FACT BOOK

Leistungskraft regionaler Gesundheitssysteme in Zeiten von COVID-19

Ambulante Versorgung im Bundesländervergleich

Maria M. Hofmarcher
Christopher Sinhuber
FACT BOOK
Leistungskraft regionaler Gesundheitssysteme in Zeiten von COVID-19
Ambulante Versorgung im Bundesländervergleich

Projekt mit Unterstützung von Philips Österreich

Maria M. Hofmarcher
Christopher Singhuber

August 2020
Inhalt

Executive Summary ........................................................................................................................................... 9

1 Einleitung und methodische Vorgangsweise ................................................................................................. 17

2 Zielsetzung und Aufbau ................................................................................................................................... 21

3 Corona und die Folgen im Überblick bis Mitte Juli 2020 .............................................................................. 23

4 Zustand und Determinanten der Gesundheit ................................................................................................. 37

5 Zugang und Fairness des Zugangs zu ambulanten Leistungen .................................................................... 44

6 Qualität im ambulanten Bereich .................................................................................................................... 55

7 Effizienz im ambulanten Bereich .................................................................................................................. 62

8 Herausforderungen vor und mit Corona ........................................................................................................ 75

9 Schlussfolgerungen und Empfehlungen ....................................................................................................... 81

10 Anhänge ......................................................................................................................................................... 85

11 Ausgewählte Literatur ....................................................................................................................................... 91

12 Ausgewählte Datenquellen ........................................................................................................................... 97

BUNDESLÄNDER FACT SHEETS zur ambulanten Versorgung ............................................................... 101
Abbildungsverzeichnis

Abbildung 2: Anteil der Frauen- und Männerbeschäftigung in Österreich 2019, am stärksten betroffene Sektoren (linke Grafik), am höchsten subventionierte Sektoren (rechte Grafik), NACE-Klassifizierung ........................................................................................................ 30
Abbildung 3: Lebensjahre in Gesundheit 2016, Veränderung 2000 – 2016 in % (rechte Achse), international ........................................................................................................ 39
Abbildung 4: Personen mit Übergewicht oder Adipositas 2014 in % der Bevölkerung, international ..................................................................................................................... 40
Abbildung 5: Tägliche Raucher 2014 in % der Bevölkerung, international .................. 40
Abbildung 6: Arbeitslosigkeit im Vergleich ................................................................................................................................. 41
Abbildung 7: Alle Ärztinnen & Ärzte (linke Grafik) und Kassenärztinnen & -ärzte (rechte Grafik), pro 100.000 EW, Veränderung insgesamt 2008-2018, jeweils rechte Achse .................................................................................................................. 47
Abbildung 8: Ärztinnen und Ärzte pro 100.000 Einwohner, Veränderung insgesamt 2008-2018 (rechte Achse), international................................................................. 48
Abbildung 9: Pflegekräfte und Hebammen pro 100.000 EW, 2008* und 2018* ....... 49
Abbildung 10: Wanderungsbewegungen von Ärzten und Ärztinnen, AT – DE, AT – CH..50
Abbildung 11: Im Ausland ausgebildete Ärztinnen und Ärzte in Österreich, 2018 ....... 50
Abbildung 12: Psychotherapeuten und -therapeutinnen pro 100.000 Einwohner, 2019 .............................................................................................................................. 51
Abbildung 13: Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten pro 100.000 Einwohner, 2019, alle Versorgungssettings ......................................................... 52
Abbildung 14: Vermeidbare Sterblichkeit pro 100.000 Einwohner 2017, altersstandardisiert, „durch Prävention vermeidbar“ (linke Grafik), „behandelbar (rechte Grafik)............................................................................................................. 57
Abbildung 15: Ausgaben des Gesundheitssystems pro Kopf in EUR, 2018 .................................63
Abbildung 16: Gesundheitsausgaben* pro Kopf in EUR, 2011, durchschnittliches Wachstum zwischen 2011 und 2018 (rechte Skala) .................................................................64
Abbildung 17: Ausgaben nach Leistungsbereichen in % der gesamten laufenden Gesundheitsausgaben 2008 und 2018 bzw. letztverfügbares Jahr .................................66
Abbildung 18: Gesamten Gesundheitsausgaben in % des BIP, 2005-2019*..............................67
Abbildung 19: Öffentliche Gesundheitsausgaben in Prozent der gesamten öffentlichen Einnahmen (linke Grafik) und der gesamten öffentlichen Ausgaben (rechte Grafik) ...............................................................................................................................71
Abbildung 20: Prognose der Bevölkerung 75 Jahre und älter, EU-27*.................................75

Tabellenverzeichnis

Tabelle 2: Geschätzte Einnahmenausfälle 2020 und fiktives AT4Health Programm........32
Tabelle 3: Vermeidbare Sterblichkeit je 100.000 Einwohner je Krankheitsgruppe, altersstandardisiert (Maximum rot, Minimum grün), 2018 ..............................................56
Tabelle 4: Vermeidbare Todesfälle je 100.000 Einwohner, altersstandardisiert (Zahl der Fälle in Klammern) ..............................................................................................................57
Tabelle 5: Stilisierte Darstellung des Einflusses der Corona Epidemie auf Kosten des Gesundheitswesens unter Berücksichtigung gesamtwirtschaftlicher Ansätze.......69
Tabelle 6: Geschätztes Volumen für einen „Ambulanztopf“, in Mio. EUR, 2018 ....................79
Boxen

Box 1: Wer ist der ambulante Sektor? ................................................................. 19
Box 2: Das COVID-19-Infektionsrisiko steigt mit der Arbeitslosigkeit .................. 43
Box 3: Die für COVID-19 Kranke vorgesehenen Intensivkapazitäten waren bislang ausreichend ........................................................................................................................................... 54
Box 4: Vermeidbare Sterblichkeit (Mortality amenable to health care/MAHCS) ....... 58
Box 5: Wie gut ist Österreich auf Gesundheitsgefahren vorbereitet? ....................... 61
Box 6: Als die Corona-Epidemie in Österreich ankam, gab es bereits Finanzierungslücken .................................................................................................................................................................................. 73
Box 7: Was braucht es, um die zukünftige Versorgung koordiniert und kostenschinend zu verbessern? .................................................................................................................................................................................. 78

Abkürzungsverzeichnis

AMPFG Arbeitsmarktpolitik-Finanzierungsgesetz
ACSC Ambulatory Care Sensitive Conditions
BGBI Bundesgesetzblatt
BIP Bruttoinlandsprodukt
BL Bundesland
BMF Bundesministerium für Finanzen
BMG Bundesministerium für Gesundheit
BMSGPK Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz
BRP Bruttoregionalprodukt
BVAEB Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau
CEF Connecting Europe 2
COPD Chronic Obstructive Pulmonary Disease
CT Computer-Tomographie
EC Europäische Kommission
ECMO Extrakorporale Beatmung
ER Europäischer Rat
ERI European Recovery Instrument
ESF Europäischer Sozialfonds
EU Europäische Union
EU-SILC Europäische Gemeinschaftsstatistik über Einkommen und Lebensbedingungen
EUROL Länder der Eurozone
F&E Forschung und Entwicklung
FFP Atemschutzmaske
Zitiervorschlag:

Die Autorinnen danken Statistik Austria, der Österreichischen Ärztekammer, Gesundheit Österreich GmbH, dem Dachverband der Sozialversicherungsträger und Dr. Ludwig Kaspar, Netdoktor für die Bereitstellung von Daten und für die Kooperation.

Um die Lesbarkeit des Berichtes zu unterstützen, werden männliche und weibliche Formen abwechselnd verwendet, und zwar zufällig. Wenn nicht ausdrücklich hervorgehoben, sind in beiden Formen immer Frauen und Männer zusammen gemeint.
Executive Summary


Corona findet in Österreich ein gut ausgestattetes Gesundheitssystem. Erste bestätigte Fälle von Corona-Infektionen traten in Österreich Ende Februar auf. In der letzten Märzwoche 2020 begannen die Infektionsraten zu sinken, ebenso wie die Auslastung von Krankenhäusern und Intensivbetten im ganzen Land. Manche Bundesländer waren aber stärker betroffen als andere, wie beispielsweise Tirol. Mit 29 Intensivbetten pro 100.000 Einwohner ist Österreich vergleichsweise gut auf die Behandlung von schwer Erkrankten vorbereitet, während Länder wie Griechenland oder Irland schnell an ihre Grenzen stoßen.


Das COVID-19-Risiko steigt mit Arbeitslosigkeit. Studien zeigen, dass sich sozioökonomische Risikofaktoren auf die Ausbreitung und den Verlauf von Corona-Erkrankungen auswirken. Für Österreich konnte kein signifikanter Zusammenhang zwischen der Lebenssituation der Menschen und dem Infektionsrisiko (Zahl der Fälle pro 100.000 Einwohner) oder der Sterblichkeit (Zahl der Todesfälle pro 100.000 Einwohner) auf Bezirksebene festgestellt werden. Der Lebenssituationsindex wurde vom WIFO


werden. Dieser Betrag umfasst 16,7 % der Mittel des COVID-19-Krisenbewältigungsfonds und 1,1 Prozent der Wirtschaftsleistung. AT4Health macht 10 % des gesamten Konjunkturprogramms aus, was weniger ist als der Anteil der öffentlichen Gesundheitsausgaben an den gesamten Staatsausgaben 2018 (16,7 %).


### Geschätzte Einnahmenausfälle 2020 und fiktives AT4Health Programm

<table>
<thead>
<tr>
<th>Einnahmenausfälle, geschätzt für 2020</th>
<th>AT4Health-Programm</th>
<th>AT4Health-Programm</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>in Mio EUR</td>
<td>in % des COVID-19</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Krisenbewältigungsfonds</td>
</tr>
<tr>
<td>Steuern</td>
<td>500</td>
<td>2,0</td>
</tr>
<tr>
<td>Beiträge</td>
<td>600</td>
<td>2,4</td>
</tr>
<tr>
<td>Mehraufwand, (vergangen &amp; künftig),</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Expertenschätzung</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>COVID-19 -Ausgaben (Schutzausrüstung,</td>
<td>2.500</td>
<td>9,8</td>
</tr>
<tr>
<td>etc..)</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Leistungs-harmonisierung (ÖGK auf</td>
<td>650</td>
<td>2,6</td>
</tr>
<tr>
<td>BVAEB)</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>AT4Health</td>
<td>4.250</td>
<td>16,7</td>
</tr>
<tr>
<td>COVID-19-Krisenbewältigungsfonds,</td>
<td>25.468</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Planwerte 15. Mai 2020</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Memorandum item</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Gesamt: COVID-19-Krisenbewältigungsfonds</td>
<td>41.000</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>plus Konjunkturpaket (ohne Haftungen und Garantien)</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

ÖGK: Österreichische Gesundheitskasse, BVAEB: Versicherungsanstalt der Beamten und der Eisenbahner
Quellen: BD 2020a, BD 2020b, HS&I-eigene Schätzungen und Darstellung.

umfasst der „Ambulanztopf“ etwa 8 Mrd. EUR., die sich zu 63 Prozent auf die soziale Krankenversicherung verteilen und zu 37 Prozent auf die Länder.


Im ambulanten Sektor arbeiten etwa 60.000 Personen unterschiedlicher Gesundheitsberufe. Neben Ärztinnen (22.000) sind das Pflegepersonal (12.500), medizin-technische Dienste (15.400), und Psychotherapeutinnen (10.200). Die exakte Zuordnung der Beschäftigten zum ambulanten Bereich ist oft nicht möglich, da viele Gesundheitsberufe, z.B. die Physiotherapeutinnen, häufig sowohl angestellt als auch freiberuflich tätig sind; das betrifft auch Ärztinnen, wenn sie keine Kassenärzte sind.

**Das Pflegepersonal ist rar, mobile Pflege braucht einen höheren Stellenwert.** Während ausgabenseitige Ungleichgewichte im Gesundheitssystem etwas gemildert sind, sind sie bezogen auf den Personaleinsatz stark ausgeprägt. Bei sehr hoher Dichte von Ärztinnen und Ärzten war mit 713 Pflegepersonal pro 100.000 Einwohner im Jahr 2018 deutlich weniger Personal verfügbar als in vergleichbaren europäischen Ländern, wie Deutschland (1.351 Personen) oder Dänemark (1.046 Personen). Zudem ist die Personaldichte seit 2008 kaum gestiegen und das gesamte nicht-medizinische Gesundheitspersonal nicht adäquat eingesetzt. Das hat wesentliche Auswirkungen auf die Versorgung von chronisch Kranken und auf die notwendige Verbesserung der Prävention und der Gesundheitsförderung am „Best Point of Service“. Zudem gibt es wenig professionelles Pflegepersonal im Bereich der Langzeitpflege, da in Österreich
traditionell die damit verbundenen Kosten gescheut werden. Daher muss in diesen Bereich investiert werden. Ausgaben für Leistungsharmonisierung wie in AT4Health vorgeschlagen, sollten monetäre Anreize für mehr Pflege in der medizinischen Versorgung im ambulanten Sektor vorsehen.

*Es gibt ungeklärte Qualitätsunterschiede bei der Versorgung in den Bundesländern.* Daher muss die Qualität der ambulanten Versorgung durch einen ausgewogenen Einsatz qualifizierter Gesundheitsberufe deutlich verbessert werden. Wir ermitteln für 2018, dass 10.069 oder 12 % aller Todesfälle (83.975) in Österreich nach OECD-Definition in die Kategorie der vermeidbaren Todesfälle fielen. Einige Todesursachen könnten dabei eher durch Prävention, andere durch Behandlung vermieden werden. Mit 150 und 144 Todesfällen gab es in Kärnten um 36, und im Burgenland um 30 vermeidbare Sterbefälle pro 100.000 Einwohner mehr als im österreichischen Durchschnitt (114). Verglichen mit Oberösterreich (103 Sterbefälle), war die vermeidbare Sterblichkeit in Kärnten um 46 % höher. Fast genauso wenige vermeidbare Todesfälle verzeichnete Niederösterreich (104), in Wien gab es im Jahr 2018 trotz der hohen Risikofaktoren 113 vermeidbare Todesfälle je 100.000 Einwohner.

**Todesfälle je 100.000 Einwohner, die durch das Gesundheitssystem potenziell vermeidbar sind, altersstandardisiert, 2018**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Schlüsselindikatoren</th>
<th>Jahr</th>
<th>Ö</th>
<th>B</th>
<th>K</th>
<th>NÖ</th>
<th>OÖ</th>
<th>S</th>
<th>ST</th>
<th>T</th>
<th>V</th>
<th>W</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Vermeidbare Sterblichkeit vor 75 (MAHCS*)</td>
<td>2018</td>
<td>114</td>
<td>144</td>
<td>150</td>
<td>104</td>
<td>103</td>
<td>127</td>
<td>111</td>
<td>112</td>
<td>126</td>
<td>113</td>
</tr>
<tr>
<td>MAHCS durch Prävention</td>
<td>2018</td>
<td>76</td>
<td>96</td>
<td>104</td>
<td>68</td>
<td>69</td>
<td>83</td>
<td>73</td>
<td>75</td>
<td>83</td>
<td>74</td>
</tr>
</tbody>
</table>

*Mortality Amenable to the Health Care System
Quellen: STAT AT, HS&I-eigene Berechnungen und Darstellung


Dies muss mit der progressiven Weiterentwicklung des Angebots einhergehen z.B. durch Leistungsharmonisierung. Dabei ist darauf zu achten, dass der investive Arm des vorgeschlagenen AT4Health entsprechende monetäre Anreize für ausgewogene multidisziplinäre Versorgung setzt. Dies könnte durch die Beimengung von vermögensbezogenen Steuern in das Portfolio der Finanzierungsmöglichkeiten sichergestellt werden. Da einkommensbezogene Staatseinnahmen Schwankungen unterliegen, sollte die Finanzierungsbasis für das Gesundheitswesen verbreitert werden, um einen wachstumsfördernden Ausgabenpfad zu gewährleisten.
Was braucht es, um die zukünftige Versorgung koordiniert und kostensschonend weiter zu entwickeln?

