

Das österreichische Gesundheitswesen im internationalen Vergleich

Ausgabe 2011

Das österreichische Gesundheitswesen im internationalen Vergleich

Ausgabe 2011

Autoren/Autorinnen:

Florian Bachner

Joy Ladurner

Katharina Sandberger

Herwig Ostermann

Claudia Habl

Unterstützung bei der Datenerhebung:

Ines Grabner

Claudia Nemeth

Stephan Mildschuh

Manfred Willinger

Projektassistenz:

Monika Schintlmeister

Wien, im Mai 2012

Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit

Gesundheit Österreich
GmbH 

 **BUNDESMINISTERIUM
FÜR GESUNDHEIT**

ISBN-13 978-3-85159-166-8

Eigentümer, Herausgeber und Verleger: Gesundheit Österreich GmbH, Stubenring 6,
1010 Wien, Tel. +43 1 515 61, Fax 513 84 72, Homepage: www.goeg.at

Der Umwelt zuliebe:
Dieser Bericht ist auf chlorfrei gebleichtem Papier
ohne optische Aufheller hergestellt.

Kurzfassung

Die Intention dieses Berichts liegt darin, ausgewählte Teilaspekte des nationalen Gesundheitssystems im internationalen Vergleich zu präsentieren bzw. zu analysieren um damit eine Orientierungs- bzw. Entscheidungshilfe anzubieten. Die Erfahrung mit internationalen Gesundheitssystemvergleichen hat gezeigt, dass differenzierte Ansätze aggregierten Bewertungen vorzuziehen sind. Eine ganzheitliche Beurteilung der Effizienz und Effektivität des österreichischen Gesundheitssystems ist daher explizites Nicht-Ziel dieses Berichtes, ebenso wenig wie die Erstellung eines aggregierten Rankings.

Gesundheitssysteme stehen europaweit unter Kostendruck, Ergebnisse, Steuerungskonzepte und Lösungsstrategien in anderen Ländern können daher eine wertvolle Orientierungshilfe bieten und neue gegebenenfalls effektivere und effizientere Möglichkeiten der Ressourcenallokation nahelegen.

Anhand von 24 Indikatoren werden die Ergebnis-Dimensionen: „Gesundheitsausgaben und Ressourceneinsatz“, „Gerechtigkeit, Zugang und Inanspruchnahme“ sowie „Gesundheitsbezogene Leistungsergebnisse“, diskutiert, um daraus Aussagen zur Leistungsfähigkeit des österreichischen Gesundheitssystems ableiten zu können.

Stärken, aber auch Schwächen des österreichischen Gesundheitssystems und die Entwicklung der zuvor genannten Indikatoren werden im Zehnjahresvergleich zum europäischen Durchschnitt dargestellt.

Die gesundheitsbezogenen Leistungsergebnisse liegen meist nahe am EU-15-Durchschnitt, allerdings bei deutlich überdurchschnittlichen Ausgaben von 11 Prozent des Bruttoinlandsproduktes. Innerhalb der Europäischen Union stellte dies den fünft-höchsten Wert im Jahr 2009 dar. Die gesamten Gesundheitsausgaben sind im Zeitraum 1990 bis 2009 mit einer durchschnittlichen Wachstumsrate von 5,3 Prozent in den meisten Jahren stärker angewachsen als das Bruttoinlandsprodukt.

Österreich wendet überproportional viele Ressourcen für das Gesundheitswesen auf. Auffällig hierbei sind vor allem die hohen Aufwendungen und Vorhaltungen in der stationären Versorgung, die im europäischen Vergleich zumeist unübertroffen bleiben. Die Kennzahlen aus dem Jahr 2009 bestätigen die oftmals kritisierte Krankenhauslastigkeit des österreichischen Gesundheitssystems: In der stationären Versorgung lagen die Ausgaben pro Kopf um rund 34 Prozent und die Akutbettendichte um rund 105 Prozent über dem EU-15-Durchschnitt. Im Zehnjahresvergleich (2000–2009) wird deutlich, dass sich Österreich hier weiter vom EU-15-Durchschnitt entfernt hat.

Gleichzeitig untermauern die Ergebnisse auch das tendenziell positive Bild des österreichischen Gesundheitssystems: Niederschwellige Zugänglichkeit von und Zufriedenheit mit den umfangreichen Leistungen, großzügige Wahlfreiheit bei Leistungserbringern und ein beinahe vollständiger Schutz der Bevölkerung durch die soziale Krankenversicherung.

Die gesundheitsbezogenen Leistungsergebnisse zeigen Auffälligkeiten beim Indikator „dem Gesundheitssystem zuschreibbare Sterblichkeit“ (Mortality Amenable to Health Care). Hier liegt Österreich um rund 21 Prozent besser als der Durchschnitt der EU-15-Mitgliedsstaaten. Andererseits haben im Jahr 2009 geborene Österreicherinnen und Österreicher eine unterdurchschnittliche Anzahl an „bei guter Gesundheit verbrachter Lebensjahre“ zu erwarten, gemäß diesem Indikator herrscht hierbei Verbesserungsbedarf.

Der Bericht weist darauf hin, dass auch weiterhin gesundheitspolitische Anstrengungen von allen Beteiligten (österreichische Gesundheitspolitik, Leistungserbringer und –financiers) erforderlich sind, um für österreichische Patientinnen und Patienten neben der richtigen Versorgung (bzw. Vorsorge) zum richtigen Zeitpunkt auch das gewünschte (Gesundheits-)ergebnis mit einem optimalen Mitteleinsatz zu gewährleisten.

Eine von der Gesundheit Österreich GmbH bereits mehrmals thematisierte, unabdingbare Voraussetzung für differenzierte, aussagekräftige und vergleichende Analysen ist eine Verbesserung der zur Verfügung stehenden Datengrundlage sowie eine Bewertung der Datenqualität. Insbesondere müssen verstärkt konkrete Leistungs- bzw. Qualitätsindikatoren definiert und erfasst werden, um eine valide Performance-Messung in Österreich zu etablieren und um mittelfristig die Transparenz im System zu fördern.

Inhalt

Kurzfassung	III
Inhalt.....	V
Abbildungen und Tabellen	VII
Abkürzungen	XI
1 Einleitung	1
1.1 Aufbau und Ziele.....	2
1.2 Methodik, Datengrundlagen und Limitationen.....	5
1.2.1 Veränderungen gegenüber Ausgabe 2010.....	7
2 Kennzahlen des österreichischen Gesundheitswesens	8
2.1 Grundlegendes.....	8
2.2 Gesundheitsausgaben	9
2.3 Stationäre Versorgung.....	13
2.4 Ambulante Versorgung	19
2.5 Psychotherapeutische Versorgung.....	21
2.6 Pharmazeutische Erzeugnisse und medizinische Ge- und Verbrauchsgüter.....	22
2.7 Medizinisch-technische Großgeräte	24
2.8 Personal im Gesundheitswesen	26
2.9 Alten- und Langzeitpflege.....	28
2.10 Hospiz- und Palliativversorgung	29
3 Internationaler Vergleich.....	30
3.1 Gesundheitsausgaben und Ressourceneinsatz	30
3.1.1 Gesundheitsausgaben.....	31
3.1.1.1 Gesundheitsausgaben in Prozent des Bruttoinlandprodukts.....	31
3.1.1.2 Gesundheitsausgaben pro Kopf	34
3.1.1.3 Gesundheitsausgaben nach Sektoren.....	37
3.1.2 Ressourceneinsatz.....	38
3.1.2.1 Medizinisch-technische Großgeräte.....	38
3.1.2.2 Ärztedichte	40
3.1.2.3 Bettendichte	42
3.1.2.4 Pflegepersonal	44
3.2 Gerechtigkeit, Zugang und Inanspruchnahme	46
3.2.1 Gerechtigkeit und Zugang	46
3.2.1.1 Selbstzahlungen der privaten Haushalte	47
3.2.1.2 Bevölkerungsanteil mit unerfülltem Behandlungswunsch.....	48
3.2.1.3 Zugang zu Arzneimitteln	51
3.2.2 Inanspruchnahme	53
3.2.2.1 Krankenhaushäufigkeit	53
3.2.2.2 Krankenhausverweildauer	54

3.2.2.3	Krebs-Screening-Inanspruchnahme nach Einkommen.....	56
3.3	Gesundheitsbezogene Leistungsergebnisse	61
3.3.1	Gesundheitszustand	62
3.3.1.1	Lebenserwartung	62
3.3.1.2	Gesunde Lebensjahre bei der Geburt	64
3.3.1.3	Sterblichkeit	66
3.3.1.4	Säuglingssterblichkeit	68
3.3.1.5	Selbst eingeschätzter allgemeiner Gesundheitszustand	70
3.3.1.6	Durchschnittliche Anzahl kariöser, fehlender oder sanierter Zähne	73
3.3.2	Gesundheitsdeterminanten.....	75
3.3.2.1	Lebensstil	75
3.3.2.2	Bevölkerungsanteil der über 65-Jährigen und über 80-Jährigen.....	78
3.3.3	Qualität	81
3.3.3.1	Dem Gesundheitssystem zuschreibbare Sterblichkeit	81
3.3.3.2	Krebserkrankungen und Überlebensraten.....	83
3.3.3.3	Mortalität nach Schlaganfall innerhalb 30 Tagen nach stationärer Aufnahme	86
4	Ergebnisanalyse im europäischen Vergleich.....	88
4.1	Analyse: Gesundheitsausgaben und Ressourceneinsatz	89
4.2	Analyse: Zugang, Gerechtigkeit und Inanspruchnahme	93
4.3	Analyse: Gesundheitsbezogenen Leistungsergebnisse (Outcomes).....	97
5	Fazit	102
6	Literaturverzeichnis	104

Abbildungen und Tabellen

Abbildungen

Abbildung 1.1:	Übersicht der verwendeten Dimensionen und Indikatoren.....	4
Abbildung 2.1:	Österreich: Aufteilung der laufenden Gesundheitsausgaben (ohne Investitionen) nach Sektoren in Prozent, 2009.....	10
Abbildung 2.2:	Österreich: Entwicklung der Gesundheitsausgaben und des Bruttoinlandproduktes (nominell), 1990–2009.....	12
Abbildung 2.3:	Österreich: Entwicklung ausgewählter Kennzahlen landesgesundheitsfondsfinanzierter Krankenanstalten, 1997–2009	15
Abbildung 2.4:	Österreich: Entwicklung der Krankenhaushäufigkeit je 100 Einwohner/innen in Akutkrankenanstalten auf Bundesländerebene, 2000–2009.....	16
Abbildung 2.5:	Österreich: Entwicklung der durchschnittlichen Belagstage in Akutkrankenanstalten auf Bundesländerebene, 2000– 2009	17
Abbildung 2.6:	Österreich: Anzahl medizinisch–technische Großgeräte, 1996–2010	25
Abbildung 3.1:	Europäischer Vergleich: Gesamte öffentliche und private Gesundheitsausgaben in Prozent des BIP (Gesundheitsausgabenquote), 2009	32
Abbildung 3.2:	Europäischer Vergleich: Entwicklung der Gesundheitsausgaben in Österreich und im EU–15– Durchschnitt in Prozent des Bruttoinlandsprodukts, 1997– 2009	33
Abbildung 3.3:	Europäischer Vergleich: Gesundheitsausgaben pro Kopf in Euro, 2009	35
Abbildung 3.4:	Europäischer Vergleich: Durchschnittliches reales Wachstum der Gesundheitsausgaben in Prozent, 1999–2009	36
Abbildung 3.5:	Europäischer Vergleich: Gliederung der laufenden Gesundheitsausgaben nach Sektoren in Prozent, 2009	37
Abbildung 3.6:	Europäischer Vergleich: Computertomographiegeräte und Magnetresonanz–Tomographiegeräte je Mio. Einwohner/innen, 2010.....	39

Abbildung 3.7:	Europäischer Vergleich: Praktizierende Ärzteschaft pro 1.000 Einwohner/innen, 2009	41
Abbildung 3.8:	Europäischer Vergleich: Alle Krankenhausbetten sowie Akutbetten je 100.000 Einwohner/innen (Bettendichte), 2009	43
Abbildung 3.9:	Europäischer Vergleich: Entwicklung der Akutbettendichte je 100.000 Einwohner/innen in Österreich sowie im europäischen Vergleich, 2001–2009	44
Abbildung 3.10:	Europäischer Vergleich: Krankenpflegepersonal je 1.000 Einwohner/innen, 2009.....	45
Abbildung 3.11:	Europäischer Vergleich: Gesamte Selbstzahlungen der privaten Haushalte („Out-of-Pocket-Zahlungen“) in Prozent der gesamten Gesundheitsausgaben, 2009.....	48
Abbildung 3.12:	Europäischer Vergleich: Bevölkerungsanteil mit unerfülltem medizinischem Behandlungswunsch nach Einkommen in Prozent, 2010	50
Abbildung 3.13:	Europäischer Vergleich: Einwohner/innen je Abgabestelle für verschreibungspflichtige Medikamente, 2009.....	52
Abbildung 3.14:	Europäischer Vergleich: Krankenhausentlassungen im akutstationären Bereich je 100 Personen (Krankenhaushäufigkeit), 2009	54
Abbildung 3.15:	Europäischer Vergleich: Durchschnittliche Krankenhausverweildauer in der Akutversorgung in Tagen, 2009	55
Abbildung 3.16:	Entwicklung der durchschnittlichen Krankenhausverweildauer in der Akutversorgung in Österreich und im EU-15-Durchschnitt, 1997–2006.....	56
Abbildung 3.17:	Europäischer Vergleich: Anteil der Frauen im Alter von 50–69 Jahren, die in den letzten zwei Jahren an einer Brustuntersuchung teilnahmen in Prozent, nach Einkommensniveau, 2009	59
Abbildung 3.18:	Europäischer Vergleich: Anteil der Frauen im Alter von 20–69 Jahren, die in den letzten drei Jahren an einer Untersuchung des Gebärmutterhalses teilnahmen in Prozent, nach Einkommensniveau, 2009.....	60
Abbildung 3.19:	Europäischer Vergleich: Lebenserwartung bei der Geburt in Jahren, 2009	63

Abbildung 3.20: Europäischer Vergleich: Gesunde Lebensjahre bei der Geburt, 2009.....	65
Abbildung 3.21: Europäischer Vergleich: Todesfälle je 100.000 Personen nach Todesursachen, 2009	67
Abbildung 3.22: Europäischer Vergleich: Säuglingssterblichkeit je 1.000 Lebendgeburten, 2009	69
Abbildung 3.23: Europäischer Vergleich: Entwicklung der Säuglingssterblichkeit je 1.000 Lebendgeburten in Österreich und im EU-15-Durchschnitt, 2000 bis 2009	70
Abbildung 3.24: Europäischer Vergleich: Als (sehr) gut eingeschätzter allgemeiner Gesundheitszustand nach Einkommensfünftel, 2009	72
Abbildung 3.25: Europäischer Vergleich: DMFT Index, 2010	74
Abbildung 3.26: Europäischer Vergleich: Übergewichtige und fettleibige Bevölkerung in Prozent, 2009	76
Abbildung 3.27: Europäischer Vergleich: Mortalität aufgrund von Diabetes je 100.000 Personen, 1999–2009	78
Abbildung 3.28: Europäischer Vergleich: Anteil der Bevölkerung im Alter von 65 und mehr Jahren sowie im Alter von 80 und mehr Jahren in Prozent, 2011	79
Abbildung 3.29: Europäischer Vergleich: Entwicklung des Bevölkerungsanteils über 65-Jähriger in Österreich und im EU-15-Durchschnitt, 1971–2011	80
Abbildung 3.30: Europäischer Vergleich: Dem Gesundheitssystem zuschreibbare Sterblichkeit	83
Abbildung 3.31: Europäischer Vergleich: Krebserkrankungen je 100.000 Einwohner/innen, 2008.....	84
Abbildung 3.32: Europäischer Vergleich: Relative 5-Jahres-Überlebensraten bei Brust-, Gebärmutterhals,- und Darmkrebserkrankung, Beobachtungszeitraum 2004–2009.....	85
Abbildung 3.33: Europäischer Vergleich: Mortalität je 100 Personen nach Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen nach Einlieferung, 2009	87
Abbildung 4.1: Zusammenfassende Übersicht: Gesundheitsausgaben und Ressourceneinsatz – Abweichung Österreichs vom EU-15-Durchschnitt, 2000 und 2009	89

Abbildung 4.2:	Zusammenfassende Übersicht: Gerechtigkeit, Zugang, Inanspruchnahme – Abweichung Österreichs vom EU-15-Durchschnitt, 2000 und 2009	93
Abbildung 4.3:	Zusammenfassende Übersicht: Gesundheitsbezogene Leistungsergebnisse – Abweichung Österreichs vom EU-15-Durchschnitt, 2000 und 2009	97

Tabellen

Tabelle 1.1:	Mitgliedstaaten der EU und verwendete Abkürzungen.....	6
Tabelle 2.1:	Österreich: Demografischer Überblick, 1990, 2000, 2010.....	9
Tabelle 2.2:	Österreich: Makroökonomische Basisdaten, 2010	9
Tabelle 2.3:	Österreich: Öffentliche und private Gesundheitsausgaben (GHA) nach Sektoren in Mio. Euro, 2009.....	11
Tabelle 2.4:	Österreich: Häufigste Hauptdiagnosen bei Spitalsentlassungen aus Akutkrankenanstalten, 2010	18
Tabelle 2.5:	Österreich: Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte nach Hauptfach, Stand 31. 12. 2010	20
Tabelle 2.6:	Österreich: Vertragsärztinnen und –ärzte nach Hauptfach, Stand 31. 12. 2010	20
Tabelle 2.7:	Österreich: Kennzahlen zur psychotherapeutischen Versorgung, jüngstes verfügbares Jahr	21
Tabelle 2.8:	Österreich: Ausgaben der Sozialversicherung für Psychotherapie nach Angebotsformen, 2010	22
Tabelle 2.9:	Österreich: Daten zum Arzneimittelmarkt, 2009	23
Tabelle 2.10:	Österreich: Die zehn umsatzstärksten Wirkstoffgruppen im niedergelassenen Bereich (in alphabetischer Reihenfolge), 2010	24
Tabelle 2.11:	Österreich: Großgerätedichte je Mio. Einwohner/innen, 2010	25
Tabelle 2.12:	Österreich: Ausgewählte Beschäftigungszahlen des Gesundheitswesens, 2000 u. 2010	27
Tabelle 2.13:	Österreich: Kennzahlen zur Alten- und Langzeitpflege, jüngstes verfügbares Jahr.....	28
Tabelle 2.14:	Österreich: Anzahl der Einrichtungen zur Hospiz- und Palliativversorgung, 2010.....	29

Abkürzungen

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

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

1 Einleitung

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

Um dem Anspruch einer ausgewogenen und qualitätsgesicherten Versorgung bei gleichzeitig immer knapper werdenden Mitteln auch in Zukunft gerecht zu werden, ist ein effizienter und gleichzeitig transparenter Umgang mit den verfügbaren Ressourcen (z. B. Personalressourcen, Betten, Geräte etc.) erforderlich.

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

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

Die vorliegende Ausgabe 2011 des Berichts „Das österreichische Gesundheitssystem im internationalen Vergleich“ der Gesundheit Österreich GmbH bietet eine konzise und übersichtliche Darstellung ausgewählter international verfügbarer Gesundheitssystemparameter, die zur Messung der Leistungsfähigkeit des österreichischen Gesundheitssystems geeignet sind und es erlauben, daraus Trends abzuleiten. Als Orientierungs-

hilfe soll der vorliegende Bericht gesicherte Systemparameter liefern, die als Entscheidungsgrundlagen herangezogen werden können. Der methodische Aufbau erlaubt es zudem, Aussagen über die Leistungsfähigkeit des österreichischen Gesundheitssystems zu treffen und macht die Arbeit zu einem soliden Nachschlagewerk.

Im Folgenden werden daher ausgewählte gesundheitsbezogene Kennzahlen einem systematischen, internationalen Vergleich unterzogen, um Hinweise auf Stärken und Schwächen des österreichischen Systems zu gewinnen, aber auch um Informationslücken sichtbar zu machen. Weites soll dadurch ein Beitrag zur Transparenz im österreichischen Gesundheitswesen geleistet sowie der Wissenstransfer zwischen Fachleuten bzw. Entscheidungsbefugten gefördert werden.

Zielgruppe der vorliegenden Arbeit sind Entscheidungsträger in Politik und Verwaltung, die Fachöffentlichkeit sowie weitere interessierte Personen. Die Berichtsinhalte werden in Zukunft regelmäßig aktualisiert und im Bedarfsfall auch erweitert und vertieft (z. B. Zeitreihenanalysen, Daten auf regionaler Ebene, Schwerpunktthemen).

1.1 Aufbau und Ziele

Kapitel 2 schafft einen kompakten Überblick über die einzelnen Sektoren des österreichischen Gesundheitssystems, während Kapitel 3 ausgewählte Indikatoren im internationalen Kontext darstellt. Kapitel 4 unterzieht das österreichische Gesundheitssystem, aufbauend auf den Ergebnissen der vorangegangenen Abschnitte einer Stärken-Schwächen-Analyse. Abgerundet wird die Arbeit in Kapitel 5 mit einem abschließenden Fazit.

Ausgehend von drei Dimensionen wurden 24 Indikatoren ausgewählt und untersucht (vgl. Abbildung 1.1).

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

- » Was kostet das Gesundheitssystem?
- » Wie viele Ressourcen werden dafür aufgewendet?

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

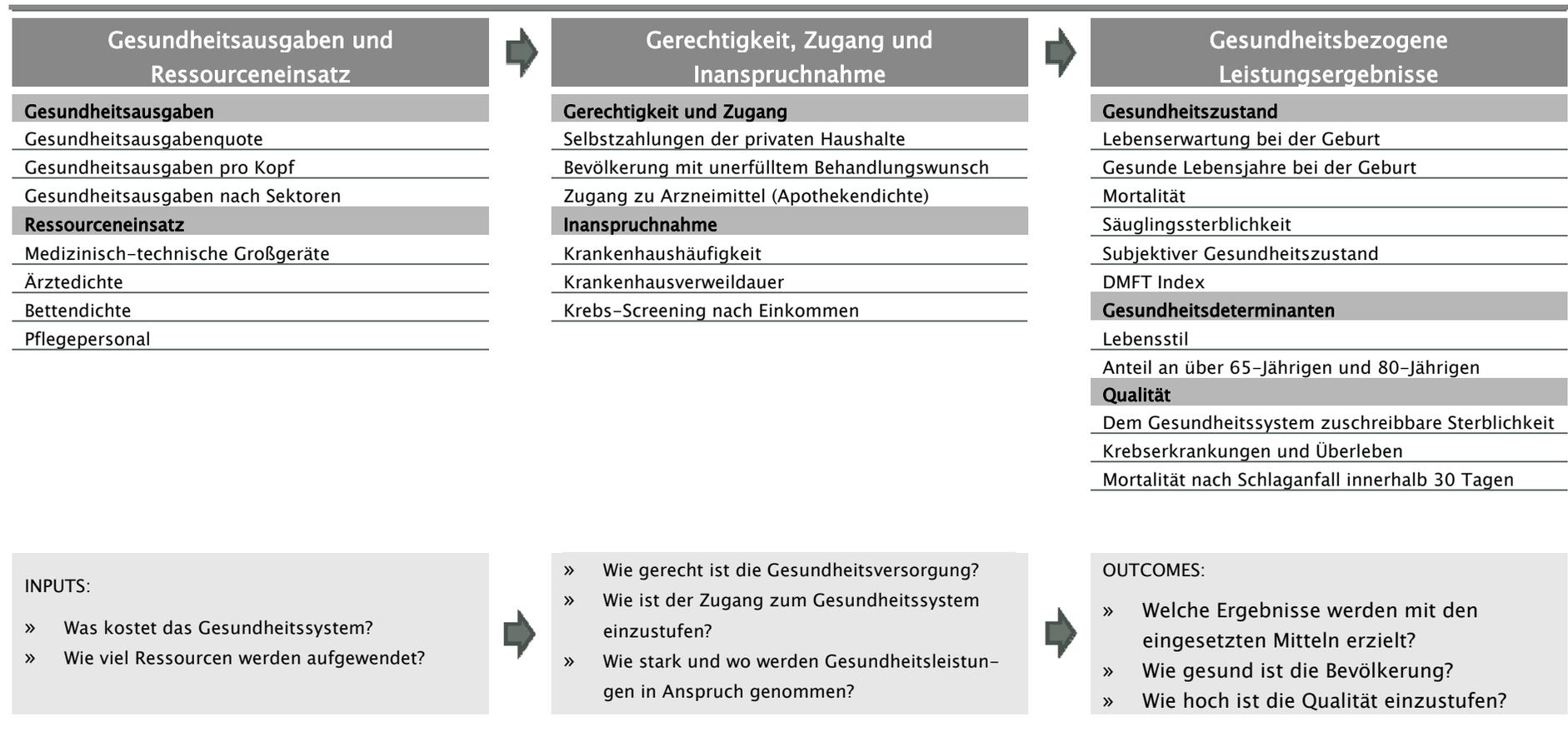
- » Wie gerecht ist die Gesundheitsversorgung?
- » Wie ist der Zugang zum Gesundheitssystem einzustufen?
- » Wie stark und wo werden Gesundheitsleistungen in Anspruch genommen?

Die dritte Dimension „gesundheitsbezogene Leistungsergebnisse“ beschreibt Ergebnisse, die mit den eingesetzten Mitteln erzielt werden und erlaubt Aussagen über die Krankheitslast innerhalb der verglichenen Regionen. Die dargestellten Kennzahlen können (mit Ausnahme der „Gesundheitsdeterminanten“) als „Outcomes“ betrachtet werden, die in weiten Bereichen auf die Leistungsfähigkeit des Gesundheitsversorgungssystem zurückzuführen sind. Forschungsleitende Fragestellungen sind hierbei:

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

Auswahl der Dimensionen und konzeptionelle Einbettung orientieren sich z. T. an der Methodik von internationalen Publikationen wie etwa WHO oder OECD. Festzuhalten ist, dass die hohe Komplexität von nationalen Gesundheitssystemen durch die gewählten Indikatoren nicht zur Gänze erfasst werden kann. Vielmehr ist der vorliegende Vergleich eine Orientierungsgrundlage. Die vorgestellten Dimensionen bedürfen für verbindliche Schlussfolgerungen näherer Analysen.

Abbildung 1.1:
Übersicht der verwendeten Dimensionen und Indikatoren



Quelle und Darstellung: GÖG/ÖBIG

1.2 Methodik, Datengrundlagen und Limitationen

Um die internationale Vergleichbarkeit zu gewährleisten, wurden neben nationalen Datenquellen auch Datenbanken internationaler Organisationen herangezogen. Hier sind vor allem die OECD-Gesundheitsdatenbank (OECD Health Statistics), die WHO - Health for All Database (HFA-DB) sowie EUROSTAT zu nennen. Qualitative gesundheitsbezogene Aussagen stammen aus den europaweit durchgeführten Eurobarometer-Erhebungen bzw. aus der europäischen Gesundheitsbefragung.

Für den Vergleich wurden Gesundheitsindikatoren mit international anerkannten und vergleichbaren Definitionen (z. B. ECHI¹, OECD Health Statistics) herangezogen. Die einzelnen Indikatoren wurden schließlich anhand der Kriterien: Relevanz, Verfügbarkeit und Datenqualität ausgewählt sowie in der jeweils jüngsten verfügbaren Version zusammengeführt und analysiert. Falls nicht anders angeführt wurden die Daten im zweiten Halbjahr 2011 erhoben und referenzieren auf das Jahr 2009. Die jährliche Aktualisierung des Berichts wird auch von Expertenworkshops begleitet und unterstützt.

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

Österreichische Daten wurden GÖG-eigenen Erhebungen (s. Literaturverzeichnis) und den (amtlichen) Statistiken von Statistik Austria, des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG), des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (BMAK), des Hauptverbands der österreichischen Sozialversicherungsträger (HVB) und der Österreichischen Ärzte- (ÖÄK) bzw. Zahnärztekammer (ÖZK) entnommen.

Entscheidendes Kriterium für die Aussagekraft eines Performance-Berichts sind Verfügbarkeit bzw. Limitierung von Daten. In Österreich herrscht nach wie vor Mangel an publizierten und/oder bundesweit vergleichbaren „Performance“-Parametern, die über klassische Indikatoren wie die Lebenserwartung hinausgehen.

1

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

2

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

Tabelle 1.1:

Mitgliedstaaten der EU und verwendete Abkürzungen

Land	Abkürzung	EU-27	EU-15	EFTA	Beitritts-Kandidat
Belgien	BE	Ja	Ja	Nein	-
Bulgarien	BG	Ja	Nein	Nein	-
Dänemark	DK	Ja	Ja	Nein	-
Deutschland	DE	Ja	Ja	Nein	-
Estland	EE	Ja	Nein	Nein	-
Finnland	FI	Ja	Ja	Nein	-
Frankreich	FR	Ja	Ja	Nein	-
Griechenland	EL	Ja	Ja	Nein	-
Vereinigtes Königreich	UK	Ja	Ja	Nein	-
Irland	IE	Ja	Ja	Nein	-
Island	IS	Nein	Nein	Ja	-
Italien	IT	Ja	Ja	Nein	-
Kroatien	HR	Nein	Nein	Nein	Ja
Lettland	LV	Ja	Nein	Nein	-
Litauen	LT	Ja	Nein	Nein	-
Luxemburg	LU	Ja	Ja	Nein	-
Malta	MT	Ja	Nein	Nein	-
Niederlande	NL	Ja	Ja	Nein	-
Norwegen	NO	Nein	Nein	Ja	-
Österreich	AT	Ja	Ja	Nein	-
Polen	PL	Ja	Nein	Nein	-
Portugal	PT	Ja	Ja	Nein	-
Rumänien	RO	Ja	Nein	Nein	-
Schweden	SE	Ja	Ja	Nein	-
Schweiz	CH	Nein	Nein	Ja	-
Slowakei	SK	Ja	Nein	Nein	-
Slowenien	SI	Ja	Nein	Nein	-
Spanien	ES	Ja	Ja	Nein	-
Tschechien	CZ	Ja	Nein	Nein	-
Ungarn	HU	Ja	Nein	Nein	-
Zypern	CY	Ja	Nein	Nein	-

Quelle und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Kritisch anzumerken ist, dass trotz aller Qualitätssicherungsbemühungen und umfangreicher Abstimmungsprozesse zwischen den nationalen statistischen Ämtern, der OECD, der WHO und EUROSTAT aufgrund der unterschiedlichen Beschaffenheit der zugrundeliegenden Daten (Definitionen, Erhebungsmethoden, Erhebungszeitpunkt, etc.) Unschärfen und Abgrenzungsprobleme unvermeidbar sind. Die vorliegenden Analysen sind daher zwar geeignet Trends oder Indizien aufzuzeigen, erlauben allerdings nur eingeschränkt verbindliche Aussagen.

Abweichungen zu anderen Quellen können durch unterschiedliche methodische Abgrenzungen und/oder andere zugrundeliegende berechnungsrelevante Größen, wie etwa unterschiedliche Standardbevölkerungen, zustande kommen. Für detaillierte Beschreibungen der Metadaten sind die angeführten Quellen zu konsultieren.

1.2.1 Veränderungen gegenüber Ausgabe 2010

Gegenüber Ausgabe 2010 wurden in der vorliegenden Publikation Änderungen vorgenommen, die sich primär auf neu hinzugekommene oder verworfene Indikatoren beziehen.

Während es in der Dimension „Gesundheitsausgaben und Ressourceneinsatz“ keine Änderungen gegenüber der Vorjahresausgabe (2010) gibt, umfasst die Dimension „Gerechtigkeit, Zugang und Inanspruchnahme“ nunmehr sechs, statt, wie bisher sieben Indikatoren. So entfallen „Zugang zur ambulanten und stationären Versorgung“ sowie die „selbst eingeschätzte Leistbarkeit von Pflegeheimen“ aufgrund ihres stark subjektiven Charakters. Hinzu kommt der Indikator Krebs-Screening nach Einkommen, der die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen mit Gerechtigkeitsaspekten kombiniert.

In der Dimension „gesundheitsbezogene Leistungsergebnisse“ wird auf die Indikatoren: „Sterblichkeit aufgrund von Diabetes mellitus“ (vgl. dazu auch Punkt 3.3.1.3) verzichtet und die „selbst eingeschätzte Qualität des Gesundheitswesens“ durch die Performance-Indikatoren „dem Gesundheitssystem zuschreibbare Sterblichkeit“ und „Mortalität“ ersetzt.

2 Kennzahlen des österreichischen Gesundheitswesens

Das vorliegende Kapitel ermöglicht dem Leser einen raschen Überblick über das österreichische Gesundheitswesen und zentrale österreichische Systemparameter. In Kapitel 3 werden die hier dargestellten Kennzahlen in weiten Bereichen einem internationalen Vergleich unterzogen.

2.1 Grundlegendes

Das österreichische Gesundheitssystem fällt unter den Typus der Sozialversicherungsmodelle und wird durch die Pflichtversicherung charakterisiert. 22 Sozialversicherungsträger bieten für 99,3 Prozent der Bevölkerung Schutz vor dem Risiko der Krankheit (HVB 2011a). Leistungen der Unfall-, Pensions- und Arbeitslosenversicherung, der Sozialversorgung und der Sozialhilfe sind weitere Bestandteile des sozialen Sicherungssystems.

Der Versichertenkreis umfasst Erwerbstätige und vielfach deren Familienangehörige als Mitversicherte. Durch Sonderregelungen für Pensionistinnen und Pensionisten sowie für Arbeitslose, aber auch durch die Möglichkeit einer Selbstversicherung wird damit eine beinahe flächendeckende Versorgung im Krankheitsfall erreicht. Bezieher und Bezieherinnen von Leistungen der Arbeitslosenversicherung sind automatisch in die Krankenversicherung einbezogen und besitzen Anspruch auf sämtliche Sach- und Geldleistungen. Darüber hinaus erstreckt sich der Schutz der sozialen Krankenversicherung auch auf Sozialhilfeempfänger/innen sowie Asylwerber/innen, die in der Betreuung des Bundes stehen.

Im Jahr 2010 umfasste die österreichische Bevölkerung rund 8,4 Millionen Menschen (vgl. Tabelle 2.1). Frauen hatten im Jahr 2010 eine durchschnittliche Lebenserwartung von 83,2 Lebensjahren, während jene der Männer bei 77,7 Jahren lag (Statistik Austria 2011e).

Tabelle 2.1:

Österreich: Demografischer Überblick, 1990, 2000, 2010

Jahr	Insgesamt*	Geschlecht		Anteil 65 u. älter*	Lebenserwartung bei der Geburt		Säuglingssterblichkeit pro 1.000 Lebendgeborene
		Männer*	Frauen*		Männer	Frauen	
1990	7.677.850	3.675.559	4.002.291	1.146.612	72,2	78,9	7,8
2000	8.011.566	3.874.717	4.136.849	1.235.840	75,1	81,1	4,8
2010	8.387.742	4.086.434	4.301.308	1.480.136	77,7	83,2	3,9

* Jahresdurchschnittsbevölkerung

Quelle: (Statistik Austria 2011d; Statistik Austria 2011f), GÖG/ÖBIG-eigene Darstellung

Das Bruttoinlandsprodukt (BIP) betrug 2010 pro Kopf 34.120 Euro (Statistik Austria 2011j). Im Vergleich zu 2009 wurde ein inflationsbereinigtes Wirtschaftswachstum von 2,3 Prozent registriert (nominell +4,1) (WIFO 2011). Die Arbeitslosenquote belief sich im Jahr 2010 auf 4,4 Prozent (EUROSTAT 2011b)³.

Tabelle 2.2:

Österreich: Makroökonomische Basisdaten, 2010

Indikator	Wert
Bruttoinlandsprodukt	286,2 Mrd. Euro
Bruttoinlandsprodukt pro Kopf	34.120 Euro
Wirtschaftswachstum (real in % 2009 auf 2010)	2,3 %
Arbeitslosenquote	4,4 %

Quellen: (WIFO 2011), (Statistik Austria 2011j), (EUROSTAT 2011b), GÖG/ÖBIG-eigene Darstellung

2.2 Gesundheitsausgaben

Unter Gesundheitsausgaben (GHA) sind alle finanziellen Aufwendungen mit dem Ziel der Erhaltung oder Wiederherstellung von Gesundheit zu verstehen. Die gesamten Gesundheitsausgaben in Österreich für das Jahr 2009 beliefen sich auf rund 30,3 Mrd. Euro, das entspricht einer Gesundheitsausgabenquote von 11 Prozent (gemessen am

3

Nach internationaler Definition: vgl.

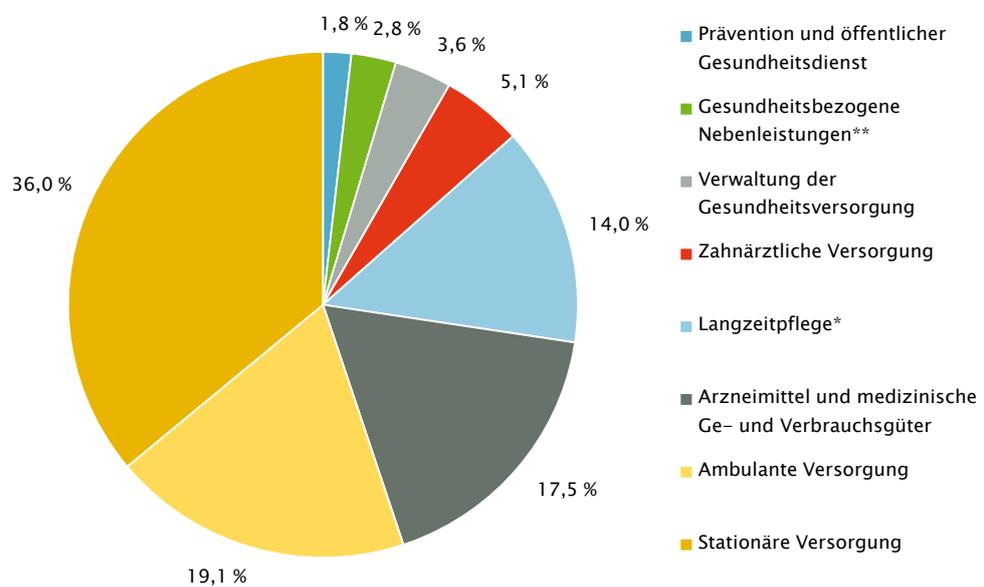
http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/product_details/dataset?p_product_code=TSDEC460

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

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

Bruttoinlandsprodukt, BIP) und Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben⁴ von 3.624 Euro (Statistik Austria 2011b). Inkludiert sind laufende Gesundheitsausgaben, die der direkten Gesundheitsversorgung wie etwa der ambulanten und stationären Versorgung zuzurechnen sind, sowie Investitionen zur Ausweitung und Erhaltung infrastruktureller Einrichtungen. Abbildung 2.1 veranschaulicht die Verteilung der laufenden Gesundheitsausgaben (ohne Investitionen) nach Leistungsbereichen.

