

HealthSystemIntelligence



FACT BOOK

Leistungskraft regionaler Gesundheitssysteme in Zeiten von COVID-19

Ambulante Versorgung im Bundesländervergleich

Maria M. Hofmarcher
Christopher Singhuber

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 1: Tägliche Neuerkrankungen pro 100.000 EW – geglättet – Mittelwert (5), und Government Response-Indizes*, bis 15. Juli 2020	23
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 1: Übersicht über Bedeckungen und Auszahlungen der COVID-19 Fonds in relevanten Bereichen von Gesundheit und Pflege	28
Tabelle 2: Geschätzte Einnahmefälle 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 kostenschonend 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	Atenschutzmaske

FTI	Forschung, Technologie und Innovation
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
HLI	Headline-Indikator
HS&I	Health System Intelligence
HSPA	Health System Performance Assessment
HVSV	Hauptverband der Sozialversicherungsträger
ICD-10	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten
ICU	Intensive Care Unit
IHS	Institut für höhere Studien
KPI	Schlüsselindikator
KV	Krankenversicherung
MAHCS	Mortality Amenable to the Health Care System
MFR	Mittelfristiger Finanzrahmen der EU
MRT	Magnetresonanz-Tomographie
MTD	Medizinisch-Technische Dienste
NACE	Statistische Systematik der Wirtschaftszweige in der Europäischen Gemeinschaft
OECD	Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
ÖGK	Österreichische Gesundheitskasse
ÖSG	Österreichischen Strukturplan Gesundheit
PIM	Potenziell Inadäquate Medikation
SHA	System of Health Accounts
STAT AT	Statistik Austria
SV	Sozialversicherung
UG	Untergliederung – Bundesbudget
VAEB	Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau
VZÄ	Vollzeitäquivalente
WHO	Welt-Gesundheitsorganisation
WIFO	Wirtschaftsforschungsinstitut
Ö	Österreich
B	Burgenland
K	Kärnten
NÖ	Niederösterreich
OÖ	Oberösterreich
S	Salzburg
ST	Steiermark
T	Tirol
V	Vorarlberg
W	Wien

Zitervorschlag:

Hofmarcher, M. M., Singhuber, C. (2020): Leistungskraft regionaler Gesundheitssysteme in Zeiten von COVID-19. HS&I Projektbericht. Projekt mit Unterstützung von Philips Austria. Wien August 2020.
http://www.HealthSystemIntelligence.eu/RegionalFactBook/Ambulante_Versorgung

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 ist unter uns, deshalb auch im Fact Book. Das Fact Book „Leistungskraft regionaler Gesundheitssysteme“ knüpft an die Ausgaben 2017-2019 an und behandelt 2020 schwerpunktmäßig die ambulante Versorgung. Der Bericht aktualisiert Ausgabenschätzungen und Indikatoren, dort wo möglich. Erstmals wird für Österreich und alle Bundesländer die vorzeitige Mortalität, die durch Behandlung oder durch Prävention vermeidbar wäre auf Basis von Diagnosen berechnet. Darüber hinaus wird die Betroffenheit von Corona in Bezug die Lebenssituation der Menschen in den Bezirken Österreichs ermittelt. Alle Analysen der Leistungsbereiche Zugang, Qualität und Effizienz weben wichtige Themen zu den Auswirkungen der Corona-Pandemie ein und haben einen internationalen Blickwinkel. Die Fact Sheets konzentrieren sich auf die Performance der Bundesländer in der ambulanten Versorgung im Vergleich zu Österreich. Das Executive Summary konzentriert sich auf wesentliche Ergebnisse der Analysen mit Bezug auf die Epidemie.

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.

Die Corona-Infektionsbekämpfung war im OECD-Vergleich gut. Die nahezu vollständige Sperrpolitik in Österreich hat die Ausbreitung der Epidemie wirksam eingedämmt. Laut einem Ranking der Economist Intelligence Unit haben die Behörden effektiv auf die Corona-Epidemie reagiert. Österreich hat bislang pro Kopf einen Bruchteil der Todesfälle durch COVID-19 in anderen Ländern verzeichnet. Gleichzeitig ist Österreichs Rang bei der Vorbereitung auf Bedrohungen der öffentlichen Gesundheit im internationalen Vergleich schwach. Dies zeigt sich insbesondere in fehlender Regulierung zur Koordination zwischen der öffentlichen Gesundheit und Sicherheitsbehörden, aber auch in Bezug auf die Notfallkommunikation mit Mitarbeiterinnen des Gesundheitswesens.

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

ermittelt und umfasst die Dimensionen Kaufkraft, Alter, Bildung und Beschäftigung auf Gemeindeebene. Wir nutzten diesen Index, um COVID-19-Daten zehn „Armutsklassen“ zuzuordnen, um einen Armutsgradient auf Bezirksebene zu erfassen. Statistische Analysen für Österreich sind schwierig, da sie auf niedrigen Fallzahlen beruhen. In 51 der 116 Bezirke gab es bis inklusive 14. Juli 2020 weniger als 100 bestätigte COVID-19-Fälle. Allerdings hängt das Infektionsrisiko der Bevölkerung eines Bezirkes signifikant mit der dortigen Arbeitslosenquote zusammen.

Die Maßnahmen führen zu hoher Arbeitslosigkeit, Frauen sind besonders betroffen. Österreich ist in eine schwere Rezession eingetreten, mit einem erwarteten Rückgang der Wirtschaftsleistung 2020 von etwa 7 Prozent. Die Summe der Maßnahmen zur Eindämmung der Pandemie hat zu einem starken Anstieg der Arbeitslosigkeit geführt. Frauen sind von Arbeitslosigkeit stärker betroffen als Männer, und ihre Aussichten, durch Investitionen entsprechend abgesichert zu werden, sind schwächer. Viele Impulse zur Abfederung der wirtschaftlichen Folgen sind auf Sektoren mit einem hohen Anteil männlicher Beschäftigung fokussiert. Der EU-Wiederaufbaufonds „Next Generation EU“ beispielsweise fördert insbesondere Digital-, Energie-, Landwirtschafts-, Bau- und Transportindustrie. Die durch die Folgen der allgemeinen Maßnahmen sehr stark betroffenen Sektoren, wie Gesundheit, Unterricht, Gastronomie und Unterhaltung erhalten weniger Unterstützung; der Frauenanteil ist hier wesentlich höher. Analysen für Österreich schätzen, dass den Frauen nur 40 % des österreichischen Konjunkturpaketes in der Höhe von 50 Mrd. EUR zugutekommen. Gleichzeitig gehen 24 % des Gesamtvolumens an die Bevölkerung im obersten, und nur 14 % an die Bevölkerung im untersten Einkommensquintil.

Die COVID-19-Krise macht die Gesundheit zum Impulsgeber für die Wirtschaft. Das Gesundheitswesen ist der Olivenbaum der Wirtschaft. Es schafft wesentliche Chancen für mehr Beschäftigung, Forschung und technischen Fortschritt. Die wirtschaftliche Erholung von COVID-19 erfordert Impulse durch öffentliche Ausgaben. Studien zeigen, dass öffentliche Investitionen in Gesundheit und Pflege von 2 Prozent der Wirtschaftsleistung zu einer mindestens zweifachen Steigerung der Gesamtbeschäftigungsquote in der ganzen EU-28 führen würden. Damit würde ein größerer Beschäftigungsanreiz erzielt werden, als es beispielsweise in der Baubranche der Fall ist, und Frauenbeschäftigung verstärkt gefördert. Klar ist, dass der öffentliche Sektor den Wirtschaftseinbruch durch den gestiegenen öffentlichen Konsum, z.B. im Gesundheitsbereich, die Kurzarbeitshilfen sowie durch die Wirkung der automatischen Stabilisatoren abschwächt.

Österreich braucht AT4Health als Hebel zum „Herausinvestieren“ und „Ambulanztöpfe“. In Anlehnung an das mittlerweile stark reduzierte EU4Health-Programm, definieren wir einen „Corona-Fonds“ und nennen ihn AT4Health. Das Ziel dieses Programms ist Kapazitäten, Beschaffung und Personal ordentlich zu dotieren, Ressourcenverfügbarkeit und Testaktivitäten zu koordinieren und in bessere Leistungen für alle zu investieren. Grob geschätzt wird erforderlich sein, dass dem Gesundheitswesen in den nächsten Jahren 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. AT4Health macht 10 % des gesamten Konjunkturprogramms aus, was weniger ist als der Anteil der öffentlichen Gesundheitsausgaben an den gesamten Staatsausgaben 2018 (16,7 %).

Als investiven Arm des Programms setzen wir 650 Mio. EUR an, die erforderlich wären, um zwischen den Kassen (ÖGK und BVAEB) Leistungen zu harmonisieren. Um Steuerausfälle (500 Mio. EUR) und Beitragsausfälle bzw. Stundungen (600 Mio. EUR) zu kompensieren, schätzen wir ein Volumen von etwa 1,1 Mrd. EUR. Der geschätzte Mehrbedarf für Sicherheits- und Schutzvorkehrungen, die den Bundesländern über Zweckzuschüsse erstattet werden, ist mit etwa 2,5, Mrd. EUR angesetzt.

Geschätzte Einnahmenausfälle 2020 und fiktives AT4Health Programm

		AT4Health-Programm		
		in Mio EUR	in % des COVID-19 Krisenbewältigungsfonds	in % Gesamt
Einnahmenausfälle, geschätzt für 2020	Steuern	500	2,0	1,2
	Beiträge	600	2,4	1,5
Mehraufwand, (vergangen & künftig), Expertenschätzung	COVID-19 -Ausgaben (Schutzausrüstung, etc..)	2.500	9,8	6,1
Investiver Arm	Leistungs- harmonisierung (ÖGK auf BVAEB)	650	2,6	1,6
AT4Health		4.250	16,7	10,4
COVID-19-Krisenbewältigungsfonds, Planwerte 15.Mai 2020		25.468		
<i>Memorandum item</i>				
Gesamt: COVID-19-Krisenbewältigungsfonds plus Konjunkturpaket (ohne Haftungen und Garantien)		41.000		

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

Für Planung, Errichtung, Umsetzung und Ausschüttung ist die Bundesgesundheits/Bundeszielsteuerungskommission zu aktivieren, in der Bund, Länder und soziale Krankenversicherung vertreten sind. Dieses Gremium kann gleichzeitig dafür Sorge tragen, dass es solide Vorgaben für einen „Ambulanztopf“ in jedem Bundesland gibt. So ist beispielsweise sicherzustellen, dass die Länder, die Landesstellen der ÖGK und die bundesweiten Krankenversicherungsträger ihre Versorgungspläne unter Zuhilfenahme bundesweiter Bandbreiten abstimmen. In diesem Pool werden Mittel der haus- und fachärztlichen Versorgung, der Versorgung in den Spitalsambulanzen und Mittel der Länder für die mobile Pflege vereint. Bundesweit

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

Der ambulante Sektor ist im Aufbruch – an der Richtung wird gezerrt. Österreichs Allokationsproblem im Gesundheitswesen mit seiner großzügigen Ausstattung in der stationären Versorgung hat in Zeiten von Corona zur allgemeinen Beruhigung beigetragen. Gleichzeitig zeigte sich 2018, dass der ambulante Sektor im Vergleich zur Eurozone leicht aufgeholt hat. Damit ist das relative Ungleichgewicht in der Versorgungskette etwas gemildert. Innerhalb des ambulanten Sektors kam es in den letzten Jahren zu deutlichen Veränderungen hin zu weniger kassenärztlicher Versorgung bei gleichzeitig steigendem Angebot von Wahlärztinnen und wachsender Aktivität in Spitalsambulanzen. Hier vermengt sich „der ambulante Fall“ zunehmend mit tagesklinischer Versorgung, deren Anteil an den gesamten Aufenthalten in Krankenanstalten sich über die letzte Dekade mehr als verdoppelt hat, mit großen Unterschieden zwischen den Bundesländern.

Die Gesundheitspolitik löste sich 2013 von der Doktrin „ambulant vor stationär“ und verfolgt seither die Stoßrichtung, die Erbringung von Leistungen am „Best Point of Service“ sicherzustellen. Dieser kann auf allen Versorgungsstufen im Gesundheitssystem verortet sein und bringt grundsätzlich mehr Flexibilität. Die Transformation zu besserem Zugang, mehr Qualität und Effizienz in der ambulanten Versorgung ist erst am Anfang. Daher sind die Übergänge zwischen den Säulen im ambulanten Sektor fließend. Außerdem gibt es erheblich Informations- und Datenlücken in wichtigen Bereichen, wie beispielsweise den Spitalsambulanzen, aber insbesondere auch im Bereich der Ambulatorien.

Im ambulanten Sektor arbeiten etwa 60.000 Personen unterschiedlicher Gesundheitsberufe. 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 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 Pflegepersonen 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

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

*Mortality Amenable to the Health Care System

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

Die Mortalität, die durch Präventionsmaßnahmen vermeidbar gewesen wäre, zeigt ein zum Gesamtindikator fast identisches Bild. Krebserkrankungen und Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems machen die Hälfte aller Fälle aus, gefolgt von Verletzungen und Todesfällen im Zusammenhang mit Alkohol und Drogen. Dabei gibt es merkliche Abweichungen zwischen den Bundesländern. Im internationalen Vergleich liegt Österreich mit dem Indikator Mortalität, die durch Prävention vermeidbar wäre, sichtbar schlechter als mit jenem, der auf Behandlung abstellt. Es braucht daher einen stärkeren Fokus auf Prävention; dafür muss mehr nicht-ärztliches Personal eingesetzt werden, und es müssen die finanziellen Mittel aufgestockt werden.

Corona wird kurzfristig den stabilen Ausgabentrend nicht unterbrechen. Aktuelle Untersuchungen aus den USA zeigen, dass etwa 85 Prozent der Kosten für COVID-19-bezogene Behandlungen auf die stationäre Versorgung entfallen. Gleichzeitig werden erhebliche Ausfälle in den Einkommen in der Primärversorgung erwartet. So eine Dynamik zeichnet sich auch in Österreich ab. Die COVID-19-bezogenen Ausgaben stiegen wahrscheinlich zwischen März 2020 und Mai 2020 deutlich. Die Versorgung von Patientinnen, die nicht an COVID-19 erkrankt sind, war sowohl in der Diagnostik als auch im Bereich Qualitätssicherung, Stichwort Tumorboards, reduziert. Diese Situation war vor allem für die Versorgung chronisch kranker Menschen problematisch. Bis Jahresende 2020 erwarten wir, dass die Krankenanstalten ihre Auslastungen im Vergleich zum

Angangswert 2019 erreichen. Nicht-repräsentative Schätzungen gehen von einer deutlichen Reduktion der Einnahmen im extramuralen Bereich aus. Eine vollständige Erholung ist bis Jahresende nicht in Sicht; optimistisch geschätzt werden die Einnahmen 2020 bei 80 % des Vorjahresniveaus liegen.

In der ambulanten Versorgung gibt es Strukturmängel und Investitionsstau. Als die Corona-Epidemie in Österreich ankam, gab es bereits Finanzierungslücken. Obwohl momentan informell 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“. Durch hohe Behandlungseffizienz in der Akutmedizin steigt gleichzeitig die Wahrscheinlichkeit, dass Menschen schwere Krankheitsepisoden lange überleben. Die Entstehung von chronischen Krankheiten wird durch mangelhafte Prävention begünstigt. Der internationale Vergleich zeigt, dass vermeidbare Todesfälle zu einem großen Teil auf Krankheiten zurückgehen, deren Auftreten durch Prävention vermeidbar wäre. In Österreich kommen große regionale Unterschiede hinzu. Erkrankungen der Atmungsorgane, Herz-Kreislaufkrankungen und Diabetes bergen in Zusammenhang mit Corona ein besonders großes Gesundheitsrisiko.

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, sondern auch die Gesundheitsversorgung effektiver gestalten. Die derzeitigen Anreize in vielen Bereichen des Gesundheitswesens reichen nicht aus, um diesen Übergang zu gewährleisten, und erfordern eine grundlegende Neubewertung. 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. So ein Umbau hätte voraussichtlich deutlich stärkere Effekte sowohl für die (Allokations-)Effizienz als auch für die koordinierte Versorgung, insbesondere von chronisch Kranken.

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 Finanzierungsquellen 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 kostenschonend 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 Personalschlüsseln in Pflegeheimen
- Multiprofessionelle Versorgungsformen etablieren

NACHHALTIGKEIT UND DIGITALISIERUNG SICHERSTELLEN

- Einnahmehausfälle 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 Fact Book 2020 erweitert die Berichterstattung 2017 bis 2019 durch ein vertieftes Leistungsbild des ambulanten Sektors, Box 1. Dabei wird systematisch auf einige Aspekte der Corona-Pandemie im Überblick und ihre Folgen bis Mitte Juli 2020 eingegangen.

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.

Darüber hinaus sind die Zuständigkeiten und Interessenlagen der Akteure, insbesondere auf Bundesebene durchwegs unterschiedlich. So haben beispielsweise das Sozialministerium und der Dachverband der Sozialversicherungsträger in wichtigen Systemfragen unterschiedliche Zugänge und es bestehen akteurszentrierte Doppelgleisigkeiten, z.B. in Bezug auf die Erfassung der vorzeitigen Mortalität. Auch die Planung ist nicht gut koordiniert. Während beispielsweise der ÖSG die ambulante Versorgung nominell mitplant, ist REGIOMED ein eigenständiges Tool der Krankenversicherung zur Planung der haus- und fachärztlichen Versorgung. Gleichzeitig verwendet REGIOMED „ärztliche, ambulante Versorgungseinheiten“, während die Ärztekammern von den Ständemeldungen ausgehen. Daraus ergeben sich unterschiedliche Abgrenzungen und Versorgungsdefinitionen.

Trotz der Schwächen, die all diese Informationssysteme haben, ist ein analytisch orientierter Auf- und Ausbau eines öffentlich zugänglichen, regional orientierten Berichtswesens für die Weiterentwicklung der Versorgung unbedingt erforderlich. Dies muss mit Blick auf Herausforderungen passieren, wie beispielsweise mehr Ausgewogenheit in der Versorgungskette, insbesondere im Personalleinsatz und der damit in Zusammenhang stehenden Budgetbeschränkung. Diese wichtigen Herausforderungen in Verbindung mit dem wachsenden Bedarf nach validierten Informationen zum regionalen Geschehen erfordern es, Transparenzlücken aufzuzeigen, gegebenenfalls zu schließen und Fakten einer breiteren Öffentlichkeit zugänglich zu machen.

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

darin, eine aussagekräftige Bewertung der Leistung in den ausgewählten Bereichen in einer Form zu liefern, die verständlich und über Zeit und Regionen hinweg vergleichbar ist. Der Informationswert eines Indikators hängt von seiner Relevanz, Zuverlässigkeit und Robustheit ab. Die Sicherstellung verlässlicher Datengrundlagen und Datenverfügbarkeit leistet hierzu einen entscheidenden Beitrag und zielt darauf ab, das Erreichen universeller Zielsetzungen der Gesundheitssysteme vergleichend zu messen. Ausgangspunkt für dieses Projekt sind die im EU-Projekt BRIDGE Health identifizierten Indikatoren, Anhang 1.

Das Fact Book zielt darauf ab, Transparenz zu Gesundheit und Leistungskraft des Gesundheitssystems in Österreich zu fördern. Im Mittelpunkt 2020 steht die ambulante Versorgung der Bundesländer in Zeiten von COVID-19. Schwerpunkte des Projektes sind die

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

Das Fact Book 2020

- diskutiert Aspekte der COVID-19 Epidemie und die gesundheitlichen und wirtschaftlichen Folgen im Überblick bis Mitte Juli 2020
- aktualisiert Schätzungen der regionalen Gesundheitsausgaben und regional verfügbarer Indikatoren der Leistungskraft dort, wo neue Daten verfügbar sind
- kategorisiert relevante Kernindikatoren der ambulanten Versorgung
- ermittelt vermeidbare Sterblichkeit sowohl im Hinblick auf Prävention als auch Behandlung und
- diskutiert wichtige Herausforderungen in Zusammenhang mit der COVID-19-Epidemie.

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

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.

In Zukunft muss ein Umfeld geschaffen werden, in dem Planung, Steuerung und Finanzierung der ambulanten Versorgung mit Hilfe eines abgestimmten Prozesses zwischen den Akteuren erfolgt. Dazu könnten Mittel der ambulanten Versorgung der Länder, des Bundes und der Krankenversicherungsträger zu einem Ambulanztopf zusammengeführt werden, Kapitel 8.

Im vorliegenden Bericht gehen wir in erster Linie auf jene Berufsgruppen ein, die sich auch in Primärversorgungseinheiten bündeln lassen. Die Spitalsambulanzen werden aufgrund der schwierigen Abgrenzung zu den Spitälern nur auf Systemebene behandelt. Die personelle Versorgungssituation durch (selbständige) Ambulatorien ist bereits in die Darstellungen zum niedergelassenen Bereich integriert und wird nicht eigens ausgewiesen. Der Bericht fokussiert auf persönliche Gesundheitsleistungen. Die Arzneimittelversorgung im ambulanten Bereich – und damit auch die Apotheken – werden daher nicht berücksichtigt.

2 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.

Das Fact Book aktualisiert Ausgabenschätzungen und Indikatoren und präsentiert neue, innovative Indikatoren in allen Bereichen der Leistungskraft des ambulanten Sektors. Sie werden deskriptiv und graphisch dargestellt, und die Zusammenhänge zwischen den Leistungsbereichen werden explorativ analysiert. Jedes Kapitel webt Herausforderungen ein, die durch die COVID-19-Pandemie Einfluss auf das Gesundheitssystem nehmen. Dies wird vorwiegend mit Hilfe von Boxen vorgenommen.

Kapitel 3 fasst wesentliche Aspekte der COVID-19-Pandemie und ihrer gesundheitlichen und wirtschaftlichen Folgen, auch im EU-Kontext mit Stand Mitte Juli 2020 zusammen. Kapitel 4 diskutiert Indikatoren des Gesundheitszustands und der Determinanten von Gesundheit einschließlich einer Analyse der Lebenssituation von Menschen auf Bezirksebene und ihr Risiko, an COVID-19 zu erkranken. Aspekte des Zugangs und der Fairness des Zugangs zu ambulanten, persönlichen Gesundheitsleistungen werden in Kapitel 5 geordnet; dabei wird auf die Verfügbarkeit und Auslastung der Intensivkapazitäten international und auf Ebene der Bundesländer eingegangen. Kapitel 6 berichtet über die Qualität der Versorgung. Hierfür wird die durch Behandlung oder durch Prävention vermeidbare Mortalität berechnet und im internationalen Kontext diskutiert. Außerdem wird der Grad der Vorbereitung auf Gesundheitsgefahren im internationalen Vergleich erfasst. Die Analyse von Indikatoren der Effizienz und Nachhaltigkeit wird in Kapitel 7 vorgenommen. Es enthält darüber hinaus eine stilisierte Abschätzung des Einflusses der Corona Epidemie auf die Kosten des Gesundheitswesens unter Berücksichtigung gesamtwirtschaftlicher Ansätze. Kapitel 8 diskutiert Herausforderung für das Gesundheitssystem und entwickelt wichtige Empfehlungen für

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.

Die Bundesländer-Fact-Sheets 2020 fokussieren die ambulante Versorgung ohne Arzneimittelversorgung und Apothekenleistungen. Sie sind alphabetisch angeordnet. Der Online-Anhang enthält die detaillierten Informationen zu allen Indikatoren sowie die Liste der Quellen und die gesammelten Daten¹. Die vollständige Datenbank, die während der Arbeit an dieser Studie erstellt wurde, steht der Forschung auf Anfrage zur Verfügung.

Philips hat diese Studie finanziell unterstützt und ermöglicht, jedoch zu keiner Zeit in die Inhalte und Ergebnisse eingegriffen.

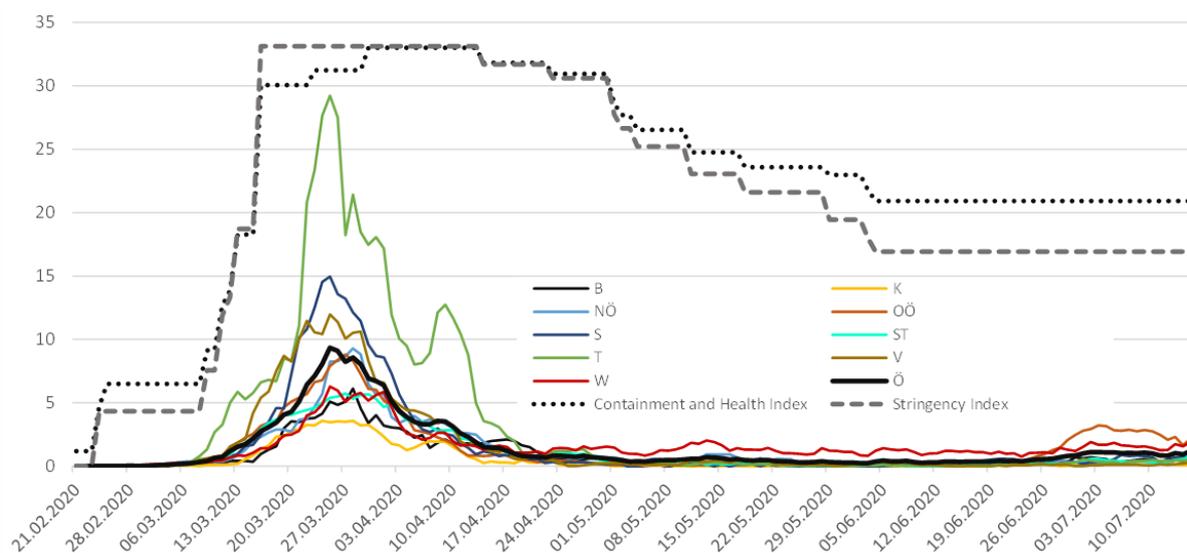
¹ http://www.HealthSystemIntelligence.eu/RegionalFactBook/Ambulante_Versorgung

3 Corona und die Folgen im Überblick bis Mitte Juli 2020

Die Corona-Pandemie in Österreich begann am 25. Februar 2020, als die ersten beiden Krankheitsfälle aus Innsbruck gemeldet wurden. Daraufhin wurden am 11. März Schul- und Universitätsschließungen sowie ein Verbot von Veranstaltungen eingeleitet. In späterer Folge wurden auch Restaurants und alle Geschäfte, die nicht als versorgungsrelevant identifiziert wurden, gesperrt.

Die Maßnahmen erstreckten sich praktisch über alle Politikbereiche. Ende April wurden etwa 145 Gesetze oder Anordnungen geändert oder neu erlassen, und es fanden etwa 60 Pressekonferenzen der Regierung statt. Am 1. Mai wurden neue Anordnungen erlassen, um das Verhalten während der zweiten Phase der Pandemie zu regulieren, d.h. wenn Geschäfte, teilweise Schulen und Dienstleistungen, einschließlich religiöser Dienste und Pflegeheime, wieder geöffnet werden. Öffentliche Versammlungen sind für 10 Personen gestattet, was die Künste verzweifeln ließ. Erste Konzerte auf großen Bühnen mit beschränkten Besucherinnenzahlen waren ab dem 4.6. möglich. Am selben Tag kamen bei einer Demonstration 50.000 Menschen zusammen. Infolge berief der Gesundheitsminister eine Task Force ein, um Regeln für solche Zusammenkünfte zu entwickeln. Weiters fiel am 4.6. die Maskenpflicht in den Schulen vollständig und Daten über Infektionen und Mortalität wurden für die Forschung teilweise zugänglich gemacht.

Abbildung 1: Tägliche Neuerkrankungen pro 100.000 EW – geglättet – Mittelwert (5), und Government Response-Indizes*, bis 15. 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“.

Das „Öffnungsgesetz“ Anfang Mai schrieb vor, dass Menschen in allen öffentlichen Räumen Masken tragen müssen. Am 15.6 fiel die Maskenpflicht außer in öffentlichen Verkehrsmitteln, Apotheken und Krankenanstalten. Die Maskenpflicht für das Personal in allen Restaurants wurde kurz danach ebenso aufgehoben (1.7). Fußballspiele und Formel-1-Rennen sind erlaubt, allerdings ohne Besucher. Grundsätzlich werden viele Lockerungsmaßnahmen auf der Ebene der Bundesländer detailliert und durchgesetzt. Regionalpolitische Entscheidungsträger verzichteten durchwegs auf regionalisierte Öffnungsregeln, da sie die Einhaltung von Bundesrichtlinien bevorzugten.

Kommunikation: von Infektionsraten zur Eigenverantwortung

Die strategische Kommunikation auf Regierungsebene hat sich im Laufe der Zeit geändert. Beispielsweise wurde zu Beginn des Ausbruchs das tägliche Wachstum der Anzahl der Infizierten als Schlüsselvariable zur Information der Öffentlichkeit verwendet. Nachdem sich das Wachstum verlangsamt hatte, kam die Reproduktionszahl (30.3) ins Spiel. Ende April, als eine schrittweise Lockerung der Maßnahmen eingeleitet wurde, wurde individuelle Verantwortung gefordert (28.4). Die Regierung sagte, dass sich die Menschen inzwischen gut auf eine „neue Normalität“ eingestellt haben und dass sie auf das Risikobewusstsein der Menschen vertrauten. Debatten um die CoronaApp, die vom Roten Kreuz entwickelt wurde, sind in den letzten Wochen in den Hintergrund getreten.

Anfang Juli (9.7) wurde ein Ampelsystem vorgestellt, das die Eigenverantwortung stärken und helfen soll, Risikostufen besser zu erkennen, um entsprechende persönliche Vorkehrungen zu treffen. Die Epidemie entwickelt sich seit Anfang April bundesweit überschaubar, es gibt jedoch seit den ersten zwei Juliwochen 2020 regionale Infektionshäufungen. Ebenso am 9.7. beriet der Nationalrat die Novellierung des Epidemiegesetzes aus dem Jahr 1950. Die Novelle sieht vor, dass auch die Polizei Personen nach ihrem Gesundheitszustand befragen kann. Obwohl es seitens der Opposition starken Widerstand gibt und der Entwurf im Bundesrat blockiert werden kann, wird das Gesetz im Laufe von 2020 umgesetzt werden.

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

zu entsprechenden Programmen zur Absicherung der wirtschaftlichen Folgen veranlasst. Wie die meisten Länder ist Österreich in eine Rezession eingetreten. Schätzungen für das erste Quartal 2020 zufolge ist die wirtschaftliche Entwicklung im Vergleich zum Vorjahresquartal um 2,7 Prozentpunkte rückläufig. Die annualisierten Aussichten sind düster. Für Österreich wird von allen Instituten und seitens der Österreichischen Nationalbank (14. 7. 2020) ein Rückgang der Wirtschaftsleistung 2020 in der Höhe von etwa 7 Prozent erwartet (WIFO/IHS 2020). Trotz erheblicher Unsicherheiten liegen die Prognosen sehr eng beisammen.

Das zentrale budgetäre Instrument zur Krisenbewältigung ist der im Jahr 2020 mit 28 Mrd. EUR dotierte COVID-19-Krisenbewältigungsfonds, BGBl 2020. Aus diesem beim BMF eingerichteten Verwaltungsfonds werden den Bundministerien die budgetären Mittel zur Krisenbewältigung bereitgestellt, wobei der gesetzlich festgelegte Verwendungszweck der Mittel sehr breit gefasst ist (BD 2020a). Die Mittel des Fonds werden aus Kreditoperationen des Bundes aufgebracht. Unter anderem können die Mittel für Maßnahmen zur

- 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 Epidemiegesetz 1950, BGBl. Nr. 186/1950;
- zur Konjunkturbelebung und
- zur Liquiditätsstabilisierung von Unternehmen.

Der Bundesminister für Finanzen entscheidet im Einvernehmen mit dem Vizekanzler über die konkrete Auszahlung der finanziellen Mittel. Dem Parlament kommt dabei keine Mitwirkung zu. Das festgelegte Volumen des COVID-19-Krisenbewältigungsfonds setzt sich aus einem Soforthilfepaket, 4 Mrd. EUR (COVID-19-FondsG), dem Corona-Hilfsfonds, 15 Mrd. EUR, Abgabenstundungen, 10 Mrd. EUR, und Garantien und Haftungen im Ausmaß von 9 Mrd. EUR, zusammen also 38 Mrd. EUR. Mittel für Maßnahmen zur Liquiditätssicherung von Unternehmen (z.B. im Rahmen des Corona-Hilfsfonds) können zur Stabilisierung der Gesundheitsversorgung oder zur Aufrechterhaltung der öffentlichen Ordnung und Sicherheit verwendet werden.

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

Neuseeland Bestnoten bekommt. Kommentatorinnen sagen, dass die Regierung im Verordnen sehr gut ist, aber handwerklich in der Umsetzung schlecht (Anneliese Rohrer, ZiB2 am 12.7). Die sozialdemokratische Opposition fordert, die Kurzarbeit fortzuführen und branchenspezifische Arbeitszeitverkürzungen vorzusehen. Häufig wird seitens des grünen Koalitionspartners die Phrase „aus der Krise herausinvestieren“ formuliert. Bislang wurde nicht weiter detailliert, was „herausinvestieren“ eigentlich beinhaltet. Immer deutlicher wird aber, dass die aufgelegten Programme bislang sehr wenig ausgeschöpft sind, Tabelle 1. So war beispielsweise am 20.6. der mit 12 Mrd. EUR dotierte Kurzarbeitsfonds nur zur Hälfte ausgeschöpft.

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

Mitte Mai 2020 war der COVID-19 Krisenbewältigungsfonds mit einer geplanten Gesamtsumme von 13,3 Mrd. EUR befüllt, 25,4 Mrd. EUR betrug die Gesamtsumme, die auch Mittel für die Kurzarbeit oder die Aufstockung der Mindestsicherung beinhaltet Tabelle 1. Tatsächlich eingezahlt waren 1,8 Mrd. EUR, Auszahlungen wurden in der Höhe von 615 Mio. EUR vorgenommen. Für Bereiche, relevant für Gesundheit und Pflege wurden 800 Mio. EUR geplant, 547 Mio. EUR eingezahlt und 200 Mio. ausgezahlt. Anteilig an den Einzahlungen wurden demnach 36 % der Mittel ausgezahlt, etwas mehr als insgesamt (34,2 %), Tabelle 1 und BD 2020a. Gemäß der Kategorisierung in Tabelle 1 sind für Gesundheit und Pflege etwa 6 % der Mittel aus dem Fonds vorgesehen, wenn die geschätzten Zuschüsse für die Länder mit einberechnet werden, beträgt der Anteil 26 % der 13,3 Mrd. EUR.

Etwa 25 Mio. EUR sind für klinische Forschung geplant, die sich auf unterschiedliche Untergruppen der Ressorts beziehen. Da die Welt auf einen Impfstoff oder eine wirksame Behandlung von COVID-19 wartet, könnte die entscheidende Rolle, die Innovation für die Gesundheit und die Weltwirtschaft spielt, nicht offensichtlicher sein. Forschung und Entwicklung (F&E) im Gesundheitswesen hebt die Qualität der medizinischen Versorgung, verbessert die Lebensqualität der Bevölkerung und bietet einer wachsenden Zahl von Menschen, vor allem Frauen, Beschäftigung. Besonders hohes Potenzial steckt im Biotech-Sektor, die Politik muss aber noch einiges tun, um Innovation zu fördern.

Das im Rahmen der FTI-Strategie 2020 angestrebte Ziel, die gesamten F&E-Ausgaben bis 2020 auf 3,76 % des BIP zu erhöhen ist außer Reichweite (Hofmarcher, Singhuber 2020b). In Zukunft müssen Rahmenbedingungen für Unternehmen verbessert werden, damit sie sich verstärkt in den Innovationsprozess einbringen. Im Gesundheitsbereich sollten mehr öffentliche Gelder in Versorgungsforschung und in die Forschung in Universitätskliniken investiert werden. Diese bieten gute Voraussetzungen für Kooperationen mit Unternehmen und können auf die Schwerpunktsetzung der Forschung im öffentlichen Interesse Einfluss nehmen. Eine effiziente Nutzung der Forschungsgelder könnte durch Exzellenzinitiativen und die kompetitive Vergabe von Mitteln im Bereich der Grundlagenforschung sichergestellt werden. Des Weiteren müssten Universitäten mit ausreichend Ressourcen ausgestattet werden, damit Österreich als Forschungsstandort

noch sichtbarer wird. In diesem Zusammenhang sollte sich Österreich auch vermehrt für einen „Impfstoff-Multilateralismus“ einsetzen. Ansonsten besteht die Gefahr, dass sich „Impfstoff-Nationalismus“ durchsetzt (Haass 2020) mit schweren Folgen für den Zugang zu Impfstoffen insbesondere für kleine Länder.

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

Das Anfang Juni 2020 verabschiedete COVID-19-Zweckzuschussgesetz sieht vor, dass der Bund einen Zweckzuschuss an die Länder in Höhe ihrer zusätzlich entstandenen Aufwendungen aufgrund der COVID-19-Krise leistet. Die Mittel werden durch den COVID-19-Krisenbewältigungsfonds aufgebracht. Dabei werden folgende Maßnahmen im Zeitraum März bis Mai 2020 bezuschusst:

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

Zur konkreten Verwendung der Zweckzuschüsse muss der Bundesminister für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz eine Richtlinie vorlegen. Zudem ist nach Anhörung der Länder Einvernehmen mit dem Bundesminister für Finanzen herzustellen. Diese Richtlinie ist spätestens 4 Wochen nach Inkrafttreten dieses Bundesgesetzes vorzulegen.

Es liegen Schätzungen vor, dass die Bundesländer einen Mehraufwand in Bezug auf Schutz- und Sicherheitsvorkehrungen im Rahmen der Vermeidung der Ansteckung und der Behandlung von Kranken in der Höhe von 2,5 – 2,8 Mrd. EUR haben werden. Gleichzeitig wird der Ausfall an Steuereinnahmen 2020 auf rund 4 Milliarden Euro geschätzt. Aufgrund des hohen Anteils der Steuerfinanzierung am österreichischen Gesundheitssystem dürften damit dem Gesundheitswesen und dabei insbesondere den Krankenanstalten schätzungsweise 500 Mio. EUR fehlen, Tabelle 2. Eine parlamentarische Entschließung von Ende April 2020 versichert, die Gesundheitsbudgets für 2021 zu stärken, Parlament der Republik Österreich (2020).

² HS&I-eigene Umformulierung. Im Originaltext steht „Barackenspitäler“, ein Wort, das in jedem Text und damit auch in Gesetzestexten untragbar ist.

Tabelle 1: Übersicht über Bedeckungen und Auszahlungen der COVID-19 Fonds in relevanten Bereichen von Gesundheit und Pflege

Bedeckung, kommt aus	geht an Untergliederungen (UG)		Maßnahmen relevant für Gesundheit und Pflege	In Mio. EUR	COVID-19-Fonds		
					Einzahlung	Auszahlung	in % Einzahlung
				Planwerte	15.Mai.20		
	UG 13	Justiz	Schutzmasken, Handschuhe, Desinfektionsmittel	8,3	8,3	0,6	7,2
			Testgeräte, Justizanstalten	0,1	0,1		
			FFP-Schutzmasken	0,8	0,8		
	UG 21	Soziales und Konsumentenschutz	Sonderdotierung Pflegefonds	100,0	100,0	78,6	78,6
UG 40 Wirtschaft	UG 24	Gesundheit	Zuschuss an ÖGK	60,0			
COVID-19-Krisenbewältigungsfonds			Testkosten	200,0	9,0		
	UG 33	Wirtschaft (Forschung)	Klinische Forschung "Corona Emergency Call"	10,0	10,0		
	UG 34	Innovation und Technologie (Forschung)	Klinische Forschung "Corona Emergency Call"	15,0	15,0		
	UG 40	Wirtschaft (Forschung)	Beschaffung medizinischer Produkte durch ÖRK	403,9	403,9	120,0	29,7
	unbekannt		COVID-19-Zuschüsse an Länder für März-April 2020*, in Mrd. EUR	2.500-2.800			
			Summe	798,1	547,1	199,2	36,4
			Summe mit Zuschüssen, geschätzt	3.448,1			
Summe COVID-19-Krisenbewältigungsfonds				13.261,4	1.796,7	615,3	34,2
			Relevant für Gesundheit und Pflege in %	6,0	30,5	32,4	
			Relevant für Gesundheit und Pflege plus Zuschüsse in %	26,0			
COVID-19 Krisenbewältigungsfonds, Planwerte 15. Mai 2020				25.468,0			
<i>Memorandum Item</i>							
COVID-19-Krisenbewältigungsfonds plus Konjunkturpaket (ohne Haftungen und Garantien)				41.000,0			

* 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).

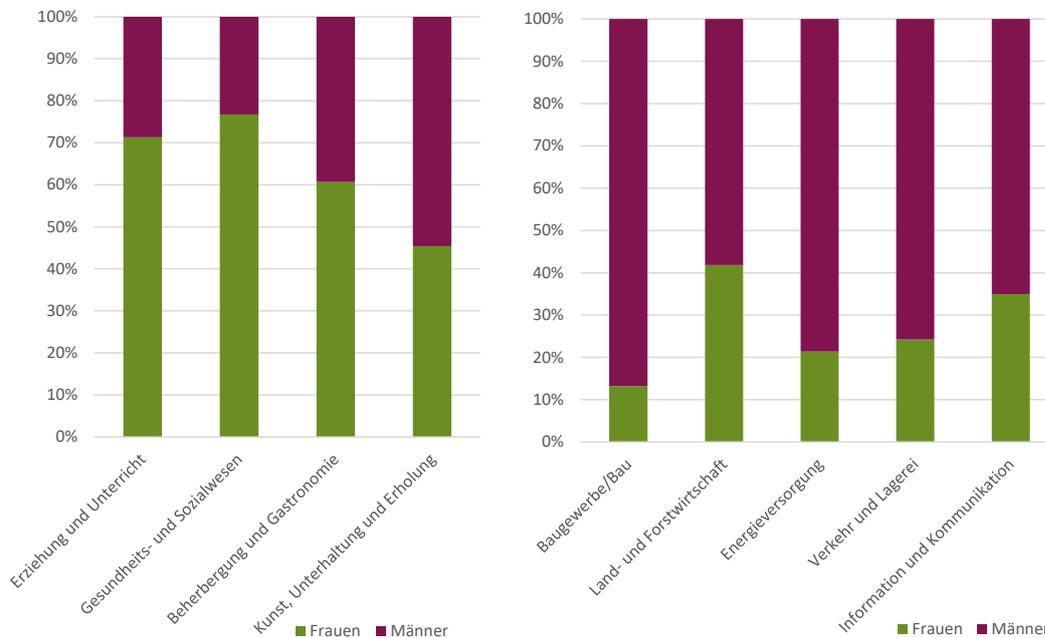
Aktuell sind Frauen von Arbeitslosigkeit stärker betroffen als Männer, (Bock-Schappelwein, Hyll 2020, Bock-Schappelwein et al. 2020, Prainsack 2020, OECD 2020) und ihre Aussichten durch Investitionen entsprechend abgesichert zu werden sind geringer. Abbildung 2 zeigt den Anteil der Beschäftigten nach Branchen und differenziert nach Sektoren³, die in der gegenwärtigen Krise stark wirtschaftlich betroffen sind und jenen, die in der Hauptsache in den Genuss von Stabilisierungsprogrammen kommen. So zeigt sich beispielsweise, dass der EU-Wiederaufbaufonds „Next Generation EU“ auf wirtschaftliche Impulse für Sektoren mit einem hohen Anteil männlicher Beschäftigung fokussiert (Klatzer, Rinaldi 2020). Das umfasst die Digital-, Energie-, Landwirtschafts-, Bau- und Transportindustrie. Die am stärksten betroffenen Sektoren wie Unterricht, Gesundheit, Gastronomie und Unterhaltung erhalten weniger Unterstützung; der Frauenanteil ist hier wesentlich höher.

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).

Die Schwerpunktsetzungen für Investitionen spiegeln Zuständigkeiten und die Arbeitsteilung zwischen der supranationalen EU-Ebene und den Nationalstaaten wider. Maßnahmen infolge der Finanz- und Wirtschaftskrise 2008/2009 stellten hauptsächlich auf Bankenrettung ab; durch die Eurozone konnte verstärkt gemeinschaftlich vorgegangen werden. Während damit vielen Mitgliedsstaaten Sparprogramme auferlegt wurden, sind Rettungs- und Konjunkturprogramme 2020 in vielen Bereichen nahe an nationalstaatlicher Souveränität, wie beispielsweise dem Gesundheitswesen.

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 vorgeschlagenen Zuschüsse des EU-Programms „Next Generation EU“, Tabelle 2 können sich in diesem Bereich nicht auf die Römischen Verträge beziehen. Deshalb sind Themen wie beispielsweise Beschaffung und EU-Zuschüsse für Gesundheitssysteme ein unbekanntes Terrain. Eine projektbasierte Auszahlung ist ein großer Schritt in Richtung einer stärkeren Einbeziehung der Europäischen Kommission in die derzeit ausschließlich nationale Agenda. Diese Zuschüsse sind jedenfalls ein Vorläufer für eine fiskalische Risikogemeinschaft, wo es um Umverteilung von „reich zu arm“ geht, eine Situation die in einer solidarischen Gesundheitsfinanzierung üblich ist.

Obwohl offiziell keine Vertragsänderungen vorgesehen sind, ist schwer einzusehen, wie sich die neue Art der Geldauszahlung innerhalb der Grenzen des Vertrags auswirken wird. Die erforderliche Höhe der Finanzierungen aus dem Aufbauinstrument der Europäischen Union wird durch die derzeit in der Union bestehenden beispiellosen Umstände begründet. Das Aufbauinstrument ist im Hinblick auf seine Dauer und seine Verwendung klar begrenzt, COM (2020) 441 final. Die Finanzierung orientiert sich am Bedarf, um die wirtschaftliche Erholung unverzüglich und wirkungsvoll zu unterstützen.

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

Beschäftigung geschaffen – insbesondere für Frauen – und technischer Fortschritt gefördert. Das Gesundheitswesen braucht wiederum eine robuste Wirtschaft. Viele Beschäftigte helfen, Steuern und Abgaben sicherzustellen, damit es seine Kernfunktionen wahrnehmen kann.

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.

