

State of Health in the EU

Österreich

Länderprofil Gesundheit 2017

Länderspezifische Gesundheitsprofile

Die länderspezifischen Gesundheitsprofile bieten einen knappen und politisch relevanten Überblick über die Gesundheit und die Gesundheitssysteme in den EU-Mitgliedstaaten, wobei die besonderen Eigenschaften und Herausforderungen in jedem Land hervorgehoben werden. Sie sind darauf ausgelegt, die Bemühungen der Mitgliedstaaten bei ihrer evidenzbasierten Politikgestaltung zu unterstützen.

Die Profile sind das gemeinsame Werk der OECD und des European Observatory on Health Systems and Policies in Zusammenarbeit mit der Europäischen Kommission. Das Team dankt den Mitgliedstaaten und dem Health Systems and Policy Monitor Network für wertvolle Kommentare und Vorschläge.

Inhalt

1 • HIGHLIGHTS	1
2 • GESUNDHEIT IN ÖSTERREICH	2
3 • RISIKOFAKTOREN	4
4 • DAS GESUNDHEITSSYSTEM	6
5 • LEISTUNG DES GESUNDHEITSSYSTEMS	9
5.1 Wirksamkeit	9
5.2 Zugang	11
5.3 Anpassungsfähigkeit	13
6 • ZENTRALE ERKENNTNISSE	16

Daten und Informationsquellen

Die Daten und Informationen in diesen Länderprofilen beruhen vorwiegend auf nationalen offiziellen Statistiken, die von Eurostat und der OECD bereitgestellt und im Juni 2017 validiert wurden, um höchste Standards bei der Datenvergleichbarkeit zu gewährleisten. Die Quellen und Methoden, die diesen Daten zugrunde liegen, sind in der Eurostat-Datenbank und der OECD-Gesundheitsdatenbank verfügbar. Einige zusätzliche Daten stammen auch vom Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), dem Europäischen Zentrum für Prävention und Kontrolle von Krankheiten (ECDC), aus den Umfragen der Studie Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC) und der Weltgesundheitsorganisation (WHO) sowie anderen einzelstaatlichen Quellen.

Die berechneten EU-Durchschnitte sind gewichtete Durchschnitte der 28 Mitgliedstaaten, sofern nichts anderes vermerkt ist.

Um das Excel-Arbeitsblatt mit allen Tabellen und Diagrammen aus diesem Profil herunterzuladen, tippen Sie einfach folgende StatLinks in Ihrem Browser ein:

<http://dx.doi.org/10.1787/888933623742>

Demografischer und sozioökonomischer Kontext in Österreich, 2015

	Österreich	EU
Demografische Faktoren	Bevölkerungsgröße (in Tausenden)	8 633
	Anteil der Bevölkerung über 65 Jahre (in %)	18,5
	Fertilitätsrate ¹	1,5
Sozioökonomische Faktoren	BIP pro Kopf (EUR KKP ²)	36 900
	Relative Armutsquote ³ (in %)	8,3
	Arbeitslosenquote (in %)	5,7

1. Anzahl der geborenen Kinder je Frau im Alter von 15–49.

2. Die Kaufkraftparität (KKP) ist definiert als Währungsumrechnungskurs, der die Unterschiede im Preisniveau zwischen Ländern beseitigt und damit Vergleiche der Kaufkraft unterschiedlicher Währungen ermöglicht.

3. Prozentualer Anteil an Personen, die mit weniger als 50% des Median-Äquivalenzeinkommens leben.

Quelle: Eurostat-Datenbank.

Haftungsausschluss: Die hierin geäußerten Meinungen und Argumente sind ausschließlich die der Autoren und geben nicht notwendigerweise die offizielle Meinung der OECD oder ihrer Mitgliedsländer oder des Europäischen Observatoriums für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik oder seiner Partner wieder. Die in diesem Bericht geäußerten Ansichten repräsentieren in keiner Weise die offizielle Meinung der Europäischen Union.

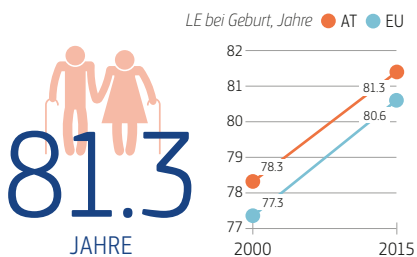
Dieses Dokument sowie alle darin enthaltenen Daten und Karten gelten unbeschadet des Status eines oder der Souveränität über ein Hoheitsgebiet(s) für die Abgrenzung durch internationale Grenzen und für den Namen eines Hoheitsgebiets, einer Stadt oder eines Gebietsstands.

Zusätzliche Haftungsausschlüsse für die WHO sind auf <http://www.who.int/bulletin/disclaimer/en/> einsehbar.

1 Highlights

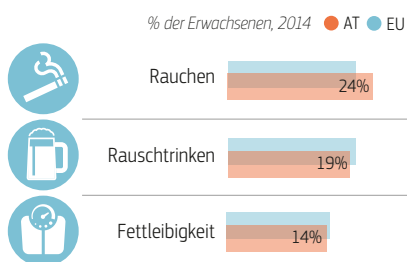
Trotz Verbesserungen des Gesundheitszustands der Österreicher stellen die Bevölkerungsalterung und ungesunde Lebensstile Herausforderungen für das österreichische Gesundheitssystem dar. Das Gesundheitssystem ist fragmentiert, wobei die Verantwortlichkeiten zwischen Bund und Ländern sowie Selbstverwaltungskörpern, wie z. B. Sozialversicherungsträgern, geteilt werden. Verbesserte Steuerung und Koordination des Gesundheitssystems und eine Stärkung der Primärversorgung sind Hauptziele aktueller Reformbemühungen.

Gesundheitszustand



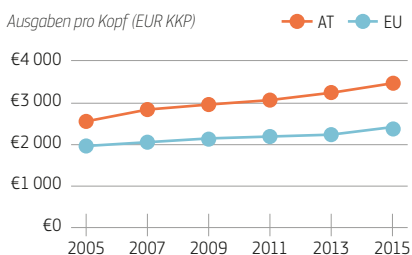
Die Lebenserwartung bei Geburt lag 2015 bei 81,3 Jahren, gegenüber 78,3 Jahren im Jahr 2000, und damit über dem EU-Durchschnitt. Während Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Krebs die Haupttodesursachen bleiben, tragen sowohl Diabetes als auch Demenz zunehmend zur Sterblichkeit bei und gehören nun zu den 10 häufigsten Todesursachen.

Risikofaktoren



Im Jahr 2014 rauchte fast einer von vier Erwachsenen in Österreich täglich, eine Quote, die über dem EU-Durchschnitt liegt und sich seit 1997 nicht verändert hat. Der Alkoholkonsum unter Erwachsenen bleibt hoch, obwohl der Anteil der Erwachsenen, die regelmäßig viel Alkohol konsumieren, leicht unter dem EU-Durchschnitt liegt. Die Fettleibigkeitsquoten steigen, auch wenn sie noch unter dem EU-Durchschnitt liegen: Im Jahr 2014 waren 14% der Erwachsenen in Österreich fettleibig, im Vergleich zu lediglich 9% im Jahr 1999.

Gesundheitssystem

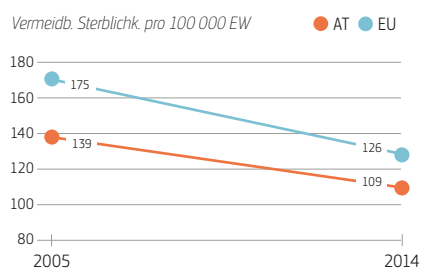


Die Gesundheitsausgaben in Österreich sind höher als in den meisten anderen EU-Ländern. Im Jahr 2015 gab Österreich 3 808 EUR pro Kopf für die Gesundheitsversorgung aus, ungefähr 1 000 EUR mehr als der Durchschnitt in der gesamten EU (2 797 EUR). Dies entspricht 10,3% des BIP – ein Anstieg gegenüber 9,6% im Jahr 2005 und leicht über dem EU-Durchschnitt von 9,9%. Ungefähr drei Viertel der Gesundheitsausgaben werden aus öffentlichen Mitteln finanziert, aber der Anteil der Zahlungen privater Haushalte (18%) ist höher als in den meisten anderen EU-Ländern mit hohem Einkommen, wie z. B. Dänemark, Deutschland und die Niederlande.

Leistung des Gesundheitssystems

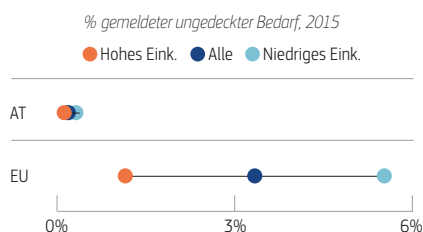
Wirksamkeit

Die vermeidbare Sterblichkeit ist niedriger als in vielen anderen EU-Ländern, was eine gute Leistung des Gesundheitssystems bei der Behandlung von Menschen, die eine Akutversorgung benötigen, nahelegt.



Zugang

Der Zugang zur Gesundheitsversorgung in Österreich ist gut; nur sehr wenige Haushalte vermelden einen ungedeckten Bedarf bei der medizinischen Versorgung, und es gibt nur geringe Unterschiede zwischen den Einkommensgruppen.



Anpassungsfähigkeit

Ein zunehmender Ausgabendruck stellt Risiken für die finanzielle Nachhaltigkeit des österreichischen Gesundheitssystems dar. Potenzial für Effizienzsteigerungen besteht durch eine Stärkung der ambulanten Versorgung. Reformen zur Verbesserung der Steuerung und Koordination des Gesundheitssystems wurden umgesetzt, dennoch bleibt das System fragmentiert.



2 Gesundheit in Österreich

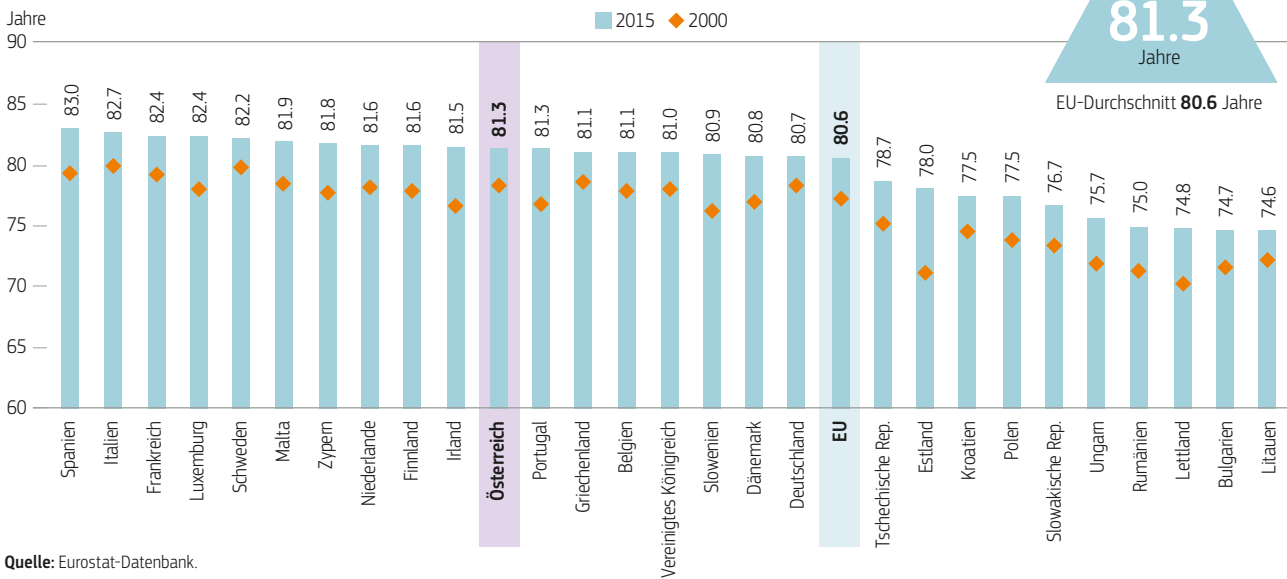
Die Lebenserwartung nimmt zu und bleibt über dem EU-Durchschnitt

Die Lebenserwartung bei Geburt in Österreich ist zwischen 2000 und 2015 um drei Jahre auf 81,3 Jahre gestiegen (Abbildung 1). Damit liegt sie über dem EU-Durchschnitt, ist aber mehr als ein Jahr geringer als in Spanien, Italien und Frankreich. Wie in anderen EU-Ländern besteht auch in Österreich ein erhebliches Gefälle bei der Lebenserwartung zwischen Frauen und Männern: Die Lebenserwartung bei Geburt beträgt für Frauen 83,7 Jahre und ist damit fast 5 Jahre höher als die für Männer (78,8 Jahre). Dieser Unterschied hat sich jedoch seit dem Jahr 2000 um ein Jahr verringert.