Abbildung 2.1:
Österreich: Aufteilung der laufenden Gesundheitsausgaben (ohne Investitionen) nach Sektoren in Prozent, 2009



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

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

Quelle: (Statistik Austria 2011b), GÖG/ÖBIG-eigene Berechnung

4

Stand: Dezember 2011

Tabelle 2.3:

Österreich: Öffentliche und private Gesundheitsausgaben (GHA) nach Sektoren in Mio. Euro, 2009

Sektor	öffentliche GHA	private GHA	GHA
Stationäre Versorgung***	9.161,08	1.140,84	10.301,92
Ambulante Versorgung	5.200,06	1.715,39	6.915,45
Arzneimittel u. medizinische Ge- u. Verbrauchsgüter	3.135,61	1.867,34	5.002,95
Langzeitpflege*	3.363,84	635,67	3.999,51
Verwaltung der Gesundheitsversorgung	660,73	376,71	1.037,44
Gesundheitsbezogene Nebenleistungen**	631,88	178,84	810,72
Prävention u. öffentlicher Gesundheitsdienst	438,58	71,84	510,42
Laufende Gesundheitsausgaben	22.591,78	5.986,63	28.578,41
Investitionen	944,63	784,94	1.729,57
Gesamte Gesundheitsausgaben	23.536,41	6.771,57	30.307,98

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

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

*** Enthalten sind auch stationäre Gesundheitsdienstleistungen in Pflegeheimen.

Quelle: (Statistik Austria 2011b), GÖG/ÖBIG-eigene Darstellung

Von 2008 auf 2009 stiegen die Gesundheitsausgaben um 3,3 Prozent von 29,3 auf 30,3 Milliarden Euro, während das Bruttoinlandsprodukt (BIP) aufgrund der internationalen Wirtschafts- und Finanzkrise sank. Der größte Anteil der laufenden Gesundheitsausgaben floss 2009 mit rund 36 Prozent in den stationären Bereich, gefolgt vom ambulanten Sektor (19,1 % exkl. Zahnmedizin).

Abbildung 2.1 zeigt eine detaillierte Gliederung der Gesundheitsausgaben nach öffentlichen und privaten Finanzierungsquellen. Der größte Anteil an laufenden Gesundheitsausgaben floss 2009 mit rund 36 Prozent in den stationären Bereich, gefolgt vom ambulanten Sektor (19,1 % exkl. Zahnmedizin).

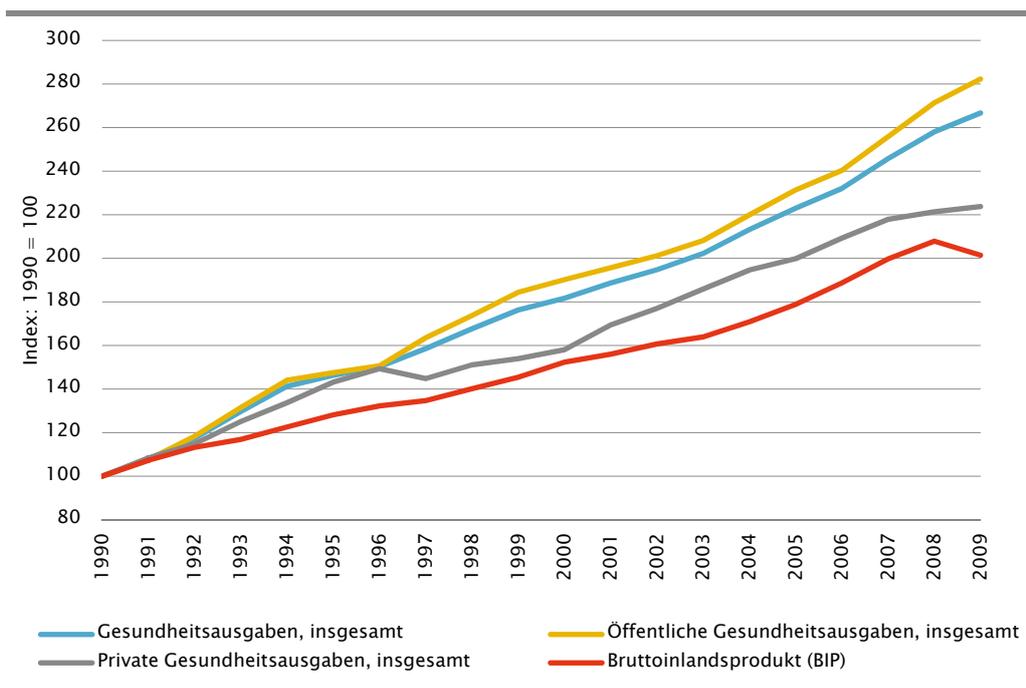
Abbildung 2.2 zeigt die indexierte Entwicklung der öffentlichen und der privaten Gesundheitsausgaben gemeinsam mit der Entwicklung des Bruttoinlandsproduktes von 1990 bis 2009. Die gesamten Gesundheitsausgaben stiegen von 1990 bis 2009 mit einer durchschnittlichen nominellen Wachstumsrate von rund 5,3 Prozent (real 3,6 %) in den meisten Jahren stärker als das BIP, das mit einer durchschnittlichen Wachstumsrate von jährlich 3,8 Prozent wuchs (real 2,1).

In den letzten Jahren verlangsamte sich die Wachstumsdynamik. Von 2005 bis 2009 sind die gesamten Gesundheitsausgaben durchschnittlich jährlich um 4,6 Prozent (real 2,9) gestiegen.

Im Jahr 2009 waren 77,7 Prozent der Gesamtausgaben öffentliche Gesundheitsausgaben, während die privaten Gesundheitsausgaben 22,3 Prozent ausmachten. Tabelle 2.3

zeigt weiters eine detaillierte Gliederung der Gesundheitsausgaben nach öffentlichen und privaten Finanzierungsquellen. Der größte Anteil der laufenden Gesundheitsausgaben floss 2009 mit rund 36 Prozent in den stationären Bereich, gefolgt vom ambulanten Sektor (19,1 % exkl. Zahnmedizin).

Abbildung 2.2:
Österreich: Entwicklung der Gesundheitsausgaben und des Bruttoinlandsproduktes (nominell), 1990–2009



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

Die öffentlichen Gesundheitsausgaben beziehen sich auf von öffentlichen Körperschaften, wie etwa Bund, Länder, Gemeinden aber auch von Sozialversicherungsträgern finanzierte Ausgaben. Private Gesundheitsausgaben hingegen sind all jene finanziellen Aufwände, die außerhalb des öffentlichen Bereichs anfallen. Private Gesundheitsausgaben tätigen daher nicht nur private Haushalte, sondern auch private Versicherungsunternehmen und andere private Organisationen ohne Erwerbszweck. Auch betriebsärztliche Leistungen zählen zu privaten Ausgaben.

Zahlungen von privaten Haushalten werden auch als Out-of-Pocket-Zahlungen bezeichnet. Sie beinhalten sowohl direkte Kostenbeteiligungen an Leistungen der Sozialversicherung, wie etwa Selbstbehalte in Form prozentualer Kostenbeteiligungen (wie z. B. bei Versicherten der Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft) oder auch fixe Selbstbehalte für bestimmte Leistungen (z. B. Rezeptgebühr). Daneben

umfassen Selbstzahlungen privater Haushalte auch sogenannte indirekte Kostenbeteiligungen, die bei einer Inanspruchnahme von Leistungen, die außerhalb des Leistungskataloges der Sozialversicherung liegen, anfallen. Dazu zählen u. a. Ausgaben für nicht erstattungsfähige Medikamente, Taggelder für stationäre Aufenthalte, Aufwände für bestimmte zahnmedizinische Leistungen oder die Inanspruchnahme von Wahlärzten. Letztere können zum Teil auf Antrag des Versicherten von seinem Krankenversicherungsträger rückerstattet werden. Darüber hinaus sind Prämien für private Krankenversicherungen berücksichtigt.

2.3 Stationäre Versorgung

Die österreichischen Krankenanstalten (KA) lassen sich in vier Versorgungssektoren einteilen (Stand: 2009): Akut-Krankenanstalten (178 KA), Langzeitversorgung (25 KA), Rehabilitation (59 KA) und Genesung bzw. Kur (5 KA). Ende 2009 standen demnach für die stationäre Gesundheitsversorgung in Österreich 267 bettenführende Krankenanstalten mit rund 64.000 tatsächlichen Betten, wovon rund 51.800 Betten der Akutversorgung⁵ zuzurechnen waren, zur Verfügung. Auf 59 Rehabilitationseinrichtungen entfielen im selben Zeitraum rund 8.000 Betten.⁶

Bei 132 der bettenführenden Krankenanstalten (rund 48.300 Betten) handelte es sich um landesgesundheitsfondsfinanzierte Einrichtungen. Diese umfassten öffentliche allgemeine und öffentliche Sonderkrankenanstalten mit Ausnahme der Pflegeabteilungen für Psychiatrie sowie private allgemeine Krankenanstalten, die gemeinnützig geführt werden.

In Relation zur Bevölkerung entsprach die gesamte Bettenanzahl einer Bettendichte von 7,6 Betten pro 1.000 Einwohner/innen, bei landesgesundheitsfondsfinanzierten Krankenanstalten ergaben sich 5,8 Betten je 1.000 Personen.

5

Die Akutversorgung findet in allen landesgesundheitsfondsfinanzierten Krankenanstalten, Unfallkrankenhäusern sowie Privatsanatorien statt. Die Betten werden konform mit dem Österreichischen Strukturplan Gesundheit (ÖSG) 2010 gezählt. Beinhaltet sind Betten der Palliativpflege, psychiatrischen Pflege und gemischte Betten der neurologischen und psychiatrischen Pflege.

6

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

Im Jahr 2009 wurden in allen österreichischen Krankenanstalten rund 2,79 Mio. stationäre Aufenthalte verzeichnet, abzüglich sogenannter 0-Tagesaufenthalte belief sich die Anzahl auf etwa 2,33 Mio. Aufenthalte. Unter 0-Tagesaufenthalten sind jene Aufenthalte zu verstehen, die die Dauer eines Kalendertages nicht überschreiten. Im akutstationären Bereich wurden 2009 rund 2,67 Mio. Aufenthalte gezählt (2,21 Mio. ohne 0-Tagesaufenthalte). Dies entspricht rund 95 Prozent aller stationären Aufenthalte.

Die Krankenhaushäufigkeit wird definiert durch die stationären Aufenthalte je 100 Einwohner. Im akutstationären Bereich beläuft sie sich demnach auf rund 26,5 Aufnahmen pro 100 Einwohner (ohne 0-Tagesaufenthalte). Abbildung 2.3 zeigt, dass während der letzten Jahre die tatsächliche Bettenanzahl⁷ in Fondskrankenanstalten leicht gesunken ist, während die Anzahl an stationären Aufenthalten – darunter insbesondere die 0-Tagesaufenthalte⁸ – anstieg. Ebenfalls rückläufig waren die Belagstage, die als Anzahl an Tagen (Mitternachtsaufenthalte), die Patientinnen und Patienten in einer Krankenanstalt verbringen, definiert werden.

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

7

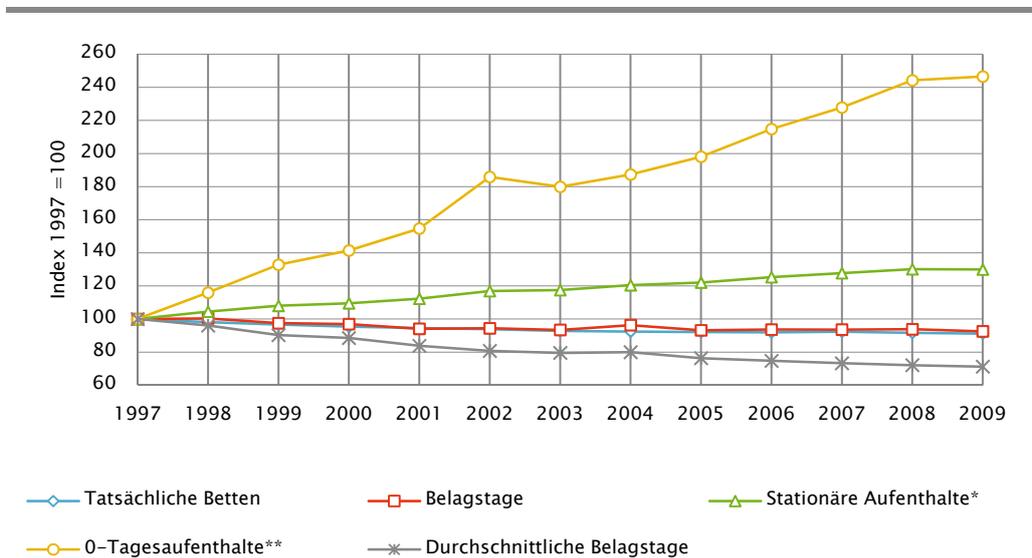
Tatsächlich aufgestellte Betten werden definiert durch jene Betten (inkl. Tagesklinikbetten), die im Jahresdurchschnitt oder mindestens sechs Monate aufgestellt waren, unabhängig von ihrer Belegung. Funktionsbetten, wie z. B. Dialysebetten, post-operative Betten im Aufwachraum, Säuglingsbetten der Geburtshilfe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

8

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

Abbildung 2.3:

Österreich: Entwicklung ausgewählter Kennzahlen landesgesundheitsfondsfinanzierter Krankenanstalten, 1997–2009



* Inkl. 0-Tagesaufenthalte

** S. Fußnote 8

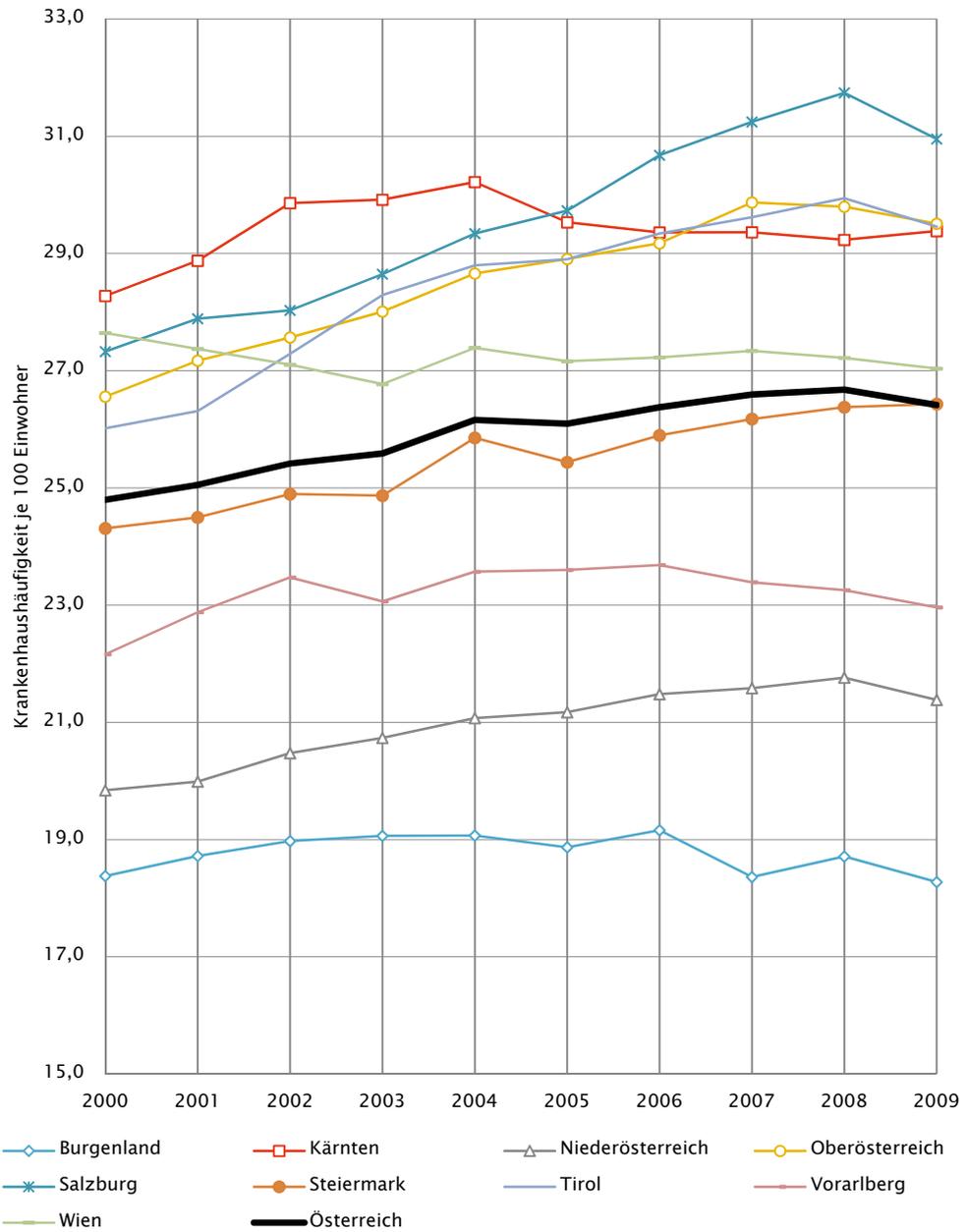
Index: 1997=100, Aufenthalte inkl. ausländischer Gastpatienten

Quellen: (BMG 2011b), GÖG/ÖBIG-eigene Berechnungen

Das Bundesland Salzburg verzeichnete (für Fondskrankenanstalten, Unfallkrankenhäuser und Sanatorien) im Jahr 2009 mit rund 31 stationären Aufenthalten pro 100 Einwohner (EW) die höchste Krankenhaushäufigkeit (ohne 0-Tagesaufenthalte), gefolgt von Oberösterreich und Tirol mit jeweils rund 29,5 stationären Aufenthalten pro 100 Einwohner. Die niedrigste Krankenhaushäufigkeit wies im Jahr 2009 das Burgenland mit rund 18,3 und Vorarlberg mit etwa 23 stationären Aufenthalten pro 100 Einwohner auf. Der Bundesschnitt lag im gleichen Zeitraum bei rund 26,5 Aufenthalten. In der Mehrheit der Bundesländer ist die Krankenhaushäufigkeit im Zeitraum 2000 bis 2009 leicht angestiegen. Von 2008 auf 2009 gab es in allen Bundesländern bis auf Kärnten und der Steiermark Rückgänge.

Die durchschnittlichen Belagstage ergeben sich aus der Anzahl an Tagen, die eine Person durchschnittlich in stationärer Behandlung verbringt. Wie auch bei der Krankenhaushäufigkeit ergeben sich bei einem Blick auf Unterschiede zwischen den einzelnen Bundesländern. Die geringste Anzahl an Belagstagen in der Akutversorgung wurde im Burgenland mit durchschnittlich 5,8 und in Tirol mit 5,9 Tagen im Jahr 2009 verzeichnet. Die meisten Belagstage gab es hingegen in Wien mit 7,6 Tagen gefolgt von Kärnten mit 6,9 Tagen.

Abbildung 2.4:
 Österreich: Entwicklung der Krankenhaushäufigkeit je 100 Einwohner/innen in Akut-
 krankenanstalten auf Bundesländerebene, 2000–2009

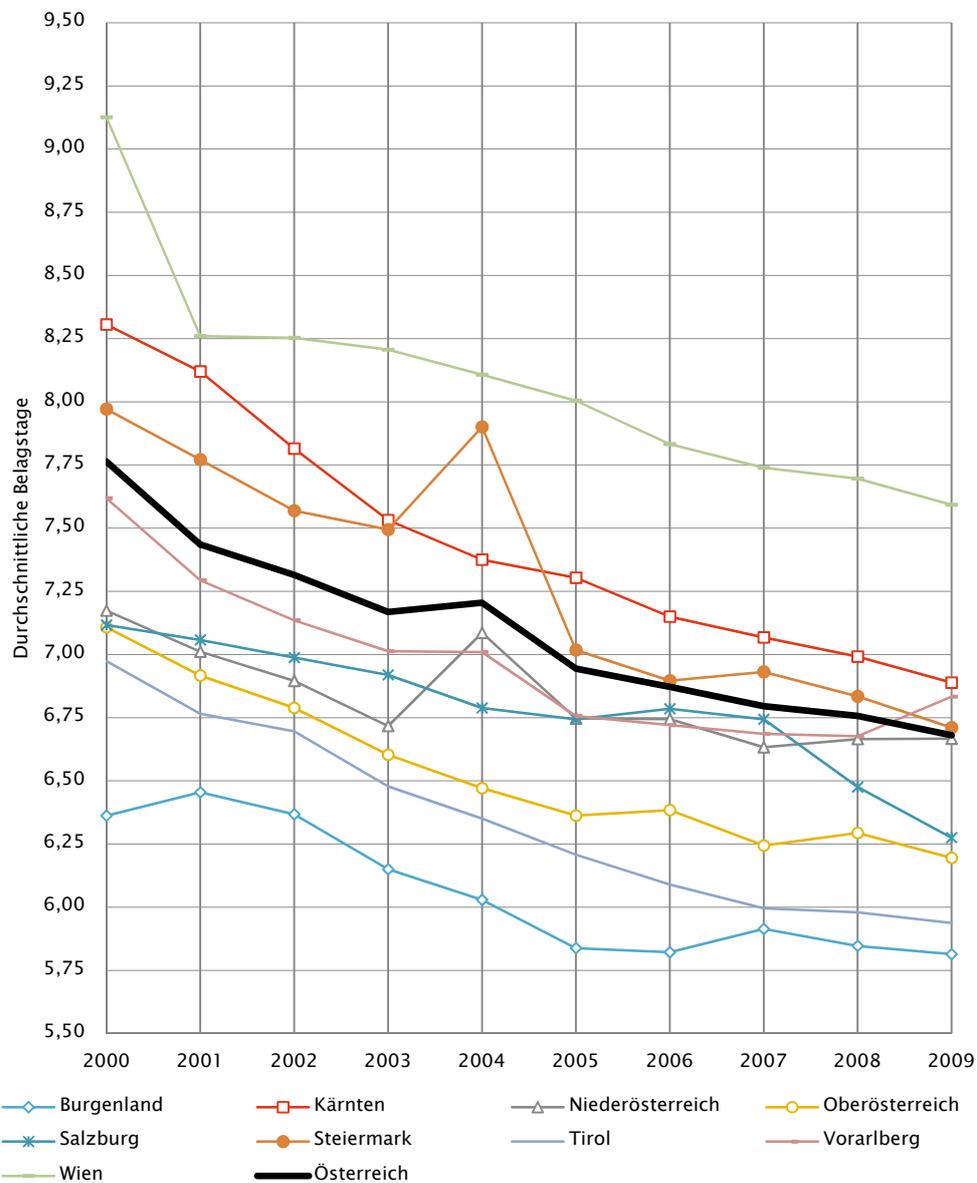


Exklusive 0-Tagesaufenthalte
 Fondskrankenanstalten, Unfallkrankenhäuser und Sanatorien
 Bezogen auf Wohnsitzbevölkerung zu Jahresbeginn, nicht alters- und geschlechtsstandardisiert

Quellen: (BMG 2011b), GÖG/ÖBIG-eigene Berechnung

Abbildung 2.5:

Österreich: Entwicklung der durchschnittlichen Belagstage in Akutkrankenanstalten auf Bundesländerebene, 2000–2009



Exkl. 0-Tagesaufenthalte, inkl. Aufenthalte länger als 365 Tage

Bei Patienten, die mehr als 365 Tage in akutstationärer Behandlung verbringen, wird die Belagsdauer am Tag der Entlassung ermittelt und kann somit über 365 Belagstage ergeben. Die Anstiege in den Bundesländern Steiermark und Niederösterreich im Jahr 2004 bzw. in Wien im Jahr 2000 sind auf entsprechende Enthospitalisierungen von Patienten mit sehr langen Belagsdauern im Bereich der Psychiatrie zurückzuführen.

Quellen: (BMG 2011 a); GÖG/ÖBIG-eigene Berechnung

Die zehn häufigsten Hauptdiagnosen bei Entlassung aus den landesgesundheitsfonds-finanzierten Spitälern im Jahr 2010 wurden wie in den vorangegangenen Jahren von Krebserkrankungen, gefolgt von Krankheiten des Kreislaufsystems und Verletzungen, Vergiftungen und bestimmten anderen Folgen äußerer Ursachen, angeführt (s. Tabelle 2.4).⁹

Tabelle 2.4:
Österreich: Häufigste Hauptdiagnosen bei Spitalsentlassungen aus Akutkrankenanstalten, 2010

Anzahl	Hauptdiagnose (nach ICD-10-Kapitel)
390.910	(C00-D48) Neubildungen
305.375	(I00-I99) Krankheiten des Kreislaufsystems
269.105	(S00-T98) Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen
268.692	(M00-M99) Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes
233.639	(K00-K93) Krankheiten des Verdauungssystems
163.718	(N00-N99) Krankheiten des Urogenitalsystems
151.532	(H00-H59) Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde
148.962	(J00-J99) Krankheiten des Atmungssystems
133.609	(F00-F99) Psychische und Verhaltensstörungen
118.928	(O00-O99) Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett
112.431	(G00-G99) Krankheiten des Nervensystems
109.817	(R00-R99) Nicht klassifizierte Symptome u. abnorme klinische u. Laborbefunde
62.981	(E00-E90) Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
59.071	(A00-B99) Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten
37.496	(L00-L99) Krankheiten der Haut und der Unterhaut

Quellen: (BMG 2011a), GÖG/ÖBIG-eigene Berechnung

Im Jahr 2010 waren in österreichischen Krankenanstalten rund 22.400 Ärztinnen und Ärzte beschäftigt, davon standen rund 8.600 Ärztinnen und Ärzte in Ausbildung (Turnusärzte und -ärztinnen). Das nichtärztliche Fachpersonal in intramuraler Beschäftigung umfasste Ende 2010 54.601 Personen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege¹⁰, 14.078 Vertreter der Sanitätshilfsdienste und der Pflegehilfe sowie 13.823 Personen der medizinisch-technischen Dienste (Statistik Austria 2011a). Weiters waren von rund 1.900 Hebammen¹¹ rund 1.600 in Krankenanstalten beschäftigt (Statistik Austria 2011c).

9

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

10

Inklusive kardiotechnischer Dienst

11

Inklusiver karentzierte und teilzeitbeschäftigte Hebammen

2.4 Ambulante Versorgung

Die ambulante Versorgung der österreichischen Bevölkerung wird großteils von freipraktizierenden, niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten übernommen. Daneben existieren rund 800 selbstständige Ambulatorien, die teilweise von den Krankenversicherungsträgern selbst geführt werden (BMG 2008). Ein weiterer zentraler Teil der ambulanten Versorgung wird von Spitalsambulanzen geleistet, die finanziell und organisatorisch dem intramuralen Bereich zuzuordnen sind. Ambulante Leistungen werden dabei nicht nur von Ärztinnen und Ärzten erbracht, sondern auch von nicht-ärztlichen Gesundheitsberufen, wie u. a. von Psychotherapeutinnen und -therapeuten, Hebammen, Physiotherapeutinnen und -therapeuten oder Logopädinnen und Logopäden (s. Abschnitt 2.8).

Die Anzahl aller in Österreich im niedergelassenen Bereich¹² im Jahr 2010 tätigen Ärztinnen und Ärzte umfasste 6.428 Allgemeinmediziner/innen, 9.309 Fachärztinnen und Fachärzte sowie 3.525 Zahnärztinnen und Zahnärzte¹³. Auf 1.000 Einwohner entfielen im Jahr 2010 in Österreich rund 2,3 niedergelassene Ärztinnen oder Ärzte (inkl. Zahnärztinnen und Zahnärzte), wobei in Österreich zum Teil deutliche regionale Unterschiede existieren. So wies etwa Oberösterreich im Jahr 2010 mit 1,9 niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten (inkl. Zahnärztinnen und Zahnärzten) pro 1.000 Einwohner die geringste Versorgungsdichte auf. Wien hingegen kam mit 3,2 niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten (inkl. Zahnärztinnen und Zahnärzten) je 1.000 Einwohner auf die höchste Versorgungsdichte.

Zum Stichtag 31. 12. 2010 standen insgesamt 10.430 Ärztinnen und Ärzte in einem Vertragsverhältnis mit einem Krankenversicherungsträger, (4.210 Allgemeinmediziner/innen, 3.658 Fachärztinnen und Fachärzte und 2.562 Zahnärztinnen und Zahnärzte). Wie in Tabelle 2.5 ersichtlich, sind die regionalen Unterschiede der vertragsärztlichen Versorgungsdichte geringer als der niedergelassenen Versorgung insgesamt. Im Jahr 2010 wurden bei einer krankenversicherten Person durchschnittlich 6,87 Fälle¹⁴ vertragsärztlicher Hilfe registriert (HVB 2011b).

¹²

Dieser umfasst die vertragsärztliche und die wahlärztliche Versorgung.

¹³

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

¹⁴

Gebietskrankenkassen und Betriebskrankenkassen

Tabelle 2.5:

Österreich: Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte nach Hauptfach, Stand 31. 12. 2010

Land	Gesamt*	Allgemein- mediziner	Fachärzte	Zahnärzte	Ärzte je 1.000 EW**
Burgenland	584	211	274	99	2,1
Kärnten	1.274	482	592	200	2,3
Niederösterreich	3.664	1.274	1.838	552	2,3
Oberösterreich	2.715	1.064	1.158	493	1,9
Salzburg	1.319	434	637	248	2,5
Steiermark	2.560	963	1.080	517	2,1
Tirol	1.604	507	744	353	2,3
Vorarlberg	721	229	336	156	2,0
Wien	5.417	1.392	3.118	907	3,2
Österreich	19.262	6.428	9.309	3.525	2,3

* Exkl. Mehrfachqualifikationen

** Inkl. Zahnärztinnen und Zahnärzte

Aufgrund von Mehrfachstätigkeit in verschiedenen Bundesländern weicht der gesamtösterreichische Wert von der Summe aller Bundesländer ab.

Quelle: (ÖÄK 2011; ZÄK 2011); GÖG/ÖBIG-eigene Berechnung

Tabelle 2.6:

Österreich: Vertragsärztinnen und -ärzte nach Hauptfach, Stand 31. 12. 2010

Land	Gesamt*	Allgemein- mediziner	Fachärzte	Zahnärzte	Ärzte je 1.000 EW**
Burgenland	322	151	96	75	1,1
Kärnten	695	304	242	149	1,2
Niederösterreich	1.712	778	493	441	1,1
Oberösterreich	1.571	742	468	361	1,1
Salzburg	662	250	253	159	1,2
Steiermark	1.479	641	444	394	1,2
Tirol	892	366	304	222	1,3
Vorarlberg	401	153	145	103	1,1
Wien	2.711	828	1.225	658	1,6
Österreich	10.430	4.210	3.658	2.562	1,2

* Ärztinnen und Ärzte, die in einem Vertragsverhältnis mit mindestens einem Sozialversicherungsträger standen. Exkl. Mehrfachqualifikationen

** Inkl. Zahnärztinnen und Zahnärzte

Die Gesamtzahl aller Vertragsärzte in Österreich deckt sich aufgrund der Bereinigung von Mehrfachstätigkeiten in verschiedenen Bundesländern nicht mit der Summe aller Bundesländer. Durch diese Datenbereinigung können die dargestellten Werte von anderen Publikationen abweichen.

.Quelle: (ÖÄK 2011; ZÄK 2011); GÖG/ÖBIG-eigene Berechnung

2.5 Psychotherapeutische Versorgung

Mit Stichtag 31. 12. 2010 waren 7.180 Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in der Psychotherapeutenliste des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) eingetragen (s. Tabelle 2.7). Rund ein Viertel davon verfügte auch über eine Ausbildung zur klinischen Psychologin bzw. zum klinischen Psychologen und zur Gesundheitspsychologin bzw. zum Gesundheitspsychologen.

Seit 1991 hat sich die Anzahl der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mehr als versiebenfacht. Im Durchschnitt lag die jährliche Zuwachsrate bei 3,4 Prozent. Regional besteht eine Ungleichverteilung des Angebots. Die größte Versorgungsdichte mit Psychotherapeutinnen und -therapeuten findet sich in Wien, gefolgt von den westlichen Bundesländern Salzburg, Vorarlberg und Tirol. Das Burgenland verfügt über die geringste Versorgungsdichte. Generell ist die Konzentration in städtischen Gebieten höher als in ländlichen Gebieten (Hagleitner/Sagerschnig 2011).

Tabelle 2.7:

Österreich: Kennzahlen zur psychotherapeutischen Versorgung, jüngstes verfügbares Jahr

Kennzahl	Wert
Anzahl Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen (31.12.2010)	7.180
Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen pro 100.000 Einwohner (31.12.2010)	85,7
Anzahl Patientinnen und Patienten, die psychotherapeutische Versorgung im weiteren Sinne von der sozialen Krankenversicherung erhalten haben (2009)*	130.000
Aufwendungen der sozialen Krankenversicherungsträger für Psychotherapie (2010)**	64,5 Mio. Euro

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

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

Quellen: (Hagleitner/Sagerschnig 2011), (SGKK 2011); (HVB 2012)

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

Tabelle 2.8:

Österreich: Ausgaben der Sozialversicherung für Psychotherapie nach Angebotsformen, 2010

Angebotsform	Ausgaben (in Mio. Euro)	In Prozent der Gesamtausgaben
Versorgungsvereine und Institutionen	35,7	55,35
Kostenzuschüsse	12,5	19,38
Vertragsärzte und Vertragsärztinnen, Wahlärzte und Wahlärztinnen	15,3	23,72
Kasseneigene Einrichtungen	1,00	1,55
Gesamt	64,5	100,00

Quelle: (SGKK 2011), (Eggerth et al. 2010), (HVB 2012)

2.6 Pharmazeutische Erzeugnisse und medizinische Ge- und Verbrauchsgüter

Die gesamten Ausgaben¹⁵ für pharmazeutische Erzeugnisse und medizinische Ge- und Verbrauchsgüter betragen in Österreich im Jahr 2009 rund 5 Milliarden Euro. Dies entspricht einem Anteil von 17,5 Prozent der laufenden Gesundheitsausgaben.

Die Arzneimittelausgaben alleine (ohne med. Ge- und Verbrauchsgüter) beliefen sich im Jahr 2007 auf 3,79 Milliarden Euro (Statistik Austria 2011b). Im Zeitraum 2000 bis 2009 wuchsen diese Ausgaben jährlich um rund 4,6 Prozent, wobei sich die Wachstumskurve durch verschiedene Maßnahmen in den letzten Jahren verlangsamte. Von 2008 auf 2009 wurde ein Ausgabenrückgang von rund 3,8 Prozent verzeichnet, der vor allem auf die Halbierung des Umsatzsteuersatzes von 20 auf 10 Prozent ab Jänner 2009 zurückzuführen ist (OECD 2011a).

Im Jahr 2009 betrug der Umsatz aus Sicht der pharmazeutischen Unternehmen rund 3 Milliarden Euro (Basis: Fabrikabgabepreis), wovon rund 70 Prozent auf den ambulanten Bereich entfielen (Pharmig 2011). Von den zugelassenen Arzneimitteln im Jahr 2010 unterlagen etwa zwei Drittel der Rezeptpflicht (PHIS 2012). Der Anteil der Generika am österreichischen generikafähigen Kassenmarkt¹⁶ belief sich 2009 auf 37 Prozent des

¹⁵

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

¹⁶

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

gesamten Arzneimittelumsatzes und stellt somit einen deutlichen Anstieg im Vergleich zu den Vorjahren dar. Der Hauptgrund für diese Steigerung war der Markteintritt kostengünstiger Generika für umsatzstarke Medikamente, deren Patentschutz abgelaufen war (Klein 2011).

Tabelle 2.9:
Österreich: Daten zum Arzneimittelmarkt, 2009

Indikator	Wert
Größe des Marktes (Basis FAP) wertmäßig 2009	2.995,9 Mio. Euro
Größe des Marktes mengenmäßig 2009	232,7 Mio. Packungen
Ausgabenquote** 2009	17,5 %
Zugelassene Humanarzneispezialitäten inkl. Homöopathika (967) per Jänner 2010 ***	11.363
Arzneimittelverbrauch: Packungen pro Person und Jahr 2010	25,04 (1.010,2 Einzeldosen)
Generikamarktanteil* wertmäßig 2009	37 %
Generikamarktanteil* mengenmäßig 2009	43 %

* Im generikafähigen Kassenmarkt; Aufgrund des Patentablaufs umsatzstarker Arzneispezialitäten kam es im Vergleich zum Jahr 2007 zu einem überproportional hohen Wachstum des Generikamarktanteils im generikafähigen Kassenmarkt

** Inklusive Ge- und Verbrauchsgüter; die reine Arzneimittelausgabenquote (Anteil der Arzneimittelausgaben an den laufenden Gesundheitsausgaben) betrug 13,3 %.