**AKTIVES UND GESUNDES ALTERN FÖRDERN**

- Frühe Hilfen allen Familien anbieten und Multiplikatoren einsetzen, multiprofessionelle Versorgungsformen etablieren
- Wirksame psychosoziale Leistungen bis zum 18. Lebensjahr im Mutter-Kind Pass
- Betriebliche Gesundheitsförderung ausbauen

**AMBULANTE VERSORGUNG AUS- UND AUFBAUEN**

- Kassenverträge für alle Hausärzt:innen und Gesundheitsberufe, die sich niederlassen wollen
- Kassenverträge für Fachärzt:innen in Krankenanstalten definieren und ausbauen
- Laufend valorisiertes Budget der Krankenversicherung dafür in einen „Ambulanztopf“
- Multiprofessionelle Versorgung an Bonus knüpfen, Stichwort Primärversorgung

**ARBEITSTEILUNG AUF AUGENHÖHE UND MEHR PERSONAL**

- Entwicklung von koordinierten Personal- und Stellenplänen und flexibler institutioneller Rahmenbedingungen für die Sicherstellung ausreichender personeller Ressourcen.
- Arbeitsmarktoffensive und Inklusion für mehr Gesundheitsberufe
- Lohn- und Gehaltssteigerungen an informierte Ausgabenprognosen binden, die sowohl Versorgungsbedarf, Einkommensentwicklung und technischen Fortschritt berücksichtigen

**GESUNDHEIT UND PFLEGE ZUSAMMENBRINGEN**

- Regionale Fonds – einen „Ambulanztopf“ mit Mittel für ambulant/ambulant stationär und mobile Pflege dotieren
- Bundesvorgaben dafür und für die Abstimmung der Versorgungspläne
- Bundesbenchmarks für „vorbildliche Steuerung“ der ambulanten Versorgung
- Bundesweite Definition von Personenschlüsseln in Pflegeheimen
- Multiprofessionelle Versorgungsformen etablieren

**NACHHALTIGKEIT UND DIGITALISIERUNG SICHERSTELLEN**

- Einnahmenausfälle mit Hilfe von vermögensbezogenen Steuern sichern
- Wachstumsfördernden Kostenpfad definieren, keine starre Bindung an das Wirtschaftswachstum
- Digitalisierungsoffensive mit Hilfe von Mitteln der Breitbandmilliarde
- Bundesbenchmarks zur Förderung der Leistungskraft vergleichbarer Krankenanstalten, an Bonuszahlungen binden
- Etablierung eines analytisch orientierten Systemmonitorings, das über die Zielsteuerung hinausgeht.
- Unabhängige Versorgungsforschung fördern und Zugang zu relevanten Daten sicherstellen
1 Einleitung und methodische Vorgangsweise


Das Projekt Fact Book Leistungskraft regionaler Gesundheitssysteme zielt darauf ab, eine systematische Übersicht über die Leistungskraft der Gesundheits- und Pflegeversorgung auf Ebene der Bundesländer zu bekommen. Dafür ist erforderlich, die Fragmentierung der Informationssysteme zu überwinden und Daten und Indikatoren zu integrieren. Das kann derzeit nur mit Hilfe von Forschungsprojekten erreicht werden, da bestehende Informationssysteme in wichtigen Bereichen, z.B. Gesundheitsausgaben auf Bundesländerebene nicht verfügbar oder wie beispielsweise Qualitätsindikatoren nicht zugänglich sind, so sie überhaupt existieren.


In allen Gesundheitssystemen sind Zugang, Fairness, Effizienz und Qualität Bereiche, anhand derer sich die Leistungskraft erfassen lässt. Die Rolle der Indikatoren besteht


- Bereitstellung einer Datenbank zur Förderung von Regionalforschung und zur Weiterentwicklung des Indikatorenssets
- vergleichende Performancemessung zwischen Bundesländern/Regionen
- Identifikation von Auffälligkeiten und guter Performance

Das Fact Book 2020

- diskutierte Aspekte der COVID-19 Epidemie und die gesundheitlichen und wirtschaftlichen Folgen im Überblick bis Mitte Juli 2020
- aktualisierte Schätzungen der regionalen Gesundheitsausgaben und regional verfügbarer Indikatoren der Leistungskraft dort, wo neue Daten verfügbar sind
- kategorisierte relevante Kernindikatoren der ambulanten Versorgung
- ermittelte vermeidbare Sterblichkeit sowohl im Hinblick auf Prävention als auch Behandlung und
Box 1: Wer ist der ambulante Sektor?

Die ambulante Versorgung lässt sich in verschiedene Versorgungssettings untergliedern, deren Regeln und Finanzierungsmodi sich stark voneinander unterscheiden. Die Tabelle gibt einen Überblick über den ambulanten Sektor, soll seine Vielfältigkeit verdeutlichen, und die Schwierigkeit, die mit einer Koordinierung sämtlicher Bereiche einhergeht, hervorheben.

Eine Setting-übergreifende Planung wird zusätzlich durch fragmentierte Zuständigkeiten der involvierten Entscheidungsträger erschwert. Für Patientinnen ist das dezentrale Angebot an Leistungen mit sich überschneidenden Kompetenzen der einzelnen Leistungserbringer häufig überfordernd.

KONZEPTIONELLER RAHMEN – AMBULANTE VERSORGUNG

<table>
<thead>
<tr>
<th>Ambulante Versorgungssettings</th>
<th>Bereiche</th>
<th>integrierbar zu</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Spitalsambulanzen</td>
<td>Ambulante Fälle</td>
<td>Erstversorgungsambulanzen</td>
</tr>
<tr>
<td>Ambulatorien</td>
<td>Tageskliniken</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Niedergelassen (§2, kleine Kassen und Wahlärzte/-innen)</td>
<td>Allgemeinmediziner/-innen</td>
<td>Fachärzte/-innen (inkl. Zahnärzte/-innen)</td>
</tr>
<tr>
<td>MTD-Berufe: Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, etc...</td>
<td>Primärversorgungs- einheiten</td>
<td>Gruppenpraxen</td>
</tr>
<tr>
<td>Ambulante MRT/CT Diagnostik-Institute</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Psychotherapie</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Mobile Betreuungs- und Pflegedienste</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Apotheken</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

Quelle: HS&I-eigene Darstellung

Im ambulanten Sektor arbeiten etwa 60.000 Personen unterschiedlicher Gesundheitsberufe, das sind 13 % aller im Gesundheitswesen Beschäftigten. Neben Ärztinnen (22.000) sind das Pflegepersonen (12.500), medizin-technische Dienste (15.400) und Psychotherapeutinnen (10.200). Die exakte Zuordnung der Beschäftigten zum ambulanten Bereich ist oft schwierig, so sind z.B. die Physiotherapeutinnen häufig sowohl angestellt als auch freiberuflich tätig; das betrifft auch Ärztinnen, wenn sie keine Kassenärzte sind.


Zielsetzung und Aufbau

Das Ziel ist, ein Leistungsbild des ambulanten Sektors zu zeichnen, unter Berücksichtigung wichtiger Aspekte

• von Zugang und Qualität und von Effizienz persönlicher, ambulanter Gesundheitsdienstleistungen
• der Folgen der Corona-Epidemie im Überblick bis Mitte Juli 2020

Das Fact Book 2020 besteht aus:

➢ der Faktenanalyse, überregional. Die Faktenanalyse fasst wesentliche Ergebnisse der aktualisierten Ausgabenschätzung und Indikatoren zusammen; sie diskutiert Schlüsselindikatoren der ambulanten Versorgung in einem internationalen Kontext.
➢ den Fact Sheets pro Bundesland. Fact Sheets stellen Schlüsselindikatoren der ambulanten Versorgung in den gesamtösterreichischen Kontext.


eine Reformagenda, die in Zeiten von Corona noch mehr an Bedeutung gewinnt. Kapitel 9 schließt mit Schlussfolgerungen ab und fasst Empfehlungen zusammen.

Anhang 1 fasst die wissenschaftlichen Grundlagen für die Auswahl der Indikatoren zusammen, Anhang 2 und 3 zeigen die zugrunde liegenden Modelle zur Messung der Leistungsfähigkeit, Anhang 4 präsentiert die vollständige Liste der Headline-Indikatoren (6) und der Schlüsselindikatoren (19), die die Leistungskraft des ambulanten Geschehens im Bereich persönlicher Dienstleistungen erfasst.


¹ http://www.HealthSystemIntelligence.eu/RegionalFactBook/Ambulante_Versorgung
3 Corona und die Folgen im Überblick bis Mitte Juli 2020


*Regelungen die das Tragen einer Schutzmaske im öffentlichen Raum verordnen, werden im Indikator nicht erfasst. Quellen: BMSGPK, Hale et al. 2020, HS&I-eigene Darstellung.
Abbildung 1 zeigt die Entwicklung des Infektionsgeschehens in den Bundesländern und zwei Indikatoren, die Maßnahmen zur Eindämmung der Epidemie erfassen. Der Government Stringency Index ist einer von drei Teilindizes des Government Response Index von Hale et al. (2020). Er misst die Schwere der Einschränkungen zur Eindämmung der Corona-Pandemie in Österreich waren. Beispielsweise werden Schulschließungen, Versammlungsverbote, Ausgangssperren, oder Reisebeschränkungen von dem Indikator erfasst. Der Containment and Health Index erweitert den Stringency Index im Wesentlichen um die Dimensionen „Teststrategie“ und „Contact Tracing“.


**Kommunikation: von Infektionsraten zur Eigenverantwortung**


**Wirtschaftseinbruch und Instrumente der Krisenbewältigung**

Die Summe der Maßnahmen zur Eindämmung der Pandemie hat zu einem wesentlichen Anstieg der Arbeitslosigkeit geführt (siehe Bundesländer-Fact-Sheets) und die Regierung


- Stabilisierung der Gesundheitsversorgung;
- Belebung des Arbeitsmarkts (vor allem Kurzarbeit im Sinne des § 13 Abs. 1 Arbeitsmarktpolitik-Finanzierungsgesetz (AMPFG));
- Aufrechterhaltung der öffentlichen Ordnung und Sicherheit;
- im Zusammenhang mit den Vorgaben für die Bildungseinrichtungen;
- zur Abfederung von Einnahmenausfällen in Folge der Krise;
- im Zusammenhang mit dem Epidemiengesetz 1950, BGBI. Nr. 186/1950;
- zur Konjunkturbelebung und
- zur Liquiditätsstabilisierung von Unternehmen.


Im Rahmen der Regierungsklausur am 15.6. wurden weitere 12 Mrd. EUR (BD 2020b) festgelegt. Somit legt Österreich Hilfen von etwa 50 Mrd. EUR auf, um die Wirtschaft wieder in Schwung zu bringen. Nach Abzug der Garantien und Haftungen bleiben haushaltswirksame Maßnahmen von 41 Mrd. EUR. In Relation zur Wirtschaftsleistung 2018 entspricht das exakt dem Betrag der haushaltswirksamen Maßnahmen Deutschlands (353 Mrd. EUR), nämlich 10,6 % des BIP.

Seitens der Regierung (Grüne) wird immer wieder auf die gute Performance Österreichs hingewiesen (10.7). Basis dafür ist ein Ranking von April 2020, wo Österreich nach

**Es liegt noch einiges Geld im COVID-19-Krisenbewältigungs-Fonds**


Österreich könnte insgesamt deutlich aktiver sein in Bezug auf EU-Initiativen. Es gibt keine aktuellen, öffentlich zugänglichen Informationen über Österreichs Beteiligung an der Beschaffungsinitiative einiger EU-Mitgliedsstaaten zur Sicherstellung von Gerätschaften und Schutzkleidung.

Die Bundesländer bekommen COVID-19-Zweckzuschüsse, Richtlinien fehlen


− Schutzausrüstung
− Personalkosten für die telefonische Gesundheitsberatung unter der Rufnummer 1450, und
− Notspitäler².


² HS&I-eigene Umformulierung. Im Originaltext steht „Barackenspitäler“, ein Wort, das in jedem Text und damit auch in Gesetzestexten untragbar ist.
<table>
<thead>
<tr>
<th>Bedeckung, kommt aus</th>
<th>geht an Untergliederungen (UG)</th>
<th>Maßnahmen relevant für Gesundheit und Pflege</th>
<th>In Mio. EUR</th>
<th>COVID-19-Fonds in % Einzahlung</th>
<th>Auszahlung</th>
<th>in % Einzahlung</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>UG 13 Justiz</td>
<td>Schutzmasken, Handschuhe, Desinfektionsmittel</td>
<td>8,3</td>
<td>8,3</td>
<td>0,6</td>
<td>7,2</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Testgeräte, Justizanstalten</td>
<td>0,1</td>
<td>0,1</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>FFP-Schutzmasken</td>
<td>0,8</td>
<td>0,8</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>UG 21 Soziales und Kosumentenschutz</td>
<td>Sonderdotierung Pflegefonds</td>
<td>100,0</td>
<td>100,0</td>
<td>78,6</td>
<td>78,6</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>UG 40 Wirtschaft</td>
<td>Zuschuss an ÖKG</td>
<td>60,0</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>COVID-19-Krisenbewältigungsfonds</td>
<td>UG 24 Gesundheit</td>
<td>Testkosten</td>
<td>200,0</td>
<td>9,0</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>UG 33 Wirtschaft (Forschung)</td>
<td>Klinische Forschung &quot;Corona Emergeny Call&quot;</td>
<td>10,0</td>
<td>10,0</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>UG 34 Innovation und Technologie (Forschung)</td>
<td>Klinische Forschung &quot;Corona Emergeny Call&quot;</td>
<td>15,0</td>
<td>15,0</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>UG 40 Wirtschaft (Forschung)</td>
<td>Beschaffung medizinischer Produkte durch ÖRK</td>
<td>403,9</td>
<td>120,0</td>
<td>29,7</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Summe</td>
<td>798,1</td>
<td>547,1</td>
<td>199,2</td>
<td>36,4</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Summe mit Zuschüssen, geschätzt</td>
<td>3.448,1</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Summe COVID-19-Krisenbewältigungsfonds</td>
<td></td>
<td>13.261,4</td>
<td>1.796,7</td>
<td>615,3</td>
<td>34,2</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Relevant für Gesundheit und Pflege in %</td>
<td>6,0</td>
<td>30,5</td>
<td>32,4</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Relevant für Gesundheit und Pflege plus Zuschüsse in %</td>
<td>26,0</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>COVID-19 Krisenbewältigungsfonds, Planwerte 15. Mai 2020</td>
<td></td>
<td>25.468,0</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Memorandum Item</td>
<td>COVID-19-Krisenbewältigungsfonds plus Konjunkturpaket (ohne Haftungen und Garantien)</td>
<td>41.000,0</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

* Expertenschätzung 25.2-25.6. 2020, Förderrichtlinien fehlen
Quellen: BD 2020a, BD2020b, HS&I-eigene Zusammenstellung, Juli 2020
Wir brauchen eine Krisenpolitik, die Frauenbeschäftigung im Auge hat

Wie überall, kann auch in Österreich davon ausgegangen werden (BD 2020b), dass der öffentliche Sektor den Wirtschaftseinbruch durch den gestiegenen öffentlichen Konsum, z.B. im Gesundheitsbereich, die Kurzarbeitshilfen, die Maßnahmen zur Unterstützung von Unternehmen sowie durch die Wirkung der automatischen Stabilisatoren abschwächt. Investitionen in die Gesundheit sind ein entscheidender Hebel für zukünftiges Wachstum und bislang zu wenig Bestandteil der wirtschaftspolitischen Debatte. Gesundheit wird viel zu oft als reiner Kostenfaktor betrachtet, dabei bringen Investitionen in das Gesundheitswesen erhebliche soziale und wirtschaftliche Renditen. Regierungen auf der ganzen Welt sollten erwägen, Strategien für aktives und gesundes Altern zu entwickeln und umzusetzen, einschließlich Arbeitsmarkt- und Beschäftigungspolitik für Gesundheits- und Pflegeberufe (Box 7).


Eine ähnlich fragwürdige Verteilungswirkung zeigt sich für das österreichische Konjunkturpaket: Frauen kommen nur 40 % der kolportierten 50 Mrd. EUR zugute. Gleichzeitig gehen 24 % des Gesamtvolumens an die Bevölkerung im obersten, und nur 14 % an die Bevölkerung im untersten Einkommensquintil (BD 2020b).


3 Die analysierten Sektoren wurden anhand vorläufiger wissenschaftlicher Daten zu den Sektoren ausgewählt, die am stärksten von der COVID-19-Krise betroffen sind (OECD, 2020).
Abbildung 2: Anteil der Frauen- und Männerbeschäftigung in Österreich 2019, am stärksten betroffene Sektoren (linke Grafik), am höchsten subventionierte Sektoren (rechte Grafik), NACE-Klassifizierung

Quellen: Eurostat, HS&I-eigene Darstellung.


Die Krise braucht mehr Gesundheit

Das Gesundheitswesen ist der Olivenbaum der Wirtschaft. Es stellt Menschen wieder her und versorgt sie, wenn sie krank sind oder bleiben. Es ist für Diagnose und Therapie akuter Erkrankungen, aber auch für Prävention, Screening, Früherkennung, Diagnose und Therapie sowie Nachsorge chronischer Erkrankungen zuständig. Dabei wird sehr viel

Neue Berechnungen des McKinsey Global Institute (Remes et al. 2020) ermitteln für eine Reihe von Ländern, darunter Österreich, gesamtwirtschaftliche Effekte, die durch zusätzliche Investitionen in die Gesundheitsversorgung zu erwarten sind. Investitionen in die Verbesserung der Gesundheit könnten demnach etwa 50 Mrd. USD in zusätzlicher Wertschöpfung bis 2040 bringen. Anders ausgedrückt ist der gesamtwirtschaftliche Nutzen von einem investierten Dollar in das Gesundheitswesen 2,8 USD.


