

**GESUNDHEIT ÖSTERREICH GMBH
GESCHÄFTSBEREICH ÖBIG**



LEISTUNGSFÄHIGKEIT DES ÖSTERREICHISCHEN GESUNDHEITSSYSTEMS IM VERGLEICH

Im Auftrag des
Bundesministeriums für Gesundheit, Familie und Jugend

Gesundheit Österreich GmbH
Geschäftsbereich ÖBIG



LEISTUNGSFÄHIGKEIT DES ÖSTERREICHISCHEN GESUNDHEITSSYSTEMS IM VERGLEICH

Christine Leopold

Claudia Habl
Simone Morak
Ingrid Rosian-Schikuta
Sabine Vogler

Juli 2008

Im Auftrag des
Bundesministeriums für Gesundheit, Familie und Jugend

Kurzfassung

Die Leistungsfähigkeit des österreichischen Gesundheitssystems wird immer wieder (zuletzt im Euro Health Consumer Index 2007, und vor einigen Jahren in einem WHO-Ranking) positiv bewertet. Die vorliegende GÖG/ÖBIG-Studie soll zeigen, ob diese positive internationale Rezeption des österreichischen Gesundheitssystems durch ausgewählte, aktuelle Gesundheitsindikatoren untermauert werden kann oder in Frage gestellt werden muss.

In Anlehnung an die OECD werden folgende fünf Dimensionen, denen insgesamt 19, primär quantitative Kennzahlen zugeordnet wurden, behandelt: 1) Gesundheitszustand „Health Outcome“, 2) Nachhaltigkeit „Sustainability“, 3) Zugänglichkeit und Effektivität „Responsiveness“, 4) Effizienz/Einsatz/Produktivität und 5) Sozialverträglichkeit „Equity“.

Im Hinblick auf den Gesundheitszustand der Bevölkerung (ausgedrückt in den Indikatoren behinderungsfreie Lebenserwartung und Kindersterblichkeit) liegt Österreich im bzw. am Durchschnitt der EU-15 Mitgliedstaaten.

Die Analyse der Sicherstellung der nachhaltigen Finanzierbarkeit des Gesundheitssystems ist ebenfalls ein zentraler Punkt dieser Studie. Dieser wurde mittels der Gesundheitsausgabenquote, der durchschnittlichen jährlichen Steigerung der Gesundheitsausgaben und der Ausgaben nach Sektoren analysiert. Hier schneidet Österreich insbesondere beim Ausgabenwachstum der letzten zehn Jahre gut ab, da es mit durchschnittlich 2,4% deutlich sowohl unter dem EU-15 (3,8 %) als auch dem OECD Durchschnitt (4,3 %) lag.

Als positiv ist auch der relativ freie Zugang zum österreichischen Gesundheitswesen zu sehen. Die österreichische Bevölkerung bewertet sowohl ihren subjektiven Gesundheitszustand als auch ihre Zufriedenheit mit dem Gesundheitssystem als gut.

Die Sozialverträglichkeit des Gesundheitssystems hat hohe Priorität bei den österreichischen Entscheidungsträgern. Im Hinblick darauf konnte festgestellt werden, dass Österreich seiner Bevölkerung einen sozial ausgewogenen Zugang zu den Gesundheitsleistungen gewährleistet (z. B. gemessen durch die jährliche Arztbesuchshäufigkeit nach Einkommen).

Betrachtet man hingegen die Effektivität der österreichischen Gesundheitsleistungen (gemessen anhand der stationären Aufnahmen und der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer in Akutkrankenhäusern) muss festgestellt werden, dass Österreich im EU-27 Vergleich konstant überdurchschnittliche Werte aufweist. In diesem Segment ist daher, besonders wenn man den überdurchschnittlich hohen stationären Ausgabenanteil berücksichtigt, ein Effizienzpotential denkbar.

Unter Berücksichtigung der überdurchschnittlichen Werte im stationären Bereich und der Arztbesuchshäufigkeit, kann abschließend zusammengefasst werden, dass die österreichischen Aufwendungen für Gesundheit bezogen auf die wirtschaftliche Situation und das umfangreiche, qualitativ hochwertige Gesundheitsangebot im OECD Vergleich niedrig ist. Das österreichische Gesundheitssystem scheint daher nicht nur zu den besten in Europa, sondern auch zu den effizientesten zu gehören.

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung und methodischer Hintergrund	1
1.1	Aufgabenstellung	1
1.2	Literaturdiskussion	2
1.2.1	World Health Report 2000	2
1.2.2	Meinungsumfragen zum Thema Gesundheit in der Europäischen Union (Eurobarometer)	3
1.2.3	Euro Health Consumer Index 2007	4
1.3	Indikatoren	5
2	Darstellung der österreichischen Situation im internationalen Vergleich	7
2.1	Hintergrund	9
2.2	Gesundheitszustand („Health Outcome“)	11
2.3	Nachhaltigkeit („Sustainability“)	14
2.4	Zugänglichkeit und Effektivität („Responsiveness“)	18
2.5	Produktivität („Efficiency“)	20
2.6	Sozialverträglichkeit („Equity“)	25
3	Resümee und Schlussfolgerungen	29
	Literaturverzeichnis	33

Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

Abbildung 1.1:	Übersichtliche Darstellung des Euro Health Consumer Index Ranking 2007.....	5
Abbildung 2.1:	Überblick der Finanzierung der Gesundheitssysteme der EU Mitgliedsstaaten, 2008.....	8
Abbildung 2.2:	Bruttoinlandsprodukt pro Kopf in €, 2006 (Indikator 1).....	9
Abbildung 2.3:	Altersstruktur (0 – 14, 15 – 64, > 64 Jahre), 2006 (Indikator 2)	11
Abbildung 2.4:	Behinderungsfreie Lebenserwartung, 2002 (Indikator 3)	12
Abbildung 2.5:	Kindersterblichkeit ausgedrückt in Anzahl der Todesfälle im ersten Lebensjahr pro 1.000 Lebendgeburten, 2006 (Indikator 4)	13
Abbildung 2.6:	Gesundheitsausgaben in Bezug auf Bruttoinlandsprodukt, 2006 (Indikator 5).....	15
Abbildung 2.7:	Durchschnittliche jährliche Steigerungsrate der Gesundheitsausgaben, 1996 – 2006 (Indikator 6).....	16
Abbildung 2.8:	Ausgaben nach Sektoren für Österreich, 2005 (Indikator 7).....	17
Abbildung 2.9:	Subjektiver Gesundheitszustand innerhalb Europas, 2006 (Indikator 8)	18
Abbildung 2.10:	Zufriedenheit der Bevölkerung mit dem nationalen Gesundheitssystem (Indikator 9).....	19
Abbildung 2.11:	Inanspruchnahme frauenspezifischer Vorsorgeuntersuchungen innerhalb eines Jahres, 2006 (Indikator 10).....	20
Abbildung 2.12:	Arzneimittelpreisniveau auf Herstellerpreisebene (FAP), 2006 (Indikator 11)	21
Abbildung 2.13:	Praktizierende, niedergelassene Allgemeinmediziner/innen, 2005 (Indikator 12).....	22
Abbildung 2.14:	Stationäre Aufnahmen pro 100 Einwohner/innen, 1990 – 2005 (Indikator 13)	23
Abbildung 2.15:	Durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Akutkrankenhäusern in Tagen, 1990 – 2005 (Indikator 14)	24
Abbildung 2.16:	Maserndurchimpfungsraten (Indikator 15) und Maserninzidenz/ 100.000 Einwohner/innen (Indikator 16), 2006.....	25
Abbildung 2.17:	Private versus öffentliche Gesundheitsausgaben, 2005 (Indikator 17).....	26
Abbildung 2.18:	Anteil der Bevölkerung, die im Krankenversicherungssystem / Nationaler Gesundheitsdienst erfasst sind („coverage“), 2006 (Indikator 19)	28
Abbildung 3.1:	Zusammenhang zwischen Gesundheitsausgabenquote und Gesundheitszustand	30
Abbildung 3.2:	Zusammenhang zwischen BIP/Kopf und Gesundheitsausgaben/Kopf in Euro, 2006	31
Tabelle 2.1:	Jährliche Arztbesuchshäufigkeit nach Einkommen der Patientinnen und Patienten, 2002 (Indikator 18).....	27
Tabelle 3.1:	Stärken-Schwächenanalyse des österreichischen Gesundheitssystems im Vergleich zum EU-15 Schnitt.....	29

Abkürzungsverzeichnis

BMGFJ	Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend
DALE	Disability-adjusted life expectancy
EHCI	European Health Consumer Index
EU	Europäische Union
EW	Einwohner/Einwohnerin
GÖG/ÖBIG	Gesundheit Österreich GmbH, Geschäftsbereich ÖBIG
MRT	Magnetresonanztomographie
OECD	Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
WHO	Weltgesundheitsorganisation

Länderabkürzungen

AU	Australien
AT	Österreich
BE	Belgien
BG	Bulgarien
CA	Kanada
CH	Schweiz
CY	Zypern
CZ	Tschechische Republik
DE	Deutschland
DK	Dänemark
EE	Estland
EL	Griechenland
ES	Spanien
FI	Finnland
FR	Frankreich
HU	Ungarn
IE	Irland
IT	Italien
IS	Island
JP	Japan
LT	Litauen
LU	Luxemburg
LV	Lettland
MT	Malta
NL	Niederlande
NO	Norwegen
NZ	Neuseeland
PL	Polen
PT	Portugal
SE	Schweden
SI	Slowenien
SK	Slowakei
TR	Türkei
UK	Groß Britannien
US	Vereinigte Staaten von Amerika
Ø EU-15	AT, BE, DE, DK, EL, ES, FI, FR, IE, IT, LU, NL, PT, SE, UK
Ø OECD	AU, AT, BE, CA, CH, CZ, DE, DK, EL, ES, FI, FR, HU, IE, IT, IS, JP, Korea, LU, Mexiko NL, NO, NZ, PL, PT, SE, SK, TR, UK, US

1 Einleitung und methodischer Hintergrund

1.1 Aufgabenstellung

Im Jahr 2002 hat der Rat der Europäischen Union in Barcelona nach einer vorangegangenen, mehrjährigen Expertendiskussion drei zentrale Kriterien, die ein nationales Gesundheitssystem erfüllen sollte, festgelegt:

- Zugang für die gesamte Bevölkerung (*accessibility*)
- Qualitativ hochwertiges Leistungsangebot und Leistungserbringung (*quality*)
- Langfristige Finanzierbarkeit bzw. Leistbarkeit (*sustainability*).

Im Zuge der erwähnten Expertendiskussion über die Performance von Gesundheitssystemen wurde von der Weltgesundheitsorganisation erstmals im Jahr 2000¹ eine Rangreihung der Gesundheitssysteme von 191 Ländern nach deren Leistungsfähigkeit veröffentlicht. Sowohl in diesem Bericht wie auch in einigen anderen internationalen Analysen wurde das österreichische Gesundheitswesen positiv bewertet und einige Aspekte (wie z. B. der Zugang zu Screeningmaßnahmen) als vorbildhaft klassifiziert.

Der vom Geschäftsbereich ÖBIG der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG/ÖBIG) nunmehr vorgelegte Bericht soll die Literatur über Vergleichsdarstellungen des österreichischen Gesundheitssystems komplettieren und der Frage nach den Stärken und Schwächen des österreichischen Gesundheitssystems im internationalen Vergleich nachgehen und aus der Literatur eine Antwort geben.

Anhand von 19 ausgewählten quantitativen und qualitativen Indikatoren (für eine nähere Beschreibung vgl. Abschnitt 1.3), die als Instrument zur Bewertung eines Gesundheitssystems herangezogen werden können, wird die Performance (Leistungsfähigkeit) des österreichischen Gesundheitssystems aus einer internationalen Perspektive dargestellt. Ergänzt wird der Bericht durch eine kurze Literatordiskussion, die einige der oben erwähnten Analysen skizziert.

Die ausgewählten Indikatoren werden in Kapitel 2 einzeln vorgestellt und kurz beschrieben, wobei Österreich immer im internationalen Vergleich dargestellt wird. Alle berücksichtigten Länder sind im Abkürzungsverzeichnis enthalten.

Den Mittelpunkt des abschließenden Kapitels 3 bildet eine „Stärken-Schwächen“-Analyse des österreichischen Gesundheitssystems in Form einer Matrix.

¹ WHO 2000

1.2 Literaturdiskussion

Wie bereits erwähnt, wird das österreichische Gesundheitssystem in der Fachliteratur häufig als sehr gut bewertet. Nachfolgend werden drei zentrale Untersuchungen und deren Einschätzung Österreichs kurz vorgestellt, auf einige andere wird bei der Kommentierung der Indikatoren in Kapitel 2 eingegangen.

1.2.1 World Health Report 2000

In diesem Bericht der Weltgesundheitsorganisation (WHO) wurde erstmals ein umfangreiches Ranking der Leistungsfähigkeit von Gesundheitssystemen von 191 Staaten, von Afghanistan bis Simbabwe veröffentlicht, wobei die Leistungsfähigkeit (*performance*) anhand eines zusammengesetzten Index bewertet wurde, der sich aus drei Dimensionen mit insgesamt fünf Kennzahlen zusammensetzte.

- Gesundheit der Bevölkerung (*health, 50 %*)
 - Gesundheitsniveau z. B. gemessen an den zu erwartenden behinderungsfreien Lebensjahren.
 - Verteilung der Gesundheit, z. B. gemessen an der Säuglingssterblichkeit.
- Zugänglichkeit und Aufgeschlossenheit des Gesundheitssystems (*responsiveness, 25 %*)
 - Ausmaß mit den zwei Parametern
 - 1) Respekt für die Person (Achtung der Menschenwürde, Patienten-/Patientinnenmitbestimmung, Schutz von Patienten-/Patientinnendaten) und
 - 2) Patienten-/Patientinnenorientierung (durchschnittliche Wartezeit bis zum Beginn der medizinischen Versorgung, Qualität der medizinischen Einrichtungen, Möglichkeit der freien Arztwahl).
 - Zugangsgerechtigkeit (z. B. von Kindern, alten Menschen, ethnischen Minderheiten).
- Angemessene Finanzierung (*fairness in financial contribution, 25 %*)
 - Anteil der Gesundheitsausgaben an den Ausgaben eines Haushaltes für alle sonstigen Haushaltsaufwendungen ohne Ausgaben für Lebensmittel.

Um einen zusammengesetzten Index für eine Bewertung des Gesundheitssystems insgesamt zu ermitteln, wurden die einzelnen Dimensionen gewichtet. Die zusammengesetzte und gewichtete Maßzahl der Dimensionen der Leistungsfähigkeit von Gesundheitssystemen wurde dann für die Abschätzung der Effizienz des gesamten Gesundheitssystems herangezogen, wobei hier die Höhe der Gesundheitsausgaben und exogene Rahmenbedingungen wie die durchschnittliche Dauer der Schulbildung einfließen.

Die WHO-Untersuchung ergab eine gute Bewertung fürs österreichische System, so liegt Österreich bei der Gesamtperformance des Gesundheitssystems auf Rang 9 der 191 verglichenen Staaten, und bei der Einschätzung des Gesundheitszustandes auf Platz 15.

Getrennt für die einzelnen Dimensionen ergab sich folgende Rangreihung:

- Gesundheit der Bevölkerung:
Gesundheitsniveau: Rang 17, Verteilung: Rang 8
- Zugänglichkeit und Aufgeschlossenheit des Gesundheitssystems:
Ausmaß: Rang 12, Verteilung: Rang 3 (diesen teilen sich 38 Staaten)
- Angemessene Finanzierung:
Rang 12 (gemeinsam mit drei weiteren Staaten)

Frankreich kam bei der Gesamtbewertung auf Platz 1, die Niederlande auf Platz 17, Deutschland auf Platz 25 und die Schweiz auf Platz 20.

Die Analyse wurde in der Folge von vielen Experten, auch aus dem deutschsprachigen Raum kritisiert, wobei als der größte methodische Mangel die fehlende Datengüte bzw. die fehlende Vergleichbarkeit der Daten identifiziert wurde. Weiterhin wurde angemerkt, dass die Auswahl der verwendeten Einzelfaktoren und deren Gewichtung natürlich Einfluss auf das Endergebnis hat und eine andere Gewichtung andere Resultate erbracht hätten und dass ein verdichteter Gesamtindikator der Komplexität von Gesundheitssystemen nicht gerecht werden kann.