Die wirtschaftliche Erholung von COVID-19 erfordert Impulse durch öffentliche Ausgaben, Hofmarcher, Singhuber 2020a. De Henau und Himmelweit (2020) zeigen, dass in allen Sanierungs- und Konjunkturprogrammen durch Investitionen in die Pflege ein größerer Beschäftigungsanreiz erzielt werden könnte als es beispielsweise in der Baubranche der Fall ist. So simulieren die Autorinnen, dass öffentliche Investitionen in die Pflege von 2 Prozent der Wirtschaftsleistung zu einer mindestens zweifachen Steigerung der Gesamtbeschäftigungsquote in der ganzen EU-28 führen würde. Während Investitionen in das Bauwesen einen etwas höheren Stimulus für die Beschäftigung von Männern bedeuten, bringen Investitionen in die Pflege insgesamt mehr Arbeitsplätze, aber nicht wesentlich weniger für Männer. Das geschlechtsspezifische Beschäftigungsgefälle würde sich verringern, während Investitionen in das Baugewerbe es erhöhen würden und gleichzeitig nur sehr wenige Arbeitsplätze für Frauen schaffen.

Österreich braucht AT4Health als Hebel zum „Herausinvestieren“

So ein Ansatz sollte auch in Österreich verfolgt werden, zumal die Nachfrage nach Pflege in den nächsten Jahren stark steigen wird, Kapitel 8. Investition in Gesundheit und Pflege haben einen komparativen „steuerlichen Vorteil“ gegenüber Investition in physische Infrastruktur, De Henau und Himmelweit (2020). Auch die ILO (2018) hebt die positiven direkten und indirekten Beschäftigungseffekte von Investitionen in Pflege und Bildung hervor. Wir schlagen daher ein Programm vor, das sowohl erwartbare Einnahmeherausfälle für das Gesundheitswesen kompensiert als auch Mittel zur Verbesserung von Leistungen bereitstellt. Die bessere Bezahlung nicht-ärztlicher Gesundheitsberufe ist ein wesentlicher Bestandteil davon, siehe auch Box 7.

Tabelle 2 fasst geschätzte Einnahmeherausfälle und zusätzlichen Finanzierungsbedarf zusammen, und entwickelt einen „Corona-Fonds“ für Österreich. Wir nennen dieses Programm AT4Health. Zusätzlich zum Mehrbedarf für Sicherheits- und Schutzvorkehrungen schätzen wir Zukunftsinvestitionen, die erforderlich wären, um beispielsweise das Leistungsniveau der Österreichischen Gesundheitskasse (ÖGK) auf das Niveau der Krankenversicherung der Beamtinnen und Eisenbahner (BVAEB) zu bringen.

Tabelle 2: Geschätzte Einnahmehäufälle 2020 und fiktives AT4Health Programm

Österreich			EU 27	„Next Generation EU“, geplante Zuschüsse	
Finanzierung	Fiktives AT4Health-Programm (in % des Krisenbewältigungsfonds)	COVID-19-Krisenbewältigungsfonds, Planwerte 15.Mai 2020	Gemäß COM (2020) 441	Gemäß ER-Beschluss 20. Juli	
Absolut (in Mio. EUR)	4 250	(16,7 %)	25 468	443 200	390.000
<i>Pro Kopf (in EUR)</i>	<i>480</i>		<i>2 875</i>	994	874
Einnahmehäufälle, geschätzt, in Mio. EUR	Steuern	500			
	Beiträge	600			
Mehraufwand, geschätzt (vergangen & künftig), in Mio. EUR	COVID-19-Ausgaben (Schutzausrüstung, etc.)	2 500			
Investiver Arm	Leistungs-harmonisierung (ÖGK auf BVAEB)	650			

Quellen: BD 2020a, COM (2020) 441 final, ER (2020) HS&I-eigene Schätzungen und Darstellung.

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.
- Aktivierung der Bundesgesundheitskommission, in der alle Akteure zu koordinieren sind. Ziel muss sein, sowohl Überblick über Ressourcen zu erhalten, als auch Mittelzuteilungen aus dem Corona-Fonds vorzunehmen. Bund und Dachverband sollten zentralstaatliche Agenden übernehmen, z.B. Vorgaben für Mittelpooling, Stichwort Zweckzuschüsse, Ambulanztopf. Die Länder, die Landesstellen der ÖGK und die bundesweiten Krankenversicherungsträger haben ihre Versorgungspläne unter Zuhilfenahme bundesweiter Bandbreiten abzustimmen. Wahlärztinnen und privat-private Krankenanstalten sind in Kapazitäts- und Notfallpläne einzubinden.
- 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 Resilienzfähigkeit: 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.

Während in diesem Programm der Aus- und Aufbau von Beschäftigung im Zentrum ist und ein Schwerpunkt auf Gesundheitssystemen liegt, bleibt der konkrete Ansatz unklar. Viele Gesundheitssysteme haben in den letzten Jahren unter starkem Sparzwang gelitten, Abbildung 19, und unter Investitionslücken im öffentlichen Sektor. Die daraus resultierenden Belastungen wurden mehrheitlich von Frauen getragen, die zudem in diesem Programm nicht explizit berücksichtigt sind, Klatzer, Rinaldi 2020. Selbst das gut gepolsterte, österreichische Gesundheitssystem ist durch uninformierte Budgetgrenzen unter Druck gekommen, Box 6. Außerdem gibt es in Österreich steigenden Pflegebedarf und zu wenig Angebot an Pflegepersonen, Kapitel 5, Kapitel 8. Darum sind Investitionen in diesen Bereichen zentral wichtig.

Ein weiterer Aspekt ist die fehlende Absicht auf europäischer Ebene „wesentliche Branchen“ und „Frontline“-Beschäftigte zu definieren. Solche Konzepte sollten die Beschäftigungspolitik und den Arbeitsschutz in der EU informieren. Während einer Krise der öffentlichen Gesundheit ist dies unbedingt erforderlich. Die politischen Entscheidungsträger müssen die Unterstützung für die am stärksten gefährdeten Mitarbeiterinnen an vorderster Front priorisieren, deren Ausfall „systemkritisch“ wäre. Beispielsweise wird in den USA geschätzt, dass sich 50 Millionen Menschen als

„Frontarbeiter“ qualifizieren – die Mehrheit der 90 Millionen dort Beschäftigten, Tomer et al 2020.

EU4Health wird klein und muss sich einreihen

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.

Die Gesamtdotierung des Programms EU4Health hätte sich für den Zeitraum 2021-2027 auf 9,4 Mrd. EUR belaufen. 1,7 Mrd. EUR davon hätten aus dem mehrjährigen Finanzrahmen (MFR) 2021-2027 bereitgestellt werden sollen, COM (2020), 405 Jene 7,7 Mrd. EUR die durch das Wiederaufbauprogramm „Next Generation EU“ mobilisiert werden sollten, wurden im Zuge der Verhandlungen der Staats- und Regierungschefs zwischen 17. und 21. Juli 2020 vollständig aus dem Programm gestrichen, (ER 2020). Während die gesundheitspolitischen Zielsetzungen der Union unangetastet blieben, ist fraglich ob die Finanzierung für diesen Bereich sichergestellt ist.

Die verbleibenden Mittel von 1,7 Mrd. EUR, die im nächsten MFR für den Gesundheitsbereich vorgesehen sind, bestehen neben dem Europäischen Sozialfonds (ESF), aus dem Europäischen Fonds für regionale Entwicklung, dem Forschungsprogramm Horizont Europa, dem Programm „Digitales Europa“ und der Fazilität „Connecting Europe 2“ (CEF).

Das Programm EU4Health wäre jedenfalls viel umfangreicher gewesen als sein Vorläuferprogramm, und machte in seiner Ursprungs konstruktion 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.

In den folgenden Kapiteln wird die Leistungsfähigkeit des österreichischen Gesundheitssystems analysiert. Ausgangspunkt dafür sind EU-Projekte, die die Zusammensetzung der Indikatoren und den analytischen Aufbau der Leistungsbereiche informieren, Anhang 1-3. Neben den Bundesländer-Vergleichen wird immer auch eine internationale Perspektive eingenommen. Da nationale Regelungen nach wie vor das Geschehen in den Gesundheitssystemen der EU-Staaten dominieren, ist auch in Zukunft nicht mit einer Konvergenz der Leistungsunterschiede innerhalb der EU zu rechnen.

4 Zustand und Determinanten der Gesundheit

Definitionen Gesundheitszustand und Gesundheitsdeterminanten

Gesundheit wird von der Weltgesundheitsorganisation WHO (1948) als „Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur der Abwesenheit von Krankheit oder Gebrechlichkeit“ definiert. Der Gesundheitszustand umfasst somit ein breites Spektrum von Dimensionen und wird durch subjektive (selbstbewertete Gesundheit) und objektive Gesundheitsmaße (biologische Marker) gemessen.

Der Gesundheitszustand wird durch nicht-gesundheitliche Faktoren beeinflusst, so genannte Determinanten. Diese umfassen sozioökonomische Faktoren, Umweltbedingungen, Lebensstil und Ereignisse des Lebensverlaufs, die die Gesundheit beeinflussen oder stören können, Arah et al (2006).

Die gesunde Lebenserwartung, die Lebenserwartung und die Inzidenz von Lungenkrebs sind jene Schlüsselindikatoren, die im Folgenden Aufschluss über die Gesundheit der Bevölkerung in den Bundesländern geben. Anschließend werden Zahlen zu wichtigen Einflussfaktoren auf den Gesundheitszustand gezeigt: Übergewicht, Rauchverhalten, Arbeitslosigkeit und Armutgefährdung erhöhen das Risiko zu erkranken.

Ergebnisse

Gesundheitszustand der Bevölkerung: Ergebnisse auf einen Blick

Schlüsselindikatoren	Jahr	Ö	B	K	NÖ	OÖ	S	ST	T	V	W
Lebenserwartung in guter Gesundheit, Jahre¹	2014	66,3	63,2	66,5	65,8	66,3	70,2	65,1	70,5	69,5	64,8
Lebenserwartung, Jahre	2018	81,6	81,3	81,5	81,4	82,1	82,7	82,0	82,7	82,6	80,5
Inzidenz Lungenkrebs je 100.000 Einwohner ²	2015/17	57	48	55	60	46	45	51	62	55	74

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.

Mögliche Einflussfaktoren auf die gesunden Lebensjahre und den Gesundheitszustand allgemein sind sozioökonomische Bedingungen (Fourweather et al 2015, Case & Deaton 2017, Klimont & Klotz 2016), Verhaltensfaktoren (Mehta & Myrskylä 2017) und die Qualität der Gesundheitsversorgung (Stiefel et al 2010). So haben Hofmarcher und Molnárová (2018b) gezeigt, dass die Faktoren Übergewicht, Arbeitslosigkeit und Versorgungsqualität negativ mit der Zahl der gesunden Lebensjahre in den österreichischen Bundesländern in Zusammenhang stehen. Risikofaktoren bedingen sich aber auch gegenseitig. So ist beispielsweise Rauchen signifikant mit Armutsgefährdung korreliert ($r=0,86$, $p<0,01$).

Determinanten der Gesundheit: Ergebnisse auf einen Blick

Schlüsselindikatoren	Jahr	Ö	B	K	NÖ	OÖ	S	ST	T	V	W
Übergewicht und Adipositas in % der Bevölkerung	2014	47%	54%	47%	51%	48%	42%	46%	39%	44%	45%
Tägliche Raucher in % der Bevölkerung	2014	24%	23%	22%	22%	22%	23%	22%	21%	26%	32%
Arbeitslose in % der Erwerbstätigen	2018	5%	4%	4%	4%	3%	3%	4%	2%	3%	10%
Armutgefährdete Personen in % der Bevölkerung ¹	2016/ 18	18%	16%	16%	13%	13%	15%	18%	18%	22%	27%

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

Das Burgenland hat den höchsten Anteil von Personen mit Übergewicht oder Adipositas (54 %). Niederösterreich und Oberösterreich folgen mit 51 % und 48 %. Am gesündesten leben die Menschen in Tirol. Nur 39 % leiden an Übergewicht, aber auch der Anteil der täglichen Raucher (21 %) und die Arbeitslosenquote (2 %) ist hier niedriger als in jedem anderen Bundesland. Anders in Wien: 32 % der Bevölkerung rauchen täglich, gleichzeitig sind 10 % der Erwerbstätigen arbeitslos und 27 % der Wienerinnen und Wiener sind von Armut bedroht. Meistens, aber nicht immer, ist die Armutsgefährdung dort hoch, wo auch die Arbeitslosigkeit hoch ist. In Vorarlberg liegt die Arbeitslosenquote nur bei 3 %, dennoch sind 22 % der Bevölkerung armutsgefährdet. Dafür könnte ein geringes Lohnniveau in einigen wichtigen Branchen verantwortlich sein. Auch viele arbeitende Vorarlberger tragen somit ein erhöhtes Gesundheitsrisiko.

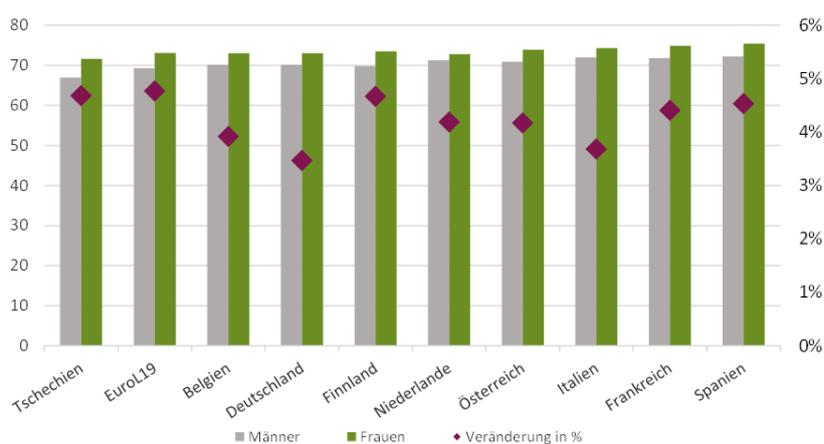
Internationale Daten berichten lange Lebenszeit in Gesundheit, aber auch kurze

Im internationalen Vergleich schneidet die gesunde Lebenserwartung der Österreicherinnen und Österreicher 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 nivelliert. 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).

Die Zahl der gesunden Lebensjahre laut WHO von 2016 ist deutlich höher als der Österreich-Wert aus dem Bundesländervergleich von 2014 (Klimont & Klotz, 2016) von 66,3 Jahren. Das geht auf verschiedene Berechnungsmethoden und Definitionen, sowie Unterschieden bei der Wahl der Ausgangsvariablen zurück. Zum Beispiel erreichen die gesunden Lebensjahre in Österreich nach Berechnungen von Eurostat im Jahr 2018 nur 56,9 Jahre und sind seit 2010 sogar um 3 Jahre gesunken. Die Eurostat-Zahlen basieren auf selbstberichteten Angaben zu funktionalen Einschränkungen, die der EU-SILC entstammen. Die WHO-Methode berücksichtigt bei der Messung des Gesundheitsstatus der Bevölkerung die Prävalenz bestimmter Krankheiten und den Schweregrad mit dem diese in der Bevölkerung eines Landes/einer Region vorkommen. Da bei der Eurostat-Methode nicht nach Schweregrad unterschieden wird, liefert diese abweichende – meist niedrigere – Werte als die Berechnungen der WHO (Skiadas & Skiadas, 2019).

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



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

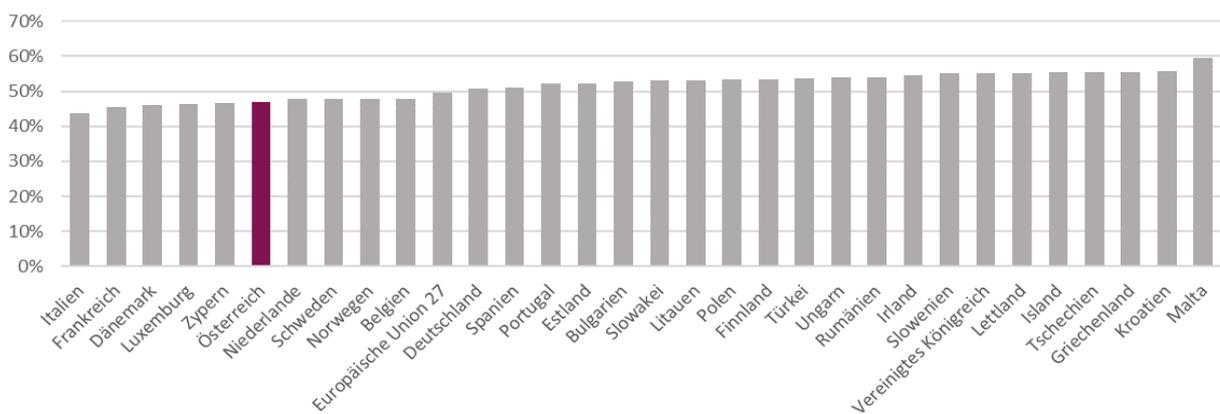
Regelmäßige Kampagnen sind gefragt, um Abhängigkeiten vorzubeugen

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-Kreislaufkrankungen, sowie Erkrankungen der Atemwege, fördert. Der schlechtere Gesundheitsstatus führt zu einem höheren Versorgungsbedarf der Bevölkerung.

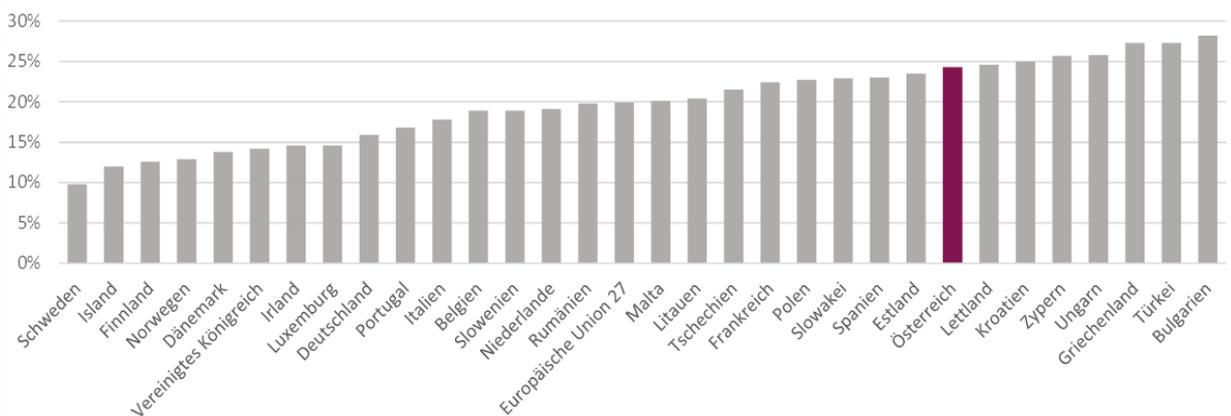
Eine spürbare Erhöhung der öffentlichen Ausgaben für Prävention würde den Gesundheitszustand der Österreicherinnen und Österreicher verbessern und langfristig zu einer Entlastung des Gesundheitssystems führen. Umfangreiche Literatur empfiehlt beispielsweise, dass die Preise deutlich erhöht werden sollten, damit es für Jugendliche schwierig wird, regelmäßig zu trinken und zu rauchen, 10 % der Steuern für Alkohol und Tabak sollten zweckgebunden für Suchtprävention und Therapie verwendet werden. Außerdem sollte in regelmäßigen Kampagnen darüber aufgeklärt werden, dass Tabak ein Suchtmittel mit vielen giftigen Stoffen und sicher kein Genussmittel ist, Lesch et al 2020.

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



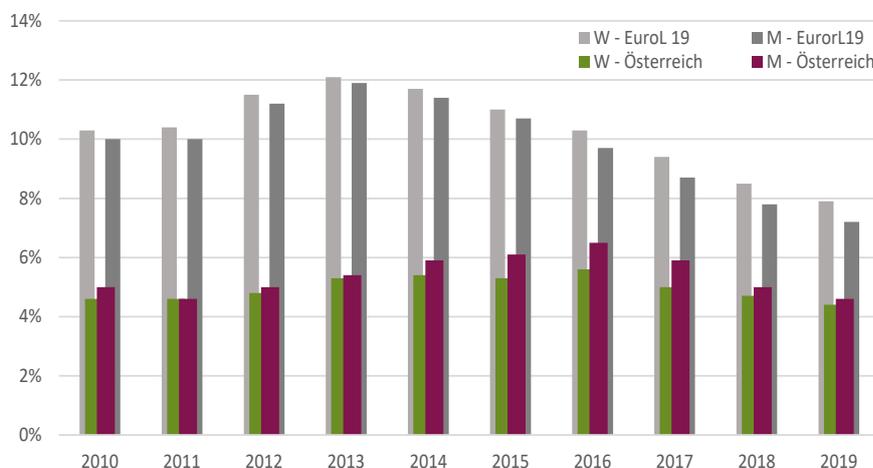
Quellen: Eurostat, HS&I-eigene Darstellung

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 %).

Mit 4,6 % und 4,4 % war die Arbeitslosigkeit der österreichischen Männer und Frauen in etwa gleich hoch, Abbildung 6. Der Anstieg der Männer-Arbeitslosigkeit ab 2014 geht auf die Flüchtlingskrise und die hohe Zahl von asylberechtigten Männern zurück, Baumgartner et al. (2020). Auf Eurozone-Ebene sind Frauen häufiger von Arbeitslosigkeit betroffen. Sie tragen dadurch ein höheres gesundheitliches Risiko als Männer. Die Betroffenheit von Frauen dürfte sich in der aktuellen Rezession verstärkt haben, Kapitel 3 und Bundesländer-Fact-Sheets. So zeigt sich beispielsweise, dass Frauen im Burgenland stärker von Arbeitslosigkeit betroffen sind als Männer. Gesamt gesehen ist das Burgenland zugleich das ärmste Bundesland. Es sind 16 % der Bevölkerung von Armut bedroht – etwas weniger als im österreichischen Durchschnitt, siehe Fact Sheet Burgenland.

Abbildung 6: Arbeitslosigkeit im Vergleich



Quellen: Eurostat, HS&I-eigene Darstellung

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

Sozioökonomische Risikofaktoren könnten sich auf die Ausbreitung und den Verlauf von Corona-Erkrankungen auswirken. ONS (2020) hat gezeigt, dass die altersstandardisierte COVID-19-Mortalität in englischen und walisischen Regionen mit hohem Grad materieller Deprivation deutlich höher ist als in Regionen, die viel Lebenssicherheit bieten. In den Index „materielle Deprivation“ fließen unter anderem Faktoren wie Einkommen, Arbeitslosigkeit, der Zugang zu Gesundheitsleistungen oder die Wohnsituation ein. Grob gesagt werden verschiedene Dimensionen der Armut von diesem Indikator erfasst.

Ein Zusammenhang zwischen Armut und COVID-19-Infektionen ist naheliegend, schließlich bergen beengte Wohnverhältnisse oder prekäre Arbeitssituationen ein hohes Infektionsrisiko. Bock-Schappelwein (2019) hat einen Armutsindex auf Ebene der österreichischen Gemeinden für das Jahr 2017 erstellt. In diesen Index, der auch Lebenssituationsindex genannt wird, fließen die Dimensionen Kaufkraft, Alter, Bildung und Beschäftigung ein. Wir verknüpfen diesen Index mit Daten aus dem epidemiologischen Meldesystem des BMSGPK (2020).

