMGF (2017a). Psychische Gesundheit. Wien: Bundesministerium für Gesundheit und Frauen. (https://www.bmgf.gv.at/home/Gesundheit/Psychische_Gesundheit/, abgerufen am 26. Juli 2018).
- BMGF (2017at): Österreichische Diabetes-Strategie, Bundesministerium für Gesundheit und Frauen & Gesundheit Österreich GmbH, Wien
- BMGF (2017b). Zahnambulatorien bieten mehr Leistungen an. Wien: Bundesministerium für Gesundheit und Frauen. (https://www.sozialministerium.at/site/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitsleistungen/Zahnambulatorien_bieten_mehr_Leistungen_an, abgerufen 29.5.2019).
- BMGF (2017c). Notfallsanitäterin/Notfallsanitäter. Wien: Bundesministerium für Gesundheit und Frauen. (<https://www.gesundheit.gv.at/gesundheitsystem/berufe/krankenpflege/notfallsanitaeter>, abgerufen am 26. Juli 2018).
- BMGF (2017d). Komplementär/Alternativmedizin. Wien: Bundesministerium für Gesundheit und Frauen. (https://www.bmgf.gv.at/home/Gesundheit/Medizin/Komplementaer_Alternativmedizin/, abgerufen am 26. Juli 2018).
- BMGF (2017e). Gesundheitsziele Österreich. Richtungsweisende Vorschläge für ein gesünderes Österreich – Langfassung. Wien: Bundesministerium für Gesundheit und Frauen.
- BMGF (2017f). Health Targets Austria. Relevance – Options – Contexts: Abbreviated version. Wien: Bundesministerium für Gesundheit und Frauen.
- BMGF (2017g). Bundesministerium für Gesundheit und Frauen [Website]. Wien: Bundesministerium für Gesundheit und Frauen. (<http://www.bmgf.gv.at>, abgerufen am 26. Juli 2018).
- BMGF (2017h). Krankenanstalten mit ausgewählten Kennzahlen. Wien: Bundesministerium für Gesundheit und Frauen. (http://www.kaz.bmgf.gv.at/fileadmin/user_upload/Krankenanstalten/10_T_KH_RT.pdf, abgerufen am 26. Juli 2018).
- BMGF (2017i). Krankenanstalten mit ausgewählten Kennzahlen nach Versorgungsfunktion 2016. Wien: Bundesministerium für Gesundheit und Frauen. (http://www.kaz.bmgf.gv.at/fileadmin/user_upload/Krankenanstalten/9_T_KH_Versfunktion.pdf, abgerufen am 26. Juli 2018).
- BMGF (2017j). Gesundheitsberufe in Österreich. Wien: Bundesministerium für Gesundheit und Frauen.
- BMGF (2017k). Krankenanstalten in Zahlen. Medizinische. Medizinische Dokumentation in Krankenanstalten. Wien: Bundesministerium für Gesundheit und Frauen. (<http://www.kaz.bmgf.gv.at/medizinische-dokumentation.html>, abgerufen am 26. Juli 2018).
- BMGF (2017l). E-Impfpass: Bund, Länder und Sozialversicherung bringen Zukunftsprojekt auf den Weg. Wien: Bundesministerium für Gesundheit und Frauen. (https://www.ots.at/presseaussendung/OTS_20170630_OTS0181/e-impfpass-bund-laender-und-sozialversicherung-bringen-zukunftsprojekt-auf-den-weg, abgerufen am 26. Juli 2018).
- BMGF (2017m). Weiterentwicklung Mutter-Kind-Pass. Wien: Bundesministerium für Gesundheit und Frauen. (https://www.bmgf.gv.at/home/Gesundheit/Gesundheitsfoerderung_Praevention/Eltern_und_Kind/Weiterentwicklung_Mutter_Kind_Pass, abgerufen am 26. Juli 2018).
- BMGF (2017n). Kostenloses Kinder-Impfprogramm. Wien: Bundesministerium für Gesundheit und Frauen. (https://www.sozialministerium.at/site/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitsleistungen/Kostenloses_Kinder_Impfprogramm, abgerufen am 29.5.2019).
- BMGF (2017o). Impfplan Österreich. Wien: Bundesministerium für Gesundheit und Frauen.
- BMGF (2017p). Expertisezentren für seltene Erkrankungen. Wien: Bundesministerium für Gesundheit und Frauen. (<https://www.sozialministerium.at/site/Gesundheit/>

- Krankheiten_und_Impfen/Krankheiten/Seltene_Krankheiten/Expertisezentren_fuer_seltene_Erkrankungen, abgerufen am 29. Mai 2019).
- BMGF (2017q). Klassifikation der österreichischen Krankenanstalten. Wien: Bundesministerium für Gesundheit und Frauen.
- BMGF (2017r). Anzeige übertragbarer Krankheiten – Epidemiologisches Meldesystem (EMS). Wien: Bundesministerium für Gesundheit und Frauen. (<https://www.sozialministerium.at/cms/site/suchergebnisse.html?method=search&query=Uebertragbare+Krankheiten>, abgerufen 29. Mai 2019).
- BMGF (2017s). Gesundheitsziele Österreich. Von der Definition zur Umsetzung. Wien: Bundesministerium für Gesundheit und Frauen. (<https://gesundheitsziele-oesterreich.at/entstehung-und-umsetzung/>, abgerufen am 26. Juli 2018).
- BMGF (2017t). Zielsteuerung-Gesundheit ab 2017. Informationen zur Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, zur Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit sowie zum Vereinbarungsumsetzungsgesetz 2017. Wien: Bundesministerium für Gesundheit und Frauen. (https://www.bmgf.gv.at/home/Gesundheit/Gesundheitsreform/Zielsteuerung_Gesundheit_ab_2017, abgerufen am 26. Juli 2018).
- BMGF (2017u). Austrian health targets. Wien: Bundesministerium für Gesundheit und Frauen. (<https://gesundheitsziele-oesterreich.at/english-summary/>, abgerufen am 26. Juli 2018).
- BMGF (2017v). Nationaler Aktionsplan Ernährung (NAP.e). Wien: Bundesministerium für Gesundheit und Frauen. (https://www.bmgf.gv.at/home/Gesundheit/Ernaehrung/Aktionsplan_Ernaehrung/, abgerufen am 26. Juli 2018).
- BMGF (2017w). Nationaler Aktionsplan Bewegung (NAP.b). Wien: Bundesministerium für Gesundheit und Frauen. (https://www.sozialministerium.at/site/Gesundheit/Gesundheitsfoerderung/Eltern_und_Kind/Kinder_und_Jugendgesundheit/Berichte/Nationaler_Aktionsplan_Bewegung_NAP_b_, abgerufen 29. Mai 2019)
- BMGF (2017x). Aktionsplan Frauengesundheit. 40 Maßnahmen für die Gesundheit von Frauen in Österreich. Wien: Bundesministerium für Gesundheit und Frauen.
- BMGF (2017y). Nationaler Aktionsplan zur Antibiotikaresistenz. NAP-AMR. Wien: Bundesministerium für Gesundheit und Frauen.
- BMGF (2017z). Gut leben mit Demenz. Wien: Bundesministerium für Gesundheit und Frauen. (https://www.sozialministerium.at/site/Pension_Pflege/Pflege_und_Betreuung/Demenz/Demenz#intertitle-3, abgerufen 29. Mai 2019)
- BMGF (2017aa). Seltene Erkrankungen in Österreich. Wien: Bundesministerium für Gesundheit und Frauen. (https://www.sozialministerium.at/site/Gesundheit/Krankheiten_und_Impfen/Krankheiten/Seltene_Krankheiten/Seltene_Erkrankungen_in_Oesterreich, abgerufen 29. Mai 2019)
- BMGF (2017ab). Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie. Wien: Bundesministerium für Gesundheit und Frauen. (https://www.sozialministerium.at/site/Gesundheit/Gesundheitsfoerderung/Eltern_und_Kind/Kinder_und_Jugendgesundheit/Kinder_und_Jugendgesundheit, abgerufen 29. Mai 2019).
- BMGF (2017ac). Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen. Wien: Bundesministerium für Gesundheit und Frauen.
- BMGF (2017ad). Qualitätssysteme in Akutkrankenhäusern: Expertenbericht, Berichtsjahr 2015. Beschlossen durch die Bundes-Zielsteuerungskommission im April 2017. Wien: Bundesministerium für Gesundheit und Frauen. Geschäftsführung der Bundesgesundheitsagentur.
- BMGF (2017ae). Gesundheitsberichterstattung in Österreich. Wien: Bundesministerium für Gesundheit und Frauen. (https://www.bmgf.gv.at/home/Gesundheit/Gesundheitssystem_Qualitaetssicherung/Gesundheitsberichte/Gesundheitsberichterstattung_in_Oesterreich, abgerufen am 26. Juli 2018).

- BMGF (2017af). Zielsteuerung-Gesundheit – Monitoringberichte. Wien: Bundesministerium für Gesundheit und Frauen. (https://www.bmgf.gv.at/home/Gesundheit/Gesundheitsreform/Zielsteuerung_Gesundheit_Monitoringberichte, abgerufen am 26. Juli 2018).
- BMGF (2017ag). Health technology assessment. Wien: Bundesministerium für Gesundheit und Frauen. (https://www.bmgf.gv.at/home/Gesundheit/Medizin/Health_Technology_Assessment/, abgerufen am 26. Juli 2018).
- BMGF (2017ah). Vorsorgemittel. Wien: Bundesministerium für Gesundheit und Frauen. (https://www.bmgf.gv.at/home/Gesundheit/Gesundheitsfoerderung_Praevention/Vorsorgemittel/Vorsorgemittel, abgerufen am 26. Juli 2018).
- BMGF (2017ai). Anerkennung ausländischer Berufsqualifikationen in Österreich. Wien: Bundesministerium für Gesundheit und Frauen. (<https://www.bmgf.gv.at/home/Gesundheit/Berufe/Anerkennung/>, abgerufen am 26. Juli 2018).
- BMGF (2017aj). Healthcare professions in Austria. Wien: Bundesministerium für Gesundheit und Frauen.
- BMGF (2017ak). Gesundheitsportal: Wie Arzneimittelpreise gebildet werden. (<https://www.gesundheit.gv.at/gesundheitsystem/leistungen/medikamente/arzneimittelpreise>, abgerufen am 26. Juli 2018).
- BMGF (2017al). Legal framework of cross-border healthcare in Austria. In the context of Regulation (EC) No. 883/2004 a distinction is made between unplanned and planned treatment. Wien: Bundesministerium für Gesundheit und Frauen. (<https://www.gesundheit.gv.at/service/patient-mobility/member-state-affiliation/legal-framework-cross-border-healthcare-in-austria>, abgerufen am 26. Juli 2018).
- BMGF (2017am). Kassen-, Wahl- oder Privatarzt?. Wien: Bundesministerium für Gesundheit und Frauen. (<https://www.gesundheit.gv.at/gesundheitsystem/leistungen/arztbesuch/wahlarzt-kosten>, abgerufen am 26. Juli 2018).
- BMGF (2017an). Gesundheitsportal: Patientenrechte. Wien: Gesundheit Österreich GmbH. (<https://www.gesundheit.gv.at/gesundheitsystem/patientenrechte/inhalt>, abgerufen am 26. Juli 2018).
- BMGF (2017ao). „Wenn’s weh tut! 1450“ – Startschuss für die neue telefonische Gesundheitsberatung. Wien: Bundesministerium für Gesundheit und Frauen. (https://www.ots.at/presseaussendung/OTS_20170407_OTS0093/wenns-weh-tut-1450-startschuss-fuer-die-neue-telefonische-gesundheitsberatung, abgerufen am 2. Juli 2018).
- BMGF (2017ap). Österreichische Rechtsvorschriften über Medizinprodukte. Wien: Bundesministerium für Gesundheit und Frauen. (https://www.sozialministerium.at/site/Gesundheit/Medizin_und_Berufe/Medizin/Medizinprodukte/Oesterreichische_Rechtsvorschriften_ueber_Medizinprodukte, abgerufen 29. Mai 2019.)
- BMGF (2017aq). Bepunktungsmodell für den spitalsambulanten Bereich. LKF ambulant, Modell 2017. Wien: Bundesministerium für Gesundheit und Frauen.
- BMGF (2017ar). Rezeptgebühr: So werden Medikamentenkosten abgedeckt. Wien: Bundesministerium für Gesundheit und Frauen. (<https://www.gesundheit.gv.at/gesundheitsystem/leistungen/medikamente/rezeptgebuehr>, abgerufen am 26. Juli 2018).
- BMGF (2017as). Österreichische Diabetes-Strategie. Wien: Bundesministerium für Gesundheit und Frauen/Gesundheit Österreich GmbH
- BMGFJ (2008). Selbstständige Ambulatorien in Österreich. Wien: Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend.
- BMI (2017). Zivilschutz in Österreich, Staatliches Krisen- und Katastrophenschutzmanagement (SKKM). Wien: Bundesministerium für Inneres. (<https://www.bmi.gv.at/204/skkm/start.aspx>, abgerufen am 26. Juli 2018).
- BMLVS (2013). Nationaler Aktionsplan Bewegung. Wien: Bundesministerium für Landesverteidigung und Sport.
- BMVIT (2011). Austrian Road Safety Programme 2011–2020. Wien: Bundesministerium für Verkehr, Innovation und Technologie.