Der Großteil des Anstiegs der Lebenserwartung in Österreich ist auf die gestiegene Lebenserwartung nach dem 65. Lebensjahr zurückzuführen. Die verbleibende Lebenserwartung von Frauen im Alter von 65 Jahren betrug 21,3 Jahre (im Vergleich zu 19,6 Jahren im Jahr 2000) und von Männern 18,1 Jahre (im Vergleich zu 16,0 Jahren im Jahr 2000). Nicht alle dieser Jahre werden jedoch in einem guten Gesundheitszustand verbracht. Im Alter von 65 Jahren können österreichische Frauen und Männer erwarten, noch ungefähr acht Jahre ohne Behinderung zu leben; dies sind etwa 1,5 Jahre weniger als im EU-Durchschnitt.¹

1. Diese Angaben stützen sich auf den Indikator „Gesunde Lebensjahre“, der die Anzahl der Jahre misst, die Menschen erwartungsgemäß ohne Behinderung in unterschiedlichem Alter leben.

Abbildung 1. Lebenserwartung in Österreich weiterhin über dem EU-Durchschnitt

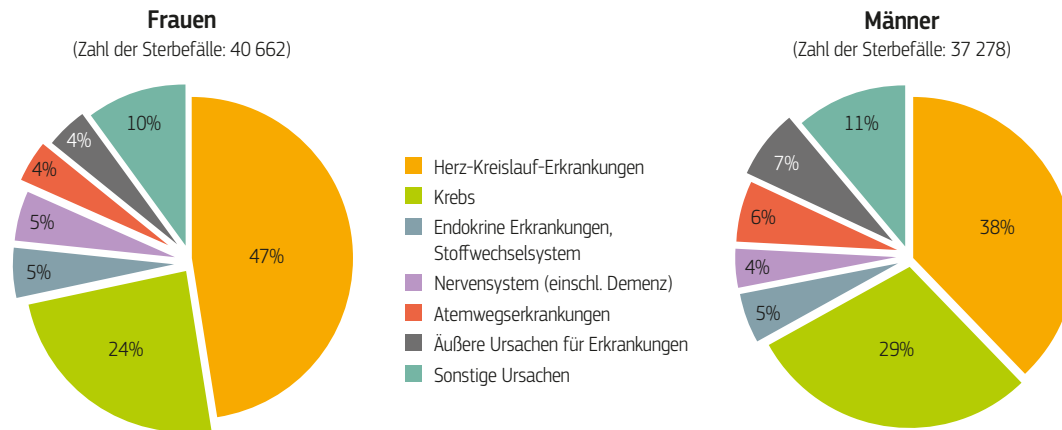


Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Krebs sind zusammen für mehr als zwei Drittel der Sterbefälle in Österreich verantwortlich

Herz-Kreislauf-Erkrankungen – gefolgt von Krebs – sind in Österreich sowohl für Männer als auch für Frauen die Haupttodesursache (Abbildung 2). Im Jahr 2014 starben 33 500 Menschen an Herz-Kreislauf-Erkrankungen (was 47% aller Sterbefälle unter Frauen und 38% aller Sterbefälle unter Männern ausmachte) und 20 615 Menschen an Krebs (24% aller Sterbefälle unter Frauen und 29% aller Sterbefälle unter Männern).

Sieht man sich die genaueren Todesursachen an, so ist Lungenkrebs die vierthäufigste Todesursache nach Herzerkrankungen und Schlaganfällen und für 5% aller Sterbefälle im Jahr 2014 verantwortlich (Abbildung 3). Während Diabetes im Jahr 2000 nur auf Rang 10 lag, ist die Zahl der Menschen, die an dieser chronischen Erkrankung sterben, seitdem erheblich gestiegen. Diabetes war im Jahr 2014 die fünfthäufigste Todesursache. Auch Sterbefälle durch die Alzheimer-Erkrankung und andere Demenzerkrankungen sind in den letzten Jahren immer häufiger geworden. Dies spiegelt die Alterung der österreichischen Bevölkerung und den Mangel an wirksamen Behandlungen sowie eine bessere Diagnostik und genauere Codierung wider.

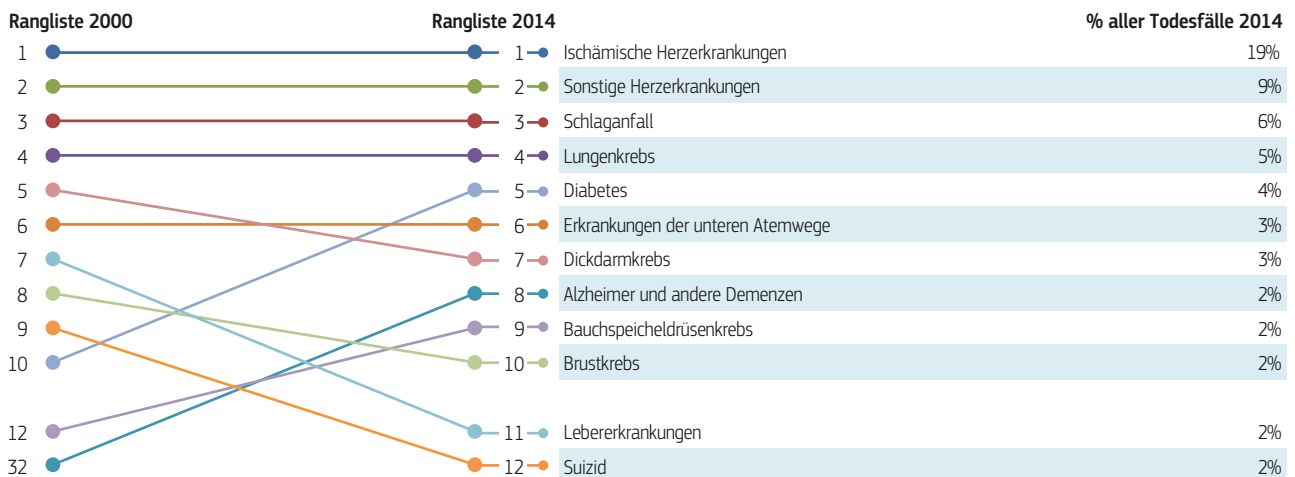
Abbildung 2. Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Krebs sind für die Mehrheit der Sterbefälle in Österreich verantwortlich



Anmerkung: Die Daten sind nach ICD-Kapiteln dargestellt. Demenz wurde dem Kapitel über Erkrankungen des Nervensystems zugeordnet, um sie mit der Alzheimer-Krankheit (der Hauptform der Demenz) zusammenzufassen.

Quelle: Eurostat-Datenbank (die Daten beziehen sich auf 2014).

Abbildung 3. Diabetes ist nun die fünfthäufigste Todesursache nach Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Lungenkrebs



Source: Eurostat-Datenbank.

Probleme mit dem Bewegungsapparat und eine schlechte psychische Gesundheit tragen zur Krankheitsbelastung in Österreich bei

Zusätzlich zur hohen Krankheitsbelastung durch Herzerkrankungen, Schlaganfall und Krebs sind Probleme mit dem Bewegungsapparat (einschließlich Kreuz- und Nackenschmerzen) und schwere depressive Störungen zunehmend Gründe für eine behinderungskorrigierte Abnahme der Lebensjahre in Österreich (IHME, 2016).² Selbstbeschädigung (Suizid und versuchter Suizid) ist ein anderes ernstes, wenn auch abnehmendes, Gesundheitsproblem.

Nach eigenen Angaben im Rahmen der Europäischen Gesundheitsumfrage (European Health Interview Survey, EHIS) leidet einer von fünf Menschen in Österreich unter Bluthochdruck, einer von 13 an chronischer Depression und einer von 20 an Diabetes. Bei der Prävalenz dieser chronischen Erkrankungen bestehen große Ungleichheiten nach Bildungsstand: Doppelt so viele Menschen mit dem niedrigsten Bildungsstand leben mit diesen Erkrankungen wie Menschen mit dem höchsten Bildungsstand.³

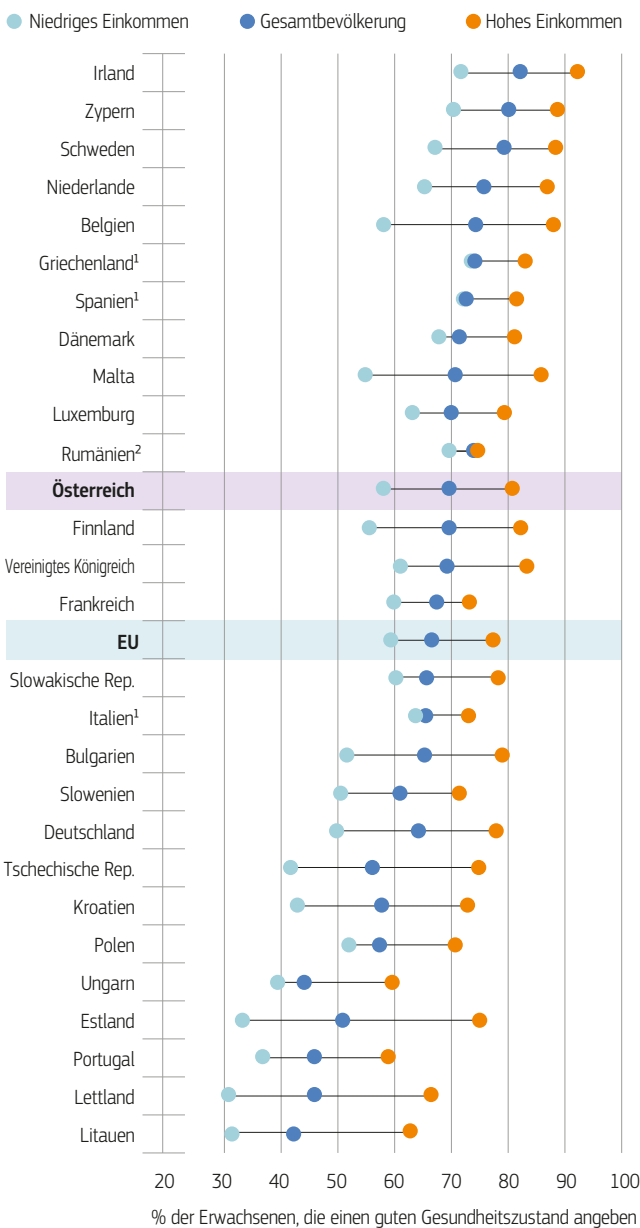
2. Behinderungskorrigierte Lebensjahre (disability-adjusted life years, DALYs) sind ein Indikator zur Schätzung der Gesamtzahl der aufgrund bestimmter Erkrankungen und Risikofaktoren verlorenen Lebensjahre. Ein DALY entspricht einem verlorenen gesunden Lebensjahr (Institute for Health Metrics and Evaluation, IHME).

3. Diese Ungleichheiten nach Bildungsstand können teilweise darauf zurückgeführt werden, dass es einen höheren Anteil an älteren Menschen mit niedrigerem Bildungsstand gibt; dennoch können nicht alle sozioökonomischen Unterschiede dadurch erklärt werden.

Die meisten Österreicher sind bei guter Gesundheit, aber es bestehen Ungleichheiten nach Einkommensniveau

Nach eigenen Angaben sind sieben von zehn Österreichern (70%) bei guter Gesundheit, was leicht über dem EU-Durchschnitt (67%) liegt. Wie in anderen EU-Ländern gibt es bei den Eigenangaben zur Gesundheit ein Gefälle nach sozioökonomischem Status. Mehr als 80% der Österreicher im höchsten Einkommensquintil schätzen ihren Gesundheitszustand als gut ein, bei der ärmsten Bevölkerungsschicht sind dies allerdings nur 60% (Abbildung 4).

Abbildung 4. Die meisten Österreicher leben in guter Gesundheit, aber es bestehen starke Ungleichheiten zwischen Einkommensgruppen



1. Die Anteile der Gesamtbevölkerung und der Bevölkerung mit niedrigem Einkommen sind ungefähr gleich groß.
 2. Die Anteile der Gesamtbevölkerung und der Bevölkerung mit hohem Einkommen sind ungefähr gleich groß.

Quelle: Eurostat-Datenbank auf der Grundlage der EU-SILC (die Daten beziehen sich auf 2015).

3 Risikofaktoren

Mehr als ein Viertel der gesamten Krankheitsbelastung in Österreich steht in Zusammenhang mit ungesunden Lebensstilen

Der Gesundheitszustand der Österreicher und die Ungleichheiten bei der Gesundheit stehen in Verbindung mit einer Reihe von Gesundheitsfaktoren, einschließlich der Lebens- und Arbeitsbedingungen der Menschen, der natürlichen Umwelt, in der Menschen leben, und einer Reihe an verhaltensbedingten Risikofaktoren. Die wichtige Rolle solcher Gesundheitsfaktoren spiegelt sich auch im nationalen Handlungsrahmen für öffentliche Gesundheit – den „Gesundheitszielen Österreich“ (siehe Abschnitt 5.3) – wider. Auf Grundlage von Schätzungen des IHME konnten mehr als 28% der Krankheitsbelastung in Österreich im Jahr 2015 (in DALYs gemessen) verhaltensbedingten Risikofaktoren zugeschrieben werden. Dies beinhaltet Tabak- und Alkoholkonsum, Ernährung und geringe körperliche Aktivität, was zu einem hohen Body-Mass-Index und anderen Gesundheitsrisiken beiträgt (IHME, 2016).

Die Raucherquoten und der Alkoholkonsum unter Erwachsenen bleiben hoch, nehmen bei den Jugendlichen aber ab

Fast ein Viertel (24%) der erwachsenen Österreicher rauchten 2014 regelmäßig, ein Wert, der über dem EU-Durchschnitt von 21% liegt (Abbildung 5). Im Gegensatz zu vielen anderen EU-Mitgliedstaaten, wo sich die Raucherquote seit 2000 deutlich reduziert hat, ist der Anteil der täglichen Raucher in Österreich auf dem gleichen Niveau wie 1997. Die Rauchgewohnheiten unter Männern und Frauen folgten jedoch unterschiedlichen Entwicklungen.