*** Exklusive zentral durch die europäische Arzneimittelagentur (EMA) zugelassene Arzneimittel (576), die aufgrund unterschiedlicher Zählweisen nicht addiert werden können

Einzeldosen (Standard Units): Entspricht der kleinsten gebräuchlichen Form eines Produktes, z. B. einzelne Tablette, Kapsel, Ampulle

Quellen: (Klein 2011; OECD 2011a; Pharmig 2011; PHIS 2012; Statistik Austria 2011b),
GÖG/ÖBIG-eigene Erhebung

Die Versorgung mit Medikamenten stellten im Jahr 2009 1.228 öffentliche Apotheken sowie fünf öffentlich zugängliche Krankenhausapotheken sicher.¹⁷ Zusätzlich gab es 955 hausapothekenführende Ärztinnen und Ärzte, absolut gesehen ist dies der höchste Wert an dispensierenden Ärzten in Europa (PHIS 2012). Die starke Präsenz der hausapothekenführenden Hausärzte ist u. a. traditionell bzw. historisch bedingt, fußt aber auch auf der Tatsache, dass der Errichtung einer öffentlichen Apotheke eine Bedarfsprüfung (Anwendung demografischer und geografischer Kriterien) vorausgeht. Die Anzahl an hausapothekenführenden Ärzten ist in den letzten fünf Jahren um rund vier Prozent zurückgegangen.

Tabelle 2.10 listet die kostenintensivsten Wirkstoffgruppen des Jahres 2010, die in Apotheken oder Hausapotheken abgegeben wurden, auf. Aus rechtlichen Gründen darf keine Reihenfolge angegeben werden.

17

Bundesweit verfügen 46 Krankenanstalten über Krankenhausapotheken.

Tabelle 2.10:
 Österreich: Die zehn umsatzstärksten Wirkstoffgruppen im niedergelassenen Bereich
 (in alphabetischer Reihenfolge), 2010

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

Aus rechtlichen Gründen darf hierbei keine Rangreihung angegeben werden.

Quelle: (IMS 2011), GÖG/ÖBIG-eigene Darstellung

2.7 Medizinisch-technische Großgeräte

Abbildung 2.6 illustriert die Anzahl und Entwicklung der in Österreich aufgestellten medizinisch-technischen Großgeräte. Im Jahr 2010 gab es beispielsweise 250 Computertomographen und 156 Magnetresonanz-Tomographen, die mehrheitlich in Spitälern standen.

Die Großgerätedichte je Mio. Einwohner ist in Tabelle 2.11 für Gesamt-Österreich sowie im Bundesländervergleich abgebildet. Die höchste Dichte bei Computertomographen lag 2010 mit 37 Computertomographen (CT) je Mio. Einwohner in Tirol, die niedrigste in Vorarlberg mit 16 CT je Mio. Einwohner. Zu berücksichtigen ist hierbei, dass einzelne Bundesländer zusätzlich zur Wohnbevölkerung weitere in- und ausländische Gastpatientinnen und -patienten mitversorgen.

Bei der Anzahl an medizinisch-technischen Großgeräten gab es den größten Zuwachs bei Magnetresonanz-Tomographen, deren Anzahl sich von 60 im Jahr 1996 auf 156 im Jahr 2010 erhöhte (+160 %) gefolgt von Strahlen- bzw. Hochvolttherapiegeräten, deren Anzahl im selben Zeitraum von 26 auf 43 Geräte stieg (+65 %). Im intramuralen Bereich¹⁸ (stationärer Bereich und Spitalsambulanzen) wurden im Jahr 2010 rund 1,22

18

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

Mio. Computertomographien, rund 90.000 Koronarangiographien, rund 170.000 Emissions-Computertomographien, rund 400.000 Magnetresonanz-Tomographien und rund 30.000 Positronen-Emissions-Tomographien durchgeführt (BMG 2011e).

Tabelle 2.11:
Österreich: Großgerätedichte je Mio. Einwohner/innen, 2010

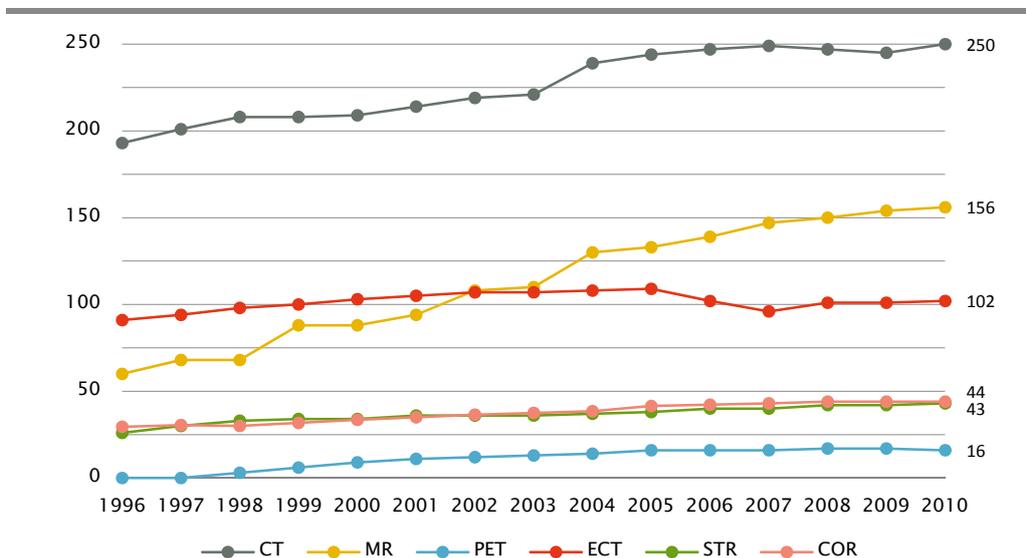
	Österreich	Bgl.	Ktn.	NÖ	OÖ	Sbg.	Stmk.	Tirol	Vlbg.	Wien
CT	30	32	32	26	26	30	35	37	16	32
MR	19	14	18	14	15	15	22	24	16	24
ECT	12	14	7	7	14	11	12	11	8	18
COR	5	2	4	5	5	8	5	4	3	8
STR	5	*	5	3	5	8	4	6	5	8
PET	2	*	2	1	3	2	2	1	3	2

* Mitversorgung durch NÖ, W, ST

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

Quelle: (BMG 2011d), Erhebung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Abbildung 2.6:
Österreich: Anzahl medizinisch-technische Großgeräte, 1996-2010



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

Quellen: (GÖG/ÖBIG 2010a), (BMG 2011d), (GÖG/ÖBIG 2006), GÖG/ÖBIG-eigene Darstellung

2.8 Personal im Gesundheitswesen

Im Gesundheits- und Sozialbereich waren 2010 nach ÖNACE-Klassifizierung¹⁹ insgesamt rund 357.000 Personen unselbständig beschäftigt. Die Anzahl der Beschäftigten im österreichischen Gesundheitswesen ist in den letzten Dekaden stark gewachsen. Der Personalstand²⁰ in österreichischen Krankenanstalten hat sich von 1980 bis 2010 von 48.521 auf 106.221 Personen mehr als verdoppelt (+ 119 Prozent) (Statistik Austria 2011i).

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

Tabelle 2.12 zeigt ausgewählte Beschäftigungsdaten des österreichischen Gesundheitswesens mit Stand 31. Dezember 2000 und 2010 sowie die Veränderung im Zehnjahresvergleich. Leider kann aufgrund von Abgrenzungsproblemen (z. B. allgemeines Verwaltungspersonal, Gesundheits- vs. Sozialwesen etc.) noch keine vollständige Übersicht aller im österreichischen Gesundheitswesen beschäftigten Personen gegeben werden. Zudem weist Tabelle 2.12 die Beschäftigungszahlen in Köpfen aus. Für weiterführende Überlegungen müsste auch das Beschäftigungsausmaß (Teil- oder Vollzeitbeschäftigung) berücksichtigt werden, das jedoch derzeit noch nicht für alle Berufsgruppen zur Verfügung steht.

19

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

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

20

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

Tabelle 2.12:

Österreich: Ausgewählte Beschäftigungszahlen des Gesundheitswesens, 2000 u. 2010

Berufsgruppe	2000	2010	Veränderung
Berufsausübende Ärztinnen u. Ärzte (exkl. Zahnärzte) *	30.249	38.805	28,3 %
Allgemeinmediziner u. -medizinerinnen	10.655	12.694	19,1 %
Fachärzte u. -ärztinnen**	14.083	19.112	35,7 %
Personen in Ausbildung (Turnusärzte u. -ärztinnen)	5.511	6.999	27,0 %
Angestellte Ärzteschaft *** (exkl. Personen in Ausbildung)	15.539	20.854	34,2 %
Niedergelassene Ärzteschaft (exkl. Personen in Ausbildung)	12.865	19.262	49,7 %
Ärztinnen und Ärzte mit Vertragsverhältnis zu KV-Trägern	7.974	10.430	30,8 %
Zahnärzte u. Zahnärztinnen	3.690	4.382	18,8 %
Absolventen u. Absolventinnen medizinischer Universitäten ****	1.170	1.906	62,9 %
Gehobener Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege (in KA)	46.219	54.601	18,1 %
Allgemeine Gesundheits- u. Krankenpflege	39.332	47.016	19,5 %
Kinder- und Jugendlichenpflege	3.712	3.954	6,5 %
Psychiatrische Gesundheits- u. Krankenpflege	3.175	3.449	8,6 %
Kardiotechnischer Dienst	39	182	366,7 %
Personal des gehobenen mediz.-technischen Dienstes, med.-techn. Fachdienstes, Masseur u. Masseurinnen (in KA)	11.384	13.823	21,42 %
Physiotherapeutischer Dienst	2.223	3.032	36,39 %
Medizinisch-technischer Laboratoriumsdienst	2.929	3.183	8,67 %
Radiologischer-technischer Dienst	2.378	2.983	25,44 %
Diätendienst u. ernährungsmedizinischer Beratungsdienst	424	582	37,26 %
Ergotherapeutischer Dienst	548	967	76,46 %
Logopädischer-phoniatrischer-audiologischer Dienst	249	430	72,69 %
Orthoptischer Dienst	112	110	-1,79 %
Medizinisch-technischer Fachdienst	1.920	1.864	-2,9 %
Med. Masseur u. Masseurinnen u. Heilmasseur *****	601	672	11,8 %
Personal des Sanitätshilfsdienstes und Pflegehilfe (in KA) *****	15.133	14.078	-7,0 %
Sanitäter u. Sanitäterinnen	1.232	694	-43,7 %
Pflegehelfer u. Pflegehelferinnen	10.769	9.784	-9,15 %
Operationsgehilfen u. -gehilfinen	2.275	2.540	11,7 %
Laborgehilfen u. -gehilfinen	287	239	-16,7 %
Prosekturgehilfen u. -gehilfinen	129	114	-11,6 %
Ordinationsgehilfen u. -gehilfinen	241	102	-57,7 %
Heilbadegehilfen u. -gehilfinen	75	401	434,7 %
Ergotherapiegehilfen u. -gehilfinen	39	46	17,95 %
Desinfektionsgehilfen u. -gehilfinen	86	158	83,72 %
Hebammen (in KA)	1.073	1.313	22,4 %
Personal für die 24-Stunden-Betreuung	-	26.500	-

* Inklusive Mehrfachzuordnungen, keine Summenbildung möglich

** Exklusive Mehrfachqualifikationen

*** Angestellt in Krankenanstalten, Ambulatorien, Instituten, Schulen oder bei sonstigen Dienstleistern

**** 2010: Studienabschlüsse ordentlicher Studierender an öffentlicher Universitäten 2009/2010, Studienrichtung Medizin; exkl. Absolventen der Medizinischen Privatuniversität Salzburg (Anzahl: 121)

***** Exklusive Personal ohne Berufszeugnis

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

Quelle: (ZÄK 2011), (ÖÄK 2011), (Statistik Austria 2011e), (Statistik Austria 2011h), (Rottenhofer 2011),

Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

2.9 Alten- und Langzeitpflege

Im Jahr 2011 belief sich die Anzahl an Alten- und Pflegeheimen in Österreich auf 844 Einrichtungen mit knapp 69.000 Plätzen (BMASK Infoservice 2011; Eggerth et al. 2010; GÖG/ÖBIG 2010b). Darüber hinaus gab es rund 30 geriatrische Tageszentren. Um den aus einer Pflegebedürftigkeit entstehenden Mehraufwand decken zu können, existiert in Österreich seit 1993 das sogenannte Pflegegeld. Dieses wird nach Ausmaß des erforderlichen Pflegebedarfs in sieben Stufen gewährt. Am 31. 12. 2010 gab es etwa 443.400 Pflegegeldbezieher bzw. Pflegegeldbezieherinnen; rund 372.800 davon bezogen Bundespflegegeld, rund 70.600 Personen bezogen Landespflegegeld (BMASK 2011) (s. Tabelle 2.13).

Die Angaben zu Beschäftigten in der Alten- und Langzeitpflege stammen aus einer GÖG/ÖBIG-Erhebung (2008) und beziehen sich jeweils nur auf einen prozentualen Anteil der befragten Einrichtungen.

Tabelle 2.13:
Österreich: Kennzahlen zur Alten- und Langzeitpflege, jüngstes verfügbares Jahr

Indikator	Wert
Anzahl Alten- und Pflegeheime (2011)	844
Plätze in Alten- und Pflegeheimen (2009)	68.809
Anzahl geriatrische Tageszentren (2006)	29
[Beschäftigte Personen* in Alten- und Pflegeheimen (2007)]**	[22.780]
[Beschäftigte Personen* in mobilen Diensten (2007)]***	[16.235]
[Beschäftigte Personen* in geriatrischen Tageszentren (2007)]****	[182]
Pflegegeldbezieher (31.12.2010)	443.395
davon Bundespflegegeldbezieher	372.763
davon Landespflegegeldbezieher	70.632
Personenbetreuer u. -betreuerinnen für die 24-Stunden-Betreuung (2010)	26.500

• Beinhaltet Gesundheits- und Sozialbetreuungsberufe, therapeutisches Personal, ärztliches Personal, Sozialarbeiter, Zivildienstler, sonstiges Personal

** Angaben von 55 % der befragten Einrichtungen

*** Angaben von 74 % der befragten Einrichtungen

**** Angaben von 45 % der befragten Einrichtungen

Angaben zu Beschäftigten sind in Köpfen ausgewiesen.

Quellen: (BMASK Infoservice 2011), (GÖG/ÖBIG 2010a), (Rottenhofer et al. 2009), (BMASK 2011), (Rottenhofer 2011), GÖG/ÖBIG-eigene Darstellung

2.10 Hospiz- und Palliativversorgung

Im Zentrum der Hospiz- und Palliativversorgung stehen unheilbar kranke und sterbende Menschen in einem fortgeschrittenen Erkrankungsstadium sowie deren Angehörige. Für eine adäquate spezialisierte Betreuung der Betroffenen sorgt ein System abgestufter Versorgung, bestehend aus sechs verschiedenen, auf unterschiedliche Bedürfnislagen abgestimmten Angeboten. Nachfolgende Tabelle 2.14 gibt einen Überblick über die Anzahl der in Österreich bestehenden Einrichtungen bzw. Leistungserbringer im Jahr 2010.

Tabelle 2.14:

Österreich: Anzahl der Einrichtungen zur Hospiz- und Palliativversorgung, 2010

Einrichtungen bzw. Leistungserbringer	Anzahl
Palliativstationen in Krankenanstalten	27
Stationäre Hospize	8
Tageshospize	3
Palliativkonsiliardienste	35
Mobile Palliativteams	36
Hospiz-Teams	143
Gesamt	252

Quelle: (Hospiz Österreich 2011), GÖG/ÖBIG-eigene Darstellung

3 Internationaler Vergleich

Dieses zentrale Kapitel widmet sich der Darstellung des österreichischen Gesundheitswesens im internationalen Vergleich. Anhand von 24 ausgewählten Indikatoren wird die Leistungsfähigkeit des österreichischen Gesundheitswesens im europäischen Vergleich untersucht.

Die Indikatoren sind drei Dimensionen zugeordnet:

1. Gesundheitsausgaben und Ressourceneinsatz (Input)
2. Gerechtigkeit, Zugang und Inanspruchnahme
3. Gesundheitsbezogene Leistungsergebnisse (Outcomes)

Als Untersuchungsregion wurden die Mitgliedstaaten der europäischen Union ausgewählt (EU-27), die bei Verfügbarkeit der Daten um weitere europäische Staaten (EFTA-Mitglieder und Kroatien) erweitert wurden. Die Darstellung wird jeweils um den Durchschnittswert (arithmetisches Mittel) der herangezogenen EU-15-Mitgliedstaaten und der EU-27-Mitgliedstaaten (bei Verfügbarkeit) ergänzt. Anhand ausgewählter Parameter wird auch die Entwicklung im Zeitablauf für Österreich und den EU-15-Raum analysiert.

Der Durchschnitts-Vergleich mit den EU-15-Mitgliedstaaten wurde angestellt, da die Datenverfügbarkeit hierbei auch für längere Zeitreihen gegeben ist, aber auch weil sich die hochindustrialisierten, westeuropäischen Staaten hinsichtlich ihrer Wirtschaftsleistung und demokratischen Entwicklung besser mit Österreich vergleichen lassen.

3.1 Gesundheitsausgaben und Ressourceneinsatz

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

- » Was kostet das Gesundheitssystem?
- » Wie viele Ressourcen werden dafür aufgewendet?

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

Gesundheitsausgaben

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

Ressourceneinsatz

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

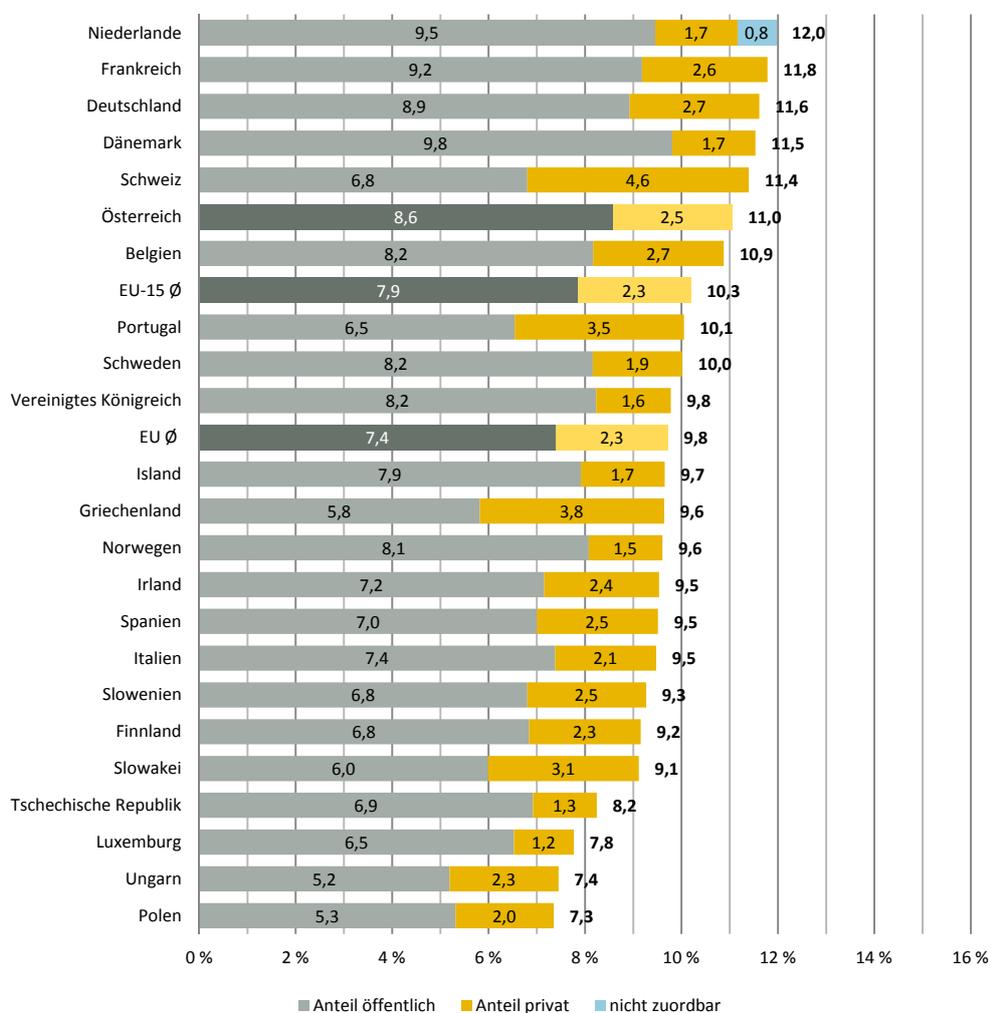
3.1.1 Gesundheitsausgaben

3.1.1.1 Gesundheitsausgaben in Prozent des Bruttoinlandsprodukts

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

Innerhalb der in Abbildung 3.1 verglichenen europäischen Länder wiesen die Niederlande im Jahr 2009 mit einer Gesundheitsausgabenquote von rund 12 Prozent den höchsten Wert auf. Österreich lag mit 11,0 Prozent ebenfalls im europäischen Spitzenfeld und damit über dem EU-15-Durchschnitt (\emptyset) von 10,3 Prozent und dem Durchschnitt der herangezogenen EU-Länder von 9,8 Prozent.

Abbildung 3.1:
Europäischer Vergleich: Gesamte öffentliche und private Gesundheitsausgaben in Prozent des BIP (Gesundheitsausgabenquote), 2009



Berechnung mit jüngsten verfügbaren Werten: 2007: EL, 2008: PT
Inklusive Langzeitpflege

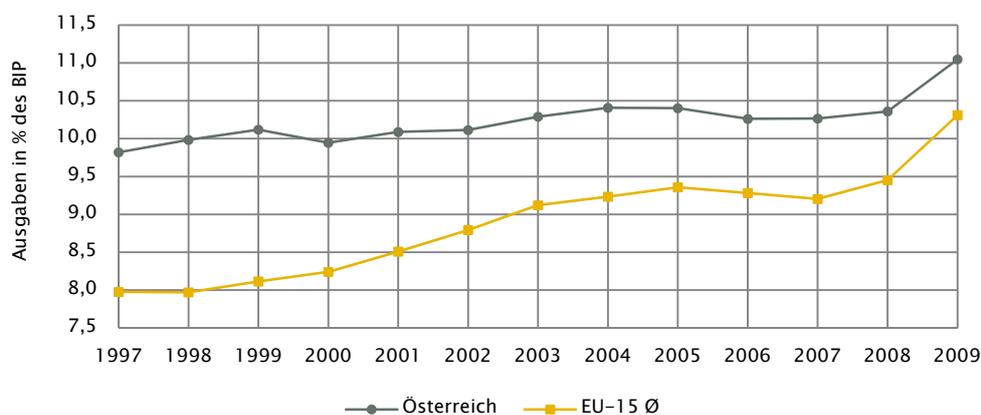
Quelle:(OECD 2011a), GÖG/ÖBIG-eigene Darstellung

Den geringsten Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP verzeichneten Polen, Ungarn und Luxemburg mit Werten unter acht Prozent. In allen dargestellten, europäischen Ländern werden die Gesundheitsausgaben mehrheitlich aus öffentlichen Mitteln finanziert. Griechenland wies 2009 mit annähernd 40 Prozent (3,8 % von 9,6 %) den höchsten Anteil an den privat finanzierten Gesundheitsausgaben aus.

In Österreich betrug der öffentliche Anteil im Jahr 2009 76,4 Prozent, dies entspricht 8,6 Prozent des BIP²¹. Den höchsten Anteil an öffentlichen Gesundheitsausgaben wies 2009 Dänemark mit 9,8 Prozent des BIP auf.

In Abbildung 3.2 wird die Entwicklung der Gesundheitsausgaben (inkl. Langzeitpflege) Österreichs im Vergleich zum EU-15-Durchschnitt dargestellt. Österreich lag stets über dem Vergleichswert der EU-15-Mitgliedstaaten. Zwischen 1997 und 2009 wuchs der Wert von 9,8 auf 11 Prozent des BIP. Der vergleichsweise steile Anstieg vom Jahr 2008 (10,4 %) auf 2009 ist unter anderem durch das krisenbedingte schwache Wirtschaftswachstum zu erklären.

Abbildung 3.2:
Europäischer Vergleich: Entwicklung der Gesundheitsausgaben in Österreich und im EU-15-Durchschnitt in Prozent des Bruttoinlandsprodukts, 1997–2009



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

21

Rund 40 Prozent der gesamten öffentlichen Mittel stammen dabei aus dem Steueraufkommen.

3.1.1.2 Gesundheitsausgaben pro Kopf

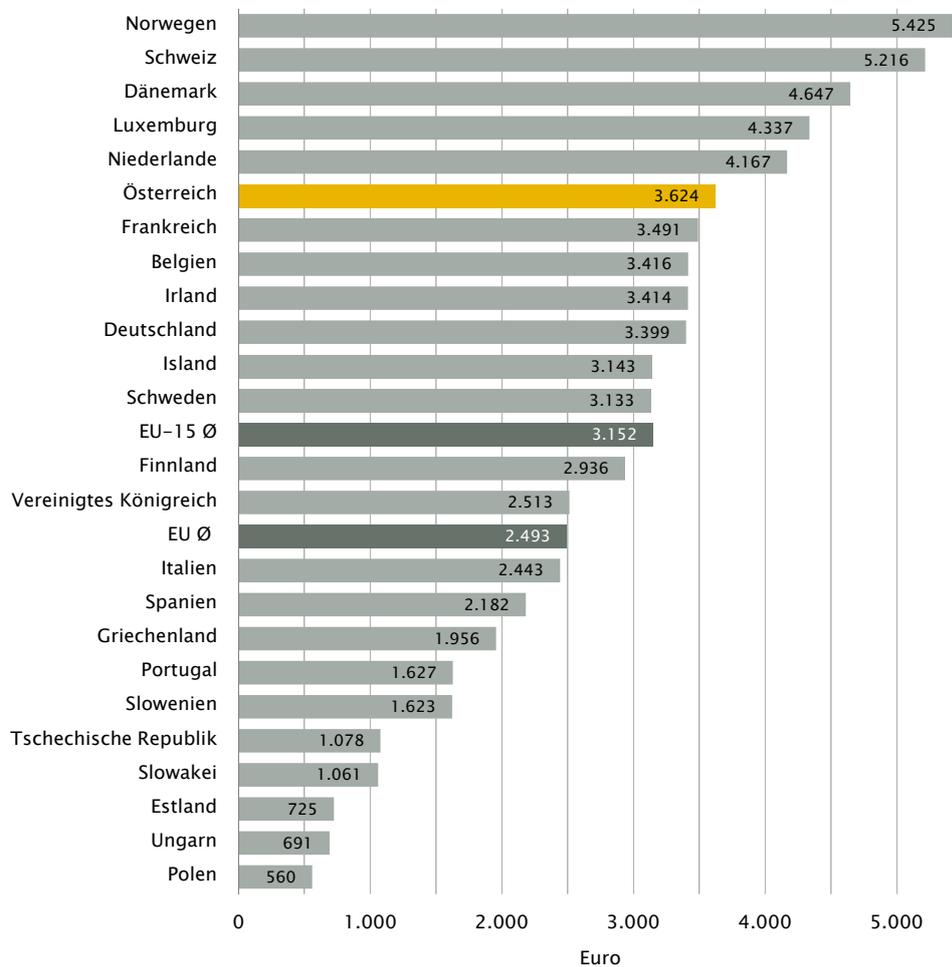
Die Gesundheitsausgaben pro Kopf entsprechen den gesamten Gesundheitsausgaben je Einwohner/in des jeweiligen Landes. Im internationalen Vergleich der Gesundheitsausgaben pro Kopf gibt es deutliche Unterschiede, die soziale Bedingungen ebenso widerspiegeln wie auch wirtschaftliche und strukturelle Faktoren.

Abbildung 3.3 veranschaulicht die entsprechenden Werte aus dem Jahr 2009 in Euro. Auf Pro-Kopf-Basis verzeichnete Norwegen mit 5.425 Euro die höchsten Gesundheitsausgaben. Auch Österreich lag mit Ausgaben von 3.624 Euro je Einwohner deutlich über dem EU-15-Durchschnitt von 3.152 Euro. Deutlich weniger wendeten die dargestellten mittel- und osteuropäischen EU-Mitgliedstaaten für Gesundheitsleistungen auf. Die geringsten Pro-Kopf-Ausgaben verzeichnete im Jahr 2009 Polen mit 560 Euro.

Ein Blick auf das Wachstum der Gesundheitsausgaben pro Kopf in Abbildung 3.4 zeigt, dass die Aufwendungen in den EU-15-Staaten im Zeitraum 1999 bis 2009 durchschnittlich um 3,6 Prozent jährlich anstiegen. Im Vergleich dazu lag die jährliche Wachstumsrate in allen herangezogenen EU-Ländern bei durchschnittlich 4,3 Prozent jährlich. Dies ist vor allem auf die hohen Wachstumsraten in den Ländern Slowakei, Estland, Polen, Tschechische Republik und Slowenien zurückzuführen.

Von allen dargestellten Ländern wies die Slowakei mit 9,4 Prozent den im Durchschnitt größten jährlichen Anstieg bei den Gesundheitsausgaben auf. Am geringsten nahmen die Ausgaben mit 1,4 Prozent in Norwegen zu. Deutschland, Italien und Österreich verzeichneten mit einem Anstieg der Gesundheitsausgaben von 2,1 Prozent die geringsten Zuwächse innerhalb der EU. Die österreichische Steigerungsrate von 2,1 Prozent jährlich liegt daher deutlich unter dem EU-15-Durchschnitt von 3,6 Prozent.

Abbildung 3.3:
Europäischer Vergleich: Gesundheitsausgaben pro Kopf in Euro, 2009

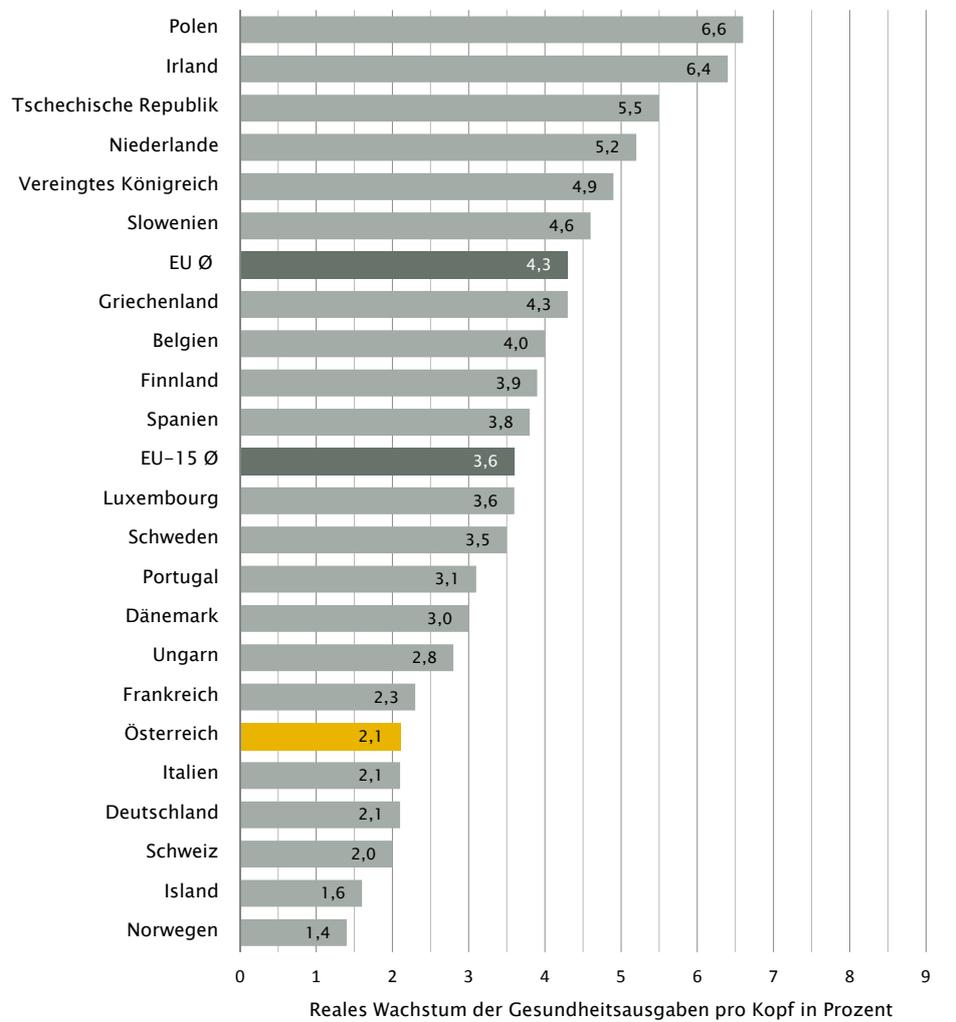


Berechnung mit jüngsten verfügbaren Werten: 2007: EL, 2008: PT

Anmerkung: Wechselkursberechnungen auf Basis der bilateralen, durchschnittlichen EZB-Kurse des Jahres 2009 mit Ausnahme von Island (WK 2008)

Quelle: (OECD 2011a), (Österreichische Nationalbank 2011; Vavrik/Koller 2011),
Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Abbildung 3.4:
Europäischer Vergleich: Durchschnittliches reales Wachstum der Gesundheitsausgaben
in Prozent, 1999–2009



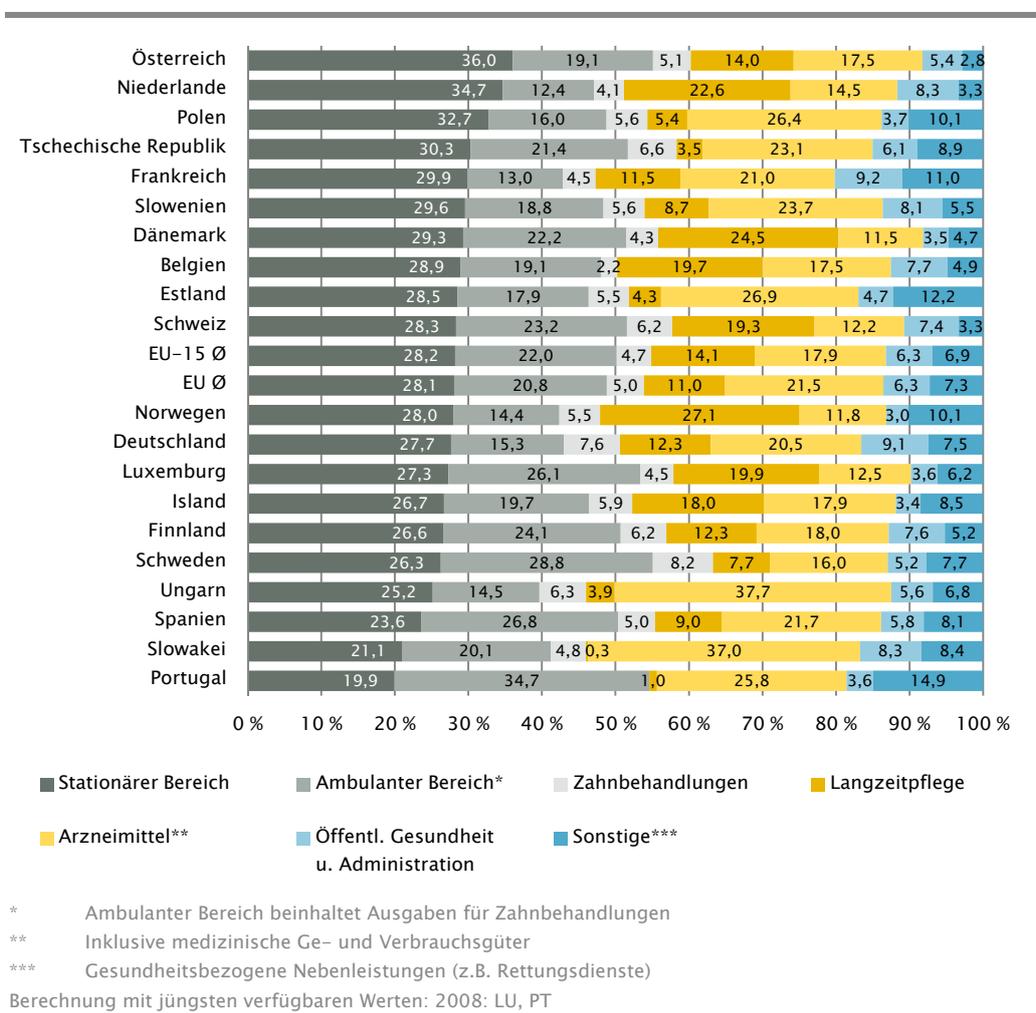
Berechnung mit jüngsten verfügbaren Werten: 2008: EL; 2007: PT

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

3.1.1.3 Gesundheitsausgaben nach Sektoren

Die Gesundheitsausgaben eines Staates lassen sich ausgabenseitig in die Sektoren stationärer Bereich, ambulanter Bereich, Arzneimittel, Langzeitpflege, öffentliche Gesundheit und Administration sowie sonstige Ausgaben wie etwa Rettungsdienste, gliedern. Diese Aufteilung gibt Auskunft über die Bedeutung und Ausprägung einzelner Sektoren. Abbildung 3.5 stellt die prozentuale Aufteilung der Ausgaben nach Sektoren für das Jahr 2009 dar.

Abbildung 3.5:
Europäischer Vergleich: Gliederung der laufenden Gesundheitsausgaben nach Sektoren in Prozent, 2009



Quellen: (OECD 2011a), (Statistik Austria 2011b)

Es wird deutlich, dass die Mehrheit der dargestellten Länder im Jahr 2009 einen Großteil der Gesundheitsausgaben für den stationären Sektor aufwendete. Ausnahmen bilden Spanien, Schweden und Portugal, deren ambulanter Sektor prozentuell größer als der stationäre Sektor ist. Der höchste Anteil an den laufenden Gesundheitsausgaben für das Jahr 2009 konnte mit 34,7 Prozent im ambulanten Sektor in Portugal festgestellt werden (inkl. zahnmedizinischer Bereich). Portugal verfügt zudem über den kleinsten Anteil im stationären Bereich. Österreich liegt – wie auch in den letzten Jahren – im Vergleich mit 36,0 Prozent der laufenden Gesundheitsausgaben im stationären Bereich an erster Stelle. Pro-Kopf entsprachen diese Ausgaben 1.232 Euro (gesamt 10.302 Mio. Euro). Die Pro-Kopf-Ausgaben für die ambulante Versorgung betragen 651 Euro (gesamt 5.448 Mio. Euro).