- Braunegger-Kallinger G, Ladurner J (2014). Workshop der „TF Sozioökonomische Determinanten der Gesundheit (TF-SÖD)“. Graz: FGÖ Gesundheitsförderungskonferenz.
- Bundespflegegeldgesetz (1993). Bundesgesetz, mit dem ein Pflegegeld eingeführt wird (Bundespflegegeldgesetz –BPGG). BGBl. Nr. 110/1993.
- Busse R, Panteli D (2015). Evaluation der nationalen HTA-Strategie in Österreich (unveröffentlichter Bericht). Berlin: Technische Universität Berlin.
- Centeno C, Lynch T, Donea O, Rocafort J, Clark D (2013). Atlas of palliative care in Europe 2013. Full Edition. Mailand: EAPC Press.
- Colombo F, Llana-Nozal A, Mercier J, Tjadens F (2011). Help wanted? Providing and paying for long-term care. OECD Health Policy Studies. Paris: OECD Publishing.
- CORRECTIV – Recherchen für die Gesellschaft (2017). Euros für Ärzte. Essen/Berlin: CORRECTIV. (<https://correctiv.org/recherchen/euros-fuer-aerzte/>, abgerufen am 2. August 2018).
- Currie C (2004). Young people's health in context. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: International report from the 2001/2002 survey. Health Policy for Children and Adolescents, Nr. 4. Genf: Weltgesundheitsorganisation.
- Currie C, Zanotti C, Morgan A, Currie D, de Looze M, Roberts C et al. (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, Nr. 6. Kopenhagen: WHO-Regionalbüro für Europa.
- Czypionka T (2015). Gesundheitsreform – der menschliche Faktor. Soziale Sicherheit. 2:58–63.
- Czypionka T, Sigl C (2016). Austria. In: Sagan A, Thomson S (Hrsg). Voluntary health insurance in Europe: Country experience. Kopenhagen: Europäisches Observatorium für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik.
- Czypionka T, Kraus M, Riedel M, Röhrling G (2007). Wartezeiten auf Elektivoperationen – Neues zur Frage der Transparenz? Health System Watch, IV/2007.
- Czypionka T, Röhrling G, Kraus M, Schnabl A, Eichwalder S (2008). Fondsspitaler in Österreich: ein Leistungs- und Finanzierungsvergleich: Endbericht. Studie im Auftrag der Arbeitsgemeinschaft der Ordensspitaler Österreichs. Wien: Institut für Höhere Studien (IHS).
- Czypionka T, Kraus M, Röhrling G (2013). Wartezeiten auf Elektivoperationen – Neues zur Frage der Transparenz? Health System Watch, II/2013.
- Czypionka T, Röhrling G, Six E (2018a). Can people afford to pay for health care? New evidence on financial protection in Austria. Kopenhagen: WHO-Regionalbüro für Europa.
- Czypionka T, Pock M, Reiss M (2018b). ÄrztInneneinkünfte in Österreich. Eine Analyse anhand von Lohn- und Einkommensdaten. Endbericht. Studie im Auftrag des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger und der Stadt Wien. Wien: Institut für Höhere Studien (IHS).
- Die Armutskonferenz (2012). Monitoring bedarfsorientierte Mindestsicherung. Wien: Die Armutskonferenz.
- Die Presse (2015). Einsparungen: Die nächste Front im Ärzteprotest. 26. März 2015.
- Die Presse (2017). Deckelung wird aufgehoben: Aus für Wartezeiten auf CT und MRT. 29. März 2017.
- Dienstgeberabgabegesetz (2003). Bundesgesetz über eine pauschalierte Abgabe von Dienstgebern geringfügig beschäftigter Personen (Dienstgeberabgabegesetz – DAG). BGBl. I Nr. 28/2003. Letzte Änderung: BGBl. I Nr. 84/2009.
- Dietscher C, Lorenc J, Pelikan J (2015). Reihe Gesundheitskompetente Krankenbehandlungsorganisationen (2). Toolbox 2015 zum Wiener Konzept Gesundheitskompetenter Krankenbehandlungsorganisationen (WKGKKO). Wien: Ludwig Boltzmann Institut Health Promotion Research.

- Dimmel N, Schenk M, Stelzer-Orthofer C (2014). Handbuch Armut in Österreich. Innsbruck, Wien: Bozen, Studienverlag.
- Richtlinie 2005/36/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 7. September 2005 über die Anerkennung von Berufsqualifikationen.
- Richtlinie 2011/24/EU des Europäischen Parlaments und des Rates vom 9. März 2011 über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung.
- Richtlinie 2011/62/EU des Europäischen Parlaments und des Rates vom 8. Juni 2011 zur Änderung der Richtlinie 2001/83/EG zur Schaffung eines Gemeinschaftskodexes für Humanarzneimittel hinsichtlich der Verhinderung des Eindringens von gefälschten Arzneimitteln in die legale Lieferkette.
- ECDC (2016). Surveillance report: Measles and rubella monitoring. Stockholm: Europäisches Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten.
- ELGA (2017). Welche Einrichtungen arbeiten bereits mit ELGA? Wien: ELGA GmbH. (https://www.elga.gv.at/fileadmin/user_upload/Dokumente_PDF_MP4/Infomaterialien/gestartete_ELGA-GDA.pdf, abgerufen am 26. Juli 2018).
- Epidemiegesetz (1950). Epidemiegesetz 1950. BGBl. Nr. 1/1950.
- EU-Beitrittsvertrag (1995). EU-Beitrittsvertrag. BGBl. Nr. 45/1995.
- EU-PMG (2014). EU-Patientenmobilitätsgesetz. BGBl. I Nr. 32/2014.
- EUNetHTA (2017). EUNetHTA [Website]. (<http://www.eunetha.eu/>, abgerufen am 26. Juli 2018).
- Europäische Zentralbank (2018). Convergence criteria. Frankfurt am Main: Europäische Zentralbank. (<https://www.ecb.europa.eu/ecb/orga/escb/html/convergence-criteria.en.html>, abgerufen am 26. Juli 2018).
- Europäische Kommission (2013a). Study on corruption in the healthcare sector. Luxemburg: Europäische Kommission – Generaldirektion Migration und Inneres.
- Europäische Kommission (2013b). Eurobarometer: Patient safety and quality of care. Eurobarometer 80.2 Results for Austria. Brüssel: Europäische Kommission.
- Europäische Kommission (2017a). Recommendation for a Council Recommendation on the 2017 National Reform Programme of Austria and delivering a Council opinion on the 2017 Stability Programme of Austria. Brüssel: Europäische Kommission.
- Europäische Kommission (2017b). A European One Health Action Plan Against Antimicrobial Resistance (AMR). Brüssel: Europäische Kommission.
- Europäische Kommission (2017c). European reference networks. Brüssel: Europäische Kommission. (http://ec.europa.eu/health/ern/policy_en, abgerufen am 26. Juli 2018).
- Europäische Kommission (2017d). Corruption. Special Eurobarometer 470 Report. Brüssel: Europäische Kommission (Wave EB88.2). (<http://ec.europa.eu/commfrontoffice/publicopinion/index.cfm/ResultDoc/download/DocumentKy/81007>, abgerufen am 7. August 2018).
- Eurostat (2015). Foreign citizens accounted for fewer than 7% of persons living in the EU Member States in 2014. Foreign citizens living in the EU Member States. Eurostat Newsrelease 230. Luxemburg: Eurostat Press Office.
- Eurostat (2017a). Life expectancy at birth by gender. Luxemburg: Statistisches Amt der Europäischen Union. (http://ec.europa.eu/eurostat/tgm/table.do?tab=table&init=1&plugin=1&pcode=sdg_03_10&language=de, abgerufen am 26. Juli 2018).
- Eurostat (2017b). Bruttoinlandsprodukt zu Marktpreisen. Luxemburg: Statistisches Amt der Europäischen Union. (http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=namq_10_gdp&lang=de, abgerufen am 26. Juli 2018).
- Eurostat (2017c). General government gross debt – annual data, percentage of gross domestic product (GDP). Luxemburg: Statistisches Amt der Europäischen Union. (<http://ec.europa.eu/eurostat/web/products-datasets/-/tsdde410&lang=en>, abgerufen am 26. Juli 2018).

- Eurostat (2017d). Healthy life years. Luxemburg: Statistisches Amt der Europäischen Union. (http://ec.europa.eu/eurostat/search?p_auth=XqhUEvyr&p_p_id=estatsearchportlet_WAR_estatsearchportlet&p_p_lifecycle=1&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&estatsearchportlet_WAR_estatsearchportlet_action=search&text=Healthy+life+years+%28from+2004+onwards%29, abgerufen am 26. Juli 2018).
- Eurostat (2017e). Unemployment statistics at regional level. Luxemburg: Statistisches Amt der Europäischen Union. (http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Unemployment_statistics_at_regional_level, abgerufen am 26. Juli 2018).
- Eurostat (2017f). Unemployment by sex and age – annual average. Luxemburg: Statistisches Amt der Europäischen Union. (http://ec.europa.eu/eurostat/web/products-datasets/-/une_rt_a, abgerufen am 26. Juli 2018).
- Eurostat (2017g). Medical technology. Luxemburg: Statistisches Amt der Europäischen Union. (http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=hlth_rs_equip&lang=de, abgerufen am 26. Juli 2018).
- Eurostat (2017h). Self-perceived health by sex, age and income quintile. Luxemburg: Statistisches Amt der Europäischen Union. (http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=hlth_silc_10, abgerufen am 26. Juli 2018).
- Eurostat (2017i). Smoking of tobacco products by sex, age and educational attainment level. Luxemburg: Statistisches Amt der Europäischen Union. (http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=hlth_ehis_sk1e&lang=en, abgerufen am 26. Juli 2018).
- Eurostat (2018a). Curative care bed occupancy rate. Luxemburg: Statistisches Amt der Europäischen Union. (http://ec.europa.eu/eurostat/web/products-datasets/-/hlth_co_bedoc, abgerufen am 26. Juli 2018).
- Eurostat (2018b). Surgical operations and procedures performed in hospitals by ICD-9-CM. Luxemburg: Statistisches Amt der Europäischen Union. (http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=hlth_co_proc2&lang=en, abgerufen am 26. Juli 2018).
- Eurostat (2018c). Self-perceived health by sex, age and income quintile. Luxemburg: Statistisches Amt der Europäischen Union. (<http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/submitViewTableAction.do>, abgerufen am 26. Juli 2018).
- Eurostat (2018d). Life expectancy by age, sex and educational attainment level. Luxemburg: Statistisches Amt der Europäischen Union. (<http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/submitViewTableAction.do>, abgerufen am 26. Juli 2018).
- Eurostat (2018e). Infant mortality rates. Luxemburg: Statistisches Amt der Europäischen Union. (http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=demo_minfind&lang=en, abgerufen am 26. Juli 2018).
- Eurostat (2018f). Vaccination against influenza of population aged 65 and over. Luxemburg: Statistisches Amt der Europäischen Union. (http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=hlth_ps_immu&lang=en, abgerufen am 26. Juli 2018).
- Eurostat (2018g). Consumption of fruits and vegetables. Luxemburg: Statistisches Amt der Europäischen Union. (<http://ec.europa.eu/eurostat/web/health/health-status-determinants/data/database>, abgerufen am 26. Juli 2018).
- Eurostat (2018h). EU-SILC. Self-reported unmet needs for medical examination by sex, age, main reason declared and educational attainment level. Luxemburg: Statistisches Amt der Europäischen Union. (http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=hlth_silc_14&lang=en, abgerufen am 26. Juli 2018).
- FGÖ (2015a). Rahmenarbeitsprogramm 2017–2020. Wien: Gesundheit Österreich GmbH.
- FGÖ (2015b). Jahresbericht 2015. Wien: Gesundheit Österreich GmbH.
- FGÖ (2017a). YOLO. You only live once. Leb dein Leben ohne Rauch. Wien: Fonds Gesundes Österreich/Gesundheit Österreich GmbH. (<http://www.yolo.at/>, abgerufen am 26. Juli 2018).