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

Um zu klären, ob ärmere Regionen in Österreich bislang stärker von der Corona-Pandemie betroffen waren, stellen wir COVID-19-Fallzahlen und Mortalität dem Armuts/Lebenssituationsindex von Bock-Schappelwein (2019) auf Ebene der österreichischen Bezirke gegenüber. Dazu wurden die Armutsindizes der Gemeinden, gewichtet mit der jeweiligen Bevölkerungsgröße, auf die übergeordneten Bezirke aggregiert. In der Tabelle werden diese nach Dezilen des Armutsindex zusammengefasst. In Bezirken mit höherer Armut scheint es weder ein höheres Infektionsrisiko (Fälle je 100.000 Einwohner) noch höhere Mortalität oder eine höhere Fallsterblichkeit zu geben.

**COVID-19-FALLZAHLEN UND MORTALITÄT NACH DEZILEN
DES ARMUTSINDEXES AUF EBENE DER BEZIRKE**

DEZIL	Armuts- index	Fälle je 100.000	Mortalität je 100.000	Fall- sterblichkeit
1.	5,00	203	8	5%
2.	5,74	335	8	5%
3.	5,96	147	8	8%
4.	6,07	231	10	4%
5.	6,22	136	5	3%
6.	6,33	193	10	7%
7.	6,49	273	9	4%
8.	6,62	170	5	3%
9.	6,81	234	8	4%
10.	7,13	204	9	4%

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

Mit einer größeren 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 Postverteilerzentren 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.

Bislang gestalten sich statistische Analysen für Österreich schwierig, da sie auf relativ niedrigen Fallzahlen beruhen. In 51 der 116 Bezirke gab es bis inklusive 14. Juli 2020 weniger als 100 bestätigte COVID-19-Fälle.

5 Zugang und Fairness des Zugangs zu ambulanten Leistungen

Definition Zugang zu Versorgung

Der Zugang zu Gesundheitsleistungen wird von der WHO (2000) als die „Gewährleistung des Zugangs zur Versorgung auf der Grundlage des Bedarfs und nicht der Zahlungsfähigkeit“ definiert. Lange Wartezeiten und geringes Angebot/fehlende Ressourcen erschweren den Zugang und beeinträchtigen dadurch die Gesundheit.

Fairness („Gerechtigkeit“ im Zugang, in den Ergebnissen) und Verteilungsgerechtigkeit beziehen sich auf „das Ausmaß, in dem Disparitäten oder Ungleichheiten in der Gesundheit zwischen den Gruppen der Bevölkerung minimiert werden“. Die meisten europäischen Länder vertreten eine egalitäre Sicht der sozialen Gerechtigkeit, so auch Österreich. Wenn Arztbesuche und Behandlungen mit hohen Zahlungen für die Patienten verbunden sind, werden Teile der Bevölkerung aus der gesundheitlichen Versorgung ausgeschlossen.

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

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

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 (Vollzeitäquivalente), 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

Der Headline-Indikator „intramurale Wartezeiten“, der die durchschnittlichen Wartezeiten auf geplante Eingriffe im Spital wiedergibt, fällt zwar nicht in den ambulanten Bereich. Er ist jedoch zentral um zu beurteilen, ob der Zugang zu Gesundheitsleistungen in einem Bundesland gegeben ist, Box 3. Am längsten warten Patientinnen auf eine elektive Spitalsbehandlung in Wien, mit durchschnittlich 27 Tagen und im Burgenland mit 24 Tagen. Deutlich schneller kommen Patienten in Kärnten (18 Tage) und Salzburg (19 Tage) an die Reihe.

Der ambulante Sektor ist geprägt von einer großen Zahl unterschiedlicher Leistungsanbieter und Versorgungssettings, Box 1. So werden neben Leistungen der ärztlichen Versorgung auch röntgen- und labordiagnostische Leistungen, mobile Pflege, Physiotherapie, logopädische Therapie, Psychotherapie, Besuche in der Spitalsambulanz oder in multidisziplinären Primärversorgungseinrichtungen zum ambulanten Bereich gezählt. Diese Bandbreite spiegelt sich auch in der Verfügbarkeit von Daten und Informationen in diesem Bereich wider. Während beispielsweise Zeitreihendaten zu Ärztinnen und Ärzten gut aufbereitet und verfügbar sind, ist die Informationslage zu nicht-ärztlichen Gesundheitsberufen deutlich reduzierter, wenn überhaupt zugänglich.

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

Ab 1. Jänner 2018 sollen Patienten laut einer Vereinbarung zwischen dem Hauptverband der Sozialversicherungsträger und der Österreichischen Wirtschaftskammer auf MRT-Untersuchungen im ambulanten Bereich nicht länger als 20 Tage, auf CT-Untersuchungen nicht länger als 10 Tage warten müssen. Zudem soll es für Patientinnen keine Möglichkeit mehr geben durch private Zahlungen vorgereicht zu werden.

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 Radiologinnen-Dichte 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.

In der Steiermark und in Wien warten Patienten im Schnitt 11 beziehungsweise 13 Tage auf einen MRT-Termin. Auch die Wartezeiten auf CT-Untersuchungen sind erkennbar kürzer als im Bundesdurchschnitt (6 Tage). Außer dem Burgenland erfüllen damit alle Bundesländer im Bereich der Radiologie die seit 2018 bestehende Vereinbarung zu den Wartezeiten für CT-Untersuchungen, dasselbe gilt für MRT-Untersuchungen mit Ausnahme von Burgenland und von Salzburg. Da es sich bei den gezeigten Zahlen um Durchschnittswerte handelt, ist es wahrscheinlich, dass in einzelnen Instituten deutlich längere Wartezeiten bestehen.

Wird mehr den Wahlärztinnen überlassen steigen die privaten Ausgaben

Private ambulante Ausgaben fallen zum größten Teil für Zahnärzte, Wahlärztinnen und Leistungen durch nicht-ärztliche Berufsgruppen wie Physio- und Psychotherapeutinnen an, Hofmarcher 2014. Ein hoher privater Ausgabenanteil kann an einer schlechten Versorgung mit Kassenärzten oder Therapieplätzen liegen, da Patientinnen öfter in den privaten Versorgungsbereich wechseln müssen. Am niedrigsten ist der Anteil der privaten Ausgaben für ambulante Leistungen in Oberösterreich (23 %). Sehr hoch ist er in Vorarlberg (35 %), Tirol (32 %) und Salzburg (30 %). Alle drei Länder haben eine mittelmäßige Versorgung mit Kassen- bzw. §2-Ärztinnen pro 100.000 Einwohner, Abbildung 7. Zugleich gehören sie zu den reichsten Bundesländern in Österreich mit einem Bruttoregionalprodukt pro Kopf von 46.000 EUR im Jahr 2018, siehe Bundesländer-Fact-Sheets. Beide Faktoren begünstigen wahlärztliche und wahltherapeutische Versorgungsstrukturen.

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.

Wie viele Kassenstellen ausgeschrieben werden wird im Stellenplan festgelegt. Dieser wird zwischen der Ärztekammer und den Sozialversicherungsträgern ausgehandelt. Der Versorgungsbedarf im ambulanten Bereich wird auf Basis eines eigenen Planungsinstrumentes des Dachverbandes (früher Hauptverband) bestimmt (REGIOMED). Deren intransparente Planungsgrundlagen und Berechnungsmethoden machen es aber schwer, die Zahl der im Stellenplan vorgesehenen Kassenplätze nachzuvollziehen. Eng damit verwoben sind regelmäßige Tarifverhandlungen, die die Leistungsvergütung der niedergelassenen Ärzte seitens der Krankenversicherungsträger regeln. Die Ärztekammer genießt dabei Monopolstellung, da die Mitgliedschaft für österreichische Ärztinnen und Ärzte verpflichtend ist. Bei der Tarifsetzung stehen gesundheitspolitische Zielsetzungen, notwendiger Arbeitsaufwand oder Kostenrechnung zumeist im Hintergrund. Ausschlaggebend sind vielmehr die Verhandlungsmacht der Akteure und historisch gewachsene Beträge, Riedel 2018. So bestehen zwischen den Bundesländern große Gehaltsunterschiede, da bislang alle Krankenversicherungsträger einzeln mit der

Ärztammer verhandelt haben, Cypionka 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

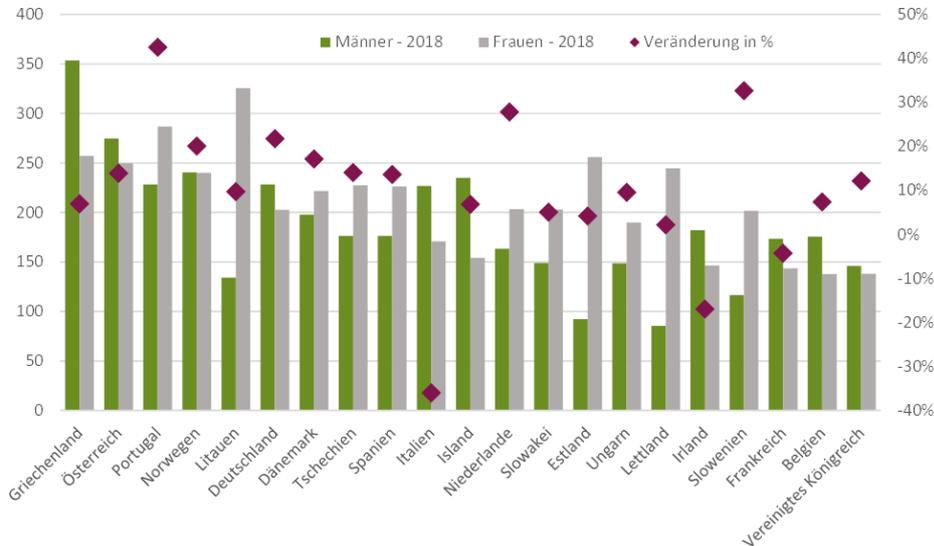


Quellen: Österreichische Ärztekammer, HS&I-eigene Darstellung

Trotz steigendem Frauenanteil: Die Kassenmedizin ist von Ärzten dominiert

Es fällt auf, dass Frauen bei den §2-Ärzten deutlich schwächer vertreten sind, obwohl mittlerweile fast 50 Prozent aller Ärztinnen in Österreich Frauen sind; gegenüber 2008 stieg ihr Anteil deutlich (+11 %). Sie betreiben aber häufiger Wahlarztpraxen oder sind in den Spitälern beschäftigt. Die Nachbesetzung von Kassenpraxen mit – tendenziell jüngeren – Ärztinnen geht nur schleppend vonstatten, zumal nur wenige neue Stellen geschaffen werden. Die meisten Frauen in der Medizin gibt es in den baltischen, gefolgt von osteuropäischen Staaten. Österreich liegt mit seinem Frauenanteil vor Deutschland, Frankreich und Belgien, Schlusslicht ist Island, Abbildung 8.

Abbildung 8: Ärztinnen und Ärzte pro 100.000 Einwohner, Veränderung insgesamt 2008-2018 (rechte Achse), international

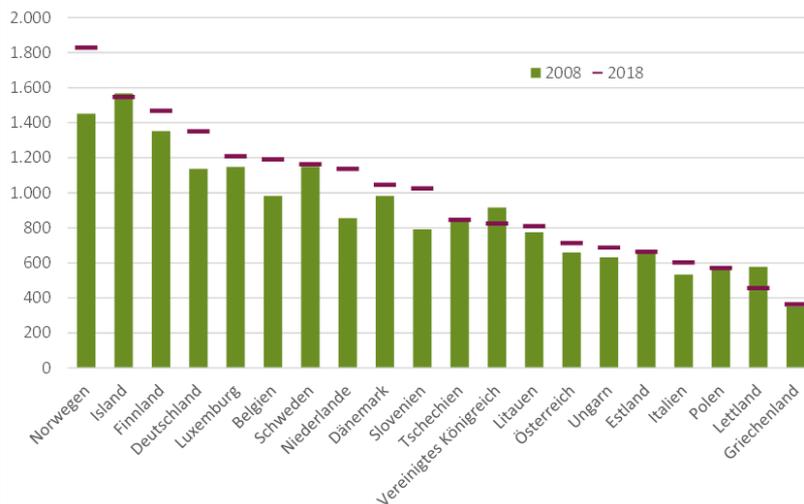


Quellen: Eurostat, HS&I-eigene Darstellung

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.

Die österreichischen Gesamtausgaben (öffentlich und privat) für Langzeitpflege sind im OECD-Vergleich unterdurchschnittlich. In Deutschland, Frankreich und Großbritannien werden laut OECD ca. 2 % des BIP für Pflege ausgegeben. In Österreich sind das nur 1,5 %. Da weniger professionell gepflegt wird, ist das System stark von informeller Pflege abhängig. Dazu kommt, dass hierzulande öfter stationär betreut wird als in vergleichbaren Ländern, das Angebot an günstiger und effektiver mobiler Betreuung im Verhältnis zu Plätzen in Pflegeheimen also gering ist. Mangelhafte Planung, fehlende finanzielle Anreize und Vorbehalte gegenüber mobilen Pflegediensten seitens der Pflegegeldbezieherinnen dürften dazu führen, dass nach wie vor zu viele Pflegebedürftige in stationären Einrichtungen untergebracht werden (Famira-Mühlberger & Firgo 2018).

Abbildung 9: Pflegekräfte und Hebammen pro 100.000 EW, 2008* und 2018*


*oder letztverfügbares Jahr

Quellen: Eurostat, HS&I-eigene Darstellung.

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

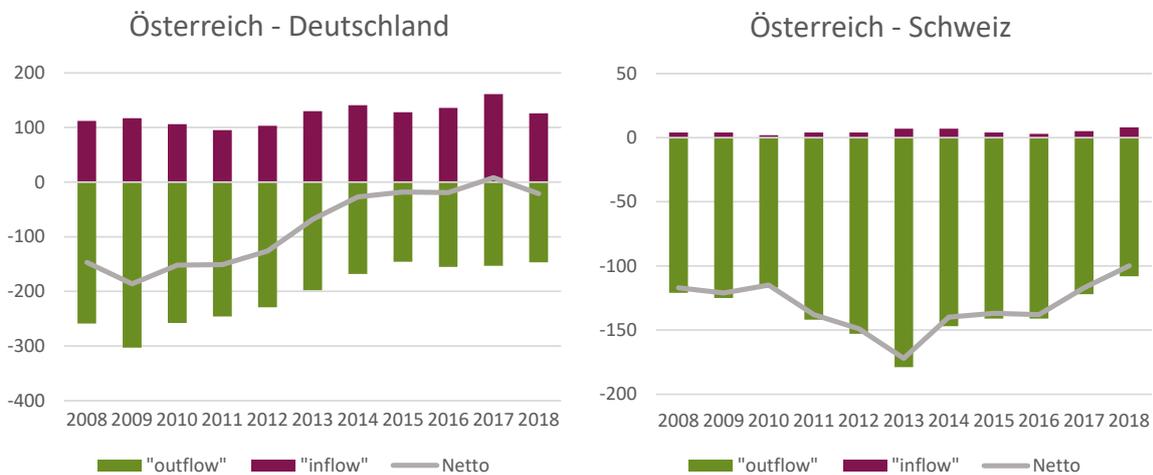
Viele österreichische Ärzte gehen ins Ausland. Der Zustrom von im Ausland ausgebildeten Ärzten hat dabei nur 60 % der Abwanderung kompensiert. Laut OECD haben zwischen 2010 und 2017 mehr als 3.400 österreichische Ärztinnen das Land verlassen. Die Zahl der Ärzte aus anderen Ländern, die nach Österreich gezogen sind war im gleichen Zeitraum unter 2.000. Die Hauptdestinationen für österreichische Ärzte waren Deutschland, die Schweiz und Großbritannien, Abbildung 10.

Österreich hat dagegen vor allem deutsche Ärzte angezogen, die 57 % des Zustroms ausländisch ausgebildeter Ärzte nach Österreich zwischen 2010 und 2018 ausmachen. Ärzte aus der EU-CEE – z.B. aus Ungarn, der Slowakei, der Tschechischen Republik, Rumänien und Bulgarien – haben weitere 34 % beigetragen, Mara 2020, Abbildung 11.

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

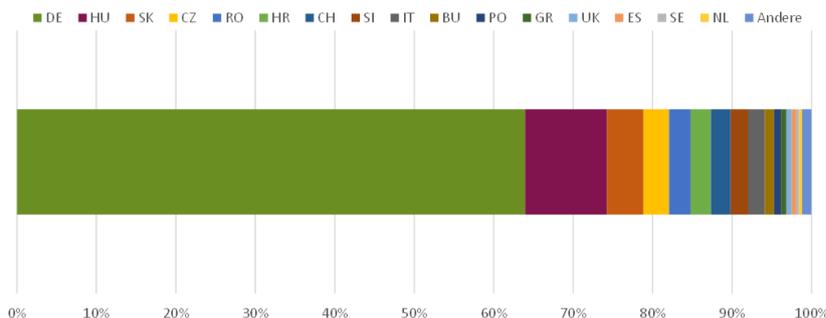
Pflegekräften abhängig. 2019 war ihr Anteil 18 %, bei Ärzten lag der Anteil 2018 bei 6 %, Mara 2020.

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



Quellen: OECD, HS&I-eigene Darstellung

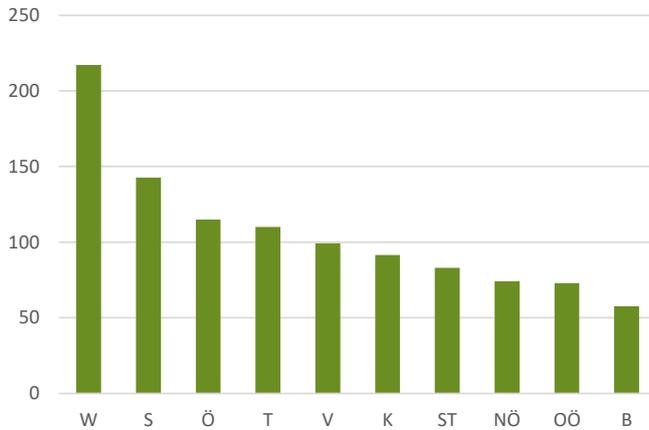
Abbildung 11: Im Ausland ausgebildete Ärztinnen und Ärzte in Österreich, 2018



Quellen: OECD, HS&I-eigene Darstellung

Die psychotherapeutische Versorgung in Österreich braucht dringend Planung

Im Bereich der Psychotherapie gibt es keine epidemiologische Bedarfsschätzung und keine bundesweite Planung von Versorgungskapazitäten. In der Folge unterscheiden sich die Ausgaben für Psychotherapie stark von Bundesland zu Bundesland, RH 2019/8. Die Versorgung psychischer Leiden gewinnt zunehmend an Bedeutung. Laut Statistik Austria hat der Anteil der Bevölkerung über 15 Jahre mit dauerhaften psychischen Beeinträchtigungen von 2,9 % im Jahr 2007 auf 3,9 % im Jahr 2015 zugenommen. Es ist aber unklar, ob der gesamte Anstieg auf eine höhere Krankheitslast zurückgeht, oder sich die Behandlungsbereitschaft gebessert hat. Die wachsende Anzahl älterer Personen in der Gesellschaft erhöht die Zahl der Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen. (Richter et al. 2019)

Abbildung 12: Psychotherapeuten und -therapeutinnen pro 100.000 Einwohner, 2019


Quellen: bestNET, HS&I-eigene Darstellung

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).

Der Zugang zu Psychotherapie in den Bundesländern hängt von vielen Faktoren ab. Neben der Zahl der Therapeutinnen sind auch Modalitäten und Verantwortlichkeiten bei der Bewilligung von Sachleistungsplätzen und Zuschüssen zu Wahltherapien von Bedeutung. Beispielsweise ist die Sachleistungsversorgung – also die Bereitstellung von Therapieplätzen mit voller Kostenübernahme seitens der Krankenversicherung – in den Bundesländern über Vereine geregelt. Bei diesen erwerben die Versicherungen Kontingente. Diese Vereine nehmen aber nicht zwingend die Priorisierung der Patienten für die kontingentierte Therapieplätze vor. In Wien und Salzburg geschieht das über die KV-Träger, die sich dabei auf die Diagnose der Therapeutinnen verlassen müssen. Weiters sind auch die Zahl der bewilligten Stunden nach dem Erstantrag und die Verantwortlichkeiten und Regelungen bei der Beurteilung von Folgeanträgen von Bundesland zu Bundesland unterschiedlich. Quantitative Aussagen über Effektivität oder Effizienz der Systeme in den Bundesländern sind aufgrund der schlechten Datenqualität gänzlich unmöglich, Riedel 2015. Im Rahmen der Zusammenlegung der Gebietskrankenkassen zur Österreichischen Gesundheitskasse soll es in absehbarer Zeit Leistungsharmonisierungen geben, die auf eine Ausweitung der therapeutischen Leistungen abzielen.

Verbesserter Einsatz der Physiotherapie braucht Sichtbarkeit und Information

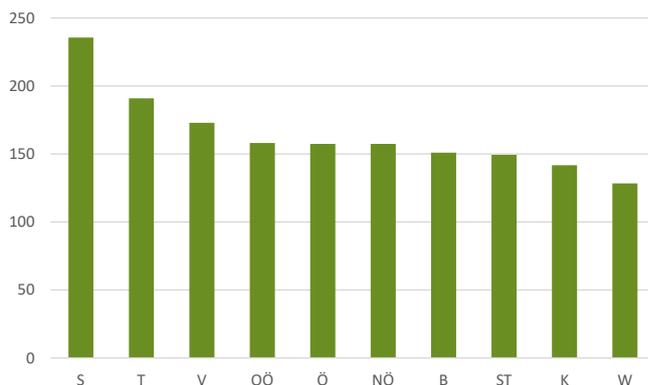
Physiotherapeuten und Physiotherapeutinnen behandeln Bewegungs- und Aktivitätseinschränkungen von Patienten und werden häufig ergänzend zu anderen Behandlungen im ambulanten und stationären Bereich eingesetzt.

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

diesen vier Bereichen tätig. Die zahlenmäßig bedeutendste MTD-Berufsgruppe ist die der Physiotherapeuten mit 14.615 Personen. Von ihnen arbeiten 60 % freiberuflich, weitere 4 % sind ausschließlich im niedergelassenen Bereich angestellt. In Abbildung 13 werden deutliche Bundesländer-Unterschiede bei der physiotherapeutischen Versorgung sichtbar. In Salzburg gibt es 236 Physiotherapeutinnen pro 100.000 Einwohner; wesentlich niedriger ist das Versorgungsniveau in Wien (128) oder Kärnten (142), GÖG (2020).

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

Die Corona-Epidemie hat gezeigt, wie wichtig ein breiter Zugang zu Gesundheitsleistungen im Krankheitsfall ist. So gut das Gesundheitssystem auf den medizinischen Bedarf der Corona-Erkrankten auch reagiert hat, Box 3, die Versorgung für Nicht-COVID-19-Patienten war nicht mehr in vollem Umfang gewährleistet. Dieses Phänomen wurde auch international beobachtet, Holmes et al. 2020.

Zu Beginn der verhängten Maßnahmen bestanden im extramuralen Bereich Empfehlungen der Ärztekammern, Ordinationen nur in dringenden Fällen aufzusuchen. Nicht-repräsentative Befragungen bestätigten, dass Kassenordinationen einen deutlichen Rückgang der Patientenzahlen hatten, Tabelle 5, viele Wahlarztordinationen verzeichneten ebenfalls einen Rückgang der Frequenz, manche Ordinationen waren wegen Erkrankung geschlossen, Kapitel 3.

In allen Krankenhäusern waren elektive Untersuchungen/Operationen ausgesetzt, um Kapazität für COVID-19-Patientinnen freizuhalten, siehe Box 3. Es wurden nur mehr akute therapeutische Maßnahmen durchgeführt. Über mehrere Wochen wurden elektive Maßnahmen, Vorsorgeuntersuchungen und nicht-akute Beschwerden nicht weiter abgeklärt und behandelt. Es gibt Hinweise, dass in vielen Krankenhäusern Maßnahmen der Qualitätskontrolle (Beispiele: Tumorboards, interdisziplinäre fallbezogene Besprechungen) nicht oder nur eingeschränkt durchgeführt werden konnten.

Durch die gesetzten Maßnahmen wurde die Gesundheitsversorgung von Nicht-COVID-19-Patientinnen eingeschränkt, mit besonderem Schwerpunkt chronischer, insbesondere onkologischer Erkrankungen. Das könnte die Krankheitslast, aber auch die Mortalität dieser Patientinnen erhöhen. Darüber hinaus kann diese Ausnahmesituation dazu führen, dass Menschen vermehrt unter Unsicherheit und Unklarheit leiden oder Angststörungen und Depressionen bekommen bzw. dass sich bestehende Krankheitsbilder verschlimmern.

Box 3: Die für COVID-19 Kranke vorgesehenen Intensivkapazitäten waren bislang ausreichend

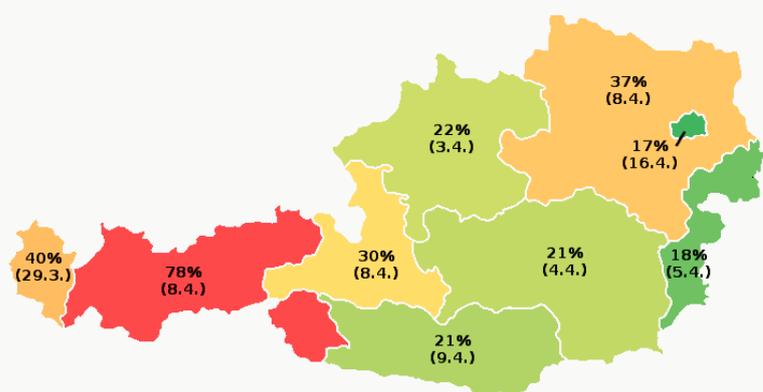
In der COVID-19-Epidemie hat sich gezeigt, wie lebenswichtig die intensivmedizinische Versorgung im Krisenfall sein kann. Mit 29 Intensivbetten pro 100.000 Einwohner ist Österreich vergleichsweise gut auf die Behandlung von schwer Erkrankten vorbereitet, während Länder wie Griechenland oder Irland schnell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

In Österreich konnte die Überschreitung der Intensivkapazitäten verhindert werden, die Zahl der krankenhauspflichtigen Personen ist rückläufig. Manche Bundesländer waren aber stärker betroffen als andere. Die Karte zeigt, wie viele der für schwere COVID-19-Fälle zurückgehaltenen Betten zum Zeitpunkt der höchsten Inanspruchnahme belegt waren. Dazu nehmen wir an, dass 40 % der 2.547 Intensivbetten freigehalten wurden. Kritisch war die Situation nur in Tirol. Durch die hohe Zahl der Fälle waren am 8. April 78 % der COVID-19-Intensivbetten belegt – in Tirol gab es österreichweit die meisten Erkrankungsfälle. Nicht in allen Bundesländern wäre die Situation bei diesem hohen Ausbreitungsgrad so gut verlaufen. Vorarlberg wäre mit seinen relativ kleinen Kapazitäten knapp an sein Limit gekommen.

Das Freimachen von Intensivbetten hatte seinen Preis. Obwohl die Kapazitäten nie überschritten wurden, war die allgemeine Versorgung eingeschränkt. Operationstermine wurden, wenn möglich, verschoben und Personal wurde von den meisten Abteilungen der Spitäler kurzfristig auf die Intensivstationen und die Innere Medizin verlegt. Die negativen Auswirkungen auf den Gesundheitszustand der Menschen, deren Behandlung aufgeschoben wurde, stehen bislang nicht fest. Es ist jedoch anzunehmen, dass sie hierzulande milder ausfallen als anderswo.

Intensivbetten pro 100.000 EW*:

International		Österreich	
DE	34	W	37
AT	29	ST	32
USA	19	S	32
BE	17	B	28
CH	12	K	28
FR	11	T	28
ES	10	OÖ	25
IT	8	NÖ	22
NL	6	V	21
UK	6		
IE	5		
GR	5		



*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

Schlüsselindikatoren	Jahr	Ö	B	K	NÖ	OÖ	S	ST	T	V	W
Vermeidbare Sterblichkeit vor 75¹	2018	114	144	150	104	103	127	111	112	126	113
MAHCS Prävention ²	2018	76	96	104	68	69	83	73	75	83	74
Potenziell inadäquate Medikation bei Älteren ³	2018	38%	41%	41%	39%	35%	36%	38%	40%	33%	37%
ACSC ⁴	2015	20	22	22	19	23	17	20	21	18	19

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

In manchen Bundesländern gibt es Auffälligkeiten in Bezug auf die Sterblichkeit durch bestimmte Krankheiten. Um die Wirksamkeit und damit die Qualität der Gesundheitsversorgung auf Ebene der Bundesländer zu messen, bedienen wir uns des Indikators der vom Gesundheitssystem „vermeidbaren Sterblichkeit unter 75 Jahre“ (Mortality Amenable to the Health Care System – MAHCS), der von uns gemäß internationaler Standards aktuell für das Jahr 2018 berechnet wurde, Box 4. Er gibt Auskunft über die Behandlungsqualität und die Wirksamkeit von präventiven Maßnahmen. Die letzte vorangegangene Berechnung auf Bundesländer-Ebene bezieht sich auf Todesfälle von 2014 (Dragosits & Scheuringer, 2016).

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.

Ein Blick auf die beteiligten Todesursachen gibt Aufschluss über die Herkunft der Unterschiede. Tabelle 3 zeigt die vermeidbaren Sterbefälle der sieben quantitativ bedeutendsten Krankheitsgruppen. Krebserkrankungen und Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems machen die Hälfte aller Fälle aus, gefolgt von Verletzungen und Todesfällen im Zusammenhang mit Alkohol und Drogen. Dabei gibt es merkliche Abweichungen zwischen den Bundesländern. Im Burgenland ist die Versorgungsqualität von Krebskranken offenbar am schlechtesten. Hier gab es im Jahr 2018 47 Todesfälle pro 100.000 Einwohner, um 20 mehr als im benachbarten Wien (27).

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

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

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.

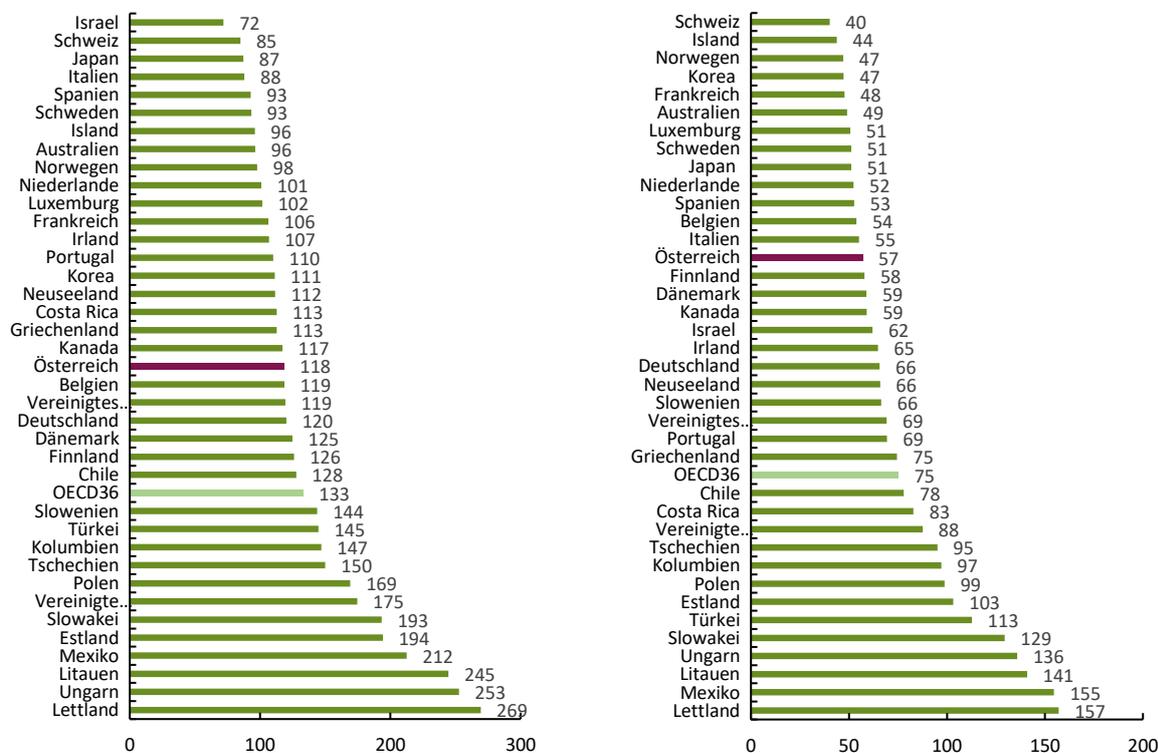
Tabelle 4: Vermeidbare Todesfälle je 100.000 Einwohner, altersstandardisiert (Zahl der Fälle in Klammern)

Krankheitsgruppe	Diagnose	Prävention/ Behandlung	MAHCS		
			Ö	BL-min	BL-max
Neubildungen	Lungenkrebs	Prävention	4,7 (412)	3,0 (W:52)	10,6 (B:35)
	Kolorektal	Behandlung	5,7 (503)	4,9 (S:27)	9,6 (V:36)
Endok., Ern.- u. Stoffwechsel	Diabetes	Beides	5,5 (485)	2,3 (V:9)	8,2 (B:27)
Kreislaufsystem	Ischämische Herzkrankheiten	Beides	12,0 (1.059)	9,4 (W:163)	22,8 (B:75)
	Zerebrovaskuläre Krankheiten	Beides	6,7 (596)	5,9 (V:91)	9,5 (K:59)
Atmungsorgane	COPD	Prävention	5,5 (489)	4,1 (OÖ:59)	10,7 (B:35)
Verletzungen	Unfälle (inkl. Verkehrstote)	Prävention	10,0 (885)	6,7 (W:122)	13,4 (K:78)
	Vorsätzliche Selbstschädigung	Prävention	9,2 (881)	6,9 (V:27)	13,0 (K:74)
Alkohol und Drogen	Störung/Vergiftung (Alkohol)	Prävention	7,8 (685)	6,9 (OÖ:101)	9,3 (V:42)

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

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

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)

Die MAHCS oder vermeidbare Sterblichkeit ist ein Indikator, der die Performance/Qualität von Gesundheitssystemen vergleichbar machen soll. Das Konzept beruht auf der Vorstellung, dass bestimmte Todesfälle von Menschen zwischen 0 und 74 Jahren beim aktuellen Stand des medizinischen Fortschritts vom Gesundheitssystem verhindert werden könnten. Das umfasst sowohl Krankheiten, die aufgrund guter Behandlungsmöglichkeiten nicht zum Tod führen müssten, als auch Todesursachen, die, wie bei Lungenkrebs oder Suiziden, durch Präventionsmaßnahmen verhindert werden könnten. Implizit wird dabei angenommen, dass der Tod von Menschen mit einem Alter über 74 Jahren nicht zwingend vom Gesundheitssystem vermeidbar ist. Gemäß einer Liste von ICD-10-Codes, werden registrierte Todesfälle aufsummiert und einer altersstandardisierten Bevölkerung (100.000 Einwohner) gegenübergestellt. Diese Liste wird auf Basis der Vorarbeiten von Nolte und McKee (2008) laufend überarbeitet und an medizinische Entwicklungen oder an jeweilige Erfordernisse der erhebenden Stellen angepasst. Selbstverständlich sind nicht alle gezählten Tode vollständig vom Gesundheitssystem vermeidbar. Die Krankheitsbilder beziehungsweise Todesursachen, die in diese Listen einfließen, sollen vielmehr eine Möglichkeit bieten, Unterschiede in Behandlungserfolgen zu zeigen, und Hinweise liefern, in welchen Ländern Prävention besser oder schlechter funktioniert.

Im Jahr 2018 sind 10.069, also 12 % aller österreichischen Todesfälle (83.975) als vermeidbar klassifiziert. Die von uns berechnete vermeidbare Sterblichkeit basiert auf einer aktuell überarbeiteten Version der MAHCS-Liste (OECD/EC 2019). Sie enthält viele Todesursachen, die in älteren Listen noch nicht aufscheinen, und erlaubt eine Unterscheidung der vermeidbaren Mortalität nach behandelbaren und durch Prävention vermeidbaren Todesursachen. Die Todesfälle wurden auf Basis der österreichischen Jahresdurchschnittsbevölkerung nach einjährigen Altersgruppen standardisiert. Ein direkter Vergleich mit MAHCS, die auf anderen Listen basieren oder eine andere Altersstandardisierung verwenden, ist nicht möglich. Da der Indikator nur für das Jahr 2018 berechnet wurde, ist damit auch kein Vergleich über die Zeit anzustellen. Das Ziel war vielmehr, Unterschiede in der Versorgungsqualität zwischen den Bundesländern zeigen zu können. Zudem ist es möglich, vermeidbare Mortalität in behandelbare und durch Prävention vermeidbare sowie einzelne Krankheitsgruppen und Todesursachen zu gliedern. Daraus ergibt sich ein detailreiches Bild der Versorgung und Morbidität in den jeweiligen Bundesländern, Tabellen 3 & 4. Bundesländerunterschiede der vermeidbaren Sterblichkeit können ihre Ursache in der Versorgungslage haben, aber auch kulturell bedingt sein oder durch jährliche regionale Schwankungen entstehen. Geringfügigen Abweichungen der Mortalität oder Werte, die auf einer sehr geringen Fallzahl basieren, sollte nicht allzu viel Aufmerksamkeit geschenkt werden.

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

Ein internationaler Vergleich der vermeidbaren Sterblichkeit wurde zuletzt für das Jahr 2017 angestellt, OECD 2019. Leider lassen abweichende Methode und Untersuchungsjahr keinen direkten Vergleich mit den neu berechneten, österreichischen Bundesländer-Zahlen zu.

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

Viele Krankenhausbehandlungen könnten bei niedrigeren Kosten und höherer Patientensicherheit tagesklinisch oder ambulant durchgeführt werden. Der Indikator „Ambulatory care sensitive conditions“ (ACSC) gibt Aufschluss darüber wie viele solcher Behandlungen dennoch mit einem stationären Aufenthalt verbunden waren (BMG-OM 2018). Die meisten ACSC gab es mit 23 Aufenthalten je 1.000 Einwohner in Oberösterreich, was auf die große Bedeutung des Spitalssektors zurückzuführen ist. Das hat aber nicht zu einem schlechteren Ergebnis beim Headline-Indikator MAHCS geführt, Tabelle 3. Die wenigsten vermeidbaren Aufenthalte gab es in Salzburg (17).

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.

Box 5 zeigt die Position Österreich im Vergleich zur Gruppe der Euroländer (19) in verschiedenen Dimensionen, die den Grad der Vorbereitung auf Gesundheitsgefahren erfasst. Dieser Index wurde 2019 erstellt, GHS 2019, und misst in 195 Ländern den Grad des Vorbereitet-Seins, um Gesundheitsgefahren abzuwenden. Dabei werden alle Verwaltungsebenen berücksichtigt. In Österreich sind das im Wesentlichen das BMSGPK und seine ausgelagerten Einheiten, z.B. die AGES und das Bundesministerium für Inneres. Österreich liegt mit einem Gesamtscore von 58.5 auf Rang 26, deutlich z.B. hinter der Schweiz (13) und nahe bei Ungarn (35).

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

Gleichzeitig hat die nahezu vollständige Sperrpolitik in Österreich die Ausbreitung der Epidemie wirksam eingedämmt (Gros et al 2020). Ebenso hat Österreich bislang pro Kopf einen Bruchteil der Todesfälle durch COVID-19 in anderen Ländern verzeichnet (Gibney 2020). Die Behörden haben seit Beginn der Epidemie in Österreich effektiv reagiert. In einem Vergleich ausgewählter OECD-Länder nimmt Österreich nach Neuseeland, gleichauf mit Deutschland, den zweiten Rang ein, EIU 2020. Der verwendete Index berücksichtigt die Qualität der Reaktion in Bezug auf Testkapazitäten, Todesraten und die Aufrechterhaltung der allgemeinen Versorgung. Zudem werden Risikofaktoren betrachtet, darunter die Adipositas-Prävalenz und der Anteil der Menschen über 65 Jahre.

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).

Für jedes Land werden sechs Bereiche definiert, denen eine Reihe von Indikatoren oder Fragen zugeordnet sind. Dabei geht es darum, Gesundheitsgefahren zu **vermeiden**, zu **erkennen** und rasch zu **reagieren**. Darüber hinaus werden Indikatoren für **Gesundheitssystembedingungen**, **Internationale Normen** und der **Risikoumgebung** erfasst.

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

Position Österreichs in Bezug auf den Grad der Vorbereitung zum Umgang mit Gesundheitsgefahren

	Ö	Euro-Zone
Vermeidung	57,4	54,0
Antimikrobielle Resistenz	75	71,4
Zoonose	62,5	44,1
Biosicherheit	44	42,4
Biologische Sicherheit	50	56
Dual-Use-Forschung und Kultur der verantwortungsvollen Wissenschaft	0	4
Immunisierung	97,4	93,3
Erkennung und Erfassung	73,3	66
Definierte Labors	66,7	81,7
Überwachung in Echtzeit	80	72,8
Beschäftigte in der Epidemiologie	50	50
Datenintegration Mensch/Tier / Umwelt	100	57,1
Schnelles Reagieren	42,3	47,4
Notfallvorsorge und Reaktionsplanung	37,5	25,6
Übung im Notfall	0	14,3
Notfallmaßnahmen	33,3	25,4
Verknüpfung der öffentlichen Gesundheit und Sicherheitsbehörden	0	47,6
Risikokommunikation	50,0	52,4
Zugang zur Kommunikationsinfrastruktur	88,1	89,2
Handels- und Reisebeschränkungen	100	97,6

	Ö	Euro-Zone
Gesundheitssystem	46,6	43,4
Kapazität in Krankenhäusern und Pflegeheimen	32,0	45,9
Medizinische Gegenmaßnahmen und Personaleinsatz	33,3	42,8
Zugang zur Gesundheitsversorgung	42,5	46,8
Kommunikation mit Mitarbeitern des Gesundheitswesens während eines Notfalls im Bereich der öffentlichen Gesundheit	0	26,2
Infektionskontrollpraktiken und Verfügbarkeit von Ausrüstung	100	40,5
Fähigkeit zum Testen und Genehmigen neuer medizinischer Gegenmaßnahmen	75,0	63,1
Einhaltung internationaler Normen	52,8	58,2
IHR-konforme Berichterstattung, Reduzierung des Katastrophen-Risikos	50,0	64,3
Grenzüberschreitende öffentliche Vereinbarungen und Tiergesundheit-Notfallreaktion	100	97,6
Internationale Verpflichtungen	100	98,4
JEE und PVS	0	7,1
Finanzierung	16,7	23
Verpflichtung zum Austausch von genetischen & biologischen Daten & Proben	66,7	73
Risikoumgebung	84,6	74,7
Politische und Sicherheitsrisiken	85,7	77,7
Sozioökonomische Resilienz	88,9	87,9
Angemessenheit der Infrastruktur	100	77
Umweltrisiken	68,7	57,8
Schwachstellen im Bereich der öffentlichen Gesundheit	78,0	71,5

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

Technische Effizienz bezieht sich auf die Beziehung zwischen Outputs, z.B. Zahl der behandelten Fälle beim niedergelassenen Arzt, und Inputs, z.B. Gesundheitspersonal und Kosten. *Allokationseffizienz* bezieht sich auf die Zuweisung von Mitteln zwischen Sektoren des Systems, z.B. Prävention, Grundversorgung, Langzeitpflege, um maximale Ergebnisse zu gewährleisten. Die *Kosteneffektivität* bezieht sich auf das Verhältnis von bewerteten Outputs zu Inputs.

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

Schlüsselindikatoren	Jahr	Ö	B	K	NÖ	OÖ	S	ST	T	V	W
Ausgaben pro Kopf gesamt¹	2018	4.421	4.340	4.182	4.570	4.135	4.369	4.307	4.266	4.661	4.733
Ausgaben pro Kopf ambulant ¹	2018	1.164	1.124	1.135	1.224	1.000	1.152	1.112	1.175	1.199	1.287
Kosten pro Fall (§2) ²	2018	63	60	60	68	62	61	58	63	76	64
Fälle pro Arzt (§2) ³	2018	5.382	4.735	4.816	4.859	5.544	5.338	5.140	5.093	3.909	6.624
Gesunde Lebensjahre/Ausgaben⁴	2014/18	15	15	16	14	16	16	15	17	15	14
Ausgaben pro Gepflegten ⁵	2018	14.529	10.454	11.171	10.706	13.872	11.116	13.846	12.673	13.171	22.616

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 Bruttoausgaben pro gepflegte Person in EUR

Quellen: HVS, 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

In Oberösterreich sind die Gesundheitsausgaben gesamt und im ambulanten Sektor am geringsten. Im Jahr 2018 wurden hier insgesamt 4.135 EUR pro Kopf ausgegeben, die niedrigen ambulanten Ausgaben sind eine Folge der starken Ausrichtung auf die stationäre Versorgung. Die Ausgaben wurden um Patientenmigration und Altersstruktur bereinigt. Relativ hoch sind die gesamten bereinigten Ausgaben in Wien (4.733 EUR), Vorarlberg (4.661 EUR) und Niederösterreich (4.577 EUR). Auch die ambulanten Ausgaben pro Kopf sind in diesen Bundesländern höher als im Österreich-Schnitt (1.164 EUR).

Die gesamten Gesundheitsausgaben unterteilen sich in öffentliche und private Ausgaben, Abbildung 15. Wie groß der Anteil der privaten Zahlungen ist, ist zwischen den Bundesländern unterschiedlich. In Tirol und Salzburg stammen 27 % der gesamten Ausgaben aus privaten Quellen wie Selbstbehalten oder Leistungen von privaten Zusatzversicherungen. Im Burgenland, Oberösterreich und Niederösterreich ist das Gesundheitssystem stärker öffentlich finanziert – nur 22 % der Ausgaben sind private Mittel. Ein gerechter Zugang zu Gesundheitsleistungen ist eher gegeben, wo der Anteil der privaten Ausgaben niedrig ist, Kapitel 5.

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



Quellen: HS&I-eigene Berechnungen und Darstellung

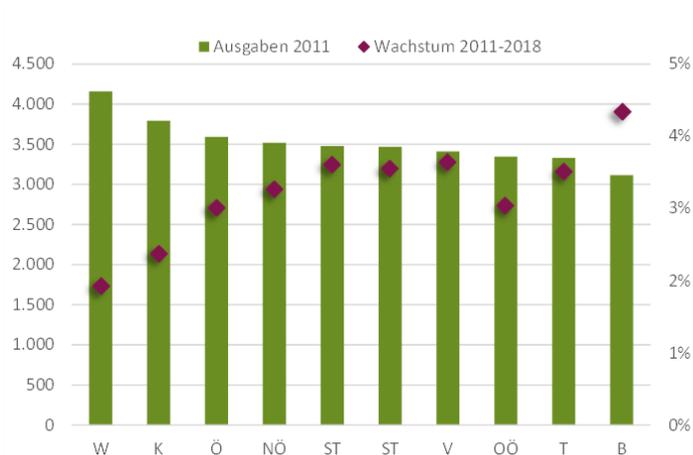
In Österreich wurden im Jahr 2018 absolut rund 39 Mrd. EUR für das Gesundheitssystem aufgewendet, SHA 2020. Die nominellen öffentlichen pro-Kopf-Ausgaben wuchsen zwischen 2011 und 2018 jährlich um 2,8 %. Am schwächsten war das Wachstum mit 2,4 % im verschuldeten Kärnten, gefolgt von Wien (2,6 %) – Kärnten hatte im Jahr 2011 die höchsten Ausgaben pro Kopf nach Wien. Das schwache Wachstum in Kärnten hat dazu geführt, dass die Ausgaben mittlerweile nur noch in Oberösterreich niedriger sind.

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-Ausgabenniveau 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

Die gesunde Lebenserwartung je Ausgaben pro Kopf ist ein Indikator, der die Kosten in Zusammenhang mit dem Gesundheitsstatus der Bevölkerung bringt, ein Proxy für einen Outcome-Indikator. Die meisten gesunden Lebensjahre je 1.000 EUR Gesundheitsausgaben pro Kopf erreicht Tirol, gefolgt von Salzburg, Oberösterreich und Kärnten. In Wien und Niederösterreich muss am meisten ausgegeben werden um den Gesundheitszustand der Bevölkerung zu verbessern. Die Aussagekraft des Indikators leidet jedoch, da die Lebenserwartung in guter Gesundheit nicht regelmäßig auf Bundesländer-Ebene berechnet wird, Kapitel 4.

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-Ärztinnen 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 betragen die Fallkosten in Österreich 63 EUR.

Ein beträchtlicher Teil dieser Unterschiede wird durch die Tarifgestaltung bestimmt. Wie großzügig ein Tarif für die Ärzteschaft eines Bundeslandes ausfällt hängt vor allem von den Machtverhältnissen zwischen Ärztekammer und Krankenkassen ab, Riedel 2018, Kapitel 5. Hohe Tarife in einem Bundesland senken die Kosteneffizienz.

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.

Die technische Effizienz von §2-Ärztinnen wird mit dem Indikator „Fälle pro Arzt“ gemessen. Mit jährlich durchschnittlich 6.624 Fällen behandeln Ärztinnen in Wien die meisten Patientinnen. Ärzte in Vorarlberg behandeln nur 3.909 Fälle im Jahr. Das ist zunächst verwunderlich, da Vorarlberg ein relativ schwaches kassenärztliches Angebot hat und es im Vergleich zu Wien auch schwieriger ist auf Wahlärzte auszuweichen. Gegeben, dass die Nachfrage in Wien und Vorarlberg gleich ist, müsste ein Arzt in Vorarlberg deutlich mehr Patienten betreuen als in Wien, aber das Gegenteil ist der Fall.

Eine mögliche Erklärung ist angebotsinduzierte Nachfrage: Kurze Wege und ein großes, vielfältiges Angebot lassen die Inanspruchnahme in Wien steigen – schließlich entstehen den Patienten darüber hinaus kaum Kosten. In Vorarlberg schrecken lange Anfahrtswege zu den wenigen Kassenärzten vielleicht eher ab – die Menschen gehen generell seltener zum Arzt.

Effizienz in der Pflege darf nicht Lohndumping bedeuten

Gerade im Bereich der Pflege ist der Begriff „Effizienz“ mit Vorsicht zu genießen. Wenn niedrige Ausgaben nur dann erreicht werden, wenn – größtenteils weibliche – Pflegepersonen ihre Leistungen zu äußerst niedrigen Löhnen erbringen müssen, ist das von einem gesamtgesellschaftlichen Standpunkt nicht wünschenswert. Die schlechten Arbeitsbedingungen in der Pflege machen den Beruf unattraktiv und stellen die zukünftige Versorgung mit professionellen Pflegekräften auf wackelige Beine. Statt für gerechte Entlohnung zu sorgen, wird in Österreich versucht (weibliche) Angehörige stark in die Pflege einzubinden, Singhuber et al. 2020. Das senkt die Kosten – zumindest für das Gesundheitswesen.

Alternativ könnten Kostensenkungen durch verbesserte Allokationseffizienz erreicht werden. Da mobile Pflege am günstigsten ist, sollte sie die Betreuungs- und Pflegeform der ersten Wahl sein. Zudem hat sie gegenüber der stationären Pflege keine Nachteile, solange der Gesundheitszustand der Betroffenen diese nicht notwendig macht. Gemäß Pflegedienstleistungsstatistik, STAT AT, betragen die Ausgaben je Leistungsstunde für mobile Pflege in Österreich im Jahr 2018 durchschnittlich 39 EUR. Für einen stationären

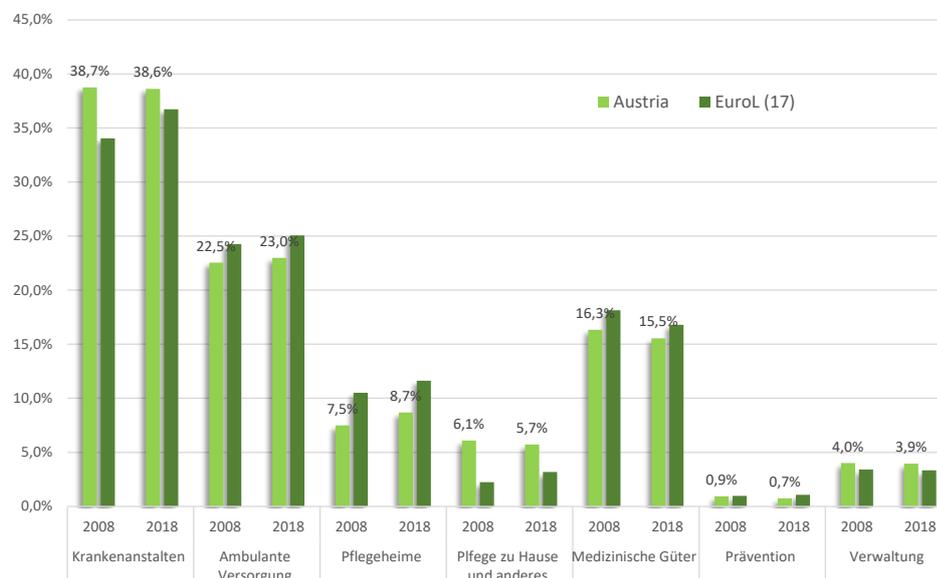
Pflegetag wurden im Schnitt 126 EUR ausgegeben. Solange am Tag nicht länger als 3 Stunden gepflegt werden muss, ist die mobile Pflege also günstiger. Tatsächlich liegt der durchschnittliche verrechnete Aufwand in Österreich lediglich bei 25 Minuten, wenn angenommen wird, dass nur an 5 Wochentagen gepflegt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

Die Kosten je stationärem Pflegetag schwanken erheblich. Die Bundesländer mit den höchsten Kosten sind Vorarlberg mit 167 EUR, Wien mit 164 EUR und Niederösterreich mit 126 EUR pro Pflegetag. Vorarlberg und Niederösterreich setzen daher verstärkt auf die mobile Pflege, was die Gesamtkosten senkt. Anders in Wien: Nur 55 % der betreuten Personen werden mobil gepflegt. 39 % sind in den Pflegeheimen untergebracht; deshalb gibt Wien jährlich mit 22.616 EUR mit Abstand am meisten pro gepflegte Person aus. Am niedrigsten sind die jährlichen Ausgaben im Burgenland mit 10.454 EUR, gefolgt von Niederösterreich mit 10.706 EUR.

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



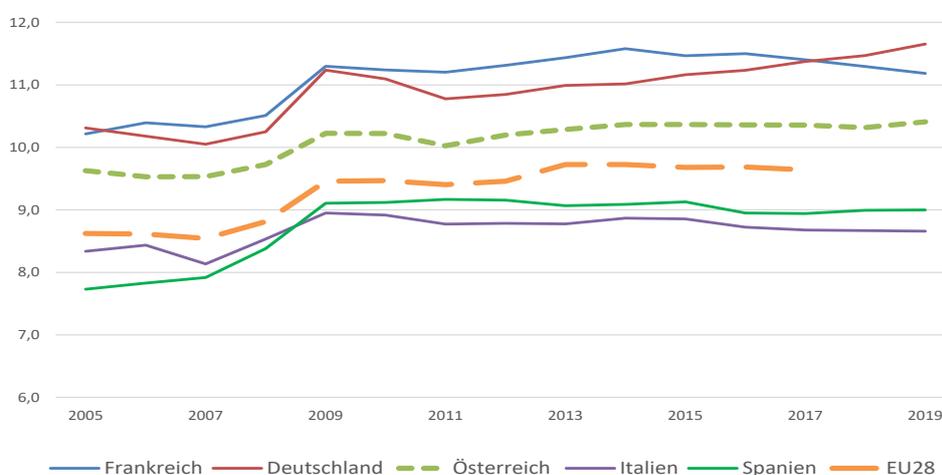
Quellen: OECD, HS&I-eigene Berechnung und Darstellung

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 Wachstumsdynamik 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 %).

Die seit Ende der Finanzkrise 2009 durch die Haushaltsrechtsreform eingeleitete Ausgabendisziplin hat im Gesundheitsbereich zu moderaten Wachstumsraten geführt. Erstens kam es bereits mit der Verabschiedung des ersten österreichischen Stabilitätspaktes zu einer Beruhigung der Wachstumsdynamik; 2017 betrug der Abstand zwischen dem Wachstum der Gesundheitsausgaben und dem Wachstum des (potentiellen) Bruttoinlandsprodukt nur mehr zwei Prozentpunkte. Die BIP-Quote der Ausgaben ist im EU-Vergleich auf hohem Niveau seit 2014 praktisch konstant, Abbildung 18. Zweitens gab es bis vor kurzem eine laufende Übererfüllung des Ausgabenpfades, GÖG 2019, ohne dass geklärt ist, was dazu geführt hat. Drittens, die technische Effizienz im Krankenanstaltenbereich ist in den letzten Jahren deutlich gestiegen, Hofmarcher, Singhuber 2019. Letztlich ist davon auszugehen, dass eine Reihe von Reformen in den letzten 20 Jahren erst kürzlich ihre volle Wirkung entfaltet haben, z.B. der Ausbau der tagesklinischen Versorgung.

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



* EU28-Durchschnitt nur bis 2017 verfügbar

Quellen: OECD, HS&I-eigene Darstellung

Eine stabile Gesundheitsausgabenquote gibt keine Auskunft darüber, wie nachhaltig die Finanzierung des Gesundheitswesens ist. Regierungen setzen Schwerpunkte, wie sie ihre gesteckten Ziele erreichen wollen. So endete beispielsweise das Eigenleben des Gesundheitswesens im Jahr 2013 unter Schwarz-Roter Koalition. Die Auswirkungen der Wirtschafts- und Finanzkrise Ende der 2010er-Jahre holten das Gesundheitswesen mit seinen Finanzierungskulturen und seinen Regeln vor den Vorhang und stellten es in das Licht des 2012 erneuerten Stabilitätspaktes. Bereits davor arbeitete das Gesundheitswesen immer wieder Stabilitätszielen zu. Dies insbesondere im Zuge von

Rezessionen, z.B. durch Kosteneindämmung für pharmazeutische Erzeugnisse oder präventiv im Pflichtprogramm zum EU-Beitritt, während die „Einnahmenorientierte Ausgabenpolitik“ auf Ebene der sozialen Krankenversicherung seit 1978 implementiert ist. 1997 wurde die Teilbudgetierung der Krankenanstalten eingeführt. Diese Maßnahme hat mitgeholfen, die Produktivität in diesem Bereich weiter zu steigern. Gleichzeitig erlitt das Gesundheitswesen einen Strukturschock, da von nun an der Nachfragedruck auf Krankenanstalten deutlich stieg und das Versorgungsangebot im ambulanten Sektor bis heute nur schleppend vorankommt, Abbildung 17.

Corona wird kurzfristig den stabilen Ausgabentrend nicht unterbrechen

Österreichs Allokationsproblem im Gesundheitswesen mit seiner großzügigen Ausstattung in der stationären Versorgung hat in Zeiten von Corona zur allgemeinen Beruhigung beigetragen, Box 3. Eine Quantifizierung der mit Corona in Zusammenhang stehenden Kosten ist zum jetzigen Zeitpunkt nicht möglich. Tabelle 5 gibt einen Überblick über mögliche Richtungen von Kostenveränderungen und stellt diesen geschätzte Einnahmehausfälle gegenüber. Dabei wird unterschieden zwischen Kosten, die in Zusammenhang mit persönlichen Gesundheitsleistungen anfallen und anderen Kosten. Diese anderen Kosten umfassen Ausgaben für Tests, Schutzkleidung und Masken, Beatmungsgeräte und digitale Gerätschaften, die im Zuge der Kontaktbeschränkungen vermehrt genutzt bzw. angeschafft wurden.

Dementsprechend wird die geschätzte Ausgabenveränderung gegenübergestellt, die entweder durch die COVID-19-Erkrankten entstand oder durch andere Erkrankungen (Non COVID-19). Außerdem werden „Richtungspfeile“ zu Veränderungen von anderen bzw. indirekten Kosten mit den funktionellen Kategorien der Ausgaben in Beziehung gesetzt. Innerhalb dieser Komponenten wird noch unterschieden zwischen möglichen Veränderungen zwischen März und Mai 2020 und Ende 2020 in Prozent des Ausgangswertes 2019.

Aktuelle Untersuchungen aus den USA zeigen, dass etwa 85 Prozent der Kosten für COVID-19-bezogene Behandlungen auf die stationäre Versorgung entfallen (Kronick 2020). Gleichzeitig werden erhebliche Einnahmehausfälle in der Primärversorgung erwartet (Basu et al 2020). So eine Dynamik könnte sich auch für Österreich abzeichnen. Die COVID-19-bezogenen Ausgaben stiegen wahrscheinlich zwischen März 2020 und Mai 2020 deutlich. Am Beginn der Erkrankungswelle war die Sorge sehr groß, dass nicht ausreichend Kapazitäten vorhanden sind. Daher wurden viele Kapazitäten und Personal gebunden, die gleichzeitig im Routinealltag nicht eingesetzt werden konnten. Das führte voraussichtlich zu einer erheblichen Reduktion der Aktivität. Für einige Wochen wurden nur sehr akute Fälle behandelt. Demnach wurde die Versorgung von Patientinnen, die nicht an COVID-19 erkrankt sind, stark reduziert. Bis Jahresende 2020 wird erwartet, dass die Krankenanstalten ihre Auslastungen im Vergleich zum Ausgangswert 2019 erreichen, Tabelle 5. .

Tabelle 5: Stilisierte Darstellung des Einflusses der Corona-Epidemie auf Kosten des Gesundheitswesens unter Berücksichtigung gesamtwirtschaftlicher Ansätze

	Komponenten	COVID-19		Non COVID-19		Andere Kosten / Indirekte Kosten		Anmerkungen	
		03-05 2020	Ende 2020, x % von Ausgangswert	03-05 2020	Ende 2020, x % von Ausgangswert	03-05 2020	Ende 2020, x % von Ausgangswert		
Ausgaben/Kosten	Persönliche Gesundheitsausgaben	Stationär		60-100 %		60-100 %		Dotierung Pflegefonds + 100 Mio. EUR. Geschätzt 85 % der Kosten für COVID-19-bezogene Behandlungen in den USA entfallen auf stationär (Kronick 2020)	
		Ambulant + Medikamente		70-80 %		70-80 %			Literatur erwartet erhebliche Einnahmefälle in der Primärversorgung in den USA (Basu et al 2020).
	Andere	Testen							COVID19-Gesetz – Erstattung an Länder; bisher EUR 200.000 COVID19-Zweckzuschussgesetz ermöglicht Kostenerstattung für Ausgaben der Länder, Richtlinien fehlen noch.
		Schutzkleidung / Sicherheitsvorkehrungen							
ICU / Kapital / Beatmungsgeräte									
	Digitales, CoronaApp, Telehealth, e-Rezept								
Einnahmen	Beiträge							<ul style="list-style-type: none"> • Geschätzte -600 Mio. EUR bis 12/2020, • +60 Mio. EUR ad SV, Tabelle 1 	
	Steuern								
	Privat					?	?	E.g. Spenden	
	Andere					?	?		

Quelle: HS&I-eigene Zusammenstellung

Zu Beginn der verhängten Maßnahmen bestanden im extramuralen Bereich Empfehlungen der Ärztekammern, Ordinationen nur in dringenden Fällen aufzusuchen. Expertinnen bestätigten, dass Kassenordinationen einen deutlichen Rückgang der Patientenzahlen hatten, viele Wahlarztordinationen verzeichneten ebenfalls einen Rückgang der Frequenz, manche Ordinationen waren wegen Erkrankung geschlossen. Demzufolge gehen nicht-repräsentative Schätzungen von einer Reduktion der Einnahmen im extramuralen Bereich aus. Eine vollständige Erholung ist bis Jahresende nicht in Sicht; optimistisch geschätzt werden 80 Prozent Einnahmen auf Basis des Ausgangswertes 2019 erwartet.

Während im Bereich der persönlichen Dienstleistungen keine COVID-19-bedingten Kostenanstiege zu erwarten sind, gehen wir davon aus, dass für wesentliche Bereiche der Vorkehrungen und dem Infektionsschutz erhebliche Kosten entstanden sind und voraussichtlich weiter entstehen. Verschiedene Auszahlungen aus dem bislang unterausgeschöpften COVID-19-Krisenbewältigungsfonds bzw. aus dem COVID-19-Zuschussgesetz werden diese Ausgaben voraussichtlich decken, Kapitel 3, Tabelle 1.

Guter Zeitpunkt für mehr Wissenschaft zu Unter- oder Fehlversorgung

Die COVID-19-Pandemie und die Maßnahmen zur Eindämmung der Ausbreitung des Virus haben den Alltag verändert. Während es wenig Hinweise auf Übersterblichkeit infolge von COVID-19-Erkrankungen in Österreich gibt, Euromomo 2020, bleibt der breitere Einfluss auf den Gesundheitszustand und die Morbidität auf Menschen, die nicht an Corona erkrankt sind, offen. Es ist wichtig, die Anzahl der Todesfälle, die direkt oder indirekt durch diese Pandemie verursacht wurden, genau zu zählen. Woolf et al. 2020 schätzten die Zahl der Todesfälle aufgrund von COVID-19 und anderen Ursachen in den USA zwischen dem 1. März 2020 und dem 25. April 2020 mit den vorangegangenen 6 Jahren. Basierend auf Daten von 2014 bis 2019 erwarteten die Autoren 419.058 Todesfälle, beobachteten jedoch 505.059, eine Übersterblichkeit von 87.001 Todesfällen. Sie schätzten, dass 65 % auf COVID-19 zurückzuführen waren, so dass 35 % der zusätzlichen Todesfälle ungeklärt blieben. Es wird angenommen, dass einige dieser Todesfälle auf entgangene Versorgung zurückzuführen sind, während ebenso falsch klassifizierte Todesfälle oder unvollständige Berichte eine Rolle spielen dürften.

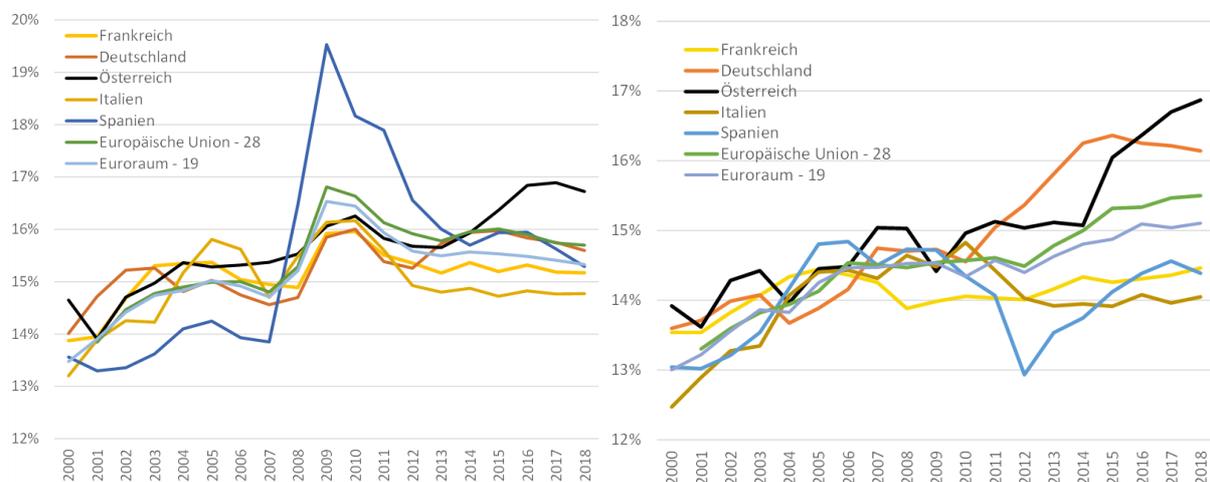
Während Österreich eine im Vergleich zu den USA leicht zugängliche Versorgung hat, gibt es auch unter Expertinnen in Österreich Befürchtungen, dass die Mortalität von Nicht-COVID-19-Erkrankten gestiegen ist bzw. dass sich deren Gesundheitszustand verschlechtert hat. Gleichzeitig könnte die durch Krankenhauskeime induzierte oder durch iatrogene Schäden verursachte Mortalität zurückgegangen sein. Letztlich ist zu analysieren, in welchem Umfang vermiedene Krankenhaus-/Arztkontakte nicht mehr Nutzen als Schaden brachten. Es gibt anekdotische Hinweise, dass während der Corona-Sperrzeiten die Rate an Herzinfarkten zurückgegangen ist. Außerdem waren in allen Krankenhäusern elektive Untersuchungen/Operationen ausgesetzt, um Kapazität für

COVID-19-Patientinnen freizuhalten. Darüber hinaus ist zu untersuchen, ob die Ausnahmesituation dazu geführt hat, dass Menschen vermehrt psychische Leiden entwickelt bzw. ob sich bestehende Krankheitsbilder verschlimmert haben. So wird beispielsweise befürchtet, dass wirtschaftliche, soziale und psychologische Folgen von COVID-19-bezogenen politischen Maßnahmen in Zukunft zu mehr verlorenen Lebensjahren führen, als es Menschen erleiden, die Lebensjahre durch COVID-19 verloren haben, VanderWeele 2020, Lesch 2020.

Die Nachhaltigkeit der Finanzierung mit Corona braucht Einnahmen und Effizienz

Erste Schätzungen in Zusammenhang mit der aktuellen Rezession weisen auf Einnahmehausfälle 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 Staatseinnahmen Schwankungen unterliegen, sollte die Finanzierungsbasis für das Gesundheitswesen verbreitert werden. Dies könnte durch die Beimengung von vermögensbezogenen Steuern in das Portfolio der Finanzierungsquellen 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 2008/2009⁵. 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 öffentlichen Ausgaben für Gesundheitsversorgung beitrug, Prante et al 2020.

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 „Wirtschaftliche Angelegenheiten“ sanken anteilig von 6,5 % (2010) auf 5,9 % 2018.

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 Österreicherinnen 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.

Das Fact Book 2019 beispielsweise ermittelte den Finanzbedarf der Krankenanstalten bis 2030. Dies auf Grundlage einer sorgfältigen Berücksichtigung wesentlicher Determinanten des zukünftigen Wachstums wie Altersstruktur, technologischer Fortschritt und Annahmen über das gesamtwirtschaftliche Einkommen. Die Prognose 2019 wies darauf hin, dass die Pro-Kopf-Ausgaben für stationäre Versorgung in Österreich bis 2030 real etwa 2,2 % pro Jahr steigen und damit erkennbar stärker als das erwartete Pro-Kopf-Wachstum der Wirtschaftsleistung im selben Zeitraum (+1,2 %). Bei gegebener Struktur des Systems ging die Prognose davon aus, dass sich bis 2030 österreichweit die stationären Ausgaben verdoppeln.

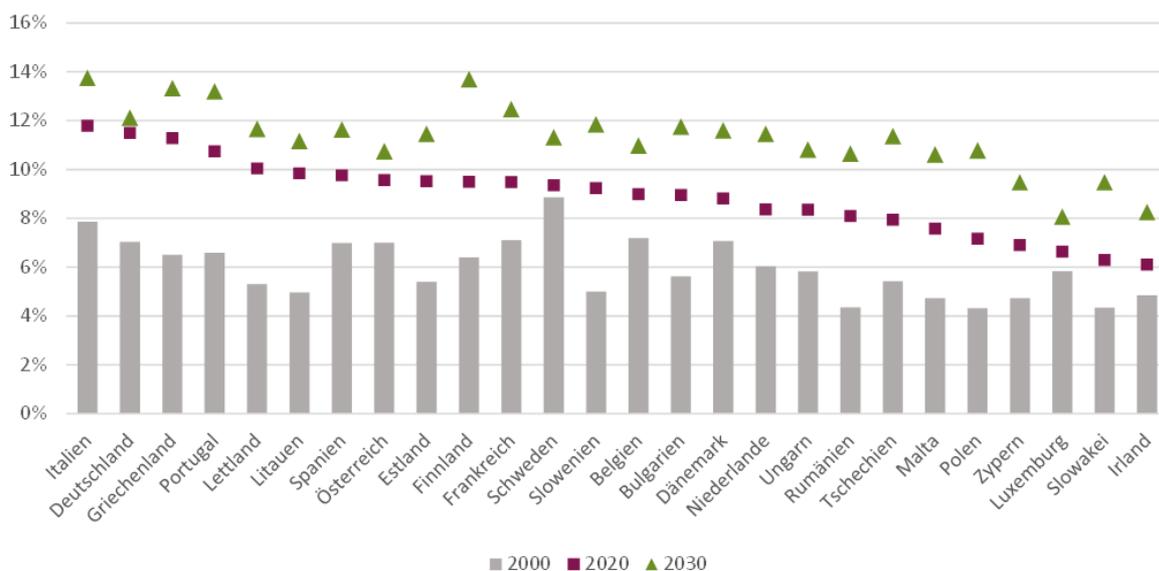
Solche Prognosen müssen unter Corona-Rahmenbedingungen erneuert werden. Krankenanstalten werden auch in Zukunft bestimmend für die Wachstumsdynamik des Gesundheitssystems sein. Schätzungen weisen darauf hin, dass die stationäre Versorgung 85 % der Kosten für COVID-19-bezogene Behandlungen ausmachen (Kronick 2020). Gleichzeitig ist darauf zu achten, dass die Ressourcenausstattung für das Gesamtsystem sichergestellt wird, mit Fokus auf Allokationseffizienz, also bessere Ausgewogenheit in der Versorgungskette, Abbildung 17.

Im Großen und Ganzen erwarten Kommentatoren in den nächsten 10 Jahren ein schwaches Wirtschaftswachstum, weisen jedoch auch auf die zunehmende Bedeutung von öffentlichen Ausgaben für die Gesundheitssysteme in den kommenden Jahren hin (Roubini 2020). Während es auf Beamtenebene breite Zusammenarbeit mit internationalen Expertinnen gibt, hat sich die Politik in Österreich sehr defensiv in Bezug auf mehr EU-Mittel für die Gesundheitssysteme zur Bekämpfung der Folgen von Covid-19 verhalten.

8 Herausforderungen vor und mit Corona

Vor allem die steigende altersbedingte Inanspruchnahme von Leistungen beginnt häufig mit akut-medizinischer Versorgung, die immer öfter überlebt wird. So hat sich die Sterblichkeit durch Herz-Kreislauf-Erkrankungen seit 1997 halbiert. Über die Zeit einer Krankheitsepisode wird die Medizin häufig ein Kuppelprodukt mit der Pflege. In diesem Zusammenhang ist eine der wichtigsten Herausforderungen die bessere administrative und finanzielle Abstimmung innerhalb der ambulanten Versorgung und zwischen Gesundheit und Pflege. Abbildung 20 zeigt die prognostizierte Dynamik der Entwicklung der Altersgruppe 75 Jahre und älter.

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



*ohne Kroatien

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

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

Seit dem Beginn der Epidemie in Österreich, aber auch in allen anderen untersuchten Ländern zeigt sich, dass die Mortalität von Menschen über 65, insbesondere von solchen mit chronischen Vorerkrankungen, besonders hoch ist (Euromomo 2020, Statistik Austria 2020). Die Versorgung dieser Gruppe ist bereits seit Jahren unter konstanten Bedingungen schwierig und in Österreich suboptimal, Likar et al. 2020. So sind nicht-medizinische Gesundheitsberufe in wichtigen Bereichen der Chroniker-Versorgung in Österreich stark unterrepräsentiert, siehe Abbildung 9 und Abbildung 20. Gleichzeitig

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.

Erstens zeigt die Bevölkerungsprognose in Abbildung 20, dass 2030 etwa 11 Prozent der Menschen in Österreich 75 Jahre und älter sein werden. Gegenüber dem Jahr 2000 ist dies ein Anstieg um 4 Prozentpunkte. Es ist anzunehmen, dass damit auch die Zahl chronisch kranker Menschen zunimmt.

Zweitens wird die Wahrscheinlichkeit weiter steigen, dass Menschen akute Krankheitsepisoden lange überleben. So hat sich beispielsweise die Mortalität infolge von Schlaganfällen oder akuten Herzinfarkten durch Behandlungsfortschritte in den Spitälern in den letzten 20 Jahren deutlich verringert, Hofmarcher, Singhuber 2019. Diese beiden akuten Erkrankungen sind die häufigsten Todesursachen in Österreich.

Drittens wird die Entstehung von chronischen Krankheiten in Österreich durch mangelhafte Prävention begünstigt. Der internationale Vergleich zeigt, dass viele vermeidbare Todesfälle auf Krankheiten zurückgehen, deren Auftreten durch Prävention vermeidbar wäre, Kapitel 6. In Österreich kommen diesbezüglich große regionale Unterschiede hinzu, Tabelle 3. Erkrankungen der Atmungsorgane, Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Diabetes bergen im Zusammenhang mit Corona ein besonders großes Gesundheitsrisiko.

Letztlich dürfte es einen Zusammenhang zwischen COVID-19 Sterblichkeit und der Lebenssituation geben. So zeigen Daten aus dem Vereinigten Königreich, dass die altersstandardisierte COVID-19-Sterblichkeitsrate in den am stärksten benachteiligten Gebieten fast doppelt so hoch war, wie in den am wenigsten benachteiligten Gebieten (ONS 2020). Ein Gesundheitssystem, das allen Menschen einen breiten Zugang zur Versorgung gewährt, kann solche sozialen Unterschiede ausgleichen.

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.

Eine aktuelle Untersuchung bestätigt, dass neue politische Instrumente mit dem Ziel eingeführt werden sollten, das Angebot an Gesundheitsberufen zu erweitern und die Mobilität von Angehörigen der Gesundheitsberufe in den europäischen Ländern zu fördern. Damit könnte vermieden werden, dass einige Länder auf Kosten anderer Gewinne machen. Daher ist die Koordinierung auf EU-Ebene in diese Richtung unerlässlich. Mobilität von Angehörigen der Gesundheitsberufe muss sowohl für Empfangs- als auch für Entsendeländer von Vorteil sein (Mara 2020).

Verschiedene Studien zeigen (Or et al 2018, Hofmarcher & Molnárová 2018a, Hofmarcher et al 2007), dass eine gute Abstimmung zwischen Langzeitpflege und Gesundheitsversorgung einen geeigneten institutionellen Rahmen erfordert. Dies ist nicht nur notwendig, um die Lebensqualität junger und älterer Menschen weiterhin zu fördern, sondern auch um die Nachhaltigkeit der Finanzierung sicherzustellen. Während in den letzten Jahren eine Reihe von Maßnahmen gesetzt wurden, die Übergänge und die Versorgung zwischen den Sektoren besser abzustimmen, z.B. Aufbau des Entlassungsmanagements oder das in den Plänen eingebaute „Nahtstellenmanagement“, bleiben die Effekte spärlich, weil der zugrunde liegende Finanzierungsmodus unangetastet blieb.

Innovative Kooperationen zwischen den Akteuren sind gefordert, um die Lebensqualität der Menschen zu fördern und Versorgungsziele zu erreichen – bei gleichzeitiger Sicherstellung der Effizienz. Angebotsstrukturen sind unter gegebenen verfassungs- und sozialrechtlichen Rahmenbedingungen besser aufeinander abzustimmen und weiterzuentwickeln. Box 7 gibt einen Überblick über wesentliche Maßnahmen zur besseren Versorgung. Sie umfassen Aspekte des Angebotes und der Nachfrage, begleitet von Maßnahmen zur Sicherstellung der finanziellen Nachhaltigkeit der Versorgung.

„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 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 Personalschlüsseln in Pflegeheimen
- Multiprofessionelle Versorgungsformen etablieren

NACHHALTIGKEIT UND DIGITALISIERUNG SICHERSTELLEN

- Einnahmehausfälle 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

"Ambulanztopf"	Gesamt	Ambulant*	Spitals-ambulant**	Pflege zu Hause***
Ö	8 151 100%	5 159 63%	2 559 31%	433 5%
B	230 100%	171 74%	47 21%	12 5%
K	530 100%	319 60%	178 34%	32 6%
NÖ	1 475 100%	1 032 70%	367 25%	76 5%
OÖ	1 208 100%	796 66%	371 31%	40 3%
S	521 100%	318 61%	179 34%	23 4%
ST	1 121 100%	711 63%	360 32%	51 5%
T	673 100%	437 65%	201 30%	35 5%
V	318 100%	231 73%	72 23%	15 5%
W	2 076 100%	1 145 55%	783 38%	149 7%

* 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-Aufteilungsschlüssel 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.

Ein weiterer Titel für so einen „Ambulanztopf“ wären Finanzmittel, die durch vermeidbare Aufenthalte in den Krankenanstalten eingebracht werden könnten. Konservativ geschätzt ermittelten wir bundesweit etwa 111 Mio. EUR, die erforderlich wären, um vermeidbare Aufenthalte außerhalb von Krankenanstalten zu versorgen. Basis dafür sind durchschnittliche Kosten pro Aufenthalt 2015, Hofmarcher, Singhuber 2019.

Die Zeitenwende muss das Beste aus dem Gesundheitssystem herausholen

Multidisziplinäre Versorgungsmodelle sind ein Muss für das Gelingen von gesundem und aktivem Altern. Solche Versorgungsmodelle sind sowohl für Kinder und Jugendliche zu schaffen, als auch für Menschen mit Pflegebedarf.

Gleichzeitig sind die Sektorgrenzen des Systems wie ein Eiserner Vorhang, der es sehr schwierig macht, Patientinnen über diese administrativen Grenzen hinweg flexibel zu versorgen. Ähnliche Problemstellungen gibt es im Bereich der Versorgung von Kindern. Neben der medizinischen Betreuung wird zunehmend wichtig die psycho-soziale, ergo- und logotherapeutische Versorgung besser abzustimmen, Grois et al 2019. Während beispielsweise das Programm Frühe Hilfen eine wertvolle Initiative ist, ist multidisziplinäre Versorgung nicht durch entsprechende Programme und Finanzierungen abgesichert.

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 2020 gibt eine umfassende Übersicht in die Versorgungsstruktur des ambulanten Sektors in den Bundesländern. Zudem gewährt es Einblick in verschiedene Aspekte der Corona-Pandemie und liefert neue Grundlagen für ein verbessertes Krisenmanagement.

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 führt fiskalische Informationen, Leistungsindikatoren und institutionelle Kennzahlen zusammen und empfiehlt das regelmäßige Erheben, Berechnen und Bereitstellen eines validierten Indikatorensets pro Bundesland. 14 Indikatoren geben direkt Auskunft über die Leistungskraft des ambulanten Sektors. Diese werden um 11 weitere Indikatoren ergänzt, die das Geschehen auf Systemebene erfassen, davon 6 Headline-Indikatoren. Die Beschreibungen und Analysen der Indikatoren werden durch zahlreiche Daten auf internationaler Ebene und auf Ebene der Bundesländer bereichert.

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 besteht aus zwei Teilen. Der erste Teil diskutiert gesundheitliche, gesellschaftliche, finanzielle und wirtschaftliche Folgen der Corona-Pandemie und analysiert Rahmenbedingungen und Versorgungssituation im ambulanten Sektor in Österreich. Das ambulante Leistungsbild fokussiert Zugang, Qualität und Effizienz und webt das Thema Corona in diese Kategorien ein. Der zweite Teil enthält Bundesländer-Fact-Sheets. Fact Sheets sind eigenständige Analysen, die ein kompaktes Leistungsbild und viele Detailinformationen je Bundesland zeigen.

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,
 - 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,
 - 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,
 - 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,
 - 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 Einnahmefälle als auch Investitionen bereitgestellt werden, damit das Vertrauen in die Gesundheitssysteme gestärkt wird und über das Gesundheitswesen wesentliche Impulse zur wirtschaftlichen Erholung ausgehen.

10 Anhänge

Anhang 1: BRIDGE Health organisierte Indikatoren zu Gesundheit und Gesundheitssystem

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.

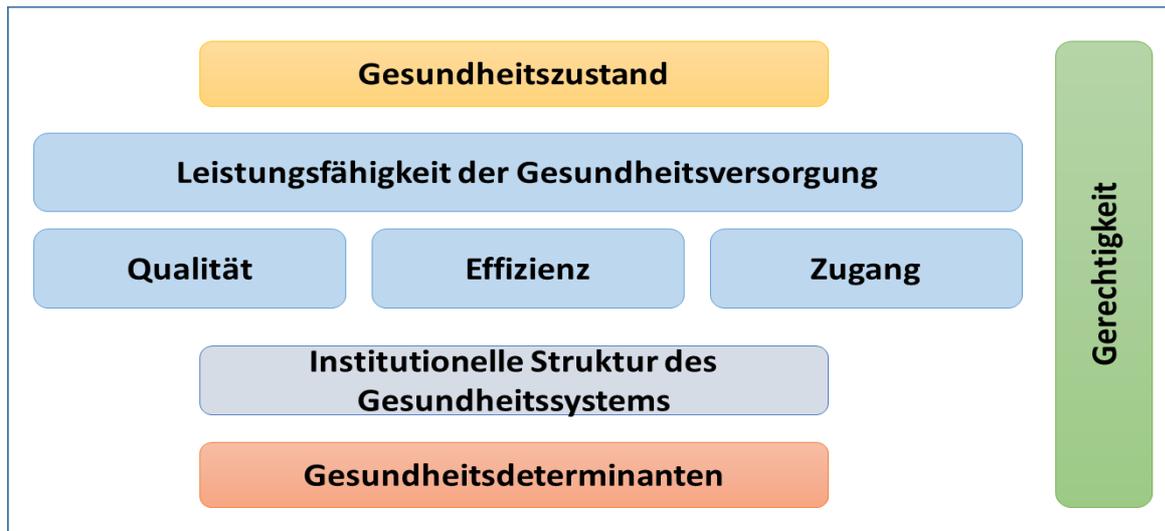
BRIDGE Health hat bestehende Indikatoren zu Gesundheit und zum Gesundheitswesen in Europa in einem mehrstufigen Ansatz umfassend und systematisch überprüft, bewertet und organisiert. Diese Zusammenschau ergab eine Liste von 2.168 Indikatoren. Nach Bereinigungen der Mehrfachnennungen reduzierte sich die Liste auf 361 Indikatoren, die in 43 relevanten Initiativen zu Gesundheitsinformation auf EU-, OECD-, WHO- und Mitgliedstaatenebene identifiziert wurden. Mit Hilfe einer elektronischen Befragung wurden Expertinnen in ganz Europa eingeladen, ihre Meinung über i) die Relevanz ausgewählter Indikatoren für die Messung der Leistungskraft des Gesundheitssystems zu geben, ii) diese Indikatoren auf definierte Themenbereiche der Leistungskraft (Domains) abzubilden, siehe Anhang 1, und iii) eine Hierarchisierung dieser Indikatoren innerhalb der Themenbereiche vorzunehmen, Anhang 3.

Im Rahmen der Hierarchisierung lag ein Schwerpunkt auf der Identifikation von Headline-Indikatoren. Headline-Indikatoren eignen sich, die Gesamtleistung eines Gesundheitssystems im Rahmen erklärter Zielsetzungen zu erfassen. Diese Indikatoren haben einen hohen Informationsgehalt und sind leicht zu kommunizieren. Sie sind robust und im Idealfall für die meisten EU-Mitgliedstaaten in der Regel für einen Zeitraum von mindestens fünf Jahren verfügbar.

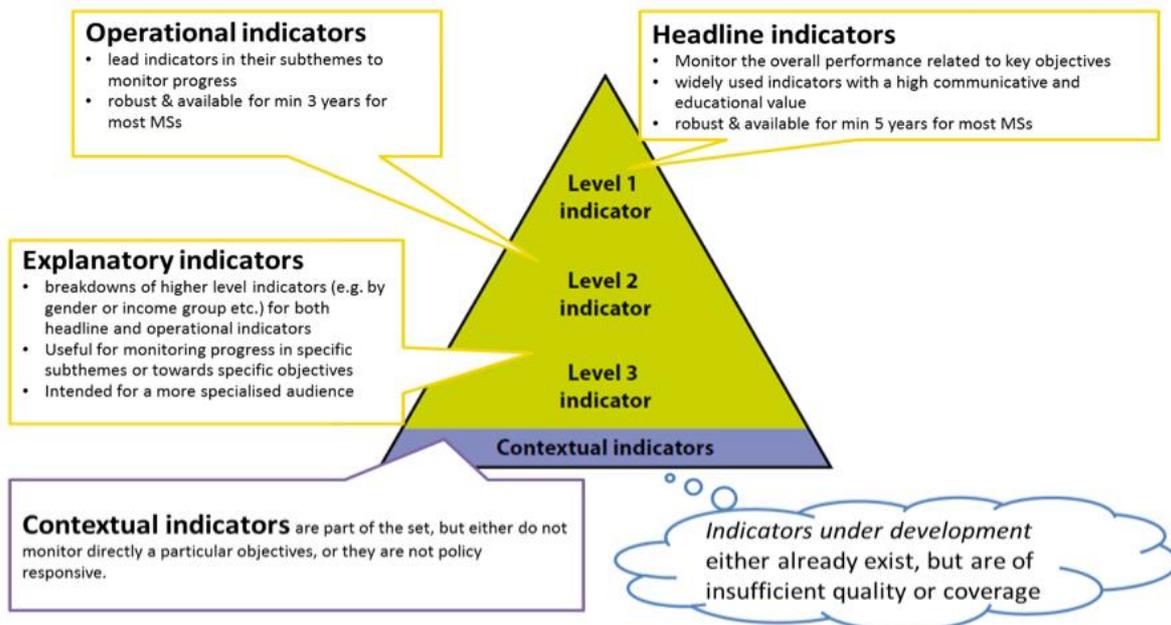
In der nächsten Ebene (operationelle Indikatoren) sind *Schlüsselindikatoren (KPIs)*, die sich auf operative Ziele und ihre Unterthemen beziehen, z.B. Krankenanstalten, ambulante Versorgung usw. Letztlich wurden *erklärende Indikatoren* ermittelt, die unter anderem auch zur Aufschlüsselung von Indikatoren 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
Quelle: eigene Zusammenstellung auf Basis von Perić et al (2018, 2017).

Anhang 2: Modell zur Messung der Leistungsfähigkeit⁶


Quelle: www.healthdatanavigator.eu

Anhang 3: Wichtigkeit der Indikatoren


Quelle: Eurostat-SDI 2015

⁶ Definitionen Domains: <http://www.healthdatanavigator.eu/performance>

Anhang 4: Alle Schlüsselindikatoren auf einen Blick, Headline-Indikator fett

Bereich	Indikator	Kurzdefinition	Ergebnisse		
			Min	Ö	Max
Gesundheitszustand	Lebenserwartung in Gesundheit	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.	63,2	66,3	70,5
	Lebenserwartung	Erwartete Lebensjahre bei der Geburt.	80,5	81,6	82,7
	Inzidenz bösartiger Neubildungen, Lunge	Anzahl der Neuerkrankungsfälle in einem Kalenderjahr, altersstandardisierte Raten je 100.000 Einwohner, 3-Jahres-Durchschnitt Lokalisation: C33-C34: Lung. Quelle: Krebsregister, Statistik Austria.	45	57	74
Determinanten der Gesundheit	Übergewicht und Adipositas	Zeigt den Anteil der Bevölkerung in Prozent, der – laut Grenzwerten der WHO – als adipös (BMI $\geq 30,00$) oder als übergewichtig (BMI $\geq 25,00$) gilt, nach ATHIS.	39	47	54
	Täglicher Tabakkonsum	Anteil täglicher Raucher/-innen in Prozent der Befragten, nach ATHIS, altersstandardisiert.	21	24	32
	Arbeitslosenquote	Die Arbeitslosenquote umfasst Personen, die derzeit keinen Arbeitsplatz haben und aktiv nach einem Arbeitsplatz suchen, Statistik Austria	2,4	4,9	10,0
	Armutgefährdete Personen	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	13	18	27

Bereich	Indikator	Kurzdefinition	Ergebnisse		
			Min	Ö	Max
Zugang zur Versorgung/Fairness im Zugang	Intramurale Wartezeiten	Gibt die durchschnittliche Wartezeit in Tagen bei gesundheitlichen Problemen bis zur geplanten Aufnahme in ein Krankenhaus an. Nach Sektoren-übergreifende Patientenbefragung 2015 (BMG/GÖG 2015).	18	23	27
	Wartezeiten MRT extramural	Geben die durchschnittlichen Wartezeiten zwischen 2017 und 2020 auf MRT-Termine im niedergelassenen Bereich an. Die Daten wurden zur Verfügung gestellt von www.netdokter.at .	11	16	25
	Wartezeiten CT extramural	Geben die durchschnittlichen Wartezeiten zwischen 2017 und 2020 auf CT-Termine im niedergelassenen Bereich an. Die Daten wurden zur Verfügung gestellt von www.netdokter.at .	4	6	17
	Private ambulante Gesundheitsausgaben in % der gesamten ambulanten Ausgaben	Zeigt die geschätzten (laufenden) ambulanten Ausgaben für Gesundheit und Pflege der privaten Haushalte in Prozent der gesamten geschätzten Gesundheitsausgaben, bereinigt um Altersstruktureffekte und um die innerösterreichische Patientenmigration.	23	28	35
	Kassenärzte und Kassenärztinnen pro 100.000 Einwohner	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.	79	97	115
	§2-Ärzte und §2-Ärztinnen pro 100.000 Einwohner	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.	75	94	89
	Mobile Pflegepersonen in %	Zeigt die Zahl der mobilen Pflegepersonen als Anteil aller Pflegepersonen in Österreich (Vollzeitäquivalente), Statistik Austria.	17	26	38
	Durch mobile Pflege betreute Personen in %	Durch mobile Pflege betreute Personen als Anteil an allen betreuten Personen, Statistik Austria.	52	58	67

Bereich	Indikator	Kurzdefinition	Ergebnisse		
			Min	Ö	Max
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
	Ambulatory Care Sensitive Conditions (Medizinisch begründet vermeidbare Aufenthalte)	Anzahl der stationären Krankenhausaufenthalte je 1.000 Personen (altersstandardisiert) mit Diagnosen der ACSC Liste. Als ACSC werden medizinisch begründete, potenziell vermeidbare stationäre Aufenthalte bezeichnet, die mittels adäquater ambulanter Versorgung vermeidbar gewesen wären. Nach BMG-OM (2018).	17	20	23
	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
Effizienz	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

- Arah O. A., Westert G.P., Hurst J., Klazinga N.S. (2006): A conceptual framework for the OECD Health Care Quality Indicators Project. *International Journal for Quality in Health Care*. 2006 Sep; 18 Suppl 1:5-13.
- Basu, S, Russell S. Phillips, Robert Phillips, Lars E. Peterson, and Bruce E. Landon (2020). Primary Care Practice Finances in The United States Amid The COVID-19 Pandemic. doi: 10.1377/hlthaff.2020.00794 *HEALTH AFFAIRS* 39, NO. 9 (2020): ©2020 Project HOPE— The People-to-People Health Foundation, Inc.
- BD Budgetdienst des Parlaments (2020a) – Budgetvollzug Jänner bis April 2020 und COVID-19-Berichterstattung, https://www.parlament.gv.at/ZUSD/BUDGET/2020/BD_-_Budgetvollzug_Jaenner_bis_April_2020_und_COVID-19-Berichterstattung.pdf, 25. Juni 2020
- BD Budgetdienst (2020b). Aktuelle Gesetzesvorhaben zum Konjunkturpaket. https://www.parlament.gv.at/ZUSD/BUDGET/2020/BD_-_Aktuelle_Gesetzesvorhaben_zum_Konjunkturpaket.pdf, 3. Juli 2020
- BMG (BMG-OM 2018): Outcome-Messung im Gesundheitswesen basierend auf dem Mess- und Vergleichskonzept. Aktualisierte Fassung 2017. Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz. Wien, August
- BGBI (2020) Bundesgesetz über die Errichtung des COVID-19-Krisenbewältigungsfonds (COVID-19-FondsG) StF: BGBI. I Nr. 12/2020 (NR: GP XXVII IA 396/A AB 102 S. 16. BR: AB 10287 S. 903.)
- Bock-Schappelwein, J. (2019). Armutsindex (No. 585). WIFO Working Papers. Wien, August 2019.
- Bock-Schappelwein, J., Hyll, W. (2020). COVID-19-Pandemie: Beschäftigungssituation für Frauen schwieriger. WIFO Research Briefs 9/2020. Wien, Juli 2020.
- Bock-Schappelwein, Julia; Famira-Mühlberger, Ulrike; Mayrhuber, Christine (2020), COVID-19: Ökonomische Effekte auf Frauen, WIFO, Research Briefs 3/2020, <https://www.wifo.ac.at/wwa/pubid/65897>
- Case A., A. Deaton (2017). Mortality and Morbidity in the 21st Century. *Brookings Papers on Economic Activity*, Spring 2017, Washington. <https://www.brookings.edu/bpea-articles/mortality-and-morbidity-in-the-21st-century/>
- Czypionka, T., Pock, M., & Reiss, M. (2018). ÄrztInneneinkünfte in Österreich: Eine Analyse anhand von Lohn-und Einkommensdaten. Projektbericht. Institut für höhere Studien. Wien, 2018.
- COM (2020), 405. Vorschlag für eine VERORDNUNG DES EUROPÄISCHEN PARLAMENTS UND DES RATES über ein Aktionsprogramm der Union im Bereich der Gesundheit

- (2021-2027) und zur Aufhebung der Verordnung (EU) Nr. 282/2014/EG („Programm EU4Health“). COM(2020), 405, 28. Mai 2020
- COM (2020) 441. Vorschlag zur VERORDNUNG DES RATES zur Schaffung eines Aufbauinstruments der Europäischen Union zur Unterstützung der Erholung nach der COVID-19-Pandemie. COM(2020) 441 final, 28 Mai 2020.
- De Henau, J., Himmelweit, S. (2020), Stimulating OECD economies post-Covid by investing in care, Open University IKD Working Paper, <http://www.open.ac.uk/ikd/publications/working-papers>
- Dragosits A., Scheuringer M. (2016): Health Outcomes in Österreich, update SV-Zahlenbericht 2016. HVSV, Wien, Dezember
- Economist Intelligence Unit (EIU 2020). How well have OECD countries responded to the coronavirus crisis? White Paper. The Economist Intelligence Unit Limited 2020. Juni, 2020.
- Euromomo (2020). European mortality monitoring. <https://www.euromomo.eu/graphs-and-maps/#excess-mortality>. Accessed May 2020.
- Europäischer Rat (ER 2020). EUCO 10/20. Außerordentliche Tagung des Europäischen Rates (17., 18., 19., 20. Und 21. Juli 2020) – Schlussfolgerungen., Brüssel, 21. Juli 2020
- Famira-Mühlberger, U., & Firgo, M. (2018). Aktuelle und künftige Versorgungsfunktion der mobilen Pflege- und Betreuungsdienste in Österreich. WIFO Studies.
- Firgo, M. U. Famira-Mühlberger (2020). Öffentliche Ausgaben für Pflege nach Abschaffung des Regresses in der stationären Langzeitpflege. WIFO Monatsberichte 6/2020, Wien.
- Fouweather T., Clare Gillies, Pia Wohland, Herman Van Oyen, Wilma Nusselder, Jean-Marie Robine, Emmanuelle Cambois, Carol Jagger, for the JA: EHLEIS Team (2015): Comparison of socio-economic indicators explaining inequalities in Healthy Life Years at age 50 in Europe: 2005 and 2010. European Journal of Public Health, Volume 25, Issue 6, 1 December 2015, Pages 978–983, <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckv070>
- GHS (2019). Global Health Security Index 2019. Nuclear Threat Initiative, October 2019
- Gibney, Elizabeth (2020). Whose coronavirus strategy worked best? Nature News, April 27, 2020. https://www.nature.com/articles/d41586-020-01248-1?utm_source=Nature+Briefing&utm_campaign=527dbb4637-briefing-dy-20200428&utm_medium=email&utm_term=0_c9dfd39373-527dbb4637-44422529
- GÖG (2019): Monitoring nach Vereinbarung gemäß Art 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit und Zielsteuerungsvertrag. Berichtsjahr 2018. Wien, Juni 2019

- GÖG (2020): Jahresbericht Gesundheitsberuferegister 2019. Ergebnisbericht. Im Auftrag des Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz. Wien, Juli 2020.
- Grois, N., Fröhlich, C., & Schweitzer, K. (2019). Die alltägliche medizinisch-therapeutische Versorgung unserer Kinder. *Pädiatrie & Pädologie*, 54(1), 20-25.
- Gros, Cl., V. Roser, L Schneider, K. Valenti, D. (2020). Containment efficiency and control strategies for the Corona pandemic costs https://clausen.berkeley.edu/wp-content/uploads/2020/04/Corona_all.pdf, April 12, 2020.
- Haass, R.N. (2020). The Politics of a COVID-19 Vaccine. PS-Project Syndicate, July 14, 2020: https://www.project-syndicate.org/commentary/politics-of-covid19-vaccine-by-richard-n-haass-2020-07?utm_source=Project+Syndicate+Newsletter&utm_campaign=e8dbbd16b7-covid_newsletter_16_07_2020&utm_medium=email&utm_term=0_73bad5b7d8-e8dbbd16b7-93780229&mc_cid=e8dbbd16b7&mc_eid=8a8973df48
- Hale, T., Petherick, A., Phillips, T., & Webster, S. (2020). Variation in government responses to COVID-19. Blavatnik school of government working paper, 31.
- Hofmarcher M. M., Howard Oxley and Elena Rusticelli (2007). Improved Health System Performance through better Care Coordination, OECD Working Paper, DELSA/HEA/WD/HWP(2007)/6
- Hofmarcher, M. M. (2014) Private Gesundheitsausgaben 2014. HS&I Fast Track. Wien 2014
- Hofmarcher, M. M., Z. Molnárová (2018a): (De-)Zentralisierung in der Krankenversicherung: Kontext, Vor- und Nachteile. Studie im Auftrag der Ärztekammer und der Arbeiterkammer Vorarlberg. HS&I Projektbericht. Wien, Mai 2018.
- Hofmarcher, M.M., Z. Molnárová (2018b). Fact Book Leistungskraft regionaler Gesundheitssysteme. HS&I Projektbericht. Projekt mit Unterstützung von Philips Austria. Wien August 2018. <http://www.HealthSystemIntelligence.eu/RegionalFactBook>
- Hofmarcher, M. M., Singhuber, C. (2019). FACT BOOK Krankenanstalten im Bundesländervergleich. HS&I Projektbericht. Projekt mit Unterstützung von Philips Austria. Wien, August 2019. <http://www.healthsystemintelligence.eu/krankenanstalten>
- Hofmarcher MM, Ch. Singhuber (2020a). Schutzschirm für das Gesundheitswesen in Zeiten von COVID-19: Eine Schätzung der Intensivkapazitäten für Österreich. HS&I-Fast Track. 1.4.2020. Wien. http://www.healthsystemintelligence.eu/docs/HSI_Fast_Track_Intensivbetten_COVID19.pdf
- Hofmarcher, MM., Ch. Singhuber (2020b) F&E braucht das Gesundheitswesen – mehr denn je HS&I Fast Track 01/2020. Wien
- Holmes Jr, D. R., Stefanini, G. G., Ntsekhe, M., Wijns, W., Mossialos, E. A., & Durand-Zaleski, I. (2020). The people left behind: refining priorities for health care during

- and after the pandemic. Eurointervention: Journal of Europcr in Collaboration with the Working Group on Interventional Cardiology of the European Society of Cardiology.
- Baumgartner, P., Palinkas, M., & Daur, V. (2020). Prozesse der Arbeitsmarktintegration von Flüchtlingen und subsidiär Schutzberechtigten in Österreich. Forschungsbericht der dritten Welle des FIMAS-Flüchtlingssurveys: FIMAS+INTEGRATION. International Centre for Migration Policy Development. Wien, Jänner 2020.
- IHS (2020). Prognose der österreichischen Wirtschaft 2020-2024. Wien, Juli 2020.
- ILO (2018), Care work and care jobs for the future of decent work, International Labour Office, Geneva, https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/---publ/documents/publication/wcms_633135.pdf
- Kautzky-Willer A, Harreiter J. (2017): Sex and gender differences in therapy of type 2 diabetes., *Diabetes Res Clin Pract.* 2017 Sep; 131:230-241. doi: 10.1016/j.diabres.2017.07.012. Epub 2017 Jul 13. Review. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28779681>
- Klatzer E., A. Rinaldi (2020). “#nextGenerationEU” Leaves Women Behind. Gender Impact Assessment of the European Commission Proposals for the EU Recovery Plan. Study commissioned by The Greens/EFA Group in the European Parliament, initiated by Alexandra Geese, MEP, June.
- Klimont J., Klotz J. (2016): Lebenserwartung in Gesundheit nach Bundesland, Geburtsland und Schulbildung. *Statistische Nachrichten*, 9/2016
- Kluge, J (2020). COVID-19 und der ländliche Raum. IHS Policy Brief Mai 2020, Policy Brief Nr. 14/2020, Wien
- Kronick R. (2020). How COVID-19 Will Likely Affect Spending, And Why Many Other Analyses May Be Wrong. *HEALTH AFFAIRS BLOG CONSIDERING HEALTH SPENDING MAY 19, 2020* . 10.1377/hblog20200518.567886
- Ladurner, J., M. Gerger, W. W. Holland, E. Mossialos, S. Merkur, S. Stewart, R. Irwin und J. Soffried (EOHSP 2011): Public health in Austria; An analysis of the status of public health. *The European Observatory on Health Systems and Policies, WHO 2011*, ISBN 978 92 890 0249 3. Available online: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/153868/e95955.pdf
- Lesch, O-M. (2020). COVID-19: Gedanken zur Coronakrise. *Austrian Health Academy*. Wien, April 2020. <https://www.austrianhealthacademy.at/covid-19-gedanken-zur-coronakrise/>
- Lesch, O-M., H. Walter, M. Hesselbrock, D. König (2020): Präventionsstrategien. in O.-M. Lesch, H. Walter (Hrsg.), *Alkohol und Tabak*, © Springer-Verlag GmbH Deutschland, https://doi.org/10.1007/978-3-662-60284-3_4
- Likar, R., G. Pinter, H. Janig (2020). *Bereit für das nächste Mal: Wie wir unser Gesundheitssystem ändern müssen*. © 2020 edition a, Wien. www.edition-a.at

- Mara, Isilda (2020). Health Professionals Wanted: Chain Mobility across European Countries WIIW Research Report 445, June, Vienna. <https://wiiw.ac.at/health-professionals-wanted-chain-mobility-across-european-countries-dlp-5339.pdf>
- Mehta N., Myrskylä M. (2017): The Population Health Benefits of a Healthy Lifestyle: Life Expectancy Increased and Onset of Disability Delayed. Health Affairs, 2017, 10.1377/hlthaff.2016.1569
- Nolte, Ellen, McKee, Martin (2008): Measuring the Health of Nations. Updating an Earlier Analysis. In: Health Affairs 27/158-71.
- OECD/Eurostat (OECD/EC 2019): Avoidable mortality: OECD/Eurostat lists of preventable and treatable causes of death (November 2019 version)
- OECD (2019). HEALTH AT A GLANCE
https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2019_4dd50c09-en
- OECD (2020), Women at the core of the fight against COVID-19 crisis, General Secretariat, Paris.
- ONS Statistical bulletin (ONS 2020). Office of National Statistic Deaths involving COVID-19 by local area and socioeconomic deprivation: deaths occurring between 1 March and 31 May 2020. London, June 12, 2020.
- Or, Zeynep, A. Penneau (2018): A Multilevel Analysis of the determinants of emergency care visits by the elderly in France. Health Policy. 2018 May 18. pii: S0168-8510(18)30137-4. doi: 10.1016/j.healthpol.2018.05.003.
- Parlament der Republik Österreich (2020). Entschließungsantrag betreffend Konzept zur Bedeckung der finanziellen Erfordernisse der Krankenversicherung in Zusammenhang mit COVID-19. 69/UEA XXVII. GP.
https://www.parlament.gv.at/PAKT/VHG/XXVII/UEA/UEA_00069/imfname_790253.pdf
- Perić, N., Hofmarcher-Holzhacker, M.M. & Simon, J. (2017). Health system performance assessment landscape at the EU level: a structured synthesis of actors and actions. Arch Public Health 75, 5 (2017). <https://doi.org/10.1186/s13690-016-0173-5>
- Perić, N., Hofmarcher, M. M., Simon, J. (2018): Headline indicators for monitoring the performance of health systems: Findings from the European Health Systems_Indicator (euHS_I) survey. Archives of Public Health (2018) 76:3
<https://doi.org/10.1186/s13690-018-0278-0>.
- Prainsack, B. (2020). From Acute Crisis to Long-Term Coping? Further insights from the Austrian Corona Panel Project <https://medium.com/@bprainsack/from-acute-crisis-to-long-term-coping-b36d0cefd0ef>, University of Vienna, May 2020.
- Prante, F., A. Bramucci and A. Truger (2020). Decades of Tight Fiscal Policy Have Left the Health Care System in Italy Ill-Prepared to Fight the COVID-19 Outbreak. Intereconomics. DOI: 10.1007/s10272-020-0886-0, ZBW – Leibniz Information Centre for Economics.

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

- Remes, J., Linzer, K., Singhal, S., Dewhurst, M., Dash, P., Woetzel, J., Smit, S., Evers, M., Wilson, M., Rutter, A-Ch., Ramdorai, A. (2020). Prioritizing health. A prescription for prosperity. McKinsey Global Institute, July 2020: <https://www.mckinsey.com/~media/McKinsey/Industries/Healthcare%20Systems%20and%20Services/Our%20Insights/Prioritizing%20health%20A%20prescription%20for%20prosperity/Prioritizing-health-report-MGI.pdf>
- Richter, D., Wall, A., Bruen, A., & Whittington, R. (2019). Is the global prevalence rate of adult mental illness increasing? Systematic review and meta-analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 140(5), 393-407.
- Riedel, M. (2015). Modelle der Psychotherapieversorgung in Österreich; Endbericht; Studie im Auftrag des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger.
- Skiadas, C. H., & Skiadas, C. (2019). Direct Healthy Life Expectancy Estimates from Life Tables with a Sullivan Extension. Bridging the Gap Between HALE and Eurostat Estimates. arXiv preprint arXiv:1909.10903.
- Riedel, M. (2018). Festlegung von Kassentarifen Jahresthema 2016; Endbericht. Riedel M. Institut für Höhere Studien, Wien.
- Roubini, N. (2020). The Coming Greater Depression of the 2020s, PS-Project Syndicate, April 28, 2020: <https://www.project-syndicate.org/commentary/greater-depression-covid19-headwinds-by-nouriel-roubini-2020-04?barrier=accesspaylog>
- Singhuber, C., Fleischer, C., Hofmarcher M. (2020). Regierungsprogramm 2020: Gesundheit und Pflege. Wien 2020
- Statistik Austria (2020). Wöchentliche Sterbefallstatistik http://www.statistik.at/web_de/presse/122934.html, Wien
- Stiefel, M. C., Perla, R. J., Zell, B. L. (2010). A Healthy Bottom Line: Healthy Life Expectancy as an Outcome Measure for Health Improvement Efforts. *The Milbank Quarterly*, 88(1), 30–53. <http://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2010.00588.x>
- Tomer, A., Kane, J.W. (2020). How to protect essential workers during COVID-19, Brookings Institution. <https://www.brookings.edu/research/how-to-protect-essential-workers-during-covid-19/>. March 31, 2020.
- VanderWeele, Tyler J. (2020). Challenges Estimating Total Lives Lost in COVID-19 Decisions Consideration of Mortality Related to Unemployment, Social Isolation, and Depression. *JAMA* Published online July 8, 2020
- WIFO (2020). Prognose für 2020 und 2021: Tiefe, jedoch kurze Rezession in Österreich. Wien, Juli 2020.
- WHO (2000). The world health report 2000 - Health systems: improving performance. <http://www.who.int/whr/2000/en/>.

Woolf SH, Chapman DA, Sabo RT, Weinberger DM, Hill L. (2020) Excess deaths from COVID-19 and other causes, March-April 2020. JAMA. Published online July 1, 2020. doi:10.1001/jama.2020.11787

12 Ausgewählte Datenquellen

AMS

Arbeitsmarktservice Österreich (2019 – 2020)

BMG

Krankenanstalten in Zahlen (bis 2017). <http://www.kaz.bmgf.gv.at/>

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),

https://www.sozialministerium.at/site/Service_Medien/Infomaterial/Downloads/Oesterreichischer_Pflegevorsorgebericht_2016

BMSGPK

Datenplattform Covid-19 (2020)

<https://datenplattform-covid.goeg.at/>, Juli, Wien

Eurostat

General and regional statistics. <http://ec.europa.eu/eurostat/data/database>

HVSV

Ärztelkostenstatistik der österreichischen Sozialversicherung, 2018

Dragosits A., Scheuringer M. (2015): Health Outcomes in Österreich, SV-Zahlenbericht 2015. HVSV, Wien, December

Dragosits A., Scheuringer M. (2016): Health Outcomes in Österreich, update SV-Zahlenbericht 2016. HVSV, Wien, December

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

Regional statistics and indicators. <http://www.oecd.org/cfe/regional-policy/regionalstatisticsandindicators.htm>

OECD Health Statistics (2000 – 2019)

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

ÖÄK

Ärztestatistik der Österreichischen Ärztekammer (2007 – 2019)

bestNET Information-Service GmbH

Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen je Bundesland (2019)

<https://www.psyonline.at/contents/14729/verteilung-der-psychotherapeutinnen-in-oesterreichnach-bundesland>

VVÖ

Versicherungsverband Österreich: Jahresberichte (2011 - 2018).

<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/erwerbbspersonen/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

Klimont, J., Klotz, J. (2016): Lebenserwartung in Gesundheit nach Bundesland, Geburtsland und Schulbildung. Auswertungen aus der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2014. Statistische Nachrichten 71(9), 664-669

Konsumerhebung 2014/2015, 2009/2010.

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

System of Health Accounts (2011 – 2018).

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

Sozialleistungen auf Landesebene, Landes-Pflegegeldstatistik,
Pflegedienstleistungsstatistik

https://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/soziales/sozialleistungen_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.htm

UN

Bevölkerungsprognosen

<https://population.un.org/wpp/Download/Standard/Population/>

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 präsentieren im ersten Abschnitt die wichtigsten Ergebnisse der Headline Indikatoren. Ergebnisse für die Gesundheit und ihre Determinanten werden in Abschnitt zwei gezeigt. Abschnitt drei berichtet die Ergebnisse der Leistungskraft bei Zugang, Qualität, Effizienz und Fairness. Abschnitt vier diskutiert die Resultate in Zusammenhang mit den wichtigsten Herausforderungen für die Zukunft von Gesundheit und Pflege.

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 kombinieren Daten und Informationen von Statistik Austria, des Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, des Hauptverbandes/Dachverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger und beziehen Statistiken von OECD, und Eurostat mit ein.

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:

http://www.HealthSystemIntelligence.eu/RegionalFactBook/Ambulante_Versorgung, abrufbar.



AUTORINNEN:
MARIA M. HOFMARCHER-HOLZHACKER,
CHRISTOPHER SINGHUBER

TITEL:
AMBULANTE VERSORGUNG IM
BUNDESLÄNDERVERGLEICH.

PROJEKTBERICHT/RESEARCH REPORT

HS&I

JOSEFSTÄDTER STRASSE 14/60
1080 VIENNA
AUSTRIA
TEL: +43-66488508917
MARIA.HOFMARCHER@HEALTHSYSTEMINTELLIGENCE.EU
[HTTP://WWW.HEALTHSYSTEMINTELLIGENCE.EU/](http://WWW.HEALTHSYSTEMINTELLIGENCE.EU/)

AHA. AUSTRIAN HEALTH ACADEMY

WALLNERSTRASSE 3
1010 WIEN
AUSTRIA
TEL: +43 1 803505027
MARIA.HOFMARCHER@AUSTRIANHEALTHACADEMY.AT
[HTTP://WWW.AUSTRIANHEALTHACADEMY.AT](http://WWW.AUSTRIANHEALTHACADEMY.AT)