Das Ranking wurde seither nicht wiederholt, und nach Angaben der WHO ist auch keine Fortsetzung in dieser Form geplant. Stattdessen wird auf das „Health Care Quality Indicators Projekt“ unter der Leitung der OECD (Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung) verwiesen. Dieses Projekt stellt nach einer Vereinbarung zwischen der Europäischen Kommission und der OECD einen integralen Bestandteil der EU-Maßnahmen auf dem Gebiet der Gesundheitsindikatoren und Gesundheitssysteme dar.

1.2.2 Meinungsumfragen zum Thema Gesundheit in der Europäischen Union (Eurobarometer)

Von der Europäischen Kommission werden seit dem Jahr 1974 Meinungsumfragen in der europäischen Bevölkerung zu verschiedensten Themen, darunter auch Gesundheitsfragen, durchgeführt. Mit Hilfe des sogenannten Eurobarometers² werden in regelmäßigen Abständen die Meinung der EU-Bürger/innen und insbesondere ihre Zufriedenheit mit bestimmten Aspekten der Europäischen Union, aber auch ihrer jeweiligen nationalen Systeme erhoben.

In einigen dieser Eurobarometer Erhebungen hat das österreichische Gesundheitssystem positiv abgeschnitten. So war die Zufriedenheit der EU-Bevölkerung mit dem jeweiligen nationalen Gesundheitssystem in Österreich gefolgt von Frankreich am höchsten.³ Die Zufriedenheitsrate lag in Österreich bei knapp über 83 %, während sie etwa in Griechenland nur 18,6 % betrug.

² http://ec.europa.eu/public_opinion/index_en.htm

³ Eurobarometer 2001 mit Daten für das Jahr 1999 zitiert in Döring, D. et al. 2005

In einer der jüngsten Eurobarometer Gesundheitserhebungen⁴ mit Daten aus Oktober/November 2006 wurde das Angebot und die Inanspruchnahme von Vorsorge- und Screeningmaßnahmen, insbesondere für Frauen, in Österreich als vorbildhaft gewertet (vgl. dazu Abbildung 2.11). Im selben Eurobarometer wurde außerdem die Selbsteinschätzung des Gesundheitszustandes der europäischen Bevölkerung erhoben, bei dem sich Österreich als vierthbestes Land platzierte.

1.2.3 Euro Health Consumer Index 2007

Bereits dreimal seit dem Jahr 2005 hat ein schwedisches Beratungsunternehmen⁵ den sogenannten Euro Health Consumer Index (EHCI) veröffentlicht, in dem die europäischen Gesundheitssysteme aus einer strikt konsumentenorientierten Sichtweise bewertet werden. Der EHCI 2007 behandelt fünf Dimensionen (Patientenrechte und -information, Wartezeiten für übliche Behandlungen, Heilungserfolge und Großzügigkeit des Systems sowie Zugang zu Arzneimitteln) die ihrerseits durch insgesamt 27 Leistungsindikatoren determiniert werden.

Für jeden Indikator wurden Referenzwerte festgelegt, die eine Einteilung in die Ausprägungen „gut“, „durchschnittlich“ und „schlecht“ ermöglichte (vgl. Abbildung 1.1). Die verwendeten Daten und Informationen wurden öffentlich zugänglichen Statistiken und Untersuchungen entnommen und mit nationalen Expertinnen und Experten (in Österreich beispielsweise mit der Ärztekammer) besprochen.

Mit 806 vom 1.000 möglichen Punkten nimmt Österreich – gefolgt von den Niederlanden (Sieger im Jahr 2005), Frankreich (Sieger im Jahr 2006), der Schweiz und Deutschland – im EHCI 2007 den 1. Rang von 29 Staaten ein. Dies entspricht einer deutlichen Verbesserung im Vergleich zum Jahr 2006⁶, wo Österreich noch an der 8. Stelle platziert war. Als wahrscheinlichster Grund dafür wird von den Autoren die Wirksamkeit der letzten Gesundheitsreform angegeben, die zu einer Verbesserung bei vielen Indikatoren führte.⁷

Verbesserungsbedarf wird im Gegenzug bei den Durchimpfungsraten von Kindern und bei der Transparenz der Leistungserbringung gesehen. Außerdem wird ein Informationsdefizit der Bevölkerung beklagt bzw. meint der Leiter der Studie, dass die größte Schwäche der österreichischen Patientinnen und Patienten ist, dass sie ihren Arzt / ihre Ärztin konsultieren, anstelle Verantwortung für ihre eigene Gesundheit zu übernehmen.

Kritisch soll zu dem erfreulichen Ergebnis noch angemerkt werden, dass die Bewertung einiger Indikatoren weniger auf „harten Fakten“ als auf der Einschätzung der involvierten Expertinnen und Experten basiert.

⁴ Europäische Kommission 2007

⁵ Health Consumer Powerhouse, <http://www.healthpowerhouse.com>

⁶ <http://www.healthpowerhouse.com/media/RapportEHCI2006fr.pdf>

⁷ http://www.healthpowerhouse.com/files/press_releases/AU%202007%20EHCI.pdf

Abbildung 1.1: Übersichtliche Darstellung des Euro Health Consumer Index Ranking 2007



		Austria	Belgium	Denmark	Finland	France	Germany	Greece	Hungary	Ireland	Italy	Latvia	Lithuania	Luxembourg	Netherlands	Norway	Poland	Portugal	Romania	Slovakia	Slovenia	Spain	Sweden	Switzerland	United Kingdom				
Patient rights and information	Healthcare law based on Patients' Rights	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good				
	Patient org. involved in decision making?	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good				
	No fault malpractice insurance	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good				
	Right to second opinion	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good				
	Access to own medical record	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good				
	Register of legit doctors	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good				
	Electronic Patient Record (% of GP's using)	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good				
	Provider catalogue with quality ranking	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good				
	Web or 24/7 telephone healthcare info	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good				
	Subdiscipline score	17	16	13	15	16	25	20	22	20	15	14	14	16	15	11	16	15	14	22	20	12	16	14	13	15	15	16	19
Waiting times	Family doctor same day	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good				
	Direct access to specialist	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good				
	Major non-acute operations <90 days	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good				
	Cancer therapy < 21 days	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good				
	MRI scan < 7days	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good				
	Subdiscipline score	14	15	9	13	10	9	7	8	13	14	9	8	6	7	7	8	11	10	10	11	7	7	9	11	8	7	6	14
Outcomes	Heart infarct mortality	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good				
	Infant deaths/1000 live births	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good				
	Cancer 5-year survival	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good				
	Avoidable deaths - Potential years of Life Lost (PYLL)/100 000	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good				
	MRSA infections	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good				
	Subdiscipline score	13	9	5	8	9	10	9	12	11	11	8	5	10	10	6	7	12	8	13	12	5	9	5	6	10	10	15	12
"Generosity" of public healthcare systems	Cataract operations per 100 000	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good				
	Infant d-disease vaccination	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good				
	Kidney transplants p.m.p.	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good				
	Dental care in public healthcare system	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good				
Subdiscipline score	9	8	5	6	9	7	9	11	11	10	7	11	7	8	7	6	7	8	10	7	8	7	8	6	6	9	11	7	6
Pharmaceuticals	Rx subsidy %	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good				
	Layman-adapted pharmacopoeia?	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good				
	New cancer drugs deployment speed	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good				
	Access to new drugs (time to subsidy)	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good	Good				
Subdiscipline score	9	6	4	7	5	10	9	7	8	9	7	5	10	7	4	4	8	5	10	8	5	8	6	6	6	10	10	8	
TOTAL SCORE	806	701	485	629	612	712	633	719	786	767	568	513	592	580	435	496	687	568	794	724	447	570	508	532	564	624	740	770	581
RANK	1	10	28	13	15	9	12	8	3	5	22	24	16	18	29	26	11	20	2	7	27	19	25	23	21	14	6	4	17

Quelle: Health Consumer Powerhouse 2008

1.3 Indikatoren

Wie die im Juni 2008 fertiggestellte Studie der Gesundheit Österreich GmbH „Grundlagen zu Qualitätsindikatoren“ eindrucksvoll zeigt, gibt es aktuell eine Vielzahl von Projekten und Initiativen, die sich mit der Entwicklung und Beurteilung von Gesundheitsindikatoren, sowohl auf aggregierter als auch auf individueller Ebene beschäftigen.

Auf Basis dieser Übersicht bzw. eines OECD-Vorschlags⁸ haben die Autorinnen des vorliegenden Berichts qualitative und quantitative Kennzahlen ausgewählt. Diese folgen der von der OECD vorgeschlagenen Gliederung in mehrere Dimensionen und werden durch Parameter aus dem EUROSTAT „System of Health Accounts“-Modell⁹ ergänzt.

⁸ OECD 2002

⁹ BASYS/CEPS INSTEAD/IRDES/IGSS 2005

Folgende fünf Dimensionen mit jeweils rund drei Indikatoren werden im Kapitel 2 behandelt:

- A) Gesundheitszustand („Health Outcome“)
- B) Nachhaltigkeit („Sustainability“)
- C) Zugänglichkeit und Effektivität („Responsiveness“)
- D) Effizienz/Einsatz/Produktivität
- E) Sozialverträglichkeit („Equity“)

Zusätzlich werden zwei Kennzahlen zur Beschreibung der Alterstruktur und der Einkommenssituation der Bevölkerung dargestellt, da das Einkommen und das Alter einer Person den Gesundheitszustand und das Gesundheitsempfinden stark beeinflussen.

Bei der Auswahl der Indikatoren insbesondere der Datenverfügbarkeit und –güte wurde besonderes Augenmerk geschenkt, da diese für viele potenziell sehr aussagekräftigen Kennzahlen schlecht ist. Österreich bildet in dieser Hinsicht keine Ausnahme da auch hier die Datenverfügbarkeit in Teilbereichen gering ist.

Im folgenden Kapitel wird die österreichische Situation im internationalen Vergleich (OECD Durchschnitt¹⁰ sowie im europäischen Kontext) verglichen.

Um die österreichische Situation besser einschätzen zu können, wurde auf die tatsächliche Vergleichbarkeit der Daten hohen Wert gelegt. Daher erfolgt im Kapitel 2 die vergleichende Darstellung zumeist nicht mit allen EU-Mitgliedstaaten, sondern nur mit den 15 Staaten, die vor Mai 2004 Mitglied der Europäischen Union (EU-15) waren. Der Grund dafür ist, dass aufgrund der dortigen Wertschöpfungs- und Arbeitsmarktsituation (Lohnniveau, Kaufkraft, Investitionsgrad, etc.) der volks- und betriebswirtschaftlichen Rahmen in den das jeweilige Gesundheitssystem eingebettet ist nur eingeschränkt mit der österreichischen Situation vergleichbar ist.

¹⁰ OECD Länder: AU, AT, BE, CA, CH, CZ, DE, DK, EL, ES, FI, FR, HU, IE, IT, IS, JP, Korea, LU, MEX, NL, NO, NZ, PL, PT, SE, SK, TK, UK, US

2 Darstellung der österreichischen Situation im internationalen Vergleich

Die Gesundheitssysteme der Mitgliedsstaaten der Europäischen Union und darüber hinaus unterscheiden sich nicht nur in der Ausgestaltung des Systems sondern auch in der Form der Finanzierung. Generell können folgende Grundformen unterschieden werden:

- Staatlich bereit gestellte Gesundheitsversorgung
 - Nationaler Gesundheitsdienst (Beveridge System)
 - Soziales Krankenversicherungssystem (Bismarck System) inkl. (freiwilliger) Privatversicherung
- Marktwirtschaftliches System

Wie aus Abbildung 2.1 ersichtlich, ist das Gesundheitssystem von zwölf Ländern der Europäischen Union (EU) in Form eines Nationalen Gesundheitsdienstes ausgestaltet. Die Finanzierung dieses System erfolgt durch allgemeine Steuern bzw. durch definierte Steuermittel. Das System wird staatlich gesteuert bzw. verwaltet und sieht gleiche Leistungen für die gesamte Bevölkerung vor. Innerhalb des nationalen Gesundheitsdienstes kann noch nach zentralistisch (z. B. in Großbritannien und Irland) bzw. regionaler Führung unterschieden werden.

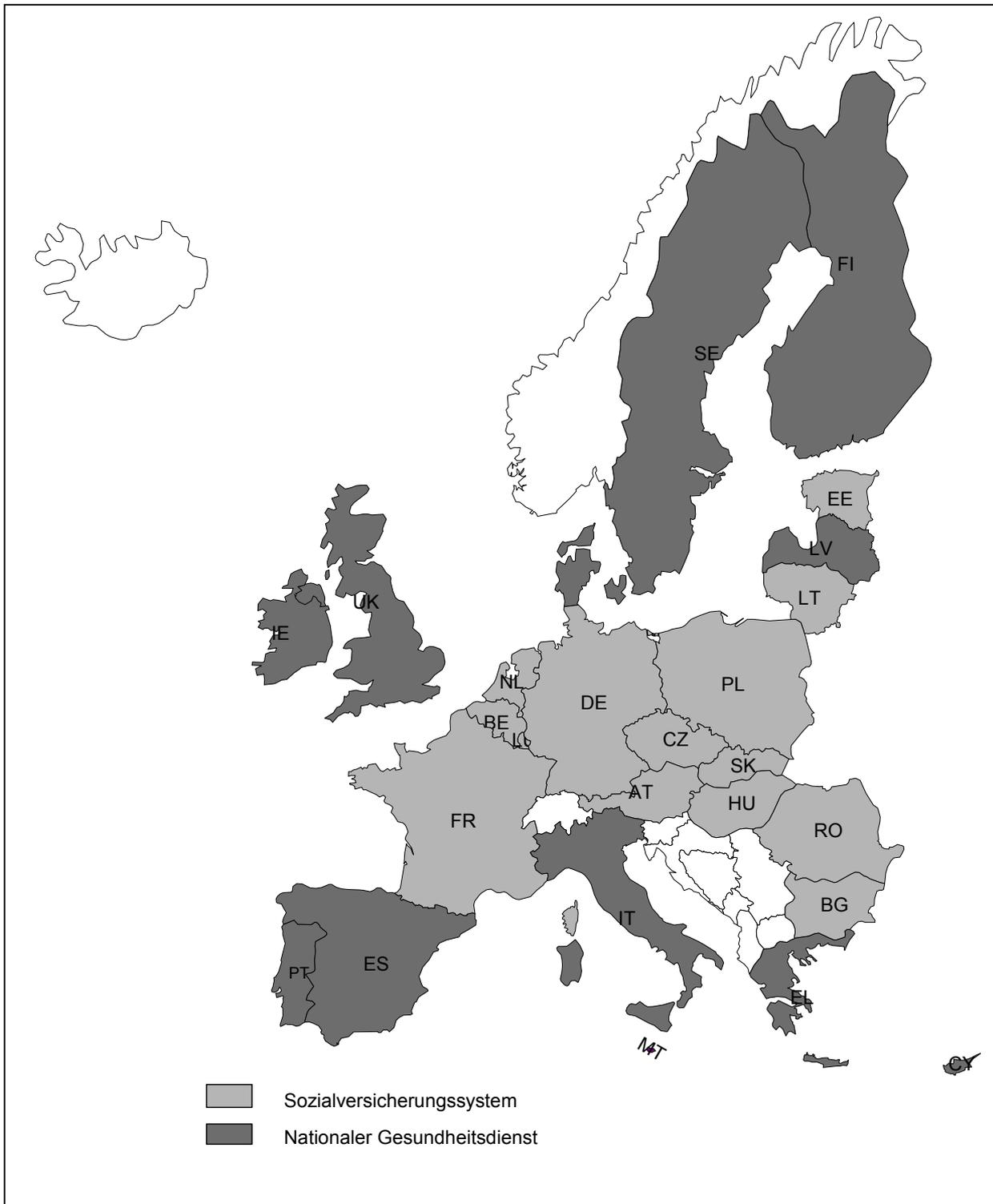
Die Mehrheit der EU-Staaten (fünfzehn) verfügen jedoch über ein soziales Krankenversicherungssystem, so auch Österreich, Deutschland und Frankreich. Ein soziales Krankenversicherungssystem zeichnet sich durch Beitragszahlungen von Arbeitgebern/innen und Arbeitnehmern/innen aus, wobei es hier häufig zu einer berufsständischen Gliederung kommt. Im Gegensatz zu einem nationalen Gesundheitsdienst handelt es sich bei Sozialversicherungen häufig um Selbstverwaltungskörper, deren Entscheidungsträger demokratisch gewählt werden. Die Leistungen innerhalb eines sozialen Krankenversicherungssystems gliedern sich häufig nach den Bedürfnissen des Versicherten. Häufig müssen Patienten/innen Zuzahlungen für bestimmte therapeutische Interventionen leisten. Beispiele dafür sind die Rezeptgebühr für Arzneimittel in Großbritannien oder die Entrichtung eines Tagsatzes pro stationärem Behandlungstag in Österreich.

Niederlande bildet eine Ausnahme unter den sozialen Krankenversicherungssystemen, da es seit 2006 überwiegend nur mehr private Versicherungsanbieter gibt.

Ein Beispiel für ein reines (freiwilliges) Privatversicherungssystem ist die USA. Patienten/innen können sich frei entscheiden eine Versicherung abzuschließen (sofern sie die Beiträge dafür aufbringen können). Ansonsten sind alle Leistungen privat („out-of pocket“) zu bezahlen (für die ärmere Bevölkerung gibt es die staatlichen Programme Medicare und Medicaid). Die Finanzierung erfolgt durch private Einkommen bzw. Zuschüsse durch Arbeitgeber. Das System zeichnet sich durch private Versicherungsanbieter aus, die wiederum Verträge mit Gesundheitserhaltungseinrichtungen abschließen. Private Krankenversicherungen sind in praktisch allen Ländern zu finden, in den Europäischen Ländern allerdings als

Zusatzversicherungen, die oft nur von Mitgliedern höherer Einkommenschichten in Anspruch genommen werden.

Abbildung 2.1: Überblick der Finanzierung der Gesundheitssysteme der EU Mitgliedsstaaten, 2008

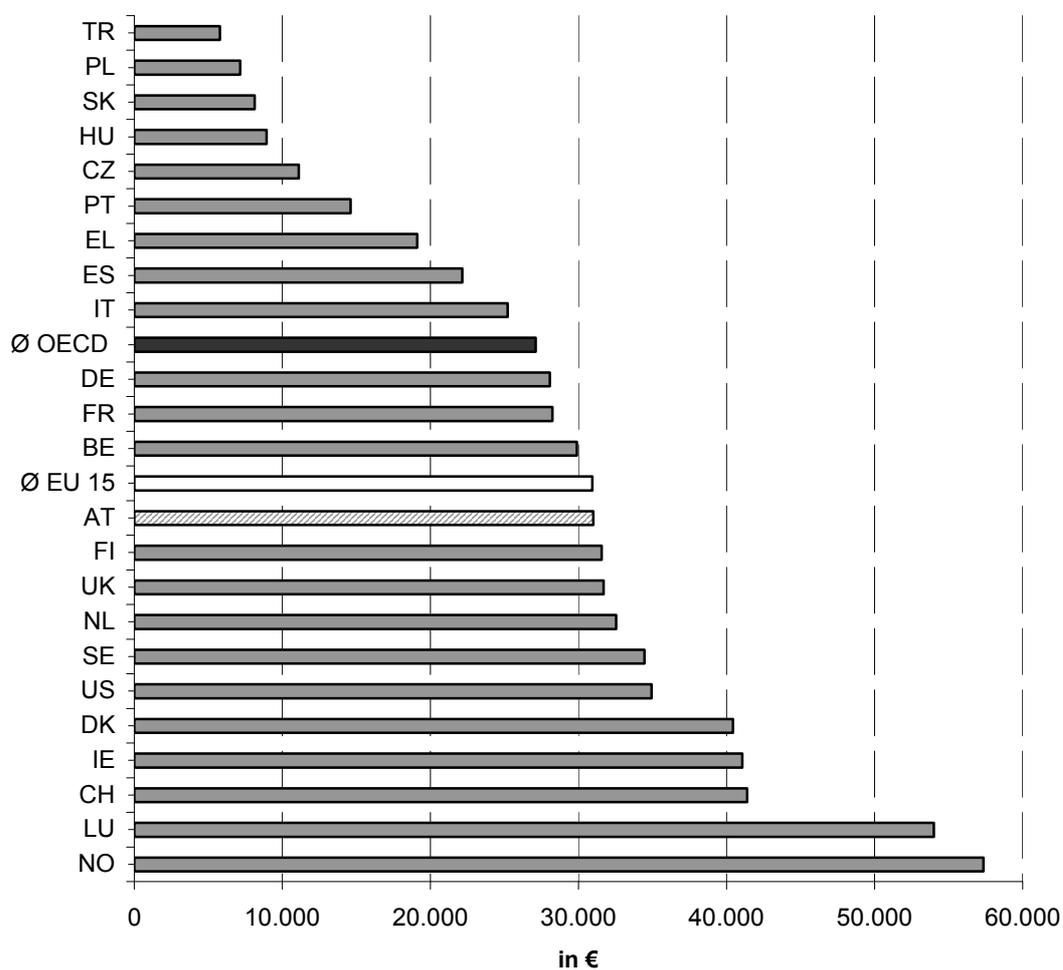


Quelle: PPRI Report 2008

2.1 Hintergrund

Für eine umfassende Analyse von Gesundheitssystemen ist die Kenntnis von demografischen, wirtschaftlichen, legislativen und sozio-kulturellen Strukturdaten notwendig. Da das Einkommen und das Alter einer Person den Gesundheitszustand und das Gesundheitsempfinden stark beeinflussen, werden in den nachfolgenden beiden Abbildungen das Bruttoinlandsprodukt pro Kopf in Euro (welches die Wirtschaftskraft eines Landes widerspiegelt) und die Altersstruktur dargestellt.

Abbildung 2.2: Bruttoinlandsprodukt pro Kopf in €, 2006 (Indikator 1)



Quelle: OECD 2008

Generell ist festzustellen, dass reichere Länder, das heißt Länder mit einem höheren BIP/Kopf, mehr Ressourcen für Gesundheitsversorgung zur Verfügung haben. Letztendlich obliegt die Entscheidung, wie viel Geld der gesamten öffentlichen Steuermittel für den Gesundheitssektor aufgewendet wird, den politischen Entscheidungsträgern.

Abbildung 2.1 zeigt das Bruttoinlandsprodukt pro Einwohner/in (BIP/Kopf) in €. In den dargestellten Ländern ist ein deutlicher Unterschied der ökonomischen Situation zu erkennen. Das BIP/Kopf in Norwegen ist beinahe zehn Mal höher als jenes der Türkei. Österreich liegt mit einem BIP/Kopf von € 31.000 im internationalen Mittelfeld – über dem OECD Durchschnitt (rund € 27.100) und unter dem Durchschnitt der EU-15 Mitgliedstaaten (€ 30.935). Selbst bei einer Darstellung bereinigt nach Kaufkraftparitäten, wie es z. B. im Rahmen des europäischen Projektes „Pharmaceutical Pricing and Reimbursement Information, PPRI“¹¹ dargestellt wurde, zeigt sich dieses Bild.

Eine älter werdende Bevölkerung und der sich daraus ergebende steigende Bedarf nach Gesundheitsleistungen stellen eine große finanzielle Herausforderung für viele Länder dar. Ein großer Anteil an einer jungen Bevölkerung kann hingegen durch Einzahlungen von Krankenversicherungsbeiträgen oder Steuern die Finanzierung der öffentlichen Gesundheit fördern.

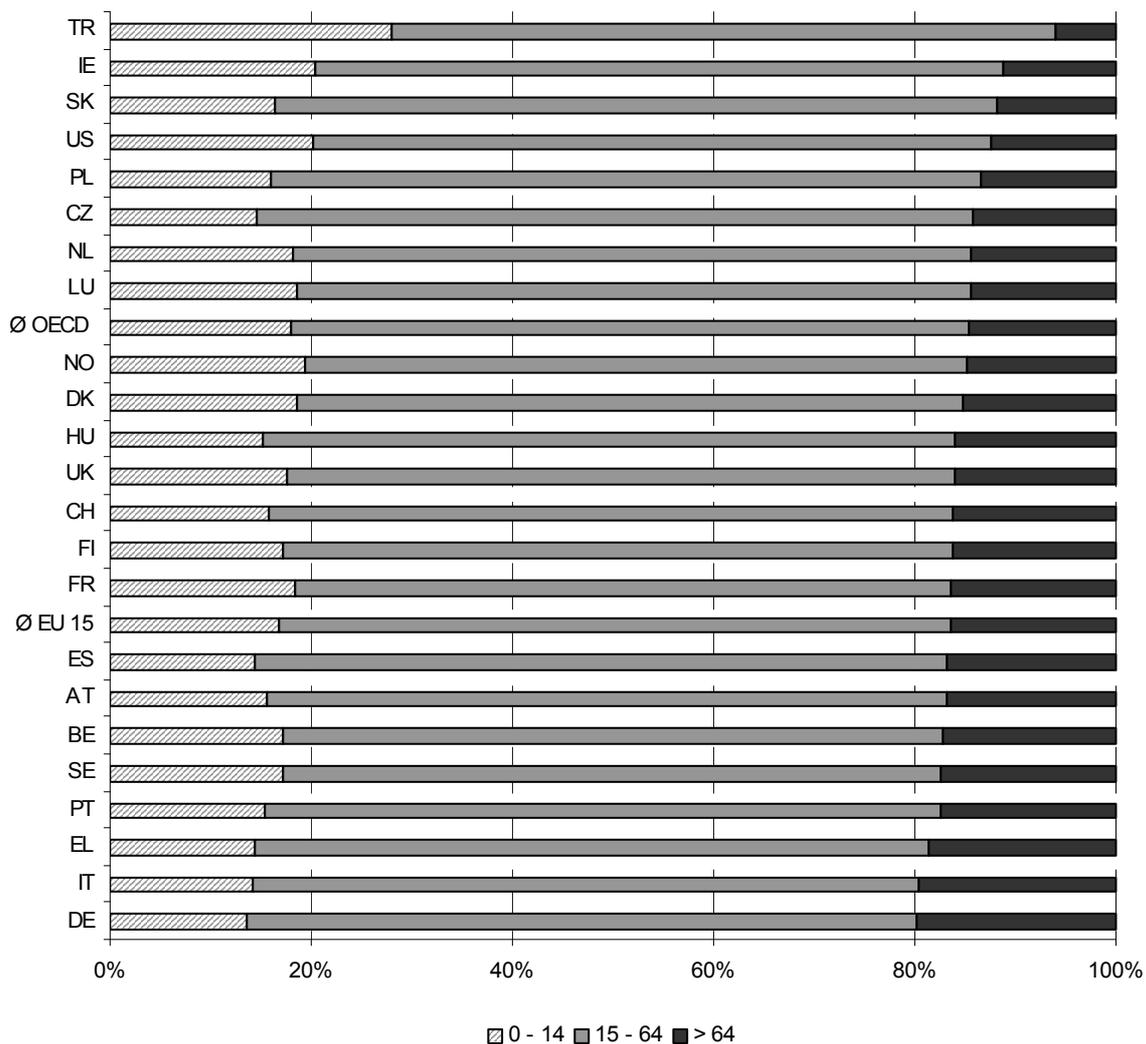
Der Indikator Altersstruktur wird in Abbildung 2.3, unter Berücksichtigung von drei Alterskategorien (0-14, 15-64, >64), illustriert. Der größte Anteil der Bevölkerung im internationalen Vergleich fällt in die Kategorie der 14-64-jährigen, wobei der Anteil der 14-64-jährigen in den EU-15 Mitgliedstaaten mit durchschnittlich 75,58 % noch deutlich über dem OECD Durchschnitt (67,44 %) liegt. In Deutschland gibt es den höchsten Anteil an über 64-jährigen Menschen (19,7 %) gefolgt von Italien (19,6 %) und Griechenland (18,5 %).

Im Gegensatz dazu leben die meisten unter 15-jährigen in der Türkei (28,1 %), in Irland (20,4 %) und in den USA (20,3 %). Auch in Österreich ist der Anteil der 15-64-Jährigen mit 67,6 % am größten. 16,7 % der Menschen sind älter als 64 Jahre und in die Kategorie der 0-14-Jährigen fallen 15,7 %.

Österreich liegt in den Alterskategorien 15-64 Jahre und > 64 über dem EU-15 Durchschnitt, bei den Kindern – wie viele westliche EU-Länder darunter.

¹¹ <http://ppri.oebig.at>

Abbildung 2.3: Altersstruktur (0 – 14, 15 – 64, > 64 Jahre), 2006 (Indikator 2)



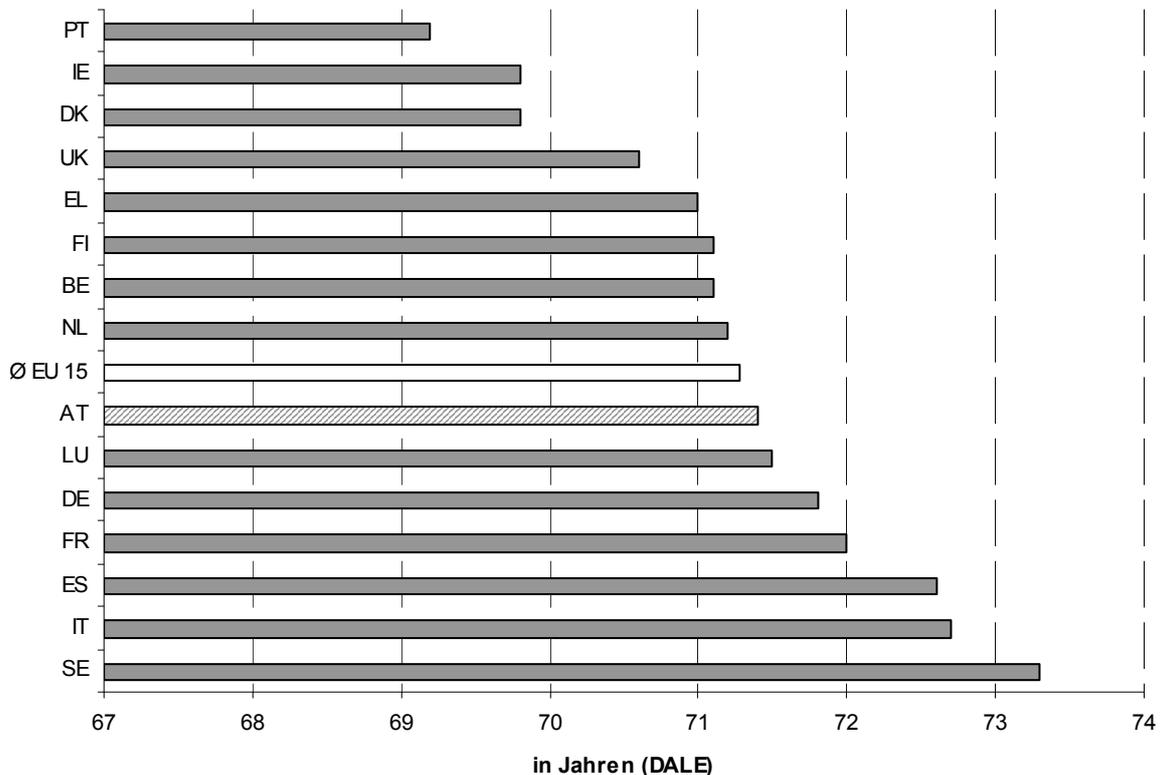
Quelle: OECD 2008

2.2 Gesundheitszustand („Health Outcome“)

Im Falle einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes einer Bevölkerung kann dies erhebliche gesamtwirtschaftliche und gesellschaftliche Folgen mit sich ziehen. Dazu gehören veränderte Muster der Ressourcenallokation innerhalb des Gesundheitswesens sowie Auswirkungen auf Konsum und Produktion in der gesamten Wirtschaft. Die politischen Entscheidungsträger sind mit der Frage der Opportunitätskosten (d. h. die Kosten durch entgangenen Gewinn) konfrontiert und müssen dem entsprechend frühzeitig auf dem Gebiet der Prävention genügend Mittel investieren.

Der Gesundheitszustand der Bevölkerung eines Landes kann anhand von verschiedenen Kennzahlen gemessen werden. In dieser Studie wurden zwei gängige Kennzahlen ausgewählt: Behinderungsfreie Lebenserwartung (DALE) und Kindersterblichkeit.

Abbildung 2.4: Behinderungsfreie Lebenserwartung, 2002 (Indikator 3)



DALE = Disability-adjusted life expectancy

Quelle: WHO 2008

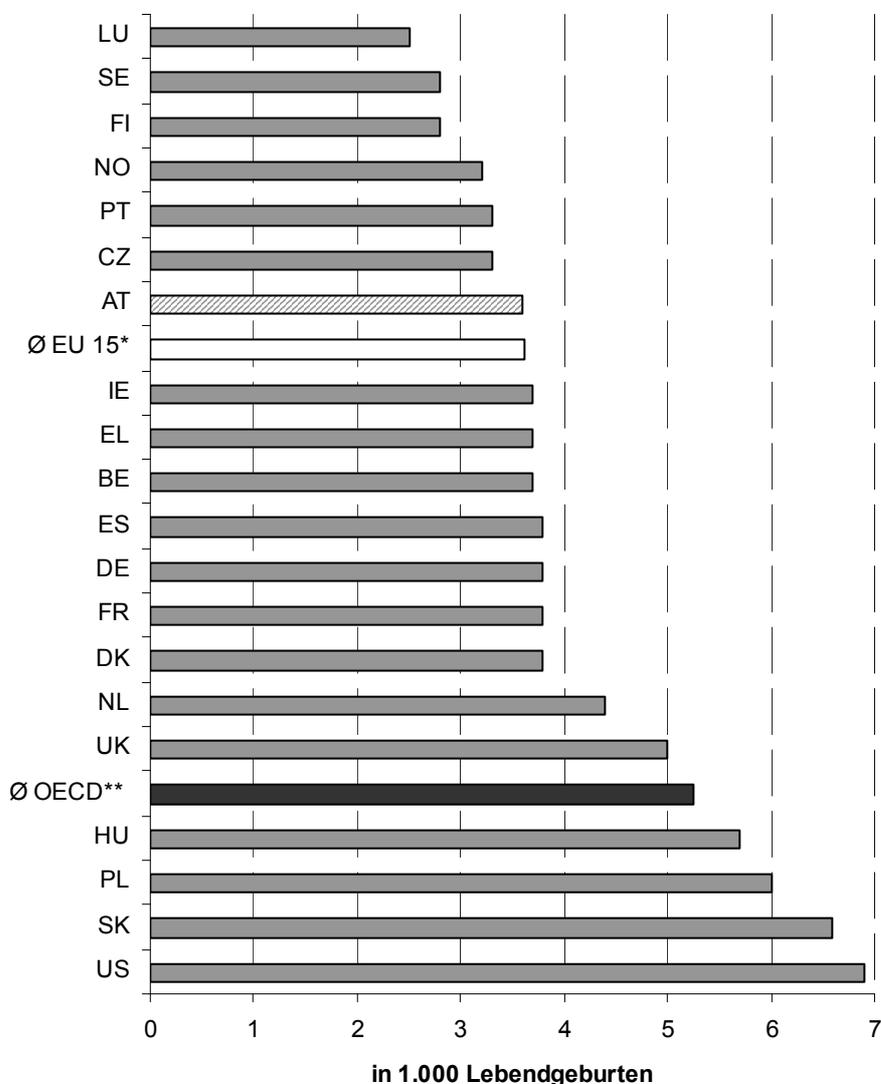
Der Indikator behinderungsfreie Lebenserwartung bzw. gesunde Lebensjahre (Disability-adjusted life expectancy, DALE) gibt die erwartete durchschnittliche Anzahl von Jahren an, die eine Person ohne körperliche oder geistige Behinderung/Beeinträchtigung lebt. Diese Kennzahl ist ein zuverlässiger Indikator für die Überwachung der Gesundheit als Produktivitäts-/ Wirtschaftsfaktor und führt unter anderem das Konzept der Lebensqualität ein. Damit wird zwischen Lebensjahren ohne jegliche Aktivitätseinschränkung und solchen mit mindestens einer Aktivitätseinschränkung unterschieden. Die Betonung liegt nicht nur auf der Lebensdauer, wie im Falle der Lebenserwartung, sondern auch auf der Lebensqualität.

Österreich liegt mit einer behinderungsfreien Lebenserwartung von 71,4 Jahren für Personen, die im Jahr 2002 geboren wurden (vgl. Abbildung 2.4) knapp über dem Durchschnitt der EU-15 Staaten (71,3 Jahre). Deutlich über dem Durchschnitt liegt der Wert in Schweden (73,3 Jahre). In Portugal ist die behinderungsfreie Lebenserwartung am geringsten (69,2 Jahre) gefolgt von Irland und Dänemark mit jeweils 69,8 Jahren.

Die Kennzahl Kindersterblichkeit/1.000 Lebendgeburten erfasst den Anteil der Kinder, die zwischen Geburt und erstem Lebensjahr sterben. Ein überwiegender Teil der Erkrankungen mit Todesfolgen für Kinder wären durch Impfungen oder andere Präventionsmaßnahmen vermeidbar. Masern ist ein zentrales Beispiel für eine Krankheit mit potenzieller Todesfolge für Kinder, die durch eine Impfung vermeidbar ist (vgl. Abbildung 2.16).

Aus Abbildung 2.5 ist ersichtlich, dass Österreich eine geringe Kindersterblichkeit von 3,6 pro 1.000 Lebendgeburten aufweist, welcher gleich dem Durchschnittswert der EU-15 Staaten ist. Jedoch liegt Österreich deutlich unter dem OECD Durchschnitt (5,2). Die niedrigste Kindersterblichkeit gibt es in Luxemburg (2,5) wohingegen, in den USA mit einem Wert von 6,9 der höchste Wert erreicht wird.

Abbildung 2.5: *Kindersterblichkeit ausgedrückt in Anzahl der Todesfälle im ersten Lebensjahr pro 1.000 Lebendgeburten, 2006 (Indikator 4)*



2005: BE, US, * exkl. IT, ** exkl. IT, Korea

Quelle: OECD 2008

2.3 Nachhaltigkeit („Sustainability“)

Um eine nachhaltige Gesundheitsversorgung auch in den nächsten Jahren gewährleisten zu können, ist eine entsprechende finanzielle Basis notwendig.

Als aussagekräftige Indikatoren wurden für einen internationalen Vergleich für Ausgaben für Gesundheitsleistungen folgende ausgewählt:

- Gesundheitsausgaben in % des Bruttoinlandsprodukts („Gesundheitsausgabenquote“)
- Durchschnittliche jährliche Steigerungsrate der Gesundheitsausgaben (1996 – 2006)
- Ausgaben nach Sektoren innerhalb des Gesundheitswesens.

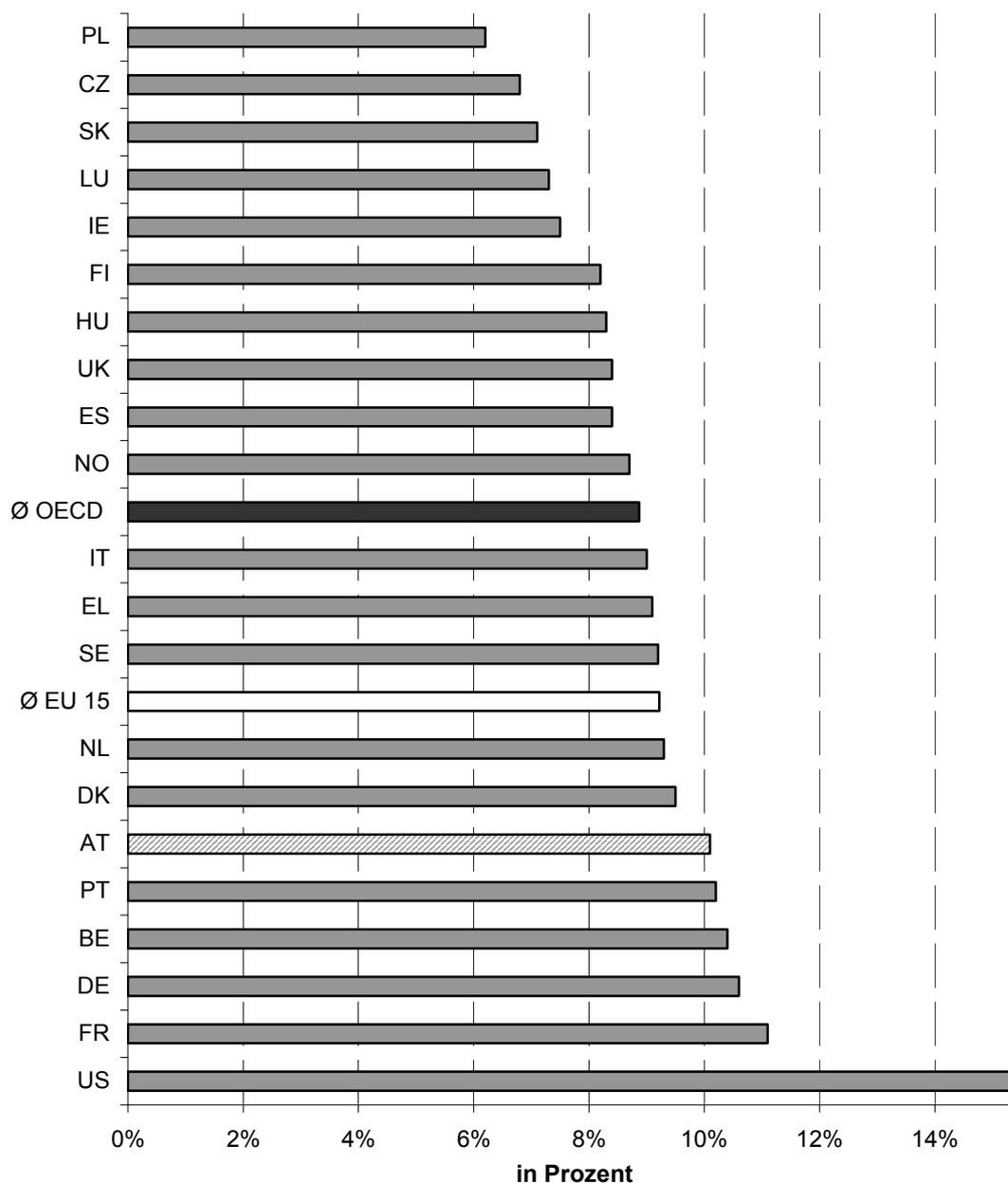
In Abbildung 2.6 werden die Gesundheitsausgaben in Prozent des Bruttoinlandsproduktes analysiert. Die niedrigste Gesundheitsausgabenquote unter den europäischen OECD-Ländern weisen Polen (6,2 %), die Tschechische Republik (6,8 %) und die Slowakei (7,1 %) auf.

Auffallend sind die hohen Gesundheitsausgaben in den USA. Mit 15,3 % ist der Wert mehr als doppelt so hoch wie in Polen und liegt eindeutig über denen der Vergleichsländer. Dennoch haben rund 44 Millionen US-Bürger (= 15 % der Gesamtbevölkerung bzw. 30 % der armen Bevölkerung) keinen Anspruch auf Gesundheitsleistungen.

In Österreich belaufen sich die Gesundheitsausgaben seit der Neuberechnung durch die Statistik Austria unter Verwendung der OECD „Systems of Health Account, SHA“ Methode¹², auf 10,1 Prozent des BIP. Damit hat Österreich höhere Gesundheitsausgaben als der Durchschnitt der OECD Länder (8,9 %) und der EU-15 Staaten (9,2 %).

¹² Der größte Gegensatz zur früheren Berechnungsmethode (dem OECD/Volkswirtschaftliche Gesamtrechnungs-Konzept nach dem Europäischen System der Volkswirtschaftlicher Gesamtrechnungen 1995, ESG 1995) ist, dass Ausgaben für Langzeitpflege inkludiert sind.

Abbildung 2.6: Gesundheitsausgaben in Bezug auf Bruttoinlandsprodukt, 2006 (Indikator 5)



2005: SK, TK; LU: geschätzte Werte

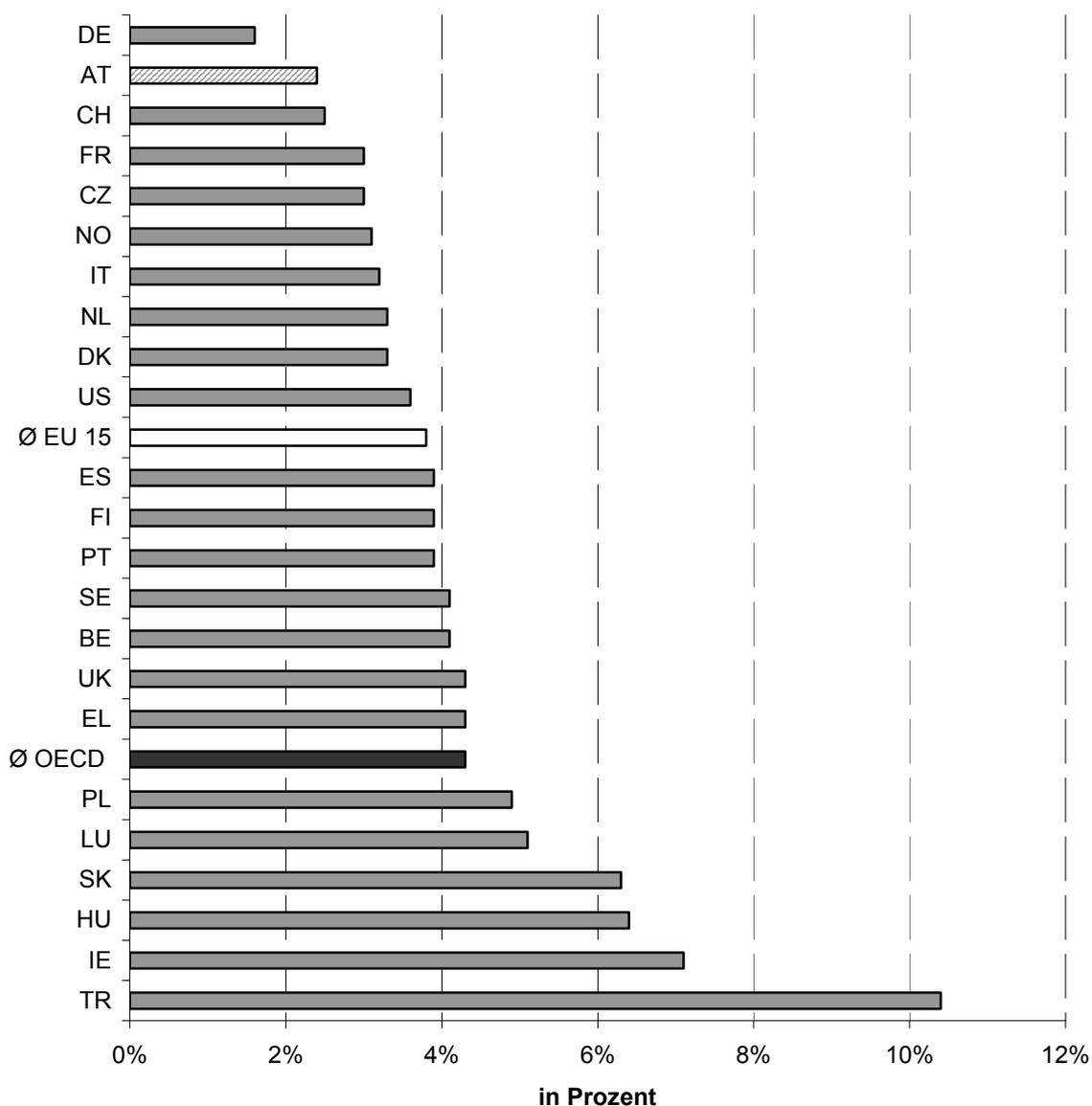
Quelle: OECD 2008

Abbildung 2.7 illustriert, dass das Gesundheitsausgabenwachstum Österreichs in den letzten zehn Jahren mit durchschnittlich 2,4 Prozent das zweitniedrigste nach Deutschland war und deutlich sowohl unter dem EU-15 (3,8 %) und OECD Durchschnitt (4,3 %) liegt. Die Steigerungsrate der Türkei ist mit 10,4 % die höchste der Vergleichsländer. Kostendämpfungsmaßnahmen können einer Steigerung der Produktivität (siehe Abschnitt 2.5) dienen, gehen allerdings auch häufig zu Lasten bestimmter Akteure und Gruppen (z.B. Patienten/innen, Frage der Sozialverträglichkeit vgl. Abschnitt 2.6) Wenig überraschend sind die Gesund-

heitsausgaben in den neuen EU-Mitgliedstaaten am stärksten gewachsen, da in diesen Ländern 1) ein Aufholbedarf besteht und 2) in vielen Gesundheitseinrichtungen Investitionskosten anfielen.

Besonders bemerkenswert ist diese Entwicklung, wenn man sie dem guten Gesundheitszustand der Bevölkerung, der hohen Zufriedenheit der österreichischen Patientinnen und Patienten (Abbildung 2.10) und der guten Beurteilung der Leistungsfähigkeit des österreichischen Gesundheitssystems in der Literatur gegenüberstellt.

Abbildung 2.7: Durchschnittliche jährliche Steigerungsrate der Gesundheitsausgaben, 1996 – 2006 (Indikator 6)



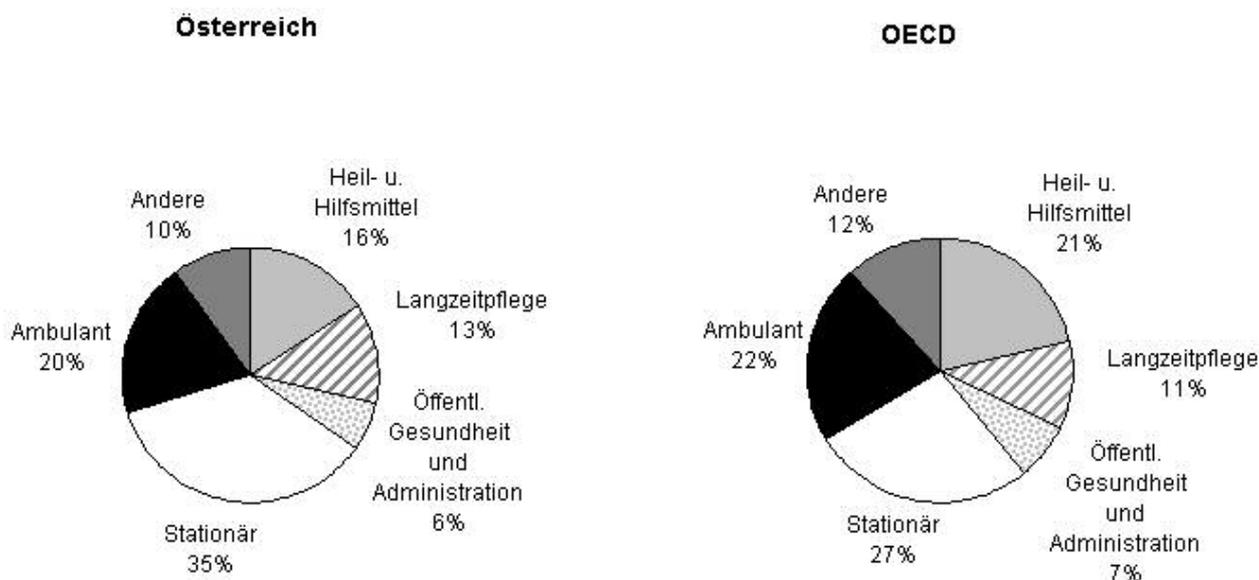
Quelle: OECD 2008, OECD 2007

Bei Betrachtung der Gesundheitsausgaben nach Sektoren (Abbildung 2.8) sieht man, dass die stationären Ausgaben in Österreich mit 35 % deutlich über dem OECD-Durchschnitt liegen. Dies ist im Lichte der beschriebenen Parameter wie Krankenhaushäufigkeit (vgl. Abbildung 2.14), bei denen Österreich „Europameister“ ist, wenig überraschend.

Den zweitgrößten Kostenfaktor stellt der ambulante Bereich dar (AT: 20 %, OECD: 22 %). Hingegen liegt Österreich bei den Ausgaben für Arzneimittel und Hilfsmittel mit 16 % deutlich unter dem OECD Durchschnitt (21 %). Dies steht auch im Zusammenhang mit dem im europäischen Vergleich niedrigen Arzneimittelpreisen (vgl. dazu auch Abbildung 2.12), die durch das geltende EU-Durchschnittspreissystem gewährleistet werden.

Die Bereiche Langzeitpflege, öffentliche Gesundheit und Administration sowie "Andere" weichen im Vergleich Österreich zum OECD Durchschnitt kaum voneinander ab und machen zusammen ca. 1/3 der Gesundheitsausgaben aus.

Abbildung 2.8: Ausgaben nach Sektoren für Österreich, 2005 (Indikator 7)



Andere beinhaltet: Nebenleistungen, Zahnbehandlungen, Tagespflege und häusliche Pflege

Quelle: Docteur, E. 2008

2.4 Zugänglichkeit und Effektivität („Responsiveness“)

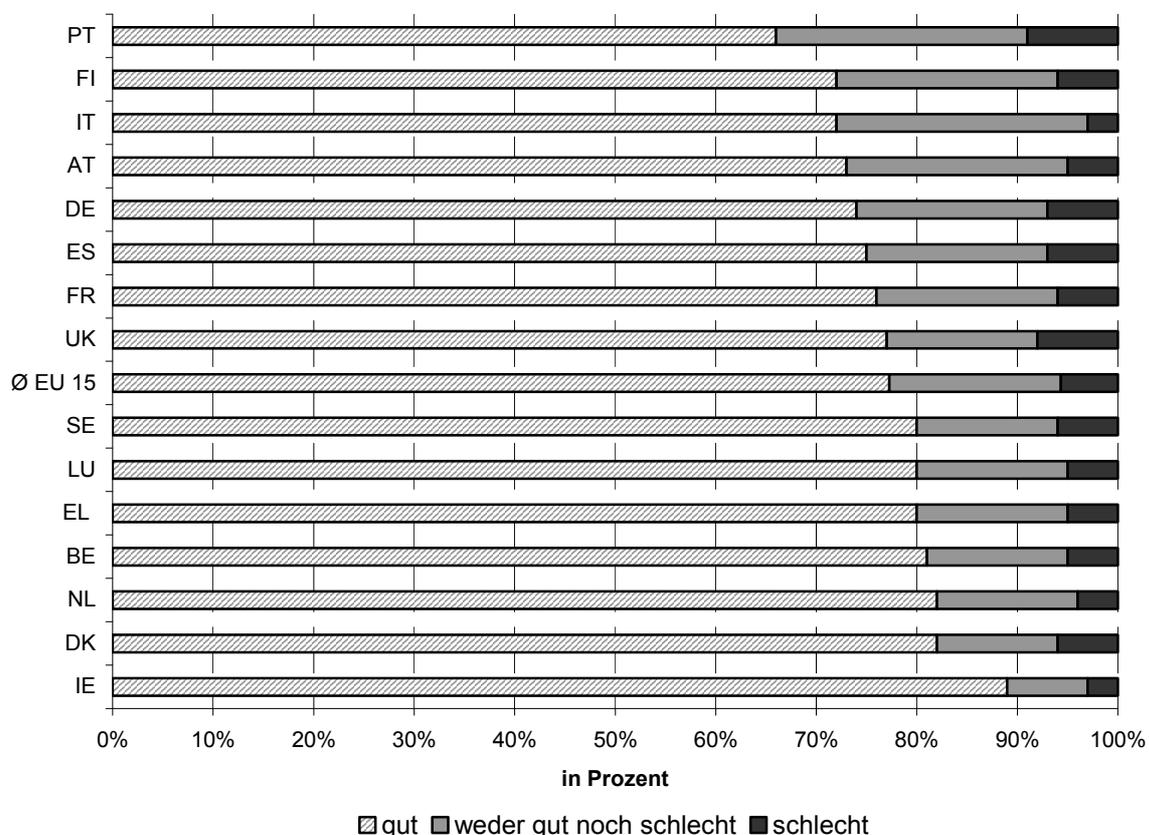
In den letzten Jahren rückt die Frage der Effektivität von Gesundheitssystemen und der freien Zugänglichkeit zu qualitätsgesicherten Gesundheitsleistungen innerhalb Europas mehr und mehr in den Vordergrund. Darüberhinaus besteht Konsens, dass die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten, nicht nur nach der Erbringung von Leistungen, sondern auch in Bezug auf Information und respektvoller Behandlung stärker berücksichtigt werden müssen.

Um die Zugänglichkeit und die Bedürfnisorientierung des Gesundheitssystems zu messen, werden nachfolgend die Kennzahlen „Subjektiver Gesundheitszustand“, „Inanspruchnahme frauenspezifischer Vorsorgeangebote“ und die „Patienten-/Patientinnenzufriedenheit“ innerhalb Europas beleuchtet.

Am gesündesten fühlen sich (vgl. Abbildung 2.9) in Europa die Iren, die aber mit der Performance ihres Gesundheitssystems (vgl. Abbildung 2.10) nicht sehr zufrieden sind.

Österreich ist nach einer Eurobarometererhebung bei der Selbsteinschätzung des Gesundheitszustandes im unteren Drittel des EU-15 Vergleichs angesiedelt und befindet sich damit in der Gesellschaft von Deutschland und Italien.

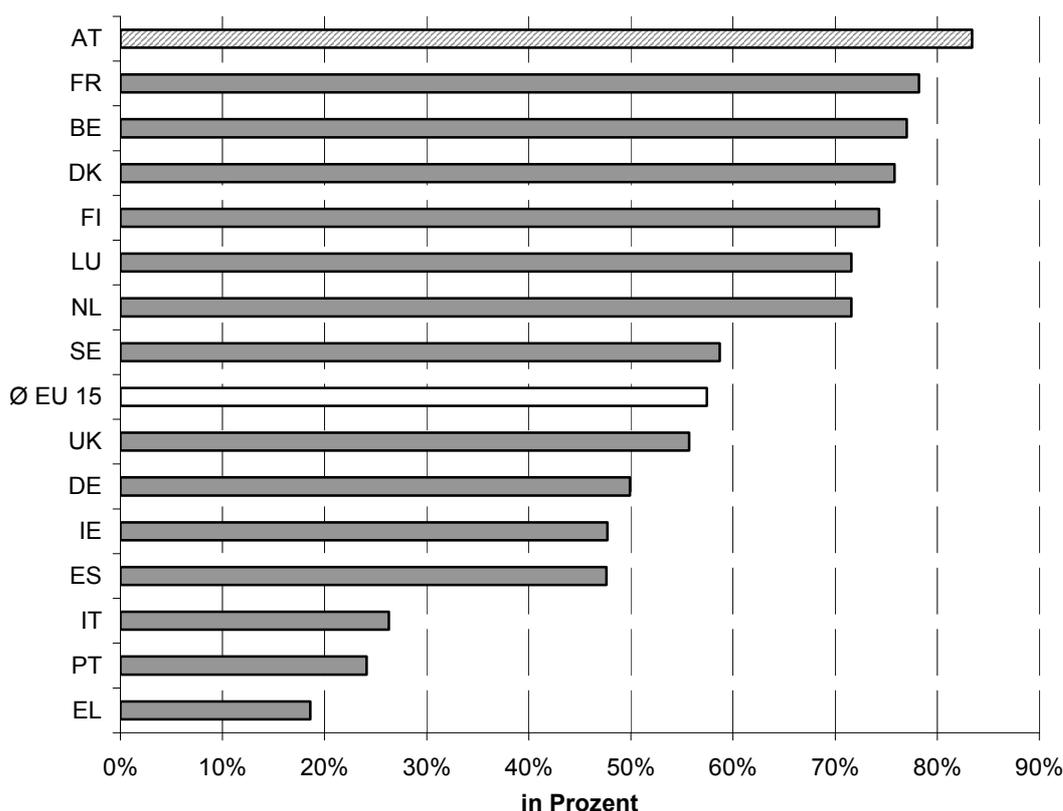
Abbildung 2.9: Subjektiver Gesundheitszustand innerhalb Europas, 2006 (Indikator 8)



Quelle: Europäische Kommission 2007

Betrachtet man jedoch das Ausmaß der Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten mit dem Gesundheitssystem, wie in Abbildung 2.10 dargestellt, ist deutlich zu erkennen, dass die österreichische Bevölkerung sehr zufrieden mit ihrem Gesundheitssystem ist. Im europäischen Vergleich liegt Österreich an erster Stelle gefolgt von Frankreich, Belgien und Dänemark.

Abbildung 2.10: Zufriedenheit der Bevölkerung mit dem nationalen Gesundheitssystem (Indikator 9)



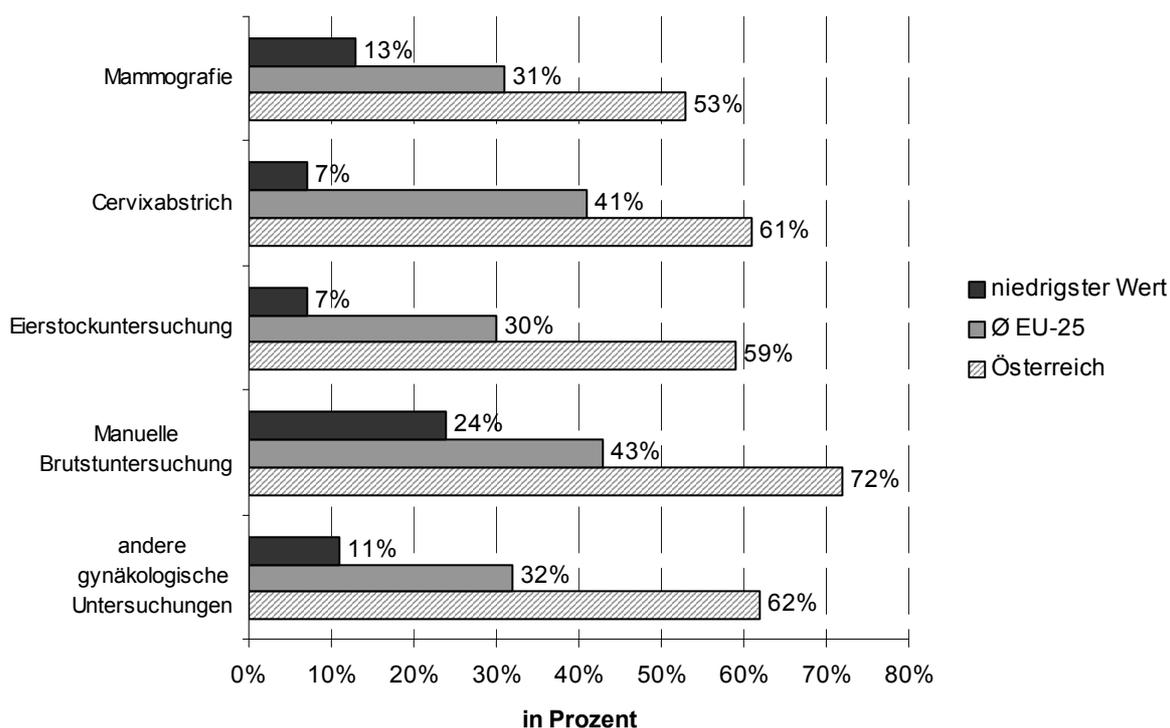
Quelle: Döring, D. et al. 2005

Auch die Bereitstellung von Vorsorgeprogrammen und die Inanspruchnahme dieser durch die Bevölkerung ermöglicht eine Aussage über die Effektivität des Gesundheitssystems. Investitionen in Vorsorgeprogramme tragen zur Vermeidung von Erkrankung bzw. einer frühzeitigen Erkennung und Behandlung bei. Im Zuge einer Eurobarometer Erhebung¹³ wurden die Inanspruchnahme von frauenspezifischen Vorsorgeuntersuchungen untersucht. Wie aus Abbildung 2.11 ersichtlich ist, schneidet Österreich bei diesem Vergleich sehr gut ab.

¹³ Eurobarometer Nr. 272e

Vor allem bei den manuellen Brustuntersuchungen liegen die österreichischen Frauen an erster Stelle. So haben im Jahr 2006 72 % aller Österreicherinnen eine manuelle Brustuntersuchung vorgenommen und immerhin über die Hälfte aller Frauen im relevanten Alter haben eine Mammografie durchführen lassen. Weitere Bereiche in denen Österreich bei der Gesundheitsvorsorge führend ist, sind die Gebärmutterhalskrebsvorsorge (per Cervixabstrich), die Eierstockuntersuchung und andere gynäkologische Untersuchungen.

Abbildung 2.11: Inanspruchnahme frauenspezifischer Vorsorgeuntersuchungen innerhalb eines Jahres, 2006 (Indikator 10)



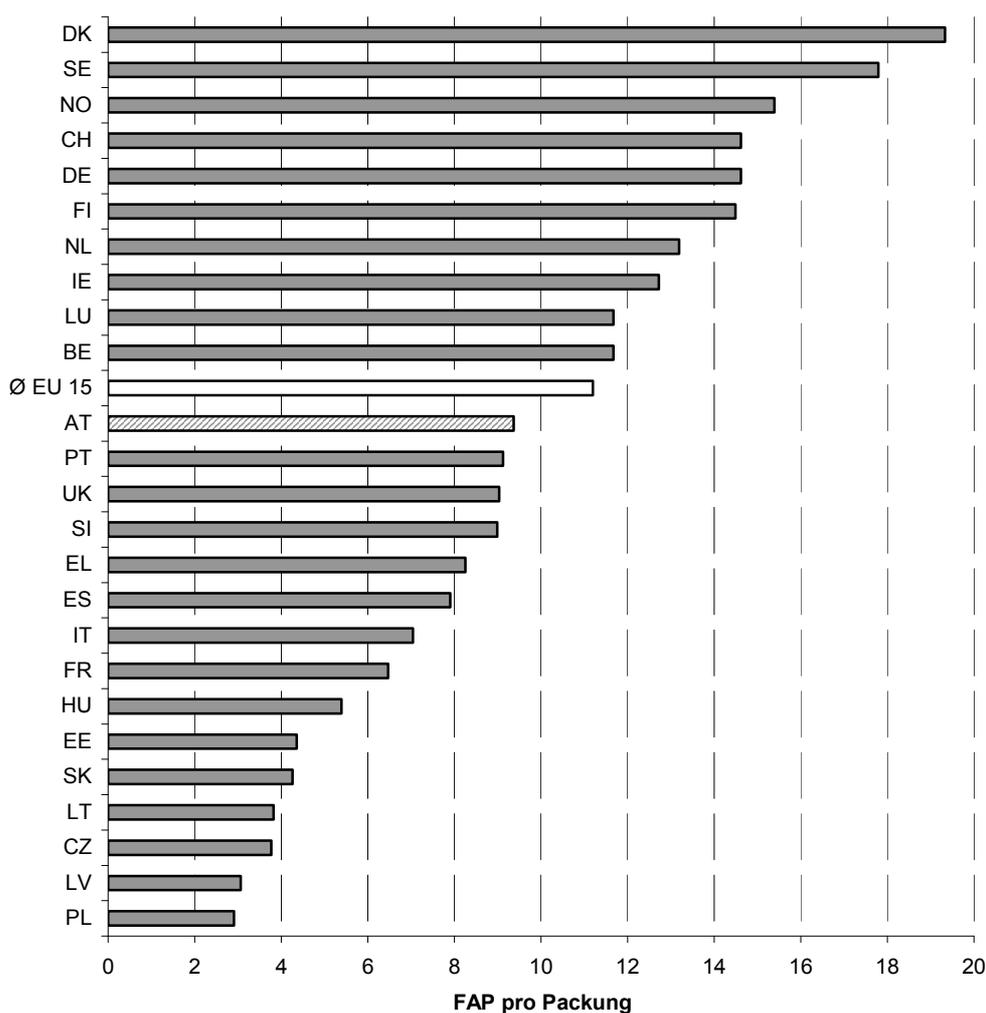
Quelle: Europäische Kommission 2007

2.5 Produktivität („Efficiency“)

Nicht nur in der Volkswirtschaft wird von Produktivität gesprochen, sondern auch im Gesundheitsbereich. Der Gesundheitsmarkt ist zwar aufgrund des Vorkommens externer Effekte, der Tendenz zur „natürlichen Monopolbildung“ und anbotsinduzierter Nachfrage ein „unvollkommener Markt“, kann aber dennoch mit volkswirtschaftlichen Parametern gemessen werden. In diesem Fall wird Produktivität als die Effizienz der angebotenen Leistungen verstanden. Dies soll anhand des Arzneimittelpreisniveaus, der Ärztedichte, der Krankenhaushäufigkeit bzw. der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer in Akutkrankenhäusern und Masern-durchimpfungsraten gemessen werden.

Arzneimittelpreise werden innerhalb Europas sehr unterschiedlich festgelegt und die Länder setzen unterschiedliche Maßnahmen zur Arzneimittelausgabendämpfung ein, was trotz des bestehenden globalen Marktes in unterschiedliche Preisniveaus mündet. Länder wie Griechenland, Spanien, Italien und Frankreich werden oft als Niedrigpreisländer innerhalb der EU-15 Länder gesehen. In Österreich werden die Preise für erstattungsfähige Arzneimittel mittels des EU-25 Durchschnittspreises festgelegt. Darüber hinaus gibt es staatlich festgelegte Großhandels- und Apothekenspannen, die für alle Arzneimittel gelten.

Abbildung 2.12: Arzneimittelpreisniveau auf Herstellerpreisebene (FAP), 2006 (Indikator 11)



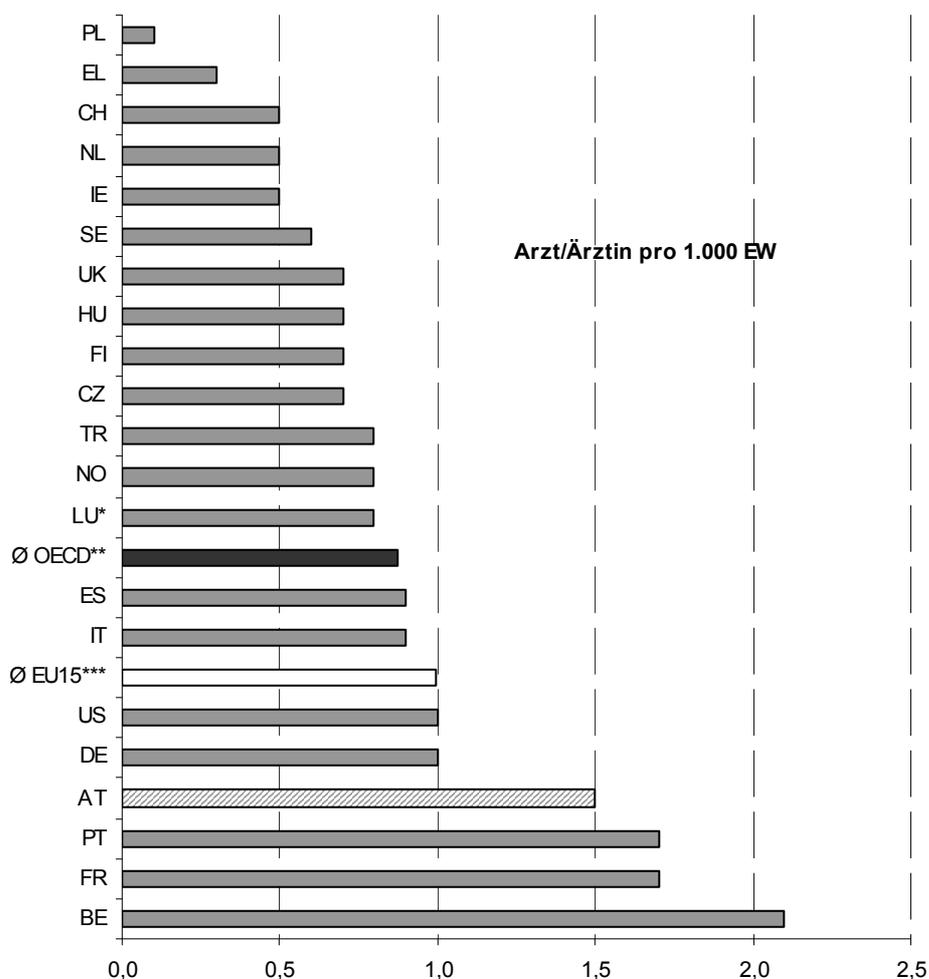
FAP = Fabrikabgabepreis

Quelle: IPF 2008

Betrachtet man das Arzneimittelpreisniveau auf Herstellererebene (gemessen am Fabrikabgabepreis pro Packung in €), so lässt sich feststellen, dass Österreich unter dem EU-15 Schnitt

liegt – was für ein Funktionieren der im Jahr 2005 in Kraft getretenen Arzneimittelreform¹⁴ spricht. Im Jahr 2006 betrug der durchschnittliche österreichische Arzneimittelpreis pro Packung auf Basis des FAP € 9,37. Dieser lag um rund € 2,30 unter dem durchschnittlichen Packungspreis der EU-15 Länder. Dänemark und Schweden hingegen haben ein doppelt so hohes Preisniveau wie der EU-15 Durchschnitt.

Abbildung 2.13: *Praktizierende, niedergelassene Allgemeinmediziner/innen, 2005 (Ind. 12)*



EW = Einwohner/innen

2005: EL, IT, PT, SE

* nicht durchgängig für alle Jahre

** exkl. DK, JP, SK *** exkl. DK

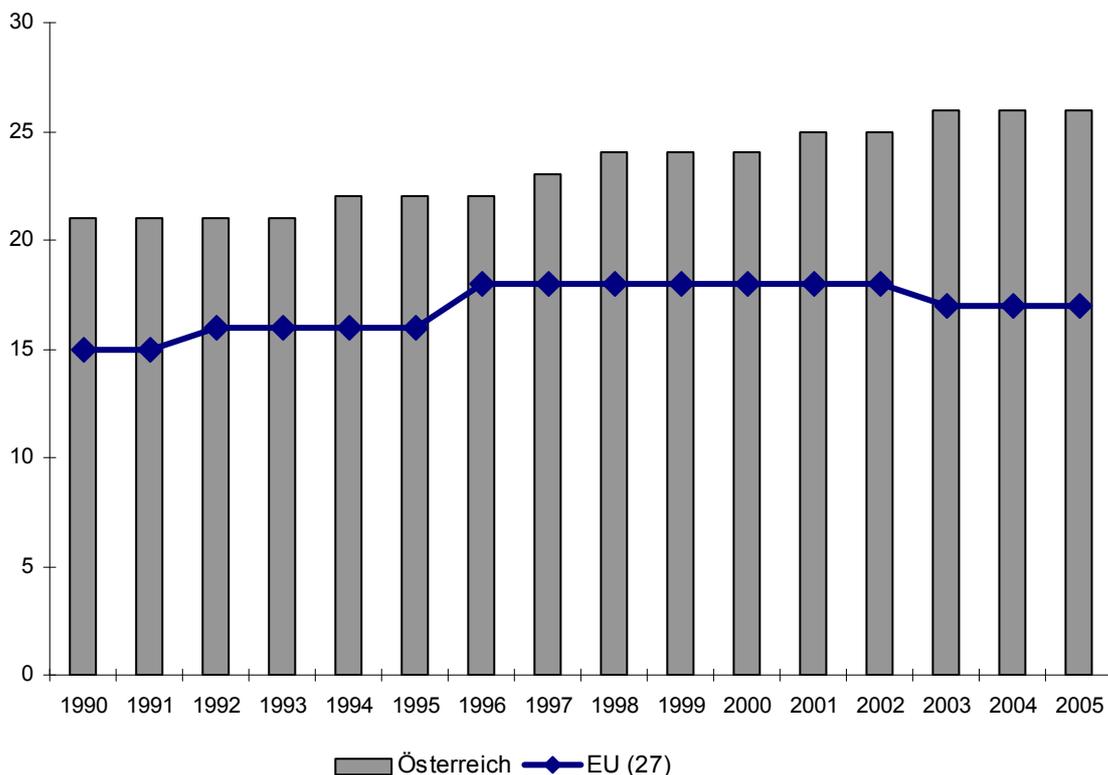
Quelle: OECD 2008

¹⁴ Einführen des Erstattungskodex mit roter, gelber und grüner Box; Festlegung des EU-Durchschnittspreises durch die Preiskommission am BMGFJ.

Der Zugang zur ärztlichen Versorgung im niedergelassenen Bereich gilt als ein weiterer Indikator für die Effizienz eines Gesundheitssystems. Analysiert man die Gesundheitsleistungen im Hinblick auf die ärztliche Versorgung im niedergelassenen Bereich, so liegt Österreich (1,5 Ärzte/Ärztinnen pro 1,000 Einwohner/innen) deutlich über dem OECD (0,9 Ärzte/Ärztinnen pro 1,000 Einwohner/innen) bzw. EU-15 Durchschnitt (1 Arzt/Ärztin pro 1,000 Einwohner/innen). Dies lässt auf eine gute Infrastruktur im niedergelassenen Bereich schließen.

Eine weitere wichtige Kennzahl hinsichtlich der Effizienz des Gesundheitssystems ist die Krankenhaushäufigkeit. Abbildung 2.14 stellt die jährliche Entwicklung von 1990 – 2005 der Krankenhausaufnahmen pro 100 Einwohner/innen da. Die Abbildung veranschaulicht eindrucksvoll, dass Österreich weit über dem EU-27 Durchschnitt liegt, und dass die jährlichen Krankenhausaufnahmen in den letzten 15 Jahren erheblich gestiegen sind (1990: 21 Aufnahmen pro 100 Einwohner/innen; 2005: 26 Aufnahmen pro 100 Einwohner/innen).