- FGÖ (2017b). Gesundheitliche Chancengleichheit. Wien: Fonds Gesundes Österreich/ Gesundheit Österreich GmbH. (http://fgoe.org/glossar/gesundheitliche_Chancengerechtigkeit, abgerufen 29.5.2019).
- FH Krems (2017). Bachelorstudium Health Sciences. Krems: Karl Landsteiner Privatuniversität für Gesundheitswissenschaften. (<http://www.kl.ac.at/studium/bachelorstudium-health-sciences>, abgerufen am 26. Juli 2018).
- Finanz-Verfassungsgesetz (1948). Bundesverfassungsgesetz über die Regelung der finanziellen Beziehungen zwischen dem Bund und den übrigen Gebietskörperschaften (Finanz-Verfassungsgesetz 1948 – F-VG 1948). BGBl. Nr. 45/1948. Letzte Änderung: BGBl. I Nr. 51/2012.
- Finanzausgleichsgesetz (2017). Bundesgesetz, mit dem der Finanzausgleich für die Jahre 2017 bis 2021 geregelt wird und sonstige finanzausgleichsrechtliche Bestimmungen getroffen werden (Finanzausgleichsgesetz 2017 – FAG 2017). BGBl. I Nr. 116/2016.
- Fonds Gesundes Österreich (2017). Information für Antragsteller/innen von Projekten der Betrieblichen Gesundheitsförderung. Wien: Fonds Gesundes Österreich.
- Forster R (2015). Gutachten zur Bürger- und Patientenbeteiligung im österreichischen Gesundheitswesen erstellt von Univ. Prof. (i.R.) Dr. Rudolf Forster im Auftrag der ARGE Selbsthilfe Österreich. Wien: ARGE Selbsthilfe Österreich.
- Freiberuflichen Sozialversicherungsgesetz (1978). Bundesgesetz über die Sozialversicherung freiberuflich selbständig Erwerbstätiger (Freiberuflichen Sozialversicherungsgesetz – FSVG). BGBl. Nr. 624/1978. Letzte Änderung: BGBl. I Nr. 162/2015.
- Fülöp G (2008). Morbiditätsbasierte Standort- und Kapazitätsplanung im Gesundheitswesen. In: Schönback, W, Blaas, W, Bröthaler, J eds. Sozioökonomie als multidisziplinärer Forschungsansatz. Wien: Springer.
- Ganjezadeh-Rouhani A (2010). Business Intelligence im Gesundheitswesen. Soziale Sicherheit Juli/August.
- Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (1997). Bundesgesetz, mit dem das Bundesgesetz über Gesundheits- und Krankenpflegeberufe (Gesundheits- und Krankenpflegegesetz – GuKG) erlassen wird, sowie das Krankenpflegegesetz, das Ausbildungsvorbehaltsgesetz und das Ärztegesetz 1984 geändert werden.
- Gesundheits- und Sozialbereich-Beihilfengesetz (1996). Bundesgesetz, mit dem Beihilfen im Gesundheits- und Sozialbereich geregelt werden (Gesundheits- und Sozialbereich-Beihilfengesetz – GSBG). BGBl. Nr. 746/1996. Letzte Änderung: BGBl. I Nr. 17/2017.
- Gesundheitsberuferegister-Gesetz (2016). Bundesgesetz über die Registrierung von Gesundheitsberufen (Gesundheitsberuferegister-Gesetz – GBRG). BGBl. I Nr. 87/2016.
- Gewerbliches Selbständigen-Krankenversicherungsgesetz (1966). Bundesgesetz vom 14. Juli 1966 über die Krankenversicherung der in der gewerblichen Wirtschaft selbständig Erwerbstätigen (GSKVG). BGBl. Nr. 167/1966
- Gewerbliches Selbständigen-Pensionsversicherungsgesetz (1957). Bundesgesetz vom 18. Dezember 1957 über die Pensionsversicherung der in der gewerblichen Wirtschaft selbständig Erwerbstätigen (GSPVG). BGBl. Nr. 292/1957
- Gewerbliches Sozialversicherungsgesetz (1978). Bundesgesetz vom 11. Oktober 1978 über die Sozialversicherung der in der gewerblichen Wirtschaft selbständig Erwerbstätigen (GSVG). BGBl. Nr. 560/1978. Letzte Änderung: BGBl. I Nr. 53/2017.
- GfK (2017). Bevölkerungsstudie – Gesundheit 2017. Eine Studie von GfK im Auftrag vom Hauptverband der Sozialversicherungsträger. Wien: GfK, Growth from Knowledge.
- Gleichwelt S, Kern R, Lerchner M (2011). Sektorenübergreifende Patientenbefragung. Wien: Bundesministerium für Gesundheit.
- GÖG (2010a). Nationale HTA-Strategie, Version 1.0, 2009. Wien: Gesundheit Österreich GmbH, Bundesministerium für Gesundheit.
- GÖG (2010b). Austria: pharmaceutical country profile. Wien: Gesundheit Österreich GmbH.

- GÖG (2012). Methodenhandbuch für Health Technology Assessment, Version 1.2012. Wien: Gesundheit Österreich GmbH, Bundesministerium für Gesundheit.
- GÖG (2013). Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2012 inklusive Großgeräteplan gemäß Beschluss der Bundesgesundheitskommission vom 23. November 2012 inkl. aktualisiertes Kapitel zur Rehabilitation gemäß Beschluss der B-ZK vom 28. Juni 2013. Wien: Bundesministerium für Gesundheit.
- GÖG (2017a). Die Gesundheitsfolgenabschätzung (Health Impact Assessment) – ein Instrument zur Umsetzung einer gesundheitsförderlichen Gesamtpolitik. Wien: Gesundheit Österreich GmbH. (<http://gfa.goeg.at/>, abgerufen am 26. Juli 2018).
- GÖG (2017b). HTA-Guide [Website]. Wien: Gesundheit Österreich GmbH. (<http://hta-guide.biogg.at/>, abgerufen am 26. Juli 2018).
- GÖG (2017c). ÖSG 2017 – Großgeräteplan (Tabellen zu Anhang 10), Stand 30. Juni 2017. Wien: Gesundheit Österreich GmbH.
- GÖG (2017d). RSG-Monitoring Planungsstand 31. Dezember 2016. Wien: Bundesministerium für Gesundheit und Frauen.
- GÖG (2017e). Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2017 inklusive Großgeräteplan gemäß Beschluss der Bundes-Zielsteuerungskommission vom 30. Juni 2017. Wien: Bundesministerium für Gesundheit und Frauen.
- GÖG (2017f). Medizinproduktregister. Wien: Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz. (<http://www.medizinproduktregister.at/de/english-version>, abgerufen am 26. Juli 2018).
- GÖG/BMG (2012). Prozesshandbuch Hospiz- und Palliativeinrichtungen. Im Auftrag der Bundesgesundheitsagentur. Wien: Bundesministerium für Gesundheit.
- Gönenç R, Hofmarcher MM, Wörgötter A (2011). Reforming Austria's highly regarded but costly health system. OECD Economics Department Working Papers, Nr. 895. Paris: OECD.
- GQG (2004). Bundesgesetz zur Qualität von Gesundheitsleistungen (Gesundheitsqualitätsgesetz – GQG). BGBl. I Nr. 179/2004.
- Griebler R, Winkler P, Gaiswinkler S, Delcour J, Juraszovich B, Nowotny M et al. (2017). Österreichischer Gesundheitsbericht 2016. Berichtszeitraum 2005–2014/15. Wien: Bundesministerium für Gesundheit und Frauen.
- Grillich L, Griebler U (2012). Prozessevaluation zum Pilotprojekt „Gesundheitsfolgenabschätzung des verpflichtenden Kindergartenjahres“ im Auftrag von BMG, Land Steiermark und HVS. Krems: Donau Universität Krems. Department für Evidenzbasierte Medizin und Klinische Epidemiologie.
- Grossmann B, Schuster P (2017). Langzeitpflege in Österreich: Determinanten der staatlichen Kostenentwicklung. Wien: Fiskalrat.
- Gruber G (2017). Gesundheitsziele für Österreich. Erfahrungen aus einem „Gesundheit-in-allen-Politikfeldern-Prozess“. Soziale Sicherheit.5:235.
- Gruber G, Türscherl E (2012). HTA und GFA (HIA) in Österreich – Gemeinsamkeiten und Unterschiede. GMS Health Technology Assessment.12:Doc02.
- Grundversorgungsgesetz (2005). Bundesgesetz, mit dem die Grundversorgung von Asylwerbern im Zulassungsverfahren und bestimmten anderen Fremden geregelt wird (Grundversorgungsgesetz – Bund 2005 – GVG-B 2005).
- GSÖ (2017). Themenbereich: Zahngesundheit für Volksschulen. Baden: Gesellschaft der Schulärztinnen und Schulärzte Österreichs. (<http://www.schulaerzte.at/unsere-themen/zahngesundheit.html>, abgerufen am 26. Juli 2018).
- GuKG-Novelle (2016). Bundesgesetz, mit dem das Gesundheits- und Krankenpflegegesetz, das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz, das Berufsreifepflegungsgesetz und das Ärztegesetz 1998 geändert werden.
- Gyimesi M, Fülöp G, Ivansits S, Pochobradsky E, Stoppacher A, Kawalirek S et al. (2016). Rehabilitationsplan 2016. Wien: Gesundheit Österreich GmbH.

- Habimana K, Bachner F, Bobek J, Ladurner J, Ostermann H (2015). Das österreichische Gesundheitswesen im internationalen Vergleich. Wien: Bundesministerium für Gesundheit.
- Habimana K, Bobek J, Lepuschütz L, Rappold E, Ostermann H, Zuba M (i. E.). Strengthening primary health care and innovating skill-mix in a fragmented decision-making environment: Austria. In: Europäisches Observatorium für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik ed. Patients, peers, professionals: Skill-mix innovations and developments in primary and chronic care settings. Brüssel: Europäisches Observatorium für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik.
- Hausegger T, Hlebic D, Reidl C, Reiter A (2015). Evaluierung der betrieblichen Schiene von fit2work. Wien: Prospect Research & Solution.
- Hebammengesetz (1925). Bundesgesetz vom 2. Juli 1925, betreffend die Regelung des Hebammenwesens.
- HLS-EU Consortium (2012). Comparative report of health literacy in eight EU member states. The European Health Literacy Survey HLS-EU. Maastricht: The European Health Literacy Project. (<https://oepgk.at/comparative-report-of-health-literacy-in-eight-eu-member-states-the-european-health-literacy-survey-hls-eu/>, abgerufen am 29. Mai 2019).
- Hofmarcher M, Rack HM (2006). Austria: Health system review. Health Systems in Transition.8:275.
- Hofmarcher M, Quentin W (2013). Austria. Health system review. Health Systems in Transition.15(7):1– 291.
- Horvath I, Haas S, Knaller C, Sax G (2010). Health impact assessment. Konzept zur Etablierung von HIA in Österreich. Wien: Gesundheit Österreich GmbH/ÖBIG.
- HVB (2006a). Richtlinien über den Ausgleich unterschiedlicher Strukturen 2006 (Strukturausgleichs-Richtlinien 2006, RStruktAusgl 2006) gemäß § 447b Abs. 3 ASVG. Wien: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger.
- HVB (2006b). Handbuch der österreichischen Sozialversicherung 2005. Wien: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger.
- HVB (2012). Die Organisation der österreichischen Sozialversicherung. Soziale Sicherheit.7–8:340–341.
- HVB (2016a). Leistungsrechtliche Werte in der Sozialversicherung 2016. Wien: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger.
- HVB (2016b). 2017: Neue Beträge in der Sozialversicherung. Presseausendung aktuell. Wien: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger.
- HVB (2016c). Statistisches Handbuch der österreichischen Sozialversicherung 2016. Wien: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger.
- HVB (2016d). Rezeptgebührenobergrenze. Wien: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger. (<https://www.sozialversicherung.at/cdscontent/?contentid=10007.748577>, abgerufen am 27. Juli 2018).
- HVB (2017a). Presseinformation aktuell: Gleiche Leistung für gleiches Geld. Wien: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger. (<http://www.hauptverband.at/cdscontent/load?contentid=10008.645158&version=1507123047>, abgerufen am 26. Juli 2018).
- HVB (2017b). Handbuch der österreichischen Sozialversicherung 2017. Wien: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger.
- HVB (2017c). Richtlinien. Wien: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger. (<http://www.hauptverband.at/portal27/hvbportal/content?contentid=10007.693754&viewmode=content>, abgerufen am 26. Juli 2018).
- HVB (2017d). Alle Standorte stehen ab heute fest: Die Rehabilitationszentren für Kinder sind damit komplett – und Realität geworden. 22. Juli 2017. Wien: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger.
- HVB (2017e). Mehr Effizienz durch weniger Parallelgesetzgebung in den Sozialversicherungsgesetzen. Soziale Sicherheit.11:464–472.