Die Ausgaben für Arzneimittel (inkl. medizinische Ge- und Verbrauchsgüter) schwankten im Ländervergleich teilweise beträchtlich. Ungarn gab im Jahr 2009 mit 37,7 Prozent gefolgt von der Slowakei mit 37,0 Prozent proportional gesehen am meisten für diese Position aus. Auf den geringsten Anteil kam Dänemark mit 11,5 Prozent. Einer der Gründe dafür ist, dass die pharmazeutischen Unternehmen versuchen, die Preise von Arzneimitteln europaweit einheitlich zu gestalten. Bei gleichen Preisen fällt somit in Ländern mit geringerer Kaufkraft ein proportional höherer Anteil der Ausgaben auf diese Position.

3.1.2 Ressourceneinsatz

3.1.2.1 Medizinisch-technische Großgeräte

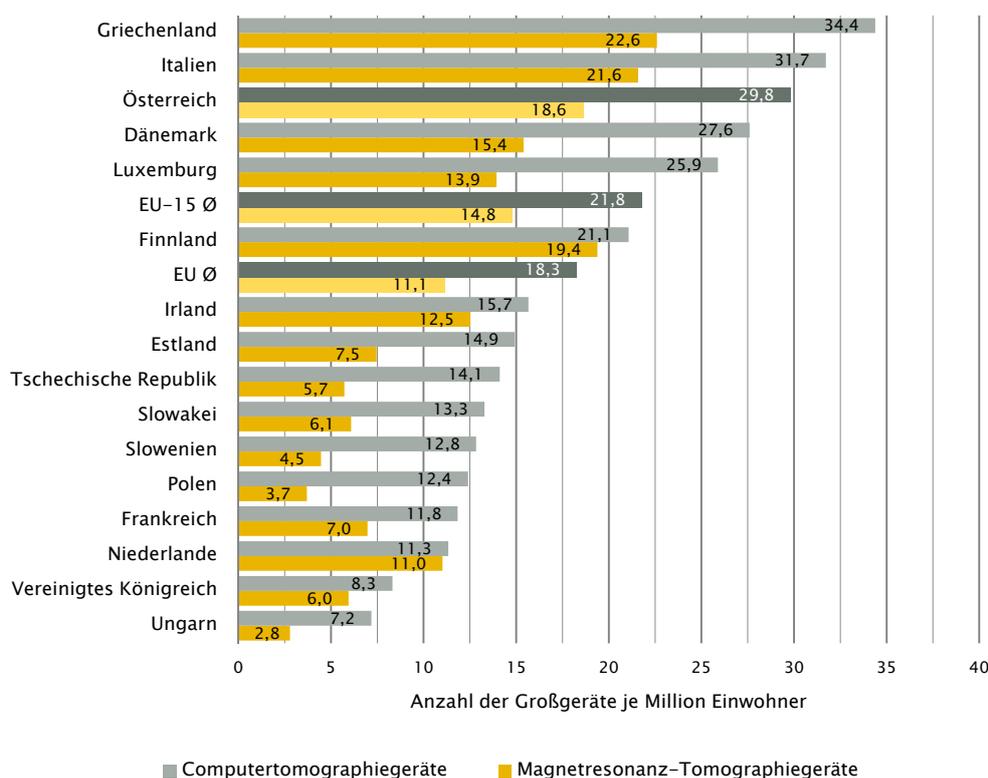
Der Indikator medizinisch-technische Großgeräte gibt Auskunft über die Verfügbarkeit moderner medizinischer Technologien, hier exemplarisch in Form von Computertomographen (CT) und Magnetresonanztomographen (MRT) je Million Einwohner. Die Verbreitung von medizinisch-technischen Großgeräten ist zum einen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

Abbildung 3.6 zeigt die Anzahl an Computertomographen (CT) und Magnetresonanztomographen (MR) für ausgewählte europäische Länder je Million Einwohner/innen (Großgerätedichte). Darin wird ein äußerst unterschiedliches Bild bezüglich dieser Staaten sichtbar.

In Griechenland gab es mit 34,4 CT je Mio. Einwohner eine fast doppelt so hohe Dichte gegenüber dem Durchschnitt der abgebildeten EU-Länder (18,3). Die geringste Anzahl an CT im Verhältnis gab es 2010 in Ungarn mit 7,2 Geräten je Mio. Einwohner, gefolgt vom Vereinigten Königreich (8,3) und den Niederlanden (11,3). Österreich lag mit einer CT-Dichte von 29,8 über dem EU-Durchschnitt von 18,3 je Mio. Einwohner.

Auch bei MR war das Verhältnis von Geräten und Bevölkerung in Griechenland mit 22,6 MR je Mio. Einwohner am stärksten ausgeprägt, gefolgt von Italien (21,6), Finnland (19,4) und Österreich mit 18,6 MR je Mio. Einwohner. Den geringsten Versorgungsgrad mit MR wiesen 2010 Ungarn (2,8) und Polen (3,7) auf. Österreich hielt damit 2010 überdurchschnittlich viele Großgeräte vor (CT rund +37 %; MR +26 %).

Abbildung 3.6:
Europäischer Vergleich: Computertomographiegeräte und Magnetresonanztomographiegeräte je Mio. Einwohner/innen, 2010



Berechnung mit jüngsten verfügbaren Werten: 2009: IT, DK, EE, CZ, SK, PL, NL, HU, DK (MR), SI (MR)

Quelle: (OECD 2011a); (BMG 2011d), GÖG/ÖBIG-eigene Darstellung

3.1.2.2 Ärztedichte

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

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

Nach Angaben der OECD wies Griechenland im Jahr 2009 mit 6,1 praktizierenden Ärztinnen und Ärzten je 1.000 Personen die höchste Ärztedichte innerhalb der EU auf. Österreich lag mit 4,7²² Medizinerinnen und Medizinern ebenfalls deutlich über dem EU-15-Durchschnitt von 3,5 praktizierenden Ärzten je 1.000 Einwohner.²³ Die geringste Versorgungsdichte registrierten im Jahr 2009 Polen (2,2), Rumänien (2,3) und Slowenien (2,4).

Zwischen 2000 und 2009 nahm die Ärztedichte in fast allen EU-15-Staaten zu. Das durchschnittliche Wachstum (EU-15 ohne Irland und Italien) betrug in dieser Periode 1,83 Prozent. Abbildung 3.7 zeigt, dass die Ärztedichte in Österreich von 3,9 praktizierenden Ärztinnen und Ärzten im Jahr 2000 auf 4,7 im Jahr 2009 gestiegen ist. Dies entspricht einem durchschnittlichen Wachstum von 2,2 Prozent. Im EU-15-Durchschnitt (ohne Irland und Italien) fiel der Anstieg geringer aus, die Anzahl an praktizierenden Ärztinnen und Ärzten pro 1.000 Einwohner/innen und Einwohner stieg von rund 3 Prozent 2000 auf etwa 3,5 Prozent im Jahr 2009.

22

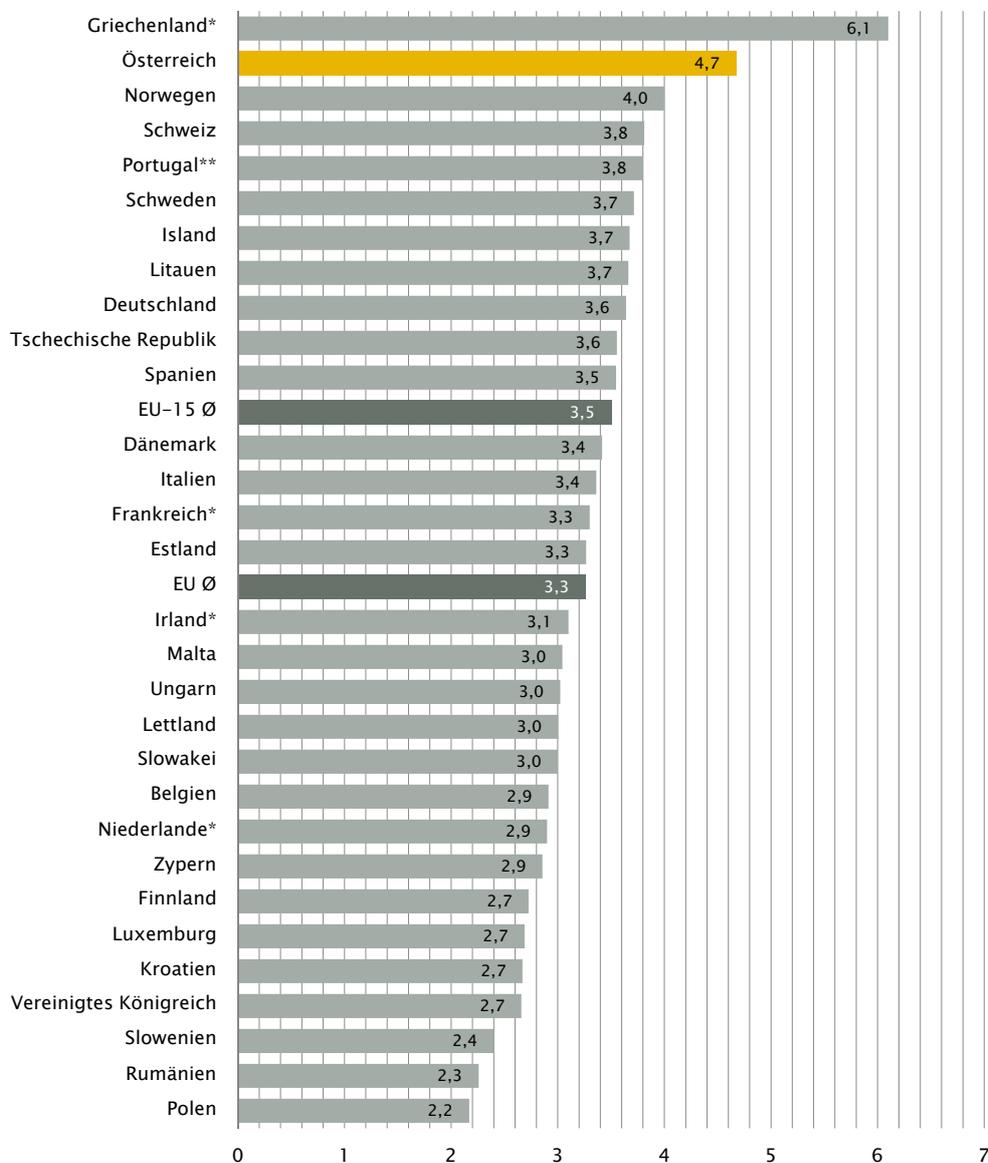
Aufgrund der Mitberücksichtigung von Ärzten in Ausbildung unterscheidet sich die vorliegende Darstellung von der Zählweise in Ausgabe 2010. Durch die Inklusion von Ärztinnen und Ärzten in Ausbildung (Turnusärzte) kommt es zu einem Anstieg der Ärztedichte.

23

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

Abbildung 3.7:

Europäischer Vergleich: Praktizierende Ärzteschaft pro 1.000 Einwohner/innen, 2009



* Daten beinhalten nicht nur Ärztinnen und Ärzte, die in direktem Kontakt mit Patientinnen und Patienten stehen, sondern auch jene, die im Gesundheitssektor tätig sind wie z. B. Manager, Forscher (in Summe weitere rund 5–10 % an Ärztinnen und Ärzten)

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

Berechnung mit jüngsten verfügbaren Werten: 2008: DK, FI, NL, SE; 2007: SK

Quelle: (OECD 2011b), (EUROSTAT 2011a), GÖG/ÖBIG-eigene Darstellung

3.1.2.3 Bettendichte

Der Indikator Bettendichte errechnet sich aus den in Krankenanstalten aufgestellten Betten je 100.000 Einwohner/innen und gibt Auskunft über die Versorgungskapazitäten im stationären Bereich. Geringere Bettendichte geht nicht zwangsläufig mit einer schlechteren Versorgungssituation einher. Um dies zu verdeutlichen, müssen weitere versorgungsrelevante Indikatoren betrachtet werden. Im Folgenden wird die Bettendichte für alle Krankenanstalten eines Landes wie auch nur für jene der Akutversorgung dargestellt.

Abbildung 3.8 zeigt die jeweilige Bettendichte in den herangezogenen europäischen Ländern. Im Jahr 2009 standen im EU-15-Durchschnitt 521 und im EU-27-Durchschnitt 551 tatsächlich aufgestellte Betten je 100.000 Einwohner zur Verfügung. In der Akutversorgung lag der EU-15-Durchschnitt bei 271 Betten (EU-27-Durchschnitt: 308 Betten). Die höchste Bettendichte verzeichnete Deutschland mit 823 Betten bzw. 565 Akutbetten, gefolgt von Österreich mit 765 Betten bzw. 556 Akutbetten je 100.000 Einwohner²⁴. Die geringste Bettendichte wiesen 2009 Schweden (277 Betten bzw. 205 Akutbetten), Spanien (319 Betten bzw. 247 Akutbetten) und das Vereinigte Königreich (330 Betten bzw. 265 Akutbetten) auf.

Abbildung 3.9 veranschaulicht zudem die Entwicklung der Akutbettendichte im Europavergleich. Es wird deutlich, dass die Anzahl an Betten in Relation zur Bevölkerung überall in Europa rückläufig ist, so verringerte sich die Akutbettendichte in Österreich von 609 im Jahr 2001 auf 556 Betten im Jahr 2009 (-8,7 %), wobei das Gesamtniveau relativ hoch blieb. Die Akutbettendichte wurde innerhalb Europas nur von Deutschland überboten, was Indiz für die „Spitalslastigkeit“ des österreichischen Gesundheitssystems ist.

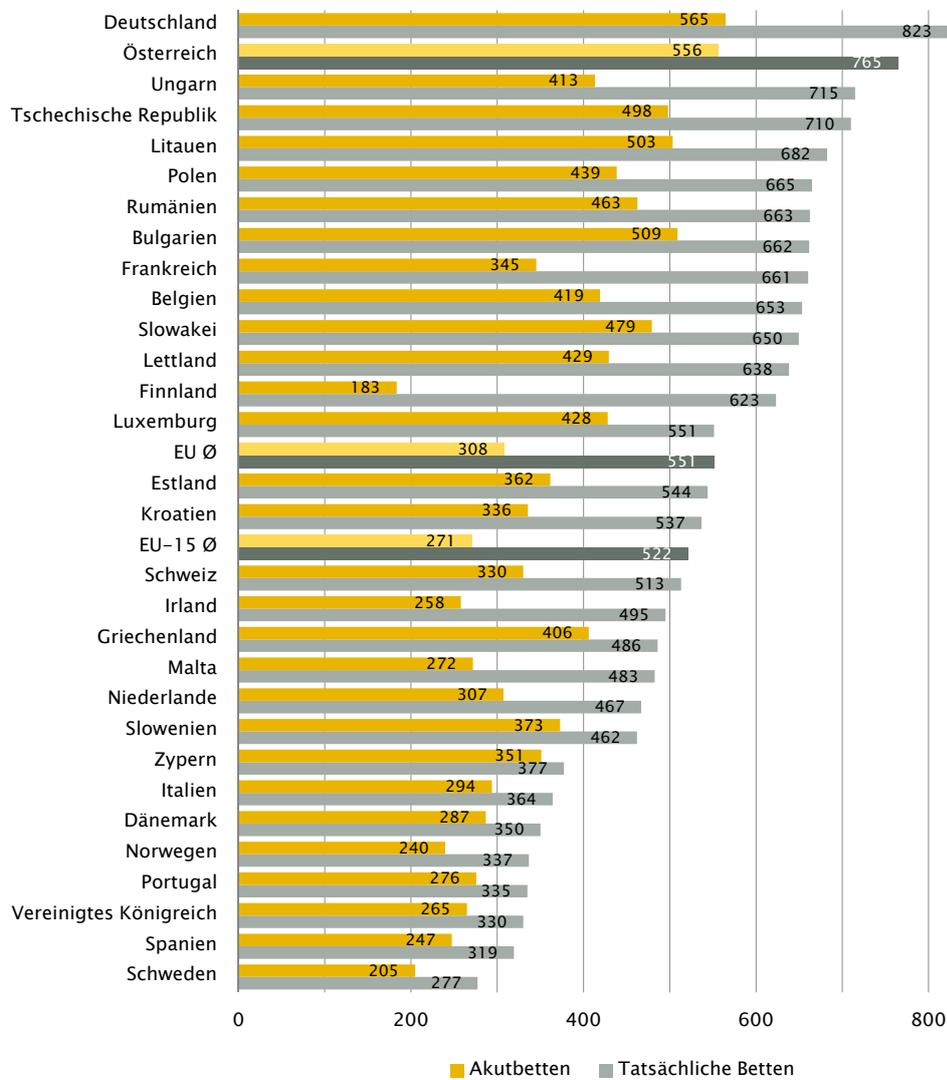
24

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

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

Abbildung 3.8:

Europäischer Vergleich: Alle Krankenhausbetten sowie Akutbetten je 100.000 Einwohner/innen (Bettendichte), 2009

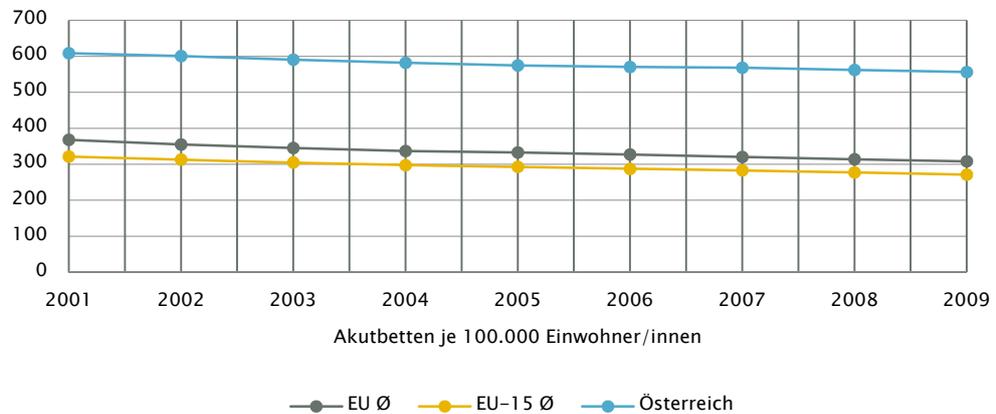


Berechnung mit jüngsten verfügbaren Werten: 2008: CY, IE (Akutbetten)

Quelle: (EUROSTAT 2011a), GÖG/ÖBIG-eigene Darstellung

Abbildung 3.9:

Europäischer Vergleich: Entwicklung der Akutbettendichte je 100.000 Einwohner/innen in Österreich sowie im europäischen Vergleich, 2001–2009



Quelle: (EUROSTAT 2011a), GÖG/ÖBIG-eigene Darstellung

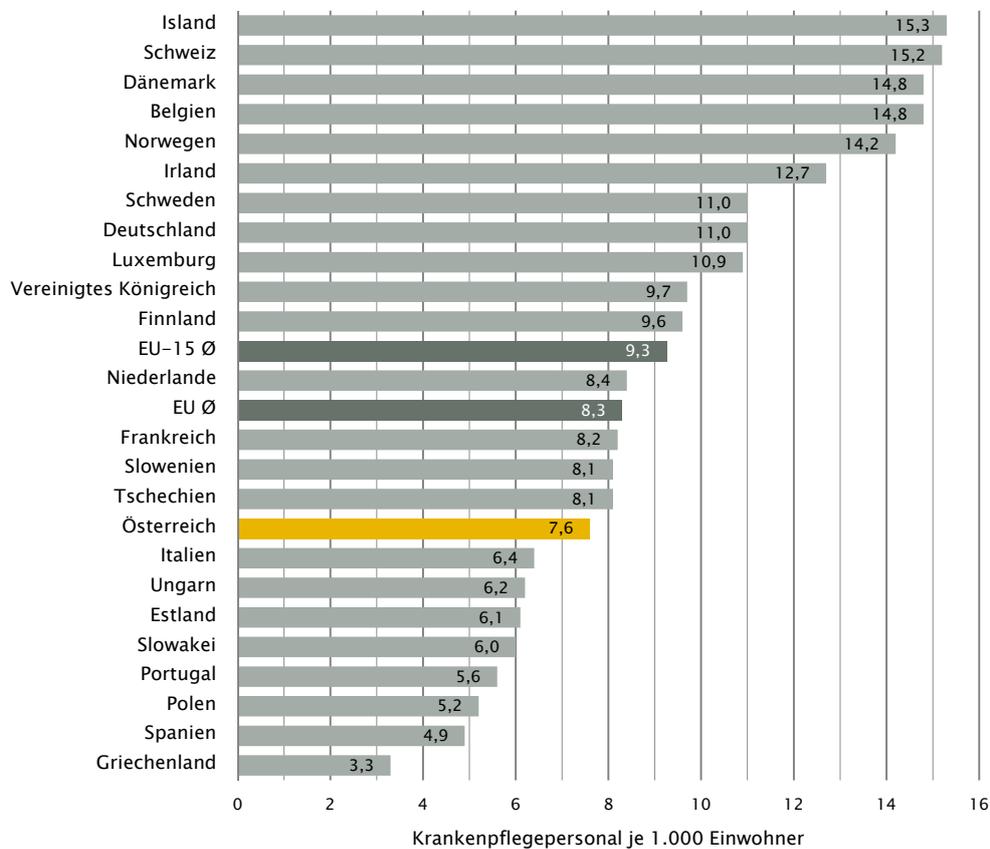
3.1.2.4 Pflegepersonal

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

Abbildung 3.10 kann die Versorgungsdichte, d. h. das Pflegepersonal bezogen auf 1.000 Einwohner/innen des jeweiligen Landes entnommen werden. Island (15,3), die Schweiz (15,2), Dänemark (14,8), Belgien (14,8), Norwegen (14,2) und Irland (12,7) hoben sich im Jahr 2008 bzw. 2009 deutlich vom Rest Europas ab. Österreich lag mit 7,6 Beschäftigten je 1.000 Einwohner/innen unter dem EU-15-Durchschnitt von 9,3. Das Verhältnis von Pflegepersonal und Einwohner/innen war im Jahr 2009 in Griechenland mit 3,3 Krankenpflegerinnen und Krankenpflegern je 1.000 Einwohner/innen gefolgt von Spanien (4,9) und Polen (5,2) am geringsten ausgeprägt.

Abbildung 3.10:

Europäischer Vergleich: Krankenpflegepersonal je 1.000 Einwohner/innen, 2009



Inkludiert ist auch Krankenpflegepersonal, das z. B. als Manager, Auszubildende, Forscher etc. tätig ist: AT, BE, EL, FR, IE, IT, IS, PT. Österreich meldet beispielsweise nur in Krankenanstalten angestelltes Krankenpflegepersonal, während Daten von Italien alle zur Berufsausübung berechtigten Krankenpflegerinnen und Krankenpfleger umfassen.

Berechnung mit jüngsten verfügbaren Werten: 2006: LU, IE; 2008: CH, NO, SE, FI, NL

Quellen: (OECD 2011b)

3.2 Gerechtigkeit, Zugang und Inanspruchnahme

Die vorliegende Dimension beinhaltet mehrere zentrale Komponenten, die Aspekte des gleichen und gerechten Zugangs zum Gesundheitssystem und dessen Inanspruchnahme widerspiegeln.

3.2.1 Gerechtigkeit und Zugang

Die vorliegende Dimension beinhaltet mehrere zentrale Komponenten zur Beurteilung von Gesundheitssystemen, die Aspekte gleichen und gerechten Zugangs zum Gesundheitssystem und dessen Inanspruchnahme widerspiegeln.

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

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

Folgende Indikatoren werden in diesem Abschnitt dargestellt:

Gerechtigkeit und Zugang

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

Inanspruchnahme

- » Krankenhaushäufigkeit
- » Krankenhausverweildauer
- » Krebs-Screening-Inanspruchnahme nach Einkommen

3.2.1.1 Selbstzahlungen der privaten Haushalte

Selbstzahlungen privater Haushalte²⁵ werden als private Kostenbeteiligungen (z. B. Selbstbehalte, Rezeptgebühren, Kostenbeiträge für stationäre Aufenthalte), Selbstmedikation und anderen Ausgaben, die direkt von privaten Haushalten für gesundheitsbezogene Leistungen – „Out-of-Pocket“ – aufgewendet werden, definiert. Somit stellen sie eine direkte Belastung kranker Menschen unabhängig von etwaigen Systemen sozialer Sicherung dar. Durch Selbstzahlungen, die nicht durch soziale Maßnahmen (z. B. Befreiungen) abgedeckt werden, können finanzielle Barrieren bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen insbesondere für einkommensschwache Haushalte entstehen.

Im europäischen Vergleich gibt es beträchtliche Unterschiede bei den Selbstzahlungen, wie Abbildung 3.11 illustriert. So betrug im Jahr 2009 der Out-of-Pocket-Anteil in den Niederlanden 5,7 Prozent an den gesamten Gesundheitsausgaben, während in der Schweiz mit 30,5 Prozent annähernd das Fünffache aufgewendet werden musste. In der EU hatte im Jahr 2009 Portugal mit 27,2 Prozent den höchsten Selbstzahlungsanteil. Gründe für den vergleichsweise niedrigen niederländischen Wert liegen im dortigen privaten Versicherungssystem. So werden viele Leistungen, die in anderen Ländern privat zu bezahlen sind, über Versicherungszusatzpakete abgedeckt, die laut SHA-Systematik als öffentliche Ausgaben gewertet werden.

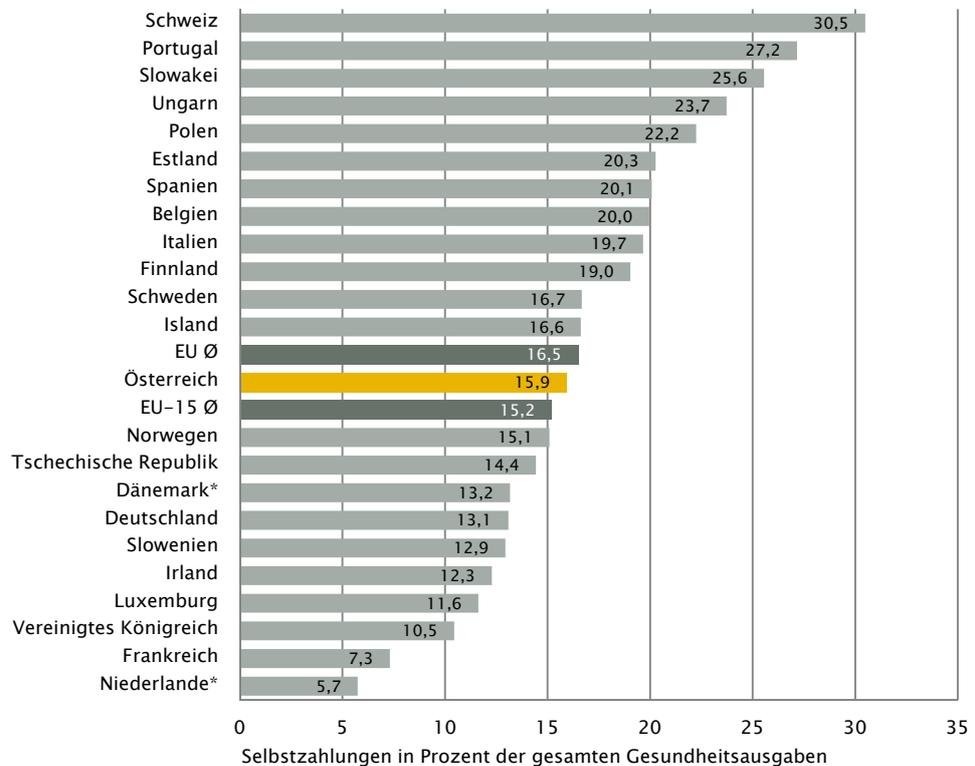
In Österreich lagen im Jahr 2009 die Selbstzahlungen privater Haushalte mit 15,9 Prozent über dem EU-15-Durchschnitt (15 %) und unter dem Durchschnitt aller verglichenen EU-Länder. Der Anteil der Selbstzahlungen an den Gesundheitsausgaben insgesamt ist in den vergangenen Jahren leicht gestiegen.

25

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

Abbildung 3.11:

Europäischer Vergleich: Gesamte Selbstzahlungen der privaten Haushalte („Out-of-Pocket-Zahlungen“) in Prozent der gesamten Gesundheitsausgaben, 2009



* Berechnung mit laufenden Selbstzahlungen in Prozent der gesamten Gesundheitsausgaben: DK, NL, Berechnung mit jüngsten verfügbaren Werten: 2008: PT

Quellen: (OECD 2011b)

3.2.1.2 Bevölkerungsanteil mit unerfülltem Behandlungswunsch

Zur Messung von niederschwelliger Zugänglichkeit bzw. Barrierefreiheit bietet sich der Indikator Bevölkerungsanteil mit unerfülltem Behandlungswunsch an. Der Zugang zum Gesundheitssystem wird oftmals durch die geografische Erreichbarkeit von Gesundheitseinrichtungen (Distanzmatrizen) dargestellt. Wegstrecken alleine erlauben jedoch noch keine Rückschlüsse auf die Behandlungszufriedenheit der Bevölkerung. Der im

Rahmen der Europäischen Gesundheitsbefragung (EU-SILC²⁶) regelmäßig erhobene Wert zeigt daher jenen Bevölkerungsanteil auf, der aufgrund von finanzieller Unleistbarkeit, zu lang empfundener Wartezeiten oder zu langer Anfahrtswege einen unerfüllten medizinischen Behandlungswunsch äußert.

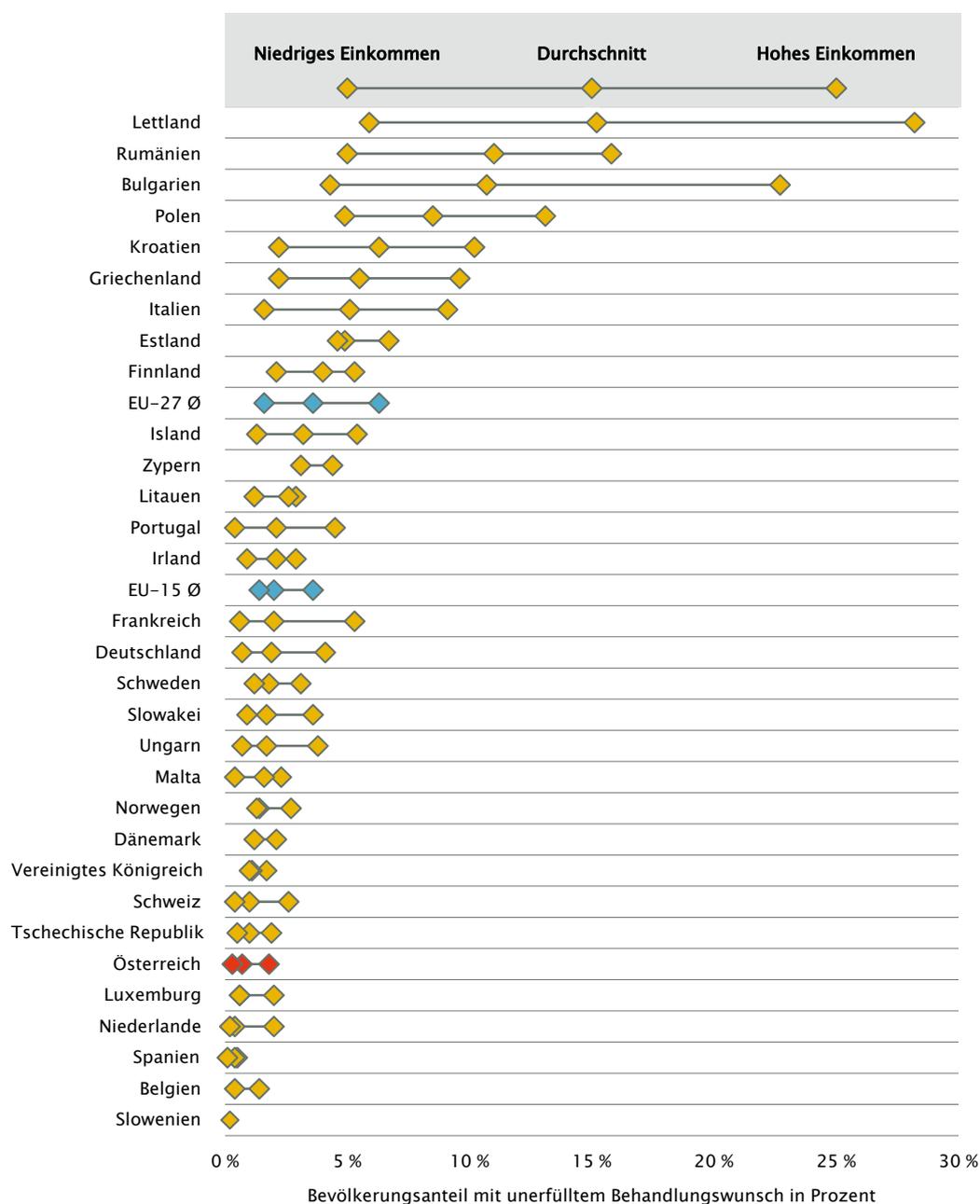
Weitere Unterschiede in der Zugänglichkeit ergeben sich aufgrund des sozioökonomischen Status der Bevölkerung. Daher wird der Indikator auch getrennt nach Wohlstandsniveaus aufgeschlüsselt, indem die entsprechende Ausprägung zusätzlich zum Durchschnittswert des jeweiligen Landes auch jeweils für das oberste und unterste Einkommensfünftel (Quintile) gezeigt wird. Unterschiede zwischen den Einkommensgruppen werden so deutlich. Je weiter der Abstand zwischen den dargestellten Ausprägungen der Einkommensfünftel ausfällt, desto ungleicher kann der Zugang zum Gesundheitssystem eingestuft werden. In allen dargestellten Ländern empfinden Menschen im unteren Einkommensfünftel eher einen unerfüllten Behandlungswunsch als jene aus finanziell besser gestellten Bevölkerungsschichten.

Am unzufriedensten waren die Menschen im Jahr 2010 in Lettland mit einem Anteil von 5,2 Prozent der Bevölkerung, die einen unerfüllten Behandlungswunsch ausdrückten. Darauf folgten Rumänien (11 %) und Bulgarien (10,7 %). Generell lässt sich aus Abbildung 3.12 ein West-Ost-Gefälle zu Ungunsten einiger neuer EU-Mitgliedstaaten ableiten. Gesamt gesehen konnten im Jahr 2010 die Behandlungswünsche in Slowenien (0,2 %), Belgien (0,4 %) und Spanien (0,4 %) bezüglich Entfernung, Leistbarkeit und Wartezeit am besten erfüllt werden. Österreich lag mit einem Prozentsatz von 0,7 Prozent der Bevölkerung ebenfalls unter den Ländern mit den zufriedensten Patientinnen und Patienten. und damit abseits des europäischen Durchschnitts von 3,6 Prozent (EU-15-Durchschnitt: 2 %). Hinsichtlich dieses Indikators klaffte auch die Schere zwischen Arm und Reich in Österreich weniger weit auseinander als in den verglichenen EU-Mitgliedstaaten. Dies kann als Indiz für einen ausgewogenen Zugang aller gesellschaftlichen Schichten zum Gesundheitssystem gedeutet werden.

26

Die EU-SILC-Erhebung (European Union - Statistics on Income and Living Conditions) wird in Österreich jährlich in Privathaushalten durchgeführt und umfasst Fragen zu Einkommen, finanzieller Situation, Wohnen, Gesundheit, Arbeit, etc. Die Ergebnisse aus EU-SILC sind in ihrer Qualität teilweise limitiert. Es kann zu Qualitätseinbußen der Ergebnisse durch mangelnde Abdeckung (Fehlklassifikationen, Unter-/Übererfassung), durch Fehlen von Antworten (Antwortausfall), durch Messfehler (Erfassungsfehler), durch Aufarbeitungsfehler oder durch modellbedingte Effekte kommen. Messfehler können beispielsweise aufgrund des Fragebogens selbst (missverständliche Formulierung, schlechter Ausdruck, ungeeignete Abfolge der Fragen), der interviewenden Personen (unpassendes Auftreten, Überspringen von Fragen, fehlerhafte Bedienung der Laptops) und der Beantwortenden (falsche Angaben, Proxy-Interviews) entstehen ((Statistik Austria 2005))

Abbildung 3.12:
Europäischer Vergleich: Bevölkerungsanteil mit unerfülltem medizinischem Behandlungswunsch nach Einkommen in Prozent, 2010



Berechnung mit jüngsten verfügbaren Werten: 2005–2009: PT, BE, IE, NO, IS, CH, CY, SI

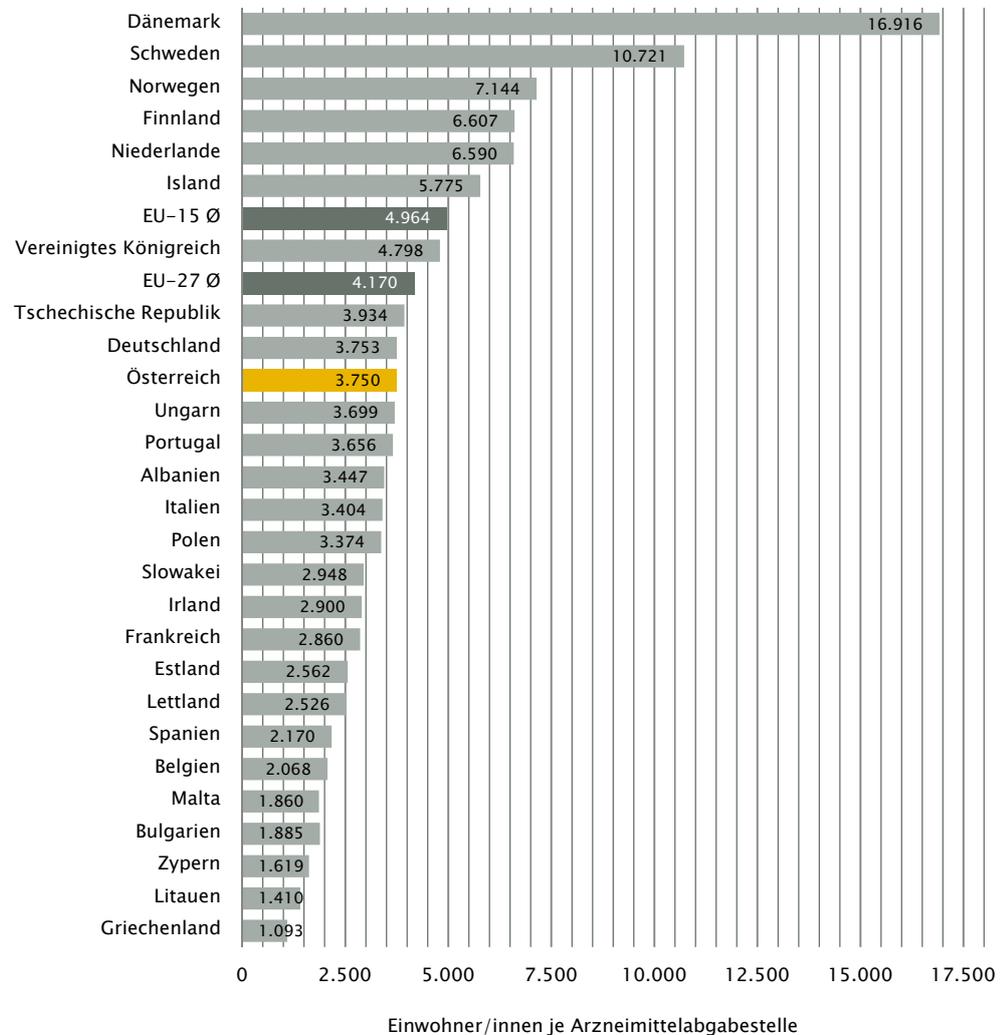
Quelle: (EUROSTAT 2011 a), GÖG/ÖBIG-eigene Darstellung

3.2.1.3 Zugang zu Arzneimitteln

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

Abbildung 3.13 zeigt, dass es in der EU deutliche Unterschiede in der Anzahl der zu versorgenden Einwohner/innen je Abgabestelle für verschreibungspflichtige Medikamente gibt. Österreich lag hierbei 2009 mit 3.807 Einwohnern je Arzneimittelabgabestelle jeweils knapp unter dem EU-15 und dem EU-27-Durchschnitt. Die meisten Einwohner/innen (16.916 Personen) pro Apotheke hatte im Jahr 2009 Dänemark. Zu berücksichtigen ist aber, dass in Dänemark rezeptfreie Arzneimittel nicht nur in Drogerien, sondern teilweise auch an Tankstellen oder Kiosken abgegeben werden dürfen. Die höchste Apothekendichte gab es im Jahr 2009 in Griechenland mit 1.093 Einwohner/innen je Abgabestelle.