Abbildung 2.14: Stationäre Aufnahmen pro 100 Einwohner/innen, 1990 – 2005 (Ind. 13)

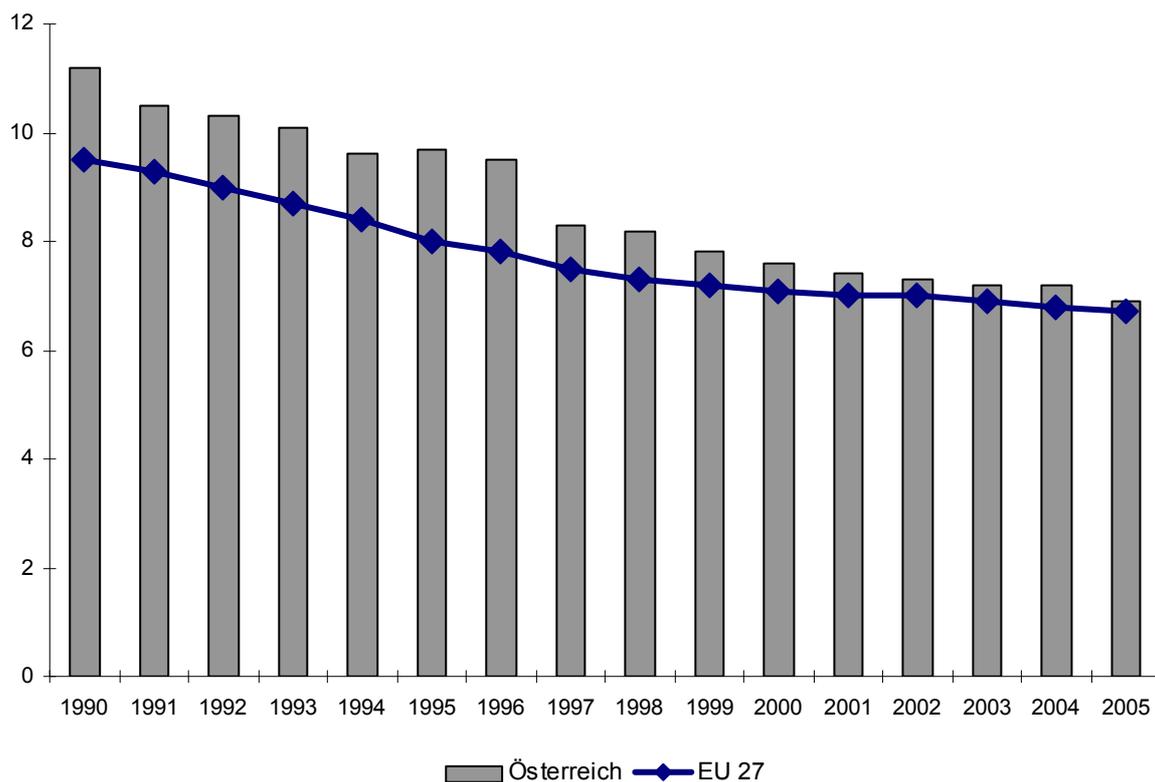


Quelle: WHO 2008

Betrachtet man nun die durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Akutkrankenhäusern (vgl. Abbildung 2.15) kann im Gegenzug ein sinkender Trend in den letzten 15 Jahren beobachtet werden. Für Österreich gilt dieser Trend ebenfalls, wobei Österreich in den 1990er Jahren deutlich über dem EU-27 Durchschnitt lag und sich mit der Zeit an Durchschnitt (2005: EU-27: 6,7 und AT: 6,9) angenähert hat.

Es scheint, dass die gesunkene Aufenthaltsdauer mit einem Anstieg der Fallzahlen (bei denen es sich vermutlich um Wiederaufnahmen handelt) „erkauft“ wurde. In diesem Segment ist daher, besonders wenn man den überdurchschnittlich hohen stationäre Ausgabenanteil, berücksichtigt (vgl. Abbildung 2.8) sicherlich ein Effizienzpotential enthalten.

Abbildung 2.15: Durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Akutkrankenhäusern in Tagen, 1990 – 2005 (Indikator 14)

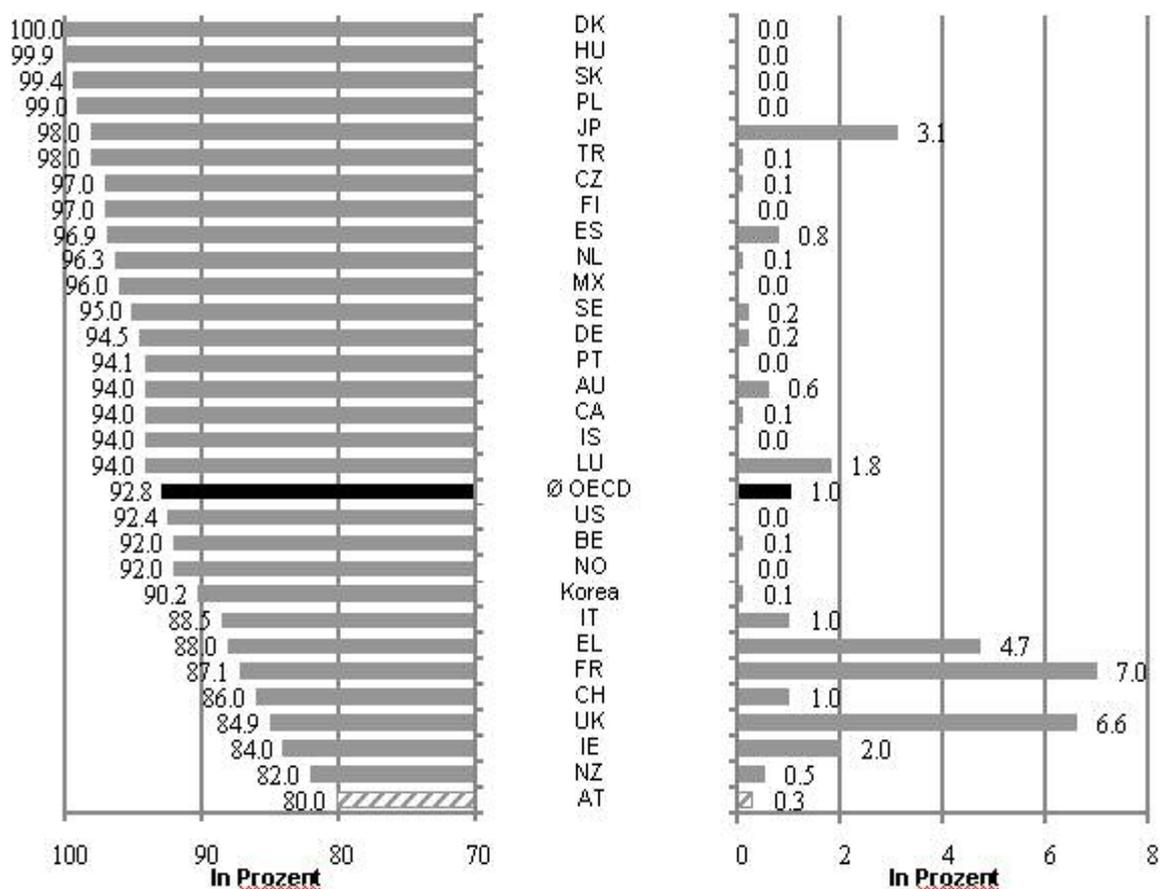


Quelle: WHO 2008

Die durchschnittliche Durchimpfungsrate gegen Masern liegt in den OECD Ländern im Schnitt bei 92.8 %. Österreich liegt mit 80 % an letzter Stelle und hat damit keinen „Herden-schutz“, wie der Masernausbruch im Raum Salzburg zu Beginn des Jahres 2008 eindrucks-voll unter Beweis stellte. Die höchsten Fallzahlen wiesen im Jahr 2006 Frankreich und Großbritannien auf, wobei zumindest ein Ausbruch aus dem Ausland importiert wurde.

Derzeit haben nur zwei Vergleichsländer, Dänemark und Ungarn, eine Durchimpfungsrate von 100 % aller Kinder, was das WHO-Ziel einer Maserneliminierung in eine weite Ferne rückt.

Abbildung 2.16: Maserndurchimpfungsraten (Indikator 15) und Maserninzidenz/ 100.000 Einwohner/innen (Indikator 16), 2006

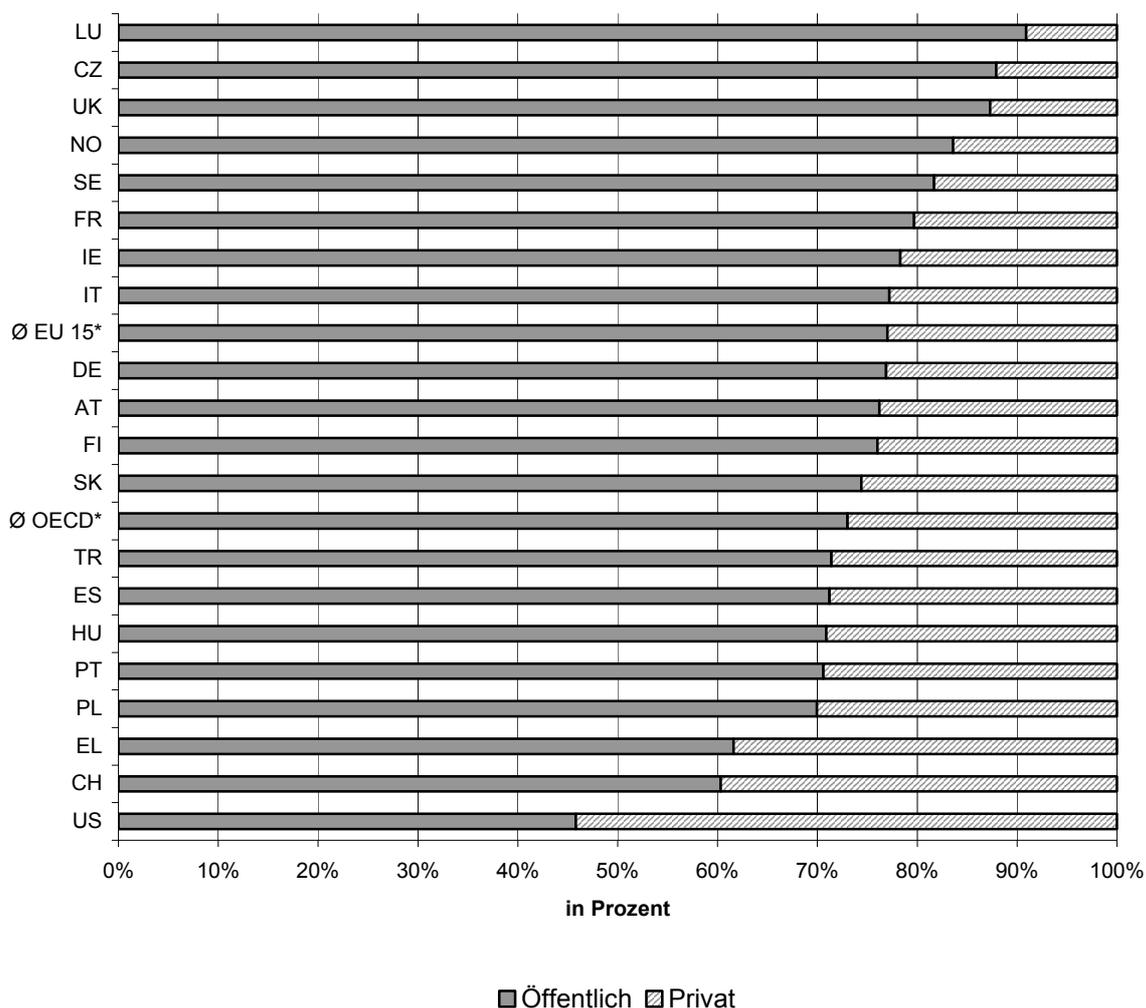


Quelle: Docteur 2008

2.6 Sozialverträglichkeit („Equity“)

Eines der wichtigsten Kriterien bei der Beurteilung eines Gesundheitssystems ist die Sozialverträglichkeit. Unter Sozialverträglichkeit wird, unter anderem, der gleiche Zugang zu Gesundheitsleistungen für alle Patientinnen und Patienten unabhängig vom Einkommen, Geschlecht oder ethnischer Zugehörigkeit verstanden. Dies wird hier durch den Indikator private versus öffentliche Gesundheitsausgaben (da Zuzahlungen eine Barriere darstellen), Arztbesuchshäufigkeit nach Einkommen und Anteil der Bevölkerung, die durch ein Krankenversicherungssystem bzw. den nationalen Gesundheitsdienst erfasst sind, gemessen.

Abbildung 2.17: Private versus öffentliche Gesundheitsausgaben, 2005 (Indikator 17)



* exkl. BE, DK, NL; LU: geschätzter Wert

Quelle: OECD 2008

Abbildung 2.17 illustriert die Verteilung der Gesundheitsausgaben auf den öffentlichen und privaten Sektor. Die Bandbreite der öffentlichen Ausgaben beginnt mit den USA an letzter Stelle (rund 45 % der Gesundheitsausgaben werden durch die öffentliche Hand finanziert), und endet an oberster Stelle mit Luxemburg, wo über 90 % der Ausgaben öffentlich finanziert werden.

Österreich liegt im Mittelfeld (76,2 % Finanzierung aus öffentlicher Hand und 23,8 % aus privaten Mitteln) zwischen dem OECD Durchschnitt (73 % öffentlicher Anteil) und unter dem EU-15 Durchschnitt (77 % öffentlicher Anteil). Dies bedeutet, dass österreichische Patienten/innen rund 20 % der Ausgaben für Gesundheit aus ihrer eigenen Tasche bezahlen müssen. Ein Beispiel für Zuzahlungen ist die Rezeptgebühr (2008: € 4,80), die der/die Patient/in pro Verordnung in der Apotheke bezahlen muss.

Interessant ist es auch, sich die jährliche Arztbesuchshäufigkeit nach Einkommen im internationalen Vergleich anzusehen (vgl. Tabelle 2.1). In manchen Ländern, wie z. B. Irland, Luxemburg und Großbritannien sind erhebliche Unterschiede in der Arztbesuchshäufigkeit zwischen den Einkommensschichten festzustellen (Irland: unteres Einkommensfünftel: 5,28 Arztbesuche pro Jahr und oberes Einkommensfünftel: 3,33 Arztbesuche pro Jahr).

Sieht man sich nun die Situation für Österreich an, kann hingegen kaum ein Unterschied zwischen den Einkommensschichten festgestellt werden. Das untere Einkommensfünftel hat eine jährliche Arztbesuchshäufigkeit von 8,67 und das obere Einkommensfünftel von 8,36. Unterschiede gibt es aber wie in einigen Studien aufgezeigt wurde in der Art des Arztbesuches. So gehen Angehörige der untersten Schicht deutlich seltener zum Spezialisten oder in die Ambulanz und warten dort auch länger.¹⁵

Vergleicht man nun den Mittelwert, so liegt Österreich an der Spitze der jährlichen Arztbesuche. Die EU-12 Länder weisen einen Wert von 6,17 Arztbesuchen pro Jahr auf. Hingegen liegt Österreich bei 8,23 Arztbesuchen pro Jahr.

Tabelle 2.1: Jährliche Arztbesuchshäufigkeit nach Einkommen der Patientinnen und Patienten, 2002 (Indikator 18)

	AT	BE	DK	DE	EL	IE	IT	LU	NL	PT	ES	UK	Ø EU-12	US
Unteres Einkommensfünftel	8,67	8,68	4,39	8,48	4,84	5,28	5,9	6,51	4,78	5,49	5,63	6,22	6,66	4,56
Oberes Einkommensfünftel	8,36	6,3	3,33	7,56	3,21	3,33	4,85	4,36	4,16	4,68	4,36	3,88	5,34	4,14
Mittelwert	8,23	7,1	4,09	8,34	3,88	4,31	5,77	5,67	4,71	4,95	5,33	4,94	6,17	4,04

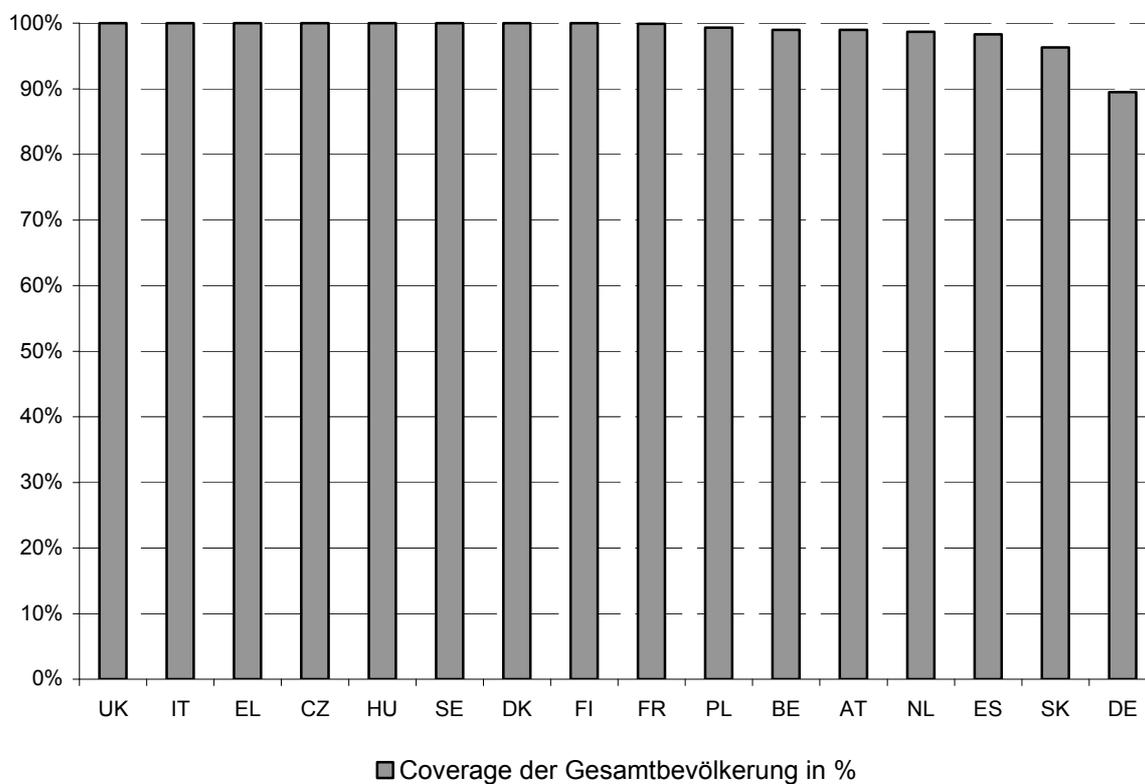
Quelle: OECD 2002

Ein weiterer, international sehr gebräuchlicher, Indikator zur Messung der Sozialverträglichkeit eines Gesundheitssystems ist der Anteil der Bevölkerung, der im Krankenversicherungssystem bzw. nationalen Gesundheitsdienst erfasst ist. Durch diesen Indikator kann das Basisleistungspakte eines Gesundheitssystems bzw. der Umfang der angebotenen Gesundheitsleistungen beurteilt werden. Wie aus Abbildung 2.18 ersichtlich ist, sind in vielen Ländern der Europäischen Union fast die gesamte Bevölkerung erfasst, die „coverage“ ist durchwegs gut. Dies bedeutet, dass mit unter die gesamte Bevölkerung, unabhängig ob sie Krankenversicherungsbeiträge bzw. Steuern in das System einbringen, Gesundheitsdienstleistungen in Anspruch nehmen dürfen und diese auch durch das System beglichen werden.