- HVB (2017f). Well insured – Social security in Austria. Wien: Wirtschaftsmuseum.
- HVB (2017g). Beitragsrechtliche Werte in der Sozialversicherung 2018. Stichtag: 1. Jänner 2018. Wien: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger.
- HVB (2017h). Leistungen der Krankenversicherung für Versicherte und selbst zu zahlende Angebote. Wien: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger.
- HVB (2017i). Statistisches Handbuch der österreichischen Sozialversicherung 2017. Wien: Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger.
- HVB (2017j). Gesamtverträge. Wien: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger. (<http://www.hauptverband.at/portal27/hvbportal/content?contentid=10007.693774&viewmode=content>, abgerufen am 26. Juli 2018).
- HVB (2017k). Die österreichische Sozialversicherung in Zahlen, 38. Ausgabe: März 2017. Wien: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger.
- HVB (2017l). Service-Entgelt (Gebühr für die e-card). Wien: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger. (<https://www.sozialversicherung.at/portal27/esvportal/content?contentid=10007.683980&viewmode=content>, abgerufen am 26. Juli 2018).
- HVB (2017m). Heilbehelfe/Hilfsmittel: Rechnung einreichen. Wien: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger. (<https://www.sozialversicherung.at/portal27/esvportal/content/contentWindow?viewmode=content&contentid=10007.756093>, abgerufen am 26. Juli 2018).
- HVB (2017n). Leistungsrechtliche Werte in der Sozialversicherung 2017. Wien: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger.
- HVB (2017o). Änderung der Richtlinien über den Ausgleich unterschiedlicher Strukturen 2006 (Strukturausgleichs-Richtlinien 2006). Verlautbarung Nr. 177/2017. Wien: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger.
- HVB (2018a). Statistische Daten aus der Sozialversicherung. Versicherte, Pensionen, Renten. Wien: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger. (<https://www.sozialversicherung.at/portal27/esvportal/content?contentid=10007.683681&viewmode=content>, abgerufen am 26. Juli 2018).
- HVB (2018b). Leistungsrechtliche Werte in der Sozialversicherung 2018. Stichtag 1. Jänner 2018. Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger.
- HVB (2018c). Ab 1. Jänner ist es fix: Jeder Kassenversicherte hat Anspruch auf kurze Wartezeiten bei CT- und MR-Untersuchungen. Wien: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger.
- HVB (2018d). Verwaltungskörper / Organigramm und Mitglieder. Wien: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger. (<http://www.hauptverband.at/portal27/hvbportal/content?contentid=10007.693855&viewmode=content>, abgerufen am 26. Juli 2018).
- HVB (2018e). Elektronischer Erstattungskodex. Wien: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger. (<http://www.hauptverband.at/portal27/hvbportal/content?contentid=10007.694354&viewmode=content>, abgerufen am 26. Juli 2018).
- HVB (2018f). Geringfügigkeit. Wien: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger. (<https://www.sozialversicherung.at/portal27/esvportal/content?contentid=10007.683965&viewmode=content>, abgerufen am 26. Juli 2018).
- IHME (2017). Austria. Wien: Institute for Health Metrics and Evaluation. (<http://www.healthdata.org/austria>, abgerufen am 26. Juli 2018).
- jku (2018). Studiere Medizin an der JKU! Linz: Johannes Kepler Universität. (<https://www.jku.at/studium/themenbereiche/medizin/>, abgerufen am 26. Juli 2018).
- Jung R (2016). Anteil pauschaler Vergütungen in der Allgemeinmedizin. Wien: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger.
- Jurazovitch B, Sax G, Rappold E, Pfabigan D, Stewig F (2015). Demenzstrategie: Gut leben mit Demenz (Abschlussbericht). Wien: Gesundheit Österreich GmbH.
- KAKuG (1957). Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten. BGBl. Nr. 1/1957. Letzte Änderung: BGBl. I Nr. 13/2019.

- Klimont J, Klotz J (2016). Lebenserwartung in Gesundheit nach Bundesland, Geburtsland und Schulbildung. Auswertungen aus der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2014. *Statistische Nachrichten*. 71(9):664–669.
- Korsatko S (2014). Allgemeinmedizin in der Steiermark: Netzwerke niedergelassener Hausärzte. Evaluierung zur Primärversorgung 2014. Graz: Medizinische Universität Graz.
- Krankenkassen-Strukturfondsgesetz (2009). Bundesgesetz über einen Kassenstrukturfonds für die Gebietskrankenkassen (Krankenkassen-Strukturfondsgesetz). BGBl. I Nr. 52/2009. Letzte Änderung: BGBl. I Nr. 118/2015.
- Kringos DS, Boerma WG, Hutchinson A, Saltman RB (2015). Building primary care in a changing Europe. Kopenhagen: WHO-Regionalbüro für Europa.
- Kumpunen S, Trigg L, Rodrigues R (2014). Public reporting in health and long-term care to facilitate provider choice, Policy Summary 13. Kopenhagen: Europäisches Observatorium für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik. (als Gastgeberorganisation und Sekretariat des Europäischen Observatoriums für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik).
- Ladurner J, Gerger M, Holland WW, Mossialos E, Merkur S, Stewart S et al. (2011). Public health in Austria. An analysis of the status of public health. Kopenhagen: Europäisches Observatorium für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik. (als Gastgeberorganisation und Sekretariat des Europäischen Observatoriums für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik).
- Langebner T (2017). Zahlen und Fakten. Die österreichische Krankenhauspharmazie in Zahlen und Fakten. Wien: Arbeitsgemeinschaft Österreichischer Krankenhausapotheker. (<http://www.aahp.at/krankenhauspharmazie>, abgerufen am 26. Juli 2018).
- Leichsenring K (2017). The Austrian Welfare State System: with special reference to the long-term care system. In: Aspalter, C (Hrsg.) *The Routledge international handbook to welfare state systems*. Milton Park (UK): Routledge.
- Leichsenring K, Lamontagne-Goodwin F, Schmidt AE, Rodrigues R, Ruppe G (2014). Performance measurement in long-term care in Austria. In: Mor V, Leone T, Maresso A (Hrsg.) *The challenges in regulating long-term care quality: an international comparison*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Leuprecht E, Lerchner M, Neubauer S, Kern R (2016a). Sektorenübergreifende Patientenbefragung: Expertenbericht 2015. Wien: Bundesministerium für Gesundheit und Frauen.
- Leuprecht E, Lerchner M, Neubauer S, Kern R (2016b). Sektorenübergreifende Patientenbefragung. Ergebnisbericht 2015. Beschlossen durch die Bundes-Zielsteuerungskommission im April 2016.
- LSE Consulting (2017). Efficiency review of Austria's social insurance and healthcare system. Volume 1 – International Comparisons and Policy Options. London: London School of Economics and Political Science (LSE Health).
- Mandlz G (2015). Arbeitsbehelf Erstattungskodex (Stand 14 January 2015). Wien: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger.
- Mantsch S, Petersen P, Wild C (2016). Pharma: Offenlegung geldwerter Leistungen in Österreich 2015. Rapid Assessment 007d. Wien: Ludwig Boltzmann Institut für Health Technology Assessment. (<http://eprints.hta.lbg.ac.at/1107/>, abgerufen am 7. August 2018).
- Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group (2016). Maternal mortality in 1990–2015. Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group. Austria. WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group, and United Nations Population Division. Genf: Weltgesundheitsorganisation.
- Mätzke M, Stöger H (2015). Austria. In: Fierlbeck K, Palley HA (Hrsg.) *Comparative health care federalism*. Farnham, UK/Burlington, USA: Ashgate Publishing Company.

- Medizinproduktegesetz (2014). Bundesgesetz betreffend Medizinprodukte (Medizinproduktegesetz). BGBl. I, Nr. 32/2014.
- medizinstudieren (2018). Studienplätze. Wien: Medizinische Universität Wien. (<http://www.medizinstudieren.at/allgemeine-informationen/studienplaetze-platzvergabe/>, abgerufen am 26. Juli 2018).
- Miko H-R (2017). Medizinerquote darf bleiben. 17. Mai 2017. Wien: Vertretung der EU-Kommission in Österreich. (https://www.ots.at/presseaussendung/OTS_20170517_OTS0154/medizinerquote-darf-bleiben, abgerufen am 26. Juli 2018).
- Mossialos E, Allin S, Ladurner J (2006). Framework performance assessment. London: London School of Economics.
- Nagel R (2015). Aktuelle Entwicklungen und eine Zwischenbilanz der 24-Stunden-Betreuung nach 7 Jahren. Pflegekongress 2015, 5–6 November 2015, Wien.
- Nemeth C, Pelttari L (2016). Pädiatrische Hospiz- und Palliativversorgung in Österreich, Deutschland und Schweiz. *Pädiatrie & Pädologie*.51:244–248.
- Neutralitätsgesetz (1955). Bundesverfassungsgesetz vom 26. Oktober 1955 über die Neutralität Österreichs. BGBl. Nr. 211/1955.
- NZFH (2017a). Frühe Hilfen Österreich. Wien: Nationales Zentrum Frühe Hilfen/ Gesundheit Österreich GmbH. (<http://www.fruehehilfen.at/de/Fruhe-Hilfen/Fruhe-Hilfen-Oesterreich.htm>, abgerufen am 1. Dezember 2017).
- NZFH (2017b). Frühe Hilfen in Österreich. Wien: Nationales Zentrum Frühe Hilfen/ Gesundheit Österreich GmbH. (<http://www.fruehehilfen.at/>, abgerufen am 26. Juni 2017).
- ÖÄK (2012). Außerordentliche Vollversammlung der Österreichischen Ärztekammer Protestkonvent der Ärztinnen und Ärzte „Gesundheitsreform 2012“. Wien: Österreichische Ärztekammer.
- ÖÄK (2015). Ärzteliste der Österreichischen Ärztekammer. Wien: Österreichische Ärztekammer.
- ÖÄK (2017a). Ärzteliste der Österreichischen Ärztekammer. Wien: Österreichische Ärztekammer.
- ÖÄK (2017b). Apotheke in Zahlen 2017. Wien: Österreichische Apothekerkammer.
- ÖÄK, BMG (2012). Verordnung der Österreichischen Ärztekammer zur Qualitätssicherung der ärztlichen Versorgung durch niedergelassene Ärzte und Ärztinnen sowie Gruppenpraxen (Qualitätssicherungsverordnung 2012 – QS-VO 2012) in der Fassung der Verordnung des Bundesministers für Gesundheit. BGBl. II Nr. 452/2011.
- OECD (2015). Changing patterns in the international migration of doctors and nurses to OECD countries. In: OECD (Hrsg.) International migration outlook 2015. Paris: OECD Publishing.
- OECD (2017a). OECD database. Health care utilisation [Online-Datenbank]. Paris: OECD. (https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH_PROC, abgerufen am 26. Juli 2018).
- OECD (2017b). Health at a glance 2017: OECD indicators. Paris: OECD Publishing.
- OECD (2017c). OECD database. Health expenditure and financing [Online-Datenbank]. Paris: OECD. (<https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SHA>, abgerufen am 26. Juli 2018).
- OECD (2017d). Database of the OECD. Health care resources. Paris: OECD. (https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH_REAC, abgerufen am 26. Juli 2018).
- OECD (2017e). OECD database. Health status. Life expectancy [Online-Datenbank]. Paris: OECD. (http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT, abgerufen am 26. Juli 2018).
- OECD (2017f). OECD database. Health status. Mortality [Online-Datenbank]. Paris: OECD. (http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT, abgerufen am 26. Juli 2018).