Während der Anteil der täglichen Raucher bei Männern von 30% im Jahr 1997 auf 27% im Jahr 2014 gesunken ist, stieg der Anteil der täglich rauchenden Frauen von 19% auf 22%. Eine deutliche Abnahme beim regelmäßigen Tabakkonsum konnte bei 15-jährigen österreichischen Mädchen (von 37% in den Jahren 2001–2002 auf 14% in den Jahren 2013–2014) und Jungen (von 26% in den Jahren 2001–2002 auf 15% in den Jahren 2013–2014) beobachtet werden.

Nur wenig Fortschritt wurde bei der Verringerung des Alkoholkonsums in Österreich erzielt. Im Jahr 2014 konsumierten Erwachsene 12,3 Liter reinen Alkohol pro Kopf, die dritthöchste Quote in der EU und mehr als 2,0 Liter über dem EU-Durchschnitt. Auch wenn der allgemeine Alkoholkonsum hoch ist, liegen die Raten für das Rauschtrinken⁴ in Österreich (19%) wiederum leicht unter dem EU-Durchschnitt (20%). Unter Jugendlichen gaben 2013–2014 20% der 15-jährigen Mädchen und 27% der 15-jährigen Jungen an, mindestens zweimal in ihrem Leben betrunken gewesen zu sein – Anteile, die nahe am EU-Durchschnitt liegen.

Zunehmende Fettleibigkeit bei Erwachsenen und Jugendlichen stellen eine ernste Herausforderung dar

Geringe körperliche Aktivität und schlechte Ernährung können zu einem hohen Body-Mass-Index, Bluthochdruck, Hypercholesterinämie und anderen Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes und

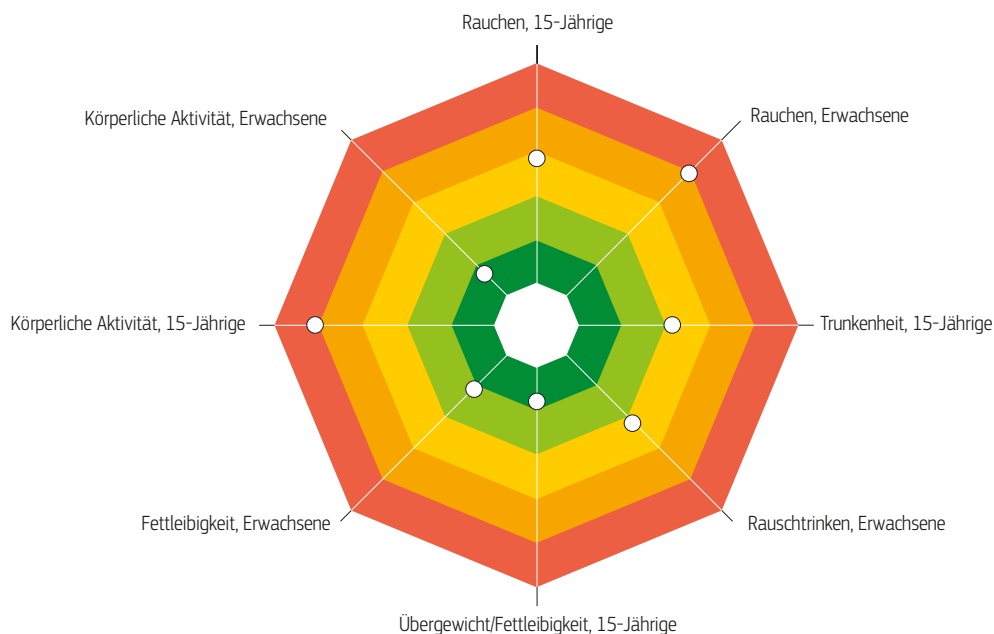
einigen Krebsarten führen. Nach Eigenangaben ist einer von sieben (14%) Erwachsenen in Österreich fettleibig.⁵ Auch wenn dieser Anteil geringer ist als in den meisten anderen EU-Ländern, ist er seit 1999 erheblich gestiegen (damals waren nur 9% der Erwachsenen in Österreich fettleibig).

Die Prävalenz von Übergewicht und Fettleibigkeit unter Jugendlichen ist ebenfalls eine der niedrigsten in der EU, sie ist jedoch zwischen 2001–2002 und 2013–2014 beträchtlich gestiegen (von 11% auf 15%). Erwachsene Österreicher gehören zu den körperlich aktivsten Menschen in der EU, jedoch ist die körperliche Inaktivität bei den 15-Jährigen relativ hoch. Dies war einer der Gründe für die Umsetzung von nationalen Aktionsplänen für Ernährung und zur Förderung der körperlichen Aktivität (siehe Abschnitt 5.1).

Viele verhaltensbedingte Risikofaktoren treten häufiger in benachteiligten Bevölkerungsgruppen auf

Wie in anderen EU-Ländern, treten viele verhaltensbedingte Risikofaktoren auch in Österreich bei Menschen mit niedrigem Bildungsstand und geringerem Einkommen häufiger auf. Der Raucheranteil ist in der Bevölkerungsgruppe mit dem niedrigsten Bildungsstand 83% höher als in der Bevölkerungsgruppe mit dem höchsten Bildungsstand. Noch auffälliger ist, dass die Fettleibigkeitsquoten in der Bevölkerung mit dem niedrigsten Bildungsstand mehr als doppelt so hoch sind.

Abbildung 5. Im Vergleich zu anderen EU-Ländern zeigen sich in Österreich bei verhaltensbedingten Gesundheitsrisikofaktoren gemischte Ergebnisse



Anmerkung: Je näher ein Punkt dem Zentrum ist, desto besser schneidet ein Land im Vergleich mit den anderen EU-Ländern ab. Kein Land liegt im weißen „Zielbereich“, da in allen Ländern in allen Bereichen noch Fortschritte möglich sind.

Quellen: Kalkulationen der OECD auf der Grundlage der Eurostat-Datenbank (EHIS in oder um 2014), OECD-Gesundheitsstatistik und HBSC-Umfrage von 2013–2014. (Diagrammgestaltung: Laboratorio MeS).

4. Rauschtrinken ist definiert als Konsum von sechs oder mehr alkoholischen Getränken bei einem einzigen Anlass und mindestens einmal im Monat im Verlauf des letzten Jahres.

5. Eigenangaben können die tatsächliche Prävalenz der Fettleibigkeit unterschätzen.

4 Das Gesundheitssystem

Österreichs komplexes Gesundheitssystem wurde reformiert, um die Steuerung und Koordination zu verbessern

Das österreichische Gesundheitssystem ist komplex: Die Bundes- und die Landesebene teilen sich Kompetenzen; viele Verantwortlichkeiten sind an Selbstverwaltungskörper übertragen worden (Sozialversicherung und Dienstleister); und die Finanzierung der Gesundheitsversorgung ist gemischt, wobei Bund, Länder, Gemeinden und Sozialversicherungsträger alle zum Budget beitragen.

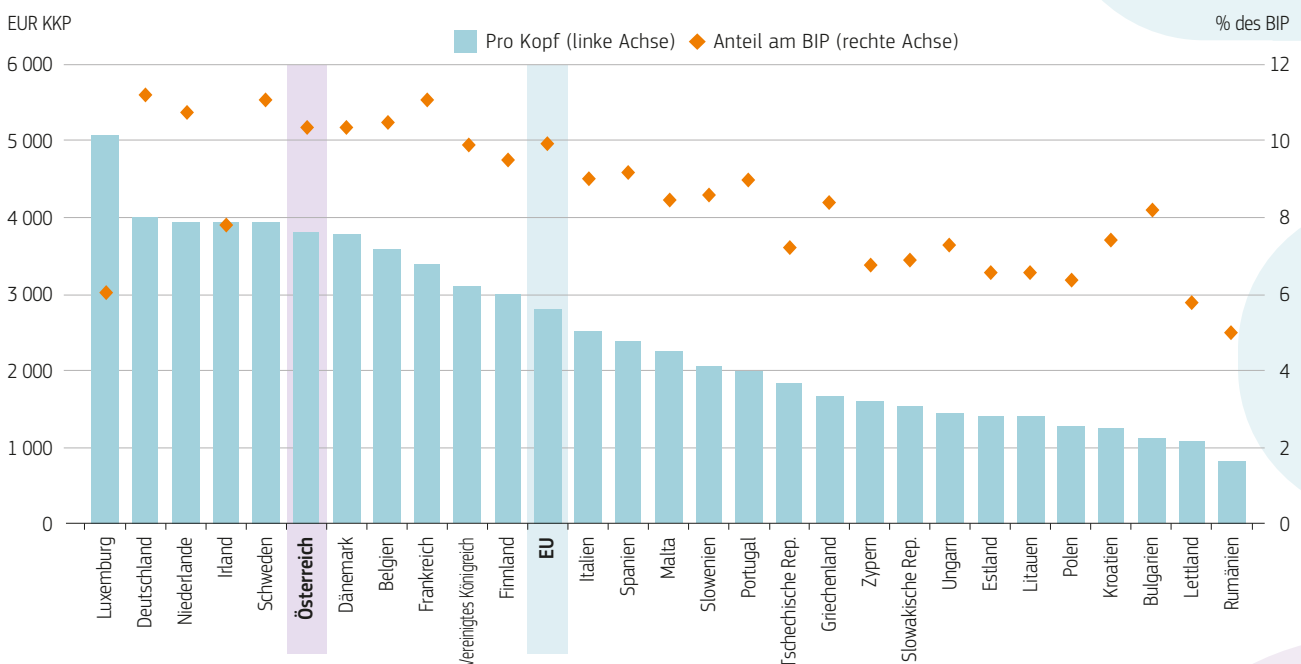
Der Bund ist verantwortlich für die Regulierung der Sozialversicherung und der meisten Bereiche der Gesundheitsversorgung. Eine Ausnahme besteht bei der Krankenhausversorgung, bei der die Grundlagen zwar auf Bundesebene festgelegt werden, die Länder aber für die Details der Gesetzgebung und Umsetzung verantwortlich sind. Achtzehn Krankenkassen, darunter eine für jedes der neun Bundesländer, sind unter dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger zusammengefasst (zusammen mit den Pensions- und Unfallversicherungskassen). Die Sozialversicherungsträger verhandeln gemeinsam mit den regionalen Ärztekammern und anderen Gesundheitsberufen über die Erbringung von Gesundheitsleistungen in den Bereichen der ambulanten und rehabilitativen Versorgung und der Arzneimittel.

Eine dezentralisierte Planung und Übertragung von Verantwortlichkeiten ermöglicht eine auf lokalen Bedarf angepasste Entscheidungsfindung – sie führt allerdings oft auch zur Fragmentierung und unzureichenden Koordination. In den letzten Jahren wurden Anstrengungen unternommen um eine stärkere gemeinsame Planung, Steuerung und Finanzierung zu erreichen, indem die Bundes- und die Landesebene zusammengeführt und mit den Sozialversicherungsträgern koordiniert werden. Die Gesundheitsreform 2013 war ein entscheidender Schritt in diese Richtung, als eine Bundes- und neun Landeskommisionen zur Steuerung des Gesundheitssystems, die alle relevanten Akteure beteiligen, eingeführt wurden (siehe Abschnitt 5.3).