Abbildung 3.13:
Europäischer Vergleich: Einwohner/innen je Abgabestelle für verschreibungspflichtige
Medikamente, 2009



Werte nur für öffentliche Apotheken, die außerhalb von Spitälern für die Allgemeinheit zugänglich sind: BG, ES, IE, IS, LV, SK

Wert für AT setzt sich zusammen aus: 1252 (öffentlichen) Apotheken, 23 Filialapotheken und 5 Krankenanstalten-Apotheken, die auch an ambulante Patienten abgeben sowie aus 950 Hausapotheken führenden Ärzten zusammen.

Berechnungen mit jüngsten verfügbaren Werten: 2010: BG, 2008: LT, AL, PT, UK, 2007: BE, LV, 2006: CY, EE, PL, HU, SE, DK, 2005: DE

Quellen: (ÖAK 2011); (PHIS 2011), GÖG/ÖBIG-eigene Darstellung

3.2.2 Inanspruchnahme

3.2.2.1 Krankenhaushäufigkeit

Unter Krankenhaushäufigkeit wird die Anzahl der Krankenhausentlassungen je 100 Einwohner/innen, die mit einem Aufenthalt von mindestens 24 Stunden verbunden sind, verstanden²⁷. Stationäre Aufenthalte bedeuten physische und psychische Belastungen für die betroffenen Personen. Gleichzeitig stellen sie einen kostenintensiven Faktor für das Gesundheitswesen dar. Im Folgenden wird die Krankenhaushäufigkeit im akutstationären Bereich dargestellt.

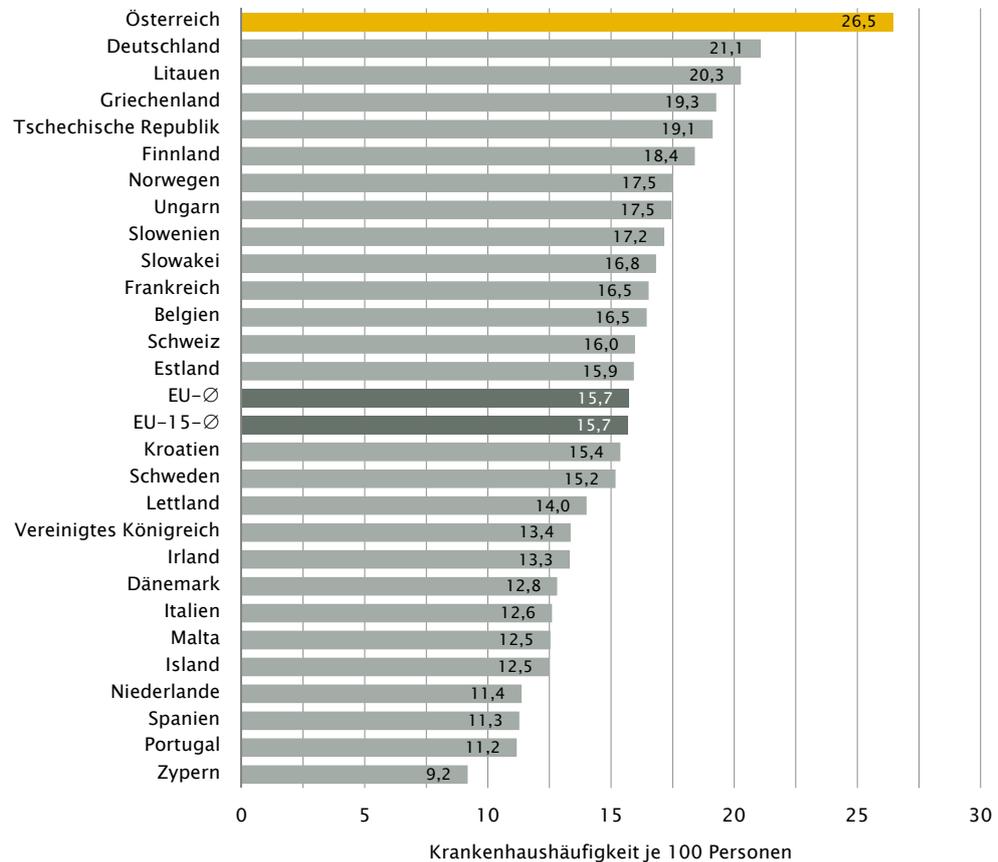
Innerhalb der EU existieren teilweise erhebliche Unterschiede bezüglich Krankenhaushäufigkeit, wie aus Abbildung 3.14 ersichtlich ist. Mit rund 26,5 Entlassungen je 100 Personen führte Österreich – wie auch in den vorangegangenen Jahren – die Statistik im Jahr 2009 innerhalb der EU-Mitgliedstaaten an.

Ebenfalls hohe Krankenhaushäufigkeiten wiesen Deutschland und Litauen aus. Der EU-15-Durchschnitt lag 2009 bei 15,7 Aufenthalten je 100 Einwohner. Die geringste Krankenhaushäufigkeit gab es im gleichen Jahr in Zypern (9,2), Portugal (11,2) und Spanien (11,3).

27

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

Abbildung 3.14:
Europäischer Vergleich: Krankenhausentlassungen im akutstationären Bereich je 100
Personen (Krankenhausthäufigkeit), 2009



Berechnung mit jüngsten verfügbaren Werten: 2007: EL, PT, SE; 2008: BE; 2010: MT, FI, LT, LV, CZ, FI, NO, HU, SI, SK, EE, HR, UK, DK

Quelle: (WHO 2011), GÖG/ÖBIG-eigene Darstellung

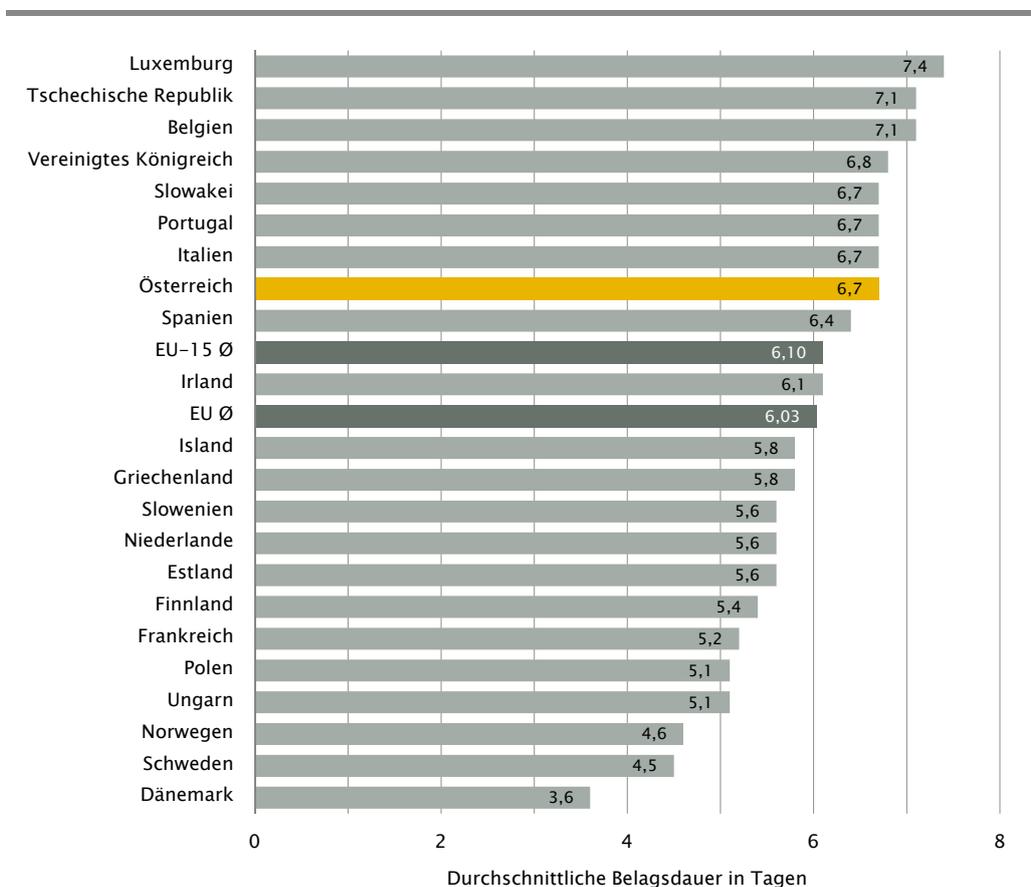
3.2.2.2 Krankenhausverweildauer

Die Krankenhausverweildauer errechnet sich aus der Anzahl an Tagen, die eine Patientin oder ein Patient im Durchschnitt in stationärer Behandlung verbringt (ohne 0-Tagesaufenthalte). Nicht nur die Häufigkeit von Krankenhausaufenthalten, sondern auch deren Länge hat Auswirkungen auf den Ressourceneinsatz. Darüber hinaus kann die durchschnittliche Krankenhausverweildauer als Maß für Effizienz betrachtet wer-

den, vorausgesetzt die Behandlungsergebnisse liefern das gleiche Ergebnis bei kürzerer Verweildauer. Zu kurze Aufenthalte können auch gegenteilige Effekte bewirken und den Behandlungserfolg beeinflussen.

Nachstehende Abbildung 3.15 veranschaulicht den Indikator Krankenhausverweildauer im Jahr 2009 in der Akutversorgung. Auch dieser Indikator zeigt heterogene Ergebnisse in den dargestellten Ländern. Die Werte reichen von 3,6 Tagen in Dänemark bis zu durchschnittlich 7,4 Tagen in Luxemburg.

Abbildung 3.15:
Europäischer Vergleich:
Durchschnittliche Krankenhausverweildauer in der Akutversorgung in Tagen, 2009

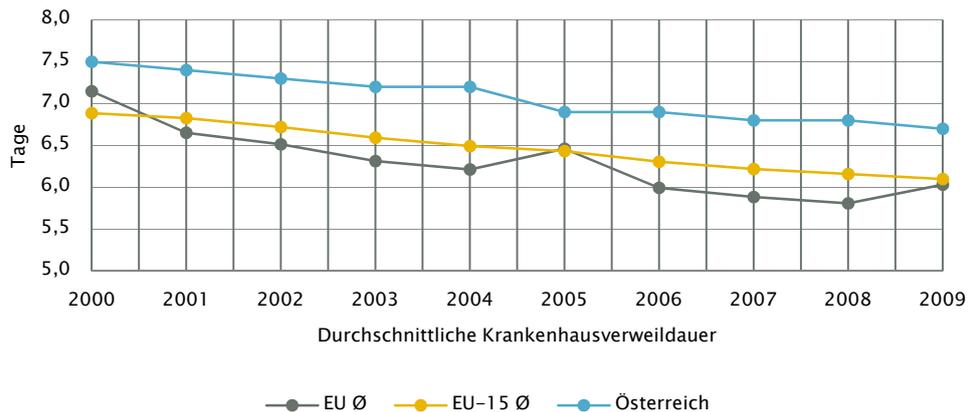


Berechnung mit jüngsten verfügbaren Werten: 2003: DK; 2006: EL; 2007: BE

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

In Österreich sowie im europaweiten Trend ist die durchschnittliche Krankenhausverweildauer rückläufig, – zwischen 2000 und 2009 sank sie in Österreich von 7,5 auf 6,7 Tage (s. Abbildung 3.16).

Abbildung 3.16:
Entwicklung der durchschnittlichen Krankenhausverweildauer in der Akutversorgung in Österreich und im EU-15-Durchschnitt, 1997–2006



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

3.2.2.3 Krebs-Screening-Inanspruchnahme nach Einkommen

Der Indikator Krebs-Screening-Inanspruchnahme vergleicht den Anteil an Frauen, die in einer bestimmten Periode in einem bestimmten Alter an einem Screening für Brustkrebs (Mammografie) oder Gebärmutterhalskrebs teilnahmen.²⁸ Da die Zielaltersgruppen sowie Untersuchungsintervalle von der jeweiligen Ausgestaltung der Screeningprogramme abhängen, sind die Ergebnisse Ausdruck der jeweiligen Vorsorge- bzw. Früherkennungspolitik in den Mitgliedstaaten. Patientinnen, die außerhalb vorgegebener Screeningprogramme untersucht werden, sind hier nicht erfasst, was teilweise zu Unterschätzungen führen kann.

28

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

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

Brustkrebs ist die häufigste Krebsart bei Frauen, wobei das Erkrankungsrisiko mit zunehmendem Alter ansteigt. Statistisch gesehen erkrankt jede neunte Frau im Laufe ihres Lebens an Brustkrebs.²⁹ Die Mammografie stellt eine Röntgenuntersuchung der Brust dar und dient dazu, kleine, nicht tastbare Frühstadien von Karzinomen (bösartigen Tumore) zu entdecken. Der Nutzen von organisierten Früherkennungsprogrammen wurde in mehreren Studien vor allem für die Altersgruppe der 50- bis 69-jährigen Frauen wissenschaftlich nachgewiesen (Gesundheitsportal 2011).

Die regelmäßige Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen (Unterleibsuntersuchungen, PAP-Abstriche³⁰) kann wesentlich zur Vermeidung von Gebärmutterhalskrebs beitragen. Aufgrund umfangreicher Screeningprogramme ist die Anzahl an Neuerkrankungen in den letzten Dekaden stark zurückgegangen (OECD 2011b).

Abbildung 3.17 zeigt den Anteil an Frauen, die in den letzten zwei Jahren eine Mammografie- oder Brustuntersuchung in Anspruch nahmen. Die Daten sind dabei nach Einkommensfünfteln dargestellt. „Niedriges Einkommen“ bedeutet somit, dass es sich um Werte von Frauen aus der untersten Einkommensschicht handelt, bei „hohem Einkommen“ verhält es sich umgekehrt. Je weiter der Abstand von hohem zu niedrigem Einkommen ausfällt, desto eher ist davon auszugehen, dass sich der Zugang für Frauen aus einkommensschwachen Schichten schwieriger gestaltet, als für Frauen aus wohlhabenderen Milieus.

Wie aus der Darstellung ersichtlich wird, korrelieren in allen ausgewiesenen Ländern Frauen aus unteren Einkommensschichten mit niedrigeren Inanspruchnahmeraten. Am geringsten ist der Unterschied zwischen Arm und Reich hinsichtlich des Zugangs zu Mammografie- und Brustuntersuchungen in Slowenien, Dänemark und Spanien ausgeprägt, am höchsten in Estland, Belgien und Frankreich. Betrachtet man die Inanspruchnahmeraten über alle Einkommensschichten hinweg, so gab es die geringsten Werte in Dänemark, Estland und Slowenien. Die höchsten Raten unter den dargestellten Ländern wiesen im Jahr 2009 Spanien mit durchschnittlich 85,4 Prozent und

29

Kumulatives Risiko von der Geburt bis zum 82. Lebensjahr.

30

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

Österreich mit 80,2 Prozent an untersuchten Frauen auf. In beiden Ländern war zudem das Gefälle zwischen hohen und niedrigen Einkommen relativ gering ausgeprägt.

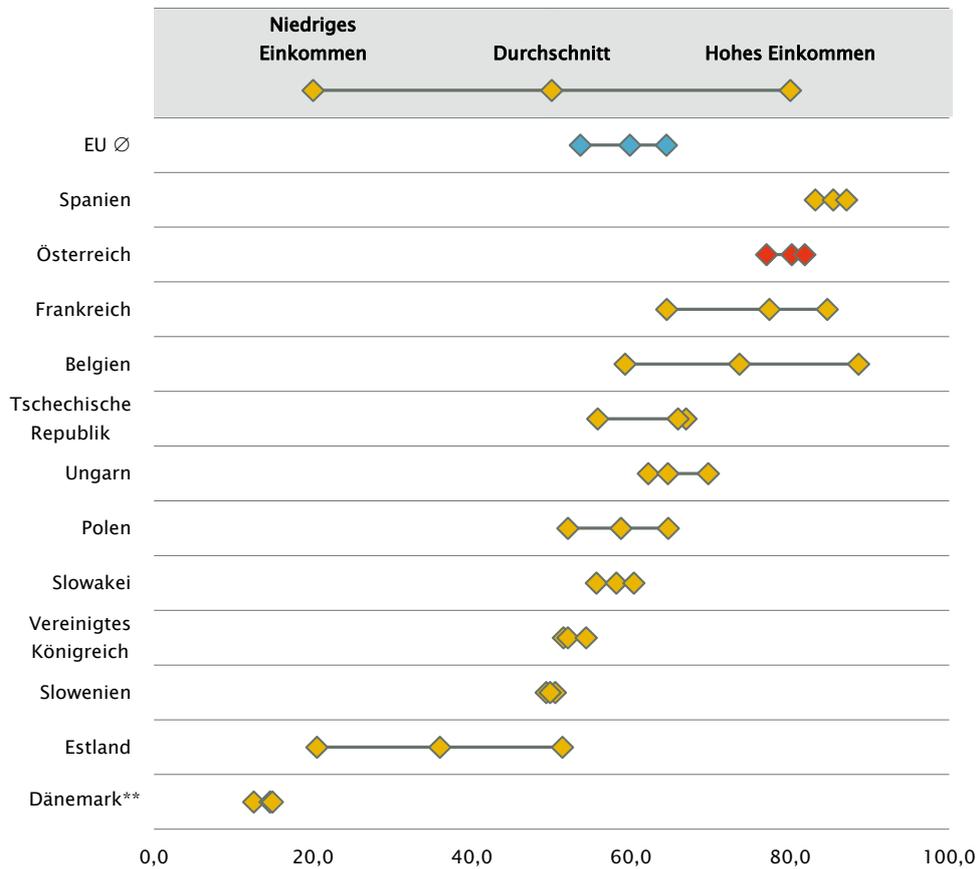
Abbildung 3.18 zeigt den Anteil an Frauen, die in den letzten drei Jahren eine PAP-Abstrich- oder Unterleibsuntersuchung durchführen ließen. Die Daten sind dabei ebenfalls nach Einkommensniveau dargestellt. Die Spannweite der Inanspruchnahmeraten zwischen den verschiedenen sozio-ökonomischen Gruppen liegt hierbei weiter auseinander als bei der Brustkrebsvorsorge. Die größten Unterschiede bezüglich Einkommensniveau gibt es in Dänemark, in der Tschechischen Republik und in Frankreich.

Hinsichtlich der durchschnittlichen Inanspruchnahmeraten führt Österreich die Reihung der dargestellten Länder mit 81,6 Prozent, gefolgt von Spanien (78,6 %) und Slowenien (78,3) an. Die geringste Inanspruchnahme gab es hingegen in Estland mit durchschnittlich 29,7 Prozent an untersuchten Frauen, gefolgt vom Vereinigten Königreich (50,4 %) und der Slowakei (61,4 %).

Abbildung 3.17:

Europäischer Vergleich:

Anteil der Frauen im Alter von 50–69 Jahren, die in den letzten zwei Jahren an einer Brustuntersuchung* teilnahmen in Prozent, nach Einkommensniveau, 2009



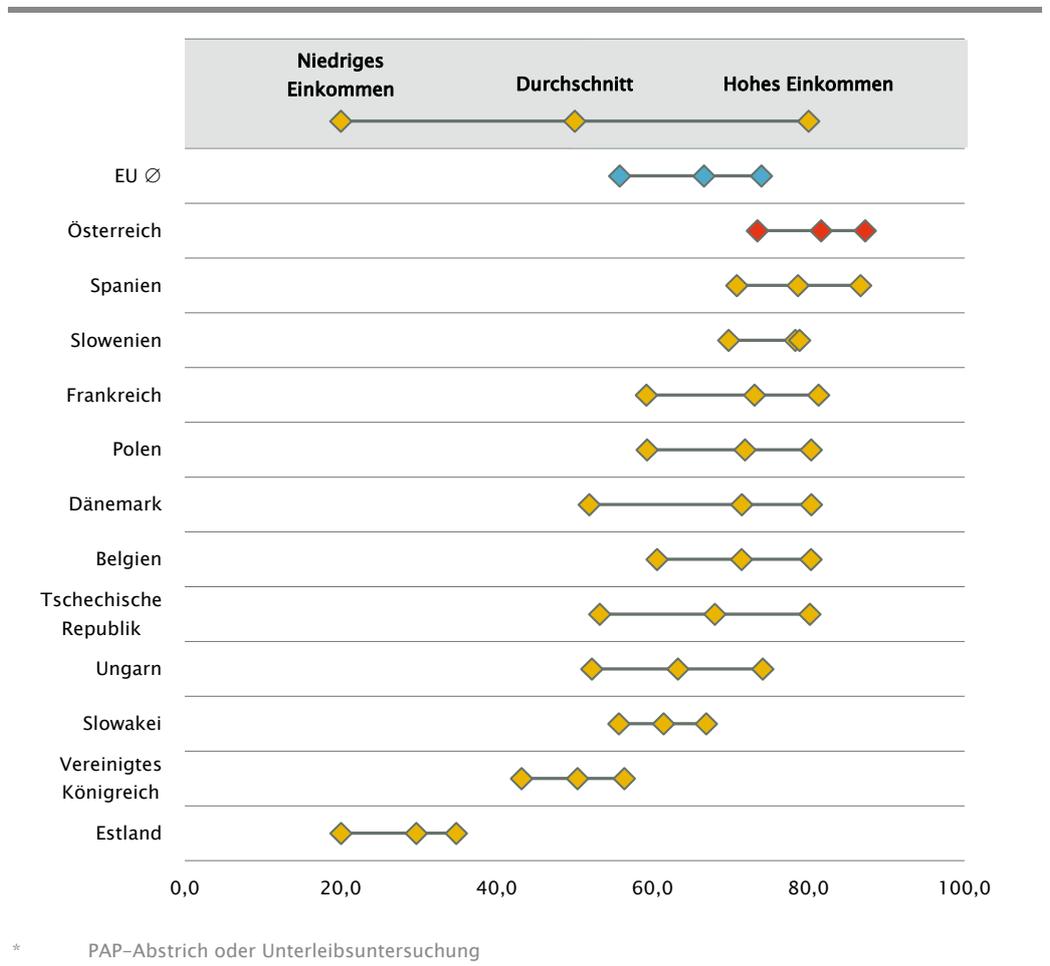
* Mammografie oder Brustuntersuchung

** Screening innerhalb des letzten Jahres

Quelle: (OECD 2011 c), GÖG/ÖBIG-eigene Darstellung

Abbildung 3.18:

Europäischer Vergleich: Anteil der Frauen im Alter von 20–69 Jahren, die in den letzten drei Jahren an einer Untersuchung des Gebärmutterhalses* teilnahmen in Prozent, nach Einkommensniveau, 2009



Quelle: (OECD 2011c), GÖG/ÖBIG-eigene Darstellung

3.3 Gesundheitsbezogene Leistungsergebnisse

Die Dimension „gesundheitsbezogene Leistungsergebnisse“ (Outcomes) umfasst einerseits Indikatoren, die den Gesundheitszustand, die Morbidität und die Sterblichkeit einer Bevölkerung messen sowie andererseits Performance-Indikatoren, die auch Rückschlüsse auf die Qualität des Gesundheitsversorgungssystems erlauben. Demnach veranschaulicht diese Dimension, die sich in die Bereiche Gesundheitszustand, Gesundheitsdeterminanten und Qualität gliedert, das Ergebnis der Leistungsfähigkeit eines Gesundheitssystems.

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

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

Folgende elf Indikatoren wurden ausgewählt, um einen adäquaten europäischen Vergleich anstellen zu können:

Gesundheitszustand

- » Lebenserwartung bei der Geburt
- » Gesunde Lebensjahre bei der Geburt
- » Mortalität
- » Säuglingssterblichkeit
- » Selbst eingeschätzter allgemeiner Gesundheitszustand
- » Anzahl kariöser, fehlender oder sanierter Zähne im bleibenden Gebiss bei Zwölfjährigen (DMFT Index)

Gesundheitsdeterminanten

- » Lebensstil
- » Bevölkerungsanteil der über 65-Jährigen und 80-Jährigen

Qualität

- » Dem Gesundheitssystem zuschreibbare Sterblichkeit
- » Fünf-Jahres-Überlebensraten bei ausgewählten Krebserkrankungen
- » Mortalität nach Schlaganfall innerhalb 30 Tage nach stationärer Aufnahme

3.3.1 Gesundheitszustand

3.3.1.1 Lebenserwartung

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

Die Lebenserwartung ist in den letzten Dekaden in allen europäischen Ländern beachtlich angestiegen, was auf verschiedene Faktoren wie etwa medizinischer Fortschritt, steigender Lebensstandard oder bessere Ausbildung sowie ausreichende Ernährung zurückzuführen ist (OECD 2009).

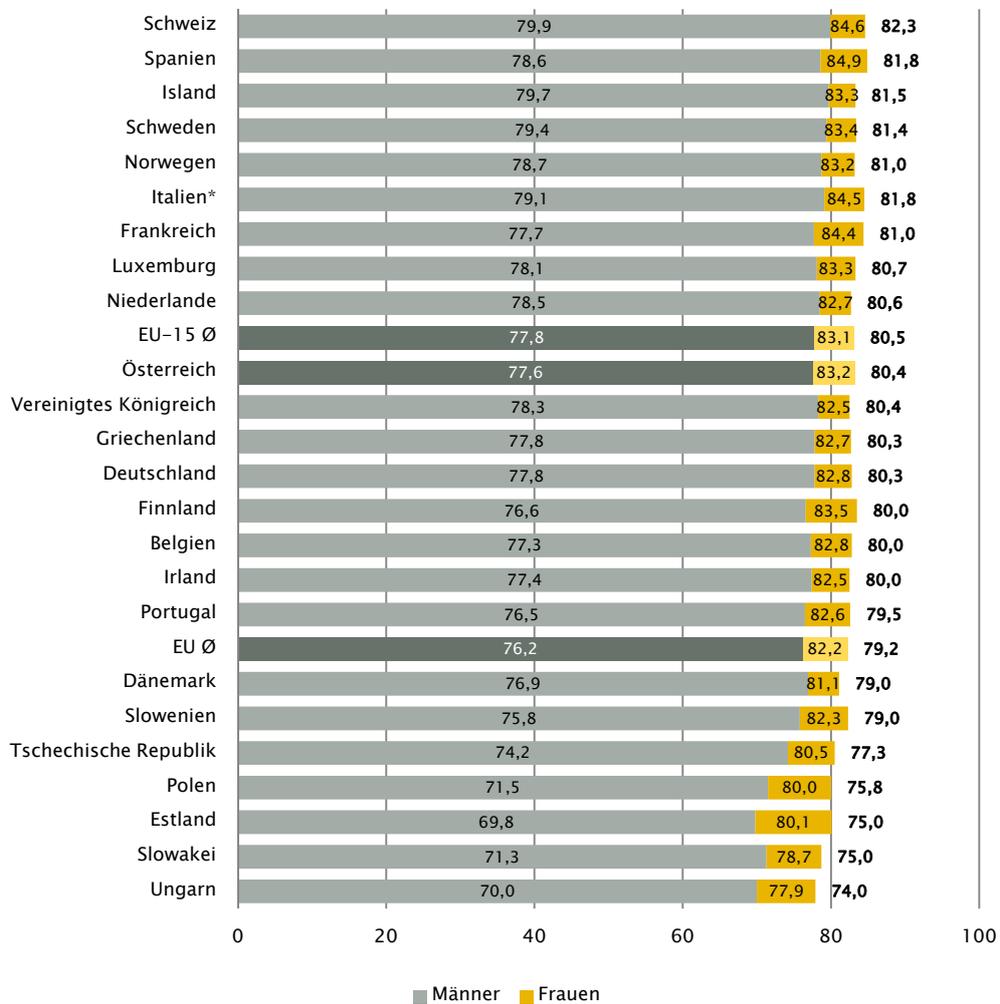
Aus Abbildung 3.19 ist die Lebenserwartung in den meisten EU-Mitgliedstaaten für das Jahr 2009 getrennt für Männer und Frauen sowie für die Gesamtbevölkerung (ungeachteter Durchschnitt beider Geschlechter) ersichtlich. In allen dargestellten Ländern ist die Lebenserwartung von Frauen höher als jene der Männer.

In Österreich lag die Lebenserwartung 2009 mit 80,4 Jahren knapp unter dem EU-15-Durchschnitt von 80,5 Jahren. Im Jahr 2009 geborene Männer können mit einer Lebenserwartung von 77,6 Jahren rechnen, während Frauen mit 82,7 Jahren rechnen dürfen.

Für Frauen lagen die Werte in Spanien mit 84,9 Jahren am höchsten, während die Männer in der Schweiz (79,9) mit der höchsten Lebenserwartung rechnen dürfen. Auffallend ist weiters, dass die angeführten osteuropäischen Länder die niedrigsten Werte ausweisen. Am geringsten war die Lebenserwartung dabei in Ungarn mit 74 Jahren. Generell zeigt sich in Europa hinsichtlich der Lebenserwartung ein West-Ost-Gefälle. Eine weitere Entwicklung in diesem Kontext ist die Annäherung der Lebenserwartung von Männern und Frauen.

Abbildung 3.19:

Europäischer Vergleich: Lebenserwartung bei der Geburt in Jahren, 2009



Berechnung mit jüngsten verfügbaren Werten: 2008: IT

Die ausgewiesene Lebenserwartung für die Gesamtbevölkerung wurde anhand des arithmetischen Mittels der Lebenserwartung von Frauen und Männern ermittelt.

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

3.3.1.2 Gesunde Lebensjahre bei der Geburt

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

Die Einschätzung des Gesundheitszustandes erfolgt dabei anhand von drei Kriterien: Selbst eingeschätzter (subjektiver) Gesundheitszustand, Prävalenz chronischer Krankheiten sowie funktionale Beeinträchtigungen.³¹

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

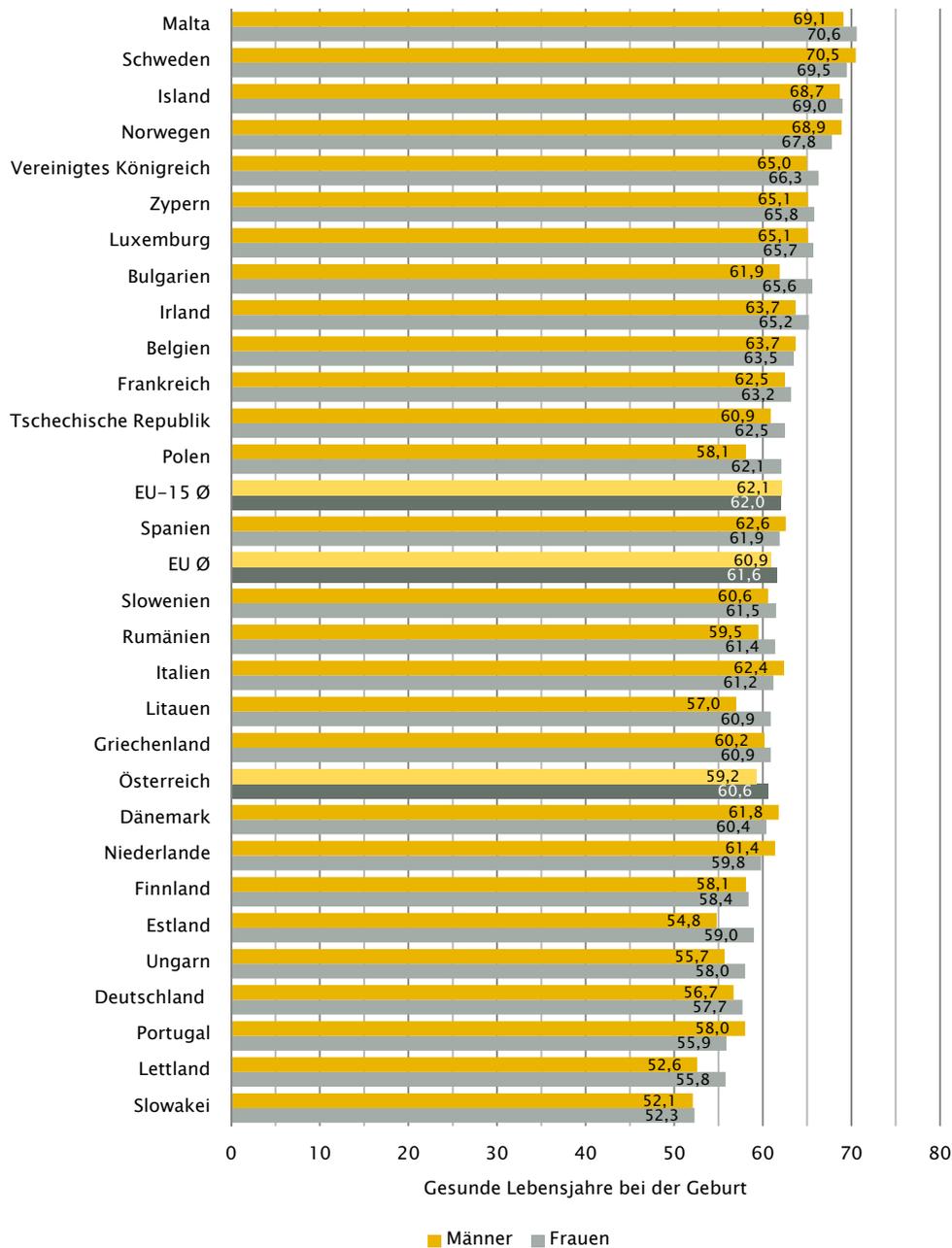
Abbildung 3.20 stellt den Indikator getrennt für Männer und Frauen dar. In Malta konnte 2008 mit den meisten gesunden Lebensjahren gerechnet werden, die entsprechenden Werte lagen bei 70,6 Jahren für Frauen und bei 69,1 Jahren für Männer.

Im EU-15-Durchschnitt lag die gesunde Lebenserwartung bei der Geburt bei 62,1 Jahren für Frauen und bei 62,0 Jahren für Männer. Der EU-27-Durchschnitt lag mit 61,6 Jahren für Frauen und 60,9 Jahren für Männer nur knapp darunter. Österreich wies demzufolge mit 60,6 Jahren für Frauen und 59,2 Jahren für Männer unterdurchschnittliche Werte auf. Die niedrigste gesunde Lebenserwartung bei der Geburt unter den dargestellten Ländern hatte im Jahr 2009 die Slowakei, wo Frauen mit 52,3 und Männer mit 52,1 gesunden Lebensjahren rechnen dürfen.

31

Die Ergebnisse zur Einschätzung des Gesundheitszustandes stammen aus der regelmäßig durchgeführten EU-SILC-Erhebung. Trotz zunehmender Harmonisierungsbemühungen sind die Ergebnisse teilweise eingeschränkt vergleichbar. Siehe dazu auch Fußnote 26.

Abbildung 3.20:
Europäischer Vergleich: Gesunde Lebensjahre bei der Geburt, 2009



Berechnung mit jüngsten verfügbaren Werte: 2008: IT, UK

Quelle: (EUROSTAT 2011 a), GÖG/ÖBIG-eigene Darstellung

3.3.1.3 Sterblichkeit

Der Indikator Todesfälle je 100.000 Einwohner gibt die Sterbefälle eines Jahres in der Bevölkerung eines Landes wieder. Abbildung 3.21 zeigt die Anzahl der Todesfälle je 100.000 Einwohner im Jahr 2009 untergliedert nach den häufigsten Todesursachen in europäischen Ländern. Dazu zählen Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems, bösartige Neubildungen (Tumore) sowie Krankheiten der Atmungsorgane. Der Indikator Todesfälle je 100.000 Einwohner ist nicht für alle europäischen Länder verfügbar.