- OECD (2017g). OECD database. Health care resources. Physicians by categories [Online-Datenbank]. Paris: OECD. (https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH_REAC, abgerufen am 26. Juli 2018).
- OECD (2017h). OECD database. Health care resources. Dentists [Online-Datenbank]. Paris: OECD. (https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH_REAC, abgerufen am 26. Juli 2018).
- OECD (2017i). OECD database. Non-medical determinants of health: Alcohol consumption [Online-Datenbank]. Paris: OECD. (https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH_LVNG, abgerufen am 26. Juli 2018).
- OECD (2017j). OECD database. Health workforce migration. Foreign-trained doctors by country of origin – Annual inflow [Online-Datenbank]. Paris: OECD. (<http://stats.oecd.org/index.aspx?queryid=68336>, abgerufen 10. Oktober 2017).
- OECD (2017k). OECD database. Health workforce migration. Foreign-trained doctors by country of origin – Stock [Online-Datenbank]. Paris: OECD. (<http://stats.oecd.org/index.aspx?queryid=68336>, abgerufen 10. Oktober 2017).
- OECD (2017l). OECD database. Health care quality indicators [Online-Datenbank]. Paris: OECD. (https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH_HCQI, abgerufen am 26. Juli 2018).
- OECD (2017m). OECD database. Health expenditures and financing. Pharmaceutical expenditures. Paris: OECD. (<https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SHA>, abgerufen am 26. Juli 2018).
- OECD (2017n). OECD database. Share of cataract surgeries carried out as day cases, 2000 and 2015 (or nearest year). Paris: OECD. (http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT, abgerufen am 26. Juli 2018).
- OECD (2017o). Health at a glance 2017: OECD indicators. How does Austria compare? Paris: OECD Publishing.
- OECD (2017p). OECD database. Health status. Maternal and infant mortality. Paris: OECD. (http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT, abgerufen am 26. Juli 2018).
- OECD (2018a). OECD database. Health expenditure and financing. Paris: OECD. (<https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SHA>, abgerufen am 8. Mai 2018).
- OECD (2018b). OECD database. Health expenditure and financing. Paris: OECD. (<https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SHA>, abgerufen am 16. Jänner 2018).
- OECD (2018c). OECD database. Health care utilisation. Paris: OECD. (https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH_PROC, abgerufen am 26. Juli 2018).
- OECD (2018d). OECD database. Health status. Mortality. Paris: OECD. (http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT, abgerufen am 13. März 2018).
- OECD, Europäisches Observatorium für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik (2017). Austria: Country health profile 2017, State of health in the EU. Paris: OECD.
- OECD, Eurostat, WHO (2011). A system of health accounts. Paris: OECD Publishing.
- OECD/EU (2016). Health at a glance: Europe 2016 – State of health in the EU Cycle. Paris: OECD Publishing.
- oegkv (2017a). Fachhochschulen. Wien: Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband. (<https://www.oegkv.at/aus-und-weiterbildung/ausbildung/fachhochschulen/>, abgerufen am 26. Juli 2018).
- oegkv (2017b). Schulen für Gesundheits- und Krankenpflege. Wien: Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband. (<https://www.oegkv.at/aus-und-weiterbildung/ausbildung/schulen-fuer-gesundheits-und-krankenpflege/>, abgerufen 26. Juli 2018).
- oegkv (2017c). Fort- und Weiterbildung. Wien: Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband. (<https://www.oegkv.at/aus-und-weiterbildung/fort-und-weiterbildung/>, abgerufen am 26. Juli 2018).

- ÖPGK (2017a). Toolbox 2015 zum Wiener Konzept Gesundheitskompetenter Krankheitsbehandlungsorganisationen. Wien: Österreichische Plattform Gesundheitskompetenz/Gesundheit Österreich GmbH. (https://oepgk.at/_wissenscenter/toolbox-2015-wkgkko/, abgerufen am 26. Juni 2018).
- ÖPGK (2017b). Hintergrund & Zielsetzung. Wien: Österreichische Plattform Gesundheitskompetenz. (<https://oepgk.at/die-oepgk/hintergrund-zielsetzung/>, abgerufen am 26. Juli 2018).
- Österle A, Bauer G (2012). Home care in Austria: the interplay of family orientation, cash-for-care and migrant care. *Health & Social Care in the Community*.20:265–273.
- Ostermann H (2017). Zielsteuerung 2.0 – Alter Wein in neuen Schläuchen oder Motor für den Systemwandel: Herausforderungen, Chancen und Potenziale der Gesundheitsreform. Gesundheit Österreich GmbH. Wien: E-Health Forum (Konferenz), 16. November 2017.
- Österreichische Akademie der Ärzte (2017). Ärztliche Fort- und Weiterbildung in Österreich. Bericht 2017. Wien: Österreichische Ärztekammer and Österreichische Akademie der Ärzte GmbH.
- Österreichische Arzneitaxe (1962). Verordnung des Bundesministeriums für soziale Verwaltung vom 10. April 1962 womit eine Österreichische Arzneitaxe herausgegeben wird.
- Österreichischer Rechnungshof (2016a). Bericht des Rechnungshofes. Instrumente zur finanziellen Steuerung der Krankenversicherung. Wien: Österreichischer Rechnungshof.
- Österreichischer Rechnungshof (2018). Bericht des Rechnungshofes. Versorgung im Bereich der Zahnmedizin. Reihe BUND 2018/24. Wien: Österreichischer Rechnungshof.
- Österreichischer Stabilitätspakt (2012). Vereinbarung zwischen dem Bund, den Ländern und den Gemeinden über einen Österreichischen Stabilitätspakt 2012 – ÖStP 2012. BGBl. I Nr. 30/2013. Wien.
- Österreichisches Parlament (2013). Zielsteuerung Gesundheit, Information des Nationalrats. Wien: Republik Österreich, Parlamentsdirektion. (https://www.parlament.gv.at/PAKT/VHG/XXIV/E/E_00301/index.shtml, abgerufen am 26. Juli 2018).
- Österreichisches Parlament (2017a). Bundesrat. Wien: Republik Österreich, Parlamentsdirektion. (<https://www.parlament.gv.at/PERK/NRBRBV/BR/>).
- Österreichisches Parlament (2017b). Der Weg eines Bundesgesetzes. Wien: Republik Österreich, Parlamentsdirektion. (<https://www.parlament.gv.at/PERK/GES/WEG/>, abgerufen am 26. Juli 2018).
- Österreichisches Parlament (2017c). Wozu Gewaltenteilung? Wien: Republik Österreich, Parlamentsdirektion. (<https://www.parlament.gv.at/PERK/PARL/POL/ParluGewaltenteilung/index.shtml>, abgerufen am 26. Juli 2018).
- Österreichisches Rotes Kreuz (2017a). Bilanz der Menschlichkeit. Jahresbericht des Österreichischen Roten Kreuzes 2016. Wien: Österreichisches Rotes Kreuz.
- Österreichisches Rotes Kreuz (2017b). Katastrophenschutz in Österreich. Wien: Österreichisches Rotes Kreuz. (<http://www.rotekreuz.at/katastrophenhilfe/katastrophenhilfe-im-detail/koordination-und-zustaendigkeiten/katastrophenschutz-in-oesterreich/>, abgerufen am 26. Juli 2018).
- Österreichisches Rotes Kreuz (2017c). Finanzierung des Rettungsdienstes. Wien: Österreichisches Rotes Kreuz. (<http://www.rotekreuz.at/rettungsdienst/daseinsvorsorge/finanzierung-des-rettungsdienstes/>, abgerufen am 26. Juli 2018).
- Panteli D, Arickx F, Cleemput I, Dedet G, Eckhardt H, Fogarty E et al. (2016). Pharmaceutical regulation in 15 European countries: Review. *Health Systems in Transition*.18(5):1–118.
- Patientencharta (2001). Vereinbarung zur Sicherstellung der Patientenrechte (Patientencharta). LGBl. Nr. 89/2001.
- PatVG (2006). Bundesgesetz über Patientenverfügungen (Patientenverfügungs-Gesetz – PatVG).

- Pelinka A, Winter-Ebmer R, Zohnhöfer R (2016). Austria Report. Sustainable Governance Indicators 2016. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung.
- Pelttari L, Nemeth C (2014). Hospiz und Palliative Care in Österreich – Facts & Figures (erstellt für die Sitzung der Enquete-Kommission zum Thema „Würde am Ende des Lebens“ am 16. Dezember 2014). Wien: Hospiz Österreich.
- Pelttari L, Pissarek AH (2013). European insight, Hospiz Österreich: advancing end-of-life care in Austria. *European Journal of Palliative Care*.20:102.
- Pelttari L, Pissarek AH (2017). Hospiz- und Palliative Care in Österreich. Wien: Hospiz Österreich.
- Pfeiffer K (2007). Empfehlungen für eine österreichische e-Health Strategie. Eine Informations- und Kommunikationsstrategie für ein modernes österreichisches Gesundheitswesen. Wien: e-Health Initiative.
- Pflegefondsgesetz (2011). Bundesgesetz, mit dem ein Pflegefonds eingerichtet und ein Zweckzuschuss an die Länder zur Sicherung und zum bedarfsgerechten Aus- und Aufbau des Betreuungs- und Pflegedienstleistungsangebotes in der Langzeitpflege für die Jahre 2011 bis 2021 gewährt wird (Pflegefondsgesetz – PFG). BGBl. I Nr. 57/2011. Letzte Änderung: BGBl. I Nr. 22/2017.
- Pharmazeutische Gehaltskasse (2017). Number of hospital pharmacies. Unveröffentlicht. Wien: Pharmazeutische Gehaltskasse.
- Pharmazeutische Gehaltskasse (2018). Pharmazeutische Gehaltskasse für Österreich [Website]. Wien: Pharmazeutische Gehaltskasse. (<https://www.gehaltskasse.at/>, abgerufen am 26. Juli 2018).
- Pharmig (2016). Facts & Figures 2016: Medicinal products and health care in Austria. Wien: Association of the Austrian Pharmaceutical Industry.
- Pharmig (2017). Facts & Figures 2017. Medicinal products and health care in Austria. Wien: Association of the Austrian Pharmaceutical Industry.
- Philippi T (2015). The Electronic Health Record (ELGA) in Austria. Wien: ELGA GmbH. (http://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/1/7/2/CH1538/CMS1458292318057/1511_elga_the_electronic_health_record_in_austria.pdf, abgerufen 29. Mai 2019).
- pmu (2017). Studium der Humanmedizin. Salzburg: Paracelsus Medizinische Privatuniversität. (<http://www.pmu.ac.at/humanmedizin.html>, abgerufen am 26. Juli 2018).
- Pochobradsky E, Bergmann F, Brix-Samoylenko H, Erfkamp H, Laub R (2005). Situation pflegender Angehöriger (Endbericht). Wien: Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheit/Bundesministerium für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz.
- Primärversorgungsgesetz (2017). Bundesgesetz, mit dem ein Bundesgesetz über die Primärversorgung in Primärversorgungseinheiten (Primärversorgungsgesetz 2017 – PVG 2017) erlassen und das Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz, das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz, das Gewerbliche Sozialversicherungsgesetz, das Bauern-Sozialversicherungsgesetz, das Beamten-Kranken- und Unfallversicherungsgesetz und das Unterbringungsgesetz geändert werden (Gesundheitsreformumsetzungsgesetz 2017 – GRUG 2017). Wien: Nationalrat.
- Pruckner G, Hummer M (2013). Fördern private Zuzahlungen im Gesundheitswesen die Zweiklassenmedizin? Schwerpunktthema Private Mittel im Gesundheitssystem. *Zeitschrift für Gesundheitspolitik*.3:37–62.
- PsyOnline (2018). Psychotherapie auf Krankenschein. Wien: PsyOnline. (<https://www.psyonline.at/contents/595/psychotherapie-auf-krankenschein>, abgerufen am 26. Juli 2018).
- Rainer L, Theurl E (2015). Zur Entwicklung der Pflegegeldausgaben in Österreich: Eine empirische Bestandsaufnahme. *Wirtschaft und Gesellschaft*.41:565–592.