Österreich braucht AT4Health als Hebel zum „Herausinvestieren“


Grob geschätzt wird erforderlich sein, dass dem Gesundheitswesen zusätzliche Mittel in der Höhe von etwa 4,2 Mrd. oder 480 EUR pro Kopf zugeführt werden. Dieser Betrag umfasst 16,7 % der Mittel des COVID-19 Krisenbewältigungsfonds und 1,1 Prozent der Wirtschaftsleistung. Zusammen mit der Reformagenda, wie sie in Box 7 dargestellt ist, sind im Detail folgende Schritte zu setzen:

- **Dotierung eines „Corona-Fonds“, z.B. als AT4Health mit Mitteln in der Höhe von 4,2 Mrd. EUR, Tabelle 2.** Ziel ist es, Kapazitäten, Beschaffung und Personal ordentlich zu dotieren, Ressourcenverfügbarkeit und Testaktivitäten zu koordinieren und in bessere Leistungen für alle zu investieren.


- **Dotierung von „Ambulanztöpfen“, wo Mittel der haus- und fachärztlichen Versorgung, der Versorgung in den Spitalsambulanzen und Mittel der Länder für die mobile Pflege in Fonds auf Ebene der Bundesländer zusammengefasst werden, Kapitel 8**
Strategische Koordination der Intensivversorgung in Schwerpunktkrankenanstalten, damit die wirksame Beatmung von Schwerkranken bundesländerübergreifend möglich ist, Stichwort: Extrakorporale Beatmung (ECMO)

Wie viel Gesundheit ist in „Next Generation EU“?

Der Vorschlag für ein „European Recovery Instrument (ERI)“, auch „Next Generation EU“ genannt, ist das Kernelement des EU-Programmes zur wirtschaftlichen Erholung. Es stellt Mittel für Maßnahmen und Maßnahmen bereit, die gemäß dem ERI durchzuführen sind, und legt die Zuweisung von Mitteln an verschiedene EU-Programme im Einklang mit der festgelegten Strategie im „Wiederaufbauplan“ der Europäischen Union fest.

Das vorgeschlagene Budget beläuft sich auf 750 Mrd. EUR. Die Gesamtsumme verteilt sich auf sieben Programme, 360 Mrd. werden als Darlehen, 390 Mrd. als Zuschüsse vergeben:

- Aufbau und Resilienzfazilität: 672,5 Mrd. EUR
  - davon Darlehen 360 Mrd. EUR
  - davon Finanzhilfen (Zuschüsse) 312,5 Mrd. EUR

Der Rest wird in Form von Zuschüssen im Rahmen der Programme ReactEU (47,5 Mrd. EUR), Horizont Europa (5 Mrd. EUR), InvestEU (5,6 Mrd. EUR), Entwicklung des ländlichen Raums (7,5 Mrd. EUR), Fonds für einen gerechten Übergang (10 Mrd. EUR) und rescEU (1,9 Mrd. EUR) vergeben.

Begünstigte des ERI sind Mitgliedstaaten, Unternehmen und andere, wie in den verschiedenen Programmen definiert.

Das Instrument unterstützt die Erholung in der Union nach der COVID-19-Pandemie und dient insbesondere der Finanzierung der folgenden Maßnahmen zur Bewältigung der negativen wirtschaftlichen Folgen der Pandemie, laut COM (2020) 441:

- Maßnahmen zur Wiederherstellung der Beschäftigung, zur Schaffung neuer Arbeitsplätze und zur Wiederherstellung der Gesundheitssysteme;

- Reformen und Investitionen, um dem Wachstumspotenzial neue Impulse zu verleihen, den Zusammenhalt unter den Mitgliedstaaten zu stärken und ihre Resilienz zu steigern;

- Unterstützungsmaßnahmen für Unternehmen, die von den wirtschaftlichen Auswirkungen der Pandemie betroffen sind, insbesondere Maßnahmen zugunsten kleiner und mittlerer Unternehmen, einschließlich direkter Finanzinvestitionen in solche Unternehmen;

- Unterstützungsmaßnahmen für wirtschaftlich lebensfähige Unternehmen, deren Solvenz aufgrund der Auswirkungen der COVID-19-Pandemie eingeschränkt ist, einschließlich direkter Finanzinvestitionen in solche Unternehmen;
- Maßnahmen zur Stärkung der strategischen Autonomie der Union im Zusammenhang mit wesentlichen Lieferketten, einschließlich direkter Finanzinvestitionen in Unternehmen;

- Unterstützungsmaßnahmen für Forschung und Innovation in Reaktion auf die COVID-19-Pandemie;

- Unterstützungsmaßnahmen zur Verbesserung der Krisenvorsorge und zur Ermöglichung einer raschen und wirksamen Reaktion der Union im Falle wesentlicher Krisensituationen; dies umfasst die Verbesserung der strategischen Resilienz der Gesundheitssysteme der Union, damit im Falle einer neuen grenzüberschreitenden Gesundheitskrise rasch und wirksam auf Unionsebene reagiert werden kann, die Bevorratung grundlegender Güter und medizinischer Ausrüstung und den Erwerb der erforderlichen Infrastrukturen für die Aufrechterhaltung eines angemessenen Bestands an krisenrelevanten medizinischen Gütern und Arzneimitteln;

- Unterstützungsmaßnahmen, mit denen sichergestellt wird, dass ein gerechter Übergang zu einer klimaneutralen Wirtschaft nicht durch die COVID-19-Pandemie untergraben wird;

- Unterstützungsmaßnahmen zur Bewältigung der Auswirkungen der COVID-19-Pandemie auf die Landwirtschaft und die Entwicklung des ländlichen Raums.

- Das Instrument sieht außerdem Krisenunterstützung für Partnerländer vor, um deren Handels- und Wirtschaftsbeziehungen zur Union wiederherzustellen und auszubauen und ihre Resilienz zu stärken.


EU4Health wird klein und muss sich einreißen

Das EU4Health-Programm wurde ursprünglich als neues eigenständiges Programm vorgeschlagen, dessen Ziel es war die mit COVID-19 verbundenen Herausforderungen und langjährige Themen der Gesundheitspolitik anzugehen, wie die Stärkung der Gesundheitssysteme. Geplant waren gemeinsame Investitionen in Prävention, Krisenvorsorge, Beschaffung lebenswichtiger Medikamente und Geräte sowie langfristige Verbesserung gesundheitlicher Ergebnisse.


Das Programm EU4Health wäre jedenfalls viel umfangreicher gewesen als sein Vorläuferprogramm, und machte in seiner Ursprungskonstruktion im MFR dennoch nur etwa ein Drittel aller vorgesehenen Investitionen im Gesundheitsbereich auf EU-Ebene aus, COM (2020), 405. In jedem Fall müssen die unterschiedlichen Programme und Fonds besser abgestimmt werden, um ihre volle Wirksamkeit zu gewährleisten und Doppelgleisigkeit zu vermeiden.

Es wird sich zeigen, ob unter diesen Voraussetzungen eine programmübergreifende Zusammenarbeit gelingt und eine gemeinsame Zielsetzung in den einzelnen Politikbereichen die Lenkung der für den Gesundheitsbereich vorgesehenen Mittel und eine wirksamere Unterstützung als bisher für die Verwirklichung der jeweiligen Ziele erreichbar ist.

Untersuchungen zeigen, dass Initiativen auf EU-Ebene, die sich mit Gesundheit und der Leistungsfähigkeit von Gesundheitssystemen (HSPA) befassen, nur unzureichend koordiniert werden. Die Rolle der Europäischen Kommission und ihre Zusammenarbeit mit anderen Schlüsselakteuren wie OECD oder WHO wurde seit der EU-Gesundheitsstrategie 2013 stärker. Gleichzeitig ist die EU-HSPA-Landschaft komplex, mit
scheinbar wenigen Rationalisierungsaktivitäten (Peric et al. 2017), und es gibt eine einschlägige Dominanz etablierter, aber geschlossener Netzwerke, sowohl auf EU-Ebene, als auch auf Ebene der Nationalstaaten, die eine ergebnisorientierte Zusammenarbeit zwischen den EU Programmen im Gesundheitsbereich oft blockieren.

4 Zustand und Determinanten der Gesundheit

Definitionen Gesundheitszustand und Gesundheitsdeterminanten


Ergebnisse

Gesundheitszustand der Bevölkerung: Ergebnisse auf einen Blick

<table>
<thead>
<tr>
<th>Schlüsselindikatoren</th>
<th>Jahr</th>
<th>O</th>
<th>B</th>
<th>K</th>
<th>NO</th>
<th>OÖ</th>
<th>S</th>
<th>ST</th>
<th>T</th>
<th>V</th>
<th>W</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Lebenserwartung in guter Gesundheit, Jahre ²</td>
<td>2014</td>
<td>66,3</td>
<td>63,2</td>
<td>66,5</td>
<td>65,8</td>
<td>66,3</td>
<td>70,2</td>
<td>65,1</td>
<td>70,5</td>
<td>69,5</td>
<td>64,8</td>
</tr>
<tr>
<td>Lebenserwartung, Jahre</td>
<td>2018</td>
<td>81,6</td>
<td>81,3</td>
<td>81,5</td>
<td>81,4</td>
<td>82,1</td>
<td>82,7</td>
<td>82,0</td>
<td>82,7</td>
<td>82,6</td>
<td>80,5</td>
</tr>
<tr>
<td>Inzidenz Lungenkrebs je 100.000 Einwohner ²</td>
<td>2015/17</td>
<td>57</td>
<td>48</td>
<td>55</td>
<td>60</td>
<td>46</td>
<td>45</td>
<td>51</td>
<td>62</td>
<td>59</td>
<td>74</td>
</tr>
</tbody>
</table>

¹ Erwartete Lebensjahre bei der Geburt in (sehr) guter Gesundheit, Klimont & Klotz (2016)
² altersstandardisiert, 3-Jahres-Durchschnitt
Quellen: STAT AT, HS&I-eigene Darstellung

Nationale Daten berichten kurze Lebenszeit in Gesundheit

Der Gesundheitszustand ist bundesweit sehr unterschiedlich, was sich in der Lebenserwartung in Gesundheit zeigt. Dieser Indikator berücksichtigt neben der Sterblichkeit auch den selbst berichteten Gesundheitszustand und gibt somit Auskunft über die Lebensqualität. In Salzburg und Tirol lag die erwartete gesunde Lebenserwartung im Jahr 2014 über 70 Jahre, im Burgenland und in Wien unter 65 Jahre. Auch die Unterschiede zwischen Männern und Frauen sind bemerkenswert, Hofmarcher und Molnárová 2018b. Die Unterschiede in der Lebenserwartung bei der Geburt sind viel
geringer. So werden die Tiroler im Schnitt nur um 1,4 Jahre älter, als die Burgenländer. Gleichzeitig sind sie aber um 7,8 Jahre länger gesund. Innerhalb Österreichs gibt es also große Unterschiede hinsichtlich der Lebensqualität der Menschen. In Wien sind mit 74 Menschen pro 100.000 Einwohner deutlich mehr Menschen an Lungenkrebs erkrankt als in allen anderen Bundesländern. In Salzburg sind das nur 45 pro 100.000 Einwohner.


**Determinanten der Gesundheit: Ergebnisse auf einen Blick**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Schlüsselindikatoren</th>
<th>Jahr</th>
<th>Ö</th>
<th>B</th>
<th>K</th>
<th>NÖ</th>
<th>OÖ</th>
<th>S</th>
<th>ST</th>
<th>T</th>
<th>V</th>
<th>W</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Übergewicht und Adipositas in % der Bevölkerung</td>
<td>2014</td>
<td>47%</td>
<td>54%</td>
<td>47%</td>
<td>51%</td>
<td>48%</td>
<td>42%</td>
<td>46%</td>
<td>39%</td>
<td>44%</td>
<td>45%</td>
</tr>
<tr>
<td>Tägliche Raucher in % der Bevölkerung</td>
<td>2014</td>
<td>24%</td>
<td>23%</td>
<td>22%</td>
<td>22%</td>
<td>22%</td>
<td>23%</td>
<td>22%</td>
<td>21%</td>
<td>26%</td>
<td>32%</td>
</tr>
<tr>
<td>Arbeitslose in % der Erwerbstätigen</td>
<td>2018</td>
<td>5%</td>
<td>4%</td>
<td>4%</td>
<td>4%</td>
<td>3%</td>
<td>3%</td>
<td>4%</td>
<td>2%</td>
<td>3%</td>
<td>10%</td>
</tr>
<tr>
<td>Armutsgefährdete Personen in % der Bevölkerung</td>
<td>2016/1</td>
<td>18%</td>
<td>18%</td>
<td>16%</td>
<td>16%</td>
<td>13%</td>
<td>13%</td>
<td>15%</td>
<td>18%</td>
<td>18%</td>
<td>22%</td>
</tr>
</tbody>
</table>

1 Als armutsgefährdet werden jene Personen bezeichnet, deren äquivalisiertes Nettohaushaltseinkommen unter der Armutsgefährdungsschwelle von 60% des Medians liegt.

Quellen: STAT AT, EU-SILC, HS&I-eigene Darstellung


**Internationale Daten berichten lange Lebenszeit in Gesundheit, aber auch kurze**

Im internationalen Vergleich schneidet die gesunde Lebenserwartung der Österreichinnen und Österreichische gut ab, Abbildung 3. 2016 lag sie laut WHO bei 72,4 Jahren und damit um 1,2 Jahre höher als in der Eurozone (71,2 Jahre). Zwischen 2000 und 2010 ist sie um 0,8 Jahre und zwischen 2010 und 2015 um 0,7 Jahre gewachsen. Frauen
leben in Österreich um 3 Jahre länger gesund als Männer, in der Eurozone beträgt der Unterschied 3,8 Jahre. Der Gender-Gap scheint sich aber zunehmend zu schließen. Noch im Jahr 2000 betrug die Differenz zwischen der gesunden Lebenserwartung der Frauen und jener der Männer in Österreich 4,2 Jahre und in den Ländern der heutigen Eurozone 4,8 Jahre. Zunehmend gleichen sich die Lebensstile von Männern und Frauen aneinander an, was auch den Gesundheitszustand nivellierte. Das vergleichsweise schwache Wachstum der gesunden Lebensjahre könnte aber auch als Versäumnis der medizinischen Versorgung der Frauen betrachtet werden. Ein stärkerer Fokus auf Gender-Medizin würde die Behandlungsqualität vor allem für diese verbessern (Kautzky-Willer et al 2017).


Abbildung 3: Lebensjahre in Gesundheit 2016, Veränderung 2000 – 2016 in % (rechte Achse), international

Regelmäßige Kampagnen sind gefragt, um Abhängigkeiten vorzubeugen

Die österreichische Bevölkerung ist bedeutenden Gesundheitsrisiken ausgesetzt, wie auch der internationale Vergleich zeigt, Abbildung 4 und Abbildung 5. Die Zahl der
Personen mit Übergewicht oder Adipositas in % der Bevölkerung war im Jahr 2014 mit 47 % niedriger als in den meisten EU-Staaten. Der Anteil der täglichen Raucher war dafür mit 24 % sehr hoch, was die Entstehung von Krebs- und Herz-Kreislauf erkrankungen, sowie Erkrankungen der Atemwege, fördert. Der schlechtere Gesundheitsstatus führt zu einem höheren Versorgungsbedarf der Bevölkerung.


Abbildung 4: Personen mit Übergewicht oder Adipositas 2014 in % der Bevölkerung, international

Quellen: Eurostat, HS&I-eigene Darstellung

Abbildung 5: Tägliche Raucher 2014 in % der Bevölkerung, international

Quellen: Eurostat, HS&I-eigene Darstellung
Arbeitslosigkeit ist immer ein Risiko für die Gesundheit, jetzt wird’s gefährlich

Laut mehreren Quellen beeinflusst die Arbeitslosigkeit sowohl die psychische als auch die körperliche Gesundheit von Personen, siehe beispielsweise Case & Deaton 2017 und für den österreichischen Kontext EOHSP (2011), Box 2. In Österreich waren im Jahr 2019 4,5 % der Erwerbsbevölkerung arbeitslos, deutlich weniger als in der Eurozone (7,5 %).


Abbildung 6: Arbeitslosigkeit im Vergleich

Quellen: Eurostat, HS&I-eigene Darstellung

Alt und arm – sind alle gleich schwer von COVID-19 betroffen?