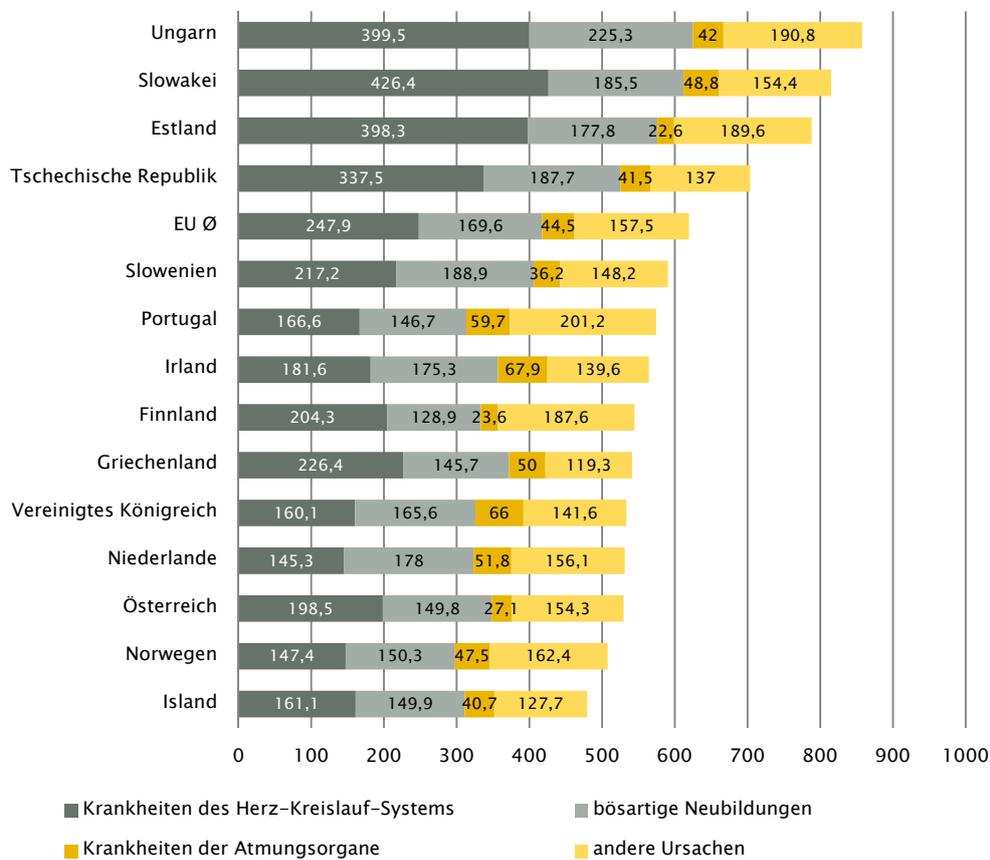
Die höchste Sterblichkeit je 100.000 Einwohner/innen wies 2009 Ungarn mit 858 Sterbefällen je 100.000 Personen auf. Die niedrigste Anzahl an Sterbefällen konnte in Island mit 479 Todesfällen je 100.000 Einwohner ermittelt werden. Österreich lag bei diesem Indikator im unteren Drittel mit insgesamt 530 Todesfällen je 100.000 Einwohner.

In den meisten dargestellten Ländern sind Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems, darunter Herzinfarkt und Schlaganfall die häufigste Todesursache, so auch in Österreich mit annähernd 200 Todesfällen aufgrund kardiovaskulärer Erkrankungen je 100.000 Einwohner im Jahr 2009.

An Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems sterben Frauen häufiger als Männer, da sie einen höheren Anteil an der älteren Bevölkerung stellen (Statistik Austria 2010). Krebserkrankungen beziehungsweise bösartige Neubildungen waren 2009 die zweithäufigste Todesursache in Österreich. Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Krebserkrankungen zusammen sind in Österreich für rund zwei Drittel aller Sterbefälle verantwortlich. Die dritthäufigste Todesursache waren 2009 mit 27 Todesfällen je 100.000 Einwohner/innen Erkrankungen der Atmungsorgane.

Abbildung 3.21:

Europäischer Vergleich: Todesfälle je 100.000 Personen nach Todesursachen, 2009



Altersstandardisiert nach OECD-Standard-Bevölkerung

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

3.3.1.4 Säuglingssterblichkeit

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

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

Bei einem Blick auf die in Abbildung 3.22 für das Jahr 2009 verglichenen EU-Mitgliedstaaten wird ersichtlich, dass Österreich mit einer Säuglingssterblichkeit von 3,8 je 1.000 Lebendgeburten über dem EU-15-Durchschnitt von 3,4 und leicht über dem Durchschnitt aller herangezogenen EU-Länder mit 3,6 lag.³²

Abbildung 3.23 illustriert die Entwicklung der Säuglingssterblichkeit in Österreich und im Durchschnitt der EU-15-Mitgliedstaaten im Zeitraum 2000 bis 2009. In Österreich, wie auch in Europa, ist ein stetiger Rückgang der Säuglingssterblichkeit festzustellen.

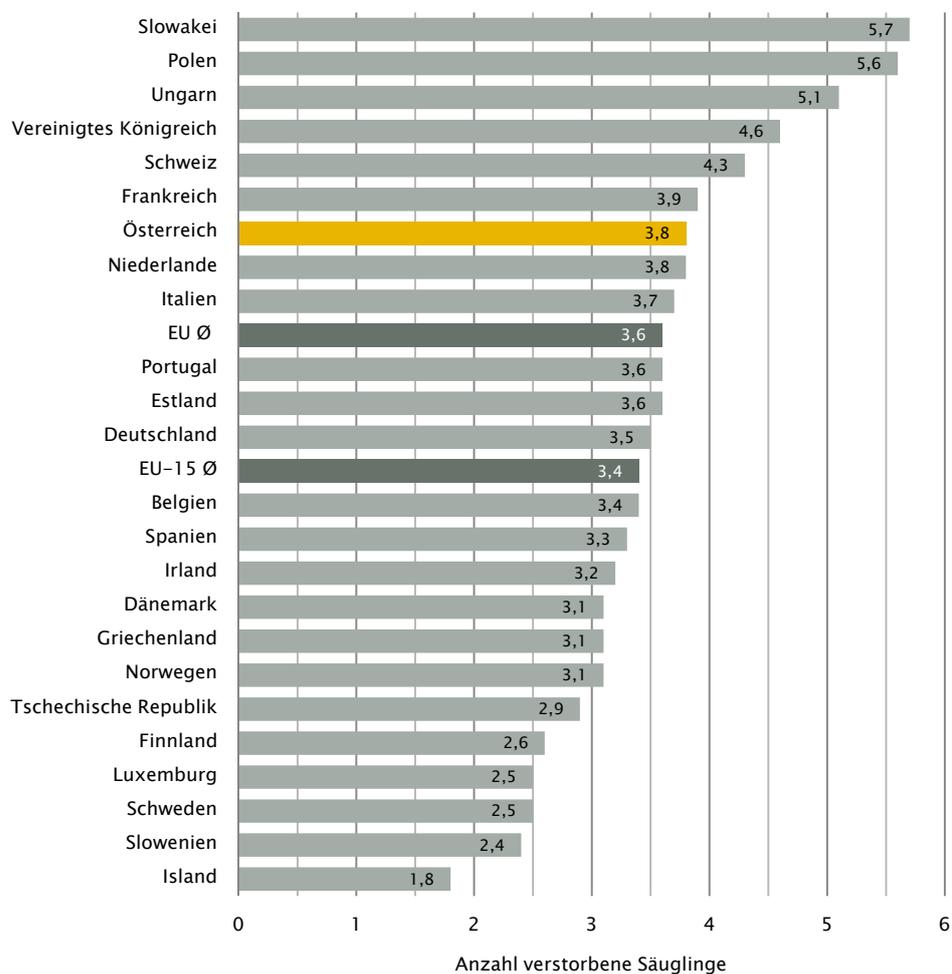
Von 2000 bis 2003 lag Österreich am oder unter dem EU-15-Durchschnitt. Von 2006 bis 2009 verzeichnete Österreich entgegen dem EU-Trend einen leichten Anstieg der Säuglingssterblichkeit.

32

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

Am niedrigsten war die Säuglingssterblichkeit mit einem Wert von 1,8 in Island. Die skandinavischen Länder Schweden (2,5) und Finnland (2,6) konnten im Jahr 2009 verhältnismäßig gute Werte vorweisen. Deutlich am höchsten lag die Säuglingssterblichkeit in den drei osteuropäischen Ländern Slowakei (5,7), Polen (5,6) und Ungarn (5,1), wobei die Säuglingssterblichkeit auch dort rückläufig ist. Zu beachten ist zudem, dass in den einzelnen Ländern starke regionale oder bevölkerungsgruppenspezifische Schwankungen in der Säuglingssterblichkeit auftreten können.

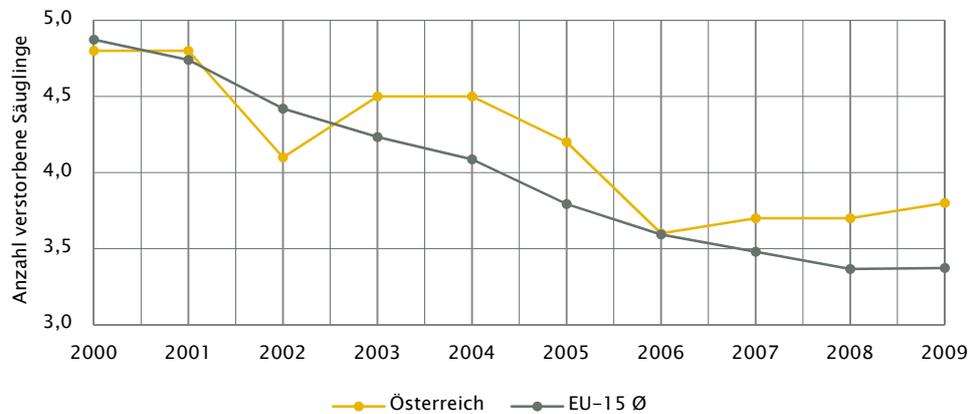
Abbildung 3.22:
Europäischer Vergleich: Säuglingssterblichkeit je 1.000 Lebendgeburten, 2009



Berechnung mit jüngsten verfügbaren Werten: 2008: IT, UK

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

Abbildung 3.23:
Europäischer Vergleich: Entwicklung der Säuglingssterblichkeit je 1.000 Lebendgeburten in Österreich und im EU-15-Durchschnitt, 2000 bis 2009



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

3.3.1.5 Selbst eingeschätzter allgemeiner Gesundheitszustand

Der subjektive Indikator selbst eingeschätzter allgemeiner Gesundheitszustand erwies sich bereits im Rahmen diverser Studien als Parameter mit guter Vorhersagekraft bezüglich Mortalitätsentwicklung und zukünftiger Gesundheitsausgaben. Hier wurde der Anteil jener Personen, die ihren Gesundheitszustand als „sehr gut“ oder „gut“ einstufen, herangezogen. Der Indikator stammt aus der jährlichen EU-SILC-Erhebung³³, die die Lebensbedingungen in den EU-Privathaushalten erfasst.

Aufgeschlüsselt nach Einkommensfünftel³⁴ lässt der Indikator nicht nur Rückschlüsse auf die allgemeine Leistungsfähigkeit bzw. die Qualität des Gesundheitsversorgungssystems, sondern ebenfalls auf den Einfluss des sozioökonomischen Status auf den Gesundheitszustand zu. Der Indikator wird nach Wohlstandsniveaus getrennt darge-

33

Community Statistics on Income and Living Conditions

34

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

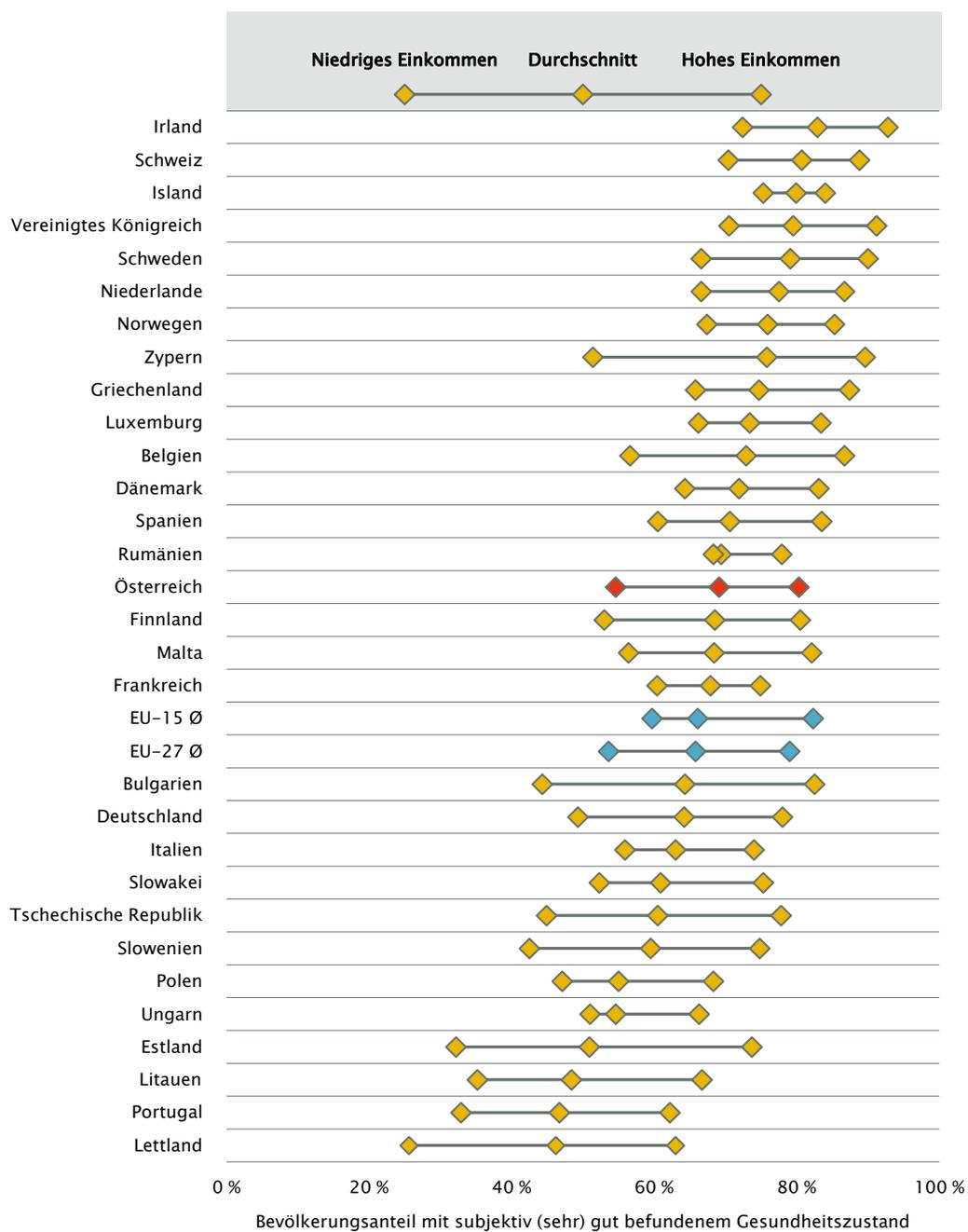
stellt, indem die entsprechende Ausprägung zusätzlich zum Durchschnittswert des jeweiligen Landes auch jeweils für das oberste und unterste Einkommensfünftel (Quintile) gezeigt wird. So werden auch Unterschiede zwischen den Einkommensgruppen deutlich. Je weiter der Abstand zwischen den jeweiligen Ausprägungen der einzelnen Einkommensfünftel ausfällt, desto ungleicher ist der Zugang zum Gesundheitssystem hinsichtlich sozioökonomischen Status einzustufen. Die Quintile hohes bzw. niedriges Einkommen entsprechen demnach jenen 20 Prozent der (repräsentativ befragten) Bevölkerung, die sich in der untersten bzw. obersten Einkommensschicht befinden.

Abbildung 3.24 reiht die europäischen Länder nach Zufriedenheit der Bevölkerung mit der eigenen Gesundheit. Den subjektiv besten Gesundheitszustand quer über alle Einkommensschichten gab es 2009 in Irland mit einem Bevölkerungsanteil von 82,9 Prozent, der seinen Gesundheitszustand als „sehr gut“ oder „gut“ einstuft. Am anderen Ende der Skala fand sich 2009 Lettland mit 46,2 Prozent. Österreich lag mit 69,1 Prozent der Befragten, die ihren Gesundheitszustand mit sehr gut oder gut angaben, sowohl über dem EU-15-Durchschnitt als auch über dem Mittel der EU-27-Mitgliedstaaten.

In allen dargestellten Ländern empfinden Menschen im unteren Einkommensfünftel ihren allgemeinen Gesundheitszustand schlechter, als jene aus höheren Einkommensschichten. In Österreich empfanden 54,6 Prozent der untersten Einkommensstufe ihren Gesundheitszustand als sehr gut oder gut. Österreich liegt hierbei zwischen dem EU-15-Durchschnitt mit 59,7 Prozent und dem EU-27-Durchschnitt mit 53,6 Prozent. Am kränksten fühlen sich Menschen aus der untersten Einkommensschicht in Lettland mit 25,6 Prozent, während sich Menschen mit niedrigem Einkommen in Island am gesündesten einschätzen.

Je höher das Einkommen, desto besser wird der allgemeine Gesundheitszustand insgesamt eingeschätzt. In der obersten Einkommensgruppe empfinden in Österreich 80,3 Prozent ihren Gesundheitszustand als sehr gut oder gut. Auch im oberen Einkommensfünftel liegt Österreich dabei zwischen dem EU-15- und dem EU-27-Schnitt. In Irland fühlten sich Menschen mit hohem Einkommen 2009 am gesündesten (92,8 Prozent).

Abbildung 3.24:
Europäischer Vergleich: Als (sehr) gut eingeschätzter allgemeiner Gesundheitszustand
nach Einkommensfünftel, 2009



Quelle: (EUROSTAT 2011a), GÖG/ÖBIG-eigene Darstellung

3.3.1.6 Durchschnittliche Anzahl kariöser, fehlender oder sanierter Zähne

Der mit DMFT Index abgekürzte Indikator misst den Status der Mundgesundheit anhand der durchschnittlichen Anzahl an verfallenen (decayed), fehlenden (missing) oder sanierten (filled) Zähnen (teeth) im bleibenden Gebiss aufgrund von Karies. Im Folgenden wird der Indikator für Zwölfjährige dargestellt.

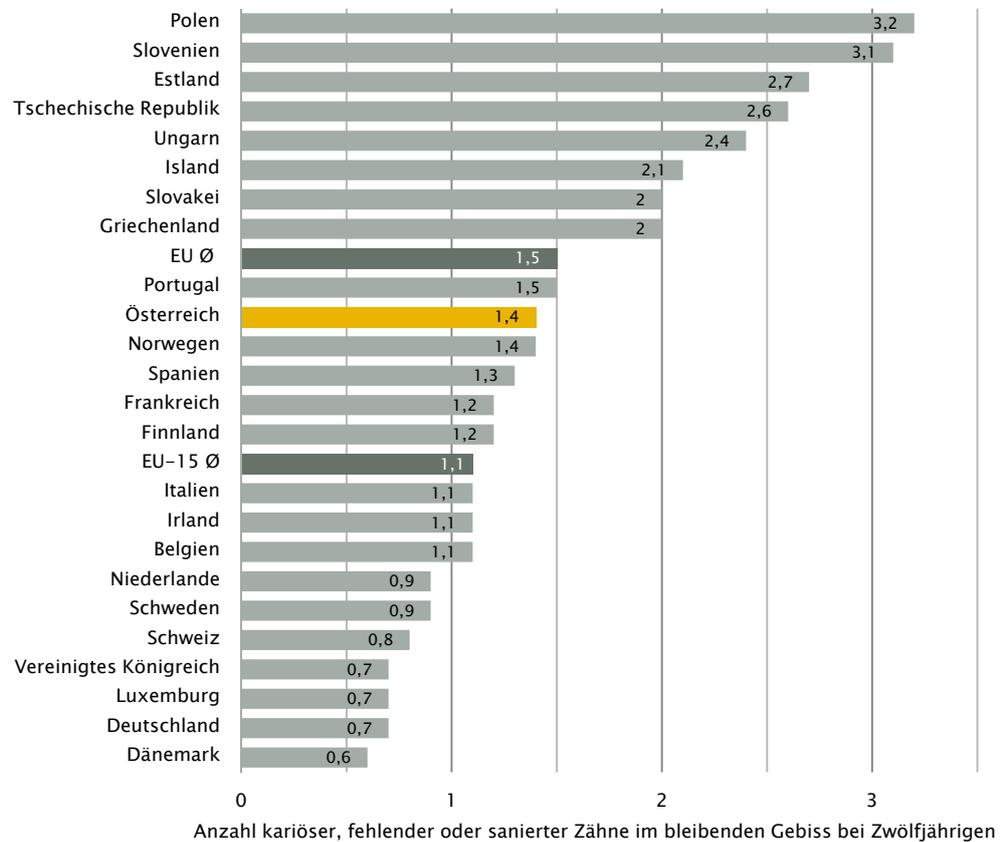
Nach WHO-Klassifikation wird ein DMFT Index bei 12-Jährigen unter 1,2 als niedrig, 1,2 bis 2,6 als mittelmäßig und über 4,5 als hoch eingestuft. Der Indikator zeigt starke Bezüge zum Lebensstil der betrachteten Population, wie etwa dem Zuckerkonsum. Darüber hinaus lässt der DMFT Index auch Rückschlüsse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

Abbildung 3.25 zeigt den DMFT Index für 21 EU-Mitgliedstaaten, die Schweiz, Norwegen und Island. Mit Ausnahme Portugals wird dabei ein West-Ost-Gefälle der dargestellten Länder deutlich. Polen (3,2) und Slowenien (3,1) weisen mit Indizes von über 3,0 überdurchschnittlich negative Werte auf. Auch Österreich lag im Vergleich mit einem Wert von 1,4³⁵ über dem EU-15-Durchschnitt von 1,1. Die gesündesten Zähne bei Zwölfjährigen gab es in Dänemark mit einem DMFT Index von 0,6. Auch Deutschland, das Vereinigte Königreich und Luxemburg wiesen geringe Werte von 0,7 kariösen, fehlenden oder sanierten Zähnen im bleibenden Gebiss bei Zwölfjährigen aus (OECD 2009).

35

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

Abbildung 3.25:
Europäischer Vergleich: DMFT Index, 2010*



Berechnung mit jüngsten verfügbaren Werten: 1998: EE, 2000: SI, 2001: BE, 2002: IE, 2003: FI, PL, 2004: IT, 2005: EL, IS, NL, ES, 2006: FR, CZ, 2007: AT, 2008: SE, HU, UK, 2009: DE, LU, CH

Quellen: (OECD 2011a); (WHO 2011)

3.3.2 Gesundheitsdeterminanten

3.3.2.1 Lebensstil

Der Lebensstil beeinflusst in vielfältiger Weise die Gesundheit. Gesundheitsfaktoren, die auf den Lebensstil hinweisen, sind unter anderem Ernährung, Bewegung, Übergewicht, Zigaretten- oder Alkoholkonsum. Österreich liegt hier vor allem beim Alkoholkonsum deutlich über dem EU-Durchschnitt. Während im Jahr 2009 im Durchschnitt umgerechnet rund 12,2 Liter reiner Alkohol pro Person (ab 15 Jahren) konsumiert wurden, lag der EU-15-Durchschnitt bei 10,2 Litern (OECD 2011a). Insgesamt trinken Jugendliche heute seltener und weniger intensiv, allerdings steigen Jugendliche derzeit etwa ein Jahr früher in den regelmäßigeren Konsum ein als noch vor 20 Jahren (Eisenbach-Stangl et al. 2008).

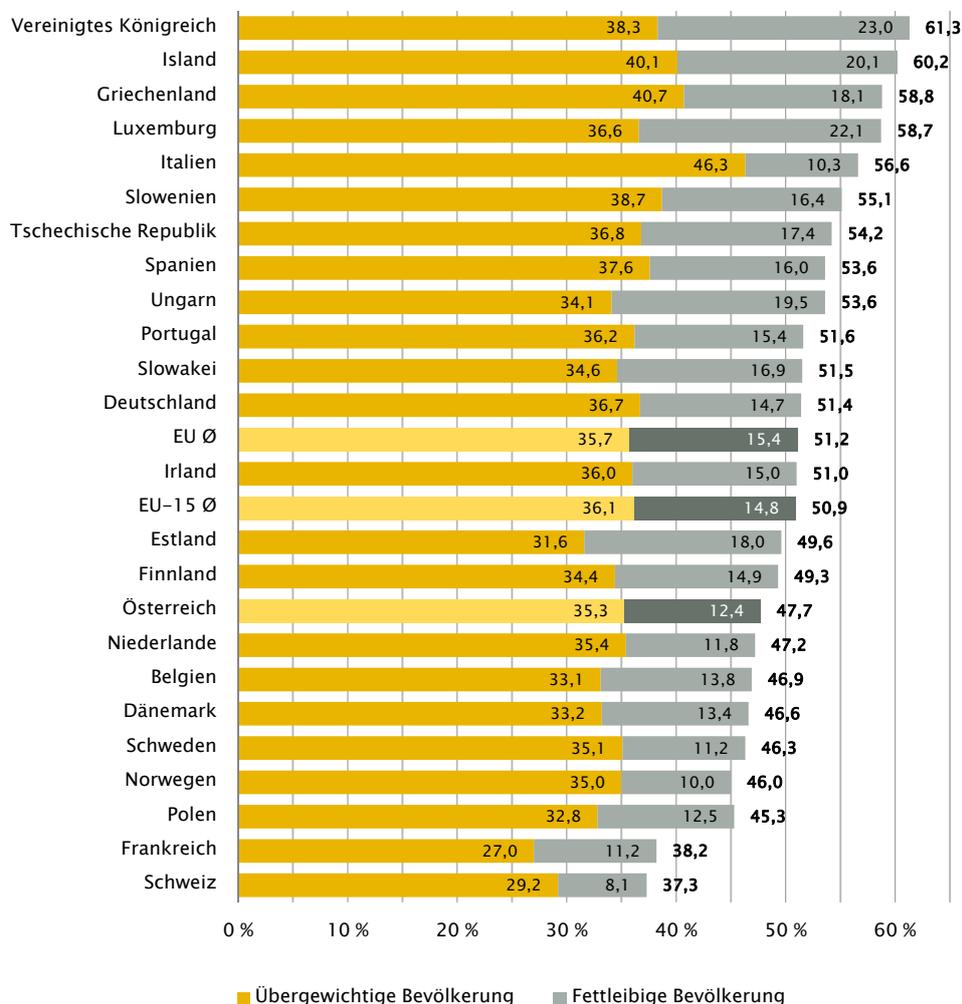
Der Anteil rauchender Österreicher/innen liegt nahe am EU-15-Durchschnitt von 23,3 Prozent der Gesamtbevölkerung, besorgniserregend ist jedoch der Anteil 15-Jähriger-Raucher, der innerhalb Europas nur in Bulgarien höher lag als in Österreich (Erhebungszeitraum 2005 bis 2006). In Österreich greifen nach eigenen Angaben 30 Prozent 15-Jähriger Mädchen und 24 Prozent der 15-Jährigen Burschen zumindest einmal wöchentlich zur Zigarette (WHO 2008).

Der Gesundheitsfaktor Übergewicht wird in der Literatur üblicherweise mit dem sogenannten Körpermasseindex („Body Mass Index“ – BMI) dargestellt. Dieser wird definiert als der Quotient aus Körpergewicht und dem Quadrat der Körpergröße. Laut WHO-Klassifikation wird eine Person mit einem BMI ab 25 als übergewichtig bezeichnet, ab einem BMI von 30 wird von Fettleibigkeit gesprochen (WHO 2009).

Übergewicht und Fettleibigkeit gelten als Risikofaktoren und Ursachen für eine Vielzahl an Folgeerkrankungen wie zum Beispiel Herz- und Gefäßkrankheiten, Krebserkrankungen oder Diabetes. Die meist auf Umfragen beruhenden Werte variieren deutlich innerhalb der dargestellten europäischen Länder. Dies wird auch bei einem Blick auf Abbildung 3.26 ersichtlich. Im Jahr 2009 verzeichnete das Vereinigte Königreich den höchsten Anteil an Übergewichtigen. 61,3 Prozent der Bevölkerung waren dort laut Definition entweder übergewichtig (38,3 %) oder fettleibig (23 %). Im EU-15-Durchschnitt waren 36,1 Prozent übergewichtig und 14,8 Prozent der Bevölkerung fettleibig.

Österreich lag mit einem Anteil 35,3 Prozent Übergewichtigen und 12,4 Prozent Adipösen unter dem EU-15-Mittel. Die niedrigsten Werte wiesen im Jahr 2009 die Schweiz (37,3 %) und Frankreich (38,2 %) auf.

Abbildung 3.26:
Europäischer Vergleich: Übergewichtige und fettleibige Bevölkerung in Prozent, 2009



Berechnung mit jüngsten verfügbaren Werten: 2003: SK, 2004: PL, 2005: DK, 2006: AT, PT, 2007: IS, IE, SI, CH, 2008: BE, CZ, EE, FR, EL, NO

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

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

Übergewicht und Lebensstil, darunter vor allem Faktoren wie Ernährung und Bewegung, sind maßgebliche Determinanten für das Risiko u. a. an Diabetes mellitus, (primär Typ II) zu erkranken. Diabetes mellitus ist eine Erkrankung, die auf eine Störung der körpereigenen Insulinproduktion zurückzuführen ist und deren Folgewirkungen tödlich sein können. In Europa starben 2011 rund 600.000 Menschen an den Folgen von Diabetes. Weltweit sind aktuell rund 370 Millionen Menschen an Diabetes erkrankt, wobei die Anzahl stetig wächst und in den nächsten 20 Jahren auf geschätzte 552 Millionen Personen steigen soll. Weltweit wird die Anzahl an jährlichen Todesfällen, die auf Diabetes zurückzuführen sind, auf 4,6 Millionen geschätzt (International Diabetes Federation 2011).

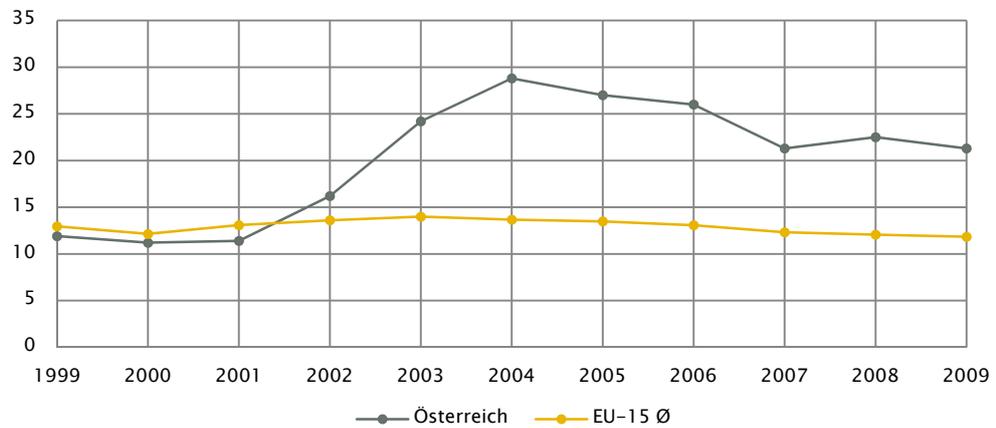
Neben verminderter Lebensqualität bzw. Lebenserwartung generiert Diabetes erhebliche volkswirtschaftliche Belastungen, die mittel- bis langfristig große Herausforderungen an die nationalen Gesundheitssysteme stellen werden. So verursachen Diabetikerinnen und Diabetiker meist ein Vielfaches der Gesundheitskosten von nicht erkrankten Personen. Die auf Diabetes mellitus zurückzuführende Sterblichkeit erlaubt weiters Rückschlüsse auf den Lebensstil sowie die Qualität der Diabetes-Versorgung.

Der Indikator auf Diabetes mellitus zurückführbare Sterblichkeit wird anhand der jährlichen Anzahl verstorbener Personen je 100.000 Einwohner/innen (nach ICD-10-Klassifikation³⁶: E10-E14, d. h. Typ I und Typ II) dargestellt (Abbildung 3.27). Die Mortalität aufgrund von Diabetes lag 2009 im EU-15-Durchschnitt bei 11,8 Verstorbenen je 100.000 Personen. Zudem wurde insgesamt ein Anstieg der Sterblichkeitsrate verzeichnet. Im Vergleichszeitraum lag die Sterblichkeit mit 21,3 Personen je 100.000 Einwohner/innen die Sterblichkeit in Österreich fast doppelt so hoch. Während Österreich bis 2001 noch unter dem EU-15-Durchschnitt lag, vergrößerte sich der Abstand in den Folgejahren.

36

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

Abbildung 3.27:
Europäischer Vergleich: Mortalität aufgrund von Diabetes je 100.000 Personen,
1999–2009



Altersstandardisierte Raten
Siehe hierzu auch Fußnote 36

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

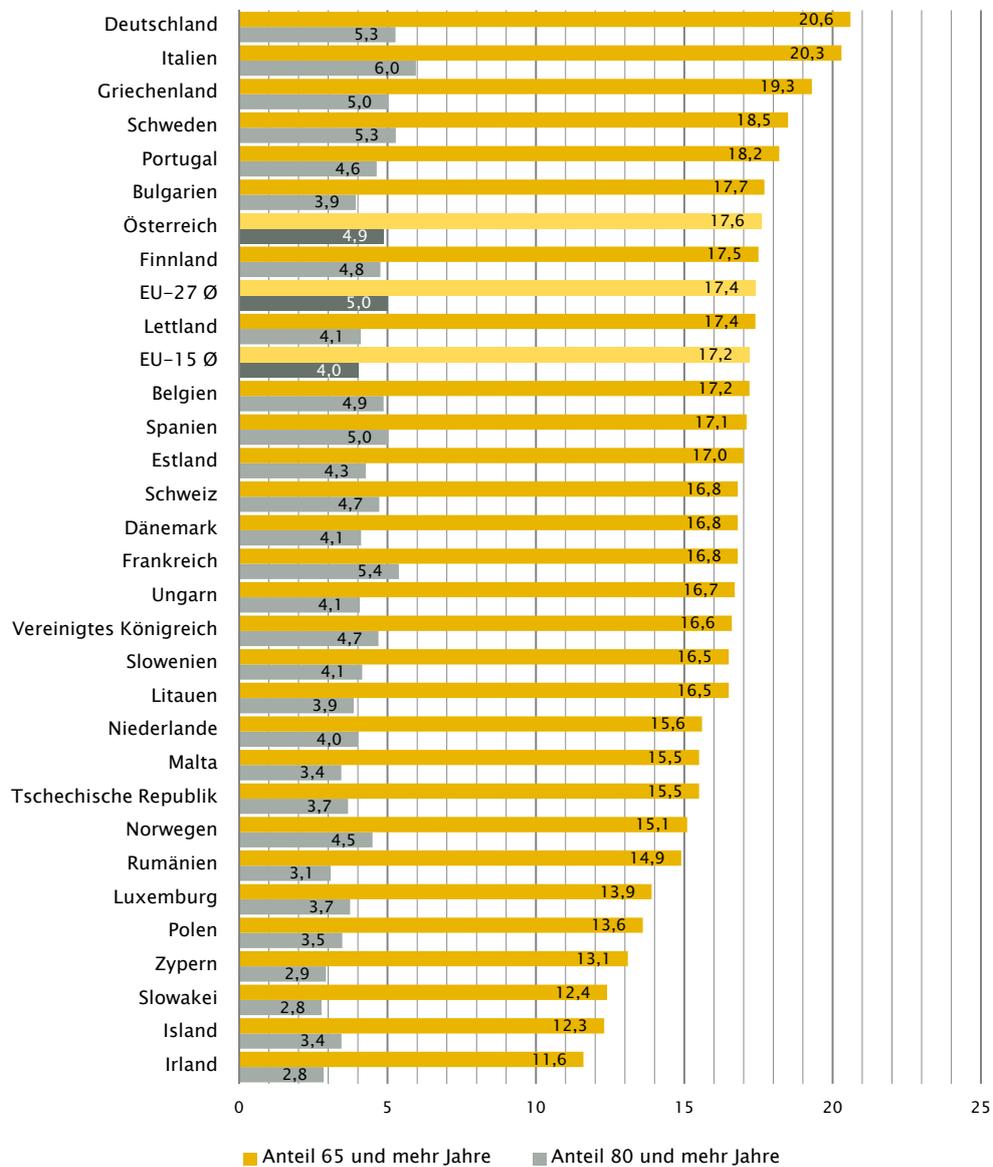
3.3.2.2 Bevölkerungsanteil der über 65-Jährigen und über 80-Jährigen

Der Indikator wird als Bevölkerungsanteil jener Personen definiert, die sich zu einem bestimmten Stichtag im 65. bzw. 80. Lebensjahr befinden oder dieses überschritten haben. Ein hoher Anteil an älteren Bevölkerungsschichten geht üblicherweise auch mit einer stärkeren Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen einher, andererseits reduzieren sich im Pensionsalter Zahlungen in Form von Versicherungsbeiträgen an das Sozial- bzw. Gesundheitssystem.

In Abbildung 3.28 werden die entsprechenden Werte der EU-Mitgliedstaaten und ausgewählter anderer europäischer Länder im Jahr 2011 veranschaulicht. Der Anteil der über 65-Jährigen reichte von 11,6 Prozent in Irland bis zu 20,6 Prozent in Deutschland. Der EU-15-Durchschnitt lag 2011 bei 17,2 Prozent, jener der EU-27-Länder knapp darüber mit 17,4 Prozent. Österreich wies mit einem Anteil von 17,6 Prozent einen überdurchschnittlich hohen Anteil an 65-Jährigen und Älteren auf.