- Ramelow D, Griebler R, Hofmann F, Unterweger K, Mager U, Felder-Puig O et al. (2011). Gesundheit und Gesundheitsverhalten von österreichischen Schülern und Schülerinnen. Ergebnisse des WHO-HBSC-Survey 2010. Wien: Bundesministerium für Gesundheit.
- Ramelow D, Teutsch F, Hofmann F, Felder-Puig O (2015). Gesundheit und Gesundheitsverhalten von österreichischen Schülern und Schülerinnen. Ergebnisse des WHO-HBSC-Survey 2014. Wien: Bundesministerium für Gesundheit und Frauen.
- Rappold E, Juraszovich B, Pochobradsky E, Gyimesi M (2017). Pflegepersonalbedarfsprognose Vorarlberg. Wien: Gesundheit Österreich GmbH.
- Verordnung 2004/726/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 31. März 2004 zur Festlegung von Gemeinschaftsverfahren für die Genehmigung und Überwachung von Human- und Tierarzneimitteln und zur Errichtung einer Europäischen Arzneimittel-Agentur.
- Verordnung 2016/679/EU des Europäischen Parlaments und des Rates vom 27. April 2016 zum Schutz natürlicher Personen bei der Verarbeitung personenbezogener Daten, zum freien Datenverkehr und zur Aufhebung der Richtlinie 95/46/EG (Datenschutz-Grundverordnung).
- Verordnung 2017/745/EU des Europäischen Parlaments und des Rates vom 5. April 2017 über Medizinprodukte, zur Änderung der Richtlinie 2001/83/EG, der Verordnung (EG) Nr. 178/2002 und der Verordnung (EG) Nr. 1223/2009 und zur Aufhebung der Richtlinien 90/385/EWG und 93/42/EWG des Rates.
- Verordnung 2017/746/EU des Europäischen Parlaments und des Rates vom 5. April 2017 über In-vitro-Diagnostika und zur Aufhebung der Richtlinie 98/79/EG und des Beschlusses 2010/227/EU der Kommission.
- Reichssanitätsgesetz (1870). Gesetz vom 30. April 1870, betreffend die Organisation des öffentlichen Sanitätsdienstes. RGBl. Nr. 68/1870.
- Reisinger A (2012). Rettungsdienst in Österreich. Herausforderungen an Ausbildung und strukturelle Entwicklung. Linz: Masterarbeit, Body & Health Academy GmbH.
- Reisner C (2010). Die neue Ärzte-GmbH: Berufsrechtliche, sozialversicherungsrechtliche und steuerrechtliche Aspekte. Consilium.11/10:26–27.
- Reiter D, Fülöp G, Gyimesi M, Nemeth C (2012). Rehabilitationsplan 2012. Wien: Gesundheit Österreich GmbH.
- Rezeptpflichtgesetz (1972). Bundesgesetz vom 25. Oktober 1972 über die Abgabe von Arzneimitteln auf Grund ärztlicher Verschreibung (Rezeptpflichtgesetz).
- Riedel M, Kraus M (2010). The long-term care system for the elderly in Austria. ENEPRI Research Report No 69. Brüssel: Centre for European Policy Studies.
- Rodrigues R (2010). Work package 6: Governance and finance (Austrian national report). INTERLINKS. Wien: Health systems and long-term care for older people in Europe – Modelling the INTERfaces and LINKS between prevention, rehabilitation, quality of services and informal care.
- Rodrigues R, Huber M, Lamura G eds. (2012). Facts and figures on healthy ageing and long-term care. Wien: European Centre for Social Welfare Policy and Research.
- Rodrigues R, Trigg LJ, Schmidt AE, Leichsenring K (2014). The public gets what the public wants: experiences of public reporting in long-term care in Europe. Health Policy.116:84–94.
- Rodrigues R, Ilinca S, Schmidt AE (2017). Income-rich and wealth-poor? The impact of measures of socio-economic status in the analysis of the distribution of long-term care use among older people. Health Economics 27(3):1–10.
- RÖV (2005). Richtlinien über die ökonomische Verschreibeweise von Heilmitteln und Heilbehelfen. Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger. Wien: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger.
- Sachwalterrechts-Änderungsgesetz (2006). Sachwalterrechts-Änderungsgesetz 2006 – SWRÄG.

- Sanwald A, Theurl E (2015). Out-of-pocket payments in the Austrian healthcare system – a distributional analysis. *International Journal for Equity in Health* 14:94.
- Sanwald A, Theurl E (2016). Out-of-pocket expenditure by private households for dental services – empirical evidence from Austria. *Health Economics Review* 6:10.
- Sanwald A, Theurl E (2017). Out-of-pocket expenditures for pharmaceuticals: lessons from the Austrian household budget survey. *The European Journal of Health Economics*.18:435–447.
- Schmidt AE, Winkelmann J, Rodrigues R, Leichsenring K (2015). Lessons for regulating informal markets and implications for quality assurance – the case of migrant care workers in Austria. *Ageing & Society*.36:741–763.
- Schmidt AE, Fuchs M, Rodrigues R (2016). Juggling family and work: Leaves from work to care informally for frail or sick family members – an international perspective. Policy Brief. Wien: European Centre for Social Welfare Policy and Research.
- Schneider U, Österle A, Schober D, Schober C (2006). *Die Kosten der Pflege in Österreich: Ausgabenstrukturen und Finanzierung*. Wien: Wirtschaftsuniversität Wien.
- Schulunterrichtsgesetz (1986). Bundesgesetz über die Ordnung von Unterricht und Erziehung in den im Schulorganisationsgesetz geregelten Schulen (Schulunterrichtsgesetz – SchUG). BGBl. Nr. 472/1986.
- sfu (2017). *Aufnahmeverfahren Bachelor-Studiengang Humanmedizin SFU MED*. Wien: Sigmund Freud Privatuniversität. (<https://med.sfu.ac.at/de/aufnahmeverfahren-med>, abgerufen am 27. Juli 2018).
- Sommersguter-Reichmann M, Stepan A (2017). Hospital physician payment mechanisms in Austria: do they provide gateways to institutional corruption? *Health Economics Review*.7:11.
- Sozialversicherungs-Chipkarten Betriebs- und Errichtungsgesellschaft m.b.H. (2017). *The Austrian e-card System*. Wien: Sozialversicherungs-Chipkarten Betriebs- und Errichtungsgesellschaft m.b.H. (<http://www.chipkarte.at/portal27/ecardportal/content?contentid=10007.678587&viewmode=content>, abgerufen am 27. Juli 2018).
- Sozialversicherungsüberleitungsgesetz (1947). Bundesgesetz vom 12. Juni 1947 über die Überleitung zum österreichischen Sozialversicherungsrecht (Sozialversicherungsüberleitungsgesetz – SV-ÜG).
- Spak C (2015). *Jahresbericht 2015*. AmberMed. Wien: Ambulant-medizinische Versorgung, soziale Beratung und Medikamentenhilfe für Menschen ohne Versicherungsschutz.
- Staatsvertrag (1955). Staatsvertrag betreffend die Wiederherstellung eines unabhängigen und demokratischen Österreich. BGBl. Nr. 152/1955. Letzte Änderung: BGBl. I Nr. 2/2008.
- Statistik Austria (2014). *Die Österreichische Gesundheitsbefragung 2014 (ATHIS)*. Wien: Statistik Austria. (https://www.statistik.at/web_de/frageboegen/private_haushalte/gesundheitsbefragung/index.html, abgerufen am 26. Juli 2018).
- Statistik Austria (2015). *Österreichische Gesundheitsbefragung 2014: Hauptergebnisse des Austrian Health Interview Survey (ATHIS) und methodische Dokumentation*. Wien: Statistik Austria.
- Statistik Austria (2016a). *Soziodemographische und sozioökonomische Determinanten von Gesundheit. Auswertungen der Daten des Austrian Health Interview Survey (ATHIS 2014) zu Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen*. Wien: Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, Statistik Austria.
- Statistik Austria (2016b). *Chronische Krankheiten und Gesundheitsprobleme mit ärztlicher Diagnose. Gesundheitsbefragung 2014. – Bevölkerung in Privathaushalten im Alter von 15 und mehr Jahren. – Hochgerechnete Zahlen*. Erstellt am 18. Oktober 2016.
- Statistik Austria (2016c). *Internetnutzerinnen und Internetnutzer 2016*. Wien: Statistik Austria. (http://www.statistik.at/wcm/idc/idcplg?IdcService=GET_NATIVE_FILE&RevisionSelectionMethod=LatestReleased&dDocName=073636, abgerufen am 26. Juli 2018).

- Statistik Austria (2016d). Personen mit Internetnutzung für private Zwecke 2016. Wien: Statistik Austria. (abgerufen am 26. Juli 2018).
- Statistik Austria (2017a). Lebenserwartung 2014 nach subjektivem Gesundheitszustand und höchster abgeschlossener Ausbildung. Wien: Statistik Austria. (http://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/gesundheit/gesundheitszustand/lebenserwartung_in_gesundheit/041865.html, abgerufen am 26. Juli 2018).
- Statistik Austria (2017b). Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2016. Wien: Statistik Austria.
- Statistik Austria (2017c). Hebammen 2016 in Berufsausübung. Wien: Statistik Austria. (http://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/gesundheit/gesundheitsversorgung/personal_im_gesundheitswesen/022356.html, abgerufen am 26. Juli 2018).
- Statistik Austria (2017d). Personal in Krankenanstalten 2016 nach Fachrichtungen, Geschlecht und Bundesländern. Wien: Statistik Austria.
- Statistik Austria (2017e). Entwicklung der Krebsprävalenz im Zeitverlauf, Österreich ab 2000. Österreichisches Krebsregister (Stand 15. November 2016) und Todesursachenstatistik. Erstellt am 28. November 2016. 1) Personen mit malignen invasiven Tumoren (Zählung inkl. Mehrfachtumoren). Wien: Statistik Austria.
- Statistik Austria (2017f). Ärzte und Ärztinnen seit 1960 absolut und auf 100.000 Einwohner. Wien: Statistik Austria. (http://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/gesundheit/gesundheitsversorgung/personal_im_gesundheitswesen/022350.html, abgerufen am 26. Juli 2018).
- Statistik Austria (2017g). Bevölkerung mit Migrationshintergrund seit 2008. Wien: Statistik Austria. (http://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/bevoelkerung/bevoelkerungsstruktur/bevoelkerung_nach_migrationshintergrund/069443.html, abgerufen am 26. Juli 2018).
- Statistik Austria (2017h). Bevölkerung. Wien: Statistik Austria. (http://statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/bevoelkerung/index.html, abgerufen am 26. Juli 2018).
- Statistik Austria (2017i). Öffentliche Finanzen 2016: Öffentliches Defizit 1,6%, öffentlicher Schuldenstand 84,6% des BIP. Pressemitteilung: 11.505-065/17. Wien: Statistik Austria.
- Statistik Austria (2017j). Gestorbene nach ausgewählten Merkmalen, Lebenserwartung und Säuglingssterblichkeit seit 2006. Wien: Statistik Austria. (http://statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/bevoelkerung/gestorbene/index.html, abgerufen am 27. Juli 2018).
- Statistik Austria (2017k). Care services. Wien: Statistik Austria. (http://www.statistik.at/web_en/statistics/PeopleSociety/social_statistics/social_benefits_at_laender_level/care_services/index.html, abgerufen am 26. Juli 2018).
- Statistik Austria (2017l). Lebenserwartung bei der Geburt 2016 nach regionalen Gliederungen (16. Juni 2017). Wien: Statistik Austria.
- Statistik Austria (2017m). Bundespflegegeld. Wien: Statistik Austria. (http://www.statistik-austria.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/soziales/sozialeleistungen_auf_bundesebene/bundespflegegeld/index.html, abgerufen am 26. Juli 2018).
- Statistik Austria (2017n). Öffentlicher Schuldenstand. Wien: Statistik Austria. (http://www.statistik.at/web_de/statistiken/wirtschaft/oeffentliche_finanzen_und_steuern/maastricht-indikatoren/oeffentlicher_schuldenstand/index.html, abgerufen am 26. Juli 2018).
- Statistik Austria (2017o). Mikrozensus-Arbeitskräfteerhebung Jahresdaten (Q) Wirtschaftsaktivität (ÖNACE 2008) nach Jahr nach Erwerbsstatus (ILO). Wien: STATcube – Statistische Datenbank von Statistik Austria.
- Statistik Austria (2017p). Malignome, insgesamt (C00-C97, ohne C44) – Krebsmortalität (Sterbefälle pro Jahr), Österreich ab 1983. Wien: Statistik Austria. (http://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/gesundheit/krebserkrankungen/krebs_im_ueberblick/index.html, abgerufen am 26. Juli 2018).