Der Index steht jedoch in keinem statistisch signifikanten Zusammenhang zum Infektionsrisiko (Zahl der Fälle pro 100.000 Einwohner) oder der Sterblichkeit (Zahl der Todesfälle pro 100.000 Einwohner) auf Bezirksebene. Allerdings hängt das Infektionsrisiko der Bevölkerung eines Bezirkes mit der dortigen Arbeitsmarktsituation zusammen. Zudem gibt es, wenig überraschend, einen Zusammenhang zwischen der Fallsterblichkeit und dem Anteil der Bevölkerung über 75 Jahre, Box 2.
Box 2: Das COVID-19-Infektionsrisiko steigt mit der Arbeitslosigkeit


<table>
<thead>
<tr>
<th>DEZIL</th>
<th>Armutsindex</th>
<th>Fälle je 100.000</th>
<th>Mortalität je 100.000</th>
<th>Fallsterblichkeit</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1.</td>
<td>5,00</td>
<td>203</td>
<td>8</td>
<td>5%</td>
</tr>
<tr>
<td>2.</td>
<td>5,74</td>
<td>335</td>
<td>8</td>
<td>5%</td>
</tr>
<tr>
<td>3.</td>
<td>5,96</td>
<td>147</td>
<td>8</td>
<td>8%</td>
</tr>
<tr>
<td>4.</td>
<td>6,07</td>
<td>231</td>
<td>10</td>
<td>4%</td>
</tr>
<tr>
<td>5.</td>
<td>6,22</td>
<td>136</td>
<td>5</td>
<td>3%</td>
</tr>
<tr>
<td>6.</td>
<td>6,33</td>
<td>193</td>
<td>10</td>
<td>7%</td>
</tr>
<tr>
<td>7.</td>
<td>6,49</td>
<td>273</td>
<td>9</td>
<td>4%</td>
</tr>
<tr>
<td>8.</td>
<td>6,62</td>
<td>170</td>
<td>5</td>
<td>3%</td>
</tr>
<tr>
<td>9.</td>
<td>6,81</td>
<td>234</td>
<td>8</td>
<td>4%</td>
</tr>
<tr>
<td>10.</td>
<td>7,13</td>
<td>204</td>
<td>9</td>
<td>4%</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Quellen: BMSGPK, STAT AT, WIFO, HS&I-eigene Berechnungen

Mit einer gröberen Einteilung in Quartile kann zwar gezeigt werden, dass die Fallsterblichkeit im 4. Quartil um 0,7 Prozentpunkte geringer ist als im 1. Quartil, der Unterschied ist aber nicht signifikant. Zusätzlich untersuchen wir 2 Komponenten des Indikators, Alter und Arbeitslosigkeit, getrennt voneinander. Wenig überraschend korreliert der Anteil der Bevölkerung 75+ signifikant mit der Fallsterblichkeit (r=0,40 p<0,01). Zudem war das Infektionsrisiko für ältere Menschen signifikant niedriger (r=-0,40, p<0,01). Wenige soziale Kontakte oder besondere Vorsicht vor einer Ansteckung könnten hierfür ausschlaggebend sein. Das Infektionsrisiko steigt mit der Arbeitslosenquote auf Bezirksebene an (r=0,19, p<0,05). Ein niedriges Arbeitsangebot senkt die Löhne und verschlechtert die Lebensumstände von Menschen. In solchen Bezirken könnten mehr Personen gezwungen sein, in prekären Beschäftigungsverhältnissen zu arbeiten, was die Ansteckungsgefahr steigert, wie die Cluster-Bildungen rund um Postverteilierzentrums und Schlachthöfe gezeigt haben.

Künftige Untersuchungen sollten die Auswirkungen der Faktoren Wohnsituation, Bildungsniveau, Grad der Urbanisierung, Kluge 2020, und Zugang zu Gesundheitsleistungen zum Inhalt haben.

5 Zugang und Fairness des Zugangs zu ambulanten Leistungen

Definition Zugang zu Versorgung


Nachfolgend wird anhand mehrerer Indikatoren der Zugang zu Leistungen in verschiedenen ambulanten Versorgungssettings der Bundesländer beschrieben: Durchschnittliche Wartezeiten auf MRT- und CT-Termine, der Anteil der privaten ambulanten Gesundheitsausgaben, die Zahl der Kassen-bzw. §2-Ärztinnen und Ärzte, und das Angebot und die Inanspruchnahme von mobilen Pflegedienstleistungen sollen einen möglichst breiten Blick auf das diverse Versorgungsangebot im ambulanten Sektor geben.

Ergebnisse

<table>
<thead>
<tr>
<th>Schlüsselindikatoren</th>
<th>Jahr</th>
<th>Ö</th>
<th>B</th>
<th>K</th>
<th>NÖ</th>
<th>OÖ</th>
<th>S</th>
<th>ST</th>
<th>T</th>
<th>V</th>
<th>W</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Intramurale Wartezeiten in Tagen¹</td>
<td>2014</td>
<td>22</td>
<td>24</td>
<td>18</td>
<td>24</td>
<td>23</td>
<td>19</td>
<td>22</td>
<td>20</td>
<td>23</td>
<td>27</td>
</tr>
<tr>
<td>Wartezeiten bei MRT extramural²</td>
<td>2017/20</td>
<td>16</td>
<td>23</td>
<td>15</td>
<td>18</td>
<td>18</td>
<td>25</td>
<td>11</td>
<td>16</td>
<td>13</td>
<td>13</td>
</tr>
<tr>
<td>Wartezeiten bei CT extramural³</td>
<td>2017/20</td>
<td>6</td>
<td>17</td>
<td>6</td>
<td>9</td>
<td>5</td>
<td>5</td>
<td>4</td>
<td>5</td>
<td>9</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>Private amb. Gesundheitsausgaben in %³</td>
<td>2018</td>
<td>28%</td>
<td>28%</td>
<td>26%</td>
<td>28%</td>
<td>23%</td>
<td>30%</td>
<td>26%</td>
<td>32%</td>
<td>35%</td>
<td>27%</td>
</tr>
<tr>
<td>Kassen-Ärzte/-innen pro 100.000 Einwohner⁴</td>
<td>2018</td>
<td>94</td>
<td>79</td>
<td>91</td>
<td>84</td>
<td>79</td>
<td>90</td>
<td>103</td>
<td>92</td>
<td>82</td>
<td>115</td>
</tr>
<tr>
<td>§2-Ärzte/-innen pro 100.000 Einwohner⁴</td>
<td>2018</td>
<td>81</td>
<td>77</td>
<td>78</td>
<td>82</td>
<td>79</td>
<td>82</td>
<td>75</td>
<td>77</td>
<td>81</td>
<td>88</td>
</tr>
<tr>
<td>Anteil mobile Pflegepersonen in %⁵</td>
<td>2018</td>
<td>26%</td>
<td>23%</td>
<td>26%</td>
<td>38%</td>
<td>18%</td>
<td>24%</td>
<td>17%</td>
<td>22%</td>
<td>31%</td>
<td>29%</td>
</tr>
<tr>
<td>Inanspruchnahme mobile Pflege in %⁶</td>
<td>2018</td>
<td>58%</td>
<td>62%</td>
<td>57%</td>
<td>64%</td>
<td>52%</td>
<td>53%</td>
<td>58%</td>
<td>54%</td>
<td>67%</td>
<td>55%</td>
</tr>
</tbody>
</table>

¹ Durchschnittswerte auf Basis von Befragungsergebnissen der Gesundheitsbefragung (ATHIS 2014), die Aktualisierung dieser Daten sind ab Herbst 2020 möglich
² Durchschnittswerte auf Basis von aufgezeichneten Wartezeiten ambulanter Institute 2017-2020, www.netdoktor.at
³ Anteil der privaten ambulanten Ausgaben in % der gesamten ambulanten Ausgaben, SHA 2018, HS&I-eigene Berechnungen
⁴ Zahl der Ärztinnen und Ärzte pro 100.000 Einwohner exkl. Zahnmedizin, altersstandardisiert, Österreichische Ärztekammer 2020
⁵ Zahl der mobilen Pflegepersonen als Anteil aller Pflegepersonen in Österreich (Vollzeitaquivalente), STAT AT 2019
⁶ Durch mobile Pflege betreute Personen als Anteil an allen betreuten Personen, STAT AT 2019

Quellen: HS&I-eigene Berechnungen und Darstellung


**Auffällige Unterschiede bei den Wartezeiten auf MRT- und CT-Termine**


Im dreijährigen Durchschnitt haben Patientinnen in Salzburg 25 Tage auf einen MRT-Termin gewartet. Seit 2018 ist die durchschnittliche Dauer nur leicht zurückgegangen. Auf eine MRT-Untersuchung warteten Menschen im Burgenland durchschnittlich 23 Tage, auf eine CT-Untersuchung 17 Tage. Ein Grund könnte die niedrige Radiologinendichte im Burgenland sein. Auf 100.000 Einwohner kommen hier nur 1,7 Radiologen, einer weniger als im österreichischen Durchschnitt (2,7 Radiologinnen). Zudem ist der Spitalsbereich schlecht ausgestattet, was die diagnostischen Institute im extramuralen Sektor zusätzlich unter Druck setzt.

Wird mehr den Wahlärztinnen überlassen steigen die privaten Ausgaben


Die Kassenmedizin ist auf dem Rückzug

Die Zahl der Kassenärzte und §2-Ärzte pro 100.000 Einwohner schließt Allgemeinmediziner und Fachärztinnen mit ein, Zahnärztinnen werden nicht betrachtet. In manchen Bundesländern wird ein großer Teil der kassenärztlichen Versorgung von Medizinerinnen übernommen, die ausschließlich Patientinnen kleiner Kassen behandeln. Besonders ausgeprägt ist dieses Phänomen in der Steiermark. Hier gibt es nur 75 §2-Ärzte pro 100.000 Einwohner. Wird die große Zahl von VAEB-Versicherten und Ärzten berücksichtigt, relativiert sich dieses Bild. Insgesamt gibt es 103 Kassenärzte pro 100.000 Einwohner. Besonders gut ist die Versorgung in Wien mit 88 §2-Ärzten. Schlecht versorgt sind das Burgenland und Oberösterreich mit lediglich 77 und 79 §2-Ärztinnen pro 100.000 Einwohner, wobei Oberösterreich das mit einem starken stationären Sektor kompensiert.

Ärztekammer verhandelt haben, Czypionka et al. 2018. Diese Lohnunterschiede wirken sich auf die Kosteneffizienz des ärztlichen niedergelassenen Bereichs aus.

Abbildung 7 (linke Grafik) zeigt, dass die Gesamtzahl der Ärzte pro 100.000 Einwohner seit 2008 in jedem Bundesland gestiegen ist. Bundesländer mit einer niedrigen Versorgungsdichte haben Kapazitäten stärker erhöht als Bundesländer mit hoher Versorgungsdichte, was positiv zu bewerten ist. Die Zahl der §2-Ärztinnen pro 100.000 Einwohner (rechte Grafik) ist in den meisten Bundesländern zurückgegangen. In Wien betrug der Rückgang ca. 20 %, was hauptsächlich auf die Verringerung der hausärztlichen Versorgung zurückzuführen ist. Zunehmend übernehmen Wahlärzte die Versorgung, was in Bezug auf einen gerechten Zugang für alle problematisch ist. Dieses Thema wird in den Bundesländer-Fact-Sheets ausführlicher behandelt.

Abbildung 7: Alle Ärztinnen & Ärzte (linke Grafik) und Kassenärztinnen & -ärzte (rechte Grafik), pro 100.000 EW, Veränderung insgesamt 2008-2018, jeweils rechte Achse

Quellen: Österreichische Ärztekammer, HS&I-eigene Darstellung

Trotz steigendem Frauenanteil: Die Kassenmedizin ist von Ärzten dominiert

Das Pflegepersonal ist rar, mobile Pflege braucht einen höheren Stellenwert

Österreich hat eine der höchsten Pro-Kopf-Dichten an Ärztinnen in Europa, Abbildung 8; im Pflegebereich gibt es das gegenteilige Muster: Mit 713 Pflegepersonen pro 100.000 Einwohner war im Jahr 2018 deutlich weniger Personal verfügbar als in vergleichbaren europäischen Ländern wie Deutschland (1.351 Personen) oder Dänemark (1.046 Personen), Abbildung 9. Zudem ist die Personaldichte seit 2008 kaum gestiegen. Einerseits konzentriert sich die österreichische Gesundheitsversorgung sehr stark auf die Mediziner- und Medizinerinnen als zentrale Ansprechperson für Patienten. Zum anderen gibt es wenig professionelles Pflegepersonal im Bereich der Langzeitpflege, da in Österreich traditionell die damit verbundenen Kosten gescheut werden.

Innerhalb von Österreich gibt es große regionale Unterschiede was das Angebot an mobilen Pflegedienstleistungen betrifft, da Betreuungs- und Pflegedienste Aufgabe der Länder sind. Der Anteil der mobilen Pflegepersonen am gesamten Langzeit-Pflegepersonal (in VZÄ) schwankt von 17 % in der Steiermark bis 38 % in Niederösterreich. Wenig überraschend zeigt sich das auch am Anteil der gepflegten Personen, die mobile Pflege in Anspruch nehmen. Niederösterreich ist Spitzenreiter mit 64 %, in der Steiermark werden 54 % der betreuten Personen mobil versorgt, Pflegedienstleistungsstatistik STAT AT. Allerdings ist die mobile Betreuung in der Steiermark wenig intensiv. Während in Niederösterreich pro betreuter Person jährlich 118 Leistungsstunden aufgewendet wurden, waren das in der Steiermark lediglich 53 Stunden – ein Indiz dafür, dass viel informell gepflegt wird.

Ärzte gehen, Pflegekräfte kommen


Bei Krankenpflegepersonen wiederum übertrifft die Zuwanderung die Abwanderung. In Anbetracht der geringen Zahl von Pflegekräften ist Österreich stark von ausländischen

Abbildung 10: Wanderungsbewegungen von Ärzten und Ärztinnen, AT – DE, AT – CH

Abbildung 11: Im Ausland ausgebildete Ärztinnen und Ärzte in Österreich, 2018

Die psychotherapeutische Versorgung in Österreich braucht dringend Planung

Abbildung 12 zeigt, dass die Therapeutendichte in Wien mit 217 Therapeutinnen pro 100.000 Einwohner mit Abstand am höchsten ist, gefolgt von Salzburg (142), Schlusslicht ist das Burgenland (58).


**Verbesserter Einsatz der Physiotherapie braucht Sichtbarkeit und Information**

Physiotherapeuten und Physiotherapeutinnen behandeln Bewegungs- und Aktivitätseinschränkungen von Patienten und werden häufig ergänzend zu anderen Behandlungen im ambulanten und stationären Bereich eingesetzt.

Von den Berufsgruppen der medizinisch-technischen Dienste (MTD) arbeiten Ergotherapeutinnen, Logopäden, Orthoptisten und Physiotherapeutinnen vorwiegend im ambulanten Bereich. In allen Settings zusammen sind in Österreich 20.783 Personen in

Leider lassen die verfügbaren Daten keine Schlüsse über die Aufteilung der Therapeutinnen, Versorgungssettings und Anstellungs- und Vertragsverhältnisse, oder die gearbeiteten Stunden auf Bundesländer-Ebene zu. Diese Informationen wären notwendig, um die Versorgungssituation in den Bundesländern zu bewerten. Im Hinblick auf die wachsende Bedeutung der multidisziplinären Versorgung in Primärversorgungseinheiten müssten nicht-medizinische Gesundheitsberufe verstärkt in der Bedarfsplanung berücksichtigt werden.

Abbildung 13: Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten pro 100.000 Einwohner, 2019, alle Versorgungssettings

Quelle: GÖG 2020 (Gesundheitsberuferegister), HS&I-eigene Berechnung und Darstellung

Alle Sektoren des Gesundheitssystems sind an Corona erkrankt


In der COVID-19-Epidemie hat sich gezeigt, wie lebenswichtig die intensivmedizinische Versorgung im Krisenfall sein kann. Mit 29 Intensivbetten pro 100.000 Einwohner ist Österreich vergleichsweise gut auf die Behandlung von schwer Erkrankten vorbereitet, während Länder wie Griechenland oder Irland schnell an ihre Grenzen stoßen.


<table>
<thead>
<tr>
<th>Intensivbetten pro 100.000 EW*</th>
<th>International</th>
<th>Österreich</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>DE</td>
<td>34</td>
<td>W  37</td>
</tr>
<tr>
<td>AT</td>
<td>29</td>
<td>ST 32</td>
</tr>
<tr>
<td>USA</td>
<td>19</td>
<td>S  32</td>
</tr>
<tr>
<td>BE</td>
<td>17</td>
<td>B  28</td>
</tr>
<tr>
<td>CH</td>
<td>12</td>
<td>K  28</td>
</tr>
<tr>
<td>FR</td>
<td>11</td>
<td>T  29</td>
</tr>
<tr>
<td>ES</td>
<td>10</td>
<td>OÖ 25</td>
</tr>
<tr>
<td>IT</td>
<td>8</td>
<td>NÖ 22</td>
</tr>
<tr>
<td>NL</td>
<td>6</td>
<td>V  21</td>
</tr>
<tr>
<td>UK</td>
<td>6</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>IE</td>
<td>5</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>GR</td>
<td>5</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

*2019 oder letztverfügbares Jahr

Karte: Maximale Belegung der Intensivbetten für COVID-19-Fälle in %, März/April 2020
(Datum der maximalen Auslastung in Klammern)
Quellen: http://www.algebris.com, BMSGPK, Eurostat, Gesundheit Österreich GmbH
6 Qualität im ambulanten Bereich

Definition Qualität der Versorgung

Die Dimension Qualität beschreibt „das Ausmaß, in dem Gesundheitsleistungen für Einzelpersonen und Bevölkerungen die Wahrscheinlichkeit erwünschter Gesundheitsergebnisse erhöhen und mit dem derzeitigen Fachwissen übereinstimmen“, d.h. die Qualitätskomponente „Wirksamkeit“. Während es einen allgemeinen Konsens darüber gibt, dass Qualität mehrere Komponenten umfasst, gibt es keine Übereinstimmung darüber welche. So würden beispielsweise einige Expertinnen Konzepte der „Zugänglichkeit“ einschließen, was wir jedoch auf Vorschlag der OECD getrennt auflisten.

