European Commission



State of Health in the EU

Österreich

Länderprofil Gesundheit 2023

OECD
BETTER POLICIES FOR BETTER LIVES

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

Länderspezifische Gesundheitsprofile

Die länderspezifischen Gesundheitsprofile für den Gesundheitszustand in der 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. Zum ersten Mal seit Beginn der Reihe wird mit der Ausgabe 2023 der länderspezifischen Gesundheitsprofile ein besonderer Abschnitt zur psychischen Gesundheit eingeführt.

Die Profile entstehen aus der gemeinsamen Arbeit der OECD und des Europäischen Observatoriums für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik 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-Expertengruppe zur Leistungsbewertung der Gesundheitssysteme (HSPA) für die wertvollen Anmerkungen und Vorschläge.

Contents

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 14
5.3 Anpassungsfähigkeit 16
6. IM FOKUS: PSYCHISCHE GESUNDHEIT 20
7. WICHTIGSTE 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 Europäischen Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten (ECDC), aus den Umfragen der Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC) und von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) sowie aus anderen einzelstaatlichen Quellen.

Bei den berechneten EU-Durchschnittswerten handelt es sich, sofern nicht anders angegeben, um gewichtete Durchschnittswerte der 27 Mitgliedstaaten. Island und Norwegen werden bei diesen EU-Durchschnittswerten nicht berücksichtigt.

Dieses Profil wurde im September 2023 auf der Grundlage der in der ersten Septemberhälfte 2023 verfügbaren Daten erstellt.

Demografischer und sozioökonomischer Kontext in Österreich, 2022

Demografische Faktoren	Österreich	EU
Bevölkerungsgröße	8 978 929	446 735 291
Anteil der Bevölkerung über 65 Jahre (in %)	19,4	21,1
Fertilitätsrate[1] (2021)	1,5	1,5
Sozioökonomische Faktoren		
BIP pro Kopf (EUR KKP[2])	44 065	35 219
Relative Armutsquote[3] (in %)	14,8	16,5
Arbeitslosenquote (in %)	4,8	6,2

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.

Haftungsausschlüsse: Dieses Werk wird unter der Verantwortung des Generalsekretärs der OECD veröffentlicht. Die darin zum Ausdruck gebrachten Meinungen und Argumente spiegeln nicht unbedingt die offiziellen Ansichten der Mitgliedsländer der OECD wider. Die in den Veröffentlichungen des Europäischen Observatoriums für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik zum Ausdruck gebrachten Ansichten und Meinungen geben nicht unbedingt die offizielle Politik der teilnehmenden Organisationen wieder. Im Falle einer Abweichung zwischen dem englischen Original und der Übersetzung gilt nur der Text des Originals.

Diese Arbeit wurde mit finanzieller Unterstützung der Europäischen Union erstellt. Die hierin zum Ausdruck gebrachten Ansichten können in keiner Weise als die offizielle Meinung der Europäischen Union angesehen werden.

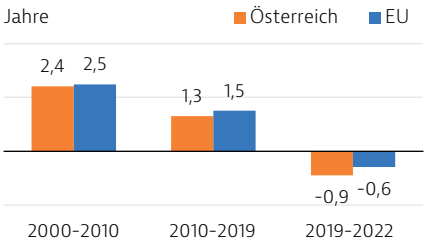
Die in dieser gemeinsamen Veröffentlichung verwendeten Namen und Darstellungen von Ländern und Gebieten entsprechen der Praxis der WHO.

Für die OECD geltende territoriale Haftungsausschlüsse: Dieses Dokument sowie alle darin enthaltenen Daten und Karten berühren nicht den Status eines Gebiets oder die Souveränität über ein Gebiet, den Verlauf internationaler Grenzen und den Namen eines Gebiets, einer Stadt oder einer Region. Weitere spezifische Haftungsausschlüsse finden Sie hier.

Territoriale Haftungsausschlüsse für die WHO: Die verwendeten Bezeichnungen und die Darstellung dieses Materials bedeuten nicht, dass die WHO eine wie auch immer geartete Meinung über den Rechtsstatus eines Landes, eines Gebiets, einer Stadt oder eines Gebiets oder seiner Behörden oder über den Verlauf seiner Grenzen zum Ausdruck bringt. Gepunktete und gestrichelte Linien auf den Karten stellen ungefähre Grenzverläufe dar, über die möglicherweise noch keine vollständige Übereinstimmung besteht.

©OECD und Weltgesundheitsorganisation (die als Gastgeber und Sekretariat des Europäischen Observatoriums für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik fungiert) 2023.

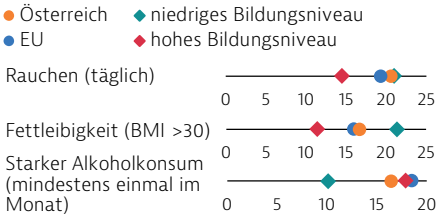
1 Highlights



Veränderungen der Lebenserwartung bei der Geburt

Gesundheitsstatus

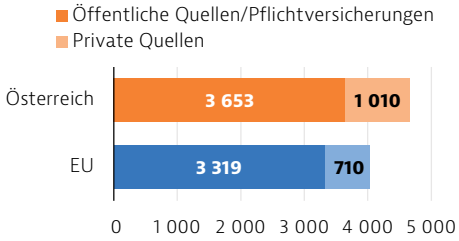
Obwohl die Lebenserwartung in Österreich zwischen 2019 und 2022 um fast 1 Jahr drastisch zurückging, blieb sie im Jahr 2022 mit 81,1 Jahren leicht über dem EU-Durchschnitt. Schon vor der Pandemie hatte sich der Anstieg der Lebenserwartung in Österreich zwischen 2010 und 2019 deutlich verlangsamt. Die Unterschiede bei der Lebenserwartung nach sozioökonomischem Status sind beträchtlich. Im Jahr 2019 konnten österreichische Männer im Alter von 30 Jahren mit dem höchsten Bildungsstand mit einer um 5,6 Jahre längeren Lebenserwartung rechnen als Männer mit dem niedrigsten Bildungsstand, während der Unterschied bei den österreichischen Frauen 3,8 Jahre betrug.



% der Bevölkerung ab 15 Jahren

Risikofaktoren

Viele verhaltensbezogene Risikofaktoren sind in Österreich nach wie vor stärker verbreitet als in der gesamten EU. Weniger gebildete Gruppen sind in der Regel einem höheren Risiko ausgesetzt, mit Ausnahme von starkem Alkoholkonsum. Der Alkoholkonsum gehört insgesamt zu den höchsten in der EU; dabei ist ein starker Alkoholkonsum bei Erwachsenen weniger verbreitet als in der EU, bei Jugendlichen dagegen häufiger.



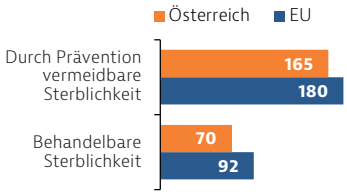
EUR KKP pro Kopf, 2021

Gesundheitssystem

Die Gesundheitsausgaben pro Kopf gehörten 2021 zu den höchsten in der EU. Trotz eines rückläufigen Trends liegen die Ausgaben für die stationäre Versorgung nach wie vor über dem EU-Durchschnitt. Drei Viertel der Gesundheitsausgaben stammen aus öffentlichen Mitteln und Pflichtversicherungen, was unter dem EU-Durchschnitt liegt, während der Anteil der Selbstzahlungen über dem Durchschnitt liegt. Trotz einer hohen Ärztedichte gibt es regionale Ungleichgewichte und nur wenige Allgemeinmediziner.

Wirksamkeit

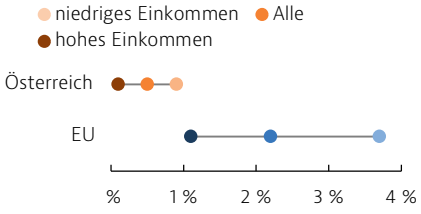
Die Sterblichkeit aufgrund vermeidbarer und behandelbarer Ursachen lag 2020 unter dem EU-Durchschnitt. Dennoch liegt Österreich hinter vielen anderen EU-Ländern zurück; dies deutet darauf hin, dass es Verbesserungspotential in der Prävention und der Gesundheitsversorgung gibt, einschließlich der Prävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebserkrankungen und anderen häufigen Todesursachen.



Altersstandardisierte Sterberate pro 100 000 Einwohner, 2020

Zugang

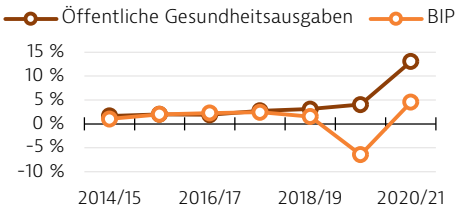
In Österreich besteht geringer ungedeckter medizinischer Bedarf. Der Sozialversicherungsschutz ist nahezu universell, obwohl etwa 0,1 % der Bevölkerung nicht versichert sind (z.B. schutzbedürftige Bevölkerungsgruppen wie Migranten ohne Aufenthalts- und Arbeitsgenehmigung und Menschen ohne stabile Beschäftigungs- und Wohnverhältnisse).



% der Befragten, die einen ungedeckten Bedarf an medizinischer Versorgung angaben, 2022

Anpassungsfähigkeit

Mit der Zuweisung zusätzlicher öffentlicher Mittel seit Beginn der COVID-19-Pandemie beschleunigte sich das jährliche Wachstum der öffentlichen Gesundheitsausgaben und erreichte 13 % im Jahr 2021 – deutlich über den nationalen Zielen und dem BIP-Wachstum. Mit zusätzlichen Investitionen werden aktuell die bisherigen Reformanstrengungen in den Bereichen Primärversorgung und Langzeitpflege unterstützt.



Jährliche reale Veränderung

Im focus: Psychische Gesundheit

Schätzungen zufolge war die Belastung durch psychische Erkrankungen 2019 in Österreich etwas höher als in der gesamten EU. Psychische Erkrankungen sind ein zunehmend anerkanntes Problem der öffentlichen Gesundheit, und es gibt jetzt mehrere Initiativen zur Bereitstellung leicht zugänglicher Unterstützung und Versorgung – insbesondere für anfällige Gruppen wie Jugendliche und Frauen. Das Angebot an psychischer Gesundheitsversorgung ist jedoch nach wie vor fragmentiert, und die Zugangshindernisse sind im Allgemeinen größer als bei anderen Arten der Versorgung.

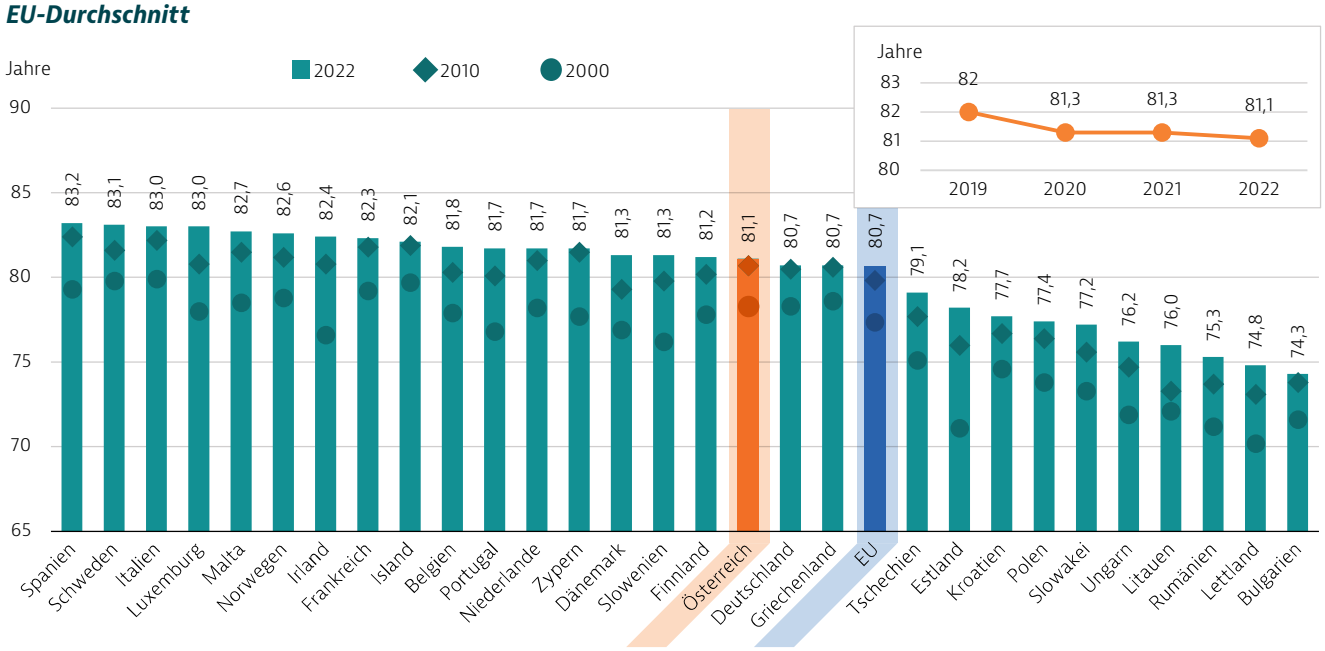
2 Gesundheit in Österreich

Die Lebenserwartung lag 2021 über dem EU-Durchschnitt, wenngleich sie während der Pandemie um mehr als ein halbes Jahr gesunken ist

Im Jahr 2022 lag die Lebenserwartung bei der Geburt in Österreich bei 81,1 Jahren und damit 0,4 Jahre über dem EU-Durchschnitt, jedoch zwei Jahre niedriger als in Spanien und Schweden, den beiden EU-Ländern mit der höchsten Lebenserwartung (Abbildung 1). Die Lebenserwartung in Österreich ging zwischen 2019 und 2022 um 0,9 Jahre zurück, was in erster Linie auf die COVID-19-Pandemie zurückzuführen war. Der Rückgang im Jahr 2020 war der größte Rückgang seit Beginn der Aufzeichnung der Lebenserwartung durch die Regierung im Jahr 1951.

Der geschlechtsspezifische Unterschied bei der Lebenserwartung im Jahr 2022 betrug weniger als 5 Jahre (78,8 Jahre bei Männern, 83,5 Jahre bei Frauen) und lag damit leicht unter dem EU-Durchschnitt (5,4 Jahre).

Abbildung 1: Die Lebenserwartung liegt trotz des drastischen Rückgangs während der Pandemie nach wie vor über dem EU-Durchschnitt

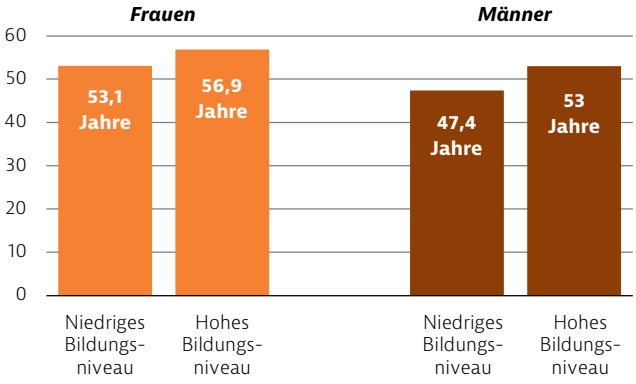


Anmerkungen: Der EU-Durchschnitt wurde gewichtet. Bei den Daten für 2022 handelt es sich um vorläufige Schätzungen von Eurostat, die möglicherweise von den nationalen Daten abweichen und überarbeitet werden können. Die Daten zu Irland beziehen sich auf das Jahr 2021.
Quelle: Eurostat-Datenbank.

Die sozialen Ungleichheiten im Hinblick auf die Lebenserwartung sind erheblich

Ungleichheiten im Hinblick auf die Lebenserwartung bestehen nicht nur beim Geschlecht, sondern auch beim sozioökonomischen Status. Im Jahr 2019 konnten österreichische Männer im Alter von 30 Jahren mit dem höchsten Bildungsstand mit einer um 5,6 Jahre längeren Lebenserwartung rechnen als Männer mit dem niedrigsten Bildungsstand, während der Unterschied bei den österreichischen Frauen 3,8 Jahre betrug (Abbildung 2). Das Bildungsgefälle bei der Langlebigkeit ist zu Teil darauf zurückzuführen, dass Menschen mit niedrigem Bildungsstand stärker verschiedenen Risikofaktoren ausgesetzt sind, einschließlich höherer Raten beim Rauchen und schlechterer Ernährung (siehe Abschnitt 3), aber auch auf Unterschiede bei den Lebens- und Arbeitsbedingungen.