Die österreichischen Gesundheitsausgaben sind hoch, wobei die stationäre Versorgung einen relativ hohen Anteil ausmacht

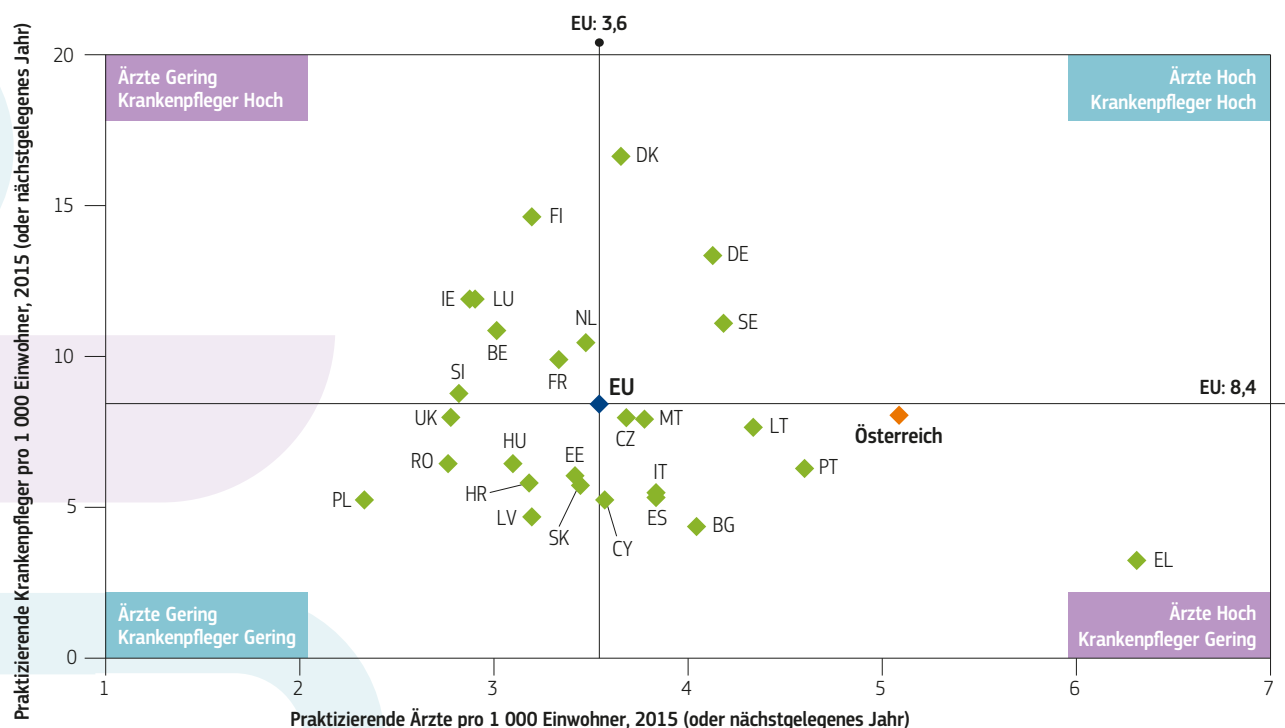
Das österreichische Gesundheitssystem ist relativ teuer (Abbildung 6). Ungefähr 3 800 EUR wurden 2015 pro Kopf für die Gesundheitsversorgung ausgegeben (nach Unterschieden in der Kaufkraft bereinigt) und damit ungefähr 1 000 EUR mehr als im EU-Durchschnitt. Dennoch sind die Gesundheitsausgaben in Österreich (10,3% des BIP) seit 2005 relativ gesehen langsamer gewachsen als in vielen anderen EU-Mitgliedstaaten, und sie liegen nur knapp über dem EU-Durchschnitt (9,9% des BIP). Trotzdem wird prognostiziert, dass die Gesundheitsausgaben Österreichs in den nächsten Jahrzehnten erheblich anwachsen werden (siehe Abschnitt 5.3).

Abbildung 6. Österreich hat ein teures Gesundheitssystem und die Ausgaben übersteigen den EU-Durchschnitt um 1 000 EUR pro Kopf



Quellen: OECD-Gesundheitsstatistik, Eurostat-Datenbank, WHO-Datenbank „Global Health Expenditure“ (die Daten beziehen sich auf 2015).

Abbildung 7. Österreich hat eine relative hohe Zahl an Ärzten



Anmerkung: In Portugal und Griechenland beziehen sich die Daten auf alle Ärzte, die eine Zulassung haben, was zu einer großen Überschätzung der Anzahl der praktizierenden Ärzte führt (z. B. ungefähr 30% in Portugal). In Österreich und Griechenland wird die Anzahl der Krankenpfleger unterschätzt, da nur im Krankenhaus tätige Pfleger berücksichtigt werden.

Quelle: Eurostat-Datenbank.

Die Sozialversicherungsträger sind die Hauptquelle für die Finanzierung und trugen 44,8% der laufenden Gesundheitsausgaben im Jahr 2015 bei. Der Versicherungsschutz ist flächendeckend und wird automatisch nach dem Ort der Beschäftigung bestimmt. Die Beiträge zur Krankenversicherung sind im Allgemeinen auf 7,65% des Bruttoeinkommens festgelegt (und werden zwischen Arbeitnehmern und -gebern aufgeteilt). Es gibt keinen Wettbewerb zwischen den Krankenkassen. Alle Kassen decken weitgehend dieselben Leistungen ab, auch wenn es nach wie vor einige Unterschiede gibt.

Die Versicherungsträger bezahlen für die ambulante Versorgung durch Vertragsärzte und nutzen dabei eine Mischung aus kontaktabhängiger Pauschale und Einzelleistungsvergütung. Patienten können auch zu Wahlärzten gehen. In diesem Fall bekommen sie allerdings nur 80% der Kosten erstattet die bei vertraglich gebundener Versorgung anfallen würden. Die Zahlungen für die nicht vertraglich gebundene Versorgung machen einen großen Anteil der Zahlungen privater Haushalte aus.

Der Anteil der direkten öffentlichen Ausgaben – vorwiegend im Zusammenhang mit Beiträgen der Länder zur Finanzierung der stationären Versorgung – ist mit der Zeit langsam gestiegen. Österreich wendet mehr als ein Drittel seiner Gesundheitsausgaben für die stationäre Versorgung auf – ein Anteil, der nur in Griechenland und Polen höher ist. Im Jahr 2005 ist in jeder Region ein Landesgesundheitsfonds eingerichtet worden, in dem Ressourcen des Bundes, der Länder und der Sozialversicherungsträger gebündelt werden. Seitdem zahlen die

Landesgesundheitsfonds für die durch öffentliche und gemeinnützige Krankenhäuser erbrachte stationäre Versorgung auf Grundlage einer österreichischen Version von diagnoseabhängigen Fallgruppen (Diagnosis Related Groups).

Ein großer Krankensektor und die zweithöchste Zahl an Ärzten in der EU

Österreich hat einen sehr großen Krankensektor. Trotz offizieller Pläne zur Reduzierung der Zahl der Krankenhausbetten bleibt die Quote der Betten pro Einwohner die zweithöchste in der EU nach Deutschland. Die Bettenzahl ist seit 2000 um lediglich 5% verringert worden, während Länder wie Finnland oder Dänemark im selben Zeitraum eine Verringerung von ungefähr 40% vornahmen. Die Dichte medizinischer Geräte (CT, MRT, PET-Scanner) liegt in Österreich ebenfalls über dem Durchschnitt, ist aber vorwiegend auf Krankenhäuser konzentriert.

Österreich weist hinter Griechenland die zweithöchste Zahl an Ärzten pro Einwohnern in der EU auf (Abbildung 7). Es hat auch vergleichsweise viele Medizinstudenten ausgebildet, was die steigende Zahl der Ärzte erklärt – von 3,9 auf 5,1 praktizierende Ärzte pro 1 000 Einwohner zwischen 2000 und 2015. Dennoch verzeichnete Österreich in den letzten Jahren einen erheblichen Rückgang an Medizinabsolventen, was auf die im Jahr 2006 eingeführte Quote für Studenten im ersten Jahr zurückzuführen ist. Außerdem arbeiten nur 15% aller Ärzte als Allgemeinärzte in privaten Praxen, da die meisten Ärzte in Krankenhäusern und/oder als Fachärzte arbeiten.

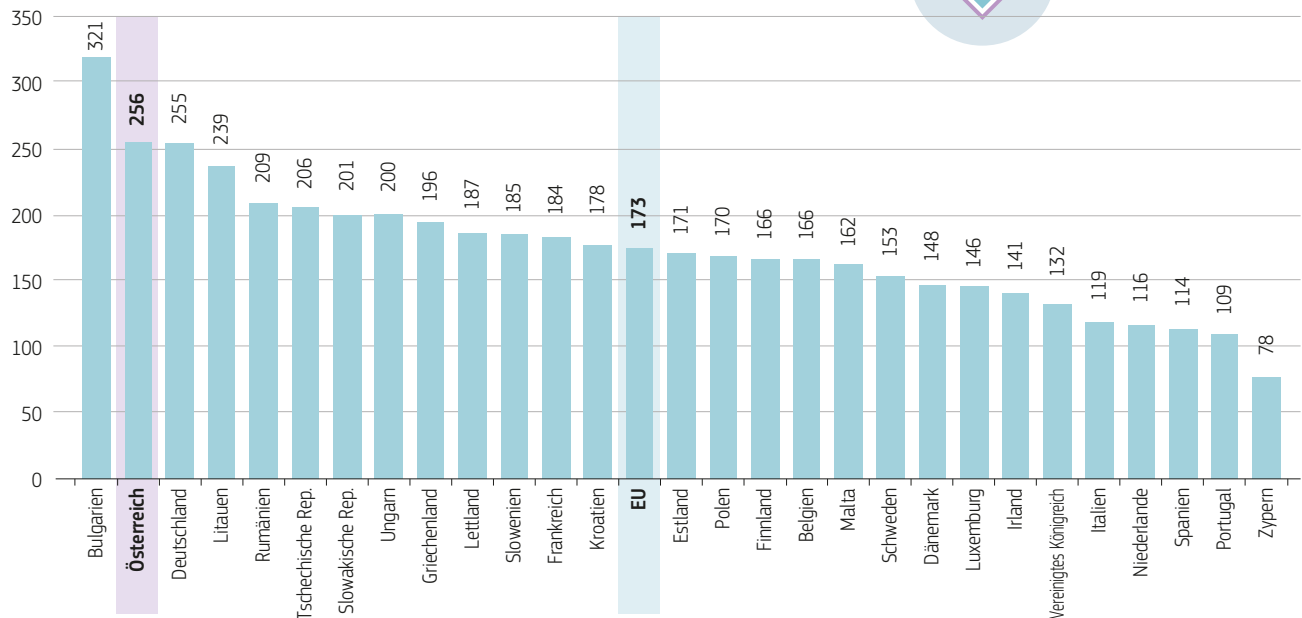
Freie Arztwahl und Abwesenheit von Gatekeeping tragen zu einer hohen Krankenhausaktivität bei

Patienten in Österreich profitieren von freier Arztwahl und einem uneingeschränkten Zugang zu allen Ebenen der Versorgung (Allgemeinärzte, Fachärzte und Krankenhäuser). Sie können nicht nur zu Vertragsärzten, sondern auch zu Wahlärzten gehen, wobei die Zahl letzterer in den letzten Jahren stetig zugenommen hat. Dennoch kann dies zu sozialen und regionalen Ungleichheiten beitragen (siehe Abschnitt 5.2).

Ein Hauptziel der aktuellen Gesundheitsreformen ist die Stärkung des vergleichsweise schwachen Primärversorgungssystems (Kringos et al., 2013). Zudem werden Anstrengungen zur Verbesserung der Koordinierung unternommen, indem Disease-Management-Programme eingeführt wurden; anders als in Deutschland, sind diese jedoch bisher auf Patienten mit Diabetes beschränkt. Krankheitsprävention bleibt weiterhin unterfinanziert: Auf sie entfielen im Jahr 2015 nur 2,2% der Gesundheitsausgaben – das sind lediglich zwei Drittel dessen, was die EU-Länder im Durchschnitt für Präventionsleistungen ausgeben (3,1%).

Abbildung 8. Österreich weist die zweithöchste Rate an Krankenhausentlassungen in der EU auf

Krankenhausentlassungen
pro 1 000 Einwohner



Quellen: OECD-Gesundheitsstatistik, Eurostat-Datenbank (die Daten beziehen sich auf 2015 oder das nächstgelegene Jahr).

Österreich zeichnet sich durch eine sehr hohe Aktivität bei der stationären Versorgung aus. Nach Bulgarien hat Österreich die zweithöchste Zahl an Krankenhausentlassungen in der EU (Abbildung 8), auch wenn die Zahl seit 2008 stetig abnimmt. Mehr als einer von vier Österreichern wird jedes Jahr aus einem Krankenhaus entlassen (256 Entlassungen pro 1 000 Einwohner). Außerdem weist Österreich die höchste Zahl an Kniegelenkersatzoperationen sowie die zweithöchste Zahl an Hüftersatzoperationen in der EU auf.



