Das österreichische Gesundheitswesen im internationalen Vergleich Ausgabe 2010

Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit

Ein Geschäftsbereich der Gesundheit Österreich GmbH

ÖBIG
Österreichisches Bundesinstitut
für Gesundheitswesen

Das österreichische Gesundheitswesen im internationalen Vergleich

Ausgabe 2010

Autoren:
Claudia Habl
Florian Bachner

Unter Mitarbeit von:
Alexandra Feichter
Stephan Fousek
Joy Ladurner
Stephan Mildschuh
Claudia Nemeth

Projektsekretariat:
Monika Schintlmeister

Wien, im Juni 2010
Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit

ÖBIG
Österreichisches Bundesinstitut
für Gesundheitswesen

ISBN 978-3-85159-150-7

Eigentümer, Herausgeber und Verleger: Gesundheit Österreich GmbH, Stubenring 6,
1010 Wien, Tel. +43 1 515 61, Fax 513 84 72, E-Mail: vorname.nachname@goeg.at,
Homepage: www.goeg.at
Der Umwelt zuliebe:
Dieser Bericht ist auf chlorfrei gebleichtem Papier
ohne optische Aufheller hergestellt.

Kurzfassung

Mit dem Bericht „Das österreichische Gesundheitswesen im internationalen Vergleich“ möchte die Gesundheit Österreich GmbH zur Verbesserung der Transparenz im österreichischen Gesundheitswesen beitragen. Durch die Aufbereitung und Analyse maßgeblicher Kennzahlen werden Informationen bereitgestellt, die als Grundlage für eine Beurteilung der Leistungsfähigkeit des österreichischen Gesundheitswesens herangezogen werden können.

Dabei stehen folgende Fragen im Mittelpunkt der Diskussion:

» Ist das Verhältnis zwischen **Mitteleinsatz und Ergebnis** ausgewogen?
» Ist das **Gesundheitsversorgungsangebot** adäquat?
» Ist der **Zugang** zum Gesundheitssystem für die gesamte Bevölkerung gleichermaßen gerecht, möglich und leistbar?

Nach einer Präsentation ausgewählter österreichischer Systemparameter (Kapitel 2) wird die Leistungsfähigkeit des österreichischen Gesundheitswesens anhand von 25 Indikatoren (s. Tabelle 1.1) im Europavergleich diskutiert (Kapitel 3).

Die Indikatoren sind in drei Dimensionen untergliedert:

» Gesundheitsausgaben und Ressourceneinsatz
» Gerechtigkeit, Zugang und Inanspruchnahme
» Gesundheitsbezogene Leistungsergebnisse (Outcomes)

Kapitel 4 analysiert aufbauend auf Kapitel 3 Stärken, aber auch Schwächen des österreichischen Gesundheitssystems. Darüber hinaus wird die Entwicklung der zuvor genannten Indikatoren im europäischen Kontext dargestellt.

Das tendenziell positive Bild des österreichischen Gesundheitssystems, das in den letzten Jahren durch verschiedene Publikationen vermittelt wurde, wird durch diesen Bericht untermauert. Dies soll jedoch nicht über Verbesserungspotenziale in vielen Bereichen hinwegtäuschen. Es zeigt sich beispielsweise, dass das von der Bevölkerung als „gut“ empfundene Gesundheitsversorgungsangebot relativ teuer erkauft wird: Österreich weist mit einer Gesundheitsausgabenquote (Anteil der Gesundheitsausgaben in Prozent des Bruttoinlandsprodukts) von 10,3 Prozent (2007) die fünfthöchste Quote unter den OECD-Ländern auf. Die österreichischen Gesundheitsausgaben pro Kopf sind zwischen 1997 und 2007 real jährlich um durchschnittlich 2,7 Prozent gestiegen, wohingegen das durchschnittliche Ausgabenwachstum der EU-15-Mitgliedstaaten bei 3,8 Prozent lag.

Die Frage, ob in Österreich Ausgewogenheit zwischen Mitteleinsatz und gesundheitsbezogenen Leistungsergebnissen besteht, muss angesichts der überproportionalen Ressourcenintensität für die dargestellten Indikatoren eher verneint werden. In der stationären Versorgung lagen die Pro-Kopf-Ausgaben um mehr als 35 Prozent und die Bettendichte um rund 50 Prozent über dem EU-15-Durchschnitt. Dies stellt einen Höchstwert unter den verglichenen Ländern dar und belegt die oftmals kritisierte Krankenhauslastigkeit des österreichischen Gesundheitssystems. Im Zehnjahresvergleich (1997-2007) wird deutlich, dass sich Österreich hier weiter vom EU-15-Durchschnitt entfernt hat, was darauf schließen lässt, dass der Bettenabbau in den anderen EU-15-Ländern schneller vonstattengeht.

Der Blick auf Kennzahlen zur Inanspruchnahme des intramuralen Sektors zeigt hohe Krankenhaushäufigkeit[1] gepaart mit kurzen Krankenhausaufenthalten, was auf einen „Drehtüreffekt" hinweist. 2007 lag die Krankenhaushäufigkeit in Österreich um mehr als 60 Prozent über dem EU-15-Durchschnitt, während die Aufenthaltsdauer darunter lag. Diese Entwicklung ist von diversen Faktoren abhängig wie etwa dem technologischen oder medizinischen Fortschritt, aber auch von zugrundeliegenden Finanzierungsmechanismen.

Eine gute Bewertung kann Österreich hinsichtlich des sozial ausgewogenen Zugangs zum Gesundheitssystem gegeben werden: Die dargestellten Parameter zur Zugänglichkeit von Leistungen und zur Zufriedenheit in Kombination mit einem sehr hohen Grad an durch die soziale Krankenversicherung „geschützten" Personen - denen zudem ein umfangreicher Leistungskatalog sowie großzügige Wahlfreiheit bei Leistungserbringern zugutekommt - machen das österreichische Gesundheitssystem in dieser Hinsicht zu einem der besten Europas. Andererseits haben im Jahr 2007 geborene Österreicherinnen und Österreicher im EU-15-Vergleich eine unterdurchschnittliche Anzahl „bei guter Gesundheit verbrachter Lebensjahre" zu erwarten.

Auf Grundlage der in diesem Bericht verwendeten Parameter konnten nur Aussagen zu ausgewählten Teilbereichen des Gesundheitssystems getroffen werden. Die Beurteilung der Effizienz und Effektivität des österreichischen Gesundheitssystems als Ganzes ist daher auch explizites Nicht-Ziel dieses Berichtes, genauso wenig wie die Erstellung eines Rankings. Die Intention liegt vielmehr darin, ausgewählte Teilaspekte des nationalen Gesundheitssystems im internationalen Vergleich zu präsentieren bzw. analysieren. Dies deshalb, weil die Erfahrung mit internationalen Gesundheitssystemvergleichen gezeigt hat, dass differenzierte Ansätze aggregierten Bewertungen (Summenindikatoren, Rankings) vorzuziehen sind.

1
Anzahl der Krankenhausaufnahmen je 100 Einwohnerinnen oder Einwohner, die mit einem Aufenthalt von mindestens 24 Stunden verbunden sind.

Der Bericht weist darauf hin, dass weitere Anstrengungen (von allen Beteiligten, sowohl seitens der Gesundheitspolitik als auch der Leistungserbringer und -financiers) erforderlich sind, um für österreichische Patientinnen und Patienten neben der richtigen Versorgung (bzw. Vorsorge) zum richtigen Zeitpunkt auch das gewünschte (Gesundheits)ergebnis durch einen optimalen Mitteleinsatz zu gewährleisten.

Eine von der Gesundheit Österreich GmbH bereits mehrmals thematisierte, unabdingbare Voraussetzung für differenzierte, aussagekräftige und vergleichende Analysen ist eine Verbesserung der zur Verfügung stehenden Datengrundlage sowie eine Bewertung der Datenqualität. Insbesondere müssen verstärkt konkrete Leistungs- bzw. Qualitätsindikatoren (z. B. vermiedene Spitalsfälle oder verringerte Mortalität in einer Indikationsgruppe aufgrund eines bestimmten Medikamenteneinsatzes) definiert und erfasst werden, um eine valide Performance-Messung in Österreich zu etablieren und um mittelfristig die Transparenz im System zu fördern.

Inhaltsverzeichnis

Kurzfassung ... III

Inhaltsverzeichnis ... VII

Tabellenverzeichnis ... IX

Abbildungsverzeichnis ... X

Abkürzungsverzeichnis ... XIII

1 Einleitung ... 1
- 1.1 Aufbau des Berichts ... 2
- 1.2 Methodik und Datengrundlagen ... 4

2 Kennzahlen des österreichischen Gesundheitswesens ... 6
- 2.1 Grundlegendes ... 6
- 2.2 Gesundheitsausgaben ... 7
- 2.3 Stationäre Versorgung ... 10
- 2.4 Ambulante Versorgung ... 14
- 2.5 Psychotherapeutische Versorgung ... 15
- 2.6 Pharmazeutische Erzeugnisse und medizinische Ge- und Verbrauchsgüter ... 17
- 2.7 Medizinisch-technische Großgeräte ... 18
- 2.8 Alten- und Langzeitpflege ... 19
- 2.9 Hospiz- und Palliativversorgung ... 20
- 2.10 Personal im Gesundheitswesen ... 21

3 Das österreichische Gesundheitswesen im internationalen Vergleich ... 23
- 3.1 Gesundheitsausgaben und Ressourceneinsatz ... 23
  - 3.1.1 Gesundheitsausgaben in Prozent des Bruttoinlandprodukts ... 24
  - 3.1.2 Gesundheitsausgaben pro Kopf ... 26
  - 3.1.3 Gesundheitsausgaben nach Sektoren ... 28
  - 3.1.4 Ärztedichte ... 30
  - 3.1.5 Pflegepersonal ... 32
  - 3.1.6 Bettendichte ... 33
  - 3.1.7 Medizinisch-technische Großgeräte ... 35
- 3.2 Gerechtigkeit, Zugang und Inanspruchnahme ... 37
  - 3.2.1 Krankenhaushäufigkeit ... 37
  - 3.2.2 Krankenhausverweildauer ... 38
  - 3.2.3 Selbstzahlungen der privaten Haushalte ... 40
  - 3.2.4 Bevölkerungsanteil mit unerfülltem Behandlungsbedürfnis ... 42
  - 3.2.5 Zugang zu Arzneimitteln ... 43
  - 3.2.6 Zugang zur ambulanten und stationären Versorgung ... 45
  - 3.2.7 Eingeschätzte Leistbarkeit von Pflegeheimen ... 46
- 3.3 Gesundheitsbezogene Leistungsergebnisse ... 48

3.3.1 Lebenserwartung 48
3.3.2 Gesunde Lebensjahre bei der Geburt 50
3.3.3 Säuglingssterblichkeit 51
3.3.4 Bevölkerungsanteil der über 65-Jährigen 53
3.3.5 Fünf-Jahres-Überlebensraten bei Krebserkrankungen 55
3.3.6 Übergewichtige Bevölkerung 57
3.3.7 Mortalität nach Schlaganfall innerhalb 30 Tagen nach stationärer Aufnahme 58
3.3.8 Selbsteingeschätzter allgemeiner Gesundheitszustand 59
3.3.9 Durchschnittliche Anzahl kariöser, fehlender oder sanierter Zähne 61
3.3.10 Sterblichkeit aufgrund von Diabetes mellitus 63
3.3.11 Eingeschätzte Qualität des Gesundheitswesens 65

4 Stärken-Schwächen Analyse des österreichischen Gesundheitssystems 67
4.1 Analyse: Gesundheitsausgaben und Ressourceneinsatz 67
4.2 Analyse: Gerechtigkeit, Zugang und Inanspruchnahme 71
4.3 Analyse: Gesundheitsbezogene Leistungsergebnisse (Outcomes) 73

5 Fazit 77

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1.1: Übersicht der verwendeten Dimensionen und Indikatoren 3

Tabelle 2.1: Österreich: Demografischer Überblick, 1989, 1999, 2009 7

Tabelle 2.2: Österreich: Makroökonomische Basisdaten, 2009 7

Tabelle 2.3: Österreich: Öffentliche und private Gesundheitsausgaben nach Sektoren in Mio. Euro, 2007 (Stand Februar 2010) 8

Tabelle 2.4: Österreich: Zehn häufigste Hauptdiagnosen bei Spitalsentlassungen aus landesfondfinanzierten Krankenanstalten, 2008 13

Tabelle 2.5: Österreich: Anzahl aller berufstätigen Ärztinnen und Ärzte sowie Anzahl an Vertragsärztinnen und Vertragsärzten, 2008 15

Tabelle 2.6: Österreich: Kennzahlen zur psychotherapeutischen Versorgung, 2007* 16

Tabelle 2.7: Österreich: Geleistete Psychotherapie-Einheiten, 2007* 16

Tabelle 2.8: Österreich: Daten zum österreichischen Arzneimittelmarkt 17

Tabelle 2.9: Österreich: Die zehn kostenintensivsten Wirkstoffe am Kassenmarkt, 2008 18

Tabelle 2.10: Österreich: Kennzahlen zur Alten- und Langzeitpflege, letztes verfügbares Jahr 20

Tabelle 2.11: Österreich: Anzahl der Einrichtungen zur Hospiz- und Palliativversorgung, 2008 20

Tabelle 2.12: Ausgewählte Beschäftigungszahlen des österreichischen Gesundheitswesens zum 31. 12. 2000 und zum 31. 12. 2008 22

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 2.1: Österreich: Aufteilung der laufenden Gesundheitsausgaben (ohne Investitionen) nach Sektoren in Prozent, 2007 8

Abbildung 2.2: Österreich: Prozentuelle Entwicklung ausgewählter Kennzahlen landesfondsfinanzierter Krankenanstalten, 1997–2008 11

Abbildung 2.3: Österreich: Entwicklung der Krankenhaushäufigkeit je 100.000 Einwohner in Fondskrankenanstalten auf Bundesländerebene, 1998–2008 12

Abbildung 2.4: Österreich: Anzahl medizinisch-technische Großgeräte, 1997–2008 19

Abbildung 3.1: Europäischer Vergleich: Gesamte Gesundheitsausgaben in Prozent des BIP (Gesundheitsausgabenquote), 2007 25

Abbildung 3.2: Europäischer Vergleich: Entwicklung Gesundheitsausgaben in Österreich und im EU-15-Durchschnitt in Prozent des Bruttoinlandsprodukts, 1997–2007 26

Abbildung 3.3: Europäischer Vergleich: Gesundheitsausgaben pro Kopf ausgewählter EU-Länder in Euro*, 2007 27

Abbildung 3.4: Europäischer Vergleich: Durchschnittliches reales Wachstum der Gesundheitsausgaben ausgewählter europäischer Länder, 1997–2007 in Prozent 28

Abbildung 3.5: Europäischer Vergleich: Gliederung der laufenden Gesundheitsausgaben ausgewählter europäischer Länder nach Funktionen in Prozent, 2007* 29

Abbildung 3.6: Europäischer Vergleich: Praktizierende Ärzte pro 1.000 Einwohner, 2007 31

Abbildung 3.7: Entwicklung der Ärztedichte in Österreich und im EU-15-Durchschnitt, 1997–2007 32

Abbildung 3.8: Europäischer Vergleich: Pflegepersonal in Krankenanstalten je tatsächliches Bett und je 1.000 Einwohner, 2007 33

Abbildung 3.9: Europäischer Vergleich: Krankenhausbetten je 100.000 Personen, 2007 34

Abbildung 3.10: Europäischer Vergleich: Computertomographiegeräte und Magnetresonanz-Tomographiegeräte je 1 Mio. Einwohner, 2007 36

Abbildung 3.11: Europäischer Vergleich: Krankenhausaufnahmen je 100 Personen (Krankenhaushäufigkeit), 2007 38

Abbildung 3.12: Europäischer Vergleich: Durchschnittliche Krankenhausverweildauer in der Akutversorgung in Tagen, 2007 39

Abbildung 3.13: Entwicklung der durchschnittlichen Krankenhausverweildauer in der Akutversorgung in Österreich und im EU-15-Durchschnitt, 1997-2006 40

Abbildung 3.14: Europäischer Vergleich: Selbstzahlungen der privaten Haushalte (Out-of-Pocket-Anteil) in Prozent der gesamten Gesundheitsausgaben, 2007 41

Abbildung 3.15: Europäischer Vergleich: Anteil der Bevölkerung mit unerfülltem Bedürfnis nach medizinischer Behandlung nach Geschlecht in Prozent, 2006 43

Abbildung 3.16: Europäischer Vergleich: Abgabestellen für verschreibungspflichtige Medikamente je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner, 2007* 44

Abbildung 3.17: Europäischer Vergleich: Eingeschätzte Zugänglichkeit von Krankenhaus oder Hausarzt, 2007 46

Abbildung 3.18: Europäischer Vergleich: Eingeschätzte Leistbarkeit eines Pflegeheims (Anteil der Befragten, die „kaum“ oder „nicht leistbar“ angaben), 2007 47

Abbildung 3.19: Europäischer Vergleich: Lebenserwartung bei der Geburt, 2007* 49

Abbildung 3.20: Europäischer Vergleich: Gesunde Lebensjahre bei der Geburt, 2007 51

Abbildung 3.21: Europäischer Vergleich: Säuglingssterblichkeit je 1.000 Lebendgeburten, 2007 52

Abbildung 3.22: Europäischer Vergleich: Entwicklung der Säuglingssterblichkeit je 1.000 Lebendgeburten in Österreich und im EU-15-Durchschnitt, 1997 bis 2007 53

Abbildung 3.23: Europäischer Vergleich: Anteil der Bevölkerung im Alter von 65 und mehr Jahren in Prozent, 2008 54

Abbildung 3.24: Europäischer Vergleich: Entwicklung des Bevölkerungsanteils über 65-Jähriger in Österreich und im EU-15-Durchschnitt, 1968-2008 55

Abbildung 3.25: Europäischer Vergleich: Fünf-Jahres-Überlebensraten bei Krebserkrankungen, Zeitraum der Diagnose 2000-2002* 56

Abbildung 3.26: Europäischer Vergleich: Übergewichtige und fettleibige Bevölkerung in Prozent, 2007 58

Abbildung 3.27: Europäischer Vergleich: Mortalität je 100 Personen nach Schlaganfall innerhalb 30 Tagen nach Einlieferung, 2007* 59

Abbildung 3.28: Europäischer Vergleich: Selbsteingeschätzter Gesundheitszustand (Anteil der Befragten, die ihn als „sehr gut" oder „gut" einstuften), 2007 61

Abbildung 3.29: Europäischer Vergleich: Anzahl kariöser, fehlender oder sanierter Zähne im bleibenden Gebiss bei Zwölfjährigen, 2007* 63

Abbildung 3.30: Europäischer Vergleich: Mortalität aufgrund von Diabetes je 100.000 Personen, 2007 64

Abbildung 3.31: Europäischer Vergleich: Eingeschätzte Qualität des Gesundheitswesens mit „sehr gut" oder „gut", Anteil der befragten Bevölkerung in Prozent, 2009 66

Abbildung 4.1: Zusammenfassende Übersicht: Gesundheitsausgaben und Ressourceneinsatz - Abweichung Österreichs vom EU-15-Durchschnitt 1997 und 2007* 68

Abbildung 4.2: Zusammenhang zwischen BIP pro Kopf und Gesundheitsausgaben pro Kopf in Euro, 2007 70

Abbildung 4.3: Zusammenfassende Übersicht: Gerechtigkeit, Zugang, Inanspruchnahme - Abweichung Österreichs vom EU-15-Durchschnitt 1997 und 2007* 72

Abbildung 4.4: Zusammenfassende Übersicht: Gesundheitsbezogene Leistungsergebnisse - Abweichung Österreichs vom EU-15-Durchschnitt 1997 und 2007* 74

Abbildung 4.5: Gesundheitsausgaben pro Kopf und Lebenserwartung, 2007 75

Abbildung 4.6: Laufende öffentliche Gesundheitsausgaben pro Kopf und Bevölkerungsanteil mit (sehr) gutem subjektiven Gesundheitszustand, 2007* 76

Abkürzungsverzeichnis

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

LU	Luxemburg
LV	Lettland
med.	medizinisch
Mio.	Millionen
MR	Magnetresonanz-Tomograph
MRT	Magnetresonanz-Tomographie
MT	Malta
NL	Niederlande
NÖ	Niederösterreich
Ø	Durchschnitt (arithmetisches Mittel)
OECD	Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
OÖ	Oberösterreich
PET	Positronen-Emissions-Tomograph
PL	Polen
PT	Portugal
QALY	Qualitätsbereinigtes Lebensjahr (Quality Adjusted Life Year)
RO	Rumänien
s.	siehe
Sbg.	Salzburg
SE	Schweden
SI	Slowenien
SK	Slowakei
Stmk.	Steiermark
STR	Strahlen- bzw. Hochvolttherapiegeräte
u.	und
u. a.	unter anderem
UK	Vereinigtes Königreich
s.	vergleiche
Vlbg.	Vorarlberg
WHO	Weltgesundheitsorganisation
z. B.	zum Beispiel

1 Einleitung

Regelmäßig veröffentlichen unterschiedlichste Institutionen, angefangen von privaten internationalen Unternehmensberatern bis hin zu internationalen Organisationen, wie der OECD (Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung), vergleichende Gesundheitssystemanalysen, die teilweise „Rankings“ beinhalten. Abhängig vom methodischen Zugang, den ausgewählten Indikatoren und der oftmals subjektiven Bewertung von Kennzahlen kann die daraus abgeleitete Beurteilung sehr unterschiedlich ausfallen. Derartige Veröffentlichungen führen in der Folge regelmäßig zu breitem medialem Echo, das sich häufig auf Diskussionen einzelner Aussagen oder Teilaspekte der Bewertung bzw. Analyse beschränkt, ohne jedoch den Gesamtkontext zu berücksichtigen oder zu hinterfragen.

Der gleiche und gerechte Zugang zu Gesundheitsleistungen in hoher Qualität zu vergleichsweise geringen Kosten für den Patienten oder die Patientin ist im internationalen Vergleich nicht selbstverständlich und besitzt in Österreich hohe Priorität.

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

Eine gebräuchliche Vorgehensweise, um die Produktivität einer Branche bzw. etwaige Effizienzpotenziale sichtbar zu machen, ist das Messen des Verhältnisses zwischen dem Ressourceneinsatz und dem damit erzielten Ergebnis. Speziell die Beurteilung des Ergebnisses („Outcome“) gestaltet sich hierbei schwierig, da Gesundheit ein sehr subjektives und schwer messbares Gut ist. Gleichzeitig wird der Gesundheitssektor immer stärker als wirtschaftlicher Wachstumsmarkt betrachtet, was den Bedarf an quantifizierbaren Kennzahlen verstärkt.

Der vorliegende Bericht der Gesundheit Österreich GmbH bietet eine knappe und übersichtliche Darstellung ausgewählter international verfügbarer Gesundheitssystemparameter, die zur Messung der Leistungsfähigkeit des österreichischen Gesundheitssystems geeignet erscheinen.

Wie bereits erwähnt, sind internationale Gesundheitssystemvergleiche nachgefragte Orientierungshilfen. Spätestens seit dem viel beachteten (aber auch methodisch vielfach kritisierten) „World Health Report 2000“ der Weltgesundheitsorganisation (WHO) haben diese einen festen Platz in der wissenschaftlichen Literatur gefunden. Im vorliegenden Bericht werden daher einige ausgewählte gesundheitsbezogene Kennzahlen einem systematischen, internationalen Vergleich unterzogen, um Hinweise auf

Stärken und Schwächen des österreichischen Systems zu gewinnen, aber auch um Informationslücken sichtbar zu machen.

Darüber hinaus stellt der GÖG-Bericht durch die Aufbereitung und Analyse der Kennzahlen Informationen bereit, die zur Beurteilung der Leistungsfähigkeit des österreichischen Gesundheitswesens herangezogen werden können.

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

1.1 Aufbau des Berichts

Kapitel 2 bietet einen kompakten Überblick über das nationale Gesundheitssystem, während Kapitel 3 ausgewählte Indikatoren im internationalen Kontext zeigt. Kapitel 4 unterzieht das österreichische Gesundheitssystem, aufbauend auf den Ergebnissen der vorangegangenen Abschnitte, einer Stärken-Schwächen-Analyse. Kapitel 5 widmet sich abschließend dem Fazit.

Die Auswahl der untersuchten 25 quantitativen und qualitativen Indikatoren erfolgte entlang von drei Dimensionen, die gemeinsam mit den ihnen zugeordneten Indikatoren in Tabelle 1.1 dargestellt werden.

Für den Vergleich wurden bestehende Gesundheitsindikatoren mit international vergleichbarer Definition (z. B. ECHI[2], PPRI-Indikatoren[3]) herangezogen. Die einzelnen Indikatoren wurden schließlich anhand der Kriterien: Relevanz, Verfügbarkeit und Datenqualität ausgewählt sowie in der jeweils aktuellsten verfügbaren Version zusammengeführt und weiterverarbeitet (s. dazu auch Abschnitt 1.2).

2
European Community Health Indicators, s.
http://ec.europa.eu/health/ph_information/dissemination/echi/echi_de.htm

3
Pharmaceutical Pricing and Reimbursement Information, s. http://ppri.goeg.at

Tabelle 1.1:
Übersicht der verwendeten Dimensionen und Indikatoren

Gesundheitsausgaben und Ressourceneinsatz	Gerechtigkeit, Zugang und Inanspruchnahme	Gesundheitsbezogene Leistungsergebnisse (Outcomes)
Gesundheitsausgaben in Prozent des Bruttoninlandsprodukts (Gesundheitsausgabenquote)	Stationäre Krankenhaushäufigkeit	Lebenserwartung bei der Geburt
Gesundheitsausgaben pro Kopf	Krankenhausverweildauer	Gesunde Lebensjahre bei der Geburt
Gesundheitsausgaben nach Sektoren	Selbstzahlungen der privaten Haushalte	Säuglingssterblichkeit
Ärztedichte	Bevölkerungsanteil mit unerfülltem Behandlungsbedürfnis	Bevölkerungsanteil der über 65-Jährigen
Bettendichte	Zugang zu Arzneimittel	Fünf-Jahres-Überlebensraten bei Krebserkrankungen
Pflegepersonal	Zugang zur ambulanten und stationären Versorgung	Übergewichtige Bevölkerung
Medizinisch-technische Großgeräte	Eingeschätzte Leistbarkeit von Pflegeheimen	Mortalität nach Schlaganfall innerhalb 30 Tagen nach stationärer Aufnahme
		Selbsteingeschätzter allgemeiner Gesundheitszustand
		Anzahl kariöser, fehlender oder sanierter Zähne im bleibenden Gebiss bei Zwölfjährigen (DMFT Index)
		Sterblichkeit aufgrund von Diabetes mellitus
		Eingeschätzte Qualität des Gesundheitswesens

Quelle: GÖG/ÖBIG-eigene Darstellung

Der Aufbau dieses Berichts orientiert sich methodisch an internationalen Publikationen der vergangenen Jahre, die in der Literatur und im Internet recherchiert wurden.

Folgende forschungsleitende Fragestellungen zum österreichischen Gesundheitssystem wurden in den folgenden Kapiteln zur Diskussion gestellt:

» Ist das Verhältnis zwischen **Mitteleinsatz und Ergebnis** ausgewogen?
» Ist das **Gesundheitsversorgungsangebot** adäquat?
» Ist der **Zugang** zum Gesundheitssystem für die gesamte Bevölkerung gleichermaßen gerecht, möglich und leistbar?

1.2 Methodik und Datengrundlagen

Entscheidendes Kriterium für die Aussagekraft eines Berichts sind Verfügbarkeit bzw. Limitierung von Daten. In Österreich herrscht nach wie vor Mangel an publizierten und/oder bundesweit vergleichbaren „Performance"-Parametern, die über klassische Indikatoren wie die Lebenserwartung oder die durchschnittliche „Überlebenszeit" nach Diagnose einer Erkrankung hinausgehen. Eine Analyse von validen Outcomeparametern – wie etwa vermiedene Krankenhausaufnahmen bei verschiedenen Indikationen in Relation zu dafür eingesetzten Mitteln – ist derzeit leider nicht möglich.

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

Für sämtliche Darstellungen wurden die EU-15-Mitgliedstaaten als Grundgesamtheit ausgewählt und, so ferne Daten verfügbar waren, durch weitere Mitgliedstaaten ergänzt. Die EU-15-Mitgliedstaaten umfassen: Belgien (BE), Dänemark (DK), Deutschland (DE), Finnland (FI), Frankreich (FR), Griechenland (EL), Irland (IE), Italien (IT), Luxemburg (LU), Niederlande (NL), Österreich (AT), Portugal (PT), Schweden (SE), Spanien (ES) und Vereinigtes Königreich (UK). Der Vergleich wird durch die Angabe des EU-15-Durchschnittswerts (arithmetisches Mittel) ergänzt.

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

Bedauerlicherweise mangelt es in manchen Bereichen nach wie vor an Daten, die zumindest europaweit durch ein einheitliches Schema dokumentiert sind. Dadurch werden internationale, systemumfassende Vergleiche erschwert. Außerdem erscheinen einige Datenquellen nur eingeschränkt verlässlich, wie bereits in mehreren GÖG-Publikationen[4] erläutert wurde.

4
S. dazu z. B. BMG 2009d

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

Erfreulicherweise erschienen in den letzten Jahren als Folge der stärkeren nationalen Verankerung von Evidenz basierter Medizin (EBM) und Technologiefolgenabschätzung (Health Technology Assessment, HTA) immer mehr österreichische Publikationen, die Performance-Indikatoren wie qualitätsbereinigte Lebensjahre (QALYs[5]) berücksichtigen, wenngleich auch nur für eng abgegrenzte Fragestellungen. Eine weitere Bearbeitung dieser Themenfelder, zu denen auch die Krankheitskostenrechnung oder die Einrichtung von Qualitätsregistern gehört, ist für die Etablierung einer validen Performance-Messung jedenfalls notwendig.

Die derzeit noch eingeschränkten Möglichkeiten zur Messung der Leistungsfähigkeit bzw. der „Performanz" des österreichischen Gesundheitssystems wurden auch im Rahmen eines von der GÖG veranstalteten Expertenworkshops im Dezember 2009 kritisch reflektiert.

5
Definition: Measure of health outcome which looks at both length of life and quality of life. QALYS are calculated by estimating the years of life remaining for a patient following a particular care pathway and weighting each year with a quality of life score (on a zero to one scale), (s. PHIS-Glossar unter: http://phis.goeg.at)

2 Kennzahlen des österreichischen Gesundheitswesens

Das vorliegende Kapitel soll dem Leser einen raschen Überblick über das österreichische Gesundheitswesen ermöglichen. Es werden zentrale Kennzahlen, die teilweise auch in Kapitel 3 einem internationalen Vergleich unterzogen werden, präsentiert.

2.1 Grundlegendes

Das österreichische Gesundheitswesen basiert auf einem auf Pflichtversicherung begründeten Sozialversicherungsmodell. 22 Sozialversicherungsträger bieten für rund 99 Prozent der Bevölkerung Schutz vor dem Risiko der Krankheit (s. HVB 2010a). Leistungen der Unfall-, Pensions- und Arbeitslosenversicherung, der Sozialversorgung und der Sozialhilfe sind weitere Bestandteile des sozialen Sicherungssystems.

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

Im Jahr 2009 umfasste die österreichische Bevölkerung rund 8,4 Millionen Menschen (vgl. Tabelle 2.1). Frauen hatten im Jahr 2009 eine durchschnittliche Lebenserwartung von 82,9 Lebensjahren, jene der Männern betrug 77,4 Jahre (s. Statistik Austria 2010c).

© GÖG/ÖBIG; Das Österreichische Gesundheitswesen im internationalen Vergleich, Ausgabe 2010

Tabelle 2.1:
Österreich: Demografischer Überblick, 1989, 1999, 2009

Jahr	Insgesamt	Geschlecht		Anteil 65 u. älter	Lebens-erwartung	Säuglingssterblichkeit pro 1.000 Lebendgeborene
		Männer	Frauen			
1989	7.619.566	3.639.026	3.980.540	1.132.854	75,3	8,3
1999	7.992.323	3.862.180	4.130.143	1.231.690	77,8	4,4
2009	8.363.040	4.072.866	4.290.174	1.464.173	80,2	3,8

Quelle: Statistik Austria 2010c

Das Bruttoinlandsprodukt (BIP) betrug 2009 pro Kopf 33.090 Euro. Im Vergleich zu 2008 wurde ein inflationsbereinigtes Wirtschaftswachstum von -3,6 Prozent registriert (nominell -1,8). Die Arbeitslosenquote belief sich im gleichen Zeitraum auf 4,8 Prozent[6].

Tabelle 2.2:
Österreich: Makroökonomische Basisdaten, 2009

Indikator	Wert
Bruttoinlandsprodukt	276,89 Mrd. Euro
Bruttoinlandsprodukt pro Kopf	33.090 Euro
Wirtschaftswachstum (real von 2008 auf 2009)	-3,6 %
Arbeitslosenquote	4,8 %

Quellen: Statistik Austria 2010a, Statistik Austria 2009

2.2 Gesundheitsausgaben

Unter Gesundheitsausgaben sind alle finanziellen Aufwendungen mit dem Ziel der Erhaltung oder Wiederherstellung der Gesundheit zu verstehen. Die gesamten Gesundheitsausgaben in Österreich für das Jahr 2007 beliefen sich auf rund 27,9 Mrd. Euro, was einer Gesundheitsausgabenquote von 10,3 Prozent (gemessen am Bruttoinlandsprodukt, BIP) und Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben von 3.358 Euro entspricht.[7]

6
Nach internationaler Definition: s.
http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/product_details/dataset?p_product_code=TSDEC460

7
Die Darstellung der Gesundheitsausgaben in diesem Bericht erfolgt nach der Methodik des „System of Health Accounts" der OECD, Stand der Daten: Februar 2010

Dies inkludiert laufende Gesundheitsausgaben, die der direkten Gesundheitsversorgung, wie etwa der ambulanten und stationären Versorgung zuzurechnen sind sowie Investitionen zur Ausweitung und Erhaltung infrastruktureller Einrichtungen.

Abbildung 2.1:
Österreich: Aufteilung der laufenden Gesundheitsausgaben (ohne Investitionen) nach Sektoren in Prozent, 2007

* Ohne Zahnbehandlungen
** Inklusive medizinische Ge- und Verbrauchsgüter
*** Zahnbehandlung, Tagespflege, gesundheitsbezogene Nebenleistungen (z. B. Labordienste, diagnostische Bildgebung, Rettungsdienste)

Quellen: Statistik Austria 2010b, GÖG/ÖBIG-eigene Berechnungen

Tabelle 2.3:
Österreich: Öffentliche und private Gesundheitsausgaben nach Sektoren in Mio. Euro, 2007 (Stand Februar 2010)

Indikator	Öffentliche Ausgaben	Private Ausgaben	Gesamt
Stationäre Versorgung	8.219	1.146	9.367
Ambulante Versorgung	3.992	1.093	5.085
Zahnärztliche Versorgung	803	597	1.400
Langzeitpflege*	2.829	626	3.455
Gesundheitsbezogene Nebenleistungen	575	264	839
Arzneimittel und medizinische Ge- und Verbrauchsgüter	2.966	1.806	4.771
Prävention und öffentlicher Gesundheitsdienst	456	77	532
Verwaltung der Gesundheitsversorgung	632	339	971
Laufende Gesundheitsausgaben	**20.472**	**5.948**	**26.420**
Investitionen	859	645	1.504
Gesamte Gesundheitsausgaben	**21.331**	**6.593**	**27.924**

* beinhaltet Ausgaben für stationäre Langzeitpflege, Tages- und Heimpflege, Bundes- und Landespflegegeld; in weiten Bereichen geschätzt

Quelle: Statistik Austria 2010b

© GÖG/ÖBIG; Das Österreichische Gesundheitswesen im internationalen Vergleich, Ausgabe 2010

Von 1997 bis 2007 sind die gesamten Gesundheitsausgaben pro Kopf jährlich real um durchschnittlich 2,7 Prozent gestiegen, wohingegen das EU-15-Durchschnittswachstum bei 3,8 Prozent lag. Im Jahr 2007 waren 76,4 Prozent der Gesamtausgaben für Gesundheit öffentliche Gesundheitsausgaben, während die privaten Gesundheitsausgaben 23,6 Prozent ausmachten.

Abbildung 2.1 veranschaulicht die Verteilung der laufenden Gesundheitsausgaben (ohne Investitionen) nach Leistungsbereichen. Tabelle 2.3 zeigt weiters eine detaillierte Gliederung der Gesundheitsausgaben nach öffentlichen und privaten Finanzierungsquellen. Der größte Anteil der laufenden Gesundheitsausgaben floss 2007 mit rund 36 Prozent in den stationären Bereich, gefolgt vom ambulanten Sektor (19,2 %).

Die öffentlichen Gesundheitsausgaben beziehen sich auf von öffentlichen Institutionen wie Bund oder Gemeinden sowie von Sozialversicherungsträgern finanzierte Ausgaben. Unter privaten Gesundheitsausgaben sind hingegen alle finanziellen Aufwände, die außerhalb des öffentlichen Bereichs anfallen, zu verstehen. Private Gesundheitsausgaben werden daher nicht nur von privaten Haushalten, sondern auch von privaten Versicherungsunternehmen und anderen privaten Organisationen ohne Erwerbszweck getätigt. Auch betriebsärztliche Leistungen zählen zu privaten Ausgaben.

Zahlungen von privaten Haushalten werden auch als Out-of-Pocket-Zahlungen bezeichnet (s. auch Punkt 3.2.3). Sie beinhalten sowohl direkte Kostenbeteiligungen an Leistungen der Sozialversicherung, wie etwa Selbstbehalte in Form prozentualer Kostenbeteiligungen (wie z. B. bei Versicherten der Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft) oder auch fixe Selbstbehalte für bestimmte Leistungen (z. B. Rezeptgebühr). Daneben umfassen Selbstzahlungen privater Haushalte auch so genannte indirekte Kostenbeteiligungen, die bei einer Inanspruchnahme von Leistungen, die außerhalb des Leistungskataloges der Sozialversicherung liegen, anfallen. Dazu zählen u. a. etwa Ausgaben für nicht erstattungsfähige Medikamente, Taggelder für stationäre Aufenthalte, Aufwände für bestimmte zahnmedizinische Leistungen, oder die Inanspruchnahme von Wahlärzten. Letztere können zum Teil auf Antrag des Versicherten von seinem Krankenversicherungsträger rückerstattet werden. Darüber hinaus sind Prämien für private Krankenversicherungen zu berücksichtigen, deren Rolle im österreichischen Gesundheitswesen aufgrund des umfassenden Leistungskataloges der sozialen Krankenversicherung jedoch limitiert ist.

2.3 Stationäre Versorgung

Ende 2008 standen für die stationäre Gesundheitsversorgung in Österreich 267 bettenführende Krankenanstalten mit 64.267 tatsächlichen Betten, wovon 52.160 Betten der Akutversorgung[8] zuzurechnen waren, zur Verfügung. Auf 55 Rehabilitationseinrichtungen entfielen im selben Zeitraum 7.901 Plätze. Bei 132 der bettenführenden Krankenanstalten (48.699 Betten) handelte es sich um landesfondsfinanzierte Einrichtungen. Diese umfassten Krankenhäuser des Akutversorgungssektors mit Öffentlichkeitsrecht sowie gemeinnützige Krankenhäuser ohne Öffentlichkeitsrecht.

In Relation zur Bevölkerung entsprach die gesamte Bettenanzahl einer Bettendichte von 7,7 Betten pro 1.000 Einwohnerinnen und Einwohner. Bezogen auf Akutbetten betrug die entsprechende Bettendichte 6,3 und bei landesfondsfinanzierten Krankenanstalten ergaben sich 5,8 Betten je 1.000 Personen. Im Jahr 2008 wurden insgesamt rund 2,34 Mio. stationäre Aufenthalte verzeichnet, davon etwa 2,22 Mio. Aufenthalte im akutstationären Bereich. Die Krankenhaushäufigkeit (stationäre Aufenthalte über 24 Stunden) im akutstationären Bereich betrug demnach rund 28,08 Aufnahmen pro 100 Einwohner. Abbildung 2.2 zeigt, dass während der letzten Jahre die tatsächliche Bettenanzahl in Fondskrankenanstalten leicht gesunken ist, während die Anzahl der stationären Aufenthalte stark anstieg.

Innerhalb Österreichs existieren aufgrund regional unterschiedlicher Versorgungsstrukturen Unterschiede in der Krankenhaushäufigkeit. Dies wird bei einem Blick auf die folgende Abbildung 2.3 deutlich.

8
Die Akutversorgung findet in allen landesfondsfinanzierten Krankenanstalten, Unfallkrankenhäuser sowie Privatsanatorien statt.

Abbildung 2.2:
Österreich: Prozentuelle Entwicklung ausgewählter Kennzahlen landesfondsfinanzierter Krankenanstalten, 1997–2008

Index: 1997=100

Quellen: BMG 2009c, GÖG/ÖBIG-eigene Berechnungen

Das Bundesland Oberösterreich verzeichnete für die über den Landesgesundheitsfonds finanzierten Krankenanstalten im Jahr 2008 mit 29.962 stationären Aufenthalten pro 100.000 Einwohner (EW) die höchste Krankenhaushäufigkeit, gefolgt von Tirol mit 29.059 stationären Aufenthalten pro 100.000 EW. Die niedrigste Krankenhaushäufigkeit wies im Jahr 2008 die Steiermark mit 23.005 und Wien mit 24.138 stationären Aufenthalten pro 100.000 Einwohner auf. Der Bundesschnitt lag im gleichen Zeitraum bei 26.144 Aufenthalten. In der Mehrheit der Bundesländer ist die Krankenhaushäufigkeit gestiegen, nur in Kärnten, Wien und Niederösterreich ist sie rückläufig.

Abbildung 2.3:
Österreich: Entwicklung der Krankenhaushäufigkeit je 100.000 Einwohner in Fondskrankenanstalten auf Bundesländerebene, 1998–2008

Quellen: BMG 2009c, GÖG/ÖBIG-eigene Berechnung

© GÖG/ÖBIG; Das Österreichische Gesundheitswesen im internationalen Vergleich, Ausgabe 2010

Die zehn häufigsten Hauptdiagnosen bei Entlassung aus den landesfondsfinanzierten Spitälern im Jahr 2008 wurden wie in den vorangegangenen Jahren von Krebserkrankungen angeführt (s. Tabelle 2.4).

Tabelle 2.4:
Österreich: Zehn häufigste Hauptdiagnosen bei Spitalsentlassungen aus landesfondfinanzierten Krankenanstalten, 2008

Anzahl	Hauptdiagnose (nach ICD-10-Kapitel)
386.101	Neubildungen (C00-D48)
312.941	Krankheiten des Kreislaufsystems (I00-I99)
272.619	Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems, des Bindegewebes (M00-M99)
268.474	Verletzungen, Vergiftungen, Folgen äußerer Ursachen (S00-T98)
241.925	Krankheiten des Verdauungssystems (K00-K93)
159.069	Krankheiten des Urogenitalsystems (N00-N99)
145.650	Krankheiten des Atmungssystems (J00-J99)
136.051	Psychische Störungen, Verhaltensstörungen (F00-F99)
133.910	Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde (H00-H59)
118.888	Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett (O00-O99)

Quellen: BMG 2009b, GÖG/ÖBIG-eigene Berechnung

Im Jahr 2008 waren in österreichischen Krankenanstalten rund 21.000 Ärztinnen und Ärzte beschäftigt, davon standen 6.662 Ärztinnen und Ärzte in Ausbildung (Turnusärzte und -ärztinnen). Das nichtärztliche Fachpersonal in intramuraler Beschäftigung umfasste Ende 2008 52.924 Personen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege, 13.786 Vertreter der Sanitätshilfsdienste und der Pflegehilfe sowie 13.278 Personen der medizinisch-technischen Dienste. Weiters waren von den insgesamt 1.818 Hebammen 1.273 in Krankenanstalten beschäftigt (s. Statistik Austria 2010d).

2.4 Ambulante Versorgung

Die ambulante Versorgung der österreichischen Bevölkerung wird großteils durch frei praktizierende, extramurale Ärzte und Ärztinnen wahrgenommen. Daneben existieren rund 800 Ambulatorien, die teilweise von den Krankenversicherungsträgern selbst oder privat geführt werden. Ein weiterer Teil der ambulanten Versorgung wird von Spitalsambulanzen übernommen, die finanziell und organisatorisch jedoch dem intramuralen Bereich zuzuordnen sind. Neben Ärztinnen und Ärzten werden ambulante Leistungen auch von weiteren Gesundheitsberufen erbracht, wie u. a. von Psychotherapeutinnen und -therapeuten (s. Abschnitt 2.5), von Hebammen, von Physiotherapeutinnen und -therapeuten sowie von Logopädinnen und Logopäden (s. Abschnitt 2.10).

Die Anzahl aller in Österreich berufsausübenden Ärztinnen und Ärzte sowie die Ärztedichte (Ärzte oder Ärztinnen pro 1.000 Einwohner) kann Tabelle 2.5 entnommen werden. Auf 1.000 Einwohner entfielen 2008 in Österreich rund 5 Ärztinnen oder Ärzte (inkl. Zahnärzte und Turnusärzte). Dabei standen zum Stichtag 31. 12. 2008 4.143 Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner sowie 3.701 Fachärztinnen und Fachärzte in einem Vertragsverhältnis mit den Krankenversicherungsträgern (Tabelle 2.5 führt diese jeweils in Klammer an).

Diese Vertragsärzte sind es auch, die einen Großteil der ambulanten Versorgung erbringen. Im Jahr 2008 kamen auf eine krankenversicherte Person durchschnittlich 6,85 vertragsärztlicher Hilfsleistungen (s. HVB 2009a). Hinsichtlich der Versorgungsdichte mit Ärztinnen und Ärzten existieren in Österreich strukturelle Unterschiede. So wies etwa das Burgenland im Jahr 2007 mit 3,6 Ärztinnen und Ärzten (inkl. Zahnärzte und Turnusärzte) pro 1.000 Einwohner eine annähernd halb so hohe Ärztedichte wie Wien (7,3) auf.

© GÖG/ÖBIG; Das Österreichische Gesundheitswesen im internationalen Vergleich, Ausgabe 2010

Tabelle 2.5:
Österreich: Anzahl aller berufstätigen Ärztinnen und Ärzte sowie Anzahl an Vertragsärztinnen und Vertragsärzten, 2008

Land	Gesamt*	Allgemeinmediziner	Fachärzte**	in Ausbildung	Zahnärzte	Ärzte je 1.000 EW*
Bgld.	1.024 (301)	350 (138)	446 (90)	126	104 (73)	3,6
Ktn.	2.529 (696)	883 (256)	1.054 (240)	279	384 (201)	4,5
NÖ	7.240 (1.736)	2.551 (772)	3.116 (492)	849	742 (476)	4,5
OÖ	5.948 (1.577)	2.040 (721)	2.373 (478)	901	667 (386)	4,2
Sbg.	2.779 (683)	812 (251)	1.227 (255)	410	348 (177)	5,2
Stmk.	5.934 (1.545)	1.879 (652)	2.567 (456)	817	693 (450)	4,9
Tirol	3.810 (911)	802 (358)	1.774 (313)	783	468 (240)	5,4
Vlbg.	1.449 (397)	377 (151)	660 (142)	231	183 (104)	4,0
Wien	12.231 (2.881)	2.768 (848)	5.827 (1.252)	2.272	1.424 (814)	7,3
Österr.	**41.830 (10.697)**	**12.220 (4.134)**	**18.176 (3.701)**	**6.662**	**5.006 (2.920)**	**5,0**

* inkl. Ärzte und Ärztinnen in Ausbildung (Turnusärzte) und Zahnärzte
** exkl. Zahnärzte und Mehrfachqualifikationen
Aufgrund von Mehrfachtätigkeit in verschiedenen Bundesländern weicht die gesamtösterreichische Betrachtung von der Summe aller Bundesländer ab.
Die Werte in Klammern geben die Anzahl an Ärztinnen und Ärzten wieder, die zum 31. 12. 2008 in einem Vertragsverhältnis zu den Sozialversicherungsträgern standen.

Quelle: ÖÄK 2010, ÖZK 2010

2.5 Psychotherapeutische Versorgung

2007 gab es mehr als 6.400 Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. Rund ein Drittel davon verfügt über eine Ausbildung zur klinischen Psychologin bzw. zum klinischen Psychologen und / oder zur Gesundheitspsychologin oder zum Gesundheitspsychologen (s. Tabelle 2.6).

Tabelle 2.6:
Österreich: Kennzahlen zur psychotherapeutischen Versorgung, 2007*

Kennzahl	Wert
Anzahl Psychotherapeuten/-therapeutinnen	6.442
Psychotherapeuten/-therapeutinnen pro 100.000 Einwohner	77,3
Erbrachte Psychotherapie-Einheiten**	1.386.251
Aufwendungen der Krankenversicherungsträger für Psychotherapie	54,8 Mio. Euro

* Nur krankenversicherungsfinanzierte

** Inklusive psychotherapeutische Leistungen durch Vertrags- u. Wahlärzte, Therapieeinheiten sind je nach Leistungserbringer von unterschiedlicher Dauer

Quellen: GÖG/ÖBIG 2009a, GÖG/ÖBIG 2008d

Die österreichischen Sozialversicherungsträger finanzierten im Jahr 2007 rund 1,4 Mio. Therapieeinheiten entweder zur Gänze oder teilweise. Die Finanzierung bzw. Ausgestaltung der psychotherapeutischen Versorgung wird jedoch von Bundesland zu Bundesland unterschiedlich gehandhabt und verteilt sich auf die in Tabelle 2.7 aufgezeigten Angebotsformen. Es zeigt sich, dass der Großteil der psychotherapeutischen Versorgung über sogenannte „bezuschusste Einheiten" niedergelassener Psychotherapeutinnen/-therapeuten sowie Versorgungsvereine geleistet wird.

Tabelle 2.7:
Österreich: Geleistete Psychotherapie-Einheiten, 2007*

Finanzierungsform	Einheiten	Prozent
Kasseneigene Einrichtungen	16.876	1,22
Institutionen	81.604	5,89
Wahlärzte u.-ärztinnen	161.632	11,66
Vertragsärzte u.-ärztinnen	187.714	13,54
Versorgungsvereine	436.800	31,51
Bezuschusste Einheiten niedergelassener Psychotherapeuten/-innen	501.625	36,19
Gesamt	**1.386.251**	**100,00**

* Nur krankenversicherungsfinanzierte Einheiten

Quellen: GÖG/ÖBIG 2009a, GÖG/ÖBIG 2008d

2.6 Pharmazeutische Erzeugnisse und medizinische Ge- und Verbrauchsgüter

Die gesamten Ausgaben[9] für pharmazeutische Erzeugnisse und medizinische Ge- und Verbrauchsgüter betrugen in Österreich im Jahr 2007 rund 4.771 Mio. Euro. Dies entspricht einem Anteil von 18 Prozent an den laufenden Gesundheitsausgaben.

Die Arzneimittelausgaben alleine (ohne med. Ge- und Verbrauchsgüter) beliefen sich 2007 auf 3,7 Milliarden Euro. Im Zeitraum 1990 bis 2007 wuchsen diese Ausgaben jährlich um rund 7,2 Prozent, wobei sich die Wachstumskurve durch verschiedene Maßnahmen in den letzten Jahren verlangsamte. Von 2006 auf 2007 wurde ein Ausgabenanstieg von rund 5,4 Prozent verzeichnet (Statistik Austria 2010b).

Auf Basis des Fabrikabgabepreises (FAP) betrug der Umsatz aus Sicht der Hersteller im Jahr 2008 rund 2,92 Mrd. Euro, wovon 69 Prozent auf den ambulanten Bereich entfielen (s. Pharmig 2010). Von etwa 13.000 insgesamt zugelassenen Arzneimitteln handelte es sich 2009 bei ca. 62 Prozent um rezeptpflichtige Medikamente. Wie aus Tabelle 2.8 hervorgeht, belief sich der Anteil der Generika am österreichischen Kassenmarkt[10] 2007 auf zirka elf Prozent des gesamten Arzneimittelumsatzes.

Tabelle 2.8:
Österreich: Daten zum österreichischen Arzneimittelmarkt

Indikator	Wert
Größe des Marktes (Basis FAP) wertmäßig 2008	2.920,6 Mio. Euro
Größe des Marktes mengenmäßig 2008	227,6 Mio. Packungen
Ausgabenquote** 2007	18 %
Zugelassene Humanarzneimittel inkl. Homöopathika per 2. 1. 2008	13.032
Arzneimittelverbrauch: Packungen pro Person und Jahr 2007	22,71
Generikamarktanteil* wertmäßig	11,1 %
Generikamarktanteil* mengenmäßig	21,1 %

* im Kassenmarkt
** inklusive Ge- und Verbrauchsgüter; die reine Arzneimittelausgabenquote (Anteil der Arzneimittelausgaben an den laufenden Gesundheitsausgaben) betrug 14,0 %,
FAP = Fabrikabgabepreis

Quellen: Statistik Austria 2010b, PHARMIG 2009, PHARMIG 2010, PPRI 2009, GÖG/ÖBIG-eigene Erhebung

9
Arzneimittel inklusive medizinische Ge- und Verbrauchsgüter wie Medizinprodukte (Einwegspritzen, Ordinationsbedarf etc.)

10
Von der sozialen Krankenversicherung vergütete Arzneimittel

In Österreich stellten im Jahr 2008 1.217 öffentliche Apotheken sowie fünf öffentlich zugängliche Krankenhausapotheken die Versorgung mit Arzneimitteln sicher.[11] Zusätzlich gab es 962 hausapothekenführende Ärztinnen und Ärzte, was absolut gesehen den höchsten Wert an dispensierenden Ärzten in Europa darstellt (PPRI 2008). Die starke Präsenz der hausapothekenführenden Hausärzte ist u. a. traditionell bzw. historisch bedingt, fußt aber auch auf der Tatsache, dass der Errichtung einer öffentlichen Apotheke eine Bedarfsprüfung (Anwendung demografischer und geografischer Kriterien) vorausgeht. Tabelle 2.9 listet die kostenintensivsten Wirkstoffe im österreichischen Kassenmarkt auf.

Tabelle 2.9:
Österreich: Die zehn kostenintensivsten Wirkstoffe am Kassenmarkt, 2008

Rang	Wirkstoff	Indikation
1	Pantoprazol	Refluxösophagitis, „Magenschutz“
2	Clopidogrel	Thromboseprävention nach Herzinfarkt/Schlaganfall
3	Simvastatin	Cholesterinsenker
4	Enoxaparin	Thrombosenprohylaxe und -behandlung
5	Adalimumab	Arthritis/Spondylitis, Morbus Crohn, Psoriasis
6	Fluticason, Salmeterol	Asthma, COPD
7	Tiotropiumbromid	Chronisch obstruktive Lungenkrankheit (COPD)
8	Etanercept	Rheumatoide Arthritis, Morbus Bechterew
9	Olanzapin	Schizophrenie, akute Psychosen
10	Quetiapin	Schizophrenie, akute Psychosen

Quelle: HVB 2009b

2.7 Medizinisch-technische Großgeräte

Abbildung 2.4 illustriert die Anzahl und Entwicklung der in Österreich aufgestellten medizinisch-technischen Großgeräte. Im Jahr 2008 gab es beispielsweise 249 Computertomographen und 150 Magnetresonanz-Tomographen, von denen rund zwei Drittel in Spitälern standen.

In den Fondskrankenanstalten wurden im Jahr 2007 rund 920.000 CT- und MRT-Untersuchungen durchgeführt. Die meisten CT- und MRT-Untersuchungen wurden dabei mit einer Anzahl von rund 210.000 in Oberösterreich vorgenommen. Wien kam auf etwa 149.500 gefolgt von der Steiermark mit 145.500 abgerechneten Untersuchungen.

11
Bundesweit verfügen 46 Krankenanstalten über Krankenhausapotheken.

Abbildung 2.4:
Österreich: Anzahl medizinisch-technische Großgeräte, 1997-2008

CT = Computertomographen, ECT = Emissions-Computertomographen, MRT = Magnetresonanz-Tomographen, PET = Positronen-Emissions-Tomographen, COR = Koronarangiographische Arbeitsplätze, STR = Strahlen- bzw. Hochvolttherapiegeräte
Kombinationsgeräte werden mit 0,5 ausgewiesen

Quellen: BMG 2009c, BMG 2006, ÖBIG 1997-2003

2.8 Alten- und Langzeitpflege

Im Jahr 2008 belief sich die Anzahl an Alten- und Pflegeheimen in Österreich auf 817 Einrichtungen mit mehr als 65.000 Plätzen. Darüber hinaus gab es 29 geriatrische Tageszentren. Um den aus einer Pflegebedürftigkeit entstehenden Mehraufwand decken zu können, existiert in Österreich seit 1993 das so genannte Pflegegeld. Am 31. 12. 2008 gab es mehr als 422.000 Pflegegeldbezieher bzw. -bezieherinnen (s. Tabelle 2.10).

