European Commission



State of Health in the EU

Österreich

Länderprofil Gesundheit 2019

OECD
BESSERE POLITIK FÜR EIN BESSERES LEBEN

European Observatory on Health Systems and Policies
a partnership hosted by WHO

Länderspezifische Gesundheitsprofile

Die länderspezifischen Gesundheitsprofile für den *State of Health in the EU* bieten einen knappen und politisch relevanten Überblick über die Gesundheit und die Gesundheitssysteme in der EU/dem Europäischen Wirtschaftsraum. Sie heben die besonderen Merkmale und Herausforderungen in den jeweiligen Ländern hervor, wozu begleitend länderübergreifende Vergleiche angestellt werden. Das Ziel ist es, politischen Entscheidungsträgern und Einflussnehmern ein Instrument für die gegenseitige Wissensvermittlung und den freiwilligen Kenntnisaustausch an die Hand zu geben.

Die Profile entstehen aus der gemeinsamen Arbeit der OECD und des European Observatory on Health Systems and Policies in Zusammenarbeit mit der Europäischen Kommission. Das Team bedankt sich bei dem Netzwerk Health Systems and Policy Monitor, dem OECD Health Committee und der EU Expert Group on Health Information für die wertvollen Anmerkungen und Vorschläge.

Inhalt

1. HIGHLIGHTS 3
2. GESUNDHEIT IN ÖSTERREICH 4
3. RISIKOFAKTOREN 7
4. DAS GESUNDHEITSSYSTEM 9
5. LEISTUNG DES GESUNDHEITSSYSTEMS 12
   5.1. Wirksamkeit 12
   5.2. Zugang 15
   5.3. Anpassungsfähigkeit 19
6. ZENTRALE ERKENNTNISSE 22

Daten- und Informationsquellen

Die Daten und Informationen in den länderspezifischen Gesundheitsprofilen beruhen vorwiegend auf offiziellen einzelstaatlichen Statistiken, die Eurostat und der OECD zur Verfügung gestellt und validiert wurden, um höchste Standards bei der Datenvergleichbarkeit zu gewährleisten. Die Quellen und Methoden, die diesen Daten zugrunde liegen, sind in der Eurostat-Datenbank und der OECD-Gesundheitsdatenbank verfügbar. Einige zusätzliche Daten stammen auch vom Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), vom European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC), aus den Umfragen der Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC) und von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) sowie aus anderen einzelstaatlichen Quellen.

Die berechneten EU-Durchschnitte sind die gewichteten Durchschnitte der 28 Mitgliedstaaten, sofern nichts anderes vermerkt ist. Island und Norwegen sind in diesen EU-Durchschnitten nicht berücksichtigt.

Dieses Profil wurde im August 2019 auf der Grundlage der im Juli 2019 verfügbaren Daten erstellt.

Um das Excel-Arbeitsblatt mit allen Tabellen und Diagrammen aus diesem Profil herunterzuladen, geben Sie einfach folgende URL in Ihren Browser ein: http://www.oecd.org/health/Country-Health-Profiles-2019-Austria.xls

Demografischer und sozioökonomischer Kontext in Österreich, 2017

Demografische Faktoren	Österreich	EU
Bevölkerungsgröße (Schätzwerte zur Jahresmitte)	8 798 000	511 876 000
Anteil der Bevölkerung über 65 Jahre (in %)	18,5	19,4
Fertilitätsrate[1]	1,5	1,6
Sozioökonomische Faktoren		
BIP pro Kopf (EUR KKP[2])	38 100	30 000
Relative Armutsquote[3] (in %)	14,4	16,9
Arbeitslosenquote (in %)	5,5	7,6

1. Anzahl der geborenen Kinder je Frau im Alter von 15 bis 49. 2. Die Kaufkraftparität (KKP) ist definiert als Währungsumrechnungskurs, der die Unterschiede im Preisniveau zwischen Ländern beseitigt und damit Vergleiche der Kaufkraft unterschiedlicher Währungen ermöglicht. 3. Prozentualer Anteil an Personen, die mit weniger als 60 % des Median-Äquivalenzeinkommens leben.
Quelle: Eurostat-Datenbank.

Haftungsausschluss: Die hierin geäußerten Meinungen und Argumente sind ausschließlich die der Autoren und geben nicht notwendigerweise die offizielle Meinung der OECD oder ihrer Mitgliedsländer oder des European Observatory on Health Systems and Policies oder seiner Partner wieder. Die in diesem Bericht geäußerten Ansichten repräsentieren in keiner Weise die offizielle Meinung der Europäischen Union.

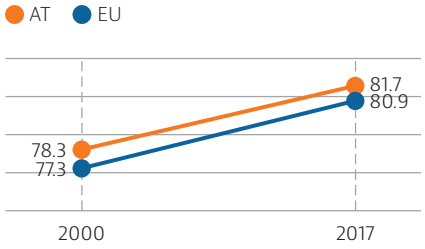
Dieses Dokument sowie alle darin enthaltenen Daten und Karten gelten unbeschadet des Status eines oder der Souveränität über ein Hoheitsgebiet(s) für die Abgrenzung durch internationale Grenzen und für den Namen eines Hoheitsgebiets, einer Stadt oder eines Gebietsstands.

Zusätzliche Haftungsausschlüsse für die WHO sind auf http://www.who.int/bulletin/disclaimer/en/ einsehbar.

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

1 Highlights

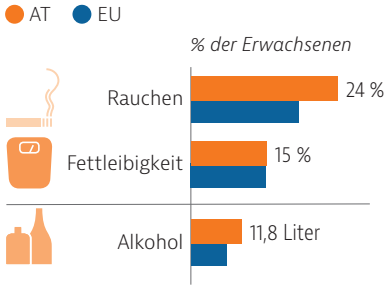
Der Gesundheitszustand in Österreich verbessert sich derzeit, dennoch stellen verhaltensbedingte Risikofaktoren und eine alternde Bevölkerung weiterhin Herausforderungen für das Gesundheitssystem dar. Zugang und Qualität der Gesundheitsversorgung sind im Allgemeinen gut, jedoch spielen Krankenhäuser eine unverhältnismäßig große Rolle bei der Gesundheitsversorgung. Mit aktuellen Reformen sollen die Primärversorgung verbessert und Ungleichgewichte beim medizinischen Fachpersonal behoben werden. Durch ein neues Verwaltungssystem werden Bundesregierung und Landesregierungen sowie die Sozialversicherungsträger zusammengeführt, um die Koordinierung zu verbessern. Trotzdem ist das österreichische Gesundheitssystem nach wie vor strukturell fragmentiert und verhältnismäßig teuer.



Lebenserwartung bei der Geburt, Jahre

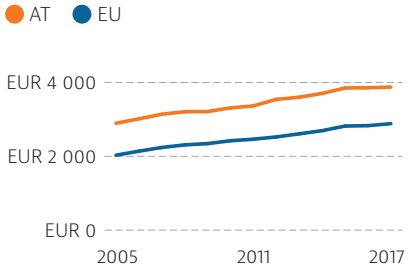
Gesundheitszustand

Im Jahr 2017 betrug die Lebenserwartung bei der Geburt 81,7 Jahre; dies sind 3,4 Jahre mehr als im Jahr 2000 und 0,8 Jahre mehr als der EU-Durchschnitt. Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind die häufigste Todesursache, jedoch steigt die diabetesbedingte Sterblichkeit an. Ca. 70 % der Österreicher vermelden einen guten Gesundheitszustand, wobei dieser Anteil unter den Gruppen mit dem niedrigsten Einkommen geringer ist. Zwar leben die Österreicher immer länger, diese Jahre werden jedoch zu einem größeren Anteil mit chronischen Erkrankungen und Behinderungen zugebracht als im EU-Durchschnitt.



Risikofaktoren

Verhaltensbedingte Risikofaktoren – insbesondere schlechte Ernährung, Rauchen und Alkoholkonsum – tragen in erheblichem Maße zu mehr Morbidität und höherer Sterblichkeit bei. Der Anteil der Raucher unter den Erwachsenen ist in den vergangenen zwei Jahrzehnten nicht gesunken und es wird jetzt mehr geraucht als in den meisten EU-Ländern. Trotz eines Rückgangs seit dem Jahr 2000 liegt der Alkoholkonsum weiterhin über dem EU-Durchschnitt. Während österreichische Erwachsene zu den körperlich aktivsten in der EU zählen, gehören Jugendliche zu den am wenigsten aktiven.



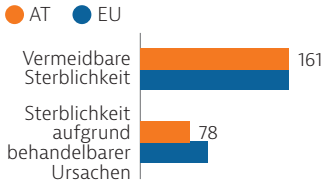
Ausgaben pro Kopf (EUR KKP)

Gesundheitssystem

Österreich hat ein soziales Krankenversicherungssystem. Die Gesundheitsausgaben pro Kopf betrugen im Jahr 2017 fast 3900 EUR, was ca. 1000 EUR über dem EU-Durchschnitt liegt und 10,4 % des BIP ausmacht (EU-Durchschnitt: 9,8 %). Zwar ist der Anstieg der Ausgaben mit dem EU-Durchschnitt vergleichbar, jedoch wendet Österreich nach wie vor erheblich mehr finanzielle Mittel für die stationäre Gesundheitsversorgung auf als die meisten Länder und verfügt über eine hohe Anzahl an Ärzten und Krankenhausbetten. Es entstehen zunehmend Ungleichgewichte zwischen Allgemein- und Fachärzten sowie zwischen ländlichen und städtischen Gebieten. Die Inanspruchnahme von Leistungen von Ärzten ohne Kassenverträge nimmt indes zu.

Wirksamkeit

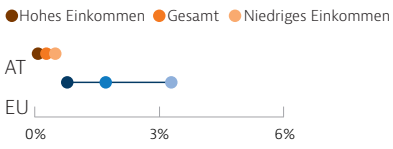
Obwohl die vermeidbare Sterblichkeit dicht am EU-Durchschnitt liegt, ist die Sterblichkeit aufgrund von behandelbaren Ursachen niedriger als in den meisten EU-Ländern.



Altersstandardisierte Sterberate pro 100 000 Einwohner, 2016

Zugang

Es besteht eine nahezu universelle Gesundheitsversorgung der Bevölkerung und der Zugang zur Versorgung ist im Allgemeinen gut. Österreich gehört in der EU zu den Ländern mit dem geringsten Anteil an Personen, die sich über ungedeckten medizinischen Bedarf beklagen.



% gemeldeter ungedeckter Bedarf, 2017

Anpassungsfähigkeit

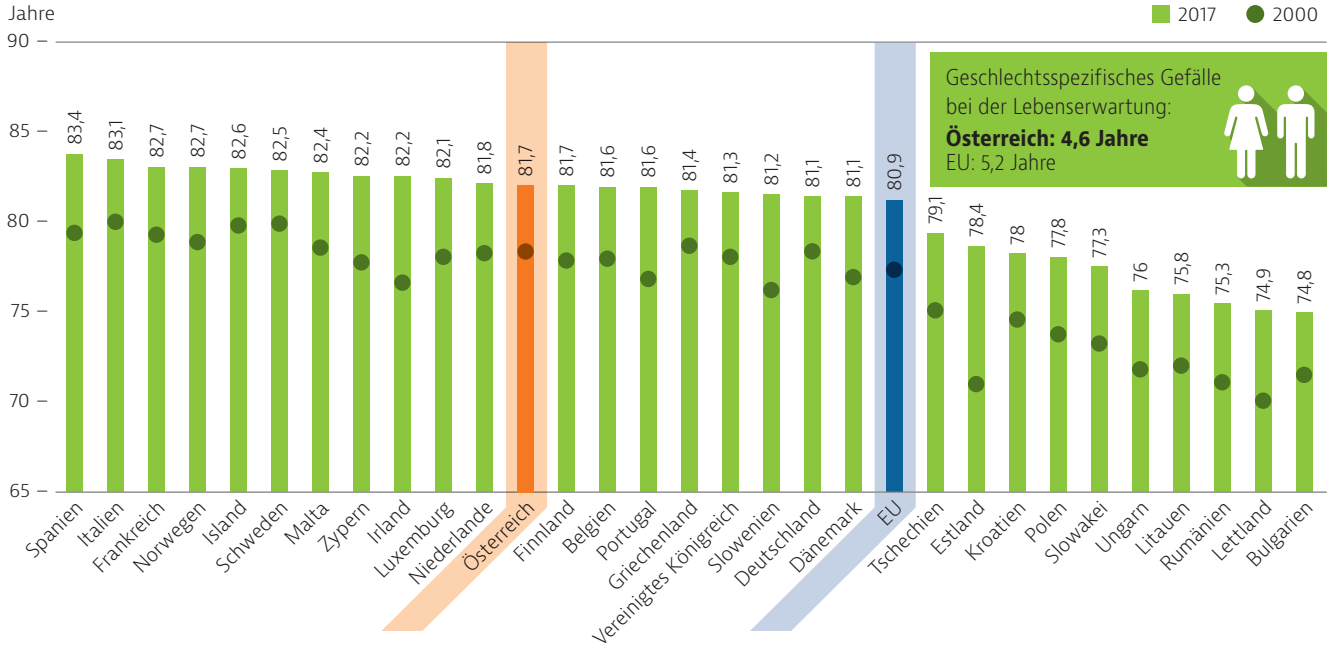
Die öffentlichen Ausgaben für die Gesundheitsversorgung sollen laut Prognosen von 7 % des BIP im Jahr 2016 auf 8,3 % im Jahr 2070 ansteigen, während sich die öffentlichen Ausgaben für Langzeitpflege laut Prognosen verdoppeln sollen, und zwar von 1,9 % auf 3,8 % des BIP. Es gibt Obergrenzen für die Gesamtausgaben, jedoch könnten die Zersplitterung und das Fehlen struktureller Reformen das Gesundheitssystem daran hindern, sich an neue Herausforderungen anzupassen.

2 Gesundheit in Österreich

Die Lebenserwartung steigt und liegt über dem EU-Durchschnitt

Im Jahr 2017 betrug die Lebenswartung bei der Geburt in Österreich 81,7 Jahre, also fast ein Jahr mehr als der EU-Durchschnitt, aber fast zwei Jahre weniger als in Spanien und Italien (Abbildung 1). Seit dem Jahr 2000 ist sie um 3,4 Jahre gestiegen (knapp unter dem Anstieg in der EU von 3,6 Jahren). Für Männer ist die Lebenserwartung etwas schneller gestiegen als für Frauen; in anderen EU-Ländern ist eine ähnliche Tendenz zu verzeichnen. Trotzdem betrug das Geschlechtergefälle im Hinblick auf die Lebenserwartung 4,6 Jahre im Jahr 2017 (79,4 Jahre für Männer, 84,0 Jahre für Frauen), womit es leicht unter dem EU-Durchschnitt von 5,2 Jahren lag.

Abbildung 1. Die Lebenserwartung steigt stetig und liegt weiterhin über dem EU-Durchschnitt

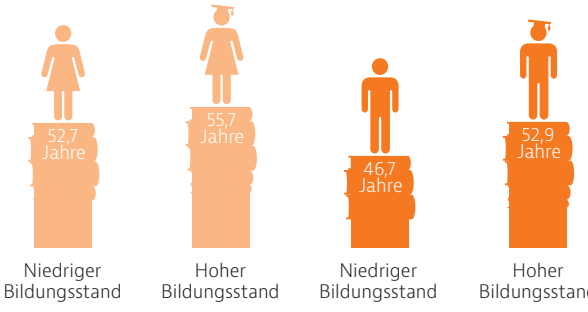


Quelle: Eurostat-Datenbank.

Die soziale Ungleichheit im Hinblick auf die Lebenserwartung ist bei Männern größer als bei Frauen

Ungleichheiten im Hinblick auf die Lebenserwartung bestehen nicht nur zwischen den Geschlechtern, sondern auch beim sozioökonomischen Status. Männer mit dem höchsten Bildungsstand leben erwartungsgemäß sechs Jahre länger als Männer mit dem niedrigsten Bildungsstand, während der Unterschied unter österreichischen Frauen nur drei Jahre beträgt. Diese Unterschiede sind geringer als die Durchschnittswerte in der EU von 7,6 bzw. 4,1 Jahren (Abbildung 2). Die Bildungslücke im Hinblick auf die Lebenserwartung ist teilweise durch höhere Sterblichkeitsraten und eine höhere Gefährdung durch diverse Risikofaktoren bei Personen mit niedrigem Bildungsstand zu erklären. Dazu gehören beispielsweise höhere Raucheranteile und schlechtere Ernährungsgewohnheiten (siehe Abschnitt 3). Der Unterschied im Hinblick auf die Lebenserwartung hängt auch mit Unterschieden beim Einkommen und Lebensstandard zusammen.