Österreich zählt ebenfalls zu den Ländern, in denen mehr oder weniger die gesamte Bevölkerung (rund 99 %) durch das Sozialversicherungssystem erfasst ist.

¹⁵ ÖBIG 2003

Abbildung 2.18: Anteil der Bevölkerung, die im Krankenversicherungssystem / Nationaler Gesundheitsdienst erfasst sind („coverage“), 2006 (Indikator 19)



Quelle: OECD 2008

3 Resümee und Schlussfolgerungen

Das österreichische Gesundheitssystem wurde anhand von fünf Dimensionen im internationalen Vergleich dargestellt. Es soll nun gezeigt werden, ob die ausgewählten, primär quantitativen Indikatoren die positive Rezeption des österreichischen Gesundheitssystems in der Literatur (vgl. Abschnitt 1.2) untermauern oder in Frage stellen.

Die analysierten 19 Indikatoren wurden nach den fünf Dimensionen, die teilweise zusammen gefasst wurden, in unten stehende Matrix eingeordnet, wobei eine +/- 5-prozentige Abweichung vom EU-15 Durchschnitt (bzw. ersatzweise vom OECD oder EU-27 Schnitt) als niedriger bzw. höher eingestuft wurde. Diese Zuteilung der Indikatoren stellt jedoch keine Bewertung per se dar, sondern ist ein Instrument zur Messung der Leistungsfähigkeit eines Gesundheitssystems.

Tabelle 3.1: Stärken-Schwächenanalyse des österreichischen Gesundheitssystems im Vergleich zum EU-15 Schnitt

< Niedriger als der Durchschnitt	Ø Am/im Durchschnitt:	> Höher als der Durchschnitt:
Hintergrund und Gesundheitszustand		
	Altersstruktur (Ind. 2)	BIP/Kopf (Ind. 1)
	DALE (Ind. 3)	
	Kindersterblichkeit (Ind. 4)	
Nachhaltigkeit		
Steigerungsrate der Gesundheitsausgaben (Ind. 6)		Gesundheitsausgaben/BIP (Ind. 5)
Ausgaben für Heil- und Hilfsmittel (Ind. 7)*	Ausgaben für ambulanten Sektor (Ind. 7)*	Ausgaben für Krankenanstalten (Ind. 7)*
Effektivität / Produktivität und Effizienz		
Guter subjektiver Gesundheitszustand (Ind. 8)	Subjektiver Gesundheitszustand weder gut noch schlecht (Ind. 8)	Zufriedenheit mit dem Gesundheitssystem (Ind. 9)
Schlechter subjektiver Gesundheitszustand (Ind.8)	Durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Akutkrankenhäusern (2005)(Ind. 14)***	Durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Akutkrankenhäusern (1995/96) (Ind. 14)***
Maserndurchimpfungsrate (Ind. 15)	Maserninzidenz (Ind. 16)*	Ärzte/Ärztinnen/100 EW (Ind. 12)
Arzneimittelpreisniveau (Ind. 11)		Stationäre Aufnahmen/100 EW (Ind. 13)***
		Inanspruchnahme frauenspezifischer Vorsorgeuntersuchungen (Ind. 10)**
Sozialverträglichkeit		
	Private versus öffentliche Gesundheitsausgaben (Ind. 17)	Arztbesuchshäufigkeit (Ind. 18)
	Coverage (Ind. 19)	Sozial ausgewogener Arztzugang (Ind. 18)

* Vergleich mit OECD Durchschnitt, ** Vergleich mit EU-25 Staaten, *** Vergleich mit EU-27 Staaten

Quelle: GÖG/ÖBIG-eigene Darstellung

Bei einer Betrachtung, in welchen Dimensionen Österreich über dem EU-15 Durchschnitt liegt und in welchen darunter, zeigt sich, dass Österreich in vielen Bereichen „überdurchschnittlich“ ist. Überdurchschnittliche Werte sind aber nicht immer mit einer positiven Performance gleich zu setzen.

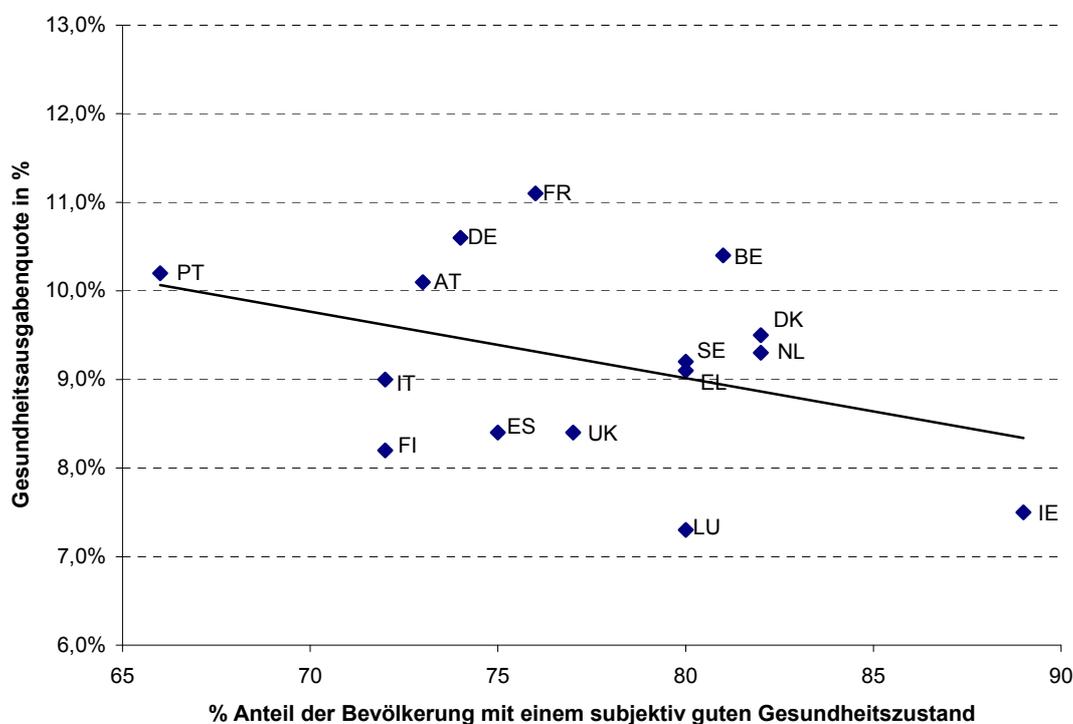
Im Hinblick auf den **Gesundheitszustand der Bevölkerung** (ausgedrückt in den Indikatoren behinderungsfreie Lebenserwartung und Kindersterblichkeit) liegt Österreich im bzw. am **Durchschnitt** der EU-15 Mitgliedsländer.

Man sieht, dass es in Österreich der **Krankenhausektor** (dargestellt durch Indikatoren wie die Krankenhaushäufigkeit oder die Ausgaben für stationäre Betreuung) sowie die **jährliche Arztbesuchshäufigkeit überdurchschnittlich ausgeprägt** ist.

Im Zuge der Studie wurde auch der Frage nachgegangen, ob ein Zusammenhang zwischen dem Output (hier gemessen subjektiven Gesundheitsempfinden der Bevölkerung, Indikator 8) und dem finanziellen Input (gemessen an der Gesundheitsausgabenquote, Indikator 5) besteht.

Abbildung 3.1 zeigt, dass es offensichtlich nur einen geringen Zusammenhang zwischen den beiden Indikatoren gibt. Hier verwundert auch, dass die irische Bevölkerung ihre Gesundheit durchwegs als gut empfindet, obwohl sie ihr Gesundheitssystem als verbesserungswürdig sehen.

Abbildung 3.1: Zusammenhang zwischen Gesundheitsausgabenquote und Gesundheitszustand



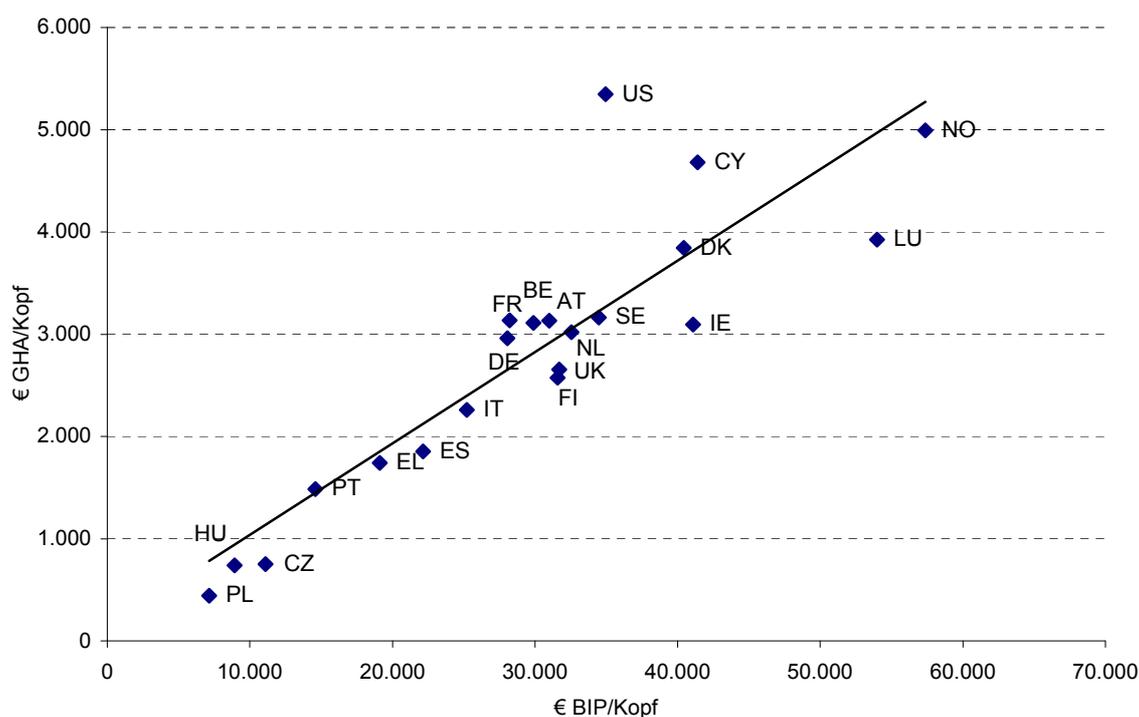
Quellen: OECD 2008, Europäische Kommission 2007; GÖG/ÖBIG-eigene Darstellung

Unter dem europäischen Schnitt liegt Österreich auch **bei der Steigerung der Gesundheitsausgaben** in den letzten zehn Jahren. Diese Entwicklung ist besonders bemerkenswert, wenn man sie dem guten Gesundheitszustand der Bevölkerung (Indikatoren 3 und 4), der hohen Zufriedenheit der österreichischen Patientinnen und Patienten (Indikator 9) und der guten Beurteilung der Leistungsfähigkeit des österreichischen Gesundheitssystems in der Literatur gegenüberstellt.

Als sehr positiv ist zu sehen, dass es **einen sozial ausgewogenen Zugang zu Gesundheitsleistungen gibt**, wie z. B. an der gleichen Häufigkeit von Arztbesuchen (Indikator 18) durch sozial benachteiligte Personen und privilegierten Österreicherinnen und Österreicherinnen abzulesen ist.

Die **Zufriedenheit der österreichischen Bevölkerung** mit den Leistungen, die im Gesundheitswesen angeboten werden, liegt im europäischen Vergleich an vorderster Stelle.

Abbildung 3.2: Zusammenhang zwischen BIP/Kopf und Gesundheitsausgaben/Kopf in Euro, 2006



BIP = Bruttoinlandsprodukt, GHA = Gesundheitsausgaben

Quelle: OECD 2008; GÖG/ÖBIG-eigene Darstellung

Wichtig ist hervorstreichend, dass – wie Abbildung 3.2 zeigt – die österreichischen Aufwendungen für Gesundheit bezogen auf die wirtschaftliche Situation und das umfangreiche Gesundheitsangebot im OECD Vergleich niedrig sind. Das **österreichische Gesundheitssystem** gehört daher nicht nur zu den **besten in Europa, sondern auch zu den effizientesten**.

Die Abbildungen in Kapitel 3 stehen stellvertretend für eine mögliche weitere Analyse der Interdependenzen der einzelnen Dimensionen und Indikatoren. Eine umfangreiche derartige Analyse, die in eine Bewertung des österreichischen Gesundheitssystems resultieren würde, könnte in einer späteren, zweiten Projektphase vorgenommen werden.

Literaturverzeichnis

BASYS/CEPS INSTEAD/IRDES/IGGSS 2005

Development of a Methodology for Collection and Analysis of Data in Efficiency and Effectiveness in Health Care Provision), EUROSTAT, Luxembourg

Docteur, E. 2008

Where does Austria stand in OECD comparisons? OECD 2008. Präsentation beim Austrian Health System Symposium, 24. Juni 2008

Döring, D. et al. 2005

Europäische Gesundheitssysteme unter Globalisierungsdruck. Vergleichende Betrachtung der Finanzierungsstrukturen und Reformoptionen in den EU-15-Staaten und der Schweiz. HA Hessen Agentur GmbH (Hrsg.) Wiesbaden

European Commission 2007

Health in the European Union. Special Eurobarometer Nr. 272, Luxembourg

GÖG/ÖBIG 2008

PPRI Report. Wien

IPF 2008

Der österreichische Pharmamarkt: ein europäischer Preisvergleich. Wien

ÖBIG 2003

HABL, C., Pochobradsky E., Schleicher, B.: Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Schriftenreihe des BMSG. 2. Auflage, Wien

OECD 2002

Measuring up: Improving Health System Performance in OECD Countries, Paris

OECD 2006

Health Care Quality Indicators Project – Initial Indicators report, OECD Health Working Papers 22

OECD 2007

Health at a glance 2007. Paris

OECD 2008

OECD Health Data 2008 - Version: Juni 2008

Statistisches Bundesamt 2008

Definition der Behinderungsfreien Lebenserwartung in der Gesundheitsberichterstattungsdatenbank des Bundes, <http://www.gbe-bund.de> (Zugriff am 1. Juli 2008)

WHO 2000

The World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance. Geneva

WHO 2008

European "Health for All" database 2007, <http://data.euro.who.int/hfadb> (Zugriff 26. Juni 2008)