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

Tabelle 2.10:
Österreich: Kennzahlen zur Alten- und Langzeitpflege, letztes verfügbares Jahr

Indikator	Wert
Anzahl Alten- und Pflegeheime (2008)	817
Plätze in Alten- und Pflegeheimen (2007)	66.146
Anzahl Geriatrische Tageszentren (2006)	29
Beschäftigte* in Alten- und Pflegeheimen (2007)**	22.780
Beschäftigte* in mobilen Diensten (2007)***	16.235
Beschäftigte* in geriatrischen Tageszentren (2007)****	182
Pflegegeldbezieher (2008)	422.173
Personenbetreuer u. -betreuerinnen für die 24-Stunden-Betreuung (2009)	18.361

* Beinhaltet Gesundheits- und Sozialbetreuungsberufe, therapeutisches Personal, ärztliches Personal, Sozialarbeiter, Zivildiener, sonstiges Personal
** Angaben von 55 % der befragten Einrichtungen
*** Angaben von 74 % der befragten Einrichtungen
**** Angaben von 45 % der befragten Einrichtungen

Quellen: BMASK 2009, GÖG/ÖBIG 2009b

2.9 Hospiz- und Palliativversorgung

Im Zentrum der Hospiz- und Palliativversorgung stehen unheilbar kranke und sterbende Menschen in einem fortgeschrittenen Erkrankungsstadium sowie deren Angehörige. Für eine adäquate spezialisierte Betreuung der Betroffenen sorgt ein System abgestufter Versorgung, bestehend aus sechs verschiedenen, auf unterschiedliche Bedürfnislagen abgestimmten Angeboten. Nachfolgende Tabelle 2.11 gibt einen Überblick über die Anzahl der in Österreich bestehenden Einrichtungen bzw. Leistungserbringer im Jahr 2008.

Tabelle 2.11:
Österreich: Anzahl der Einrichtungen zur Hospiz- und Palliativversorgung, 2008

Einrichtungen bzw. Leistungserbringer	Anzahl
Palliativstationen in Krankenanstalten	25
Stationäre Hospize	6
Tageshospize	3
Palliativkonsiliardienste	31
Mobile Palliativteams	35
Hospizteams	135

Quelle: Hospiz Österreich 2009

2.10 Personal im Gesundheitswesen

Die Anzahl der Beschäftigten im österreichischen Gesundheitswesen ist in den letzten Dekaden stark gewachsen. Der Personalstand[12] in österreichischen Krankenanstalten hat sich von 1980 bis 2008 von 48.521 Personen auf 102.364 erhöht, was einem Anstieg von 110 Prozent entspricht. Auch die Anzahl an berufsausübenden Ärztinnen und Ärzten ist in den letzten Dekaden stark gestiegen und belief sich 2008 auf 41.830 Personen. Im Gesundheits- und Sozialwesen sind geschätzte 200.000 Personen beschäftigt.

Der Frauenanteil überwiegt in beinahe allen Berufsgruppen des Gesundheitswesens und war 2008 mit 86,6 Prozent im Bereich der diplomierten Gesundheits- und Krankheitspflege am größten. Eine Ausnahme bildete die Gruppe der berufsausübenden Ärztinnen und Ärzte, in der der Männeranteil mit 57,3 Prozent höher ausfiel.

Tabelle 2.12 zeigt ausgewählte Beschäftigungsdaten des österreichischen Gesundheitswesens mit Stand 31. Dezember 2000 und 2008 sowie die Veränderung im Zehnjahresvergleich. Leider kann aufgrund von Abgrenzungsproblemen noch (z. B. Allgemeines Verwaltungspersonal, Gesundheits- vs. Sozialwesen etc.) keine vollständige Übersicht aller im österreichischen Gesundheitswesen beschäftigten Personen gegeben werden.

Tabelle 2.12 weist wesentliche Beschäftigungszahlen des österreichischen Gesundheitswesens in Köpfen aus. Für weiterführende Überlegungen muss daher auch das Beschäftigungsausmaß (Teil- oder Vollzeitbeschäftigung) berücksichtigt werden.

12

Inkludiert: Gehobenen Dienst für Gesundheits- u. Krankenpflege, Pflegehilfe, Gehobene medizinisch-technische Dienste, Medizinisch-technischen Fachdienst, Sanitätshifsdienste, Hebammen, Ärzte und Ärztinnen.

Tabelle 2.12:
Ausgewählte Beschäftigungszahlen des österreichischen Gesundheitswesens zum 31. 12. 2000 und zum 31. 12. 2008

Berufsgruppe	2000	2008	Veränderung in %
Berufsausübende Ärzte u. Ärztinnen (inkl. Zahnärzte)*	**33.933**	**41.830**	**23,3**
Allgemeinmediziner u. -medizinerinnen	10.650	12.220	14,7
Fachärzte u. -ärztinnen**	14.082	18.176	29,1
Angestellte Ärzte u. Ärztinnen***	21.692	26.610	22,7
Niedergelassene Ärzte u. Ärztinnen (ohne Zahnärzte)	12.993	15.763	21,3
Ärzte in Vertragsverhältnis mit KV-Trägern (ohne Zahnärzte)	8.026	8.057	0,4
Absolventen u. Absolventinnen medizinischer Universitäten	1.170	1.976	68,9
Ärzte u. Ärztinnen in Ausbildung (Turnusärzte u. -ärztinnen)	5.511	6.662	20,9
Zahnärzte u. Zahnärztinnen	**3.729**	**5.006**	**34,2**
Gehobener Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege (in KA)	**46.219**	**52.924**	**14,5**
Allgemeine Gesundheits- u. Krankenpflege	39.332	45.707	16,2
Kinder- und Jugendlichenpflege	3.712	3.844	3,6
Psychiatrische Gesundheits- u. Krankenpflege	3.175	3.303	4,0
Kardiotechnischer Dienst	**39**	**66**	**69,2**
Personal des Gehobenen medizin.-technischen Dienstes, med.-techn. Fachdienstes, Masseure u. Masseurinnen (in KA)	**11.384**	**13.278**	**16,6**
Physiotherapeutischer Dienst	2.223	2.849	28,2
Medizinisch-technischer Laboratoriumsdienst	2.929	3.093	5,6
Radiologischer-technischer Dienst	2.378	2.864	20,4
Diätdienst u. ernährungsmedizinischer Beratungsdienst	424	547	29,0
Ergotherapeutischer Dienst	548	900	64,2
Logopädischer-phoniatrischer-audiologischer Dienst	249	377	51,4
Orthoptischer Dienst	112	150	33,9
Medizinisch-technischer Fachdienst	1.920	1.821	-5,2
Med. Masseure u. Masseurinnen u. Heilmasseure *****	601	677	12,6
Personal des Sanitätshilfsdienstes und Pflegehilfe (in KA)******	**15.133**	**13.786**	**-8,9**
Sanitäter u. Sanitäterinnen	1.232	621	-49,6
Pflegehelfer u. Pflegehelferinnen	10.769	9.733	-9,6
Operationsgehilfen u. -gehilfinnen	2.275	2.483	9,1
Laborgehilfen u. -gehilfinnen	287	243	-15,3
Prosekturgehilfen u. -gehilfinnen	129	120	-7,0
Ordinationsgehilfen u. -gehilfinnen	241	69	-71,4
Heilbadegehilfen u. -gehilfinnen	75	330	340,0
Ergotherapiegehilfen u. -gehilfinnen	39	68	74,4
Desinfektionsgehilfen u. -gehilfinnen	86	119	38,4
Hebammen (in KA)	**1.073**	**1.273**	**18,6**
Personal für die 24-Stunden-Betreuung (2009)	**-**	**18.361**	**-**

* Inklusive Mehrfachzuordnungen, keine Summenbildung möglich
** Exklusive Zahnärzte und Mehrfachqualifikationen
*** Angestellt in Krankenanstalten, Ambulatorien, Instituten, Schulen oder bei sonstigen Dienstleistern
**** Exklusive Personal ohne Zeugnis
***** Anzahl für 2000 bezieht sich auf Heilbademeister sowie Heilmasseure u. -masseurinnen

Quelle: Statistik Austria 2002 u. 2010d, GÖG/ÖBIG 2009b, ÖZK 2010, ÖÄK 2010, BMG 2010, GÖG/ÖBIG-eigene Berechnung

3 Das österreichische Gesundheitswesen im internationalen Vergleich

Dieses zentrale Kapitel widmet sich der Darstellung des österreichischen Gesundheitswesens im internationalen Vergleich. Anhand von 25 ausgewählten Indikatoren wird die Leistungsfähigkeit des österreichischen Gesundheitswesens im europäischen Vergleich untersucht.

Die Indikatoren werden in drei Dimensionen gruppiert:

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

Als Untersuchungsregion wurden in erster Linie die EU-15-Mitgliedstaaten herangezogen. Diese wurden ausgewählt, weil die Datenverfügbarkeit auch für längere Zeitreihen gegeben ist, aber auch, da sich die hochindustrialisierten, westeuropäischen Staaten hinsichtlich ihrer Wirtschaftsleistung und demokratischen Entwicklung besser mit Österreich vergleichen lassen. Eine Auflistung der EU-15-Mitgliedstaaten findet sich in Abschnitt 1.2.

Der vorliegende Bericht strebt darüber hinaus auch einen möglichst umfassenden europäischen Vergleich an. Daher wird der Untersuchungsraum in ausgewählten Fällen, abhängig von der Datenverfügbarkeit, auf weitere EU-Mitgliedsstaaten ausgedehnt. Für ausgewählte Parameter wird auch die Entwicklung im Zeitablauf für Österreich und den EU-15-Raum analysiert.

3.1 Gesundheitsausgaben und Ressourceneinsatz

Die Dimension Gesundheitsausgaben und Ressourceneinsatz beinhaltet sieben Indikatoren, die Rückschlüsse auf die Höhe bzw. Bedeutung der eingesetzten monetären, personellen und technischen Mittel erlauben. Damit wird ein Überblick über den Ressourceneinsatz in europäischen Gesundheitssystemen vermittelt und die österreichische Situation aus internationaler Perspektive beleuchtet.

Indikatoren zu Gesundheitsausgaben, Financiers und Leistungserbringern bzw. -empfängern werden häufig in Kombination mit Leistungsergebnissen zur Messung ökonomischer Nachhaltigkeit herangezogen.

Folgende Indikatoren sind Bestandteil dieses Abschnitts und dokumentieren Höhe sowie Bedeutung der eingesetzten monetären, personellen und technischen Mittel im internationalen Vergleich:

» Gesundheitsausgaben in Prozent des Bruttoinlandprodukts
» Gesundheitsausgaben pro Kopf
» Gesundheitsausgaben nach Sektoren
» Ärztedichte
» Pflegepersonal
» Bettendichte
» Medizinisch-technische Großgeräte

3.1.1 Gesundheitsausgaben in Prozent des Bruttoinlandprodukts

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

Innerhalb der in Abbildung 3.1 verglichenen, europäischen Länder wies Frankreich im Jahr 2007 mit einer Gesundheitsausgabenquote von 11,0 Prozent den höchsten Wert auf. Österreich lag mit 10,3 Prozent ebenfalls im europäischen Spitzenfeld und deutlich über dem EU-15-Durchschnitt (Ø) von 9,3 Prozent.

Abbildung 3.1:
Europäischer Vergleich: Gesamte Gesundheitsausgaben in Prozent des BIP (Gesundheitsausgabenquote), 2007

* Werte aus 2006

Quelle: OECD 2009a

Den geringsten Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP verzeichneten Polen und die Tschechische Republik mit Werten unter 7,0 Prozent. In allen dargestellten, europäischen Ländern wurden die Gesundheitsausgaben mehrheitlich aus öffentlichen Mitteln finanziert.

In Österreich betrug der öffentliche Anteil im Jahr 2007 rund 76 Prozent, dies entspricht 7,9 Prozent des BIP[13]. Den höchsten öffentlich finanzierten Anteil der Gesundheitsausgaben gab es ebenfalls in Frankreich mit 8,7 Prozent des BIP.

13
Rund 40 Prozent der gesamten öffentlichen Mittel stammen dabei aus dem Steueraufkommen.

Abbildung 3.2:
Europäischer Vergleich: Entwicklung Gesundheitsausgaben in Österreich und im EU-15-Durchschnitt in Prozent des Bruttoinlandsprodukts, 1997-2007

Quelle: OECD 2009a

3.1.2 Gesundheitsausgaben pro Kopf

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

Abbildung 3.2 veranschaulicht die entsprechenden Werte aus dem Jahr 2007 in Euro. Auf Pro-Kopf-Basis hatte Dänemark mit 4.050 Euro die höchsten Gesundheitsausgaben. Auch Österreich lag mit Ausgaben von 3.358 Euro je Einwohner deutlich über dem EU-15-Durchschnitt von 2.946 Euro.

Deutlich weniger wendeten die dargestellten, jüngeren mittel- und osteuropäischen EU-Mitgliedstaaten für Gesundheitsleistungen auf. Die geringsten Pro-Kopf-Ausgaben verzeichnete Polen mit 522 Euro im Jahr 2007.

Abbildung 3.3:
Europäischer Vergleich: Gesundheitsausgaben pro Kopf ausgewählter EU-Länder in Euro*, 2007

* Umgerechnet mit Referenzkurs der Europäischen Zentralbank für 2007 (1 Euro = 1,3705 US$)
** Werte aus 2006

Quelle: OECD 2009, ÖNB 2009

Ein Blick auf das Wachstum der Gesundheitsausgaben in Abbildung 3.4 zeigt, dass die Aufwendungen in den EU-15-Staaten im Zeitraum 1997 bis 2007 durchschnittlich jährlich um 3,8 Prozent gestiegen sind. Am geringsten nahmen die Ausgaben in Deutschland im Ausmaß von 1,7 Prozent zu, wenngleich bereits auf einem hohen Niveau liegend. Die österreichische Steigerungsrate von 2,7 Prozent jährlich liegt ebenfalls deutlich unter dem EU-15-Durchschnitt. Den größten durchschnittlichen jährlichen Anstieg bei den Gesundheitsausgaben wies unter den angeführten Ländern die Slowakei mit 8,0 Prozent auf.

Abbildung 3.4:
Europäischer Vergleich: Durchschnittliches reales Wachstum der Gesundheitsausgaben ausgewählter europäischer Länder, 1997–2007 in Prozent

* Wachstum von 1997 bis 2006
** Werte aus 2006

Quelle: OECD 2009a

3.1.3 Gesundheitsausgaben nach Sektoren

Die Gesundheitsausgaben eines Staates lassen sich ausgabenseitig grob in die Funktionen stationärer Bereich, ambulanter Bereich, Arzneimittel, Langzeitpflege, öffentliche Gesundheit und Administration sowie sonstige Ausgaben wie etwa Rettungsdienste gliedern. Diese Aufteilung erlaubt Einblicke in die Bedeutung und Ausprägung einzelner Sektoren. Abbildung 3.5 stellt die prozentuale Aufteilung dieser Ausgabenpositionen für das Jahr 2007 dar.

Abbildung 3.5:
Europäischer Vergleich: Gliederung der laufenden Gesundheitsausgaben ausgewählter europäischer Länder nach Funktionen in Prozent, 2007*

* Oder letztes verfügbares Jahr
** Ambulanter Bereich beinhaltet Ausgaben für Zahnbehandlungen
*** Inklusive medizinische Ge- und Verbrauchsgüter
**** Zahnbehandlungen, gesundheitsbezogene Nebenleistungen (z. B. Rettungsdienste)
Werte restlicher EU-15-Länder nicht verfügbar

Quellen: OECD 2009a, Statistik Austria 2010b

Es wird deutlich, dass die Mehrheit der dargestellten Länder einen Großteil der Gesundheitsausgaben für den stationären Sektor aufwendete. Ausnahmen bildeten Spanien, Schweden und Portugal, wo Ausgaben für den ambulanten Sektor überwogen.

Mit 35,5 Prozent gab Österreich – wie auch in den Jahren davor – den höchsten Anteil der laufenden Gesundheitsausgaben unter den abgebildeten EU-Mitgliedstaaten für die stationäre Versorgung aus. Pro-Kopf entsprachen diese Ausgaben 1.127 Euro (gesamt 9.367 Mio. Euro). Die entsprechenden Pro-Kopf-Ausgaben für die ambulante Versorgung betrugen 612 Euro (gesamt 5.085 Mio. Euro).

Gemessen am Anteil an den gesamten Gesundheitsausgaben folgen den Ausgaben für die stationäre Versorgung in den meisten Ländern Aufwendungen für den ambulanten Bereich. Hierbei hebt sich Portugal mit 35,3 Prozent deutlich vom EU-15-Durchschnitt von 27,0 Prozent ab.

Weiters ist auffällig, dass die Ausgaben für Arzneimittel teilweise beträchtlich schwanken. Die Slowakei gab mit 37,6 Prozent gefolgt von Ungarn mit 36,1 Prozent proportional gesehen am meisten für diese Position aus. Auf den geringsten Anteil kam Dänemark mit 13,2 Prozent. Einer der Gründe dafür ist, dass die pharmazeutischen Unternehmen versuchen, die Preise von Arzneimitteln europaweit einheitlich zu gestalten. In Ländern geringerer Kaufkraft fällt daher ein überproportional hoher Anteil der Ausgaben auf diese Position.

3.1.4 Ärztedichte

Die Ärztedichte drückt die Anzahl an praktizierenden Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmedizinern sowie Fachärztinnen und Fachärzten je 1.000 Personen aus (ohne Ärztinnen bzw. Ärzte in Ausbildung und ohne Zahnärzte). Ein adäquater Versorgungsgrad mit Medizinerinnen und Medizinern ist mit ein Kernelement jedes Gesundheitssystems.

Nach Angaben der OECD wies Griechenland im Jahr 2007 mit 5,4 praktizierenden Ärztinnen und Ärzten je 1.000 Personen die höchste Ärztedichte unter den EU-15-Mitgliedstaaten (s. Abbildung 3.6) auf.

Österreich lag mit 3,75 Medizinerinnen und Medizinern ebenfalls über dem EU-15-Durchschnitt von 3,5.[14] Die geringste Versorgungsdichte mit niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten registrierten im Jahr 2007 Polen (2,2) und das Vereinigte Königreich (2,5).

14
Bei der Interpretation ist zu berücksichtigen, dass nur ein Teil der in freier Praxis tätigen österreichischen Ärztinnen und Ärzte (ohne Zahnmedizin) ein Vertragsverhältnis mit einem der Krankenversicherungsträger hatte (s. Abschnitt 2.4).

Abbildung 3.6:
Europäischer Vergleich: Praktizierende Ärzte pro 1.000 Einwohner, 2007

* Werte aus 2006

Quelle: OECD 2009a

Mit Ausnahme Italiens nahm die Ärztedichte in allen EU-15-Staaten von 1997 bis 2007 zu. Das durchschnittliche Wachstum betrug in dieser Periode im EU-15-Raum 1,9 Prozent. Abbildung 3.7 zeigt, dass die Ärztedichte in Österreich von 2,9 Ärztinnen und Ärzten im Jahr 1997 auf 3,75 im Jahr 2007 gestiegen ist. Dies entspricht einem durchschnittlichen Wachstum von 2,6 Prozent. Im EU-15-Durchschnitt fiel der Anstieg geringer aus, die Anzahl an Ärzten pro 1.000 Einwohnerinnen und Einwohner stieg von 3 Prozent 1997 auf 3,5 Prozent im Jahr 2007.

Abbildung 3.7:
Entwicklung der Ärztedichte in Österreich und im EU-15-Durchschnitt, 1997-2007

Quelle: OECD 2009a

3.1.5 Pflegepersonal

Die Indikatoren zum Pflegepersonal umfassen alle in Krankenanstalten beschäftigten Krankenpflegerinnen und Krankenpfleger sowie Hebammen und Entbindungspfleger je 1.000 Personen sowie je tatsächlich aufgestelltes Bett.[15] Wird das Personal auf Krankenhausbetten bezogen, kommt es zu einer Verknüpfung von eingesetzten personellen Ressourcen mit materiellen Ressourcen. Die Relation von Personal zur Bevölkerung eines Landes gibt Einblicke in die Versorgungssituation des stationären Bereichs.

Aus Abbildung 3.8 kann das Verhältnis des in der Krankenanstalt beschäftigten Pflegepersonals je Krankenhausbett entnommen werden. Darüber hinaus zeigt die Abbildung auch die Versorgungsdichte, d. h. das Pflegepersonal bezogen auf 1.000 Einwohnerinnen oder Einwohner des jeweiligen Landes. Irland hob sich im Jahr 2007 mit 15,5 Beschäftigen je 1.000 Einwohner gemeinsam mit Belgien (14,84) und Dänemark (14,3) deutlich vom Rest Europas ab. Das Personal-Betten-Verhältnis ist am stärksten in Dänemark mit 3,96 Beschäftigten je Bett ausgeprägt. Ebenfalls auf hohe Werte kamen Irland mit 3,0, das Vereinigte Königreich mit 2,94 und Spanien mit 2,31 Beschäftigten je Bett. Am schwächsten war dieses Verhältnis in Griechenland (0,68), Polen (0,81) und Ungarn (0,86) ausgeprägt. Österreich lag mit 0,95 Beschäftigen je Bett

15
Inklusive Teilzeitkräfte

wie auch mit 7,37 Beschäftigen je 1.000 Einwohnerinnen unter dem EU-15-Durchschnitt von 1,52 bzw. 8,08. Hinsichtlich Pflegepersonal je 1.000 Einwohnerinnen oder Einwohner lag Griechenland mit 3,21 gefolgt von Portugal und (5,11) und Polen (5,18) auf dem letzten Rang.

Abbildung 3.8:
Europäischer Vergleich: Pflegepersonal in Krankenanstalten je tatsächliches Bett und je 1.000 Einwohner, 2007

* Werte aus 2006 oder letztes verfügbares Jahr
** Bettenzahl für Schweden nicht verfügbar

Quellen: EUROSTAT 2009, OECD 2009a, BMG 2009a, GÖG/ÖBIG-Berechnung

3.1.6 Bettendichte

Der Indikator „Bettendichte" errechnet sich aus den tatsächlich in Krankenanstalten aufgestellten Betten je 100.000 Einwohnerinnen oder Einwohner und gibt Auskunft über die Versorgungskapazitäten im stationären Bereich. Geringere Bettendichte geht nicht zwangsläufig mit einer schlechteren Versorgungssituation einher. Um dies zu verdeutlichen, müssen weitere versorgungsrelevante Indikatoren betrachtet werden.

Abbildung 3.9 stellt die jeweilige Bettendichte in den EU-Mitgliedstaaten dar. Im Jahr 2007 standen im EU-15-Durchschnitt 518 Betten je 100.000 Einwohner zur Verfügung. Die höchste Bettendichte verzeichnete Deutschland mit 829 Betten gefolgt von Litauen (816). Auch Österreich lag bei diesem Wert im europäischen Spitzenfeld und kam auf 778 Betten je 100.000 Einwohner. Die geringste Bettendichte wiesen 2007 Schweden (288), Spanien (330) und das Vereinigte Königreich (342) auf.

Abbildung 3.9:
Europäischer Vergleich: Krankenhausbetten je 100.000 Personen, 2007

* Werte aus 2006 oder letztes verfügbares Jahr

Quelle: EUROSTAT 2009

3.1.7 Medizinisch-technische Großgeräte

Der Indikator medizinisch-technische Großgeräte gibt Auskunft über die Verfügbarkeit moderner medizinischer Technologien, hierbei in Form von Computertomographen (CT) und Magnetresonanz-Tomographen (MRT) je Million Einwohner. Die Verbreitung von medizinisch-technischen Großgeräten ist zum einen ein Indikator für ein qualitativ hochwertiges Diagnose- und Versorgungsangebot, ist aber andererseits auch mitverantwortlich für steigende Gesundheitsausgaben.

In Abbildung 3.10 wird exemplarisch die Anzahl von Computertomographen (CT) und Magnetresonanz-Tomographen (MRT) für ausgewählte europäische Länder je Million Einwohner gezeigt.

Die Darstellung für 2007 zeigt ein äußerst heterogenes Bild für Europa. In Belgien gab es mit 41,6 CT je Million Einwohner mehr als doppelt so viele Geräte wie im EU-15-Durchschnitt (20,4). Die meisten MRT befanden sich mit 18,6 je Million Einwohner in Italien, was annähernd dem Zweifachen des EU-15-Mittels von 9,9 entspricht. Österreich lag 2007 mit 17,7 MRT und 29,8 CT ebenfalls deutlich über dem Schnitt.

Den geringsten Versorgungsgrad mit MRT wiesen 2007 Polen (2,7) und Ungarn (2,8) auf. Bei CT war die Dichte in Ungarn mit 7,3 Geräten, gefolgt vom Vereinigten Königreich (7,6) und den Niederlanden (8,4) am geringsten.

Abbildung 3.10:
Europäischer Vergleich: Computertomographiegeräte und Magnetresonanz-Tomographiegeräte je 1 Mio. Einwohner, 2007

* Werte aus 2006 oder letztes verfügbares Jahr
** Anzahl an Magnetresonanz-Tomographiegeräten nicht verfügbar

Quelle: OECD 2009a

© GÖG/ÖBIG; Das österreichische Gesundheitswesen im internationalen Vergleich, Ausgabe 2010

3.2 Gerechtigkeit, Zugang und Inanspruchnahme

Diese Dimension beinhaltet mehrere zentrale Komponenten für die Beurteilung eines Gesundheitssystems, die Aspekte der Gerechtigkeit (in Bezug auf den Zugang und die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen) widerspiegeln. Durch Informationen über die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen können ebenfalls Rückschlüsse auf den Zugang bzw. bestehende Zugangsbarrieren sowie auf eine (gerechte oder ungerechte) Ungleichverteilung der Leistungen geschlossen werden. Die Gerechtigkeit eines Gesundheitssystems zeigt sich auch in den gesundheitlichen Outcomes der betroffenen Bevölkerung. Dieser Aspekt wird im Abschnitt 3.3 untersucht. Folgende Indikatoren fließen in die Dimension Gerechtigkeit, Zugang und Inanspruchnahme ein:

» Krankenhaushäufigkeit
» Krankenhausverweildauer
» Selbstzahlungen der privaten Haushalte
» Bevölkerungsanteil mit unerfülltem Behandlungsbedürfnis
» Zugang zu Arzneimitteln
» Zugang zur ambulanten und stationären Versorgung

3.2.1 Krankenhaushäufigkeit

Unter Krankenhaushäufigkeit wird die Anzahl der Krankenhausaufnahmen je 100 Einwohnerinnen oder Einwohner, die mit einem Aufenthalt von mindestens 24 Stunden verbunden sind, verstanden. Stationäre Aufnahmen bedeuten physische und psychische Belastungen für die betroffenen Personen. Gleichzeitig stellen sie einen kostenintensiven Faktor für das Gesundheitswesen dar.

Innerhalb der EU existieren teilweise erhebliche Unterschiede bezüglich Krankenhaushäufigkeit, wie aus Abbildung 3.11 ersichtlich ist. Mit 27,9 Aufnahmen je 100 Personen führte Österreich – wie auch in den vorangegangenen Jahren – die Statistik für 2007 innerhalb der EU-Mitgliedstaaten an.

Ebenfalls hohe Krankenhaushäufigkeiten wiesen Finnland und Rumänien aus, jedoch mit einer ungleich geringeren Anzahl an Betten (s. Abbildung 3.9). Der EU-15-Durchschnitt lag 2007 bei 17,2 Aufnahmen je 100 Einwohner. Die geringste Krankenhaushäufigkeit gab es im gleichen Zeitraum in Zypern (7,8), den Niederlanden (10,6) und Portugal (11,4).

Abbildung 3.11:
Europäischer Vergleich: Krankenhausaufnahmen je 100 Personen (Krankenhaushäufigkeit), 2007

* Werte aus 2006 oder letztes verfügbares Jahr

Quelle: WHO 2009a

3.2.2 Krankenhausverweildauer

Die Krankenhausverweildauer errechnet sich aus der Anzahl an Tagen, die eine Patientin oder ein Patient im Durchschnitt in stationärer Behandlung verbringt. Ähnlich wie bei der Krankenhaushäufigkeit bedeuten längere Krankenhausaufenthalte auch höhere Kosten. Darüber hinaus kann die durchschnittliche Krankenhausverweildauer als Maß für Effizienz betrachtet werden, vorausgesetzt die Behandlungsresultate liefern das

gleiche Ergebnis bei kürzerer Verweildauer. Zu kurze Aufenthalte können auch gegenteilige Effekte bewirken und den Behandlungserfolg beeinflussen.

Nach stehende Abbildung 3.12 veranschaulicht den Indikator Krankenhausverweildauer im Jahr 2007. Auch bei diesem Indikator zeigt sich ein heterogenes Bild für die dargestellten europäischen Länder. Die Werte rangieren von 3,5 Tagen in Dänemark bis zu durchschnittlich 7,8 Tagen in Deutschland.

Abbildung 3.12:
Europäischer Vergleich: Durchschnittliche Krankenhausverweildauer in der Akutversorgung in Tagen, 2007

* Werte aus 2006 oder letztes verfügbares Jahr

Quelle: OECD 2009a

Österreich liegt damit im europaweiten Trend einer rückläufigen Aufenthaltsdauer wie Abbildung 3.13 illustriert. Zwischen 1997 bis 2006 sank die durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Österreich von 7,6 auf 5,7 Tage[16] und orientiert sich damit am EU-15-Durchschnitt (6,1 Tage).

Abbildung 3.13:
Entwicklung der durchschnittlichen Krankenhausverweildauer in der Akutversorgung in Österreich und im EU-15-Durchschnitt, 1997-2006

Quelle: OECD 2009a

3.2.3 Selbstzahlungen der privaten Haushalte

Selbstzahlungen privater Haushalte[17] werden als private Kostenbeteiligungen (z. B. Selbstbehalte, Rezeptgebühren, Kostenbeiträge für stationäre Aufenthalte), Selbstmedikation und anderen Ausgaben, die direkt von privaten Haushalten für gesundheitsbezogene Leistungen – „Out-of-Pocket" – aufgewendet werden, definiert (s. Abschnitt 2.2). Somit stellen sie eine direkte Belastung kranker Menschen unabhängig von etwaigen Systemen sozialer Sicherung dar. Durch Selbstzahlungen, die nicht durch soziale Maßnahmen (z. B. Befreiungen) abgefedert werden, kann der Zugang

16
Aufenthaltsdauer zwischen 1 und 28 Tagen (ohne Eintagespflege und Langzeitaufenthalte).

17
Auch Out-of-Pocket-Zahlungen genannt.

zum Gesundheitssystem insbesondere für einkommensschwache Haushalte eingeschränkt werden.

Abbildung 3.14:
Europäischer Vergleich: Selbstzahlungen der privaten Haushalte (Out-of-Pocket-Anteil) in Prozent der gesamten Gesundheitsausgaben, 2007

* Werte aus 2006

Quelle: OECD 2009a

Im europäischen Vergleich gibt es beträchtliche Unterschiede bei den Selbstzahlungen, wie Abbildung 3.14 illustriert. So beträgt der Out-of-Pocket-Anteil in den Niederlanden 5,5 Prozent der gesamten Gesundheitsausgaben, während in der Slowakei mit 26,2 Prozent annähernd das Fünffache aufgewendet werden musste.

Gründe für den vergleichsweise niedrigen holländischen Wert liegen im dortigen privaten Versicherungssystem. So werden viele Leistungen, die in anderen Ländern

privat zu bezahlen, sind über Versicherungszusatzpakete abgedeckt, die laut SHA-Systematik[18] als „öffentliche“ Ausgaben gewertet werden.

In Österreich lagen die Selbstzahlungen privater Haushalte mit 15,4 Prozent über dem EU-15-Durchschnitt von 12,2 Prozent. In der obigen Darstellung ist die 2008 eingeführte Rezeptgebührenobergrenze jedoch noch nicht enthalten. Diese besagt, dass jeder und jede Versicherte nur so lange die Rezeptgebühr entrichten muss, bis im laufenden Kalenderjahr ein Betrag von zwei Prozent des Jahresnettoeinkommens erreicht wird.

3.2.4 Bevölkerungsanteil mit unerfülltem Behandlungsbedürfnis

Der adäquate Zugang zum Gesundheitssystem wird üblicherweise durch die geografische Erreichbarkeit von Gesundheitseinrichtungen (Distanzmatrizen) dargestellt. Diese Distanzen erlauben jedoch noch keine Rückschlüsse auf die Behandlungszufriedenheit der Bevölkerung. So ist es beispielsweise nicht möglich, daraus auf Wartezeiten oder Leistbarkeit zu schließen.

Ein besserer Indikator für die Zugänglichkeit bzw. Barrierefreiheit ist daher die Betrachtung jenes Bevölkerungsanteils, der ein unerfülltes Bedürfnis nach einer medizinischen Behandlung verspürt. Als Gründe kommen dabei eingeschränkte finanzielle Leistbarkeit, als zu lange empfundene Wartezeiten oder zu lange Anfahrtswege in Frage. Abbildung 3.15 bietet einen Überblick über diesen Indikator.

Auffällig ist, dass es nicht nur zwischen den einzelnen Ländern, sondern auch zwischen den Geschlechtern beträchtliche Unterschiede gibt. Fast überall in Europa gaben mehr Frauen als Männer an, dass Behandlungsbedürfnisse nicht erfüllt wurden. Dieses Ergebnis wird auch durch eine ÖBIG-Studie aus dem Jahr 2003 für Österreich untermauert (s. ÖBIG 2003).

Die dänische Bevölkerung war 2006 am zufriedensten mit dem Zugang zu ihrem Gesundheitssystem, nur 0,5 Prozent der Männer und 0,3 Prozent der Frauen waren der Ansicht, eine erforderliche ärztliche Untersuchung oder Behandlung hätte nicht stattgefunden. Dieser Wert ist überraschend, da in dänischen Medien immer wieder lange Wartezeiten auf stationäre Interventionen thematisiert werden. Am häufigsten

---

18
System of Health Accounts; auch in Österreich verwendete Methode zur Berechnung der Gesundheitsausgaben eines Landes.

bemängeln die Griechinnen und Griechen (5,3 Prozent der Männer und 6,3 Prozent der Frauen) die Verfügbarkeit von Behandlungsmöglichkeiten. Österreicherinnen (0,6 %) und Österreicher (0,4 %) haben im Vergleich mit der europäischen Durchschnittsbevölkerung (EU-15) deutlich weniger unerfüllte Behandlungswünsche.

Abbildung 3.15:
Europäischer Vergleich: Anteil der Bevölkerung mit unerfülltem Bedürfnis nach medizinischer Behandlung nach Geschlecht in Prozent, 2006

* Letztes verfügbares Jahr

Quelle: EUROSTAT 2009

3.2.5 Zugang zu Arzneimitteln

Ein Indikator, um den Zugang zu Arzneimitteln zu messen, ist die Apothekendichte, also das Verhältnis der Abgabestellen für verschreibungspflichtige Medikamente zur Bevölkerung eines Landes. Mit Abgabestellen sind dabei all jene Einrichtungen gemeint, die verschreibungspflichtige Arzneimittel an Patientinnen und Patienten abgeben dürfen. Dazu gehören neben Apotheken auch hausapothekenführende Hausärz-

tinnen bzw. Hausärzte, Krankenhausapotheken und speziell in den letzten Jahren in einigen Ländern auch Versandapotheken. Je größer die Relation von Abgabestellen zur Bevölkerungsanzahl ausfällt, desto einfacher ist der Zugang zu Arzneimittel. Kritiker sehen jedoch in einem Überangebot an (konkurrierenden) Abgabestellen die Gefahr einer Übermedikalisierung der Bevölkerung.

Abbildung 3.16:
Europäischer Vergleich: Abgabestellen für verschreibungspflichtige Medikamente je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner, 2007*

* Oder letztes verfügbares Jahr

Quellen: PPRI 2009, GÖG/ÖBIG 2006, EUROSTAT 2009

Abbildung 3.16 zeigt, dass es in der EU deutliche Unterschiede bei der Apothekendichte bzw. der Dichte der Abgabestellen für verschreibungspflichtige Medikamente gibt. Der EU-15-Durchschnitt lag im Jahr 2007 bei 29,3 Apotheken je 100.000 Personen und entsprach somit mehr als dem dreifachen Wert von Dänemark, wo rund 8,3 Abgabestellen auf 100.000 Einwohnerinnen bzw. Einwohner kamen. Zu berücksichti-

gen ist hierbei aber, dass im Gegensatz zu vielen anderen Ländern in Dänemark rezeptfreie Arzneimittel nicht nur in Drogerien, sondern teilweise auch an Tankstellen oder Kiosken abgegeben werden dürfen.

In Österreich lag die Zahl der Abgabestellen pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner mit 26,4 knapp unter dem EU-15-Durchschnitt, obwohl zusätzlich etwa 1.000 hausapothekenführende Ärztinnen und Ärzte zur Arzneimittelversorgung beitrugen. Letztgenannter Umstand stellt überdies eine Besonderheit in Europa dar.

Am höchsten ist die Apothekendichte mit 77,3 Abgabestellen pro 100.000 EW in Griechenland, nach Aussagen der Europäischen Apothekervereinigung ist aber eine Marktbereinigung in Zukunft wahrscheinlich.

3.2.6 Zugang zur ambulanten und stationären Versorgung

Der Zugang zu Einrichtungen des Gesundheitswesens kann sich aus unterschiedlichen Gründen als einfach oder schwierig erweisen. Eine Möglichkeit die Verfügbarkeit von bzw. den Zugang zu Einrichtungen des Gesundheitssystems zu messen, besteht darin Personen zu bitten, die Schwierigkeit beim Zugang zu einer Hausärztin bzw. einem Hausarzt oder einem Krankenhaus einzuschätzen. Der hier dargestellte Indikator zeigt jenen Bevölkerungsteil, der den Zugang mit „sehr einfach“ oder mit „eher einfach“ beschreibt.

Aus Abbildung 3.17 wird ersichtlich, dass die Selbsteinschätzung hinsichtlich der Zugänglichkeit von Spitälern oder Hausärztinnen bzw. Hausärzten in den EU-15-Mitgliedsstaaten teilweise beträchtlich differiert. Der Bevölkerungsanteil, der den Zugang zu Krankenhäusern als „sehr einfach“ oder „eher einfach“ einstufte, spannt sich von der niedrigsten Ausprägung in Irland mit 65 Prozent bis zum höchsten Anteil in Österreich mit 92 Prozent. Im EU-15-Durchschnitt lag der Anteil bei 77 Prozent.

Auch hinsichtlich der eingeschätzten Schwierigkeit, Zugang zu einer Hausärztin oder einem Hausarzt zu bekommen, gab es im Befragungsjahr 2007 sehr unterschiedliche Länderausprägungen. Am einfachsten scheint der Zugang in Österreich (94 % der befragten Personen schätzten den Zugang als „sehr einfach“ oder „eher einfach“ ein), Deutschland (94 %) und Spanien (94 %) zu sein. Anders hingegen in Schweden, wo nur 63 Prozent der Befragten den Zugang zu einem Hausarzt als „sehr einfach“ oder „eher einfach“ einstuften.

Abbildung 3.17:
Europäischer Vergleich: Eingeschätzte Zugänglichkeit von Krankenhaus oder Hausarzt, 2007

Quelle: Eurobarometer 2007

3.2.7 Eingeschätzte Leistbarkeit von Pflegeheimen

Ein weiterer Indikator, der Aussagen über Zugang und die Gerechtigkeit zulässt, ist die finanzielle Last, die Klientinnen und Klienten von Pflegeeinrichtungen zu tragen haben. Ähnlich wie beim Indikator „Eingeschätzte Schwierigkeit des Zugangs zu einem Arzt oder Krankenhaus“ kann die Messung durch die Frage nach der subjektiven Leistbarkeit eines Pflegeheimes erfolgen.

Wie Abbildung 3.18 zeigt, wurden Pflegeheime im Jahr 2007 von 79 Prozent der Griechen als „kaum“ oder „nicht leistbar“ eingestuft. Auch in Österreich wurde die finanzielle Leistbarkeit mit einem Anteil von 56 Prozent schlechter als im EU-15-Durchschnitt (40 %) eingeschätzt. Offensichtlich ist den Befragten nicht ausreichend bekannt, dass diese Kosten – neben den Mitteln aus allfälligem Pflegegeld – zum hohen Teil durch Sozialhilfeträger übernommen werden. Ein Anteil von 18 Prozent der

in Österreich befragten Personen antwortete auf die Frage nach der eingeschätzten Leistbarkeit von Pflegeheimen mit „ich weiß nicht“, was als Indiz für mangelnde Informiertheit gewertet werden kann.

Das Beispiel Dänemark, wo nur sieben Prozent der Befragten glaubten, dass stationäre Pflege für sie nicht leistbar wäre, zeigt die große Schwankungsbreite der Ausprägungen dieses subjektiven Indikators.

Abbildung 3.18:
Europäischer Vergleich: Eingeschätzte Leistbarkeit eines Pflegeheims (Anteil der Befragten, die „kaum“ oder „nicht leistbar“ angaben), 2007

Quelle: Eurobarometer 2007

3.3 Gesundheitsbezogene Leistungsergebnisse

Die Dimension gesundheitsbezogene Leistungsergebnisse (Outcomes) umfasst in erster Linie Indikatoren, die den Gesundheitszustand, die Morbidität und die Sterblichkeit einer Bevölkerung messen. Im vorliegenden Bericht wird diese Dimension als Ergebnis der Leistungsfähigkeit eines Gesundheitssystems betrachtet. Sie gibt u. a. Auskunft über die Wirkung, die Verteilung und die Qualität der Versorgung in verschiedenen Bereichen des Gesundheitswesens.

Verschlechtert sich der Gesundheitszustand einer Bevölkerung, kann dies erhebliche gesamtwirtschaftliche und gesellschaftliche Folgen nach sich ziehen. Dazu gehören veränderte Muster des Mitteleinsatzes innerhalb des Gesundheitswesens sowie Auswirkungen auf Konsum und Produktion in der gesamten Wirtschaft. Daher wurden folgende Indikatoren ausgewählt, um einen adäquaten europäischen Vergleich anstellen zu können:

» Lebenserwartung bei der Geburt
» Gesunde Lebensjahre bei der Geburt
» Säuglingssterblichkeit
» Bevölkerungsanteil der über 65-Jährigen
» Fünf-Jahres-Überlebensraten bei Krebserkrankungen
» Übergewichtige Bevölkerung
» Mortalität nach Schlaganfall innerhalb 30 Tage nach stationärer Aufnahme
» Selbsteingeschätzter allgemeiner Gesundheitszustand
» Sterblichkeit aufgrund von Diabetes mellitus
» Anzahl kariöser, fehlender oder sanierter Zähne im bleibenden Gebiss bei Zwölfjährigen (DMFT Index)
» Qualität des Gesundheitssystems

3.3.1 Lebenserwartung

Die Lebenserwartung bei der Geburt gehört zu den wichtigsten und am häufigsten verwendeten Ergebnisindikatoren. Sie berechnet sich aus dem Durchschnitt der Lebenserwartung aller Alterskohorten. Dies geschieht durch eine Ermittlung von Todes- bzw. Überlebenswahrscheinlichkeiten anhand von Sterbetafeln. Die Lebenserwartung gibt daher die wahrscheinliche Anzahl an Jahren wieder, die ein neugeborenes Kind leben wird, wenn sich die zum Ermittlungszeitpunkt herrschenden Bedingungen nicht ändern. Die Lebenserwartung ist in den letzten Dekaden in allen europäischen Ländern beachtlich angestiegen, was auf verschiedene Faktoren wie etwa

medizinischer Fortschritt, steigender Lebensstandard oder bessere Ausbildung sowie ausreichende Ernährung zurückzuführen ist (s. OECD 2009b).

Aus Abbildung 3.19 ist die Lebenserwartung für einige EU-Mitgliedsstaaten für das Jahr 2007 getrennt für Männer und Frauen sowie für beide Geschlechter zusammen (ungewichteter Durchschnitt) ersichtlich. In Österreich lag die Lebenserwartung 2007 mit 80,1 Jahre knapp über dem EU-15-Durchschnitt von 80,0 Jahren. Für Frauen lagen die Werte in Frankreich mit 84,4 Jahren am höchsten, während die Männer in Schweden (78,9) mit der höchsten Lebenserwartung rechnen durften. Auffallend ist weiters, dass die angeführten osteuropäischen Länder auf die niedrigsten Werte kamen. Am geringsten war die Lebenserwartung dabei in Ungarn mit 73,3 Jahren. Generell zeigt sich in Europa bei der Lebenserwartung ein West-Ost-Gefälle. Eine weitere Entwicklung in diesem Kontext ist die Annäherung der Lebenserwartung von Männern und Frauen.

Abbildung 3.19:
Europäischer Vergleich: Lebenserwartung bei der Geburt, 2007*

* Oder letztes verfügbares Jahr

Quelle: OECD 2009a

3.3.2 Gesunde Lebensjahre bei der Geburt

Gesunde Lebensjahre bei der Geburt[19] sind definiert als die Anzahl der Jahre, die eine Person ab dem Zeitpunkt der Geburt wahrscheinlich gesund (ohne Behinderung) zu leben hat. Durch die Verknüpfung von Sterblichkeit und Krankheit bzw. Krankheitslast können auch Rückschlüsse auf die Lebensqualität (subjektive Wahrnehmung der eigenen Gesundheit bzw. Lebensqualität) gezogen werden.

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

Abbildung 3.20 stellt den Indikator getrennt für Männer und Frauen dar. In Griechenland konnte 2007 mit den meisten gesunden Lebensjahren gerechnet werden, die entsprechenden Werte lagen bei 67 Jahren für Frauen und bei 65,9 Jahren für Männer.

Im EU-15-Durchschnitt lag die behinderungsfreie bzw. gesunde Lebenserwartung bei 63 Jahren für Frauen und bei 62,7 Jahren für Männer. Österreich wies demzufolge mit 61,1 Jahren für Frauen und 58,4 Jahren für Männer unterdurchschnittliche Werte aus. Die niedrigste behinderungsfreie Lebenserwartung unter den dargestellten Ländern hatten im Jahr 2007 überraschenderweise die Finnen, wo Frauen mit 58,0 und Männer mit 56,7 gesunden Lebensjahren rechnen durften.

19
Auch als Healthy Life Years bezeichnet

© GÖG/ÖBIG; Das Österreichische Gesundheitswesen im internationalen Vergleich, Ausgabe 2010

Abbildung 3.20:
Europäischer Vergleich: Gesunde Lebensjahre bei der Geburt, 2007

Quelle: EUROSTAT 2009

3.3.3 Säuglingssterblichkeit

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

Die Säuglingssterblichkeit ist in Europa in den vergangenen Jahrzehnten stark zurückgegangen, was vor allem auf Fortschritte in der prä- und postnatalen Versorgung sowie eine bessere Ernährung zurückzuführen ist. Nachteilig wirkt sich das zunehmende Risikoverhalten von Frauen in Bezug auf Rauchen, Alkoholkonsum oder Übergewicht aus.

Bei einem Blick auf die in Abbildung 3.21 für das Jahr 2007 verglichenen EU-Mitgliedstaaten wird ersichtlich, dass Österreich mit einer Säuglingssterblichkeit von 3,7 je 1.000 Lebendgeburten leicht über dem EU-15-Durchschnitt lag[20].

Am niedrigsten war die Säuglingssterblichkeit mit einem Wert von 1,8 in Luxemburg, auch die skandinavischen Länder Schweden (2,5) und Finnland (2,7) hatten im Jahr 2007 verhältnismäßig gute Werte zu verzeichnen. Deutlich am höchsten lag die Säuglingssterblichkeit in den drei osteuropäischen Ländern Slowakei (6,1), Polen (6,0) und Ungarn (5,9). Zu beachten ist, dass in den einzelnen Ländern starke regionale oder bevölkerungsgruppenspezifische Schwankungen bei der Säuglingssterblichkeit auftreten können.

Abbildung 3.21:
Europäischer Vergleich: Säuglingssterblichkeit je 1.000 Lebendgeburten, 2007

* Werte aus 2006

Quelle: OECD 2009a

20
Vor Einführung des Mutter-Kind-Passes 1974 war Österreich mit einer Säuglingssterblichkeit, die in den meisten Jahren über 23 je 1.000 Lebendgeburten lag, am unteren Ende der damaligen Skala angesiedelt.

Abbildung 3.22 illustriert die Entwicklung der Säuglingssterblichkeit für Österreich und für den Durchschnitt der EU-15-Mitgliedsstaaten im Zeitraum 1997 bis 2007. In Österreich, wie auch in Europa, lässt sich eine stetige Verbesserung durch die rückläufige Säuglingssterblichkeit erkennen. Während Österreich im Zeitraum 1997 bis 2000 noch über dem EU-15-Durchschnitt lag, änderte sich die Situation mit der Jahrtausendwende.

In den Jahren 2003 bis 2005 hatte Österreich eine höhere Säuglingssterblichkeit als der EU-15-Durchschnitt, 2007 konnte man sich jedoch wieder dem europäischen Mittel annähern.

Abbildung 3.22:
Europäischer Vergleich: Entwicklung der Säuglingssterblichkeit je 1.000 Lebendgeburten in Österreich und im EU-15-Durchschnitt, 1997 bis 2007

Quelle: OECD 2009a

3.3.4 Bevölkerungsanteil der über 65-Jährigen

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

In Abbildung 3.23 werden die entsprechenden Werte der EU-Mitgliedstaaten im Jahr 2008 veranschaulicht. Der Anteil der über 65-Jährigen reichte von 10,9 Prozent in

Irland bis zu 20,0 Prozent in Italien. Der EU-15-Durchschnitt lag 2008 bei 16,4 Prozent. Österreich wies mit einem Anteil von 17,1 Prozent einen überdurchschnittlich hohen Anteil an 65-Jährigen und älteren Menschen auf.

Abbildung 3.23:
Europäischer Vergleich: Anteil der Bevölkerung im Alter von 65 und mehr Jahren in Prozent, 2008

Quelle: EUROSTAT 2009

Die Entwicklung der Altersstruktur ist für das Gesundheitssystem von besonderer Bedeutung und stellt eine große Herausforderung dar. Aus Abbildung 3.24 geht hervor, dass die entsprechenden Anteile sowohl in Österreich als auch im EU-15-Durchschnitt von 1968 bis 2008 gestiegen sind. In den Sechzigerjahren lag der Anteil Über-65-Jähriger in Österreich noch deutlich über dem EU-15-Durchschnitt und entwickelte sich bis 1978 annähernd parallel. Nach einem Rückgang des Anteils der

über 65-Jährigen Bevölkerung Anfang der Achtzigerjahre folgte eine Phase des moderaten Wachstums.

1998 entsprach der österreichische Wert etwa dem EU-15-Durchschnitt. In den darauffolgenden Jahren lag er leicht darunter. Ab dem Jahr 2004 stieg der Anteil stärker als das EU-15-Mittel an und lag schließlich 2008 mit 17,1 Prozent höher als je zuvor.

Abbildung 3.24:
Europäischer Vergleich: Entwicklung des Bevölkerungsanteils über 65-Jähriger in Österreich und im EU-15-Durchschnitt, 1968-2008

Quelle: EUROSTAT 2009

3.3.5 Fünf-Jahres-Überlebensraten bei Krebserkrankungen

Der Indikator Fünf-Jahres-Überlebensraten bei Krebserkrankungen gibt den prozentuellen Anteil jener Personen wieder, die nach der Diagnose einer Krebserkrankung mindestens fünf Jahre überleben (altersstandardisiert). Die hier dargestellten Werte beziehen sich auf sämtliche Krebserkrankungen von Patientinnen und Patienten, die im Zeitraum 2000 bis 2002 diagnostiziert wurden.

Die Überlebensrate lässt Rückschlüsse auf die Effektivität von Maßnahmen, wie etwa Vorsorgeuntersuchungen oder Früherkennungs- und Behandlungsmethoden eines Gesundheitssystems zu. Abbildung 3.25 zeigt das Fünf-Jahres-Überleben bei Krebserkrankungen für die EU-15-Mitgliedstaaten nach Geschlecht. Auffällig dabei ist, dass Frauen im Untersuchungszeitraum 2000 bis 2002 in allen dargestellten Ländern höhere Überlebensraten aufwiesen als Männer. Zur Interpretation ist aber wichtig zu

wissen, dass bösartige Neubildungen bei Frauen häufiger früher (35–45 Jahre) auftreten als bei Männern, bei denen sie ab dem 65. Lebensjahr virulent werden.

Die Werte für österreichische Frauen lagen mit 58,0 Prozent knapp unter dem EU-15-Schnitt von 58,3 Prozent, während die für Männer, mit 55,4 Prozent überdurchschnittlich waren. Die längste Überlebenswahrscheinlichkeit unter den erhobenen EU-15-Mitgliedstaaten hatten mit 61,6 Prozent belgische Frauen, für Männer war der entsprechende Anteil mit 55,9 Prozent in Finnland am höchsten. Die niedrigsten Fünf-Jahres-Überlebensraten der hier dargestellten Länder wiesen für Frauen Polen (48,3 %) und für Männer die Tschechische Republik (37,7 %) auf.

Abbildung 3.25:
Europäischer Vergleich: Fünf-Jahres-Überlebensraten bei Krebserkrankungen, Zeitraum der Diagnose 2000–2002*

* Werte für Dänemark, Frankreich, Griechenland, Luxemburg und Portugal nicht verfügbar

** Arithmetisches Mittel der Fünf-Jahres-Überlebensraten für England, Wales, Schottland und Nordirland

Quelle: Verdecchia et al. 2007

Eine nähere Betrachtung der Fünf-Jahres-Überlebensraten zeigt erhebliche Unterschiede je nach Form der Krebserkrankung. Österreich wies beispielsweise mit 88,9 Prozent die beste Überlebensrate für Prostatakrebs unter den untersuchten Ländern auf. Die

Tschechische Republik erreichte im Vergleich dazu eine durchschnittliche Überlebensrate von 58,4 Prozent. Die genauen Ursachen hierfür, und ob beispielsweise das PSA-Screening diese Raten beeinflusst, bleibt vorerst ungeklärt.

Anders verhielt es sich etwa bei Weichteilsarkomen, Österreich lag dabei mit 57,5 Prozent am unteren Ende der Skala, während Belgien mit 65,3 Prozent den besten Wert erreichte (s. Verdecchia et al. 2007).

Mit Spannung werden im Kontext dieses Indikators die neuen Berechnungen der EUROCARE-Forschungsgruppe[21] erwartet: Besonderes Interesse gilt dabei jenen Ländern, die als erste flächendeckend die jüngste Klasse der Onkologika (z. B. monoklonale Antikörper) einsetzen. Hier wird sich zeigen, ob dies auch zu einer signifikanten Verbesserung der Fünf-Jahres-Überlebensraten führen wird. Zu den erwähnten Ländern gehören beispielsweise Österreich oder Frankreich (s. Wilking/Jönsson 2005).

3.3.6 Übergewichtige Bevölkerung

Der Indikator Übergewichtige Bevölkerung wird üblicherweise durch den sogenannten Körpermasseindex, der auch unter der englischen Bezeichnung „Body Mass Index" (BMI) bekannt ist, ausgedrückt. Dieser wird definiert als der Quotient aus Körpergewicht und dem Quadrat der Körpergröße. Laut WHO-Klassifikation wird eine Person mit einem BMI ab 25 als übergewichtig bezeichnet, ab einem BMI von 30 hingegen wird von Fettleibigkeit gesprochen (WHO 2009b).

Übergewicht und Fettleibigkeit gelten als Risikofaktoren und Ursachen für eine Vielzahl an Folgeerkrankungen wie zum Beispiel Herz- und Gefäßkrankheiten, Krebserkrankungen oder Diabetes.

Die meist auf Umfragen beruhenden Werte variieren deutlich innerhalb der dargestellten, europäischen Länder. Dies wird auch bei einem Blick auf Abbildung 3.26 ersichtlich. In Summe gab es im Jahr 2007 den höchsten Anteil an Übergewichtigen im Vereinigten Königreich, 60,7 Prozent der Bevölkerung waren laut Definition entweder übergewichtig (36,7 %) oder fettleibig (24 %). Im EU-15-Durchschnitt wurden 34,7 Prozent als übergewichtig und 14,2 Prozent der Bevölkerung als fettleibig identifiziert. Österreich lag beim Anteil der übergewichtigen Bevölkerung mit 35,3 Prozent knapp über und bei adipösen Personen mit 12,4 Prozent unter dem EU-15-Mittel. Die schlankste Bevölkerung gab es 2007 in Frankreich, wo ein Anteil von 26,5 Prozent an

---

21
S. dazu http://www.eurocare.it/

übergewichtigen Personen und 10,5 Prozent an Fettleibigen ausgemacht werden konnte.

Abbildung 3.26:
Europäischer Vergleich: Übergewichtige und fettleibige Bevölkerung in Prozent, 2007

* Letztes verfügbares Jahr

Quelle: OECD 2009a

3.3.7 Mortalität nach Schlaganfall innerhalb 30 Tagen nach stationärer Aufnahme

Der Indikator Mortalität nach Schlaganfall innerhalb 30 Tagen nach stationärer Aufnahme bzw. Einlieferung gibt den prozentuellen Anteil je 100 Personen wieder, die mit der Primärdiagnose ischämischer Schlaganfall in ein Krankenhaus aufgenommen werden und die binnen der ersten 30 Tage nach Einlieferung versterben. Der ischämische Schlaganfall ist mit 85 Prozent die am häufigsten auftretende Form. Die Mortalität innerhalb von 30 Tagen nach Einlieferung erlaubt Rückschlüsse auf die Qualität der Schlaganfallbehandlung, die vor allem in der Akutphase eine entscheidende Rolle spielt.

Bei näherer Betrachtung, der in Abbildung 3.27 dargestellten Länder fällt zunächst die Mortalitätsrate Großbritanniens auf, die mit 17,4 Prozent beinahe doppelt so hoch wie der EU-15-Durchschnitt von 9,5 Prozent ausfiel. Mit etwas Abstand folgten Irland (12,1 %), die Slowakei und Polen (je 11,6 %). Demnach war die Wahrscheinlichkeit binnen 30 Tagen nach Einlieferung an einem Schlaganfall zu versterben, in Österreich am drittniedrigsten. Die geringste Sterblichkeitsrate hatte Dänemark mit 5,3 Prozent.