Im Folgenden wird der Headline-Indikator „Vermeidbare Sterblichkeit vor 75 Jahren“ verwendet, um die Ergebnisqualität der Gesundheitssysteme in den Bundesländern zu vergleichen. Dieser Indikator wurde eigens für diese Studie neu berechnet und wird in einem hohen Detailgrad diskutiert. Zusätzlich werden zwei Indikatoren zur Patientensicherheit präsentiert.

Ergebnisse

<table>
<thead>
<tr>
<th>Schlüsselindikatoren</th>
<th>Jahr</th>
<th>B</th>
<th>K</th>
<th>NÖ</th>
<th>OÖ</th>
<th>ST</th>
<th>T</th>
<th>V</th>
<th>W</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Vermeidbare Sterblichkeit vor 75¹</td>
<td>2018</td>
<td>114</td>
<td>144</td>
<td>150</td>
<td>104</td>
<td>103</td>
<td>127</td>
<td>111</td>
<td>112</td>
</tr>
<tr>
<td>MAHCS Prävention²</td>
<td>2018</td>
<td>76</td>
<td>96</td>
<td>104</td>
<td>68</td>
<td>69</td>
<td>83</td>
<td>73</td>
<td>75</td>
</tr>
<tr>
<td>Potenziell inadäquate Medikation bei Älteren³</td>
<td>2018</td>
<td>38%</td>
<td>41%</td>
<td>41%</td>
<td>39%</td>
<td>35%</td>
<td>36%</td>
<td>38%</td>
<td>40%</td>
</tr>
<tr>
<td>ACSC⁴</td>
<td>2015</td>
<td>20</td>
<td>22</td>
<td>22</td>
<td>19</td>
<td>23</td>
<td>17</td>
<td>20</td>
<td>21</td>
</tr>
</tbody>
</table>

¹ Zahl der durch das Gesundheitssystem potenziell vermeidbaren Todesfälle je 100.000 Einwohner, altersstandardisiert, 2018
² Zahl der durch Prävention potenziell vermeidbaren Todesfälle je 100.000 Einwohner, altersstandardisiert, 2018
³ Anteil der Bevölkerung 65+, die mindestens ein inadäquates Medikament einnehmen, 2018
⁴ „Ambulatory Care Sensitive Conditions“, Zahl der vermeidbaren Krankenhausaufenthalte je 1.000 Einwohner, 2015
Quellen: BMG, GÖG, STAT AT, HS&I-eigene Berechnungen und Darstellung

Es gibt ungeklärte Qualitätsunterschiede bei der Versorgung in den Bundesländern

Mit 150 und 144 Todesfällen gab es im Jahr 2018 in Kärnten um 36, und im Burgenland um 30 vermeidbare Sterbefälle pro 100.000 Einwohner mehr als im österreichischen Durchschnitt (114). Verglichen mit Oberösterreich (103 vermeidbare Sterbefälle), war die Sterblichkeit in Kärnten um 46 % höher. Fast genauso wenige vermeidbare Todesfälle verzeichnete Niederösterreich (104), in Wien gab es im Jahr 2018 trotz der hohen Risikofaktoren 113 vermeidbare Todesfälle je 100.000 Einwohner.

Für den ambulanten Sektor besonders bedeutend ist die Mortalität, die durch Präventionsmaßnahmen vermeidbar gewesen wären. Es zeigt sich ein zum Gesamtindikator analoges Bild. Auch hier haben Kärnten (104) und das Burgenland (96) die meisten, Oberösterreich (69) und Niederösterreich (68) die wenigsten Fälle pro 100.000 Einwohner. Das ist ein Indiz dafür, dass sich die Kategorien „Behandlungserfolg“ und „gelungene Prävention“, zumindest im Bundesländervergleich, nicht sauber voneinander trennen lassen.


*Tabelle 3: Vermeidbare Sterblichkeit je 100.000 Einwohner je Krankheitsgruppe, altersstandardisiert (Maximum rot, Minimum grün), 2018*

<table>
<thead>
<tr>
<th>Krankheitsgruppe</th>
<th>¥</th>
<th>B</th>
<th>K</th>
<th>NÖ</th>
<th>OÖ</th>
<th>S</th>
<th>ST</th>
<th>T</th>
<th>V</th>
<th>W</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Infektiöse Krankheiten</td>
<td>3</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>2</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>2</td>
<td>2</td>
<td>1</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>Neubildungen</td>
<td>31</td>
<td>47</td>
<td>40</td>
<td>28</td>
<td>28</td>
<td>36</td>
<td>31</td>
<td>34</td>
<td>42</td>
<td>27</td>
</tr>
<tr>
<td>Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten</td>
<td>6</td>
<td>8</td>
<td>8</td>
<td>5</td>
<td>5</td>
<td>4</td>
<td>5</td>
<td>5</td>
<td>3</td>
<td>6</td>
</tr>
<tr>
<td>Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems</td>
<td>26</td>
<td>37</td>
<td>35</td>
<td>23</td>
<td>23</td>
<td>32</td>
<td>25</td>
<td>25</td>
<td>29</td>
<td>24</td>
</tr>
<tr>
<td>Krankheiten der Atmungsorgane</td>
<td>9</td>
<td>14</td>
<td>12</td>
<td>8</td>
<td>8</td>
<td>11</td>
<td>8</td>
<td>9</td>
<td>12</td>
<td>11</td>
</tr>
<tr>
<td>Verletzungen</td>
<td>22</td>
<td>18</td>
<td>28</td>
<td>21</td>
<td>22</td>
<td>22</td>
<td>24</td>
<td>21</td>
<td>19</td>
<td>19</td>
</tr>
<tr>
<td>Todesfälle im Zusammenhang mit Alkohol und Drogen</td>
<td>12</td>
<td>13</td>
<td>17</td>
<td>10</td>
<td>10</td>
<td>11</td>
<td>10</td>
<td>12</td>
<td>14</td>
<td>14</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Quelle: STAT AT, HS&I-eigene Berechnungen und Darstellung

Werden etwa die Zahlen zur Diagnose Lungenkrebs in Tabelle 4 betrachtet, zeigt sich, dass die Mortalität der unter 75-jährigen im Burgenland mit 10,6 Todesfällen pro 100.000 Einwohnern deutlich über jener in Wien (3,0) liegt. Die Versorgung von Krebserkrankungen ist stark von modernen Behandlungsmöglichkeiten und der Ausstattung der Spitäler abhängig. Das Burgenland, Vorarlberg und Kärnten haben hier Aufholbedarf. Ebenfalls stark von der Leistungskraft der Spitäler geprägt ist die Mortalität durch Herz-Kreislauf-Erkrankungen, siehe auch Hofmarcher, Singhuber 2019. So schneiden mit dem Burgenland, Kärnten, Salzburg und Vorarlberg dieselben Länder schlechter ab, die schon bei der Krebsmortalität hohe Werte aufwiesen. Die Mortalität durch Herzinfarkte (Ischämische Herzkrankheiten) ist im Burgenland (22,8) mehr als...
doppelt so hoch wie in Wien (9,4) und auch wesentlich höher als im österreichischen Durchschnitt (12,0). Für viele Patientinnen und Patienten kommt die Hilfe im Burgenland vermutlich zu spät. Die hohe Mortalität durch Verletzungen in Kärnten lässt sich zum Teil auf die hohe Zahl der Suizide zurückführen. Eine genauere Aufschlüsselung und Diskussion der vermeidbaren Todesursachen je Bundesland finden sich in den Bundesländer-Fact-Sheets.

Tabelle 4: Vermeidbare Todesfälle je 100.000 Einwohner, altersstandardisiert (Zahl der Fälle in Klammern)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Krankheitsgruppe</th>
<th>Diagnose</th>
<th>Prävention/Behandlung</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Neubildungen</td>
<td>Lungenkrebs</td>
<td>Prävention 4,7 (412)</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Kolorektal</td>
<td>Behandlung 5,7 (503)</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Diabetes</td>
<td>Beides 5,5 (485)</td>
</tr>
<tr>
<td>Endok., Ern.- u. Stoffwechsel</td>
<td>Ischämische Herzkrankheiten</td>
<td>Beides 12,0 (1,059) / 9,4 (W:163) / 22,8 (B:75)</td>
</tr>
<tr>
<td>Kreislaufsystem</td>
<td>Zerebrovaskuläre Krankheiten</td>
<td>Beides 6,7 (596) / 5,9 (V:9) / 9,5 (K:59)</td>
</tr>
<tr>
<td>Atmungsorgane</td>
<td>COPD</td>
<td>Prävention 5,5 (489)</td>
</tr>
<tr>
<td>Verletzungen</td>
<td>Unfälle (inkl. Verkehrstote)</td>
<td>Prävention 10,0 (885) / 6,7 (W:122) / 13,4 (K:78)</td>
</tr>
<tr>
<td>Alkohol und Drogen</td>
<td>Störung/Vergiftung (Alkohol)</td>
<td>Prävention 7,8 (685) / 6,9 (OO:101) / 9,3 (V:42)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Ö: Österreich, BL-min: Minimalwert im jeweiligen Bundesland, BL-max: Maximalwert im jeweiligen Bundesland

Abbildung 14: Vermeidbare Sterblichkeit pro 100.000 Einwohner 2017, altersstandardisiert, „durch Prävention vermeidbar“ (linke Grafik), „behandelbar (rechte Grafik)

Quelle: OECD, HS&I-eigene Darstellung
Box 4: Vermeidbare Sterblichkeit (Mortality amenable to health care/MAHCS)


Österreich ist spitze bei den Behandlungen, aber schwach bei der Prävention

Österreich nimmt mit 57 durch Behandlung vermeidbaren Todesfällen einen guten Platz ein und reiht sich deutlich vor dem OECD-Schnitt (75). Bei der Mortalität, die durch Prävention vermeidbar wäre, fällt Österreich mit 115 Sterbefällen pro 100.000 Einwohner ein paar Plätze zurück, Abbildung 14. Es braucht einen stärkeren Fokus auf Prävention; dafür müssen die finanziellen Mittel aufgestockt werden.

**Bundesweit gibt es geringfügige Unterschiede bei der Patientensicherheit**


Der Indikator potenziell inadäquate Medikation (PIM) bei Älteren gibt den Anteil der Personen über 70 Jahre an, denen Medikamente verschrieben wurden die entweder wirkungslos, nicht die beste Wahl oder potenziell gefährlich waren. Daraus lassen sich Schlüsse auf die Patientensicherheit ziehen. Die Werte gehen zwar seit 2012 zurück (GÖG 2019), Unterschiede zwischen den Bundesländern bleiben aber bestehen. In Kärnten und dem Burgenland ist die Verschreibungspraxis, vielleicht in Verbindung mit sorgloser Verwendung, unbefriedigend (jeweils 41 %). In Vorarlberg werden am wenigsten bedenkliche Mittel verschrieben (33 %).

**COVID-19 zeigt: Das Gesundheitssystem ist belastbar, die Gründe sind eher unklar**

In der letzten Märzwoche 2020 begannen die Infektionsraten zu sinken, ebenso wie die Auslastung von Krankenhäusern und Intensivbetten im ganzen Land. Während es nie einen Tag gab, an dem die Kapazität für COVID-19-Patienten überschritten wurde, Box 3, ist Österreichs Rang bei der Vorbereitung auf Bedrohungen der öffentlichen Gesundheit zweitklassig.


In den groben Kategorien gibt es wenig Unterschiede zwischen Österreich und dem Durchschnitt der Eurozone. Die Risikoumgebung in Österreich (Rang 5) wird erkennbar
sicherer eingestuft als in der Eurozone. Gleichzeitig dürfte es keine institutionalisierte Zusammenarbeit zwischen Sicherheitsbehörden und dem Gesundheitswesen geben; der Index in der Eurozone ist auch nicht sehr hoch, aber immerhin noch fast 50. Während die Risikoumgebung erkennbar sicherer eingestuft wird als in den meisten anderen Ländern, schneidet Österreich bei der raschen Reaktion und Eindämmung der Ausbreitung einer Epidemie nicht gut ab (76).

Es gibt keine öffentlich verfügbaren Hinweise dafür, dass Österreich mindestens eine Epidemiologin pro 200.000 Menschen im Feld hat. Weiters fehlen öffentlich zugängliche Quellen, aus denen die Anzahl der ausgebildeten Epidemiologen, die im Feld eingesetzt werden, hervorgeht. Damit belegt Österreich Rang 36.

Da die Notfallmaßnahmen in der Verantwortung der Bundesländer liegen, gibt es auch regionale Notfallpläne. So wurde 2016 der Notfallplan des Bundeslandes Steiermark entwickelt. Im Allgemeinen werden der Hauptnotfallplan, das Epidemiegesetz sowie die Reaktionspläne auf regionaler Ebene regelmäßig aktualisiert, die krankheitsspezifischen Notfallpläne jedoch nicht. Österreich liegt deshalb nur auf Rang 54.

Österreichs Performance bei der Infektionsbekämpfung war gut


Wie überall sind Männer aufgrund von Corona stärker vom Tod betroffen als Frauen (Statistik Austria 2020). Während ungefähr 15.000 Tests pro Tag geplant waren, wurde die Strategie angesichts der ab Ende März 2020 deutlich sinkenden Anzahl von Fällen geändert.
Box 5: Wie gut ist Österreich auf Gesundheitsgefahren vorbereitet?

Unter 195 Ländern liegt Österreich mit einem Gesamtscore von 58,5 auf Rang 26, deutlich z.B. hinter der Schweiz (13) und nahe bei Ungarn (35).