5 Leistung des Gesundheitssystems

5.1 WIRKSAMKEIT

Die vermeidbare Sterblichkeit ist im Durchschnitt geringer als in der EU

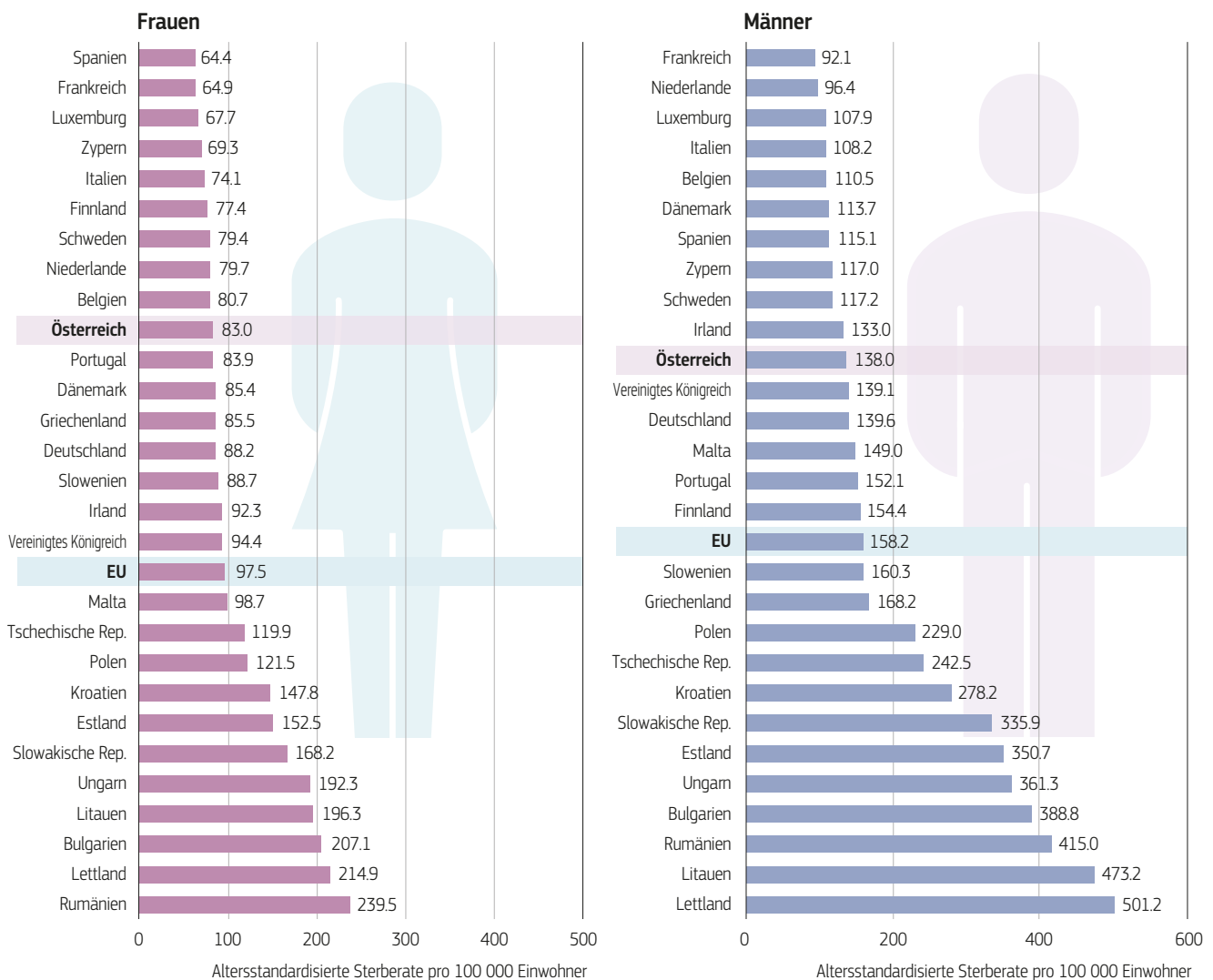
Die vermeidbare Sterblichkeit bezieht sich auf Sterbefälle, die durch rechtzeitige und wirksame medizinische Versorgung (exklusive Präventionsleistungen) hätte verhindert werden können und ist ein Hinweis auf die Wirksamkeit des Gesundheitssystems. Im Jahr 2014 war die vermeidbare Sterblichkeit in Österreich sowohl für Frauen als auch für Männer geringer als in vielen anderen EU-Ländern. Damit lag Österreich aber immer noch hinter Frankreich, Spanien und Italien, die die geringste Sterblichkeit aufwiesen (Abbildung 9). Ischämische Herzkrankheiten machten 39% der 8 300 Sterbefälle aus, die als durch Behandlung

vermeidbar angesehen wurden. Andere vermeidbare Sterbefälle entfielen auf Schlaganfall (11,5% des Gesamtwerts), Dickdarmkrebs (11,5%) und Brustkrebs (9,5%).

Die Qualität der Akutversorgung hat sich verbessert

Österreich schneidet bei der Akutversorgung von Patienten, die nach einem Schlaganfall ins Krankenhaus eingewiesen werden, überdurchschnittlich gut ab: Hier überlebt ein prozentual höherer Anteil der Patienten diesen lebensbedrohlichen Zustand als in den meisten anderen EU-Ländern. Andererseits scheint die Leistung bei der Akutversorgung von Patienten mit Herzinfarkt weniger gut zu sein. In diesem Fall liegen die Fatalitätsraten leicht über dem EU-Durchschnitt – auch wenn im letzten Jahrzehnt erhebliche Fortschritte erzielt wurden (Abbildung 10).

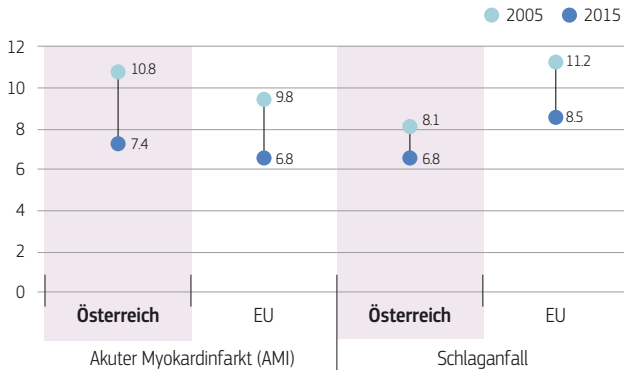
Abbildung 9. Österreich hat eine geringere vermeidbare Sterblichkeit als der EU-Durchschnitt, liegt aber hinter den besten Ländern zurück



Quelle: Eurostat-Datenbank (die Daten beziehen sich auf 2014).

Abbildung 10. Die Fatalitätsraten nach Herzinfarkt und Schlaganfall bei stationären Aufenthalten haben in Österreich abgenommen

Alters- und geschlechtsstandardisierte Sterberate pro 100 Patienten ab 45 Jahren



Anmerkung: Der EU-Durchschnitt beruht auf 18 Ländern mit verfügbaren Daten für 2005 und 2015 oder das nächstgelegene Jahr.

Quelle: OECD-Gesundheitsstatistik.

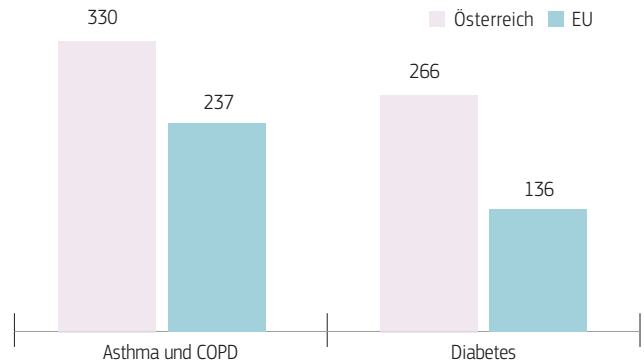
Trotz überdurchschnittlich hoher Quoten bei Vorsorgeuntersuchungen für Brustkrebs und Gebärmutterhalskrebs liegen die Überlebenschancen von Frauen, bei denen diese Krebsarten diagnostiziert werden, nur ungefähr im EU-Durchschnitt (OECD/EU, 2016). Dies lässt darauf schließen, dass die Wirksamkeit der Behandlungen bei diesen Krebserkrankungen verbessert werden könnte. Andererseits weist Österreich eine der höchsten Überlebensraten von Menschen mit diagnostiziertem Dickdarmkrebs auf.

Die hohe Zahl an vermeidbaren Krankenhauseinweisungen lässt auf Verbesserungspotenzial in der Primärversorgung schließen

Die hohe Zahl der Krankenhauseinweisungen bei chronischen Erkrankungen, einschließlich Asthma und chronisch obstruktiver Lungenerkrankung (COPD) sowie Diabetes, legen nahe, dass die Wirksamkeit der Primärversorgung verbessert werden könnte (Abbildung 11). Solche chronischen Erkrankungen können normalerweise vom Hausarzt in der Primärversorgung behandelt werden, ohne dass eine Krankenhauseinweisung erforderlich ist. Eine verbesserte Versorgungskontinuität ist bei einer wachsenden Zahl an Menschen, die mit einer oder mehreren chronischen Erkrankungen leben, von zunehmender Bedeutung: Einerseits für die Verbesserung von Qualität und Behandlungsergebnissen, andererseits für die Kostenkontrolle.

Die Stärkung der Primärversorgung bleibt eine Priorität der österreichischen Gesundheitspolitik und ist eines der Hauptziele des Gesundheitsreformpakets 2017. Die Reform zielt darauf ab, die Primärversorgungskapazität durch Einrichtung neuer multidisziplinärer Primärversorgungseinheiten zu erweitern. Diese sollen entweder in Form von Primärversorgungszentren an einem einzelnen Standort oder als Netzwerk von medizinischem Fachpersonal über mehrere Standorte hinweg eingerichtet werden.

Abbildung 11. Österreich weist sehr hohe Raten an vermeidbaren Krankenhauseinweisungen aufgrund chronischer Erkrankungen auf



Anmerkung: Die Daten beziehen sich auf nach Alter und Geschlecht standardisierte Raten pro 100 000 Einwohner.

Quelle: OECD-Gesundheitsstatistik (die Daten beziehen sich auf 2015).

Die Reform sieht die Schaffung von mindestens 75 solcher Primärversorgungseinheiten bis 2021 vor. Für diesen Zweck sind 200 Millionen EUR bereitgestellt. Die multidisziplinären Einheiten sollen mindestens ein Kernteam aus Allgemeinärzten und qualifizierten Krankenpflegern umfassen, können aber auch Kinderärzte und andere Fachkräfte des Gesundheits- und Sozialwesens einbeziehen, wie z. B. Physiotherapeuten oder Sozialarbeiter. Die Reform zielt außerdem darauf ab, den Zugang zur Primärversorgung zu verbessern. Längere Öffnungszeiten, insbesondere abends und am Wochenende, sollen zu einer Entlastung der Krankenhausambulanzen führen (BMGF, 2017).

Maßnahmen zur Krebsfrüherkennung sind etabliert, doch Lücken bei der Durchimpfungsrate bleiben bestehen

Österreich stellt einen guten Zugang zur Krebsfrüherkennung sicher. Die Vorsorgeuntersuchungsraten für Brustkrebs liegen deutlich über dem EU-Durchschnitt. Fast drei Viertel aller Frauen im Alter zwischen 50 und 69 Jahren geben an, dass sie in den letzten drei Jahren einer Mammographie unterzogen worden sind.⁶ Auch bei der Früherkennung von Gebärmutterhalskrebs ist Österreich vorne mit dabei. Fast neun von zehn Frauen zwischen 20 und 69 Jahren hatten in den letzten drei Jahren eine Vorsorgeuntersuchung – eine der höchsten Quoten unter den EU-Ländern. Zudem ist eine kostenfreie Impfung gegen das Humane Papilloma-Virus zur Vorbeugung von Gebärmutterhalskrebs 2014 in das öffentlich finanzierte Schulimmunisierungsprogramm aufgenommen worden.

6. Dieser Anteil berücksichtigt noch nicht das organisierte Brustkrebs-Früherkennungsprogramm, das 2014 gestartet wurde, um das ehemalige „opportunistische“ Früherkennungssystem zu ersetzen, in dessen Rahmen Frauen noch eine Überweisung ihres Arztes benötigen, um ein Mammographie-Screening zu erhalten.

Trotz bestehender Kinderimpfprogramme bestehen weiterhin einige Lücken bei der Durchimpfungsrate, wodurch ungeimpfte Bevölkerungsgruppen anfällig für Infektionskrankheiten bleiben. Im Jahr 2014 hob Österreich die Altersbeschränkung für die kostenfreie Masernimpfung auf und startete eine Aufklärungskampagne, um die Inanspruchnahme zu steigern. Dennoch meldete Österreich 300 Masernfälle im Jahr 2015, was einer Rate von 35,3 Fällen pro einer Million Einwohnern entspricht – die zweithöchste unter den EU-Ländern nach Kroatien (ECDC, 2016). Nach einem Rückgang der gemeldeten Fälle dokumentierte das nationale Meldesystem 79 Masernfälle in der ersten Hälfte des Jahres 2017 – mehr als im gesamten Zeitraum 2016.

Österreich hat eine relativ geringe Grippe-Durchimpfungsrate unter älteren Menschen. Auch wenn eine Grippe-Impfung empfohlen und deren Inanspruchnahme typischerweise von der öffentlichen Hand bezuschusst wird, wird sie im Allgemeinen nicht kostenfrei bereitgestellt. Im Jahr 2014 wurden nur ungefähr 20% der über 65-Jährigen gegen Grippe geimpft, im Vergleich zu mehr als 70% in den Niederlanden und im Vereinigten Königreich – beide Ländern bieten die Grippe-Impfung für ältere Menschen kostenfrei an.

Verschiedene Maßnahmen zielen darauf ab, verhaltensbedingten Risikofaktoren in Verbindung mit vermeidbaren Sterbefällen Rechnung zu tragen

Die durch Präventionsleistungen vermeidbare Sterblichkeit ist ein wichtiger Indikator für die Wirksamkeit der sektorübergreifenden öffentlichen Gesundheitspolitik. Sie bezieht sich auf Sterbefälle, die durch Maßnahmen im Bereich der öffentlichen Gesundheit, die sich auf allgemeinere Gesundheitsfaktoren (z. B. verhaltensbedingte Faktoren und den Lebensstil) konzentrieren, hätten vermieden werden können. Die Rate an durch Präventionsleistungen vermeidbaren Sterbefällen in Österreich liegt im EU-Durchschnitt, aber verhaltensbedingte Risiken – wie der relativ hohe Tabak- sowie Alkoholkonsum und die zunehmende Fettleibigkeit – sind ernste Probleme der öffentlichen Gesundheit (siehe Abschnitt 3). Kürzlich ist eine Reihe von Maßnahmen eingeführt worden, um einigen dieser Probleme Rechnung zu tragen.

Rauchen ist der Hauptrisikofaktor für Lungenkrebs. Obwohl die Sterblichkeit durch Lungenkrebs in Österreich niedriger ist als in vielen anderen EU-Ländern, bleibt sie nach Herz-Kreislauf-Erkrankungen die Hauptursache für Todesfälle (siehe Abschnitt 2). Auch wenn eine umfassende Strategie zum Nichtraucherschutz im Vergleich zu anderen Ländern relativ spät eingeführt wurde, hat Österreich in den letzten Jahren eine Reihe von Maßnahmen gesetzt, einschließlich eines Rauchverbots in öffentlichen Räumen (siehe Kasten 1). Zudem veröffentlichte Österreich 2016 seine erste Suchtpräventionsstrategie – die illegale und legale Drogen, einschließlich Tabak und Alkohol beinhaltet – und legte damit den Grundstein für die Ausrichtung der Suchtpolitik in den nächsten Jahren.

Österreich ist immer noch eines der EU-Länder mit den niedrigsten Raten an Übergewicht und Fettleibigkeit sowohl unter Kindern als auch Erwachsenen, auch wenn die Raten in den letzten 15 Jahren erheblich

KASTEN 1. POLITIKÄNDERUNGEN ZUM NICHTRAUCHERSCHUTZ IN ÖSTERREICH

Das Tabakgesetz von 1995 wurde 2004 ergänzt, indem das bestehende Rauchverbot auf „Räume öffentlicher Orte“ ausgeweitet wurde, sowie ein weitreichendes Verbot zur Werbung für Tabakprodukte eingeführt wurde. Die Novelle zum Tabakgesetz von 2008 erweiterte den Nichtraucherschutz auf die bis dahin ausgenommene Gastronomie, erlaubt aber nach wie vor das Rauchen in separaten Räumen oder wenn die Raumfläche der Örtlichkeit unter einer bestimmten Grenze liegt.

Im Jahr 2015 wurde das Tabakgesetz ein weiteres Mal geändert, um nun ein umfassendes Rauchverbot in der Gastronomie einzuführen, das am 1. Mai 2018 in Kraft tritt. Im Mai 2016 ist zudem die EU-Richtlinie 2014/40/EU zu Tabakerzeugnissen in Kraft getreten – sie verbietet aromatisierte Zigaretten, verpflichtet zu größeren Warnhinweisen auf den Verpackungen und führt Sicherheits-, Qualitäts- und Verpackungsvorschriften in Bezug auf elektronische Zigaretten ein.

gestiegen sind (siehe Abschnitt 3). Diese Entwicklung trägt langfristig möglicherweise zu einer erhöhten Sterblichkeit aufgrund von Herz-Kreislauf-Erkrankungen und anderen Gesundheitsproblemen bei.

Als Reaktion auf diese Trends entwickelte Österreich den Nationalen Aktionsplan Ernährung, welcher 2011 verabschiedet und 2012 und 2013 aktualisiert wurde und auf eine Verringerung von Fehl-, Über- und Mangelernährung sowie auf eine Trendumkehr der steigenden Übergewichts- und Fettleibigkeitszahlen bis 2020 abzielt. Der Aktionsplan legt Ziele sowie Strategien fest und dokumentiert die laufenden und geplanten Maßnahmen der österreichischen Ernährungspolitik. Er wurde 2013 durch den Nationalen Aktionsplan Bewegung ergänzt, der Ziele für bestimmte Bevölkerungsgruppen festlegt und Empfehlungen über mögliche Maßnahmen zur Erhöhung der körperlichen Aktivität ausspricht.

5.2 ZUGANG

Österreich hat unter den EU-Ländern den niedrigsten Anteil an Menschen mit ungedecktem Behandlungsbedarf

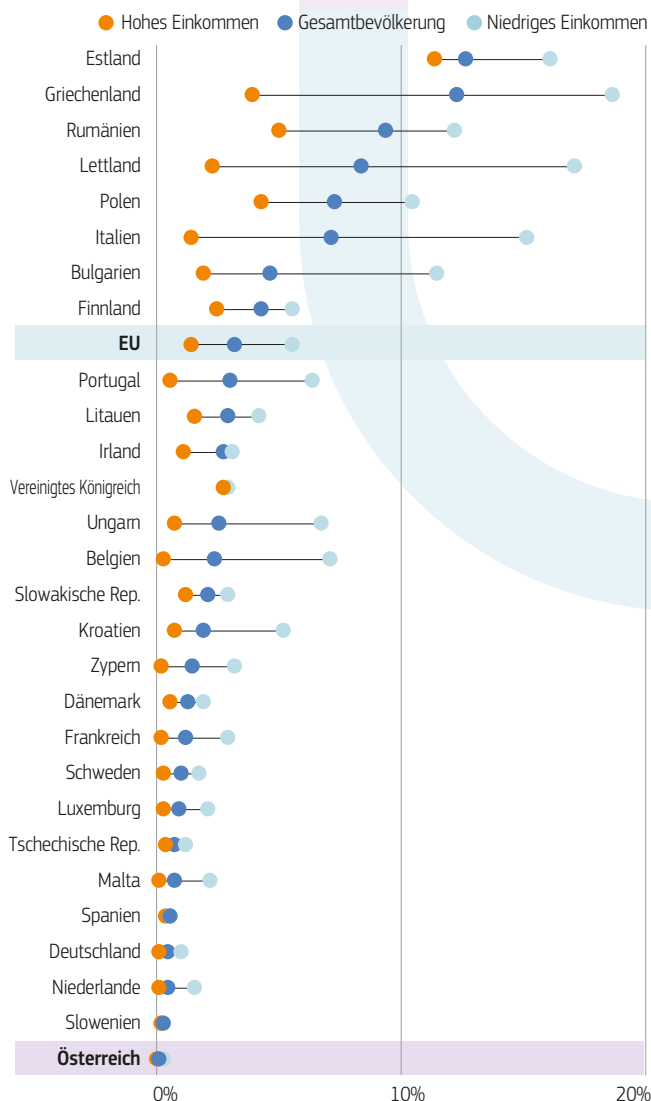
Das österreichische Gesundheitssystem gewährleistet einen niederschweligen Zugang zur Gesundheitsversorgung. Der Anteil der Bevölkerung, der auf eine medizinische Untersuchung oder Behandlung aus finanziellen Gründen, aufgrund von Wartezeiten oder wegen langer Anfahrtswege verzichtet, ist der geringste in der EU und weist nur sehr kleine Unterschiede zwischen den Einkommensquintilen auf (Abbildung 12).

Das Gesundheitssystem bietet eine nahezu flächendeckende Abdeckung: 99,9% der österreichischen Bevölkerung waren 2015 durch die gesetzliche Krankenversicherung gegen das finanzielle Risiko bei Erkrankung abgesichert. Dies umfasst beitragsfrei mitversicherte Angehörige sowie Personen mit Wohnsitz in Österreich, die nicht von der

Pflichtversicherung erfasst sind, sich aber freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung selbstversichern.

Dennoch bleiben einige Einwohner unversichert. Der Hauptgrund dafür sind eine fehlende Versicherungspflicht trotz Beschäftigung (z. B. Menschen in geringfügiger Beschäftigung die für keine Selbstversicherung aufkommen), Arbeitslosigkeit ohne Anspruch auf Arbeitslosengeld, Verlust der beitragsfreien Mitversicherung (z. B. nach Scheidung oder bei Überschreiten eines bestimmten Alters) oder Fehlen eines rechtmäßigen Aufenthaltstitels (z. B. irreguläre Migranten) (LBI-HTA, 2012).

Abbildung 12. Die Einwohner Österreichs vermelden den geringsten ungedeckten medizinischen Behandlungsbedarf in der EU



Anmerkung: Die Daten beziehen sich auf ungedeckten Bedarf an medizinischen Untersuchungen oder Behandlungen aufgrund von Kosten, Anfahrtswegen oder Wartezeiten. Beim Vergleich dieser Daten über Länder hinweg ist Vorsicht geboten, da es bei den eingesetzten Erhebungsinstrumenten einige Unterschiede gibt.

Quelle: Eurostat-Datenbank auf der Grundlage der EU-SILC (die Daten beziehen sich auf 2015).

Im Jahr 2010 wurde das vormals bestehende Sozialhilfesystem durch die bedarfsorientierte Mindestsicherung ersetzt und führte die Begünstigten dieser Sozialleistung in das gesetzliche Krankenversicherungssystem und gewährte ihnen so Zugang zu allen gesetzlichen Leistungen. Asylwerber sind von der gesetzlichen Krankenversicherung gedeckt, wobei die Beiträge entweder aus Bundesmitteln oder vom zuständigen Land gezahlt werden.

Die gesetzliche Krankenversicherung deckt ein breites Leistungsspektrum ab, allerdings bestehen Unterschiede zwischen den Versicherungsträgern

Das Leistungsspektrum der österreichischen gesetzlichen Krankenversicherung ist breit und deckt den Großteil des üblichen medizinischen Bedarfs ab. Das Leitprinzip des Systems ist, dass die Erbringung der Behandlung ausreichend und angemessen sein muss, aber das Notwendige nicht übersteigen sollte. Außer in Bezug auf Arzneimittel gibt es keine ausdrücklichen Positivlisten, die ausführen, welche Leistungen oder Produkte von der Versicherung gedeckt werden müssen. Auch Negativlisten existieren nicht. Seit Juli 2015 deckt die gesetzliche Krankenversicherung auch Zahnspangen für Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren im Falle von schweren Zahnfehlstellungen ab.

Was die Leistungsabdeckung betrifft, gibt es Unterschiede zwischen den Sozialversicherungsträgern, allerdings vorwiegend in Bezug auf Bestimmungen zu privaten Zuzahlungen. Insbesondere die Krankenkassen für Beamte, Selbstständige, Landwirte sowie Berg- und Bahnarbeiter haben Bestimmungen für private Zuzahlungen in Bezug auf alle Arten von medizinischer Versorgung und unterscheiden sich insofern von den durch das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz (ASVG) abgedeckten Kassen. Letztere weisen eher weniger Bestimmungen für private Zuzahlungen auf – nahezu 80% der Bevölkerung sind in Kassen des ASVG versichert.

Umfassender finanzieller Schutz trotz relativ hoher Zahlungen privater Haushalte

Obwohl das Niveau der Zahlungen privater Haushalte in Österreich (18% der Gesundheitsausgaben) nur leicht über dem EU-Durchschnitt (15%) liegt, ist es relativ hoch im Vergleich zu den meisten anderen EU-Ländern mit hohem Einkommen, wie z. B. Dänemark (14%), Deutschland (13%) und den Niederlanden (12%). Dies scheint in Österreich allerdings nicht zu einem erhöhten ungedeckten medizinischen Behandlungsbedarf (Abbildung 12) oder finanziellen Notlagen zu führen. Der finanzielle Schutz scheint im Vergleich zu anderen EU-Ländern gut zu sein, was auch durch den relativ geringen Anteil an Haushalten mit katastrophal hohen privaten Zahlungen (ungefähr 2%) bestätigt wird.⁷

Österreich gewährleistet den Zugang zur Gesundheitsversorgung und Schutz vor übermäßigen Ausgaben durch zahlreiche Befreiungen von privaten Zuzahlungen. So sind beispielsweise benachteiligte Bevölkerungsgruppen

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

und Menschen mit einem Einkommen unter einer bestimmten Grenze von den Rezeptgebühren ausgenommen. Dies beinhaltet z. B. Patienten mit meldepflichtigen Infektionserkrankungen (z. B. Hepatitis, HIV/AIDS), Asylwerber und Empfänger von bestimmten Sozialleistungen (z. B. Pensionisten die eine Ausgleichzulage erhalten). Befreiungen von den Rezeptgebühren bedeuten auch den automatischen Anspruch auf eine Reihe anderer Befreiungen, wie z. B. Zuzahlungen für Krankenhausaufenthalte oder das jährliche Service-Entgelt für die Sozialversicherungsschipkarte, die Zugang zu den Gesundheitsleistungen gewährt („e-card“).

Die Einführung einer Obergrenze bei den Rezeptgebühren für alle versicherten Personen im Jahr 2008 hat die manchmal beträchtliche finanzielle Belastung durch solche Gebühren begrenzt. Personen, bei denen die Ausgaben für die Rezeptgebühren mehr als 2% ihres jährlichen Nettoeinkommens erreicht haben, sind für den Rest des Kalenderjahres von der Zahlung der Gebühr befreit. Zudem wurden die Zuzahlungen für Krankenhausaufenthalte von Kindern durch das Gesundheitsreformpaket 2017 abgeschafft.

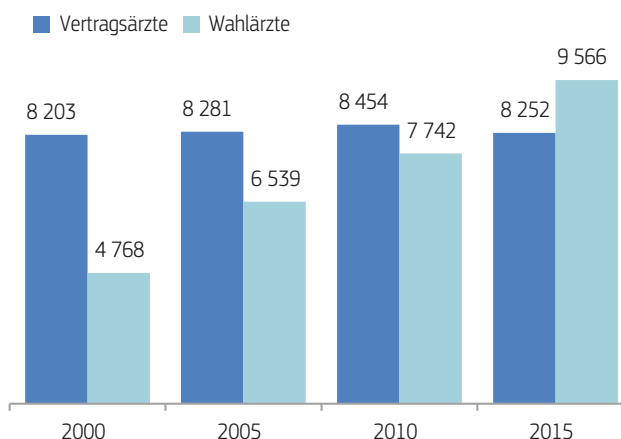
Die stagnierende Zahl von Vertragsärzten trägt zu sozialen und regionalen Ungleichheiten bei

Die Zahl der niedergelassenen Ärzte, die in einem Vertragsverhältnis mit einem oder mehreren Sozialversicherungsträgern stehen, stagniert (Abbildung 13). Der Anstieg bei der Zahl der niedergelassenen Ärzte seit 2000 wurde vorwiegend von Wahlärzten angetrieben. Insgesamt verbringen Wahlärzte im Vergleich zu Vertragsärzten sehr viel weniger ihrer Zeit mit der Erbringung von ambulanter Versorgung, da sie ihre Privatpraxen meist nur neben einer unselbstständigen Tätigkeit in anderen Bereichen (z. B. in Krankenhäusern) betreiben. Dennoch konnte in den letzten Jahren neben ihrer stetig steigenden Zahl auch ein Anstieg bei der Aktivität von Wahlärzten in der ambulanten Versorgung beobachtet werden.