Abbildung 3.27:
Europäischer Vergleich: Mortalität je 100 Personen nach Schlaganfall innerhalb 30 Tagen nach Einlieferung, 2007*

* Werte für Belgien nicht verfügbar
** 2006 oder letztes verfügbares Jahr

Quellen: OECD 2007, OECD 2009b

3.3.8 Selbsteingeschätzter allgemeiner Gesundheitszustand

Der Parameter „selbsteingeschätzter allgemeiner Gesundheitszustand“ beschreibt wie Personen ihren eigenen Gesundheitszustand subjektiv empfinden. Im vorliegenden Bericht stellt der Indikator jene Teilmenge der befragten Bevölkerung dar, die ihren allgemeinen Gesundheitszustand als „sehr gut“ oder „gut“ einschätzten. Durch diverse

Studien konnte gezeigt werden, dass dieser subjektive Indikator eine gute Vorhersagekraft bezüglich Mortalitätsentwicklung und zukünftiger Gesundheitsausgaben besitzt.

Die in Abbildung 3.28 dargestellten Prozentsätze zeigen ein heterogenes Bild des selbsteingeschätzten Gesundheitszustandes der Europäerinnen und Europäer. Die Anteile der Personen, die ihren Gesundheitszustand im Jahr 2007 mit „gut" oder „sehr gut" bewerteten, schwankten von 41,7 Prozent in Lettland bis zu 84,2 Prozent in Irland. Im EU-15-Durchschnitt stuften insgesamt 70,9 Prozent ihren Gesundheitszustand positiv ein. Österreich lag mit 72,5 Prozent im europäischen Mittelfeld.

Abbildung 3.28:
Europäischer Vergleich: Selbsteingeschätzter Gesundheitszustand (Anteil der Befragten, die ihn als „sehr gut“ oder „gut“ einstuften), 2007

Quelle: EUROSTAT 2009

3.3.9 Durchschnittliche Anzahl kariöser, fehlender oder sanierter Zähne

Der häufig mit DMFT Index abgekürzte Indikator bezeichnet und definiert sich als die durchschnittliche Anzahl von kariösen (decayed), fehlenden (missing) oder sanierten (filled) Zähnen (teeth) im bleibenden Gebiss bei Zwölfjährigen. Nach WHO-Klassifikation wird ein DMFT Index unter 1,2 als niedrig, 1,2 bis 2,6 als mittelmäßig und über 4,5 als hoch eingestuft. Der Indikator zeigt starke Bezüge zum Lebensstil der betrachteten Population, so gibt es beispielsweise Korrelationen mit dem Zuckerkon-

sum. Darüber hinaus lässt der DMFT Index auch Rückschlüsse auf Präventionsmaßnahmen und Mundhygiene zu. Schlechte Mundgesundheit zieht neben kostenintensiven Behandlungen auch geschmälerte gesellschaftliche Partizipationschancen mit sich (s. GÖG/ÖBIG 2007).

Abbildung 3.29 zeigt den DMFT Index für 19 EU-Mitgliedstaaten. Mit Ausnahme Portugals zeichnet sich dabei ein Ost-West-Gefälle der dargestellten Länder ab. Polen (3,8) und Ungarn (3,3) weisen mit Indizes von über 3,0 überdurchschnittlich schlechte Werte auf. Auch Österreich lag zum Zeitpunkt der Erhebung mit einem Wert von 1,4[22] über dem EU-15-Durchschnitt von 1,2. Die gesündesten Zähne bei Zwölfjährigen gab es in Deutschland und im Vereinigten Königreich mit Werten von jeweils 0,7.

22
Im Jahr 2002 lag der österreichische DMFT Index noch bei 1,0. Die Verschlechterung des Zahnstatus hin zu einem Wert von 1,4 für 2006 kann teilweise durch einen Erhebungsschwerpunkt im Jahr 2006 auf Kindern mit Migrationshintergrund erklärt werden. Kinder aus sozial benachteiligten Familien weisen tendenziell schlechtere Zahngesundheit auf (s. GÖG/ÖBIG 2007).

Abbildung 3.29:
Europäischer Vergleich: Anzahl kariöser, fehlender oder sanierter Zähne im bleibenden Gebiss bei Zwölfjährigen, 2007*

* Oder letzter verfügbarer Wert
Werte für Luxemburg nicht verfügbar

Quellen: WHO 2009c, GÖG/ÖBIG 2007

3.3.10 Sterblichkeit aufgrund von Diabetes mellitus

Unter dem Indikator „Sterblichkeit aufgrund von Diabetes mellitus" wird die jährliche Anzahl aufgrund von Diabetes mellitus verstorbener Personen je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner verstanden (nach ICD-10-Klassifikation: E10-E14, d. h. Typ I und Typ II).

Diabetes mellitus ist eine chronische und oftmals auch tödliche Krankheit, die auf eine Störung der körpereigenen Insulinproduktion zurückzuführen ist. Die weltweiten, jährlichen Todesfälle aufgrund von Diabetes werden auf 3,8 Millionen Personen geschätzt. Etwa 285 Millionen Menschen leiden an der Krankheit, wobei die Krankheitshäufigkeit stark zunimmt und die Anzahl der Betroffenen in den nächsten 20 Jahren auf geschätzte 439 Millionen Personen anwachsen soll (s. IDF 2006).

Als eine der wichtigsten Ursachen für die Entstehung des häufigeren Typs II der Krankheit (die sogenannte „Altersdiabetes") gilt der Lebensstil, so können Faktoren wie Ernährung und Bewegung das Risiko zu erkranken erheblich beeinflussen. Neben geschmälerter Lebensqualität bzw. erhöhter Mortalität generiert Diabetes erhebliche finanzielle Belastungen, die mittel- bis langfristig große Herausforderungen an die nationalen Gesundheitssysteme stellen werden. So verursachen Diabetikerinnen und Diabetiker meist ein Vielfaches der Gesundheitskosten von nicht erkrankten Personen. Die Sterblichkeit aufgrund von Diabetes mellitus erlaubt weiters Rückschlüsse auf den Lebensstil sowie die Qualität der Diabetes-Versorgung.

Abbildung 3.30:
Europäischer Vergleich: Mortalität aufgrund von Diabetes je 100.000 Personen, 2007

* Werte aus 2006 oder letztes verfügbares Jahr

Quelle: OECD 2009a

Die Mortalität aufgrund von Diabetes liegt im EU-15-Durchschnitt bei 12,9 Verstorbenen je 100.000 Personen und Jahr. Im Vergleichszeitraum war die Sterblichkeit in Portugal mit 27,8 und Ungarn mit 24,8 am höchsten.

Österreich[23] lag mit einem Wert von 21,3 ebenfalls weit über dem europäischen Mittel. Die besten, da niedrigsten, Werte erreichten das Vereinigte Königreich (6,2), Finnland (6,4) und Griechenland (7,3).

3.3.11 Eingeschätzte Qualität des Gesundheitswesens

Der Parameter „Qualität des Gesundheitswesens" beruht im vorliegenden Bericht auf einem Umfragewert und gibt jenen Bevölkerungsanteil wieder, der die Qualität des eigenen Gesundheitssystems entweder als „sehr gut" oder „gut" einstufte. Als die drei wichtigsten Qualitätskriterien wurden in der Mehrheit der befragten EU-27-Mitgliedstaaten die Ausbildung des Personals, eine wirkungsvolle Behandlung sowie keine Wartezeiten genannt (vgl. Eurobarometer 2010).

Wie aus Abbildung 3.31 hervorgeht, zeichnen sich innerhalb der Europäischen Union deutliche Unterschiede in der Wahrnehmung der Qualität des Gesundheitswesens ab. Im Jahr 2009 schätzten 77 Prozent der befragten Personen im EU-15-Durchschnitt die Qualität ihres Gesundheitssystems als „sehr gut" oder „gut" ein, die Werte in der Einzelbetrachtung schwankten jedoch erheblich. So gaben nur 25 Prozent der griechischen Bevölkerung eine positive Bewertung ab, während dies in Belgien 97 Prozent taten.

Auch in Österreich wurde die Qualität mit 95 Prozent positiver (sehr guter oder guter) Bewertungen als überaus hoch eingestuft.

Weitere Parameter zur Messung der Qualität des Gesundheitswesens können Aspekte der Strukturqualität, Prozessqualität oder Ergebnisqualität betreffen und sind demnach sehr vielseitig.

23

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

Abbildung 3.31:
Europäischer Vergleich: Eingeschätzte Qualität des Gesundheitswesens mit „sehr gut“ oder „gut“, Anteil der befragten Bevölkerung in Prozent, 2009

Quelle: Eurobarometer 2010

© GÖG/ÖBIG; Das Österreichische Gesundheitswesen im internationalen Vergleich, Ausgabe 2010

4 Stärken-Schwächen Analyse des österreichischen Gesundheitssystems

In diesem Kapitel werden die 25 vorgestellten und für Österreich erhobenen Indikatoren dem EU-15-Durchschnitt gegenübergestellt. Wo möglich wird deren Entwicklung (Vergleich der Jahre 1997 und 2007) sichtbar gemacht. In einem weiteren Schritt werden Zusammenhänge zwischen den Indikatoren aufgezeigt und diskutiert.

Lesehilfe:

Bei der Interpretation ist zu beachten, dass überdurchschnittliche Werte im Zusammenhang mit dem Gesundheitssystem nicht zwangsläufig als „positiv" oder „gut" zu bewerten sind.

So stellen beispielsweise überdurchschnittlich hohe Selbstzahlungen Zugangsbarrieren dar. Ein weiteres Beispiel ist die Säuglingssterblichkeit, hier gilt: je geringer, desto besser.

Auch ist zu berücksichtigen, dass eine Annäherung an den EU-15-Durchschnitt im Zeitverlauf nicht zwangsläufig mit einem Rückgang oder Sinken einzelner Werte verbunden sein muss. Es ist ebenso möglich, dass sich andere Länder in Relation zu Österreich stärker entwickelt haben.

Schließlich lassen einige Indikatoren sowohl negative als auch positive Rückschlüsse im Bezug auf das Gesundheitssystem zu, hier sei etwa die Anzahl an Computertomographen (CT) genannt.

4.1 Analyse: Gesundheitsausgaben und Ressourceneinsatz

Zentrale Bestandteile jeder Gesundheitssystemanalyse sind Fragen nach der Finanzierung und des benötigten Ressourceneinsatzes. Abbildung 4.1 zeigt deutlich, dass beinahe alle österreichischen Indikatorenwerte (s. dazu auch Abschnitt 3.1) sowohl 1997 als auch 2007 über dem EU-15-Durchschnitt lagen und somit überproportional viele Ressourcen in das System investiert wurden.

Erfreulicherweise sind die österreichischen Gesundheitsausgaben zwischen 1997 und 2007 real jährlich nur um durchschnittlich 2,7 Prozent gestiegen, wohingegen das EU-15-Durchschnittswachstum bei 3,8 Prozent lag.

Dennoch leistet sich Österreich mit Gesundheitsausgaben von rund 10,3 Prozent des BIP (Stand 2007)[24] das drittteuerste Gesundheitssystem der EU-15-Mitgliedstaaten. Unter den OECD-Ländern belegt Österreich den fünften „Rang" hinter den Vereinigten Staaten von Amerika, Frankreich, Schweiz und Deutschland.

Abbildung 4.1:
Zusammenfassende Übersicht: Gesundheitsausgaben und Ressourceneinsatz – Abweichung Österreichs vom EU-15-Durchschnitt 1997 und 2007*

* Oder letztes verfügbares Jahr
** Ohne Ausgaben für Langzeitpflege
*** Inklusive Ausgaben für Zahnbehandlungen
**** Inkludiert Gesundheits- und Krankenpflegepersonen sowie Hebammen

Quellen: OECD 2009a, EUROSTAT 2009, GÖG/ÖBIG-Berechnung

24
Vorläufiger Wert für 2008 laut Statistik Austria vom 1. Februar 2010: 10,5 Prozent

Eine Erklärung für die hohen Ausgaben könnte u. a. der überproportionale Ressourceneinsatz in der stationären Versorgung liefern. Hier lagen die Pro-Kopf-Ausgaben um mehr als 35 Prozent und die Bettendichte um rund 50 Prozent über dem EU-15-Durchschnitt. Dies stellt einen Höchstwert unter den dargestellten Ländern dar und ist ein Indikator für die Krankenhauslastigkeit des österreichischen Gesundheitssystems.

Im Zehnjahresvergleich (1997-2007) wird auch deutlich, dass sich Österreich hier noch weiter vom EU-15-Durchschnitt entfernt hat, was heißt, dass der Bettenabbau in den anderen EU-Ländern schneller vonstattengeht als hierzulande. Ebenfalls überdurchschnittlich hoch, wenngleich nur leicht, waren die Ausgaben für die ambulante Versorgung.

Bei einem Blick auf Abbildung 4.1 sollte jedoch nicht übersehen werden, dass hohe Gesundheitsausgaben bzw. überdurchschnittlicher Ressourceneinsatz alleine kein Indikator für ein effektives und kosteneffizientes Gesundheitssystem oder eine bessere Qualität sind. Gesundheitsausgaben sind demnach nicht nur im Hinblick auf die Gesundheitsversorgung, sondern auch als Kostenindikator zu interpretieren. Der unterdurchschnittliche Anstieg der Gesundheitsausgaben soll daher nicht über das vergleichsweise hohe Ausgabenniveau hinwegtäuschen. Die Organisationsstruktur, aber auch Einkommen einzelner Akteure bzw. Personalkosten im System können sich ebenfalls massiv kostenerhöhend auswirken. In manchen Bereichen des Gesundheitswesens entfallen darauf rund 70 Prozent der Ausgaben.

Nachweislich besteht ein positiver Zusammenhang zwischen dem Wohlstandsniveau und der Höhe der Gesundheitsausgaben eines Landes (s. Abbildung 4.2). Ein statistischer Ausreißer ist Luxemburg, dessen sehr hohes Bruttoinlandsprodukt pro Kopf durch die Vielzahl der dort angesiedelten internationalen Organisationen und Firmen beeinflusst ist.

Einschränkend ist anzumerken, dass dieser Zusammenhang mit steigender Wirtschaftsleistung abnimmt. Dies kann unter anderem mit dem Einsetzen von Kostendämpfungsmaßnahmen ab einem gewissen Ausgabenniveau erklärt werden.

Abbildung 4.2:
Zusammenhang zwischen BIP pro Kopf und Gesundheitsausgaben pro Kopf in Euro, 2007

Quellen: EUROSTAT 2009, OECD 2009a, GÖG/ÖBIG-eigene Darstellung

Abbildung 4.1 zeigt am Beispiel der Computertomographendichte auch, wo Österreich beim Einsatz von modernen Diagnostika im EU-15-Vergleich lag. Sowohl 1997 als auch 2007 gab es demnach überdurchschnittlich viele CT in Österreich. Die große Anzahl an CT kann als Zugangs- bzw. Versorgungsindikator interpretiert werden und stellt Österreich insofern ein gutes Zeugnis aus. Kritiker wiederum sehen in diesem Zusammenhang eine Überversorgung gepaart mit partiell schlechter Auslastung der Großgeräte. Ein Blick auf die geografische Verteilung weist überdies eine regionale Ungleichverteilung aus (BMG 2009e).

Bei den eingesetzten personellen Ressourcen ist das Bild anders. Die Ärztedichte lag – unter Berücksichtigung von Wahlärzten ohne Kassenvertrag – 2007 leicht über dem EU-15-Durchschnitt. Mehr als 90 Prozent der extramuralen, ambulanten Leistungen werden von Vertragsärzten erbracht, die rund 49 Prozent aller Ärzte in der freien Praxis ausmachen (s. HVB 2009a). Würde man die Ärztedichte nur auf diese Vertragsärzte beziehen, so läge Österreich darunter. Auch im Fall des Pflegepersonals in Krankenanstalten je 1.000 Personen erreichte Österreich 2007 einen unterdurchschnittlichen Wert, was angesichts der überproportional hohen Bettendichte interessant ist. Diese etwas niedrigere Personalausstattung kann aber auch in den vergleichsweise höheren Lohndurchschnittskosten in Österreich begründet sein.

4.2 Analyse: Gerechtigkeit, Zugang und Inanspruchnahme

Neben Aspekten der Finanzierung und des Ressourceneinsatzes ist die Diskussion um Gerechtigkeit in Hinblick auf die Zugänglichkeit des Gesundheitssystems sowie die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen ebenso essenziell. Die in diesem Bericht untersuchten Indikatoren attestieren Österreich dabei weitgehend Chancengleichheit. Sowohl die Verfügbarkeit von Hausärztinnen und Hausärzten, als auch jene von Spitälern und Apotheken wurde als überdurchschnittlich gut eingestuft. Auch die annähernd flächendeckende Krankenversicherung, die in Österreich 98,8 Prozent der Bevölkerung unabhängig von deren Einkommen und sozialem Status bei relativ freier Arztwahl schützt, weist auf ein gerechtes und einfach zugängliches Gesundheitssystem hin.

Nachstehende Abbildung 4.3 fasst die Indikatoren der Dimension Gerechtigkeit, Zugang und Inanspruchnahme zusammen und zeigt auch hier die Abweichungen der entsprechenden Werte vom EU-15-Durchschnitt für die Jahre 1997 und 2007.

Oftmals werden auch die privaten Gesundheitsausgaben als Gerechtigkeitsindikator herangezogen. Mit Ausgaben von 715 Euro pro Kopf (2,4 % des BIP) waren diese 2007 im europäischen Vergleich (EU-15) nur in Griechenland und Belgien höher. Auch die Analyse der „Out-of-Pocket-Payments“ lässt eine Verschiebung der Ausgabenlasten hin zu den privaten Haushalten erkennen. Mit 512 Euro pro Kopf lag Österreich 2007 nach Belgien am zweithöchsten unter den EU-15-Staaten. Darüber hinaus beurteilte die österreichische Bevölkerung die Leistbarkeit von Pflegeheimen überdurchschnittlich negativ. Der generellen Zugänglichkeit zu (medizinischer) Therapie scheint dies jedoch nicht abträglich zu sein: So deklarierten die Österreicherinnen und Österreicher in einer europäischen Erhebung vergleichsweise selten unerfüllte Behandlungsbedürfnisse aufgrund von geografischer Distanz, Wartezeiten oder Leistbarkeit (s. Abschnitt 3.2.6).

Bei einem Blick auf Kennzahlen zur Inanspruchnahme des Spitalsbereichs zeigt sich hohe Krankenhaushäufigkeit gepaart mit kurzen Krankenhausaufenthalten, was gemeinhin auf einen „Drehtüreffekt“ hinweist. 2007 lag die Krankenhaushäufigkeit in Österreich um mehr als 60 Prozent über dem EU-15-Durchschnitt, während die Aufenthaltsdauer darunter lag. Dieser Sachverhalt ist ein weiteres Indiz für die Krankenhauszentrierung des österreichischen Gesundheitssystems.

In den meisten Fällen ist ein stationärer Aufenthalt kostenintensiver als eine entsprechende ambulante Behandlung, es wäre jedoch zu kurz gegriffen, die vergleichsweise hohen Gesundheitsausgaben allein auf diesen Umstand zurückzuführen. So hatte etwa Frankreich 2007 höhere Gesundheitsausgaben bei deutlich weniger Krankenhausauf-

enthalten und einer ähnlich langen Verweildauer zu verzeichnen (s. dazu auch Punkt 3.2.1 und 3.2.2).