- Statistik Austria (2017q). Demographische Indikatoren – erweiterte Zeitreihen ab 1961 für Österreich. Wien: Statistik Austria. (http://statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/bevoelkerung/demographische_indikatoren/index.html, abgerufen am 27. Juli 2018).
- Statistik Austria (2017r). Malignome, insgesamt (C00-C97, ohne C44) – Krebsinzidenz (Neuerkrankungen pro Jahr), Österreich ab 1983. Wien: Statistik Austria. (http://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/gesundheit/krebserkrankungen/krebs_im_ueberblick/index.html, abgerufen am 26. Juli 2018).
- Statistik Austria (2017s). Chronische Krankheiten und Gesundheitsprobleme 2014. Wien: Statistik Austria. (http://statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/gesundheit/gesundheitszustand/chronische_krankheiten/index.html, abgerufen am 26. Juli 2018).
- Statistik Austria (2017t). Überblick – Gesundheitsausgaben in Österreich laut System of Health Accounts (SHA) 1) 1990 – 2015, in Mio. Euro. Wien: Statistik Austria. (http://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/gesundheit/gesundheitsausgaben/index.html, abgerufen am 26. Juli 2018).
- Statistik Austria (2017u). Geborene nach ausgewählten demografischen und medizinischen Merkmalen seit 2006. Wien: Statistik Austria. (http://statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/bevoelkerung/geborene/index.html, abgerufen am 26. Juli 2018).
- Statistik Austria (2017v). Todesursachen gesamt. Aktuelle Jahresergebnisse. Wien: Statistik Austria. (http://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/gesundheit/todesursachen/todesursachen_im_ueberblick/index.html, abgerufen am 26. Juli 2018).
- Statistik Austria (2017w). Current expenditure on health care by function, providers and financing schemes in Austria, 2015 (in million euros). Wien: Statistik Austria. (http://statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/gesundheit/gesundheitsausgaben/index.html, abgerufen am 26. Juli 2018).
- Statistik Austria (2017x). Krankenstandsfälle und -tage nach Alter und Geschlecht seit 1995. Wien: Statistik Austria. (http://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/gesundheit/gesundheitszustand/krankenstandstage/index.html, abgerufen am 26. Juli 2018).
- Statistik Austria (2018a). Todesursachenstatistik 1980–2016. Wien: Statistik Austria. (http://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/gesundheit/todesursachen/todesursachen_im_ueberblick/index.html, abgerufen am 26. Juli 2018).
- Statistik Austria (2018b). Arbeitsmarktstatistiken 2016: Detaillierergebnisse C Erwerbspersonen und D Erwerbstätigkeit. Wien: Statistik Austria. (http://www.statistik.at/wcm/idc/idcplg?IdcService=GET_NATIVE_FILE&RevisionSelectionMethod=LatestReleased&docName=073887, abgerufen am 26. Juli 2018).
- Statistik Austria (2018c). Betreuungs- und Pflegedienste. Wien: Statistik Austria. (http://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/soziales/sozialeleistungen_auf_landesebene/betreuungs_und_pflegedienste/index.html, abgerufen am 26. Juli 2018).
- Statistik Austria (2018d). Allgemeiner Einkommensbericht 2016. Unselbständig Erwerbstätige. Berufsgruppen. Bruttojahreseinkommen der unselbständig Erwerbstätigen nach Berufsgruppen. Wien: Statistik Austria. (https://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/soziales/personen-einkommen/allgemeiner_einkommensbericht/index.html, abgerufen am 26. Juli 2018).
- Steiner G (2016). 60 Jahre ASVG. Soziale Sicherheit. I/2016:5–14.
- Stemar G (2015). Managed entry agreements für Arzneimittel – Auswirkungen auf und Möglichkeiten für den intramuralen Versorgungsbereich in Österreich. Masterarbeit. Wien: Wirtschaftsuniversität Wien.

- Suchtvorbeugung Österreichische ARGE (2017). Österreichische ARGE Suchtvorbeugung [Website]. Linz: Österreichische ARGE Suchtvorbeugung. (<https://www.suchtvorbeugung.net/>, abgerufen am 26. Juli 2018).
- SVÄG (2010). 2. Sozialversicherungs-Änderungsgesetz 2010.
- SVB (2016). Auswertung der von den diplomierten Gesundheits-/Krankenpflegepersonen durchgeführten Hausbesuche im Zeitraum von Jänner bis Dezember 2016: Pflegegeldbezieher, bei denen im Rahmen eines Hausbesuches die Voraussetzungen für die Gewährung einer Förderung zur 24-h-Betreuung gemäß § 21b Abs. 2 Ziffer 5 lit. b BPGG beurteilt wurden. In: Sozialversicherungsanstalt der Bauern ed. Kompetenzzentrum Qualitätssicherung in Der Häuslichen Pflege. Wien: Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, Sozialversicherungsanstalt der Bauern.
- TQS, HVB (2016). Bevölkerungsbefragung 2016. Erhebung des Wissensstandes der Bevölkerung zu gesundheitspolitischen Themen mit besonderem Fokus auf die aktuelle Gesundheitsreform. Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger unter Mitarbeit der Gesundheit Österreich. Wien: Bundesministerium für Gesundheit.
- Transparency International (2018a). Gesundheitswesen. Berlin: Transparency International. (<https://www.ti-austria.at/?s=Gesundheit>, abgerufen am 28. Februar 2018).
- Transparency International (2018b). Gesundheitswesen – Relevanz des Themenbereiches. Berlin: Transparency International. (<https://www.ti-austria.at/worum-es-geht/korruption-nach-themenbereichen/gesundheitswesen/>, abgerufen am 26. Juli 2018).
- Trukeschitz B, Schneider U (2012). Long-term care financing in Austria. In: Costa-Font J, Courbage C (Hrsg.). Financing long-term care in Europe. Institutions, markets and models. Basingstoke, UK: Palgrave Macmillan.
- Trukeschitz B, Schneider U, Mühlmann R, Ponocny I (2013). Informal eldercare and work-related strain. *The Journals of Gerontology: Series B*.68:257–267.
- UG (2002). Bundesgesetz über die Organisation der Universitäten und ihre Studien (Universitätsgesetz 2002 – UG).
- Umweltbundesamt (2016). Elfter Umweltkontrollbericht. Umweltsituation in Österreich. Bericht des Umweltministers an den Nationalrat. Wien: Umweltbundesamt.
- Ungerson C (2004). Whose empowerment and independence? A cross-national perspective on “cash for care” schemes. *Ageing & Society*.24:189–212.
- Universität Wien (2012). PatientInnen- und Angehörigenorganisationen in Österreich (PAO). Wien: Universität Wien. (<http://www.univie.ac.at/pao/>, abgerufen am 22. Dezember 2018).
- Unterthurner M (2007). Selbstbehalte im Österreichischen Gesundheitssystem. *WISO*.2:115–131.
- Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit (2017). Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit. BGBl. I Nr. 97/2017.
- Vereinbarungsumsetzungsgesetz (2017). Bundesgesetz, mit dem ein Bundesgesetz zur partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit (Gesundheits-Zielsetzungsgesetz – G-ZG) erlassen wird.
- Vereinsgesetz (1867). Gesetz vom 15. November 1867 über das Vereinsrecht. RGBl. Nr. 134/1867.
- Vogler S, Zimmermann N (2016). Glossary of pharmaceutical terms. Wien: WHO Collaborating Centre for Pharmaceutical Pricing and Reimbursement Policies.
- Vogler S, Morak S, Zimmermann N (2010). Pharma-Glossar. Wien: Gesundheit Österreich GmbH/Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheit.
- Vogler S, Schmickl B, Zimmermann N (2013). Short PPRI / PHIS Pharma Profile Austria 2013. Wien: Gesundheit Österreich GmbH.
- Vogler S, Paris V, Ferrario A, Wirtz VJ, de Joncheere K, Schneider P et al. (2017). How can pricing and reimbursement policies improve affordable access to medicines? Lessons learned from European countries. *Appl Health Econ Health Pol*.15:307–321.

- VVÖ (2013). Broschüre „Auf den Punkt gebracht“ – Krankenversicherung. Wien: Versicherungsverband Österreich. (<https://www.vvo.at/vvo/vvo.nsf/033bc38c04cb4a8bc12574dc005de1e4/8dcdaf7069e9d161c12580f9003f41e4?OpenDocument>, abgerufen 29. Mai 2019).
- VVÖ (2017). Jahresbericht 2016. Wien: Versicherungsverband Österreich.
- Waldner G (2001). Die Entwicklung der Honorare bei niedergelassenen Ärzten in Österreich, Deutschland und in den Niederlanden. Eine vergleichende Studie. Linz: Institut für Gesellschafts- und Sozialpolitik, Johannes Kepler Universität und Oberösterreichische Gebietskrankenkasse.
- Weiss S (2014). Komplementärmedizin in Österreich aus der rechtlichen Perspektive. Tagung „Wer heilt hat recht?“. 18. Juni 2014, Wien.
- Weltkarte (2018). Landkarten von Österreich [Website]. (<https://www.weltkarte.com/europa/oesterreich>, abgerufen am 6. September 2018).
- WGKK (2017a). Wiener Gebietskrankenkasse [Website]. Wien: Wiener Gebietskrankenkasse. (<http://www.wgkk.at>, abgerufen am 26. Juli 2018).
- WGKK (2017b). Teeth. Wien: Wiener Gebietskrankenkasse. Wien: Wiener Gebietskrankenkasse. (<http://www.wgkk.at/portal27/wgkkportal/content?contentid=10007.755090&viewmode=content>, abgerufen am 26. Juli 2018).
- WHO (2001). Legal status of traditional medicine and complementary/alternative medicine: a worldwide review. Genf: Weltgesundheitsorganisation.
- WHO (2013). Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region: final report. Kopenhagen: WHO-Regionalbüro für Europa.
- WHO (2017a). Growing up unequal: gender and socioeconomic differences in young people's health and well-being. Health Behaviour In School-Aged Children (HBSC) Study: International Report from the 2013/2014 Survey. Health Policy for Children and Adolescents, Nr. 7. Kopenhagen: WHO-Regionalbüro für Europa.
- WHO (2017b). Country profile Austria. WHO report on the global tobacco epidemic, 2017. Genf: Weltgesundheitsorganisation.
- WHO (2017c). European Health for All Database (HFA-DB) [Offline-Datenbank]. Kopenhagen: WHO-Regionalbüro für Europa. (<http://www.euro.who.int/en/data-and-evidence/databases/european-health-for-all-family-of-databases-hfa-db>, abgerufen am 10. Oktober 2018).
- WHO (2017d). Austria: The health system and policy monitor: regulation. Genf: Weltgesundheitsorganisation.
- Wilbacher I (2018). Soziale Unterschiede nach Krankenversicherungsträgern in Österreich. Soziale Sicherheit. 4:139–144.
- Winkelmann J, Hofmarcher MM, Kovacs E, Szocska G (2013). Cross-border dental care between Austria and Hungary. Eurohealth.4:26–28.
- Winkelmann J, Schmidt AE, Leichsenring K (2015). Regulating migrants as a low-cost solution for long-term care: the formalisation of a dual care labour market in Austria. In: Carbonnier C, Morel N eds. Analysing the political economy of household services in Europe. Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Winkler P, Griebler R, Haas S (2014). Rahmen-Gesundheitsziele. Gesamtkonzept für ein begleitendes Monitoring. Wien: BMASGK.
- WKÖ (2018). Personenberatung und Personenbetreuung: Branchendaten. Wien: Wirtschaftskammer Österreich. (http://wko.at/statistik/BranchenFV/B_127.pdf, abgerufen am 26. Juli 2018).
- World Bank Group (2017). World development indicators. Washington: The World Bank Group. (<https://data.worldbank.org/products/wdi>, abgerufen am 26. Juli 2018).
- Zahnärztegesetz (2005). Bundesgesetz über die Ausübung des zahnärztlichen Berufs und des Dentistenberufs (Zahnärztegesetz – ZÄG). BGBl. I Nr. 126/2005. Letzte Änderung: BGBl. I Nr. 8/2016.

- Zechmeister-Koss I (2012). Gesundheitszustand von wohnungslosen Menschen und deren Zugang(sbarrieren) zum Gesundheitssystem. Wien: Ludwig Boltzmann Gesellschaft GmbH.
- Zechmeister-Koss I, Winkler R, Fritz C, Thun-Hohenstein L, Tuechler H (2016). Services use of children and adolescents before admission to psychiatric inpatient care. *The Journal of Mental Health Policy and Economics* 19:103–113.
- Zimmermann N, Rainer L (2018). Short PPRI Pharma Profile Austria 2017. Pharmaceutical Pricing and Reimbursement Information (PPRI). Wien: Gesundheit Österreich GmbH.
- Zimmermann N, Vogler S (2012). PPRI/PHIS Pharma Profile Austria. Wien: Gesundheit Österreich GmbH.
- ZS-G (2013). Bundes-Zielsteuerungsvertrag. Zielsteuerung-Gesundheit, abgeschlossen zwischen dem Bund, vertreten durch den Bundesminister für Gesundheit, dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger für die Träger der gesetzlichen Krankenversicherung, vertreten durch den Vorsitzenden des Verbandsvorstandes und die Vorsitzende der Trägerkonferenz, dem Land Burgenland, Land Kärnten, Land Niederösterreich, Land Oberösterreich, Land Salzburg, Land Steiermark, Land Tirol, Land Vorarlberg, Land Wien, jeweils vertreten durch den Landeshauptmann.
- ZS-G (2017). Zielsteuerungsvertrag auf Bundesebene. Zielsteuerung-Gesundheit. Wien: Bund, vertreten durch Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und Länder.
- Zsifkovits J, Rappold E, Schuchter P, Rottenhofer I (2013). Pflegepersonalprognose Salzburg Gesundheitsbereich. Prognose des Pflegepersonalbedarfs in den Krankenanstalten des Bundeslandes Salzburg. Wien: Gesundheit Österreich Forschungs- und Planungs GmbH.