Diese Entwicklung kann zu sozialen Ungleichheiten beitragen. Da die Honorare für Allgemeinärzte und Fachärzte ohne Kassenvertrag größtenteils unreguliert sind und nur teilweise von den Krankenkassen übernommen werden (siehe Abschnitt 4), beruht der Zugang zur ambulanten Versorgung zunehmend auf der Zahlungsfähigkeit statt auf dem medizinischen Bedarf. Dies kann auch zu Unterschieden zwischen den Bundesländern und zwischen städtischen und ländlichen Gebieten führen. Wahlärzte können ihren Standort frei wählen, wohingegen die geografische Verteilung von Vertragsärzten durch ortsgebundene Stellenpläne festgelegt wird, die zwischen den regionalen Krankenversicherungsträgern und den regionalen Ärztekammern ausgehandelt werden.

Die Dichte der Allgemeinärzte mit Kassenvertrag ist momentan in ganz Österreich ausgewogen, allerdings gibt es bei Fachärzten mit Kassenvertrag stärker ausgeprägte Unterschiede. So besteht zwischen den beiden Ländern mit der höchsten bzw. niedrigsten Dichte an Vertragsneurologen und Vertragspsychiatern beispielsweise ein 2,5-facher Unterschied. In ähnlicher Weise zeigt sich bei der Dichte von Radiologen mit Kassenvertrag zwischen den Ländern ein Unterschied um den Faktor drei.

Abbildung 13. Die Zahl der niedergelassenen Ärzte mit Kassenvertrag stagniert



Quellen: Österreichische Presseagentur, Österreichische Ärztekammer.

5.3 ANPASSUNGSFÄHIGKEIT⁸

Alterndes Personal im Gesundheitsbereich schafft zusätzliche Herausforderungen bei der Erbringung der ambulanten Versorgung

Bedenken hinsichtlich sozialer und regionaler Ungleichheiten, die sich aus dem stagnierenden Angebot an Vertragsärzten im niedergelassenen Bereich ergeben, werden sich durch die ungünstige Altersstruktur dieser Ärzte wahrscheinlich noch verschärfen. Beinahe sechs von zehn Vertragsärzten sind mindestens 55 Jahre alt und werden in den nächsten 10 bis 15 Jahren in den Ruhestand treten (Abbildung 14).

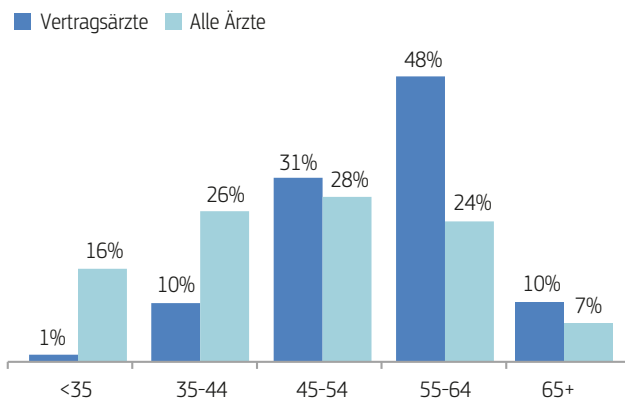
Um den Zugang und die Wirksamkeit des Gesundheitssystems aufrechtzuerhalten, ist die Sicherstellung einer ausreichenden Zahl an Gesundheitspersonal mit dem richtigen Qualifikationsmix wichtig. Dies gilt insbesondere im Kontext einer alternden Bevölkerung mit zunehmend komplexen Gesundheitsbedürfnissen. Die jüngsten Bemühungen zur Erweiterung der Kapazitäten in der Primärversorgung könnten eine positive Rolle in der Bewältigung dieser Herausforderung spielen. Die Entwicklung von multidisziplinären Primärversorgungseinheiten könnte die von traditionellen, in Einzelpraxen arbeitenden Ärzten erbrachte ambulante Versorgung ergänzen.

Ein zunehmender Ausgabendruck stellt Risiken für die finanzielle Nachhaltigkeit dar

Die alternde Bevölkerung wird mittel- und langfristig Druck auf die finanzielle Nachhaltigkeit des österreichischen Gesundheitssystems ausüben. Die öffentlichen Ausgaben für Gesundheit und Langzeitpflege werden in den kommenden Jahrzehnten erwartungsgemäß beträchtlich zunehmen. Gleichzeitig wird der Anteil der Bevölkerung im Erwerbsalter, der zur Finanzierung dieser öffentlichen Ausgaben beiträgt, durch die Alterung

8. Die Anpassungsfähigkeit bezieht sich auf die Fähigkeit von Gesundheitssystemen, sich wirksam an sich verändernde Umgebungen, plötzliche Schocks oder Krisen anzupassen.

Abbildung 14. Sechs von zehn Vertragsärzten in Österreich sind mindestens 55 Jahre alt



Anmerkung: Die Daten für Vertragsärzte beziehen sich auf Ärzte, die zum 31. Dezember 2014 einen Vertrag mit einer Gebietskrankenkasse hatten.

Quellen: HVSV 2017, OECD-Gesundheitsstatistik (die Daten beziehen sich auf 2014).

verringert. Der Bericht über die demografische Alterung 2015 (Europäische Kommission und Ausschuss für Wirtschaftspolitik, 2015) prognostiziert zwischen 2013 und 2060 einen Anstieg der öffentlichen Ausgaben für Gesundheit und Langzeitpflege um jeweils 1,3 Prozent des BIP. Dies liegt über dem für die EU durchschnittlich prognostizierten Anstieg für Gesundheit (0,9 Prozentpunkte) und Langzeitpflege (1,1 Prozentpunkte).

Um diesem Problem zu begegnen, wurde mit der Gesundheitsreform 2013 eine Obergrenze für öffentliche Gesundheitsausgaben eingeführt. Die Reform hat das nominale Wachstum der öffentlichen Gesundheitsausgaben im Jahr 2012 auf 4,5% begrenzt und bis 2016 schrittweise auf 3,6% reduziert, um es mit dem prognostizierten durchschnittlichen jährlichen Wachstum des BIP in Einklang zu bringen. Auch wenn diese finanziellen Ziele erreicht wurden, sind sie für ihren mangelnden Ehrgeiz kritisiert worden (Rechnungshof, 2013).

Das Gesundheitsreformpaket 2017 weitet die Bemühungen zur Eindämmung der Ausgaben auf den Zeitraum von 2017 bis 2021 aus und führt strengere finanzielle Ziele ein. Dabei soll die Obergrenze für den Anstieg der öffentlichen Gesundheitsausgaben schrittweise von 3,6% im Jahr 2017 auf 3,2% im Jahr 2021 verringert werden. Auch wenn diese Ausgabendeckelung dazu beitragen kann, die öffentlichen Ausgaben einzudämmen, bleibt die Aufrechterhaltung der finanziellen Nachhaltigkeit des österreichischen Gesundheitssystems eine Herausforderung. Die Prognosen der Europäischen Kommission deuten auf einen überdurchschnittlichen Anstieg der öffentlichen Ausgaben hin, obwohl im gleichen Zeitraum geringere Wachstumsraten für die Gesundheitsausgaben angenommen werden (Europäische Kommission, 2017).

Es gibt Raum für Effizienzsteigerungen, insbesondere durch Verringerung der Aktivität in Krankenhäusern

Angesichts der Bedenken zur finanziellen Nachhaltigkeit ist eine Steigerung der Effizienz des österreichischen Gesundheitssystems besonders wichtig. Auch wenn das österreichische Gesundheitssystem in Bezug auf Lebenserwartung und vermeidbare Sterblichkeit bessere Leistungen erbringt als der EU-Durchschnitt, erzielen viele Länder ähnliche oder bessere Ergebnisse bei geringeren Pro-Kopf-Kosten. Die hohe Zahl der vermeidbaren Krankenhauseinweisungen (siehe Abschnitt 5.1) und die Ungleichgewichte bei der Ressourcenzuweisung zwischen Krankenhäusern und dem Primärversorgungssektor (siehe Abschnitt 4) weisen insbesondere auf einen Spielraum für Effizienzsteigerungen hin.

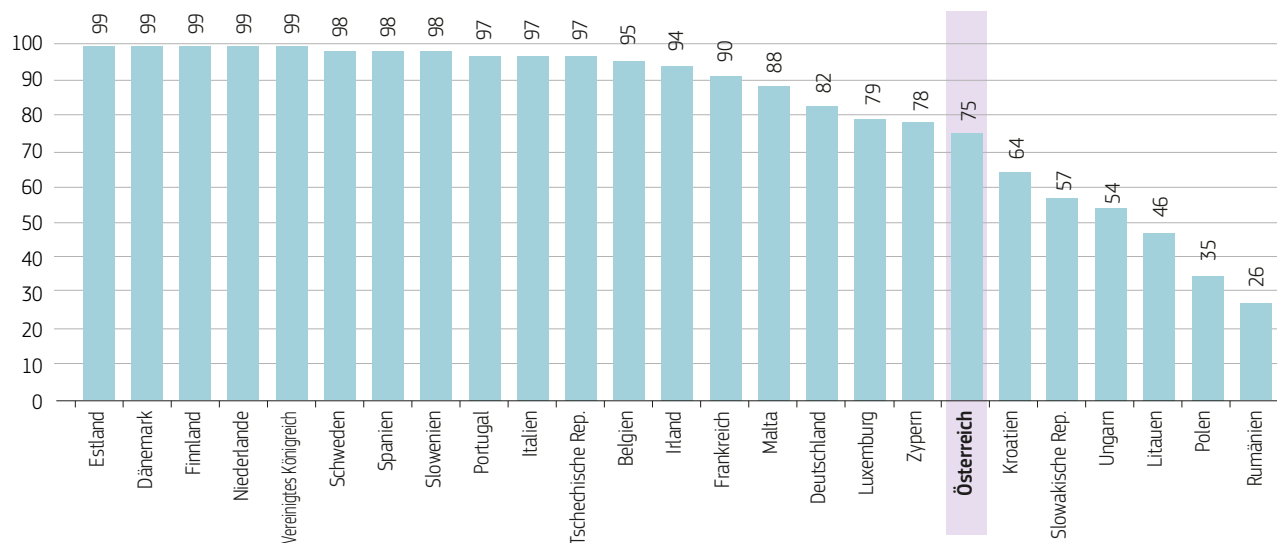
Eine bessere Behandlung in der Primärversorgung kann einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes von Patienten mit chronischen Erkrankungen und somit unnötigen Krankenhauseinweisungen entgegenwirken. Eine Stärkung der Primärversorgung kann auch die Zahl der Selbsteinweisungen in Krankenhausambulanzen aufgrund leichter Beschwerden und Erkrankungen reduzieren. Kontinuierliche Unterstützung bei der Entwicklung von Disease-Management-Programmen für chronische Erkrankungen, wie z. B. das „TherapieAktiv“-Programm für Patienten mit Diabetes, sowie aktuelle Bemühungen zur Erweiterung der Primärversorgungskapazitäten (siehe Abschnitt 5.1) sind wichtige Schritte in Richtung besserer Leistung für die eingesetzten Mittel.

Außerdem gibt es in Österreich noch Spielraum, Behandlungen vom teuren stationären in den weniger kostenintensiven ambulanten Bereich zu verschieben. Beispielsweise ist der Anteil an ambulant durchgeführten Kataraktoperationen in Österreich seit 2000 rapide angestiegen, ist aber immer noch geringer als in den meisten anderen EU-Ländern (Abbildung 15). Zudem werden Tonsillektomien in Österreich praktisch gar nicht ambulant durchgeführt, während Länder wie Finnland (86%) und Schweden (73%) die Mehrzahl dieser Operationen im Jahr 2015 im ambulanten Rahmen durchführte.

Trotz Bemühungen zur Stärkung der Steuerung und der Koordination bleibt die Fragmentierung des Gesundheitssystems eine Herausforderung

Die Gesundheitsziele Österreich stellen den Handlungsrahmen für die österreichische Gesundheitspolitik im Allgemeinen und für den andauernden Gesundheitsreformprozess im Besonderen dar. Die Gesundheitsziele wurden 2012 verabschiedet, nachdem ein breiter partizipativer Prozess unter Beteiligung aller relevanten Interessenvertreter stattgefunden hatte sowie eine Online-Konsultation, bei der alle Interessierten aufgerufen waren, ihre Meinungen zu äußern. Die zehn Gesundheitsziele bleiben bis 2032 in Kraft und haben das übergreifende Ziel, die gesunde Lebenserwartung in diesem Zeitraum im Durchschnitt um zwei Jahre zu erhöhen. Die Ziele werden durch sektorenübergreifende Arbeitsgruppen umgesetzt, die Zwischenziele und konkrete Maßnahmen festlegen, und von einem Monitoringprozess begleitet (BMGF, 2016).