An dieser Stelle sei auf das sogenannte Roemersche Gesetz („a built bed is a filled bed", s. Roemer/Shain 1959) verwiesen, mit dem angebotsinduzierte Nachfrage im Spitalsbereich erstmalig beschrieben wurde. Vergleicht man Krankenhaushäufigkeit und Bettendichte auf europäischer Ebene, so kann diese bereits 1959 aufgestellte These verifiziert werden.

Abbildung 4.3:
Zusammenfassende Übersicht: Gerechtigkeit, Zugang, Inanspruchnahme – Abweichung Österreichs vom EU-15-Durchschnitt 1997 und 2007*

* Oder letztes verfügbares Jahr
** Vergleichszeitraum 1999 und 2007

Quellen: OECD 2009a, EUROSTAT 2009, Eurobarometer 2007, PPRI 2009, ÖBIG 2001, WHO 2009a, GÖG/ÖBIG-eigene Berechnung

4.3 Analyse: Gesundheitsbezogene Leistungsergebnisse (Outcomes)

Diese Dimension ist hinsichtlich der Messung von Effizienz und Effektivität des Systems von essenzieller Bedeutung. Erst durch das Gegenüberstellen von Ressourceneinsatz und Ergebnissen (nicht nur „Output" sondern insbesondere „Outcome") wird deutlich, welchen Nutzen die eingesetzten Mittel mit sich bringen.

Abbildung 4.4 fasst die in Abschnitt 3.2 erörterten Indikatoren zusammen und zeigt die jeweiligen Abweichungen vom EU-15-Durchschnitt bzw. die Entwicklung der letzten zehn verfügbaren Jahre. Auffällig ist, dass die dargestellten gesundheitsbezogenen Leistungsergebnisse großteils nahe am EU-15-Durchschnitt lagen. Dies führt zum Schluss, dass in Österreich durchschnittliche Leistungsergebnisse überproportionalen Ausgaben gegenüberstehen.

Dabei existieren Ausnahmen in jede Richtung: So war etwa die Sterblichkeit durch Diabetes mellitus auffallend hoch, weshalb dieser Indikation in den letzten Jahren viel Aufmerksamkeit gewidmet wurde (und weiterhin gewidmet werden sollte). 2007 geborene Österreicherinnen und Österreicher haben eine geringere Anzahl an in guter Gesundheit verbrachte Lebensjahre zu erwarten als andere EU-Bürger. Diese beiden Indikatoren, zusammen mit der Tatsache, dass überdurchschnittlich viele Österreicherinnen und Österreicher rauchen bzw. übergewichtig sind (s. dazu auch BMG 2009d), weisen darauf hin, dass der Lebensstil der österreichischen Bevölkerung vergleichsweise ungesund ist.

Positiv fällt die vergleichsweise geringe Sterblichkeit nach Schlaganfall innerhalb 30 Tagen nach stationärer Aufnahme in eine Krankenanstalt auf. Hier sind die österreichischen Werte um mehr als 25 Prozent niedriger als der EU-15-Durchschnitt.

Auch sind die Österreicher und Österreicherinnen überaus zufrieden mit der Qualität der angebotenen Leistungen, so stuften 95 Prozent der Bevölkerung die Qualität des Gesundheitswesens als „sehr gut" oder „gut" ein. Dieser Wert liegt damit mehr als 20 Prozent über dem EU-15-Durchschnitt.

Abbildung 4.4:
Zusammenfassende Übersicht: Gesundheitsbezogene Leistungsergebnisse – Abweichung Österreichs vom EU-15-Durchschnitt 1997 und 2007*

* Oder letztes verfügbares Jahr
** Vergleichsjahre 2000 und 2007
*** Vergleich der Diagnosezeiträume 1990-1994 und 2000-2002
**** GW = Gesundheitswesen; Jahr 2009

Quellen: OECD 2009a, OECD 2009b, OECD 2007, EUROSTAT 2009, Sant et al. 2003, Verdecchia et al. 2007, WHO 2009c, Eurobarometer 2010, GÖG/ÖBIG-eigene Berechnung

© GÖG/ÖBIG; Das Österreichische Gesundheitswesen im internationalen Vergleich, Ausgabe 2010

Stellt man den Outcome-Indikator Lebenserwartung den Gesundheitsausgaben gegenüber, so zeigt sich zunächst im europäischen Vergleich ein positiver Zusammenhang. Eine nähere Analyse ergab jedoch, dass dieser positive Zusammenhang mit steigendem Wohlstandsniveau abnimmt und letzten Endes bei Ländern mit vergleichsweise hohem BIP völlig abflacht.

Auffällig ist weiters, dass Einwohner von Mittelmeerländern wie Italien oder Spanien mit deutlich geringerem Mitteleinsatz eine höhere Lebenserwartung haben. Von einigen Autoren wurde zudem festgestellt, dass der Wirkungszusammenhang zwischen Gesundheitssystem und Lebenserwartung oftmals überschätzt wird. So schwanken die berechneten Einflussgrößen des Gesundheitssystems auf die Lebenserwartung zwischen zehn und 20 Prozent (s. Bunker et al. 1994 u. McGinnis et al. 2002).

Abbildung 4.5:
Gesundheitsausgaben pro Kopf und Lebenserwartung, 2007

Quellen: OECD 2009a, GÖG/ÖBIG-eigene Darstellung

Der Anteil der Bevölkerung, der seinen Gesundheitszustand als sehr gut oder gut einstuft liegt in Österreich über dem EU-15-Durchschnitt (s. Punkt 3.3.8). Wie erwähnt besitzt der Indikator gute Prognoseeigenschaften für die zukünftige Mortalitäts- und Gesundheitsausgabenentwicklung.

Aufgrund länderspezifischer Eigenheiten, wie etwa sprachlicher Besonderheiten oder anderer kultureller Unterschiede müssen Indikatoren, die auf Umfrageergebnissen beruhen, im internationalen Vergleich mit Vorsicht interpretiert werden. Dennoch

ergeben sich bei genauerer Analyse beachtliche Zusammenhänge. Stellt man etwa den subjektiven Gesundheitszustand den laufenden öffentlichen Gesundheitsausgaben pro Kopf (kaufkraftbereinigt) gegenüber, so lässt sich ein signifikanter Zusammenhang erkennen.[25] Dies lässt den Schluss zu, dass sich Menschen in Ländern, in denen tendenziell mehr öffentliche Mittel für Gesundheit aufgewendet werden, gesünder fühlen.

Abbildung 4.6:
Laufende öffentliche Gesundheitsausgaben pro Kopf und Bevölkerungsanteil mit (sehr) gutem subjektiven Gesundheitszustand, 2007*

* Gesundheitsausgaben in USD zu Kaufkraftparitäten 2000

Quellen: OECD 2009a, EUROSTAT 2009

Erwähnenswert ist dabei, dass Österreicherinnen und Österreicher mit geringerem sozialem Status ihren Gesundheitszustand schlechter einschätzen als Personen, die einer höheren sozialen Schicht (definiert durch Einkommen, Bildungsniveau und beruflichen Status) zuzurechnen sind (BMGF 2002, Dimmel et al. 2009).

25
R^2 ohne SK = 0,7

5 Fazit

Der vorliegende Bericht untermauert das tendenziell positive Bild des österreichischen Gesundheitssystems, das in den letzten Jahren auch durch verschiedene andere Publikationen vermittelt wurde. Dies soll jedoch nicht über Verbesserungspotenziale in vielen Bereichen hinwegtäuschen.

Die überproportional hohen Kosten des Systems gepaart mit teilweise unzureichenden Leistungsergebnissen werden die Entscheidungsträger auch in Zukunft vor Herausforderungen stellen. Hierbei spielen die Fragmentierung von Zuständigkeiten und Finanzierung (vor allem in der stationären Versorgung) sowie etwaige mit der Honorierung von Gesundheitsleistungen in Zusammenhang stehende Anreize eine wesentliche Rolle, da sie einen starken Einfluss auf das Verhalten der involvierten Systemakteure ausüben. Die forschungsleitende Fragestellung, ob in Österreich Ausgewogenheit zwischen Mitteleinsatz und Leistungsergebnissen besteht, muss angesichts der überproportionalen Ressourcenintensität für die dargestellten Indikatoren eher verneint werden. Freilich können auf Grundlage der verwendeten Parameter nur Aussagen zu ausgewählten Teilbereichen des Gesundheitssystems getroffen werden.

Dem Gesamtsystem Effizienz und Effektivität abzusprechen, wäre zu weit gegriffen und bedarf jedenfalls zusätzlicher Analysen. Eine unabdingbare Voraussetzung dafür ist die Bewertung und Verbesserung der zur Verfügung stehenden Datengrundlage. Insbesondere müssen verstärkt weitere Performance- bzw. Qualitätsindikatoren (z. B. vermiedene Spitalsfälle oder verringerte Mortalität in einer Indikationsgruppe aufgrund eines bestimmten Medikamenteneinsatzes) für Österreich definiert und erfasst werden.

Von Interesse ist ebenfalls, ob Österreich über ein adäquates, an den Bedürfnissen der Bevölkerung orientiertes, Gesundheitsversorgungsangebot verfügt und wie dieses im internationalen Vergleich zu werten ist. Die untersuchten Indikatoren weisen auf ein hohes Versorgungsangebot verbunden mit einer teilweise überproportional hohen Inanspruchnahme speziell im intramuralen Bereich hin. Auffallend hohe Werte wie etwa bei Krankenhaushäufigkeit oder bei Ausstattung mit Großgeräten stehen einer im internationalen Vergleich niedrigen Personalausstattung gegenüber.

Das österreichische Gesundheitssystem zeigt eine sehr starke Betonung der Krankenversorgung, die sich auch in diesem Bericht widerspiegelt. Public-Health-Aspekten bzw. Funktionen (z. B. Gesundheitsdeterminanten, Prävention oder Gesundheitsförderung) wird bislang nur eingeschränkte Aufmerksamkeit zuteil, obwohl das Bewusstsein für das Thema zugenommen hat. Bessere Datengrundlagen für Erhebungen und Datenmonitoring sollten geschaffen werden. Dafür sowie für eine entsprechende Auswertung der Daten ist die Schulung geeigneter Fachkräfte vonnöten.

Gut fällt die Bewertung Österreichs hinsichtlich eines sozial ausgewogenen Zugangs zum Gesundheitssystem aus: Obwohl der Anteil der privaten Zahlungen gemessen an den gesamten Gesundheitsausgaben im europäischen Vergleich relativ hoch ist, sind finanzielle Barrieren in Österreich nicht von sehr großer Bedeutung, da zahlreiche Abfederungsmechanismen (Ausnahmen von Selbstbehalten, Rezeptgebührdeckelung etc.) vorhanden sind. Die in diesem Bericht dargestellten Parameter zur Zugänglichkeit und Zufriedenheit in Kombination mit einem sehr hohen Grad an „geschützten" Personen, für die zudem ein umfangreicher Leistungskatalog zur Verfügung steht und eine großzügige Freiheit bei der Auswahl der Leistungserbringer gegeben ist, machen das österreichische Gesundheitssystem in diesem Kontext zu einem der besten Europas.

Literaturverzeichnis

BMG (2006): Österreichischer Strukturplan Gesundheit. Bundesministerium für Gesundheit. Verfasst von GÖG/ÖBIG. Wien

BMG (2009a): Krankenanstalten in Zahlen. Bundesministerium für Gesundheit. Wien. http://www.kaz.bmgf.gv.at (21.8.2009)

BMG (2009b): Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten. Bundesministerium für Gesundheit. Wien

BMG (2009c): Kostenstellenstatistik der österreichischen Krankenanstalten. Bundesministerium für Gesundheit. Wien

BMG (2009d): Gesundheit und Krankheit in Österreich. Gesundheitsbericht Österreich 2009. Verfasst von GÖG/ÖBIG. Wien

BMG (2009e): Österreichischer Strukturplan Gesundheit (inkl. Großgeräteplan). ÖSG 2008. Bundesministerium für Gesundheit. Verfasst von GÖG/ÖBIG. Wien

BMG (2010): Kardiotechnikerliste. Bundesministerium für Gesundheit. Wien

BMGF (2002): Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Verfasst von GÖG/ÖBIG. Wien

BMSK (2007): Österreichischer Pflegevorsorgebericht 2007. Bundesministerium für Soziales und Konsumentenschutz. Wien

BMSK (2009): Alten und Pflegeheime in Österreich. Bundesministerium für Soziales und Konsumentenschutz. 7. Auflage. Wien

Bunker, John P.; Frazier, Howard S.; Mosteller, Frederick (1994): Improving Health: Measuring Effects of Medical Care. In: The Milbank Quarterly 1994/72, 225-258

Dimmel, Nikolaus; Heitzmann, Karin; Schenk, Martin (Hg.) (2009): Handbuch Armut in Österreich. Innsbruck, Wien, Bozen

Eurobarometer (2007): Health and long-term care in the European Union. Special Eurobarometer 283/Wave 67.3. Europäische Kommission. Brüssel. http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_283_en.pdf (29.4.2009)

Eurobarometer (2010): Patientensicherheit und Qualität der medizinischen Versorgung. Eurobarometer Spezial 327/Welle 72.2. Europäische Kommission. Brüssel. http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_327_de.pdf (22.4.2010)

EUROSTAT (2009): EUROSTAT Datenbank 2009. Europäische Kommission. Luxemburg. http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/eurostat/home/

GÖG/ÖBIG (2006): Community Pharmacy in Europe. Lessons from Deregulation – Case Studies. Wien

GÖG/ÖBIG (2007): Zahnstatus in Österreich 2006. Wien

GÖG/ÖBIG (2008b): Leistungsfähigkeit des österreichischen Gesundheitssystems im Vergleich 2008. Wien

GÖG/ÖBIG (2008d): Psychotherapie, Klinische Psychologie, Gesundheitspsychologie Berufsgruppen 1991–2007. Wien

GÖG/ÖBIG (2009a): Versorgung mit Psychotherapie und Psychopharmaka. Wien

GÖG/ÖBIG (2009b): Gesundheits- und Krankenpflegeberufe Evaluierung Ausbildungsbereiche. Wien

Hospiz Österreich (2009): Datenerhebung 2008 von Hospiz Österreich. Wien. http://www.hospiz.at/pdf_dl/Ergebnisse_Datenerhebung_2008.pdf (23.2.2010)

HVB (1999): Statistisches Handbuch der österreichischen Sozialversicherung 1999. Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger. Wien

HVB (2009a): Handbuch der österreichischen Sozialversicherung 2009. Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger. Wien

HVB (2009b): Daten aus maschineller Heilmittelabrechnung 2009. Wien

HVB (2010): Handbuch der österreichischen Sozialversicherung 2010. Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger. Wien

IDF (2009): IDF Diabetes Atlas. International Diabetes Federation; http://www.diabetesatlas.org/downloads (22.2.2010)

McGinnis, Michael; Williams-Russo, Pamela; Knickman, James R. (2002): The Case for More Active Policy Attention to Health Promotion. In: Health Affairs 21/2, 78-93

ÖÄK (2010): Ärzteliste. Österreichische Ärztekammer. Wien

ÖBIG (1997–2003): Österreichischer Krankenanstaltenplan. Großgeräteplan. Jahrgänge 1997–2003. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen. Wien

ÖBIG (2001): Arzneimittelausgaben. Strategien zur Kostendämpfung in der Europäischen Union. Langfassung. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen. Wien

ÖBIG (2003): Armutsbetroffene Frauen in Österreich. Gesundheit und Erkrankungsrisiko. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen. Wien

OECD (2007): Health at a Glance 2007. OECD Indicators. Organization for Economic Co-Operation and Development. Paris

OECD (2009a): OECD Health Data 2009. Paris. www.SourceOECD.org/database/16836243/healthdata

OECD (2009b): Health at a Glance 2009. OECD Indicators. Organization for Economic Co-Operation and Development. Paris

ÖNB (2009): Zinssätze und Wechselkurse. Österreichische Nationalbank. Wien. http://www.oenb.at/de/stat_melders/datenangebot/zinssaetze/wechselkurse/wechselkurse.jsp

ÖZK (2010): Zahnärzteliste. Österreichische Zahnärztekammer. Wien

PHARMIG (2009): Daten & Fakten. Ausgabe 2009. Verband der pharmazeutischen Industrie Österreichs. Wien

PHARMIG (2010): Daten & Fakten. Ausgabe 2010. Verband der pharmazeutischen Industrie Österreichs. Wien

PPRI (2009): PPRI Report 2009. Pharmaceutical Pricing and Reimbursement Information. Wien. http://ppri.oebig.at/Downloads/Publications/PPRI_Report_final.pdf (23.2.2010)

Roemer, Milton; Shain, Max R. (1959): Hospital Cost Related to the Supply of Beds. In: The Modern Hospital 1959/92, 72–73

Sant, Milena; Aareleid, Tiiu; Berrino, Franco; Bielska Lasota, Magdalena, Carli P.M., Faivre, Jean; EUROCARE-3 Working Group (2003): Survival of Cancer Patients Diagnosed 1990–94 – Results and Commentary. In: Annals of Oncology. 14/5, 61–118

Statistik Austria (2002): Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2000. CD-Rom Version. Wien

Statistik Austria (2009): Mikrozensus-Arbeitskräfteerhebung. Jahresergebnisse 2008. Wien. http://www.statistik.at/web_de/statistiken/arbeitsmarkt/ arbeitslose_arbeitssuchende/index.html (21.8.2009)

Statistik Austria (2010a): Volkswirtschaftliche Gesamtrechnung. Wien. http://www.statistik.at/web_de/dynamic/statistiken/volkswirtschaftliche_gesamtrechnungen/037271 (9.2.2010)

Statistik Austria (2010b): Gesundheitsausgaben in Österreich laut System of Health Accounts. Wien. Stand 13.1.2010

Statistik Austria (2010c): Bevölkerungsstatistik. Wien. http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/index.html (31.5.2010)

Statistik Austria (2010d): Personal im Gesundheitswesen. Wien; http://www.stat.at/web_de/statistiken/gesundheit/gesundheitsversorgung/personal_im_gesundheitswesen/index.html (29.3.2010)

Verdecchia, Arduino; Francisci, Silvia; Brenner, Hermann; Gatta, Gemma, Micheli, Andrea, Mangone, Lucia; Kunkler, Ian; EUROCARE-4 Working Group (2007): Recent cancer survival in Europe: a 2000—02 period analysis of EUROCARE-4 data. In: The Lancet Oncology, 8/9, 784-796

Wilking/Jönsson 2005: A pan-European comparison regarding patient access to cancer drugs. Karolinska Institutet, Stockholm

WHO (2009a): WHO Health for all Database 2009. WHO Regional Office for Europe. World Health Organization. Kopenhagen. http://www.euro.who.int/HFADB

WHO (2009b): Global Database on Body Mass Index. World Health Organization. Genf. http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html (22.9.2009)

WHO (2009c): WHO Oral Health Country/Area Profile Programme 2009. World Health Organization. http://www.whocollab.od.mah.se/countriesalphab.html (29.04.2009)

Gesundheit Österreich
GmbH

© Gesundheit Österreich GmbH

Stubenring 6, A 1010 Wien, www.goeg.at