Abbildung 2: Der bildungsbedingte Unterschied bei der Lebenserwartung beträgt fast sechs Jahre bei Männern und vier Jahre bei Frauen

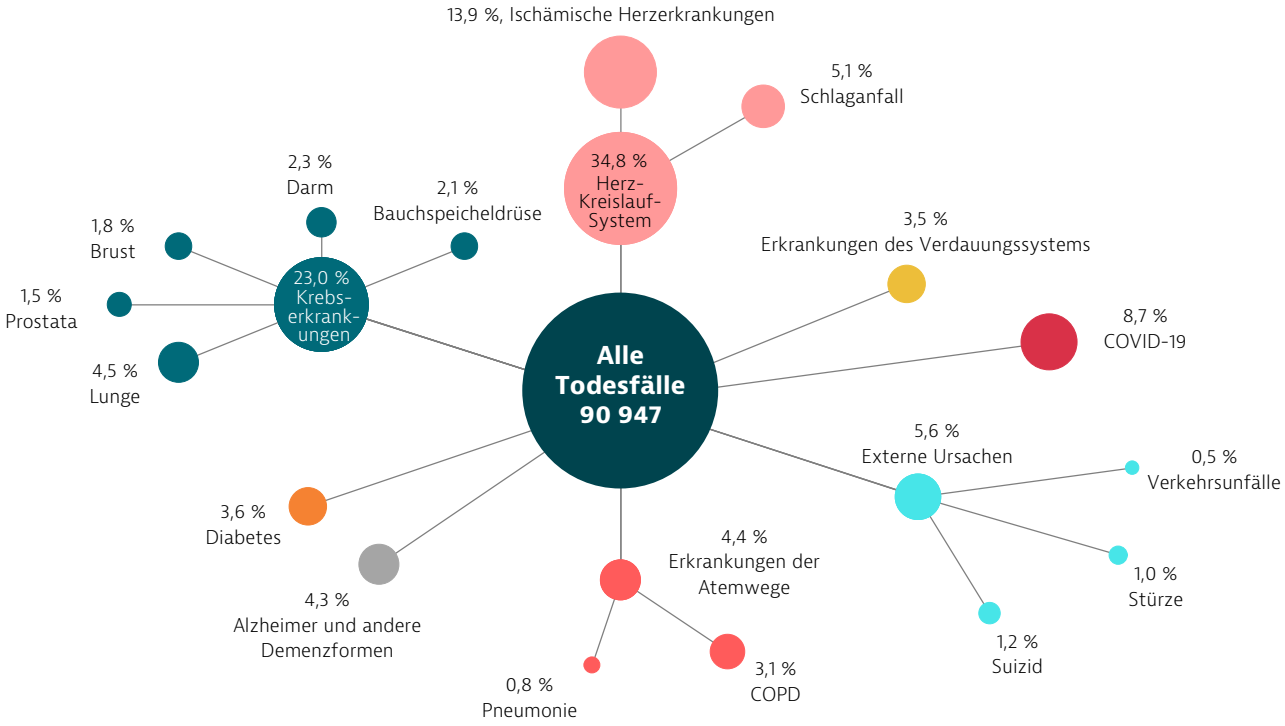


Anmerkungen: Die Angaben beziehen sich auf die Lebenserwartung im Alter von 30 Jahren. Ein hoher Bildungsstand bezieht sich laut Definition auf Personen, die einen tertiären Bildungsabschluss (ISCED-Stufen 5–8) haben, während sich ein niedriger Bildungsstand auf Personen ohne Sekundarschulabschluss (ISCED-Stufen 0–2) bezieht.
Quelle: Statistik Austria (Daten beziehen sich auf 2019).

Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebs und COVID-19 waren 2021 die Haupttodesursachen

Im Jahr 2021 waren die häufigsten Todesursachen in Österreich Herz-Kreislauf-Erkrankungen (wie ischämische Herzerkrankungen und Schlaganfall), Krebs und COVID-19 (Abbildung 3). Während des zweiten Jahres der Pandemie waren 8,7 % der Todesfälle auf COVID-19 zurückzuführen. Mehr als 40 % der COVID-19-Todesfälle in den ersten beiden Jahren der Pandemie entfielen auf Menschen ab 85 Jahren.

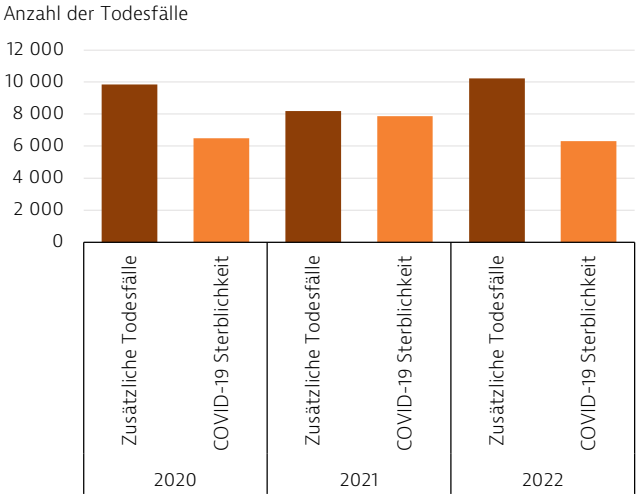
Abbildung 3: Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Krebs waren 2021 nach wie vor die häufigsten Todesursachen in Österreich, gefolgt von COVID-19



Anmerkung: „COPD" bezeichnet chronisch obstruktive Lungenerkrankung.
Quelle: Eurostat-Datenbank (die Daten beziehen sich auf 2021).

Der umfassendere Indikator der (auf alle Ursachen zurückzuführenden) Übersterblichkeit zeigt, dass die jährliche Zahl der Todesfälle in Österreich in den Jahren 2020 bis 2022 zwischen 10 % und 13 % über dem Mittel der vorangegangenen fünf Jahren lag. Dieser Wert lag leicht unter dem EU-Durchschnitt (Abbildung 4). Während die Übersterblichkeit in den Jahren 2020 und 2021 hauptsächlich auf COVID-19-Todesfälle zurückzuführen war, spielten 2022 auch andere Faktoren wie die Hitzewelle im Sommer und eine tödliche Grippewelle gegen Ende des Jahres eine Rolle.

Abbildung 4: Die Sterblichkeit in Österreich zwischen 2020 und 2022 war um mindestens 10 % höher als vor der Pandemie



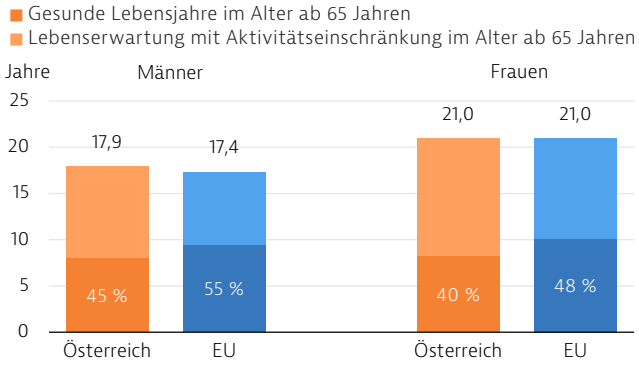
Anmerkung: Übersterblichkeit ist definiert als die Zahl der Todesfälle aus allen Ursachen, die die durchschnittliche jährliche Zahl der Todesfälle in den fünf Jahren vor der Pandemie (2015–2019) übersteigt.
Quelle: OECD-Gesundheitsstatistik auf der Grundlage von Eurostat-Sterblichkeitsdaten.

Frauen leben einen größeren Teil ihres Lebens nach dem 65. Lebensjahr mit einer Beeinträchtigung

Wie in anderen Ländern ist der Anteil der Menschen ab 65 Jahren in Österreich in den letzten Jahrzehnten von 15,4 % im Jahr 2000 auf 19,4 % im Jahr 2022 gestiegen. Bis zum Jahr 2050 wird dieser Anteil voraussichtlich auf 28 % ansteigen.

Im Jahr 2020 konnten Frauen im Alter von 65 Jahren in Österreich damit rechnen, weitere 21 Jahre zu leben, und Männer konnten damit rechnen, fast 18 weitere Jahre zu leben (Abbildung 5). Das geschlechtsspezifische Gefälle bei gesunden Lebensjahren (definiert als Lebenserwartung frei von Beeinträchtigungen) ist jedoch viel geringer, da Frauen erwarten können, dass sie einen geringeren Teil ihres Lebens nach dem 65. Lebensjahr ohne Beeinträchtigung leben (40 % gegenüber 45 % bei Männern). Auch die regionalen Unterschiede sind groß, wobei die Lebenserwartung bei guter Gesundheit bei Menschen, die im Osten Österreichs leben, kürzer ist als bei Menschen in Westösterreich (B-ZK, 2023).

Abbildung 5: Die Lebenserwartung bei guter Gesundheit im Alter von 65 Jahren lag 2020 unter dem EU-Durchschnitt



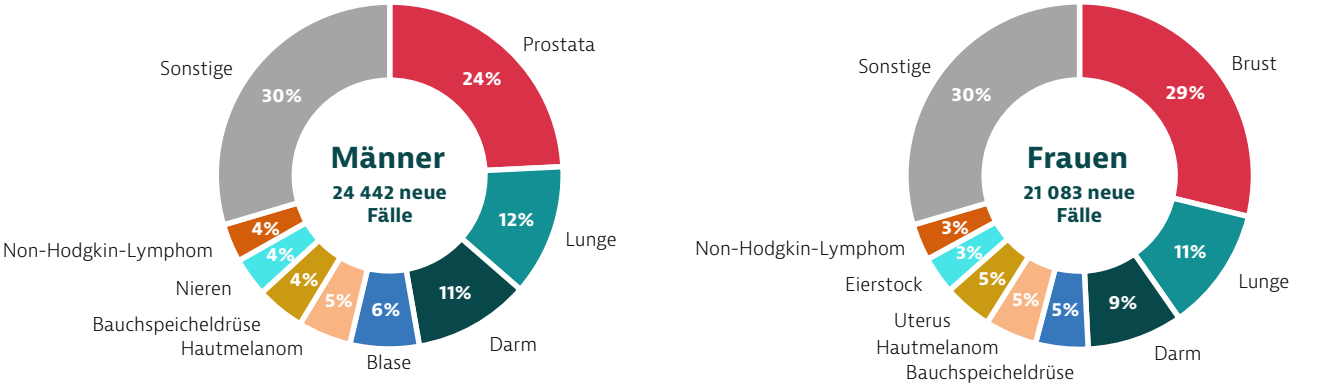
Anmerkung: Beim Vergleich dieser Daten zwischen den Ländern ist Vorsicht geboten, da es bei den eingesetzten Erhebungsinstrumenten zum Indikator „bei guter Gesundheit" (Tätigkeitseinschränkung) einige Unterschiede gibt.
Quelle: Eurostat-Datenbank (die Daten beziehen sich auf 2020).

Die Belastung durch Krebs ist in Österreich beträchtlich, aber niedriger als im EU-Durchschnitt

Nach Schätzungen der Gemeinsamen Forschungsstelle auf Grundlage der Inzidenzentwicklung der Vorjahre wurden 2022 in Österreich mehr als 45 000 neue Krebsfälle erwartet. Allerdings wurde erwartet, dass die Krebsinzidenzraten in Österreich sowohl bei Männern als auch bei Frauen unter dem EU-Durchschnitt liegen würden. Abbildung 6 zeigt, dass die häufigsten Krebsherde bei Männern in Österreich die Prostata (24 %), die Lunge (12 %) und den Darm (11 %) betreffen, während bei Frauen Brustkrebs die häufigste Krebsart darstellt (29 %), ebenfalls gefolgt von Lungenkrebs (11 %) und Darmkrebs (9 %).

Die Maßnahmen zur Krebsprävention orientieren sich am nationalen Krebsrahmenprogramm, das die Verringerung der Krebsinzidenz als erstes seiner sechs strategischen Ziele festlegt. Der Plan soll der Bevölkerung helfen, gesündere Entscheidungen in Bereichen wie Raucherentwöhnung, körperliche Aktivität und Belastung durch ultraviolette Sonnenstrahlung zu treffen. Das nationale Online-Gesundheitsportal veröffentlicht Informationen über Krebs, um die Gesundheitskompetenz zu verbessern, einschließlich Zusammenfassungen von Risikofaktoren und Präventionsmaßnahmen in einfacher Sprache (OECD, 2023a).

Abbildung 6: Im Jahr 2022 wurde in Österreich die Diagnostizierung von mehr als 45 000 Krebserkrankungen erwartet



Altersstandardisierte Rate (alle Krebserkrankungen): 579 pro 100 000 Einwohner
EU-Durchschnitt: 684 pro 100 000 Einwohner

Altersstandardisierte Rate (alle Krebserkrankungen): 422 pro 100 000 Einwohner
EU-Durchschnitt: 488 pro 100 000 Einwohner

Anmerkungen: Nichtmelanom-Hautkrebs ist ausgeschlossen. Gebärmutterkrebs schließt nicht Gebärmutterhalskrebs ein.
Quelle: ECIS – Europäisches Krebsinformationssystem.

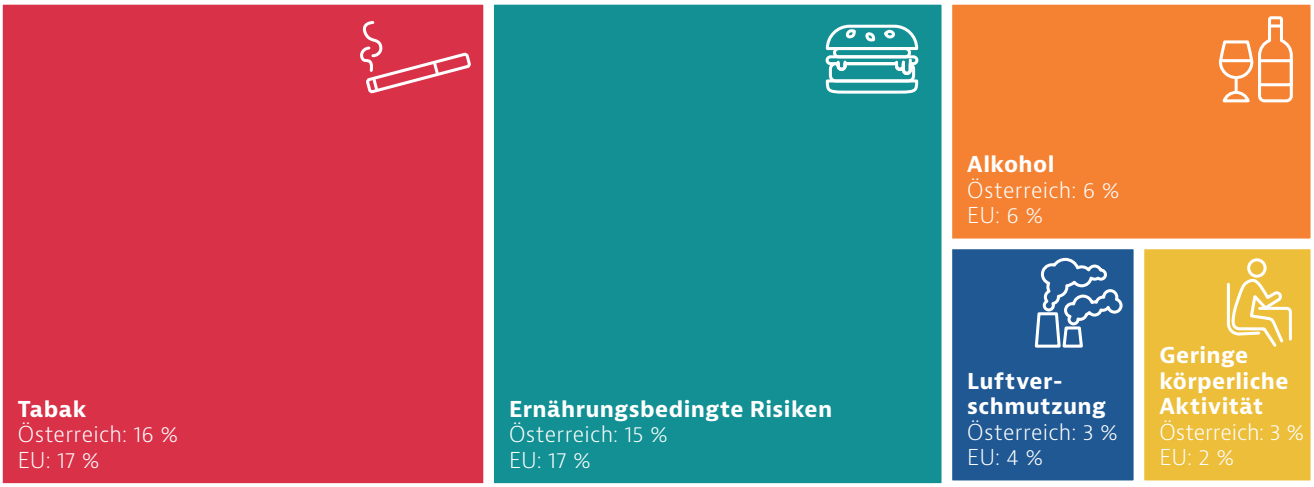
3 Risikofaktoren

Verhaltensbedingte Risikofaktoren tragen wesentlich zur Sterblichkeit in Österreich bei

Rund 36 % aller 2019 in Österreich verzeichneten Todesfälle waren auf verhaltensbedingte Risikofaktoren wie Tabakrauchen, ernährungsbedingte Risiken, Alkoholkonsum und geringe körperliche Aktivität zurückzuführen. Auch die Luftverschmutzung in Form von Feinstaub ($PM_{2,5}$) und Ozonbelastung ist in Österreich mit einer nicht zu vernachlässigenden Anzahl von Todesfällen pro Jahr verbunden, wenn auch in einem geringeren Ausmaß als im EU-Durchschnitt (Abbildung 7).

Etwa 16 % aller Todesfälle im Jahr 2019 (ca. 13 000 Todesfälle) waren auf Tabakrauchen (einschließlich Passivrauchen) zurückzuführen – ein Anteil, der nahe am EU-Durchschnitt lag. Auf ernährungsbedingte Risiken (u. a. geringer Verzehr von Obst und Gemüse sowie hoher Konsum von Zucker und Salz) entfielen schätzungsweise etwa 15 % aller Todesfälle (12 600 Todesfälle), verglichen mit einem EU-Durchschnitt von 17 %. Ungefähr 6 % aller Todesfälle (5 000) waren dem Alkoholkonsum zuzuordnen, während etwa 3 % (2 300) mit geringer körperlicher Aktivität in Zusammenhang standen. Luftverschmutzung in Form von Feinstaub ($PM_{2,5}$) und Ozonbelastung allein waren für etwa 3 % aller Todesfälle (2 700) verantwortlich.

Abbildung 7: Tabak und ernährungsbedingte Risiken tragen wesentlich zur Sterblichkeit in Österreich bei



Anmerkungen: Die Gesamtanzahl der Todesfälle im Zusammenhang mit diesen Risikofaktoren ist geringer als die Summe der Todesfälle in Verbindung mit jedem einzelnen Risikofaktor, da derselbe Todesfall mehr als einem Risikofaktor zugeordnet werden kann. Zu den ernährungsbedingten Risiken gehören 14 Komponenten, z. B. geringer Verzehr von Obst und Gemüse und hoher Konsum von gezuckerten Getränken. Die Luftverschmutzung bezieht sich auf die Belastung durch $PM_{2,5}$ und Ozon.
Quellen: IHME (2020), Global Health Data Exchange (die Schätzungen beziehen sich auf 2019).

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

Der Anteil der Personen in Österreich, die täglich rauchen, ging zwar von 24 % im Jahr 2014 auf 21 % im Jahr 2019 zurück, liegt aber nach wie vor höher als in den meisten EU-Ländern. Auch der Anteil der Jugendlichen, die angaben, dass sie im letzten Monat Tabak rauchten (auf der Grundlage von HBSC-Erhebungen bei 15-Jährigen), ging von 23 % im Jahr 2014 auf 19 % im Jahr 2022 zurück, ist aber nach wie vor etwas höher als in den meisten EU-Ländern. Gleichzeitig ist die Verwendung von E-Zigaretten ähnlich beliebt wie in anderen EU-Ländern: Mehr als jeder siebte 15- und 16-Jährige in Österreich gab im Jahr 2019 an, E-Zigaretten zu rauchen; dieser Anteil lag laut der ESPAD-Erhebung nur geringfügig unter dem EU-Durchschnitt.