Abbildung 3.28:

Europäischer Vergleich: Anteil der Bevölkerung im Alter von 65 und mehr Jahren sowie im Alter von 80 und mehr Jahren in Prozent, 2011



Berechnung mit jüngsten verfügbaren Werten: 2010: BE, RU, CH, CY
 Bevölkerung zum 1. 1. 2011

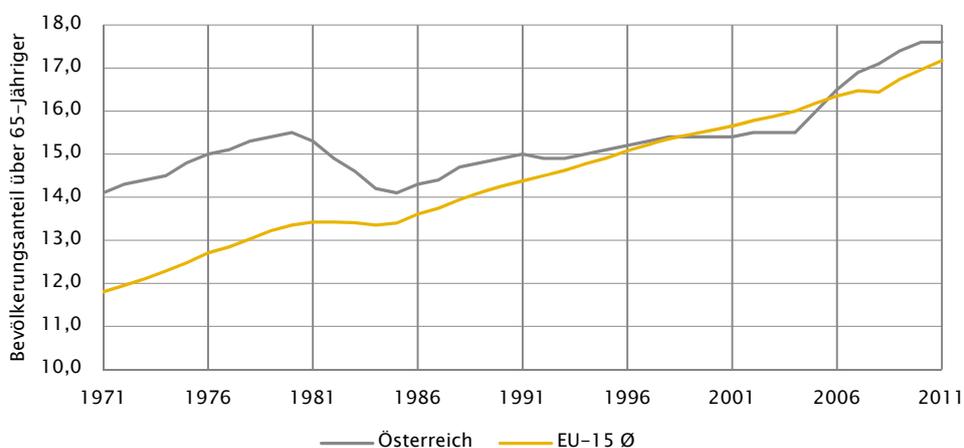
Quelle: (EUROSTAT 2011a), GÖG/ÖBIG-eigene Darstellung

Den höchsten Anteil an über 80-Jährigen gab es 2011 in Italien mit 6 Prozent, in Frankreich (5,4 %) und in Schweden (5,3 %) bzw. Deutschland (5,3 %). Auch Österreich hatte im selben Jahr mit 4,9 Prozent der Bevölkerung überdurchschnittlich viele über 80-Jährige und lag damit am EU-15-Durchschnitt (5 %).

Die demografische Entwicklung ist für das Gesundheitssystem von besonderer Bedeutung und wird aufgrund einer immer älter werdenden Bevölkerung künftig eine große Herausforderung darstellen. Aus Abbildung 3.29 geht hervor, dass die entsprechenden Anteile sowohl in Österreich als auch im EU-15-Durchschnitt von 1971 bis 2011 gestiegen sind. In den Siebzigerjahren lag der Anteil über 65-Jährigen in Österreich noch deutlich über dem EU-15-Durchschnitt und näherte sich bis 1998 an. Ab dem Jahr 2004 stieg der Anteil stärker als das EU-15-Mittel und lag schließlich 2011 bei 17,6 Prozent.

Generell ist in Österreich eine Verschiebung der Altersstruktur hin zu einer älteren Bevölkerung zu erkennen. Gründe für diese Überalterung der Gesellschaft liegen u. a. in den tendenziell sinkenden Geburtenraten und einer steigenden Lebenserwartung der österreichischen Bevölkerung. Zuwächse der Bevölkerungsgruppe im erwerbsfähigen Alter (15 bis 64 Jahre) sind in erster Linie durch Zuwanderung erklärbar.

Abbildung 3.29:
Europäischer Vergleich: Entwicklung des Bevölkerungsanteils über 65-Jähriger in Österreich und im EU-15-Durchschnitt, 1971-2011



Quelle: (EUROSTAT 2011a), GÖG/ÖBIG-eigene Darstellung

3.3.3 Qualität

3.3.3.1 Dem Gesundheitssystem zuschreibbare Sterblichkeit

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

Das hierbei zugrundeliegende Konzept ist verwandt mit dem der sogenannten „vermeidbaren Sterblichkeit“ (Avoidable Mortality). Es grenzt sich jedoch insofern davon ab, dass Todesursachen, die gemäß diesem Konzept durch Primärprävention³⁷ verhinderbar gewesen wären und somit nicht in den unmittelbaren Einflussbereich des Gesundheitsversorgungssystems fallen (z. B. Lungenkrebs oder Leberzirrhose) unberücksichtigt bleiben. Demnach fließen ausschließlich ausgewählte Todesursachen in die Berechnung ein, die unmittelbar durch das Gesundheitsversorgungssystem und damit verbundenen sekundärpräventiven Maßnahmen verhinderbar gewesen wären. Bei Auswahl der entsprechenden Todesursachen wird die wissenschaftliche Basis durch evidenzbasierter Angaben zur klinischen Behandlungswirksamkeit gebildet (Gay et al. 2011).

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

Infektionskrankheiten: Tuberkulose, Sepsis (Blutvergiftung), Pneumonie (Lungenentzündung), Influenza (Virusgrippe), Darminfektion (außer Typhus und Diphtherie) bei unter 14-Jährigen, Diphtherie, Tetanus, Poliomyelitis (Kinderlähmung), Pertussis (Keuchhusten) bei unter 14-Jährigen, Masern bei zwischen 1- und 14-Jährigen; Tumore (Krebs): Kolorektalkarzinom (Dickdarmkrebs), bösartiger Hauttumor, Brust-

37

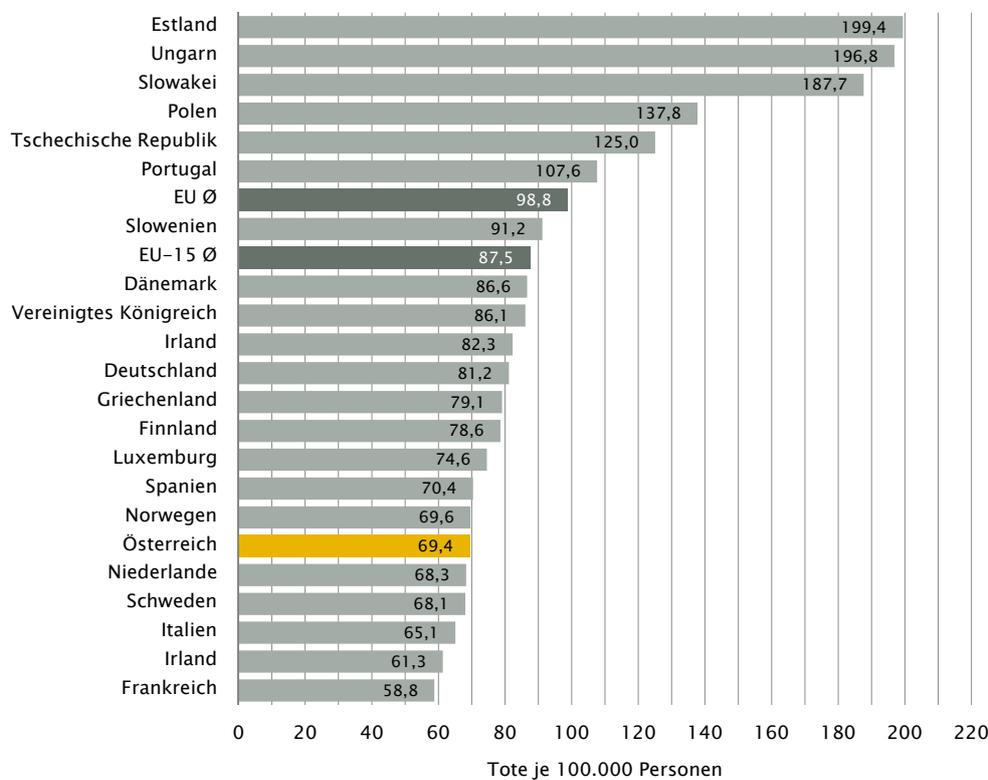
Primärprävention setzt vor Krankheitsbeginn ein, und zielt darauf ab, Gesundheitsbelastungen (z. B. Nikotin- oder Alkoholkonsum) zu senken und gesundheitsbezogene Ressourcen (z. B. Information und Bildung) zu erhöhen, um die Entstehung von Krankheiten zu verhindern. S.:

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

krebs, Gebärmutterhalskrebs und Unterleibskrebs bei unter 45-Jährigen, Hodenkrebs, Hodgkinsche Krankheit (Morbus Hodgkin, Lymphogranulomatose, bösartiger Tumor des Lymphsystems), Leukämie (Blutkrebs) bei unter 45-Jährigen; Endokrine ernährungsbedingte Stoffwechselerkrankungen: Schilddrüsen-Funktionsstörungen (Über- oder Unterfunktion), Diabetes mellitus bei unter 50-Jährigen; Erkrankungen des Nervensystems: Epilepsie; Erkrankungen des Kreislaufsystems: rheumatische Herzerkrankungen, ischämische Herzerkrankungen (50 % der Todesfälle); zerebrovaskuläre Herzerkrankungen: hypertensive Erkrankungen (Bluthochdruck); Erkrankungen des urogenitalen Systems: Nephritis (Nierenentzündung) und Nephrose, gutartige Prostatahyperplasie (gutartige Prostatavergrößerung); Erkrankungen des Atmungssystems: alle Atemwegserkrankungen (exkl. Influenza und Lungenentzündung) der 1- bis 14-Jährigen; Erkrankungen des Verdauungssystems: Ulkuskrankheit (Magengeschwür), Appendizitis (Blinddarmentzündung), Abdominalhernie (Bauchwandbruch), Gallensteinleiden und Cholezystitis (Gallenblasenentzündung); Perinatalsterblichkeit: Zwischen der 29. Schwangerschaftswoche und dem 7. Lebenstag, Müttersterblichkeit, Perinatalsterblichkeit (exklusive Totgeburten), angeborene Anomalien des Herzkreislaufsystems; externe Faktoren: Missgeschicke am Patienten während chirurgischer und medizinischer Behandlung.

Die geringste Ausprägung der dem Gesundheitssystem zuschreibbaren Sterblichkeit findet sich in Frankreich mit 58,8 Toten je 100.000 Einwohner/innen, gefolgt von Irland (61,3) und Italien (65,1). Auch in Österreich liegt der Sterblichkeitsindikator vergleichsweise niedrig mit 69,4 Toten je 100.000 Personen. Deutlich überdurchschnittlich lagen im Vergleichsjahr 2007 die neuen Mitgliedstaaten der Europäischen Union. So hatte etwa Estland mit einem Wert von 199,4 mehr als doppelt so viele durch das Gesundheitssystem verhinderbare Todesfälle wie der EU-Durchschnitt. Ebenfalls auffällig hohe Ausprägungen waren in Ungarn (196,8) und der Slowakei (187,7) zu sehen.

Abbildung 3.30:
Europäischer Vergleich: Dem Gesundheitssystem zuschreibbare Sterblichkeit



Berechnung mit jüngsten verfügbaren Werten: 2003: PT, NL; 2005: ES, HU, LU, SK;
2006: FR, DE, DK, IT, NO, PL, SE
Altersstandardisierte Raten

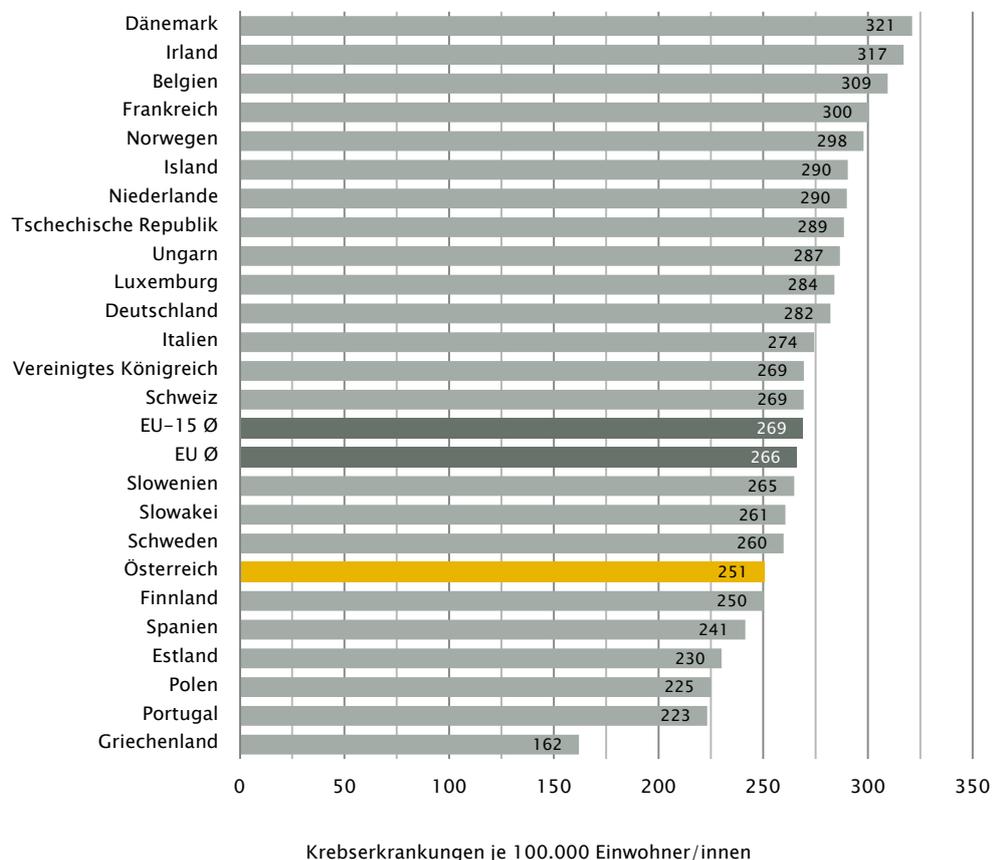
Quelle: (Gay et al. 2011), GÖG/ÖBIG-eigene Darstellung

3.3.3.2 Krebserkrankungen und Überlebensraten

Der Indikator Krebserkrankungen je 100.000 Einwohner misst das Auftreten von bösartigen Neubildungen in Relation zur Bevölkerung eines Landes (Prävalenz).

Abbildung 3.31 zeigt, dass in Österreich im Jahr 2008 durchschnittlich 251 Menschen von 100.000 an Krebs erkrankten. Österreich lag damit unter dem EU-15-Durchschnitt von 269 (EU-27: 266). Dänemark wies für 2008 die meisten Krebserkrankungen (321 je 100.000 Einwohner) auf.

Abbildung 3.31:
Europäischer Vergleich: Krebserkrankungen je 100.000 Einwohner/innen, 2008



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

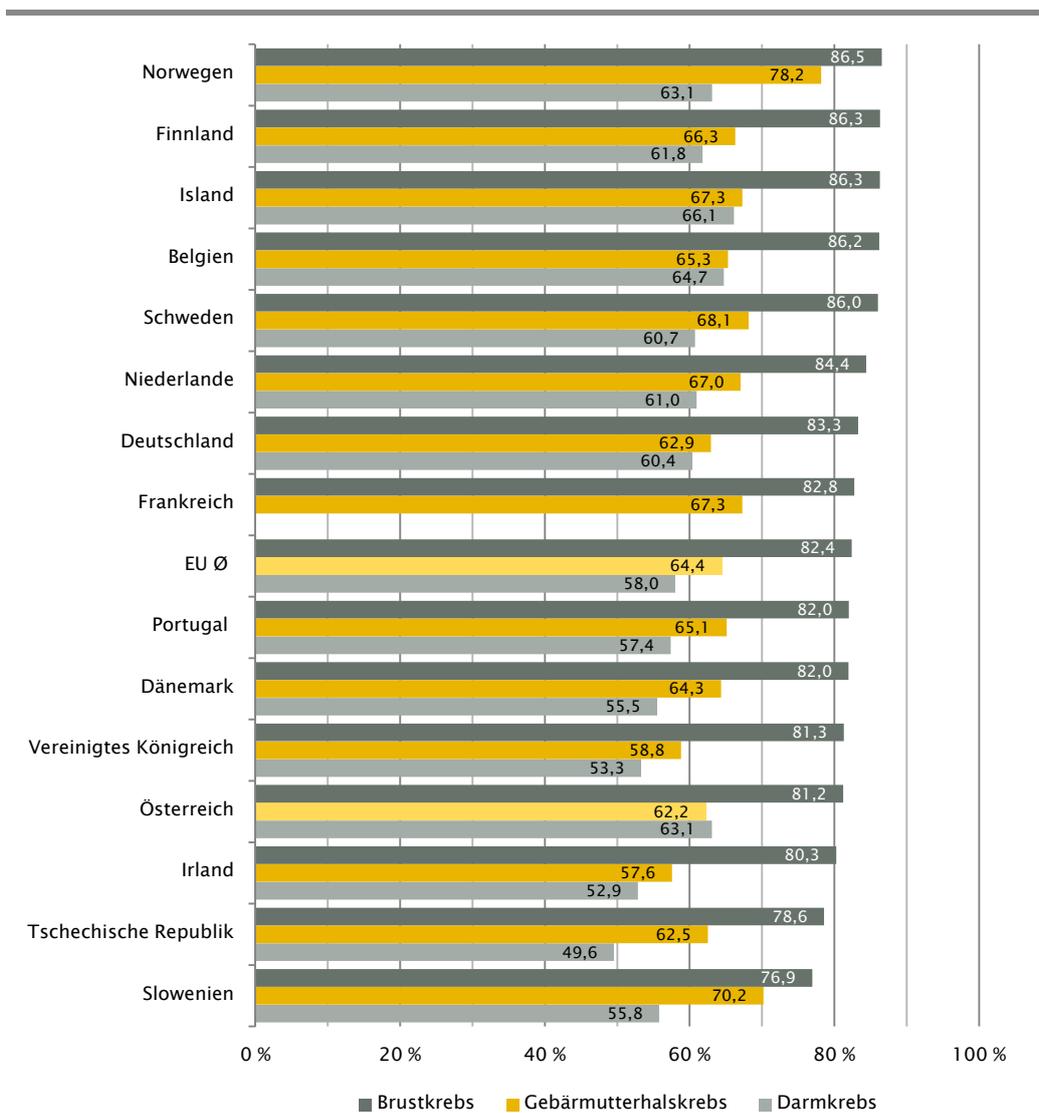
Die häufigste Krebserkrankung bei Frauen ist Brustkrebs gefolgt von Gebärmutter- sowie Darmkrebs. Männer hingegen erleiden am häufigsten Prostatakrebs gefolgt von Darmkrebs.

Bringt man die Krebsprävalenz mit der Überlebensdauer nach einer Krebsdiagnose in Verbindung, können Aussagen zur Effektivität und Qualität des Gesundheitsversorgungssystems hinsichtlich Krebsbehandlung getroffen werden.

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

errechnete Überlebenswahrscheinlichkeit berücksichtigt wird. Abbildung 3.32 zeigt die altersstandardisierten Überlebensraten nach genannten Krebsarten.

Abbildung 3.32:
Europäischer Vergleich: Relative 5-Jahres-Überlebensraten bei Brust-, Gebärmutterhals-, und Darmkrebskrankung, Beobachtungszeitraum 2004–2009



Altersstandardisierte Raten

Berechnung mit jüngsten verfügbaren Werten: Brustkrebs: 1997–2002: FR; 2005–2010: IS; Gebärmutterhalskrebs: 1997–2002: FR; 2003–2008: CZ, IE, DE, FI; 2005–2010: IS

Quelle: (OECD 2011 b), GÖG/ÖBIG-eigene Darstellung

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

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

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

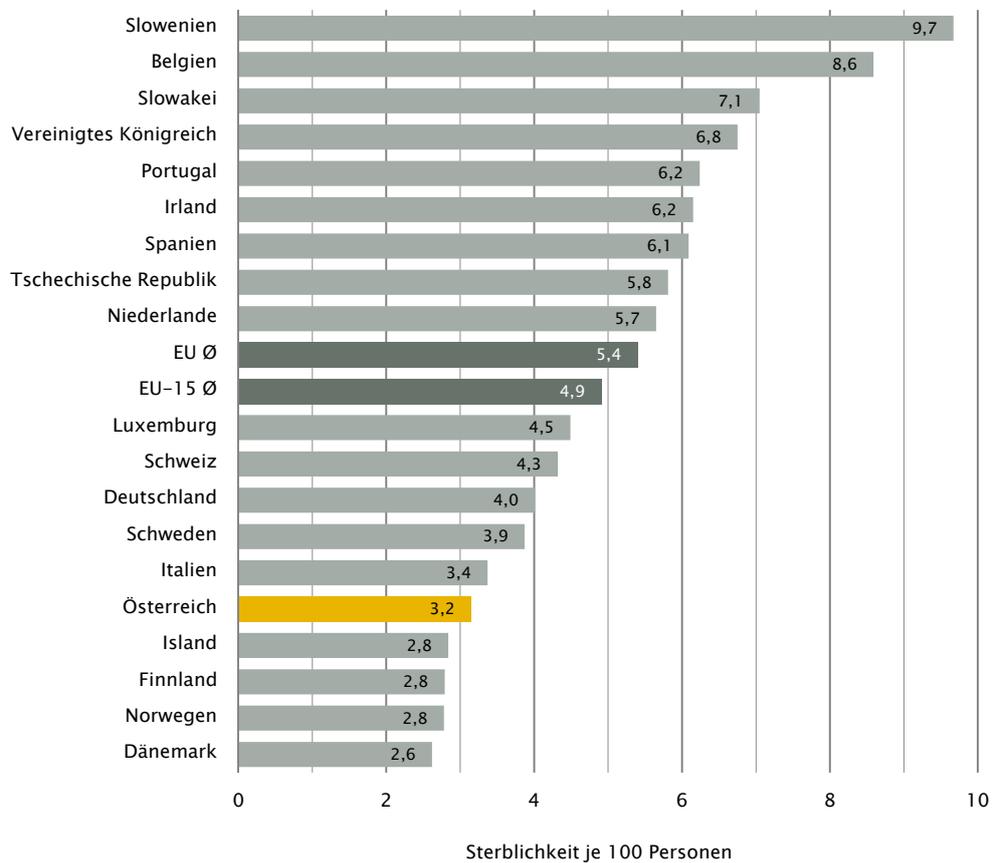
3.3.3.3 Mortalität nach Schlaganfall innerhalb 30 Tagen nach stationärer Aufnahme

Der Indikator Mortalität nach Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen nach stationärer Aufnahme bzw. Einlieferung gibt den prozentuellen Anteil je 100 Personen wieder, die mit der Primärdiagnose ischämischer Schlaganfall aufgenommen werden und binnen der ersten 30 Tage nach Einlieferung im selben Spital versterben (inkl. 0-Tagesaufenthalte). Patiententransfers sind aufgrund mangelnder Codierung in vielen Ländern nicht mit einberechnet.

Der ischämische Schlaganfall ist mit 85 Prozent die am häufigsten auftretende Insult-Form. Die Mortalität innerhalb von 30 Tagen nach Einlieferung erlaubt Rückschlüsse auf die Qualität der Schlaganfallbehandlung, die vor allem in der Akutphase eine entscheidende Rolle spielt.

Bei näherer Betrachtung, der in Abbildung 3.33 dargestellten Länder fallen zunächst die alters- und geschlechtsstandardisierten Mortalitätsraten Sloweniens mit 9,7 und Belgiens mit 8,6 Prozent auf. Beinahe 10 je 100 Patientinnen und Patienten versterben in Slowenien innerhalb von 30 Tagen nach Einlieferung an einem Schlaganfall im Krankenhaus. In Dänemark sind dies im Vergleich 2,6 Personen. In Österreich war im Jahr 2009 die Wahrscheinlichkeit, binnen 30 Tagen nach Einlieferung an einem Schlaganfall zu versterben mit einer Rate von 3,2 relativ gering, und im Vergleich zu den dargestellten EU-Ländern (5,4) unterdurchschnittlich.

Abbildung 3.33:
Europäischer Vergleich: Mortalität je 100 Personen nach Schlaganfall innerhalb von 30
Tagen nach Einlieferung, 2009



Anmerkung: geschlechts- und altersstandardisierte Raten
Berechnungen mit jüngsten verfügbaren Werten: 2008: PT, CH, 2007: BE, NL, SE

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

4 Ergebnisanalyse im europäischen Vergleich

Dieses Kapitel fasst die wesentlichen Ergebnisse der Kapitel 2 und 3 zusammen und unterzieht sie einer kritischen Reflexion, wobei jede für diesen Bericht gewählte Dimension (Inputs / Gerechtigkeit, Zugang und Inanspruchnahme / Outcomes) für sich sowie die drei betrachteten Dimensionen gesamthaft analysiert werden.

Für jede Dimension werden die erhobenen Indikatoren aufgelistet und dem EU-15-Durchschnitt gegenübergestellt. Dies geschieht sowohl für die jüngsten verfügbaren Werte als auch mit Werten aus dem Jahr 2000, um die Entwicklung im Zeitablauf sichtbar zu machen. Im Anschluss an die grafische Übersicht werden die Ergebnisse der einzelnen Indikatoren noch einmal konzise dargestellt, bewertet und analysiert.

Lesehilfe:

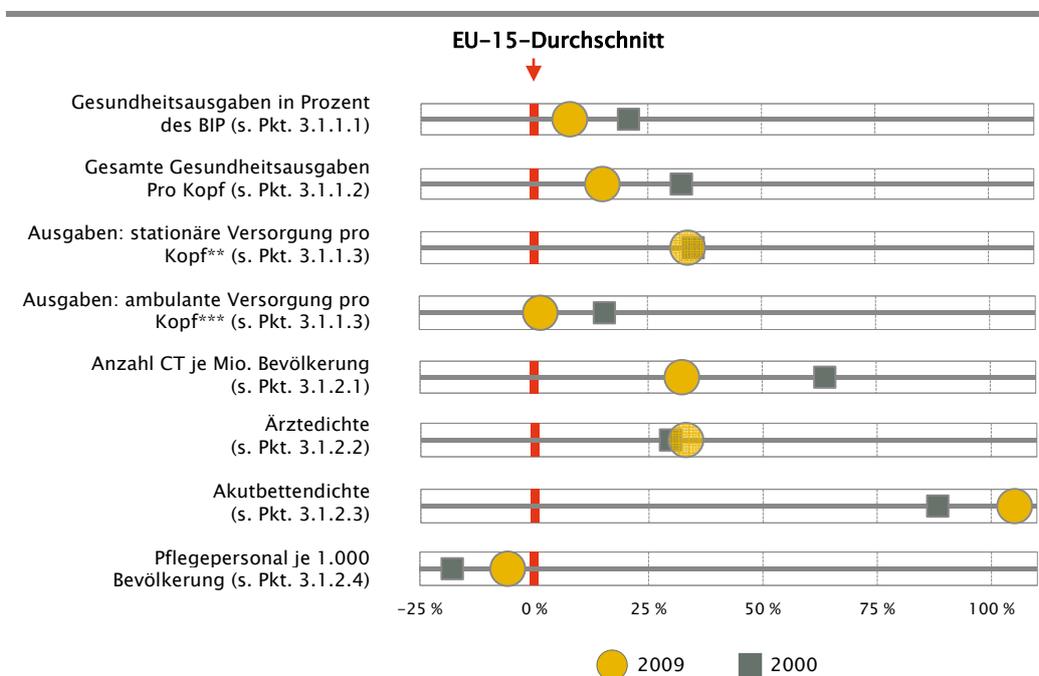
Bei der Interpretation ist zu beachten, dass überdurchschnittliche Werte nicht zwangsläufig als „positiv“ oder „gut“ zu bewerten sind. So stellen beispielsweise überdurchschnittlich hohe Selbstzahlungen Zugangsbarrieren dar. Ein weiteres Beispiel ist die Säuglingssterblichkeit, hier gilt: je geringer, desto besser.

Auch ist zu berücksichtigen, dass eine Annäherung an den EU-15-Durchschnitt im Zeitverlauf nicht zwangsläufig mit einem Rückgang oder Sinken einzelner Werte verbunden sein muss. Es ist ebenso möglich, dass sich der EU-15-Durchschnitt erhöht hat, während Österreichs Werte konstant geblieben sind.

4.1 Analyse: Gesundheitsausgaben und Ressourceneinsatz

Abbildung 4.1 stellt die österreichischen Indikatorenwerte zur Dimension Gesundheitsausgaben und Ressourceneinsatz jenen des EU-15-Durchschnitts gegenüber und zeigt die Entwicklung zwischen 2000 und 2009. Mit Ausnahme der Pflegepersonaldichte lag Österreich hinsichtlich seines „Inputs“ in das Gesundheitssystem überdurchschnittlich.

Abbildung 4.1:
Zusammenfassende Übersicht: Gesundheitsausgaben und Ressourceneinsatz – Abweichung Österreichs vom EU-15-Durchschnitt, 2000 und 2009*



* Oder jüngstes verfügbares Jahr

** Ohne Ausgaben für Langzeitpflege

*** Inklusive Ausgaben für Zahnbehandlungen

CT je Mio. Bevölkerung: Berechnung der Durchschnitte für die Jahre 2000 und 2010

Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Was kostet das Gesundheitssystem?

Die Gesundheitsausgaben in Prozent des BIP liegen in Österreich mit 11,0 Prozent über dem EU-15-Durchschnitt von 10,3 Prozent und deutlich über der durchschnittlichen Ausgabenquote aller EU-Länder (9,8 %). Auch in der Vergangenheit lag Österreich stets über dem Vergleichswert der EU-15-Länder. Im Zeitverlauf näherte sich Österreich von 2000 bis 2007 an den EU-15-Durchschnitt an, danach stieg der österreichische Wert wieder stärker (auf 11 Prozent im Jahr 2009), während der EU-15-Durchschnitt nahe der 10 Prozent des BIP Marke blieb. Rund drei Viertel (76 %) der österreichischen Gesundheitsausgaben werden von öffentlichen Quellen getragen, wobei die Verteilung zwischen privaten und öffentlichen Ausgaben den Durchschnittswerten sowohl der EU-15 als auch EU-27 entspricht. Das Gesamtniveau bzw. die gesamten öffentlichen Gesundheitsausgaben pro Kopf wie auch die Gesamtausgaben in Österreich stellen einen europäischen Spitzenwert dar.

Die Ausgaben für die ambulante Gesundheitsversorgung (extra- sowie intramural) lagen im Jahr 2009 am EU-15-Durchschnitt. Real stiegen die Gesundheitsausgaben zwischen 1999 und 2009 mit 2,1 Prozent im Vergleich zum EU-Durchschnitt (3,6 %) verhältnismäßig moderat.

Österreich wendet im europäischen Länder-Vergleich der laufenden Gesundheitsausgaben für den stationären Sektor den höchsten Anteil gemessen am BIP auf. Dies jedoch ohne ein vergleichsweise niedriges Ausgabeniveau im ambulanten Sektor zu erzielen. Die stationäre Versorgung nimmt in der Mehrheit der europäischen Länder den größten Ausgabenanteil ein.

Wie viele Ressourcen werden aufgewendet?

Die Großgerätedichte in den untersuchten EU-Gesundheitssystemen ist ausgesprochen heterogen ausgeprägt. In Österreich liegt die CT-Dichte deutlich über dem EU-15-Durchschnitt und zählt zu den höchsten in den betrachteten EU-Ländern. Zwischen den Jahren 2000 und 2009 lässt sich eine Annäherung Österreichs an den EU-15-Durchschnitt beobachten. Ähnlich verhält es sich bei der MR-Dichte. Nur Griechenland und Italien (jeweils CT- und MR-Dichte) sowie Finnland (MR-Dichte) verzeichnen höhere Werte.

Österreich weist im europäischen Vergleich eine hohe Dichte an praktizierenden Ärzten pro 1.000 Einwohner auf. Nur in Griechenland praktizieren mehr Ärztinnen und Ärzte in Relation zur Bevölkerung. Zwischen den Jahren 2000 und 2009 nahm die Ärztedichte in fast allen EU-15-Ländern zu. In Österreich registrierte man im selben Zeitraum einen größeren Anstieg als im EU-15-Durchschnitt.

Deutschland und Österreich weisen im EU-Vergleich auch die größten Versorgungskapazitäten im stationären Bereich (Bettendichte) aus. Dies trifft sowohl für die gesamten Krankenhausbetten, wie auch für die Akutbetten je 100.000 Personen zu. Im Zeitvergleich (2000–2009) entfernte sich Österreich hinsichtlich Akutbettendichte noch weiter vom EU-15-Durchschnitt, was darauf hinweist, dass der Bettenabbau in den anderen EU-Ländern schneller vonstatten zu gehen scheint.

Mit beschäftigtem Pflegepersonal pro 100.000 Einwohner liegt Österreich unter dem EU-15-Durchschnitt sowie auch unter dem Durchschnitt der betrachteten EU-Länder, Im Zeitraum 2000–2009 fand aber eine merkbliche Annäherung an den EU-Durchschnitt statt.

Schlussfolgerungen zur Dimension Gesundheitsausgaben und Ressourceneinsatz

Im europäischen (EU) Vergleich lassen sich für die Dimension Gesundheitsausgaben und Ressourceneinsatz folgende Schlüsse ziehen:

- » Die Ausgaben für Gesundheit sind in Österreich im EU-Vergleich überdurchschnittlich hoch; das Ausgabenwachstum seit 1999 ist im Vergleich zu den anderen Ländern jedoch relativ gering, was auf verhältnismäßig hohe Kostensteigerungen in den 1990er Jahren und damit ein hohes Ausgangsniveau für den Betrachtungszeitraum 1999 bis 2009 zurückgeführt werden kann.
- » Österreich hält bei den Großgeräten, den praktizierenden Ärztinnen und Ärzten sowie den Krankenhausbetten überdurchschnittliche Kapazitäten vor (OECD 2011a). In den vergangenen zehn Jahren nahm die Anzahl der ersten beiden kontinuierlich zu, während die Bettenanzahl reduziert werden konnte. Diese Entwicklung entspricht dem gesamteuropäischen Trend, während jedoch der Bettenabbau in Österreich langsamer als in anderen EU-Ländern vonstattenging und die Bettendichte daher nach wie eine der höchsten in Europa blieb.
- » In Hinblick auf die Ärztedichte ist zudem zu beachten, dass in Österreich im Vergleich zu anderen europäischen Ländern viele Gesundheitsleistungen (z. B. regelmäßige Untersuchungen für chronisch Kranke, Leistungen im Bereich der Krankheitsverhütung und Gesundheitsförderung, Behandlung kleinerer Verletzungen, Impfungen) direkt von Ärztinnen und Ärzten und nicht von nichtärztlichem Gesundheitspersonal wie z. B. spezialisierte Pflegekräfte oder Apotheker/innen, erbracht werden. Dies trifft sowohl auf den stationären als auch den ambulanten Sektor zu.
- » Österreich hält im Europa-Vergleich eine hohe Anzahl an medizinisch-technischen Großgeräten (insbesondere CT- und MR-Geräte) in Relation zur Bevölkerung vor. Die Ursachen hierfür sind die parallelen Versorgungsstrukturen (ambulant und stationär) verknüpft mit mangelnder Kooperation der Leistungserbringer zwischen den Sektoren. Kritiker sehen in diesem Kontext eine partielle Überversorgung in Kombination mit teils schlechter Auslastung und regionalen Ungleichgewichten.

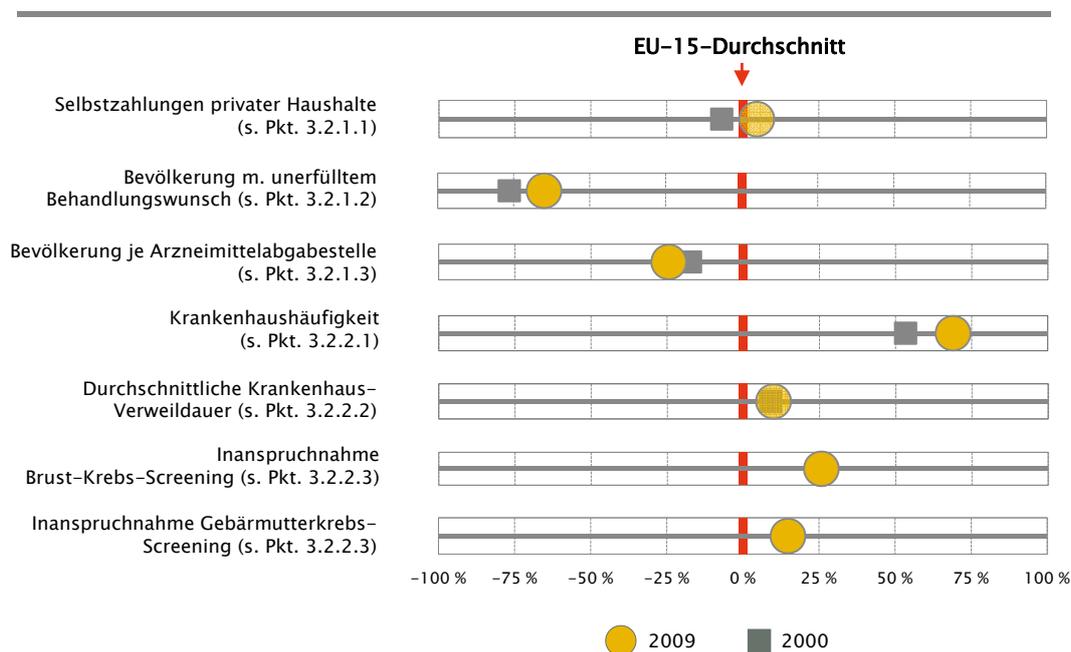
- » Das österreichische Gesundheitssystem zeigt eine starke Versorgungskonzentration im stationären Bereich. Hinsichtlich der Bettendichte und dem Anteil an Gesundheitsausgaben für diesen Sektor verzeichnet Österreich im EU-Raum Spitzenwerte. Strukturelle Anpassungen werden u. a. durch die zersplitterten Kompetenzen im gesamten Gesundheitswesen und die oftmals strikten Grenzen zwischen intra- und extramuralem Sektor erschwert. Auch behindern Standortgarantien nachhaltige Änderungen der Versorgungsstrukturen (Rechnungshof / IHS / WIFO 2010).
- » Von den betrachteten Input-Indikatoren liegt einzig die Pflegepersonaldichte unter dem EU-15- bzw. dem Durchschnitt aller betrachteten europäischen Länder. Dies kann unter anderem auf den starken Fokus auf ärztliche Leistungserbringung (s. oben) zurückgeführt werden.

4.2 Analyse: Gerechtigkeit, Zugang und Inanspruchnahme

Nachstehende Abbildung 4.2 fasst die Indikatoren der Dimension Gerechtigkeit, Zugang und Inanspruchnahme zusammen und zeigt die Abweichungen der entsprechenden Werte vom EU-15-Durchschnitt für die Jahre 2000 und 2009.

Abbildung 4.2:

Zusammenfassende Übersicht: Gerechtigkeit, Zugang, Inanspruchnahme – Abweichung Österreichs vom EU-15-Durchschnitt, 2000 und 2009*



* Oder jüngstes verfügbares Jahr

Bevölkerungsanteil mit unerfülltem Behandlungswunsch: Berechnung der Durchschnitte für die Jahre 2004 und 2010, Krankenhaushäufigkeit: Berechnung der Durchschnitte für die Jahre 2000 und 2010.

Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Wie gerecht ist die Gesundheitsversorgung?

Wie ist der Zugang zum Gesundheitssystem einzustufen?

Der Anteil an Selbstzahlungen privater Haushalte in Prozent der gesamten Gesundheitsausgaben (Out-of-Pocket-Anteil) liegt in Österreich mit 15,9 Prozent über dem EU-15-Durchschnitt (15,2 Prozent) und unter dem Durchschnitt aller dargestellten EU-Länder (17,2 Prozent). Im Zeitverlauf (2000–2009) stieg der österreichische Wert von 15,3 auf 15,9 Prozent an.

Österreich weist im Vergleich mit den anderen untersuchten EU-Ländern einen unterdurchschnittlichen Anteil an Personen auf, die einen unerfüllten Behandlungswunsch (aufgrund Entfernung, Leistbarkeit und Wartezeiten) äußern. Dies trifft sowohl auf Personen mit niedrigem Einkommen (unteres Einkommensfünftel) als auch mit hohem Einkommen (oberes Einkommensfünftel) zu. Die Anteile an Personen mit unerfüllten Behandlungswünschen variieren zudem beträchtlich zwischen den Ländern und auch zwischen den einzelnen Einkommensgruppen, wobei die Durchschnittswerte für die Gruppe der EU-27-Länder stark durch hohe Anteile in den Ländern Lettland, Rumänien, Polen und Bulgarien beeinflusst werden.

Der Zugang zu verschreibungspflichtigen Arzneimitteln (Ausgabestellen-Dichte für Arzneimittel) ist in Österreich überdurchschnittlich gut ausgeprägt. So versorgte eine Arzneimittelabgabestelle (Apotheken, Filialapotheken, Krankenhausapotheken und hausapothekenführende Ärzteschaft), die an ambulante Patienten abgab, im Jahr 2009 durchschnittlich 3.750 Einwohner/innen. Der EU-15-Durchschnitt lag im Jahr 2009 bei durchschnittlich rund 5.000 zu versorgenden Einwohner/innen je Arzneimittelabgabestelle. Österreich konnte im Verhältnis zum EU-15-Durchschnitt die zu versorgende Einwohnerzahl je Arzneimittelabgabestelle seit 2000 sogar reduzieren.

Wie stark und wo werden Gesundheitsleistungen in Anspruch genommen?

Die Krankenhaushäufigkeit ist in den untersuchten europäischen Ländern sehr heterogen. Österreich verzeichnete mit 26,5 Krankenhausesentlassungen im akutstationären Bereich je 100 Personen mit Abstand die höchste Ausprägung und lag damit um fast 70 Prozent über dem EU-15-Durchschnittswert.

Die durchschnittliche Krankenhausverweildauer in der Akutversorgung liegt in den untersuchten europäischen Ländern zwischen 3,6 und 7,4 Tagen. Österreich befindet sich mit 6,7 Tagen im Mittelfeld, jedoch noch über dem EU-15-Mittel (6,10 Tage) sowie dem EU-Durchschnittswert (6,03 Tage). Seit dem Jahr 2000 ist die durchschnittliche Krankenhausverweildauer in der stationären Akutversorgung im EU-Raum bzw. im EU-15-Raum deutlich gesunken. Auch in Österreich nahm sie im Betrachtungszeitraum kontinuierlich ab.

Zur Inanspruchnahme von Krebs-Screening-Programmen liegen nur Werte für das Jahr 2009 vor. Österreich lag beim Brustkrebs-Screening mit durchschnittlich zirka 80 Prozent Inanspruchnahme der befragten Frauen innerhalb von drei Jahren deutlich über dem EU-15-Durchschnitt mit etwa 64 Prozent Inanspruchnahme. Der Indikator für Gebärmutterhalsuntersuchungen lag mit einer Inanspruchnahme von fast 82 Prozent zwar noch besser als für Brustkrebs, hier lag jedoch auch der EU-15-Durchschnitt bei 71 Prozent.

Schlussfolgerungen zur Dimension Gerechtigkeit, Zugang und Inanspruchnahme

Zur Dimension „Gerechtigkeit, Zugang und Inanspruchnahme“ lassen sich aus dem EU-Vergleich folgende Schlüsse ziehen:

- » Hinsichtlich der individuellen finanziellen Belastung durch das Gesundheitssystem liegt Österreich im europäischen Mittelfeld. Der Anteil an Selbstzahlungen privater Haushalte in Prozent der laufenden Gesundheitsausgaben liegt in Österreich leicht über dem EU-15-Durchschnitt. Um die finanzielle Belastung der Bevölkerung gering zu halten, bestehen diverse krankheits- oder einkommensabhängige Befreiungen von Kostenbeteiligungen.
- » Der Anteil an Österreicher/innen, mit unerfülltem Behandlungswunsch ist vergleichsweise gering; im europäischen Vergleich deuten die Daten auf einen ausgewogenen Zugang aller gesellschaftlichen Schichten (gemessen an der Einkommenshöhe) zum Gesundheitssystem hin. In Österreich ist beinahe die gesamte Bevölkerung durch die soziale Krankenversicherung geschützt, wodurch grundsätzlich ein breiter Zugang zu Gesundheitsleistungen sichergestellt ist. Darüber hinaus weist das österreichische Gesundheitssystem seit der Einführung der E-Card im Jahr 2005 kaum Ausnahmen (bestimmte Facharztgruppen, quartalsweise Bindung) in der Regulierung des Zugangs auf, wie dies etwa bei Hausarztmodellen oder Versorgungsnetzwerken etc. der Fall wäre.
- » Österreich verfügt über ein vergleichsweise dichtes Netz an Apotheken. Der Zugang zu Arzneimitteln gestaltet sich daher relativ einfach für die Bevölkerung.
- » Die Inanspruchnahme von Krebs-Screening-Programmen ist in Österreich in allen Einkommensschichten überdurchschnittlich gut. Rund 40.000 Österreicher/innen erkranken jährlich an Krebs. Bösartige Tumorerkrankungen stellen zudem die zweithäufigste Todesursache dar. Während die Anzahl an Neuerkrankungen in den vergangenen Jahren stieg, ist die Sterblichkeit durch Krebs zurückgegangen. Dies ist unter anderem auf frühere Diagnosenstellungen, die durch Screeningprogramme erreicht werden können, zurückzuführen.
- » Die überdurchschnittlich hohe Betten-, Ärzte- und Großgerätedichte schafft grundsätzlich einen einfachen Zugang zum Krankenversorgungssystem. Zur Bewertung der tatsächlichen Versorgungswirksamkeit sind jedoch die faktische Auslastung und die regionale Verteilung der Ressourcen zu berücksichtigen. Trotz überdurchschnittlich hoher Ärztedichte rangiert in Österreich, bei ausschließlicher Berücksichtigung von Vertragsärztinnen und -ärzten der sozialen Krankenversi-

cherung, jedoch unter dem EU-15-Durchschnitt. Bei einer Bewertung der ambulanten Versorgung ist neben den Vertragsärzten auch der spitalsambulante Bereich zu berücksichtigen, der in Österreich überaus versorgungsrelevant ist und auch aus Mitteln der Sozialversicherung mitfinanziert wird.

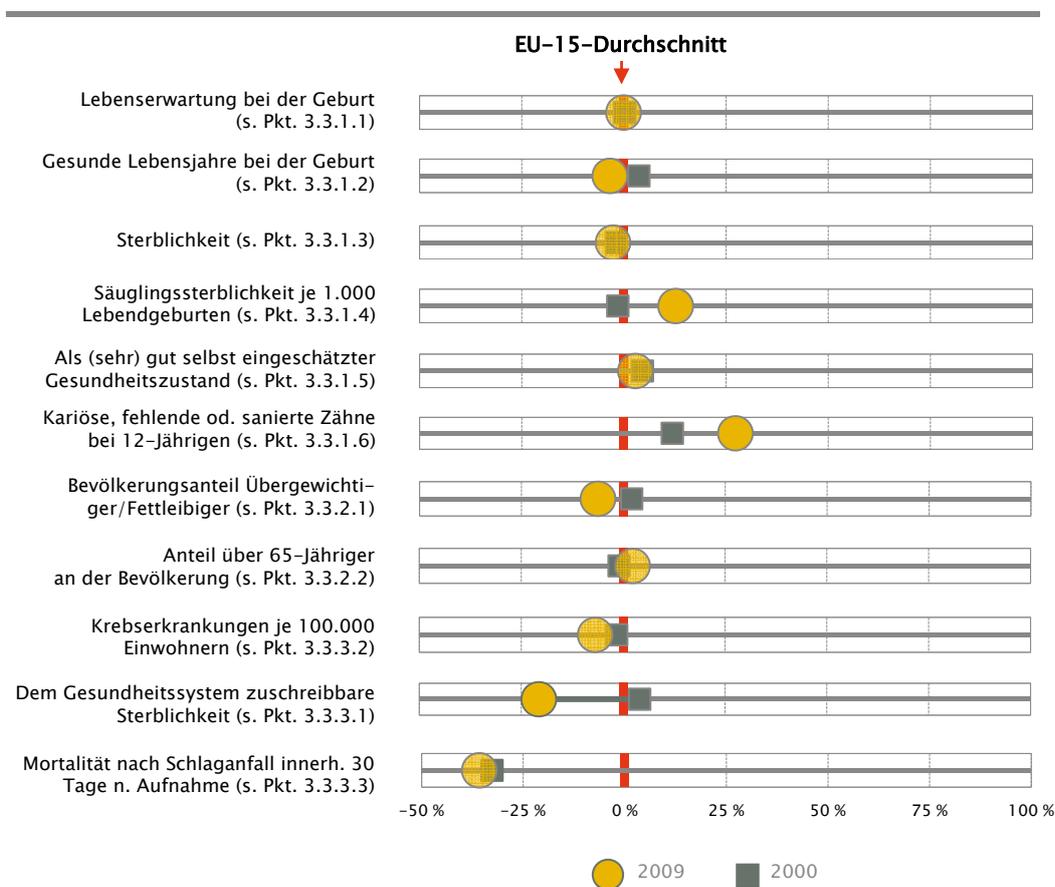
- » Die vorherrschende Organisationsform der Einzelpraxen in der niedergelassenen (vertrags-)ärztlichen Versorgung erschwert eine bedarfs- und patientenorientierte Versorgungsstruktur insbesondere in Hinblick auf Öffnungszeiten, aber auch Leistungsangebot.
- » Der Zugang zu ambulanter ärztlicher Versorgung ist prinzipiell einfach und niederschwellig gegeben. Bei einigen Fachärztinnen und Fachärzten kann es aber teilweise zu längeren Wartezeiten kommen, wobei einkommensstärkere Personen leichter auf die Versorgung durch Wahlärzte (niedergelassene Ärzte ohne Kassenvertrag) ausweichen können. Darüber hinaus ist die Ärztedichte in ländlichen Bereichen geringer als in Städten (Fischer 2009). Die freie Arztwahl wirkt sich auf Zugänglichkeit und Patientenzufriedenheit positiv aus.
- » Österreich weist, wie mehrmals angemerkt, die höchste Krankenhaushäufigkeit im untersuchten europäischen Raum auf. Dies deutet einerseits auf einen einfachen Zugang zur stationären Versorgung, insbesondere über Spitalsambulanzen, hin (Rechnungshof / IHS / WIFO 2010). Andererseits dürfte die Begründung aber auch darin liegen, dass viele Leistungen vollstationär erbracht werden, die in anderen EU-Ländern entweder ambulant (z. B. Asthma, Bronchitis, Bluthochdruck etc.), tagesklinisch (Katarakt, Hernien, Varizen etc.) oder aber in spezialisierten intermediären Einrichtungen (insb. mit pflegerischem Charakter) erbracht werden (Rechnungshof 2011).
- » Die durchschnittliche Verweildauer in Akutkrankenanstalten liegt in Österreich über dem EU-15-Durchschnitt, wobei sich die Werte im untersuchten europäischen Raum sehr heterogen darstellen. Vor dem Hintergrund überdurchschnittlicher Spitalshäufigkeit ist diese Tatsache bemerkenswert, da hohe Spitalshäufigkeit eine niedrigere Verweildauer vermuten ließe (im Rahmen einer hohen Spitalshäufigkeit würden auch jene - leichten - Fälle stationär behandelt, die anderswo ambulant versorgt werden).
- » Im Zusammenhang mit hoher Krankenhaushäufigkeit deutet die überdurchschnittliche Verweildauer auf beträchtliche stationäre Ressourcenvorhaltung hin, die sich in der überproportionalen Bettendichte manifestiert und sich steigernd auf die Anzahl stationärer Aufenthalte als auch auf deren Dauer auswirkt (Rechnungshof / IHS / WIFO 2010).

4.3 Analyse: Gesundheitsbezogenen Leistungsergebnisse (Outcomes)

Nachstehende Abbildung 4.3 fasst die Indikatoren der Dimension gesundheitsbezogenen Leistungsergebnisse zusammen und zeigt die Abweichungen der entsprechenden Werte vom EU-15-Durchschnitt für die Jahre 2000 und 2009.

Abbildung 4.3:

Zusammenfassende Übersicht: Gesundheitsbezogene Leistungsergebnisse – Abweichung Österreichs vom EU-15-Durchschnitt, 2000 und 2009*



* Oder jüngstes verfügbares Jahr

Selbst eingeschätzter Gesundheitszustand: Berechnung der Durchschnitte für die Jahre 2004 und 2009, kariöse, fehlende od. sanierte Zähne: Berechnung der Durchschnitte für die Jahre 2000 und jüngstverfügbar, Anteil über 65-Jähriger: Berechnung der Durchschnitte für die Jahre 2000 und 2011, dem Gesundheitswesen zuschreibbare Sterblichkeit: Berechnung der Durchschnitte für die Jahre 1998 und 2007, Krebserkrankungen je 100.000 Einwohner/innen: Berechnung der Durchschnitte für die Jahre 2000 und 2008

Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Wie gesund ist die Bevölkerung?

Die Lebenserwartung bei der Geburt ist in den letzten Dekaden in allen europäischen Ländern beachtlich angestiegen. In Österreich lag die durchschnittliche Lebenserwartung (arithmetisches Mittel aus Männern und Frauen) mit 80,4 Jahren knapp unter dem EU-15-Durchschnitt von 80,5 Jahren, jedoch über dem Durchschnitt der EU-27-Mitgliedstaaten (79,2 Jahre). Die Lebenserwartung in Österreich nahm in den vergangenen Jahrzehnten kontinuierlich zu, so stieg sie im Zeitraum 2000 bis 2009 um mehr als zwei Jahre sowohl bei Männern als auch bei Frauen an.

Österreich rangiert im europäischen Vergleich in Hinblick auf die Anzahl der gesunden Lebensjahre bei der Geburt unter dem europäischen Durchschnitt. Mit 60,6 Jahren bei Frauen und 59,2 Jahren bei Männern im Jahr 2009 sind dies rund zwei Jahre weniger als im EU-15 Durchschnitt.

Beim Indikator Sterblichkeit liegt Österreich mit 530 Todesfällen je 100.000 Einwohner/innen im unteren Drittel der untersuchten europäischen Länder, den höchsten Wert wies Ungarn mit 858 Todesfällen auf. Die häufigsten Todesursachen sind innerhalb Europas relativ ähnlich. In den meisten Ländern dominieren Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems, gefolgt von bösartigen Neubildungen (Tumore) und Krankheiten der Atmungsorgane. In einigen Ländern sind bösartige Neubildungen die häufigste Todesursache.

Die Säuglingssterblichkeit ist in Europa in den vergangenen Jahrzehnten stark zurückgegangen. Österreich weist mit 3,8 verstorbenen Säuglingen innerhalb des ersten Lebensjahres je 1.000 Lebendgeburten einen über dem EU-15-Durchschnitt (3,4) und leicht über dem Durchschnitt aller beobachteten EU-Mitgliedstaaten (3,6) liegenden Wert auf. Zwischen 2000 und 2009 entfernte sich Österreich vom EU-Durchschnitt, obgleich die Entwicklung rückläufig war (4,9 Säuglinge je 1.000 Lebendgeburten im Jahr 2000 und 3,8 im Jahr 2009). Gründe dafür könnten im erhöhten Auftreten von Mehrlingsschwangerschaften bedingt durch In-vitro-Fertilisation, im teilweise schlechten Lebensstil und im steigenden Alter der Gebärenden liegen.

Die Ausprägung des Indikators selbst eingeschätzter allgemeiner Gesundheitszustand nach Einkommen lag in Österreich über alle Einkommensgruppen hinweg mit 69,1 Prozent der Bevölkerung, die ihren Gesundheitszustand als sehr gut oder gut einstufen, sowohl über dem EU-15- als auch über dem EU-27-Durchschnitt.

Der DMFT Index zeigt für die untersuchten EU-Mitgliedstaaten ein West-Ost-Gefälle. In der Anzahl kariöser, fehlender oder sanierter Zähne im bleibenden Gebiss Zwölfjähriger liegt Österreich mit einem Wert von 1,4 Zähnen über dem EU-15-Durchschnitt von 1,1 Zähnen, jedoch unter dem durchschnittlichen Wert aller beobachteten EU-Länder (1,5 Zähnen).³⁸

Hinsichtlich des Lebensstils der österreichischen Bevölkerung ist festzustellen, dass sich der Alkoholkonsum (Liter pro Person ab 15 Jahren) in Österreich deutlich über dem EU-Durchschnitt bewegt. Der Anteil der rauchenden Bevölkerung (alle Altersgruppen ab 15 Jahren) liegt nahe dem EU-15-Mittel von 23,3 Prozent der Gesamtbevölkerung, wobei anzumerken ist, dass es kaum in einem Land einen derart hohen Anteil jugendlicher Raucher/innen (15-Jährige) gibt. Österreich lag beim Anteil der übergewichtigen Bevölkerung mit 35,3 Prozent und beim Anteil der adipösen Bevölkerung mit 12,4 Prozent unter dem EU-15-Durchschnitt.

Österreich weist mit 17,6 Prozent einen überdurchschnittlich hohen Bevölkerungsanteil an über 65-Jährigen auf. Der EU-15-Durchschnitt lag 2009 bei 17,2 Prozent und der EU-27-Durchschnitt bei 17,4. Seit 1971 nimmt der Anteil der über 65-Jährigen im EU-15-Durchschnitt und auch für Österreich stetig zu. Seit 2006 liegt der österreichische Wert über dem EU-15-Durchschnitt. Bei den über 80-Jährigen kam Österreich im selben Jahr auf einen Anteil von 4,9 Prozent an der Bevölkerung und lag damit am EU-15-Durchschnitt (5 %).

Wie hoch ist die Qualität einzustufen?

Die dem Gesundheitssystem zuschreibbare Sterblichkeit in Österreich sank zwischen 1998 und 2007 von 109 auf 61,4 Toten je 100.000 Einwohner/innen. Im Jahr 2009 lag Österreich mit diesen Werten deutlich unter dem EU-15-Durchschnitt von 87,5 Todesfällen je 100.000 Einwohner, die dem Gesundheitssystem zugeschrieben wurden.

Rund 123.000 Österreicherinnen und Österreicher erkrankten in den vergangenen fünf Jahren an Krebs, wobei ein stetiges Ansteigen der Neuerkrankungen festzustellen ist. Die Anzahl an Krebserkrankungen je 100.000 Einwohner liegt in Österreich unter dem EU-15-Durchschnitt und dem Durchschnitt der EU-27-Mitgliedstaaten. Demographi-

38

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

schen Wandel und steigende Überlebenschancen nach einer Krebsdiagnose sind für die rückläufige Mortalität verantwortlich (Statistik Austria 2011g).

Im europäischen Vergleich ist die Mortalität nach Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen nach stationärer Aufnahme mit einem Wert von 3,2 in Österreich gering. Zudem ist eine weitere Verbesserung hinsichtlich dieser Kennzahl zu beobachten, im Jahr 2009 lag man rund 36 Prozent unter dem EU-15-Durchschnitt. Die höchste Sterblichkeit je 100 Personen wies unter den dargestellten Ländern Slowenien mit 9,7 auf, die niedrigste Dänemark mit 2,6 je 100 Personen.

Schlussfolgerungen der Dimension gesundheitsbezogene Leistungsergebnisse

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

- » Obwohl sich in Österreich die Werte hinsichtlich Lebenserwartung und Säuglingssterblichkeit positiv entwickeln, sind u. a. bei präventiven Leistungen weitere Anstrengungen notwendig. Der bislang stark kurativ ausgerichtete Leistungsbegriff im österreichischen Gesundheitssystem sowie ungeklärte Zuständigkeiten für präventive Maßnahmen dürften sich als Hemmfaktoren erweisen.
- » Die in Österreich zu erwartenden gesunden Lebensjahre liegen unter dem europäischen Durchschnitt. Bei einer durchschnittlichen Lebenserwartung von rund 80 Jahren ist gemäß diesem Indikator damit zu rechnen, rund ein Viertel der Lebenszeit mit eingeschränkter Lebensqualität zu verbringen. Ziel sollte es daher auch hierbei sein, innerhalb aber auch außerhalb des Gesundheitssystems adäquate Maßnahmen zu treffen sowie Rahmenbedingungen zu schaffen, um die Anzahl an gesunden Lebensjahren zu erhöhen.
- » Die internationale Vergleichbarkeit von Daten, die qualitativ, d. h. auf Basis von subjektiver Wahrnehmung erhoben werden, sollte weiter harmonisiert und verbessert werden.
- » Der Anteil der Bevölkerung, der den eigenen Gesundheitszustand als sehr gut oder gut einschätzt, ist im europäischen Vergleich überdurchschnittlich hoch. Erhebungen in anderen europäischen Ländern entsprechend, steht auch in Österreich die zuversichtliche Einschätzung des eigenen Gesundheitszustands in Zusammenhang mit hoher Zufriedenheit mit dem Gesundheitssystem.
- » Die häufigsten Todesursachen sind wie in fast allen untersuchten europäischen Ländern Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems und bösartige Neubildungen.
- » Der DMFT-Index bei Zwölfjährigen liegt in Österreich – trotz großer Verbesserungen seit den 1990er Jahren über dem EU-15-Durchschnitt. Damit weist Österreich im Vergleich zu den anderen EU-15-Staaten einen schlechteren Zahnstatus auf (s. Fußnote 38).
- » Die österreichische Bevölkerung konsumiert deutlich mehr Alkohol als dies im EU-Durchschnitt der Fall ist. In Hinblick auf das Rauchverhalten liegt der österreichische Wert nahe dem EU-15-Mittel. Werte für Übergewicht und Fettleibigkeit liegen

unter dem EU-15-Durchschnitt. Gezielte Maßnahmen zur Verbesserung dieser Indikatorenausprägungen wurden in Österreich erst in den letzten Jahren verstärkt gesetzt. Den Lebensstil widerspiegelnde Parameter, wie etwa Sterblichkeit aufgrund von Diabetes, liegen in Österreich seit Jahren deutlich über dem EU-15-Durchschnitt (Habl/Bachner 2010).

- » Österreich weist einen vergleichsweise großen Bevölkerungsanteil an über 65-Jährigen auf. Es ist mit einem verstärkten Aufwand in der Gesundheitsversorgung dieser Bevölkerungsgruppe in den kommenden Jahren zu rechnen.
- » Die Anzahl an Krebserkrankungen je 100.000 Einwohner liegt in Österreich unter dem EU-15-Durchschnitt und unter dem Durchschnitt der beobachteten europäischen Länder.
- » Die dem Gesundheitssystem zuschreibbare Sterblichkeit ist im europäischen Vergleich relativ gering und kann als Indiz für eine vergleichsweise hoch-effektive Gesundheitsversorgung in Österreich hinsichtlich der in den Indikator einfließenden Erkrankungen gewertet werden.

5 Fazit

Der Systemvergleich 2011 bestätigt das tendenziell positive Bild des österreichischen Gesundheitssystems. Vor allem hohe Zufriedenheitswerte und ein niederschwelliger Zugang zu Leistungen zeichnen das österreichische Gesundheitssystem aus. Dem entgegenzuhalten sind die verhältnismäßig hohen Kosten, denen teilweise nur durchschnittliche Ergebnisse gegenüberstehen. Vor allem die mangelnde Abstimmung zwischen den einzelnen Sektoren und die damit verbundenen redundanten Versorgungsangebote sowie teilweise dysfunktionale Anreize auf Grund des bestehenden Finanzierungssystems werden zunehmend zum Kostentreiber. Im Bereich der Prävention weist Österreich Verbesserungspotenziale auf.

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

Gesundheitssysteme in europäischen Staaten weisen unterschiedliche historische Entwicklungspfade und ökonomische Ausgangslagen auf, die sich in divergierenden Systemstrukturen und -charakteristika (Bettendichte, Versorgungsdichte und -tiefe, ambulanter Bereich, Aufgabenteilung zwischen Gesundheitsberufen etc.) manifestieren. Mit diesen gehen heterogene Zuständigkeiten und Finanzierungsmechanismen einher.

Im Vergleich der EU-Mitgliedstaaten zeigt sich, dass die neuen EU-Länder den EU-27-Schnitt stark beeinflussen. Aus diesem Grund erscheint als Orientierungsrahmen jedenfalls neben dem EU-27-Durchschnitt auch der EU-15-Durchschnitt (EU-Mitgliedstaaten zwischen Jänner 1995 und April 2004) als zweckdienlich, insbesondere im Zusammenhang mit ökonomischen Bewertungen.

Welche Ergebnisse erzielen die in Österreich eingesetzten Mittel?

Das hohe Ausmaß an eingesetzten Ressourcen wird im europäischen Vergleich deutlich sichtbar. Ob mit den eingesetzten Ressourcen auch entsprechende Outcomes erzielt werden, kann jedoch nicht durchgängig bejaht werden.

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

Seit der letzten Gesundheitsreform (2005) wurden zwar Initiativen zur Verbesserung der sektorenübergreifenden Versorgung vorangetrieben (hauptsächlich im Rahmen von Reformpoolprojekten), konkrete flächendeckende Umsetzungen stehen jedoch noch in vielen Fällen aus. Starke Positionen und Interessen einzelner Akteure erschweren Diskussion und Verabschiedung umfassender Gesundheitssystemreformen.

Harmonisierungsbestrebungen und Transparenz von gesundheitssystemrelevanten Daten und Berechnungsgrundlagen nehmen zwar zu, es bestehen allerdings noch immer Unterschiede etwa bei den regionalen Finanzierungsmechanismen des stationären Bereichs sowie bei der Honorierung von Gesundheitsdienstleistern. Vergleiche verschiedener Bundesländer und Anbieter sind somit nur eingeschränkt möglich (Rechnungshof / IHS / WIFO 2010). Diese Unterschiede und deren Auswirkungen führen zu einer nicht optimalen Zuordnung des Leistungsangebots zwischen und innerhalb der Versorgungsbereiche.

Die Performancemessung im ambulanten Bereich wird weiterhin durch das Fehlen einer Diagnosendokumentation erschwert (Rechnungshof / IHS / WIFO 2010). Im stationären Bereich ist eine Annäherung über die bestehende Leistungs- und Diagnosendokumentation möglich, eine flächendeckende und systematische Messung der Ergebnisqualität steht aber bislang aus.

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

Das österreichische Gesundheitssystem ist angebotsseitig gesteuert. Der großen Wahlfreiheit von Patientinnen und Patienten bei der Inanspruchnahme von Leistungserbringern stehen keine Mechanismen, die auf einen effektiven und effizienten Mitteleinsatz abzielen, gegenüber. Dies hängt stark mit den bestehenden Finanzierungsstrukturen zusammen, die teilweise die Mittelaufbringung (Zahler) von der Verantwortlichkeit bzw. Verfügungsgewalt über die eingesetzten Ressourcen trennt.

Das Bewusstsein für Prävention und für außerhalb des Krankenversorgungssystems liegende – insbesondere soziale – Gesundheitsdeterminanten entwickelt sich langsam. Bislang hatte das österreichische Gesundheitssystem einen kurativen Fokus. Eine stärkere Betonung präventiver Aktivitäten könnte die Krankheitslast reduzieren. Würden soziale Gesundheitsdeterminanten berücksichtigt, könnte dies zur Verringerung sozial bedingter Ungleichheiten beitragen.

6 Literaturverzeichnis

- BMASK (2011): Österreichischer Pflegevorsorgebericht 2010. Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, Wien
- BMASK Infoservice (2011): Alten-/Pflegeheime. Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, abgefragt am 30.01.2012
- BMG (2008): Liste der selbständigen Ambulatorien in Österreich. Bundesministerium für Gesundheit, abgefragt am 12.01.2012
- BMG (2011a): Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten des Bundesministeriums für Gesundheit. Bundesministerium für Gesundheit, abgefragt
- BMG (2011b): Kostenstellenstatistik der österreichischen Krankenanstalten des Bundesministeriums für Gesundheit. Bundesministerium für Gesundheit, abgefragt am 28.10.2011
- BMG (2011c): Krankenanstalten in Zahlen. Überregionale Auswertung der Dokumentation der landesgesundheitsfondsfinanzierten Krankenanstalten. Österreich 2010. Bundesministerium für Gesundheit, Wien
- BMG (2011d): Krankenanstaltendokumentation des Bundesministeriums für Gesundheit. Bundesministerium für Gesundheit, abgefragt am 28.10.2011
- BMG (2011e): Krankenanstaltenstatistik des Bundesministeriums für Gesundheit. abgefragt am 28.10.2011
- Bodenwinkler, Andrea; Sax, Gabriele; Kerschbaum, Johann; Städtler, Peter (2007): Zahnstatus 2006 in Österreich. Sechsjährige Kinder mit und ohne Migrationshintergrund in Österreich. GÖG/ÖBIG, Wien
- Eggerth, Alexander; Bednar, Waltraud; Hagleitner, Joachim (2010): Versorgung mit Psychotherapie 2009. Gesundheit Österreich GmbH, Wien
- Eisenbach-Stangl, Irmgard; Bernardis, Alexander; Fellöcker, Kurt; Haberhauer-Stidl, Judith; Gabriele, Schmied (2008): Jugendliche Alkoholszenen. Konsumkontexte, Trinkmotive, Prävention. Policy Brief, Europäisches Zentrum Wien
- EUROSTAT (2011a): Datenbank der Europäischen Kommission, Bevölkerung und soziale Bedingungen. Europäische Kommission, abgefragt am 12.12.2011
- EUROSTAT (2011b): Unemployment rate, annual average, by sex and age groups (%). EUROSTAT, abgefragt am 6.12.2011

- Fischer, Timo (2009): Die ärztliche Versorgung im niedergelassenen Bereich aus dem Blickwinkel der Patienten. In: Soziale Sicherheit
- Gay, Juan; Devaux, Marion; de Looper, Michael; Paris, Valérie (2011): Mortality Amenable to Health Care in 31 OECD Countries. Estimates and Methodological Issues. In: OECD Health Working Papers /No. 55
- Gesundheitsportal (2011): Öffentliches Gesundheitsportal Österreichs [Online]. Gesundheit Österreich.
https://www.gesundheit.gv.at/Portal.Node/ghp/public/content/brustkrebs.at_LN.html [Zugriff am 12.12.2011].
- GÖG/ÖBIG (2006): Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2006. ÖSG 2006 (inkl. Großgeräteplan). Bundesministerium für Gesundheit, Wien
- GÖG/ÖBIG (2010a): Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2010 (inkl. Großgeräteplan), erstellt im Auftrag der Bundesgesundheitsagentur. Bundesministerium für Gesundheit, Wien
- GÖG/ÖBIG (2010b): Versorgung mit Psychotherapie 2009. Gesundheit Österreich GmbH, Wien
- Habl, Claudia; Bachner, Florian (2010): Das österreichische Gesundheitswesen im internationalen Vergleich. Ausgabe 2010. Gesundheit Österreich GmbH / ÖBIG
- Hagleitner, Joachim; Sagerschnig, Sophie (2011): Psychotherapie, Klinische Psychologie, Gesundheitspsychologie. Berufsgruppen 1991–2010. Gesundheit Österreich GmbH, Wien
- Hospiz Österreich (2011): Datenerhebung 2010. Dachverband Hospiz Österreich, Wien
- HVB (2011a): Handbuch der österreichischen Sozialversicherung. Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, Wien
- HVB (2011b): Statistisches Handbuch der österreichischen Sozialversicherung 2011 Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, Wien
- HVB / Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (2012): Aufwendungen für Psychotherapie. E-Mail am 25.4.2012
- IMS (2011): Der Pharmazeutische Markt Österreich. Institut für medizinische Statistik, abgefragt am 9.12.2011
- International Diabetes Federation (Hg.) (2011): IDF Diabetes Atlas. International Diabetes Federation. Brüssel
- Klein, Christoph (2011): Generika aus der Sicht der Sozialversicherung. Wien

- Nolte, Ellen; McKee, Martin (2008): Measuring the Health of Nations. Updating an Earlier Analysis. In: Health Affairs 27/1, 58–71
- ÖAK (2011): Apotheke in Zahlen 2011. Österreichische Apothekerkammer, Wien
- ÖÄK (2011): Ärzteliste der österreichischen Ärztekammer. Österreichischen Ärztekammer, abgefragt
- OECD (2009): Health at a Glance 2009. OECD Indicators. 1. Aufl., OECD Publishing, Paris
- OECD (2011a): Database of the Organisation for Economic Co-operation and Development. abgefragt am 15.12.2011
- OECD (2011b): Health at a Glance 2011. OECD Indicators., 1. Aufl., Paris: OECD, Paris
- OECD (2011c): A System of Health Accounts. 2011 Edition. OECD Publishing
- Österreichische Nationalbank (2011): Euro-Referenz- und -Wechselkurse. Österreichische Nationalbank, abgefragt am 17.12.2011
- Pharmig (2011): Daten und Fakten. Arzneimittel und Gesundheitswesen in Österreich. Daten 2009. Ausgabe 2011. Verband der pharmazeutischen Industrie Österreichs, Wien
- PHIS (2011): PHIS database of the Pharmaceutical Health Information System. PHIS Pharmaceutical Health Information System, Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG, abgefragt am 9.12.2011
- PHIS (2012): Pharma Profile Austria. Unveröffentlicht, Pharmaceuticals Health Information System, Wien
- Rechnungshof (2011): Bericht des Rechnungshofes. Tagesklinische Leistungserbringung am Beispiel des Landes Steiermark. Reihe Bund, Bd. 2011/10. Rechnungshof, Wien
- Rechnungshof / IHS / WIFO (2010): Gesundheit und Pflege. Arbeitsgruppe Verwaltung Neu, Arbeitspaket 10. Wien, 31.5.2010, Rechnungshof
- Rottenhofer, Ingrid (2011): Pflege – Beruf – Kompetenz – Qualifikation – Bildung. Entwicklungen in der Pflegelandschaft in Österreich. Lernwelten 2011, 11 internationaler wissenschaftlicher Kongress für Pflege- und Gesundheitspädagogik, Bochum

- Rottenhofer, Ingrid; Rappold, Elisabeth; Schrems, Berta; Hlava, Anton; Link, Thomas; Holzer, Heike; Kopp, Karin (2009): Gesundheits- und Krankenpflegeberufe Evaluierung Ausbildungsbereiche. Bd. Zl.: II/4602-22/09. Gesundheit Österreich GmbH, Wien
- Sassi, Franco (2010): Obesity and the Economics of Prevention. Fit not fat. OECD Publishing
- SGKK, HVB / (2011): Analyse der Versorgung psychisch Erkrankter. Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger / Salzburger Gebietskrankenkasse, Wien, Salzburg
- Statistik Austria (2005): Standard-Dokumentation Metainformationen (Definitionen, Erläuterungen, Methoden, Qualität) zu EU-SILC 2003. Wien
- Statistik Austria (2010): Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2009. Statistik Austria, Wien
- Statistik Austria (2011a): Ärztinnen und Ärzte in Krankenanstalten Statistik Austria, abgefragt am 06.12.11
- Statistik Austria (2011b): Gesundheitsausgaben nach OECD System of Health Accounts. Statistik Austria, abgefragt am 6.12.2011
- Statistik Austria (2011c): Hebammen in Berufsausübung 2010. Statistik Austria, Wien
- Statistik Austria (2011d): Indikatoren zu Sterblichkeit und Lebenserwartung (inkl. Säuglingssterblichkeit) seit 1961. Statistik Austria, Wien
- Statistik Austria (2011e): Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2010. Statistik Austria, Wien
- Statistik Austria (2011f): Jahresdurchschnittsbevölkerung seit 1981 nach Geschlecht, breiten Altersklassen und Staatsangehörigkeit. Statistik Austria, Wien
- Statistik Austria (2011g): Krebsprävalenz in Österreich. Statistik Austria, Wien
- Statistik Austria (2011h): Personal in Krankenanstalten 2010 nach Fachrichtungen, Geschlecht und Bundesländern (zum 31.12.). Statistik Austria, abgefragt am 25.01.2012
- Statistik Austria (2011i): Personalstand in den Krankenanstalten Österreichs seit 1980. Statistik Austria, Wien
- Statistik Austria (2011j): Volkswirtschaftliche Gesamtrechnung Hauptgrößen. Statistik Austria, Wien

- Vavrik, Klaus; Koller, Gerald (2011): Den Jungen die Zukunft in die Hand geben: Die Zukunftsinitiative. Österreichische Liga für Kinder- und Jugendgesundheit
- WHO (2008): Inequalities in Young People´s Health. Health Behaviour in School aged Children. International Report from the 2005/2006 survey. World Health Organization
- WHO (2009): Global Database on Body Mass Index of the World Health Organization. World Health Organization, abgefragt
- WHO (2011): European Health for All Database of the World Health Organization. World Health Organization, abgefragt
- WIFO (2011): Hauptergebnisse der Konjunkturprognose. September 2011. Wirtschaftsforschungsinstitut, abgefragt am 06.12.2011
- ZÄK (2011): Zahnärzteliste der Österreichischen Zahnärztekammer. Österreichische Zahnärztekammer, abgefragt am 07.12.2011