Die nachfolgende Tabelle zeigt die Lage Österreichs in allen Bereichen und in den jeweiligen Indikatoren, immer im Vergleich zum Durchschnitt der Eurozone.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Position Österreichs in Bezug auf den Grad der Vorbereitung zum Umgang mit Gesundheitsgefahren</th>
<th>Österreich</th>
<th>Eurozone</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Vermeidung</td>
<td>Ø</td>
<td>57,4</td>
</tr>
<tr>
<td>Antimikrobielle Resistenz</td>
<td>75</td>
<td>71,4</td>
</tr>
<tr>
<td>Zoonose</td>
<td>62,5</td>
<td>44,1</td>
</tr>
<tr>
<td>Biosicherheit</td>
<td>44</td>
<td>42,4</td>
</tr>
<tr>
<td>Biologische Sicherheit</td>
<td>50</td>
<td>56</td>
</tr>
<tr>
<td>Dual-Use-Forschung und Kultur</td>
<td>0</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>der verantwortungsvollen</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Wissenschaft</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Immunisierung</td>
<td>97,4</td>
<td>93,3</td>
</tr>
<tr>
<td>Erkennung und Erfassung</td>
<td>73,3</td>
<td>66</td>
</tr>
<tr>
<td>Definierte Labors</td>
<td>66,7</td>
<td>81,7</td>
</tr>
<tr>
<td>Überwachung in Echtzeit</td>
<td>80</td>
<td>72,8</td>
</tr>
<tr>
<td>Beschäftigte in der Epidemiologie</td>
<td>50</td>
<td>50</td>
</tr>
<tr>
<td>Datenintegration Mensch/Tier/Umwelt</td>
<td>100</td>
<td>57,1</td>
</tr>
<tr>
<td>Schnelles Reagieren</td>
<td>42,3</td>
<td>47,4</td>
</tr>
<tr>
<td>Notfallvorsorge und Reaktionsplanung</td>
<td>37,5</td>
<td>25,6</td>
</tr>
<tr>
<td>Übung im Notfall</td>
<td>0</td>
<td>14,3</td>
</tr>
<tr>
<td>Notfallmaßnahmen</td>
<td>33,3</td>
<td>25,4</td>
</tr>
<tr>
<td>Verknüpfung der öffentlichen Gesundheit und Sicherheitsbehörden</td>
<td>0</td>
<td>47,6</td>
</tr>
<tr>
<td>Risikokommunikation</td>
<td>50,0</td>
<td>52,4</td>
</tr>
<tr>
<td>Zugang zur Kommunikationsinfrastruktur</td>
<td>88,1</td>
<td>89,2</td>
</tr>
<tr>
<td>Handels- und Reisebeschränkungen</td>
<td>100</td>
<td>97,6</td>
</tr>
<tr>
<td>Gesundheitssystem</td>
<td>46,6</td>
<td>43,4</td>
</tr>
<tr>
<td>Kapazität in Krankenhäusern und Pflegeheimen</td>
<td>32,0</td>
<td>45,9</td>
</tr>
<tr>
<td>Medizinische Gegenmaßnahmen und Personaleinsatz</td>
<td>33,3</td>
<td>42,8</td>
</tr>
<tr>
<td>Zugang zur Gesundheitsversorgung</td>
<td>42,5</td>
<td>46,8</td>
</tr>
<tr>
<td>Kommunikation mit Mitarbeitern des Gesundheitswesens während eines Notfalls im Bereich der öffentlichen Gesundheit</td>
<td>0</td>
<td>26,2</td>
</tr>
<tr>
<td>Infektionskontrollpraktiken und Verfügbarkeit von Ausrüstung</td>
<td>100</td>
<td>40,5</td>
</tr>
<tr>
<td>Fähigkeit zum Testen und Genehmigen neuer medizinischer Gegenmaßnahmen</td>
<td>75,0</td>
<td>63,1</td>
</tr>
<tr>
<td>IHR-konforme Berichterstattung, Reduzierung des Katastrophen-Risikos</td>
<td>50,0</td>
<td>64,3</td>
</tr>
<tr>
<td>Grenzüberschreitende öffentliche Vereinbarungen und Vorsorge-Notfallreaktion</td>
<td>100</td>
<td>97,6</td>
</tr>
<tr>
<td>Internationale Verpflichtungen</td>
<td>100</td>
<td>98,4</td>
</tr>
<tr>
<td>JEE und PVS</td>
<td>0</td>
<td>7,1</td>
</tr>
<tr>
<td>Finanzierung</td>
<td>16,7</td>
<td>23</td>
</tr>
<tr>
<td>Verpflichtung zum Austausch von genetischen &amp; biologischen Daten &amp; Proben</td>
<td>66,7</td>
<td>73</td>
</tr>
<tr>
<td>Risikoumgebung</td>
<td>84,6</td>
<td>74,7</td>
</tr>
<tr>
<td>Politische und Sicherheitsrisiken</td>
<td>85,7</td>
<td>77,7</td>
</tr>
<tr>
<td>Sozioökonomische Resilienz</td>
<td>98,9</td>
<td>87,9</td>
</tr>
<tr>
<td>Angemessenheit der Infrastruktur</td>
<td>100</td>
<td>77</td>
</tr>
<tr>
<td>Umweltrisiken</td>
<td>68,7</td>
<td>57,8</td>
</tr>
<tr>
<td>Schwachstellen im Bereich der öffentlichen Gesundheit</td>
<td>78,0</td>
<td>71,5</td>
</tr>
</tbody>
</table>

IHR = International Health Regulations, JEE = Joint External Evaluation, PVS = Performance of Veterinary Services
Quelle: GHS 2019
7 Effizienz im ambulanten Bereich

Definition Effizienz der Versorgung


Obwohl mehrere Versuche unternommen wurden, die Art der Inputs und Outputs zu klären, gibt es keinen einheitlichen Ansatz. Insbesondere gibt es erhebliche Unterschiede in Bezug darauf, was „nützliche/wertvolle Ergebnisse“ sind. Sowohl Versorgungsvolumen als auch Versorgungsqualität, Leistungsniveau oder Gesundheitsverbesserung können Zielgrößen eines effizienten Mitteleinsatzes sein und sind nicht klar voneinander abzugrenzen.

Wie effizient die ambulante Versorgung in den Bundesländern vonstattengeht, wird im Folgenden beleuchtet. Die gezeigten Indikatoren stellen immer Outputs/Outcomes den eingesetzten Inputs gegenüber.

**Ergebnisse**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Schlüsselindikatoren</th>
<th>Jahr</th>
<th>Ö</th>
<th>B</th>
<th>K</th>
<th>NÖ</th>
<th>OÖ</th>
<th>S</th>
<th>ST</th>
<th>T</th>
<th>V</th>
<th>W</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Ausgaben pro Kopf ambulant²</td>
<td>2018</td>
<td>1.164</td>
<td>1.124</td>
<td>1.135</td>
<td>1.224</td>
<td>1.000</td>
<td>1.152</td>
<td>1.112</td>
<td>1.175</td>
<td>1.199</td>
<td>1.287</td>
</tr>
<tr>
<td>Kosten pro Fall (§2)³</td>
<td>2018</td>
<td>63</td>
<td>60</td>
<td>60</td>
<td>68</td>
<td>62</td>
<td>61</td>
<td>58</td>
<td>63</td>
<td>76</td>
<td>64</td>
</tr>
<tr>
<td>Fälle pro Arzt (§2)³</td>
<td>2018</td>
<td>5.382</td>
<td>4.735</td>
<td>4.816</td>
<td>4.859</td>
<td>5.544</td>
<td>5.338</td>
<td>5.140</td>
<td>5.093</td>
<td>3.909</td>
<td>6.624</td>
</tr>
<tr>
<td>Gesunde Lebensjahre/Ausgaben⁴</td>
<td>2014/18</td>
<td>15</td>
<td>15</td>
<td>15</td>
<td>15</td>
<td>15</td>
<td>15</td>
<td>15</td>
<td>15</td>
<td>15</td>
<td>14</td>
</tr>
</tbody>
</table>

¹ Gesamte bzw. ambulante Gesundheitsausgaben pro Kopf in EUR, altersstandardisiert, um Patientenmigration bereinigt
² Abgerechnete Beträge pro Fall von Ärzten der §2-Kassen in EUR
³ Zahl der Fälle pro §2-Arzt
⁴ Zahl der erwarteten Lebensjahre in Gesundheit je 1.000 EUR der gesamten Gesundheitsausgaben
⁵ Gesamte Bruttausgaben pro gepflegte Person in EUR

Quellen: HVSV, STAT AT, HS&I-eigene Berechnungen und Darstellung

Die Gesamtausgaben des Gesundheitssystems pro Kopf und die ambulanten Gesundheitsausgaben pro Kopf wurden altersstandardisiert und um Patientenströme zwischen den Bundesländern angepasst. So werden die Ausgaben auf Länder-Ebene vergleichbar und lassen Aussagen über Effizienzunterschiede zu.
Die Ausgaben der Bundesländer gleichen sich zunehmend an


Abbildung 15: Ausgaben des Gesundheitssystems pro Kopf in EUR, 2018


In Vorarlberg, Tirol und dem Burgenland sind die öffentlichen bereinigten pro-Kopf-Ausgaben jährlich um 3,4 %, 3,3 % und 3,2 % gewachsen. In diesen Ländern ist in diesem
Zeitraum auch das Bruttoregionalprodukt pro Kopf stärker gewachsen als in Österreich gesamt. In Kärnten und Wien war das Wirtschaftswachstum mit jährlich 2,4 % und 1,1 % am niedrigsten. Ein gewisser Zusammenhang zwischen Wirtschaftswachstum und Ausgabenwachstum scheint gegeben zu sein, schließlich sind die Finanzierungsbasis Steuern und Sozialbeiträge, die wiederum vom Grad der Beschäftigung in den jeweiligen Regionen abhängen.

Abbildung 16 illustriert das unbereinigte pro-Kopf-Ausgabeniveau der Bundesländer im Jahr 2011. Es zeigt sich, dass es zwischen dem durchschnittlichen Wachstum bis 2018 und dem Ausgangsniveau eine signifikante negative Korrelation gibt (r=-0,6, p<0,1). Die Gesundheitsausgaben der Länder nähern sich also zunehmend einander an. Unterschiede in den Versorgungskapazitäten werden offenbar immer mehr ausgeglichen, zudem holen einige Länder wirtschaftlich auf, was die Gesundheitsausgaben erhöht.

Abbildung 16: Gesundheitsausgaben* pro Kopf in EUR, 2011, durchschnittliches Wachstum zwischen 2011 und 2018 (rechte Skala)

* Nicht um Patientenmigration und Altersstruktur bereinigt
Quellen: STAT AT, HS&I-eigene Berechnungen und Darstellung


Ist die Nachfrage nach ambulanter Versorgung angebotsinduziert?

Der Indikator „Kosten pro Fall“ zeigt, wie hoch die Ausgaben der Krankenversicherungsträger im jeweiligen Bundesland für Behandlungen von §2-Arztinnen pro Patientenkontakt waren. 2018 verursachten Arztbesuche in der Steiermark die niedrigsten Kosten mit 58 EUR pro Fall. Rund 30 % höher lagen die
Fallkosten in Vorarlberg (76 EUR). Durchschnittlich betrugen die Fallkosten in Österreich 63 EUR.


Weitere Bestimmungsfaktoren für die Höhe der Fallkosten sind Löhne für Ordinationspersonal oder Mietpreise. Da es sich bei den Fallkosten um einen Durchschnittswert handelt, könnten diese auch deshalb höher sein, weil Ärztinnen besonders „teurer“ Fachgruppen überproportional vertreten sind.


**Effizienz in der Pflege darf nicht Lohndumping bedeuten**


Pflegetag wurden im Schnitt 126 EUR ausgegeben. Solange am Tag nicht länger als 3 Stunden gepflegt werden muss, ist die mobile Pflege also günstiger. Tatsächlich liegt der durchschnittliche verrechnete Aufwand in Österreich lediglich bei 25 Minuten, wenn angenommen wird, dass nur an 5 Wochentagen gepflegt wird.


Ungleichgewichte in der Versorgung gemildert, Gesundheitsausgabenquote stabil

Nach wie vor sind im Vergleich zur Eurozone Ungleichgewichte in der Versorgungskette zu beobachten, auch wenn 2018 der ambulante Sektor leicht aufholte. Gegenüber 2008 stieg der Anteil der ambulanten Gesundheitsausgaben an den gesamten laufenden Ausgaben (22,5 %) um 0,5 Prozentpunkte auf 23,0 %, Abbildung 17.

Abbildung 17: Ausgaben nach Leistungsbereichen in % der gesamten laufenden Gesundheitsausgaben 2008 und 2018 bzw. letztverfügbares Jahr

Quellen: OECD, HS&I-eigene Berechnung und Darstellung

Gegenüber der Eurozone (25 %) war dieser Anteil 2018 jedoch noch immer 2 Prozentpunkte geringer. Im Bereich medizinischer Güter gab es sowohl in der Eurozone als auch in Österreich einen leichten Rückgang des Ausgabenanteils gegenüber 2008, wenn auch das Niveau 2018 in Österreich (15,5 %) im Vergleich zur Eurozone geringer war. Dies dürfte stabilisierend auf die Wachstums dynamik wirken, insbesondere durch
effektive und nachhaltige Preisregulierung. Leicht rückläufig bekommt Pflege zu Hause in Österreich einen deutlich höheren Anteil (5,7 %) als in der Eurozone. Der Wegfall des Pflegeregresses in Österreich dürfte sich hier bereits widerspiegeln, was aktuelle Berechnungen bestätigen (Firgo, Famira-Mühlberger 2020). Die Eurozone verwendet anteilig viel mehr Ressourcen in Pflegeheimen als Österreich (8,7 % versus 11 %).


Abbildung 18: Gesamten Gesundheitsausgaben in % des BIP, 2005-2019*

* EU28-Durchschnitt nur bis 2017 verfügbar
Quellen: OECD, HS&I-eigene Darstellung


**Corona wird kurzfristig den stabilen Ausgabentrend nicht unterbrechen**


<table>
<thead>
<tr>
<th>Komponenten</th>
<th>COVID-19</th>
<th>Non COVID-19</th>
<th>Andere Kosten / Indirekte Kosten</th>
<th>Anmerkungen</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>03-05 2020</td>
<td>Ende 2020, x % von Ausgangswert</td>
<td>03-05 2020, x % von Ausgangswert</td>
<td>03-05 2020, x % von Ausgangswert</td>
</tr>
<tr>
<td>Persönliche Gesundheitsausgaben</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Stationär</td>
<td>60-100 %</td>
<td>60-100 %</td>
<td></td>
<td>Dotierung Pflegefonds + 100 Mio. EUR. Geschätzt 85 % der Kosten für COVID-19-bezogene Behandlungen in den USA entfallen auf stationär (Kronick 2020)</td>
</tr>
<tr>
<td>Ambulant + Medikamente</td>
<td>70-80 %</td>
<td>70-80 %</td>
<td></td>
<td>Literature erwartet erhebliche Einnahmenausfälle in der Primärversorgung in den USA (Basu et al 2020).</td>
</tr>
<tr>
<td>Ausgaben/Kosten</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Schutzkleidung / Sicherheitsvorkehrungen</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ICU / Kapital / Beatmungsgeräte</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Digitales, CoronaApp, Telehealth, e-Rezept</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Einnahmen</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Beiträge</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>• Geschätzte -600 Mio. EUR bis 12/2020, +60 Mio. EUR ad SV, Tabelle 1</td>
</tr>
<tr>
<td>Steuem</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>• Geschätzte -500 Mio. EUR 2020, vor VAT Senkung</td>
</tr>
<tr>
<td>Privat</td>
<td>?</td>
<td>?</td>
<td></td>
<td>E.g. Spenden</td>
</tr>
<tr>
<td>Andere</td>
<td>?</td>
<td>?</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

Quelle: HS&I-eigene Zusammenstellung


**Guter Zeitpunkt für mehr Wissenschaft zu Unter- oder Fehlversorgung**


**Die Nachhaltigkeit der Finanzierung mit Corona braucht Einnahmen und Effizienz**

Erste Schätzungen in Zusammenhang mit der aktuellen Rezession weisen auf Einnahmenausfälle für das Gesundheitssystem in Österreich in der Höhe von etwa 1,1 Mrd. EUR hin, Tabelle 2. In allen europäischen Staaten nimmt das Gesundheitswesen einen wachsenden Anteil an den Einnahmen des Staates in Anspruch⁴, der konjunkturell schwankt Abbildung 19. Das hat mit konstanter und zumeist wachsender Nachfrage (Einkommen) zu tun, aber auch mit immer mehr und besseren technischen, medizinischen und personellen Möglichkeiten, schwere Krankheiten lange zu überleben, seltene Krankheiten zu behandeln und individualisierte Therapieprogramme anzuwenden.

**Abbildung 19: Öffentliche Gesundheitsausgaben in Prozent der gesamten öffentlichen Einnahmen (linke Grafik) und der gesamten öffentlichen Ausgaben (rechte Grafik)**

Quellen: Eurostat, OECD, HS&I-eigene Darstellung

Die Gesundheitsausgaben als Anteil an den Einnahmen zeigen die Position des Gesundheitswesens und seiner Ausgabenentwicklung relativ zu anderen Staatsaufgaben, die mit solchen Einnahmen finanziert werden. Während der Wirtschafts- und Finanzkrise Ende der 2000er-Jahre stieg dieser Anteil in allen Ländern, um dann im Gleichschritt mit

---

⁴ Die öffentlichen Gesundheitsausgaben in Österreich (29,7 Mrd. EUR) sind laut COFOG-Klassifikation der zweitbedeutendste Ausgabenbereich der Republik (8,2 % des BIP). Nur für „soziale Sicherung“ wurde 2018 mehr ausgegeben (20,1 % des BIP).
der Erholung der Wirtschaft abzuflachen. Abhängig von der Dauer einer Rezession ist
damit zu rechnen, dass für einige Jahre die Ausgaben den Einnahmen davonlaufen, da der
Bedarf als konstant anzunehmen ist und das Gesundheitswesen wesentlich von Steuern
und Sozialbeiträgen abhängig ist, die ein hohes Niveau an Beschäftigung erfordern.

Zwischen 2013 und 2015 sind die österreichischen Gesundheitsausgaben stärker
gewachsen als in den Vorperioden; im Jahr 2016 sind die Einnahmen aus Lohn- und
Kapitalertragssteuer aufgrund der Steuerreform 2016 um rund 3 Mrd. EUR eingebrochen,
was das Verhältnis von Ausgaben zu Einnahmen noch um ein weiteres Jahr steigen ließ.
Mittlerweile ist dieser Trend rückläufig. Da einkommensbezogene Staatsseinnahmen
Schwankungen unterliegen, sollte die Finanzierungsbasis für das Gesundheitswesen
verbreitert werden. Dies könnte durch die Beimengung von vermögensbezogenen
Steuern in das Portfolio der Finanzierungquellen sichergestellt werden, Box 7.