Abbildung 15. Der Anteil von ambulant durchgeführten Kataraktoperationen ist geringer als in den meisten anderen EU-Ländern



Quellen: Eurostat-Datenbank, OECD-Gesundheitsstatistik (die Daten beziehen sich auf 2015 oder das nächstgelegene Jahr).

Ein zentrales Ziel der Gesundheitsreform 2013 war die Verbesserung der Koordination und Kooperation zwischen den verschiedenen Akteuren im fragmentierten Gesundheitssystem. Die Reform führte durch eine vertragliche Vereinbarung zwischen dem Bund, den Ländern und den Sozialversicherungsträgern ein zielorientiertes Steuerungssystem ein („Zielsteuerungsverträge“). Für jeden der drei Steuerungsbereiche – Versorgungsstrukturen, Versorgungsprozesse und Ergebnisorientierung – legt der Vertrag strategische und operative Ziele fest (einschließlich der oben genannten finanziellen Ziele) sowie die Maßnahmen zu ihrer Erreichung.

Zugleich wurde die institutionelle Kapazität zur Steuerung erhöht, indem eine Bundes- und neun Landeskommissionen eingerichtet wurden, die als Hauptorgane für die Umsetzung des zielorientierten Steuerungssystems dienen. Diese Zielsteuerungskommissionen bestehen aus Vertretern des Bundes, der Länder sowie der Sozialversicherungsträger und halten somit die verschiedenen Regierungsebenen und Sozialversicherungsträger gemeinsam für die Erreichung der vereinbarten Ziele verantwortlich. Durch das Gesundheitsreformpaket 2017 ist diese neue Steuerungsform bis 2021 verlängert worden.

Trotz dieser Bemühungen bleibt die starke Fragmentierung der organisatorischen und finanziellen Struktur des österreichischen Gesundheitssystems ein charakteristisches Merkmal. Insbesondere die anhaltende Trennung von Verwaltungs- und Finanzierungsverantwortlichkeiten weist darauf hin, dass es weiteren Spielraum zur Stärkung der Steuerung und der Lenkungs-fähigkeit des Systems gibt, damit es auf zukünftige Herausforderungen reagieren kann. Auf Seiten der Dienstleister zielt die laufende Einführung der österreichischen elektronischen Gesundheitsakte (ELGA) darauf ab, organisatorische Hürden zu verringern und die Koordination zwischen Krankenhäusern, dem niedergelassenen Bereich, Apotheken und Pflegeeinrichtungen zu verbessern (siehe Kasten 2).

KASTEN 2. DIE ÖSTERREICHISCHE ELEKTRONISCHE GESUNDHEITSAKTE (ELGA)

Im Jahr 2012 verabschiedete das Österreichische Parlament die gesetzlichen Grundlagen zur Einführung der Österreichischen Elektronischen Gesundheitsakte (ELGA). In der Folge wurde ELGA als operatives Ziel in die Gesundheitsreform 2013 aufgenommen. Das ELGA-Webportal bietet Patienten und Gesundheitsdienstleistern – darunter Krankenhäuser, Dienstleister im niedergelassenen Bereich, Apotheken und Pflegeeinrichtungen – Zugang zu medizinischen Informationen. Diese Informationen umfassen verordnete und in der Apotheke abgegebene Arzneimittel („e-Medikation“) sowie Entlassungsbriefe von Krankenhäusern, Labor- und Radiologiebefunde („e-Befunde“). Patienten können sich vollständig von ELGA abmelden oder den Zugriff auf ausgewählte Informationen begrenzen und können einsehen, wer ihre persönliche Akte abgefragt hat.

ELGA wird schrittweise eingeführt, zunächst die e-Befunde in Krankenhäusern und im Pflegebereich: Im Dezember 2015 waren die meisten öffentlichen Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen in Wien und der Steiermark mit ELGA verbunden; andere öffentliche Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen kamen 2016 und 2017 hinzu; in einem nächsten Schritt wird ELGA (einschließlich e-Medikation) auf niedergelassene Ärzte und Apotheken ausgeweitet; danach folgen Ambulatorien, private Krankenhäuser und schließlich Zahnärzte.

Quelle: <https://www.gesundheit.gv.at>



6 Zentrale Erkenntnisse

- Österreicher leben im Vergleich zu anderen EU-Einwohnern zwar länger, verbringen aber weniger dieser zusätzlichen Jahre in guter Gesundheit. Die relativ geringe vermeidbare Sterblichkeit weist darauf hin, dass die Gesundheitsversorgung wirksamer ist als in den meisten EU-Ländern, auch wenn Österreich nach wie vor hinter den Ländern mit den besten Ergebnissen zurückliegt.
- Die hohe Zahl an vermeidbaren Krankenhauseinweisungen bei chronischen Erkrankungen lässt auf Verbesserungspotenzial bei der Primärversorgung schließen. Die Stärkung der Primärversorgung ist eines der Hauptziele des Gesundheitsreformpakets 2017, das darauf abzielt, die Kapazitäten in der Primärversorgung durch Einrichtung neuer multidisziplinärer Primärversorgungseinheiten zu erweitern.
- Verhaltensbedingte Risikofaktoren sind ein ernstes Problem für die öffentliche Gesundheit in Österreich. Der Alkoholkonsum und die Raucherquoten sind nicht zurückgegangen und gehören zu den höchsten in der gesamten EU. Die Fettleibigkeitsraten sind zwar noch niedriger als in den meisten anderen EU-Ländern, steigen aber sowohl bei den Erwachsenen als auch bei den Jugendlichen. Erfreulicherweise ist der Anteil der Raucher bei den Jugendlichen in den letzten Jahren gesunken, und Österreich schließt endlich zu den anderen EU-Ländern auf, was Strategien zum Nichtraucherschutz betrifft, z. B. durch Einführung eines umfassenden Rauchverbots in der Gastronomie. Es wurden nationale Aktionspläne für Ernährung und Bewegung eingeführt, um dem Anstieg der Fettleibigkeit zu begegnen.
- Das österreichische Gesundheitssystem ist komplex, wobei die Zuständigkeiten zwischen den unterschiedlichen Regierungsebenen und Selbstverwaltungskörpern aufgeteilt sind. Dezentralisierte Planung und Verantwortungsübertragung tragen bei zu Fragmentierung, unzureichender Koordinierung und Trennung von Verwaltungs- und Finanzierungsverantwortung. Im Wege jüngster Reformbemühungen, insbesondere der Gesundheitsreform 2013, wurde die Steuerung des Systems durch Förderung von gemeinsamer Planung, Entscheidungsfindung und Finanzierung gestärkt. Dennoch bleibt ein hohes Maß an Fragmentierung in den organisatorischen und finanziellen Strukturen bestehen.
- Österreich ermöglicht einen guten Zugang zur Gesundheitsversorgung. Es weist die niedrigsten Raten an ungedecktem medizinischem Behandlungsbedarf in der gesamten EU auf und bietet trotz relativ hoher Zahlungen privater Haushalte einen umfassenden finanziellen Schutz für benachteiligte Gruppen in Form von zahlreichen Befreiungen von Zuzahlungen. Ein großer Teil der Ausgaben privater Haushalte stammt aus Zahlungen für die Versorgung durch Wahlärzte. Wahlärzte spielen eine immer wichtigere Rolle bei der ambulanten Versorgung. Die zunehmenden Ungleichgewichte zwischen Vertrags- und Wahlärzten könnten zu sozialen und regionalen Ungleichheiten beitragen, die durch die Alterung der Vertragsärzte noch verschärft werden dürften. Fast sechs von zehn Vertragsärzten sind mindestens 55 Jahre alt und werden in den nächsten 10 bis 15 Jahren in den Ruhestand treten.
- Das österreichische Gesundheitssystem ist relativ teuer und hat einen starken Fokus auf die stationäre Krankenhausversorgung, was durch die hohe Anzahl an Krankenhauseinweisungen bestätigt wird. Es gibt Raum für Effizienzsteigerungen, z. B. durch Verlagerung von Aktivitäten und Ressourcen aus dem großen und kostenintensiven Krankenhaussektor in den ambulanten Bereich und durch Verbesserung des Qualifikationsmix des Gesundheitspersonals. Die aktuellen Reformen zur Stärkung der Primärversorgung sind ein wichtiger Schritt in diese Richtung. Eine Steigerung der Effizienz des österreichischen Gesundheitssystems ist besonders wichtig im Hinblick auf die öffentlichen Gesundheitsausgaben, die in den nächsten Jahrzehnten weiter steigen werden.



Wichtigste Quellen

Hofmarcher, M. and W. Quentin (2013), "Austria: Health System Review", *Health Systems in Transition*, Vol. 15(7).

OECD/EU (2016), *Health at a Glance: Europe 2016 – State of Health in the EU Cycle*, OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264265592-en>.

Literaturhinweise

BMGF (2017), *Zielsteuerung-Gesundheit ab 2017*, Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, Wien.

BMGF (2016), *Rahmen-Gesundheitsziele: Richtungsweisende Vorschläge für ein gesünderes Österreich – Langfassung*, Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, Wien.

ECDC (2016), *Surveillance Report: Measles and Rubella Monitoring, January 2016*, Europäisches Zentrum für Prävention und Kontrolle von Krankheiten, Stockholm.

Europäische Kommission (2017), *2017 Europäisches Semester: Länderbericht – Österreich*, Brüssel.

Europäische Kommission (GD ECFIN) und Ausschuss für Wirtschaftspolitik (AWG) (2015), „The 2015 Ageing Report – Economic and Budgetary Projections for the 28 EU Member States (2013-2060)“, *European Economy* 3, Brüssel, Mai.

HVSV (2017), *Vertragsärztinnen und -ärzte in Österreich: Bestandsaufnahme und Analyse*, Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, Wien.

IHME (2016), „Global Health Data Exchange“, Institute for Health Metrics and Evaluation, verfügbar unter <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool> (letzter Zugriff: 31. März 2017).

Kringos, D. et al. (2013), „The Strength of Primary Care in Europe: An International Comparative Study“, *British Journal of General Practice*, Band. 63(616), S. e742-e750.

LBI-HTA (2012), *Gesundheitszustand von wohnungslosen Menschen und deren Zugang(sbarrieren) zum Gesundheitssystem*, Ludwig Boltzmann Institut – Health Technology Assessment, Wien.

Rechnungshof (2013), *Entwurf eines Gesundheitsreformgesetzes 2013: Stellungnahme*, Parlament Republik Österreich, Wien.

Liste der Länderabkürzungen

Österreich	AT	Dänemark	DK	Ungarn	HU	Malta	MT	Slowenien	SI
Belgien	BE	Estland	EE	Irland	IE	Niederlande	NL	Spanien	ES
Bulgarien	BG	Finnland	FI	Italien	IT	Polen	PL	Schweden	SE
Kroatien	HR	Frankreich	FR	Lettland	LV	Portugal	PT	Vereinigtes Königreich	UK
Zypern	CY	Deutschland	DE	Litauen	LT	Rumänien	RO		
Tschechische Rep.	CZ	Griechenland	EL	Luxemburg	LU	Slowakische Rep.	SK		

State of Health in the EU

Länderprofil Gesundheit 2017

Die Länderprofile sind ein wichtiger Schritt im zweijährigen Zyklus „Gesundheitszustand in der EU“ der Europäischen Kommission und sie wurden gemeinsam erstellt von der OECD und dem European Observatory on Health Systems and Policies. Diese Reihe wurde von der Kommission koordiniert und mit der finanziellen Unterstützung der Europäischen Union hergestellt.

Die knappen, politisch relevanten Länderprofile stützen sich auf eine transparente, konsistente Methodik und nutzen sowohl quantitative als auch qualitative Daten, werden aber dennoch flexibel an den Kontext jedes EU-Mitgliedstaats angepasst. Ziel dabei ist, ein Mittel für das gegenseitige Lernen und den freiwilligen Austausch zu schaffen, um die Bemühungen der Mitgliedstaaten bei ihrer evidenzbasierten Politikgestaltung zu unterstützen.

Jedes Länderprofil bietet eine kurze Synthese zu:

- dem Gesundheitszustand im Land
- den Einflussfaktoren auf die Gesundheit, mit einem Fokus auf verhaltensbedingten Risikofaktoren
- der Organisation der Gesundheitssysteme
- Wirksamkeit, Zugang und Anpassungsfähigkeit des Gesundheitssystems

Dies ist die erste Reihe der zweijährlichen Länderprofile, die im November 2017 veröffentlicht wird. Die Kommission ergänzt die wichtigsten Ergebnisse dieser Länderprofile durch einen Begleitbericht.

Für weitere Informationen siehe:

https://ec.europa.eu/health/state/summary_de

Zitierweise:

OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2017), *Österreich: Länderprofil Gesundheit 2017*, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels.
<http://dx.doi.org/10.1787/9789264285040-de>

ISBN 9789264285040 (PDF)

Series: State of Health in the EU

ISSN 25227041 (online)

Note: In the event of any discrepancy between the original version of this work published in English and the translation, only the text of the original work should be considered valid.