Abbildung 2. Die Bildungslücke im Hinblick auf die Lebenserwartung beträgt 6,2 Jahre bei Männern und 3 Jahre bei Frauen



Bildungslücke in der Lebenserwartung im Alter von 30 Jahren:

Österreich: 3 Jahre	Österreich: 6,2 Jahre
EU21: 4,1 Jahre	EU21: 7,6 Jahre

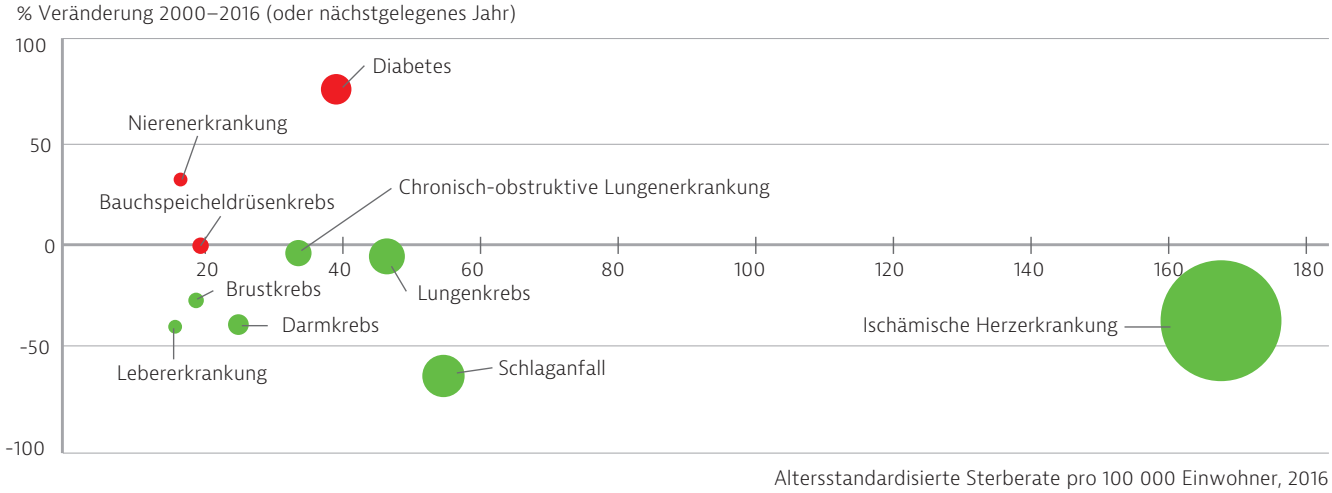
Hinweis: Ein hoher Bildungsstand bezieht sich laut Definition auf Personen, die einen tertiären Bildungsabschluss (ISCED-Niveaus 5–8) haben, während sich ein niedriger Bildungsstand auf Personen ohne Sekundarschulabschluss (ISCED-Niveaus 0–2) bezieht.
Quelle: Murtin et al., OECD Statistics Working Paper N°78 (2017).

Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind weiterhin die häufigste Todesursache, jedoch steigt die diabetesbedingte Sterblichkeit an

Der Anstieg der Lebenserwartung in Österreich seit dem Jahr 2000 ist hauptsächlich auf einen Rückgang der Sterblichkeitsraten aufgrund von Herz-Kreislauf-Erkrankungen, insbesondere ischämische Herzerkrankungen und Schlaganfällen, zurückzuführen (Abbildung 3). Trotz dieser Rückgänge waren auch im Jahr 2016 Herz-Kreislauf-Erkrankungen die Haupt-Todesursache; auf sie entfallen fast 34 000 Todesfälle (42 % aller Todesfälle).

Krebserkrankungen sind die zweithäufigste Todesursache, obwohl auch die durch Krebs verursachten Todesfälle seit dem Jahr 2000 rückläufig sind. Lungenkrebs ist die häufigste krebsbedingte Todesursache, wobei die Sterblichkeit aufgrund dieser Erkrankung leicht gesunken ist. Die diabetesbedingte Sterblichkeit ist hingegen seit dem Jahr 2000 stark angestiegen. Dies spiegelt möglicherweise die Zunahme von Übergewicht und Fettleibigkeit sowie eine relative Schwäche der primären Gesundheitsversorgung in Österreich wider.

Abbildung 3. Ischämische Herzerkrankung ist die Haupt-Todesursache, aber die diabetesbedingte Sterblichkeit steigt



Hinweis: Die Größe der Blasen ist proportional zu den Sterblichkeitsraten im Jahr 2016.
Quelle: Eurostat-Datenbank.

Bei Angaben zum eigenen Gesundheitszustand besteht nur ein geringer Unterschied zum EU-Durchschnitt, während Jugendliche einen besseren Gesundheitszustand vermelden

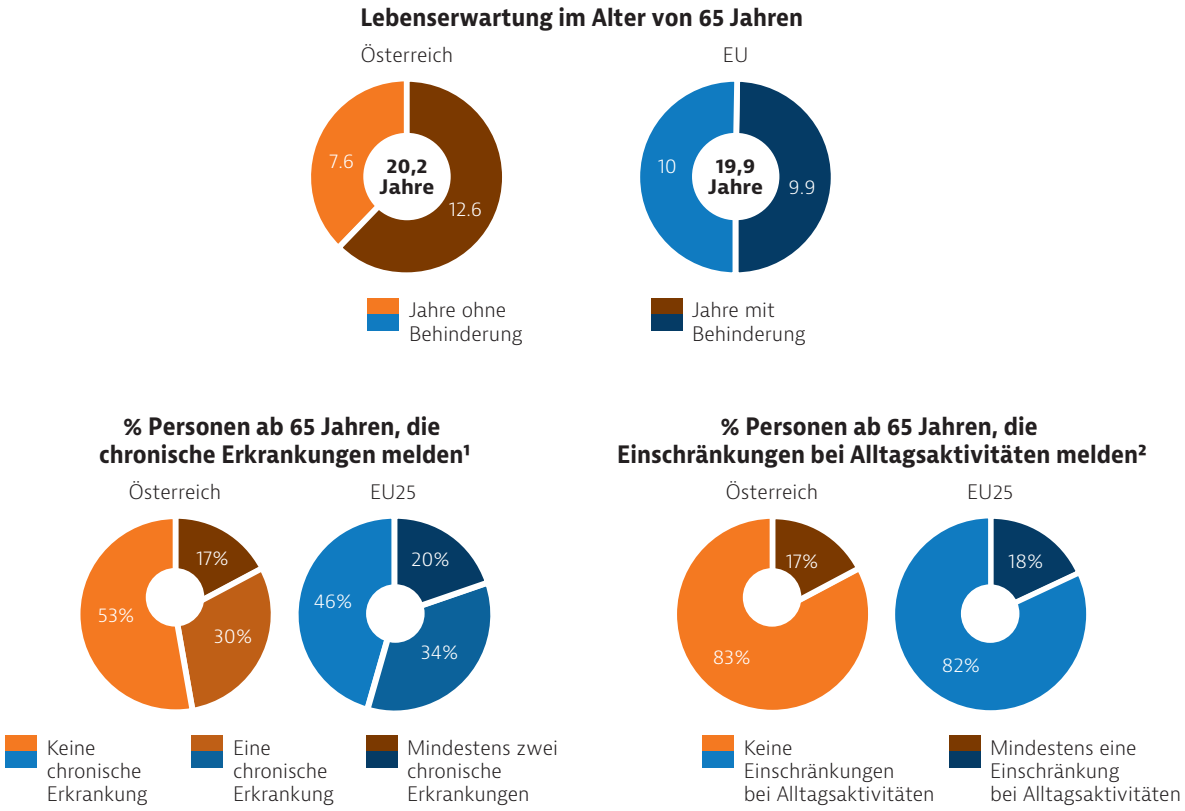
Ca. 70 % der österreichischen Bevölkerung vermelden einen guten Gesundheitszustand; dieser Anteil ist ähnlich wie in der EU insgesamt. Österreich schneidet im Hinblick auf die Gesundheit von Jugendlichen laut Selbstangaben von Befragten relativ gut ab. Der Anteil der Jugendlichen, die eine hohe Lebenszufriedenheit vermelden, liegt über dem EU-Durchschnitt, während der Anteil derjenigen, die mehr als einmal wöchentlich über mehrere gesundheitliche Beschwerden klagen, deutlich unter dem Durchschnitt liegt (Inchley et al., 2016). Jugendliche in finanziell besser gestellten Familien vermelden in allen Ländern eine höhere Lebenszufriedenheit, wobei dieser Unterschied zwischen den Einkommensgruppen in Österreich im Vergleich zu anderen europäischen Ländern gering ist. Interessanterweise beklagen sich finanziell besser gestellte Familien in Österreich häufiger als einkommensschwache Familien mehr als einmal wöchentlich über mehrere gesundheitliche Beschwerden, während in den meisten anderen Ländern das Gegenteil der Fall ist.

Viele zusätzliche Jahre werden mit einigen chronischen Erkrankungen und Behinderungen gelebt

Im Gegensatz zur allgemeinen Lebenserwartung liegen die bei der Geburt erwarteten gesunden Lebensjahre deutlich unter dem EU-Durchschnitt. Im Jahr 2017 konnten Österreicher erwartungsgemäß bei der Geburt 57 Jahre lang behinderungsfrei leben; demgegenüber beträgt dieser Wert 64 Jahre in der EU insgesamt: Frauen konnten davon ausgehen, 68 % ihres Lebens behinderungsfrei zu leben (77 % in der EU), bei Männern lag der Wert bei 72 % (81 % in der EU). Außerdem bestehen erhebliche regionale Schwankungen, die von einer kürzeren behinderungsfreien Lebenserwartung unter Bewohnern der östlichen Teile Österreichs (im Vergleich zu westlichen Teilen) gekennzeichnet sind (B-ZK, 2018a).

Im Jahr 2017 konnten Österreicher im Alter von 65 Jahren erwartungsgemäß weitere 20 Jahre leben, was etwa dem EU-Durchschnitt entspricht (Abbildung 4), wobei jedoch fast zwei Drittel dieser Jahre von chronischen Erkrankungen und Behinderungen begleitet werden. Dies bedeutet nicht, dass die Menschen nicht in der Lage sind, ein normales Leben zu führen und ihren gewohnten Tätigkeiten nachzugehen: Nur einer von sechs Befragten berichtet von Einschränkungen bei grundlegenden Alltagsaktivitäten (wie z. B. Baden, Anziehen oder Aufstehen aus dem Bett), für die unter Umständen Langzeitpflege erforderlich ist. Außerdem liegt die Prävalenz chronischer Erkrankungen unter dem EU-Durchschnitt und es ist weniger wahrscheinlich, dass ältere Österreicher Depressionssymptome berichten (23 % im Vergleich zu durchschnittlich 29 % in anderen Ländern, die diesen Indikator angeben).

Abbildung 4. Die gesunde Lebenserwartung im Alter von 65 Jahren liegt unter dem EU-Durchschnitt



Hinweis: 1. Zu den chronischen Erkrankungen zählen Herzinfarkt, Schlaganfall, Diabetes, Parkinson, Alzheimer und rheumatoide Arthritis oder Osteoarthritis. 2. Zu den grundlegenden Alltagsaktivitäten gehören Anziehen, Durchqueren eines Zimmers, Baden oder Duschen, Essen, Zubettgehen oder Aufstehen aus dem Bett und Toilettennutzung. 3. Befragten werden Symptome einer Depression zugeschrieben, wenn sie mehr als drei Depressionssymptome (von 12 möglichen Variablen) melden.
Quelle: Eurostat-Datenbank für Lebenserwartung und gesunde Lebensjahre (die Daten beziehen sich auf 2017); SHARE-Umfrage für andere Indikatoren (die Daten beziehen sich auf 2017).

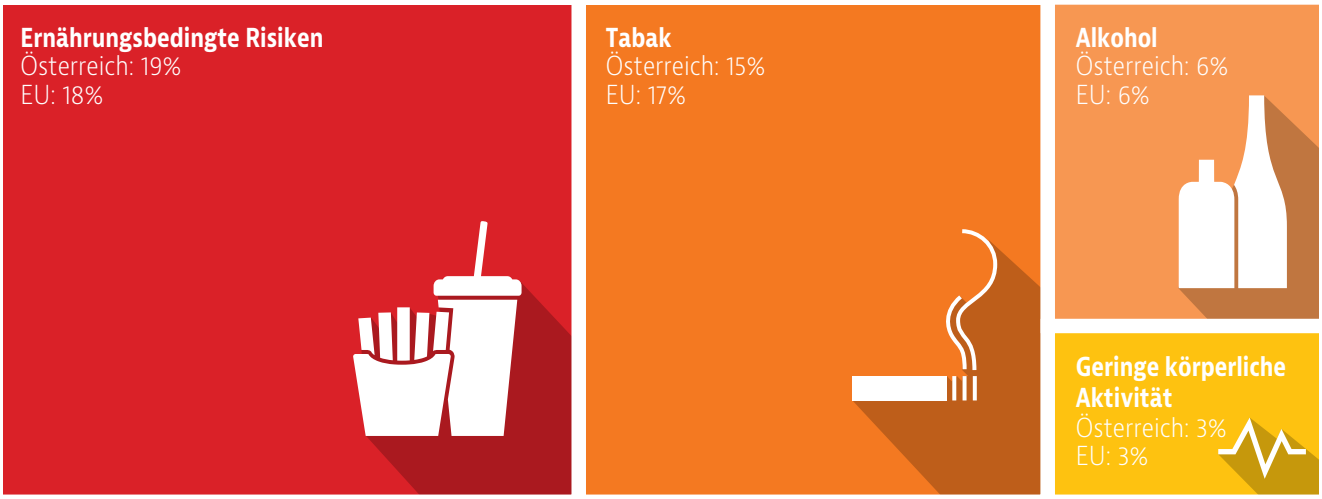
3 Risikofaktoren

Verhaltensbedingte Risikofaktoren tragen wesentlich zur Sterblichkeit bei

Ca. 40 % aller Todesfälle in Österreich im Jahr 2017 sind auf verhaltensbedingte Risikofaktoren zurückzuführen, einschließlich ernährungsbedingter Risiken, Tabakrauchen, Alkoholkonsum und geringe körperlicher Aktivität (Abbildung 5). Dieser Anteil liegt dicht am EU-Durchschnitt von 39 %.

Ca. 19 % (15 000) aller Todesfälle im Jahr 2017 waren auf ernährungsbedingte Risiken zurückzuführen (einschließlich geringen Verzehrs von Obst und Gemüse sowie hohen Konsums von Zucker und Salz). Auf Rauchen (einschließlich Passivrauchen) entfielen Schätzungen zufolge weitere 15 % (12 000) aller Todesfälle. Ca. 6 % (4500) aller Todesfälle gingen auf Alkoholkonsum zurück und 3 % (2500) auf geringe körperliche Aktivität.

Abbildung 5. Ca. 40 % aller Todesfälle sind auf lebensstilbedingte Risikofaktoren zurückzuführen.



Hinweis: Die Gesamtanzahl der Todesfälle (31 000) im Zusammenhang mit diesen Risikofaktoren ist geringer als die Summe der Todesfälle in Verbindung mit jedem einzelnen Risikofaktor (35 000), da derselbe Todesfall mehr als einem Risikofaktor zugeordnet werden kann. Zu den ernährungsbedingten Risiken gehören 14 Komponenten, wie z. B. geringer Verzehr von Obst und Gemüse und hoher Konsum von gezuckerten Getränken.
Quelle: IHME (2018), Global Health Data Exchange (die Schätzungen beziehen sich auf 2017).