■ 9.2 HiT-Methodik und Produktionsprozess

HiTs werden von Länderexperten in Zusammenarbeit mit den Forschungsdirektoren und Mitarbeitern des Observatoriums erstellt. Sie basieren auf einem Leitfaden, der in regelmäßigen Abständen überarbeitet wird und detaillierte Leitlinien sowie spezifische Fragen, Definitionen, Empfehlungen zu Datenquellen und Beispiele für die Erstellung von HiT-Profilen enthält. Der Leitfaden ist flexibel angelegt, um Autoren die Gelegenheit zu geben, den länderspezifischen Kontext zu berücksichtigen. Dieser HiT entstand auf Basis der Vorlage (2010), die unter der folgenden Adresse online verfügbar ist: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/127497/E94479.pdf.

Die Autoren verwenden für die Zusammenstellung der HiTs mehrere Datenquellen, darunter nationale Statistiken, nationale und regionale Grundsatzpapiere und sonstige Publikationen. Darüber hinaus werden auch internationale Datenquellen verwendet, wie etwa von der OECD

und der Weltbank. Die OECD-Gesundheitsdaten beinhalten mehr als 1 200 Indikatoren für 34 OECD-Mitgliedsstaaten. Die Daten stammen auch aus Informationen, die von staatlichen statistischen Ämtern und Gesundheitsministerien erhoben wurden. Die Weltbank liefert Weltentwicklungsindikatoren, die auch auf offiziellen Quellen beruhen.

Zusätzlich zu den Informationen und Daten, die von den jeweiligen Länderexperten aufbereitet werden, stellt das Observatorium für jedes Land quantitative Daten in Form von standardisierten Vergleichszahlen zur Verfügung und nutzt dazu die Europäische Datenbank „WHO Health for All Database“. Diese Datenbank enthält mehr als 600 Indikatoren, die vom WHO-Regionalbüro für Europa für das Monitoring der Gesundheit in allen Politikfeldern (Health in All Policies) definiert wurden. Sie wird auf Grundlage von verschiedenen Quellen zweimal jährlich für die Informationsaufbereitung aktualisiert und basiert größtenteils auf offiziellen Zahlen von Regierungen sowie auf Gesundheitsstatistiken, die von den Fachabteilungen des WHO-Regionalbüros für Europa gesammelt werden. Die Standarddaten der „WHO Health for All Database“ wurden offiziell von den nationalen Regierungen freigegeben.

Die HiT-Autoren werden dazu angeregt, die Daten, auch die standardisierten Vergleichszahlen, detailliert zu erörtern, insbesondere im Falle von Diskrepanzen zwischen Daten aus verschiedenen Quellen.

Ein typisches HiT-Profil besteht aus neun Kapiteln.

1. Einleitung: skizziert den Rahmen des Gesundheitssystems inklusive Geografie und Soziodemographie, wirtschaftliche und politische Rahmenbedingungen sowie Gesundheit der Bevölkerung.
2. Organisation und Steuerung: gibt einen Überblick über die Organisation, Steuerung, Planung und Regulierung des Gesundheitssystems im jeweiligen Land sowie über den geschichtlichen Hintergrund des Systems; zeigt die Hauptakteure und ihre Entscheidungskompetenzen auf und beschreibt den Grad der Stärkung der Patienten in den Bereichen Information, Wahlmöglichkeiten, Rechte und grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung.
3. Finanzierung: informiert über die Höhe und die Verteilung der Gesundheitsausgaben zwischen verschiedenen Leistungsbereichen, Einnahmequellen, wie Ressourcen gebündelt und allokiert

werden, wen der Versicherungsschutz umfasst, welche Leistungen übernommen werden, die Höhe der Nutzungsentgelte und andere OOP-Zahlungen, VHI und Bezahlung von Anbietern und Angehörigen der Gesundheitsberufe.

4. **Infrastruktur und Personal:** beleuchtet Planung und Verteilung von Kapitalstock und Investitionen, Infrastruktur und medizinische Geräte, das Umfeld von IT-Systemen; Beitrag von Humanressourcen zum Gesundheitssystem, inklusive Informationen über Trends beim Gesundheitspersonal, berufliche Mobilität, Ausbildung und berufliche Laufbahnen.
5. **Erbringung von Gesundheitsdiensten:** beschreibt die Organisation und Erbringung von Leistungen sowie Patientenströme, öffentliche Gesundheit, Primärversorgung, Sekundär- und Tertiärversorgung, Tagespflege, Notfallversorgung, Arzneimittelversorgung, Rehabilitation, Langzeitpflege, Leistungen für informelle Pflegepersonen, Palliativversorgung, mentale Gesundheitsversorgung sowie zahnmedizinische Versorgung.
6. **Gesundheitsreformen:** betrachtet Reformen, Strategien und organisatorische Veränderungen und gibt einen Überblick über künftige Entwicklungen.
7. **Bewertung des Gesundheitssystems:** liefert eine Evaluierung von Systemen für das Monitoring der Leistungsfähigkeit des Gesundheitssystems, Einfluss des Gesundheitssystems auf die Gesundheit der Bevölkerung, Zugang zu Gesundheitsleistungen, finanzieller Schutz, Effizienz des Gesundheitssystems, Qualität und Sicherheit des Gesundheitssystems, Transparenz und Verantwortlichkeiten.
8. **Schlussfolgerungen:** identifiziert die wichtigsten Ergebnisse, beleuchtet die gewonnenen Erkenntnisse über die Veränderungen des Gesundheitssystem und fasst Herausforderungen und Perspektiven zusammen.
9. **Anhänge:** umfasst Referenzen und nützliche Websites.

Die Qualität der HiT-Profile ist von Bedeutung, da die HiTs Informationen für Politikgestaltung und Metaanalysen bereitstellen. Die HiT-Profile werden in vielen Überarbeitungsrounden während der Schreib- und Redigierphase

diskutiert. Die Profile werden danach den folgenden (Qualitätssicherungs-) Prozessen unterzogen:

- Umfassender Reviewprozess.
- Lektorat und Korrekturlesen
- Unterstützung durch den Herausgeber während des Produktionsprozesses und Sicherstellung, dass alle Prozessphasen so effektiv wie möglich ausgeführt werden.
- Verbreitung des HiT (Hardcopies, elektronische Veröffentlichung, Übersetzungen und Lancierung).

Einer der Autoren ist Mitarbeiter des Europäischen Observatoriums. Sie sind dafür verantwortlich die anderen Autoren während des Schreib- und Produktionsprozesses zu unterstützen. Durch eine enge Zusammenarbeit wird sichergestellt, dass alle Prozessphasen so effektiv wie möglich ausgeführt werden und die HIT-Profile dem Leitfaden entsprechen. Es können so auch nationale Entscheidungen als auch Ländervergleiche unterstützt werden.

■ 9.3 Der Review-Prozess

Dieser besteht aus drei Phasen. Der Text des HiT wird zuerst von den Herausgebern der HiT Reihe des Europäischen Observatoriums überprüft, überarbeitet und genehmigt. Im Anschluss wird der Text zum Review an zwei unabhängigen wissenschaftlichen Experten geschickt, deren Kommentare und Änderungen in den Text übernommen werden, Korrekturen werden entsprechend durchgeführt. Danach wird der Text dem zuständigen Gesundheitsministerium oder einer geeigneten Behörde übermittelt. Entscheidungsträger in diesen Behörden überprüfen den Text auf mögliche sachliche Fehler.

■ 9.4 Über die Autoren

Florian Bachner ist Sozioökonom und leitet die Abteilung Gesundheitsökonomie und -systemanalyse der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG). Er ist Autor zahlreicher Publikationen und unter anderem für den Monitoringprozess der österreichischen Gesundheitsreform

verantwortlich. Seine Arbeitsschwerpunkte liegen im Bereich Finanzierung des Gesundheitssystems und vergleichender Gesundheitssystemanalyse. Florian Bachner ist zudem Lektor an mehreren Hochschulen.

Julia Bobek ist wissenschaftliche Mitarbeiterin in den Abteilungen Gesundheitsökonomie und -systemanalyse sowie Gesundheit und Gesellschaft der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG). Ihre Arbeitsschwerpunkte sind (internationale) Gesundheitssystemanalyse und Gesundheitspolitik, Gesundheitswesen im internationalen Systemvergleich und Gesundheitskompetenz. Sie besitzt einen MSc-Abschluss der Universität Maastricht in Healthcare Policy, Innovation and Management.

Katharina Habimana ist Volkswirtin und unterstützt neben der wissenschaftlichen Mitarbeit in der Abteilung Gesundheitsökonomie und -systemanalyse die Geschäftsführung der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) in Grundsatzangelegenheiten. Dazu gehören unter anderem die Beantwortung inhaltlicher Anfragen sowie die Zusammenstellung von Expertisen zu gesundheitspolitischen Fragestellungen. Sie ist Expertin in vergleichender Gesundheitssystemanalyse. Beratend ist sie auch im Kontext der österreichischen Gesundheitsreformen tätig.

Joy Ladurner ist wissenschaftliche Mitarbeiterin der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG). Ihre Forschungsinteressen beinhalten Vergleich und Analyse von Gesundheitssystemen, psychosoziale Gesundheit und gesundheitliche Chancengerechtigkeit. Sie hat Abschlüsse in International Business Administration (Universität Wien) und Health Policy, Planning & Financing (London School of Hygiene & Tropical Medicine und London School of Economics).

Lena Lepuschütz ist Volkswirtin und Politikwissenschaftlerin in der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG). Sie ist Expertin für Analysen zu Gesundheitssystemreformen sowie Finanzierung des Gesundheitssystems und ist am Monitoring der österreichischen Gesundheitsreformen beteiligt. Sie besitzt einen MPhil in Economics der Universität Oxford sowie einen MBA in Healthcare Management der Wirtschaftsuniversität Wien.

Herwig Ostermann ist Geschäftsführer der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) und ao. Univ.-Prof. am Department für Public Health, Versorgungsforschung und HTA der Universität für Gesundheitswissenschaften, Medizinische Informatik und Technik in Hall/Tirol. Er fungiert als Berater des österreichischen Bundesministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz mit Fokus auf strukturelle und wirtschaftliche Einflüsse der Gesundheitsreformen.

Lukas Rainer ist wissenschaftlicher Mitarbeiter in den Abteilungen Gesundheitsökonomie und -systemanalyse sowie Pharmaökonomie der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG). Er besitzt einen Master in Applied Economics der Leopold-Franzens-Universität Innsbruck.

Andrea E. Schmidt ist stellvertretende Leiterin der Abteilung Gesundheitsökonomie und -systemanalyse und wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Gesundheit Österreich GmbH. Sie ist Senior Consultant des Bundesamts für Gesundheit Schweiz und besitzt ein Doktorat in Wirtschafts- und Sozialwissenschaften der Wirtschaftsuniversität Wien sowie einen MSc der Universität Maastricht. Inhaltliche Schwerpunkte liegen in der Pflegeökonomie, in der Langzeitpflege und Altersforschung.

Martin Zuba ist wissenschaftlicher Mitarbeiter in der Abteilung Gesundheitsökonomie und -systemanalyse der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG). Seine Forschungsschwerpunkte beinhalten Finanzierung des österreichischen Gesundheitssystems, ökonomische Evaluierung von Gesundheitsreformprojekten, ökonometrische Analyse und Datenvisualisierung. Er ist Absolvent des Diplomstudiums Volkswirtschaftslehre der Universität Wien.

Wilm Quentin ist Senior Researcher am Fachgebiet für Management im Gesundheitswesen an der Technischen Universität Berlin und am Europäischen Observatorium für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik in Berlin. Er ist Arzt und besitzt einen Master in Health Policy, Planning & Financing der London School of Hygiene & Tropical Medicine und der London School of Economics and Political Science.

Juliane Winkelmann ist Research Fellow am Fachgebiet für Management im Gesundheitswesen an der Technischen Universität Berlin und am Europäischen Observatorium für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik in Berlin. Sie besitzt einen Master in Public Policy der Universität Maastricht und ein postgraduales Zertifikat in Health Economics der Universität York.