International driften die Gesundheitsausgaben in Relation zu den gesamten
Staatsausgaben seit 2010 zunehmend auseinander, wie die rechte Grafik zeigt. Dazu kam
für die südlichen Länder der Eurozone ein großer Spardruck hinzu, auch im
Gesundheitswesen infolge der Wirtschafts- und Finanzkrise 2008/2009 5. So ist
beispielsweise die Ausgabenquote für Gesundheit in Italien seit 2012 konstant. Von 2011
bis 2018 wurden die öffentlichen Krankenhausleistungen in Italien gekürzt, was
wesentlich zur negativen Dynamik der prozentualen Wachstumsrate der gesamten

Obwohl die Sparpolitik eine große Belastung für das Gesundheitssystem darstellte, stieg
der Anteil der Gesundheitsausgaben an den gesamten Staatsausgaben von 10 % im Jahr
1995 auf 14,7 % im Jahr 2008 und blieb nach 2008 bei über 14 %. Dies zeigt die
Bedeutung, die Italien der Gesundheitsversorgung zumaß trotz allgemeiner
Ausgabenbeschränkungen. Neben der bereits beschriebenen Wachstumsdynamik der
österreichischen Gesundheitsausgaben, führt das moderate Wachstum der gesamten
Staatsausgaben – die Zinskosten sind hierzulande äußerst niedrig – zu steigenden
Ausgabenanteilen für das Gesundheitswesen.

5 Im Gegensatz zu Italien oder Spanien dürfte die Bonität Österreichs und Deutschlands in den letzten Jahren zu
spürbaren Minderausgaben für Zinsen geführt haben. Aus diesem Grund wächst der Anteil der
Gesundheitsausgaben an den Staatsausgaben stark. Darüber hinaus hat Österreich seit 2010 seine
Verwaltungsausgaben von 7,7 % der gesamten Staatsausgaben auf 5,9 % 2018 gesenkt; auch die Ausgaben für
Box 6: Als die Corona-Epidemie in Österreich ankam, gab es bereits Finanzierungslücken

Bereits vor dem Beginn der Corona-Pandemie zeigten Berechnungen, dass der 2013 implementierte Kostenpfad dem Gesundheitswesen notwendige Ressourcen entzieht. Hätte beispielsweise Österreich im Jahr 2017 20 Prozent der Gesundheitsausgaben eingespart, wären die österreichischen Gesundheitsausgaben pro Kopf von EUR 4.384 auf EUR 3.506 gesunken, also ungefähr auf das Niveau von Großbritannien (EUR 3.424), und den Österreichern wäre ihre Gesundheit – gemessen in Ausgaben in Prozent des BIP – in etwa so viel Wert gewesen (8,3 %) wie den Slowenen (8,0 %) oder den Griechinnen (8,4 %).

Der Kostenpfad definiert Obergrenzen für die Gesundheitsausgaben und wurde 2017 graduell auf das mittelfristig prognostizierte nominelle Wirtschaftswachstum in den Jahren 2017 bis 2021 gezurrt. Es war vorgesehen, dass das nominelle jährliche Wachstum der Ausgabenobergrenzen im Geltungszeitraum durchschnittlich 3,4 % nicht überschreiten darf und sich 2021 auf 3,2 % reduziert hat bei einem Ausgangswert 2017 von 3,6 %. Die Festlegung der Ausgabenobergrenze orientierte sich im Wesentlichen daran, „excess growth“ zu vermeiden.

Obwohl momentan ausgesetzt, vernachlässigt der Kostenpfad in seiner aktuellen Ausgestaltung wichtige Versorgungsziele, die sich die Reform 2013 gab – Stichwort Ausbau der ambulanten Versorgung am „Best Point-of-Service“. Im Laufe der nächsten Jahre muss es eine solide, mittelfristige Vorausschau des Finanzbedarfes des Gesundheitswesens in Österreich und den Bundesländern geben, um Planungen zu informieren und die Toolbox an Planungsinstrumenten um fiskalische Informationen zu erweitern, insbesondere in Richtung Ausbau der ambulanten Versorgung, siehe Kapitel 8.


8 Herausforderungen vor und mit Corona


Abbildung 20: Prognose der Bevölkerung 75 Jahre und älter, EU-27*

*ohne Kroati
Quellen: UN 2020, HS&I-eigene Darstellung.

Das Risiko Corona wird groß, wenn chronisch kranke Menschen fehlversorgt sind

bleibt der Ausbau der multidisziplinären Versorgungsformen schleppend, siehe Kapitel 5. Zusammen mit dem Risiko Corona wird die Herausforderung die Versorgung in diese Richtung auszubauen noch drängender.


Für Österreich können wir einen derartigen Zusammenhang nicht feststellen, Box 2. Allerdings war das Infektionsrisiko in wirtschaftlich schwächeren Bezirken signifikant höher.

Die Reformagenda steht und gewinnt in Zeiten von Corona noch mehr Bedeutung

Die COVID-19-Pandemie hat überall Schwachstellen in den Gesundheitssystemen aufgedeckt. Die Gelegenheit zu nutzen, um Systeme zu stärken und neu zu definieren, kann nicht nur eine bessere Vorbereitung auf zukünftige Krisen gewährleisten (Box 5), sondern auch die Gesundheitsversorgung effektiver gestalten. Die Herausforderung besteht darin, Veränderungen vorzunehmen und aufrechtzuerhalten, die sich auf die Gesundheitsvorsorge verlagern und gleichzeitig Belastbarkeit und Flexibilität gewährleisten. Dies beinhaltet eine qualitativ hochwertige und ganzheitliche Primärversorgung und Dienstleistungen, die sich mit Verhaltens- und sozialen Gesundheitsbedürfnissen befassen, wie z.B. barrierefreier Wohnraum, und die
Bereitstellung eines breiteren Spektrums von Angeboten, um Menschen zu erreichen, wann und wo sie am wahrscheinlichsten davon profitieren, z.B. betriebliche Gesundheitsförderung. Die derzeitigen Anreize in vielen Einrichtungen des Gesundheitswesens und darüber hinaus reichen nicht aus, um diesen Übergang zu gewährleisten, und erfordern eine grundlegende Neubewertung.


„Ambulanztopf“: Überfällig und bei gutem Willen umsetzbar

Der Umbau des Systems in Richtung (regionale) Zusammenführung der Mittel für ambulante Versorgung über die wichtigsten Versorgungssettings ist ein Muss und bedeutend wichtiger als der Umbau der Kassenlandschaft. Und so ein Umbau hätte voraussichtlich deutlich stärkere Effekte sowohl für die (Allokations-)Effizienz als auch für die koordinierte Versorgung, insbesondere von chronisch Kranken.
Box 7: Was braucht es, um die zukünftige Versorgung koordiniert und kostenschonend zu verbessern?

**AKTIVES UND GESUNDES ALTERN FÖRDERN**
- Frühe Hilfen allen Familien anbieten und Multiplikatoren einsetzen, multiprofessionelle Versorgungsformen etablieren
- Wirksame psychosoziale Leistungen bis zum 18. Lebensjahr im Mutter-Kind Pass
- Betriebliche Gesundheitsförderung ausbauen

**AMBULANTE VERSORGUNG AUS- UND AUFBAUEN**
- Kassenverträge für alle Hausärzti:innen und Gesundheitsberufe, die sich niederlassen wollen
- Kassenverträge für Fachärzti:innen in Krankenanstalten definieren und ausbauen
- Laufend valorisiertes Budget der Krankenversicherung dafür in einen „Ambulanztopf“
- Multiprofessionelle Versorgung an Bonus knüpfen, Stichwort Primärversorgung

**ARBEITSTEILUNG AUF AUGENHÖHE UND MEHR PERSONAL**
- Entwicklung von koordinierten Personal- und Stellenplänen und flexibler institutioneller Rahmenbedingungen für die Sicherstellung ausreichender personeller Ressourcen.
- Arbeitsmarktoffensive und Inklusion für mehr Gesundheitsberufe
- Lohn- und Gehaltsteigerungen an informierte Ausgabenprognosen binden, die sowohl Versorgungsbedarf, Einkommensentwicklung und technischen Fortschritt berücksichtigen

**GESUNDHEIT UND PFLEGE ZUSAMMENBRINGEN**
- Regionale Fonds – einen „Ambulanztopf“ mit Mittel für ambulant/ambulant stationär und mobile Pflege dotieren
- Bundesvorgaben dafür und für die Abstimmung der Versorgungspläne
- Bundesbenchmarks für „vorbildliche Steuerung“ der ambulanten Versorgung
- Bundesweite Definition von Personalschlüsseln in Pflegeheimen
- Multiprofessionelle Versorgungsformen etablieren

**NACHHALTIGKEIT UND DIGITALISIERUNG SICHERSTELLEN**
- Einnahmenausfälle mit Hilfe von vermögensbezogenen Steuern sichern
- Wachstumsfördernden Kostenpfad definieren, keine starre Bindung an das Wirtschaftswachstum
- Digitalisierungsoffensive mit Hilfe von Mitteln der Breitbandmilliarde
- Bundesbenchmarks zur Förderung der Leistungskraft vergleichbarer Krankenanstalten, an Bonuszahlungen binden
- Etablierung eines analytisch orientierten Systemmonitorings, das über die Zielsteuerung hinausgeht.
- Unabhängige Versorgungsforschung fördern und Zugang zu relevanten Daten sicherstellen
Tabelle 6 zeigt geschätzte Volumina an Finanzmitteln, die für die Dotierung eines „Ambulanztopfes“ aufzubringen wären. Österreichweit würde dieser Pool geschätzte 8,1 Mrd. EUR umfassen. Dabei würden etwa 5,2 Mrd. EUR (63 %) aus der haus- und fachärztlichen Versorgung, einschließlich gleichgestellter Berufe, eingebracht werden, die seitens der Krankenversicherungen beizusteuern wären. 2,6 Mrd. EUR (31 %) müssten durch die Landesfonds eingebracht werden, und die Länder müssten nochmals etwa 430 Mio. EUR (5 %) beibringen, damit auch die mobile Pflege ein Teil des Finanzpools wird. Tabelle 6 weist auch die geschätzten Volumina auf Ebene der Bundesländer aus.

### Tabelle 6: Geschätztes Volumen für einen „Ambulanztopf“, in Mio. EUR, 2018

<table>
<thead>
<tr>
<th>&quot;Ambulanz-topf&quot;</th>
<th>Gesamt</th>
<th>Ambulant*</th>
<th>Spitals-ambulant**</th>
<th>Pflege zu Hause***</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Ö</td>
<td>8 151</td>
<td>5 159</td>
<td>2 559</td>
<td>433</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>100%</td>
<td>63%</td>
<td>31%</td>
<td>5%</td>
</tr>
<tr>
<td>B</td>
<td>230</td>
<td>171</td>
<td>47</td>
<td>12</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>100%</td>
<td>74%</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>K</td>
<td>530</td>
<td>319</td>
<td>178</td>
<td>32</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>100%</td>
<td>60%</td>
<td>34%</td>
<td>6%</td>
</tr>
<tr>
<td>NÖ</td>
<td>1 475</td>
<td>1 032</td>
<td>367</td>
<td>76</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>100%</td>
<td>70%</td>
<td>25%</td>
<td>5%</td>
</tr>
<tr>
<td>OÖ</td>
<td>1 208</td>
<td>796</td>
<td>371</td>
<td>40</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>100%</td>
<td>66%</td>
<td>31%</td>
<td>3%</td>
</tr>
<tr>
<td>S</td>
<td>521</td>
<td>318</td>
<td>179</td>
<td>23</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>100%</td>
<td>61%</td>
<td>34%</td>
<td>4%</td>
</tr>
<tr>
<td>ST</td>
<td>1 121</td>
<td>711</td>
<td>360</td>
<td>51</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>100%</td>
<td>63%</td>
<td>32%</td>
<td>5%</td>
</tr>
<tr>
<td>T</td>
<td>673</td>
<td>437</td>
<td>201</td>
<td>35</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>100%</td>
<td>65%</td>
<td>30%</td>
<td>5%</td>
</tr>
<tr>
<td>V</td>
<td>318</td>
<td>231</td>
<td>72</td>
<td>15</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>100%</td>
<td>73%</td>
<td>23%</td>
<td>5%</td>
</tr>
<tr>
<td>W</td>
<td>2 076</td>
<td>1 145</td>
<td>783</td>
<td>149</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>100%</td>
<td>55%</td>
<td>38%</td>
<td>7%</td>
</tr>
</tbody>
</table>

* Öffentliche Ausgaben für ambulante Versorgung (HC.1.3/HC.2.3 x HF.1-HF.3) exklusive Ausgaben für Spitalsambulanzen (HF.1 x HP.1), Statistik Austria/SHA 2018  
** Spitalsambulante Endkosten, BMG/KAZ (2018)  
*** Öffentliche Ausgaben (HP3.5 x HF.1) und Ausgaben von Non-Profit Unternehmen (HP.3.5 x HF.2, EUR 108 Mio.), Statistik Austria/SHA 2017; Bundesländer-Auflistungsschlüssel gemäß Nettoausgaben für mobile Dienste aus der Pflegedienstleistungsstatistik, Statistik Austria 2018

Quelle: HS&I-eigene Berechnungen und Darstellung

Auf regionaler Ebene sollten bestehende Gremien wie beispielsweise die Gesundheitsplattformen oder die Zielsteuerungseinheiten mit einer entsprechenden Geschäftsordnung dafür sorgen, dass die ambulante Versorgung gemeinsam geplant wird und Ausschüttungen der Mittel je nach regionalem Bedarf und gemeinsam erarbeiteter Struktur an die gesamte Bandbreite der Anbieter von ambulanten Leistungen erfolgt, Box 1, Kapitel 5.
In so einem Umfeld könnte gelingen, dass Planung, Steuerung und Finanzierung der ambulanten Versorgung mit Hilfe eines abgestimmten Prozesses zwischen den Akteuren erfolgt. Die Abstimmungsverhältnisse zwischen den Akteursgruppen sollten sich an den Gewichten der Mitteleinbringung orientieren; das heißt, die Krankenversicherungsträger sind mit etwa 60 Prozent vertreten, die Länder mit etwa 40 Prozent.


Die Zeitenwende muss das Beste aus dem Gesundheitssystem herausholen


In den letzten 20 Jahren hatte keine Regierungskonstellation eine ausgewogene politische Strategie und Persönlichkeiten, die in der Lage gewesen wären, das Gesundheitssystem gesamthaft im Sinne einer progressiven Weiterentwicklung der Finanzierung, der Versorgung und der Verantwortlichkeiten aufeinander abzustimmen. So eine Offensive müsste sowohl die Bedeutung von Investitionen in den Ausbau der Gesundheits- und Pflegeversorgung erkennen als auch die positiven Effekte eines effizienten Systems auf die gesamtwirtschaftliche Entwicklung.
9 Schlussfolgerungen und Empfehlungen


Das Fact Book bedient sich internationaler Modelle zur Messung der Leistungskraft und kategorisiert wichtige Indikatoren, die den Zugang, die Qualität und die Effizienz beschreiben.


Das Fact Book bedient sich etablierter Methoden, fragmentierte Datensysteme zusammenzuführen, und enthält detaillierte Gesundheitsausgaben auf Ebene der Bundesländer, vollständig ermittelt für die Jahre 2011-2018.


Das Fact Book zeigt auf, dass

✓ Regionalanalysen einen wichtigen Beitrag leisten zum besseren Verständnis der Unterschiede in Kernbereichen und Leitindikatoren zwischen den Bundesländern,
✓ auffällige Ausgabenunterschiede im ambulanten Bereich bestehen, auch wenn wichtige Strukturbereinigungen vorgenommen werden,
✓ Prävention viel Potenzial hat den Gesundheitszustand der österreichischen Bevölkerung zu verbessern und Todesfälle zu vermeiden,
ambulante Ressourcen besser abgestimmt und geplant werden müssen, um guten Zugang und Qualität für alle zu gewährleisten,

die Allokation der Mittel zwischen den Berufsgruppen im ambulanten Bereich eine versorgungsrelevante Neuausrichtung benötigt,

die ambulante Versorgung über Sektorgrenzen zu bündeln ist, damit mehr Prävention und Behandlung erfolgreich gelingt,

die fragmentierte Finanzierung und ihre paradoxen Auswirkungen überwunden gehören,

Kriseneindämmung europäischen Zusammenhalt braucht,

Frauen wirtschaftlich stärker von Corona betroffen sind und bei den Krisenbewältigungsprogrammen benachteiligt werden und

die Finanzierung des Gesundheitssystems in den nächsten Jahren gestärkt werden muss, um Ungleichheit und Krankheit abzufedern.