Die Maßnahmen zur Eindämmung des Zigarettenrauchens in Österreich sind hinter denen in anderen europäischen Ländern zurückgeblieben, und ein vollständiges Rauchverbot in Restaurants und anderen Gastgewerbebetrieben trat erst im November 2019 in Kraft. Im selben Jahr wurde das gesetzliche Mindestalter für den Kauf von Zigaretten von 16 auf 18 Jahre angehoben. Die Politik in Bezug auf andere Tabak- und Nikotinerzeugnisse außer Zigaretten ist jedoch streng. So ist der Verkauf von Kautabak seit 2017 vollständig verboten.

Der Alkoholkonsum ist höher als in vielen anderen EU-Ländern

Der Gesamt-Alkoholkonsum bei Erwachsenen ist seit 2000 zurückgegangen, lag im Jahr 2020 aber immer noch über dem EU-Durchschnitt. Jeder sechste Erwachsene (16 %) gab für das Jahr 2019 episodische Alkoholexzesse an; dieser Anteil war höher als in vielen

EU-Ländern, wenn auch unter dem EU-Durchschnitt.[1] Auch der Alkoholkonsum unter Jugendlichen ist in Österreich höher als in anderen Ländern: Im Jahr 2022 gab ein Drittel (33 %) der 15-Jährigen laut der HBSC-Erhebung an, mindestens zweimal in ihrem Leben betrunken gewesen zu sein; dies war der vierthöchste Anteil unter den EU-Ländern (Abbildung 8).

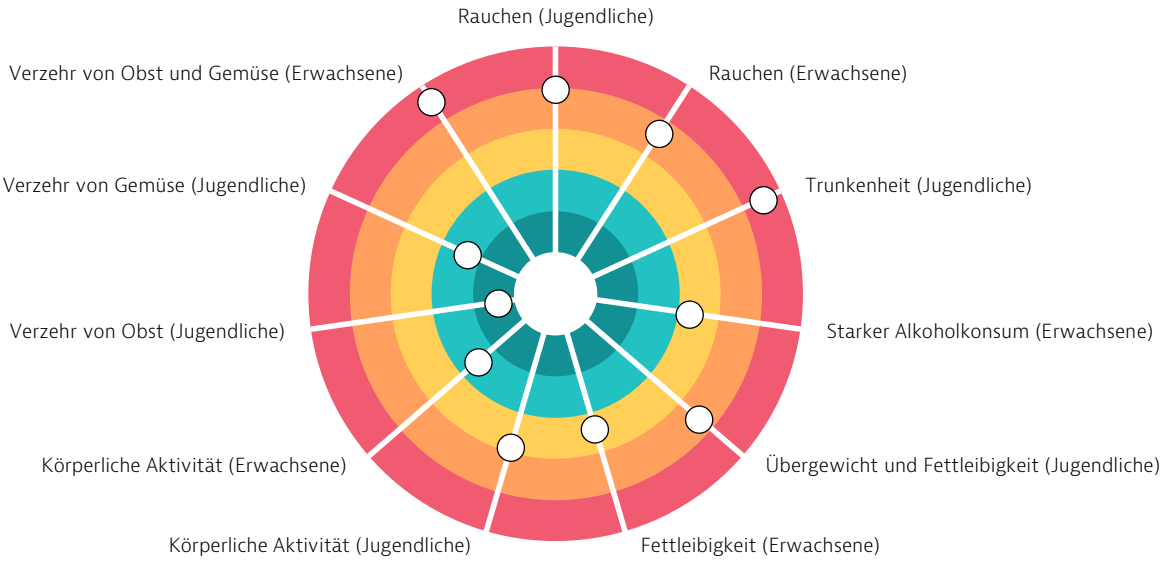
Auch die Übergewichts- und Fettleibigkeitsraten unter Jugendlichen sind in Österreich relativ hoch

Die Fettleibigkeitsrate bei Erwachsenen in Österreich ist 2019 auf 17 % gestiegen und liegt damit leicht über dem EU-Durchschnitt von 16 %. Auch bei den 15-Jährigen sind die Übergewichts- und Fettleibigkeitsraten in den letzten zwei Jahrzehnten erheblich gestiegen und erreichten 23 % im Jahr 2022. Dieser Wert lag ebenfalls leicht über dem EU-Durchschnitt von 21 %.

Wie in vielen anderen EU-Ländern ist auch in Österreich schlechte Ernährung die Hauptursache für Übergewicht und Fettleibigkeit. Im Jahr 2019 gaben etwa 94 % der österreichischen Erwachsenen an, dass sie nicht mindestens fünf Portionen Obst und Gemüse täglich essen – der vierthöchste Anteil unter den EU-Ländern. Unter den Jugendlichen gaben im Jahr 2022 fast zwei Drittel der 15-Jährigen an, im Rahmen ihrer täglichen Ernährung kein Gemüse zu essen, und etwa derselbe Anteil gab an, kein Obst zu essen. Während der Anteil der Jugendlichen, die täglich Obst verzehren, über dem EU-Durchschnitt lag, entspricht der Anteil der Jugendlichen, die täglich Gemüse verzehren, dem Durchschnitt.

Andererseits gehören die österreichischen Erwachsenen zu den körperlich aktivsten in der EU: 44 % der Erwachsenen berichteten 2019 von mindestens 150 Minuten moderater körperlicher Aktivität in der Woche, was deutlich über dem EU-Durchschnitt liegt. Allerdings gaben nur etwa 15 % der österreichischen 15-Jährigen an, im Jahr 2022 täglich eine moderate bis anstrengende körperliche Aktivität auszuüben; dieser Anteil lag nahe am EU-Durchschnitt.

Abbildung 8: Rauchen, Alkoholkonsum und Übergewicht stellen ernste Probleme für die öffentliche Gesundheit in Österreich dar



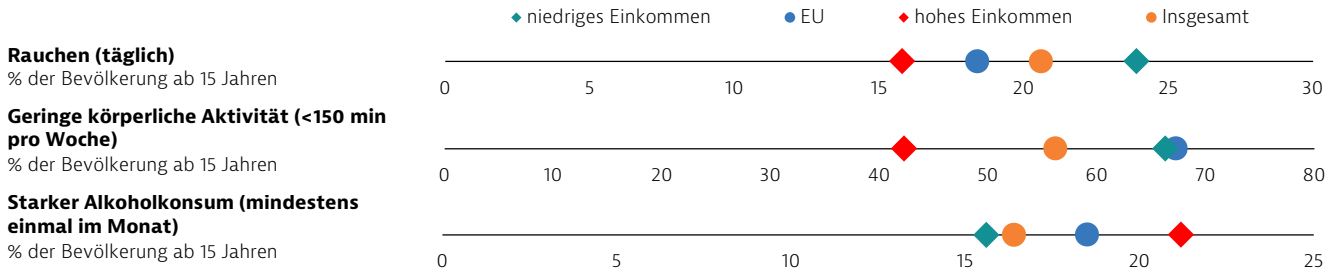
Anmerkungen: Je näher ein Punkt am Mittelpunkt liegt, desto besser schneidet ein Land im Vergleich zu anderen EU-Ländern ab. Kein Land liegt im weißen „Zielbereich", da in allen Ländern in allen Bereichen noch Fortschritte möglich sind.
Quellen: Kalkulationen der OECD auf der Grundlage der HBSC-Umfrage 2022 für Indikatoren bei Jugendlichen und auf Grundlage von EHIS 2019 für Indikatoren bei Erwachsenen.

Einige gesundheitlich riskante Verhaltensweisen sind bei Menschen mit niedrigerem sozioökonomischem Status häufiger

Einige verhaltensbezogene Risikofaktoren sind in Österreich bei Menschen mit niedrigerem Bildungsstand oder niedrigerem Einkommen stärker verbreitet. Im Jahr 2019 rauchte fast jeder vierte Erwachsene mit niedrigem Einkommen (24 %) täglich, verglichen mit nur jedem sechsten Erwachsenen mit hohem Einkommen (16 %). Menschen am unteren Ende der Einkommensskala waren auch weniger körperlich aktiv (Abbildung 9) und häufiger fettleibig. Umgekehrt ist der Alkoholkonsum bei Menschen mit hohem Bildungsstand und hohem Einkommen tendenziell höher.

1 *Starker Alkoholkonsum ist definiert als der Genuss von sechs oder mehr alkoholischen Getränken bei einem einzigen Anlass, in jedem Monat über die vergangenen zwölf Monate betrachtet.*

Abbildung 9: Menschen mit niedrigem Einkommen rauchen häufiger und sind häufiger fettleibig



Anmerkung: Ein niedriges Einkommen wird definiert als die Bevölkerung im untersten Einkommensquintil, während ein hohes Einkommen als die Bevölkerung im höchsten Einkommensquintil definiert wird.
Quelle: Eurostat-Datenbank (auf der Grundlage von EHIS 2019).

4 Das Gesundheitssystem

Das österreichische Gesundheitssystem ist strukturell und finanziell fragmentiert

Die Zuständigkeiten für die Verwaltung des Gesundheitssystems sind auf Bund und Länder sowie auf selbstverwaltende Akteure aufgeteilt. Auf der Bundesebene wird der Rechtsrahmen festgelegt, einschließlich der Regulierung der Sozialversicherung, der Gesundheitsdienstleister und der meisten Bereiche der Versorgungserbringung. Die neun Bundesländer erbringen Krankenhausleistungen in ihren Zuständigkeitsbereichen und finanzieren Investitionen im Krankenhaussektor. Außerhalb von Krankenhäusern handelt es sich bei den Gesundheitsdienstleistern überwiegend um private Anbieter, die mit den gesetzlichen Sozialversicherungsträgern Kollektivverträge über die ambulante Versorgung aushandeln. Die Regierungen auf Bundes- und Länderebene sowie die Sozialversicherungsträger tragen alle zur Finanzierung bei.

Die Bevölkerungsabdeckung der Sozialversicherung ist nahezu universell, wobei Personen den Trägern auf der Grundlage des Wohnorts und/oder der Beschäftigung zugewiesen werden. Im Jahr 2021 war nur etwa 0,1 % der gebietsansässigen Bevölkerung nicht versichert (siehe Abschnitt 5.2). Private Ausgaben erfolgen hauptsächlich in Form von Selbstzahlungen, während private Versicherungen nur eine begrenzte Rolle spielen. Die Selbstzahlungen dienen hauptsächlich der Finanzierung von Leistungen, die teilweise oder nicht durch die Sozialversicherung abgedeckt werden, einschließlich Konsultationen von Ärzten ohne Verträge mit den Sozialversicherungsträgern sowie gesetzliche Zuzahlungen.

Reformen haben versucht, die Fragmentierung zu verringern, aber Fortschritte sind nach wie vor schleppend

Umfassende Reformen zielten darauf ab, die Fragmentierung des Gesundheitssystems zu reduzieren. Die wichtigsten Akteure – die Bundesregierung, die Landesregierungen und die Träger der gesetzlichen Sozialversicherung – sind nun in einer Zielsteuerungskommission vereint, die gemeinsam Finanz- und Gesundheitsziele für drei- bis fünfjährige Zeiträume festlegt, die in sogenannten „Zielsteuerungsverträgen“ kodifiziert werden, und die Fortschritte überwacht.

Im Jahr 2020 wurde im Zuge einer umfassenden Reform die Zahl der gesetzlichen Sozialversicherungsträger von 21 auf fünf reduziert, indem neun regionale sowie mehrere betriebliche Versicherungsträger zu einem großen Träger (Österreichische Gesundheitskasse – ÖGK) zusammengefasst wurden, der mehr als 80 % der versicherten Bevölkerung abdeckt, und indem die Träger für Selbstständige und Landwirte sowie für Beamte und Eisenbahner zu nunmehr zwei Trägern zusammengefasst wurden. Obwohl einige Schritte zur Vereinheitlichung der Leistungen unternommen wurden, bestehen innerhalb der ÖGK sowie zwischen den Trägern nach wie vor Unterschiede, auch weil der rechtliche Rahmen für die Aushandlung von Verträgen zwischen den Sozialversicherungsträgern und den Vertretungen von Gesundheitsdienstleistern auf Landesebene durch den Zusammenschluss nicht geändert wurde. Die Reform wurde auch heftig kritisiert, weil sie keine Mechanismen zur Erreichung von Einsparungen bei den Verwaltungskosten in Höhe von 1 Mrd. EUR bis 2023 umfasste, die von der Regierung damals als ein wichtiges Ziel angekündigt worden waren. In einem kürzlich veröffentlichten Bericht hat der Rechnungshof Österreich gezeigt, dass die Verwaltungsausgaben seit der Reform tatsächlich gestiegen sind, und zwar in einer Größenordnung, die mit einem Basisszenario ohne die Zusammenschlüsse vergleichbar ist (RH, 2022).

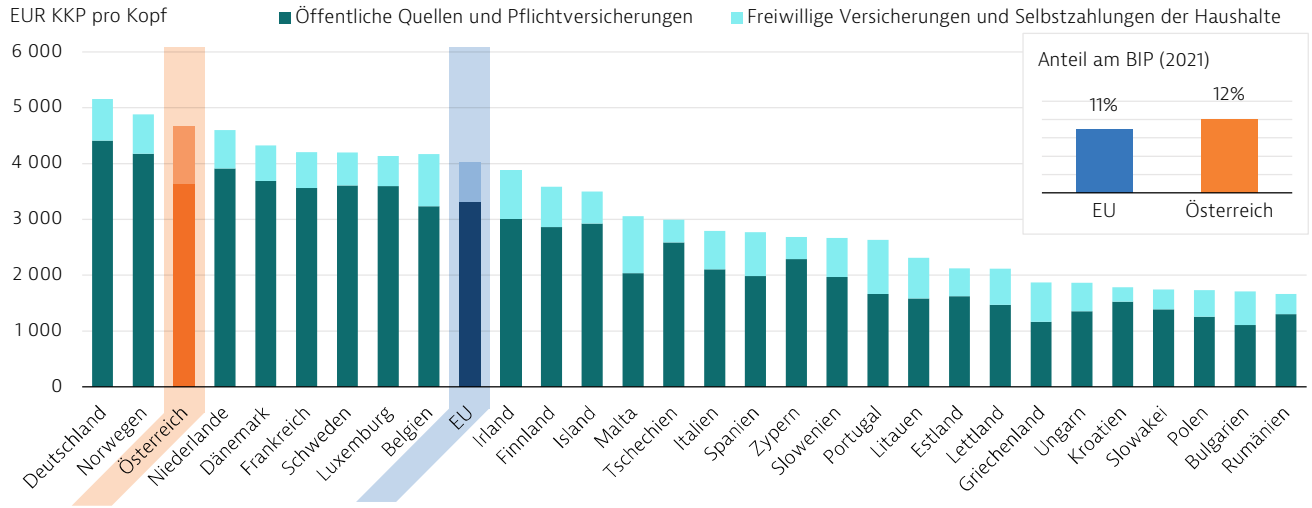
Österreich hat eines der teuersten Gesundheitssysteme in der EU

Im Jahr 2021 beliefen sich die (um Kaufkraftunterschiede bereinigten) Gesundheitsausgaben pro Kopf auf 4 663 EUR (gegenüber dem EU-Durchschnitt von 4 028 EUR), was nach Deutschland und den Niederlanden den

dritthöchsten Wert in der EU darstellte (Abbildung 10). Die Gesundheitsausgaben beliefen sich 2021 auf 12,1 % des BIP und lagen damit ebenfalls über dem (gewichteten) EU-Durchschnitt von 11,0 %.

Ab 2020 wurden zusätzliche öffentliche Ausgaben für den Gesundheits- und Langzeitpflegesektor bereitgestellt, um die Ausgaben im Zusammenhang mit COVID-19 zu decken. Die Zielsteuerungsverträge enthalten das ausdrückliche Ziel, das Wachstum der aus öffentlichen Mitteln finanzierten Gesundheitsausgaben an das BIP-Wachstum anzupassen, und legen jährliche Ausgabenzielvorgaben fest. Diese Vorgaben wurden seit Beginn der Pandemie auf Bundes- und Länderebene sowie auf Ebene der Sozialversicherung überschritten. Die Zielvorgaben wären jedoch auch ohne außerordentliche Ausgaben für COVID-19 überschritten worden (B-ZK, 2023).

Abbildung 10: Österreich gehört zu den EU-Ländern mit den höchsten Gesundheitsausgaben pro Kopf



Anmerkung: Der EU-Durchschnitt wurde gewichtet.
Quelle: OECD-Gesundheitsstatistik 2023 (die Daten beziehen sich auf 2021, mit Ausnahme der Daten für Malta, die sich auf 2020 beziehen).

Im Jahr 2021 machten die Ausgaben des öffentlichen Sektors und der Pflichtversicherung 78 % der gesamten Gesundheitsausgaben aus, wobei der größte Anteil durch die Sozialversicherung finanziert wurde, gefolgt von den allgemeinen steuerfinanzierten Ausgaben des Bundes und der Länder, hauptsächlich für die stationäre Versorgung. Der Anteil der aus öffentlichen Mitteln und aus Pflichtversicherungen finanzierten Ausgaben war in den Jahren vor der Pandemie stabil und stieg während der Pandemie an, liegt aber nach wie vor unter dem EU-Durchschnitt von 81 %. Dagegen machte im Jahr 2021 der Anteil der Selbstzahlungen 15,8 % der gesamten Gesundheitsausgaben aus (im Vergleich zu einem EU-Durchschnitt von 14,5 %). Die Selbstzahlungen entfallen hauptsächlich auf ambulante Versorgung, Arzneimittel, Langzeitpflege und zahnmedizinische Versorgung (siehe Abschnitt 5.2).

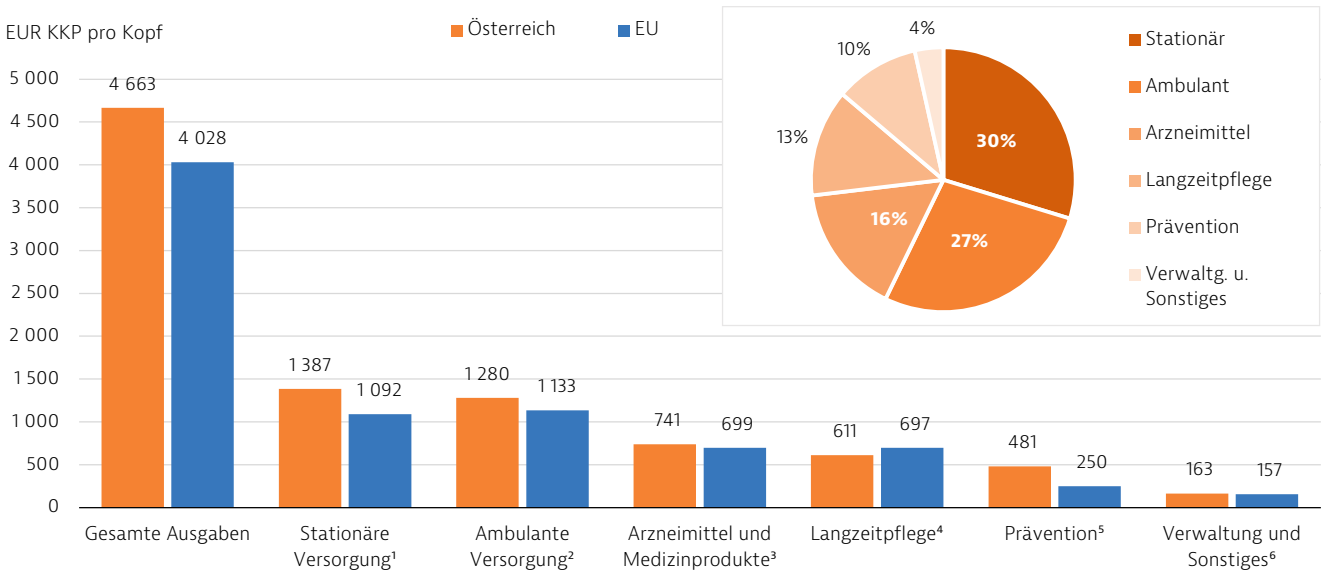
Trotz der Bemühungen, den Umfang der stationären Versorgung zu verringern, absorbiert diese nach wie vor den größten Teil der Gesundheitsausgaben

Obwohl seit 2010 ein rückläufiger Trend zu verzeichnen ist, gibt Österreich nach wie vor den größten Anteil der Gesundheitsausgaben und mehr als den EU-Durchschnitt für die stationäre Versorgung aus (30 % des Gesamtbetrags im Jahr 2021, gegenüber einem EU-Durchschnitt von 28 %). In absoluten Zahlen beliefen sich die Pro-Kopf-Ausgaben für stationäre Versorgung in Österreich im Jahr 2021 auf 1 387 EUR, gegenüber dem EU-Durchschnitt von 1 092 EUR. Die Ausgaben für die Prävention stiegen während der Pandemie erheblich an und machten 2021 aufgrund von COVID-19-Tests und Impfungen mehr als 10 % der Gesundheitsausgaben aus; dies ist ein deutlich höherer Anteil als die nur etwa 2 % vor der Pandemie (Abbildung 11).

Die Ärztedichte ist im Vergleich zu anderen Ländern hoch, weist jedoch regionale und sektorale Unterschiede auf

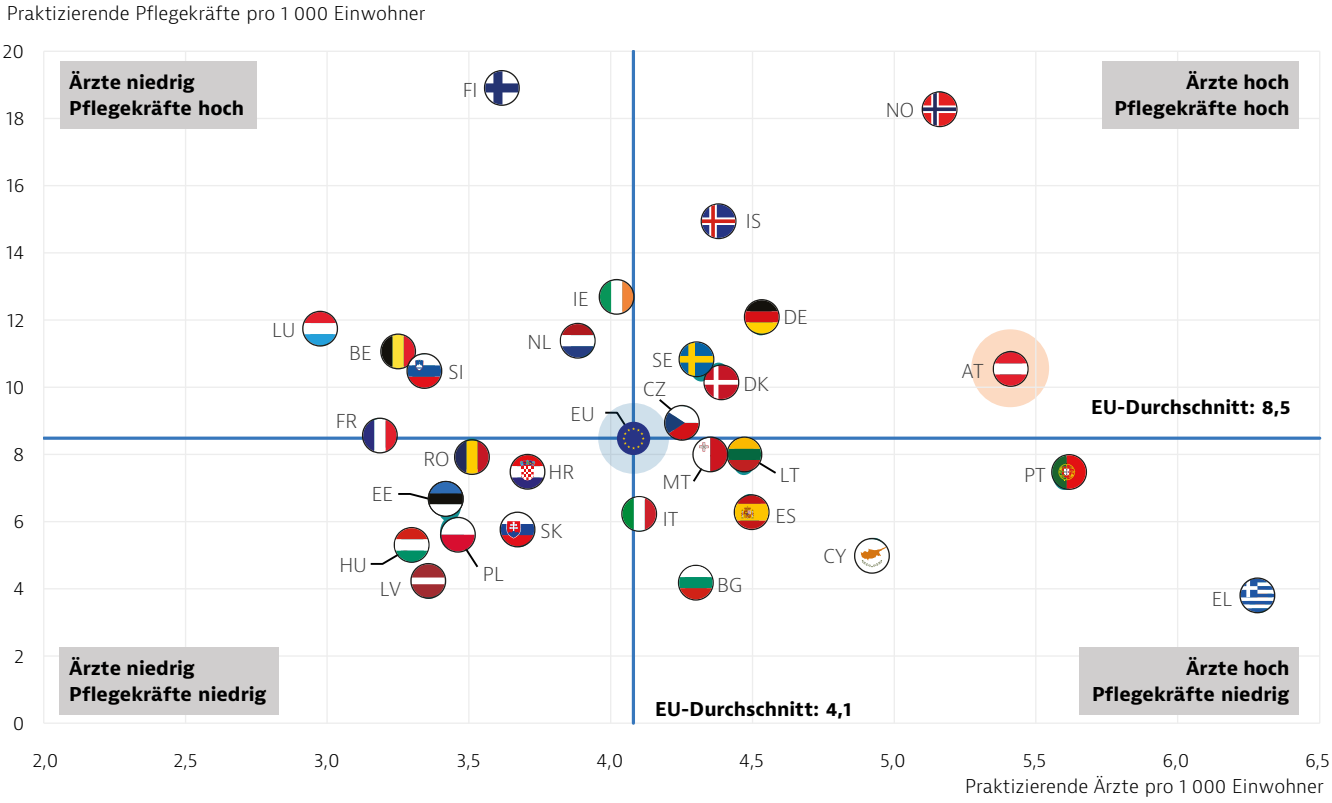
Österreich wies 2021 mit 5,4 Ärzten pro 1 000 Einwohner die zweithöchste Ärztedichte in der EU auf, verglichen mit 4,8 Ärzten pro 1 000 Einwohner im Jahr 2010 und gegenüber dem EU-Durchschnitt von 4,1 (Abbildung 12). Es gibt jedoch weiterhin eine Debatte über einen Ärztemangel in bestimmten Fachrichtungen und Sektoren, im ländlichen Raum und in bestimmten Bundesländern, wobei die Dichte zwischen 4 pro 1 000 Einwohner im Burgenland und fast 7 in Wien variiert (ÖÄK, 2023). Wichtig ist, dass der Anteil der Allgemeinmediziner kontinuierlich von 16 % im Jahr 2010 auf weniger als 14 % im Jahr 2021 zurückgegangen ist und heute einer der niedrigsten in der EU ist. Die Dichte der Krankenpflegekräfte ist in den letzten zehn Jahren auf 10,6 pro 1 000 Einwohner im Jahr 2021 gestiegen und lag damit über dem EU-Durchschnitt von 8,5.

Abbildung 11: Österreich gibt nach wie vor mehr für stationäre Versorgung aus als die meisten EU-Länder



Anmerkungen: 1. Beinhaltet kurative und rehabilitative Gesundheitsversorgung in Krankenhäusern und anderen Einrichtungen; 2. Beinhaltet häusliche Pflege und Nebenleistungen (z. B. Krankentransport); 3. Beinhaltet nur den ambulanten Markt; 4. Beinhaltet nur die gesundheitliche Komponente; 5. Beinhaltet nur Ausgaben für organisierte Präventionsprogramme; 6. Beinhaltet die Lenkung und Verwaltung des Gesundheitssystems und andere Ausgaben. Der EU-Durchschnitt wurde gewichtet.
Quellen: OECD-Gesundheitsstatistik 2023 (die Daten beziehen sich auf 2021).

Abbildung 12: Österreich weist eine überdurchschnittliche Dichte an Ärzten und Pflegekräften auf



Anmerkungen: Der EU-Durchschnitt ist ungewichtet. Die Daten über Pflegekräfte umfassen alle Kategorien von Pflegekräften (nicht nur diejenigen, die der EU-Richtlinie über die Anerkennung von Berufsqualifikationen entsprechen). In Portugal und Griechenland beziehen sich die Daten auf alle approbierten Ärzte, was dazu führt, dass die Zahl der praktizierenden Ärzte stark überschätzt wird (z. B. etwa 30 % in Portugal). In Griechenland wird die Zahl der Pflegekräfte unterschätzt, da nur in Krankenhäusern tätige Pflegekräfte berücksichtigt werden.
Quelle: OECD-Gesundheitsstatistik 2023 (die Daten beziehen sich auf 2021 oder das nächstgelegene verfügbare Jahr).

5 Leistung des Gesundheitssystems

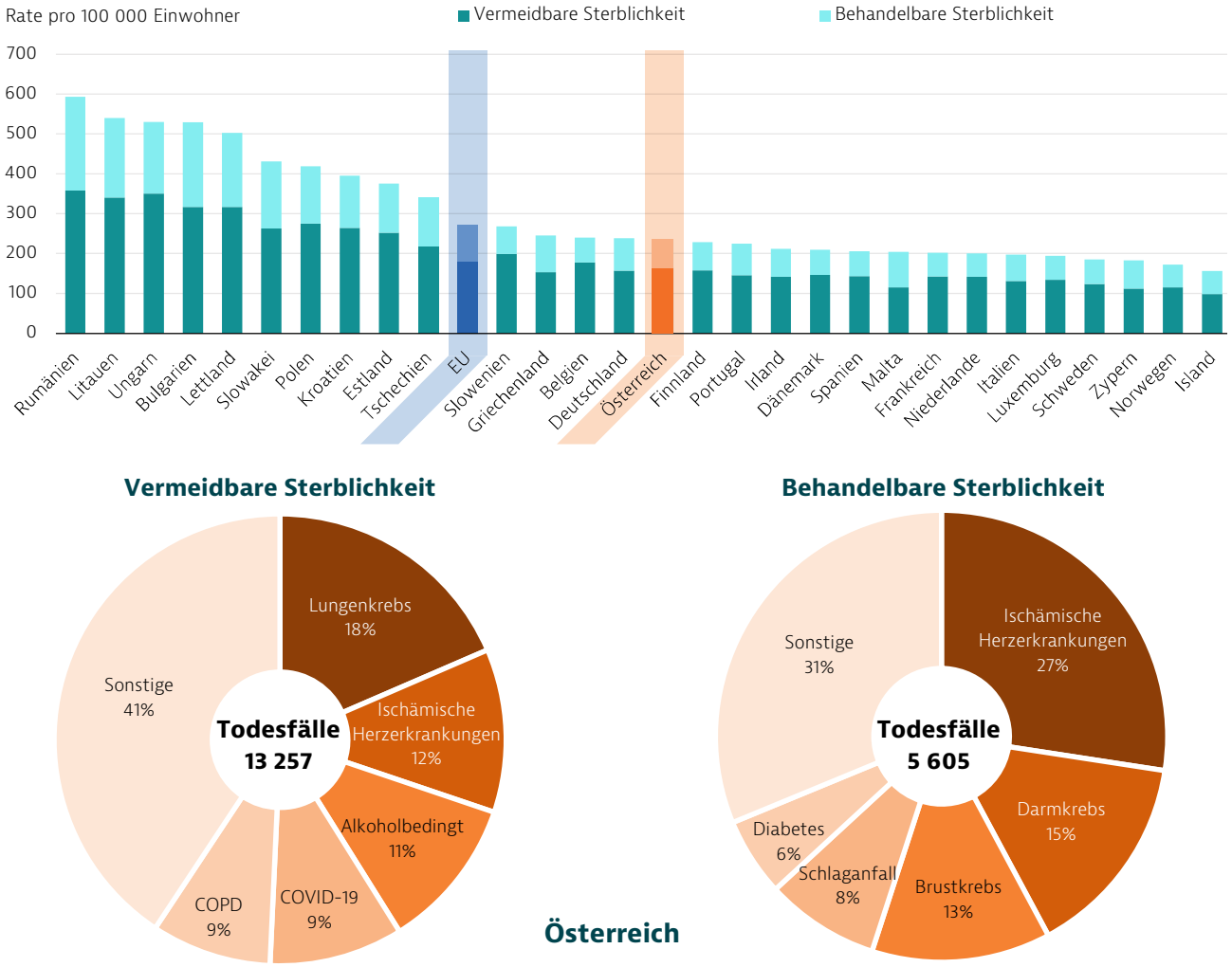
5.1 Wirksamkeit

Die Sterblichkeit aufgrund behandelbarer und vermeidbarer Ursachen könnte weiter gesenkt werden

Das österreichische Gesundheitssystem ist relativ wirksam, wenn es darum geht, Todesfälle aufgrund von Ursachen zu vermeiden, die durch eine zeitnahe und wirksame Gesundheitsversorgung behandelt werden können. Obwohl die Sterblichkeit aufgrund behandelbarer Ursachen im Jahr 2020 unter dem Durchschnitt lag, erreichen mehrere EU-Mitgliedstaaten noch niedrigere Raten (Abbildung 13). Ischämische Herzerkrankung, Darm- und Brustkrebs sowie Schlaganfall waren die häufigsten behandelbaren Ursachen von Todesfällen, die durch eine frühere Diagnose und eine frühzeitigere und wirksamere Behandlung weiter reduziert werden könnten.

Die vermeidbare Sterblichkeit lag 2020 in Österreich ebenfalls unter dem EU-Durchschnitt, aber immer noch deutlich höher als in den Ländern der EU mit den besten Ergebnissen. Lungenkrebs, ischämische Herzerkrankung und alkoholbedingte Erkrankungen, gefolgt im Jahr 2020 von COVID-19 stellen die häufigsten vermeidbaren Todesursachen dar. Chronische Atemwegserkrankungen tragen ebenfalls erheblich zu vermeidbaren Todesfällen bei. Die hohe Prävalenz verhaltensbedingter Risikofaktoren wie Rauchen, Alkoholkonsum und schlechte Ernährung trägt zu diesen vermeidbaren Todesfällen bei (siehe Abschnitt 3).

Abbildung 13: Die behandelbare und vermeidbare Sterblichkeit liegt unter dem EU-Durchschnitt, aber höher als in den Ländern mit den besten Ergebnissen



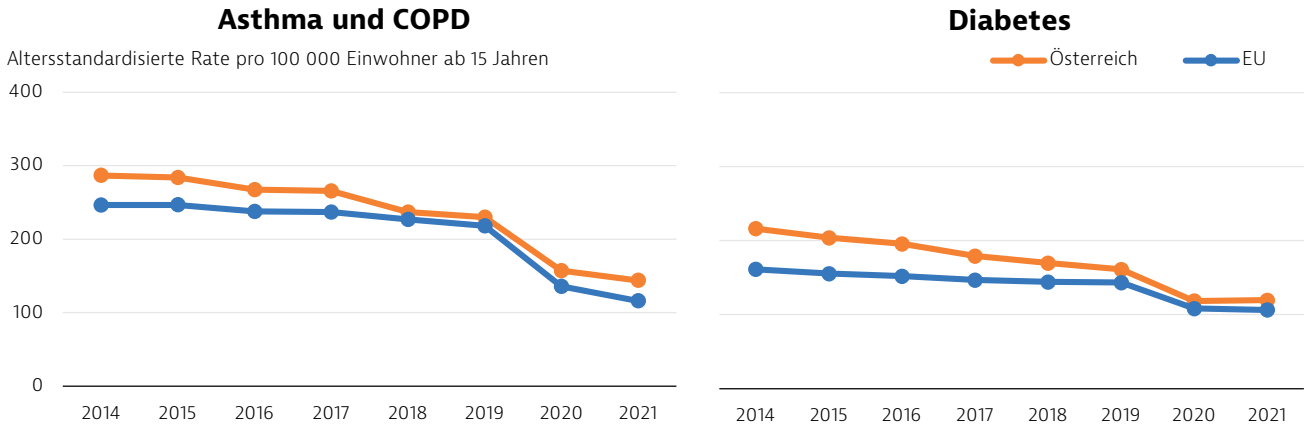
Anmerkungen: Die vermeidbare Sterblichkeit bezieht sich auf Todesfälle, die überwiegend durch Maßnahmen des öffentlichen Gesundheitswesens und der Primärprävention vermieden werden können. Die behandelbare Sterblichkeit bezieht sich auf Todesfälle, die überwiegend durch Maßnahmen der Gesundheitsfürsorge, einschließlich Screenings und Behandlungen, vermieden werden können. Beide Indikatoren beziehen sich auf die vorzeitige Sterblichkeit (in einem Alter von unter 75 Jahren). In den Listen werden die Hälfte aller Todesfälle bei einigen Krankheiten (z. B. ischämische Herzerkrankungen, Schlaganfall, Diabetes und Hypertonie) der Liste der vermeidbaren Sterblichkeit zugeordnet und die andere Hälfte den behandelbaren Ursachen zugeordnet, sodass ein und derselbe Todesfall nicht doppelt gezählt wird. „COPD" bezeichnet chronisch obstruktive Lungenerkrankung.
Quelle: Eurostat-Datenbank (die Daten beziehen sich auf 2020).

Qualitätsindikatoren zeigen Verbesserungen, doch sind weitere Anstrengungen erforderlich, um die Krankenhauslastigkeit zu verringern

Potenziell vermeidbare Krankenhauseinweisungen wegen chronischer Krankheiten waren in Österreich früher höher als in den meisten anderen europäischen Ländern, sind aber in den letzten zehn Jahren zurückgegangen und liegen bei einigen Krankheiten nun näher am EU-Durchschnitt. Im Jahr 2021 wurden in Österreich fast 145 Krankenhausaufnahmen mit der Diagnose Asthma und chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD) sowie 120 mit der Diagnose Diabetes pro 100 000 Erwachsene verzeichnet; diese Raten liegen nach wie vor leicht über dem EU-Durchschnitt. Während der Rückgang der Zahl der Aufnahmen aufgrund von Asthma und COPD zwischen 2014 und 2021 in Österreich etwas langsamer verlief (-50 %) als in der EU (-53 %), ging die Zahl der Aufnahmen aufgrund von Diabetes in Österreich schneller zurück (-45 %, gegenüber -34 % in der gesamten EU) (Abbildung 14). Der deutliche Rückgang der Aufnahmen im Jahr 2020 sollte vor dem Hintergrund der COVID-19-Pandemie interpretiert werden, die sich auf die Nicht-COVID-19-Tätigkeiten der Krankenhäuser auswirkte und die Inanspruchnahme des Gesundheitssystems durch die Patienten verändert haben (siehe Abschnitt 5.3). Diese Rückgänge können daher nicht als Hinweis auf eine verbesserte Zugänglichkeit oder Qualität der Primärversorgung für diese chronischen Erkrankungen in ambulanten Einrichtungen verstanden werden.

Trotz anhaltender Reformanstrengungen und einer allmählichen Verlagerung hin zu mehr Aktivität im ambulanten Bereich ist das österreichische Gesundheitssystem nach wie vor krankenhauslastig. Dem jüngsten Monitoringbericht der nationalen Zielsteuerung zufolge, ist die Inanspruchnahme stationärer Leistungen im Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie im Zeitraum 2020–2021 gestiegen; dem ging jedoch ein Rückgang vor Ausbruch der Pandemie voraus. Es besteht Einigkeit darüber, dass die Primärversorgung weiter gestärkt werden muss, ein Ziel, das hauptsächlich durch die Schaffung multidisziplinärer Primärversorgungszentren und netze verfolgt wird. Die Zahl der Einrichtungen der medizinischen Primärversorgung war bis Mitte 2023 auf 40 gestiegen, bleibt aber immer noch weit entfernt von dem Ziel von 75 Einrichtungen, das ursprünglich für 2021 festgelegt und später bis Ende 2023 verlängert worden war. Nur 3,3 % der Bevölkerung erhielt ihre Primärversorgung von diesen Einrichtungen (B-ZK, 2023).

Abbildung 14: Vermeidbare Krankenhausaufnahmen für Diabetes sind in Österreich schneller zurückgegangen als im EU-Durchschnitt, aber die Zahl der Aufnahmen für Asthma und COPD war vergleichbar



Anmerkung: Die Einweisungsraten sind nicht für die Unterschiede bei der Prävalenz der Krankheiten in den einzelnen Ländern angepasst.
Quelle: OECD-Gesundheitsstatistik 2023.

Obwohl die Sterblichkeit aufgrund vermeidbarer Ursachen nach wie vor signifikant ist, sind bei den Indikatoren für die Prävention einige Fortschritte zu verzeichnen

Verhaltensbezogene Risikofaktoren, darunter nicht nur Rauchen, sondern auch ungesunde Ernährung, Alkoholkonsum und geringe körperliche Betätigung, sind in Österreich nach wie vor ein wichtiger Faktor für die Sterblichkeit (siehe Abschnitt 2). Verstärkte Anstrengungen im Bereich der öffentlichen Gesundheit und der Prävention könnten dazu beitragen, diese Sterblichkeit zu verringern. Einige Fortschritte wurden in Österreich seit Initiierung Gesundheitsförderungsstrategie aus dem Jahr 2014 erreicht, die von der Bundes-Zielsteuerungskommission vereinbart und im Jahr 2016 erneuert wurde. Sie stand im Einklang mit den „Gesundheitszielen Österreich" – den übergeordneten und langfristigen Zielen der Gesundheitspolitik auf Bundesebene, mit denen eine Reihe strategischer Ziele für Prävention und Gesundheitsförderung festgelegt und zusätzliche Mittel für diesen Zweck bereitgestellt wurden, unter anderem durch die Einrichtung von Länder-Präventionsfonds. Die Strategie legte einen besonderen Schwerpunkt auf die Prävention bei Kindern und Jugendlichen sowie die Gesundheitskompetenz bei Erwachsenen im erwerbsfähigen Alter und älteren Menschen. Die Ausgaben für öffentliche Gesundheit und Prävention machten als Anteil an den Gesundheitsausgaben insgesamt jedoch vor der Pandemie immer noch nur etwa 2 % aus.

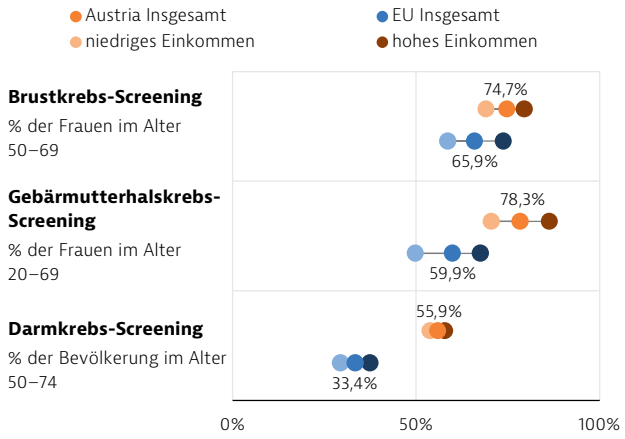
Die Gesundheitsförderungsstrategie wurde dahin gehend kritisiert, dass sie bislang keine messbare Verbesserung des Gesundheitszustands erreicht hat und dass sie zu vage sei, da sie sich beispielsweise zu stark auf freiwillige Maßnahmen stützt und keine längerfristigen Finanzierungszusicherungen zur Unterstützung erfolgreicher Projekte macht (RH, 2023).

Seit 2014 gibt es einen umfassenden Rahmenplan zur Krebsbekämpfung

Seit 2014 gibt es ein nationales Krebsrahmenprogramm, das Prävention, Früherkennung, Behandlung und Rehabilitation abdeckt (OECD, 2023a). Österreich schneidet bei der Inanspruchnahme von Früherkennungsdiensten im Allgemeinen besser ab als viele andere europäische Länder, obwohl Brustkrebs die einzige Krebsart ist, für die bislang ein nationales organisiertes Früherkennungsprogramm durchgeführt wird.

Die sozioökonomischen Unterschiede bei der Inanspruchnahme sind nach wie vor mit der EU insgesamt vergleichbar (Abbildung 15). So gaben im Jahr 2019 beispielsweise 78 % der Frauen im Altersbereich von 20–69 an, sich kürzlich einem Gebärmutterhalskrebs-Test unterzogen zu haben (60 % in der EU), wobei die Spanne zwischen 71 % im untersten und 86 % im höchsten Einkommensquintil lag (im Vergleich zu der Spanne zwischen 50 % und 68 % in der gesamten EU).

Abbildung 15: Die Krebsvorsorgequoten in Österreich betragen im Allgemeinen höher als der EU-Durchschnitt



Anmerkungen: Ein niedriges Einkommen wird definiert als die Bevölkerung im untersten Einkommensquintil, während ein hohes Einkommen als die Bevölkerung im höchsten Einkommensquintil definiert wird. Die Anteile beziehen sich auf Personen, die angeben, sich in den zwei Jahren vor der Erhebung einer Untersuchung unterzogen zu haben.
Quelle: Eurostat-Datenbank (EHIS 2019).

Die Screening-Raten gingen zu Beginn der COVID-19-Pandemie und insbesondere während des ersten Lockdowns im Jahr 2020 drastisch zurück, erholten sich jedoch rasch auf das Niveau vor COVID-19, sodass die Gesamtauswirkungen voraussichtlich begrenzt bleiben.

Impfraten liegen im Allgemeinen unter dem EU-Durchschnitt

Die Impfraten für Infektionskrankheiten bei Kindern und älteren Menschen liegen in Österreich generell unter dem EU-Durchschnitt. Im Jahr 2019 wurde nicht einmal jeder fünfte Mensch im Alter ab 65 Jahren (18 %) gegen Grippe geimpft; dies ist die Hälfte der Rate in der EU in dieser Hochrisikogruppe. Die COVID-19-Pandemie trug jedoch zu einem Anstieg der Nachfrage nach Grippeimpfungen im Jahr 2020 bei.

Die Impfrate bei Kindern liegt unter dem EU-Durchschnitt für Diphtherie, Tetanus und Keuchhusten (DTP) (85 % in Österreich gegenüber 95 % in der EU im Jahr 2020) und Hepatitis B. Das Gleiche gilt für Impfungen gegen humane Papillomaviren (HPV) bei Jugendlichen, eine Infektion, bei der es sich um einen Risikofaktor für Krebs handeln kann (OECD, 2023a).

5.2 Zugang

Der Zugang zur Gesundheitsversorgung wird im Allgemeinen als gut angesehen, und es bestehen nur geringe Lücken beim Versicherungsschutz

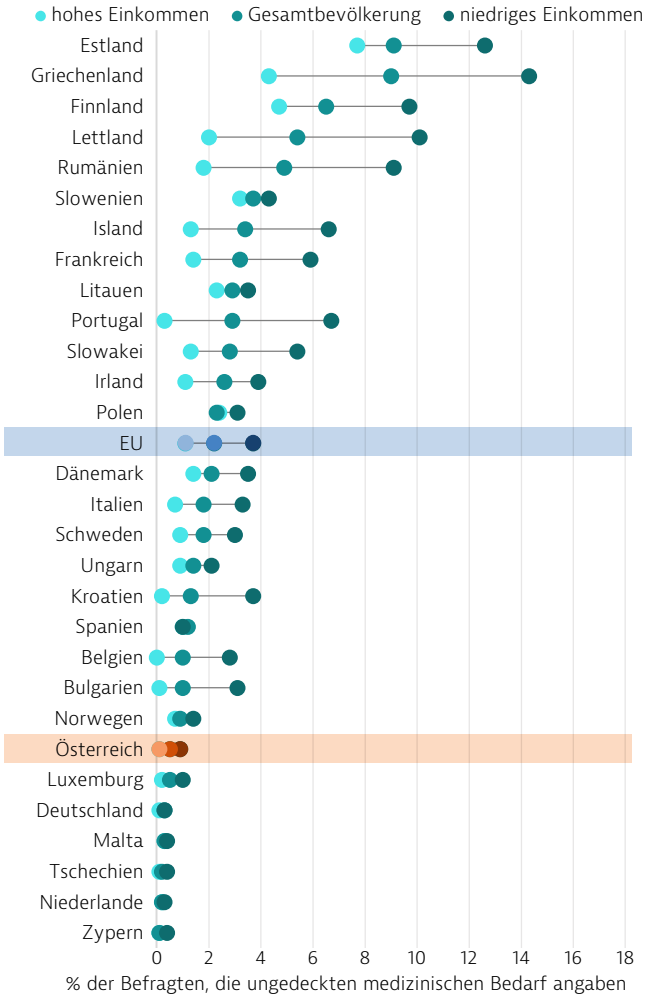
Die Sozialversicherung ist in Österreich gesetzlich verpflichtend; sie deckt fast die gesamte Bevölkerung ab und bietet ein umfassendes Leistungspaket, das während der Pandemie auch die COVID-19-Versorgung umfasste. Infolgedessen gilt der Zugang zur Gesundheitsversorgung im Allgemeinen als gut, und Österreich gehört zu den EU-Ländern mit dem niedrigsten ungedeckten medizinischen Bedarf nach eigenen Angaben der Bevölkerung in Umfragen (Abbildung 16).

Das Leistungspaket ist umfassend, aber nicht vollständig zwischen den Sozialversicherungsträgern vereinheitlicht

Ein Grundprinzip des österreichischen Sozialversicherungsrechts ist, dass die Versicherung den Zugang zu allen angemessenen, aber nicht über das erforderliche Maß hinausgehenden Gesundheitsleistungen gewährleistet. Das Leistungspaket ist umfassend und enthält die stationäre und ambulante Versorgung im Krankenhaus- und Ambulanzbereich, Arzneimittel, die zahnmedizinische Versorgung und Rehabilitation.

Zwischen den einzelnen Sozialversicherungsträgern sowie innerhalb des Hauptträgers ÖGK zwischen Bundesländern bestehen jedoch nach wie vor geringe Unterschiede in der Leistungsabdeckung. Die Angleichung der Leistungen war ein erklärtes Ziel der Reform der Sozialversicherung im Jahr 2017, durch die die Zahl der ab 2020 aktiven Träger verringert wurde, mit dem allgemeinen Ziel einer Angleichung „nach oben“, d. h. einer Ausweitung der großzügigsten Abdeckung auf die gesamte durch den neuen konsolidierten Träger versicherte Bevölkerung. Dies wurde nicht erreicht, und es bestehen nach wie vor Unterschiede, beispielsweise bei den Arten von ambulanten Arztleistungen, auch im Bereich der psychischen Gesundheit, bei den Zuzahlungsregelungen und bei der Abdeckung von Gesundheitsleistungen im Zusammenhang mit Unfällen (RH, 2022).

Abbildung 16: Der ungedeckte medizinische Bedarf nach eigenen Angaben liegt sogar in einkommensschwachen Gruppen bei nahezu null



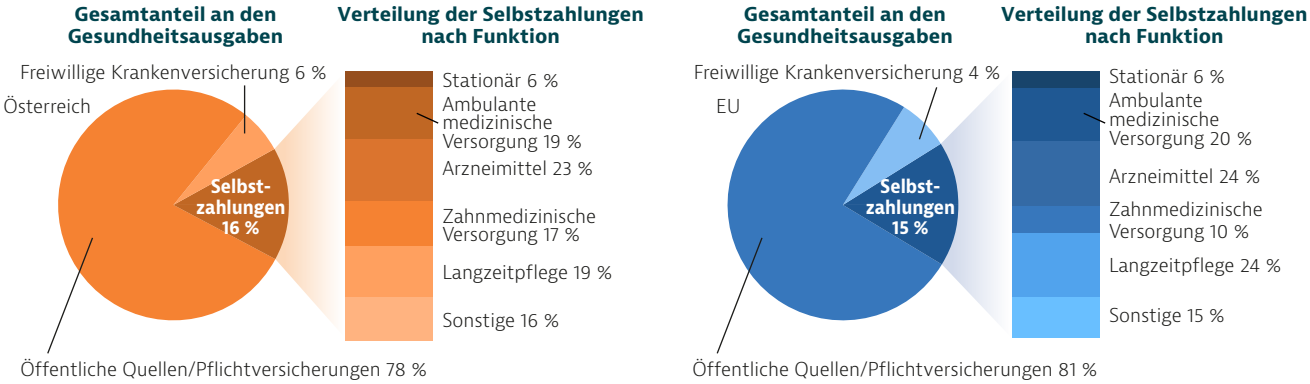
Anmerkungen: Die Daten beziehen sich auf den ungedeckten Bedarf an medizinischen Untersuchungen oder Behandlungen aufgrund von Kosten, Entfernung oder Wartezeiten. Beim Vergleich dieser Daten zwischen den Ländern ist Vorsicht geboten, da es bei den eingesetzten Erhebungsinstrumenten einige Unterschiede gibt.
Quelle: Eurostat-Datenbank, auf der Grundlage der EU-SILC (die Daten beziehen sich auf 2022, mit Ausnahme der Daten für Norwegen (2020) und Island (2018)).

Selbstzahlungen betreffen hauptsächlich die ambulante medizinische Versorgung, Arzneimittel im Rahmen der ambulanten Versorgung und die Langzeitpflege

Mehr als drei Viertel (78 %) aller Gesundheitsausgaben in Österreich wurden 2021 vom öffentlicher Hand und den Sozialversicherungsträgern finanziert, 16 % durch Selbstzahlungen von den Haushalten und die restlichen 6 % durch freiwillige Krankenversicherungen und andere freiwillige Vorauszahlungssysteme (wie Finanzierungsregelungen von Unternehmen oder Nichtregierungsorganisationen). In absoluten Zahlen und bereinigt um Kaufkraftunterschiede waren die Selbstzahlungen die dritthöchsten unter den EU-Ländern. Der größte Anteil der Selbstzahlungen entfiel auf Arzneimittel im Rahmen der ambulanten Versorgung (23 %), gefolgt von ambulanter medizinischer Versorgung und Langzeitpflege (je 19 %) sowie zahnmedizinischer Versorgung (17 %) (Abbildung 17).

Obwohl private Finanzierungsquellen in Österreich einen größeren Anteil an der gesamten Finanzierung des Gesundheitssystems ausmachen als in der EU (Selbstzahlungen belaufen sich in der gesamten EU durchschnittlich auf 15 % und freiwillige Krankenversicherungen auf 4 %), werden finanzielle Zugangsbarrieren in Österreich in der Regel nicht als großes Problem angesehen. Gründe dafür sind Befreiungen von den gesetzlichen Zuzahlungsanforderungen und Sicherheitsnetze für einkommensschwache Haushalte. So wird beispielsweise eine Pauschalgebühr (derzeit 6,85 EUR) für das Einlösen einer Arzneimittelverschreibung im Rahmen der ambulanten Versorgung erhoben, die Gebühren unterliegen jedoch einer jährlichen Obergrenze, und Personen mit einem Jahreseinkommen unterhalb eines festgelegten Schwellenwerts sind davon befreit. Die Häufigkeit katastrophaler Haushaltsausgaben für die Gesundheit liegt unter dem EU-Durchschnitt. Dennoch waren im Jahr 2015 schätzungsweise 3 % der österreichischen Haushalte von katastrophalen Ausgaben für die Gesundheit betroffen, mehr als zwei Drittel dieser Haushalte lagen im ärmsten Einkommensquintil (Czypionka et al., 2018).[2]

Abbildung 17: Der größte Anteil der Selbstzahlungen entfällt auf Arzneimittel im Rahmen der ambulanten Versorgung und auf die ambulante Versorgung



Anmerkungen: Die freiwillige Krankenversicherung schließt auch andere Regelungen für freiwillige Vorauszahlungen ein. Der EU-Durchschnitt wurde gewichtet.
Quellen: OECD-Gesundheitsstatistik 2023; Eurostat-Datenbank (die Daten beziehen sich auf 2021).

2 *Katastrophale Ausgaben sind definiert als Selbstzahlungen privater Haushalte, die 40 % der gesamten Haushaltsnettoausgaben für elementare Bedürfnisse (d. h. Lebensmittel, Wohnung und Nebenkosten) überschreiten.*

Der Trend hin zu „Wahlarztpraxen“ ist bedenklich

Es gibt zunehmend Bedenken hinsichtlich der Verfügbarkeit bestimmter Gesundheitsdienste und des gleichberechtigten Zugangs, insbesondere in der laufenden Debatte über Ungleichgewichte bei den praktizierenden Ärzten. Die praktizierende Ärzteschaft durchläuft einen Alterungsprozess, und ein zunehmender Anteil der Ärzte entscheidet sich gegen einen Vertrag mit den Sozialversichungsträgern („Wahlarztpraxis“). Im Jahr 2022 hatten nur 58 % der praktizierenden Allgemeinmediziner und 28 % der außerhalb von Krankenhäusern tätigen Fachärzte einen Vertrag mit dem größten gesetzlichen Sozialversicherungsträger.

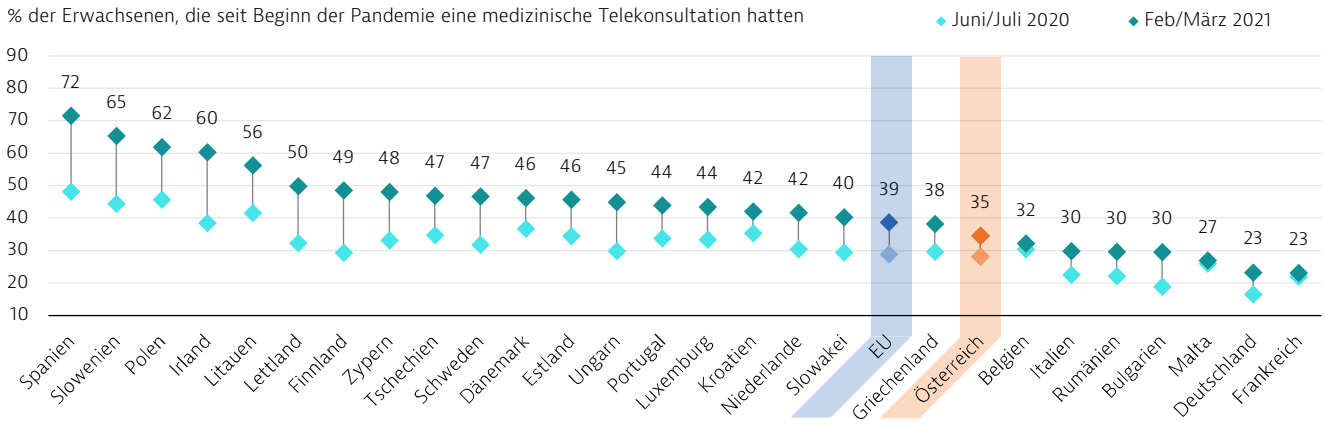
Der Trend hin zu Wahlarztpraxen zeigt sich auch in einem deutlichen Anstieg der Ausgaben der Sozialversicherung für die Konsultation von Wahlärzten. Solche Konsultationen können mit erheblichen Selbstzahlungen verbunden sein und können längerfristig die Gleichheit des Zugangs zur Gesundheitsversorgung gefährden. Wahlärzte dürfen ihre Konsultationsgebühren frei festsetzen, und die Patienten müssen die vollen Gebühren im Voraus zahlen, können jedoch 80 % des von der Sozialversicherung für dieselbe Leistung ausgehandelten Satzes zurückfordern, sofern diese vom Leistungskatalog abgedeckt ist.

Das bedeutet, dass das Risiko besteht, dass der Zugang zu ambulanter medizinischer Behandlung zunehmend von der Zahlungsfähigkeit und nicht von dem medizinischen Bedarf abhängt. Während das durchschnittliche Alter für Ärzte sowohl für Allgemeinmediziner als auch für Fachärzte über 50 Jahren lag, waren 8 % der Ärzte älter als das Renteneintrittsalter von 65 Jahren, und 37 % werden voraussichtlich innerhalb von 12 Jahren in den Ruhestand treten (ÖÄK, 2023). Es ist ein erklärtes politisches Ziel, die Primärversorgung und die Praxis mit einem Vertrag mit den gesetzlichen Sozialversicherungsträgern attraktiver zu gestalten.

Telekonsultationen haben während der Pandemie langsamer zugenommen als in den meisten EU-Ländern

Obwohl die COVID-19-Pandemie die Nutzung der Telemedizin beschleunigt hat, deuten Umfragedaten darauf hin, dass die Verbreitung in Österreich nach wie vor unter dem EU-Durchschnitt liegt. Anfang 2021 gaben 35 % der österreichischen Bevölkerung an, eine telemedizinische Konsultation in Anspruch genommen zu haben, was einem Anstieg um 6,4 Prozentpunkte gegenüber den ersten Monaten der Pandemie im Jahr 2020 entspricht. Unterdessen stieg der Anteil in der EU um 9,9 Prozentpunkte auf 39 %, sodass sich die Differenz vergrößerte (Abbildung 18). Während die in der Pandemie eingeführten befristeten Telemedizinregelungen verlängert wurden (z. B. elektronische Verschreibungen, siehe Abschnitt 5.3), sind die allgemeineren Anstrengungen zur Ausweitung der wirksamen Nutzung der Telemedizin in Österreich nach wie vor begrenzt (OECD, 2023b).

Abbildung 18: Obwohl die Nutzung der Telemedizin während der Pandemie zugenommen hat, lag der Anstieg unter dem EU-Durchschnitt



Anmerkungen: Der EU-Durchschnitt wurde gewichtet. Die Zuverlässigkeit der Daten für 2021 aus Zypern, Lettland, Luxemburg (und der Daten für 2020) sowie Malta ist aufgrund des geringen Stichprobenumfangs niedrig.
Quelle: Eurofound (2022), Living, working and COVID-19, elektronische Erhebung.

5.3 Anpassungsfähigkeit

Die COVID-19-Pandemie war der mit Abstand größte Schock für die Gesundheitssysteme in den letzten Jahrzehnten. Die Pandemie hat einige der größten Schwachstellen und Herausforderungen in den Notfallvorsorgestrategien der Länder und in ihrer Fähigkeit offenbart, der Bevölkerung Gesundheitsdienste zu erbringen. Angesichts der Folgen der Pandemie sowie anderer jüngster Krisen (z. B. der Lebenserhaltungskostendruck und die Auswirkungen des Kriegs gegen die Ukraine), ergreifen die Länder politische Maßnahmen, um die anhaltenden Auswirkungen auf die Erbringung von Dienstleistungen abzufedern, in die Erholung und Anpassungsfähigkeit der Gesundheitssysteme zu investieren,[3] kritische Bereiche des Gesundheitssektors

3 *In diesem Zusammenhang wurde die Anpassungsfähigkeit von Gesundheitssystemen definiert als die Fähigkeit, sich auf Schocks vorzubereiten, diese zu bewältigen (absorbieren, anpassen und transformieren) und schließlich aus ihnen zu lernen (EU-Expertengruppe zur Leistungsbewertung der Gesundheitssysteme, 2020).*

zu verbessern und ihre Fähigkeit zur Bewältigung künftiger Schocks zu stärken.

Insgesamt wurde das österreichische Gesundheitssystem möglicherweise weniger stark von der COVID-19-Pandemie betroffen als andere Länder, da die relativ hohe Verfügbarkeit von physischen und personellen Ressourcen, einschließlich eines großen Krankenhaussektors, mehr Kapazitäten zur Aufnahme von COVID-19-Patienten bot als in anderen EU-Ländern. Gleichzeitig waren Lockdowns und andere Beschränkungen wirksam darin, COVID-19 einzudämmen, und die Gesundheitsdienste waren zu keinem Zeitpunkt in der frühen Phase der Pandemie überlastet.

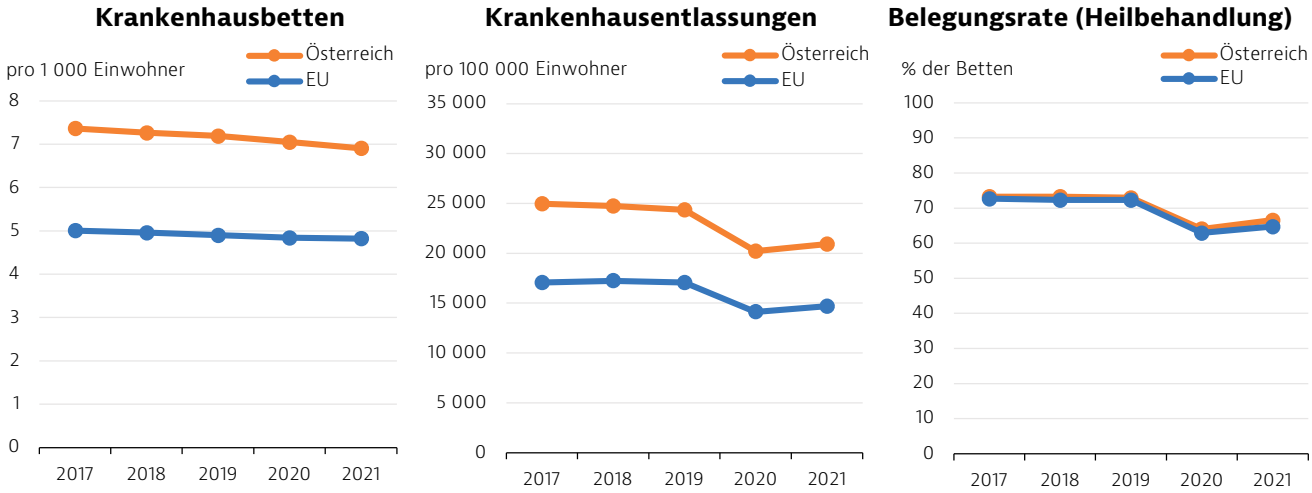
Die Erbringung von Gesundheitsleistungen wurde zu Beginn der Pandemie stark beeinträchtigt, erholte sich danach aber wieder

Die Tätigkeit der Intensivstationen und der normalen Krankenhaus-Versorgungsstationen ging in Österreich im Jahr 2020 zurück, während die Kapazitäten im ersten Jahr der Pandemie weitgehend unverändert blieben. Im Einklang mit den laufenden Reformbemühungen ging die Zahl der Krankenhausbetten entsprechend dem Trend von vor 2020 auf 6,9 pro 1 000 Einwohner im Jahr 2021 zurück (gegenüber einem EU-Durchschnitt von 4,8 Krankenhausbetten pro 1 000 Einwohner), während die Kapazität der Intensivstationen konstant blieb. In der Zwischenzeit gingen die Rate der Krankenhausentlassungen zwischen 2019 und 2020 um 17 % und die Belegungsrate um 12 % zurück; diese Werte sind mit dem Rückgang in der EU insgesamt vergleichbar und blieben trotz einer leichten Erholung im Jahr 2021 unter dem Niveau vor der Pandemie (Abbildung 19). Ebenso ging die Zahl der nicht-dringenden chirurgischen Eingriffe wie Hüft- oder Knieersetzungen im ersten Jahr der Pandemie um etwa 10 % zurück, was etwas weniger ausgeprägt war als der Rückgang in der EU, gefolgt von einem Wiederanstieg im Jahr 2021. Die Zahl der Krankenhausentlassungen in Österreich lag 2021 jedoch um mehr als 40 % über dem EU-Durchschnitt, und auch die Zahl der chirurgischen Eingriffe blieb deutlich über dem EU-Durchschnitt.

Eine Analyse der monatlichen Daten für 2020 durch das nationale Institut für öffentliche Gesundheit (Gesundheit Österreich – GÖG) ergab, dass die Auswirkungen von COVID-19 auf die Belegung der Intensivstationen während der zweiten Pandemiewelle Ende 2020 am stärksten ausgeprägt waren. Bis Dezember 2020 waren etwa 30 % der Kapazität der Intensivstationen durch COVID-19-Patienten belegt, während die Belegung durch nicht-COVID-19-Patienten deutlich zurückgegangen war.

Demgegenüber zeigten monatliche Daten, dass Krebsvorsorgeuntersuchungen und nicht-dringende chirurgische Eingriffe während des ersten Lockdowns im April und Mai 2020 fast vollständig eingestellt wurden, wobei die Auswirkungen während der zweiten Welle im weiteren Jahresverlauf weniger ausgeprägt waren; diese Untersuchungen und Eingriffe kehrten nach dem Ende der schwerwiegendsten Beschränkungen jedoch rasch wieder auf das ursprüngliche Niveau zurück (Eglau, 2021).

Abbildung 19: Die Gesundheitsdienste waren hauptsächlich von den Wellen der COVID-19-Pandemie im Jahr 2020 betroffen

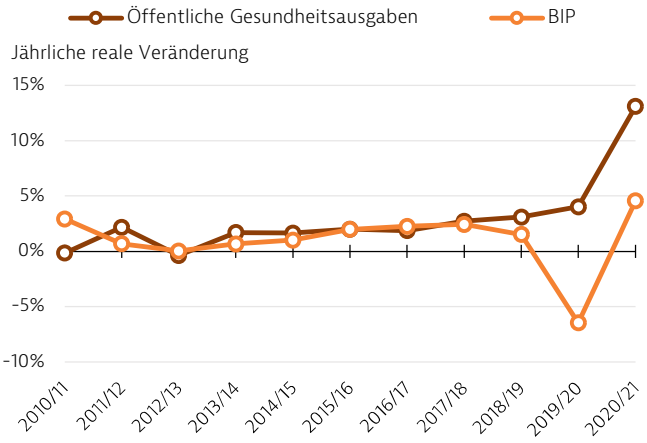


Anmerkung: Der EU-Durchschnitt ist ungewichtet.
Quellen: OECD-Gesundheitsstatistik 2022; Eurostat-Datenbank.

Mit zusätzlichen Investitionen in das Gesundheitssystem werden die bisherigen Reformanstrengungen in den Bereichen Primärversorgung und Langzeitpflege unterstützt

Mit zusätzlichen öffentlichen Mitteln für das Gesundheitssystem ab dem Beginn der Pandemie beschleunigte sich das jährliche Wachstum der öffentlichen Gesundheitsausgaben und erreichte 4 % im Jahr 2020 und 13 % im Jahr 2021. Zusammen mit den Auswirkungen von COVID-19 auf die Wirtschaft, die zu einem Rückgang des BIP im Jahr 2020 und einer teilweisen Erholung im Jahr 2021 geführt haben (Abbildung 20), waren die Gesundheitsausgaben als Anteil am BIP im Jahr 2021 deutlich höher als vor der Pandemie.

Abbildung 20: Der Anstieg der aus öffentlichen Mitteln finanzierten Gesundheitsausgaben hat sich während der Pandemie beschleunigt



Quelle: OECD-Gesundheitsstatistik 2023.

Während der Schwerpunkt des 2021 angenommenen österreichischen Aufbau- und Resilienzplans auf Digitalisierung sowie der Umwelt- und Klimapolitik in der Wirtschaft im weiteren Sinne liegt, umfasst er auch zusätzliche Mittel für den Zeitraum bis 2026 für die Fortsetzung laufender Reformen zur Verbesserung der Primärversorgung (100 Mio. EUR), unter anderem durch die Schaffung multidisziplinärer Primärversorgungseinrichtungen (siehe Abschnitt 5.1.) sowie für die Langzeitpflege (54 Mio. EUR). Die Einrichtung leicht zugänglicher kommunaler Pflegedienste ist ein Eckpfeiler der Verbesserung der Langzeitpflege mit dem ursprünglichen Ziel, dass 150 kommunale Pflegekräfte ihre Tätigkeit bis Ende 2024 aufnehmen.

COVID-19 hat auch die Reform des nationalen Öffentlichen Gesundheitsdienstes vorangetrieben, eine bereits seit mehreren Jahren unternommene Anstrengung, die eine Aktualisierung des Rechtsrahmens, eine Ausweitung der Zuständigkeiten des Dienstes und Anstrengungen umfasste, die öffentliche Gesundheit zu einer attraktiveren Berufswahl für Ärzte und andere Angehörige der Gesundheitsberufe zu machen. Die Reformziele des derzeitigen Zielsteuerungsvertrags hingegen sind bislang im Wesentlichen unverändert geblieben, und seine Geltungsdauer wurde bis Ende 2023 verlängert.

Die Bemühungen zur Effizienzsteigerung im Gesundheitssystem konzentrieren sich weiterhin auf die Primärversorgung, die Digitalisierung und die Arzneimittelpolitik, jedoch werden nur langsame Fortschritte erzielt

Die Schaffung interdisziplinärer Primärversorgungseinrichtungen und die Bemühungen zur Verbesserung der integrierten Gesundheitsversorgung sind nach wie vor die wichtigsten Reformen zur Steigerung der Effizienz des Gesundheitssystems; die Fortschritte bleiben jedoch hinter dem Zeitplan zurück. Hauptziele bestehen darin, den ambulanten Krankenhaussektor zu stärken, die Zahl der Tagesfälle und der Behandlungen in ambulanten Einrichtungen zu erhöhen und die Zahl der Krankenhausaufnahmen jährlich um 2 % zu verringern. Ungeachtet eines leichten Anstiegs der stationären Aktivität im Jahr 2021 während der COVID-19-Pandemie führen die Anstrengungen zur Steigerung der ambulanten und zur Verringerung der stationären Aktivität auf der Grundlage von Trends im Vergleich mit der Zeit vor COVID-19 zu Trends in Richtung der Zielvorgaben (B-ZK, 2023).

Österreich erzielt weiterhin Fortschritte bei der Einführung digitaler Gesundheitsversorgungsinstrumente

Die Ausweitung der Nutzung einer universellen elektronischen Gesundheitsakte (ELGA) und ihrer Anwendungen für elektronische Arzneimittelverschreibungen und elektronische Befunde steht seit ihrer Einführung im Jahr 2014 im Mittelpunkt; dabei wird die Umsetzung im Rahmen des nationalen Zielsteuerungsvertrags überwacht. Bis März 2022 war ELGA in 68 % der Krankenhäuser, einschließlich aller Krankenhäuser in öffentlichem Besitz, in 97 % der Apotheken, 94 % der Arztpraxen mit einem Vertrag mit den Sozialversicherungsträgern und 9 % der Langzeitpflegeeinrichtungen in Verwendung. Im Jahr 2021 wurde ELGA um einen elektronischen Impfnachweis erweitert, der im Rahmen der COVID-19-Impfung verwendet wurde. Die Träger der gesetzlichen Sozialversicherung weiteten die Verwendung elektronischer Arzneimittelverschreibungen während der Pandemie aus. Das zunehmende Verbreitung von „Wahlarztpraxen“ (d.h. Arztpraxen ohne Vertrag mit den Sozialversicherungsträgern) stellt jedoch in Bezug auf die Verwendung der elektronischen Gesundheitsakte ebenfalls ein Problem dar, da Wahlärzte noch nicht verpflichtet sind, ELGA zu verwenden, und Investitionen in die erforderliche elektronische Infrastruktur selbst leisten müssen.

Trotz der starken elektronischen Infrastruktur und der Fortschritte bei der Primärnutzung von Daten könnten die Verwaltung des Gesundheitssystems und die Forschung von einer stärkeren Datennutzung profitieren. Die Sekundärnutzung von ELGA-Daten ist durch Rechtsvorschriften stark eingeschränkt, und bestehende Routine-Gesundheitsdatensätze werden selten für Forschungs , Statistik- oder Steuerungszwecke miteinander verknüpft oder analysiert. Infolgedessen schneidet Österreich in Bezug auf die Datenverwaltung und nutzung schlechter ab als eine Reihe von EU-Ländern – insbesondere im Vergleich zu den skandinavischen und baltischen Ländern (Oderkirk, 2021).

Arzneimittelausgaben könnten effizienter eingesetzt werden

In Österreich besteht nach wie vor erheblicher Spielraum für eine Steigerung der Effizienz der Arzneimittelausgaben. Die Wirkstoffverschreibung nach internationalem Freinamen (INN) und die Abgabe einer generischen Alternative durch Apotheker sind mit einigen Ausnahmen verboten; damit hat Österreich eine einzigartige Stellung in der EU. Mit 36 % der Gesamtmenge der Arzneimittel im Jahr 2021 lag der Anteil der in Österreich verwendeten Generika deutlich unter dem Anteil Deutschlands (83 %) oder der Niederlande (79 %). Obwohl der nationale Zielsteuerungsvertrag ein Ziel für den Zugang zu Arzneimitteln umfasst, einschließlich einer Verpflichtung zur gemeinsamen Beschaffung und zur Stärkung der

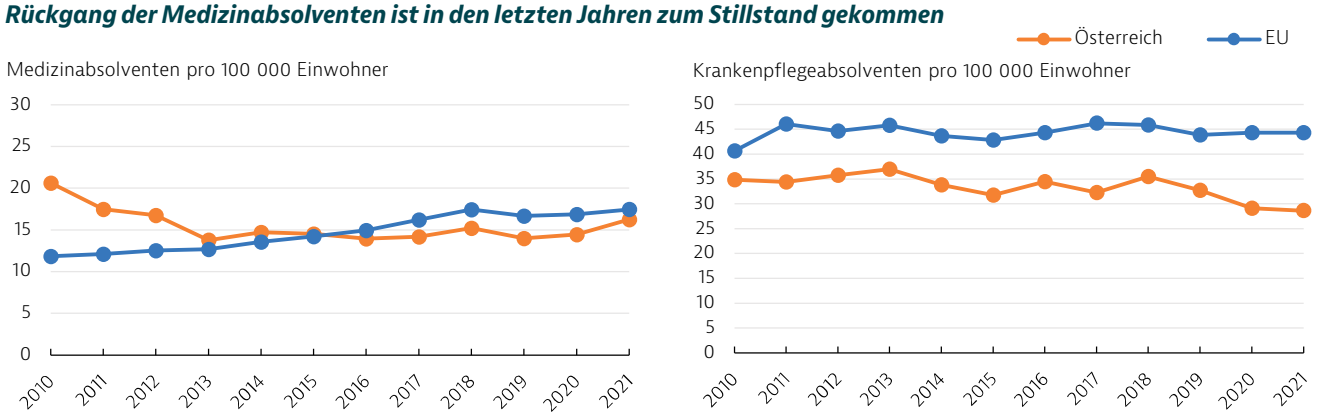
Bewertung von Gesundheitstechnologien, wurden bis 2021 kaum Fortschritte erzielt, und die Frist wurde bis Ende 2023 verlängert (B-ZK, 2023).

Debatten über die Ärzteschaft dominieren die Humankapitalplanung

Die Planung für das Gesundheitspersonal in Österreich wird derzeit von Debatten über zunehmende Ungleichgewichte bei den praktizierenden Ärzten und über die längerfristige Nachhaltigkeit dominiert. Die Dichte der Ärzte wie der Pflegekräfte hat in den letzten zehn Jahren zugenommen und liegt über dem EU-Durchschnitt (wie aus Abbildung 12 hervorgeht), aber die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen nimmt aufgrund der Alterung der Bevölkerung ebenfalls zu.

Die Zahl der Medizinabsolventen im Verhältnis zur Bevölkerung ist seit 2010 zurückgegangen, wenngleich seit 2020 ein leichter Aufwärtstrend zu beobachten ist, was darauf zurückzuführen ist, dass etwa fünf Jahre zuvor beschlossen worden war, die Zahl der Studierenden zu erhöhen. Der Rückgang in der Vergangenheit war auf bewusste Bemühungen zurückzuführen, die Zahl der Studierenden an medizinischen Hochschulen zu begrenzen. Die Zahl der Krankenpflegeabsolventen im Verhältnis zur Bevölkerung ist seit 2010 rückläufig und liegt nach wie vor unter dem EU-Durchschnitt (Abbildung 21).

Abbildung 21: Die Zahl der Medizin- und Krankenpflegeabsolventen in Österreich ist seit 2010 zurückgegangen, aber der Rückgang der Medizinabsolventen ist in den letzten Jahren zum Stillstand gekommen



Anmerkung: Der EU-Durchschnitt ist ungewichtet.
Quelle: OECD-Gesundheitsstatistik 2023.

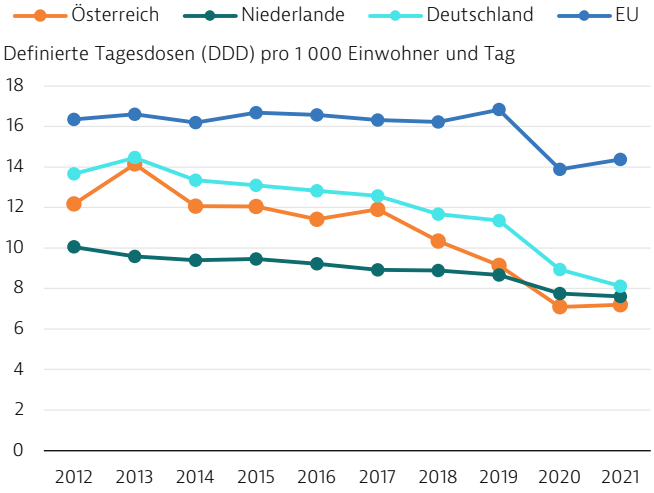
Das Monitoring des nationalen Zielsteuerungsvertrags zeigt, dass die Zahl der Medizinabsolventen in der postgraduierten Ausbildung in verschiedenen Fachrichtungen zwischen 2016 und 2021 rasch gestiegen ist (+18 %), während die Zahl im Bereich der Allgemeinmedizin zurückgegangen ist (-14 %); dieser Rückgang wurde jedoch seit 2019 gestoppt (B-ZK, 2023).

Verringerung des Risikos von Bedrohungen der öffentlichen Gesundheit: Österreichs Vorsorge gegen antimikrobielle Resistenzen

Antimikrobielle Resistenzen (AMR) stellen in der EU ein großes Problem für die öffentliche Gesundheit dar: Schätzungen zufolge wurden 2020 etwa 35 000 Todesfälle aufgrund antibiotikaresistenter Infektionen (ECDC, 2022) und Kosten für die Gesundheitsversorgung in Höhe von rund 1,1 Mrd. EUR pro Jahr verursacht (OECD/ECDC, 2019). Die übermäßige Verschreibung und Verwendung von Antibiotika beim Menschen tragen in hohem Maße zu antimikrobiellen Resistenzen bei.

Der Antibiotikaverbrauch in Österreich ist seit 2013 stark zurückgegangen und gehörte 2021 zu den niedrigsten unter den EU-Ländern (Abbildung 22). Antimikrobielle Resistenzen, gemessen an Blutbahninfektionen mit Methicillin-resistentem Staphylococcus aureus (MRSA), gehörten 2021 ebenfalls zu den niedrigsten in den EU-Ländern (ECDC, 2022). Seit 2013 gibt es in Österreich einen nationalen Aktionsplan zur Antibiotikaresistenz. Dieser deckt unter anderem umfassende Maßnahmen zur Prävention von Infektionen, den verantwortungsvollen Einsatz von Antibiotika (ABS) und eine breit angelegte Überwachungsstrategie für den Einsatz von Antibiotika bei Menschen und Tieren, auch in Lebensmitteln und in der Umwelt, ab (BMSGPK, 2021).

Abbildung 22: Der Einsatz von Antibiotika im Rahmen der ambulanten Versorgung ist in Österreich in den letzten zehn Jahren stetig zurückgegangen



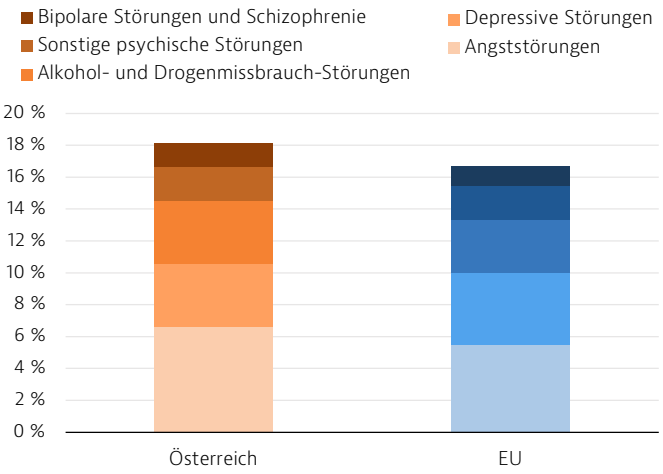
Anmerkung: Der EU-Durchschnitt ist ungewichtet.
Quelle: ECDC ESAC-Net.

6 Im Fokus: psychische Gesundheit

Österreich hat eine stärkere Belastung durch psychische Probleme als der EU-Durchschnitt

Die psychische Gesundheit ist ein zunehmend anerkanntes Problem der öffentlichen Gesundheit in Österreich, wo die Prävalenz psychischer Erkrankungen Schätzungen zufolge etwas über dem EU-Durchschnitt liegt. Dies ist auf eine höhere Prävalenz von Angststörungen, depressiven Störungen und Alkohol- und Drogenmissbrauch-Störungen zurückzuführen (Abbildung 23). Die Gesamtkosten im Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen wurden 2015 auf 4,3 % des BIP (14,9 Mrd. EUR) geschätzt, verglichen mit 4,1 % in der EU insgesamt (OECD/EU, 2018). Dies umfasst 2,5 % des BIP an direkten Kosten für das Gesundheitssystem und Sozialprogramme und 1,8 % an indirekten Kosten für den Arbeitsmarkt.

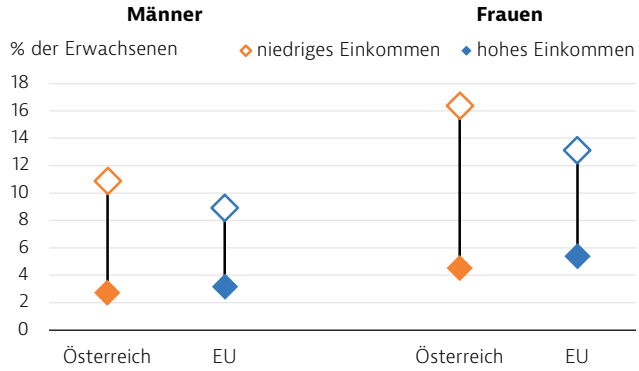
Abbildung 23: Angststörungen, depressive Störungen und Alkohol- und Drogenmissbrauch-Störungen sind die häufigsten psychischen Erkrankungen in Österreich



Anmerkung: Der EU-Durchschnitt ist ungewichtet.
Quelle: IHME (die Daten beziehen sich auf 2019).

Ähnlich wie in der EU insgesamt sind Depressionen bei österreichischen Frauen stärker verbreitet als bei Männern, während die Unterschiede zwischen dem untersten und dem höchsten Einkommensquintil noch ausgeprägter sind. Laut der Europäischen Gesundheitsumfrage (EHIS) aus dem Jahr 2019 geben etwa 16 % der Frauen und 11 % der Männer im untersten Einkommensquintil an, an Depressionen zu leiden, verglichen mit 5 % der Frauen und 3 % der Männer im höchsten Quintil (Abbildung 24). Es ist zwar ein Suizidrückgang für beide Geschlechter zu verzeichnen, aber Suizide sind unter Männern nach wie vor häufiger. Trotz eines Rückgangs um 35 % seit 2005 lag die Suizidrate bei Männern 2020 immer noch deutlich über dem EU-Durchschnitt. Bei den Frauen hat sie sich fast halbiert und liegt nahe am EU-Durchschnitt (Abbildung 25).

Abbildung 24: Einkommensbedingte Ungleichheiten bei der Prävalenz von Depressionen sind vergleichsweise groß



Anmerkung: Hohes Einkommen bezieht sich auf Menschen im obersten Einkommensquintil (20 % der Bevölkerung mit dem höchsten Einkommen), während sich niedriges Einkommen auf Menschen im untersten Einkommensquintil (20 % der Bevölkerung mit dem niedrigsten Einkommen).
Quelle: Eurostat-Datenbank (basierend auf EHIS 2019).

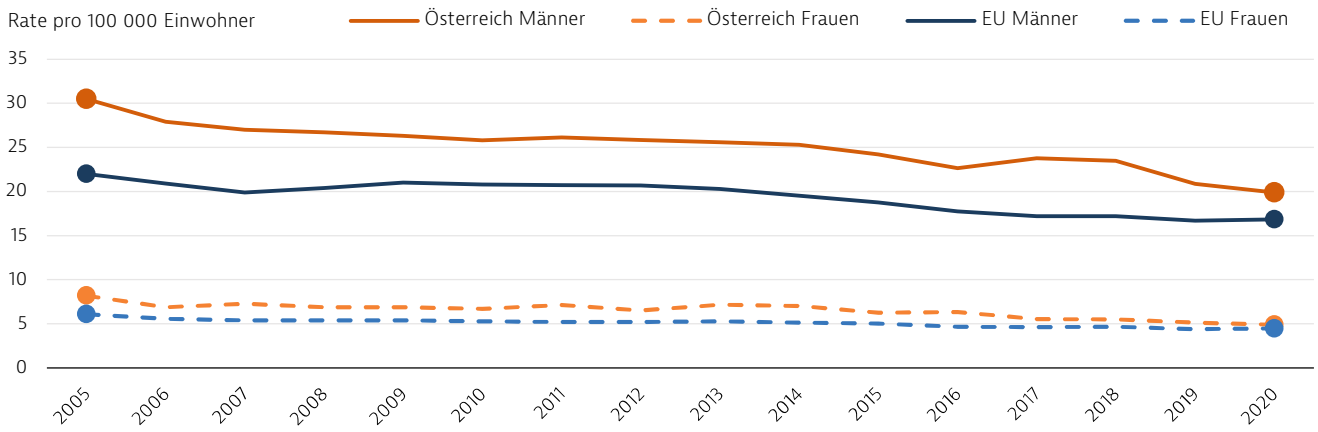
Die psychische Gesundheit von Jugendlichen hat sich seit der COVID-19-Pandemie verschlechtert

Die COVID-19-Pandemie hat zu einer Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustands von Jugendlichen geführt. Der HBSC-Umfrage 2021–2022 zufolge geben 11- bis 15-jährige Mädchen eine schlechtere psychische Gesundheit an als Jungen, und dieses geschlechtsspezifische Gefälle hat sich seit 2017–2018 vergrößert. Im Zyklus 2021–2022 der Erhebung gaben 31 % der Mädchen und 19 % der Jungen im Alter zwischen 11 und 17 Jahren an, mit ihrem Leben nicht zufrieden zu sein – eine Diskrepanz, die in der jüngsten Altersgruppe nicht existiert, sich aber mit zunehmendem Alter ausweitet. Rund 29 % der Mädchen im Alter von 11 bis 17 Jahren gaben an, häufig Angst zu haben, im Vergleich zu 9 % der Jungen in derselben Altersgruppe, und 66 % bzw. 43 % gaben an, sich meistens oder immer einsam zu fühlen (GÖG, 2023).

Leistungen im Bereich der psychischen Gesundheit sind auf verschiedenen Wegen verfügbar, aber der Zugang hinkt hinter anderen Gesundheitsdiensten zurück

Die Fragmentierung des Gesundheitssystems zeigt sich auch in der Erbringung von Leistungen im Bereich der psychischen Gesundheit, die von einer Vielzahl von Akteuren erbracht werden. Zusammen mit einem Fachkräftemangel führt dies zu Problemen beim Zugang. Während Primärversorgungseinrichtungen eine psychische Grundversorgung anbieten können, stehen auch spezialisierte ambulante Dienste ohne Überweisung zur Verfügung. Psychotherapeutische Dienstleistungen sind über Pflegeverbände, Beratungszentren, soziopsychiatrische Einrichtungen und Privatpraxen zugänglich. Patienten können nach einer Überweisung durch einen Arzt eine Kostenerstattung beantragen, aber Sitzungen werden nur teilweise durch

Abbildung 25: Trotz des rückläufigen Trends liegt die Suizidrate bei Männern nach wie vor über dem EU-Durchschnitt



Quelle: Eurostat-Datenbank.

die gesetzliche Sozialversicherung finanziert, und die Abdeckung ist auf bestimmte Anbieter beschränkt, sodass Selbstzahlungen verbreitet sind.

Die psychiatrische Versorgung ist in der Regel vollständig von der Sozialversicherung abgedeckt, wenn sie von einem Arzt mit einem Vertrag mit den Sozialversicherungsträgern erbracht wird. Die ambulante Versorgung wird jedoch in einigen Regionen, insbesondere in ländlichen Gebieten, durch die geringe Dichte an Spezialisten mit einem solchen Vertrag beeinträchtigt. Darüber hinaus sind Selbstzahlungen verbreiteter, weil nur eine begrenzte Zahl von Vertragsärzten in der Kinderpsychiatrie tätig ist, was zu sozioökonomischen Unterschieden beim Zugang zur pädiatrischen psychischen Gesundheitsversorgung führt.

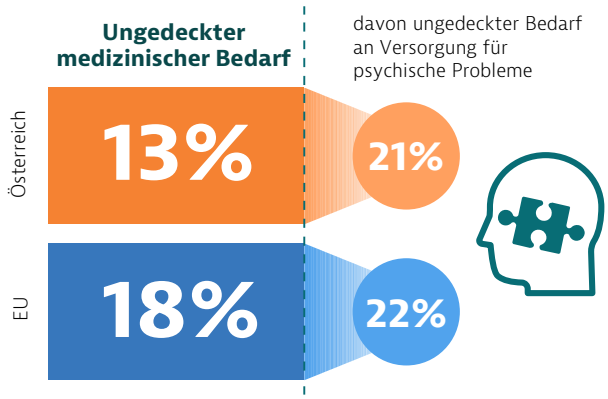
Während eine Erhebung während der COVID-19-Pandemie in Österreich im Allgemeinen einen deutlich geringeren ungedeckten medizinischen Bedarf ergab als in der EU, entsprach der Anteil der Menschen, die angaben, dass ein solcher ungedeckter medizinischer Bedarf im Zusammenhang mit der psychischen Gesundheitsversorgung stand, ungefähr dem EU-Durchschnitt (Abbildung 26).

Maßnahmen konzentrieren sich auf Fachkräfte im Bereich der psychischen Gesundheitsversorgung sowie auf die gezielte Unterstützung schutzbedürftiger Gruppen

Die österreichische nationale Strategie für psychische Gesundheit wurde 2018 auf den Weg gebracht und enthält fünf Hauptziele für die Prävention psychischer Gesundheitsprobleme in der Bevölkerung. Neben dem nationalen Plan gibt es spezifische Strategien für schutzbedürftige Gruppen, insbesondere für Frauen sowie Kinder und Jugendliche. Mit der Strategie zur Gesundheitsförderung (2014) wurde ein Rahmen für die Förderung frühkindlicher Interventionen und des psychosozialen Wohlergehens älterer Menschen geschaffen.

Dem Wohlergehen von Kindern und Jugendlichen kommt eine hohe Priorität zu, und es laufen verschiedene Initiativen, um diese Altersgruppen

Abbildung 26: Eine von fünf Personen, die während der Pandemie einen ungedeckten Bedarf an medizinischer Versorgung hatten, gab an, dass dieser Bedarf mit der psychischen Versorgung zusammenhing



Anmerkung: Die Umfrageteilnehmer wurden gefragt, ob sie derzeit einen ungedeckten Gesundheitsbedarf haben und wenn ja, in Bezug auf welche Art der Versorgung, einschließlich psychischer Gesundheitsversorgung.
Quelle: Eurofound (2021; 2022).

stärker zu unterstützen. Dazu gehören regionale Netze von Nichtregierungsorganisationen, die an frühkindlichen Interventionen beteiligt sind, zusätzliche Mittel für eine Notfall-Hotline für Kinder und Jugendliche, ein Projekt zur Prävention psychischer Erkrankungen nach der COVID-19-Pandemie, eine Website zur Bereitstellung leicht zugänglicher Informationen zur Förderung der psychologischen Gesundheitskompetenz von Kindern, Jugendlichen, jungen Erwachsenen und ihren Familien, sowie eine Initiative zur Unterstützung von Mädchen und jungen Frauen aus benachteiligten Gruppen zur Stärkung des Selbstwertgefühls.

Die Regierung verfolgt mehrere Ansätze zur Unterstützung der Gesundheitsfachkräfte im Bereich der psychischen Gesundheit, wie z. B. die Verbesserung der häuslichen Behandlung oder die Förderung der psychiatrischen Ausbildung bei Ärzten. Ein Stipendium des größten Sozialversicherungsträgers ÖGK zielt darauf ab, Medizinstudierende dafür zu gewinnen, mindestens fünf Jahre lang in unterversorgten Gebieten zu arbeiten, und umfasst die psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung als Optionen.

7 Wichtigste Erkenntnisse

- Die Lebenserwartung bei der Geburt lag in Österreich im Jahr 2022 bei 81,1 Jahren und damit 0,4 Jahre über dem EU-Durchschnitt, jedoch etwa zwei Jahre unter dem Niveau in den EU-Ländern mit der höchsten Lebenserwartung. Wie in den meisten anderen EU-Ländern ging die Lebenserwartung zwischen 2019 und 2022 zurück, was in erster Linie auf COVID-19 zurückzuführen war. Das geschlechtsspezifische Gefälle bei der Lebenserwartung war 2022 nach wie vor deutlich, lag aber etwas unter dem EU-Durchschnitt.
- Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Krebs waren in den Jahren 2020 und 2021 die häufigsten Todesursachen in Österreich, gefolgt von COVID-19. Die Belastung durch Krebs nimmt in einer alternden Bevölkerung zu. Vorsorgeuntersuchungen und andere opportunistische Diagnosetests kamen in den ersten Monaten der Pandemie im Jahr 2020 nahezu zum Stillstand, erholten sich jedoch rasch, sodass die Auswirkungen insgesamt begrenzt blieben.
- Ungesunde Lebensweisen und verhaltensbezogene Risikofaktoren tragen nach wie vor erheblich zur Sterblichkeit in Österreich bei: Rund 36 % der Todesfälle im Jahr 2019 waren auf Rauchen, ernährungsbedingte Risiken, Alkohol und geringe körperliche Aktivität zurückzuführen. Rauchen und Alkoholkonsum unter Jugendlichen und Erwachsenen liegen in Österreich weiterhin über dem EU-Durchschnitt.
- Österreich hat eines der teuersten Gesundheitssysteme in der EU. Die Gesundheitsausgaben pro Kopf waren 2021 die dritthöchsten in der EU, und die Ausgaben sind auch im Verhältnis zum BIP hoch. Obwohl der öffentliche Anteil der Ausgaben seit Beginn der Pandemie gestiegen ist, liegt der Anteil der Selbstzahlungen nach wie vor über dem EU-Durchschnitt. Dennoch wird der Zugang zum Gesundheitssystem in der Regel nicht als Problem betrachtet, und in Österreich gibt es nur einen geringen ungedeckten medizinischen Bedarf.
- Trotz der jüngsten Reformen zur Stärkung der Primärversorgung und zur Verbesserung der Koordinierung und Effizienz der vielschichtigen Verwaltung des Gesundheitssystems werden nur langsam Fortschritte erzielt, und das Gesundheitssystem ist weiterhin strukturell und finanziell fragmentiert. Die laufenden Bemühungen sind erfolgreich dabei, den Umfang der stationären Krankenhaustätigkeit zugunsten der ambulanten Behandlung zu verringern; die Schaffung von 75 multidisziplinären Primärversorgungseinrichtungen im ganzen Land ist jedoch hinter dem Zeitplan zurückgeblieben. Das Gesundheitssystem ist nach wie vor krankenhauszentriert, und der größte Anteil der Ausgaben wird immer noch für die stationäre Versorgung aufgewendet.
- Österreich wies 2021 die zweithöchste Ärztedichte in der EU auf, aber der Anteil der Allgemeinmediziner ist einer der niedrigsten in der EU. Die Zahl der praktizierenden Pflegekräfte nimmt zu, jedoch steigt die Nachfrage nach Gesundheitsversorgung aufgrund der veränderten Altersstruktur der Bevölkerung ebenfalls. Es gibt laufende Debatten über Ungleichgewichte zwischen Regionen, medizinischen Fachrichtungen und einer alternden Ärzteschaft. Derzeit werden Anstrengungen unternommen, um die Zahl der Medizinstudierenden zu erhöhen und um weniger beliebte Berufsoptionen – einschließlich der Allgemeinmedizin, der öffentlichen Gesundheit und der Praxis in ländlichen Gebieten – attraktiver zu machen.
- Die Gesundheitsdienste waren durch die erste Welle von COVID-19 zwischen April und Juni 2020 stark und während der zweiten Welle Ende 2020 in geringerem Maße betroffen, erholten sich danach jedoch wieder. COVID-19 trug zu einer verstärkten Nutzung von Telemedizin und digitalen Gesundheitsdiensten wie der elektronischen Arzneimittelverschreibung bei. Zusätzliche Investitionen seit der Pandemie konzentrieren sich weiterhin auf frühere Reformanstrengungen in den Bereichen Primärversorgung und Langzeitpflege. Trotz der starken elektronischen Infrastruktur und der Fortschritte bei der Primärdatennutzung ist die Sekundärnutzung von Daten für die Verwaltung des Gesundheitssystems und die Forschung nach wie vor begrenzt.
- Schätzungen zufolge ist die Prävalenz psychischer Erkrankungen in Österreich etwas höher als im EU-Durchschnitt, was auf Angststörungen, depressive Störungen sowie Alkohol- und Drogenmissbrauch-Störungen zurückzuführen ist. Psychische Erkrankungen sind in Österreich ein zunehmend anerkanntes Problem der öffentlichen Gesundheit, und es gibt jetzt mehrere Initiativen zur Bereitstellung leicht zugänglicher Unterstützung und Versorgung – insbesondere für anfällige Gruppen wie Jugendliche und Frauen. Das Angebot an psychischer Gesundheitsversorgung ist jedoch nach wie vor fragmentiert, und die Zugangshindernisse sind im Allgemeinen größer als bei anderen Arten der Versorgung.

Wichtigste Quellen

OECD/EU (2022), Health at a Glance: Europe 2022 – State of Health in the EU Cycle. Paris, OECD Publishing, https://doi.org/10.1787/507433b0-en.

Health Systems and Policy Monitor (HSPM) – Austria. WHO Regional Office for Europe, European Commission, European Observatory on Health Systems and Policies, Countries covered by the HSPM platform (who.int).

Literaturhinweise

BMSGPK (2021), Nationaler Aktionsplan zur Antibiotikaresistenz

B-ZK (2023), Monitoringbericht Zielsteuerung- Gesundheit. Monitoring nach Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit und Zielsteuerungsvertrag Berichtsjahr 2022

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.

ECDC (2022), Health burden of infections with antibiotic-resistant bacteria in the European Union and the European Economic Area, 2016-2020. https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/health-burden-infections-antibiotic-resistant-bacteria-2016-2020.

Eglau K (2021), Auswirkungen der COVID-19-Pandemie auf die stationäre Spitalsversorgung anhand ausgewählter Bereiche. Aktualisierte Rapid Analysis. GÖG. https://jasmin.goeg.at/1633/.

GÖG (2023). Studie: Psychische Gesundheit von Schüler:innen durch Pandemie weiter verschlechtert [Study: Mental health of students further deteriorated due to pandemic].

Health Behaviour in School-aged Children study (2023), Data browser (findings from the 2021/22 international HBSC survey): https://data-browser.hbsc.org

Oderkirk J (2021), Survey results: National health data infrastructure and governance. OECD Health Working Papers, No. 127, OECD Publishing, https://doi.org/10.1787/55d24b5d-en.

OECD/ECDC (2019), Antimicrobial Resistance - Tackling the Burden in the European Union.

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

OECD (2023a), EU Country Cancer Profile: Austria 2023, EU Country Cancer Profiles. OECD Publishing, https://doi.org/10.1787/798b21c9-en.

OECD (2023b), The COVID-19 Pandemic and the future of telemedicine. OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, https://doi.org/10.1787/ac8b0a27-en.

ÖÄK (2023), Ärztestatistik für das Jahr 2022 [Physician statistics for the year 2022]. https://www.aerztekammer.at/daten-fakten.

Rechnungshof (RH) (2022), Reform der Sozialversicherungsträger: Fusion, Finanzielle Lage. Bericht des Rechnungshofes https://www.rechnungshof.gv.at/rh/home/home/Reform_SV_Traeger_41_42.pdf

Rechnungshof (RH) (2023), Gesundheitsförderung und Prävention. Bericht des Rechnungshofes, Reihe BUND 2023/1

Liste der Länderabkürzungen

Belgien	BE	Frankreich	FR	Lettland	LV	Osterreich	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	Zypern	CY
Finnland	FI	Kroatien	HR	Norwegen	NO	Slowakei	SK		

European Commission

State of Health in the EU
Länderprofil Gesundheit 2023

Die *Länderprofile Gesundheit* sind ein Schlüsselelement des Zyklus *Gesundheitszustand in der EU*, einem Wissensvermittlungsprojekt, das mit finanzieller Unterstützung der Europäischen Union entwickelt wurde.

Diese Profile sind das Ergebnis einer Kooperation zwischen der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) und dem Europäischen Observatorium für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik, die mit der Europäischen Kommission zusammenarbeiten. Auf der Grundlage einer einheitlichen Methodik, bei der sowohl quantitative als auch qualitative Daten verwendet werden, werden die jüngsten gesundheitspolitischen Herausforderungen und Entwicklungen in den einzelnen EU-/EWR-Ländern untersucht.

Die Ausgabe 2023 der Länderprofile Gesundheit enthält eine Zusammenfassung verschiedener kritischer Aspekte, darunter:

- Der aktuelle Gesundheitszustand im Land;
- Gesundheitsfaktoren mit besonderem Schwerpunkt auf verhaltensbedingten Risikofaktoren;
- Struktur und Organisation des Gesundheitssystems;
- Wirksamkeit, Zugänglichkeit und Widerstandsfähigkeit des Gesundheitssystems;
- Zum ersten Mal in der Reihe ein Überblick über den Stand der psychischen Gesundheit und der damit verbundenen Leistungen im Land.

Der Synthesebericht der Europäischen Kommission ergänzt die wichtigsten Ergebnisse der Länderprofile Gesundheit.

Nähere Informationen unter: ec.europa.eu/health/state

Bezugnahme auf diese Veröffentlichung als :
OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2023),
Österreich: Länderprofil Gesundheit 2023, State of Health in the EU,
OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels.

ISBN 9789264855700 (PDF)
Series: State of Health in the EU
SSN 25227041 (online)

OECD BETTER POLICIES FOR BETTER LIVES

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