In Österreich wird nun mehr geraucht als in den meisten EU-Ländern

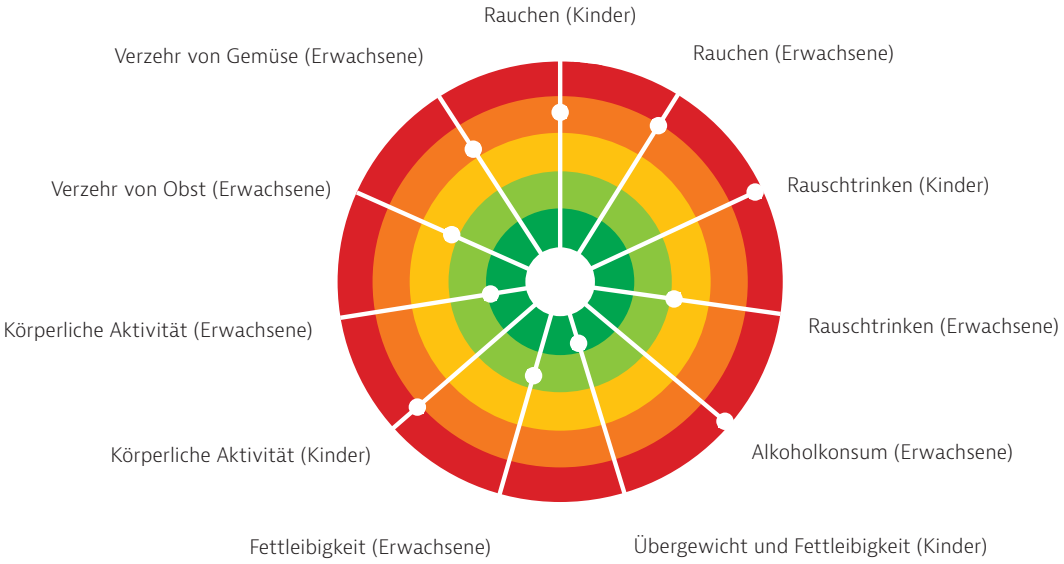
Die durch Rauchen bedingte Sterblichkeit liegt unter dem EU-Durchschnitt. Jedoch ist der Raucheranteil unter österreichischen Erwachsenen in den letzten zwei Jahrzehnten nicht rückläufig und es wird nun mehr geraucht als in den meisten anderen EU-Ländern. Diese anhaltend hohe Prävalenz ist auf einen erhöhten Raucheranteil bei Frauen zurückzuführen, der den Rückgang bei Männern ausgleicht. Andererseits ist der Raucheranteil bei 15-Jährigen rückläufig, obwohl er weiterhin höher ist als in den meisten EU-Ländern. Maßnahmen der österreichischen Politik, mit denen vom Rauchen abgehalten werden soll, sind in Abschnitt 5 ausführlicher beschrieben.

Übergewicht, Fettleibigkeit und ungesunde Ernährung sind wesentliche Probleme für die öffentliche Gesundheit

Übergewicht und Fettleibigkeit sind häufiger geworden; diese Entwicklungen lassen sich teilweise durch ungesunde Ernährung und geringe körperliche Aktivität unter Jugendlichen erklären. Der Anteil von Erwachsenen die unter Fettleibigkeit leiden ist von 12 % im Jahr 2006 auf 15 % im Jahr 2017 angestiegen und ca. vier von zehn Erwachsenen berichten, dass sie nicht jeden Tag mindestens ein Stück Obst oder Gemüse zu sich nehmen. Andererseits gehören österreichische Erwachsene zu den körperlich Aktivsten der EU.

Die Übergewichts- und Fettleibigkeitsrate unter 15-Jährigen ist ebenfalls gestiegen und lag in den Jahren 2013-2014 bei 15 %, was jedoch weiterhin erheblich unter den Werten der meisten anderen EU-Ländern liegt (Abbildung 6). Der Anteil der 11- und 13-Jährigen, die berichten, täglich Obst zu sich zu nehmen, ist höher als der EU-Durchschnitt und der Unterschied zwischen finanziell besser und finanziell schlechter gestellten Familien ist geringer als in den meisten Ländern (Inchley et al., 2016). Jugendliche Mädchen melden eine besonders niedrige körperliche Aktivität: Nur 5 % der 15-jährigen Mädchen gaben in den Jahren 2013–2014 an, sich jeden Tag zumindest mäßig körperlich zu betätigen, während es bei den Buben 18 % waren. Jugendliche in finanziell besser gestellten Familien sind weniger körperlich aktiv als jene in finanziell schlechter gestellten Familien, während in vielen anderen Ländern das Gegenteil der Fall ist (Inchley et al., 2016).

Abbildung 6. Alkohol und Tabakkonsum, ungesunde Ernährung und ein Mangel an körperlicher Aktivität sind wesentliche Risikofaktoren



Hinweis: Je näher ein Punkt dem Zentrum ist, desto besser schneidet ein Land im Vergleich zu anderen EU-Ländern ab. Kein Land liegt im weißen „Zielbereich", da in allen Ländern in allen Bereichen noch Fortschritte möglich sind.
Quelle: Kalkulationen der OECD auf der Grundlage der ESPAD-Umfrage 2015 und HBSC-Umfrage 2013–2014 für Indikatoren bei Kindern; und EU-SILC 2017, EHIS 2014 und OECD-Gesundheitsstatistik 2019 für Indikatoren bei Erwachsenen.

Alkoholkonsum ist weiterhin ein wesentlicher Risikofaktor

Der Gesamt-Alkoholkonsum pro Kopf ist seit dem Jahr 2000 gesunken, liegt jedoch nach wie vor weit über dem EU-Durchschnitt. Aus dem RARHA-Projekt stammende Daten zum Vergleich des Alkoholkonsums zwischen allen EU-Ländern haben einen überdurchschnittliches Rauschtrinkverhalten[1] in Österreich gezeigt; dies bezieht sich sowohl auf Männer als auch auf Frauen (Moskalewicz, Room & Thom, 2016). Wie in allen EU-Ländern ist das Rauschtrinken unter Männern weiter verbreitet (einer von vier im Jahr 2014) als unter Frauen (etwa eine von acht).

Der Alkoholkonsum unter Jugendlichen ist ebenfalls weiter verbreitet als in anderen Ländern. Der Anteil an Jugendlichen, die regelmäßig rauschtrinken, ist in Österreich höher als in den meisten anderen EU-Ländern und es besteht kaum ein Unterschied zwischen Mädchen und Jungen. Mehr als die Hälfte der 15- und 16-Jährigen gaben 2015 an, im vorangegangenen Monat rauschgetrunken zu haben, während es im EU-Durchschnitt ca. 40 % waren. Der Alkoholkonsum in jungem Alter ist zwischen 2002 und 2014 zwar erheblich zurückgegangen, lag aber im Jahr 2014 weiterhin über dem Durchschnitt. Wie in den meisten Ländern ist Alkoholkonsum in jungem Alter unter Jugendlichen in finanziell besser gestellten Familien weiter verbreitet (Inchley et al., 2018).

Soziale Ungleichheiten bei den Risikofaktoren tragen zu gesundheitlichen Ungleichheiten bei

Viele verhaltensbedingte Risikofaktoren in Österreich treten bei Menschen mit niedrigerem Bildungsstand bzw. in niedrigeren Einkommensgruppen häufiger auf. Im Jahr 2014 rauchte mehr als ein Viertel der Erwachsenen (27 %) die keinen Sekundarschulabschluss hatten täglich, verglichen mit nur 15 % unter jenen mit tertiären Bildungsabschluss. Ebenfalls waren im Jahr 2017 fast 20 % der Menschen ohne Sekundarschlabschluss fettleibig, während dieser Wert unter jenen mit einem höheren Bildungsabschluss bei lediglich 10 % lag. Die Tatsache, dass sozial benachteiligte Gruppen mehr Risikofaktoren ausgesetzt sind, trägt zu gesundheitlichen Ungleichheiten bei. Interessanterweise tritt dieses Muster jedoch nicht beim Alkoholkonsum auf: Sowohl regelmäßiges Trinken als auch Rauschtrinken sind unter Menschen mit höherem Bildungsstand und Einkommen weiter verbreitet (B-ZK, 2018b).

1: Rauschtrinken ist definiert als Konsum von sechs oder mehr alkoholischen Getränken (Erwachsene) bzw. fünf oder mehr alkoholischen Getränken (Jugendliche) zu einem einzigen Anlass.

4 Das Gesundheitssystem

Das österreichische Gesundheitssystem ist komplex. Die Bundesregierung ist für den rechtlichen Rahmen, einschließlich der Regulierung der Sozialversicherungsträger, verantwortlich. Die Sozialversicherungsträger sind operativ verantwortlich für die ambulante und rehabilitative Gesundheitsversorgung (außerhalb von Krankenhäusern) sowie die ambulante Arzneimittelversorgung; außerdem verhandeln sie Verträge mit Gesundheitsleistungserbringern. Die Länder regulieren die Krankenhausversorgung in ihren Zuständigkeitsbereichen innerhalb einem, auf Bundesebene festgelegten, rechtlichen Rahmen und sind hauptsächlich für die Organisation und Finanzierung der stationären und ambulanten Gesundheitsversorgung in Krankenhäusern verantwortlich. Die Finanzierung ist gemischt und fragmentiert, weil die Sozialversicherungsträger, die Bundesregierung, die Länder und die Gemeinden allesamt zum Budget beitragen.

Anhaltende Reformbemühungen haben die Verwaltung des Gesundheitssystems verbessert

Gegen die Fragmentierung der Organisation und Finanzierung wurde seit 2012 in gewissem Maße durch die Einführung des neuen Zielsteuerungssystems („Zielsteuerung-Gesundheit") im Rahmen umfassenderer Reformen vorgegangen. Alle wichtigen Akteure – die Bundesregierung, Sozialversicherungsträger und die Länder – sind nun Teil der Bundes-Zielsteuerungskommission (B-ZK), der obersten Entscheidungsinstanz, die Ziele für das Gesundheitssystem festlegt und formelle Verträge zwischen Interessenvertretern aushandelt (Kasten 1). Diese national geltenden Verträge sind gesetzlich bindend und bilden die Grundlage für Zielsteuerungsverträge auf Länderebene.

Darüber hinaus läuft derzeit eine strukturelle Reform zur Fusion der 21 bestehenden Sozialversicherungsträger zu nur mehr fünf. Insbesondere werden neun regionale Träger zu einem einzigen zusammengelegt, in dem ab Januar 2020 fast 80 % der Bevölkerung Österreichs erfasst sein werden. Das übergeordnete Ziel der neuen Struktur ist es, eine einheitlichere Versicherungsdeckung zu schaffen und die Verwaltungskosten zu senken. Allerdings haben der österreichische Rechnungshof und Experten Zweifel geäußert, ob mit der Fusion die von der Regierung angekündigte Senkung der Verwaltungskosten erreicht werden kann. Kritiker haben außerdem darauf hingewiesen, dass es keine Vereinheitlichung von Leistungen über alle Krankenversicherungen geben wird, weil es weiterhin getrennte Kassen, z. B. für Beamte und Selbstständige, geben wird.

Die Gesundheitsausgaben sind hoch, aber das Ausgabenwachstum liegt derzeit unter dem EU-Durchschnitt

Die Gesundheitsausgaben in Österreich sind hoch (Abbildung 7). Die laufenden Gesundheitsausgaben pro Kopf lagen im Jahr 2017 bei fast 3900 EUR (kaufkraftbereinigt) und damit rund 1000 über dem EU-Durchschnitt. und als Anteil am BIP vergleichbar mit dem EU-Durchschnitt.

Kasten 1. Im Rahmen der Zielsteuerungsverträge werden umfassende Reformen umgesetzt

Mit dem ersten Zielsteuerungsvertrag aus dem Jahr 2013 wurde eine Reformagenda für einen Zeitraum von vier Jahren (2013–2016) festgelegt. Im Jahr 2017 schloss die B-ZK einen zweiten Vertrag, mit dem Ziele für 2017–2021 festlegt wurden (BMASKG, 2018). Diese Verträge liegen fast alle andauernden Gesundheitsreformen in Österreich zugrunde – mit Ausnahme der Fusion der Sozialversicherungsträger.

Im ersten Vertrag wurden finanzielle Ziele sowie Ziele für Gesundheitsversorgungsstrukturen, -prozesse und -ergebnisse festgelegt. Das ursprüngliche finanzielle Ziel war ein Rückgang des Anstiegs der öffentlichen Gesundheitsausgaben auf 3,6 % pro Jahr bis 2016, gefolgt von einer Reduzierung auf 3,2 % bis 2021 im zweiten Vertrag[2]. Ein weiteres wichtiges Ziel war die Ausarbeitung eines neuen Ansatzes für die primäre Gesundheitsversorgung, was letztlich zur Verabschiedung des Primärversorgungsgesetzes 2017 geführt hat. Der zweite Vertrag schreibt die Errichtung von 75 multidisziplinären Primärversorgungseinheiten vor, und legt, neben der Stärkung der Gesundheitskompetenz und der Gesundheitsförderung in der Bevölkerung, einen Schwerpunkt auf die Umsetzung von Reformen.

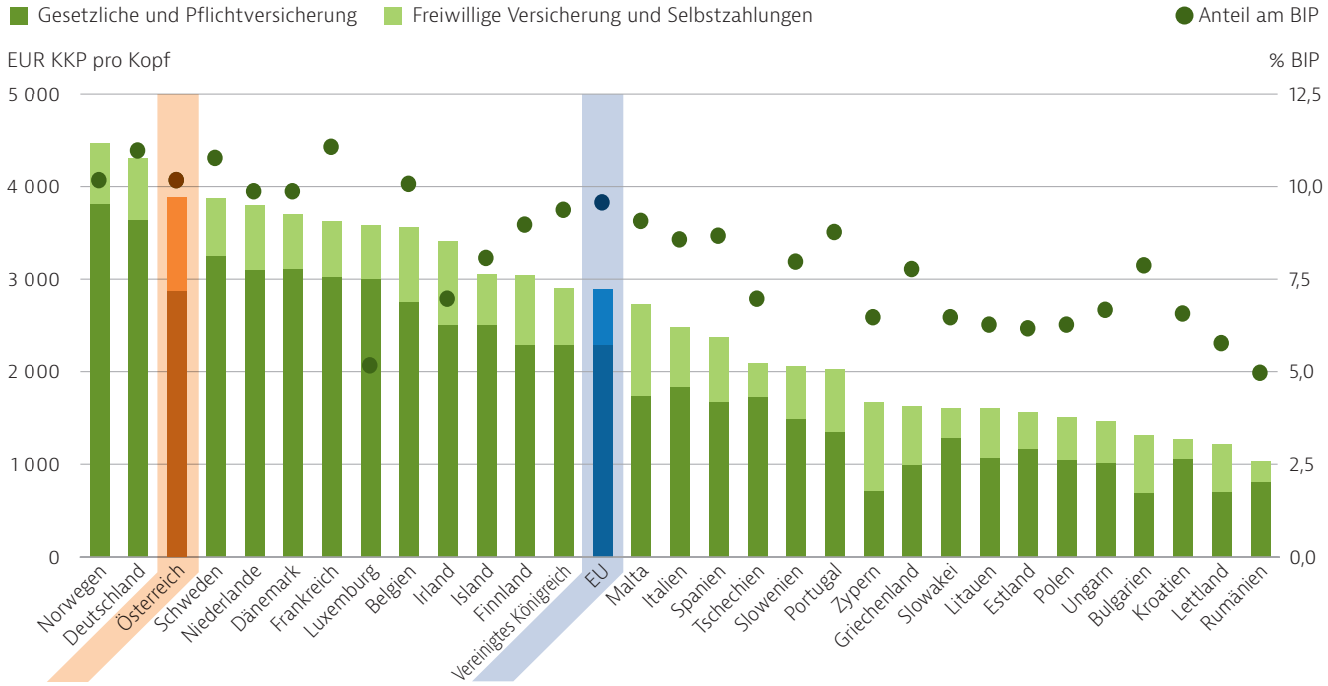
Die laufenden Gesundheitsausgaben stiegen zwischen 2009 und 2017 inflationsbereinigt um durchschnittlich 1,4 % pro Jahr (1,5 % in der EU). Unterdessen stieg der Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP von 10,2 % im Jahr 2009 auf 10,4 % im Jahr 2017 (gegenüber einem Anstieg von 9,7 % auf 9,8 % in der EU). Im Rahmen der Zielsteuerungs-Reformen wurde eine globale Obergrenze für die öffentlichen Gesundheitsausgaben eingeführt (siehe Kasten 1), wobei das Wachstum seit ihrer Einführung unter dem Ziel liegt. Der Anteil der Selbstzahlungen (19,2 % der Gesundheitsausgaben im Jahr 2017) liegt über dem EU-Durchschnitt (15,8 %) – hauptsächlich für Arzneimittel, Langzeitpflege und zahnärztliche Versorgung – ist aber seit 2010 stabil geblieben (siehe Abschnitt 5.2).

Die Sozialversicherungsträger finanzieren den größten Anteil der Gesundheitsausgaben (44 % im Jahr 2017), aber auch direkte öffentliche Ausgaben – vorwiegend Beiträge der Länder zur Finanzierung der stationären Versorgung – machen einen großen Anteil aus (30 %). Die Sozialversicherungsträgern stehen nicht in Konkurrenz zueinander, da die Zuordnung von Versicherten durch Beruf und/oder Wohnsitz bestimmt wird. Die Versicherungsbeiträge sind (für die meisten Menschen) auf 7,65 % des Bruttoeinkommens festgelegt und werden von Arbeitgebern und Arbeitnehmern (bis zu einem monatlichen Höchstbeitrag von 392 EUR im Jahr 2018) gemeinsam getragen. Alle Sozialversicherungsträger decken

2: Wachstumsraten sind nominal und nicht inflationsbereinigt.

im Großen und Ganzen dieselben Leistungen ab und seit 2017 wurden mehrere Schritte zur weiteren Harmonisierung der Leistungen unternommen; es bestehen jedoch weiterhin Unterschiede zwischen den Trägern was bestimmte Berufe anbelangt – zum Beispiel bei den Zuzahlungen oder der Selbstbeteiligung der Versicherten für Medizinprodukte (siehe Abschnitt 5.2).

Abbildung 7. Österreich hat deutlich höhere Gesundheitsausgaben als die meisten EU-Länder

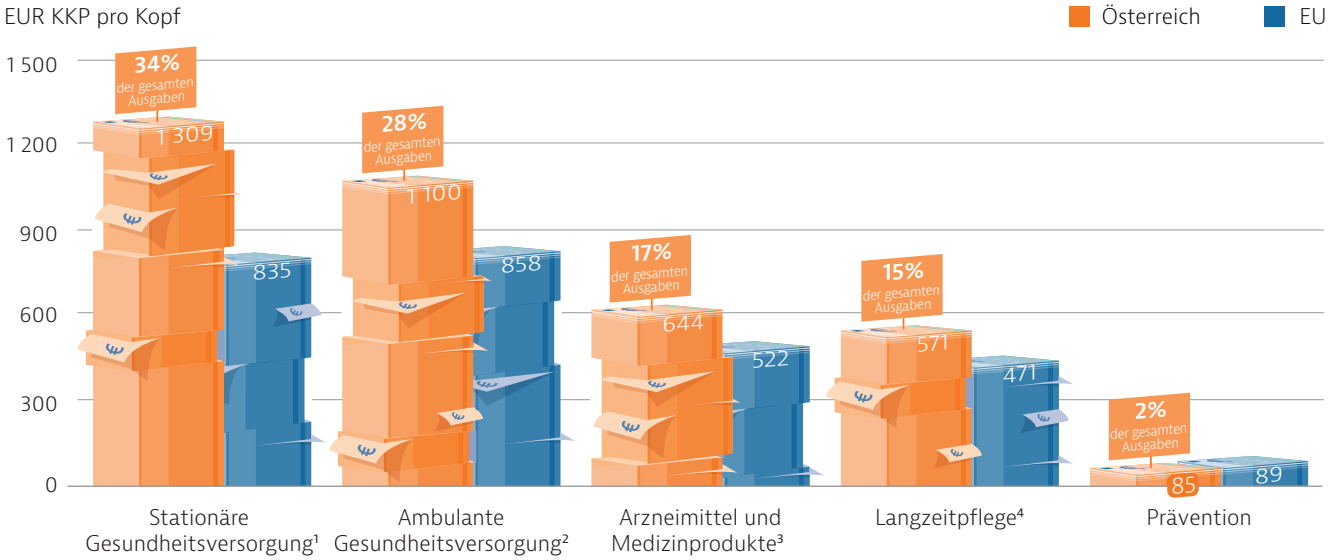


Quelle: OECD-Gesundheitsstatistik 2019 (die Daten beziehen sich auf 2017).

Die Ausgaben für die stationäre Gesundheitsversorgung liegen deutlich über dem EU-Durchschnitt

Die Gesundheitsausgaben sind stark in der stationären Gesundheitsversorgung konzentriert: Österreich gibt kaufkraftbereinigt mehr als 1300 EUR pro Kopf aus (Abbildung 8) – dies ist deutlich mehr als der EU-Durchschnitt (835 EUR) und wird nur von Luxemburg übertroffen. Trotz laufender Reformen zur Stärkung der primären und ambulanten Gesundheitsversorgung ist der für die stationäre Gesundheitsversorgung aufgewendete Anteil (33,8 % im Jahr 2017) seit 2010 lediglich um 0,8 Prozentpunkte zurückgegangen. Im Gegensatz dazu gibt Österreich nur 85 EUR pro Kopf für Präventionsmaßnahmen aus, was leicht unter dem EU-Durchschnitt liegt.

Abbildung 8. Österreich gibt pro Kopf fast 500 EUR mehr für die stationäre Gesundheitsversorgung aus als der EU-Durchschnitt



Hinweis: Verwaltungskosten sind nicht enthalten. 1. Beinhaltet kurative und rehabilitative Gesundheitsversorgung in Krankenhäusern und anderen Einrichtungen; 2. Beinhaltet häusliche Versorgung; 3. Beinhaltet nur den ambulanten Markt; 4. Beinhaltet nur die gesundheitliche Komponente.
Quelle: OECD-Gesundheitsstatistik 2019; Eurostat-Datenbank (die Daten beziehen sich auf 2017).

Die Landesgesundheitsfonds legen die vom Bund, von den Ländern und den Sozialversicherungsträgern stammenden Mittel zur Finanzierung von Krankenhäusern zusammen und bezahlen Krankenhäuser auf Grundlage einer Variante von diagnosebezogenen Fallpauschalen (Diagnosis-Related Groups, DRGs). Sozialversicherungsträger vergüten niedergelassene Ärzte, die Verträge mit Sozialversicherungsträgern (Kassenverträge) haben, durch eine Kombination aus Kontakt-pro-Kopf-Pauschalen und Einzelleistungsvergütungen. Patienten können auch bei Ärzten ohne Kassenvertrag vorstellig werden, müssen dies aber zunächst selbst bezahlen und erhalten nur 80 % der Erstattung zurück, die ein Sozialversicherungsträger einem Arzt mit Kassenvertrag für dieselbe Leistung bezahlen würde. Der Anteil der Ärzte ohne Kassenverträge ist in den letzten Jahren gestiegen und machte im Jahr 2018 55 % aller niedergelassenen Ärzte aus. Obwohl keine belastbaren Zahlen zu deren Tätigkeitsumfang verfügbar sind (viele sind gleichzeitig in Krankenhäusern angestellt und beziehen Zusatzeinkommen durch ihre private Praxis), gibt der Anstieg in den letzten Jahren Anlass zur Besorgnis über soziale und regionale Ungleichheiten (siehe Abschnitt 5.2).

Österreich weist die zweithöchste Zahl an Ärzten in der EU auf

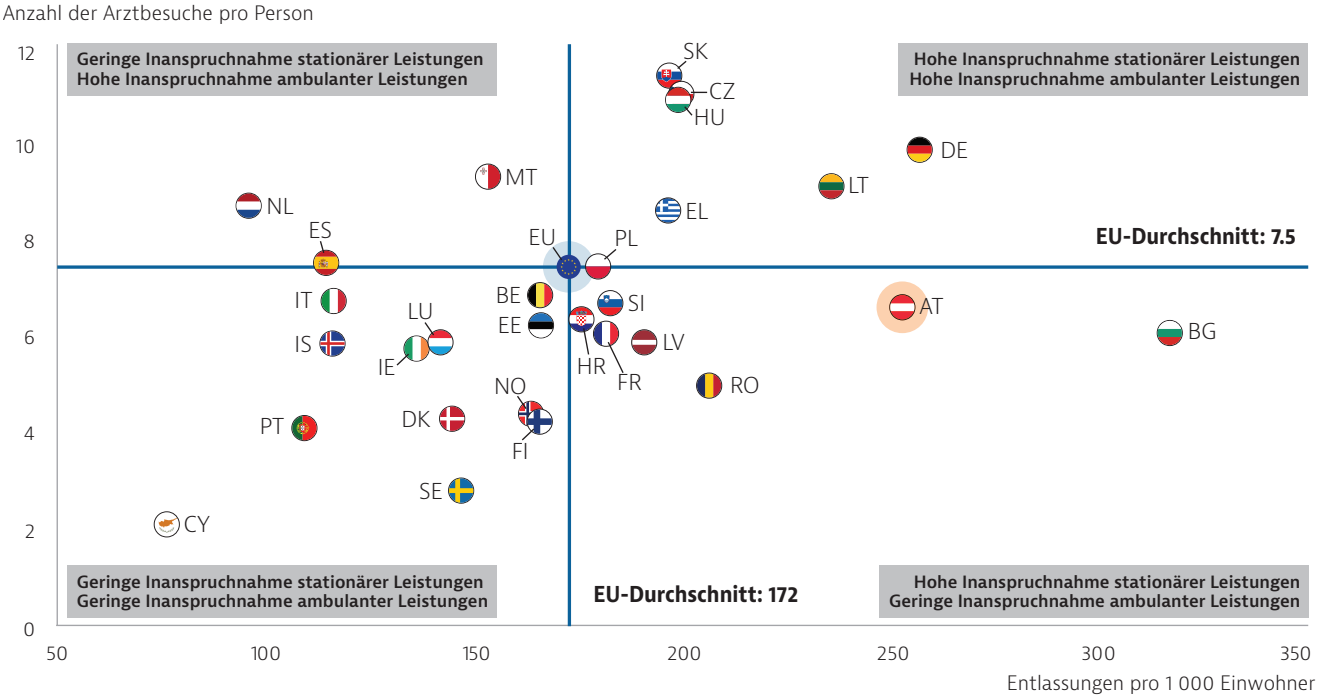
Österreich hatte im Jahr 2017 7,4 Akutbetten pro 1000 Einwohner, 46 % mehr als im EU-Durchschnitt (5,1 pro 1000) und die drittmeisten nach Deutschland und Bulgarien. Zwischen der Einführung des Zielsteuerungssystems im Jahr 2013 und 2017 ist die Anzahl der Betten jedoch um 3,5 % gesunken; dieser Rückgang ist mit dem EU-Durchschnitt vergleichbar. Die Dichte medizinischer Großgeräte (CT-, MRT- und PET-Scanner) liegt über dem Durchschnitt.

Österreich hat 5,2 Ärzte pro 1000 Einwohner, was erheblich über dem EU-Durchschnitt (3,6 pro 1000) liegt und den zweithöchsten Wert nach Griechenland ausmacht. Diese Zahl ist seit 2000 um fast 35 % gestiegen, was hauptsächlich an der gestiegenen Anzahl an Fachärzten liegt; gleichzeitig ist der Anteil der Allgemeinmediziner nun einer der niedrigsten in der EU (15 % aller Ärzte). Die Anzahl der Medizinabsolventen ist seit 2007 um etwa ein Drittel zurückgegangen, was Probleme für die nachhaltige Gewährleistung von Zugang zu Ärzten nach sich ziehen könnte (siehe Abschnitt 5.2). Ein Quotensystem für das Medizinstudium könnte zu dieser Entwicklung beigetragen haben, obwohl es hauptsächlich eingeführt wurde, um die Anzahl der ausländischen Studenten zu reduzieren, die sich nach ihrem Abschluss möglicherweise in ihrem Herkunftsland niederlassen. In den letzten Jahren wurden mehrere Maßnahmen ergriffen, um den Qualifikationsmix zu verbessern und einer weiteren Verringerung des Anteils der Allgemeinärzte entgegenzuwirken. Diese Reformen müssen jedoch erst Wirkung zeigen.

Laufende Reformen zielen darauf ab, die übermäßige Abhängigkeit von Krankenhäusern zu verringern und die Primärversorgung zu stärken

Die Erbringung von Gesundheitsdienstleistungen zeichnet sich durch die freie Wahl der Leistungserbringer und den uneingeschränkten Zugang zu allen Versorgungsebenen (Allgemeinärzte, Fachärzte und Krankenhäuser) aus. Die Inanspruchnahme stationärer Leistungen ist sehr hoch und Österreich hat eine der höchsten Raten an Krankenhausentlassungen in der EU (Abbildung 9). Wichtige Ziele der aktuellen zielorientierten Zielsteuerungsverträge des Bundes sind der Abbau der übermäßigen Abhängigkeit von Krankenhäusern und die Stärkung der Primärversorgung (siehe Abschnitt 5.3).

Abbildung 9. In Österreich werden in sehr hohem Maße stationäre, aber in unterdurchschnittlichem Maße ambulante Leistungen in Anspruch genommen



Hinweis: Die für Österreich angegebene Anzahl der Arztbesuche ist niedriger als der tatsächliche Istwert, da nur durch Sozialversicherungsträger erstattete Arztbesuche erfasst sind; Die Daten zu den Arztbesuchen in Griechenland und Malta sind Schätzwerte.
Quelle: Eurostat-Datenbank; OECD-Gesundheitsstatistik (die Daten beziehen sich auf 2016 oder das nächstgelegene Jahr).

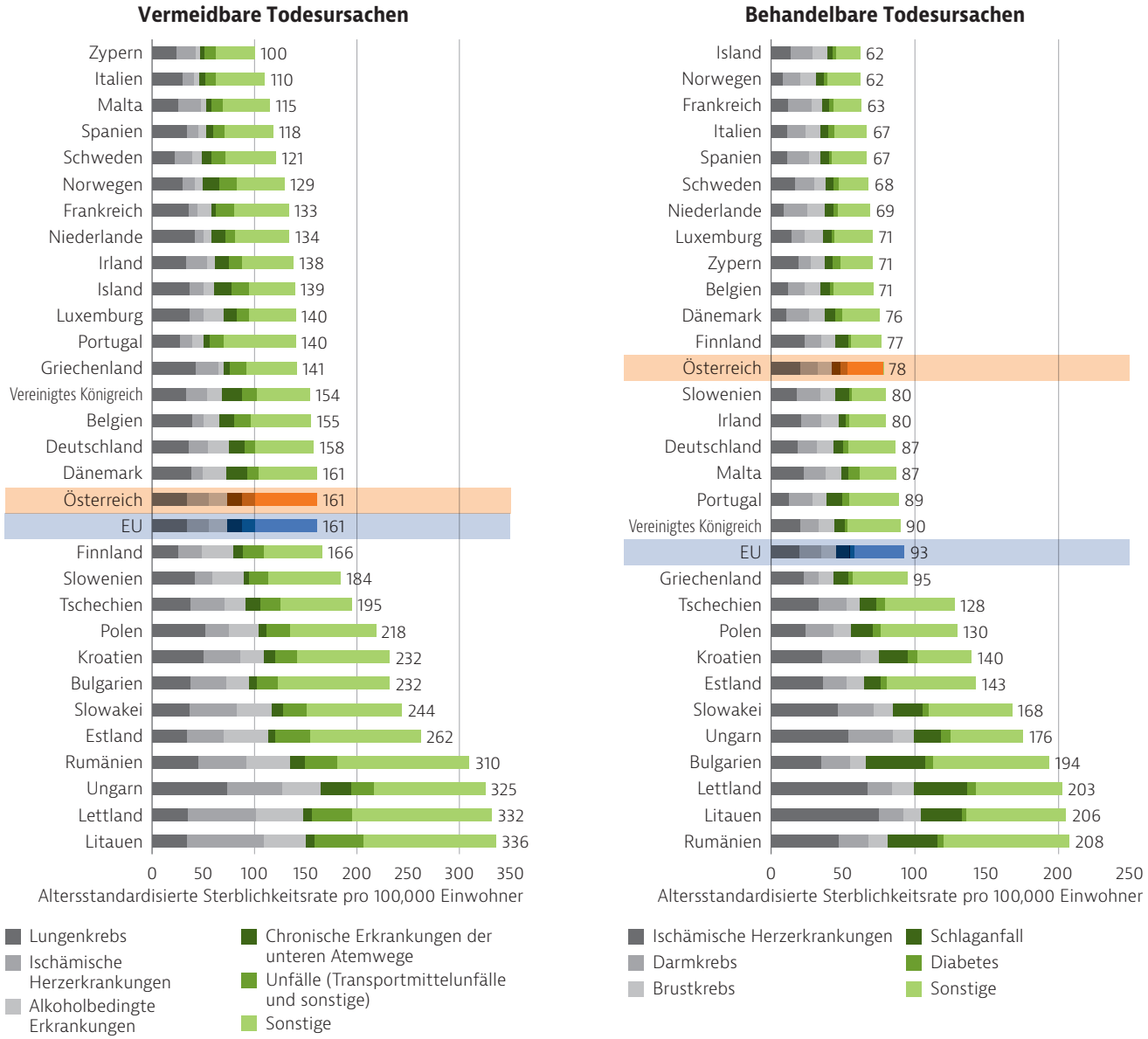
5 Leistung des Gesundheitssystems

5.1. Wirksamkeit

Die durch Gesundheitsleistungen vermeidbare Sterblichkeit ist niedriger als in den meisten EU-Ländern

Österreich verzeichnet eine geringe durch Gesundheitsleistungen vermeidbare Sterblichkeit (Abbildung 10), was darauf schließen lässt, dass die allgemeine Wirksamkeit des Gesundheitssystems gut ist. Trotzdem hätten im Jahr 2016 mehr als 12 000 Todesfälle durch wirksame Maßnahmen des öffentlichen Gesundheitswesens und durch Präventionsmaßnahmen, sowie 6000 Fälle durch eine wirksamere und frühzeitigere Gesundheitsversorgung vermieden werden können. Lungenkrebs, ischämische Herzerkrankungen und alkoholbedingte Erkrankungen machen die meisten vermeidbaren Todesursachen aus.

Abbildung 10. Die durch Gesundheitsleistungen vermeidbare Sterblichkeit ist niedriger als in den meisten anderen EU-Ländern



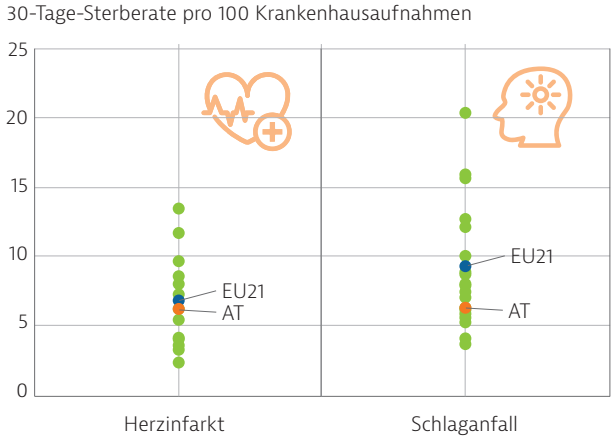
Hinweis: Vermeidbare Sterblichkeit bezieht sich auf Todesfälle, die überwiegend durch Maßnahmen des öffentlichen Gesundheitswesens und durch Primärpräventionsmaßnahmen vermieden werden könnten. Die Sterblichkeit aufgrund behandelbarer Ursachen bezieht sich auf Todesfälle, die überwiegend durch Gesundheitsleistungen, einschließlich Screenings und Behandlungen, vermieden werden könnten. Beide Indikatoren beziehen sich auf die vorzeitige Sterblichkeit (in einem Alter von unter 75 Jahren). Die Daten basieren auf den überarbeiteten OECD-/Eurostat-Listen.
Quelle: Eurostat-Datenbank (die Daten beziehen sich auf 2016).

Österreich schneidet in der Akutversorgung gut ab, die Anzahl der vermeidbaren Krankenhausaufnahmen ist jedoch nach wie vor hoch

Indikatoren deuten darauf hin, dass die Akutversorgung in österreichischen Krankenhäusern genauso oder etwas wirksamer ist als in den meisten anderen EU-Ländern. Während sich die Sterblichkeit nach der Krankenhausaufnahme aufgrund eines Herzinfarkts (akuter Myokardinfarkt – aMI) in den letzten Jahren verbessert hat und nun ungefähr dem EU-Durchschnitt entspricht, liegt die Sterblichkeit nach einer Krankenhausaufnahme aufgrund eines Schlaganfalls jedoch deutlich unter dem EU-Durchschnitt (Abbildung 11). Österreich verzeichnet außerdem gute Leistungen bei der Behandlung von Krebspatienten: Die Fünf-Jahres-Überlebensraten für Patienten mit Darm-, Lungen-, Brust- oder Prostatakrebs liegen über den EU-Durchschnittswerten.

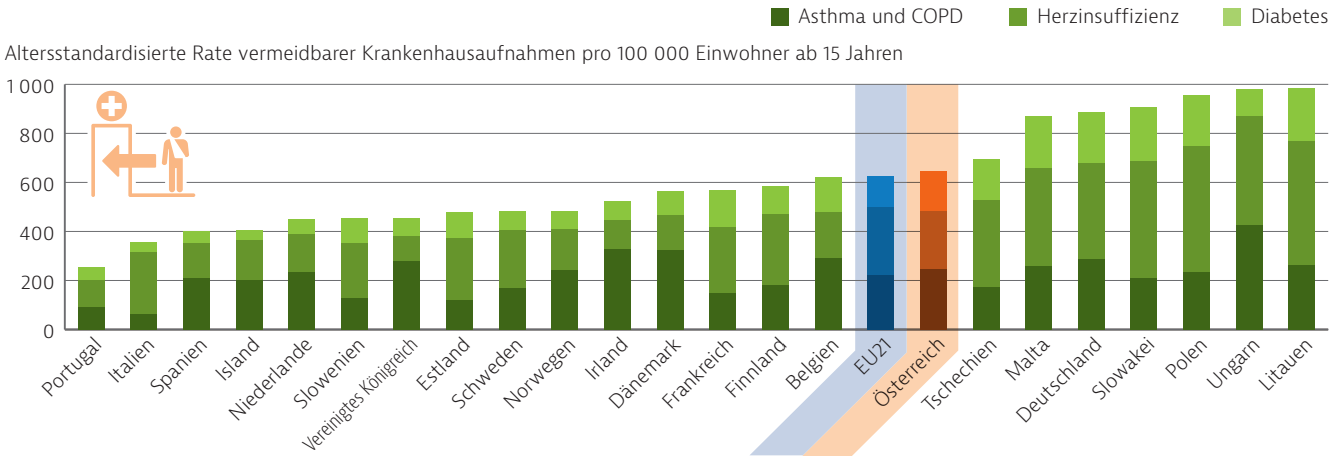
Im Gegensatz dazu weist Österreich nach wie vor eine hohe Anzahl von Krankenhausaufnahmen aufgrund chronischer Erkrankungen auf, die durch Primärversorgung vermeidbar wären. Insbesondere die summierte Aufnahmerate aufgrund von Asthma, chronisch obstruktiver Lungenerkrankung (COPD) und Diabetes, Krankheiten die bei guter Primärversorgung keine Krankenhausaufnahmen erfordern, liegen leicht über dem EU-Durchschnitt (Abbildung 12). Während die Krankenhausaufnahmen aufgrund von Asthma und COPD schneller zurückgegangen sind als in der EU insgesamt und die Aufnahmen aufgrund von Asthma jetzt unter dem Durchschnitt liegen, ist für Aufnahmen aufgrund von COPD weiterhin ein überdurchschnittlicher Wert zu verzeichnen.

Abbildung 11. Krankenhäuser bieten qualitativ hochwertige Behandlungen für akute Patienten



Hinweis: Die Zahlen basieren auf Daten zu Krankenhausaufnahmen und wurden bezüglich Alter und Geschlecht auf die OECD-Bevölkerung von 2010 standardisiert, die mindestens 45 Jahre alt war und wegen Herzinfarkt und ischämischen Schlaganfalls ins Krankenhaus aufgenommen wurde.
Quelle: OECD-Gesundheitsstatistik 2019 (die Daten beziehen sich auf 2017 oder das nächstgelegene Jahr).

Abbildung 12. Vermeidbare Krankenhausaufnahmen aufgrund chronischer Erkrankungen liegen weiterhin leicht über dem EU-Durchschnitt



Quelle: OECD-Gesundheitsstatistik 2019 (die Daten beziehen sich auf 2017 oder das nächstgelegene Jahr).

Die Krebs Screening-Raten sind relativ hoch, jedoch bleiben Lücken bei der Durchimpfungsrate

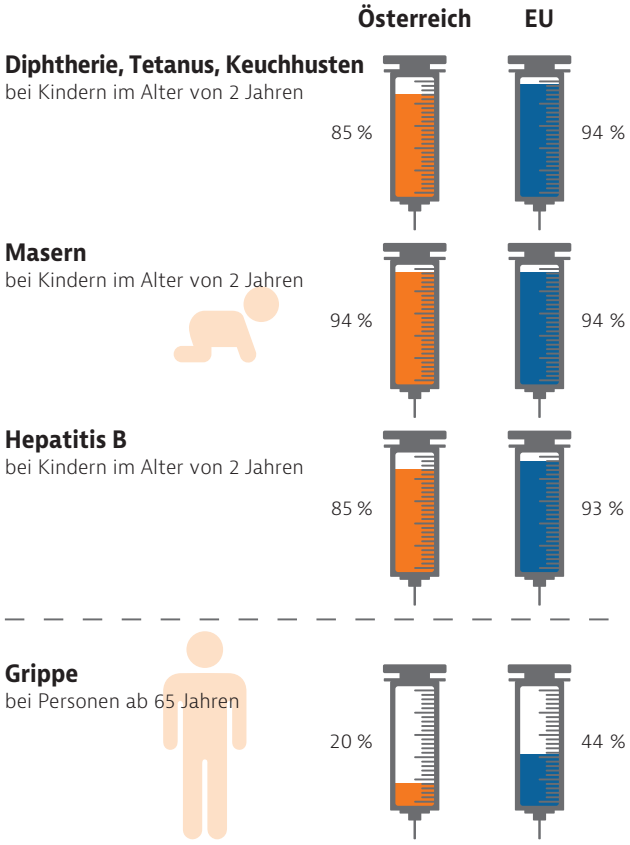
Österreich schneidet bei der Früherkennung von Krebs relativ gut ab. Im Jahr 2014 hatten schätzungsweise 73 % der Frauen im Alter von 50 bis 69 Jahren innerhalb der letzten zwei Jahre ein Brustkrebs-Screening, was deutlich über dem EU-Durchschnitt von 61 % liegt, aber unter den Werten von Ländern wie Spanien und Portugal (die Screening-Raten von mindestens 80 % melden). Im selben Jahr hatten schätzungsweise 87 % der Frauen im Alter von 20 bis 69 Jahren ein Screening auf Gebärmutterhalskrebs, mehr als in allen anderen EU-Ländern.

Die Durchimpfungsrate bei Kindern im Alter von 2 Jahren für Diphtherie, Tetanus und Keuchhusten lag 2018 deutlich unter dem EU-Durchschnitt (Abbildung 13). Die Durchimpfungsrate für Masern bei Kindern im Alter von 2 Jahren erreichte fast das Ziel der WHO von 95 %, lag aber bei der zweiten Dosis unter 95 %. Die Durchimpfungsrate variiert nach Altersgruppen, ist aber in der Regel für die zweite Dosis niedriger, obwohl Masernimpfstoffe in öffentlichen Impfzentren kostenlos und ohne Altersbeschränkung zur Verfügung stehen (BMASGK, 2019). Im Jahr 2015 wurden mehr als 300 Masernfälle gemeldet (36 Fälle pro 1 000 000 Einwohner); die Rate ist im Jahr 2016 auf 3/1 000 000 zurückgegangen, aber im Jahr 2018 wieder

auf 9/1 000 000 angestiegen. Daten aus dem Jahr 2014 deuten darauf hin, dass nur 20 % der Menschen ab 65 Jahren gegen Grippe geimpft waren. Dies liegt deutlich unter dem EU-Durchschnitt von 44 % und ist weit entfernt von dem WHO-Ziel von 75 %.

Die Daten zu Durchimpfungsraten basieren auf Simulationsmodellen (BMASGK, 2019) und sollten mit Vorsicht interpretiert werden, können sich aber mit der Einführung des elektronischen Impfpasses in Zukunft verbessern. Während die Meldung von Masernfällen eine Diskussion über die Durchimpfungsrate ausgelöst hat, sind derzeit keine Änderungen der Impfpolitik geplant.

Abbildung 13. Die Durchimpfungsrate ist für empfohlene Kinderimpfungen hoch, aber unter der älteren Bevölkerung niedrig



Hinweis: Die Daten beziehen sich auf die dritte Dosis für Diphtherie, Tetanus, Keuchhusten und Hepatitis B und die erste Dosis für Masern. Quelle: WHO/UNICEF Global Health Observatory Data Repository für Kinder (die Daten beziehen sich auf 2018); OECD-Gesundheitsstatistik 2019 und Eurostat-Datenbank für Personen ab 65 Jahren (die Daten beziehen sich auf 2017 oder das nächstgelegene Jahr).

Lebensstilbedingte Risikofaktoren sind nach wie vor ein Problem für die öffentliche Gesundheit

Eine ungesunde Lebensweise ist ein wesentlicher Risikofaktor für die österreichische Bevölkerung. Insbesondere Tabak- und Alkoholkonsum liegen weiterhin über dem EU-Durchschnitt. Weitere Probleme sind unter anderem mangelnde körperliche Aktivität und ungesunde Ernährung, wie z. B. hoher Zucker- und Salzkonsum und die damit verbundene Zunahme von Fettleibigkeit (siehe Abschnitt 3).

Maßnahmen der Politik, mit denen vom Rauchen abgehalten werden soll, sind in Österreich weniger ausgeprägt als in vielen anderen EU-Ländern. Das gesetzliche Mindestalter für das Rauchen wurde im Januar 2019 von 16 auf 18 Jahre angehoben. Während Tabakwerbung und das Rauchen im Auto in Anwesenheit von Kindern verboten sind, wurde ein generelles Rauchverbot in den Innenbereichen von Restaurants, Bars und anderen gastronomischen Betrieben verschoben. Das Gesetz wurde ursprünglich im Jahr 2015 erlassen und sollte im Mai 2018 in Kraft treten, wurde aber nachträglich aufgehoben. Aufgrund der Aufhebung dürfen die betroffenen Betriebe das Rauchen in ihren Innenbereichen weiterhin gestatten, wenn sie nur einen einzigen Gastraum mit weniger als 50 m2 haben der als Raucherbereich ausgewiesen ist, oder wenn sie getrennte Räume für Raucher und Nichtraucher bereitstellen, sollte dieser Wert überschritten werden. Ein neuerliches Verbot soll im November 2019 in Kraft treten.

Im Rahmen der österreichischen Gesundheitsziele hat die Regierung einen umfassenden Aktionsplan zur Förderung der körperlichen Aktivität erarbeitet (BMGF, 2017). Dieser sieht ein breites Spektrum an Maßnahmen für die allgemeine Bevölkerung und insbesondere für vier Altersgruppen (Kinder, Jugendliche, Erwachsene und Senioren) sowie prozessbezogene Umsetzungsindikatoren vor.

Obwohl Österreich hohe Gesundheitsausgaben hat, wurden 2017 nur 2,2 % der Gesamtausgaben für Präventionsmaßnahmen ausgegeben, verglichen mit 3,1 % in der EU. Die Präventionsausgaben stiegen jedoch zwischen 2009 und 2017 um durchschnittlich 1,6 % pro Jahr, was leicht über dem realen Anstieg der gesamten Gesundheitsausgaben von 1,4 % liegt.

5.2. Zugang

Es besteht eine nahezu universeller Versicherungsschutz

Im der sozialen Krankenversicherung Österreichs ist beinahe die gesamte Bevölkerung erfasst: 2017 waren 99,9 % der Österreicher über die Sozialversicherungsträger versichert (OECD, 2018) (siehe Abschnitt 4). Die soziale Krankenversicherung ist für alle Personen in formalen Arbeitsverhältnissen und für alle Selbstständigen verpflichtend. Der Versicherungsschutz deckt auch abhängige Familienangehörige der Versicherten und Kinder bis zum Alter von 18 Jahren ab (oder, wenn sie sich in Vollzeitausbildung befinden, bis zum Alter von 27 Jahren), sowie Rentner, Arbeitslose und Sozialhilfeempfänger. Personen ohne Pflichtversicherung, wie z. B. Teilzeitarbeitnehmer mit einem monatlichen Einkommen unterhalb einer festgelegten Schwelle und Studenten ab 27 Jahren, können sich freiwillig bei einem der Sozialversicherungsträger versichern lassen. Infolge der politischen Maßnahmen zur Ausweitung der Versicherungsabdeckung auf Menschen ohne festen Arbeitsplatz, einschließlich registrierter Asylbewerber und Sozialhilfeempfänger, ist die Zahl der Nichtversicherten in den letzten 15 Jahren zurückgegangen. Eine kleine Anzahl von Menschen bleibt jedoch nichtversichert, darunter irreguläre Migranten, Studenten über der Altersgrenze für die Mitversicherung bei ihren Eltern und Menschen ohne eine vorhergehende formale Beschäftigung (Fuchs, 2018).

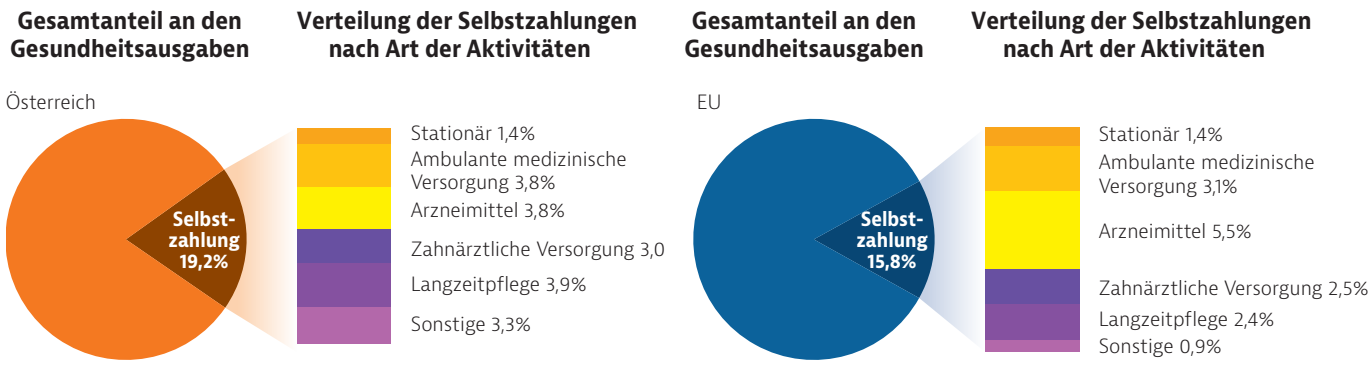
Der ungedeckte medizinische Bedarf ist gering, trotz vergleichsweise hoher Selbstzahlungen

Im Jahr 2017 entsprachen Selbstzahlungen knapp 19 % der gesamten Gesundheitsausgaben in Österreich, was über dem EU-Durchschnitt (16 %; Abbildung 14) liegt und höher ist als in anderen Ländern mit einem ähnlich hohen BIP, wie z. B. Dänemark (14 %), Deutschland (12 %) und den Niederlanden (11 %). Langzeitpflege, Arzneimittel und die ambulante medizinische Versorgung sind die Hauptursachen für Selbstzahlungen (jeweils fast 4 % der gesamten Gesundheitsausgaben), gefolgt von der zahnärztlichen Versorgung (3 %).

Trotz relativ hoher Selbstzahlungen vermelden die Österreicher eines der EU-weit niedrigsten Niveaus an ungedecktem medizinischem Bedarf aufgrund von Kosten, Anfahrtsweg oder Wartezeiten, sowie sehr geringe Unterschiede zwischen den Einkommensgruppen (Abbildung 15). Dies lässt sich teilweise durch verschiedene Befreiungen von privaten Zuzahlungen und Rezeptgebühren für benachteiligte Bevölkerungsgruppen, wie z. B. Patienten mit Infektionserkrankungen (z. B. Hepatitis und HIV/AIDS), Menschen mit niedrigem Einkommen oder Empfänger von Sozialversicherungsleistungen und Asylbewerber, sowie durch einen guten Zugang zu ambulanten Kliniken und öffentlichen Krankenhäusern erklären. Darüber hinaus ist die jährliche Summe der Rezeptgebühren für Arzneimittel für alle Personen auf 2 % des persönlichen Einkommens begrenzt. Die Häufigkeit katastrophaler Selbstzahlungen ist jedoch stark von der verwendeten Definition abhängig. Bei einem Schwellenwert von 40 % der gesamten Haushaltsnettoausgaben für elementare Bedürfnisse vermelden nicht mehr als 3 % der privaten Haushalte katastrophale Gesundheitsausgaben; dieser Anteil ist mit dem anderer einkommensstarker EU-Länder vergleichbar. Demgegenüber mussten 12 % der österreichischen privaten Haushalte im Jahr 2015 Selbstzahlungen in Kauf nehmen, die 10 % ihrer gesamten Haushaltsausgaben überstiegen, was einer höheren Rate von katastrophalen Ausgaben als in den meisten einkommensstarken Ländern der EU entspricht (Cylus, Thomson & Evetovits, 2018).

Kieferorthopädische Behandlungen, Zahnprothesen und Mundhygienebehandlungen sind von Sozialversicherungsträgern nur schlecht abgedeckt, was zu einer deutlich höheren einkommensbedingten Ungleichheit im ungedeckten Bedarf an zahnärztlicher Versorgung führt als bei anderer medizinischer Versorgung, obwohl die Abdeckung schwerer kieferorthopädischer Eingriffe für Jugendliche unter 18 Jahren im Jahr 2014 ausgeweitet wurde (Czypionka, Röhrling & Six, 2018). Es wurden auch Hindernisse für den Zugang zu Leistungen im Bereich der psychischen Gesundheit für Kinder und Jugendliche festgestellt. Dass solche Leistungen durch die Sozialversicherungsträger nur in begrenztem Maße übernommen werden und somit hohe Selbstzahlungen entstehen, wird durch strukturelle Probleme, wie z. B. eine geringe Dichte bestimmter Fachärzte (insbesondere in ländlichen Gebieten), weiter verschärft.

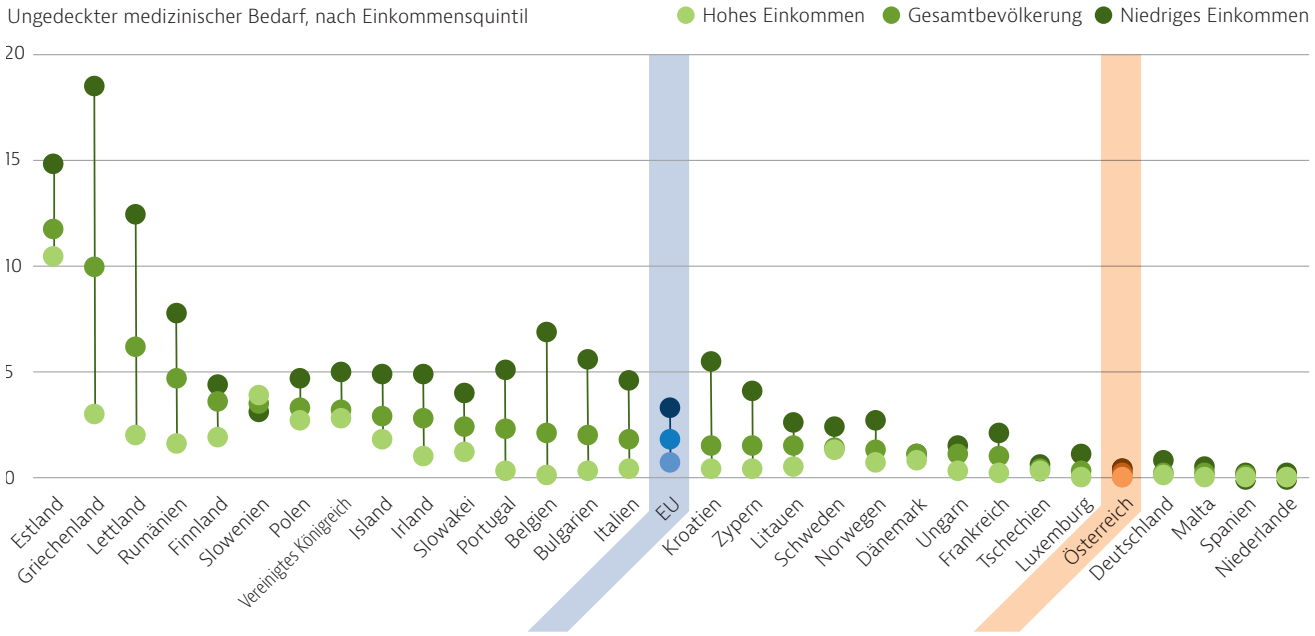
Abbildung 14. Selbstzahlungen werden hauptsächlich durch ambulante Arzneimittel und ambulante medizinische Versorgung verursacht



Quelle: OECD-Gesundheitsstatistik 2019 (die Daten beziehen sich auf 2017).

Im Jahr 2017 hatten ca. 37 % der Bevölkerung eine private Zusatzversicherung (VVO, 2018), auf die jedoch nur 5 % der gesamten Gesundheitsausgaben entfielen. Die private Krankenversicherung hat in erster Linie eine ergänzende Funktion und bietet eine höherwertige Unterbringung in Krankenhäusern, eine größere Auswahl der Gesundheitsleistungserbringer und kürzere Wartezeiten für elektive Leistungen. Obwohl eine Bevorzugung von Patienten mit Zusatzversicherung nicht zulässig ist, geht aus Daten hervor, dass diese Patienten in öffentlichen Krankenhäusern schnelleren Zugang zu elektiver Versorgung haben (Czypionka, Röhrling & Six, 2018).

Abbildung 15. Österreicher vermelden ein sehr geringes Niveau an ungedecktem medizinischen Bedarf



Hinweis: Die Daten beziehen sich auf ungedeckten Bedarf an medizinischen Untersuchungen oder Behandlungen aufgrund von Kosten, Entfernungen oder Wartezeiten. Beim Vergleich dieser Daten zwischen den Ländern ist Vorsicht geboten, da es bei den eingesetzten Erhebungsinstrumenten einige Unterschiede gibt.
Quelle: Eurostat-Datenbank, auf der Grundlage der EU-SILC (die Daten beziehen sich auf 2017).

Zuzahlungen stellen den Hauptunterschied im Leistungsumfang zwischen den Sozialversicherungsträgern dar

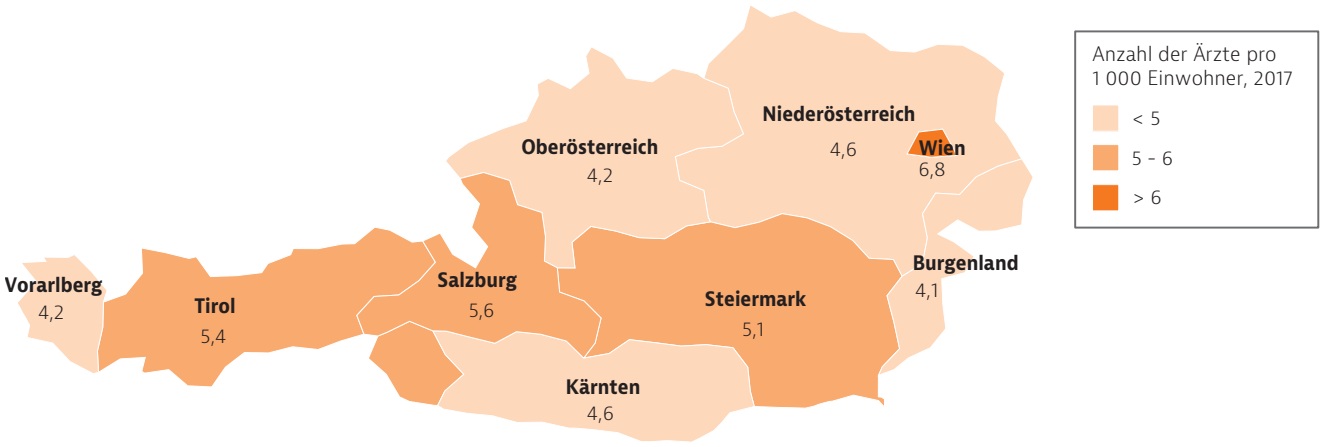
Die Mindestleistungen der Sozialversicherungsträger abgedeckten Leistungen sind durch die Bundesgesetzgebung festgelegt, einschließlich eines breiten Spektrums an Präventions-, Krankheits- und Mutterschaftsleistungen; daher gibt es zwischen den Trägern nur geringe Unterschiede im Hinblick auf die Übernahme von Kernleistungen. Obwohl es grundsätzlich keine Positiv- oder Negativlisten gibt, sind detaillierte Kataloge der außerhalb von Krankenhäusern erbrachten abgedeckten Leistungen in Kollektivverträgen zwischen Sozialversicherungsträgern und Berufsverbänden festgelegt. Diese sind vertragsspezifisch, folgen aber im Allgemeinen dem Leitprinzip des Gesundheitssystems, dass Leistungen ausreichend und angemessen sein müssen, jedoch das Notwendige nicht überschreiten sollten. Die jüngste Ausweitung des gesetzlichen Leistungskatalogs war die Aufhebung von Selbstbeteiligungen für Kinder in Krankenhäusern im Jahr 2017. Obwohl ein Arzneimittelerstattungskodex vorliegt, können Sozialversicherungsträger auch Arzneimittel übernehmen, die im Allgemeinen nicht abgedeckt sind, wenn für den einzelnen Patienten eine Genehmigung erteilt wird.

Zuzahlungen stellen den Hauptunterschied zwischen den einzelnen Sozialversicherungsträgern dar, was den Leistungsumfang anbelangt. Obwohl Zuzahlungen derzeit unter den regionalen Krankenkassen harmonisiert werden, hat diesbezüglich noch keine Ausweitung auf die Berufskrankenkassen (z. B. für Beamte oder Selbstständige) stattgefunden. Für Selbstständige gelten in der Regel höhere Zuzahlungen als für Personen, die bei anderen Sozialversicherungsträgern versichert sind. Selbstbehalte können ebenfalls unterschiedlich sein, zum Beispiel für therapeutische und medizinische Hilfsmittel, Medizinprodukte und Psychotherapie. Über den Mindest-Leistungskatalog hinaus können Krankenkassen außerdem Leistungen wie kosmetische Behandlungen, Maßnahmen zur gesundheitlichen Konsolidierung und Krankheitsprävention oder auch Reisekosten von Pflegepersonen übernehmen. Die Unterschiede zwischen den Krankenkassen im Leistungsumfang werden voraussichtlich aufgrund der Fusion der Sozialversicherungsträger (siehe Abschnitt 4) und einer Verpflichtung zur Einführung eines einheitlichen Kollektivvertrags zwischen Sozialversicherungsträgern und Leistungserbringern weiter abnehmen.

Alterndes Personal im Gesundheitswesen und die steigende Anzahl der Ärzte ohne Kassenverträge erfordern Maßnahmen

Die Verfügbarkeit und Zugang zu Leistungen sind im Allgemeinen sehr gut. Der von den Befragten selbst berichtete ungedeckte Bedarf aufgrund von Wartezeiten tendiert gegen null. Außerdem sind Ärzte relativ gleichmäßig über die Länder verteilt (Abbildung 16). Geographische Ungleichheiten betreffen hauptsächlich gewisse Fachärzte mit Kassenverträgen (z. B. Neurologen, Psychiater und Radiologen), die tendenziell in städtischen Gebieten konzentriert sind, wo ihre Dichte bis zu 2- bis 3-mal höher ist als in Regionen mit der niedrigsten Dichte. Die Krankenhausambulanzen wirken diesen Ungleichheiten teilweise entgegen.

Abbildung 16. Die Dichte der Ärzte liegt selbst in Regionen mit niedriger Dichte über dem EU-Durchschnitt

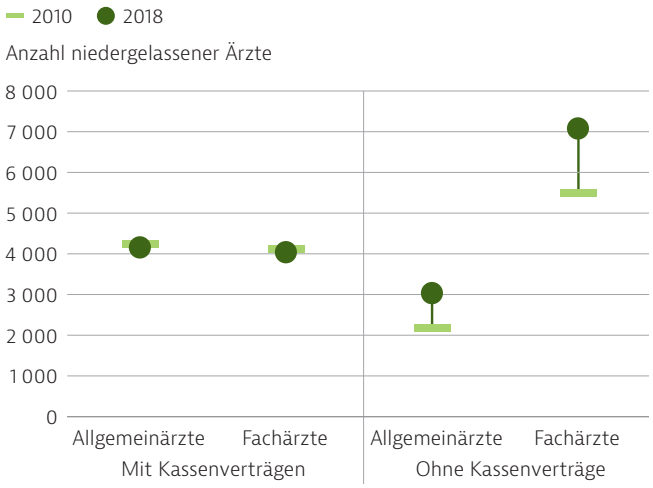


Quelle: basierend auf Statistik Austria (2019) (die Daten beziehen sich auf 2017).

Es besteht jedoch die Befürchtung, dass die Verfügbarkeit von Leistungen durch die steigende Zahl von Ärzten ohne Kassenverträge und die stagnierende Zahl von Ärzten mit Kassenverträgen negativ beeinflusst wird (Abbildung 17). Dies wird unter anderem den im Jahr 2009 verabschiedeten Maßnahmen zur Kostensenkung bei Sozialversicherungsträgern zugeschrieben. Während Sozialversicherungsträger und Ärztekammern eine flächendeckende Personalplanung für jedes Bundesland verhandeln, können Ärzte ohne Kassenverträge wählen, wo sie ihre Praxis einrichten möchten. Außerdem können sie ihre Preise frei festlegen, obgleich die Erstattung der Sozialversicherungsträger für ihre Leistungen auf 80 % des Honorars für Ärzte mit Kassenverträgen begrenzt ist. Eine zunehmende Abhängigkeit von Ärzten ohne Kassenverträge könnte daher zu finanziellen Hürden beim Zugang und zu geografischen Ungleichheiten bei der Verfügbarkeit von Leistungen beitragen.

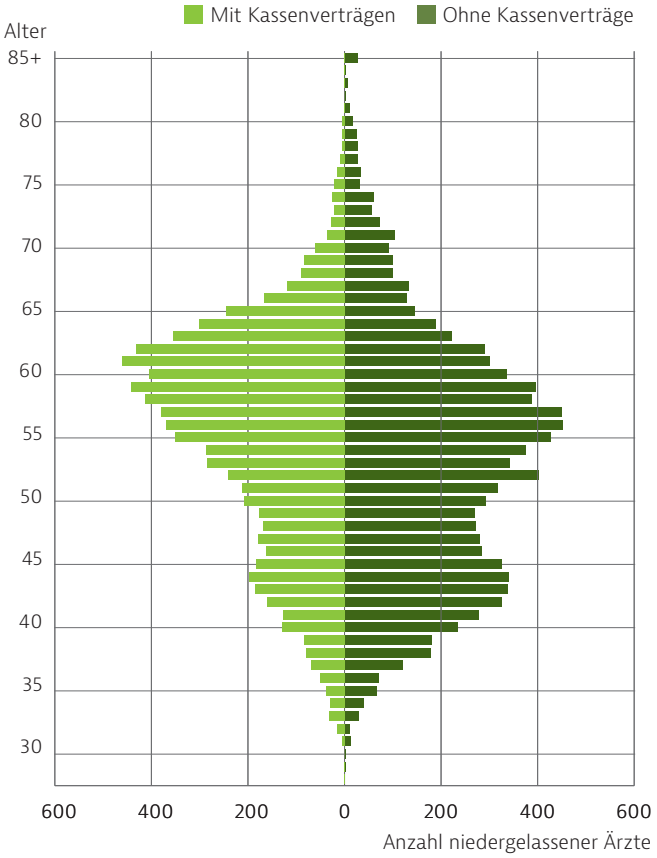
Darüber hinaus könnte die Verfügbarkeit von Leistungen in den nächsten 10 bis 15 Jahren durch eine Welle von Pensionierungen unter Ärzten negativ beeinflusst werden. Die aktuelle Altersverteilung zeigt, dass viele Ärzte – insbesondere Ärzte mit Kassenverträgen – bald in Pension gehen werden (Abbildung 18).

Abbildung 17. Die Anzahl der Ärzte mit Kassenverträgen stagniert



Quelle: basierend auf Daten der Österreichischen Ärztekammer (2019). Die Daten stellen die Anzahl der Ärzte dar, die am letzten Tag des Jahres registriert waren.

Abbildung 18. Ein großer Anteil der österreichischen Ärzte wird in den nächsten 10 Jahren in Pension gehen



Quelle: Die Verfasser berufen sich auf Daten der Österreichischen Ärztekammer (2019). Die Daten beziehen sich auf den 31. Dezember 2018.

Reformen zielen darauf ab, die Primärversorgung effektiver und für Ärzte attraktiver zu gestalten

Neben der Effektivitätssteigerung der Primärversorgung bestand eines der Ziele des Primärversorgungsgesetzes 2017 (siehe Kasten 1 in Abschnitt 4) darin, eine gleichmäßige und nachhaltige Versorgung und Verteilung von Ärzten und Angehörigen anderer Gesundheitsberufe sicherzustellen, sowie die Attraktivität der Primärversorgung als Karriere mit multiprofessioneller Teamarbeit zu steigern. Seit 2017 wurde eine Reihe von Personalpolitiken eingeführt, um dem unausgewogenen Qualifikationsmix zu begegnen und Möglichkeiten für neue Modelle der Leistungserbringung zu schaffen (Kasten 2).

Im Jahr 2018 wurde ein neues Gesundheitsberuferegister der Angehörigen der Gesundheitsberufe eingerichtet, das die Registrierung für Gesundheitsberufe vorschreibt, die zuvor ausgenommenen waren, einschließlich Krankenpfleger und Langzeitpflegekräfte. Bisher nicht vorhandene Daten über die Anzahl und Verteilung von Krankenpflegern, die außerhalb von Krankenhäusern arbeiten, werden voraussichtlich Anfang 2020 vorliegen.

Kasten 2. Förderung von Zusammenarbeit und eines Qualifikationsmixes in der Primärversorgung zugunsten einer effizienten Leistungserbringung

Österreich ist in allen Gesundheitseinrichtungen stark von einer Leistungserbringung durch Allgemein- und Fachärzte abhängig. Das Altern der Ärzte, die geringe Zahl der Medizinabsolventen, die sich für Allgemeinmedizin entscheiden und die stagnierende Zahl der Ärzte mit Kassenverträgen stellen jedoch eine Herausforderung für die ambulante Versorgung, insbesondere die Primärversorgung, dar.

Das Primärversorgungsgesetz von 2017 zielte darauf ab, diese Ungleichgewichte zu überwinden, indem der Qualifikationsmix und die strukturelle Zusammenarbeit zwischen Allgemeinärzten und anderen Angehörigen der Gesundheitsberufe verbessert werden. So sollen multidisziplinäre Primärversorgungseinheiten eingerichtet werden, die ein Kernteam aus Allgemeinärzten, fachkundigen Krankenpflegern und Praxisassistenten umfassen, die für die Patientenorientierung und die Koordinierung der Leistungen verantwortlich sind. Die Einheiten können auch Kinderärzte und andere Fachkräfte (Physiotherapeuten oder Sozialarbeiter) umfassen. Sie können sich Räumlichkeiten teilen oder sich in Netzwerken mehrerer gesonderter Praxen organisieren und eng mit anderen Anbietern (Apotheken, Fachärzten, Krankenhäusern, Pflegeheimen, Schulen, Sozialversicherungsträgern usw.) kooperieren. Wenn Einzelpraxen durch eine teambasierte Versorgung ersetzt werden, wird davon ausgegangen, dass sich die Arbeitsbedingungen verbessern (im Hinblick auf Arbeitszeiten, Flexibilität, Arbeitsbelastung), mehr medizinisches Fachpersonal für die Primärversorgung gewonnen wird und die Leistungserbringung an Effizienz gewinnt.

Eine weitere Neuerung war die Einführung von Pflegeassistenten als neuer Beruf im Jahr 2016. Die Ausbildung zum fachkundigen Krankenpfleger wird in Form eines Bachelor-Studiengangs stattfinden, der bis 2024 nach und nach an Fachhochschulen eingeführt wird.

5.3. Anpassungsfähigkeit[3]

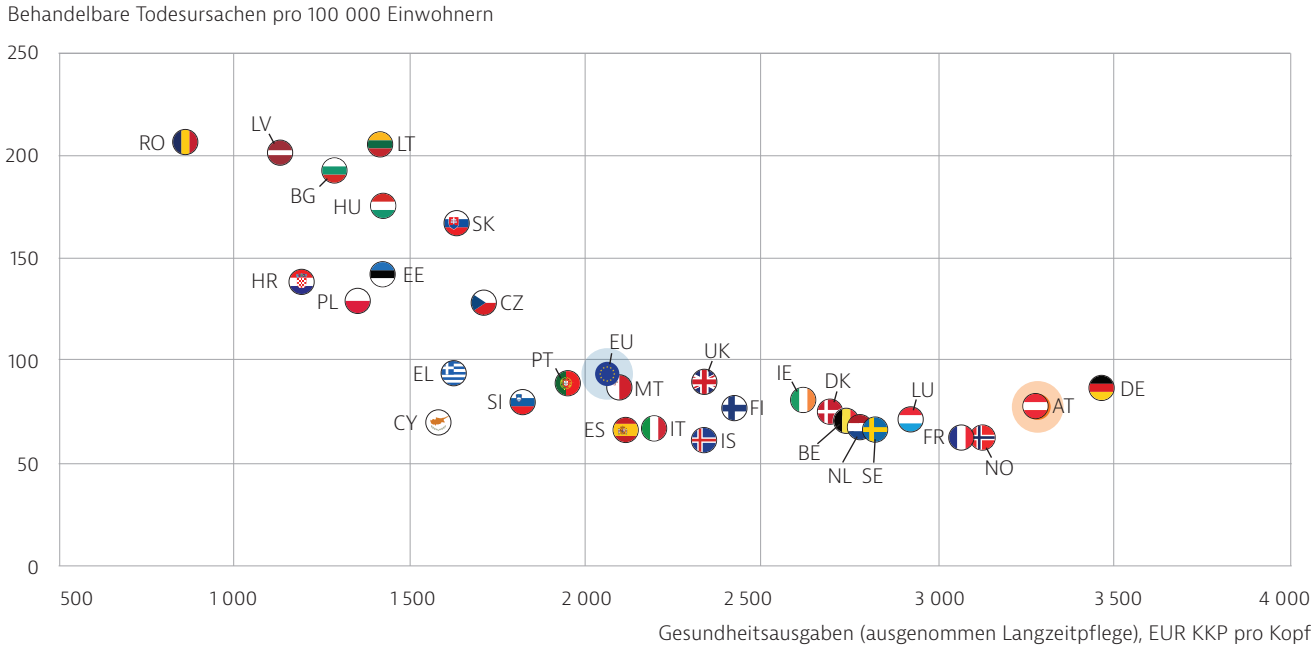
Die Bevölkerungsalterung wird den Druck auf die öffentlichen Ausgaben für Gesundheit und Langzeitpflege erhöhen

Wie in anderen einkommensstarken EU-Ländern stellt die Bevölkerungsalterung auch für die finanzielle Nachhaltigkeit des österreichischen Gesundheitssystems eine mittel- und langfristige Herausforderung dar (Rat der Europäischen Union, 2019). Während die Ausgaben für die Gesundheitsversorgung und Langzeitpflege als Anteil am BIP weiter steigen dürften, wird der Anteil der Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter, die die Ausgaben finanzieren, sinken. Dementsprechend wird prognostiziert, dass sich die öffentlichen Ausgaben für Langzeitpflege als Anteil am BIP von 1,9 % auf 3,8 % verdoppeln und damit den EU-Durchschnitt um fast 1,1 Prozentpunkte übertreffen werden (Europäische Kommission-EPA, 2018). Unterdessen dürften die öffentlichen Ausgaben für die Gesundheitsversorgung von 7 % des BIP im Jahr 2016 auf 8,3 % bis 2070 steigen. Der Anteil an der Gesamtbevölkerung, der nicht im erwerbsfähigen Alter ist – also Kinder, in Ausbildung befindliche junge Erwachsene und Senioren – wird dagegen von rund 30 % im Jahr 2015 auf voraussichtlich 55 % bis 2060 ansteigen. Diese Tendenz ist mit dem EU-Durchschnitt vergleichbar. Die Sicherstellung der Nachhaltigkeit des Gesundheits- und Langzeitpflegesektors ist auch Teil der länderspezifischen Empfehlung des Rates der Europäischen Union im Rahmen des Europäischen Semesters 2019 (Rat der Europäischen Union, 2019).

Die Abhängigkeit von Krankenhäusern sollte verringert und der kostenwirksame Einsatz von Arzneimitteln erhöht werden

Österreich ist stark auf Krankenhausleistungen angewiesen; dies trägt zu einem unverhältnismäßig hohen Niveau der Gesundheitsausgaben angesichts der erzielten Gesundheitsergebnisse bei (Rat der Europäischen Union, 2019). So verzeichnete Österreich 2016 unter allen EU-Ländern die dritthöchste Zahl von Krankenhausentlassungen pro Einwohner, die nur von Bulgarien und Deutschland übertroffen wurde und rund 50 % über dem EU-Durchschnitt lag. Die stationäre Versorgung beansprucht einen besonders hohen Anteil der Gesundheitsausgaben (siehe Abschnitt 4). Daher sind die Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben im Verhältnis zu der durch die Sterblichkeit auf Grund von behandelbaren Ursachen recht hoch (Abbildung 19). Viele Länder erzielen ähnliche oder niedrigere Sterblichkeitsraten bei geringeren Pro-Kopf-Kosten, was darauf schließen lässt, dass eine Effizienzsteigerung möglich ist.

Abbildung 19. Österreich weist Verbesserungspotenzial bei der Effizienz des Gesundheitssystems auf

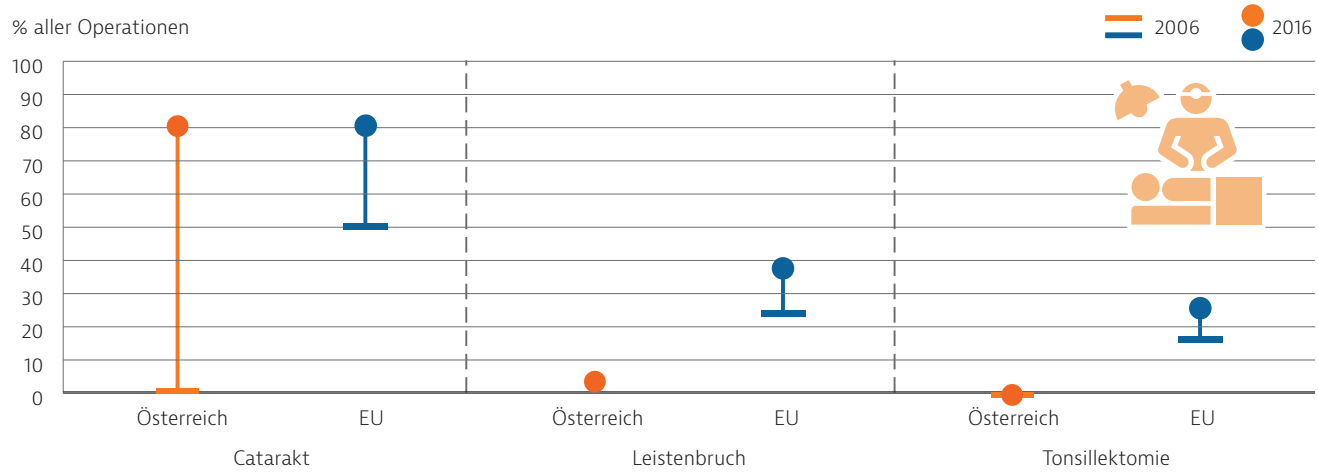


Quelle: Eurostat-Datenbank; OECD-Gesundheitsstatistik 2019.

Die hohen Raten vermeidbarer Krankenhausaufnahmen bei Asthma, COPD und Diabetes (siehe Abschnitt 5.1) deuten darauf hin, dass eine Verbesserung der Primärversorgung zur Senkung der Gesundheitsausgaben beitragen könnte. Ein weiterer Effizienzindikator ist der Anteil der ambulanten Eingriffe und Eingriffe bei denen die Entlassung am selben Tag stattfindet, durch die teurere stationäre Eingriffe ersetzt werden können, ohne die Gesundheitsergebnisse zu beeinträchtigen. Der Anteil der Kataraktoperationen, die in Tageskliniken durchgeführt werden, ist seit 2000 deutlich gestiegen, wodurch sich die Lücke zum EU-Durchschnitt (Abbildung 20) weiter schließt, auch wenn der Anteil unter dem vieler anderer EU-Länder bleibt, in denen Operationen in Tageskliniken fast alle Eingriffe umfassen. Im Gegensatz dazu werden in der EU 29 % der Tonsillektomien und 41 % der Leistenbruchoperationen ambulant durchgeführt, während beide Eingriffe in Österreich fast ausschließlich in stationär durchgeführt werden.

3: Die Anpassungsfähigkeit bezieht sich auf die Kapazität von Gesundheitssystemen, sich wirksam an sich verändernde Umgebungen, plötzliche Schocks oder Krisen anzupassen.

Abbildung 20. Der Anteil der ambulanten Operationen in Österreich liegt nach wie vor unter dem EU-Durchschnitt



Quelle: OECD-Gesundheitsstatistik 2018; Eurostat-Datenbank (die Daten beziehen sich auf 2000 und 2016 oder das nächstgelegene Jahr).

Auch bei den Arzneimittelausgaben könnte die Effizienz gesteigert werden. Der Anteil der Generika am Gesamtvolumen der Arzneimittel ist seit 2005 nur langsam gestiegen, bis 2016 auf 53 %. Dies liegt leicht über dem EU-Durchschnitt, aber noch immer weit unter den Spitzenreitern wie dem Vereinigten Königreich (85 %) und Deutschland (81 %). Im Gegensatz zu vielen anderen Ländern erlaubt Österreich keine Verschreibung nach internationalen Freinamen und keine Generika-Substitution durch Apotheker, sodass Patienten nur dann Generika erhalten, wenn ein bestimmtes Generikum verschrieben wird. Obwohl es in Österreich Institutionen gibt, die Gesundheitstechnologien bewerten, ist die Technologiebewertung im Gesundheitswesen (Health Technology Assessment, HTA) noch nicht als Routineprozess institutionalisiert, um eine Informationsbasis für Erstattungsentscheidungen der sozialen Krankenversicherung zu Produkten und Leistungen, , einschließlich Arzneimittel, zu schaffen. Diese Fragen werden im Rahmen der aktuellen Reformagenda behandelt. Um die Vorbereitung für die Einführung neuer und teurer Arzneimittel zu verbessern, hat sich Österreich der internationalen BeNeLuxA-Initiative für strategische Früherkennung bzw. „Horizon Scanning“ (Kasten 3), HTA und Preisverhandlungen angeschlossen.

Österreich veröffentlicht derzeit keine Daten auf Ebene der Gesundheitsleistungserbringer und keinen umfassenden Atlas zu den Unterschieden in der Gesundheitsversorgung, anhand derer unangemessene und ineffektive Versorgung erkannt und reduziert werden könnte. So hat Österreich beispielsweise eine der höchsten Hüft- und Kniegelenkersatzraten in der EU, was darauf hindeutet, dass einige dieser Implantate medizinisch nicht unbedingt notwendig sind. Im österreichischen Projekt „Qualitätsindikatoren in der stationären Pflege“ werden Routinedaten aus dem DRG-Krankenhausvergütungssystem sekundär genutzt, um die Qualität ausgewählter stationärer Leistungen zu bewerten. Daten auf Ebene einzelner Leistungserbringer werden derzeit jedoch nicht veröffentlicht.

Kasten 3. Horizon Scanning in der BeNeLuxA-Initiative

Die Initiative BeNeLuxA wurde 2015 gestartet und umfasst derzeit fünf Länder: Österreich, Belgien, Irland, Luxemburg und die Niederlande. Ziel ist es, den Zugang zu innovativen Arzneimitteln zu erschwinglichen Kosten zu verbessern, indem die Verfahren zur Bewertung, Preisgestaltung und Erstattung verbessert werden. Die teilnehmenden Länder tauschen Fachwissen aus, erkennen ihre HTA Ergebnisse gegenseitig an oder verhandeln gemeinsam mit Pharmaunternehmen, um die Verhandlungsmacht der Kostenträger zu erhöhen.

Im Jahr 2018 startete BeNeLuxA die Initiative für internationales Horizon Scanning, der sich auch Länder außerhalb der BeNeLuxA Gruppe angeschlossen haben. Zu den Datenquellen für das Horizon Scanning werden Register klinischer Studien, Informationen von Aufsichtsbehörden, wissenschaftliche Literatur und Beiträge der Industrie herangezogen. Ziel der Initiative ist es, kommende Produkte anhand ihrer erwarteten Auswirkungen auf die Gesundheitsergebnisse, die Organisation der Gesundheitssysteme und ihre potenziellen Kosten für die öffentlichen Kostenträger zu bewerten.

Detailliertere Prognosedaten werden immer notwendiger, um den steigenden Kosten von Arzneimitteln Herr zu werden. Um Vereinbarungen über einen gesteuerten Zugang vorzubereiten, Haushaltspläne aufzustellen und die internationale Zusammenarbeit zu erleichtern, müssen die Kostenträger künftige Produkte ausmachen können, die erhebliche Auswirkungen auf ihre Gesundheitssysteme haben können.

Die Fragmentierung des Systems behindert nach wie vor die Integration der Versorgung sowie Effizienzsteigerungen

Das Gesundheitssystem beruht auf einer Grundlage von dezentraler Entscheidungsfindung und Selbstverwaltung diverser Interessensvertreter. Dies schafft Stabilität, sorgt aber auch für eine Fragmentierung bei der Finanzierung und Systemverwaltung und für Trägheit bei der Vorbereitung auf zukünftige Herausforderungen. Seit 2013 bringt das Zielsteuerungssystem die wichtigsten Entscheidungsträger zusammen (siehe Abschnitt 4). Die Reformen beruhen auf gemeinsamen Initiativen der Interessenvertreter innerhalb dieser Struktur und werden von Arbeitsgruppen durchgeführt, die verpflichtet sind, Fortschrittsindikatoren zu melden.

Auch wenn die Stärkung der Primärversorgung seit vielen Jahren zur Debatte steht, wurden in der Vergangenheit nur mäßige Fortschritte erzielt. Nach ersten Bemühungen im Zielsteuerungsvertrag 2013 schufen nun der Vertrag von 2017 und das Primärversorgungsgesetz eine Rechtsgrundlage und ein zweckgebundenes Budget von 200 Mio. EUR, um bis 2021 75 multidisziplinäre Primärversorgungseinheiten einzurichten. Diese zielen darauf ab, den Zugang zur Versorgung und die Koordinierung selbiger zu verbessern, um so vermeidbare Krankenhausaufnahmen zu reduzieren (siehe Kasten 2). Bis Ende 2018 waren neun Einheiten in Betrieb. Im April 2019 wurde zwischen der Österreichischen Ärztekammer und den Sozialversicherungsträgern ein Kollektivvertrag über die Errichtung der Einheiten unterzeichnet.

Ein Top-down-Ansatz im jüngsten Zielsteuerungsvertrags bleibt der wichtigste Kostendämpfungsmechanismus und fungiert weiterhin als Deckelung der öffentlichen Gesundheitsausgaben insgesamt. Das jährliche Wachstumsziel wurde von 3,6 % im Jahr 2017 auf 3,2 % für 2021 reduziert[2]. In dem Vertrag wurden auch Ziele für den verstärkten Einsatz von Informationstechnologie zur Verbesserung der Koordinierung und Effizienzsteigerung festgelegt. Dazu gehören die Erweiterung der eHealth-Funktionen der österreichischen elektronischen Gesundheitsakte (ELGA) und die Implementierung zusätzlicher eHealth-Tools wie elektronischer Rezepte (ePrescriptions) und eines elektronischen Impfpasses sowie die erweiterte Einführung von ELGA über öffentliche Krankenhäuser hinaus.

Dennoch bleibt die Fragmentierung ein prägendes Merkmal des österreichischen Gesundheitssystems und Veränderungen erfolgen eher in kleinen Schritten als in grundlegenden Umgestaltungen. Getrennte Verantwortlichkeiten und Finanzierungsströme zwischen den Landesregierungen für Krankenhäuser und den Sozialversicherungsträgern für ambulante Versorgung außerhalb der Krankenhäuser behindern den Fortschritt. Initiativen zur Verbesserung der Versorgung für die wachsende Zahl von Menschen mit chronischen Krankheiten, z. B. durch integrierte Versorgung und Fallmanagement für Patienten mit mehreren Erkrankungen, sind nach wie vor nicht ausreichend entwickelt. Außerdem gibt es derzeit nur ein einziges Krankheitsmanagementprogramm für Diabetes. Für die integrierte Versorgung von Schlaganfallpatienten wurde kürzlich ein struktureller Qualitätsstandard formuliert und derzeit werden weitere Qualitätsstandards für Herzinsuffizienz, Koloskopie und Rückenschmerzen ausgearbeitet.

6 Zentrale Erkenntnisse

- Die Lebenserwartung in Österreich ist in den letzten Jahren gestiegen und liegt weiterhin über dem EU-Durchschnitt. Österreicher verbringen jedoch weniger Zeit ihres Lebens bei guter Gesundheit als Menschen in vielen EU-Ländern. Ca. 70 % der Bevölkerung vermelden einen guten Gesundheitszustand, wobei dieser Anteil unter den Gruppen mit dem niedrigsten Einkommen geringer ist. Obwohl eine geringe Sterblichkeit aufgrund behandelbarer Ursachen nahelegt, dass die Gesundheitsversorgung relativ wirksam ist, fällt die durch öffentliche Gesundheitsmaßnahmen und Prävention vermeidbare Sterblichkeit höher aus als in vielen anderen EU-Ländern.

- Verhaltensbedingte Risikofaktoren sind nach wie vor ein wesentlicher Faktor für Erkrankungen und Sterblichkeit in Österreich. Der Anteil der Raucher unter den Erwachsenen ist in den vergangenen zwei Jahrzehnten nicht gesunken und es wird jetzt mehr geraucht als in den meisten anderen EU-Ländern. Die Eindämmung des Rauchens in der Öffentlichkeit schreitet nur langsam voran und ein Rauchverbot in gastronomischen Betrieben wurde erneut auf November 2019 verschoben. Obwohl der Alkoholkonsum seit 2000 zurückgegangen ist, liegt er nach wie vor über dem EU-Durchschnitt.

- In Österreich besteht eine nahezu universeller Krankenversicherungsschutz und der Zugang zu den Leistungen ist im Allgemeinen gut. Österreich gehört in der EU zu den Ländern mit dem geringsten Anteil an Personen, die sich über ungedeckten medizinischen Bedarf beklagen. Dennoch besteht die Befürchtung, dass eine Welle von Arztpensionierungen und eine stagnierende Zahl von Ärzten mit Kassenverträgen die Verfügbarkeit und den Zugang zu Leistungen in Zukunft beeinträchtigen könnten. Gleichzeitig nimmt die Anzahl der Ärzte ohne Kassenverträge zu, insbesondere in städtischen Gebieten; dies kann finanzielle Hürden für den Zugang erhöhen und sich negativ auf die Gleichheit in der Versorgung auswirken.

- Das österreichische Gesundheitssystem ist durch dezentrale Entscheidungsfindung und durch Selbstverwaltung der Interessensvertreter gekennzeichnet. Teilweise wird dieser Herausforderung bei der Koordinierung durch eine neue, im Jahr 2013 eingeführte, Verwaltungsstruktur Rechnung begegnet, die die wichtigsten Akteure – Bund, Länder und Sozialversicherungsträger – zusammenbringt. Eine Reform zur Reduzierung der derzeit 21 Sozialversicherungsträger auf fünf wird 2020 in Kraft treten. Ziel ist es, die Verwaltungskosten zu senken, wenngleich Zweifel bestehen, dass dies erreicht wird. Die strukturelle und finanzielle Fragmentierung – zum Beispiel zwischen Krankenhäusern und der Versorgung durch niedergelassene Ärzte – behindert weiterhin eine stärkere Integrierung der Versorgung und Effizienzsteigerungen. Programme für Patienten mit chronischen Erkrankungen und mehreren gleichzeitigen Erkrankungen sind nach wie vor nicht ausreichend entwickelt.

- Trotz einiger Verbesserungen in den letzten zehn Jahren liegt die Zahl der vermeidbaren Krankenhausaufnahmen wegen chronischer Erkrankungen weiterhin leicht über dem EU-Durchschnitt. Die Reformen der Primärversorgung waren in der Vergangenheit nur langsam vorangeschritten, werden aber nun umgesetzt. Bis Anfang 2019 waren neun Primärversorgungseinheiten in Betrieb. Bis Ende 2021 sollen 75 Einheiten die Abhängigkeit von niedergelassenen Ärzten reduzieren, um die Koordinierung und den Zugang zur Versorgung zu verbessern.

- Insgesamt ist das österreichische Gesundheitssystem vergleichsweise teuer, wobei der Schwerpunkt der Ausgaben nach wie vor hauptsächlich auf der stationären Gesundheitsversorgung liegt. Durch die Reform der Primärversorgung können einige Effizienzsteigerungen erreicht werden, wenn dadurch die vermeidbare Inanspruchnahme stationärer Leistungen erfolgreich reduziert wird. Die zwischen den Hauptakteuren des neuen Verwaltungssystems vereinbarten Budgetdeckelungen sind derzeit der wichtigste Kostendämpfungsmechanismus. Bisher sind die öffentlichen Ausgaben für die Gesundheitsversorgung unter diesen Obergrenzen geblieben, während die Ausgaben für Präventionsmaßnahmen etwas schneller ansteigen. Ohne strukturelle Reformen könnte es jedoch schwierig sein, diese Ausgabenobergrenzen in Zukunft einzuhalten. Weitere Anstrengungen sind erforderlich, um die Abhängigkeit von Krankenhäusern und teurer kurativer Gesundheitsversorgung zu verringern und gleichzeitig die Gesundheitsförderung und Prävention zu verbessern.

Wichtigste Quellen

Bachner F et al., (2018), Austria: Health system review. *Health Systems in Transition,* 20(3):1-256.

OECD/EU (2018), *Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle.* OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-en.

Literaturhinweise

BMASGK (2018), *Zielsteuerungsvertrag 2017 bis 2021.*

BMASGK (2019), *Berechnung der Masern-Durchimpfungsraten 2018 für Österreich.*

BMGF (2017), *Gesundheitsziel 8: Gesunde und sichere Bewegung im Alltag durch die entsprechende Gestaltung der Lebenswelten fördern, Bericht der Arbeitsgruppe.*

B-ZK (2018a). *Monitoringbericht Zielsteuerung Gesundheit: Monitoring nach Vereinbarung gemäß Art 15a B-VG, Zielsteuerung-Gesundheit und Zielsteuerungsvertrag, Berichtsjahr 2017.*

B-ZK (2018b). *Outcome-Messung im Gesundheitswesen basierend auf dem Mess- und Vergleichskonzept. Detailanalyse relevanter Outcomes im Gesundheitswesen (Baselinebericht). Aktualisierte Fassung 2017.*

Council of the European Union (2019), *Council Recommendation on the 2019 National Reform Programme of Austria.* Brussels, http://data.consilium.europa.eu/doc/document/ST-10173-2019-INIT/en/pdf

Cylus J, Thomson S, Evetovits T (2018), Catastrophic Health Spending in Europe: Equity and Policy Implications of Different Calculation Methods. *Bulletin of the World Health Organization,* 96:599-609.

Czypionka T, Röhrling G, Six E (2018), *Can People Afford to Pay for Health Care? New Evidence on Financial Protection in Austria.* WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.

European Commission (DG ECFIN)-EPC (AWG) (2018), *The 2018 Ageing Report – Economic and Budgetary Projections for the 28 EU Member States (2016-2070),* Institutional Paper 079. May 2018. Brussels.

Fuchs M (2018), *Nicht-krankenversicherte Personen in Österreich - empirische Erkenntnisse.* Soziale Sicherheit Online, September 2018.

Inchley J et al., eds. (2016), *Growing up Unequal: Gender and Socioeconomic Differences in Young People's Health and Well-being. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: International Report from the 2013/2014 Survey.* WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.

Inchley J et al., eds. (2018), *Adolescent Alcohol-related Behaviours: Trends and Inequalities in the WHO European Region, 2002–2014.* WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.

Moskalewicz J, Room R, Thom B, eds. (2016), *Comparative Monitoring of Alcohol Epidemiology Across the EU.* Baseline Assessment and Suggestions for Future Action.

Statistik Austria (2019), *Ärzte und Ärztinnen 2017 absolut und auf 100.000 Einwohner nach Bundesländern.* Statistik Austria, Wien.

VVO (2018), *Jahresbericht 2017.* Versicherungsverband Österreich, Wien.

Liste der Länderabkürzungen

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

European Commission

State of Health in the EU
Länderprofil Gesundheit 2019

Die Länderprofile sind ein wichtiger Schritt im laufenden Zyklus State of Health in the EU der Europäischen Kommission zur Wissensvermittlung und werden mit der finanziellen Unterstützung der Europäischen Union erstellt. Die Profile sind das Ergebnis der gemeinsamen Arbeit der Organisation für Wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) und des European Observatory on Health Systems and Policies in Kooperation mit der Europäischen Kommission.

Die knappen, politisch relevanten Profile stützen sich auf eine transparente, konsistente Methodik und nutzen sowohl quantitative als auch qualitative Daten, werden aber dennoch flexibel an den Kontext jedes EU-/EWR-Landes angepasst. Das Ziel besteht darin, ein Instrument für die gegenseitige Wissensvermittlung und den freiwilligen Kenntnisaustausch zu schaffen, das von politischen Entscheidungsträgern und Einflussnehmern gleichermaßen verwendet werden kann.

Jedes Länderprofil bietet eine kurze Synthese zu:

- dem Gesundheitszustand im Land
- den Einflussfaktoren auf die Gesundheit, mit einem Fokus auf verhaltensbedingten Risikofaktoren
- der Organisation der Gesundheitssystems
- Wirksamkeit, Zugang und Anpassungsfähigkeit des Gesundheitssystems

Die Kommission ergänzt die zentralen Erkenntnisse dieser Profile durch einen Begleitbericht.

Für weitere Informationen siehe: ec.europa.eu/health/state

Zitierweise: OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2019), *Österreich: Länderprofil Gesundheit 2019, State of Health in the EU,* OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels.

ISBN 9789264821651 (PDF)
Series: State of Health in the EU
SSN 25227041 (online)

OECD
BESSERE POLITIK FÜR EIN BESSERES LEBEN

European Observatory on Health Systems and Policies
a partnership hosted by WHO