Das Fact Book empfiehlt, dass

➢ aktives und gesundes Altern gefördert wird, z.B. durch den Ausbau der Frühen Hilfen, oder betriebliche Gesundheitsförderung,
   o vulnerable Bevölkerungsgruppen gezielte Aufmerksamkeit in gesundheitlichen Krisensituationen wie der Corona-Epidemie bekommen,

➢ die ambulante Versorgung aus- und aufgebaut wird, z.B. durch mehr Kassenverträge und Anreize die Primärversorgungszentren rascher zu etablieren,
   o für eine wachsende Zahl chronisch Kranker engmaschige, koordinierte Versorgung Infektionsrisiken eindämmt,

➢ die Arbeitsteilung zwischen den medizinischen und nicht-medizinischen Gesundheitsberufen auf Augenhöhe ermöglicht wird, z.B. durch koordinierte Personal- und Stellenpläne, eine Arbeitsmarktoffensive für Gesundheitsberufe,
   o die Krisenkommunikation seitens der Behörden mit den Beschäftigten im Gesundheitswesen verbessert wird,

➢ Gesundheit und Pflege administrativ und finanziell zusammengebracht wird, z.B. durch die Errichtung regionaler Fonds, Stichwort „Ambulanztöpfe“, und Bundesbenchmarks für die Steuerung der ambulanten Versorgung,
   o die Koordinierung der Krisenpolitik über administrative Grenzen innerhalb des Gesundheitssystems und den Sicherheitsbehörden optimiert wird,
➢ die Nachhaltigkeit und die Digitalisierung des Gesundheitswesens sichergestellt wird, z.B. durch die Einhebung und Zweckwidmung vermögensbezogener Steuern und einer Digitalisierungsoffensive, finanziert durch die Breitbandmilliarde,

- sowohl Ersätze für Einnahmenausfälle als auch Investitionen bereitgestellt werden, damit das Vertrauen in die Gesundheitssysteme gestärkt wird und über das Gesundheitswesen wesentliche Impulse zur wirtschaftlichen Erholung ausgehen.
Das EU Projekt BRIDGE Health bildet den Ausgangspunkt des gegenständlichen Forschungsprojektes. BRIDGE Health orientierte sich dabei an den Vorarbeiten im EU Projekt EuroREACH, das mit dem Health Data Navigator eine einzigartige Plattform entwickelte, um informierte Analysen zur Bewertung der Leistungsfähigkeit von Gesundheitssystemen zu unterstützen.


In der nächsten Ebene (operationelle Indikatoren) sind Schlüsselindikatoren (KPIs), die sich auf operative Ziele und ihre Unterthemen beziehen, z.B. Krankenanstalten, ambulante Versorgung usw. Letztlich wurden erklärende Indikatoren ermittelt, die unter anderem auch zur Aufschlüsselung von Indikatoren höherer Ebene, z.B. nach Geschlecht oder Einkommensgruppe verwendet werden sollten.

Anhang 4 zeigt pro (Leistungs-)Bereich die wichtigsten Indikatoren, die für das Fact Book 2020 ausgewählt wurden. Dabei ist der Fokus auf Headline-Indikatoren und Schlüsselindikatoren in den definierten Bereichen von Gesundheit und des Gesundheitssystems.

**BRIDGE Health: BRidging Information and Data Generation for Evidence-based Health policy and research**
**EuroREACH: Improved access to health care data through cross-country comparisons**
Anhang 2: Modell zur Messung der Leistungsfähigkeit

Gesundheitszustand

Leistungsfähigkeit der Gesundheitsversorgung

Qualität  Effizienz  Zugang

Institutionelle Struktur des Gesundheitssystems

Gesundheitsdeterminanten

Gerechtigkeit

Quelle: www.healthdatanavigator.eu

Anhang 3: Wichtigkeit der Indikatoren

Operational indicators
- lead indicators in their subthemes to monitor progress
- robust & available for min 3 years for most MSs

Explanatory indicators
- breakdowns of higher level indicators (e.g. by gender or income group etc.) for both headline and operational indicators
- useful for monitoring progress in specific subthemes or towards specific objectives
- intended for a more specialised audience

Headline indicators
- monitor the overall performance related to key objectives
- widely used indicators with a high communicative and educational value
- robust & available for min 5 years for most MSs

Contextual indicators are part of the set, but either do not monitor directly a particular objectives, or they are not policy responsive.

Quelle: Eurostat-SDI 2015

---

6 Definitionen Domains: http://www.healthdatanavigator.eu/performance
Anhang 4: Alle Schlüsselindikatoren auf einen Blick, Headline-Indikator **fett**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Bereich</th>
<th>Indikator</th>
<th>Kurzdefinition</th>
<th>Ergebnisse</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>Min  Ö  Max</td>
</tr>
<tr>
<td>Gesundheitszustand</td>
<td>Lebenserwartung in Gesundheit</td>
<td>Erfasst erwartete Lebensjahre bei der Geburt in (sehr) guter Gesundheit. Der Indikator kombiniert Informationen über den selbstberichteten Gesundheitszustand von der österreichischen Gesundheitsbefragung (ATHIS) mit den Sterberaten von Statistik Austria.</td>
<td>63,2  66,3  70,5</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Lebenserwartung</td>
<td>Erwartete Lebensjahre bei der Geburt.</td>
<td>80,5  81,6  82,7</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Inzidenz bösartiger Neubildungen, Lunge</td>
<td>Anzahl der Neuerkrankungsfälle in einem Kalenderjahr, altersstandardisierte Raten je 100.000 Einwohner, 3-Jahres-Durchschnitt Lokalisation: C33-C34: Lung. Quelle: Krebsregister, Statistik Austria.</td>
<td>45  57  74</td>
</tr>
<tr>
<td>Übergewicht und Adipositas</td>
<td>Zeigt den Anteil der Bevölkerung in Prozent, der – laut Grenzwerten der WHO – als adipös (BMI &gt;=30,00) oder als übergewichtig (BMI &gt;=25,00) gilt, nach ATHIS.</td>
<td>39  47  54</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Täglicher Tabakkonsum</td>
<td>Anteil täglicher Raucher/-innen in Prozent der Befragten, nach ATHIS, altersstandardisiert.</td>
<td>21  24  32</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Arbeitslosenquote</td>
<td>Die Arbeitslosenquote umfasst Personen, die derzeit keinen Arbeitsplatz haben und aktiv nach einem Arbeitsplatz suchen, Statistik Austria</td>
<td>2,4  4,9  10,0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Armutsgefährdete Personen</td>
<td>Der Anteil der armutsgefährdeten Personen in % der Bevölkerung je Bundesland. Erlaubt andere Interpretationsmöglichkeiten als die Arbeitslosenquote, da „Working-Poor“ und Nicht-Erwerbspersonen enthalten sind, EU-SILC, Statistik Austria</td>
<td>13  18  27</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Bereich</td>
<td>Indikator</td>
<td>Kurzdefinition</td>
<td>Ergebnisse</td>
</tr>
<tr>
<td>---------------------</td>
<td>------------------------------------</td>
<td>---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------</td>
<td>------------</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>Min</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Wartezeiten MRT extramural</td>
<td>Geben die durchschnittlichen Wartezeiten zwischen 2017 und 2020 auf MRT-Termine im niedergelassenen Bereich an. Die Daten wurden zur Verfügung gestellt von <a href="http://www.netdoktor.at">www.netdoktor.at</a>.</td>
<td>11</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Wartezeiten CT extramural</td>
<td>Geben die durchschnittlichen Wartezeiten zwischen 2017 und 2020 auf CT-Termine im niedergelassenen Bereich an. Die Daten wurden zur Verfügung gestellt von <a href="http://www.netdoktor.at">www.netdoktor.at</a>.</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Private ambulante Gesundheitsausgaben in % der gesamten ambulanten Ausgaben</td>
<td>Zeigt die geschätzten (laufenden) ambulanten Ausgaben für Gesundheit und Pflege der privaten Haushalte in Prozent der gesamten geschätzten Gesundheitsausgaben, bereinigt um Altersstrukturreffekte und um die innerösterreichische Patientenmigration.</td>
<td>23</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Kassenärzte und Kassenärztinnen pro 100.000 Einwohner</td>
<td>Präsentiert die Summe aller Haus- und Fachärzte mit §2-Vertrag und kleinen Kassen pro 100.000 altersstandardisierte Bevölkerung. Die Daten wurden zur Verfügung gestellt von der Österreichischen Ärztekammer.</td>
<td>79</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>§2-Ärzte und §2-Ärztinnen pro 100.000 Einwohner</td>
<td>Präsentiert die Summe aller Haus- und Fachärzte mit §2-Vertrag pro 100.000 der altersstandardisierten Bevölkerung. Die Daten wurden zur Verfügung gestellt von der Österreichischen Ärztekammer.</td>
<td>75</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Mobile Pflegepersonen in %</td>
<td>Zeigt die Zahl der mobilen Pflegepersonen als Anteil aller Pflegepersonen in Österreich (Vollzeitäquivalente), Statistik Austria.</td>
<td>17</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Durch mobile Pflege betreute Personen in %</td>
<td>Durch mobile Pflege betreute Personen als Anteil an allen betreuten Personen, Statistik Austria.</td>
<td>52</td>
</tr>
</tbody>
</table>
## Bereich | Indikator | Kurzdefinition | Ergebnisse
--- | --- | --- | ---
**Qualität** | Vermeidbare Sterblichkeit vor 75 | Beschreibt die Mortalität vor dem 75. Geburtstag aufgrund ausgewählter Krankheiten. Todesfälle je 100.000 Einwohner, altersstandardisiert pro Kalenderjahr vor 75. HS&I-eigene Berechnung auf Basis der Todesursachenstatistik, Statistik Austria. | 103 114 150
| Vermeidbare Sterblichkeit vor 75 (durch Prävention vermeidbar) | Beschreibt die Mortalität vor dem 75. Geburtstag aufgrund ausgewählter Krankheiten, die in erster Linie durch Prävention vermeidbar sind. Todesfälle je 100.000 Einwohner, altersstandardisiert pro Kalenderjahr vor 75. HS&I-eigene Berechnung auf Basis der Todesursachenstatistik, Statistik Austria. | 68 76 104
| Potenziell inadäquate Medikation bei Älteren | Anteil der ab 70-jährigen Bevölkerung in Prozent, der mit mindestens einem potenziell inadäquaten Medikament (Packung) in einem Kalenderjahr versorgt wird. Nach GÖG (2019). | 33 38 41
**Effizienz** | Gesundheitsausgaben pro Kopf | Präsentiert die geschätzten gesamten (laufenden) Ausgaben für Gesundheit und Pflege, öffentlich und privat des Jahres 2018 in EUR, bereinigt um Altersstruktureffekte und um die innerösterreichische Patientenmigration. | 4.135 4.421 4.733
| Gesundheitsausgaben pro Kopf (ambulant) | Geschätzte Ausgaben für die ambulante Versorgung innerhalb und außerhalb von Krankenhäusern, nach Bereinigung um Patientenströme im Krankenhausbereich und Altersstandardisierung. | 1.000 1.164 1.287
| Kosten pro Fall von §2-Ärztinnen und -Ärzten | Durchschnittliche abgerechnete Beträge pro Fall von Ärzten der §2-Kassen in EUR, HVSV. | 58 63 76
| Fälle pro Arzt von §2-Ärztinnen und -Ärzten | Zeigt die jährliche Zahl der Fälle pro $2$-Arzt, HVSV. | 3.909 5.382 6.624
| Gesunde Lebensjahre in Relation zu Gesundheitsausgaben | Bezieht Ergebnis (Outcome) auf Ausgaben pro Kopf pro Jahr (Input), Proxy-Indikator für (System-)Effizienz. Zahl der erwarteten Lebensjahre in Gesundheit je 1.000 EUR der gesamten Gesundheitsausgaben. | 14 15 17
| Ausgaben pro gepflegter Person | Gesamte Bruttoausgaben pro gepflegte Person in EUR, Statistik Austria | 10.454 14.529 22.616

Min: Minimaler Wert, Ö: Österreich, Max: Maximaler Wert
11 Ausgewählte Literatur


COM (2020), 405. Vorschlag für eine VERORDNUNG DES EUROPÄISCHEN PARLAMENTS UND DES RATES über ein Aktionsprogramm der Union im Bereich der Gesundheit


Profilbericht
Research Report


http://www.HealthSystemIntelligence.eu/RegionalFactBook

http://www.healthsystemintelligence.eu/krankenanstalten


and after the pandemic. Eurointervention: Journal of Europcr in Collaboration with the Working Group on Interventional Cardiology of the European Society of Cardiology.


Rechnungshof Österreich (RH 2019/8): Versorgung psychisch Erkrankter durch die Sozialversicherung


12 Ausgewählte Datenquellen

AMS
Arbeitsmarktservice Österreich (2019 – 2020)

BMG
Outcome-Messung im Gesundheitswesen basierend auf dem Mess- und Vergleichskonzept.
http://www.bmgf.gv.at/home/Gesundheit/Gesundheitsreform/Mess_und_Vergleichskonzept_-_Outcome-Messung_im_Gesundheitswesen
Sektorenübergreifende Patientenbefragung (2011, 2016), Gesundheit Österreich GmbH.
http://goeg.at/Sekt_Patientenbefragung

BMASGK
Pflegevorsorgeberichte (2011 - 2016),

BMSGPK
Datenplattform Covid-19 (2020)
https://datenplattform-covid.goeg.at/, Juli, Wien

Eurostat

HVSV
Ärztekostenstatistik der österreichischen Sozialversicherung, 2018
Finanzstatistik der österreichischen Sozialversicherung, 2010 - 2018.
Statistische Handbücher der österreichischen Sozialversicherung, 2010 - 2018.
http://www.sozialversicherung.at/cdscontent/?contentid=10007.683681&viewmode=content
Netdoktor
Durchschnittliche Wartezeiten auf MRT- und CT-Termine 2017 – 2020

OECD
https://stats.oecd.org/Index.aspx?ThemeTreeId=9

ÖÄK

bestNET Information-Service GmbH
Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen je Bundesland (2019)

VVÖ
https://www.vvo.at/vvo/vvo.nsf/sysPages/jahresbericht.html

Statistik Austria
Abgestimmte Erwerbsstatistik
https://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/bevoelkerung/volkszaehlungen_registerzaehlungen_abgestimmte_erwerbsstatistik/erwerbspersonen/index.html
Bevölkerungsstatistik
https://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/bevoelkerung/index.html
Bevölkerungsprognosen
https://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/bevoelkerung/demographische_prognosen/bevoelkerungsprognosen/index.html
Bundespflegegeld
https://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/soziales/sozialleistungen_auf_bundesebene/bundespflegegeld/index.html
Das System der volkswirtschaftlichen Gesamtrechnungen (VGR)
https://www.statistik.at/web_de/statistiken/wirtschaft/volkswirtschaftliche_gesamtrechnungen/indin.html

EU-SILC, Tabellenband 2019
https://www.statistik.at/web_de/frageboegen/private_haushalte/eu_silc/index.html

https://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/soziales/verbrauchsausgaver/index.html

Krebsstatistik (Krebsregister)
https://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/gesundheit/krebserkrankukreb/index.html

Medizinische und sozialmedizinische Merkmale von Geborenen
https://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/bevoelkerung/geborene/medizinische_und_sozialmedizinische_merkmale/index.html

Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007, 2014
https://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/gesundheit/gesundheitszustand/index.html

https://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/gesundheit/gesundheitsausgaben/index.html

Sozialeleistungen auf Landesebene, Landes-Pflegegeldstatistik,
Pflegedienstleistungsstatistik
https://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/soziales/sozialeleistungen_auf_landesebene/index.html

Spitalsentlassungsstatistik
https://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/gesundheit/stationaere_aufenthalte/spitalsentlassungen_gesamt/index.html

Todesursachenstatistik
https://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/gesundheit/todesursachen/index.html

UN
Bevölkerungsprognosen

WHO
Gesunde Lebensjahre (Healthy life Expectancy, HALE)
https://www.who.int/gho/mortality_burden_disease/life_tables/hale/en
BUNDESLÄNDER FACT SHEETS zur ambulanten Versorgung

Wozu Fact Sheets?
Fact Sheets sind Informationsblätter zu Gesundheit und Gesundheitssystemen der österreichischen Bundesländer;
Fact Sheets haben einen Umfang von sieben Seiten und geben Auskunft über die Gesundheit und die Leistungskraft der Region, faktisch, aktuell, cool und temperiert.
Fact Sheets fassen Ergebnisse von 6 Headline-Indikatoren und 18 geeigneten Schlüsselindikatoren bildlich und vergleichend zusammen.
Fact Sheets bezwecken eine neue Informationskultur zu etablieren, die Transparenz und evidenzbasierte Politikgestaltung auf regionaler und föderaler Ebene fördert.

Wie wurden die Fact Sheets gemacht?
Fact-Sheet-Indikatoren kommen aus unterschiedlichen Quellen, sie werden mit Hilfe von Standardisierungen vergleichbar gemacht, aktualisiert, wie beispielsweise regionale Gesundheitsausgaben, oder neu berechnet, wie die vorzeitige Mortalität.
Fact Sheets zeigen Werte der Indikatoren in Form von Dumbbell-Abbildungen und in Form von Balken- und Liniendiagrammen, Ergebnisse werden zusammenfassend diskutiert.

Für wen sind die Fact Sheets?
Fact Sheets richten sich an ein interessiertes Publikum, das Informationen zur Leistungskraft im Gesundheits- und Sozialwesen schätzt, braucht und fordert.
Fact Sheets haben eine Datenbank als Grundlage. Die Definitionen aller Indikatoren, die Liste der Quellen und die gesammelten Daten, sowie der vollständige Projektbericht sind unter: