

Projekt mit Unterstützung
von Philips Austria

FACTBOOK

Leistungskraft regionaler Gesundheitssysteme

Maria M. Hofmarcher

Zuzana Molnárová

August 2018

HealthSystemIntelligence



PHILIPS

FACT BOOK

**Leistungskraft regionaler
Gesundheitssysteme**

Maria M. Hofmarcher
Zuzana Molnárová

FACT BOOK

Leistungskraft regionaler Gesundheitssysteme

Projekt mit Unterstützung
von **PHILIPS**

Maria M. Hofmarcher
Zuzana Molnárová

August 2018

Inhalt

Executive Summary	9
1 Einleitung.....	15
2 Hintergrund	16
3 Zielsetzung und Aufbau.....	20
FAKTENANALYSE.....	23
4 Methode.....	23
5 Regionale Schlüsselindikatoren in den einzelnen Bereichen.....	30
5.1 Gesundheitszustand.....	30
5.2 Determinanten der Gesundheit.....	40
5.3 Zugang	46
5.4 Qualität.....	51
5.5 Fairness.....	59
5.6 Effizienz der Versorgung.....	64
6 Herausforderungen für das Gesundheitssystem.....	74
7 Schlussfolgerungen, Empfehlungen, nächste Schritte.....	79
8 Anhänge.....	83
9 Ausgewählte Literatur	89
10 Ausgewählte Datenquellen.....	98
BUNDESLÄNDER FACT SHEETS.....	101

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: HLY und Zusammenhänge mit ausgewählten Indikatoren.....	34
Abbildung 2: Beschwerdefreie Lebensjahre bei der Geburt im europäischen Vergleich	35
Abbildung 3: Inzidenz bösartiger Neubildungen pro 100.000 Einwohner	37
Abbildung 4: Übergewicht und Adipositas im europäischen Vergleich.....	43
Abbildung 5: Medizinisch begründet vermeidbare Aufenthalte (ACSC)	55
Abbildung 6: Kaiserschnittraten	57
Abbildung 7: Ungedeckter Bedarf an Gesundheitsleistungen in Österreich.....	63
Abbildung 8: Ausgaben des Gesundheitssystems.....	67
Abbildung 9: Gesundheitsausgaben (GA) im Vergleich zur Wirtschaftsleistung (BRP)...	68
Abbildung 10: Ausgaben des Gesundheitssystems nach Bereich.....	68
Abbildung 11: Bevölkerung über 75 und Pflegegeld Anspruchsberechtigte	74
Abbildung 12: Betreute Personen und Bruttoaufwand pro Tag, stationäre Pflege.....	76
Abbildung 13: Ambulante Versorgung im Vergleich zur stationären Versorgung.....	76
Abbildung 14: Kategorien von Personal als Anteil an den gesamten Beschäftigten im Gesundheitswesen	77

Abkürzungsverzeichnis

A-IQI	Austrian Inpatient Quality Indicators
ASVG	Allgemeines Sozialversicherungsgesetz
ATHIS	Austrian Health Interview Survey, österreichische Gesundheitsbefragung
BMASK	Bundesministerium für Soziales, Arbeit und Konsumentenschutz
BMG	Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz, früher Bundesministerium für Gesundheit und Frauen
BMG-OM	BMG Outcome-Messung in Gesundheitswesen
DIAG	Dokumentations- und Informationssystem für Analysen im Gesundheitswesen
EU-SILC	European Union Statistics on Income and Living Conditions
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
HI	Headline Indikator
HS&I	HealthSystemIntelligence e.U.
HVSV	Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger
KPI	Key performance indicator, Schlüsselindikator
OECD	Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
PP	Prozentpunkte
SHA	System of Health Accounts
VVO	Versicherungsverband Österreich

Ö	Österreich
B	Burgenland
K	Kärnten
NÖ	Niederösterreich
OÖ	Oberösterreich
S	Salzburg
ST	Steiermark
T	Tirol
V	Vorarlberg
W	Wien

Zitiervorschlag:

Hofmarcher, M.M., Z. Molnárová (2018). Fact Book Leistungskraft regionaler Gesundheitssysteme. HS&I Projektbericht. Projekt mit Unterstützung von Philips Austria. Wien August 2018.
<http://www.HealthSystemIntelligence.eu/RegionalFactBook>

Die Autorinnen danken Statistik Austria, Gesundheit Österreich GmbH, Hauptverband der Sozialversicherungsträger und Arbeiterkammer Oberösterreich für die Bereitstellung von Daten und für die Kooperation. Die Fact Sheets wurden von externen Expert/innen begutachtet, darunter Reinhard Busse, TUB Berlin, Julia Raupp und Stefan Dür, Contrast Ernst & Young Management Consulting GmbH, wofür wir danken. Besonderer Dank gilt Nataša Perić für Lektorat und wissenschaftliche Durchsicht.

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

Das Fact Book Leistungskraft regionaler Gesundheitssysteme empfiehlt das kontinuierliche Erheben, Berechnen und Bereitstellen eines validierten Indikatorensets. Damit soll die Leistungskraft der Gesundheits- und Pflegeversorgung zwischen den Bundesländern Burgenland, Kärnten, Niederösterreich, Oberösterreich, Salzburg, Steiermark, Tirol, Vorarlberg und Wien verglichen werden. Ausgangspunkt dafür sind 21 Schlüsselindikatoren und sieben Headline Indikatoren, die wichtigen Systemzielen zugeordnet sind.

Das Hauptziel des Fact Books ist, den Einfluss des weitgehend dezentralisierten Gesundheitssystems auf die Leistungskraft mit geeigneten Indikatoren zu durchleuchten. Während die regionalisierte Versorgung durch die wichtigsten Leitgesetze vorgegeben ist, blieb der Grad der Dezentralisierung in den letzten 20 Jahren im Wesentlichen unverändert. Dies trotz vermehrter Bemühungen auf Ebene des Zentralstaates die Fäden der Steuerung in der Hand zu behalten, Stichwort Bundesgesundheitskommission, Pflegefonds. Gleichzeitig sind die Unterschiede der Leistungskraft zwischen Regionen nicht gut dokumentiert und verstanden. Um eine umfassende Vorstellung über die Produktivität und ihre komplexen Unterschiede zu erlangen, sind informierte Regionalanalysen auf Basis relevanter Kennzahlen erforderlich.

Regionalanalysen in Österreich sind überfällig, mit dem Fact Book ist ein Anfang getan

Während viele europäische Länder seit geraumer Zeit komparative regionale Informationssysteme etabliert haben, hinkt Österreich hinter diesem Trend hinterher. Es gibt zwar eine Reihe von Aktivitäten um Informationssysteme aus- und aufzubauen, aber die Datenlage ist fragmentiert oder regional nicht abgegrenzt. Obwohl seit Jahren immer wieder gefordert, gibt es keine öffentlich zugängliche Zusammenschau der Leistungskraft des Gesundheitssystems auf regionaler Ebene. Insbesondere die Tatsache, dass bislang keine Bemühungen vorgenommen wurden, die Gesundheitsausgaben auf regionaler Ebene vergleichbar zu erfassen, zeigt auf, dass wesentliche Informationslücken bestehen.

Das Fact Book führt erstmals fiskalische Informationen, Gesundheitsindikatoren und institutionelle Indikatoren zusammen. Damit bildet es eine Grundvoraussetzung für die verbesserte Informationslage zur Weiterentwicklung der Versorgung und zur Identifikation von Effizienz und Ineffizienz. Erstmals liegen vollständige Schätzungen der Gesundheitsausgaben auf regionaler Ebene vor. Dies machte eine Integration der zahlreichen fragmentierten Datensysteme erforderlich. Zudem wurden verschiedene Quellen für die Indikatorenauswahl herangezogen. Methodische Hilfestellungen für die Auswahl lieferten EU Projekte, die sich seit Jahren mit Vergleichen und mit der Evaluierung von Gesundheitssystemen befassen.

Headline Indikatoren und Ergebnisse auf einen Blick

HI*	Headline Indikatoren		Kurzdefinitionen	Ergebnisse		
				Min	Ö	Max
* HI eignen sich, die gesamte Leistungskraft in Bezug auf universelle Zielsetzungen zu beobachten, sind anerkannt, haben hohe Aussagekraft und klären auf, sind robust und idealerweise mindestens über 5 Jahre verfügbar	Gesundheitszustand verbessern	Lebenserwartung in Gesundheit	Erfasst erwartete Lebensjahre bei der Geburt in (sehr) guter Gesundheit. Der Indikator kombiniert Informationen über den selbstberichteten Gesundheitszustand mit den Sterberaten.	63,2	66,3	70,5
	Determinanten der Gesundheit ausschalten /fördern	Übergewicht und Adipositas	Zeigt den Anteil der Bevölkerung in Prozent, der – laut Grenzwerten der WHO – als adipös (BMI >=30,00) oder als übergewichtig (BMI >=25,00) gilt.	39	47	54
	Zugang ausbauen	Intramurale Wartezeiten	Gibt die durchschnittliche Wartezeit in Tagen bei gesundheitlichen Problemen bis zur geplanten Aufnahme in ein Krankenhaus an.	18	23	27
	Qualität verbessern	Vermeidbare Sterblichkeit vor 75	Beschreibt die Mortalität vor dem 75. Geburtstag aufgrund ausgewählter Krankheiten. Todesfälle je 100.000 Einwohner pro Kalenderjahr vor 75.	51	68	31
	Effizienz sicherstellen	Gesundheitsausgaben pro Kopf	Präsentiert die geschätzten gesamten (laufenden) Ausgaben für Gesundheit und Pflege, öffentlich und privat in Euro, bereinigt um Altersstruktureffekte und um die innerösterreichische Patientenmigration.	3.714	4.002	4.295
		Gesunde Lebensjahre in Relation zu Gesundheitsausgaben	Bezieht Ergebnis (Outcome) auf Ausgaben pro Kopf pro Jahr (Input), Proxy Indikator für (System-)Effizienz.	15,3	16,9	19,0
	Fairness/ Verteilungsgerechtigkeit gewährleisten	Private Gesundheitsausgaben als Anteil der gesamten Gesundheitsausgaben	Zeigt die geschätzten Ausgaben (laufend) der privaten Haushalte (für Selbstbehalte, Selbstzahlungen usw.) als Anteil an den gesamten geschätzten Gesundheitsausgaben in Prozent.	21	23	27

*Headline Indikatoren, Min: Minimaler Wert, Ö: Österreich, Max: Maximaler Wert

Ausgabenunterschiede bleiben auffällig

Die Gesamtausgaben pro Kopf in Oberösterreich, in Tirol und in der Steiermark lagen unter dem für 2015 ermittelten Durchschnitt von 4.002 Euro, Wien, Vorarlberg und Niederösterreich waren erkennbar darüber. Dieses Muster war auch bei den öffentlichen Ausgaben erkennbar, auch wenn nunmehr Salzburg in die Gruppe mit den geringsten Ausgaben rutschte. Fast vier Fünftel der gesamten Ausgaben in Niederösterreich und in Oberösterreich wurden durch öffentliche Mittel bereitgestellt, in Tirol waren es etwas weniger als drei Viertel.

Während die privaten Pro-Kopf Ausgaben mit der Wirtschaftsleistung pro-Kopf korrelieren, gibt es keinen Zusammenhang zwischen dem Bruttoregionalprodukt und den Gesamtausgaben. Im Burgenland und in Kärnten waren die pro Kopf Ausgaben im Mittelfeld und nahezu gleichauf, ihr Anteil an der regionalen Wirtschaft vergleichsweise hoch. Ein ähnlicher Befund zeigt sich am anderen Ende für Vorarlberg und Wien. In beiden Bundesländern liegt die Wirtschaftsleistung pro Kopf deutlich über dem österreichischen Schnitt, was in Wien zu einer unterdurchschnittlichen Ausgabenquote führt. Im Gegensatz zu Vorarlberg ist das Risikoprofil der Bevölkerung in Wien deutlich ausgeprägter, was die Nachfrage nach Leistungen und damit die Kosten deutlich erhöht. Unterdurchschnittlich sind die Quoten in Salzburg und Oberösterreich bei gleichzeitig relativ geringen pro Kopf Ausgaben.

Während die regionale Wirtschaftskraft entstehungsseitig ermittelt und die Wertschöpfung am Arbeitsort und nicht am Wohnort erfasst wird, wurden die Gesundheitsausgaben um strukturelle Unterschiede wie Patientenmigration und Altersstruktur bereinigt. Als Anteil an der regionalen Wirtschaftsleistung liegen die Quoten sechs Prozentpunkte auseinander. Der Unterschied wird größer, wenn die unbereinigten Ausgaben herangezogen werden. In beiden Fällen war die Differenz in den Ausgabenquoten zwischen den Bundesländern ähnlich stark wie die Unterschiede in den Ausgabenquoten in der Eurozone.

Gesundheitszustand und Ausgaben sind in einer Beziehung, die ist nicht einfach

Tirolerinnen und Salzburgerinnen können erwarten, dass sie über 70 Lebensjahre in (sehr) guter Gesundheit leben können, Burgenländer und Wiener nur 65 Jahre. Der Indikator gesunde Lebensjahre im Vergleich zu den Kosten gibt einige Hinweise auf die Beziehung zwischen gesunden Lebensjahren und den Gesundheitsausgaben, obwohl er sorgfältig interpretiert werden muss. So ist beispielsweise in Tirol und in Salzburg die gesunde Lebenserwartung hoch, die Kosten sind relativ niedrig. Niederösterreich und Oberösterreich sind vergleichbar bei der gesunden Lebenserwartung, während die Kosten pro Kopf in Oberösterreich wesentlich niedriger sind. Die Pro-Kopf-Kosten in Salzburg sind vergleichbar mit jenen in Kärnten, während der Gesundheitszustand in Salzburg wesentlich besser ist.

Determinanten von Gesundheit sind im Sozialen und im Verhalten zu finden

Die Indikatoren zur Inzidenz von Lungenkrebs, Lebensqualität chronisch Kranker und der Zahnstatus Sechsjähriger zeigen ebenfalls erhebliche Unterschiede. Außerdem, wo viel geraucht wird, ist Lungenkrebs am häufigsten, z. B. in Vorarlberg und in Wien. Knapp die Hälfte der österreichischen Bevölkerung gaben an übergewichtig oder adipös zu sein, ein Wert der deutlich unter dem EU Durchschnitt liegt. Gleichzeitig ist zu erkennen, dass Burgenland und Niederösterreich sehr nahe beim hohen Wert für Ungarn liegen, Tirol hingegen hinter Italien, das die geringste Prävalenz in der EU aufweist. Die Ergebnisse aus dem Bundesländervergleich spiegeln Unterschiede im durchschnittlichen Lebensstil in den Regionen wider - die Bevölkerung des Burgenlandes und in Niederösterreich berichtet ebenfalls von weniger körperlicher Aktivität und weniger gesunder Ernährung.

Der Zahnstatus Sechsjähriger braucht vor allem soziale Aufmerksamkeit. Im Burgenland und in Wien, aber auch in Kärnten sind nicht einmal die Hälfte aller Sechsjährigen kariesfrei. Der soziale Gradient in all diesen Bereichen ist besonders bedeutsam. Nicht einmal die Hälfte der Wienerinnen berichten, dass sie hohe soziale Unterstützung bekommen, in Vorarlberg sind es fast zwei Drittel der Befragten.

Möglicherweise hängt die Lebensqualität chronisch kranker Personen mit Arbeitslosigkeit und Depression zusammen. In Wien und im Burgenland leiden etwa doppelt so viel Personen an depressiven Symptomen, als beispielsweise in Tirol oder in Kärnten. Auch die Arbeitslosenrate ist in Wien und im Burgenland hoch, am geringsten ist sie in Salzburg, Vorarlberg und Tirol.

Versorgungsqualität trifft auf gesunde Lebenserwartung und dürfte Einfluss haben

Auch im Bereich Qualität gibt es erhebliche Unterschiede zwischen den Bundesländern. Dies trifft sowohl auf die vermeidbare Sterblichkeit und auf medikamentöse Fehlversorgung zu, als auch auf Kaiserschnittraten. Die regionalen Ergebnisse der gesunden Lebenserwartung korrelieren mit diesen Indikatoren. Das heißt, dass in den Ländern, in denen die Indikatoren bessere Qualität zeigen, auch die Lebenserwartung in Gesundheit höher ist. Dabei ist die Korrelation statistisch signifikant für die vermeidbare Sterblichkeit vor 75 und auch für möglicherweise unzureichende Medikamente für ältere Menschen und der Rate der Kaiserschnitte. Darüber hinaus ist die Korrelation zwischen vermeidbaren Krankenhausaufenthalten und Patientenzufriedenheit ebenso negativ, jedoch nicht signifikant.

Zugang kann immer besser sein, wichtiger ist jedoch die soziale Komponente

Österreich hat umfassenden Versicherungsschutz und die Kapazitäten im Gesundheitswesen sind im europäischen Vergleich hoch. Um Zugangshürden besser zu erfassen, berechnen wir die durchschnittlichen, prognostizierten Wartezeiten im Gesundheitswesen. Im Krankenhausbereich unterscheiden sich Wartezeiten auf geplante Eingriffe zwischen den Bundesländern um neun Tage, bei einem Durchschnitt von 23 Tagen.

Am kürzesten warteten die Patientinnen in Kärnten und in Salzburg. Die längsten Wartezeiten berichteten Patienten in Wien, was voraussichtlich mit dem Nachfragedruck aus anderen Bundesländern zusammenhängt. Jedoch sind die Wartezeiten auch im Burgenland und in Niederösterreich überdurchschnittlich. Bei einem Durchschnitt von 10 Tagen im ambulanten Sektor hatten das Burgenland, Kärnten und Salzburg die kürzesten Wartezeiten, am längsten mussten Vorarlberger auf den ersten Termin mit der Ärztin warten. Während die prognostizierten Wartezeiten auf geplante Eingriffe negativ mit der Bettenkapazität korreliert sein dürften, besteht keine Beziehung zwischen der Dichte berufsberechtigter Ärztinnen und den Wartezeiten von Krankenhauspatienten auf einen Arzttermin.

Menschen mit geringem Einkommen berichten über deutlich mehr ungedeckten Bedarf an Versorgung als Menschen mit hohem Einkommen, obwohl diese Zugangshürde insgesamt im Vergleich zu anderen europäischen Ländern in Österreich gering ist. Stärker als beim ungedeckten Bedarf bei medizinischer Versorgung, ist der Abstand zwischen den Einkommensgruppen im Bereich zahnärztliche Versorgung, wo die Lücke in Kärnten am größten und in Oberösterreich am geringsten ist. Bei einem Durchschnitt von etwa 930 Euro pro Kopf ist die Höhe der privaten Ausgaben positiv mit der Wirtschaftsleistung assoziiert. Der höchste Anteil privater Ausgaben wurde in Tirol, Salzburg und Vorarlberg ermittelt, jene Länder mit einer überdurchschnittlichen Wirtschaftsleistung. Passend zum Risikoprofil der Bevölkerung in Wien und der Notwendigkeit mehr öffentliche Leistungen bereitzustellen, liegen die anteiligen privaten Ausgaben unter den Werten dieser Bundesländer, obwohl die Wirtschaftsleistung in Wien im Vergleich die stärkste ist.

Zukünftige Herausforderungen brauchen alle Politikfelder, gemeinsam und koordiniert

Die wachsende Anzahl älterer Personen ist eine wichtige Determinante des Bedarfs. Gesundheitsversorgung und Pflege sind häufig komplementäre Leistungen, die in enger Verbindung mit Pensionspolitik stehen. Um aktives und gesundes Altern zu ermöglichen und um eine qualitativ hochwertige Versorgung zu gewährleisten ist das Zusammenspiel relevanter Politikfelder erforderlich. Der Anteil der Bevölkerung über 75 Jahre in Österreich ist zwischen 2007 und 2017 um 1,3 Prozentpunkte gestiegen. Am höchsten ist der Anteil der Menschen über 75 Jahren im Burgenland, in Kärnten und in der Steiermark. Am niedrigsten ist er in Wien. Die Alterung wuchs zwischen 2007 und 2017 am schnellsten in Vorarlberg, gefolgt von Niederösterreich und Kärnten. Performance-Indikatoren für das Langzeitpflegesystem sind im Allgemeinen seltener und auf regionaler Ebene noch weniger verfügbar als im Gesundheitswesen. Die Qualität der Pflegeversorgung ist schwer zu messen. Aktuelle Daten zeigen ungeklärte Unterschiede zwischen den Kosten der stationären Langzeitpflege, mit Wien und Vorarlberg an der Spitze und weit entfernt von Salzburg und Tirol am unteren Ende.

Der notwendige Aus- und Aufbau der ambulanten Versorgung erfordert gute Konzepte und Investitionen am „best point of service“ und ein besseres Verständnis der

Unterschiede in den Versorgungsformen zwischen den Bundesländern. Während die Ausgaben für ambulante Versorgung gemessen an den Ausgaben für stationäre Versorgung in Tirol und Niederösterreich deutlich über zwei Drittel liegen, betrug der Anteil in Wien und Oberösterreich nur etwas mehr als die Hälfte.

Innovative Kooperationen sind gefordert, um die Lebensqualität der Menschen zu fördern bei gleichzeitiger Sicherstellung der Effizienz. In diesem Zusammenhang ist eine der wichtigsten Herausforderungen, die bessere administrative und finanzielle Abstimmung innerhalb der ambulanten Versorgung und zwischen Gesundheit und Pflege anzustreben und zu fördern. Vor allem altersbedingte Inanspruchnahme von Leistungen beginnt häufig mit akut-medizinischer Versorgung. Über die Zeit einer Krankheitsepisode wird die Medizin ein Kuppelprodukt mit der Pflege. Zeitgemäß ausgebildetes Gesundheitspersonal, richtig eingesetzt ist ein Muss für das Gelingen von Effizienz und die progressive Weiterentwicklung der Versorgung. Aktuelle Prognosen zeigen, dass in Österreich 2030 zusätzlich ein Tausend Ärztinnen benötigt werden. Der Bedarf an Pflegekräften wird hingegen mit zusätzlich 23 Tausend ermittelt.

Grenzen der Analyse und Wege der Weiterentwicklung

Das Fact Book erarbeitet Grundlagen für Regionalanalysen und legt den Fokus auf die Beschreibung der Leistungskraft auf Makroebene. Dies gibt nur ein unvollständiges Bild des Versorgungsgeschehens zumal diese Kennzahlen die Komplexität von Gesundheit und Versorgung und ihr Zusammenspiel nur beschränkt abbilden. Außerdem bestehen Datenlücken, die geschlossen werden sollten, z. B. im Bereich der Medikamentenversorgung. Durch die fragmentierte Datenlage war es notwendig für wichtige Bereiche Schätzungen vorzunehmen und Indikatoren vergleichbar zu machen. Dadurch entstanden in einigen Fällen Ungenauigkeiten.

Darüber hinaus mussten in einigen Fällen Hilfsindikatoren herangezogen werden, weil relevante Erhebungen zu wichtigen Themen noch nicht vorgenommen wurden, z. B. in mehreren Bereichen der Gesundheitsausgaben. In Zukunft sollte die Datenbank weiter verbessert und fehlende Informationen eingepflegt werden. Dies umfasst die Vervollständigung der Pyramidenstruktur für relevante Indikatoren, die neben Headline und Schlüsselindikatoren eine Reihe von wichtigen erklärenden Kennzahlen umfassen sollte. Beispiele dafür sind Stratifizierung der Daten nach Alter, Geschlecht und sozioökonomischen Dimensionen, aber auch die Möglichkeit, Daten aus Primärerhebungen zu verarbeiten, damit Datenlücken geschlossen werden.

Ein weiterer Bereich sollte Forschungen vorsehen, verschiedene geographische Einheiten zu vergleichen, wie ländliche Gebiete versus Ballungszentren. In diesem Zusammenhang wäre beispielsweise sinnvoll Wien mit anderen, ausgewählten Ballungszentren in Europa zu vergleichen. Vertiefende Analysen können in Folge helfen, Unterschiede tatsächlich zu verstehen und Politik entlang dieses neuen Wissens zu entwickeln.

1 Einleitung

Das Gesundheitssystem in Österreich ermöglicht einen guten Zugang zur Versorgung, ist aber sehr komplex (RH 2017, OECD 2017, LSE 2017) und intransparent (KPMG 2017). Es bestehen viele ungeklärte Unterschiede in der Gesundheit und ihren Determinanten zwischen Bundesländern. Obwohl die Gesamtarchitektur des Gesundheitssystems einigermaßen einheitlich ist, ist außerdem ungeklärt welche Rolle Unterschiede in der Versorgung auf die Gesundheit und auf Effizienz haben. Die Kosten des Gesundheitssystems in Österreich sind hoch (OECD/EU 2017) und werden aktuell als mittleres Risiko für die Nachhaltigkeit der Staatsausgaben eingeschätzt (EC 2018). Berichte über den Ressourcenverbrauch auf Ebene der Bundesländer sind nur beschränkt verfügbar. Während viele europäische Länder seit geraumer Zeit regionale Informationssysteme etablierten und regionale Indikatoren zugänglich veröffentlicht werden (Socialstyrelsen 2017, OECD 2014, Connolly et al 2010) hinkt Österreich hinter diesem Trend her, obwohl sich in den letzten Jahren die Informationslage grundsätzlich verbessert hat (Statistik Austria 2016, BMG-OM 2018, Dragosits & Scheuringer 2016).

Die Gesundheitsreform 2013 etablierte ein partnerschaftliches Zielsteuerungssystem. Damit wurde erstmals möglich, strukturiert und auf Basis einiger Indikatoren, die Leistungsfähigkeit des österreichischen Gesundheitssystems vergleichend zu bewerten. Allerdings haben die dafür etablierten Rechensysteme eigene Abgrenzungen und dienen hauptsächlich der Verwaltung der Zielsteuerung.

Bisher liegen keine umfassenden Darstellungen von wichtigen Indikatoren (Schlüsselindikatoren, Headline Indikatoren) vor, die ein gesamtes Gesundheitssystem auf regionaler Ebene beschreiben, insbesondere im Hinblick auf Kosten und Effizienz. Um die Transparenz in diesem Bereich zu verbessern, ist es erforderlich die Fragmentierung der Informationssysteme zu überwinden und Daten und Indikatoren zu integrieren. Das kann derzeit nur mit Hilfe von Forschungsprojekten erreicht werden, solange dies nicht von geeigneten Institutionen gemacht wird, z. B. von Statistik Austria.

Das Fact Book ist innovativ und schließt eine Transparenzlücke durch einen gesamthaften Bericht über die Leistungskraft der Gesundheits- und Pflegeversorgung auf Ebene der Bundesländer. Das Projekt zielt darauf ab, i) Grundlagen zu erarbeiten, Daten, Indikatoren und Informationen über die Leistungskraft von regionalen Gesundheitssystemen aufzubereiten, ii) relevante Faktoren einzubeziehen und strukturiert zusammenzufassen und iii) über eine Plattform verfügbar zu machen. Die Arbeiten orientieren sich an internationalen etablierten Modellen und Indikatoren zur Messung der Leistungskraft. Die Auswahl der Indikatoren bezieht österreichspezifische Besonderheiten mit ein, die durch relevante Literatur und durch Expertinnenmeinungen informiert wurden.

2017 wurden in der ersten Phase Daten- und Informationssysteme gesichtet und die Datenbeschaffung organisiert. Identifizierte Indikatoren wurden tabellarisch und

graphisch dargestellt. Es wurde eine Datenbank angelegt, in der Bereiche der Gesundheit und der Leistungskraft des Systems, z. B. Zugang, Qualität mit verfügbaren Indikatoren befüllt wurden. Ergebnisse der ersten Phasen des Projektes zeigten, dass der Informationsbedarf zu relevanten Indikatoren und ihr Einfluss auf die Leistungskraft hoch ist.

2018 wurde die Datenbank um Zeitreihendaten erweitert, dort wo vorhanden. Indikatoren wurden weiterentwickelt oder berechnet und es wurde ihre Robustheit auf Basis internationaler Datenstandards geprüft, wo solche vorliegen. Der vorliegende Bericht fasst die wichtigsten Ergebnisse zusammen. In diesem Zusammenhang werden Vorschläge für sieben *Headline Indikatoren* und für 21 *Schlüsselindikatoren* gemacht. Sie sind den Bereichen Gesundheitsstatus und Determinanten der Gesundheit und jenen der Leistungskraft zugeordnet. Das vorliegende Fact Book bietet somit erstmals eine geeignete, auf internationalen Konzepten beruhende, systematische Zusammenschau relevanter Kennzahlen. Es besteht aus den Teilen Faktenanalyse zu den Indikatoren und Ergebnissen und aus Fact Sheets pro Bundesland.

2 Hintergrund

Das Spannungsfeld (De-)Zentralisierung ist populär, aber arm an Daten

Der Regulierungsrahmen im österreichischen Gesundheitswesen beruht im Wesentlichen auf der Regionalisierung der Versorgung im Rahmen des föderalen Bundesstaates und einer Übertragung von hoheitlichen Aufgaben an gesetzlich legitimierte Akteure der Zivilgesellschaft. Das institutionelle Geflecht des Gesundheitssystems baut auf dezentral organisierten Vertragsbeziehungen mit allen Leistungserbringern und hat seine Wurzeln in der

- kompetenzrechtlichen Arbeitsteilung zwischen den Gebietskörperschaften und dem damit verwobenen Finanzausgleich, Basis die Verfassung von 1929 und in der
- sozialversicherungsrechtlichen Regelung einer weitgehenden regionalen Autonomie der Versicherungsträger, Basis das ASVG von 1955

Verfassungsrechtlich sind demnach bestimmte Aufgaben an die Länder übertragen (Devolution, Regionalisierung) und jedes Bundesland hat weitgehend eigene Regeln für die Bewältigung öffentlicher Aufgaben¹.

¹ Wie in fast allen Bereichen des Staates besteht im Gesundheitswesen ein ausgeprägtes Auseinanderklaffen zwischen Aufgaben und Ausgaben, was als Quelle von Ineffizienz gilt (RH 2017, Fuentes et al, 2006; Handler, 2007) und als hemmend für Konsolidierungsbemühungen gesehen wird (OECD 2011; IMF 2011). Aktuelle Daten zeigen, dass auf Länder und Gemeinden 31 % der Ausgaben und 10 % der Gesamteinnahmen des Staates

Überblick über die Aufgabenzuordnung nach dem Grad der Zentralisierung

Zentralisierungsgrad	Steuerung	Mittelaufbringung und Verteilung	Mittelverwendung	Bereitstellung
Hoch	Grundsatz- und Rahmengesetzgebung für alle Bereiche, Arzneimittelwesen, Ausbildungswesen	Einheben und Verteilen* von Steuern, Festlegung der Beitragssätze für die KV		Katastrophenschutz
Mittel	Art. 15a B-VG Vereinbarungen, Gesamtverträge			
	Qualität, Gesundheitsförderung, Prävention, Planung		Krankenanstanlen, Pflegeheime etc.	Impfungen
Gering	Krankenanstanlen, ambulante Versorgung, mobile Dienste, Pflegeheime	Einheben, Zusammenführen, Verteilen von Beiträgen	Öffentlicher Gesundheitsdienst, Gesundheitsförderung/Prävention, ambulante Versorgung, Arzneimittelversorgung, mobile Dienste Krankenanstanlen, Pflegeheime	

Anmerkung: * Die Verteilung der Steuermittel erfolgt auch auf Basis von Vereinbarungen gemäß Art. 15a B-VG
Quelle: Hofmarcher (2013)

Unter gegebenen Rahmenbedingungen kann eine (De-)Zentralisierung bestimmter Aufgaben nur mit Hilfe bundesstaatlicher Kooperationsinstrumente (Art. 15a B-VG) erfolgen. Die mit der Gesundheitsreform 1997 einhergegangene Schaffung der Landesgesundheitsfonds zur Abwicklung der Krankenanstanlenfinanzierung war ein bedeutender Dezentralisierungsschritt. An diese Entwicklung schloss die Gesundheitsreform 2005 an, auch wenn durch die Gründung der Bundesgesundheitskommission eine Zentralisierung der Steuerung angestrebt wurde.

Fundamentale Bemühungen stärker zu zentralisieren und das Vertragspartnerrecht flexibler zu gestalten sind im Rahmen der Debatten um die Gesundheitsreform 2008 gescheitert (Hofmarcher 2013). Während in den letzten 20 Jahren in vielen OECD-Staaten eine klare Tendenz zur Dezentralisierung (einnahmen- und ausgabenseitig) erkennbar war (OECD 2016), bestand in Österreich eine Tendenz zur Re-Zentralisierung bei den Einnahmen sowie in Kernaufgabenbereichen, wie z. B. durch die Übernahme des Landespflegegeldes seitens des Bundes im Jahr 2012. Das aktuelle Regierungsprogramm 2017-2022 knüpft an diese Entwicklung an und hat Pläne vorgelegt, die föderale Struktur der Gebietskrankenkassen aufzulösen und Bundeskassen zusammenzulegen. Letzteres wurde auch seitens der OECD 2011 empfohlen.

entfallen (OECD 2016). Dies wird oft mit „weichen Budgetbeschränkungen“ („soft budget constraints“) in Verbindung gebracht, die dazu führen können, dass Regionen die Finanzierungslast der Bereitstellung öffentlicher Aufgaben auf höhere Ebenen der Verwaltung wälzen (Kornai et al 2003). Die Zersplitterung der Kompetenzen insbesondere im Krankenanstanlenbereich ist häufig Grund für die Forderung nach einer Zentralisierung der Kompetenzen (z. B. Österreich Konvent 2005).

Auffällig ist, dass es wenig Information über Unterschiede in den dezentralisierten Systemen gibt und Fragen der (De-)zentralisierung häufig ohne entsprechende Evidenz diskutiert werden. Rechnungshof und Fiskalrat kritisieren laufend, dass die Zugänglichkeit zu Daten hoher Qualität nicht hinreichend sichergestellt ist. Dies trifft gleichermaßen für den Sozialversicherungsbereich zu. So gibt es beispielsweise keine „Vertragspartneranalyse“ mehr und das Potential für wegweisendes Benchmarking im Bereich Krankenversicherungsträger durch den Kassenstruktur-Fonds wurde nie genutzt (Hofmarcher 2009), nunmehr ist der Fond abgeschafft. Gleichzeitig wird auf Basis unvollständiger oder fehlender Datenbasis Politik entwickelt. Das Fact Book liefert einen Beitrag zu mehr Transparenz, weil es eine integrierte Gesamtsicht auf die regionale Versorgung wirft und Kosten ermittelt.

Die Zeit ist gekommen gute Vergleiche sinnvoll zu machen und sie müssen sein

Während in vielen Ländern seit geraumer Zeit Informationssysteme aufgebaut werden, die Kennzahlen zu regionalen Versorgungsebenen präsentieren (Socialstyrelsen 2017, OECD 2014, Connolly et al 2010), hinkt Österreich diesem Trend hinterher. So gibt es beispielsweise in Schweden seit 2006 ein regionales Berichtswesen, das mittlerweile 54 Indikatoren präsentiert und in einen internationalen Kontext stellt. Für das Vereinigte Königreich wurde 2010 eine Regionalanalyse vorgelegt, auch die OECD hat begonnen, regionale Berichtssysteme in OECD Ländern zu identifizieren und die dahinter liegenden Zielsetzungen zu analysieren (OECD 2014). Während die Beschäftigung in Krankenanstalten und im ambulanten Sektor nach wie vor den größten Anteil der Gesamtbeschäftigung in EU Gesundheitssystemen ausmacht, zeigt sich deutlich, dass in den letzten Jahren Jobs vor allem im Bereich Pflege und Soziales geschaffen wurden (Hofmarcher et al 2016). Gute Versorgung schafft Beschäftigung mit regionalen Nachfrageeffekten und die verbesserte Abstimmung zwischen Gesundheit und sozialer Pflege ist ein Muss. In diesen Bereichen ist das aktuelle Jobwachstum in Österreich 50 Prozent stärker als bei öffentlichen Dienstleistungen insgesamt, in einigen Bundesländern liegt die Differenz deutlich über diesem Wert (Firgo et al 2017).

Obwohl seit Jahren immer wieder gefordert, gibt es keine öffentlich zugängliche Zusammenschau der Leistungskraft des Gesundheitssystems auf regionaler Ebene. Insbesondere die Tatsache, dass bislang keine Bemühungen vorgenommen wurden die Gesundheitsausgaben auf regionaler Ebene vergleichbar zu erfassen, zeigt auf, dass wesentliche Informationslücken bestehen. Gleichzeitig werden Entscheidungen über die Versorgung insbesondere im Zusammenwirken mit Pflege immer stärker auf der regionalen Ebene getroffen. Bundesweite Planung und Steuerung fungieren als Leitplanken dafür. Die mit der Reform 2013 in Verbindung stehenden Maßnahmen sind ein weiterer Schritt hin zu Monitoring des regionalen Geschehens im Gegensatz zu vermehrter zentraler Steuerung. Daneben gibt es eine Reihe von Aktivitäten Informationssysteme zum Gesundheitswesen aus- und aufzubauen. Während seitens des

Bundes begonnen wurde, ein teilweise regionalisiertes Berichtswesen zu Outcome Messung aufzubauen (BMG-OM 2016, 2018), sind die Informationssysteme auf Ebene der Krankenversicherungsträger zumeist regional nicht abgegrenzt, z. B. die Finanzstatistik. Darüber hinaus wurde auch auf Ebene des Hauptverbandes ein Bericht zu Outcome Messung erstellt, der nicht mit jenem, den der Bund erarbeitete abgestimmt scheint (Dragosits & Scheuringer 2016). Landesgesundheitsberichte werden häufig bundeseitig durch die Gesundheit Österreich GmbH im Auftrag der Länder erstellt, z. B. Griebler et al (2017), in anderen Fällen durch regionale Akteure, z. B. Peinhaupt et al (2016). Somit ist diese Erstellung wenig standardisiert und die inhaltliche Schwerpunktsetzung folgt zumeist den Präferenzen der Auftraggeber.

Es gibt eine Reihe, für die Forschung nicht zugängliche Datenbanken wie beispielsweise DIAG (Dokumentations- und Informationssystem für Analysen im Gesundheitswesen) oder die Qualitätsberichte aus dem Programm Austrian Inpatient Quality Indicators (A-IQI 2017). Auf internationaler Ebene gibt es mittlerweile eine reife OECD Regionaldatenbank, die einige nützliche Daten auf regionaler Ebene haben. Auch Eurostat hat viele wichtige Regionaldaten für relevante Bereiche des Gesundheitswesens, allerdings keine regelmäßigen Berichte darüber.

Das Fact Book soll der Anfang sein für eine neue Berichtskultur im österreichischen Gesundheitswesen. Es verknüpft, berechnet und validiert relevante Kennzahlen aus verschiedenen Datensystemen. Die Autorinnen dieser Studie haben sich im Jahr 2017 viele Wochen lang bemüht entsprechende und vorhandene Daten von den zuständigen Stellen zu bekommen. Das war nur teilweise erfolgreich und erforderte, dass wir uns in einigen Fällen mit Surrogat Daten bzw. Indikatoren abfinden mussten, z. B. Überlebensraten von Patienten nach ausgewählten Diagnosen auf regionaler Ebene sind nicht verfügbar, obwohl sie im A-IQI Programm erhoben werden.

Der Auf- und Ausbau eines zugänglichen, regional orientierten Berichtswesens ist für die Weiterentwicklung der Versorgung mit Blick auf Herausforderung und der damit in Zusammenhang stehenden Budgetbeschränkung von großer Relevanz. Die wichtigsten Herausforderungen für das Gesundheitssystem der Zukunft sind:

- die wachsende Anzahl chronisch kranker Menschen und die Schaffung von Möglichkeit für alle Menschen gesund und aktiv zu altern (Zaidi et al 2012, EC 2018),
- der notwendige Aus- und Aufbau der ambulanten Versorgung außerhalb von Krankenanstalten (Kringos et al 2013, Quentin & Busse 2018, EC 2018),
- die ausreichende Sicherstellung personeller Ressourcen auf allen Ebenen des Gesundheitswesens (Czasný 2012, Scheffler & Arnold 2018) und
- die bessere Abstimmung der Versorgung zwischen Gesundheit und Pflege (Or et al 2018, Hofmarcher & Molnárová 2018, Hofmarcher et al 2007).

Die Klammer für diese Herausforderungen ist die Sicherstellung der finanziellen Nachhaltigkeit und der Ausbau der Digitalisierung des Gesundheits- und Pflegesystems.

Diese wichtigen Herausforderungen in Verbindung mit dem wachsenden Bedarf nach validierten Informationen zum regionalen Geschehen erfordern, Transparenzlücken zu schließen und Fakten einer breiteren Öffentlichkeit zugänglich zu machen. Das vorliegende Fact Book ist ein erster Schritt in diese Richtung.

3 Zielsetzung und Aufbau

Das Fact Book zielt darauf ab, Transparenz zu Gesundheit und Leistungskraft des Gesundheitssystems in Österreich zu fördern und evidenzbasierte Politikgestaltung auf regionaler und föderaler Ebene zu unterstützen. Schwerpunkte des Projektes sind die

- Bereitstellung einer Datenbank zur Förderung von Regionalforschung und zur Weiterentwicklung des Indikatorensets
- vergleichenden Performancemessung zwischen Bundesländern / Regionen
- Identifikation von Auffälligkeiten und guter Performance und
- Identifikation von Datenlücken und -verfügbarkeit und der in diesem Zusammenhang erstmals vollständig vorliegenden
- Schätzung regionaler Gesundheitsausgaben.

Das Fact Book erarbeitet einfache Grundlagen, damit i) erste Schätzungen der regionalen Gesundheitsausgaben vorliegen und ii) regional verfügbare Indikatoren der Leistungskraft systematisch zusammengestellt und verglichen werden. Diese Grundlagen sollten den Ausgangspunkt für weiterführende Arbeiten in diesen Bereichen bilden, siehe beispielsweise GBD (2018).

Das Fact Book besteht aus:

- der Faktenanalyse, überregional. Die Faktenanalyse fasst die Methoden, wesentliche Ergebnisse und Herausforderungen für die Messung der regionalen Leistungskraft zusammen.
- den Fact Sheets pro Bundesland. Fact Sheets fassen Schlüsselindikatoren (KPIs) und Headline Indikatoren (HI) zusammen und stellen die Leistungskraft des jeweiligen Bundeslandes in den gesamtösterreichischen Kontext.

Das Fact Book präsentiert die Methode der Indikatorenauswahl, dem folgen Vignetten zu den Indikatoren und die detaillierte Diskussion der Indikatoren, einschließlich einer explorativen Analyse von Zusammenhängen von Indikatoren zwischen den Leistungsbereichen. In den letzten Abschnitten werden Herausforderungen diskutiert,

Schlussfolgerungen und Empfehlungen beenden diesen Abschnitt. Die Anhänge 1 bis 3 zeigen konzeptionelle Rahmenmodelle, Anhang 4 enthält eine Tabelle aller 28 Indikatoren, die es in die Auswahl geschafft haben.

Die Fact Sheets pro Bundesland sind alphabetisch angeordnet. Der online Anhang enthält die detaillierten Informationen zu allen Indikatoren, sowie die Liste der Quellen und die gesammelten Daten². Die vollständige Datenbank, die während der Arbeit an dieser Studie erstellt wurde und mehr als hundert Indikatoren enthält, die das österreichische Gesundheitssystem auf Bundesländerebene beschreiben, steht der Forschung auf Anfrage zur Verfügung.

² <http://www.HealthSystemIntelligence.eu/RegionalFactBook>

FAKTENANALYSE

4 Methode

Wozu Messung der Leistungskraft? Es gibt mehrere Möglichkeiten, die Leistungskraft im Kontext der öffentlichen Aufgaben zu definieren. Eine gemeinsame Definition lautet "Grad der Zielerreichung". Laut Baldrige (2017) bezieht sich Performance auf Ergebnisse, die mit Prozessen, Produkten und Dienstleistungen erzielt werden. Leistungsmessung ist entscheidend für die Verbesserung der Gesundheitssysteme. Ohne Messung ist es schwierig,

- gute / schlechte Organisation der Bereitstellung von Leistungen zu erfassen
- gute / schlechte Qualität von Leistungserbringerinnen zu identifizieren,
- Reformen des Gesundheitswesens zu informieren,
- Patientinnen oder Kostenträger zu schützen oder
- die Qualität und Effizienz durch Investitionen in das Gesundheitswesen zu verbessern.

Die Messung ist von zentraler Bedeutung für die Rechenschaftspflicht gegenüber Bürgerinnen, Patienten und Kostenträgern für Maßnahmen und Ergebnisse des Gesundheitssystems. Im Rahmen der Wirkungsorientierung des Bundes werden in diesem Sinne auch Wirkungsziele der Gesundheitsstrukturpolitik evaluiert und einem regelmäßigen Controlling unterzogen (BMöDS 2018). In diesem Zusammenhang liegen mittlerweile Berichte zur Zielerreichung vor. Dieses Tool hat grundsätzlich Potenzial die Leistungskraft umfassend und regionalisiert zu überprüfen.

Schlüsselindikatoren müssen Zielsetzungen fokussieren

In allen Gesundheitssystemen sind Zugang, Fairness, Effizienz und Qualität Bereiche an denen 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 vergleichend zu messen. Ausgangspunkt für dieses Projekt sind die im EU-Projekt BRIDGE Health identifizierten Indikatoren, siehe Box 1.

Box 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 2.

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.

Abschnitt 5 zeigt pro (Leistungs-)Bereich eine Gegenüberstellung der wichtigsten Indikatoren wie sie in BRIDGE Health identifiziert wurden und den Indikatoren, die das Projekt *Leistungskraft regionaler Gesundheitssysteme* erfasste. Dabei ist der Fokus auf Headline Indikatoren und Schlüsselindikatoren in den definierten Bereichen von Gesundheit und des Gesundheitssystems.

Regionale Schlüsselindikatoren für Österreich

Um regionale Gesundheitssysteme in Österreich umfassend zu beschreiben kombinieren wir Headline Indikatoren und operative Schlüsselindikatoren. Damit bereichern wir das Set der BRIDGE Health Indikatoren um die operativen Indikatoren für österreichische Schwerpunktbereiche und beziehen Vorschläge aus anderen Studien mit ein. Außerdem stützten wir uns auf Meinungen von Expertinnen. Auch der Fokus auf Gesundheitsziele (z. B. PID 2018) leitete unsere Wahl zusätzlicher und alternativer Indikatoren.

Unser Indikatorenset besteht aus sieben Headline Indikatoren und 21 weiteren Schlüsselindikatoren, die sich eigenen, Gesundheit (Gesundheitszustand und Determinanten) und die Leistungskraft der Systeme in Bezug auf Zugang, Qualität, Effizienz, Fairness zu beschreiben. Somit wurden für fünf Bereiche jeweils ein Headline Indikator identifiziert, aus dem Bereich Effizienz definieren wir zwei Headline Indikatoren. Der Indikator Gesundheitsausgaben pro Kopf ist durch diese Studie erstmals auf regionaler Ebene verfügbar und hat einen zentralen Informationswert. Darüber hinaus präsentieren wir erstmals den Indikator Gesunde Lebenserwartung im Vergleich zu Gesundheitsausgaben. Dieser Indikator wurde auch im Projekt BRIDGE Health als Leitindikator ermittelt (Perić et al 2018, Bogaert et al 2018). Die Methoden der Berechnung der Gesundheitsausgaben auf Bundesländerebene sind in Box 2 zusammengefasst.

Wir trimmten die Auswahl von KPIs, die von BRIDGE Health festgelegt wurde. Hauptgründe für das Weglassen bzw. Ersetzen von Indikatoren waren zum einen die Datenverfügbarkeit, aber in den meisten Fällen ein geringer Informationswert der vorgeschlagenen Indikatoren im Kontext der österreichischen Regionen. Gelegentlich verwendeten wir einen ähnlichen (nächstliegenden) Indikator als Alternative / Ersatz für Indikatoren, die von BRIDGE Health vorgeschlagen wurden, z. B. der Headline Indikator Übergewicht und Adipositas ersetzt den Indikator BMI. Wir beschreiben die Datenlücken separat für jeden Bereich in Abschnitt 5.

Headline Indikatoren beschreiben Gesundheit und Gesundheitssystem auf einen Blick

Headline Indikatoren		Kurzdefinitionen
Gesundheitszustand	Lebenserwartung in Gesundheit	Erfasst erwartete Lebensjahre bei der Geburt in (sehr) guter Gesundheit. Der Indikator kombiniert Informationen über den selbst berichteten Gesundheitszustand (ATHIS) mit den Sterberaten (Statistik Austria).
Determinanten der Gesundheit	Übergewicht und Adipositas	Zeigt den Anteil der Bevölkerung, der – laut Grenzwerten der WHO – als adipös (BMI $\geq 30,00$) oder als übergewichtet (BMI $\geq 25,00$) gilt, basierend auf selbst berichteten Daten (ATHIS).
Zugang	Intramurale Wartezeiten	Gibt die durchschnittliche Wartezeit des Patienten /der Patientin mit gesundheitlichen Problemen bis zur tatsächlichen Aufnahme im Krankenhaus in Tagen (bei geplanten Aufnahmen) an. Sektorenübergreifende Patientenbefragung 2015, BMG, eigene Berechnungen.
Qualität	Vermeidbare Sterblichkeit vor 75	Beschreibt die Mortalität vor dem 75. Geburtstag aufgrund ausgewählter Krankheiten. Todesfälle pro 100.000 Einwohner und Einwohnerinnen pro Kalenderjahr vor 75. HVS Health Outcomes in Österreich, 2015, 2016.
Effizienz	Gesunde Lebensjahre im Vergleich zu Gesundheitsausgaben	Bezieht Ergebnis (Outcome) auf Ausgaben pro Kopf pro Jahr (Input) und ist somit ein Proxy Indikator für (System-)Effizienz. Gesundheitsbefragung 2014 (ATHIS), Statistik Austria und Gesundheitsausgaben, erstmals berechnet auf Ebene der Bundesländer.
	Gesamte Gesundheitsausgaben pro Kopf	Präsentiert die geschätzten gesamten (laufenden) Ausgaben für Gesundheit und Pflege, öffentlich und privat. Die Ausgaben sind bereinigt um Altersstruktureffekte und um die innerösterreichische Patientenmigration, verschiedene Quellen, siehe Anhang 4.
Fairness / Verteilungsgerechtigkeit	Private Gesundheitsausgaben als Anteil der gesamten Gesundheitsausgaben	Zeigt die geschätzten Ausgaben (laufend) der privaten Haushalte (für Selbstbehalte, Selbstzahlungen usw.) als Anteil an den gesamten geschätzten Gesundheitsausgaben. Verschiedene Quellen, siehe Anhang 4.

Anmerkung: ATHIS: Austrian Health Interview Survey.

Box 2: Methode der Berechnung der Gesundheitsausgaben pro Bundesland

Ausgangspunkt für unsere Schätzungen sind die Gesundheitsausgaben auf nationaler Ebene nach dem System of Health Accounts (SHA 2011 - 2015), berichtet von Statistik Austria. SHA stellt die nationalen Ausgaben aufgegliedert nach drei Dimensionen dar: Funktion, Anbietern und Finanzierungssystem. Wir verwenden approximative Methoden, um die nationalen Ausgaben zwischen den Bundesländern aufzuteilen.

Verteilung nach Bundesland: Wir erstellen Schätzungen der Ausgaben nach Hauptfunktionskategorien (stationäre Versorgung, ambulante Versorgung, Langzeitpflege, häusliche Krankenpflege, medizinische Güter, sonstige Ausgaben) und die Schätzung der Gesamtausgaben für alle Bereiche zusammen. Wir unterscheiden zwischen öffentlicher und privater Finanzierung in jedem Bereich. Für jede einzelne Kategorie verwenden wir verfügbare Informationen, um einen Verteilungsschlüssel zu erstellen. Der Verteilungsschlüssel gibt den Anteil der nationalen Ausgaben von SHA, der jedem Bundesland entspricht.

$$Ausgaben_{Land} = Anteil_{Land} \cdot Ausgaben_{National}$$

Idealerweise entsprechen die Daten, die zur Konstruktion des Verteilungsschlüssels verwendet werden, den Ausgaben in jeder Kategorie gemäß SHA - so dass die Verteilung nahezu genau ist.

Beispiel: SHA-Kategorie *Häusliche Krankenpflege, Haushalte als Anbieter von Gesundheitsleistungen*. Öffentliche Ausgaben umfassen ca. 92 % dieser Kategorie. Wir verwenden öffentliche Ausgaben für Pflegegeld auf Landesebene, um den Verteilungsschlüssel für die öffentlichen Ausgaben zu erstellen. Weitere 8 % der Ausgaben in dieser Kategorie werden privat finanziert. Da wir keine besseren Informationen haben, teilen wir die privaten Ausgaben nach Bevölkerungsgröße in jedem Bundesland auf.

Anpassung: Unser Ziel ist es, das Gesundheitssystem, das der Bevölkerung in jedem Bundesland zur Verfügung steht zu verstehen. Daher weisen wir die Gesundheitskosten den Ländern nach dem Residenzprinzip zu - die Schätzungen umfassen die gesundheitsbezogenen Kosten für Güter und Dienstleistungen, die von den Bewohnern des jeweiligen Landes konsumiert wurden. In diesem Sinne nehmen wir zwei Anpassungen der Ausgaben auf Landesebene vor. Erstens berücksichtigen wir die Patientenströme zwischen den Bundesländern in der Krankenhausversorgung. Zweitens berücksichtigen wir die unterschiedlichen demografischen Risiken in den Ländern, um bundesweit vergleichbare Pro-Kopf-Werte zu erreichen.

Zahlreiche Datenquellen wurden verwendet, um die Verteilungsschlüssel für jede Kategorie zu erstellen. Die wichtigsten Quellen zu den öffentlichen Ausgaben sind statistische Daten aus der Sozialversicherung (ambulante Versorgung, medizinische Güter, sonstige Ausgaben), Krankenanstalten-Statistik des BMG (Krankenhauspflege), Pflegedienstleistungsstatistik von Statistik Austria (Langzeitpflege, häusliche Krankenpflege), Pflegevorsorgeberichte des BMASK (häusliche Krankenpflege). Die Hauptquellen für private Ausgaben sind Konsumerhebung (Statistik Austria) und Daten von privater Versicherung (VVÖ). Die vollständige Liste der Datenquellen und die detaillierte Beschreibung der Methode der Berechnung befinden sich im Online-Anhang.

Quelle: eigene Zusammenstellung.

Interpretation von Indikatoren

Indikatoren sind Kennzahlen und bilden nur beschränkt die Realität ab. Um sie robust aussagekräftig zu machen, haben wir eine Reihe von Indikatoren um Altersstrukturunterschiede bereinigt. Die Ausgabenindikatoren wurden darüber hinaus um die innerösterreichische Migration von Krankenhauspatientinnen zwischen Regionen kontrolliert.

Trotzdem bestehen weitere exogene Faktoren für die Gesundheitsversorgung, wie sozioökonomische und kulturelle Einflüsse. Unter Zuhilfenahme relevanter Indikatoren innerhalb und außerhalb der definierten Bereiche diskutieren wir in den nachfolgenden Abschnitten mögliche Auswirkungen dieser Faktoren auf die Ergebnisse. Auch die Bundesländer Fact Sheets diskutieren die Ergebnisse in Bezug auf die Gesundheitsdeterminanten und andere exogene Faktoren.

Ein spezifischer Aspekt ist die Endogenität der Inputs und Outputs, die insbesondere in Bezug auf die Effizienz eine wesentliche Rolle spielt. In der Regel verursachen Menschen mit schlechterem Gesundheitszustand mehr Kosten für das Gesundheitswesen. Dies wiederum lässt das System weniger effizient erscheinen - denn es verwendet mehr Ressourcen (Inputs) und zeigt schlechtere Ergebnisse (Outputs/Outcomes). Dies lässt beispielsweise Wien, aber auch das Burgenland vermuten. In beiden Bundesländern ist die Bevölkerung im Durchschnitt deutlich stärker von Risiken und deren Auswirkungen betroffen, während die Kosten in fast allen Bereichen relativ hoch sind.

Eine andere Beobachtung in diesem Zusammenhang ist, dass die Inanspruchnahme von Leistungen und damit Gesundheitsausgaben auf eine kleine Gruppe konzentriert ist. Als Daumenregel gilt, dass 20 Prozent der Bevölkerung etwa 80 Prozent der Leistungen bzw. der Kosten verbrauchen (Hsiao & Heller 2013). Solche Aspekte sollten bei der Diskussion der Effizienz berücksichtigt werden.

Darüber hinaus ist das Verständnis der institutionellen Merkmale von Gesundheitssystemen für die vergleichende Analyse von Strategien und Strategien zur Verbesserung der Systemleistung von wesentlicher Bedeutung. Systemmerkmale wie die Regulierung von Angebot und Nachfrage im Gesundheitswesen, Anreize für Anbieter, das Niveau der öffentlichen / privaten Finanzierung oder der Umfang des Versicherungsschutzes haben direkte Auswirkungen auf das Funktionieren des Systems und damit auf seine Leistungsfähigkeit. Forscherinnen und politische Entscheidungsträger müssen die Stärken und Grenzen verschiedener Systeme, einschließlich ihrer eigenen, verstehen, indem sie Länder / Regionen anhand gemeinsamer institutioneller Merkmale oder Strategien analysieren.

Exogene Faktoren, wie Determinanten der Gesundheit und Endogenität der beobachteten Effizienz sind Aspekte, die bei der Interpretation der Leistungskennzahlen berücksichtigt werden sollten. Wenn jedoch institutionelle Unterschiede wie beispielsweise Planung,

Angebotsstruktur oder Verträge Unterschiede in der Leistung des Gesundheitssystems zwischen den Bundesländern verursachen, ist dies in den meisten Fällen nicht wünschenswert, oder muss entsprechend berücksichtigt werden. Ein Beispiel dafür sind Leistungs- und Honorarunterschiede zwischen den Kassen. Auch der Bereich der regionalen Strukturpläne und ihr Zusammenwirken mit anderen Planungen auf regionaler Ebene unterscheidet sich zwischen den Bundesländern und kann Einfluss auf Effizienz und Performance haben. Diese Unterschiede, die in verschiedenen Gesundheitssystemen entstehen, sollten analysiert, die besten Praktiken in allen Bundesländern identifiziert und umgesetzt werden.

Schließlich möchten die Autorinnen dieser Studie betonen, dass Effizienz nicht dasselbe ist wie Einsparungen. Obwohl sich die verwendeten Effizienzindikatoren größtenteils auf finanziellen Ressourcen des Systems als Inputs beziehen, soll damit nicht gesagt werden, dass Bundesländer mit höheren Pro-Kopf-Kosten automatisch zu viel Geld ausgeben. Im Gegenteil, Ziel ist vielmehr Informationen über die Gesundheitsausgaben mit differenzierten Risikofaktoren und dem Gesundheitszustand der Bevölkerung in verschiedenen Regionen Österreichs in Zusammenhang bringen.

5 Regionale Schlüsselindikatoren in den einzelnen Bereichen

Ziel dieses Abschnittes ist es, Grundlagen, Konzepte und Definitionen zu präsentieren und einen Überblick über Zusammenhänge zwischen den Indikatoren zu geben. Obwohl die Auswahl relevanter Indikatoren in BRIDGE Health auf Basis einer umfassenden und internationalen Befragung getroffen wurde, ist es im Kontext des Regionalvergleiches erforderlich, diese Listen anzupassen. Jeder Teilabschnitt hat folgende Elemente:

- Die Darstellung des Konzepts zum jeweiligen Bereich, an dem sich die Auswahl der Indikatoren orientiert
- Die tabellarische Zusammenschau der ausgewählten Indikatoren, einschließlich der Kurznamen für die Indikatoren; Headline Indikatoren sind fett unterlegt
- Die tabellarische, zusammenfassende Erläuterung, warum diese Indikatoren ausgewählt wurden in Bezug auf die in BRIDGE Health ausgewählten Schlüsselindikatoren
- Die detaillierte Darstellung der Ergebnisse pro (Leistungs-)Bereich auf einen Blick (Armaturenbrett)
- Die detaillierte Diskussion der einzelnen Indikatoren, etwaiger Zusammenhänge und Herausforderungen
- Die Diskussion der Datenlücken und
- Eine Zusammenfassung der wichtigsten Empfehlungen pro Bereich

5.1 Gesundheitszustand

Definition des Gesundheitszustandes

Die Weltgesundheitsorganisation WHO (1948) definiert Gesundheit als „einen Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur der Abwesenheit von Krankheit oder Gebrechlichkeit“. Gesundheit umfasst somit ein breites Spektrum von Dimensionen und wird durch eine Vielzahl von verschiedenen Faktoren beeinflusst, von denen einige inhärent und andere außerhalb des Individuums sind. In der Literatur werden verschiedene Gesundheitszustandsmaße verwendet, von subjektiven Maßen (selbstbewertete Gesundheit) bis zu objektiven Gesundheitsmaßen (biologische Marker).

Headline Indikator und Schlüsselindikatoren des Gesundheitszustandes

Kurzname und Abkürzung in der KPI Datenbank

Lebenserwartung in Gesundheit	HLY
Selbsteingeschätzte Lebensqualität chronisch kranker Personen	SALQ_chs
Inzidenz bösartiger Neubildungen, Lunge	ICAN_lc
Depressive Symptomatik	DEPSY
Zahnstatus Sechsjähriger	OHS6

Warum diese Indikatoren?

Die nachfolgende Tabelle präsentiert die Auswahl der Indikatoren und verweist auf die wichtigsten Argumente, die zur Abweichung der von BRIDGE Health identifizierten KPIs führten.

Schlüsselindikatoren Gesundheitszustand

KPI Regional		KPI BRIDGE Health	Anmerkungen zu Auswahl
HLY	Gesunde Lebenserwartung		Robust, international verfügbar, auch über die Zeit, vergleichbar
SALQ_chs	Selbsteingeschätzte Lebensqualität chronisch kranker Personen	Lebenserwartung	<ul style="list-style-type: none"> - Krankheitslast durch chronische Leiden ist hoch und steigt - Krankheitsspezifischer Fokus relevant, z. B. hohe Mortalität aufgrund von Lungenkrebs
ICAN_lc	Lungenkrebs		
DEPSY	Depressive Symptomatik		
OHS6	Zahnstatus Sechsjähriger	Kindersterblichkeit	<ul style="list-style-type: none"> - Kindersterblichkeit ist in Österreich sehr niedrig; - Zahnversorgung hat Aufholbedarf.
		Vermeidbare Mortalität	

Quellen: eigene Zusammenstellung

Von fünf gewählten Schlüsselindikatoren ist in diesem Bereich die Übereinstimmung mit BRIDGE Health auf den Indikator Gesunde Lebenserwartung beschränkt. Dies begründet

sich in der Reife des österreichischen Gesundheitssystems. Außerdem klassifizieren wir den Indikator „vermeidbare Mortalität“ im Bereich Qualität, weil Resultate wesentlich von vorhandenen und eingesetzten Kapazitäten abhängen.

Ergebnisse

Gesundheitszustand: Ergebnisse auf einen Blick

Schlüsselindikatoren	Jahr	Ö	B	K	NÖ	OÖ	S	ST	T	V	W
Lebenserwartung in Gesundheit, in Jahren	2014	66,3	63,2	66,5	65,8	66,3	70,2	65,1	70,5	69,5	64,8
Lebensqualität chronisch Kranker	2014	67,1	65,9	70,4	66,7	67,0	68,8	66,8	70,4	69,4	65,0
Lungenkrebs, Inzidenz pro 100.000 Einwohner	2014	57	45	61	56	42	46	54	62	65	73
Depressive Symptomatik	2014	4,3%	7,7%	2,7%	4,4%	3,6%	3,8%	4,1%	2,6%	3,0%	6,1%
Sechsjährige mit kariesfreiem Gebiss	2016	55%	47%	48%	59%	51%	51%	66%	72%	60%	45%

Quellen und Erläuterungen: siehe Diskussion der einzelnen Indikatoren

Ein Ost-Westgefälle ist bei den meisten Indikatoren sichtbar. Der Gesundheitszustand der österreichischen Bevölkerung unterscheidet sich bundesweit erheblich, was sich unter anderem im Headline Indikator Lebenserwartung in Gesundheit widerspiegelt. Erwartete Lebensjahre in (sehr) guter Gesundheit liegen in Tirol und Salzburg über 70, im Burgenland und in Wien unter 65 Jahren. In Wien (6,1 %) und im Burgenland (7,7 %) leiden etwa doppelt so viel Personen an depressiven Symptomen, als beispielsweise in Tirol (2,6 %) oder in Kärnten (2,7 %). Andere Indikatoren zeigen ebenfalls erhebliche Unterschiede. Drei Indikatoren (Lungenkrebs, depressive Symptomatik und Zahnstatus Sechsjähriger) beziehen sich auf die Inzidenz einer bestimmten Krankheit. Die Werte dieser Indikatoren wurden altersstandardisiert.

Erwartete Lebensjahre bei der Geburt in (sehr) guter Gesundheit (HLY) berichten die Anzahl jener Lebensjahre, die eine Person in ihrem Leben voraussichtlich in Gesundheit verbringen wird (BMG-OM 2018). HLY ist in Österreich und international ein etablierter Indikator und wird von Statistik Austria ausführlich berichtet, z. B. Klimont & Klotz (2016). Lebensjahre in Gesundheit erhebt Statistik Austria im Rahmen der österreichischen Gesundheitsbefragung (ATHIS 2014, 2006/2007). Der Indikator kombiniert die Informationen über den selbst berichteten Gesundheitszustand mit den Sterberaten.

Eine Vielzahl von Institutionen und Initiativen verwenden HLY als zentralen Indikator für Gesundheitszustand bzw. um Gesundheitsergebnisse zwischen Populationsgruppen zu vergleichen (Perić et al 2017, 2018, Bogaert et al 2018). Nach Eurostat orientieren sich Indikatoren der gesunden Lebensjahre am Konzept der Lebensqualität, indem sie sich auf jene Jahre konzentrieren, in denen Menschen ohne Einschränkungen durch Krankheit oder Behinderung leben können (Eurostat 2018s). In Kombination mit den Daten zu den Inputs des Gesundheitssystems eignet sich dieser Indikator außerdem als Proxy zur Analyse der Effizienz, wie von Perić et al (2018) und Highfill & Bernstein (2014) vorgeschlagen. Zu den Faktoren, die die HLY beeinflussen können, gehören

sozioökonomische Bedingungen (Fouweather et al 2015, Case & Deaton 2017, Klimont & Klotz 2016), Verhaltensfaktoren (Mehta & Myrskylä 2017) und die Qualität der Gesundheitsversorgung (Stiefel et al 2010).

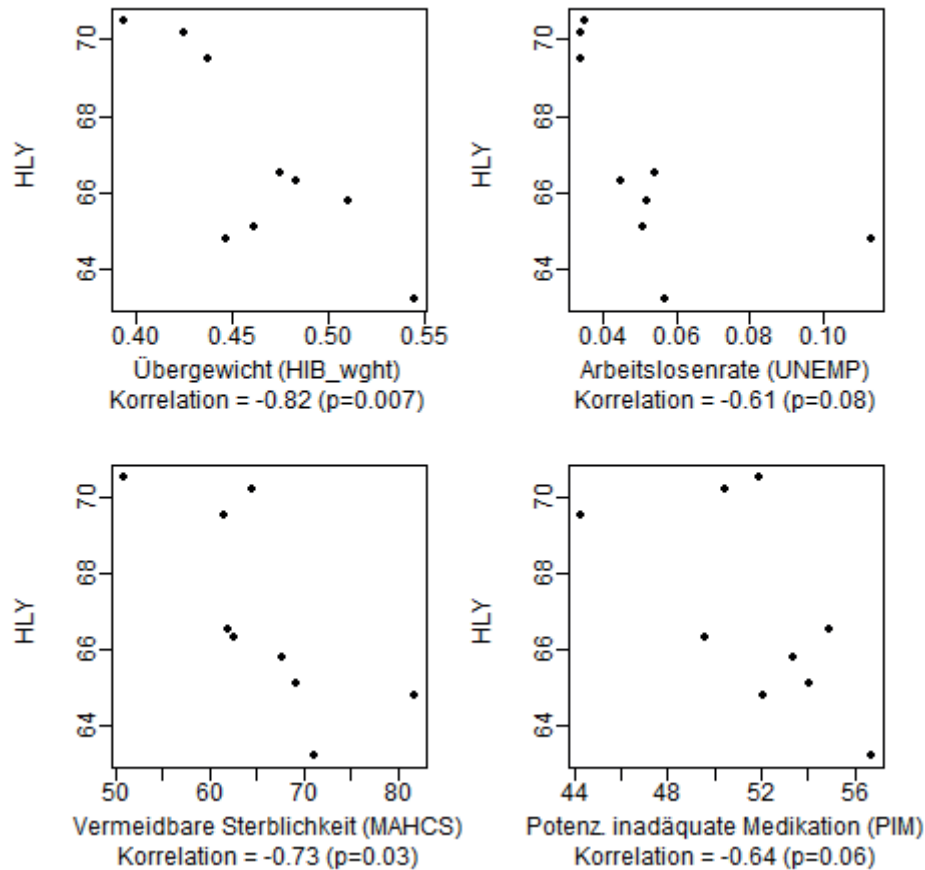
Im Jahr 2014 betrug der Durchschnittswert in Österreich 66,3 Jahre, fast 4 Jahre mehr als in 2006/2007 (62,5 Jahre). Der Unterschied in HLY zwischen Frauen und Männer ist ca. ein Jahr, deutlich kleiner im Vergleich zur allgemeinen Lebenserwartung. Gesunde Lebensjahre lagen im Jahr 2014 in Tirol und Salzburg über 70, im Burgenland und in Wien unter 65 Jahren.

Verhalten und Qualität könnte die Lebenserwartung in Gesundheit beeinflussen

Wir analysierten das Verhältnis von HLY zu Indikatoren für Gesundheitsdeterminanten und in Bezug auf die Qualität der Gesundheitsversorgung in den österreichischen Bundesländern. Regionale HLY-Ergebnisse hängen mit einer Reihe von Faktoren innerhalb und außerhalb des Gesundheitssystems zusammen. Abbildung 1 zeigt die Beziehung für ausgewählte Variablen zum Headline Indikator HLY.

Regionale Ergebnisse der gesunden Lebenserwartung korrelieren mit dem berichteten gesundheitsbeeinflussenden Verhalten. Konkret ist die Beziehung statistisch signifikant für die Prävalenz von Übergewicht und Fettleibigkeit, den Verzehr von Obst und Gemüse und gesunde körperliche Aktivität. Obwohl wir die Endogenität dieser Faktoren nicht vollständig ausschließen können, ist es sehr wahrscheinlich, dass diese Determinanten die gesunde Lebenserwartung stärker beeinflussen als umgekehrt. Die Korrelation von HLY mit der Arbeitslosenquote zwischen den Bundesländern ist ebenfalls signifikant, noch stärker, wenn der Ausreißerwert für die Arbeitslosigkeit in Wien ausgeklammert wird.

Interessanterweise korrelieren die regionalen Ergebnisse der HLY auch mit mehreren Indikatoren der Versorgungsqualität. Das heißt, dass in den Ländern, in denen die Indikatoren bessere Qualität der Versorgung zeigen, auch die Lebenserwartung in Gesundheit höher ist. Die Korrelation mit HLY ist statistisch signifikant für die vermeidbare Sterblichkeit vor 75 (MAHCS) und auf der 10 % Signifikanzgrenze auch für potenziell inadäquate Medikation bei Älteren (PIM) und der Rate der Kaiserschnitte. Darüber hinaus ist die Korrelation mit vermeidbaren Spitalsaufenthalten (ACSC) und der Patientenzufriedenheit ebenso negativ, obwohl nicht signifikant. Auch wenn diese Faktoren die HLY nicht direkt beeinflussen, könnten diese Ergebnisse ein Hinweis darauf sein, dass es einen Zusammenhang zwischen der Qualität der Gesundheitsversorgung in den österreichischen Bundesländern und dem Gesundheitszustand der Bevölkerung gibt. Darüber hinaus gibt es gesicherte Hinweise, dass die HLY durch das Niveau der Ausbildung und durch das Herkunftsland bestimmt ist (Klimont & Klotz, 2016).

Abbildung 1: HLY und Zusammenhänge mit ausgewählten Indikatoren


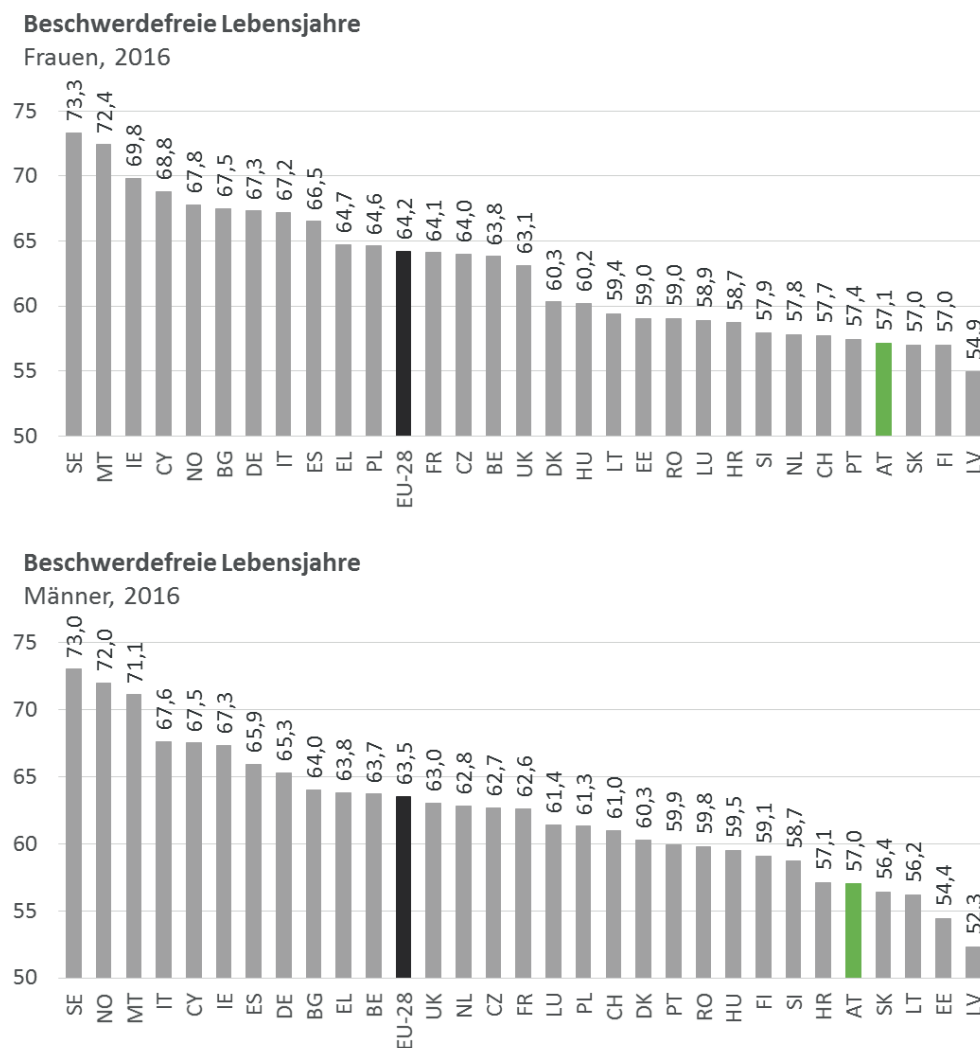
Quelle: eigene Darstellung

Europäische Vergleiche sind derzeit nur auf Basis des von Eurostat publizierten Indikators, beschwerdefreie Lebenserwartung, möglich. Der Indikator beschwerdefreie Lebenserwartung basiert auf selbstberichteten Angaben zu funktionalen Einschränkungen, die der EU-SILC entstammen. Jedenfalls unterscheiden sich die Ergebnisse aus diesen Daten erheblich von der Lebenserwartung in Gesundheit wie sie von Statistik Austria ermittelt wurden. Während nach dem Eurostat Konzept Österreich deutlich unterdurchschnittlich abschneidet, liegt die gesunde Lebenserwartung gemäß Statistik Austria durchschnittlich bei 66 Jahren und damit fast neun Jahre höher als die Werte gemäß Eurostat³, wobei es praktisch keine Geschlechtsunterschiede gibt.

³ EU-SILC verwendet eine Frage zu länger dauernden, gesundheitsbezogenen Einschränkungen, GALI (Global Activity Limitation Indicator). Hier zeigt sich, dass Österreich tendenziell höhere Prävalenzraten mit den größten Unterschieden vor dem 65. Lebensjahr aufweist. In höheren Altersstufen scheint es nur geringfügige oder gar keine Unterschiede im Vergleich zum europäischen Durchschnitt zu geben. Diese Ergebnisse sollten mit Vorsicht interpretiert werden, weil es Unterschiede in den Grundgesamtheiten zwischen den Ländern gibt (EHLEIS 2018). Auch wurde Kritik an der Vergleichbarkeit von HLY basierend auf der EU-SILC in Bezug auf Übersetzungs- und kulturelle Unterschiede geübt.

Abbildung 2 zeigt den Vergleich des Indikators in europäischen Ländern. Die beschwerdefreie Lebenserwartung von Frauen und Männern in Österreich ist deutlich kürzer als im Durchschnitt der EU-28, und zwar um mehr als sechs Jahre. Dies steht im Gegensatz zu der Tatsache, dass die allgemeine Lebenserwartung in Österreich höher im Vergleich zum EU-28-Durchschnitt ist und somit die Österreicher laut EU-SILC länger mit Beschwerden leben. In Anbetracht der Nachbarländer liegt die HLY in Deutschland und Italien über dem EU-28-Durchschnitt, während sie unter dem Durchschnitt in der Schweiz, der Tschechischen Republik, der Slowakei, Slowenien und Ungarn liegt. Eine detailliertere Studie auf regionaler Ebene wäre notwendig, um festzustellen, ob der breitere geografische Kontext zur Ost-West-Verteilung des Gesundheitszustandes in Österreich beiträgt.

Abbildung 2: Beschwerdefreie Lebensjahre bei der Geburt im europäischen Vergleich



Quelle: Eurostat, eigene Darstellung.

Lebensqualität chronisch kranker Personen hängt wahrscheinlich mit Arbeitslosigkeit und Depression zusammen

Der Indikator selbsteingeschätzte Lebensqualität chronisch kranker Personen (SALQ_chs) wird von BMG Outcome-Messung (BMG-OM 2018) erstellt. Er quantifiziert die Lebensqualität der chronisch kranken Personen. Die Lebensqualität wird nach dem Quality-of-Life-Konzept der World Health Organisation (WHOQOL) ermittelt. Demnach definiert sich Lebensqualität als individuelle Wahrnehmung der eigenen Lebenssituation im Kontext der jeweiligen Kultur und des jeweiligen Wertesystems und in Bezug auf die eigenen Ziele, Erwartungen, Beurteilungsmaßstäbe und Interessen. WHOQOL besteht aus 26 Fragen zu verschiedenen Lebensbereichen. Informationen über chronische Erkrankungen sowie Lebensqualität sind selbstberichtet und basieren auf Umfragedaten von der österreichischen Gesundheitsbefragung (ATHIS 2014, 2006/2007).

Etwa ein Drittel der österreichischen Bevölkerung berichtete im Jahr 2014 chronische Gesundheitsprobleme. Die Zahl der chronisch Kranken ist am höchsten im Burgenland (40 %) und in NÖ (38,8 %) und am niedrigsten in Salzburg, Vorarlberg und Tirol (alle 33,5 %). Chronisch kranke Personen berichteten eine durchschnittliche Lebensqualität von 67,1 von 100 Punkten. Am höchsten war die selbstberichtete Lebensqualität mit 70,4 Punkten in Tirol und Kärnten. In Wien war die berichtete Lebensqualität mit 65 von 100 Punkten am niedrigsten.

Es gibt mehrere Faktoren, die die subjektive Lebensqualität chronisch kranker Menschen beeinflussen können. Schweregrad der chronischen Erkrankung, Alter, aber auch kulturelle und sozioökonomische Faktoren beeinflussen das Ergebnis. Indikativ können die Beziehungen zwischen regionalen Ergebnissen für SALQ mit anderen Indikatoren sein: regionaler SALQ korreliert stark mit den Gesundheitszustandsindikatoren HLY (Korrelation 0,78, $p = 0,01$) und (negativ) mit depressiver Symptomatik (Korrelation -0,75, $p = 0,02$). Hinsichtlich der sozioökonomischen Determinanten korreliert der SALQ mit der Arbeitslosigkeit (-0,67, $p = 0,05$) und auf der Seite des Gesundheitssystems mit der Patientenzufriedenheit (0,66, $p = 0,05$).

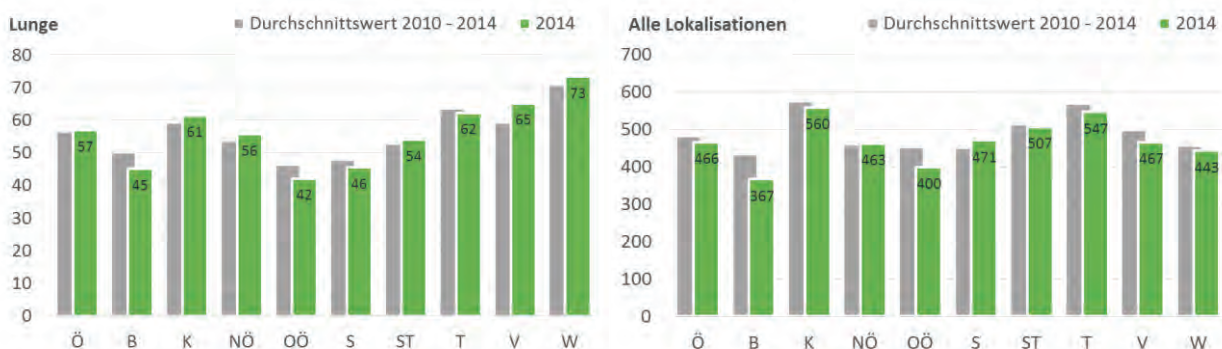
Wo viel geraucht wird, ist Lungenkrebs am häufigsten

Krebs gehört zu den häufigsten Todesursachen in Europa (Eurostat 2018t). Laut dem Bericht Global Burden of Disease 2016 ist Lungenkrebs allein die zweithäufigste Ursache für vorzeitige Mortalität in Österreich (GBD 2016). Darüber hinaus gehört Lungenkrebs zu den Krebserkrankungen, die am stärksten von Verhaltens- und Umweltfaktoren, vor allem dem Rauchen, betroffen sind (Stein und Colditz, 2004). Die Informationen in diesem Abschnitt werden durch die Krebsinzidenz für alle Lokalisationen ergänzt. Wir verwenden Daten aus der Krebsstatistik der Statistik Austria, die auf Basis der europäischen Standardbevölkerung 2013 altersstandardisiert wurden.

Der Indikator Inzidenz bösartiger Neubildungen, Lunge (ICAN_lc) für das Jahr 2014, zusammen mit dem Fünfjahresdurchschnitt zwischen 2010 und 2014, ist für die Bundesländer in Abbildung 3 dargestellt. Im Jahr 2014 war die Inzidenz am höchsten in Wien (73 Fälle pro 100.000 Einwohner) und Vorarlberg (65 Fälle). Die niedrigste Inzidenz war in OÖ (42 Fälle). Die Ergebnisse sind vergleichbar mit den Durchschnittswerten über fünf Jahre. Die stabile Inzidenz von Lungenkrebs in Österreich verbirgt unterschiedliche Entwicklungen zwischen den Geschlechtern. Während die Inzidenzrate für Männer sinkt, steigt die Inzidenz von Lungenkrebs bei Frauen, was auch den wachsenden Anteil rauchender Frauen widerspiegelt.

Regionale Werte für Inzidenz des Lungenkrebses korrelieren mit dem Indikator des Tabakkonsums auf einem Konfidenzniveau von 10% (Korrelation = 0,63, $p = 0,07$). Die beiden Bundesländer mit dem höchsten Anteil an täglichen Rauchern, Wien und Vorarlberg, weisen die höchste Inzidenz von Lungenkrebs auf.

Abbildung 3: Inzidenz bösartiger Neubildungen pro 100.000 Einwohner



Quelle: Krebsstatistik (Statistik Austria), eigene Darstellung.

Abbildung 3 zeigt auch die bösartigen Neubildungen für alle Lokalisationen zusammen. In Kärnten und Tirol waren bösartige Neubildungen am häufigsten, im Burgenland am geringsten. Lungenkrebs ist, wie auch andere Krebsarten, nicht nur mit dem Rauchen, sondern möglicherweise auch mit anderen Umweltfaktoren verbunden (Raaschou-Nielsen et al, 2013). Wir empfehlen, regionale Daten zu Umweltfaktoren (Luftschadstoffe, Wasserqualität, Lärm, usw.) zu sammeln, um die Informationen über Determinanten von Krebs in Österreich zu vervollständigen.

Depressive Symptome treten auf, wo Gesundheit und Lebensqualität leiden

Der Indikator berichtet über den Anteil der Bevölkerung mit milden bis schweren depressiven Symptomen (DEPSY) nach ATHIS (ATHIS 2014). Die Umfrage misst depressive Symptome mit einem Instrument, das acht Fragen stellt (Patient Health Questionnaire, PHQ-8). PHQ-8 ist ein nützliches Maß für Depression, das in (großen) populationsbasierten Studien verwendet werden kann, Kroenke et al (2009). Zur besseren Vergleichbarkeit altersstandardisierten wir die Ergebnisse der Bundesländer auf Basis der durchschnittlichen österreichischen Bevölkerung im Jahr 2014.

Der Anteil der Bevölkerung mit milden bis schweren depressiven Symptomen war 2014 in Österreich 4,3 %. Im Burgenland (7,7 %) und in Wien (6,1 %) ist dieser Anteil erkennbar höher. In Tirol (2,6 %) und in Kärnten (2,7 %) betreffen Depressionen deutlich weniger Menschen, anteilig nur etwa halb so viele. Der Unterschied zum österreichischen Durchschnitt ist für diese Bundesländer statistisch signifikant.

Die Korrelation zwischen depressiver Symptomatik und sozioökonomischen Determinanten auf der Ebene der Bundesländer ist statistisch nicht signifikant (Korrelation mit Arbeitslosenraten ist 0,58, $p = 0,10$). Andererseits scheint die Depression in einem starken Zusammenhang mit dem allgemeinen Gesundheitszustand zu stehen. Die Korrelation mit HLY auf regionaler Ebene beträgt -0,75 ($p = 0,02$) und mit der Lebensqualität chronisch Kranker -0,83 ($p = 0,006$).

Zahnstatus Sechsjähriger braucht viel, vor allem soziale Aufmerksamkeit

Der Indikator berichtet über den Anteil der sechsjährigen Kinder mit einem kariesfreien Gebiss (OHS6). Er wurde von BMG Outcome-Messung (BMG-OM 2018) auf Basis der Zahnstatus- bzw. Länderzahnstatuserhebungen der GÖG (Bodenwinkler et al 2007, 2012 und 2017) erstellt. Der Zahnstatus von Sechsjährigen gibt Auskunft über Fortschritte in der Kariesprophylaxe, von Vorsorgeverhalten der betrachteten Population (Ernährung, Mundhygiene) bis zu Präventionsmaßnahmen wie z. B. Vorsorgeuntersuchungen (BMG-OM 2018).

Laut der Zahnstatuserhebung 2016/2017 haben 55 % der österreichischen sechsjährigen Kinder ein kariesfreies Gebiss, 10 Prozentpunkte mehr als im Jahr 2006. Am höchsten ist der Anteil in Tirol (72 %) und Steiermark (66 %), am niedrigsten ist er in Wien (45 %), Burgenland (47 %) und Kärnten (48 %). Vertiefte Analysen dieser Unterschiede müssten klären, welche Programme auf Bundesländerebene existieren, um Zahngesundheit zu fördern und wie nachhaltig sie sind. Ein besonders interessantes Ergebnis der Zahnstatuserhebung 2016/2017 sind die beträchtlichen Unterschiede zwischen dem Zahnstatus von Kindern aufgrund der sozioökonomischen Merkmale ihrer Eltern. Kinder von Eltern mit Matura haben etwa 50 % höhere Chancen auf ein kariesfreies Gebiss als Kinder von Eltern ohne Matura, und der Unterschied ist sogar noch größer bei Kindern mit / ohne Migrationshintergrund (BMG-OM 2018).

Hier dürften die deutlichen Unterschiede in der Gesundheitskompetenz eine wesentliche Rolle spielen, obwohl der Zusammenhang unklar ist. Während beispielsweise die Zahngesundheit der Kinder in Vorarlberg überdurchschnittlich ist und nur 36 % der Vorarlbergerinnen eine begrenzte Gesundheitskompetenz zeigen, gibt es mehr kariesfreie 6-jährige Kinder in der Steiermark als in Vorarlberg. In der Steiermark ist jedoch die Gesundheitskompetenz relativ schlechter. So wurde für 63 % der Menschen in der Steiermark eine begrenzte Gesundheitskompetenz erfasst (Pelikan et al 2013). Insgesamt gibt es in Österreich im Vergleich den stärksten Zusammenhang zwischen

Gesundheitskompetenz und sozial-ökonomischen Lebensbedingungen (HLS-EU Consortium 2012).

Datenlücken

Obwohl die subjektive Wahrnehmung des Gesundheitszustands ein wichtiger Faktor ist, der den Gesundheitszustand der Bevölkerung bestimmt, führt der ausschließliche Rückgriff auf Umfragedaten zu offensichtlichen Nachteilen. Harte (Verwaltungs-) Daten sollten verwendet werden, um ergänzende Indikatoren zu entwickeln, die den Gesundheitsstatus auf Systemebene beschreiben, z. B. gesunde / behinderungsfreie Lebensjahre unter Verwendung der DIAG-Datenbank. Leider haben wir auf regionaler Ebene keinen Zugang zu den DIAG Daten, und dadurch keine Möglichkeit, eigene Indikatoren in diese Richtung zu erstellen.

Darüber hinaus gibt es in Österreich im Vergleich zu anderen Länder eine sehr gute (akute) Gesundheitsversorgung (Hofmarcher 2013, Hofmarcher et al 2017), aber es gibt viel Raum für Verbesserungen im Hinblick auf Angebote den gesunden Lebensstil der Bevölkerung zu fördern. Mehr als ein Viertel der gesamten Krankheitslast in Österreich hängt mit ungesunden Lebensstilen zusammen (OECD/EC, 2017). Daher sollten ideale Indikatoren für Österreich stärker auf Gesundheitsprobleme im Zusammenhang mit ungesunden Lebensstil ausgerichtet sein, wie zum Beispiel die Prävalenz der häufigsten Krankheiten, die am stärksten von ungesunden Lebensstilen beeinflusst werden. Dies sollte laufende interministerielle Anstrengung auf Bundes- und Landesebene umfassen, um Menschen die Möglichkeit zu geben sich gesund und gefahrlos zu ernähren (Agrarpolitik), im Kindergarten und in der Schule Bewegung und soziale Kompetenz zu erlernen (Ausbildungspolitik), und im Gesundheits- und Pflegewesen entsprechende Angebote zu finden, damit sich Gesundheitskompetenz weiterentwickelt.

Empfehlungen:

- Gezielter Aufbau von Forschung zu den Faktoren, die HLY in Österreich beeinflussen
- Systematische Forschung über den Zusammenhang zwischen Qualität der Gesundheitsversorgung und gesundheitlichen Ergebnissen.
- Erhebung regionaler Daten zu Umweltfaktoren (Luftschadstoffe, Wasserqualität, Lärm, usw.), um Informationen über Determinanten von Krebs in Österreich zu vervollständigen.
- Förderung eines gesunden Lebensstils und von Bewegung, insbesondere in den Regionen, in denen die Menschen nicht gesund zu leben scheinen. Verstärkte und laufende interministerielle Zusammenarbeit, zielorientiert, abgestimmt und koordiniert innerhalb und außerhalb des Gesundheits- und Pflegewesens („Health in all Politics“).

5.2 Determinanten der Gesundheit

Definition der Gesundheitsdeterminanten

Determinanten beziehen sich auf nicht-gesundheitliche Faktoren, die die Gesundheit beeinflussen können. Diese umfassen sozioökonomische Faktoren, Umweltbedingungen, Lebensstil und / oder Ereignisse des Lebensverlaufs, die die Gesundheit beeinflussen oder stören können, Arah et al (2006).

Headline Indikator und Schlüsselindikatoren der Gesundheitsdeterminanten

Kurzname und Abkürzung in der KPI Datenbank

Übergewicht und Adipositas	HIB_wght
Täglicher Tabakkonsum	HIB_tab
Sozialkapital	SCAP
Arbeitsklima Index, Teilindex Arbeit	WCI
Arbeitslosenrate	UNEMP

Warum diese Indikatoren?

Die nachfolgende Tabelle präsentiert die Auswahl der Indikatoren und verweist auf die wichtigsten Argumente, die zur Abweichung der von BRIDGE Health identifizierten KPIs führten.

Schlüsselindikatoren Determinanten der Gesundheit

KPI Regional		KPI BRIDGE Health	Anmerkungen zu Auswahl
HIB_wght	Übergewicht und Adipositas	BMI Body Mass Index	Fokus auf Personen mit Gewichtsprobleme, in Einklang mit BMG Outcome-Messung Bericht.
HIB_tab	Tabakkonsum	-	-
SCAP	Sozialkapital	-	Wichtiger Faktor; Seit 2014 verfügbar über ATHIS
WCI	Arbeitsklima Index, Teilindex Arbeit	-	Wichtiger Faktor; Seit 1998 verfügbar über die Arbeiterkammer OÖ

KPI Regional		KPI BRIDGE Health	Anmerkungen zu Auswahl
UNEMP	Arbeitslosenrate		-
		Personen gefährdet durch Armut oder soziale Ausgrenzung	Ähnliche sozioökonomische Faktoren wie UNEMP
		Versicherungsschutz, % der Bevölkerung	Fast universeller Versicherungsschutz in Ö

Quellen: eigene Zusammenstellung

Von fünf gewählten Schlüsselindikatoren gibt es in diesem Bereich eine Übereinstimmung mit drei BRIDGE Health Indikatoren. Während der BRIDGE Health euHS_I Survey den Versicherungsschutz als einen der wichtigsten Indikatoren ausweist, ist die Abdeckung in Österreich fast universell. Somit schlossen wir diesen Indikator aus. Allerdings sollte in der Weiterentwicklung des Indikatorensets in Richtung erklärende Indikatoren Kennzahlen zu nicht versicherten Personen erhoben und analysiert werden.

Ergebnisse

Gesundheitsdeterminanten: Ergebnisse auf einen Blick

Schlüsselindikatoren	Jahr	Ö	B	K	NÖ	OÖ	S	ST	T	V	W
Übergewicht und Adipositas	2014	47%	54%	47%	51%	48%	42%	46%	39%	44%	45%
Täglicher Tabakkonsum	2014	24%	23%	22%	22%	22%	23%	22%	21%	26%	32%
Hohe soziale Unterstützung	2014	54%	58%	54%	55%	56%	55%	56%	58%	61%	46%
Arbeitsklima Index, Teilindex Arbeit	2017	102	110	113	102	102	101	107	101	101	92
Arbeitslosenrate	2016	6,0%	5,7%	5,4%	5,2%	4,5%	3,4%	5,1%	3,5%	3,4%	11,3%

Quellen und Erläuterungen: siehe Diskussion der einzelnen Indikatoren

Um die Leistung der regionalen Gesundheitssysteme zu bewerten, ist es notwendig, die Unterschiede in den Gesundheitsdeterminanten zu berücksichtigen. Mit vielen Dimensionen, die diese Determinanten abdecken, ist es schwierig, einen übergreifenden Headline Indikator zu wählen. Wir haben uns auf das Monitoring des gesunden Körpergewichts konzentriert, da es verschiedene gesundheitsbezogene Faktoren widerspiegelt, und objektiv, allgemein verfügbar und vergleichbar zwischen Ländern ist.

54 % der Burgenländer und 51 % der Niederösterreicher sind entweder übergewichtig oder adipös, im Gegensatz zur Bevölkerung Tirols mit dem niedrigsten Wert von 39 %. Für alle anderen Schlüsselindikatoren zeigen sich die besonderen Herausforderungen in Wien: 32 % der Wienerinnen rauchen täglich, in Tirol sind es 21 %. Nur 46 % der Wienerinnen berichten, dass sie hohe soziale Unterstützung bekommen, in Vorarlberg ist der Anteil 61 %. Während die Arbeitslosenrate am höchsten in Wien ist (11,3 %), weisen Salzburg und Vorarlberg mit nur 3,4 % die niedrigsten Werte auf. Gleichzeitig berichteten

unselbständig Beschäftigten Wien laut Arbeiterkammer OÖ vom schlechtesten Arbeitsklima.

Für bessere Vergleichbarkeit mit den Outcome-Indikatoren wurden die Indikatoren Übergewicht und Adipositas, Tabakkonsum, und Sozialkapital auf Basis der durchschnittlichen österreichischen Bevölkerung im Jahr 2014 altersstandardisiert.

Übergewicht und Adipositas: Unterschiede müssen besser verstanden werden

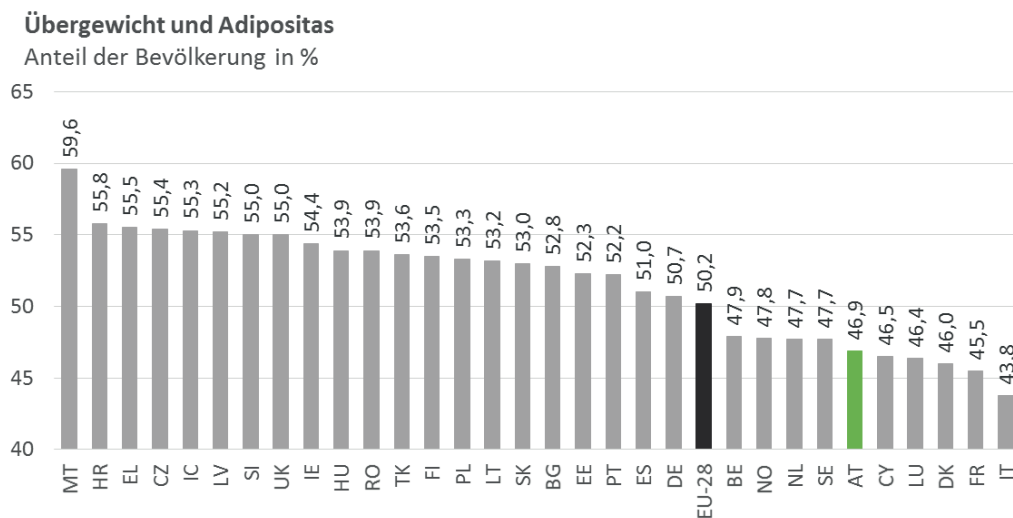
Der Indikator berichtet über den Anteil der Bevölkerung mit Übergewicht oder Adipositas nach ATHIS (2014, 2006/2007). Grenzwerte der WHO basieren auf dem Body-Mass-Index Maß, wobei als adipös Menschen mit einem BMI größer oder gleich 30 und als übergewichtig Menschen mit BMI größer oder gleich 25 gelten. Zur besseren Vergleichbarkeit wurden die Ergebnisse der Bundesländer auf Basis der durchschnittlichen österreichischen Bevölkerung im Jahr 2014 altersstandardisiert.

Während Übergewicht und Fettleibigkeit in der modernen Medizin, zum Beispiel von WHO, auch als eigenständige Krankheit gelten (James 2009), sind die Gewichtsprobleme ein wichtiger Einflussfaktor für das Auftreten anderer Gesundheitsprobleme (z. B. Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes und Krebs). Darüber hinaus wird das Gewicht durch gesundheitsbezogenes Verhalten wie Ernährung, Bewegung und Stressbelastung (Roberts et al 2007) beeinflusst. Obwohl Übergewicht und Adipositas von Erwachsenen sowie auch von Jugendlichen in Österreich im Vergleich zu anderen entwickelten Ländern relativ niedrig ist, nehmen Übergewicht und Adipositas in Österreich zu (OECD/EC, 2017).

Laut ATHIS 2014 sind 47 % der österreichischen Bevölkerung übergewichtig oder adipös. Dies deckt sich mit Raten, die in Eurostat ausgewiesen sind, Abbildung 4. Die Unterschiede zwischen den Bundesländern sind jedoch erheblich. Das betrifft 54 % der Burgenländer und 51 % der Niederösterreicher. In Tirol hingegen sind es nur 39 % der Bevölkerung. Der Unterschied zum österreichischen Durchschnitt ist für diese Bundesländer statistisch signifikant. Diese Ergebnisse spiegeln Unterschiede in dem durchschnittlichen Lebensstil der Regionen wider - die Bevölkerung des Burgenlandes und in NÖ berichtet ebenfalls von weniger körperlicher Aktivität und weniger gesunder Ernährung (z. B. Konsum von Obst und Gemüse). Diese Lebensstilfaktoren könnten durch sozioökonomische, aber auch kulturelle Faktoren beeinflusst werden. Ein wesentlicher Aspekt in diesem Zusammenhang sind Geschlechtsunterschiede, Klimont & Klotz 2016; Glehner et al 2014; Kautsky-Willer et al 2012; Kautsky-Willer et al 2017.

Die Prävalenz von Gewichtsproblemen wird durch den breiteren geografischen Kontext beeinflusst, siehe Abbildung 4. Von den Nachbarländern liegt die Tschechische Republik, Slowenien, Ungarn und die Slowakei über dem EU-28-Durchschnitt. Die Prävalenz der deutschen Bevölkerung entspricht dem EU-28. Insgesamt weist lediglich Italien die niedrigste Übergewichtsrates in der EU auf.

Abbildung 4: Übergewicht und Adipositas im europäischen Vergleich



Quelle: Eurostat, eigene Darstellung.

Tabakkonsum schadet immer, geht allerdings bei den Jungen zurück

Der Indikator berichtet über den Anteil täglicher Raucherinnen in Österreich nach ATHIS (2014, 2006/2007). Zur besseren Vergleichbarkeit wurden die Ergebnisse der Bundesländer auf Basis der durchschnittlichen österreichischen Bevölkerung im Jahr 2014 altersstandardisiert.

Tabakkonsum ist eine der Hauptursachen für vermeidbare Todesfälle auf der Welt und macht jährlich fast 5 Millionen Todesfälle aus (Ezzati et al, 2002). Rauchen trägt zu etwa 30 % aller Krebserkrankungen in den Industrieländern bei und verursacht über 90 % der Lungenkrebsfälle zusätzlich zu einer Vielzahl weiterer bösartiger Erkrankungen (Stein und Colditz, 2004).

Im Gegensatz zu dem deutlich beobachteten Rückgang der Raucherquoten in vielen EU-Ländern seit dem Jahr 2000 liegen die Raten österreichischer Erwachsener, die jeden Tag rauchen, auf dem gleichen Niveau wie in 1997 (24 %). Unterschiedliche Entwicklungen wurden für Männer und Frauen beobachtet: Während der Anteil der Männer mit täglichem Rauchen von 30 % im Jahr 1997 auf 27 % im Jahr 2014 sank, stieg der Anteil der Frauen von 19 % im Jahr 1997 auf 22 % im Jahr 2014. Eine positive Entwicklung gibt es bei Jugendlichen - der Anteil der 15-Jährigen, die rauchen, ist zwischen 1997 und 2014 stark zurückgegangen (OECD/EC 2017).

Laut ATHIS 2014 ist der Anteil der täglichen Raucher am häufigsten in Wien (32 %) und in Vorarlberg (26 %). Der niedrigste Anteil der Bevölkerung raucht in Tirol (21 %), Kärnten und Oberösterreich (beide 22 %). Der Unterschied zum österreichischen Durchschnitt ist für Wien und Tirol statistisch signifikant.

Sozialkapital ist wichtig für das Wirken von Gesundheitskompetenz

Der Indikator berichtet über den Anteil der Personen mit einem hohen wahrgenommenen Ausmaß sozialer Unterstützung nach ATHIS (2014). Soziale Unterstützung wird in ATHIS anhand der Oslo-3-Items-Social-Support-Scale gemessen. Zur besseren Vergleichbarkeit wurden die Ergebnisse der Bundesländer auf Basis der durchschnittlichen österreichischen Bevölkerung im Jahr 2014 altersstandardisiert.

Laut BMG-OM (2018) beschreibt Sozialkapital das Ausmaß sozialer Vorteile und Ressourcen, die Individuen über die Teilhabe an sozialen Strukturen und Netzwerken abrufen können. Besondere Bedeutung kommt diesbezüglich der sozialen Unterstützung zu. Das Sozialkapital ist ein wesentlicher Einflussfaktor auf die Gesundheit, siehe BMG-OM (2018) und die darin enthaltene Literatur. Rocco et al (2012) finden außerdem, dass individuelles Sozialkapital eine signifikante Determinante der Gesundheit ist, nur wenn es wechselseitig ist. Das heißt Sozialkapital ist effektiv, wenn es auf Gemeinschaftsebene verbreitet wird. Weitere Analysen sind erforderlich, Bedingungen für das unterschiedliche Wirken dieser Gemeinschaften auf die Unterschiede zwischen den Bundesländern zu identifizieren.

54 % der Österreicherinnen berichteten von einem hohen Ausmaß sozialer Unterstützung. Der höchste Anteil der Bevölkerung war in Vorarlberg (61 %), Burgenland und Tirol (beide 58 %). Am niedrigsten lag er in Wien (46 %). Der Unterschied zum österreichischen Durchschnitt ist für diese Bundesländer außer Burgenland statistisch signifikant.

Arbeitsklima hat Gesundheitsrelevanz

Eine umfangreiche wissenschaftliche Literatur hat den Gesundheitszustand der Bevölkerung mit den Arbeitsbedingungen verknüpft (Burgard und Lin, 2013). Der Schlüsselindikator basiert auf dem österreichischen Arbeitsklima Index der Arbeiterkammer Oberösterreich. Der Teilindex „Arbeit“ misst Subdimensionen des Arbeitsklimas, die mit Arbeitsbedingungen verbunden sind wie allgemeine Berufszufriedenheit, psychischer, physischer und Innovations-Stress, Zeiteinteilung, Isolation am Arbeitsplatz, Lebenszufriedenheit und Einkommen. Die Indexwerte des Basisjahres 2007 wurden für Österreich mit 100 Punkten normiert.

2017 berichteten die Befragten in Kärnten (113 Punkte) und im Burgenland (110) von dem günstigsten Arbeitsklima, jene in Wien dagegen vom schlechtesten (92). Die Ergebnisse sind vergleichbar mit den Durchschnittswerten über mehrere Jahre. Obwohl der Index für Gesamtösterreich in den letzten 10 Jahren ungefähr konstant blieb, zeigen sich jedoch zwischen den Bundesländern große Unterschiede. Der Indikator wuchs im Burgenland (+ 8,9 Punkte) und in der Steiermark (+ 8 Punkte), in Wien (- 4,8) und in Salzburg (- 5,6) verschlechterte er sich.

Arbeitslosigkeit hängt mit Einkommen zusammen, beides ist wichtig

Die Arbeitslosenquote umfasst Personen, die derzeit keinen Arbeitsplatz haben und aktiv nach einem Arbeitsplatz suchen. Die von verschiedenen Institutionen gemeldeten Arbeitslosenquoten können aufgrund unterschiedlicher Definitionen variieren. Wir benutzen die Arbeitslosenraten von Eurostat, die international vergleichbar sind.

Laut mehreren Quellen beeinflusst die Arbeitslosigkeit sowohl die psychische als auch die körperliche Gesundheit von Personen, für den österreichischen Kontext siehe zum Beispiel EOHSP (2011). Darüber hinaus können Arbeitslosenquoten auch als Proxy-Indikator für andere wirtschaftliche Bedingungen in den Bundesländern, wie z. B. das durchschnittliche verfügbare Einkommen, angesehen werden, siehe Fact Sheets und Abbildung 9.

Die Arbeitslosenquote in Österreich betrug im Jahr 2016 6 %. Die Rate war in Wien am höchsten (11,3 %) und in Salzburg und Vorarlberg am niedrigsten (3,4 %). Hinzu kommt, dass laut Eurostat in Wien der höchste Anteil der Bevölkerung durch Armut oder soziale Ausgrenzung (27 % der Bevölkerung) gefährdet ist.

Datenlücken

Im Einklang mit der BMG Outcome-Messung (2018) betrachten wir die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung als wichtige Determinante der Gesundheit in Österreich. Gesundheitskompetenz verweist auf die Fähigkeit der Einzelpersonen, relevante Informationen über Gesundheit zu finden, zu verstehen und anzuwenden. Studienergebnissen zufolge steht die Gesundheitskompetenz von Menschen in Zusammenhang mit ihrem Gesundheitsverhalten, ihrer körperlichen und psychischen Gesundheit sowie mit der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen (z. B. Kickbusch et al 2013).

Bis jetzt gab es nur eine Initiative, um die Gesundheitskompetenz in europäischen Ländern zu erfassen (HLS-EU Consortium 2012). Die Umfragekarte berichtet die selbsteingeschätzte Gesundheitskompetenz, die aus verschiedenen Gründen verzerrt sein könnte. Laut HLS-EU verfügen Menschen in Österreich über eine vergleichsweise geringe Gesundheitskompetenz („health literacy“). Zudem gibt es starke regionale Unterschiede: So zeigen etwa 36 % der Vorarlbergerinnen eine begrenzte Gesundheitskompetenz auf, während es 63 % der Menschen in der Steiermark sind. Dabei gibt es in Österreich im Vergleich zu anderen Ländern den stärksten Zusammenhang einerseits zwischen Gesundheitskompetenz und sozial-ökonomischen Lebensbedingungen und andererseits zwischen Alter und Geschlecht (HLS-EU Consortium 2012, Pelikan et al 2013). Eine Fortsetzung der Bemühungen zur Messung der Gesundheitskompetenz auf nationaler und regionaler Ebene ist daher wünschenswert.

Wie bereits für den Bereich „Gesundheitszustand“ erläutert, wurde gezeigt, dass Umweltfaktoren zu verschiedenen Krankheiten, wie z. B. Krebs beitragen. Umweltrisikofaktoren (Luftschadstoffe, Wasserqualität, Lärm) sollten regional überwacht werden, um das allgemeine Gesundheitsrisiko für die Bevölkerung zu bewerten.

Empfehlungen:

- Vertiefung der Bundesländervergleiche durch Stratifizierung der Indikatoren nach Geschlecht und/oder sozioökonomischen Kriterien.
- Unterstützung von Initiativen zur Messung und Förderung der Gesundheitskompetenz.
- Regionales Monitoring der Umweltrisikofaktoren (Luftschadstoffe, Wasserqualität, Lärm).
- Verstärkte und laufende interministerielle Zusammenarbeit, zielorientiert, abgestimmt und koordiniert innerhalb und außerhalb des Gesundheits- und Pflegewesens („Health in all Politics“). Gezielte Förderung eines gesunden Lebensstils.

5.3 Zugang

Definition Zugang zu Versorgung

Wir orientieren uns an der Definition der WHO (2000), die Zugang definiert als "Gewährleistung des Zugangs zur Versorgung auf der Grundlage des Bedarfs und nicht der Zahlungsfähigkeit" oder anderer Hürden wie fehlender Transport, Wartezeiten etc. Definitionen für den Zugang sind in Art und Form sehr unterschiedlich. Während einige sehr spezifisch und präzise sind, sind andere breit und vage. In den meisten Definitionen werden Begriffe wie "Erleichterung" oder "Möglichkeit" des Zugangs zur Gesundheitsversorgung nicht klar definiert. Die Unterschiede zeigen die fehlende Übereinstimmung und Herausforderung bei der Definition eines Konzepts wie dem Zugang.

Headline Indikator und Schlüsselindikatoren des Zugangs zu Versorgung

Kurzname und Abkürzung in der KPI Datenbank

Intramurale Wartezeiten	WT_in_ev
Extramurale Wartezeiten	WT_ex_ev
Ungedeckter Bedarf an Gesundheitsleistungen, aus finanziellen Gründen, medizinische Untersuchung	UNMC_cth_med
Ungedeckter Bedarf an Gesundheitsleistungen, Entfernung zu weit oder Probleme dorthin zu kommen	UNMC_dist

Warum diese Indikatoren?

Die nachfolgende Tabelle präsentiert die Auswahl der Indikatoren und verweist auf die wichtigsten Argumente, die zur Abweichung der von BRIDGE Health identifizierten KPIs führten.

Schlüsselindikatoren Zugang

KPI Regional		KPI BRIDGE Health	Anmerkungen zu Auswahl
WT_in_ev	Intramurale Wartezeiten	Wartezeit, planbare Eingriffe	Gute Annäherung durch Wartezeit intramural
WT_ex_ev	Extramurale Wartezeiten	Wartezeit bei Fachärztinnen	Gute Annäherung durch Wartezeit extramural
UNMC_cth_med	Ungedeckter Bedarf, finanzielle Gründe		-
UNMC_dist	Ungedeckter Bedarf, Entfernung oder Transport-probleme		-
	-	Zugang zu Akutversorgung	Regional nicht verfügbar
		Versicherungsschutz in %	Fast universeller Versicherungsschutz in Österreich

Quellen: eigene Zusammenstellung

In diesem Bereich gibt es grundsätzlich eine gute Übereinstimmung der gewählten Indikatoren mit der Auswahl aus dem BRIDGE Health Survey, auch wenn die Definitionen etwas abweichen.

Ergebnisse

Zugang zu Versorgung: Ergebnisse auf einen Blick

Schlüsselindikatoren	Jahr	Ö	B	K	NÖ	OÖ	S	ST	T	V	W
Intramurale Wartezeiten, in Tagen	2015	23	24	18	24	23	19	22	20	23	27
Extramurale Wartezeiten, in Tagen	2015	10	8	8	10	11	8	9	10	13	11
Ungedeckter Bedarf an medizinischen Untersuchungen, finanzielle Gründe	2014	3,4%	2,7%	2,9%	3,2%	3,5%	2,6%	3,4%	3,5%	1,0%	4,6%
Ungedeckter Bedarf an Gesundheitsleistungen: Entfernung oder Probleme mit Transport	2014	2,0%	3,4%	2,7%	1,4%	2,4%	1,0%	1,9%	1,8%	1,9%	2,3%

Quellen und Erläuterungen: siehe Diskussion der einzelnen Indikatoren

Aufgrund der fast universellen Krankenversicherung ist der Zugang zur Gesundheitsversorgung in Österreich generell hoch. Selbstberichteter ungedeckter Bedarf an Gesundheitsleistungen ist mäßig: ungedeckter Bedarf an medizinischen Untersuchungen aus finanziellen Gründen liegt zwischen 1 % von Menschen mit Bedarf an medizinischen Untersuchungen in Vorarlberg und 4,6 % in Wien. Ungedeckter Bedarf nach Gesundheitsleistungen wegen großer Entfernung oder Probleme dorthin zu kommen berichteten zwischen 1 % (Salzburg) und 3,4 % (Burgenland) der Menschen mit Bedarf nach Gesundheitsleistungen.

Wartezeiten sind immer Thema, aber stiefkindlich behandelt

Ein wichtiger Faktor für den Zugang zu einer rechtzeitigen und effizienten Gesundheitsversorgung sind Wartezeiten. Die Wartezeiten für geplante Krankenhausaufenthalte (intramurale Wartezeiten) lagen zwischen 18 Tagen in Kärnten und 27 Tagen in Wien (angenäherte Erwartungswerte). Darüber hinaus berichteten Krankenhauspatienten durchschnittlich zwischen 8 Tagen (Burgenland, Kärnten, Salzburg) und 13 Tagen (Vorarlberg) auf ihren ersten Arzttermin zu warten, als die Probleme auftraten, die zu ihrem Krankenhausaufenthalt führten (extramurale Wartezeiten).

Während es seit einigen Jahren Ansätze in den einzelnen Bundesländern gibt, objektivierte Systeme zu Wartelisten zu implementieren, scheinen Bemühungen die Transparenz in diesem Bereich zu verbessern zögerlich. Anfang Juli 2011 wurde ein Gesetz beschlossen, dass die Bundesländer verpflichteten, für planbare Operationen in der Augenheilkunde, Neurochirurgie und Orthopädie sowie der orthopädischen Chirurgie verbindliche Wartelistenregelungen einzuführen. Ziel war die Anreize einzudämmen, Wartezeiten mit informellen Zahlungen zu verkürzen (Parlament, 2011). Eine transparente Umsetzung dürfte jedoch noch nicht gelungen sein.

Intramurale Wartezeiten

Wartezeit von Patienten mit gesundheitlichem Problem bis zur tatsächlichen Aufnahme im Krankenhaus (bei geplanten Aufnahmen). Der Indikator basiert auf Daten von sektorenübergreifende Patientenbefragung 2015 (BMG/GÖG 2015). Krankenhauspatienten antworteten auf die folgende Frage: „Nachdem Ihnen Ihr Hausarzt/Facharzt gesagt hat, dass ein Krankenhausaufenthalt notwendig ist, wie lange hat es bis zur tatsächlichen Aufnahme ins Krankenhaus gedauert?“ Basierend auf den Antworten schätzten wir durchschnittliche Erwartungswerte der Wartezeiten der Befragten.

Obwohl die BMG Outcome-Messung auch auf diese Daten zurückgreift, wurden keine Erwartungswerte ermittelt. Daher haben wir die Robustheit der Ergebnisse in Bezug auf Näherungsannahmen und Konsistenz zu den Grunddaten geprüft, z. B. das Verhältnis von Patientinnen mit Wartezeiten bis zu einer Woche. Die Ergebnisse über die Bundesländer liegen qualitativ eng beisammen.

Die durchschnittliche intramurale Wartezeit betrug 23 Tage für ganz Österreich. Am kürzesten warteten die Patientinnen in Kärnten (18 Tage) und in Salzburg (19 Tage). Die längsten Wartezeiten berichteten die Patienten in Wien (27 Tage), Burgenland und NÖ (24 Tage). Längere Wartezeiten in Wien beeinflussen möglicherweise auch die Wartezeiten von Patienten aus dem benachbarten Burgenland und NÖ. Der Rechnungshof kritisierte, dass die Krankenhausplanung in Österreich bisher die Patientenströme zwischen den Bundesländern ignorierte (RH 2015/17).

Intramurale Wartezeiten scheinen mit der Bettendichte in der Region verbunden zu sein. Die Wartezeiten sind kürzer in den Bundesländern mit mehr Krankenhausbetten (Krankenhausbettendichte gemäß Eurostat). Die Korrelation ist signifikant bei 10 % Signifikanzgrenze, wenn wir Wien ausklammern, das im österreichischen Krankenhaussektor eine besondere Rolle spielt (Korrelation -0,7; $p = 0,05$).

Extramurale Wartezeiten

Wartezeit der Krankenhauspatientin mit gesundheitlichem Problem auf einen Termin in der Haus-/Facharztpraxis. Der Indikator basiert auf Daten der sektorenübergreifenden Patientenbefragung aus dem Jahr 2015 (BMG/GÖG 2015). Krankenhauspatienten antworteten auf die folgende Frage: „Als Sie mit diesem gesundheitlichen Problem vor dem Krankenhausaufenthalt erstmalig zum Hausarzt/Facharzt gingen, wie lange mussten Sie auf den Termin beim Hausarzt/Facharzt warten?“ Basierend auf den Antworten schätzten wir durchschnittliche Erwartungswerte der Wartezeiten der Befragten.

Die durchschnittliche extramurale Wartezeit betrug 10 Tage für ganz Österreich. Am kürzesten warteten die Patienten im Burgenland, in Kärnten und in Salzburg (8 Tage). Die längsten Wartezeiten berichteten die Patienten in Vorarlberg (13 Tage).

Während extramurale Wartezeiten ein wichtiger Faktor für den Zugang zu Früherkennung und rechtzeitiger Gesundheitsversorgung sind, hat der Indikator auch potentielle Nachteile. Am wichtigsten ist, dass die Stichprobe nur Patienten umfasst, die später stationär aufgenommen wurden und daher nicht repräsentativ für den gesamten ambulanten Bereich ist.

Ungedeckter Bedarf an medizinischen Untersuchungen aus finanzielle Gründen

Der Indikator berichtet über den Anteil der Personen, die ungedeckten Bedarf an medizinischen Untersuchungen aus finanziellen Gründen angegeben haben, an der Gesamtzahl der Personen, die Bedarf an medizinischen Untersuchungen hatten. Der Indikator basiert auf Daten von ATHIS (2014, 2006/2007). Die Werte liegen zwischen 1 % von Menschen mit Bedarf nach Versorgung in Vorarlberg und 4,6 % in Wien. Abgesehen von Wien und Vorarlberg sind die Unterschiede zwischen den Bundesländern bei 95 % Konfidenzgrenze nicht signifikant.

Ungedeckter Bedarf an Gesundheitsleistungen, Entfernung zu weit oder Probleme dorthin zu kommen

Der Indikator berichtet über den Anteil der Personen, die ungedeckten Bedarf an Gesundheitsleistungen aufgrund zu hoher Entfernung oder Transportprobleme angegeben haben, an der Gesamtzahl der Personen, die Bedarf an Gesundheitsleistungen hatten, ebenso aus der ATHIS Befragung. Ungedeckter Bedarf nach Gesundheitsleistungen wegen hoher Entfernung oder Probleme dorthin zu kommen berichteten zwischen 1 % (Salzburg) und 3,4 % (Burgenland) der Menschen mit Bedarf nach Gesundheitsleistungen. Die Unterschiede zwischen den Bundesländern sind bei 95 % Konfidenzgrenze nicht signifikant.

Datenlücken

In Übereinstimmung mit dem BRIDGE Health Projekt empfehlen wir, harte Informationen über den Zugang zur Gesundheitsversorgung zu sammeln. Im Bereich der Akutversorgung raten wir, die durchschnittlichen Ankunftszeiten von Rettungswagen zu überwachen und elektronischen Datenverkehr koordiniert zu etablieren, damit die Notfallversorgung optimiert wird. Die Anzahl der Patienten auf Wartelisten für ausgewählte Operationen (z. B. orthopädische Operationen), bzw. administrative Daten über die Wartezeiten auf diesen Listen wären eine wertvolle Informationsquelle zur Situation im stationären Bereich. Während der von Bundesseite erstellte Spitalskompass begonnen hat, Informationen in diese Richtung aufzubereiten, sind zur Zeit Wartezeiten für nur wenige Leistungen (Diagnosen) erfasst und nur wenige Krankenanstalten sind abgedeckt. Daten in Bezug auf Wartezeiten zu Ärztinnen wäre eine sinnvolle und notwendige Ergänzung im ambulanten Bereich. Das geht über die geografische Verteilung

der Ärztinnen hinaus und würde erste Hinweise auf Zugangsbarrieren geben. Welcher Indikator als Alternative zur selbstberichteten finanziellen Zugänglichkeit dienen könnte, ist eine offene Frage.

Empfehlungen:

- Erhebung und Dokumentation von Wartezeiten nach Indikationen, stratifiziert nach Bevölkerungsgruppen (administrative Daten).
- Erhebung, Dokumentation und elektronische Koordination der Dauer der Notfallversorgung.
- Verbesserung der Datengrundlagen im Bereich Zugang zu Versorgung.
- Umsetzung und Aufbau des Wartelistenmanagements, wie bereits seit 2011 vorgesehen.

5.4 Qualität

Definition Qualität der Versorgung

Qualität bezieht sich in erster Linie auf „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. So würden beispielsweise einige Expertinnen Konzepte der „Zugänglichkeit“ einschließen, was wir jedoch gemäß OECD Vorschlag getrennt auflisten. Nach der OECD beinhaltet diese Definition „Patientenzentriertheit“ und „Sicherheit“ als relevante andere Komponenten.

Headline Indikator und Schlüsselindikatoren der Qualität der Versorgung

Kurzname und Abkürzung in der KPI Datenbank

Vermeidbare Sterblichkeit vor 75	MAHCS
Ambulatory Care Sensitive Conditions	ACSC
Potenziell inadäquate Medikation bei Älteren	PIM
Kaiserschnitttrate	CSR
Zufriedenheit mit den Gesundheitsleistungen	PS_avg

Warum diese Indikatoren?

Die nachfolgende Tabelle präsentiert die Auswahl der Indikatoren und verweist auf die wichtigsten Argumente, die zur Abweichung der von BRIDGE Health identifizierten KPIs führten.

Schlüsselindikatoren Qualität

KPI Regional		KPI BRIDGE Health	Anmerkungen zu Auswahl
MAHCS	Vermeidbare Sterblichkeit vor 75	Im Krankenhaus zugezogene Infektionen Mortalität im Krankenhaus, standardisiert	Regional nicht verfügbar, oder nicht zugänglich
ACSC	Ambulatory Care Sensitive Conditions (Medizinisch begründet vermeidbare Aufenthalte)		-
PIM	Potenziell inadäquate Medikation bei Älteren	Screeningraten, Krebs Impfraten, Kinder	Zuverlässige Quellen nicht zugänglich, wenn überhaupt vorhanden; Relevanz der Screeningraten als Qualitätsindikator fraglich
CSR	Kaiserschnitttrate	Kindersterblichkeit Müttersterblichkeit	Raten in Österreich gering, CSR jedoch sehr hoch.
PS_avg	Zufriedenheit		Kombiniert Zufriedenheit ambulant und stationär

Quellen: eigene Zusammenstellung

Wie bereits aus der Definition ersichtlich, ist der Bereich Qualität breit gefächert. Die vollständige Übereinstimmung mit BRIDGE Health beschränkt sich auf den Indikator ACSC. Während Patientensicherheit ein sehr wichtiger Aspekt von Qualität ist, sind Informationen darüber spärlich bzw. Daten nicht zugänglich. Der Indikator PIM ist jedoch einigermaßen umfassend und sollte weiterentwickelt werden.

Ergebnisse

Qualität der Versorgung: Ergebnisse auf einen Blick

Schlüsselindikatoren	Jahr	Ö	B	K	NÖ	OÖ	S	ST	T	V	W
Vermeidbare Sterblichkeit vor 75	2014	68	71	62	68	63	64	69	51	61	82
Ambulatory Care Sensitive Conditions	2015	20	22	22	19	23	17	20	21	18	19
Potenziell inadäquate Medikation bei Älteren	2012	52%	57%	55%	53%	50%	50%	54%	52%	44%	52%
Kaiserschnittrate	2016	30%	34%	33%	29%	26%	23%	34%	31%	25%	30%
Zufriedene mit den Gesundheitsleistungen	2014	78%	79%	80%	79%	75%	81%	78%	82%	79%	76%

Quellen und Erläuterungen: siehe Diskussion der einzelnen Indikatoren

Die Indikatoren weisen Unterschiede in der Qualität der Versorgung in den Regionen auf, die zum Teil erheblich sind. Vorarlberg liegt in allen Indikatoren konsistent über dem Niveau von Österreich gesamt. Salzburg, Tirol und NÖ liegen über oder nahe am Durchschnitt für alle Indikatoren. Alle anderen Länder zeigen jedoch bei mindestens einem der Indikatoren ein relativ ungünstiges Ergebnis.

Der Headline Indikator Vermeidbare Sterblichkeit vor 75 (MAHCS) liegt zwischen 51 Fällen pro 100.000 Einwohner in Tirol und 82 Fällen in Wien, ein signifikanter Unterschied zeigt sich auch bei den anderen Indikatoren. Beunruhigend ist die Schwankungsbreite in Kaiserschnittraten - während in Salzburg 23 % der Neugeborenen auf diese Art geboren wurden, sind es in der Steiermark und im Burgenland 34 %, also fast 50 % mehr. Andererseits ist die Zufriedenheit mit Gesundheitsleistungen in allen Bundesländern durchwegs hoch.

Vermeidbare Sterblichkeit und Qualität: mehr Forschung ist erforderlich

Der Indikator beschreibt die Mortalität vor dem 75. Geburtstag auf Basis ausgewählter Krankheiten, die vom System der Gesundheitsversorgung potenziell beeinflussbar sind (Nolte & McKee, 2008). Es handelt sich um ausgewählte Todesursachen, die unmittelbar durch das System der Gesundheitsversorgung und damit verbundene sekundärpräventive Maßnahmen beeinflussbar gewesen wären (BMG-OM, 2018). In dieser Studie verwenden wir die MAHCS Werte, die vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherung (Dragosits & Scheuringer 2016) berechnet wurden. Im Gegensatz zu den Daten des Bundes, ist der Indikator MAHCS aus dieser Quelle für die Bundesländer öffentlich zugänglich. Der Indikator gibt die Zahl der Todesfälle pro 100.000 Einwohner und Einwohnerinnen vor dem 75ten Lebensjahren pro Kalenderjahr an. Die Werte des Indikators wurden nicht altersstandardisiert.

Der Indikator erfasst nicht ausschließlich die Qualität der Gesundheitsversorgung, zumal der Gesundheitszustand der Bevölkerung wahrscheinlich ebenfalls die Ergebnisse beeinflusst, siehe z. B. Kamarudeen (2010). Tatsächlich korrelieren die regionalen Ergebnisse von MAHCS signifikant mit der Lebenserwartung in guter Gesundheit, HLY (Korrelation = -0,73; p = 0,03). Da nur die potenziell beeinflussbaren Todesfälle gezählt

werden, erfasst dieser Indikator möglicherweise die Entwicklung der Qualität der Gesundheitsversorgung. Laut Eurostat liefern solche Indikatoren Anhaltspunkte für die Qualität der (breiteren) Gesundheitspolitik in einem Land (Eurostat 2018u). Kürzlich wurden neue Indikatoren auf Systemebene vorgeschlagen, die stärker auf die Qualität der Versorgung ausgerichtet sind, z. B. Healthcare Access and Quality Index (GBD 2018). Diese sind jedoch auf regionaler Ebene in Österreich nicht verfügbar, sollten aber in Zukunft erhoben und berechnet werden.

Die meisten vermeidbaren Todesfälle wurden in Wien (82 pro 100.000 Einwohner) und im Burgenland (71) erfasst. Die geringste Anzahl vermeidbarer Todesfälle wurde in Tirol registriert (51). Interessanterweise unterscheidet sich MAHCS in Wien wesentlich von Bundesländern mit vergleichbaren HLY (Burgenland, Steiermark) und MAHCS in Tirol unterscheidet sich wesentlich von Bundesländern mit vergleichbare HLY (Salzburg, Vorarlberg), was darauf hindeutet, dass der Indikator teilweise die Unterschiede in der Versorgungsqualität erfasst.

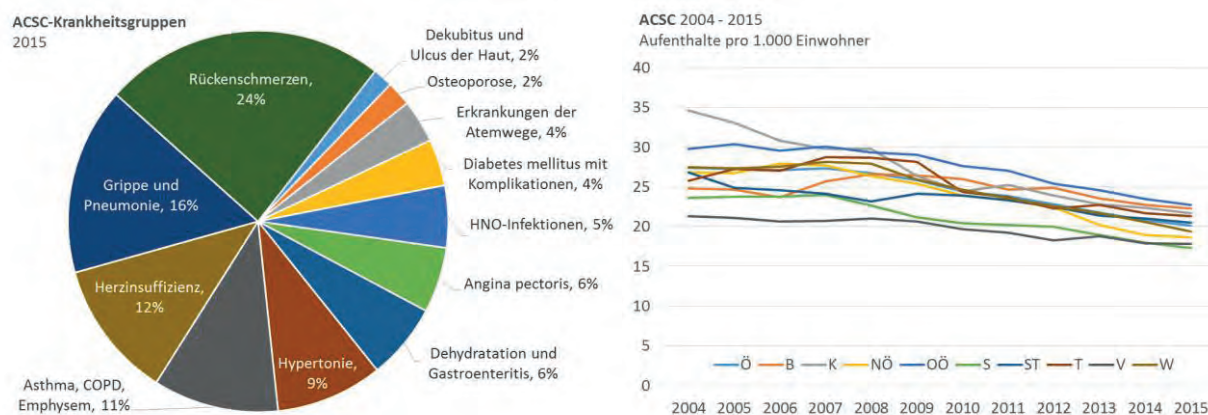
Konvergenz in der Abnahme der Anzahl vermeidbarer Aufenthalte erkennbar

Der Indikator Medizinisch begründet vermeidbare Aufenthalte - Ambulatory Care Sensitive Conditions (ACSC) umfasst Erkrankungen, bei denen die stationäre Aufnahme durch Interventionen speziell in der Primärversorgung (PV) vermieden werden kann. Der Indikator wurde für die österreichischen Bundesländer durch den BMG Bericht „Medizinisch begründet vermeidbare Aufenthalte“ (BMG 2015a) erstellt, der auch die Liste der zwölf für Österreich relevanten ACSC-Krankheitsgruppen definiert (siehe Abbildung 5). Die Datenreihen wurden für den Zeitraum 2013 - 2015 in dem BMG Bericht Outcome-Messung (BMG-OM 2018) verlängert. Wir berichten Raten der ACSC-Aufenthalte pro 1.000 Einwohnerinnen, altersstandardisiert nach Europa-Bevölkerung 1976.

In Österreich gab es im Jahr 2015 im Durchschnitt 20 ACSC-Hospitalisierungen pro 1.000 Einwohnerinnen. Die geringsten Zahlen von Patienten, die wegen ACSC aufgenommen wurden, waren in Salzburg (17) und in Vorarlberg (18). Die höchste Anzahl von ACSC wurde in OÖ (23), Burgenland und Kärnten (beide 22) verzeichnet.

Abbildung 5 zeigt die Entwicklung der ACSC zwischen 2004 und 2015. Die Prävalenz von ACSC ist seit 2004 in allen Bundesländern zurückgegangen. In Österreich gesamt fielen die Werte des ACSC von 27 auf 20 Hospitalisierungen pro 1.000 Einwohner. Der schnellste Rückgang war in Kärnten zu erkennen, dem Bundesland mit der ungünstigsten ACSC-Rate im Jahr 2004. Die Unterschiede zwischen allen Bundesländern wurden im Durchschnitt kleiner.

Abbildung 5: Medizinisch begründet vermeidbare Aufenthalte (ACSC)



Quelle: BMG-OM 2018, eigene Darstellung

Czypionka et al (2014) untersuchten Einflussfaktoren auf die ACSC auf Ebene von Bezirks- und Versorgungsregionen, fanden aber wenig empirische Beweise für den Zusammenhang zwischen der Wirksamkeit der Primärversorgung und ACSC. Eine getrennte Untersuchung der einzelnen Krankheitsgruppen, aus denen der Index besteht, könnte zu einem besseren Verständnis des ACSC für die österreichischen Regionen beitragen. Dem gegenüber ergab eine aktuelle, groß angelegte empirische Untersuchung in Frankreich, dass Notfälle in Spitalsambulanzen, insbesondere bei älteren Personen durch den Ausbau von Primärversorgung auf regionaler Ebene vermieden werden könnten, wenn sie mit Pflege gut koordiniert sind (Or et al 2018). Diese Weiterentwicklung der Versorgung ist in Österreich eine der wichtigsten Herausforderungen, siehe Abschnitt 6. Konkrete Vorschläge wie in diesem Zusammenhang die Steuerung gestaltet werden könnte, wurden für das Bundesland Vorarlberg gemacht (Hofmarcher & Molnárová, 2018), siehe auch Anhang 3.

Potenziell inadäquate Medikation bei Älteren: mehr Augenmerk auf Patientensicherheit ist gefragt

Der Indikator bringt Informationen aus dem Bereich der Medikamentenverordnung ein. Er konzentriert sich auf einen bestimmten Problembereich – möglicherweise fehlerhafte Praktiken bei der Verschreibung von Medikamenten für ältere Menschen. Die Quelle des Indikators ist der Bericht zur Outcome-Messung (BMG-OM 2018), die auf Vorarbeiten von Mann et al (2014) basiert. Der Indikator potenziell inadäquate Medikation (PIM) bei Älteren wird definiert als jener Anteil der über 70-jährigen Bevölkerung (in Prozent), der in einem Kalenderjahr mindestens mit einem potenziell inadäquaten Medikament (Packung) versorgt wurde (PIM-Prävalenz). Die Definition geht davon aus, dass eine Reihe von Medikamenten wegen ihrer pharmakokinetischen und pharmakodynamischen Wirkungen für ältere Menschen ungeeignet sind bzw. zu unerwünschten Nebenwirkungen führen. Insgesamt fließen in die Berechnung des Indikators 73

Wirkstoffe (jeweils nur orale Formen) ein, die aufgrund ungenügender Nutzen-Risiko-Profile, mangelnder Effektivität oder Vorhandensein sichererer Alternativen ausgewählt wurden (BMG-OM 2018).

Die Prävalenz von PIM ist hoch, da im Jahr 2012 mehr als 50 % der Einwohner über 70 Jahre mindestens eine erstattete PIM Packung bekommen. Am niedrigste war die Prävalenz von PIM in Vorarlberg (44 %), die höchste hingegen war im Burgenland (57 %).

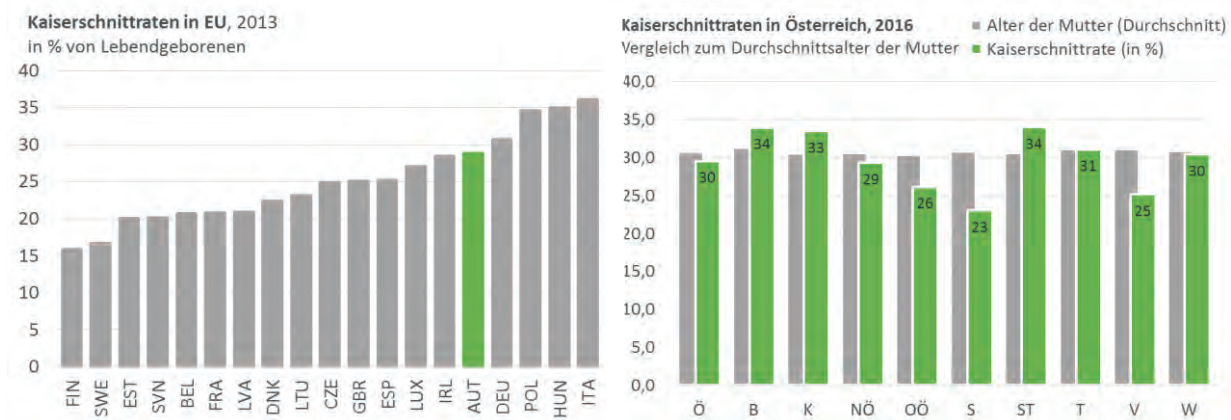
Zur Verbesserung der Patientensicherheit und zur Vermeidung vorzeitiger Schäden oder Todesfälle ist die zügige, bundesweite Einführung der e-Medikation sehr bedeutsam. Während in Vorarlberg die e-Medikation im Februar 2018 ausgerollt wurde, ist die Einführung im Burgenland erst im Sommer 2019 geplant (HVSV 2018). Im Burgenland ist jedoch die Prävalenz fehlerhafter Verschreibungen oder nicht auf Wechselwirkungen geprüfte Abgabe von Produkten im Vergleich sehr hoch.

Hohe Kaiserschnittraten verlangen mehr Analyse der pull und push Faktoren

Der Kaiserschnitt oder die Schnittentbindung ist die mit einem Einschnitt in die Bauchdecke und die Gebärmutter der Mutter durchgeführte chirurgische Entbindung des Fötus. Aus medizinischen Gründen würde diese Operation durchgeführt, wenn eine Geburt über die Scheide für Mutter oder Kind zu gefährlich erschien. Laut WHO Empfehlungen liegt die ideale Rate für Kaiserschnitte zwischen 10 % und 15 % (WHO 2015). Obwohl der Konsens über diese Zahl nicht allgemeingültig ist, bietet sie einen guten Anhaltspunkt für die Beurteilung der Angemessenheit der Kaiserschnittrate in Österreich. Wie bei jeder chirurgischen Operation sind Kaiserschnitte mit einem kurz- und langfristigen Risiko verbunden, das viele Jahre über die aktuelle Geburt hinausgehen und die Gesundheit der Frau, ihres Kindes und zukünftige Schwangerschaften beeinträchtigen kann.

Laut Daten von Statistik Austria (Medizinische und sozialmedizinische Merkmale von Geborenen) wurde 2016 bei etwa 30 % der Geburten ein Kaiserschnitt vorgenommen. Damit sind die Raten mindestens doppelt so hoch wie der von der WHO empfohlene Wert. Abbildung 6 zeigt die Kaiserschnittraten im Jahr 2013 für 19 EU Länder. Der österreichische Wert ist im Vergleich relativ hoch, auch Deutschland, Polen, Ungarn und Italien weisen hohe Raten aus. Die Kaiserschnittrate in Österreich stieg weiter von 27 % im Jahr 2007 auf fast 30 % im Jahr 2015 an und deutet damit auf einen, möglicherweise unerwünschter Trend hin, der in Zukunft beobachtet werden sollte.

Abbildung 6: Kaiserschnittraten



Quelle: OECD 2018cs, Statistik Austria, eigene Darstellung

Darüber hinaus gibt es erhebliche Unterschiede zwischen den Bundesländern, wobei die Erklärung dieser Unterschiede durch objektive Faktoren fehlt. Während in Salzburg 23 % der Neugeborenen auf diese Art geboren wurden, sind es in der Steiermark und im Burgenland 34 %, fast 50 % mehr. Abbildung 6 zeigt die regionalen Werte von Kaiserschnittraten im Vergleich zum Durchschnittsalter der Mutter. Es gibt nur geringe Unterschiede im Durchschnittsalter der Mutter zwischen den österreichischen Bundesländern, sodass damit das Muster bei Kaiserschnitten nicht erklärt werden kann. Während in Wien die Kaiserschnittrate am Bundesdurchschnitt liegt, wurde kürzlich ein Programm zur Reduktion der Raten angekündigt (PID 2018). Mehr multidisziplinäre Versorgungsforschung ist erforderlich.

Durchschnittliche Zufriedenheit mit der Versorgung ist durchwegs hoch

Der Indikator quantifiziert die durchschnittliche Zufriedenheit der Patientinnen mit den Leistungen der Gesundheitsversorgung basierend auf der Patientenbefragung 2015 (BMG/GÖG 2015). Die Patienten beantworteten die Fragen nach ihrer Zufriedenheit mit einem stationären Aufenthalt und dem Besuch einer Arztpraxis. Wir haben den Durchschnitt (über die stationären Aufenthalte und ambulante Versorgung) des Patientenanteils berechnet, die mit den Leistungen zufrieden waren.

Die Zufriedenheit mit Gesundheitsleistungen in allen Bundesländern ist konsistent hoch. Der durchschnittliche Anteil der zufriedenen Patienten betrug 78 % mit maximal 82 % der Patienten in Tirol. Diese Ergebnisse decken sich mit laufenden internationalen Vergleichen zur Zufriedenheit mit dem Gesundheitssystem, in denen Österreich fast immer an der Spitze rangiert (Eurobarometer 2010, Legatum Institute 2018).

In der ambulanten Versorgung ist der Anteil der zufriedenen Patienten etwas höher (81 % Österreich gesamt) als im stationären Bereich (75 %). Regionale Zufriedenheit mit den stationären Aufenthalten und ambulanter Versorgung korreliert stark (Koeffizient 0,9).

Datenlücken

Neue Systemebene-Indikatoren, die stärker auf die Qualität der Versorgung ausgerichtet sind, wurden in letzten Jahren von internationalen Institutionen vorgeschlagen, z. B. Healthcare Access and Quality (HAQ) Index (GBD 2018). Diese sind besser geeignet zur Analyse der Versorgungsqualität, sind jedoch auf regionaler Ebene in Österreich nicht verfügbar. Es ist wünschenswert, dass die relevanten Datenquellen (z. B. DIAG und A-IQI) in Zukunft vermehrt der Forschung zur Verfügung stehen, um den Gehalt solcher Indikatoren sicherzustellen und Vergleiche zu ermöglichen, im speziellen auch über die Zeit.

Obwohl mehrere existierende Indikatoren auf Systemebene sehr gut geeignet sind, die Qualität der Versorgung aus globaler Sicht zu vergleichen, fokussieren sie oft auf die akute Versorgung und betrachten die Sterblichkeitsrate als ein wichtiges Kriterium für den Erfolg des Gesundheitssystems (z. B. vermeidbare Sterblichkeit, potentiell verlorene Lebensjahre, HAQ). In Österreich liegt die Akutversorgung auf einem sehr hohen Niveau und das Gesundheitssystem sieht sich weiteren Herausforderungen gegenüber, wie zum Beispiel der Verbesserung der Lebensqualität chronisch Kranker und älterer Menschen. Daher wären Indikatoren auf Systemebene, die die Lebensqualität und von der Gesundheitsversorgung beeinflussbare Probleme von Patienten berücksichtigen eine sehr wertvolle Ergänzung. Außerdem sollte sich dies auf ein breites Spektrum von Krankheiten beziehen.

Die in BRIDGE Health empfohlenen Schlüsselindikatoren sind für Österreich ebenfalls oft nicht verfügbar. So war es beispielsweise nicht möglich, auf regionale Werte für Wiederaufnahmen, postoperative Komplikationen, Prävalenz und Inzidenzrate von im Krankenhaus erworbenen Infektionen, standardisierte Sterblichkeitsrate im Krankenhaus (HSMR) oder Sterblichkeitsraten nach ausgewählten Krankheiten (kardiovaskulär, ausgewählte Krebsarten) zuzugreifen. In einigen Fällen existieren die Indikatoren, sie sind jedoch auf regionaler Ebene nicht öffentlich verfügbar, wie zum Beispiel der MAHC Indikator aus der BMG Outcome-Messung (BMG-OM 2018) und Indikatoren des A-IQI Programms.

Wie auch aus den hohen Werten für Kaiserschnitt und PIM hervorgeht, ist der österreichische Gesundheitssektor, wie bereits in der Literatur beschrieben (LSE 2017, RH 2017/7), anfällig für Überversorgung von Dienstleistungen. Die Redundanz von Gesundheitsdienstleistungen ist nicht nur ineffizient, sondern kann zusätzliche Risiken für die Patienten darstellen. Die Entwicklung eines Indikators, der die Redundanz von Dienstleistungen beschreibt ist eine Herausforderung für die österreichische Gesundheitssystemforschung. Ein weiteres offenes Feld ist die Qualität der Vorsorge.

Empfehlungen:

- Besserer Zugang zu verfügbaren Qualitätsindikatoren für Forscherinnen, z. B. aus dem A-IQI Programm oder DIAG, diagnosebezogen.
- Verbesserung der Patientensicherheit durch weitreichende Datengrundlagen zum Arzneimittelkonsum, nach Alters- und Bevölkerungsgruppen, Stichwort: e-Medikation.
- Mehr multidisziplinäre Versorgungsforschung zur hohen Prävalenz der Kaiserschnittraten in Österreich ist erforderlich.

5.5 Fairness

Definition Fairness / (Verteilungs-)gerechtigkeit der Versorgung

Fairness („Gerechtigkeit“ im Zugang, in den Ergebnissen) / Verteilungsgerechtigkeit bezieht sich auf „das Ausmaß, in dem Disparitäten oder Ungleichheiten in der Gesundheit zwischen den Gruppen der Bevölkerung minimiert werden“. Gerechtigkeit wird nicht durch Präferenzen definiert, sondern durch Werte oder Beurteilungen. Obwohl mehrere Definitionen eine offene Interpretation von Gerechtigkeit zulassen, die mehrere Perspektiven zulässt (Popovic 2012), vertreten die meisten europäischen Länder eine egalitäre Sicht der sozialen Gerechtigkeit, z. B. dass „Gesundheit (Pflege) nach Bedarf bereitgestellt werden“ sollte und nicht nach der Zahlungsfähigkeit. „Zugang“ und „Bedarf“ sind Begriffe, die schwer zu konzipieren und zu messen sind.

Headline Indikator und Schlüsselindikatoren der Fairness der Versorgung

Kurzname und Abkürzung in der KPI Datenbank

Private Gesundheitsausgaben als Anteil an den gesamten Gesundheitsausgaben	HC_reITC
Unterschiede zwischen Einkommensgruppen: Ungedeckter Bedarf an medizinischen Untersuchungen, aus finanziellen Gründen	UNMC_ig_med
Unterschiede zwischen Einkommensgruppen: Ungedeckter Bedarf an zahnärztlichen Untersuchungen oder Behandlungen, aus finanziellen Gründen	UNMC_ig_dent

Warum diese Indikatoren?

Die nachfolgende Tabelle präsentiert die Auswahl der Indikatoren und verweist auf die wichtigsten Argumente, die zur Abweichung der von BRIDGE Health identifizierten KPIs führten.

Schlüsselindikatoren Fairness / (Verteilungs-)Gerechtigkeit

KPI Regional		KPI BRIDGE Health	Anmerkungen zu Auswahl
HC_relTC	Private Ausgaben, % an den gesamten Ausgaben		
	-	Haushalte mit unerwartet hohen Ausgaben	Daten nicht verfügbar
	-	Versicherungsschutz, in %	Fast universeller Versicherungsschutz in Ö, nicht relevant
UNMC_ig_med	Unterschiede zw. Einkommensgruppen: Ungedeckter Bedarf an medizinischen Untersuchungen	Ungedeckter medizinischer Bedarf, gesamt: Kosten, Wartezeiten, Entfernung	KPI regional wurden außerdem erweitert um Informationen zu Einkommensunterschieden
UNMC_ig_dent	Unterschiede zw. Einkommensgruppen: Ungedeckter Bedarf an zahnärztlichen Behandlungen		
	-	Zugang zu Akutversorgung	Nicht verfügbar
	-	Ärztedichte, Stadt/Land	Regionale Daten nicht gefunden/zugänglich

Quellen: eigene Zusammenstellung

Schlüsselindikatoren decken sich thematisch mit den Ergebnissen aus dem BRIDGE Health euHS_I Survey. Alternative Indikatoren im Bereich ungedeckter Bedarf an

Gesundheitsleistungen werden benutzt, damit sie tatsächlich Bereiche der Fairness beschreiben. Dabei zeigte sich durchwegs, dass Personen mit geringem Einkommen deutlicher mehr Probleme haben dürften adäquate Leistungen zu finden, als Personen mit hohem Einkommen.

Ergebnisse

Fairness: Ergebnisse auf einen Blick

Schlüsselindikatoren	Jahr	Ö	B	K	NÖ	OÖ	S	ST	T	V	W
Private Gesundheitsausgaben als % der gesamten Gesundheitsausgaben	2015	23%	21%	24%	21%	22%	26%	24%	27%	25%	23%
Lücke zw. Einkommensgruppen: Ungedeckter Bedarf an medizinischen Untersuchungen (PP)	2014	3,1	1,0	6,0	5,4	2,7	2,2	2,6	4,1	1,5	1,6
Lücke zw. Einkommensgruppen: Ungedeckter Bedarf an zahnärztlichen Behandlungen (PP)	2014	5,0	7,4	11,6	4,0	2,8	2,6	3,3	4,6	8,6	6,2

Quellen und Erläuterungen: siehe Diskussion der einzelnen Indikatoren

Obwohl der Zugang zur Gesundheitsversorgung in Österreich allgemein als gut angesehen wird, könnte die Fairness im Zugang nicht ideal sein. Im Jahr 2015 wurden 23 % der Gesundheitsausgaben von privaten Haushalten bezahlt, in Tirol ist es laut unsere Schätzung 27 %, in Burgenland und NÖ 21 %. Dies könnte für Haushalte mit niedrigerem Einkommen eine Zugangsbarriere zu notwendigen Leistungen sein.

Um die Fairness des Zugangs zur Gesundheitsversorgung zu beurteilen, vergleichen wir den ungedeckten Bedarf an medizinischen Leistungen in der hohen Einkommensgruppe (über 150 % des Medianeinkommens) und der niedrigen Einkommensgruppe (unter 60 % des Medianeinkommens). Für die gesamte österreichische Bevölkerung lag im Jahr 2014 der ungedeckte Bedarf an medizinischer Untersuchung aus finanziellen Gründen bei 3,4 %. Die größte Lücke zwischen Einkommensgruppen wurde in Kärnten (6 Prozentpunkte) und NÖ (5,4 Prozentpunkte) festgestellt. Die Unterschiede sind noch höher bei dem ungedeckten Bedarf an zahnärztlicher Behandlung. In Kärnten beträgt die Lücke zwischen einkommensstarken und einkommensschwachen Personen 11,6 Prozentpunkte, in Vorarlberg sind es 8,6 Prozentpunkte.

Erstmals berechnet: Private Gesundheitsausgaben auf regionaler Ebene

Wir erstellten neue Schätzungen der Gesundheitsausgaben auf regionaler Ebene, die zu den nationalen Ausgaben von System of Health Accounts (Statistik Austria, SHA 2016) für die Jahre 2011 bis 2015 konsistent gemacht wurden. Die Schätzungen kombinieren zahlreiche Datenquellen (siehe Box 2) und sind nach Finanzierung auf öffentliche und private Ausgaben aufgeteilt.

Im Jahr 2015 wurden 23 % der Gesundheitsausgaben von privaten Haushalten bezahlt, in Tirol sind es laut unserer Schätzung 27 %, im Burgenland und NÖ 21 %, siehe Abbildung 8. Sowohl hohe private Ausgaben als auch niedrige öffentlichen Ausgaben

können den Wert des Indikators erhöhen. Ein hoher Wert kann auch positive Trends widerspiegeln - effizienter öffentlicher Gesundheitssektor oder höherer Anteil der privaten Gesundheitsausgaben aufgrund höherer Einkommen (Einkommenselastizität). Aus Sicht der Gerechtigkeit des Gesundheitszugangs sind jedoch hohe private Gesundheitsausgaben nicht wünschenswert.

Unsere Schätzungen der privaten Gesundheitsausgaben auf regionaler Ebene wurden auf Basis der Konsumerhebung vorgenommen (STAT AT/KE 2017). Die Konsumerhebung umfasst beispielsweise private Ausgaben für Medikamente, ambulante und stationäre Versorgung.

Ungedeckter Bedarf nimmt überall zu, wenn Einkommen gering sind

Der Indikator vergleicht den ungedeckten Bedarf an medizinischen Leistungen in der hohen Einkommensgruppe (über 150 % des österreichischen Medianeinkommens) und der niedrigen Einkommensgruppe (unter 60 % des österreichischen Medianeinkommens). Ausgangspunkt dieser Berechnung ist der Indikator ungedeckter Bedarf an medizinischer Untersuchung, der über dem Anteil der Personen, die den ungedeckten Bedarf an medizinischen Untersuchungen aus finanzielle Gründe angegeben haben, an der Gesamtzahl der Personen, die Bedarf an medizinischen Untersuchungen hatten berichtet (siehe Bereich Zugang). Er basiert auf Daten von ATHIS (ATHIS 2006/2007, 2014).

Für die gesamte österreichische Bevölkerung lag im Jahr 2014 der ungedeckte Bedarf an medizinischer Untersuchung aus finanziellen Gründe bei 3,4 %. In allen Bundesländern war der ungedeckte Bedarf größer in der niedrigen Einkommensgruppe. Die größte Lücke zwischen Einkommensgruppen wurde in Kärnten (6 Prozentpunkte) und NÖ (5,4 Prozentpunkte) festgestellt. In Wien hingegen lag der Wert bei nur 1,6 Prozentpunkte.

Aufgrund der relativ geringen Stichprobengröße stratifiziert nach Einkommen und Bundesland sind die Unterschiede auf der Ebene der Bundesländer in den meisten Fällen statistisch nicht signifikant. Eine größere Stichprobe von Befragten mit niedrigem und hohem Einkommen wäre notwendig, um diese Ergebnisse weiter zu unterstützen. Jedoch zeigen die Ergebnisse ein klares Muster, dass der ungedeckte Bedarf an medizinischen Leistungen stetig mit steigendem Einkommen abnimmt (siehe Abbildung 7).

Ungedeckter Bedarf an zahnärztlicher Behandlung hat starken sozialen Gradient

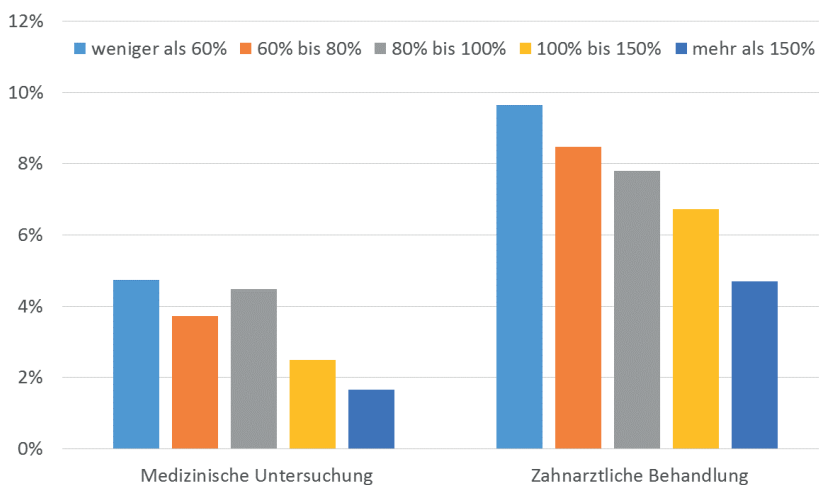
Der Indikator vergleicht den ungedeckten Bedarf an zahnärztlichen Behandlungen in der hohen Einkommensgruppe (über 150 % des österreichischen Medianeinkommens) und der niedrigen Einkommensgruppe (unter 60 % des ö. Medianeinkommens). Ausgangspunkt dieser Berechnung ist der Indikator ungedeckter Bedarf an zahnärztlichen Behandlungen, der über dem Anteil der Personen, die den ungedeckten Bedarf an zahnärztlichen Behandlungen aus finanzielle Gründe angegeben haben, an der

Gesamtzahl der Personen, die Bedarf an zahnärztlichen Behandlungen hatten berichtet (siehe Bereich Zugang). Der Indikator basiert auf Daten von ATHIS (ATHIS 2006/2007, 2014).

Für die gesamte österreichische Bevölkerung lag im Jahr 2014 der ungedeckte Bedarf an zahnärztlicher Behandlung aus finanziellen Gründen bei 7,4 %. Die größte Lücke zwischen Einkommensgruppen wurde in Kärnten (11,6 Prozentpunkte) und Vorarlberg (8,6 Prozentpunkte) festgestellt.

Abbildung 7: Ungedekter Bedarf an Gesundheitsleistungen in Österreich

Ungedekter Bedarf an Gesundheitsleistungen 2014
nach Anteil des Äquivalenzeinkommens am Median



Quelle: Statistik Austria, eigene Darstellung

Datenlücken

BRIDGE Health identifiziert den prozentualen Anteil der Haushalte, die hohe / katastrophale Ausgaben für Gesundheitsausgaben haben, als wichtigen Headline Indikator. Einigen Quellen zufolge könnten die katastrophalen Ausgaben für Gesundheitsleistungen in Österreich relativ hoch sein, insbesondere bei chronisch Kranken, wie beispielsweise Diabetikerinnen (Arsenijevic et al 2016).

Bei nichtfinanziellen Aspekten der Fairness wären die geografische Verteilung der Ärzte und der Zugang zur Akutversorgung auf Basis von Einkommensunterschieden eine wichtige Ergänzung zu den bestehenden Indikatoren.

Empfehlungen:

- Verfeinerung der Ausgabenberechnung regional und Überführung in Routineberechnungen.
- Bessere und öffentlich zugängliche Analysen des Zugangs zur Akutversorgung auf Basis von Einkommensunterschieden.

- Mehr Fokus und bessere Grundlagen, Versorgungsunterschiede zwischen sozioökonomischen Gruppen zu erfassen.

5.6 Effizienz der Versorgung

Definition Effizienz der Versorgung

Effizienz nimmt eine vergleichende Systemperspektive ein und ist in drei Dimensionen definiert. *Technische Effizienz* bezieht sich auf die Beziehung zwischen Outputs, z. B. Bett-Tage, Entlassungen und Inputs, z. B. Gesundheitspersonal und Betten, 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 auf die „nützlichen/wertvollen Ergebnisse“, darunter: Versorgungsvolumen, Versorgungsqualität, Qualitätsniveau, Leistung und Gesundheitsverbesserung, was die mangelnde Klarheit hinsichtlich des Konzepts der „geschätzten Leistungen“ widerspiegelt.

Headline Indikator und Schlüsselindikatoren der Effizienz der Versorgung

Kurzname und Abkürzung in der KPI Datenbank

Gesamtausgaben des Gesundheitssystems, pro standardisierte Bevölkerung	TC_RA_pc
Gesunde Lebensjahre in Relation zu Gesundheitsausgaben	HLYX
Endkosten im stationären Bereich pro LKF Punkt, FKA	LKFX
Durchschnittliche Dauer des Krankenhausaufenthaltes	ALOS_eu
Ausgaben für ambulante Gesundheitsversorgung, pro standardisierte Bevölkerung	OutC_RA_pc
Ausgaben für medizinische Güter, pro standardisierte Bevölkerung	MedC_RA_pc

Warum diese Indikatoren?

Die nachfolgende Tabelle präsentiert die Auswahl der Indikatoren und verweist auf die wichtigsten Argumente, die zur Abweichung der von BRIDGE Health identifizierten KPIs führten.

Schlüsselindikatoren Effizienz

KPI Regional	KPI BRIDGE Health		Anmerkungen zu Auswahl
TC_RA_pc	Gesundheitsausgaben, pro standardisierte Bevölkerung (laufend)		Erstmals vollständige Schätzungen auf Ebene der Bundesländer
HLYX	Gesunde Lebensjahre in Relation zu Gesundheitsausgaben	Gesundheitsausgaben pro Kopf in Relation zu Lebenserwartung bei Geburt	HLY ist stärker auf den Gesundheitszustand ausgerichtet
LKFX	Endkosten pro LKF Punkt	Tagesfälle gesamt und für einzelne Diagnosen	LKF Punkte enthalten Mengen- und Preisinformation und sind besser geeignet
ALOS_eu	Durchschnittliche Dauer des KH Aufenthaltes		-
OutC_RA_pc	Ausgaben für ambulante Versorgung	-	Erstmals vollständige Schätzungen auf Ebene der Bundesländer
MedC_RA_pc	Ausgaben für medizinische Güter	-	Erstmals vollständige Schätzungen auf Ebene der Bundesländer

Quellen: eigene Zusammenstellung

Drei Schlüsselindikatoren decken sich mit den Ergebnissen aus dem BRIDGE Health Survey, gleichwohl es Abweichungen in der Berechnung gibt, z. B. in Bezug auf HLYX. Zentral für diese Domain ist, dass erstmals vollständige, validierte Schätzungen der Gesundheitsausgaben auf Ebene der Bundesländer vorliegen. Dies sowohl im Hinblick auf Gesamtausgaben und Ausgaben nach Finanzierungsquellen und nach Leistungsbereichen. Diese Information verbessert die Möglichkeiten die Leistungskraft zu untersuchen deutlich. Damit wird möglich Allokationseffizienz zu bewerten. Außerdem werden die einzelnen Finanzierungsquellen und ihr unterschiedliches Gewicht erfassbar. Solche Berechnungen sollten laufend erstellt werden und weiterhin mit der OECD SHA Systematik zur Erfassung der Gesundheitsausgaben abgestimmt sein.

Ergebnisse

Effizienz: Ergebnisse auf einen Blick

Schlüsselindikatoren	Jahr	Ö	B	K	NÖ	OÖ	S	ST	T	V	W
Gesamtausgaben pro Kopf, in EUR	2015	4.002	3.890	3.911	4.139	3.714	3.953	3.885	3.812	4.249	4.295
Gesunde Lebensjahre / Gesundheitsausgaben	2014	16,9	16,7	17,3	16,2	18,3	18,3	17,1	19,0	16,8	15,3
Endkosten pro LKF Punkt, FKA, in EUR	2015	1,36	1,37	1,32	1,42	1,27	1,31	1,34	1,14	1,48	1,52
Durchsch. Dauer des KH-Aufenthaltes, in Tagen	2015	8,5	8,1	8,4	10,2	7,3	7,7	9,1	6,6	6,8	9,2
Ausgaben, amb. Versorgung, pro Kopf in EUR	2015	1.018	959	992	1.075	878	1.019	980	1.048	1.095	1.100
Ausgaben, medizinische Güter, pro Kopf in EUR	2015	685	721	698	705	637	660	691	671	641	717

Quellen und Erläuterungen: siehe Diskussion der einzelnen Indikatoren

Die Effizienzindikatoren bauen auf den neuen Schätzungen der Gesundheitsausgaben auf Ebene der Bundesländer auf, siehe Box 2.

Der Headline-Indikator Gesamtausgaben des Gesundheitssystems sowie die Indikatoren Ausgaben der ambulanten Versorgung und Ausgaben für medizinische Güter werden pro Kopf berechnet, altersstandardisiert und für die Patientenströme zwischen den Bundesländern in der Krankenhausversorgung angepasst. Nach unseren Schätzungen sind die Kosten pro Kopf in Oberösterreich in allen drei Kategorien am niedrigsten. Relativ hohe Kosten pro Kopf werden in Wien, NÖ, Vorarlberg (Gesamtkosten und ambulante Versorgung) und im Burgenland (medizinische Güter) beobachtet. Die Effizienz im Krankenhausbereich wird mit zwei Indikatoren abgebildet: Endkosten pro LKF-Punkt (in Fondskrankenanstalten) und durchschnittliche Dauer des Krankenhausaufenthaltes (ALOS). In beiden Indikatoren weist Tirol die besten Werte auf, während Wien, NÖ und Vorarlberg (Endkosten pro LKF-Punkt) die ungünstigsten Ergebnisse aufweisen.

Um die Ausgaben in Relation zu den Ergebnissen des Gesundheitssystems zu setzen, konstruieren wir den zweiten Headline Indikator, Gesunde Lebensjahre in Relation zu Gesundheitsausgaben (HLYX). Der hohe Wert des HLYX in Tirol spiegelt den guten Gesundheitsstatus und relativ niedrige Kosten des Gesundheitssystems wider, während der niedrige Wert in Wien eine geringe Anzahl gesunder Lebensjahre und relativ hohe Kosten widerspiegelt.

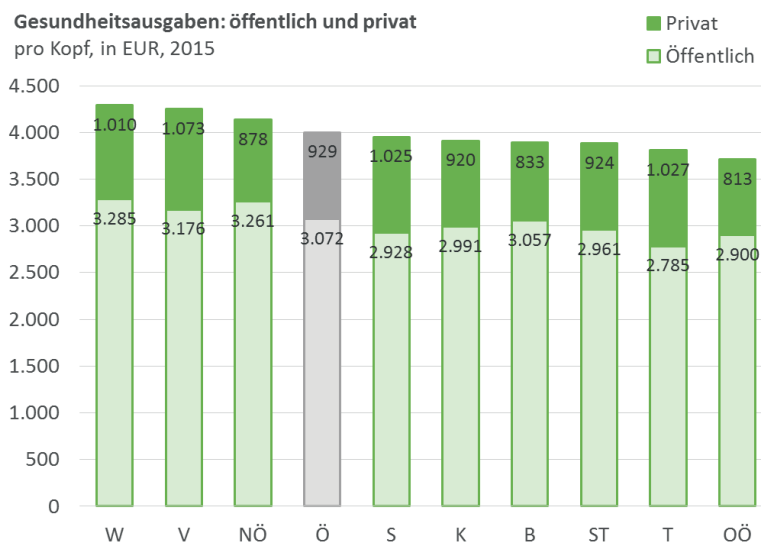
Gesamtausgaben des Gesundheitssystems

Die Fragmentierung und Intransparenz in der Finanzierung macht die Berechnung der Gesundheitsausgaben auf Bundesländerebene kompliziert. Da genaue Daten für viele Ausgabenkategorien nicht zugänglich sind, approximierten wir die Ausgaben mit einfachen und nachvollziehbaren Methoden.

Wir finden erhebliche Unterschiede bei den Gesundheitsausgaben in den Bundesländern, auch nach Bereinigung um Patientenströme im Krankenhausbereich und Risiken aufgrund der demografischen Struktur (Abbildung 8). Pro Kopf sind die Ausgaben in Wien

am höchsten (4.295 Euro im Jahr 2015), gefolgt von Vorarlberg (4.249 Euro). Im Gegensatz dazu waren die Ausgaben in Oberösterreich (3.714 Euro) und Tirol (3.812 Euro) am geringsten. Die Differenz in den Durchschnittsausgaben waren zwischen 2011 und 2015 relativ stabil.

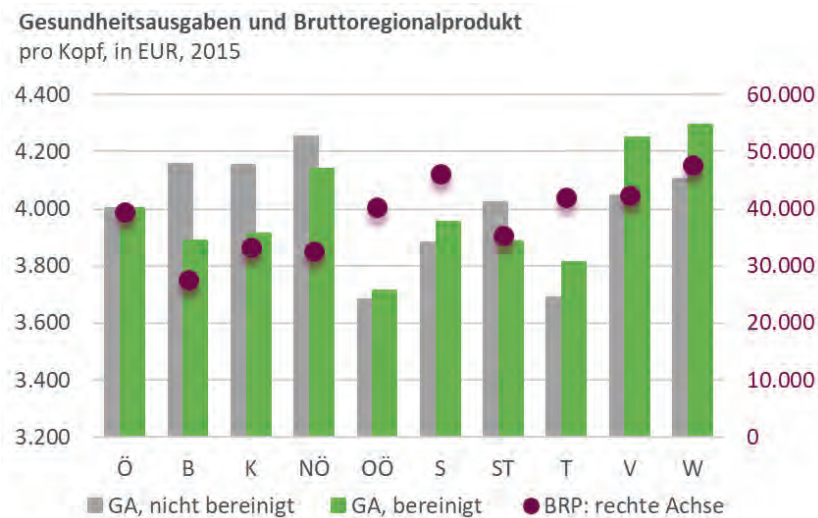
Abbildung 8: Ausgaben des Gesundheitssystems



Quelle: siehe Diskussion, eigene Darstellung

Österreich hat im Jahr 2015 absolut rund 35 Milliarden Euro für das Gesundheitswesen aufgewendet. Die größten Ausgabenanteile in absoluten Zahlen entsprechen den größten Bundesländern: Wien (7,5 Milliarden), Nieder- und Oberösterreich sowie Steiermark. Die nominellen Ausgaben wuchsen zwischen 2011 und 2015 jährlich um 3,5 %. Pro Kopf stiegen die Ausgaben um 2,7 %, am stärksten im Burgenland (4,2 %). Dieses Wachstumsmuster ist auch bei der Wirtschaftsleistung im selben Zeitraum zu erkennen. Erwartungsgemäß lag das nominelle pro-Kopf Wachstum (1,7 %) deutlich unter dem Wachstum der Gesundheitsausgaben. Das Bruttoregionalprodukt (BRP) im Burgenland (2,5 %), aber auch in Tirol und in Vorarlberg (beide ca. 2 %) wuchs rascher als im Durchschnitt.

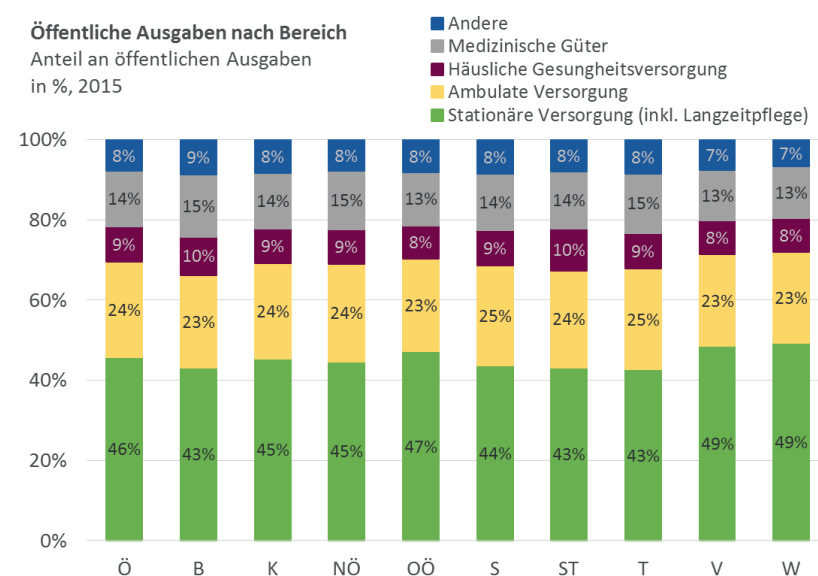
In Abbildung 9 sind die Gesundheitsausgaben im Vergleich zum Bruttoregionalprodukt dargestellt. Die Ausgabenquote war 2015 am höchsten in Burgenland (14,1 %), NÖ und Kärnten. Während die Berechnung der regionalen Wirtschaftsleistung die „Migration“ der Arbeitskräfte in andere Bundesländer nicht berücksichtigt, sondern vom Arbeitsort ausgeht, wurden die geschätzten Gesundheitsausgaben um die Struktureffekte des Alters und Patientenmigration bereinigt. Somit sind die bereinigten Ausgaben als Anteil an der Wirtschaftsleistung vermutlich verzerrt. Daher stellen wir auch die nicht bereinigten Gesundheitsausgaben dar. In Wien beispielsweise war die Ausgabenquote 2015 9 %. Wenn die unbereinigten Ausgaben herangezogen werden, dann war der Wert 8,6 %.

Abbildung 9: Gesundheitsausgaben (GA) im Vergleich zur Wirtschaftsleistung (BRP)


Quelle: siehe Diskussion, eigene Darstellung

Unterschiede zeigen sich auch in der Zusammensetzung der Gesamtkosten. Während beispielsweise in Tirol 27 % der Gesundheitsausgaben aus privaten Quellen finanziert sind, weist Niederösterreich nur etwa 21 % der Gesamtausgaben als privatfinanziert aus. So sind die geschätzten öffentlichen Ausgaben pro Kopf in Tirol am niedrigsten, während sie in Wien und NÖ am höchsten sind.

Die öffentlichen Ausgaben für stationäre Versorgung (inklusive Langzeitpflege) machen rund 43 % der öffentlichen Ausgaben in der Steiermark, Tirol und im Burgenland aus, in Wien und Vorarlberg dagegen waren es 49 % (Abbildung 10).

Abbildung 10: Ausgaben des Gesundheitssystems nach Bereich


Quelle: siehe Diskussion, eigene Darstellung

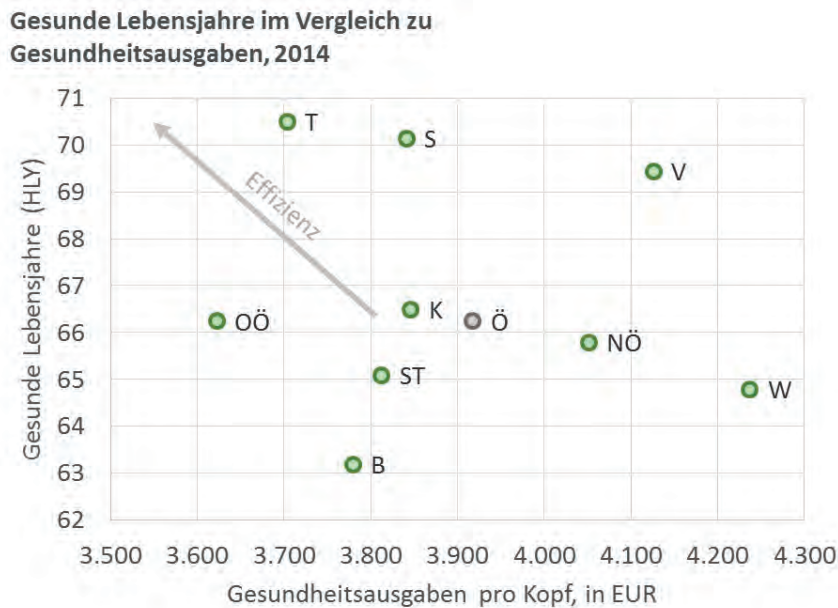
Obwohl unsere Methodik der Berechnung vereinfacht ist, werden dadurch entscheidende Grundlagen erarbeitet, damit Ausgabenberechnungen auf Ebene der Bundesländer in Zukunft von entsprechenden Institutionen, z. B. von Statistik Austria vorgenommen werden können. Dies ist aus mehreren Gründen wichtig. Erstens, die Gesundheitsausgaben sind nach den Pensionsausgaben die wichtigste Komponente der Sozialausgaben. 2015 wurde mehr als ein Viertel der Sozialausgaben für Geld- und Sachleistungen des Gesundheitssystem aufgewendet (Sozialbericht 2015-2016, BMASK 2017). Zweitens, um die Effizienz des Gesundheitssystems umfassend zu bewerten, sollten Ergebnisindikatoren, z. B. die Lebenserwartung auf die Sozialausgaben bezogen werden (van den Heuvel et al 2017). Obwohl auf Bundeslandebene der Indikator Gesunde Lebensjahre gesichert und verfügbar ist und im Gegensatz zur Lebenserwartung den Einfluss des Gesundheitssystems auf die Leistungskraft voraussichtlich präziser abbildet, gibt es keine offiziellen Daten zu den Sozialausgaben auf Ebene der Bundesländer. Wir behelfen uns daher mit den geschätzten Gesundheitsausgaben und bilden einen synthetischen Indikator, der die Anzahl der gesunden Lebensjahre in Beziehung mit den Ausgaben pro Bundesland setzt.

Gesunde Lebensjahre im Vergleich zu Gesundheitsausgaben

Der Indikator ist definiert als Gesunde Lebensjahre (HLY) pro 1.000 Euro pro-Kopf Gesundheitsausgaben. Er hat keine eindeutige quantitative Interpretation, gibt aber Hinweise auf die Beziehung zwischen Gesundheitszustand und Gesundheitsausgaben und ist dem Indikator Lebenserwartung in diesem Zusammenhang überlegen. Abbildung 11 zeigt die Beziehung zwischen HLY und Gesundheitsausgaben und erleichtert die Interpretation des Indikators.

Es zeigt sich, dass einige Bundesländer eindeutig gute Ergebnisse erzielen: So haben beispielsweise Tirol und Salzburg hohe HLY und relativ niedrige Kosten. Ein direkter Vergleich der Effizienz von Bundesländern mit unterschiedlichen HLY könnte jedoch aus zwei Gründen irreführend sein.

Erstens ist es nicht möglich, die Effizienz der Bundesländer mit unterschiedlichen HLY zu vergleichen, solange wir nicht den monetären Wert eines zusätzlichen gesunden Lebensjahrs berücksichtigen wollen. Wir können jedoch ordinale Vergleiche anstellen: NÖ und OÖ sind bei HLY vergleichbar, während die Kosten pro Kopf in OÖ wesentlich niedriger sind. Die Pro-Kopf-Kosten in Salzburg sind vergleichbar mit jenen in Kärnten, während der Gesundheitszustand in Salzburg wesentlich besser ist. Dies spiegelt sich in den Werten von HLYX wider: OÖ ist besser als NÖ, Salzburg hat ein besseres Ergebnis als Kärnten.

Abbildung 11: Gesunde Lebensjahre im Vergleich zu Gesundheitsausgaben, nominell


Quelle: siehe Diskussion, eigene Darstellung

Zweitens besteht ein erhebliches Endogenitätsproblem in der Bewertung der Effizienz von Gesundheitssystemen mit Input / Outcome-Indikatoren. Eine weniger gesunde Bevölkerung verursacht höhere Kosten in der Gesundheitsversorgung. Dieser Effekt ist in unseren Daten sicher vorhanden. Das zeigt sich wahrscheinlich in Wien: Hohes Risiko in Verbindung mit relativ schlechtem Gesundheitszustand führt dazu, dass mehr Geld für die Gesundheitsversorgung ausgegeben wird, selbst wenn die Effizienz des Gesundheitssystems genauso wäre wie in den anderen Bundesländern. Beim Vergleich zweier Bundesländer mit ähnlichem Gesundheitszustand und Gesundheitsrisiken wird der Endogenitätseffekt jedoch kleiner und wir können die Indikatorwerte als Näherungsmaß für Effizienz interpretieren, z. B. gesunde Lebensjahre in Tirol und in Vorarlberg, oder in der Steiermark und in Kärnten.

Die technische Effizienz im Krankenhausbereich entwickelt sich erfreulich.

Endkosten pro LKF-Punkt

Der Indikator beschreibt die (technische) Effizienz der stationären Versorgung in Fondskrankenanstalten⁴ und bezieht Kosten der Krankenanstalten auf die Aufenthalte unter Berücksichtigung der Leistungstiefe. Die Bepunktung stationärer Krankenhausaufenthalte wird nach bundeseinheitlichen leistungsorientierten Diagnosenfallgruppen (LDF) inklusive aller speziellen Regelungen vorgenommen. LKF-

⁴ Fondskrankenanstalten halten etwa 70 Prozent der gesamten Bettenkapazität in Österreich vor (BMG/KAZ 2017).

Punkte betrachten die Punkte je LDF-Pauschale und werden durch einen gewichteten Mittelwert der kalkulierten Kosten aller in einer LDF enthaltenen Patientinnen definiert. Jede LDF-Pauschale besteht aus einer Leistungskomponente und einer Tageskomponente. Für die zusätzlichen Kosten z. B. auf Intensivstationen gibt es eigene Zuschläge pro Tag. Die LDF-Pauschale gilt innerhalb des für diese Pauschale definierten Belagsdauerintervalls (Hofmarcher 2013).

Endkosten sind Primärkosten abzüglich Kostenminderungen (Erlöse bzw. Kostenersatzleistungen). Durchschnittlich sind etwas mehr als 50 Prozent der Primärkosten Personalkosten, gefolgt von Kosten für medizinische Ge- und Verbrauchsgüter (ca. 15 Prozent). Der Indikator basiert auf den Daten von überregionalen Auswertungen Krankenanstalten in Zahlen (BMG/KAZ 2017, siehe auch andere Jahre).

Die durchschnittlichen Endkosten pro LKF-Punkt in Österreich betragen im Jahr 2015 1,36 EUR / LKF-Punkt. Die Endkosten waren am höchsten in Wien (1,52) und in Vorarlberg (1,48). Am niedrigsten waren sie in Tirol (1,18). Die Differenz in den Durchschnittswerten war zwischen 2011 und 2015 stabil. Zwischen 2005 und 2015 lag das durchschnittliche jährliche Wachstum der Endkosten pro LKF Punkt in Österreich bei 1,7 % und damit nahe der durchschnittlichen jährlichen Inflationsrate im selben Zeitraum. Am geringsten war die Wachstumsrate in Wien (0,8 %), am stärksten in NÖ (2,9 %) und Vorarlberg (2,6 %).

Durchschnittliche Dauer des Spitalsaufenthaltes

Der Indikator berücksichtigt nicht nur die finanzielle Effizienz, sondern auch die Zeit- und Ressourceneffizienz. Die durchschnittliche Dauer des Krankenhausaufenthaltes (ALOS) errechnet sich aus der Gesamtzahl der Übernachtungen von stationären Patienten in Krankenhäusern geteilt durch die Gesamtzahl der Entlassungen. Wir verwenden ALOS-Daten aus der Eurostat-Datenbank, die alle Krankenhäuser abdecken und nicht auf Fondskrankenanstalten beschränkt sind.

Die durchschnittliche Dauer des Krankenhausaufenthalts in Österreich betrug im Jahr 2015 8,5 Tage. Die Aufenthaltsdauer variierte zwischen 6,6 Tagen in Tirol und 10,2 in NÖ. In den letzten 10 Jahren ist die ALOS in Österreich von 9 Tagen im Jahr 2005 auf 8,5 im Jahr 2015 leicht zurückgegangen. Die Aufenthaltsdauer verringerte sich in allen Bundesländern mit Ausnahme jener in NÖ, wo sich die durchschnittliche Aufenthaltsdauer um fast einen Tag erhöhte.

Fehl- oder Unterversorgung oder doch Überversorgung: mehr Wissen ist gefragt

Ausgaben der ambulanten Versorgung

Die Ausgaben in dieser Kategorie umfassen die ambulante Versorgung innerhalb und außerhalb von Krankenhäusern in Österreich. Wir finden erhebliche Unterschiede zwischen den Bundesländern, auch nach Bereinigung um Patientenströme im Krankenhausbereich und Risiken aufgrund der demografischen Struktur.

Pro Kopf sind die Ausgaben am höchsten in Wien (1.100 Euro im Jahr 2015) und Vorarlberg (1.095 Euro). Im Gegensatz dazu waren die Ausgaben in Oberösterreich (878 Euro) am niedrigsten. Die Differenz in den Durchschnittsausgaben war zwischen 2011 und 2015 stabil.

Auch wenn Kostendämpfung im ambulanten Sektor genauso wichtig ist wie anderswo, könnte eine blinde Kosteneinsparung im ambulanten Sektor unerwünschte Effekte haben. So zeigt sich beispielsweise eine starke, negative Korrelation zwischen den regionalen Werten der Kosten für ambulante Versorgung und Medizinisch begründet vermeidbaren Aufenthalten (ACSC) (Korrelation $-0,73$, $p = 0,03$). Geringere Ausgaben für die ambulante Versorgung könnten auf Unterversorgung hinweisen, was sich wiederum in einem höheren ACSC zeigt. So haben Oberösterreich und Burgenland sowohl niedrige pro-Kopf-Kosten für ambulante Versorgung als auch hohe ACSC-Werte.

Ausgaben für medizinische Güter

Diese Kategorie umfasst Ausgaben für medizinische Güter (Heilmittel und Heilbehelfe) außerhalb von Krankenanstalten in Österreich. Wir finden erhebliche Unterschiede zwischen den Bundesländern, auch nach Bereinigung um Risiken aufgrund der demografischen Struktur.

Pro Kopf sind die Ausgaben am höchsten im Burgenland (721 Euro im Jahr 2015) und in Wien (717 Euro), wobei im Burgenland ebenso die Fehlversorgung in diesem Bereich hoch sein dürfte (PIM), in Wien ist die PIM gleichzeitig am geringsten. Im Gegensatz dazu waren die Ausgaben in Oberösterreich (637 Euro) und Vorarlberg (641 Euro) am niedrigsten. Die Differenz in den Durchschnittsausgaben war zwischen 2011 und 2015 stabil.

Datenlücken

Effizienzindikatoren sind für das Gesundheitssystem ein sensibler Bereich, das sich großen Herausforderungen zu stellen hat. Erstens sollten Indikatoren auf Systemebene die Versorgungsqualität (z. B. Healthcare Access and Quality Index, GBD 2018) mit den Ausgaben oder Kosten auf sinnvolle Weise vergleichen.

Darüber hinaus sollte die Effizienz in verschiedenen Bereichen nicht nur anhand der Kosten pro Kopf, sondern auch in Bezug auf die Ergebnisse bewertet werden. Interessant in diesem Zusammenhang wären beispielsweise Indikatoren, die die folgenden Fragen beantworten: Wie hoch sind Personalkosten für die Behandlung gleicher Diagnosen? Wie hoch ist die Anzahl diagnosebezogener Entlassung pro beschäftigter Person? Wie hoch ist das Arbeitsvolumen in Stunden in einzelnen Bereichen der Versorgung? Wie vergleichen sich die Kosten für Medikamente bei gleichen Diagnosen? Wie lange dauert die Behandlung ausgewählter Diagnosen? Wie teuer ist die ambulante Versorgung im Vergleich zu ihrer Effektivität? Wie effizient sind Ausgaben für Vorsorge und Gesundheitsförderung?

Wir glauben, dass einige dieser Fragen mit relevanten (Mikro-)Daten wie Ärztekostenstatistiken, Heilmittelstatistiken, A-IQI, DIAG, SV-Daten, E-card-Daten usw. beantwortet werden könnten. Wir hoffen, dass die Daten Forscherinnen in Zukunft zugänglich sein werden.

Empfehlungen:

- Überführung der Berechnung der gesamten Gesundheitsausgaben auf regionaler Ebene in standardisierte Routinen gemäß OECD SHA Systematik.
- Grundlagen erarbeiten, die erlauben echte, regionale Gesundheitsausgabenquoten zu ermitteln.
- Aufbau eines integrierten Datensystems und Sicherstellung des Zugangs für die Forschung zu anonymisierten Daten.
- Vertiefte Analysen zum Zusammenhang zwischen Ausgaben für ambulante Versorgung und vermeidbaren Aufenthalten. Systematische und unabhängige Analysen zu Fehl-, Unter- und Überversorgung, patienten-/diagnosenzentriert und in Zusammenhang mit Anreizen aus den unterschiedlichen Bezahlssystemen.

6 Herausforderungen für das Gesundheitssystem

Die wichtigsten Herausforderungen für das Gesundheitssystem der Zukunft sind:

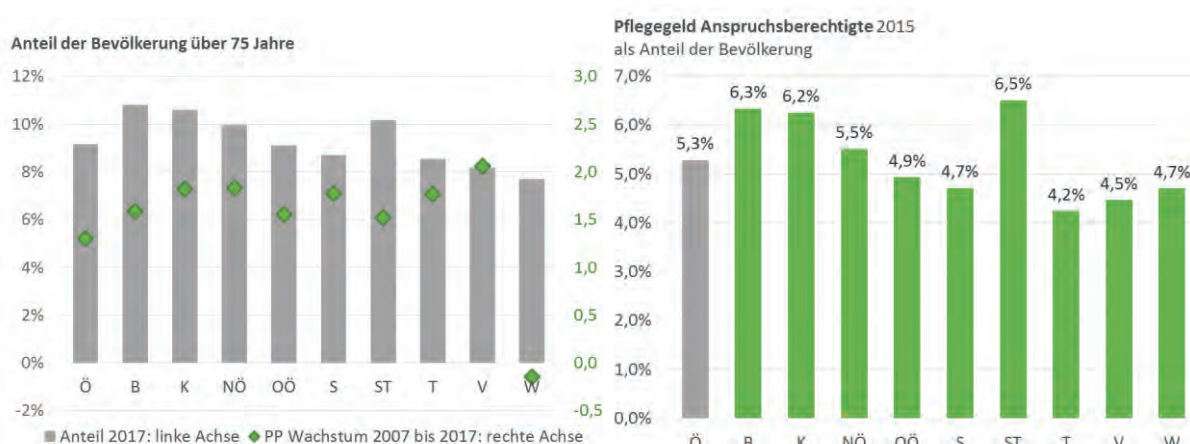
- die wachsende Anzahl chronisch kranker Menschen und die Schaffung von Möglichkeiten für alle Menschen gesund und aktiv zu altern,
- der notwendige Aus- und Aufbau der ambulanten Versorgung am „best point of service“
- die ausreichende Sicherstellung personeller Ressourcen auf allen Ebenen des Gesundheitswesens und
- die bessere Abstimmung der Versorgung zwischen Gesundheit und Pflege.

Die Klammer für diese Herausforderungen ist die Sicherstellung der finanziellen Nachhaltigkeit und der Ausbau der Digitalisierung des Gesundheits- und Pflegesystems.

Der aktuelle Fortschrittsbericht der Europäischen Kommission für Österreich zeigt, dass die öffentlichen Gesundheitsausgaben in Zusammenhang mit der wachsenden Anzahl älterer Personen in Zukunft stark steigen werden und damit weiter ein mittleres Risiko für die finanzielle Nachhaltigkeit der Staatsausgaben sind (EC 2018).

Die wachsende Anzahl älterer Personen ist eine wichtige Determinante des Bedarfs an Langzeitpflege, aber auch an gesundheitlicher Versorgung. Der Anteil der Bevölkerung über 75 Jahre in Österreich ist zwischen 2007 und 2017 um 1,3 Prozentpunkte gestiegen, siehe Abbildung 11.

Abbildung 11: Bevölkerung über 75 und Pflegegeld Anspruchsberechtigte



Quellen: Statistik Austria Bevölkerungsstatistik, Grossmann und Schuster (2017), eigene Berechnung

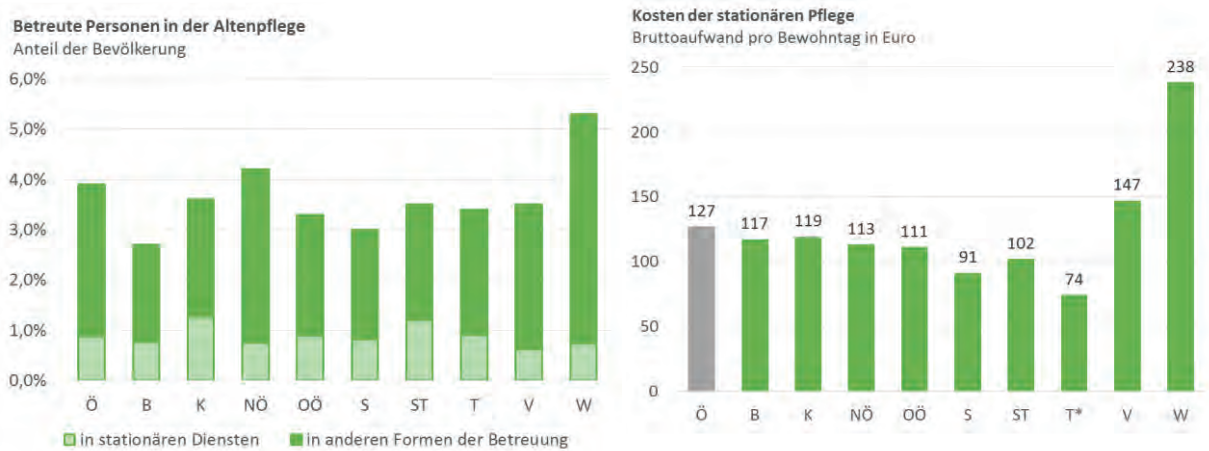
Am höchsten ist der Anteil der Menschen über 75 Jahren im Burgenland (10,8 %), in Kärnten (10,6 %) und in der Steiermark (10,1 %). Am niedrigsten ist der Anteil in Wien (7,7 %). Dieser niedrige Anteil war in den letzten 10 Jahren konstant und spiegelt

Migrationstrends innerhalb von Österreich und aus dem Ausland wider. Die Alterung war zwischen 2007 und 2017 am schnellsten in Vorarlberg (2,1 Prozentpunkte), gefolgt von NÖ und Kärnten (beide 1,8 Prozentpunkte).

Der Anteil der Bevölkerung über 75 Jahre spiegelt sich im Anteil der Pflegegeld-Anspruchsberechtigten wider (Abbildung 11). Andererseits zeigt Abbildung 12, dass es sich in der Anzahl der betreuten Personen in der formalen Altenpflege nicht spiegelt. Unterschiede bestehen auch in der Zusammensetzung der Altenpflege. Während in Kärnten und in der Steiermark mehr als ein Drittel der Betreuten stationär versorgt werden, sind es in Wien nur 14 Prozent. In Zukunft ist wichtig, die stark wachsende Betreuungsform 24h Stundenpflege systematisch zu erfassen und zu dokumentieren. Dies sollte sowohl den Angebotsmarkt (Agenturen und ihre Geschäftsmodelle), die Herkunft der Pflegerinnen, Kosten und die Qualität der Leistungen, die erbracht werden, umfassen.

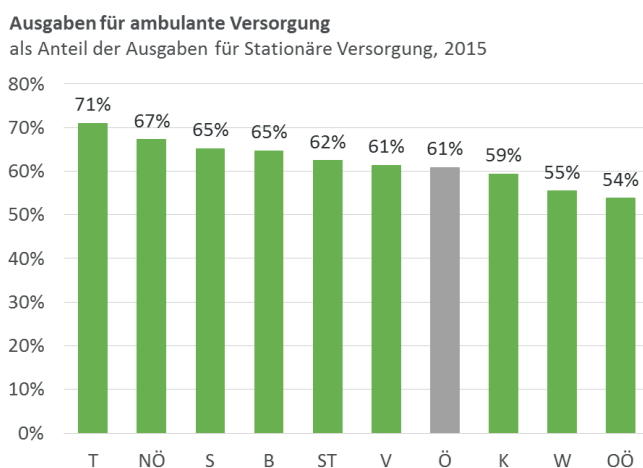
Performance Indikatoren für das Langzeitpflegesystem sind im Allgemeinen seltener und auf regionaler Ebene teilweise noch weniger verfügbar als im Gesundheitswesen. Die Qualität der Pflegeversorgung ist schwer zu messen, und es besteht bis jetzt kein allgemeiner Konsens über das geeignete Konzept von Qualität. Neben der Pflegequalität sollten laut Fischbacher (2011) die Indikatoren auch die Lebensqualität der Klienten und andere Aspekte widerspiegeln, wie beispielsweise Lebensqualität von Angehörigen. Die Arbeitsgruppe PROGRESS hat zum Beispiel im Jahr 2010 Indikatoren für die Messung der Qualität der Pflege- und Altenheime erstellt (PROGRESS 2010). Die Indikatoren sind aber in Österreich nicht systematisch gesammelt und analysiert.

Die Indikatoren des Zugangs zu Langzeitpflege würden Daten über die durchschnittliche Wartezeit und andere Hindernisse für gewünschte Betreuungsformen in der Langzeitpflege erfordern. Solche Indikatoren sind jedoch nicht verfügbar. Ohne Informationen über die Outcomes ist es auch nicht möglich, die technische Effizienz zu bewerten. Eine aktuelle Studie von Fiskalrat (Grossmann & Schuster, 2017) zeigt jedoch ungeklärte Unterschiede zwischen den Kosten stationärer Langzeitpflege, siehe Abbildung 12.

Abbildung 12: Betreute Personen und Bruttoaufwand pro Tag, stationäre Pflege


*Die Kosten für Tirol sind nicht vollständig.
Bruttoaufwand unter Berücksichtigung des relativen Grades der Pflegebedürftigkeit
Quelle: Grossmann und Schuster (2017)

Der Fortschrittsbericht der Europäischen Kommission für Österreich verweist auch auf die Wichtigkeit des Aus- und Aufbaus der ambulanten Versorgung außerhalb von Krankenanstalten. Die relative Größe der ambulanten Versorgung im Vergleich zur stationären Versorgung, gemessen an den Ausgaben, variiert (Abbildung 13). Ausgaben für ambulanten Sektor in Tirol und NÖ sind relativ hoch, in OÖ und Wien dagegen relativ klein.

Abbildung 13: Ambulante Versorgung im Vergleich zur stationären Versorgung


Quelle: siehe Diskussion im Abschnitt „Effizienz“, eigene Darstellung

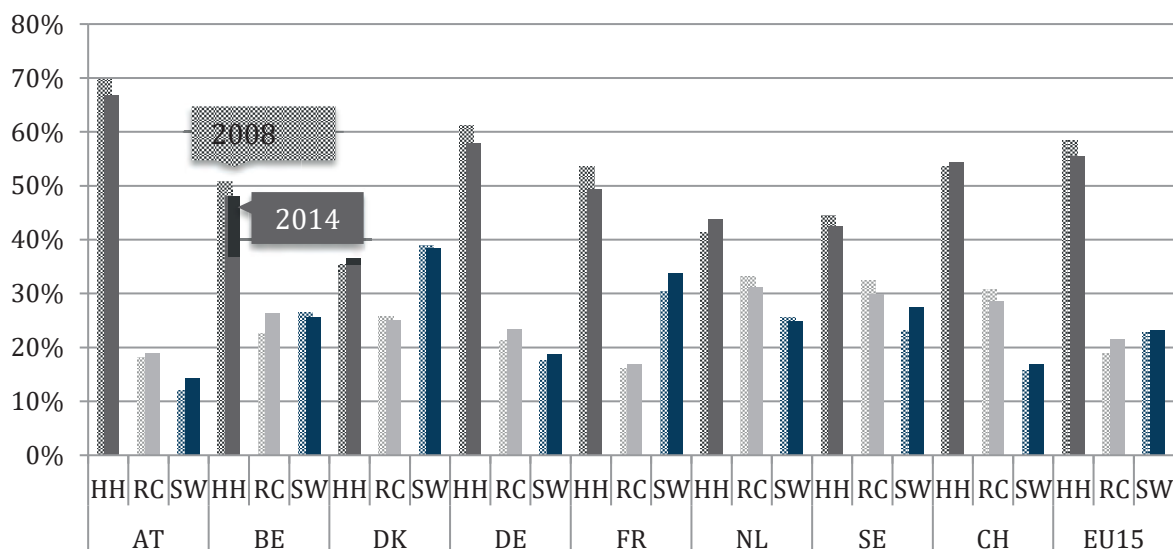
In einer aktuellen Prognose von Scheffler und Arnold (2018) werden in Österreich 2030 zusätzlich 1.081 Ärztinnen oder 2,1 % des geschätzten Angebotes an Ärztinnen benötigt. Der Bedarf an Pflegekräften ist signifikant höher, 23 Tausend Personen oder 26,3 % des Angebotes. Im Gegensatz dazu haben beispielsweise Frankreich und Deutschland bis

2030 einen leichten „Überschuss“ in diesem Bereich. Deutschland hat sogar auch ein Plus beim Ärztebedarf während Frankreich eine Lücke aufweist.

Czasný et al (2012) entwickelten ein Modell zur Schätzung des Ärztebedarfs und Ärzteangebots in Österreich und analysierten den Ist-Zustand des Ärzteangebots auch auf regionaler Ebene. Obwohl regionale Ärztekammern auch regionale Prognosen sporadisch publizieren, gibt es bisher keine systematischen Prognosen zum Bedarf an medizinischem Personal und anderem Gesundheitspersonal auf der Ebene der Bundesländer⁵. Zwischen Land und Krankenkassen abgestimmte, und transparente Personalbedarfsplanung in Verbindung mit flexiblen Vertragskulturen, Stichwort multidisziplinäre Versorgungsformen sind in Zukunft erforderlich, um ausreichende personelle Ressourcen in allen Regionen sicherzustellen.

Während überall in Europa die Beschäftigung im Bereich Gesundheit und Pflege stark steigt (Hofmarcher et al 2016), ist die Verteilung der Berufe, ihr Niveau und ihre Veränderung sehr unterschiedlich in vergleichbaren Ländern. Österreich hat einen hohen Anteil an Personen, die im humanmedizinischen/gesundheitslich Bereich tätig sind, und einen geringen Anteil in den Bereichen Pflege und Sozialer Arbeit, auch wenn es hier in den letzten Jahren zu leichten Verschiebungen kam.

Abbildung 14: Kategorien von Personal als Anteil an den gesamten Beschäftigten im Gesundheitswesen



HH: Humangesundheit, RC: Betreutes Wohnen und Pflege, SW: mobile Sozialarbeit

Quellen: Eurostat, NACE 1.0 and 2, Hofmarcher et al 2016

⁵ Österreichische Ärztekammern betonen wiederholt, dass der Ärztemangel in einigen Fächern und einigen Regionen Österreichs in naher Zukunft wesentlich dramatischer sein könnte, jedoch fehlen aktuelle Studien zu diesem Thema.

Schließlich, eine gute Abstimmung zwischen Langzeitpflege und Gesundheitsversorgung erfordert einen geeigneten institutionellen Rahmen, wie verschiedene Studien zeigen, (Or et al 2018, Hofmarcher et al 2007). Dies ist nicht nur notwendig, um die Lebensqualität älterer Menschen weiterhin zu fördern, sondern auch um die Nachhaltigkeit der Finanzierung sicherzustellen.

Eine aktuelle Studie hat einige Bedingungen herausgearbeitet, wie die Abstimmung zwischen Gesundheit und Pflege unter gegebenen Rahmenbedingungen verbessert werden könnte (Hofmarcher & Molnárová 2018). Einige Ideen zur Stärkung der regionalen Versorgung am „best point of service“ wurden dabei am Beispiel Vorarlberg ausgearbeitet, siehe Anhang 3.

Empfehlungen:

- Entwicklung von Indikatoren der Langzeitpflege auf Systemebene in relevanten Bereichen: Determinanten, Zugang, Qualität, Effizienz, Fairness.
- Stärkung der institutionellen Rahmenbedingungen, die eine gute Koordination zwischen Langzeitpflege und Gesundheitsversorgung ermöglichen.
- Entwicklung der ambulanten Versorgung außerhalb von Krankenhäusern.
- Monitoring der Anzahl und Ergebnisse der in der ambulanten Versorgung behandelten Fälle auf der Ebene der Diagnosen, zusätzlich zu den bestehenden Indikatoren, z. B. ACSC.
- Regionale Analyse und Prognose für den Bedarf an Gesundheitspersonal.
- Entwicklung von Stellenplänen und flexibler institutioneller Rahmenbedingungen für die Sicherstellung ausreichender personeller Ressourcen.

7 Schlussfolgerungen, Empfehlungen, nächste Schritte

Schlussfolgerungen

Das Fact Book Leistungskraft regionaler Gesundheitssysteme soll der Anfang für eine neue Berichtskultur im österreichischen Gesundheitswesen sein. Es verknüpft, berechnet und validiert relevante Kennzahlen aus verschiedenen Datensystemen. Es wurde mit dem Ziel erstellt, einen Überblick über die Leistungskraft des Gesundheitssystems in den einzelnen Bundesländern zu bekommen.

Das Fact Book bedient sich internationaler Modelle zur Messung der Leistungskraft und kategorisiert wichtige Indikatoren, die sowohl die gesundheitliche Lage und ihre Determinanten als auch das System beschreiben.

Das Fact Book führt erstmals fiskalische Informationen, Gesundheitsindikatoren und institutionelle Indikatoren zusammen und empfiehlt das regelmäßige Erheben, Berechnen und Bereitstellen eines validierten Indikatorensets pro Bundesland. Zurzeit sind 28 Indikatoren in die Analyse aufgenommen, davon sieben Headline Indikatoren.

Das Fact Book bediente sich etablierter Methoden fragmentierte Datensysteme zusammenzuführen und enthält detaillierte Gesundheitsausgaben auf Ebene der Bundesländer, erstmals vollständig ermittelt für die Jahre 2011-2015.

Das Fact Book besteht aus zwei Teilen. Der erste Teil beschreibt in der Faktenanalyse die Methode, und analysiert die Ergebnisse, die thematisch gemäß den Bereichen, Gesundheitszustand, Determinanten der Gesundheit, Zugang, Qualität, Effizienz und Fairness präsentiert werden. Der zweite enthält Fact Sheets pro Bundesland, alphabetisch angeordnet,

Das Fact Book zeigt auf, dass

- ✓ Regionalanalysen einen wichtigen Beitrag leisten können zum besseren Verständnis der Unterschiede in Kernbereichen und Leitindikatoren zwischen den Bundesländern
- ✓ Auffällige Ausgabenunterschiede bestehen, auch wenn wichtige Strukturbereinigungen vorgenommen werden
- ✓ Zwischen Gesundheitszustand und Ausgaben ein Zusammenhang besteht, der weitere Analysen erfordert
- ✓ Determinanten der Gesundheit im Sozialen und im Verhalten zu finden sind
- ✓ Die Versorgungsqualität auf die gesunde Lebenserwartung einen Einfluss haben dürfte
- ✓ Der Zugang verbessert werden sollte, vor allem für Menschen mit niedrigen Einkommen und dass
- ✓ Zukünftige Herausforderungen ressortübergreifendes, koordiniertes Politikhandeln erfordern, insbesondere in Richtung bessere Abstimmung von Gesundheit und Pflege.

Empfehlungen

Die Analyse der Indikatoren pro Bundesland und ihre Zusammenhänge zwischen den Bereichen Gesundheit, Determinaten und System führt zu einer Reihe von Empfehlungen. Die wichtigsten – zusammengefaßt nach Bereichen - sind:

Gesundheitszustand und Determinaten der Gesundheit

- Gezielter Aufbau von Forschung zu den Faktoren, die die gesunde Lebenserwartung in Österreich beeinflussen
- Erhebung regionaler Daten zu Umweltfaktoren (Luftschadstoffe, Wasserqualität, Lärm, usw.), um Informationen über Determinanten von Krebs in Österreich zu vervollständigen.
- Förderung eines gesunden Lebensstils und von Bewegung, insbesondere in den Regionen, in denen die Menschen nicht gesund zu leben scheinen.
- Vertiefung der Bundesländervergleiche durch Stratifizierung der Indikatoren nach Geschlecht und/oder sozioökonomischen Kriterien.
- Unterstützung von Initiativen zur Messung und Förderung der Gesundheitskompetenz.
- Verstärkte und laufende interministerielle Zusammenarbeit, zielorientiert, abgestimmt und koordiniert innerhalb und außerhalb des Gesundheits- und Pflegewesens („Health in all Politics“).

Zugang und Verteilungsgerechtigkeit / Fairness

- Erhebung und Dokumentation von Wartezeiten nach Indikationen, stratifiziert nach Bevölkerungsgruppen (administrative Daten).
- Erhebung, Dokumentation und elektronische Koordination der Dauer der Notfallversorgung.
- Verbesserung der Datengrundlagen im Bereich Zugang zu Versorgung.
- Umsetzung und Aufbau des Wartelistenmanagements, wie bereits seit 2011 vorgesehen.
- Bessere und öffentlich zugängliche Analysen des Zugangs zur Akutversorgung auf Basis von Einkommensunterschieden
- Mehr Fokus und bessere Grundlagen, Versorgungsunterschiede zwischen sozioökonomischen Gruppen zu erfassen.

Qualität

- Systematische Forschung über den Zusammenhang zwischen Qualität der Gesundheitsversorgung und gesundheitlichen Ergebnissen.
- Besserer Zugang zu verfügbaren Qualitätsindikatoren für Forscherinnen, z. B. aus dem A-IQI Programm oder DIAG, diagnosebezogen
- Verbesserung der Patientensicherheit durch weitreichende Datengrundlagen zum Arzneimittelkonsum, nach Alters- und Bevölkerungsgruppen, Stichwort: e-Medikation
- Mehr multidisziplinäre Versorgungsforschung zur hohen Prävalenz der Kaiserschnittraten in Österreich ist erforderlich.

Effizienz

- Überführung der Berechnung der gesamten Gesundheitsausgaben auf regionaler Ebene in standardisierte Routinen gemäß OECD SHA Systematik.
- Grundlagen erarbeiten, die erlauben echte, regionale Gesundheitsausgabenquoten zu ermitteln.
- Aufbau eines integrierten Datensystems und Sicherstellung des Zugangs für die Forschung zu anonymisierten Daten.
- Vertiefte Analysen zum Zusammenhang zwischen Ausgaben für ambulante Versorgung und vermeidbaren Aufenthalten.
- Systematische und unabhängige Analysen zu Fehl-, Unter- und Überversorgung, Patienten/Diagnosenzentriert und in Zusammenhang mit Anreizen aus den unterschiedlichen Bezahlssystemen.

Herausforderungen

- Entwicklung von Indikatoren der Langzeitpflege auf Systemebene in relevanten Bereichen: Determinanten, Zugang, Qualität, Effizienz, Fairness.
- Stärkung der institutionellen Rahmenbedingungen, die eine gute Koordination zwischen Langzeitpflege und Gesundheitsversorgung ermöglichen
- Entwicklung der ambulanten Versorgung außerhalb von Krankenhäusern
- Monitoring der Anzahl und Ergebnisse der in der ambulanten Versorgung behandelten Fälle auf der Ebene von Diagnosen, zusätzlich zu den bestehenden Indikatoren, z. B. ACSC
- Regionale Analyse und Prognose für den Bedarf an Gesundheitspersonal insgesamt.

Mögliche nächste Schritte

Das Fact Book zeigte eine Reihe wichtiger Unterschiede in der Gesundheit und im System der Versorgung zwischen den Bundesländern auf. Mehr sollte getan werden, um diese Unterschiede besser zu verstehen und um Politik und Entscheidungsträger darüber zu informieren:

Entwicklung des Sets der erklärenden Indikatoren, um die Hierarchie der Indikatoren zu vervollständigen:

- Systematische Stratifizierung nach Geschlecht von Headline und Schlüsselindikatoren und Einpflegen der Ergebnisse in die Datenbank und in das Berichtswesen insgesamt.
- Stärkere Kontextualisierung der Indikatoren durch Darstellung und Einbeziehung institutioneller Unterschiede auf Ebene der Bundesländer, Anbieternetzwerke, Vertragsnetzwerke, Verträge, Zusammenspiel der Verwaltungen auf regionaler Ebene usw.
- Abhaltung von Workshops auf Ebene der Bundesländer unter Zuziehung aller regionaler Akteure und Datenproduzenten zur Diskussion der Ergebnisse und zur konsensualen Weiterentwicklung des Indikatorensets.

Entwicklung eines „Gesundheitsklima-Index“ z. B. nach dem Modell des Health Access Quality Index (HAQ) von GBD 2018:

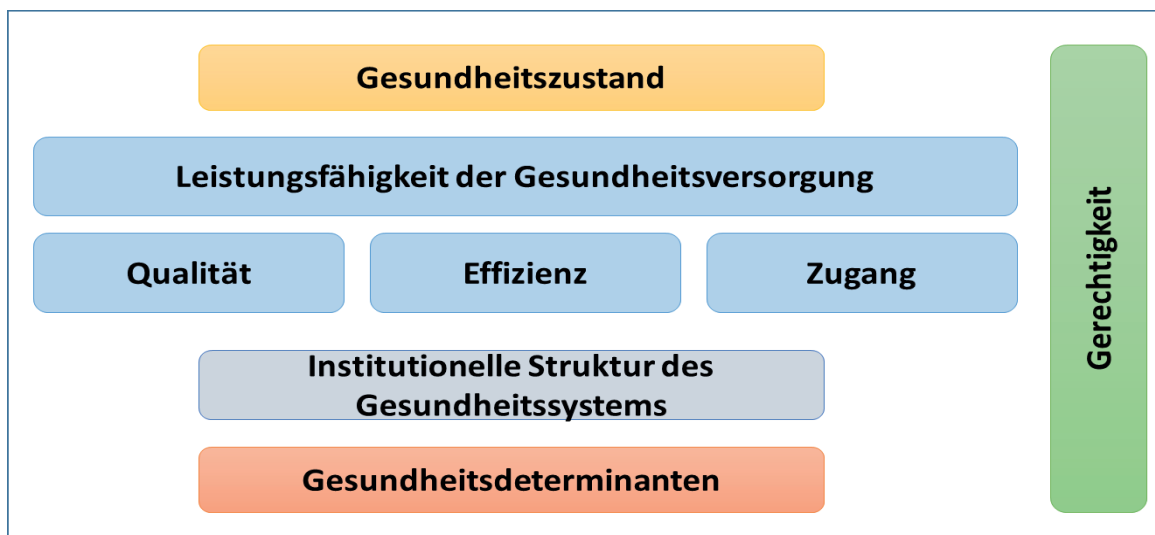
- Setzt Fokus auf Zugang und Qualität, um so einen Index aus unterschiedlichen Komponenten der Morbidität und Mortalität in definierten Diagnosegruppen zu ermitteln. Somit verbindet er diese Information mit Ressourcen der untersuchten Gesundheitssysteme, einschliesslich einer Regionenanalyse in sieben der ausgewählten Länder.
- Erfordert Methodenstudien, teilweise Primärerhebungen und Berechnungen.
- Ist ein längerfristiges Projekt.

Weiterentwicklung von Effizienzindikatoren, Verwendung neuer Quellen für Inputs and Outcomes:

- z. B. einschliesslich Daten zum Arbeitsvolumen in Stunden in Wirtschaftsklasse Gesundheit und Soziales (System Inputs)
- z. B. einschliesslich die Wirksamkeit der Heilung ausgewählter Krankheiten (System Outcomes).

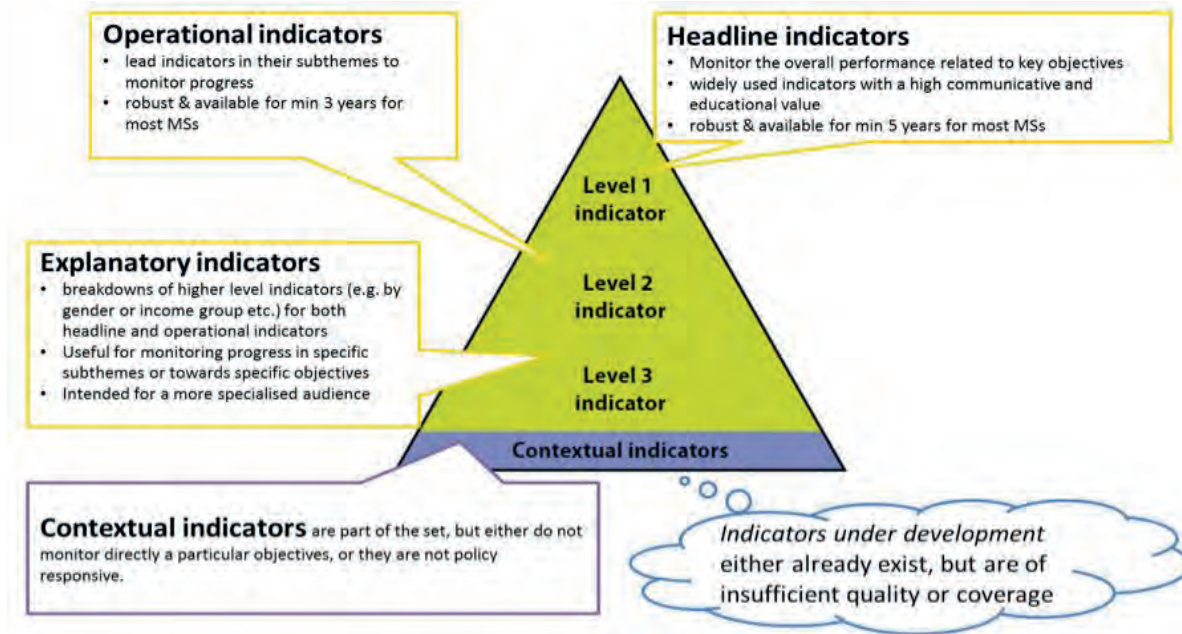
8 Anhänge

Anhang 1: Modell zur Messung der Leistungsfähigkeit⁶



Quelle: www.healthdatanavigator.eu

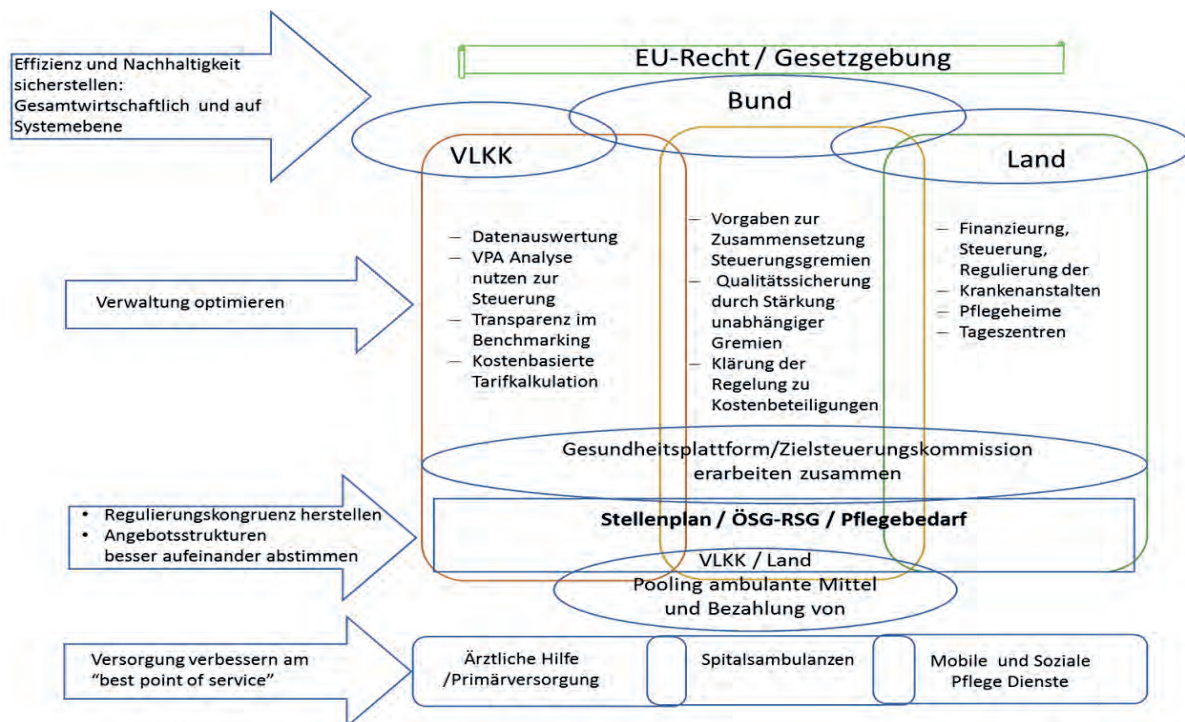
Anhang 2: Wichtigkeit der Indikatoren



Quelle: Eurostat-SDI 2015

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

Anhang 3: Ideen zur Stärkung der regionalen Versorgung am „best point of service“



VLKK: Modell Landeskrankenkasse Vorarlberg, VPA: Vertragspartneranalyse, ÖSG: österreichischer Strukturplan Gesundheit, RSG: Regionaler Strukturplan Gesundheit
Quelle: [HS&I \(2018\)](#), Rechnungshof Österreich (2017)

Anhang 4: Alle Schlüsselindikatoren auf einen Blick

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
	Selbsteingeschätzte Lebensqualität chronisch kranker Personen	Quantifiziert die Lebensqualität der chronisch kranken Personen. Die Lebensqualität wird nach dem Quality-of-Life-Konzept der World Health Organisation (WHOQOL) ermittelt. Informationen über chronische Erkrankungen sowie Lebensqualität sind selbstberichtet und basieren auf Umfragedaten von ATHIS.	65,0	67,1	70,4
	Inzidenz bösartiger Neubildungen, Lunge	Anzahl der Neuerkrankungsfälle in einem Kalenderjahr, altersstandardisierte Raten je 100.000 Einwohner. Lokalisation: C33-C34: Lung. Quelle: Krebsregister, Statistik Austria.	42	57	73
	Depressive Symptomatik	Berichtet über den Anteil der Bevölkerung in Prozent mit milden bis schweren depressiven Symptomen nach ATHIS 2014, altersstandardisiert. Die Umfrage misst depressive Symptome mit einem Instrument, das acht Fragen stellt (Patient Health Questionnaire, PHQ-8).	2,6	4,3	7,7
	Zahnstatus Sechsjähriger	Anteil der 6-jährigen Kinder in Prozent mit einem kariesfreien Gebiss (Score d3mft = 0), nach Zahnstaterhebungen von GÖG.	45	55	72
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.	39	47	54
	Täglicher Tabakkonsum	Anteil täglicher Raucher/-innen in Prozent der Befragten, nach ATHIS, altersstandardisiert.	21	24	32
	Sozialkapital	Anteil der Personen mit einem hohen Ausmaß sozialer Unterstützung in Prozent. Soziale Unterstützung anhand der Oslo-3-Items-Social-Support-Scale, nach ATHIS, altersstandardisiert.	46	54	61
	Arbeitslosenrate	Die Arbeitslosenquote umfasst Personen, die derzeit keinen Arbeitsplatz haben und aktiv nach einem Arbeitsplatz suchen. Arbeitslosenraten in Prozent von Eurostat.	3,4	6,0	11,3

Bereich	Indikator	Kurzdefinition	Ergebnisse		
			Min	Ö	Max
Determinanten der Gesundheit	Arbeitsklima Index, Teilindex Arbeit	basiert auf dem österreichischen Arbeitsklima Index der Arbeiterkammer Oberösterreich. Der Teilindex „Arbeit“ misst Subdimensionen des Arbeitsklimas, die mit Arbeitsbedingungen verbunden sind (allgemeine Berufszufriedenheit, psychischer, physischer und Innovations-Stress, Zeiteinteilung, Isolation am Arbeitsplatz, Lebenszufriedenheit, Einkommen). Die Indexwerte sind für Österreich im Jahr 2007 auf 100 Punkte normiert.	92	102	113
Zugang zur Versorgung	Intramurale Wartezeiten	Gibt die durchschnittliche Wartezeit in Tagen bei gesundheitlichen Problemen bis zur geplanten Aufnahme in ein Krankenhaus an. Nach Sektoren-übergreifende Patientenbefragung, BMG.	18	23	27
	Extramurale Wartezeiten	Gibt die durchschnittliche Wartezeit in Tagen bei gesundheitlichen Problemen bis zur erste Konsultation in der Haus-/Facharztpraxis. Nach Sektoren-übergreifende Patientenbefragung, BMG.	8	10	13
	Ungedeckter Bedarf an Gesundheitsleistungen, aus finanziellen Gründen, medizinische Untersuchung	Berichtet über den Anteil der Personen in Prozent, die ungedeckten Bedarf an medizinischen Untersuchungen aus finanziellen Gründen angegeben haben, an der Gesamtzahl der Personen, die Bedarf an medizinischen Untersuchungen hatten. Der Indikator basiert auf Daten von ATHIS.	1,0	3,4	4,6
	Ungedeckter Bedarf an Gesundheitsleistungen, Entfernung zu weit oder Probleme dorthin zu kommen	Berichtet über den Anteil der Personen in Prozent, die ungedeckten Bedarf an Gesundheitsleistungen aufgrund zu hoher Entfernung oder Transportprobleme angegeben haben, an der Gesamtzahl der Personen, die Bedarf an Gesundheitsleistungen hatten. Der Indikator basiert auf Daten von ATHIS.	1,0	2,0	3,4
Qualität	Vermeidbare Sterblichkeit vor 75	Beschreibt die Mortalität vor dem 75. Geburtstag aufgrund ausgewählter Krankheiten. Todesfälle je 100.000 Einwohner pro Kalenderjahr vor 75. Laut Health Outcomes in Österreich, SV-Zahlenbericht, HVSV.	51	68	31
	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.	17	20	23

Bereich	Indikator	Kurzdefinition	Ergebnisse		
			Min	Ö	Max
Qualität	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 BMG-OM (2018).	44	52	57
	Kaiserschnitttrate	Lebendgeborene (mit inländischem Geburtsort) durch Kaiserschnitt, Anteil in Prozent an allen Lebendgeborenen. Nach Wohnbundesland der Mutter.	23	30	34
	Zufriedenheit mit den Gesundheitsleistungen	Quantifiziert die durchschnittliche Zufriedenheit der Patientinnen mit den Leistungen der Gesundheitsversorgung basierend auf der Patientenbefragung 2015 (BMG/GÖG 2015). Durchschnitt (über die stationären Aufenthalte und ambulante Versorgung) des Patientenanteils in Prozent, die mit den Leistungen zufrieden waren.	75	78	82
Effizienz	Gesundheitsausgaben pro Kopf	Präsentiert die geschätzten gesamten (laufenden) Ausgaben für Gesundheit und Pflege, öffentlich und privat in EUR, bereinigt um Altersstruktureffekte und um die innerösterreichische Patientenmigration.	3.714	4.002	4.295
	Gesunde Lebensjahre in Relation zu Gesundheitsausgaben	Bezieht Ergebnis (Outcome) auf Ausgaben pro Kopf pro Jahr (Input), Proxy Indikator für (System-)Effizienz.	15,3	16,9	19,0
	Endkosten im stationären Bereich pro LKF Punkt, FKA	Bezieht Kosten der Krankenanstalten (FKA) auf die Aufenthalte unter Berücksichtigung der Leistungstiefe, in EUR. Die Bepunktung stationärer Krankenhausaufenthalte wird nach bundeseinheitlichen leistungsorientierten Diagnosenfallgruppen (LDF) vorgenommen. Endkosten sind Primärkosten abzüglich Kostenminderungen (Erlöse bzw. Kostenersatzleistungen). Der Indikator basiert auf den Daten von überregionalen Auswertungen Krankenanstalten in Zahlen (BMG/KAZ 2017, siehe auch andere Jahre).	1,14	1,36	1,52
	Durchschnittliche Dauer des Krankenhausaufenthaltes	Errechnet sich aus der Gesamtzahl der Übernachtungen von stationären Patienten in Krankenhäusern geteilt durch die Gesamtzahl der Entlassungen, laut Eurostat.	6,6	8,5	10,2
	Ausgaben für ambulante Gesundheitsversorgung, pro standardisierte Bevölkerung	Geschätzte Ausgaben für die ambulante Versorgung innerhalb und außerhalb von Krankenhäusern, nach Bereinigung um Patientenströme im Krankenhausbereich und Altersstandardisierung.	878	1.018	1100

Bereich	Indikator	Kurzdefinition	Ergebnisse		
			Min	Ö	Max
Effizienz	Ausgaben für medizinische Güter, pro standardisierte Bevölkerung	Geschätzte Ausgaben für medizinische Güter (Heilmittel und Heilbehelfe) außerhalb von Krankenanstalten, altersstandardisiert.	637	685	721
Fairness/ Verteilungs-gerechtigkeit	Private Gesundheitsausgaben als Anteil der gesamten Gesundheitsausgaben	Zeigt die geschätzten Ausgaben (laufend) der privaten Haushalte (für Selbstbehalte, Selbstzahlungen usw.) als Anteil an den gesamten geschätzten Gesundheitsausgaben in Prozent.	21	23	27
	Unterschiede zwischen Einkommensgruppen: Ungedeckter Bedarf an medizinischen Untersuchungen, aus finanziellen Gründen	Gibt Differenz in den ungedeckten Bedarf an medizinischen Leistungen in Prozentpunkte zwischen der hohen Einkommensgruppe (über 150 % des österreichischen Medianeinkommens) und der niedrigen Einkommensgruppe (unter 60 % des österreichischen Medianeinkommens). Selbstberichtet, basieren auf Umfragedaten von ATHIS.	1,0	3,1	6,0
	Unterschiede zwischen Einkommensgruppen: Ungedeckter Bedarf an zahnärztlichen Untersuchungen oder Behandlungen, aus finanziellen Gründen	Gibt Differenz in den ungedeckten Bedarf an zahnärztlichen Behandlungen Leistungen in Prozentpunkte zwischen der hohen Einkommensgruppe (über 150 % des österreichischen Medianeinkommens) und der niedrigen Einkommensgruppe (unter 60 % des ö. Medianeinkommens). Selbstberichtet, basieren auf Umfragedaten von ATHIS.	2,6	5,0	11,6

Min: Minimaler Wert, Ö: Österreich, Max: Maximaler Wert

9 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.
- Arsenijevic J., Pavlova M., Rechel B., Groot W. (2016): Catastrophic Health Care Expenditure among Older People with Chronic Diseases in 15 European Countries. *PLoS ONE* 11(7): e0157765. doi:10.1371/journal.pone.0157765A-IQI (2018):
- A-IQI (2017): Austrian Inpatient Quality Indicators, Bericht 2017. Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz, Wien, Februar 2018.
- Baldrige Performance Excellence Program (2017): 2017–2018 Baldrige Excellence Framework (Health Care): A Systems Approach to Improving Your Organization's Performance. Gaithersburg, MD: U.S. Department of Commerce, National Institute of Standards and Technology. <https://www.nist.gov/baldrige>
- BMASK (2017): Sozialbericht; Sozialpolitische Entwicklungen und Maßnahmen 2015-2016; Sozialpolitische Analysen. Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, Wien
- BMG (BMG-OM 2016): Outcome-Messung im Gesundheitswesen basierend auf dem Mess- und Vergleichskonzept. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen. Wien, August
- BMG (BMG-OM 2016b): Mess- und Vergleichskonzept; Outcome-Messung im Gesundheitswesen. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen. Wien, Februar
- 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, April
- BMG (Hg.) (2015a): Medizinisch begründet vermeidbare Aufenthalte. Ambulatory Care Sensitive Conditions Analysen und Empfehlungen. Bundesministerium für Gesundheit, Bundesgesundheitsagentur, Wien.
- BMG/BIQG (2011): Sektorenübergreifende Patientenbefragung; Ergebnisse der Befragung 2010/2011. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen, Juni.
- BMG/GÖG (2016): Sektorenübergreifende Patientenbefragung; Ergebnisbericht 2015. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, Gesundheit Österreich GmbH, April.
- BMG/KAZ (2017): Krankenanstalten in Zahlen 2016; Überregionale Auswertung der Dokumentation in landesgesundheitsfondsfinanzierten Krankenanstalten. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen. Wien, Oktober 2017.
- BMöDS (2018): Bericht über die wirkungsorientierte Folgenabschätzung Bericht gemäß § 68 Abs. 5 BHG 2013 iVm § 6 Wirkungscontrollingverordnung. Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz:

https://www.oeffentlicherdienst.gv.at/wirkungsorientierte_verwaltung/dokumente/WFA-Bericht_2017_BMASGK_2.pdf?6h1l0c

- Bodenwinkler, A., Kerschbaum, J., Sax, G. (2012): Zahnstatus 2011. Sechsjährige in Österreich. Sechsjährige Kinder mit und ohne Migrationshintergrund in Österreich. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Bundesministerium für Gesundheit / Gesundheit Österreich GmbH - Geschäftsbereich ÖBIG, Wien.
- Bodenwinkler, A., Kerschbaum, J., Sax, G. (2017): Länder-Zahnstatuserhebung 2016: Sechsjährige in Österreich. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Bundesministerium für Gesundheit / Gesundheit Österreich GmbH - Geschäftsbereich ÖBIG, Wien.
- Bodenwinkler, A., Sax, G., Kerschbaum, J., Städtler, P. (2007): Zahnstatus 2006: Sechsjährige Kinder mit und ohne Migrationshintergrund in Österreich. Gesundheit Österreich GmbH im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, Familie und Jugend, Wien.
- Bogaert P., Herman Van Oyen, Isabelle Beluche, Emmanuelle Cambois, and Jean-Marie Robine (2018) The use of the global activity limitation Indicator and healthy life years by member states and the European Commission. Archives of Public Health (2018) 76:30 <https://doi.org/10.1186/s13690-018-0279-z>
- Burgard, S. A., Lin, K. Y. (2013): Bad Jobs, Bad Health? How Work and Working Conditions Contribute to Health Disparities. The American Behavioral Scientist, 57(8), 10.1177/0002764213487347. <http://doi.org/10.1177/0002764213487347>
- Case A., A. Deaton (2017). Mortality and Morbidity in the 21st Century. Brookings Papers on Economic Activity, Spring 2017.
- Connolly S., G. Bevan, N. Mays (2010): Funding and Performance of Healthcare Systems in the Four Countries of the UK Before and After Devolution. ISBN-13: 1-978-1-905030-40-8. The Nuffield Trust's: www.nuffieldtrust.org.uk/publications
- Czasný, I., J. Hagleitner, A. Hlava, S. Sagerschnig, H. Stürzlinger, M. Willinger (2012): Ärztinnen und Ärzte: Bedarf und Ausbildungsstellen 2010 bis 2030. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen. Wien, Juni 2012.
- Czypionka T., Röhring G., Ulinski S. (2014): Ambulatory Care Sensitive Conditions: Ein-flussfaktoren international und in Österreich. IHS und HVSVT, Wien
- Dragosits A., Scheuringer M. (HVSV 2016): Health Outcomes in Österreich, update SV-Zahlenbericht 2016. HVSV, Wien, December
- EC 2010. EUROBAROMETER 73 Die öffentliche Meinung in der Europäischen Union. http://ec.europa.eu/commfrontoffice/publicopinion/archives/eb/eb73/eb73_vol1_de.pdf
- EHLEIS (2018) Health Expectancy in Austria, EHLEIS Country Reports. Issue 11 – May 2018. http://www.eurohex.eu/pdf/CountryReports_Issue11/Austria_Issue11.pdf
- Europäisches Zentrum für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung (PROGRESS 2010): Verbesserung messen. Ergebnisorientierte Qualitätsindikatoren für Alten- und Pflegeheime. Online im Internet: http://www.euro.centre.org/data/progress/PROGRESS_GERMAN.pdf

- European Commission (EC 2018): Country Report Austria 2018, Commission staff working document, SWD (2018) 218 final <https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/2018-european-semester-country-report-austria-en.pdf>
- Eurostat-SDI (2015) Sustainable development in the European Union. 2015 monitoring report of the EU Sustainable Development Strategy. Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2015 ISBN 978-92-79-49391-1, ISSN 2443-8480 doi: 10.2785/999711
- Eurostat (2018s): Statistics Explained: Healthy life years statistics. Article accessed on 22/06/2018 from: http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Healthy_life_years_statistics
- Eurostat (2018t): Statistics Explained: Causes of death statistics. Article accessed on 22/06/2018 from: http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Causes_of_death_statistics
- Eurostat (2018u): Statistics Explained: Amenable and preventable death statistics. Article accessed on 29/06/2018 from: http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Amenable_and_preventable_deaths_statistics
- Ezzati M., Lopez A.D., Rodgers A., Vander Hoorn S., Murray C.J. (2002): Selected major risk factors and global and regional burden of disease. *Lancet* 360: 1347–1360.
- Firgo, M. O. Fritz, P. Huber, M. Klien, P. Mayerhofer, M. Weingärtler (2018): Die Wirtschaft in den Bundesländern, III. Quartal 2017. © 2018 Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung.
- Fischbacher, P. (2011): Stationäre Langzeitpflege in Österreich: Überlegungen zur Qualität, deren gesetzlicher Grundlage und deren Kontrolle. Universität Salzburg & University of Salzburg Business School.
- Fiskalrat (2016). Bericht über die öffentlichen Finanzen 2015 bis 2017. www.fiskalrat.at
- 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>
- Fuentes, A. et al. (2006): Reforming federal fiscal relations in Austria. OECD Economics Department Working Papers, 474. Paris, OECD.
- Gesundheitsreformgesetz 2013: Bundesgesetzblatt I/ Nr. 81/2013.
- Glechner A, Harreiter J, Gartlehner G, Rohleder S, Kautzky A, Tuomilehto J, Van Noord M, Kaminski-Hartenthaler A, Kautzky-Willer A. (2014). Sex-specific differences in diabetes prevention: a systematic review and meta-analysis., *Diabetologia*. 2015 Feb;58(2):242-54. doi: 10.1007/s00125-014-3439-x. Epub 2014 Dec 3. Review. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25465437>
- Global Burden of Disease (GBD 2016): Country Profiles; Austria. The Institute for Health Metrics and Evaluation. <http://www.healthdata.org/austria>

- Global Burden of Disease (GBD 2018): Measuring performance on the Healthcare Access and Quality Index for 195 countries and territories and selected subnational locations: a systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2016. *The Lancet*, Volume 391, Issue 10136, 2236 – 2271.
- Griebler, R., Winkler, P., Gaiswinkler, S., Bengough, T., Delcour, J., Juraszovich, B., Nowotny, M., Pochobradsky, E., Schleicher, B., Schmutterer, I., Wachabauer, D., (2017): Niederösterreichischer Gesundheitsbericht 2016. Berichtszeitraum 2005-2014. Niederösterreichische Landesregierung und NÖ Gesundheits- und Sozialfonds, St. Pölten.
- Grossmann B., Schuster P. (2017): Langzeitpflege in Österreich: Determinanten der staatlichen Kostenentwicklung. Fiskalrat, Wien, Juni
- Hall, Anne (2015). Adjusting the Measurement of the Output of the Medical Sector for Quality: A Review of the Literature. Bureau of Economic Analysis. June 2015
https://www.bea.gov/papers/pdf/hall_hcsa_quality6_15.pdf
- Handler, H. (2007): Wer anschafft, der zahlt: Die Finanzierung der öffentlichen Aufgaben.
www.gemeinbund.at/rcms/uplooad/downloads/Handler_Endbericht.pdf.
- Highfill, T. and Bernstein, E. (2014): Using Disability-Adjusted Life Years to Value the Treatment of Thirty Chronic Conditions in the U.S. from 1987-2010. BEA working paper 2014-9.
- HLS-EU Consortium (2012): Comparative report of health literacy in eight EU member states. The European Health Literacy Survey HLS-EU, online publication: <http://www.health-literacy.eu>
- Hofmarcher M. M. (2014): The Austrian health reform 2013 is promising but requires continuous political ambition. *Health Policy*, October 2014, Volume 118, Issue 1, Pages 8–13:
<http://dx.doi.org/10.1016/j.healthpol.2014.09.001>
- Hofmarcher M. M., J. Simon, G. Haidinger (2017). Stroke-units in Austria: incubators for improved health outcomes, *Health Systems Improvement across the Globe: Success Stories from 60 Countries*. Edited by Jeffrey Braithwaite, Russell Mannion, Yukihiro Matsuyama, Paul Shekelle, Stuart Whittaker and Samir Al-Adawi. CRC Press 2017. Print ISBN: 978-1-4724-8204-4. eBook ISBN: 978-1-317-12328-6. <https://doi.org/10.1201/9781315586359>
- Hofmarcher M. M. (2009): Übersetzung des Kostendämpfungspfades in verbindliche Finanzziele des Geschäftsjahres 2010, Kommentar zur Vorlage des HVSV am 15.12.2009, unveröffentlicht, über die Autorinnen verfügbar.
- Hofmarcher M. M., E. Festl, L. Tarver (2016) Health sector employment growth calls for improvements in labor productivity. *Health Policy* 120 (2016) 894–902.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.healthpol.2016.06.001>
- 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. (2013): Das Österreichische Gesundheitssystem, Akteure, Daten, Analysen, Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft 2013. Berlin.

- Hofmarcher, M. M., Z. Molnárová (2018): (De-)Zentralisierung in der Krankenversicherung: Kontext, Vor- und Nachteile. Studie im Auftrag der Ärztekammer und der Arbeiterkammer Vorarlberg. HS&I Projektbericht. Wien, Mai 2018.
- Hsiao, W. and Heller, P. S. (2013): What Should Macroeconomists Know about Health Care Policy? , IMF Working Paper 07/13 Washington: <http://www.imf.org/external/pubs/ft/wp/2007/wp0713.pdf>
- HVSV (2017): Statistisches Handbuch der österreichischen Sozialversicherung 2016. Wien
- HVSV (2018): Die österreichweite Einführung steht fest: e-Medikation startet 2018 schrittweise in Kassenordinationen und Apotheken.
<http://www.hauptverband.at/cdscontent/?contentid=10007.791495>
- IMF (2011): Austria: 2011 Article IV Consultation – Preliminary Conclusions. Washington DC, International Monetary Fund (IMF). <http://www.imf.org/external/np/ms/2011/061411.htm>
- James, W. P. T. (2009): WHO recognition of the global obesity epidemic. International Journal of Obesity, 32/S120, Macmillan Publishers Limited. available online: <http://dx.doi.org/10.1038/ijo.2008.247>
- Kamarudeen, S. (2010): Amenable mortality as an indicator of healthcare quality - a literature review. Health statistics quarterly, 2010 Autumn;(47):66-80. doi: 10.1057/hsq.2010.16.
- Kautzky-Willer A, Dorner T, Jensby A, Rieder A. (2012): Women show a closer association between educational level and hypertension or diabetes mellitus than males: a secondary analysis from the Austrian HIS., BMC Public Health. 2012 May 30; 12:392. doi: 10.1186/1471-2458-12-392.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22646095>
- 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>
- Kickbusch Ilona, Jürgen M. Pelikan, Franklin Apfel, Agis D. Tsouros (2013): Ed. Health literacy. The solid facts. WHO Regional Office for Europe. ISBN: 978 92 890 00154.
http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/190655/e96854.pdf
- Kindig D, Lardinois N, Chatterjee D. Can States Simultaneously Improve Health Outcomes and Reduce Health Outcome Disparities? Prev Chronic Dis 2016; 13:160126. DOI:
<http://dx.doi.org/10.5888/pcd13.160126>: https://www.cdc.gov/pcd/issues/2016/16_0126.htm
- 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
- Klotz J. (2010): Convergence or divergence of educational disparities in mortality and morbidity? The evolution of life expectancy and health expectancy by educational attainment in Austria in 1981-2006. Vienna Yearbook of Population Research, 8:139-174.
- Klotz, J., Klimont J. (2016): Lebenserwartung in Gesundheit; zeitliche Entwicklung 1978 bis 2014. Statistische Nachrichten 71(4), 256-263.

- Kornai, J., E. Maskin und G. Roland. (2003): Understanding the Soft Budget Constraint. *Journal of Economic Literature* 41, 1095–1136.
- KPMG (2017): Through the looking glass: A practical path to improving healthcare through transparency, 133989-G, April.
- Kringos, D. S., Boerma, W. van der Zee, J. et al (2013): Europe's strong primary care systems are linked to better population health but also higher health spending. *Health Affairs*, 32(4), 686-694.
- Kroenke K., T. W. Strine, R. L. Spitzer, J. B. W. Williams, J. T. Berry, A. H. Mokdad (2009): The PHQ-8 as a measure of current depression in the general population. *Journal of Affective Disorders*, Volume 114, 2009, ISSN 0165-0327. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2008.06.026>.
- 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
- Legatum (2018) The Legatum Prosperity Index™ 2017. ©2017 The Legatum Institute Foundation.
- LSE (2017): Efficiency Review of Austria's Social Insurance and Healthcare System. Volume 1 – International Comparisons and Policy Options, London School of Economics and Political Science, August 2017.
- Mann, E.; Haastert, B.; Frühwald, T.; Sauermann, R.; Hinteregger, M.; Hölzl, D.; Keuerleber, S.; Scheuringer, M.; Meyer, G. (2014): Potentially inappropriate medication in older persons in Austria: A nationwide prevalence study. In: *European Geriatric Medicine* 5/6399-405
- Marmot, M. (2005): Social determinants of health inequalities. *The Lancet*, 365(9464), 1099-1104. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15781105>
- 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 (2010): *Health Care Systems: Efficiency and Policy Settings*. OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264094901-en>.
- OECD (2011): *Economic Survey Austria*. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD).
- OECD (2014): *Geographic Variations in Health Care: What Do We Know and What Can Be Done to Improve Health System Performance?* OECD Health Policy Studies, OECD Publishing. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264216594-en>
- OECD (2017): *How's Life? 2017 Measuring Well-being*. OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/how_life-2017-en.
- OECD (2018cs): Caesarean sections (indicator). doi: 10.1787/adc3c39f-en. Accessed on 01 July 2018.

- OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (OECD/EC 2017): Austria: Country Health Profile 2017, State of Health in the EU. OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264283268-en>
- OECD/KIPF (OECD 2016), Fiscal Federalism 2016: Making Decentralisation Work, OECD Publishing, Paris. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264254053-en>
- 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 (2011): Keiner soll bei Operationen gleicher sein. *Parlamentsskorrespondenz* Nr. 718 vom 08.07.2011. Wien. http://www.parlament.gv.at/PAKT/PR/JAHR_2011/PK0718/index.shtml.
- Peinhaupt, C.; Robl, E.; Plank, M.; Fassolder, G.; Krahulec, E.; König, C.; Schmidt, L.; Habacher, W. (2016): *Gesundheitsbericht 2015 für die Steiermark*. Hg. v. Gesundheitsfonds Steiermark. Graz.
- Pelikan, J.M., Röthlin, F., Ganahl, K. (2013): Die Gesundheitskompetenz der österreichischen Bevölkerung - nach Bundesländern und im internationalen Vergleich. Abschlussbericht der Österreichischen Gesundheitskompetenz (Health Literacy) Bundesländer-Studie. LBIHPR Forschungsbericht.
- Perić N., Hofmarcher M. M., Simon J. (2017): Health system performance assessment landscape at the EU level: a structured synthesis of actors and actions. *Archives of Public Health*, 75(1):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>.
- Popovic D. (2012): *Reduktion gesundheitlicher Ungleichheit. Maßnahmen zur Verminderung sozioökonomisch bedingter Gesundheitsunterschiede*. Medizinische Universität Innsbruck. Innsbruck, Juli 2012.
- Presse- und Informationsdienst der Stadt Wien (PID 2018): *Wiener Gesundheitsziele: Trend zu Kaiserschnitten stoppen – Chance auf Spontangeburt erhöhen*, 8.06.2018.
- Quentin, Wilm, R. Busse (2018). The strongly decentralized Swiss health system achieves good results: Past research has addressed persisting challenges – but more is encouraged. June 2018. DOI: 10.1016/j.healthpol.2018.06.
- Raaschou-Nielsen, Ole; Andersen, Zorana J.; Beelen, Rob; Samoli, Evangelia; Stafoggia, Massimo; Weinmayr, Gudrun; Hoffmann, Barbara; Fischer, Paul; Nieuwenhuijsen, Mark J.; Brunekreef, Bert; Xun, Wei W.; Katsouyanni, Klea; Dimakopoulou, Konstantina; Sommar, Johan; Forsberg, Bertil; Modig, Lars; Oudin, Anna; Oftedal, Bente; Schwarze, Per E.; Nafstad, Per; De Faire, Ulf; Pedersen, Nancy L.; Östenson, Claes-Göran; Fratiglioni, Laura; Penell, Johanna; Korek, Michal; Pershagen, Göran; Eriksen, Kirsten T.; Sørensen, Mette; Tjønneland, Anne; Ellermann, Thomas; Eeftens, Marloes; Peeters, Petra H.; Meliefste, Kees; Wang, Meng; Bueno-de-Mesquita, Bas; Key, Timothy J.; de Hoogh, Kees; Concin, Hans; Nagel, Gabriele; Vilier, Alice; Grioni, Sara; Krogh, Vittorio; Tsai, Ming-Yi; Ricceri, Fulvio; Sacerdote, Carlotta; Galassi, Claudia; Migliore, Enrica; Ranzi, Andrea; Cesaroni, Giulia; Badaloni, Chiara; Forastiere, Francesco; Tamayo, Ibon; Amiano, Pilar; Dorronsoro, Miren;

- Trichopoulou, Antonia; Bamia, Christina; Vineis, Paolo; Hoek, Gerard (2013): Air pollution and lung cancer incidence in 17 European cohorts: prospective analyses from the European Study of Cohorts for Air Pollution Effects (ESCAPE). In: *The Lancet Oncology* 14/9813-822.
- Rechnungshof Österreich (RH 2015/17): Rolle des Bundes in der österreichischen Krankenanstaltenplanung.
- Rechnungshof Österreich (RH 2017): Tätigkeitsbericht.
- Rechnungshof Österreich (RH 2017/7): Compliance im Vergabe- und Personalbereich in der Sozialversicherung.
- Roberts, C., Troop, N., Connan, F., Treasure, J. and Campbell, I. C. (2007): The Effects of Stress on Body Weight: Biological and Psychological Predictors of Change in BMI. *Obesity*, 15: 3045-3055. doi:10.1038/oby.2007.363.
- Rocco L, Suhrcke M. (2012) Is social capital good for health? A European perspective. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2012.
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/170078/Is-Social-Capital-good-for-your-health.pdf.
- Scheffler, R., und Arnold, D. (2018): Projecting shortages and surpluses of doctors and nurses in the OECD: What looms ahead. *Health Economics, Policy and Law*, 1-17. doi:10.1017/S174413311700055X.
- Socialstyrelsen (2017): Six questions about Swedish healthcare, Regional comparisons 2016. www.socialstyrelsen.se, September 2017.
<https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20666/2017-9-8.pdf>.
- Statistik Austria (ATHIS 2006/2007): Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007. Wien, 2007. ISBN 978-3-902611-04-8.
- Statistik Austria (ATHIS 2014): Österreichische Gesundheitsbefragung 2014. Wien, 2015. ISBN 978-3-902925-86-2.
- Statistik Austria (SHA 2016): Gesundheitsausgaben nach System of Health Accounts für Österreich ab 1990. Wien, November
- Statistik Austria (STAT AT/KE 2017): VERBRAUCHSAUSGABEN; Hauptergebnisse der Konsumerhebung 2014/2015. Wien. ISBN 978-3-903106-32-1.
- Stein C. J., Colditz G. A. (2004): Modifiable risk factors for cancer. *British Journal of Cancer*. 2004 Jan 26; 90(2):299-303.
- 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>
- van den Heuvel W. J. A., M. Olariou (2017): How Important Are Health Care Expenditures for Life Expectancy? A Comparative, European Analysis. *Journal of the American Medical Directors Association*. Volume 18, Issue 3, 1 March 2017, Pages 276.e9-276.e12
<https://doi.org/10.1016/j.jamda.2016.11.027>.

WHO (2000). The world health report 2000 - Health systems: improving performance.
<http://www.who.int/whr/2000/en/>.

WHO (2015): WHO Statement on Caesarean Section Rates. WHO, Geneva.

Zaidi, A., Katrin Gasiar, Maria M. Hofmarcher , Orsolya Lelkes, Bernd Marin, Ricardo Rodrigues, Andrea Schmidt, Pieter Vanhuyse and Eszter Zolyomy (2012) Active Ageing Index 2012, Concept, Methodology and Final Results. European Centre Vienna. Report submitted to European Commission's Directorate General for Employment, Social Affairs and Inclusion, and to the UNECE, for the project Active Ageing Index (AAI), UNECE Grant No: ECE/GC/2012/003, March 2013:
<http://www1.unece.org/stat/platform/display/AAI/V.+Methodology>.

10 Ausgewählte Datenquellen

BMG

Krankenanstalten in Zahlen (bis 2016). <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

BMASK

Pflegevorsorgeberichte (2011 - 2016),

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

Eurostat

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

Fiskalrat

Grossmann B., Schuster P. (2017): Langzeitpflege in Österreich: Determinanten der staatlichen Kostenentwicklung. Fiskalrat, Wien, Juni 2017.

HVSV

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 - 2016.

Statistische Handbücher der österreichischen Sozialversicherung, 2010 - 2016.

<http://www.sozialversicherung.at/cdscontent/?contentid=10007.683681&viewmode=content>

GÖG

Bodenwinkler, A., Kerschbaum, J., Sax, G. (2017) Länder-Zahnstatuserhebung 2016: Sechsjährige in Österreich. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Bundesministerium für Gesundheit / Gesundheit Österreich GmbH - Geschäftsbereich ÖBIG, Wien.

OECD

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

OÖAK

Österreichische Arbeitsklima Index der Arbeiterkammer Oberösterreich.
<http://db.arbeitsklima.at/>

VVÖ

Versicherungsverband Österreich: Jahresberichte (2011 - 2016).
<https://www.vvo.at/vvo/vvo.nsf/sysPages/jahresbericht.html>

Statistik Austria

Bevölkerungsstatistik

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

Das System der volkswirtschaftlichen Gesamtrechnungen (VGR)

https://www.statistik.at/web_de/statistiken/wirtschaft/volkswirtschaftliche_gesamtrechnungen/indin.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 - 2016).

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

BUNDESLÄNDER FACT SHEETS

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 sieben Headline Indikatoren und 21 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 unterschiedlich Quellen, sie werden mit Hilfe von Standardisierungen vergleichbar gemacht oder neu berechnet, wie beispielsweise regionale Gesundheitsausgaben.

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

Fact Sheets zeigen Werte der Indikatoren in der Form von Dumbbell Abbildungen und in Form von Balken- und Liniendiagrammen, Ergebnisse werden zusammenfassend diskutiert.

Für wen sind die Fact Sheets?

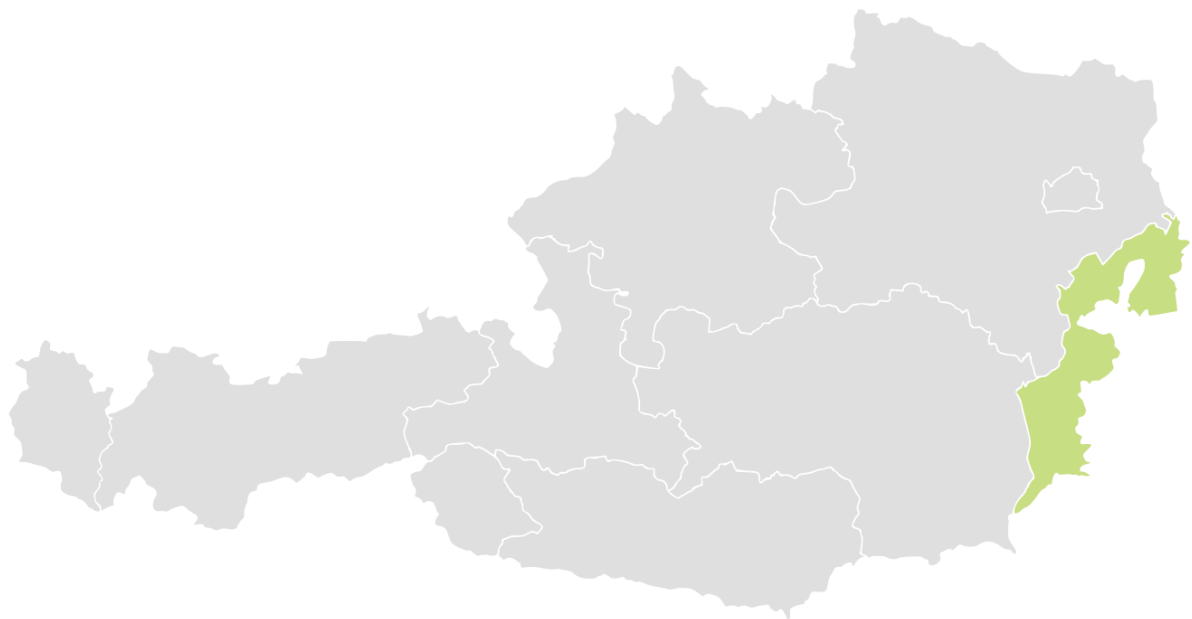
Fact Sheets richten sich an ein interessiertes Publikum, das Informationen zur Leistungskraft im Gesundheits- und Sozialwesen schätzt, braucht und fordert.

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>, abrufbar.

Leistungskraft regionaler Gesundheitssysteme

Burgenland

Fact Sheet



Burgenland

Demografischer und sozioökonomischer Kontext, 2016

	Burgenland	Österreich
Bevölkerung (in 1000)	292	8.740
Anteil der Bevölkerung über 65 Jahre	21,0	18,5
Bruttoregionalprodukt pro Kopf ¹ (in EUR)	28.000	40.400
Arbeitslosenquote ² (%)	5,7	6,0

Ressourcen des Gesundheitssystems, 2016

	Burgenland	Österreich
Gesundheitsausgaben ³ (in Mio. EUR)	1.202	34.533
davon Sozialversicherung ³	542	15.707
davon Staat ³	278	10.806
Spitalbetten ⁴	1.757	64.838
Gesundheitspersonal in Krankenanstalten	2.562	116.078
Ärzte/-innen gesamt	1.160	44.816

1 Bruttoregionalprodukt nominal (Bruttoinlandsprodukt für Österreich)

2 Arbeitslosenquote nach internationaler Definition (laut Eurostat)

3 Gesundheitsausgaben laut SHA 2015, eigene Schätzung für Burgenland

4 Tatsächlich aufgestellte Betten in Krankenanstalten

Quellen: Statistik Austria, eigene Schätzung



Leistungskraft regionaler Gesundheitssysteme: Fact Book

Das Fact Book *Leistungskraft regionaler Gesundheitssysteme* bietet eine prägnante und relevante Information zu Gesundheit und Gesundheitssystemen der österreichischen Bundesländer. Es besteht aus Fact Sheets, die *Schlüsselindikatoren (KPI)* und *Headline Indikatoren (HI)* pro Bundesland enthalten. Das Fact Book präsentiert neue Ausgabenschätzungen, die erstmals vollständig für Bundesländer vorliegen. Ziel des Projektes ist es, evidenzbasierte Politikgestaltung auf regionaler und föderaler Ebene zu unterstützen.

Leistungskraft regionaler Gesundheitssysteme ist ein Projekt des unabhängigen Think-Tanks HS&I HealthSystemIntelligence, das mit freundlicher Unterstützung von Philips Austria realisiert wurde. Die hier geäußerten Ansichten sind jene der Autorinnen.

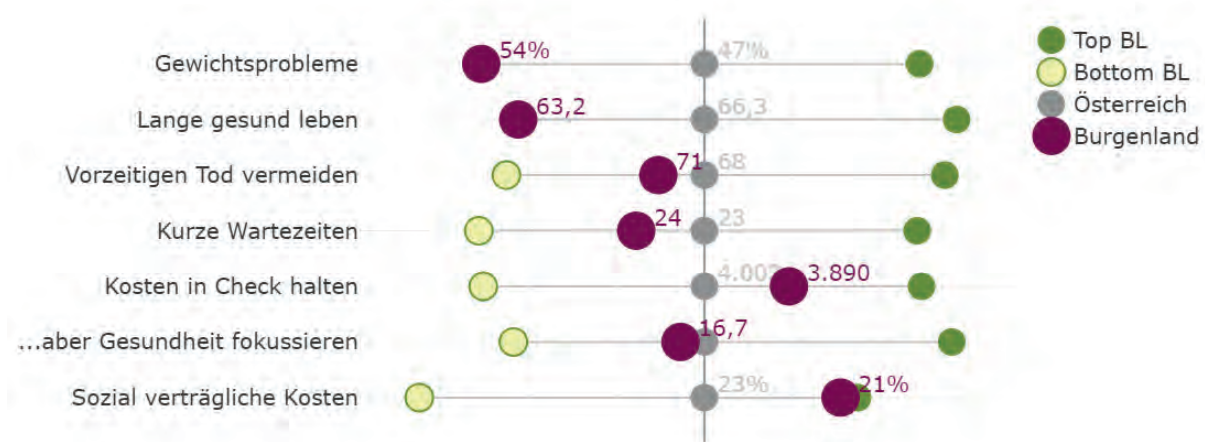
Daten und Informationsquellen

Die Daten und Informationen in diesem Fact Book basieren auf verschiedenen Quellen, darunter offizielle Statistiken von der OECD, Eurostat, Statistik Austria, Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz, Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und anderen, allen gilt großer Dank für die Kooperation. Den vollständigen Projektbericht, die Definitionen aller Indikatoren, sowie die Liste der Quellen und die gesammelten Daten finden Sie unter: <http://www.HealthSystemIntelligence.eu/RegionalFactBook>

Zitiervorschlag: Hofmarcher, M. M., Z. Molnárová (2018): Leistungskraft regionaler Gesundheitssysteme, Burgenland. HS&I Fact Sheet. Wien, August 2018

1 Headline Indikatoren

Der Kompass für das Gesundheitssystem auf dem Weg zur gedeihlichen Gesellschaft



Die Bevölkerung des Burgenlandes hat im österreichischen Vergleich einige gesundheitliche Probleme. Dies zeigt sich in mehreren Ergebnissen im Bereich Gesundheitsstatus. Die Lebenserwartung in guter Gesundheit ist am niedrigsten von allen Ländern und erreicht etwa 63 Jahre. Burgenland hat mehrere vergleichsweise starke Risikofaktoren, wie Probleme mit Körpergewicht. Bei unterdurchschnittlichem Einkommen ist die Arbeitslosigkeit im Vergleich zu anderen Ländern auch höher.

Trotzdem sind die Kosten des Gesundheitssystems unterdurchschnittlich. Während Burgenland pro Kopf weniger für die ambulante und stationäre Pflege aufwendet, sind die Ausgaben für Arzneimittel hoch. Effizienzindikatoren geben uns keine eindeutige Aussage, weil geringere Gesundheitsausgaben möglicherweise auch zur schlechteren Gesundheit der Bevölkerung beigetragen haben.

Wartezeiten sind nahe am österreichischen Durchschnitt, wobei mehr Leute im Burgenland von Problemen wegen Entfernung und Transport zur Gesundheitsversorgung berichten, als im Durchschnitt. Die Ergebnisse für Fairness im Zugang sind nicht eindeutig, obwohl private Ausgaben unterdurchschnittlich sind.

Was wird mit Headline Indikatoren gemessen?

Armaturenbrett gibt Headline Indikatoren an und zeigt die Werte für alle Bundesländer.

Headline Indikatoren	Ö	B	K	NÖ	OÖ	S	ST	T	V	W
Übergewicht und Adipositas, % der Bevölkerung	47%	54%	47%	51%	48%	42%	46%	39%	44%	45%
Lebenserwartung in guter Gesundheit, Jahre	66,3	63,2	66,5	65,8	66,3	70,2	65,1	70,5	69,5	64,8
Vermeidbare Sterblichkeit vor 75 ¹	68	71	62	68	63	64	69	51	61	82
Intramurale Wartezeiten, in Tagen ²	23	24	18	24	23	19	22	20	23	27
Gesundheitsausgaben pro Kopf ³ , in EUR	4.002	3.890	3.911	4.139	3.714	3.953	3.885	3.812	4.249	4.295
Gesunde Lebensjahre pro Gesundheitsausgaben ⁴	16,9	16,7	17,3	16,2	18,3	18,3	17,1	19,0	16,8	15,3
Private Gesundheitsausgaben als % der Gesamtausg. ⁵	23%	21%	24%	21%	22%	26%	24%	27%	25%	23%

1 Vermeidbare Mortalität vor dem 75. Geburtstag pro 100.000 Einwohner/-innen vor 75

2 Erwartungswert (Tage), Wartezeit vor einer Krankenhausaufnahme

3 Gesundheitsausgaben pro Kopf, standardisiert nach Alter und Patientenströme, eigene Schätzung

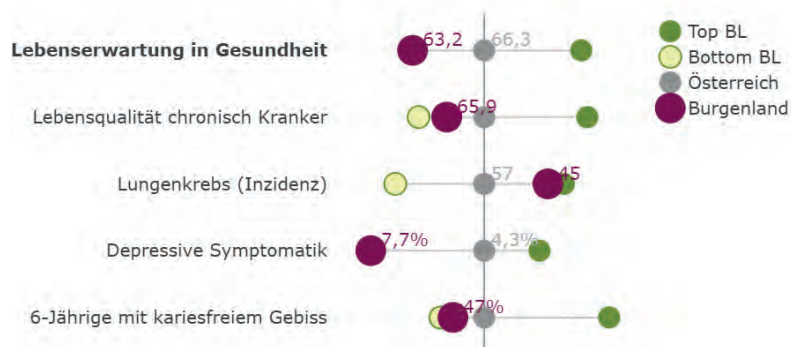
4 Lebenserwartung in Gesundheit (Jahre) pro Gesundheitsausgaben (pro Kopf, in 1000 EUR)

5 Anteil der privaten Ausgaben an den gesamten Gesundheitsausgaben, eigene Schätzung

Quellen: Fact Book Leistungskraft regionaler Gesundheitssysteme

2 Gesundheit in Burgenland

Gesundheitsstatus

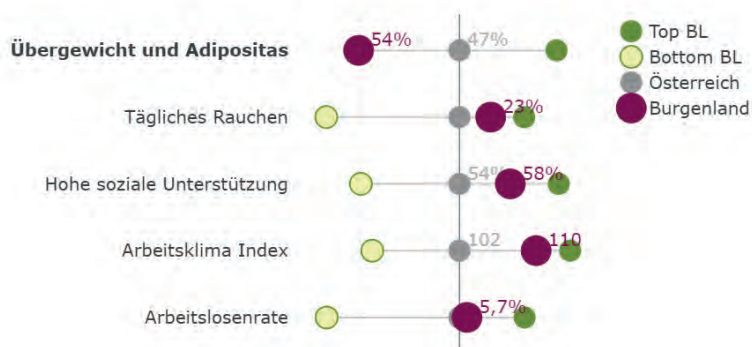


Laut Schlüsselindikatoren (KPI) ist die Bevölkerung des Burgenlandes deutlich kürzer gesund als die durchschnittliche österreichische Bevölkerung. Die Lebenserwartung in guter Gesundheit erreicht etwa 63 Jahre, bei Frauen nur 61,7 Jahre. Die Selbsteingeschätzte Lebensqualität chronisch

kranker Personen ist relativ niedrig, depressive Symptome in der Bevölkerung sind am höchsten von allen Ländern und der Zahnstatus Sechsjähriger ist schlechter als im österreichischen Durchschnitt. Diese Ergebnisse könnten mit einigen Risikofaktoren wie wenig gesundheitsförderndes Verhalten (Übergewicht), aber auch mit dem unterdurchschnittlichen Einkommen und höheren Arbeitslosigkeit (Depressive Symptomatik) zusammenhängen. Ob die Leistungskraft der Gesundheitsversorgung auch zum ungünstigen Gesundheitsstatus beiträgt, sollte in Zukunft sorgfältig untersucht werden.

Im Burgenland erkranken deutlich weniger Personen an Lungenkrebs als im Durchschnitt, was wohl auch mit vergleichsweise geringerem Tabakkonsum zusammenhängen kann. Auch die Krebsinzidenz für andere Lokalisationen ist im Bundesländervergleich am geringsten im Burgenland.

Determinanten des Gesundheitsstatus



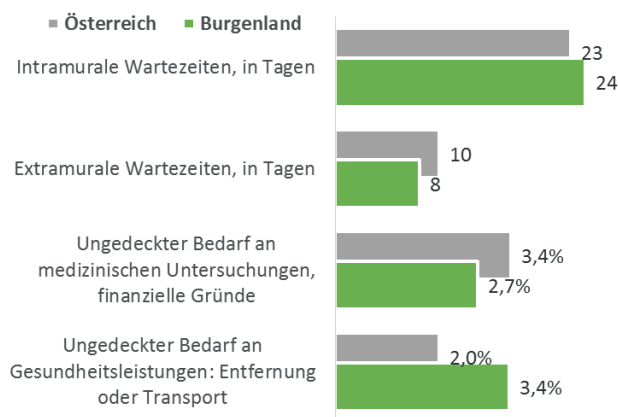
Die Bevölkerung im Burgenland ist im Durchschnitt ärmer bei relativ hoher Arbeitslosigkeit, der höchsten im Vergleich, wenn Wien ausgeklammert wird. Andererseits können sich die Menschen im Burgenland an einem hohen Maß an sozialer Unterstützung erfreuen, auch im Bereich Arbeitsklima schneidet das Burgenland gut ab. Gemäß

den offiziellen Eurostat-Statistiken ist jedoch der Anteil der Bevölkerung, der durch Armut oder soziale Ausgrenzung gefährdet ist, geringer als der österreichische Durchschnitt.

Übergewicht und Adipositas ist hoch und im europäischen Vergleich ganz nahe an Ungarn, das im obersten Drittel des Ländervergleiches rangiert. Während Gewichtsprobleme im Burgenland häufig sind, ist das gesundheitsfördernde Verhalten uneinheitlich. Der Tabak- und Alkoholkonsum liegen leicht unter dem österreichischen Durchschnitt, aber gesundheitsfördernde Körperaktivität und gesunde Ernährung wie z.B. Obst- und Gemüsekonsum ebenso.

3 Leistungskraft des Gesundheitssystems

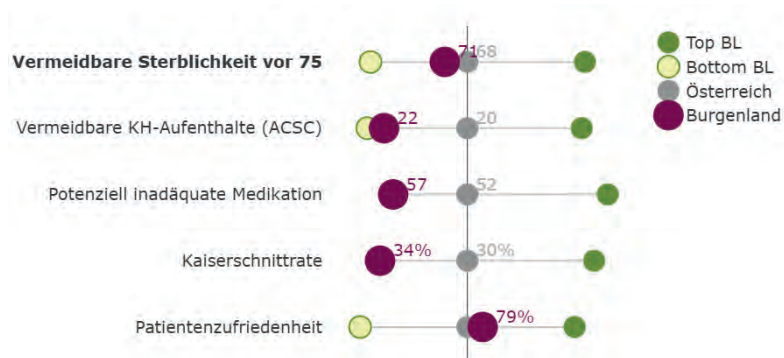
Zugang zur Versorgung



Der Zugang zur Gesundheitsversorgung in Österreich ist generell hoch. Im Burgenland liegt der selbst eingeschätzte ungedeckte Bedarf an medizinische Untersuchungen aus finanziellen Gründen bei 2,7 % und somit leicht unter dem Österreichschnitt. Im Gegensatz dazu berichteten 3,4 % der Menschen, die eine medizinische Untersuchung benötigten, von Zugangsproblemen aufgrund von Problemen mit Transport oder großer Entfernung.

Die Wartezeiten für ambulante Untersuchungen lagen jedoch unter dem Durchschnitt, während die erwartete Frist auf eine stationäre Behandlung 24 Tage betrug und damit am Durchschnitt lag.

Qualität der Versorgung



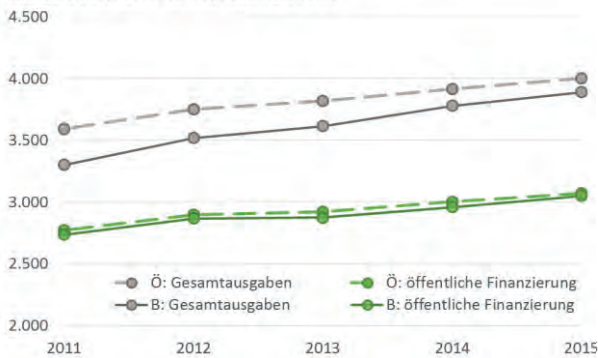
Obwohl generell die Zufriedenheit mit der Gesundheitsversorgung im Burgenland überdurchschnittlich ist, zeigen die KPIs der Qualität Verbesserungsbedarf. Während die vermeidbare Sterblichkeit vor 75 Jahren knapp am österreichischen Durchschnitt liegt, gibt es Hinweise auf Fehlversorgung in Bezug auf

vermeidbare Spitalsaufenthalte (ACSC). Potenziell inadäquate Medikation bei Älteren ist am höchsten von allen Ländern. Ebenso gehören die Kaiserschnittraten zu den höchsten im Bundesländervergleich. Die Patientenzufriedenheit ist in allen Bundesländern hoch ohne große Abweichungen und spiegelt das allgemeine Vertrauen der österreichischen Bevölkerung in das Gesundheitssystem wider.

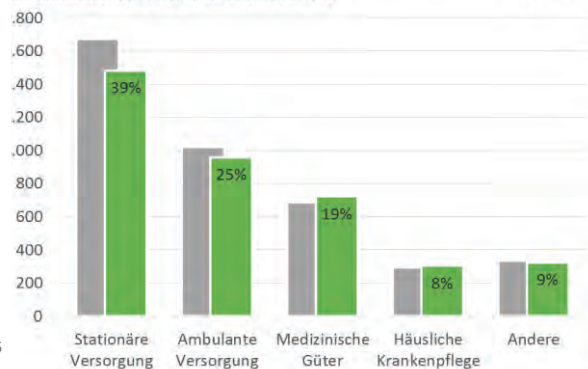
Effizienz

Burgenland gibt erkennbar weniger für ambulante und stationäre Versorgung aus, aber die Ausgaben für medizinische Güter sind hoch. Die Gesamtkosten pro Kopf sind im Burgenland etwa 3 % geringer als in Österreich insgesamt, vor allem in der ambulanten Versorgung (6 % weniger) und stationären Versorgung (11 % weniger). Der Unterschied hat zwischen 2011 und 2015 zugenommen, da die Kosten im Burgenland schneller stiegen (durchschnittlich 4,2 % pro Jahr) als in Österreich (2,7 %). Ein überdurchschnittlicher Wachstumsimpuls im Burgenland kam von den geschätzten privaten Ausgaben.

Gesundheitsausgaben pro Kopf 2011 - 2015, in EUR standardisiert nach Alter und Patientenströme

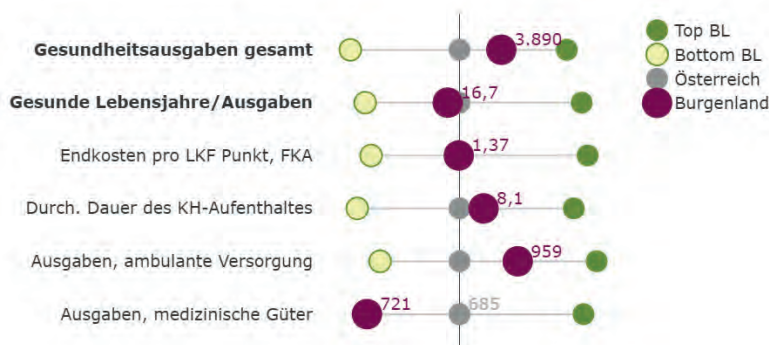


Sesamtausgaben pro Kopf nach Funktion 2015, in EUR standardisiert nach Alter und Patientenströme



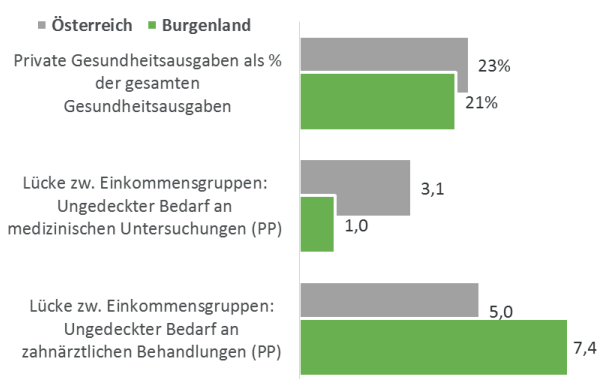
Die Schätzungen berücksichtigen die Unterschiede in der Altersstruktur der Bevölkerung und die Patientenströme zwischen Bundesländern. Sie erlauben, einige innovative Indikatoren einzuführen.

Burgenland zeigt gemischte Ergebnisse bei der Effizienz des Gesundheitssystems. Die Gesamtausgaben sind geringer als in Österreich insgesamt, während für medizinische Güter deutlich mehr ausgegeben wird als im Durchschnitt. Letzteres sollte in Zusammenhang mit einer hohen Rate an etwaiger ungeeigneter Medikation analysiert werden. Endkosten pro LKF-Punkt in Fondkrankenanstalten waren durchschnittlich und die Dauer des Krankenhausaufenthaltes etwas kürzer als im Durchschnitt. Das Verhältnis von gesunden Lebensjahren zu Kosten ist nahe am österreichischen Durchschnitt.



Um die Effekte der höheren Gesundheitsrisiken in Burgenland teilweise zu bereinigen, vergleichen wir Burgenland mit den Ländern, die ähnlich Probleme beim Gesundheitszustand haben, Wien und die Steiermark. Die Kosten des Gesundheitssystems in Wien sind im Vergleich zu Burgenland wesentlich höher, in der Steiermark sind sie ähnlich.

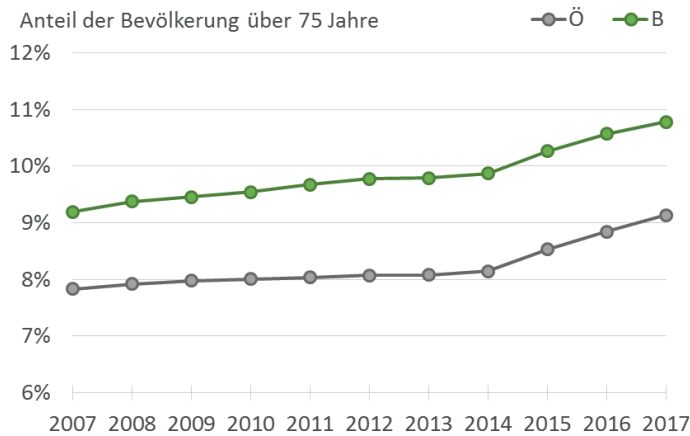
Fairness / Verteilungsgerechtigkeit



Der Zugang zur Gesundheitsversorgung ist in Österreich allgemein gut. Burgenland hat eine unterdurchschnittliche Quote von privaten Ausgaben. Der Unterschied im selbst eingeschätzten unerfüllten Bedarf an Versorgung in Prozentpunkten (PP) zwischen gut verdienenden und gering verdienenden Personen ist sehr gering bei medizinischen Untersuchungen, jedoch hoch bei zahnärztliche Behandlungen. In diesem Bereich gaben 8,3 % der Personen mit niedrigen Einkommen im Burgenland ungedeckten Bedarf an.

4 Herausforderungen

Die wachsende Anzahl von chronisch kranken Menschen und die Schaffung von Möglichkeiten für alle Menschen gesund und aktiv zu altern.



Die österreichische Bevölkerung wird älter und die Zahl der pflegebedürftigen Menschen wird zunehmen. Im Burgenland wurden 2015 im Vergleich die wenigsten Menschen in der Altenpflege betreut (2,7 % im Vergleich zu 3,9 % in Österreich), obwohl Burgenland den höchsten Anteil der Bevölkerung über 75 Jahre hat. Darüber hinaus berichteten 40 % der Burgenländerinnen und Burgenländer von chronischen Gesundheitsproblemen, auch der höchste Anteil. Die Verbesserung der

Lebensqualität chronisch Kranker unter nachhaltigen Gesundheitsausgaben erfordert eine bessere Abstimmung der Versorgung zwischen Gesundheit und Pflege.

Der notwendige Aus- und Aufbau der ambulanten Versorgung am „best point of service“.

Österreich sollte versuchen, den Umfang seines Krankenhaussektors zu verringern (EC 2018). Die Ausgaben für die Krankenhausversorgung waren im Burgenland unterdurchschnittlich, gleichzeitig hat wahrscheinlich die ambulante Versorgung innerhalb und außerhalb der Krankenanstalten einigen Aufholbedarf, und der Bedarf Fehlversorgung einzudämmen scheint hoch.

Die ausreichende Sicherstellung personeller Ressourcen. Das Burgenland hat grundsätzlich Zugang zu Humanressourcen aus den angrenzenden Regionen, gleichzeitig konkurriert es um Personal mit dem Rest von Österreich und der EU, nicht zuletzt aufgrund von Sprachbarrieren mit den Nachbarländern. Wie für alle Bundesländer gilt auch für das Burgenland, dass koordinierte Planung, überregionale Kooperation und geeignete Anreizsysteme notwendig sind, um ausreichende Kapazitäten im Burgenland in Zukunft zu sichern.

Leseanleitung und Abkürzungen

Um die Lesbarkeit der Graphen zu erleichtern, verwendeten wir Abkürzungen für die Lage des jeweiligen Indikators.

Top BL: Bundesland mit dem besten Ergebnis

Bottom BL: Bundesland mit dem ungünstigsten Ergebnis.

Ö	Österreich	S	Salzburg
B	Burgenland	ST	Steiermark
K	Kärnten	T	Tirol
NÖ	Niederösterreich	V	Vorarlberg
OÖ	Oberösterreich	W	Wien

Wichtige Quellen

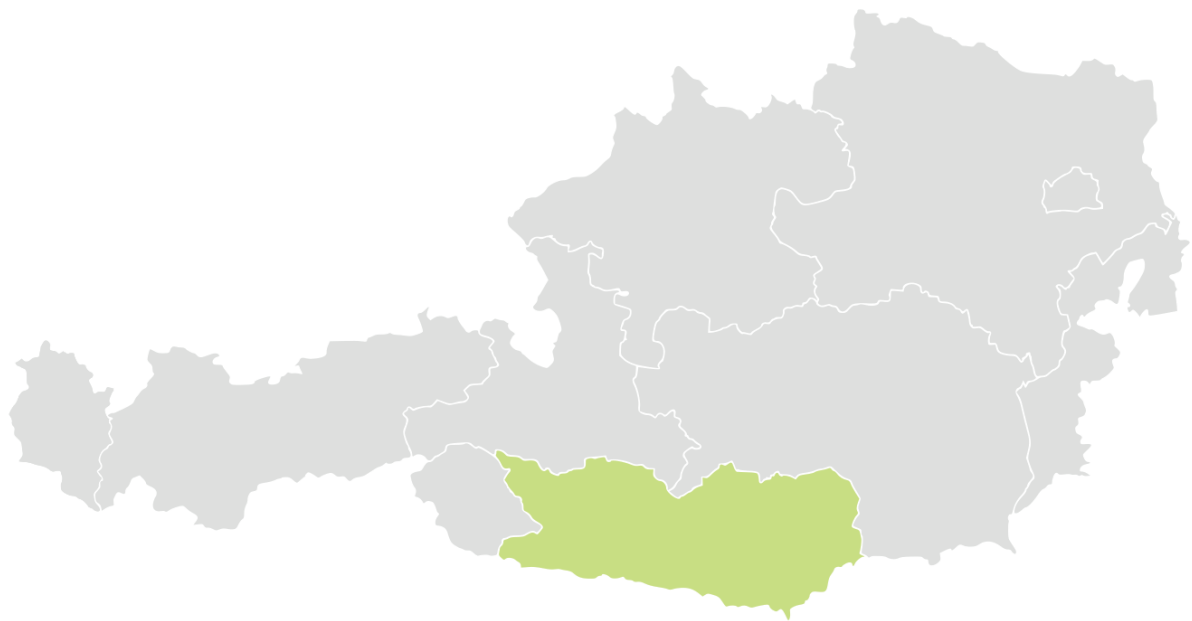
European Commission (EC 2018): Country Report Austria 2018, Commission staff working document, SWD (2018) 218 final <https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/2018-european-semester-country-report-austria-en.pdf>

Hofmarcher, M. M., Z. Molnárová (2018): Fact Book Leistungskraft regionaler Gesundheitssysteme. HS&I Projektbericht. Projekt mit Unterstützung von Philips Austria. Wien August 2018.

Leistungskraft regionaler Gesundheitssysteme

Kärnten

Fact Sheet



Kärnten

Demografischer und sozioökonomischer Kontext, 2016

	Kärnten	Österreich
Bevölkerung (in 1000)	561	8.740
Anteil der Bevölkerung über 65 Jahre	20,9	18,5
Bruttoregionalprodukt pro Kopf ¹ (in EUR)	34.300	40.400
Arbeitslosenquote ² (%)	5,4	6,0



Ressourcen des Gesundheitssystems, 2016

	Kärnten	Österreich
Gesundheitsausgaben ³ (in Mio. EUR)	2.319	34.533
davon Sozialversicherung ³	1.052	15.707
davon Staat ³	705	10.806
Spitalbetten ⁴	4.693	64.838
Gesundheitspersonal in Krankenanstalten	7.522	116.078
Ärzte/-innen gesamt	2.571	44.816

1 Bruttoregionalprodukt nominal (Bruttoinlandsprodukt für Österreich)

2 Arbeitslosenquote nach internationaler Definition (laut Eurostat)

3 Gesundheitsausgaben laut SHA 2015, eigene Schätzung für Kärnten

4 Tatsächlich aufgestellte Betten in Krankenanstalten

Quellen: Statistik Austria, eigene Schätzung

Leistungskraft regionaler Gesundheitssysteme: Fact Book

Das Fact Book *Leistungskraft regionaler Gesundheitssysteme* bietet eine prägnante und relevante Information zu Gesundheit und Gesundheitssystemen der österreichischen Bundesländer. Es besteht aus Fact Sheets, die *Schlüsselindikatoren (KPI)* und *Headline Indikatoren (HI)* pro Bundesland enthalten. Das Fact Book präsentiert neue Ausgabenschätzungen, die erstmals vollständig für Bundesländer vorliegen. Ziel des Projektes ist es, evidenzbasierte Politikgestaltung auf regionaler und föderaler Ebene zu unterstützen.

Leistungskraft regionaler Gesundheitssysteme ist ein Projekt des unabhängigen Think-Tanks HS&I HealthSystemIntelligence, das mit freundlicher Unterstützung von Philips Austria realisiert wurde. Die hier geäußerten Ansichten sind jene der Autorinnen.

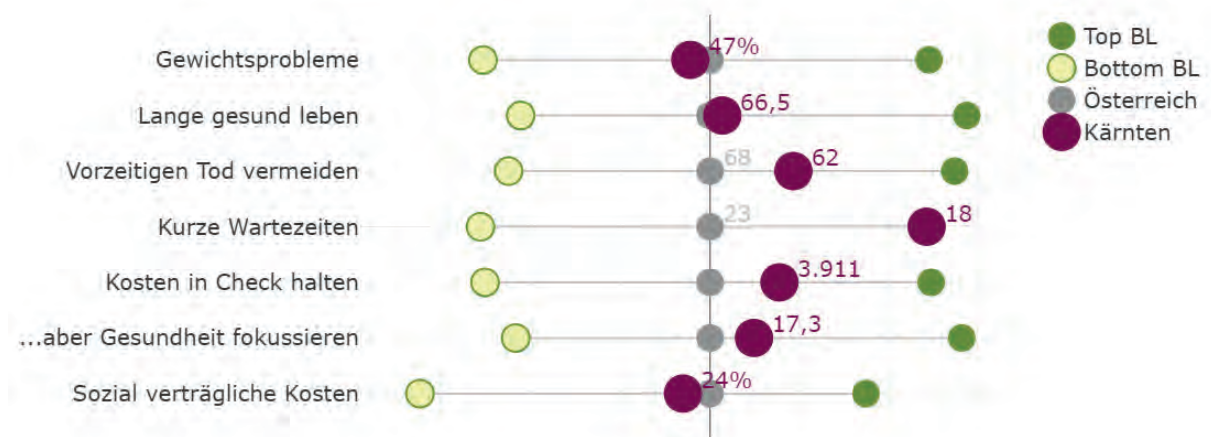
Daten und Informationsquellen

Die Daten und Informationen in diesem Fact Book basieren auf verschiedenen Quellen, darunter offizielle Statistiken von der OECD, Eurostat, Statistik Austria, Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz, Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und anderen, allen gilt großer Dank für die Kooperation. Den vollständigen Projektbericht, die Definitionen aller Indikatoren, sowie die Liste der Quellen und die gesammelten Daten finden Sie unter: <http://www.HealthSystemIntelligence.eu/RegionalFactBook>

Zitiervorschlag: Hofmarcher, M. M., Z. Molnárová (2018): Leistungskraft regionaler Gesundheitssysteme, Kärnten. HS&I Fact Sheet. Wien, August 2018

1 Headline Indikatoren

Der Kompass für das Gesundheitssystem auf dem Weg zur gedeihlichen Gesellschaft



Kärnten: Guter Standard mit Raum für Verbesserungen. Die Lebenserwartung in guter Gesundheit ist in Kärnten leicht überdurchschnittlich und erreicht etwas mehr als 66 Jahre, begleitet von zufriedenstellenden Ergebnissen im Bereich Gesundheitsstatus. Diese könnten sowohl mit moderaten Risikofaktoren wie hohe Lebensqualität, weniger Depression und gesundheitsförderndes Verhalten als auch mit der Leistung des Gesundheitssystems in der Region verbunden sein. Der Zugang zur Gesundheitsversorgung ist im Allgemeinen gut, Wartezeiten für stationäre Aufenthalte und ambulante Untersuchungen sind am kürzesten im Vergleich zu allen Bundesländern, obwohl es auch Hinweise für häufigere Transportprobleme gibt. Im Bereich ausgewogener Zugang für alle Bevölkerungsgruppen gibt es einige Anzeichen für Verbesserungsbedarf.

Die Qualität der Versorgung hat Reserven bei mehreren Indikatoren. Fehlversorgung zeigt sich in Bezug auf potenziell inadäquate Medikation bei Älteren und in Bezug auf deutlich überdurchschnittliche Kaiserschnittraten.

Die Effizienzindikatoren weisen mit wenigen Ausnahmen in eine positive Richtung, obwohl sie nahe am österreichischen Durchschnitt bleiben. Mit Gesundheitsstatus und Gesundheitsausgaben nahe am österreichischen Durchschnitt ist Kärnten ein nützlicher Benchmark im Vergleich zu anderen Regionen.

Was wird mit Headline Indikatoren gemessen?

Armaturenbrett gibt Headline Indikatoren an und zeigt die Werte für alle Bundesländer.

Headline Indikatoren	Ö	B	K	NÖ	OÖ	S	ST	T	V	W
Übergewicht und Adipositas, % der Bevölkerung	47%	54%	47%	51%	48%	42%	46%	39%	44%	45%
Lebenserwartung in guter Gesundheit, Jahre	66,3	63,2	66,5	65,8	66,3	70,2	65,1	70,5	69,5	64,8
Vermeidbare Sterblichkeit vor 75 ¹	68	71	62	68	63	64	69	51	61	82
Intramurale Wartezeiten, in Tagen ²	23	24	18	24	23	19	22	20	23	27
Gesundheitsausgaben pro Kopf ³ , in EUR	4.002	3.890	3.911	4.139	3.714	3.953	3.885	3.812	4.249	4.295
Gesunde Lebensjahre pro Gesundheitsausgaben ⁴	16,9	16,7	17,3	16,2	18,3	18,3	17,1	19,0	16,8	15,3
Private Gesundheitsausgaben als % der Gesamtausg. ⁵	23%	21%	24%	21%	22%	26%	24%	27%	25%	23%

1 Vermeidbare Mortalität vor dem 75. Geburtstag pro 100.000 Einwohner/-innen vor 75

2 Erwartungswert (Tage), Wartezeit vor einer Krankenhausaufnahme

3 Gesundheitsausgaben pro Kopf, standardisiert nach Alter und Patientenströme, eigene Schätzung

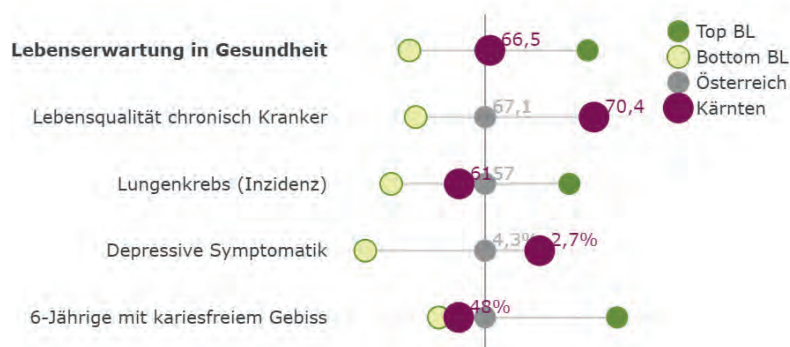
4 Lebenserwartung in Gesundheit (Jahre) pro Gesundheitsausgaben (pro Kopf, in 1000 EUR)

5 Anteil der privaten Ausgaben an den gesamten Gesundheitsausgaben, eigene Schätzung

Quellen: Fact Book Leistungskraft regionaler Gesundheitssysteme

2 Gesundheit in Kärnten

Gesundheitsstatus

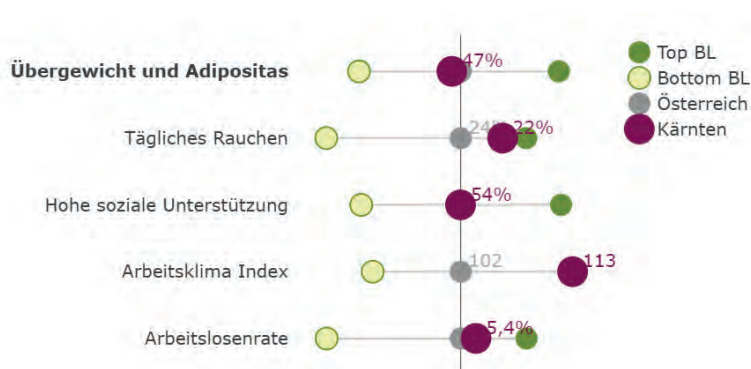


Laut Schlüsselindikatoren (KPI) sind die Menschen in Kärnten in einigen wichtigen Bereichen gesünder als die durchschnittliche österreichische Bevölkerung. Die selbsteingeschätzte Lebensqualität chronisch kranker Personen ist hoch, und die Bevölkerung leidet am

wenigsten von allen Bundesländern an depressiven Symptomen. Die Lebenserwartung in guter Gesundheit erreicht durchschnittliche 66,5 Jahre. Jedoch haben nur 48 % der Sechsjährigen ein kariesfreies Gebiss, deutlich weniger als in Österreich gesamt. Obwohl es bei der Zahnversorgung Nachholbedarf gibt, verweisen die Ergebnisse auf milde Risikofaktoren bei gleichzeitig gesundheitsförderlichem Verhalten.

Die Inzidenz von Lungenkrebs ist leicht überdurchschnittlich, im Jahr 2014 war sie in Kärnten 61, versus 57 Neuerkrankungen pro 100.000 Einwohner in Österreich. Andere Krebsarten sind in Kärnten vergleichsweise deutlich häufiger anzutreffen. In der 5-Jahre Zeitperiode zwischen 2010 und 2014 wurden in Kärnten 575 Neuerkrankungen pro 100.000 Einwohner pro Jahr registriert, im Österreichdurchschnitt waren es rund 480. Interessant in diesem Zusammenhang ist die relativ hohe Feinstaubkonzentration (PM_{2,5}) laut OECD Regional Datenbank.

Determinanten des Gesundheitsstatus



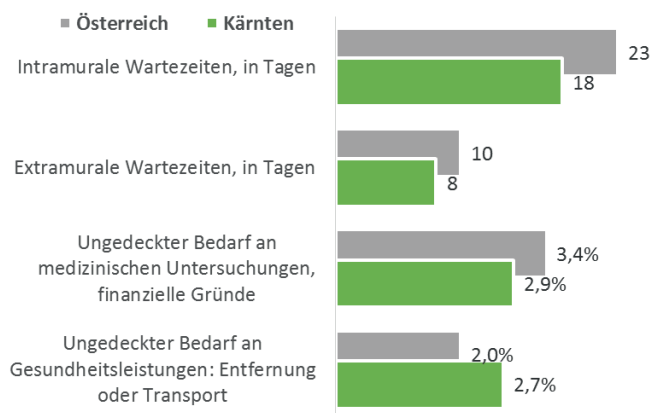
Bei durchschnittlichen Arbeitslosenquoten, ist das Einkommen in Kärnten geringer. Gleichzeitig sind mehrere Gesundheitsrisiken vergleichsweise gering. Das Arbeitsklima in Kärnten ist erfreulich hoch und mehr als die Hälfte der Menschen in Kärnten können mit einem hohen Maß an sozialer Unterstützung

rechnen, nahe am österreichischen Durchschnitt. Gemäß den offiziellen Eurostat-Statistiken ist der Anteil der Bevölkerung, der durch Armut oder soziale Ausgrenzung gefährdet ist, vergleichsweise geringer.

Übergewicht und Adipositas in Kärnten ist am Durchschnitt, obwohl seit 2007 eine leichte Zunahme erfasst wurde, während tägliches Rauchen weniger häufig ist. Alkoholkonsum und gesundheitsfördernde Körperaktivität sind vergleichbar mit dem Durchschnitt, überdurchschnittlich viele Menschen berichten von gesunder Ernährung wie z.B. mehr Obst- und Gemüsekonsum.

3 Leistungskraft des Gesundheitssystems

Zugang zur Versorgung

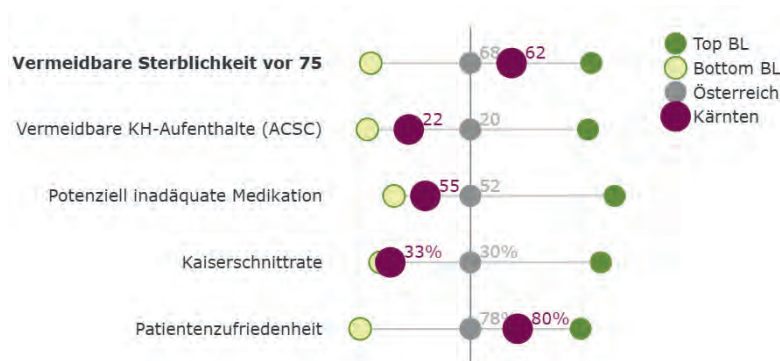


Der Zugang zur Gesundheitsversorgung in Österreich ist generell hoch. In Kärnten liegt der selbst eingeschätzte ungedeckte Bedarf an medizinische Untersuchungen aus finanziellen Gründen bei 2,9 %. Etwas mehr als im Durchschnitt, 2,7 % der Menschen, die eine medizinische Untersuchung benötigten, berichteten von Verzögerungen aufgrund von Problemen mit Transport oder großer Entfernung.

Ein weiteres wichtiges Maß für Zugang sind Wartezeiten auf Versorgung. Sie sind in

Kärnten am niedrigsten von allen Bundesländern, sowohl für stationäre Behandlungen (intramural), als auch für ambulante Untersuchungen (extramural).

Qualität der Versorgung



KPIs der Qualität der Gesundheitsversorgung zeigen ein gemischtes Bild. Die vermeidbare Sterblichkeit vor 75 Jahren ist geringer als im österreichischen Durchschnitt, vermeidbare Spitalsaufenthalte (ACSC) hingegen etwas höher, wobei der Rückgang seit 2004 überdurchschnittlich war.

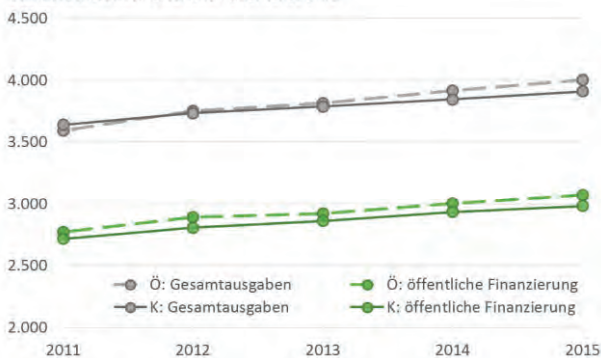
Fehlversorgung könnte es geben

in Bezug auf ältere Personen, die medikamentös nicht optimal versorgt sind (potenziell inadäquate Medikation bei Älteren) und in Bezug auf deutlich überdurchschnittliche Kaiserschnittraten. Die Patientenzufriedenheit in Kärnten ist hoch. Sie ist in der Regel in allen Bundesländern hoch ohne große Abweichungen und spiegelt das allgemeine Vertrauen der österreichischen Bevölkerung in das Gesundheitssystem wider.

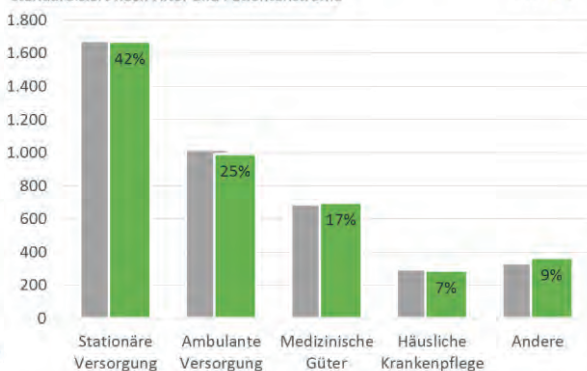
Effizienz

Kärnten gibt etwas weniger für stationäre und ambulante Versorgung aus, überdurchschnittlich viel für medizinische Güter. Die Ausgaben wachsen moderat. Die Gesamtkosten pro Kopf sind in Kärnten etwa 2 % geringer als in Österreich insgesamt, vor allem in der ambulanten Versorgung. Der Unterschied hat zwischen 2011 und 2015 zugenommen, da die Kosten in Kärnten langsamer stiegen (durchschnittlich 1,8 % pro Jahr) als in Österreich (2,7 %). Die öffentlichen Ausgaben in Kärnten stiegen im Durchschnitt um 2,4 % pro Jahr, gegenüber 2,6 % in Österreich. Die Schätzungen

Gesundheitsausgaben pro Kopf 2011 - 2015, in EUR standardisiert nach Alter und Patientenströme

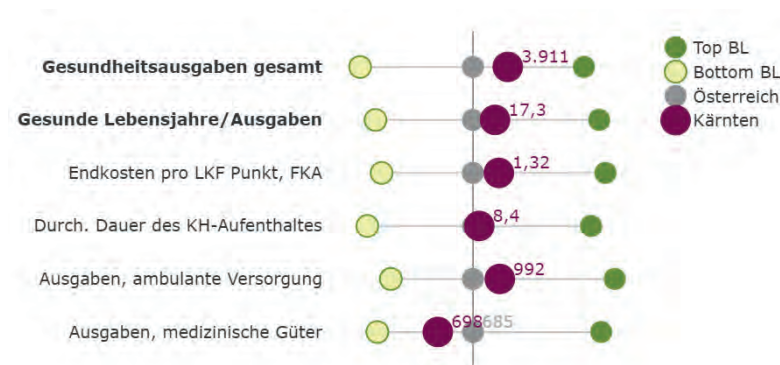


Gesamtausgaben pro Kopf nach Funktion 2015, in EUR standardisiert nach Alter und Patientenströme



berücksichtigen die Unterschiede in der Altersstruktur der Bevölkerung und die Patientenströme zwischen Bundesländern. Die Schätzungen ermöglichen, einige innovative Indikatoren einzuführen.

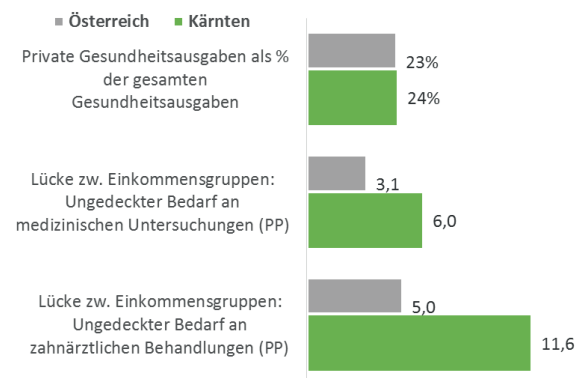
Kärnten zeigt einige ermutigende Ergebnisse in Bezug auf die Effizienz des Gesundheitssystems. Die Gesamtausgaben pro Kopf sind geringer als in Österreich insgesamt. Im Krankenhausbereich sind Endkosten pro LKF-Punkt in Fondkrankenanstalten ebenfalls etwas geringer, und die durchschnittliche Dauer des Krankenhausaufenthaltes ist im Mittelfeld.



Das Verhältnis von gesunden Lebensjahren zu Kosten ist in Kärnten nahe am Durchschnitt, wie auch im Vergleich zu OÖ, NÖ, ST, jenen Ländern mit ähnlichem Gesundheitsstatus. Die Ausgaben für ambulante Versorgung pro Kopf sind etwas geringer als im Durchschnitt, während für medizinische Güter vergleichsweise mehr

ausgegeben wird. Letzteres sollte in Zusammenhang mit einer hohen Rate an etwaiger inadäquater Medikation analysiert werden, zumal es einen Zusammenhang gibt zwischen Ausgabenhöhe in diesem Bereich und möglicher Fehlversorgung.

Fairness / Verteilungsgerechtigkeit

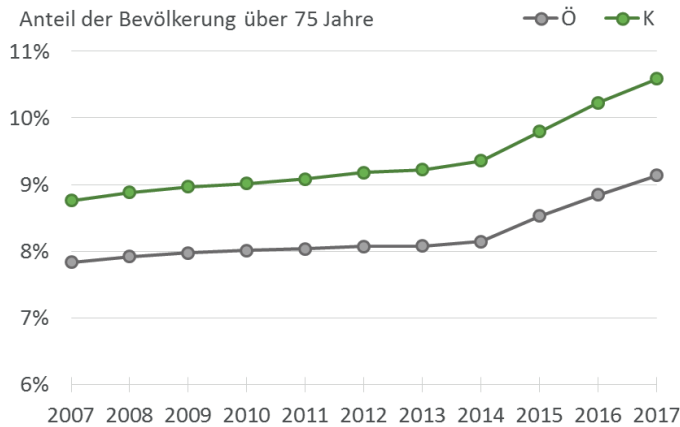


Obwohl der Zugang zur Gesundheitsversorgung gut ist und die privaten Ausgaben nahe am Durchschnitt liegen, könnte in Kärnten die Ausgewogenheit für alle Bevölkerungsgruppen nicht ideal sein. Der Unterschied bei dem selbsteingeschätzten unerfüllten Bedarf an Gesundheitsversorgung in Prozentpunkte (PP) zwischen gut verdienenden und gering verdienenden Personen ist sehr hoch für zahnärztliche Behandlungen, aber eine Lücke ist auch für medizinische Untersuchungen deutlich erkennbar. Bei den zahnärztlichen Behandlungen

gaben 13,7 % der Geringverdienenden in Kärnten ungedeckten Bedarf an.

4 Herausforderungen

Die wachsende Anzahl von chronisch kranken Menschen und die Schaffung von Möglichkeiten für alle Menschen gesund und aktiv zu altern.



Die österreichische Bevölkerung wird älter und die Zahl der pflegebedürftigen Menschen wird zunehmen. Im Kärnten wurden 2015 3,6 % der Bevölkerung in der Altenpflege betreut (3,9 % in Österreich), obwohl Kärnten im Vergleich hohen Anteil der Bevölkerung über 75 Jahre hat. Darüber hinaus berichteten 36 % der Kärntnerinnen und Kärntner von chronischen Gesundheitsproblemen. Die Verbesserung der Lebensqualität chronisch Kranker unter nachhaltigen Gesundheitsausgaben erfordert eine

bessere Abstimmung der Versorgung zwischen Gesundheit und Pflege.

Der notwendige Aus- und Aufbau der ambulanten Versorgung am „best point of service“.

Österreich sollte versuchen, den Umfang seines Krankenhaussektors zu verringern (EC 2018). Die Ausgaben für die Krankenhausversorgung waren in Kärnten durchschnittlich, gleichzeitig scheint der Bedarf hoch ambulante Versorgung zu verbessern und Fehlversorgung in mehreren Bereichen einzudämmen.

Die ausreichende Sicherstellung personeller Ressourcen. Kärnten ist geographisch exponiert und konkurriert um Humanressourcen mit anderen Bundesländern, hat jedoch auch die Möglichkeit mit benachbarten Regionen im Süden Europas zu kooperieren. Der Anteil der allgemeinen Fachärztinnen mit Kassenvertrag über 65 Jahre ist in Kärnten am größten von allen Bundesländern, mehr als 20 %. Wie für alle Bundesländer gilt auch für Kärnten, dass koordinierte Planung, überregionale Kooperation und geeignete Anreizsysteme notwendig sind, um ausreichende Kapazitäten in Zukunft zu sichern.

Leseanleitung und Abkürzungen

Um die Lesbarkeit der Graphen zu erleichtern, verwendeten wir Abkürzungen für die Lage des jeweiligen Indikators.

Top BL: Bundesland mit dem besten Ergebnis

Bottom BL: Bundesland mit dem ungünstigsten Ergebnis.

Ö	Österreich	S	Salzburg
B	Burgenland	ST	Steiermark
K	Kärnten	T	Tirol
NÖ	Niederösterreich	V	Vorarlberg
OÖ	Oberösterreich	W	Wien

Wichtige Quellen

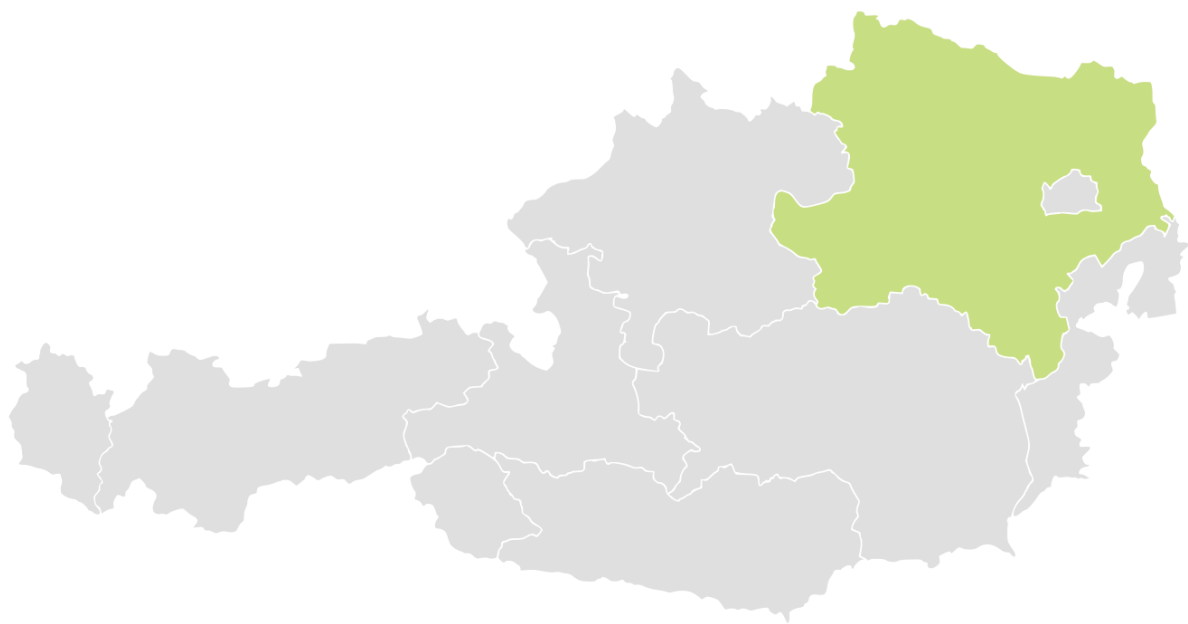
European Commission (EC 2018): Country Report Austria 2018, Commission staff working document, SWD (2018) 218 final <https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/2018-european-semester-country-report-austria-en.pdf>

Hofmarcher, M. M., Z. Molnárová (2018): Fact Book Leistungskraft regionaler Gesundheitssysteme. HS&I Projektbericht. Projekt mit Unterstützung von Philips Austria. Wien August 2018.

Leistungskraft regionaler Gesundheitssysteme

Niederösterreich

Fact Sheet



Niederösterreich

Demografischer und sozioökonomischer Kontext, 2016

	NÖ	Österreich
Bevölkerung (in 1000)	1.661	8.740
Anteil der Bevölkerung über 65 Jahre	19,7	18,5
Bruttoregionalprodukt pro Kopf ¹ (in EUR)	33.100	40.400
Arbeitslosenquote ² (%)	5,2	6,0



Ressourcen des Gesundheitssystems, 2016

	NÖ	Österreich
Gesundheitsausgaben ³ (in Mio. EUR)	6.985	34.533
davon Sozialversicherung ³	3.127	15.707
davon Staat ³	1.918	10.806
Spitalbetten ⁴	11.427	64.838
Gesundheitspersonal in Krankenanstalten	17.763	116.078
Ärzte/-innen gesamt	7.624	44.816

1 Bruttoregionalprodukt nominal (Bruttoinlandsprodukt für Österreich)

2 Arbeitslosenquote nach internationaler Definition (laut Eurostat)

3 Gesundheitsausgaben laut SHA 2015, eigene Schätzung für Niederösterreich

4 Tatsächlich aufgestellte Betten in Krankenanstalten

Quellen: Statistik Austria, eigene Schätzung

Leistungskraft regionaler Gesundheitssysteme: Fact Book

Das Fact Book *Leistungskraft regionaler Gesundheitssysteme* bietet eine prägnante und relevante Information zu Gesundheit und Gesundheitssystemen der österreichischen Bundesländer. Es besteht aus Fact Sheets, die *Schlüsselindikatoren (KPI)* und *Headline Indikatoren (HI)* pro Bundesland enthalten. Das Fact Book präsentiert neue Ausgabenschätzungen, die erstmals vollständig für Bundesländer vorliegen. Ziel des Projektes ist es, evidenzbasierte Politikgestaltung auf regionaler und föderaler Ebene zu unterstützen.

Leistungskraft regionaler Gesundheitssysteme ist ein Projekt des unabhängigen Think-Tanks HS&I HealthSystemIntelligence, das mit freundlicher Unterstützung von Philips Austria realisiert wurde. Die hier geäußerten Ansichten sind jene der Autorinnen.

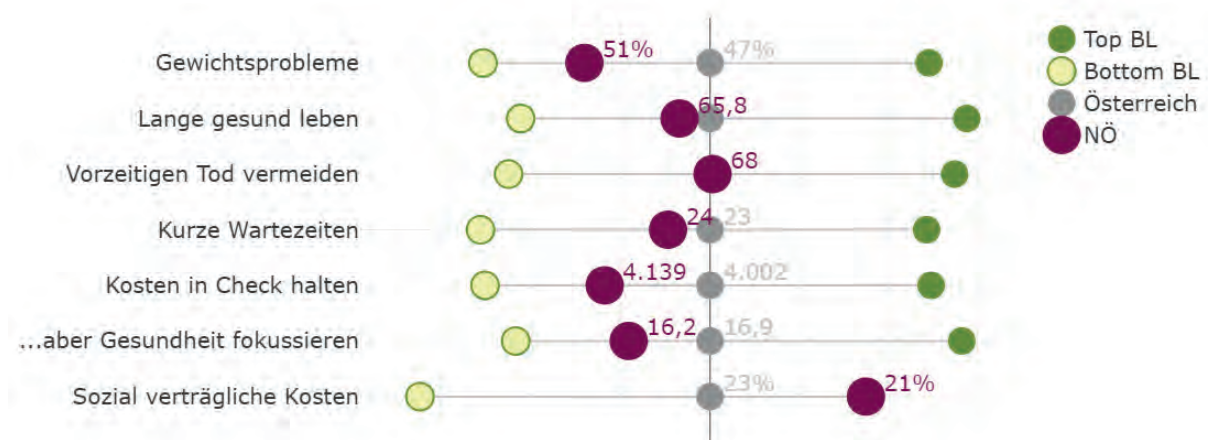
Daten und Informationsquellen

Die Daten und Informationen in diesem Fact Book basieren auf verschiedenen Quellen, darunter offizielle Statistiken von der OECD, Eurostat, Statistik Austria, Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz, Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und anderen, allen gilt großer Dank für die Kooperation. Den vollständigen Projektbericht, die Definitionen aller Indikatoren, sowie die Liste der Quellen und die gesammelten Daten finden Sie unter: <http://www.HealthSystemIntelligence.eu/RegionalFactBook>

Zitiervorschlag: Hofmarcher, M. M., Z. Molnárová (2018): Leistungskraft regionaler Gesundheitssysteme, Niederösterreich. HS&I Fact Sheet. Wien, August 2018

1 Headline Indikatoren

Der Kompass für das Gesundheitssystem auf dem Weg zur gedeihlichen Gesellschaft



Der Gesundheitsstatus in Niederösterreich ist im Mittelfeld, die Effizienz sollte abheben. Die Lebenserwartung in guter Gesundheit erreicht fast 66 Jahre. Andere Indikatoren des Gesundheitsstatus wie die Lebensqualität chronisch Kranker, Krebserkrankungen und depressive Symptomatik sind ebenso im Mittelfeld. Dies entspricht den mittleren Risikofaktoren, kann aber auch mit der Leistungskraft des Gesundheitssystems in der Region verbunden sein.

Der Zugang zur Gesundheitsversorgung liegt ebenso nahe am österreichischen Durchschnitt, Wartezeiten für ambulante Untersuchungen sind leicht höher als in Österreich insgesamt. Außerdem zeigt sich die Fairness im Zugang zur Versorgung zufriedenstellend. Die vermeidbare Mortalität vor 75 ist in Niederösterreich im Mittelfeld, begleitet von anderen Indikatoren im Bereich Qualität der Versorgung.

Obwohl die Risikofaktoren im Mittelfeld liegen, sind die Gesamtausgaben des Gesundheitssystems pro Kopf etwas höher als für Österreich insgesamt, was auf öffentliche Ausgaben zurückzuführen ist. Mehrausgaben zeigen sich vor allem für ambulante Versorgung und medizinische Güter. Der Vergleich zu Ländern mit einer ähnlichen Anzahl an gesunden Lebensjahren macht sichtbar, dass es in Niederösterreich Raum für Verbesserungen gibt.

Was wird mit Headline Indikatoren gemessen?

Armaturenbrett gibt Headline Indikatoren an und zeigt die Werte für alle Bundesländer.

Headline Indikatoren	Ö	B	K	NÖ	OÖ	S	ST	T	V	W
Übergewicht und Adipositas, % der Bevölkerung	47%	54%	47%	51%	48%	42%	46%	39%	44%	45%
Lebenserwartung in guter Gesundheit, Jahre	66,3	63,2	66,5	65,8	66,3	70,2	65,1	70,5	69,5	64,8
Vermeidbare Sterblichkeit vor 75 ¹	68	71	62	68	63	64	69	51	61	82
Intramurale Wartezeiten, in Tagen ²	23	24	18	24	23	19	22	20	23	27
Gesundheitsausgaben pro Kopf ³ , in EUR	4.002	3.890	3.911	4.139	3.714	3.953	3.885	3.812	4.249	4.295
Gesunde Lebensjahre pro Gesundheitsausgaben ⁴	16,9	16,7	17,3	16,2	18,3	18,3	17,1	19,0	16,8	15,3
Private Gesundheitsausgaben als % der Gesamtausg. ⁵	23%	21%	24%	21%	22%	26%	24%	27%	25%	23%

1 Vermeidbare Mortalität vor dem 75. Geburtstag pro 100.000 Einwohner/-innen vor 75

2 Erwartungswert (Tage), Wartezeit vor einer Krankenhausaufnahme

3 Gesundheitsausgaben pro Kopf, standardisiert nach Alter und Patientenströme, eigene Schätzung

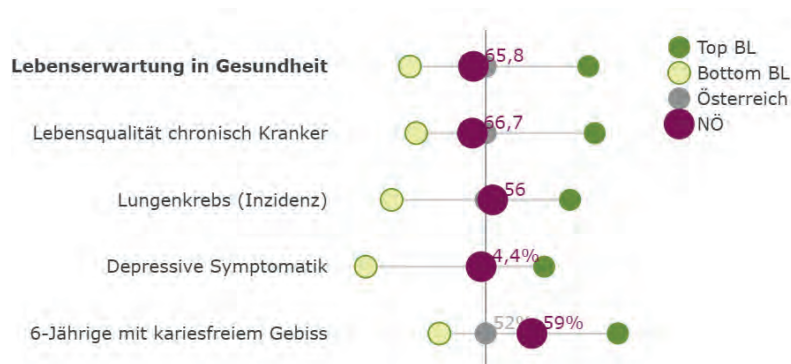
4 Lebenserwartung in Gesundheit (Jahre) pro Gesundheitsausgaben (pro Kopf, in 1000 EUR)

5 Anteil der privaten Ausgaben an den gesamten Gesundheitsausgaben, eigene Schätzung

Quellen: Fact Book: Leistungskraft regionaler Gesundheitssysteme

2 Gesundheit in Niederösterreich

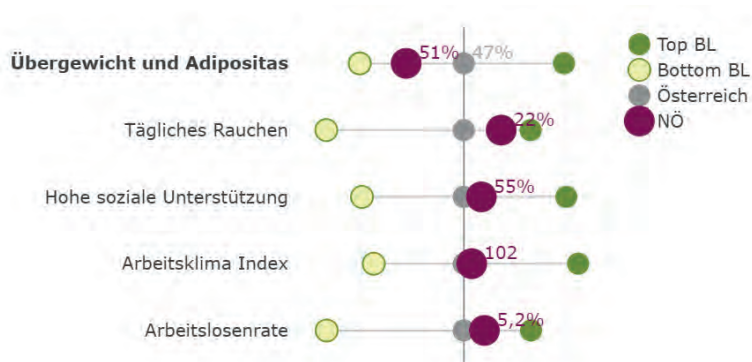
Gesundheitsstatus



Laut Schlüsselindikatoren (KPI) ist die Gesundheit von Menschen in Niederösterreich nahe am österreichischen Durchschnitt. Die Lebenserwartung in guter Gesundheit erreicht fast 66 Jahre. Die selbsteingeschätzte Lebensqualität chronisch kranker Personen, depressive

Symptome in der Bevölkerung und die Inzidenz des Lungenkrebses sind ebenso durchschnittlich, wie auch andere Krebsarten. Der Zahnstatus der Sechsjährigen ist etwas besser als im Durchschnitt, 59 % der Kinder haben ein kariesfreies Gebiss. Diese Ergebnisse spiegeln sowohl mittlere Risikofaktoren, sozial-ökonomisch und verhaltensbezogen, aber möglicherweise auch die Leistung der Gesundheitsversorgung in der Region wider.

Determinanten des Gesundheitsstatus



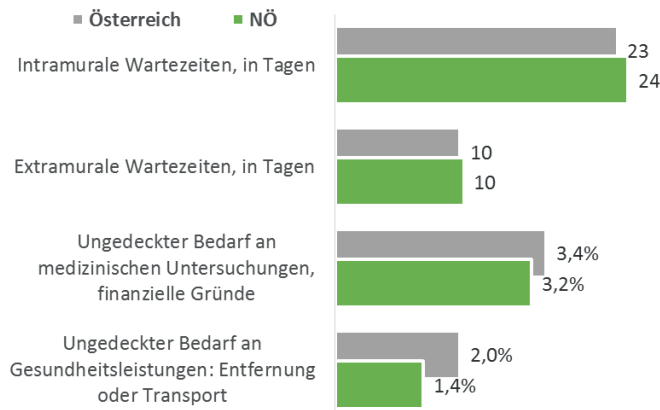
Bei durchschnittlichen Arbeitslosenquoten, ist das Einkommen, gemessen an der regionalen Wirtschaftsleistung pro Kopf (BRP) in Niederösterreich etwas geringer. Diese Kennzahl berücksichtigt jedoch nicht, dass viele Einwohner Niederösterreichs zum BRP in Wien beitragen. Gleichzeitig ist gemäß den

offiziellen Eurostat-Statistiken der Anteil der Bevölkerung, der durch Armut oder soziale Ausgrenzung gefährdet ist, in NÖ vergleichsweise geringer. Unselbständig Beschäftigte in Niederösterreich berichten von einem mittleren Arbeitsklima und 55 % der Befragten in der Gesundheitsbefragung können mit einem hohen Maß an sozialer Unterstützung rechnen, ebenso am österreichischen Durchschnitt.

Übergewicht und Adipositas, ein wichtiger Risikofaktor für eine Vielzahl von Erkrankungen, ist in Niederösterreich häufiger als im Durchschnitt. Andere Indikatoren des gesundheitsfördernden Verhaltens sind uneinheitlich. Der Tabakkonsum liegt leicht unter dem österreichischen Durchschnitt, aber relativ wenig Menschen berichten von gesunder Ernährung wie z.B. Obst- und Gemüsekonsum.

3 Leistungskraft des Gesundheitssystems

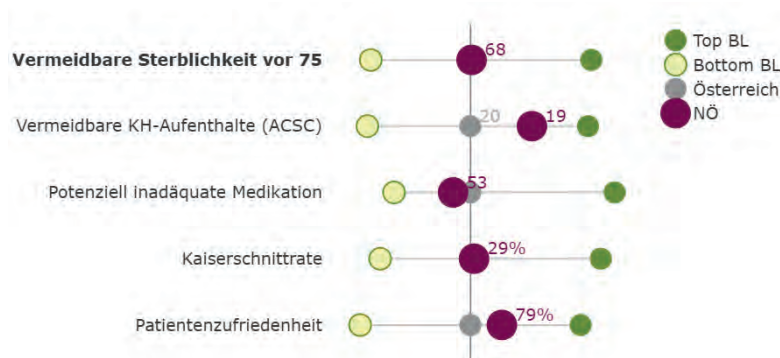
Zugang zur Versorgung



Der Zugang zur Gesundheitsversorgung in Österreich ist generell hoch. In Niederösterreich liegt der selbst-ingeschätzte ungedeckte Bedarf an medizinische Untersuchungen aus finanziellen Gründen, sowie aufgrund von Problemen mit Transport oder großer Entfernung nahe am österreichischen Durchschnitt.

Ein weiteres wichtiges Maß für Zugang sind Wartezeiten auf Versorgung. Niederösterreich zeigt durchschnittliche Wartezeiten für stationäre Behandlungen (intramural), sowie für ambulante Untersuchungen (extramural).

Qualität der Versorgung



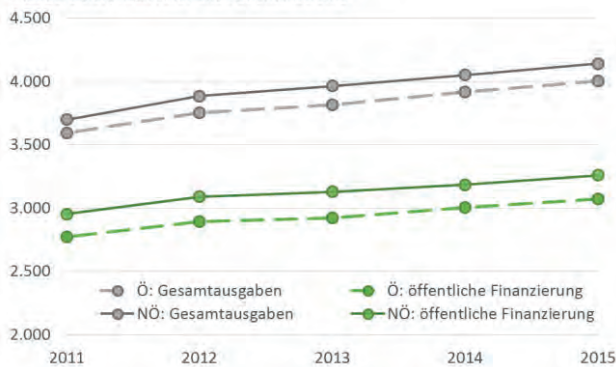
KPIs zeigen durchschnittliche Qualität der Versorgung in Niederösterreich. Die vermeidbare Sterblichkeit vor 75 Jahren liegt am österreichischen Durchschnitt, begleitet von Mittelfeldwerten im Bereich potentiell inadäquate Medikation bei Älteren und Kaiserschnitttraten. Die Anzahl vermeidbarer

Spitalsaufenthalte (ACSC) ist etwas niedriger als im Durchschnitt, was mit höheren Ausgaben für ambulante Versorgung zusammenhängen könnte. Die Patientenzufriedenheit in Niederösterreich liegt etwas über dem österreichischen Durchschnitt. Sie ist in der Regel in allen Bundesländern hoch ohne große Abweichungen und spiegelt das allgemeine Vertrauen der österreichischen Bevölkerung in das Gesundheitssystem wider.

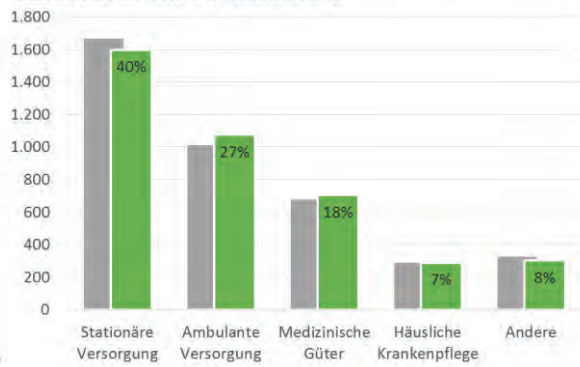
Effizienz

Niederösterreich gibt mehr für ambulante Versorgung und medizinische Güter aus. Die Gesamtkosten pro Kopf sind in Niederösterreich etwa 3 % höher als in Österreich insgesamt, vor allem für die ambulante Versorgung (6 % höher). Der Unterschied ist noch größer für die Gesamtausgaben des öffentlichen Sektors, diese sind 6 % über dem Durchschnitt. Die Schätzungen berücksichtigen die Unterschiede in der Altersstruktur der Bevölkerung und die Patientenströme

Gesundheitsausgaben pro Kopf 2011 - 2015, in EUR
standardisiert nach Alter und Patientenströme



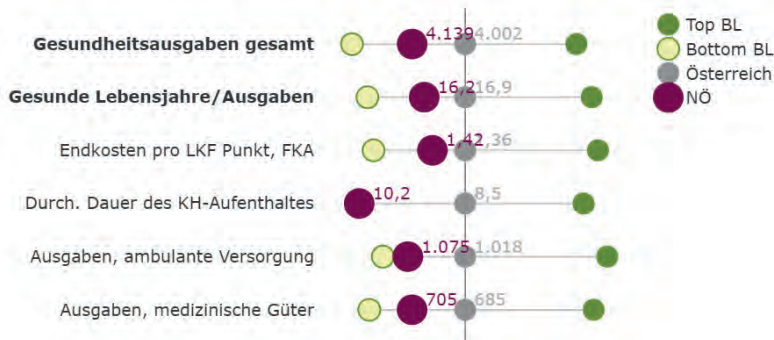
Gesamtausgaben pro Kopf nach Funktion 2015, in EUR
standardisiert nach Alter und Patientenströme



zwischen Bundesländern. Die Schätzungen ermöglichen es uns, einige innovative Indikatoren einzuführen.

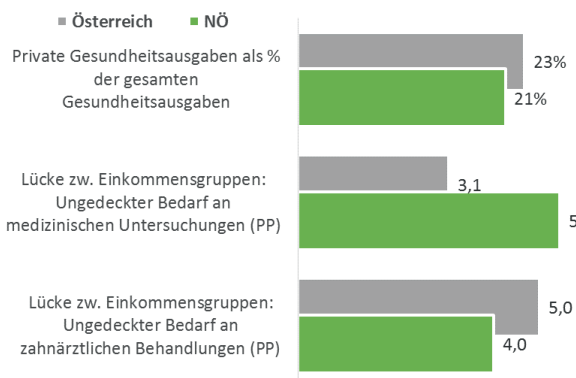
Niederösterreich hat mehr Raum als es nutzt für Verbesserung bei der Effizienz des Gesundheitssystems.

Die Gesamtausgaben pro Kopf sind höher als in Österreich insgesamt. Im Krankenhausbereich zeigen sich höhere Endkosten pro LKF-Punkt in Fondkrankenanstalten und die durchschnittliche Dauer des Krankenhausaufenthaltes in Niederösterreich ist 2,7 Tage länger als der österreichische Durchschnitt. Die Ausgaben für ambulante Versorgung pro Kopf sind deutlich höher als im Durchschnitt, für medizinische Güter wird auch mehr ausgegeben.



Das Verhältnis von gesunden Lebensjahren zu Ausgaben ist in Niederösterreich unter dem österreichischen Durchschnitt. Im Vergleich zu Ländern mit ähnlichem Gesundheitsstatus der Bevölkerung (OÖ, Steiermark, Kärnten) sind die Ausgaben höher, im Vergleich mit Wien etwas niedriger. In Wien sind jedoch die Risikofaktoren deutlich höher im Vergleich zu Niederösterreich.

Fairness / Verteilungsgerechtigkeit

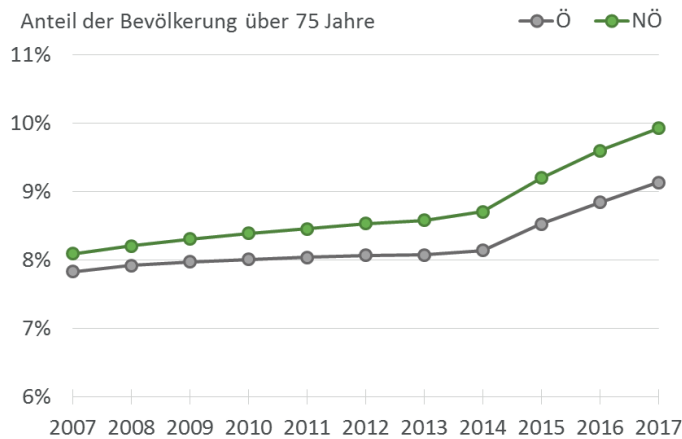


In Niederösterreich werden 21 % der Gesundheitsausgaben von privaten Haushalten bezahlt, 2 Prozentpunkte (PP) unter dem österreichischen Durchschnitt. Dies ist gleichzeitig auf höhere öffentliche Ausgaben und geringere Privatausgaben zurückzuführen. Der Unterschied bei dem selbsteingeschätzten unerfüllten Bedarf an Gesundheitsversorgung zwischen gut verdienenden und gering verdienenden Personen ist hoch für medizinische Untersuchungen, 5,6 % der Geringverdienenden gaben ungedeckten Bedarf an. Weitere

Forschung ist nötig, um die Ergebnisse zu bestätigen.

4 Herausforderungen

Die wachsende Anzahl von chronisch kranken Menschen und die Schaffung von Möglichkeiten für alle Menschen gesund und aktiv zu altern.



Die österreichische Bevölkerung wird älter und die Zahl der pflegebedürftigen Menschen wird zunehmen. In Niederösterreich wurden in 2015 4,2 % der Bevölkerung in der Altenpflege betreut, der zweitgrößter Anteil nach Wien, in ganz Österreich waren es 3,9 %. Darüber hinaus berichteten 38,8 % der Niederösterreicher/-innen von chronischen Gesundheitsproblemen, auch ein relativ hoher Anteil. Die Verbesserung der Lebensqualität chronisch Kranker unter nachhaltigen

Gesundheitsausgaben erfordert eine bessere Abstimmung der Versorgung zwischen Gesundheit und Pflege.

Der notwendige Aus- und Aufbau der ambulanten Versorgung am „best point of service“.

Österreich sollte versuchen, den Umfang seines Krankenhaussektors zu verringern (EC 2018). Die Ausgaben für die Krankenhausversorgung liegen in Niederösterreich unter dem österreichischen Durchschnitt, gleichzeitig gibt es Raum die ambulante Versorgung zu verbessern und Fehlversorgung in manchen Bereichen einzudämmen.

Die ausreichende Sicherstellung personeller Ressourcen. Wie überall ist der Bedarf an Gesundheitspersonal hoch. Niederösterreich konkurriert um Humanressourcen mit nahegelegenen Regionen, vor allem Wien, kann aber auch von Kooperation mit benachbarten Regionen in Tschechien und in der Slowakei profitieren und hat universitäre Ausbildungsstätten ausgebaut. Koordinierte Planung, überregionale Kooperation und geeignete Anreizsysteme sind notwendig, um ausreichende Kapazitäten in Zukunft zu sichern.

Leseanleitung und Abkürzungen

Um die Lesbarkeit der Graphen zu erleichtern, verwendeten wir Abkürzungen für die Lage des jeweiligen Indikators.

Top BL: Bundesland mit dem besten Ergebnis

Bottom BL: Bundesland mit dem ungünstigsten Ergebnis.

Ö	Österreich	S	Salzburg
B	Burgenland	ST	Steiermark
K	Kärnten	T	Tirol
NÖ	Niederösterreich	V	Vorarlberg
OÖ	Oberösterreich	W	Wien

Wichtige Quellen

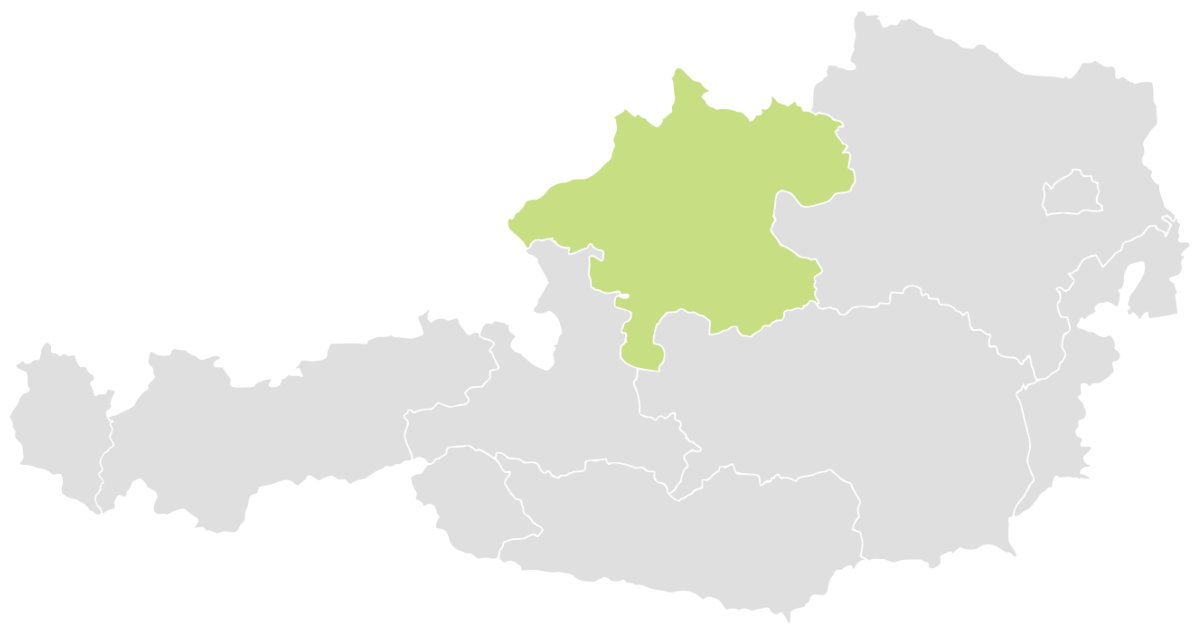
European Commission (EC 2018): Country Report Austria 2018, Commission staff working document, SWD (2018) 218 final <https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/2018-european-semester-country-report-austria-en.pdf>

Hofmarcher, M.M., Z. Molnárová (2018). Fact Book Leistungskraft regionaler Gesundheitssysteme. HS&I Projektbericht. Projekt mit Unterstützung von Philips Austria. Wien August 2018.

Leistungskraft regionaler Gesundheitssysteme

Oberösterreich

Fact Sheet



Oberösterreich

Demografischer und sozioökonomischer Kontext, 2016

	OÖ	Österreich
Bevölkerung (in 1000)	1.460	8.740
Anteil der Bevölkerung über 65 Jahre	18,0	18,5
Bruttoregionalprodukt pro Kopf ¹ (in EUR)	41.100	40.400
Arbeitslosenquote ² (%)	4,5	6,0



Ressourcen des Gesundheitssystems, 2016

	OÖ	Österreich
Gesundheitsausgaben ³ (in Mio. EUR)	5.320	34.533
davon Sozialversicherung ³	2.518	15.707
davon Staat ³	1.650	10.806
Spitalbetten ⁴	9.875	64.838
Gesundheitspersonal in Krankenanstalten	18.867	116.078
Ärzte/-innen gesamt	6.053	44.816

1 Bruttoregionalprodukt nominal (Bruttoinlandsprodukt für Österreich)

2 Arbeitslosenquote nach internationaler Definition (laut Eurostat)

3 Gesundheitsausgaben laut SHA 2015, eigene Schätzung für Oberösterreich

4 Tatsächlich aufgestellte Betten in Krankenanstalten

Quellen: Statistik Austria, eigene Schätzung

Leistungskraft regionaler Gesundheitssysteme: Fact Book

Das Fact Book *Leistungskraft regionaler Gesundheitssysteme* bietet eine prägnante und relevante Information zu Gesundheit und Gesundheitssystemen der österreichischen Bundesländer. Es besteht aus Fact Sheets, die *Schlüsselindikatoren (KPI)* und *Headline Indikatoren (HI)* pro Bundesland enthalten. Das Fact Book präsentiert neue Ausgabenschätzungen, die erstmals vollständig für Bundesländer vorliegen. Ziel des Projektes ist es, evidenzbasierte Politikgestaltung auf regionaler und föderaler Ebene zu unterstützen.

Leistungskraft regionaler Gesundheitssysteme ist ein Projekt des unabhängigen Think-Tanks HS&I HealthSystemIntelligence, das mit freundlicher Unterstützung von Philips Austria realisiert wurde. Die hier geäußerten Ansichten sind jene der Autorinnen.

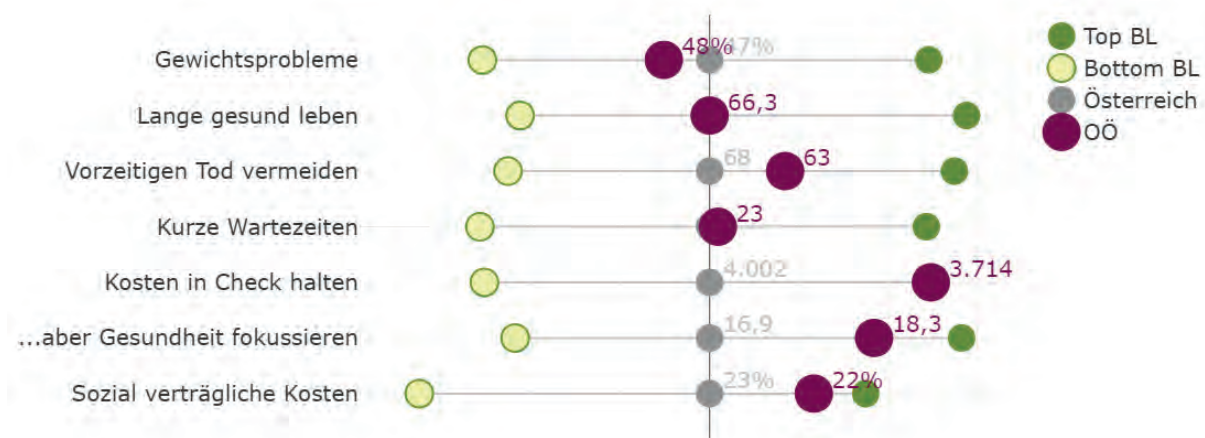
Daten und Informationsquellen

Die Daten und Informationen in diesem Fact Book basieren auf verschiedenen Quellen, darunter offizielle Statistiken von der OECD, Eurostat, Statistik Austria, Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz, Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und anderen, allen gilt großer Dank für die Kooperation. Den vollständigen Projektbericht, die Definitionen aller Indikatoren, sowie die Liste der Quellen und die gesammelten Daten finden Sie unter: <http://www.HealthSystemIntelligence.eu/RegionalFactBook>

Zitiervorschlag: Hofmarcher, M. M., Z. Molnárová (2018): Leistungskraft regionaler Gesundheitssysteme, Oberösterreich. HS&I Fact Sheet. Wien, August 2018

1 Headline Indikatoren

Der Kompass für das Gesundheitssystem auf dem Weg zur gedeihlichen Gesellschaft



Gesundheitlich ist Oberösterreich im Mittelfeld, technische Effizienz ist hoch bei Unausgewogenheit zwischen den Versorgungsbereichen. Die Lebenserwartung in guter Gesundheit erreicht in Oberösterreich mittlere 66,3 Jahre. Andere Indikatoren des Gesundheitsstatus wie die Lebensqualität chronisch Kranker, depressive Symptomatik oder der Zahnstatus der Sechsjährigen sind ebenso im Mittelfeld. Dies entspricht durchschnittlichen Risikofaktoren, kann aber auch mit der Leistungskraft des Gesundheitssystems in der Region verbunden sein. Die Inzidenz von Lungenkrebs ist niedrig, ebenso gering ist sie bei anderen Krebserkrankungen in Oberösterreich.

Der Zugang zur Gesundheitsversorgung liegt nahe am österreichischen Durchschnitt und Fairness im Zugang zur Versorgung zeigt sich befriedigend. Die Indikatoren der Versorgungsqualität vermitteln je nach Bereich eine gemischte Botschaft. Verbesserungen sind vor allem bei vermeidbaren Spitalsaufenthalten notwendig.

Die Gesamtausgaben des Gesundheitssystems pro Kopf sind die niedrigsten von allen Bundesländern, was sowohl auf niedrige öffentliche als auch auf geringe private Ausgaben zurückzuführen ist. Relativ weniger wird vor allem im ambulanten Bereich ausgegeben. Andere Effizienzindikatoren zeigen gute Werte.

Was wird mit Headline Indikatoren gemessen?

Armaturenbrett gibt Headline Indikatoren an und zeigt die Werte für alle Bundesländer.

Headline Indikatoren	Ö	B	K	NÖ	OÖ	S	ST	T	V	W
Übergewicht und Adipositas, % der Bevölkerung	47%	54%	47%	51%	48%	42%	46%	39%	44%	45%
Lebenserwartung in guter Gesundheit, Jahre	66,3	63,2	66,5	65,8	66,3	70,2	65,1	70,5	69,5	64,8
Vermeidbare Sterblichkeit vor 75 ¹	68	71	62	68	63	64	69	51	61	82
Intramurale Wartezeiten, in Tagen ²	23	24	18	24	23	19	22	20	23	27
Gesundheitsausgaben pro Kopf ³ , in EUR	4.002	3.890	3.911	4.139	3.714	3.953	3.885	3.812	4.249	4.295
Gesunde Lebensjahre pro Gesundheitsausgaben ⁴	16,9	16,7	17,3	16,2	18,3	18,3	17,1	19,0	16,8	15,3
Private Gesundheitsausgaben als % der Gesamtausg. ⁵	23%	21%	24%	21%	22%	26%	24%	27%	25%	23%

1 Vermeidbare Mortalität vor dem 75. Geburtstag pro 100.000 Einwohner/-innen vor 75

2 Erwartungswert (Tage), Wartezeit vor einer Krankenhausaufnahme

3 Gesundheitsausgaben pro Kopf, standardisiert nach Alter und Patientenströme, eigene Schätzung

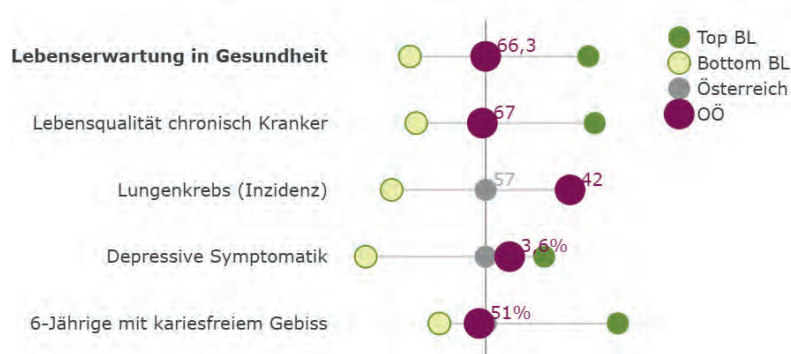
4 Lebenserwartung in Gesundheit (Jahre) pro Gesundheitsausgaben (pro Kopf, in 1000 EUR)

5 Anteil der privaten Ausgaben an den gesamten Gesundheitsausgaben, eigene Schätzung

Quellen: Fact Book Leistungskraft regionaler Gesundheitssysteme

2 Gesundheit in Oberösterreich

Gesundheitsstatus

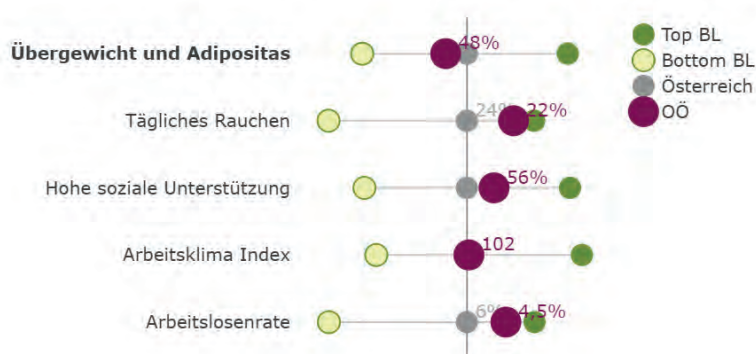


Laut Schlüsselindikatoren (KPI) liegt der Gesundheitsstatus der Oberösterreicher/-innen im österreichischen Mittelfeld. Die Lebenserwartung in guter Gesundheit erreicht 66,3 Jahre. Die selbsteingeschätzte Lebensqualität chronisch kranker Personen, depressive Symptome in der Bevölkerung und der Zahnstatus der

Sechsjährigen ist ebenso nahe am österreichischen Durchschnitt. Diese Ergebnisse könnten sowohl moderate Risikofaktoren, sozial-ökonomische und verhaltensbezogene, als auch die Leistung der Gesundheitsversorgung in der Region widerspiegeln.

Sehr gut ist das Ergebnis bei der Inzidenz von Lungenkrebs, die am niedrigsten von allen Ländern ist. Auch bei anderen Krebserkrankungen ist die Inzidenz in Oberösterreich niedriger. Zwischen 2010 und 2014 wurden in Oberösterreich rund 450 Krebs Neuerkrankungen pro 100.000 Einwohner/-innen pro Jahr registriert, im Österreichdurchschnitt waren es 480.

Determinanten des Gesundheitsstatus

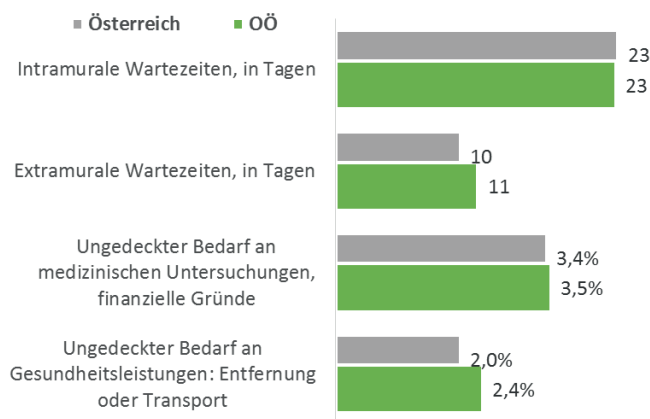


Das Einkommen in Oberösterreich ist etwas höher als der Bundesdurchschnitt, während die Arbeitslosenquoten geringer sind. Unselbständig beschäftigte in Oberösterreich berichten von einem mittleren Arbeitsklima und 56 % der Bevölkerung können mit einem hohen Maß an sozialer Unterstützung rechnen.

Während Übergewicht und Adipositas in Oberösterreich vergleichbar mit den Werten im Bundesdurchschnitt sind, geben andere Indikatoren des gesundheitsfördernden Verhaltens ein uneinheitliches Bild. Der Tabakkonsum liegt leicht unter österreichischen Durchschnitt, Alkoholkonsum etwas höher, gesundheitsfördernde Körperaktivität ist leicht unterdurchschnittlich.

3 Leistungskraft des Gesundheitssystems

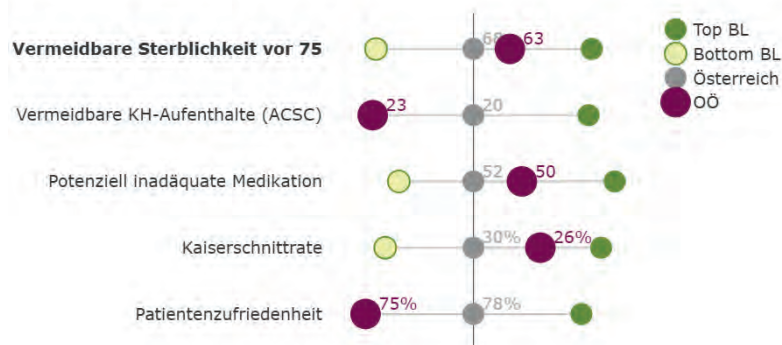
Zugang zur Versorgung



Der Zugang zur Gesundheitsversorgung in Österreich ist generell hoch. In Oberösterreich liegt der selbst eingeschätzte ungedeckte Bedarf an medizinische Untersuchungen aus finanziellen Gründen, sowie aufgrund von Problemen mit Transport oder großer Entfernung nahe am österreichischen Durchschnitt. Ein weiteres wichtiges Maß für Zugang sind Wartezeiten auf Versorgung. Hier zeigt Oberösterreich mittlere Werte für stationäre

Behandlungen (intramural), während die Wartezeiten für ambulante Untersuchungen (extramural) geringfügig niedriger sind als in Österreich insgesamt.

Qualität der Versorgung

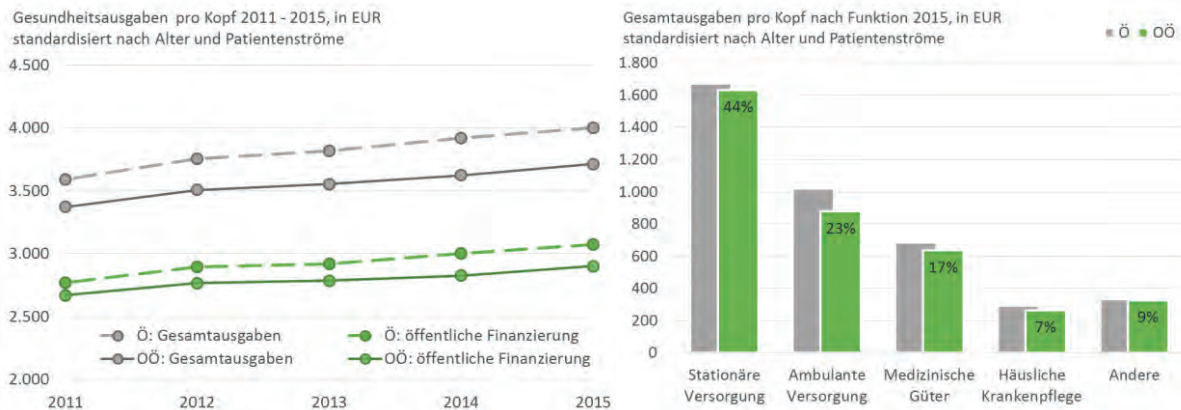


KPIs zeigen gemischte Qualität der Gesundheitsversorgung in Oberösterreich. Die vermeidbare Sterblichkeit vor 75 Jahren liegt leicht unter dem Durchschnitt, ergänzt durch weniger Fehlversorgung in Bezug auf eine potentiell inadäquate Medikation bei Älteren und Kaiserschnitttraten.

Verbesserungsbedarf wird bei vermeidbaren Spitalsaufenthalten (ACSC) sichtbar, die in Oberösterreich am höchsten von allen Ländern sind. Die Patientenzufriedenheit in Oberösterreich ist vergleichsweise niedriger, obwohl sie in der Regel in allen Bundesländern ohne große Abweichungen hoch ist, was das allgemeine Vertrauen der österreichischen Bevölkerung in das Gesundheitssystem widerspiegelt.

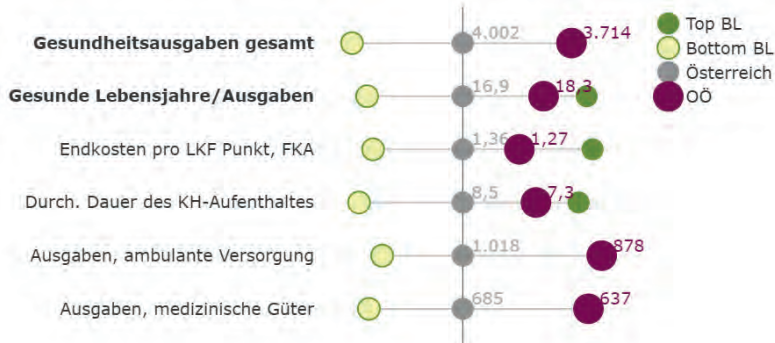
Effizienz

Oberösterreich gibt wenig für Versorgung aus, sowohl im privaten als auch im öffentlichen Bereich. Die Gesamtkosten pro Kopf sind in OÖ etwa 7 % geringer als in Österreich insgesamt, vor allem in der ambulanten Versorgung. Die Gesamtausgaben pro Kopf sind am niedrigsten von allen Bundesländern, was sowohl auf niedrige öffentliche als auch auf geringe private Ausgaben zurückzuführen ist. Der Unterschied hat zwischen 2011 und 2015 zugenommen, da die Kosten in OÖ langsamer stiegen (2,4 % pro Jahr) als in Österreich (2,7 %). Die öffentlichen Ausgaben pro Kopf sind ebenso niedriger als im Durchschnitt, um etwa 6 %. Die öffentlichen Ausgaben stiegen in Oberösterreich zwischen 2011 und 2015 um 2,1 % pro Jahr, gegenüber 2,6 % in Österreich.



Die Schätzungen berücksichtigen die Unterschiede in der Altersstruktur der Bevölkerung und die Patientenströme zwischen Bundesländern.

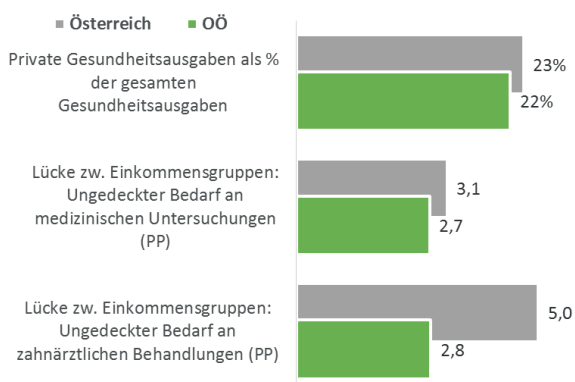
Oberösterreich zeigt gute Ergebnisse in Bezug auf die Effizienz des Gesundheitssystems, bessere Ausgewogenheit der Leistungsebenen ist gefragt. Deutlich weniger wird vor allem im ambulanten Bereich gegeben, die Ausgaben für medizinischer Güter pro Kopf sind ebenso niedrig, was in Verbindung mit wenig Fehlversorgung im Medikamentenbereich positiv ist. Niedrige Kosten der ambulanten Versorgung sollten in Zusammenhang mit möglicher Unterversorgung betrachtet werden, was sich an der hohen Anzahl vermeidbarer Spitalsaufenthalte zeigt und vielleicht auch mit der relativ geringen Patientenzufriedenheit zusammenhängt.



Im Krankenhausbereich zeigen sich geringe Endkosten pro LKF-Punkt in Fondkrankenanstalten, und die durchschnittliche Dauer des Krankenhausaufenthaltes ist etwas kürzer als im Durchschnitt. Das Verhältnis von gesunden Lebensjahren zu Kosten ist in OÖ hoch, bei mittlerem Gesundheitszustand und niedrigen Kosten. Im Vergleich

mit den Ländern mit ähnlichem Gesundheitszustand, (NÖ, Kärnten und Steiermark) sind die Kosten des Gesundheitssystems in OÖ deutlich niedriger.

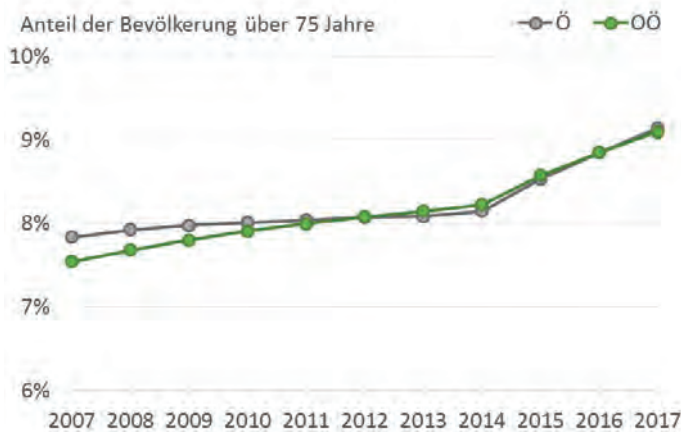
Fairness / Verteilungsgerechtigkeit



In Oberösterreich werden 22 % der Gesundheitsausgaben von privaten Haushalten bezahlt, geringfügig weniger als im Bundesdurchschnitt. Der Unterschied beim selbsteingeschätzten unerfüllten Bedarf an Gesundheitsversorgung in Prozentpunkte (PP) zwischen gut verdienenden und gering verdienenden Personen liegt für medizinische Untersuchungen, aber auch zahnärztliche Behandlungen unter dem österreichischen Durchschnitt, was auf eine gute (finanzielle) Verteilungsgerechtigkeit hinweist.

4 Herausforderungen

Die wachsende Anzahl von chronisch kranken Menschen und die Schaffung von Möglichkeiten für alle Menschen gesund und aktiv zu altern.



Die österreichische Bevölkerung wird älter und die Zahl der pflegebedürftigen Menschen wird zunehmen. In Oberösterreich wurden in 2015 3,3 % der Bevölkerung in der Altenpflege betreut, in ganz Österreich waren es 3,9 %. Darüber hinaus berichteten 33,9 % der Oberösterreicher/-innen von chronischen Gesundheitsproblemen. Die Verbesserung der Lebensqualität chronisch Kranker unter nachhaltigen Gesundheitsausgaben erfordert eine

bessere Abstimmung der Versorgung zwischen Gesundheit und Pflege.

Der notwendige Aus- und Aufbau der ambulanten Versorgung am „best point of service“.

Österreich sollte versuchen, den Umfang seines Krankenhaussektors zu verringern (EC 2018). Während die stationären Ausgaben knapp am Durchschnitt liegen, sind jene für die ambulante Versorgung in Oberösterreich unterdurchschnittlich, sowohl in absoluter Hinsicht als auch relativ zu anderen Bereichen. Dies könnte ein Hinweis für Ungleichgewichte in der Versorgung sein und damit Auswirkungen auf die Allokationseffizienz haben.

Die ausreichende Sicherstellung personeller Ressourcen. Auch wenn Oberösterreich mit Deutschland um Humanressourcen konkurriert, gibt es Potenzial mit benachbarten Regionen in Bayern zu kooperieren, um Engpässe abzufedern. Dazu können auch eine Reihe universitärer Ausbildungsstätten in Oberösterreich beitragen. Koordinierte Planung, überregionale Kooperation und geeignete Anreizsysteme sind notwendig, um ausreichende Kapazitäten in Zukunft zu sichern.

Leseanleitung und Abkürzungen

Um die Lesbarkeit der Graphen zu erleichtern, verwendeten wir Abkürzungen für die Lage des jeweiligen Indikators.

Top BL: Bundesland mit dem besten Ergebnis

Bottom BL: Bundesland mit dem ungünstigsten Ergebnis.

Ö	Österreich	S	Salzburg
B	Burgenland	ST	Steiermark
K	Kärnten	T	Tirol
NÖ	Niederösterreich	V	Vorarlberg
OÖ	Oberösterreich	W	Wien

Wichtige Quellen

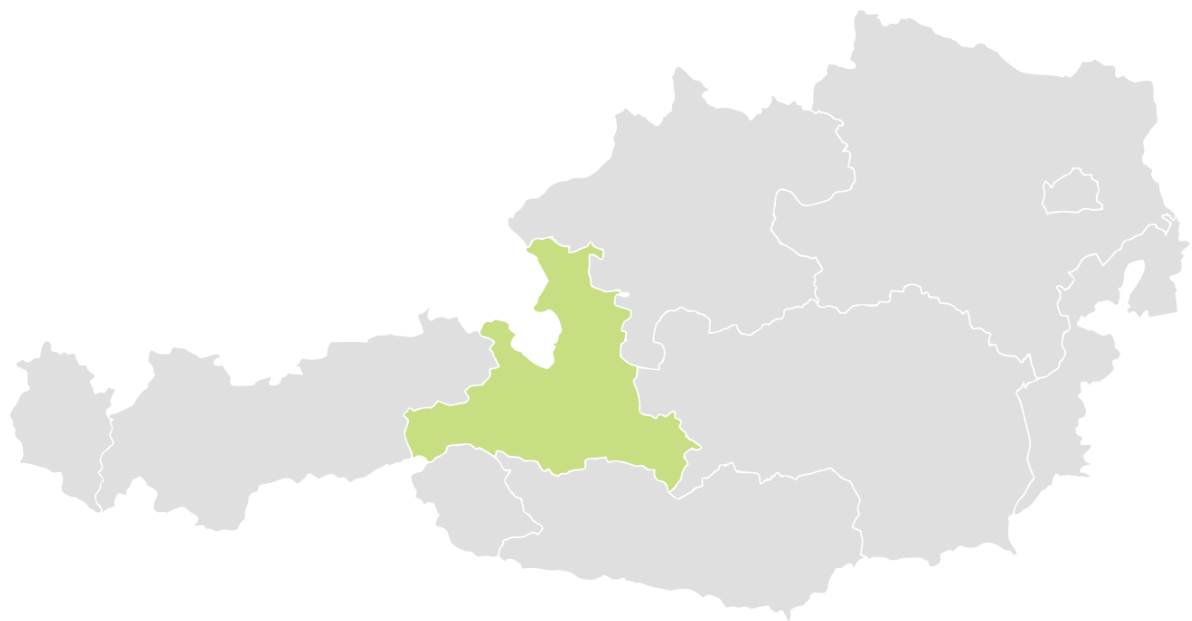
European Commission (EC 2018): Country Report Austria 2018, Commission staff working document, SWD (2018) 218 final <https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/2018-european-semester-country-report-austria-en.pdf>

Hofmarcher, M. M., Z. Molnárová (2018): Fact Book Leistungskraft regionaler Gesundheitssysteme. HS&I Projektbericht. Projekt mit Unterstützung von Philips Austria. Wien August 2018.

Leistungskraft regionaler Gesundheitssysteme

Salzburg

Fact Sheet



Salzburg

Demografischer und sozioökonomischer Kontext, 2016

	Salzburg	Österreich
Bevölkerung (in 1000)	548	8.740
Anteil der Bevölkerung über 65 Jahre	18,1	18,5
Bruttoregionalprodukt pro Kopf ¹ (in EUR)	48.700	40.400
Arbeitslosenquote ² (%)	3,4	6,0



Ressourcen des Gesundheitssystems, 2016

	Salzburg	Österreich
Gesundheitsausgaben ³ (in Mio. EUR)	2.102	34.533
davon Sozialversicherung ³	988	15.707
davon Staat ³	626	10.806
Spitalbetten ⁴	5.029	64.838
Gesundheitspersonal in Krankenanstalten	7.727	116.078
Ärzte/-innen gesamt	3.022	44.816

1 Bruttoregionalprodukt nominal (Bruttoinlandsprodukt für Österreich)

2 Arbeitslosenquote nach internationaler Definition (laut Eurostat)

3 Gesundheitsausgaben laut SHA 2015, eigene Schätzung für Salzburg

4 Tatsächlich aufgestellte Betten in Krankenanstalten

Quellen: Statistik Austria, eigene Schätzung

Leistungskraft regionaler Gesundheitssysteme: Fact Book

Das Fact Book *Leistungskraft regionaler Gesundheitssysteme* bietet eine prägnante und relevante Information zu Gesundheit und Gesundheitssystemen der österreichischen Bundesländer. Es besteht aus Fact Sheets, die *Schlüsselindikatoren (KPI)* und *Headline Indikatoren (HI)* pro Bundesland enthalten. Das Fact Book präsentiert neue Ausgabenschätzungen, die erstmals vollständig für Bundesländer vorliegen. Ziel des Projektes ist es, evidenzbasierte Politikgestaltung auf regionaler und föderaler Ebene zu unterstützen.

Leistungskraft regionaler Gesundheitssysteme ist ein Projekt des unabhängigen Think-Tanks HS&I HealthSystemIntelligence, das mit freundlicher Unterstützung von Philips Austria realisiert wurde. Die hier geäußerten Ansichten sind jene der Autorinnen.

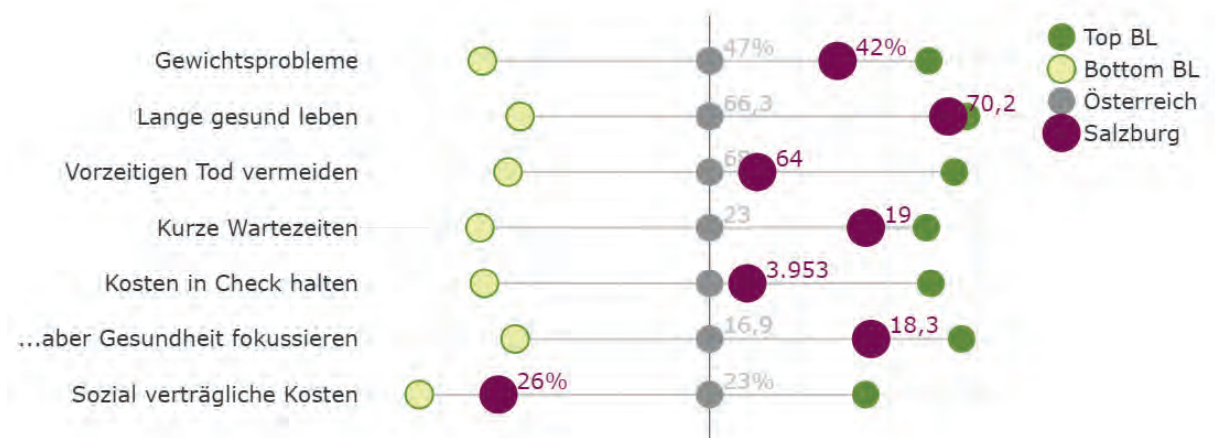
Daten und Informationsquellen

Die Daten und Informationen in diesem Fact Book basieren auf verschiedenen Quellen, darunter offizielle Statistiken von der OECD, Eurostat, Statistik Austria, Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz, Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und anderen, allen gilt großer Dank für die Kooperation. Den vollständigen Projektbericht, die Definitionen aller Indikatoren, sowie die Liste der Quellen und die gesammelten Daten finden Sie unter: <http://www.HealthSystemIntelligence.eu/RegionalFactBook>

Zitiervorschlag: Hofmarcher, M. M., Z. Molnárová (2018): Leistungskraft regionaler Gesundheitssysteme, Salzburg. HS&I Fact Sheet. Wien, August 2018

1 Headline Indikatoren

Der Kompass für das Gesundheitssystem auf dem Weg zur gedeihlichen Gesellschaft



Die Bevölkerung Salzburgs hat im österreichischen Vergleich ein gesundes Leben. Die Lebenserwartung in guter Gesundheit ist hoch und erreicht 70 Jahre, begleitet von anderen guten Ergebnissen im Bereich Gesundheitsstatus. Diese hängen mit moderaten Risikofaktoren wie niedrige Arbeitslosigkeit, hohes Einkommen und gesundheitsförderndes Verhalten in der Region zusammen. Gleichzeitig ist die Leistung des Gesundheitssystems befriedigend. Der Zugang zur Gesundheitsversorgung ist besser im Vergleich mit dem österreichischen Durchschnitt, Wartezeiten sind deutlich niedriger als in Österreich insgesamt. Die vermeidbare Mortalität vor 75 ist im Mittelfeld, begleitet von anderen guten Ergebnissen im Bereich Qualität der Versorgung. Der Anteil privat finanzierter Gesundheitsausgaben ist höher, was die Fairness des Systems negativ beeinflusst.

Das Gesundheitssystem in Salzburg zeigt gute Effizienz. Bei erfreulichem Gesundheitsstatus sind die Gesamtausgaben pro Kopf nahe am Durchschnitt. Im Vergleich zu Bundesländern mit ähnlicher Risikostruktur zeigt sich gute Effizienz. In Tirol sind die Ausgaben etwas niedriger, in Vorarlberg deutlich höher. Im Vergleich zu anderen Bereichen wird in Salzburg relativ mehr für den ambulanten Sektor ausgegeben, was auf eine stärker entwickelte Versorgung außerhalb von Krankenhäusern zurückzuführen sein könnte.

Was wird mit Headline Indikatoren gemessen?

Armaturenbrett gibt Headline Indikatoren an und zeigt die Werte für alle Bundesländer.

Headline Indikatoren	Ö	B	K	NÖ	OÖ	S	ST	T	V	W
Übergewicht und Adipositas, % der Bevölkerung	47%	54%	47%	51%	48%	42%	46%	39%	44%	45%
Lebenserwartung in guter Gesundheit, Jahre	66,3	63,2	66,5	65,8	66,3	70,2	65,1	70,5	69,5	64,8
Vermeidbare Sterblichkeit vor 75 ¹	68	71	62	68	63	64	69	51	61	82
Intramurale Wartezeiten, in Tagen ²	23	24	18	24	23	19	22	20	23	27
Gesundheitsausgaben pro Kopf ³ , in EUR	4.002	3.890	3.911	4.139	3.714	3.953	3.885	3.812	4.249	4.295
Gesunde Lebensjahre pro Gesundheitsausgaben ⁴	16,9	16,7	17,3	16,2	18,3	18,3	17,1	19,0	16,8	15,3
Private Gesundheitsausgaben als % der Gesamtausg. ⁵	23%	21%	24%	21%	22%	26%	24%	27%	25%	23%

1 Vermeidbare Mortalität vor dem 75. Geburtstag pro 100.000 Einwohner/-innen vor 75

2 Erwartungswert (Tage), Wartezeit vor einer Krankenhausaufnahme

3 Gesundheitsausgaben pro Kopf, standardisiert nach Alter und Patientenströme, eigene Schätzung

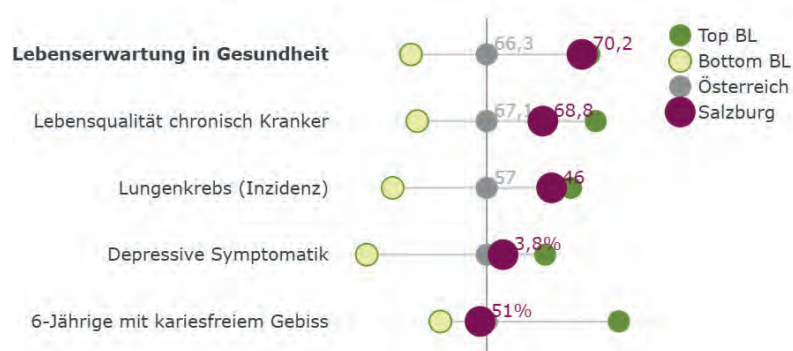
4 Lebenserwartung in Gesundheit (Jahre) pro Gesundheitsausgaben (pro Kopf, in 1000 EUR)

5 Anteil der privaten Ausgaben an den gesamten Gesundheitsausgaben, eigene Schätzung

Quellen: Fact Book Leistungskraft regionaler Gesundheitssysteme

2 Gesundheit in Salzburg

Gesundheitsstatus

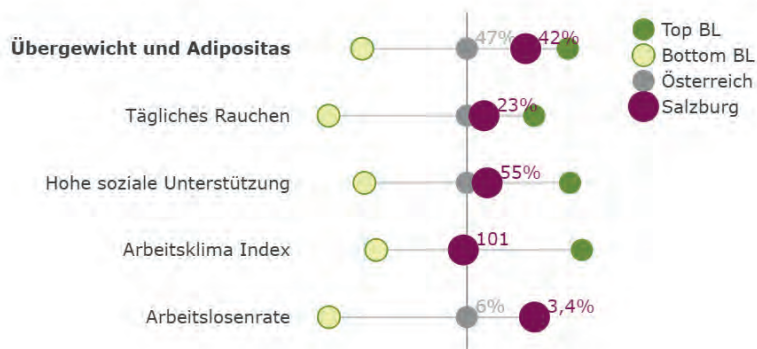


Laut Schlüsselindikatoren (KPI) ist die Bevölkerung Salzburgs gesünder als die durchschnittliche österreichische Bevölkerung. Die Lebenserwartung in guter Gesundheit ist hoch für beide Geschlechter und erreicht 70,2 Jahre. Die selbsteingeschätzte Lebensqualität chronisch kranker Personen ist hoch, und

die Inzidenz des Lungenkrebses niedrig, was auch über längere Zeitperiode erkennbar ist. Andere Krebsarten sind in Salzburg ebenfalls etwas weniger häufig anzutreffen. Zwischen 2010 und 2014 wurden in Salzburg rund 450 Neuerkrankungen pro 100.000 Einwohner pro Jahr registriert, im Österreichdurchschnitt waren es 480.

Depressive Symptome in der Bevölkerung und der Zahnstatus der Sechsjährigen sind nahe am österreichischen Durchschnitt. Diese Ergebnisse könnten sowohl niedrige Risikofaktoren wie niedrige Arbeitslosigkeit, hohes Einkommen und gesundheitsförderndes Verhalten als auch eine gute Leistung der Gesundheitsversorgung in der Region widerspiegeln.

Determinanten des Gesundheitsstatus

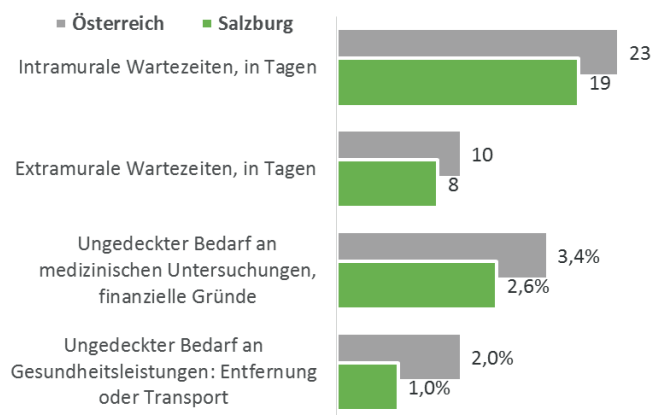


Die Bevölkerung Salzburgs ist im Durchschnitt reicher und die Arbeitslosenquoten sind gering, verbunden mit geringeren Gesundheitsrisiken. Die soziale Unterstützung ist hoch bei etwa 55 % der Bevölkerung. Die unselbständig Beschäftigten in Salzburg berichteten von einem durchschnittlichen Arbeitsklima.

Gewichtsprobleme, eine wichtige Determinante der Gesundheit, sind in Salzburg weniger häufig, verbunden mit einem hohen Anteil der Bevölkerung, der von gesundheitswirksamer Bewegung und gesunder Ernährung berichtet. Während Tabakkonsum nahe am Durchschnitt liegt, ist der Alkoholkonsum in Salzburg etwas höher.

3 Leistungskraft des Gesundheitssystems

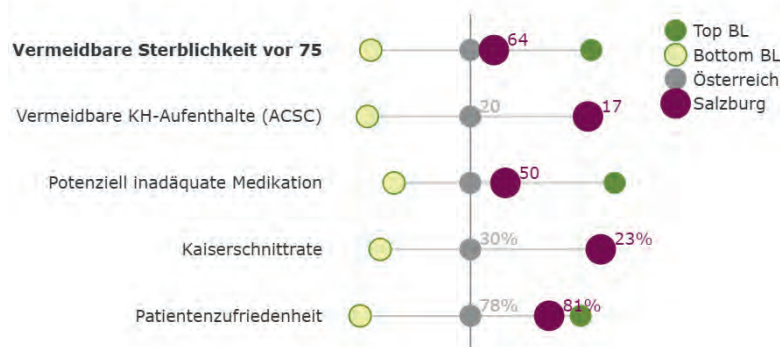
Zugang zur Versorgung



Der Zugang zur Gesundheitsversorgung in Österreich ist generell hoch. In Salzburg liegt der selbsteingeschätzte ungedeckte Bedarf an medizinische Untersuchungen aus finanziellen Gründen bei 2,6 %. Etwa 1 % der Menschen, die eine medizinische Untersuchung benötigten, berichteten von Verzögerungen aufgrund von Problemen mit Transport oder großer Entfernung. Ein weiteres wichtiges Maß für Zugang sind Wartezeiten auf Versorgung. Sie sind sowohl für stationäre Behandlungen

(intramural) als auch für ambulante Untersuchungen (extramural) gering. In beiden Kategorien gehört Salzburg zu den drei Bundesländern mit den niedrigsten Wartezeiten.

Qualität der Versorgung

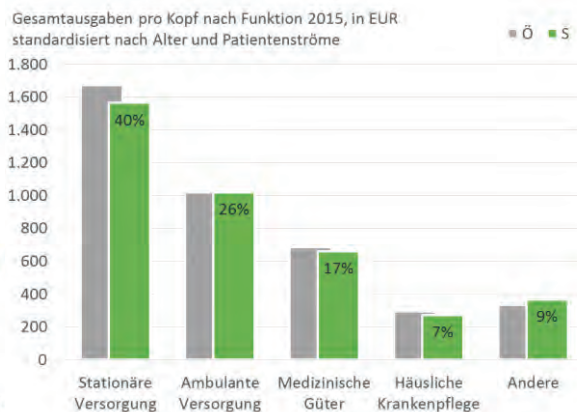
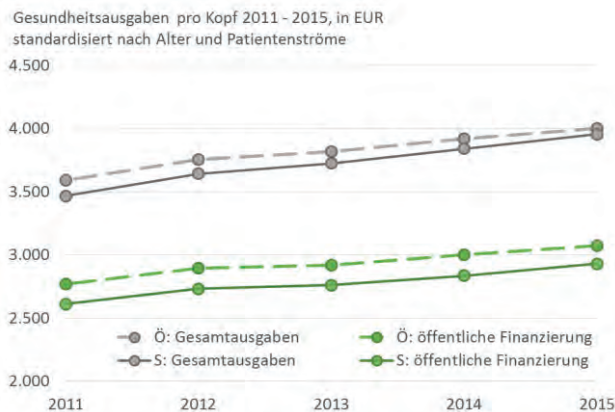


KPIs zeigen gute Qualität der Gesundheitsversorgung in Salzburg. Die vermeidbare Sterblichkeit vor 75 Jahren liegt leicht unter dem österreichischen Durchschnitt, ergänzt durch wenig Fehlversorgung, gemessen an der geringsten Anzahl vermeidbarer Spitalsaufenthalte (ACSC) und niedrigen

Kaiserschnitttraten. Potenziell inadäquate Medikation bei Älteren ist ebenso unterdurchschnittlich. Die Patientenzufriedenheit in Salzburg liegt über dem österreichischen Durchschnitt, obwohl sie in der Regel in allen Bundesländern ohne große Abweichungen hoch ist, das allgemeine Vertrauen der österreichischen Bevölkerung in das Gesundheitssystem widerspiegelt.

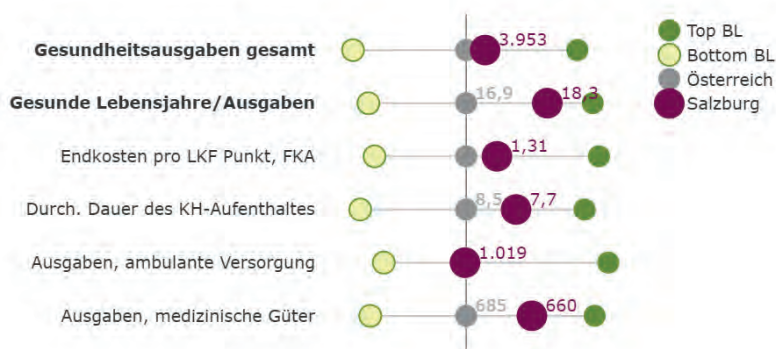
Effizienz

Salzburg gibt nicht viel aus, und hat einen gut dotierten ambulanten Bereich. Die Gesamtkosten pro Kopf sind in Salzburg nahe an Österreich insgesamt. In der stationären Versorgung und in der häuslichen Krankenpflege sind die Ausgaben fast 6 % niedriger, in der ambulanten Versorgung sind sie am österreichischen Durchschnitt. In Salzburg stiegen die Gesamtkosten pro Kopf zwischen 2011 und 2015 im Durchschnitt um 3,3 % pro Jahr, gegenüber 2,7 % in Österreich, was auf das Wachstum der privaten Ausgaben zurückzuführen ist. Die öffentlichen Ausgaben des Gesundheitssystems blieben 5 % unter dem österreichischen Durchschnitt. Die Schätzungen berücksichtigen die



Unterschiede in der Altersstruktur der Bevölkerung und die Patientenströme zwischen Bundesländern. Die Schätzungen ermöglichen es uns, einige innovative Indikatoren einzuführen.

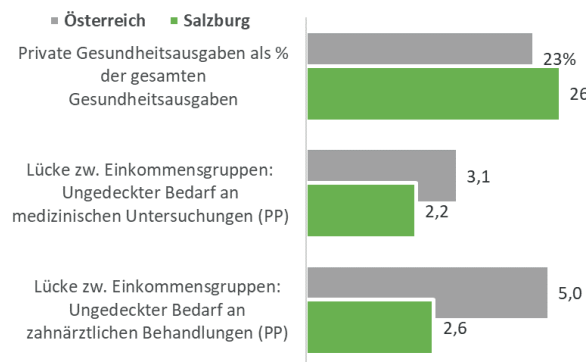
Salzburg zeigt durchwegs positive Effizienz des Gesundheitssystems. Die Gesamtausgaben pro Kopf sind etwas niedriger als in Österreich insgesamt. Im Krankenhausbereich zeigen sich niedrigere Endkosten pro LKF-Punkt in Fondkrankenanstalten, die durchschnittliche Dauer des Krankenhausaufenthaltes ist kürzer als im österreichischen Durchschnitt. Die Ausgaben für ambulante Versorgung pro Kopf sind im Mittelfeld, während für medizinische Güter vergleichsweise weniger ausgegeben wird. Die Ausgaben in der Kategorie „Andere“, wie Verwaltung, Vorsorge und Nebenleistungen sind vergleichsweise hoch.



Das Verhältnis von gesunden Lebensjahren zu Kosten ist in Salzburg sehr hoch, was auf hohe Effizienz des Systems hindeutet. Um die Effekte der geringeren Gesundheitsrisiken in Salzburg teilweise zu berücksichtigen, vergleichen wir Salzburg mit Tirol und Vorarlberg, Ländern mit ähnlichem Gesundheitszustand.

Die Kosten des Gesundheitssystems in Tirol sind im Vergleich niedriger, in Vorarlberg deutlich höher.

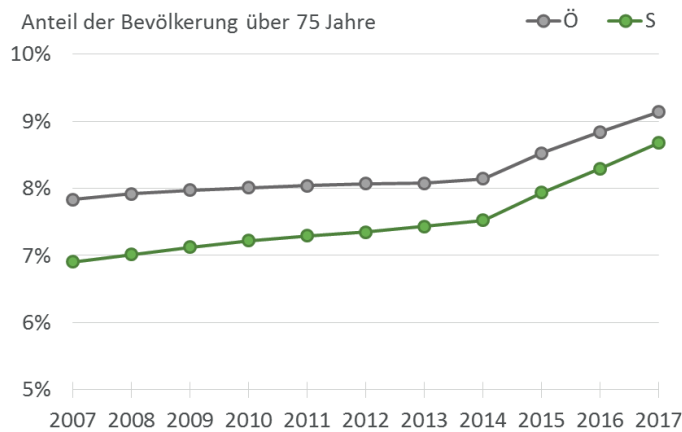
Fairness / Verteilungsgerechtigkeit



In Salzburg werden 26 % der Gesundheitsausgaben von privaten Haushalten bezahlt, deutlich mehr als im Bundesdurchschnitt. Dies ist auf höhere private Ausgaben zurückzuführen. Der Unterschied beim selbsteingeschätzten unerfüllten Bedarf an Versorgung in Prozentpunkten (PP) zwischen gut verdienenden und gering verdienenden Personen für zahnärztliche Behandlungen und medizinische Untersuchungen ist unter dem österreichischen Durchschnitt.

4 Herausforderungen

Die wachsende Anzahl von chronisch kranken Menschen und die Schaffung von Möglichkeiten für alle Menschen gesund und aktiv zu altern.



Die österreichische Bevölkerung wird älter und die Zahl der pflegebedürftigen Menschen wird zunehmen. In Salzburg wurden in 2015 3,0 % der Bevölkerung in der Altenpflege betreut, in ganz Österreich waren es 3,9 %. Darüber hinaus berichteten 33,5 % der Salzburger/-innen von chronischen Gesundheitsproblemen. Die Verbesserung der Lebensqualität chronisch Kranker unter nachhaltigen Gesundheitsausgaben erfordert eine

bessere Abstimmung der Versorgung zwischen Gesundheit und Pflege.

Der notwendige Aus- und Aufbau der ambulanten Versorgung am „best point of service“.

Österreich sollte versuchen, den Umfang seines Krankenhaussektors zu verringern (EC 2018). Die Ausgaben für die Krankenhausversorgung liegen in Salzburg unter dem österreichischen Durchschnitt, sowohl in relativ als auch in absolut. Die Versorgungslandschaft ist im Vergleich zu anderen Bundesländern besser ausgewogen.

Die ausreichende Sicherstellung personeller Ressourcen. Salzburg ist geographisch exponiert und konkurriert um Humanressourcen mit nahegelegenen Regionen in Deutschland, hat aber mit einer Reihe universitärer Ausbildungsstätten entsprechendes Potential, Engpässe abzufedern. Koordinierte Planung, überregionale Kooperation und geeignete Anreizsysteme sind notwendig, um ausreichende Kapazitäten in Zukunft zu sichern.

Leseanleitung und Abkürzungen

Um die Lesbarkeit der Graphen zu erleichtern, verwendeten wir Abkürzungen für die Lage des jeweiligen Indikators.

Top BL: Bundesland mit dem besten Ergebnis

Bottom BL: Bundesland mit dem ungünstigsten Ergebnis.

Ö	Österreich	S	Salzburg
B	Burgenland	ST	Steiermark
K	Kärnten	T	Tirol
NÖ	Niederösterreich	V	Vorarlberg
OÖ	Oberösterreich	W	Wien

Wichtige Quellen

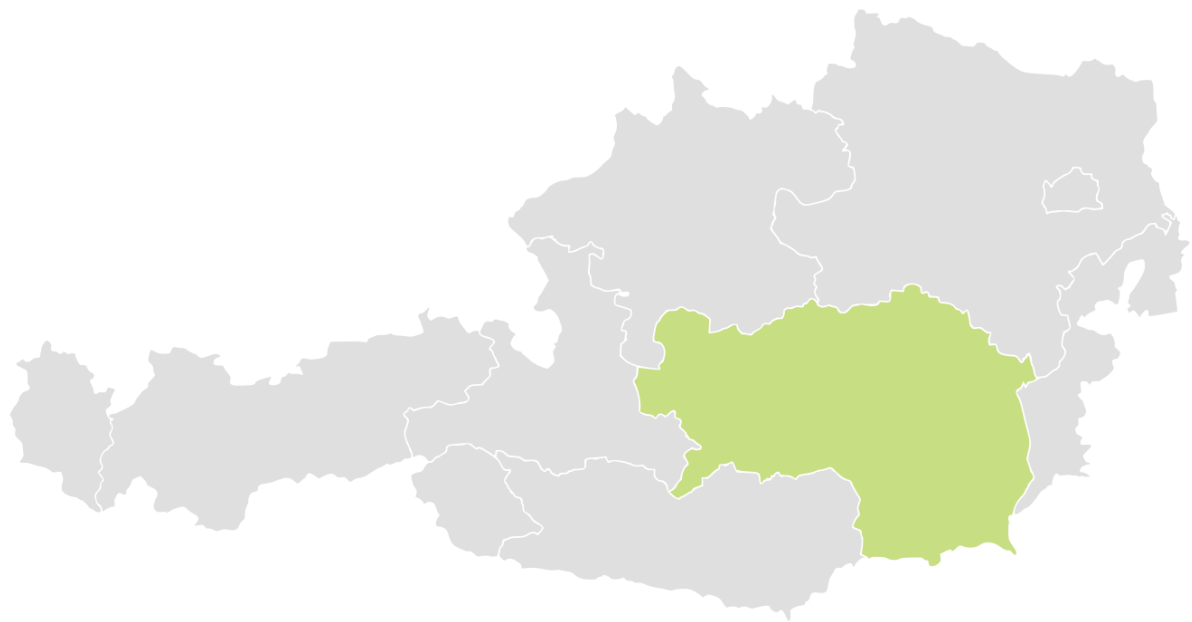
European Commission (EC 2018): Country Report Austria 2018, Commission staff working document, SWD (2018) 218 final <https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/2018-european-semester-country-report-austria-en.pdf>

Hofmarcher, M. M., Z. Molnárová (2018): Fact Book Leistungskraft regionaler Gesundheitssysteme. HS&I Projektbericht. Projekt mit Unterstützung von Philips Austria. Wien August 2018.

Leistungskraft regionaler Gesundheitssysteme

Steiermark

Fact Sheet



Steiermark

Demografischer und sozioökonomischer Kontext, 2016

	Steiermark	Österreich
Bevölkerung (in 1000)	1.236	8.740
Anteil der Bevölkerung über 65 Jahre	19,8	18,5
Bruttoregionalprodukt pro Kopf ¹ (in EUR)	35.800	40.400
Arbeitslosenquote ² (%)	5,1	6,0



Ressourcen des Gesundheitssystems, 2016

	Steiermark	Österreich
Gesundheitsausgaben ³ (in Mio. EUR)	4.930	34.533
davon Sozialversicherung ³	2.243	15.707
davon Staat ³	1.488	10.806
Spitalbetten ⁴	10.085	64.838
Gesundheitspersonal in Krankenanstalten	17.357	116.078
Ärzte/-innen gesamt	6.187	44.816

1 Bruttoregionalprodukt nominal (Bruttoinlandsprodukt für Österreich)

2 Arbeitslosenquote nach internationaler Definition (laut Eurostat)

3 Gesundheitsausgaben laut SHA 2015, eigene Schätzung für Steiermark

4 Tatsächlich aufgestellte Betten in Krankenanstalten

Quellen: Statistik Austria, eigene Schätzung

Leistungskraft regionaler Gesundheitssysteme: Fact Book

Das Fact Book *Leistungskraft regionaler Gesundheitssysteme* bietet eine prägnante und relevante Information zu Gesundheit und Gesundheitssystemen der österreichischen Bundesländer. Es besteht aus Fact Sheets, die *Schlüsselindikatoren (KPI)* und *Headline Indikatoren (HI)* pro Bundesland enthalten. Das Fact Book präsentiert neue Ausgabenschätzungen, die erstmals vollständig für Bundesländer vorliegen. Ziel des Projektes ist es, evidenzbasierte Politikgestaltung auf regionaler und föderaler Ebene zu unterstützen.

Leistungskraft regionaler Gesundheitssysteme ist ein Projekt des unabhängigen Think-Tanks HS&I HealthSystemIntelligence, das mit freundlicher Unterstützung von Philips Austria realisiert wurde. Die hier geäußerten Ansichten sind jene der Autorinnen.

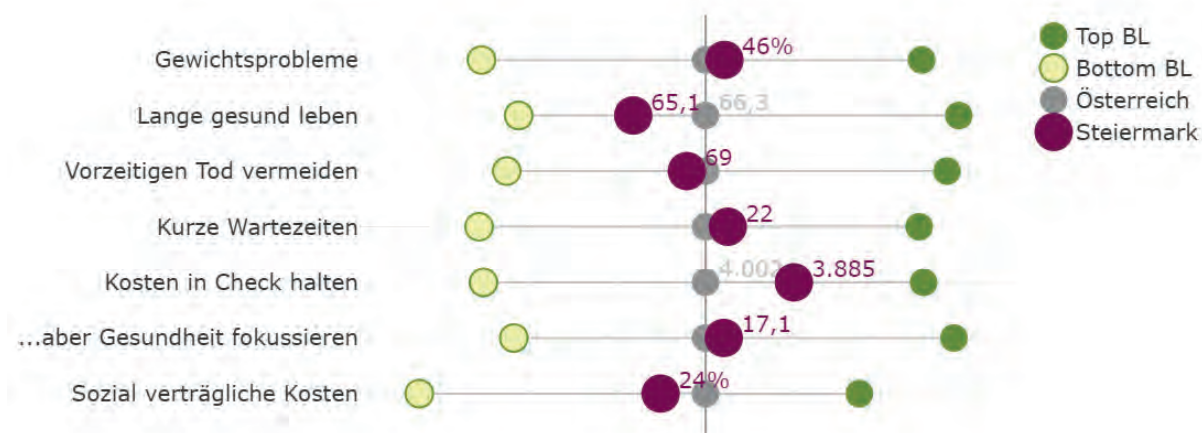
Daten und Informationsquellen

Die Daten und Informationen in diesem Fact Book basieren auf verschiedenen Quellen, darunter offizielle Statistiken von der OECD, Eurostat, Statistik Austria, Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz, Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und anderen, allen gilt großer Dank für die Kooperation. Den vollständigen Projektbericht, die Definitionen aller Indikatoren, sowie die Liste der Quellen und die gesammelten Daten finden Sie unter: <http://www.HealthSystemIntelligence.eu/RegionalFactBook>

Zitiervorschlag: Hofmarcher, M. M., Z. Molnárová (2018): Leistungskraft regionaler Gesundheitssysteme, Steiermark. HS&I Fact Sheet. Wien, August 2018

1 Headline Indikatoren

Der Kompass für das Gesundheitssystem auf dem Weg zur gedeihlichen Gesellschaft



Der Gesundheitsstatus in der Steiermark ist nahe am österreichischen Durchschnitt. Die Lebenserwartung in guter Gesundheit erreicht 65 Jahre, ca. ein Jahr weniger als Österreich insgesamt. Andere Indikatoren des Gesundheitsstatus wie die Lebensqualität chronisch Kranker, Krebserkrankungen und depressive Symptomatik in der Bevölkerung sind ebenso im Mittelfeld. Dies entspricht mittleren Risikofaktoren, kann aber auch mit der Leistungskraft des Gesundheitssystems in der Region verbunden sein.

Der Zugang zur Gesundheitsversorgung ist ebenso vergleichbar mit den Werten im österreichischen Durchschnitt, die Wartezeiten für ambulante Untersuchungen sind etwas niedriger als in Österreich insgesamt. Außerdem ist die Fairness im Zugang zur Versorgung hoch. Es gibt Hinweise auf Fehlversorgung, vor allem der hohe Anteil an Kaiserschnittraten.

Die Gesamtausgaben des Gesundheitssystems pro Kopf sind etwas niedriger als in Österreich insgesamt, weniger wird vor allem im stationären Bereich ausgegeben. Der Vergleich zu Bundesländern mit einer ähnlichen Anzahl an gesunden Lebensjahren zeigt, dass es in der Steiermark noch Raum für Verbesserungen gibt. Andere Effizienzindikatoren zeigen ebenso mittlere Werte. Mit Gesundheitsstatus und Gesundheitsausgaben nahe am österreichischen Durchschnitt ist die Steiermark ein nützlicher Benchmark im Vergleich zu anderen Regionen.

Was wird mit Headline Indikatoren gemessen?

Armaturenbrett gibt Headline Indikatoren an und zeigt die Werte für alle Bundesländer.

Headline Indikatoren	Ö	B	K	NÖ	OÖ	S	ST	T	V	W
Übergewicht und Adipositas, % der Bevölkerung	47%	54%	47%	51%	48%	42%	46%	39%	44%	45%
Lebenserwartung in guter Gesundheit, Jahre	66,3	63,2	66,5	65,8	66,3	70,2	65,1	70,5	69,5	64,8
Vermeidbare Sterblichkeit vor 75 ¹	68	71	62	68	63	64	69	51	61	82
Intramurale Wartezeiten, in Tagen ²	23	24	18	24	23	19	22	20	23	27
Gesundheitsausgaben pro Kopf ³ , in EUR	4.002	3.890	3.911	4.139	3.714	3.953	3.885	3.812	4.249	4.295
Gesunde Lebensjahre pro Gesundheitsausgaben ⁴	16,9	16,7	17,3	16,2	18,3	18,3	17,1	19,0	16,8	15,3
Private Gesundheitsausgaben als % der Gesamtausg. ⁵	23%	21%	24%	21%	22%	26%	24%	27%	25%	23%

1 Vermeidbare Mortalität vor dem 75. Geburtstag pro 100.000 Einwohner/-innen vor 75

2 Erwartungswert (Tage), Wartezeit vor einer Krankenhausaufnahme

3 Gesundheitsausgaben pro Kopf, standardisiert nach Alter und Patientenströme, eigene Schätzung

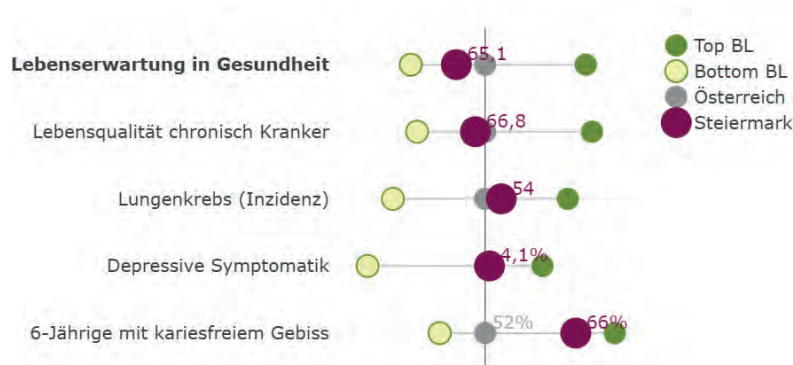
4 Lebenserwartung in Gesundheit (Jahre) pro Gesundheitsausgaben (pro Kopf, in 1000 EUR)

5 Anteil der privaten Ausgaben an den gesamten Gesundheitsausgaben, eigene Schätzung

Quellen: Fact Book Leistungskraft regionaler Gesundheitssysteme

2 Gesundheit in Steiermark

Gesundheitsstatus



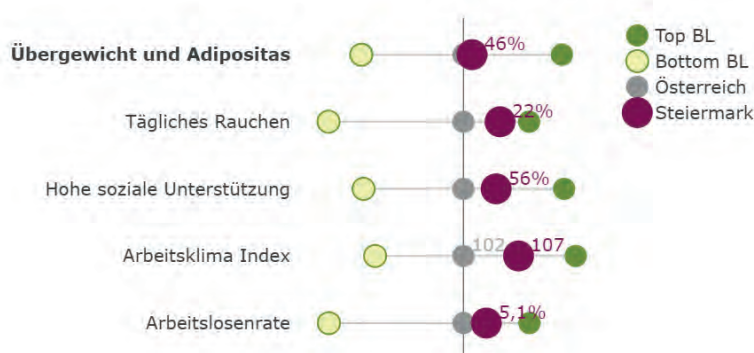
Laut Schlüsselindikatoren (KPI) ist die Gesundheit von Menschen in der Steiermark nahe am österreichischen Durchschnitt. Die Lebenserwartung in guter Gesundheit erreicht 65 Jahre, ca. ein Jahr weniger als in Österreich insgesamt. Bemerkenswert ist, dass die Lebenserwartung in Gesundheit

in der Steiermark bei Frauen niedriger ist als bei Männern, obwohl die Lebenserwartung bei Frauen generell höher ist. Das bedeutet, dass Frauen in der Steiermark mehr Jahre in suboptimaler Gesundheit verbringen, selbst im Bundesländervergleich.

Die selbsteingeschätzte Lebensqualität chronisch kranker Personen, depressive Symptome in der Bevölkerung und die Inzidenz des Lungenkrebses sind durchschnittlich. Andere Krebsarten sind in der Steiermark jedoch etwas häufiger anzutreffen. Zwischen 2010 und 2014 wurden in der Steiermark rund 515 Krebs Neuerkrankungen pro 100.000 Einwohner pro Jahr registriert, im Österreichdurchschnitt waren es 480.

Der Zahnstatus der Sechsjährigen ist deutlich besser als im Durchschnitt, 66 % der Kinder haben ein kariesfreies Gebiss.

Determinanten des Gesundheitsstatus

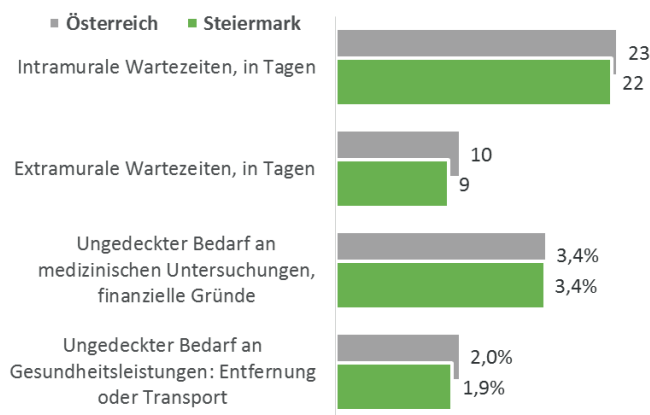


Bei durchschnittlichen Arbeitslosenquoten, ist das Einkommen in der Steiermark etwas geringer. Gleichzeitig sind mehrere Risikofaktoren vergleichsweise etwas schwächer. Unselbstständig Beschäftigte in der Steiermark berichten von einem relativ guten Arbeitsklima und 56 % der Bevölkerung können mit einem hohen Maß an sozialer Unterstützung rechnen.

Während Übergewicht und Adipositas in der Steiermark vergleichbar mit Österreich insgesamt ist, sind andere Indikatoren des gesundheitsfördernden Verhaltens etwas besser. Der Tabakkonsum liegt leicht unter dem österreichischen Durchschnitt, ebenso der Alkoholkonsum. Gesundheitsfördernde Körperaktivität und Obst- und Gemüsekonsum sind leicht überdurchschnittlich.

3 Leistungskraft des Gesundheitssystems

Zugang zur Versorgung

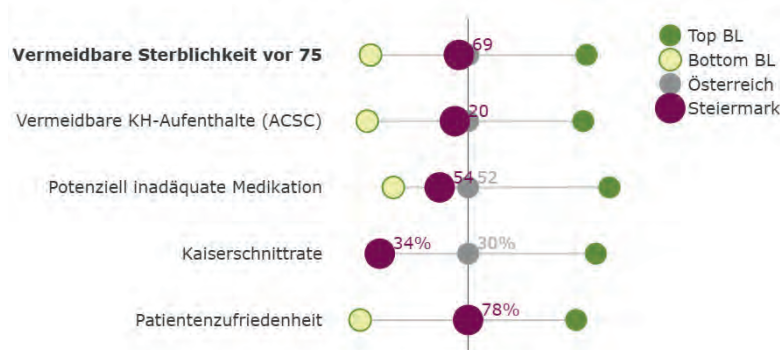


Der Zugang zur Gesundheitsversorgung in Österreich ist generell hoch. In der Steiermark liegt der selbst eingeschätzte ungedeckte Bedarf an medizinische Untersuchungen aus finanziellen Gründen, sowie aufgrund von Problemen mit Transport oder großer Entfernung am österreichischen Durchschnitt.

Ein weiteres wichtiges Maß für Zugang sind Wartezeiten auf Versorgung. Hier zeigt die Steiermark durchschnittliche Wartezeiten für stationäre Behandlungen (intramural),

während die Wartezeiten für ambulante Untersuchungen (extramural) etwas niedriger sind als in Österreich insgesamt.

Qualität der Versorgung



KPIs zeigen durchschnittliche Qualität der Versorgung mit Raum für Verbesserungen. Die vermeidbare Sterblichkeit vor 75 Jahren liegt am österreichischen Durchschnitt, sowie die Anzahl vermeidbarer Spitalsaufenthalte (ACSC). Hinweise auf Fehlversorgung gibt die potentiell inadäquate Medikation bei Älteren, die im

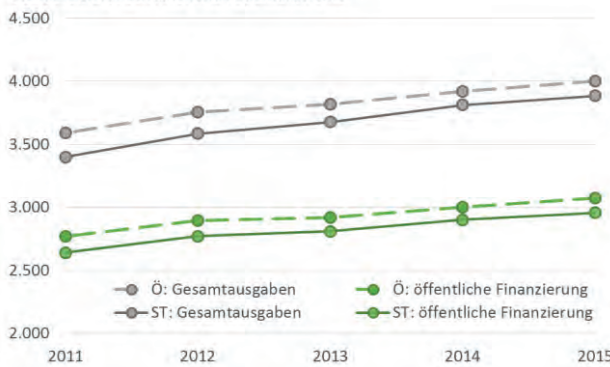
Vergleich etwas häufiger ist. Die Kaiserschnittraten sind in der Steiermark am häufigsten unter allen Bundesländern, die Quote übersteigt die von der WHO empfohlenen Werte (10 bis 15 %) um mehr als 20 Prozentpunkte. Das bedeutet, dass eine von fünf Geburten in der Steiermark wahrscheinlich ein unbegründeter Kaiserschnitt ist.

Die Patientenzufriedenheit in der Steiermark liegt nahe am österreichischen Durchschnitt. Die Patientenzufriedenheit ist in der Regel in allen Bundesländern hoch ohne große Abweichungen und spiegelt das allgemeine Vertrauen der österreichischen Bevölkerung in das Gesundheitssystem wider.

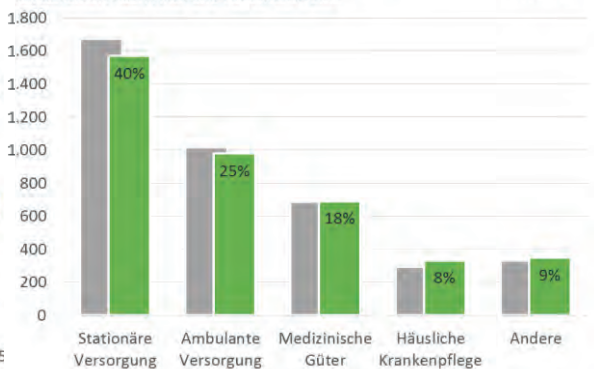
Effizienz

Steiermark gibt weniger für stationäre Versorgung, häusliche Krankenpflege ist ausgebaut. Die Gesamtkosten pro Kopf sind in der Steiermark etwa 3 % niedriger als in Österreich insgesamt, in der stationären Versorgung ist es 6 %. Die Kosten pro Kopf in der häuslichen Krankenpflege sind dagegen am höchsten, 13 % höher als im österreichischen Durchschnitt. Die Gesamtkosten stiegen zwischen 2011 und 2015 in der Steiermark schneller (durchschnittlich 3,4 % pro Jahr) als in Österreich (2,7 %).

Gesundheitsausgaben pro Kopf 2011 - 2015, in EUR standardisiert nach Alter und Patientenströme

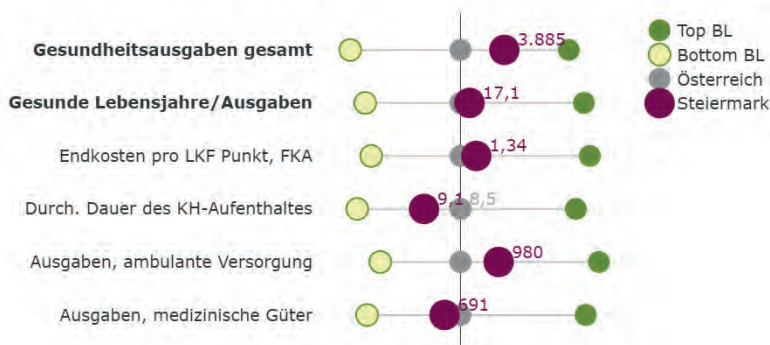


Gesamtausgaben pro Kopf nach Funktion 2015, in EUR standardisiert nach Alter und Patientenströme



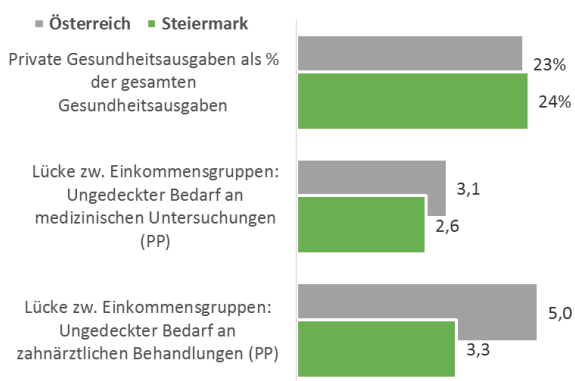
Die öffentlichen Ausgaben in der Steiermark stiegen im Durchschnitt um 2,9 % pro Jahr, gegenüber 2,6 % in Österreich. Die Schätzungen berücksichtigen die Unterschiede in der Altersstruktur der Bevölkerung und die Patientenströme zwischen Bundesländern. Die Schätzungen ermöglichen es uns, einige innovative Indikatoren einzuführen.

Die Steiermark zeigt mittlere Ergebnisse in Bezug auf die Effizienz des Gesundheitssystems. Die Gesamtausgaben pro Kopf sind niedriger als in Österreich insgesamt. Im Krankenhausbereich sind die Endkosten pro LKF-Punkt in Fondkrankenanstalten durchschnittlich, obwohl gleichzeitig die durchschnittliche Dauer des Krankenhausaufenthaltes in der Steiermark etwas länger ist. Bei Ausgaben für ambulante Versorgung pro Kopf liegt Steiermark unter dem Durchschnitt, während für medizinische Güter etwa so viel ausgegeben wird wie im Bundesdurchschnitt.



Das Verhältnis von gesunden Lebensjahren zu Kosten ist in der Steiermark nahe am österreichischen Durchschnitt. Im Vergleich zu Ländern mit ähnlichem Gesundheitsstatus der Bevölkerung (NÖ, Kärnten, Wien) sind die Ausgaben etwas niedriger, im Vergleich mit Oberösterreich jedoch deutlich höher.

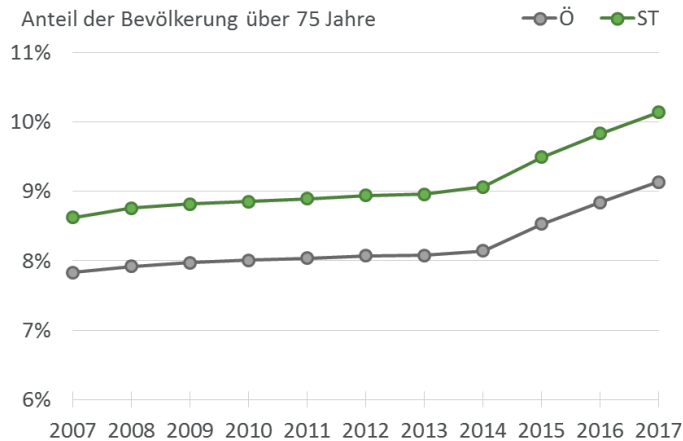
Fairness / Verteilungsgerechtigkeit



In Steiermark werden 24% der Gesundheitsausgaben von privaten Haushalten bezahlt, geringfügig mehr als im Bundesdurchschnitt. Der Unterschied beim selbsteingeschätzten unerfüllten Bedarf an Gesundheitsversorgung zwischen gut verdienenden und gering verdienenden Personen in Prozentpunkten liegt für zahnärztliche Behandlungen und medizinische Untersuchungen unter dem österreichischen Durchschnitt, was auf eine gute (finanzielle) Verteilungsgerechtigkeit hinweist.

4 Herausforderungen

Die wachsende Anzahl von chronisch kranken Menschen und die Schaffung von Möglichkeiten für alle Menschen gesund und aktiv zu altern.



Die österreichische Bevölkerung wird älter und die Zahl der pflegebedürftigen Menschen wird zunehmen. In der Steiermark wurden 2015 3,5 % der Bevölkerung in der Altenpflege betreut (3,9 % in Österreich), obwohl die Steiermark im Vergleich einen hohen Anteil der Bevölkerung über 75 Jahre hat. Darüber hinaus berichteten 35,8 % der Steirer/-innen von chronischen Gesundheitsproblemen. Die Verbesserung der Lebensqualität chronisch Kranker unter nachhaltigen

Gesundheitsausgaben erfordert eine bessere Abstimmung der Versorgung zwischen Gesundheit und Pflege.

Der notwendige Aus- und Aufbau der ambulanten Versorgung am „best point of service“.

Österreich sollte versuchen, den Umfang seines Krankenhaussektors zu verringern (EC 2018). Die Ausgaben für die Krankenhausversorgung sind in der Steiermark unterdurchschnittlich, gleichzeitig dürfte die wohnortnahe Pflege gut ausgebaut sein, was den Druck auf ambulante und stationäre Versorgung mildert. Die Allokationseffizienz ist damit wahrscheinlich gefördert. Es scheint Raum zu geben, Fehlversorgung in einigen Bereichen einzudämmen.

Die ausreichende Sicherstellung personeller Ressourcen. Vor allem die ländlichen Teile der Steiermark konkurrieren um Humanressourcen mit anderen Bundesländern, haben jedoch auch die Möglichkeit mit benachbarten Regionen im Süden Europas zu kooperieren, was teilweise bereits getan wird. Eine Reihe universitärer Ausbildungsstätten in der Steiermark können dazu beitragen, Engpässe zu mildern. Koordinierte Planung, überregionale Kooperation und geeignete Anreizsysteme sind notwendig, um ausreichende Kapazitäten in Zukunft zu sichern.

Leseanleitung und Abkürzungen

Um die Lesbarkeit der Graphen zu erleichtern, verwendeten wir Abkürzungen für die Lage des jeweiligen Indikators.

Top BL: Bundesland mit dem besten Ergebnis

Bottom BL: Bundesland mit dem ungünstigsten Ergebnis.

Ö	Österreich	S	Salzburg
B	Burgenland	ST	Steiermark
K	Kärnten	T	Tirol
NÖ	Niederösterreich	V	Vorarlberg
OÖ	Oberösterreich	W	Wien

Wichtige Quellen

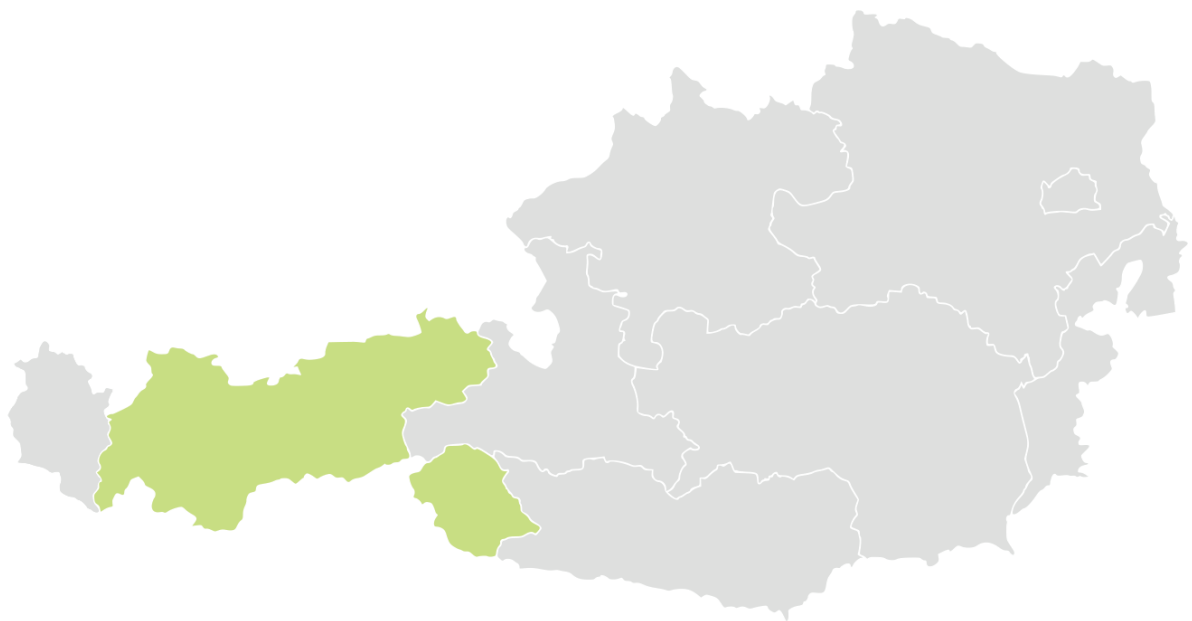
European Commission (EC 2018): Country Report Austria 2018, Commission staff working document, SWD (2018) 218 final <https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/2018-european-semester-country-report-austria-en.pdf>

Hofmarcher, M. M., Z. Molnárová (2018): Fact Book Leistungskraft regionaler Gesundheitssysteme. HS&I Projektbericht. Projekt mit Unterstützung von Philips Austria. Wien August 2018.

Leistungskraft regionaler Gesundheitssysteme

Tirol

Fact Sheet



Tirol

Demografischer und sozioökonomischer Kontext, 2016

	Tirol	Österreich
Bevölkerung (in 1000)	743	8.740
Anteil der Bevölkerung über 65 Jahre	17,5	18,5
Bruttoregionalprodukt pro Kopf ¹ (in EUR)	43.700	40.400
Arbeitslosenquote ² (%)	3,5	6,0



Ressourcen des Gesundheitssystems, 2016

	Tirol	Österreich
Gesundheitsausgaben ³ (in Mio. EUR)	2.704	34.533
davon Sozialversicherung ³	1.267	15.707
davon Staat ³	762	10.806
Spitalbetten ⁴	5.014	64.838
Gesundheitspersonal in Krankenanstalten	10.500	116.078
Ärzte/-innen gesamt	3.976	44.816

1 Bruttoregionalprodukt nominal (Bruttoinlandsprodukt für Österreich)

2 Arbeitslosenquote nach internationaler Definition (laut Eurostat)

3 Gesundheitsausgaben laut SHA 2015, eigene Schätzung für Tirol

4 Tatsächlich aufgestellte Betten in Krankenanstalten

Quellen: Statistik Austria, eigene Schätzung

Leistungskraft regionaler Gesundheitssysteme: Fact Book

Das Fact Book *Leistungskraft regionaler Gesundheitssysteme* bietet eine prägnante und relevante Information zu Gesundheit und Gesundheitssystemen der österreichischen Bundesländer. Es besteht aus Fact Sheets, die *Schlüsselindikatoren (KPI)* und *Headline Indikatoren (HI)* pro Bundesland enthalten. Das Fact Book präsentiert neue Ausgabenschätzungen, die erstmals vollständig für Bundesländer vorliegen. Ziel des Projektes ist es, evidenzbasierte Politikgestaltung auf regionaler und föderaler Ebene zu unterstützen.

Leistungskraft regionaler Gesundheitssysteme ist ein Projekt des unabhängigen Think-Tanks HS&I HealthSystemIntelligence, das mit freundlicher Unterstützung von Philips Austria realisiert wurde. Die hier geäußerten Ansichten sind jene der Autorinnen.

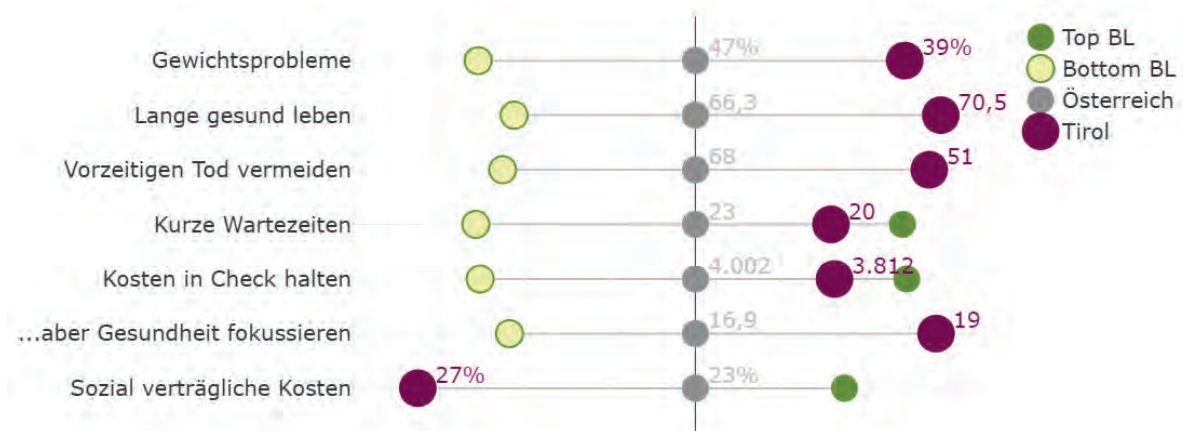
Daten und Informationsquellen

Die Daten und Informationen in diesem Fact Book basieren auf verschiedenen Quellen, darunter offizielle Statistiken von der OECD, Eurostat, Statistik Austria, Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz, Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und anderen, allen gilt großer Dank für die Kooperation. Den vollständigen Projektbericht, die Definitionen aller Indikatoren, sowie die Liste der Quellen und die gesammelten Daten finden Sie unter: <http://www.HealthSystemIntelligence.eu/RegionalFactBook>

Zitiervorschlag: Hofmarcher, M. M., Z. Molnárová (2018): Leistungskraft regionaler Gesundheitssysteme, Tirol. HS&I Fact Sheet. Wien, August 2018

1 Headline Indikatoren

Der Kompass für das Gesundheitssystem auf dem Weg zur gedeihlichen Gesellschaft



Die Bevölkerung Tirols hat im österreichischen Vergleich ein sehr gesundes Leben. Die Lebenserwartung in guter Gesundheit ist hoch und erreicht 70,5 Jahre, begleitet von anderen guten Ergebnissen im Bereich Gesundheitsstatus. Diese hängen mit moderaten Risikofaktoren wie niedrige Arbeitslosigkeit, hohes Einkommen, und gesundheitsförderndes Verhalten in der Region zusammen. Gleichzeitig ist die Leistung des Gesundheitssystems zufriedenstellend. Der Zugang zur Gesundheitsversorgung liegt nahe am österreichischen Durchschnitt, Wartezeiten für stationäre Aufenthalte sind niedriger als in Österreich insgesamt. Die vermeidbare Mortalität vor 75 ist in Tirol am niedrigsten, obwohl es schwache Hinweise auf Fehlversorgung gibt. Der Anteil privat finanzierter Gesundheitsausgaben ist höher, was die Fairness des Systems negativ beeinflusst.

Das Gesundheitssystem in Tirol zeigt hohe Effizienz. Bei gutem Gesundheitsstatus sind die Gesamtausgaben pro Kopf im Vergleich niedrig, öffentliche Ausgaben pro Kopf sind am niedrigsten von allen Ländern. Auch im Vergleich zu Bundesländern mit ähnlicher Risikostruktur wie Salzburg und Vorarlberg, sind die Ausgaben in Tirol niedrig. Im ambulanten Sektor sind die Ausgaben höher, was auf eine stärker entwickelte Versorgung außerhalb von Krankenhäusern zurückzuführen sein könnte.

Was wird mit Headline Indikatoren gemessen?

Armaturenbrett gibt Headline Indikatoren an und zeigt die Werte für alle Bundesländer.

Headline Indikatoren	Ö	B	K	NÖ	OÖ	S	ST	T	V	W
Übergewicht und Adipositas, % der Bevölkerung	47%	54%	47%	51%	48%	42%	46%	39%	44%	45%
Lebenserwartung in guter Gesundheit, Jahre	66,3	63,2	66,5	65,8	66,3	70,2	65,1	70,5	69,5	64,8
Vermeidbare Sterblichkeit vor 75 ¹	68	71	62	68	63	64	69	51	61	82
Intramurale Wartezeiten, in Tagen ²	23	24	18	24	23	19	22	20	23	27
Gesundheitsausgaben pro Kopf ³ , in EUR	4.002	3.890	3.911	4.139	3.714	3.953	3.885	3.812	4.249	4.295
Gesunde Lebensjahre pro Gesundheitsausgaben ⁴	16,9	16,7	17,3	16,2	18,3	18,3	17,1	19,0	16,8	15,3
Private Gesundheitsausgaben als % der Gesamtausg. ⁵	23%	21%	24%	21%	22%	26%	24%	27%	25%	23%

1 Vermeidbare Mortalität vor dem 75. Geburtstag pro 100.000 Einwohner/-innen vor 75

2 Erwartungswert (Tage), Wartezeit vor einer Krankenhausaufnahme

3 Gesundheitsausgaben pro Kopf, standardisiert nach Alter und Patientenströme, eigene Schätzung

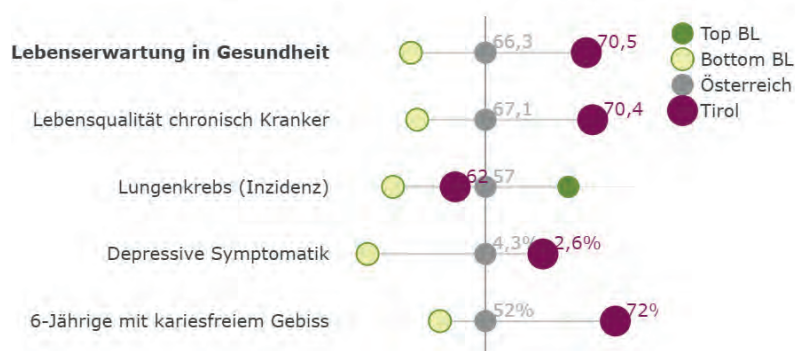
4 Lebenserwartung in Gesundheit (Jahre) pro Gesundheitsausgaben (pro Kopf, in 1000 EUR)

5 Anteil der privaten Ausgaben an den gesamten Gesundheitsausgaben, eigene Schätzung

Quellen: Fact Book Leistungskraft regionaler Gesundheitssysteme

2 Gesundheit in Tirol

Gesundheitsstatus

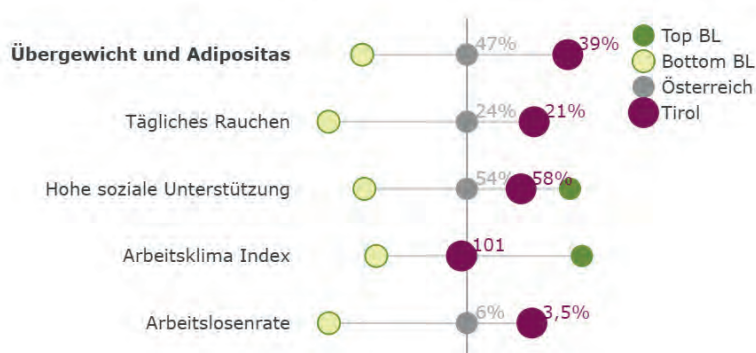


Laut Schlüsselindikatoren (KPI) ist die Bevölkerung Tirols gesünder als die durchschnittliche österreichische Bevölkerung. Die Lebenserwartung in guter Gesundheit ist am höchsten unter allen Bundesländern für Frauen und Männer gleichermaßen. Für beide Geschlechter zusammen

erreicht die gesunde Lebenserwartung 70,5 Jahre. Im Vergleich zum Bundesdurchschnitt ist die selbsteingeschätzte Lebensqualität chronisch kranker Personen am höchsten, depressive Symptome in der Bevölkerung selten und der Zahnstatus der Sechsjährigen am besten. Diese Ergebnisse könnten sowohl niedrige Risikofaktoren wie niedrige Arbeitslosigkeit, hohes Einkommen und gesundheitsförderndes Verhalten als auch eine gute Leistung der Gesundheitsversorgung in der Region widerspiegeln.

Gleichzeitig ist die Inzidenz von Lungenkrebs höher, was auch über eine längere Zeitperiode erkennbar ist. Zwischen 2010 und 2014 war die Inzidenz in Tirol 64, versus 57 Neuerkrankungen pro 100.000 Einwohner in Österreich. Andere Krebsarten sind in Tirol ebenfalls deutlich häufiger anzutreffen. In der 5-Jahre Zeitperiode wurden in Tirol rund 570 Krebs Neuerkrankungen pro 100.000 Einwohner pro Jahr registriert, im Österreichdurchschnitt waren es 480.

Determinanten des Gesundheitsstatus

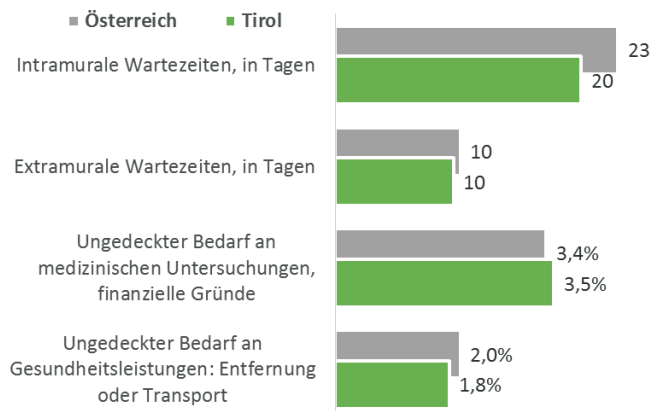


Die Bevölkerung in Tirol ist im Durchschnitt reicher und die Arbeitslosenquoten sind gering, verbunden mit geringeren Gesundheitsrisiken. Die soziale Unterstützung ist hoch und liegt bei etwa 58 % der Bevölkerung. Unselbständig Beschäftigte in Tirol berichteten von einem durchschnittlichen Arbeitsklima.

Gleichzeitig berichteten viele Menschen in Tirol von einem gesunden Lebensstil. Nicht nur Gewichtsprobleme sind in Tirol am wenigstens häufig, auch Tabakkonsum und Alkoholkonsum sind vergleichsweise gering. Reserven gibt es bei der gesundheitswirksamen Bewegung und Ernährung.

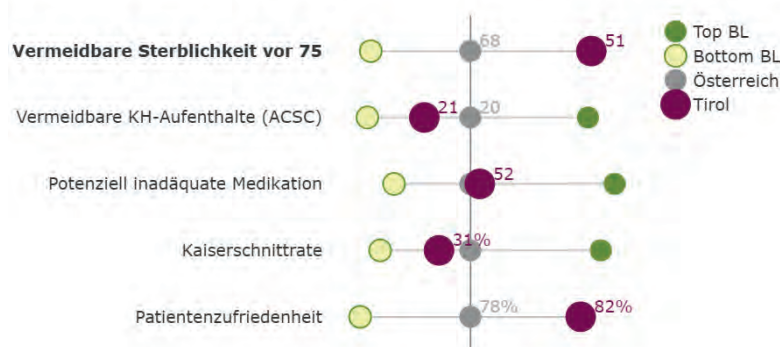
3 Leistungskraft des Gesundheitssystems

Zugang zur Versorgung



Der Zugang zur Gesundheitsversorgung in Österreich ist generell hoch. In Tirol liegt der selbst eingeschätzte ungedeckte Bedarf an medizinische Untersuchungen aus finanziellen Gründen, sowie aufgrund von Problemen mit Transport oder großer Entfernung nahe am österreichischen Durchschnitt. Ein weiteres wichtiges Maß für Zugang sind Wartezeiten auf Versorgung. In Tirol sind Wartezeiten für stationäre Behandlungen (intramural) deutlich kürzer als in Österreich insgesamt, während die Wartezeiten für ambulante Untersuchungen durchschnittlich sind.

Qualität der Versorgung



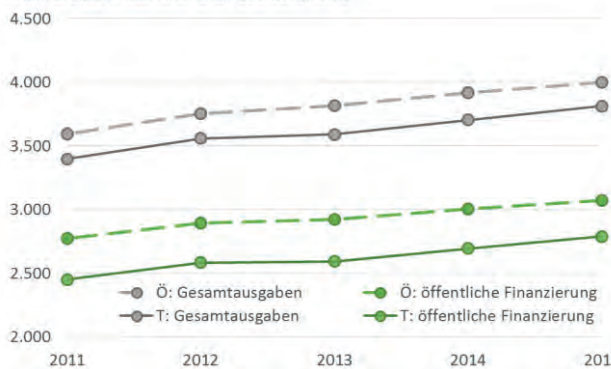
KPIs zeigen gemischte Qualität der Versorgung in Tirol mit Raum für Verbesserungen. Die vermeidbare Sterblichkeit vor 75 Jahren ist im Vergleich sehr gering, aber dieser Indikator zeigt neben guter Qualität auch niedrige Risikofaktoren. Die Anzahl der vermeidbaren Spitalsaufenthalte (ACSC) und Kaiserschnitttraten sind etwas

höher als im Durchschnitt. Potenziell inadäquate Medikation bei Älteren ist durchschnittlich. Die Patientenzufriedenheit ist erkennbar höher. Sie ist in der Regel in allen Bundesländern hoch ohne große Abweichungen und spiegelt das allgemeine Vertrauen der österreichischen Bevölkerung in das Gesundheitssystem wider.

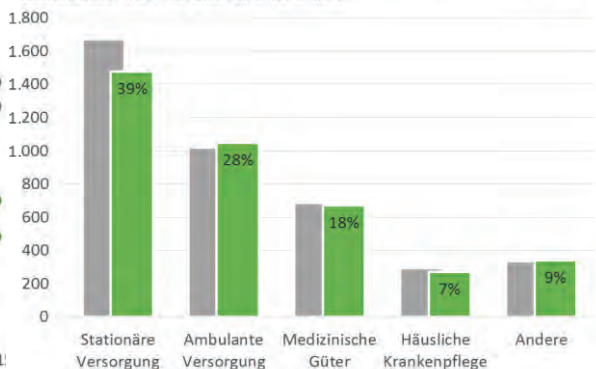
Effizienz

Tirol gibt weniger aus, spart aber nicht im ambulanten Bereich. Die Gesamtkosten pro Kopf sind in Tirol etwa 5 % niedriger als in Österreich insgesamt. In der stationären Versorgung sind die Ausgaben fast 12 % niedriger, im ambulanten Bereich jedoch etwas höher als Durchschnitt. In Tirol stiegen Gesamtkosten pro Kopf zwischen 2011 und 2015 im Durchschnitt um 2,9 % pro Jahr, gegenüber 2,7 % in Österreich. Die privaten Gesundheitsausgaben sind relativ hoch, die öffentlichen Ausgaben dagegen am niedrigsten unter allen Bundesländern, 9 % niedriger als in Österreich insgesamt. Die Schätzungen berücksichtigen die Unterschiede in der Altersstruktur der Bevölkerung und die

Gesundheitsausgaben pro Kopf 2011 - 2015, in EUR standardisiert nach Alter und Patientenströme

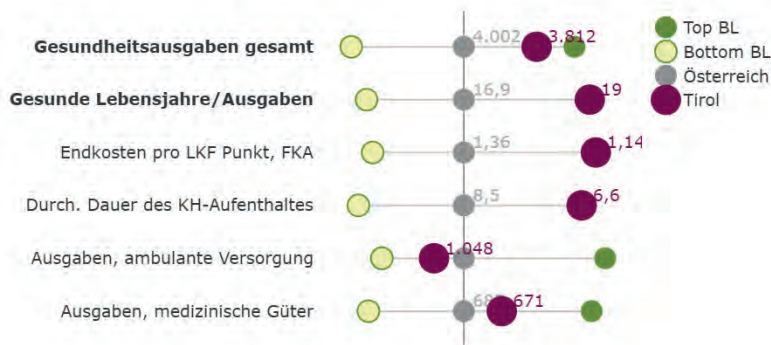


Gesamtausgaben pro Kopf nach Funktion 2015, in EUR standardisiert nach Alter und Patientenströme



Patientenströme zwischen Bundesländern. Die Schätzungen ermöglichen es uns, einige innovative Indikatoren einzuführen.

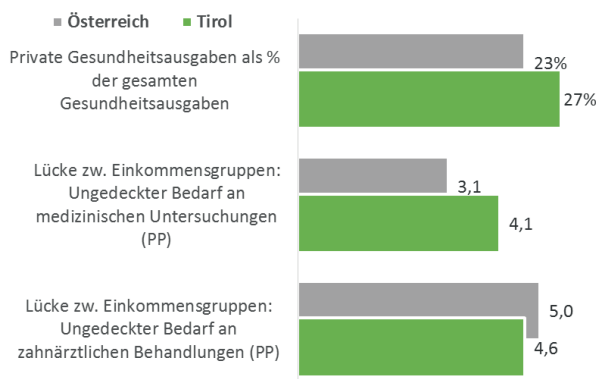
Tirol zeigt durchwegs positive Effizienz des Gesundheitssystems. Die Gesamtausgaben pro Kopf sind niedriger als in Österreich insgesamt. Im Krankenhausbereich zeigen sich niedrigste Endkosten pro LKF-Punkt in Fondkrankenanstalten, die durchschnittliche Dauer des Krankenhausaufenthaltes ist 2 Tage kürzer als der österreichische Durchschnitt. Die Ausgaben für ambulante Versorgung pro Kopf sind etwas höher als im Durchschnitt, während für medizinische Güter vergleichsweise weniger ausgegeben wird.



Das Verhältnis von gesunden Lebensjahren zu Kosten ist in Tirol sehr hoch, was auf hohe Effizienz des Systems hindeutet. Um die Effekte der schwächeren Gesundheitsrisiken in Tirol teilweise zu berücksichtigen, vergleichen wir Tirol mit den Ländern mit ähnlichem Gesundheitszustand, wie Salzburg und Vorarlberg. Die

Kosten des Gesundheitssystems in Tirol sind im Vergleich zu Vorarlberg wesentlich und im Vergleich zu Salzburg etwas niedriger.

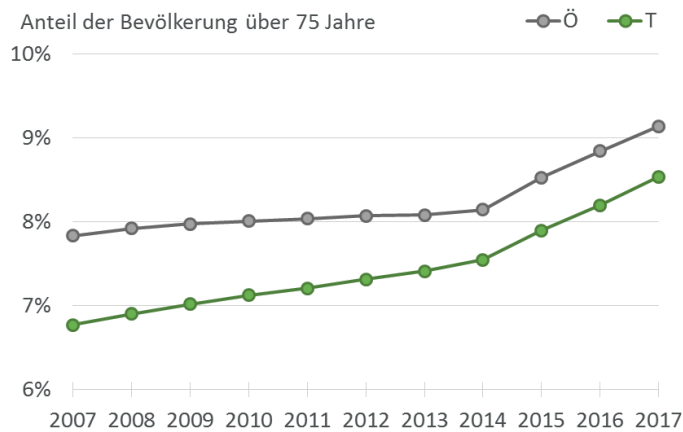
Fairness / Verteilungsgerechtigkeit



In Tirol werden 27 % der Gesundheitsausgaben von privaten Haushalten bezahlt, 4 Prozentpunkte (PP) mehr als im österreichischen Durchschnitt. Dies ist auf höhere private Ausgaben zurückzuführen. Der Unterschied beim selbsteingeschätzten unerfüllten Bedarf an Gesundheitsversorgung zwischen gut verdienenden und gering verdienenden Personen liegt für zahnärztliche Behandlungen nahe am österreichischen Durchschnitt. Die Lücke bei medizinischen Untersuchungen ist größer.

4 Herausforderungen

Die wachsende Anzahl von chronisch kranken Menschen und die Schaffung von Möglichkeiten für alle Menschen gesund und aktiv zu altern.



Die österreichische Bevölkerung wird älter und die Zahl der pflegebedürftigen Menschen wird zunehmen. In Tirol wurden in 2015 3,4 % der Bevölkerung in der Altenpflege betreut, in ganz Österreich waren es 3,9 %. Darüber hinaus berichteten 33,5 % der Tiroler/-innen von chronischen Gesundheitsproblemen. Die Verbesserung der Lebensqualität chronisch Kranker unter nachhaltigen Gesundheitsausgaben erfordert eine bessere Abstimmung der Versorgung zwischen Gesundheit und Pflege.

Der notwendige Aus- und Aufbau der ambulanten Versorgung am „best point of service“.

Österreich sollte versuchen, den Umfang seines Krankenhaussektors zu verringern (EC 2018). Die Ausgaben für die Krankenhausversorgung sind in Tirol unterdurchschnittlich, gleichzeitig ist die ambulante Versorgung gut dotiert, was auf Bemühungen hinweist, die Ausgewogenheit der Leistungsebenen sicherzustellen, aber auch die Notwendigkeit unterstreicht, die Kostenentwicklung in diesem Bereich im Auge zu behalten. In einigen Bereichen sollte Fehlversorgung eingedämmt werden.

Die ausreichende Sicherstellung personeller Ressourcen. Tirol ist geographisch exponiert und konkurriert um Humanressourcen mit nahegelegenen Regionen in der Schweiz und in Deutschland, hat aber mit der medizinischen Universität entsprechendes Potential, etwaige Engpässe abzufedern. Darüber hinaus könnten Kooperationen mit dem Norden Italiens ausgebaut werden. Koordinierte Planung, überregionale Kooperation und geeignete Anreizsysteme sind notwendig, um ausreichende Kapazitäten in Zukunft zu sichern.

Leseanleitung und Abkürzungen

Um die Lesbarkeit der Graphen zu erleichtern, verwendeten wir Abkürzungen für die Lage des jeweiligen Indikators.

Top BL: Bundesland mit dem besten Ergebnis

Bottom BL: Bundesland mit dem ungünstigsten Ergebnis.

Ö	Österreich	S	Salzburg
B	Burgenland	ST	Steiermark
K	Kärnten	T	Tirol
NÖ	Niederösterreich	V	Vorarlberg
OÖ	Oberösterreich	W	Wien

Wichtige Quellen

European Commission (EC 2018): Country Report Austria 2018, Commission staff working document, SWD (2018) 218 final <https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/2018-european-semester-country-report-austria-en.pdf>

Hofmarcher, M. M., Z. Molnárová (2018): Fact Book Leistungskraft regionaler Gesundheitssysteme. HS&I Projektbericht. Projekt mit Unterstützung von Philips Austria. Wien August 2018.

Leistungskraft regionaler Gesundheitssysteme

Vorarlberg

Fact Sheet



Vorarlberg

Demografischer und sozioökonomischer Kontext, 2016

	Vorarlberg	Österreich
Bevölkerung (in 1000)	387	8.740
Anteil der Bevölkerung über 65 Jahre	16,9	18,5
Bruttoregionalprodukt pro Kopf ¹ (in EUR)	44.700	40.400
Arbeitslosenquote ² (%)	3,4	6,0

Ressourcen des Gesundheitssystems, 2016

	Vorarlberg	Österreich
Gesundheitsausgaben ³ (in Mio. EUR)	1.542	34.533
davon Sozialversicherung ³	678	15.707
davon Staat ³	449	10.806
Spitalbetten ⁴	2.202	64.838
Gesundheitspersonal in Krankenanstalten	3.935	116.078
Ärzte/-innen gesamt	1.595	44.816

1 Bruttoregionalprodukt nominal (Bruttoinlandsprodukt für Österreich)

2 Arbeitslosenquote nach internationaler Definition (laut Eurostat)

3 Gesundheitsausgaben laut SHA 2015, eigene Schätzung für Vorarlberg

4 Tatsächlich aufgestellte Betten in Krankenanstalten

Quellen: Statistik Austria, eigene Schätzung



Leistungskraft regionaler Gesundheitssysteme: Fact Book

Das Fact Book *Leistungskraft regionaler Gesundheitssysteme* bietet eine prägnante und relevante Information zu Gesundheit und Gesundheitssystemen der österreichischen Bundesländer. Es besteht aus Fact Sheets, die *Schlüsselindikatoren (KPI)* und *Headline Indikatoren (HI)* pro Bundesland enthalten. Das Fact Book präsentiert neue Ausgabenschätzungen, die erstmals vollständig für Bundesländer vorliegen. Ziel des Projektes ist es, evidenzbasierte Politikgestaltung auf regionaler und föderaler Ebene zu unterstützen.

Leistungskraft regionaler Gesundheitssysteme ist ein Projekt des unabhängigen Think-Tanks HS&I HealthSystemIntelligence, das mit freundlicher Unterstützung von Philips Austria realisiert wurde. Die hier geäußerten Ansichten sind jene der Autorinnen.

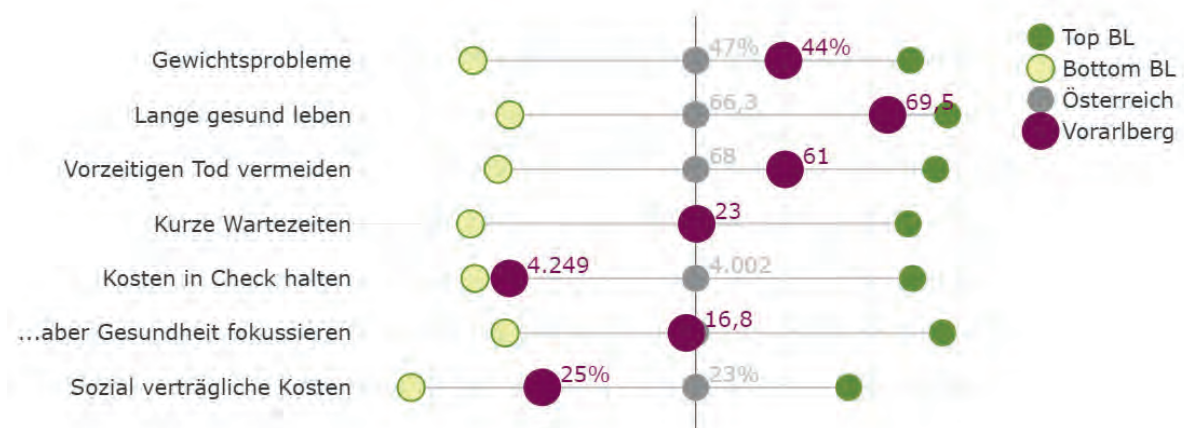
Daten und Informationsquellen

Die Daten und Informationen in diesem Fact Book basieren auf verschiedenen Quellen, darunter offizielle Statistiken von der OECD, Eurostat, Statistik Austria, Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz, Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und anderen, allen gilt großer Dank für die Kooperation. Den vollständigen Projektbericht, die Definitionen aller Indikatoren, sowie die Liste der Quellen und die gesammelten Daten finden Sie unter: <http://www.HealthSystemIntelligence.eu/RegionalFactBook>

Zitiervorschlag: Hofmarcher, M. M., Z. Molnárová (2018): Leistungskraft regionaler Gesundheitssysteme, Vorarlberg. HS&I Fact Sheet. Wien, August 2018

1 Headline Indikatoren

Der Kompass für das Gesundheitssystem auf dem Weg zur gedeihlichen Gesellschaft



Die Bevölkerung Vorarlbergs hat im österreichischen Vergleich ein gesundes Leben. Die Lebenserwartung in guter Gesundheit ist hoch und erreicht fast 70 Jahre, begleitet von anderen guten Ergebnissen im Bereich Gesundheitsstatus. Diese könnten sowohl mit moderaten Risikofaktoren wie niedrige Arbeitslosigkeit, hohes Einkommen und gesundheitsförderndes Verhalten als auch mit guter Leistung des Gesundheitssystems in der Region verbunden sein.

Der Zugang zur Gesundheitsversorgung liegt nahe am österreichischen Durchschnitt, während die Qualität der Versorgung zufriedenstellend ist. Die Ergebnisse für Fairness im Zugang sind nicht eindeutig und es gibt einige Anzeichen für Verbesserungsbedarf.

Die Effizienzindikatoren vermitteln eine gemischte Botschaft. Während die Gesundheitsausgaben in Vorarlberg zu den höchsten im Bundesländervergleich zählen, könnten diese höheren Ausgaben durch eine gute Versorgung gerechtfertigt sein.

Was wird mit Headline Indikatoren gemessen?

Armaturenbrett gibt Headline Indikatoren an und zeigt die Werte für alle Bundesländer.

Headline Indikatoren	Ö	B	K	NÖ	OÖ	S	ST	T	V	W
Übergewicht und Adipositas, % der Bevölkerung	47%	54%	47%	51%	48%	42%	46%	39%	44%	45%
Lebenserwartung in guter Gesundheit, Jahre	66,3	63,2	66,5	65,8	66,3	70,2	65,1	70,5	69,5	64,8
Vermeidbare Sterblichkeit vor 75 ¹	68	71	62	68	63	64	69	51	61	82
Intramurale Wartezeiten, in Tagen ²	23	24	18	24	23	19	22	20	23	27
Gesundheitsausgaben pro Kopf ³ , in EUR	4.002	3.890	3.911	4.139	3.714	3.953	3.885	3.812	4.249	4.295
Gesunde Lebensjahre pro Gesundheitsausgaben ⁴	16,9	16,7	17,3	16,2	18,3	18,3	17,1	19,0	16,8	15,3
Private Gesundheitsausgaben als % der Gesamtausg. ⁵	23%	21%	24%	21%	22%	26%	24%	27%	25%	23%

1 Vermeidbare Mortalität vor dem 75. Geburtstag pro 100.000 Einwohner/-innen vor 75

2 Erwartungswert (Tage), Wartezeit vor einer Krankenhausaufnahme

3 Gesundheitsausgaben pro Kopf, standardisiert nach Alter und Patientenströme, eigene Schätzung

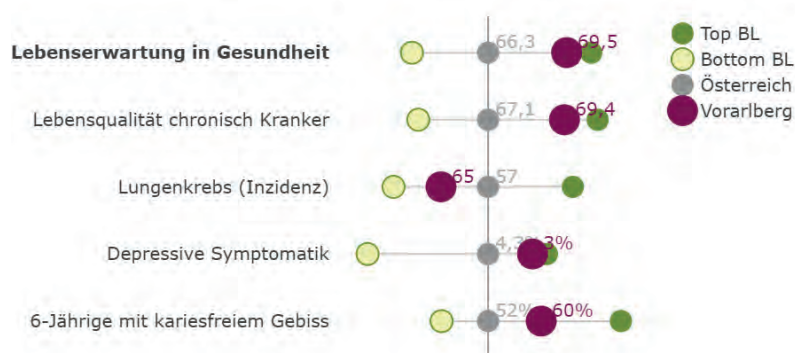
4 Lebenserwartung in Gesundheit (Jahre) pro Gesundheitsausgaben (pro Kopf, in 1000 EUR)

5 Anteil der privaten Ausgaben an den gesamten Gesundheitsausgaben, eigene Schätzung

Quellen: HS&I Projektbericht: Leistungskraft regionaler Gesundheitssysteme

2 Gesundheit in Vorarlberg

Gesundheitsstatus

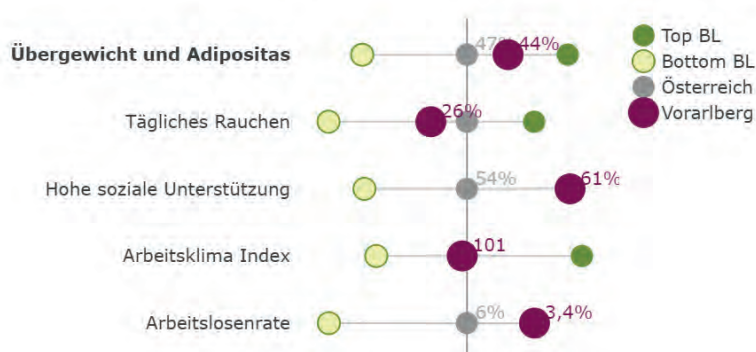


Laut Schlüsselindikatoren ist die Bevölkerung Vorarlbergs gesünder als die durchschnittliche österreichische Bevölkerung. Die Lebenserwartung in guter Gesundheit ist hoch und erreicht fast 70 Jahre. Die selbsteingeschätzte Lebensqualität chronisch kranker Personen ist hoch,

depressive Symptome in der Bevölkerung geringer und der Zahnstatus der Sechsjährigen besser als im österreichischen Durchschnitt. Diese Ergebnisse könnten sowohl niedrige Risikofaktoren wie niedrige Arbeitslosigkeit, hohes Einkommen und gesundheitsförderndes Verhalten als auch eine gute Leistung der Gesundheitsversorgung in der Region widerspiegeln.

Gleichzeitig ist die Inzidenz von Lungenkrebs höher, was auch über längere Zeit erkennbar ist, obwohl der Unterschied abnimmt. Zwischen 2010 und 2014 war die Inzidenz in Vorarlberg 59, versus 57 Neuerkrankungen pro 100.000 Einwohner in Österreich. Die Inzidenz von Lungenkrebs könnte mit dem hohen Anteil von Raucher/-innen in Vorarlberg zusammenhängen. Andere Krebsarten, beispielsweise Hautkrebs, sind in Vorarlberg ebenfalls etwas häufiger anzutreffen. In der 5-Jahre Zeitperiode wurden in Vorarlberg rund 500 Neuerkrankungen pro 100.000 Einwohner pro Jahr registriert, im Österreichdurchschnitt waren es 480.

Determinanten des Gesundheitsstatus

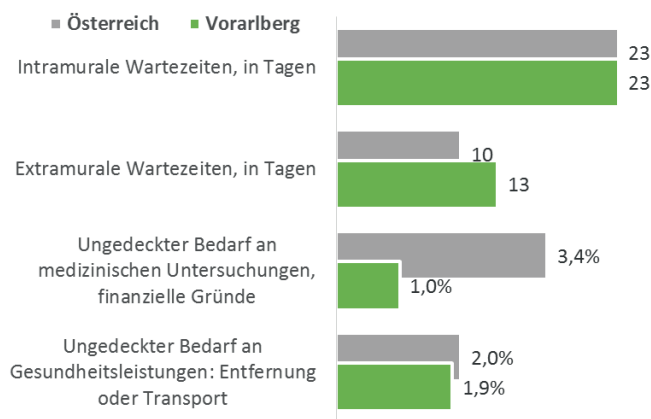


Die Bevölkerung in Vorarlberg ist im Durchschnitt reicher und die Arbeitslosenquoten sind gering, verbunden mit geringeren Gesundheitsrisiken. Die Menschen in Vorarlberg berichten von hoher sozialer Unterstützung, das Arbeitsklima unselbständig Beschäftigten in Vorarlberg ist durchschnittlich.

Während Übergewicht und Adipositas in Vorarlberg weniger häufig sind als im Bundesdurchschnitt, ist das gesundheitsfördernde Verhalten uneinheitlich. Der Tabakkonsum liegt leicht über dem österreichischen Durchschnitt, Alkoholkonsum und gesundheitsfördernde Körperaktivität sind vergleichbar mit dem Durchschnitt, und relativ viele Menschen berichten von gesunder Ernährung wie z.B. mehr Obst- und Gemüsekonsum.

3 Leistungskraft des Gesundheitssystems

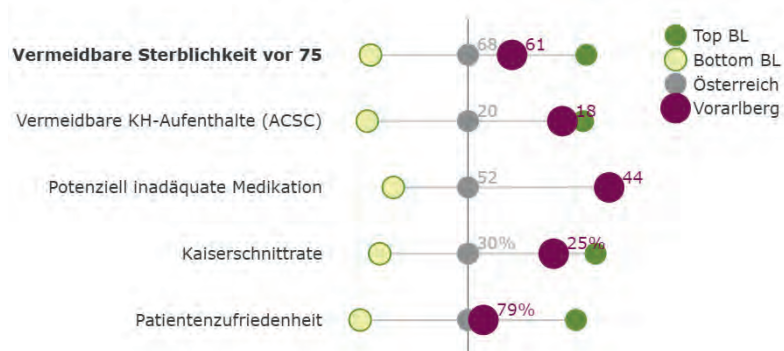
Zugang zur Versorgung



Der Zugang zur Gesundheitsversorgung in Österreich ist generell hoch. In Vorarlberg liegt der selbsteingeschätzte ungedeckte Bedarf an medizinischen Untersuchungen aus finanziellen Gründen bei 1 %. Etwa 2 % der Menschen, die eine medizinische Untersuchung benötigten, berichteten von Verzögerungen aufgrund von Problemen mit Transport oder großer Entfernung. Ein weiteres wichtiges Maß für Zugang sind Wartezeiten auf Versorgung. Sie sind durchschnittlich für stationäre

Behandlungen (intramural), während die Wartezeiten für ambulante Untersuchungen (extramural) deutlich höher als in Österreich insgesamt sind.

Qualität der Versorgung

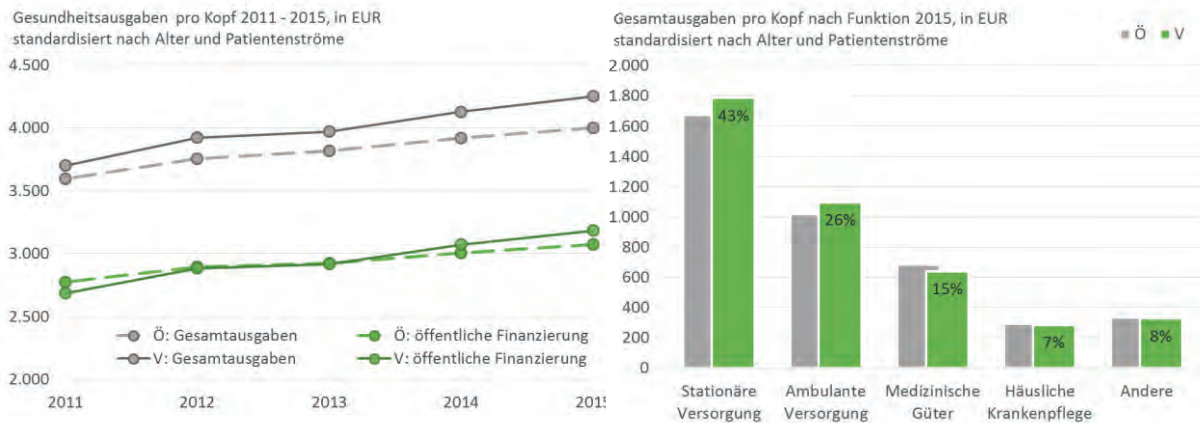


KPIs zeigen sehr gute Qualität der Gesundheitsversorgung in Vorarlberg. Die vermeidbare Sterblichkeit vor 75 Jahren liegt unter dem österreichischen Durchschnitt, ergänzt durch wenig Fehlversorgung, gemessen an der geringen Anzahl vermeidbarer Spitalsaufenthalte (ACSC), potentiell inadäquater Medikation bei Älteren und

geringen Kaiserschnitttraten. Die Patientenzufriedenheit in Vorarlberg liegt nahe am österreichischen Durchschnitt, ist aber weniger ausgeprägt im Vergleich zu Tirol. Die Patientenzufriedenheit ist in der Regel in allen Bundesländern hoch ohne große Abweichungen und spiegelt das allgemeine Vertrauen der österreichischen Bevölkerung in das Gesundheitssystem wider.

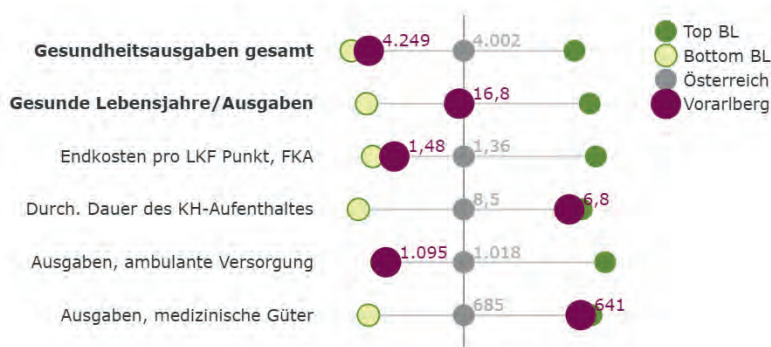
Effizienz

Vorarlberg gibt mehr für stationäre und ambulante Versorgung, und die Ausgaben wachsen schnell. Die Gesamtkosten pro Kopf sind in Vorarlberg etwa 6 % höher als in Österreich insgesamt, vor allem in der stationären und ambulanten Versorgung. Der Unterschied hat zwischen 2011 und 2015 zugenommen, da die Kosten in Vorarlberg schneller stiegen (durchschnittlich 3,5 % pro Jahr) als in Österreich (2,7 %). Die öffentlichen Ausgaben in Vorarlberg stiegen im Durchschnitt um 4,3 % pro Jahr, gegenüber 2,6 % in Österreich. Die Schätzungen berücksichtigen die Unterschiede in der



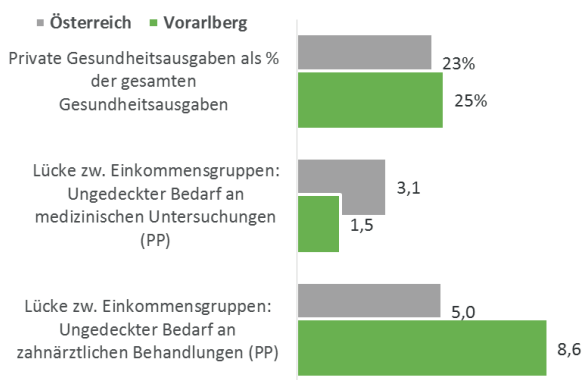
Altersstruktur der Bevölkerung und die Patientenströme zwischen Bundesländern. Die Schätzungen ermöglichen es uns, einige innovative Indikatoren einzuführen.

Vorarlberg zeigt gemischte Ergebnisse in Bezug auf die Effizienz des Gesundheitssystems. Die Gesamtausgaben pro Kopf sind höher als in Österreich insgesamt. Im Krankenhausbereich zeigen sich höhere Endkosten pro LKF-Punkt in Fondkrankenanstalten, obwohl gleichzeitig die durchschnittliche Dauer des Krankenhausaufenthaltes in Vorarlberg 1,7 Tage kürzer ist als der österreichische Durchschnitt ist. Bei Ausgaben für ambulante Versorgung pro Kopf liegt Vorarlberg am oberen Ende, während für medizinische Güter vergleichsweise wenig ausgegeben wird.



Das Verhältnis von gesunden Lebensjahren zu Kosten ist in Vorarlberg nahe am österreichischen Durchschnitt, was darauf hindeutet, dass höhere Ausgaben in Vorarlberg durch eine gute Versorgung gerechtfertigt sein könnten.

Fairness / Verteilungsgerechtigkeit

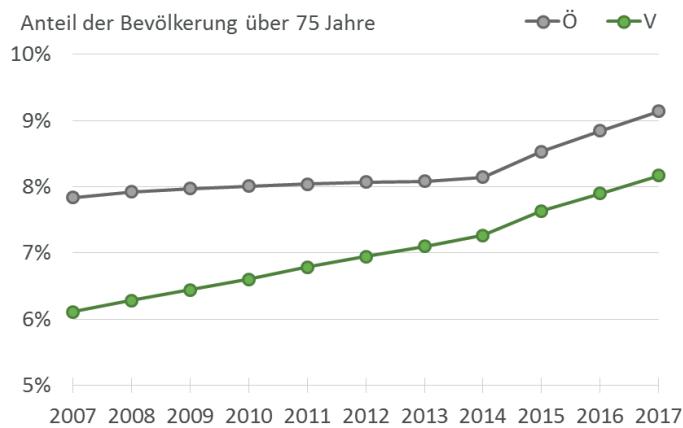


Obwohl der Zugang zur Gesundheitsversorgung generell gut ist, könnte die Fairness im Zugang nicht ideal sein. In Vorarlberg werden 25 % der Gesundheitsausgaben von privaten Haushalten bezahlt, 2 Prozentpunkte (PP) über dem österreichischen Durchschnitt. Dies ist hauptsächlich auf höhere private Ausgaben zurückzuführen. Der Unterschied beim selbst eingeschätzten unerfüllten Bedarf an Gesundheitsversorgung zwischen gut verdienenden und gering verdienenden Personen ist hoch für zahnärztliche

Behandlungen. 16,4 % der Geringverdienenden in Vorarlberg gaben ungedeckten Bedarf an. Gleichzeitig ist die Lücke im Bereich medizinische Untersuchungen sehr gering.

4 Herausforderungen

Die wachsende Anzahl von chronisch kranken Menschen und die Schaffung von Möglichkeiten für alle Menschen gesund und aktiv zu altern.



Die österreichische Bevölkerung wird älter und die Zahl der pflegebedürftigen Menschen wird zunehmen. In Vorarlberg wurden in 2015 3,5 % der Bevölkerung in der Altenpflege betreut, in ganz Österreich waren es 3,9 %. Darüber hinaus berichteten 33,5 % der Vorarlberger/-innen von chronischen Gesundheitsproblemen. Die Verbesserung der Lebensqualität chronisch Kranker unter nachhaltigen Gesundheitsausgaben erfordert eine

bessere Abstimmung der Versorgung zwischen Gesundheit und Pflege.

Der notwendige Aus- und Aufbau der ambulanten Versorgung am „best point of service“.

Österreich sollte versuchen, den Umfang seines Krankenhaussektors zu verringern (EC 2018). Die Ausgaben für die Krankenhausversorgung liegen in Vorarlberg über dem österreichischen Durchschnitt, sowohl relativ als auch absolut. Auch die Ausgaben für ambulante Versorgung sind hoch und wachsen schnell.

Die ausreichende Sicherstellung personeller Ressourcen. Vorarlberg ist geographisch exponiert und konkurriert um Humanressourcen mit nahegelegenen Regionen in der Schweiz und in Deutschland. Koordinierte Planung, überregionale Kooperation und geeignete Anreizsysteme sind notwendig, um ausreichende Kapazitäten in Vorarlberg in Zukunft zu sichern.

Leseanleitung und Abkürzungen

Um die Lesbarkeit der Graphen zu erleichtern, verwendeten wir Abkürzungen für die Lage des jeweiligen Indikators.

Top BL: Bundesland mit dem besten Ergebnis

Bottom BL: Bundesland mit dem ungünstigsten Ergebnis.

Ö	Österreich	S	Salzburg
B	Burgenland	ST	Steiermark
K	Kärnten	T	Tirol
NÖ	Niederösterreich	V	Vorarlberg
OÖ	Oberösterreich	W	Wien

Wichtige Quellen

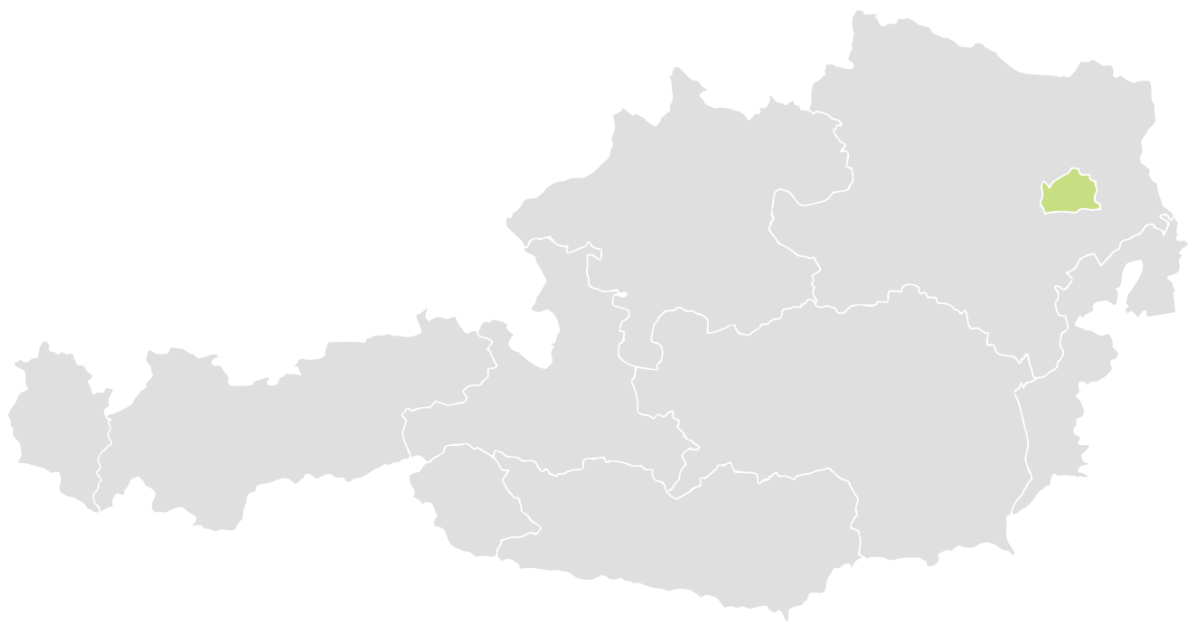
European Commission (EC 2018): Country Report Austria 2018, Commission staff working document, SWD (2018) 218 final <https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/2018-european-semester-country-report-austria-en.pdf>

Hofmarcher, M. M., Z. Molnárová (2018): Leistungskraft regionaler Gesundheitssysteme. Überregionale Auswertung. HS&I Projektbericht. Projekt mit Unterstützung von Philips Austria. Wien August 2018.

Leistungskraft regionaler Gesundheitssysteme

Wien

Fact Sheet



Wien

Demografischer und sozioökonomischer Kontext, 2016

	Wien	Österreich
Bevölkerung (in 1000)	1.853	8.740
Anteil der Bevölkerung über 65 Jahre	16,6	18,5
Bruttoregionalprodukt pro Kopf ¹ (in EUR)	48.600	40.400
Arbeitslosenquote ² (%)	11,3	6,0



Ressourcen des Gesundheitssystems, 2016

	Wien	Österreich
Gesundheitsausgaben ³ (in Mio. EUR)	7.445	34.533
davon Sozialversicherung ³	3.291	15.707
davon Staat ³	2.928	10.806
Spitalbetten ⁴	14.756	64.838
Gesundheitspersonal in Krankenanstalten	29.845	116.078
Ärzte/-innen gesamt	12.628	44.816

1 Bruttoregionalprodukt nominal (Bruttoinlandsprodukt für Österreich)

2 Arbeitslosenquote nach internationaler Definition (laut Eurostat)

3 Gesundheitsausgaben laut SHA 2015, eigene Schätzung für Wien

4 Tatsächlich aufgestellte Betten in Krankenanstalten

Quellen: Statistik Austria, eigene Schätzung

Leistungskraft regionaler Gesundheitssysteme: Fact Book

Das Fact Book *Leistungskraft regionaler Gesundheitssysteme* bietet eine prägnante und relevante Information zu Gesundheit und Gesundheitssystemen der österreichischen Bundesländer. Es besteht aus Fact Sheets, die *Schlüsselindikatoren (KPI)* und *Headline Indikatoren (HI)* pro Bundesland enthalten. Das Fact Book präsentiert neue Ausgabenschätzungen, die erstmals vollständig für Bundesländer vorliegen. Ziel des Projektes ist es, evidenzbasierte Politikgestaltung auf regionaler und föderaler Ebene zu unterstützen.

Leistungskraft regionaler Gesundheitssysteme ist ein Projekt des unabhängigen Think-Tanks HS&I HealthSystemIntelligence, das mit freundlicher Unterstützung von Philips Austria realisiert wurde. Die hier geäußerten Ansichten sind jene der Autorinnen.

Daten und Informationsquellen

Die Daten und Informationen in diesem Fact Book basieren auf verschiedenen Quellen, darunter offizielle Statistiken von der OECD, Eurostat, Statistik Austria, Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz, Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und anderen, allen gilt großer Dank für die Kooperation. Den vollständigen Projektbericht, die Definitionen aller Indikatoren, sowie die Liste der Quellen und die gesammelten Daten finden Sie unter: <http://www.HealthSystemIntelligence.eu/RegionalFactBook>

Zitiervorschlag: Hofmarcher, M. M., Z. Molnárová (2018): Leistungskraft regionaler Gesundheitssysteme, Wien. HS&I Fact Sheet. Wien, August 2018

1 Headline Indikatoren

Der Kompass für das Gesundheitssystem auf dem Weg zur gedeihlichen Gesellschaft



Das Gesundheitssystem in Wien muss sich überaus hohen Risikofaktoren stellen, die Leistungskraft ist gegeben. Ungünstige soziale Determinanten wie Arbeitslosigkeit, hoher Anteil an armutsgefährdeten Personen, geringe soziale Unterstützung, kein sehr gutes Arbeitsklima, ungesunde Lebensstilfaktoren wie Rauchen, ein hoher Bevölkerungsanteil mit Migrationshintergrund, aber auch Umweltfaktoren, bestimmen den ungünstigen Gesundheitszustand der Bevölkerung. Die Lebenserwartung in guter Gesundheit erreicht 64,8 Jahre, weniger als im österreichischen Durchschnitt, begleitet von anderen ungünstigen Ergebnissen im Bereich Gesundheitsstatus. Die vermeidbare Sterblichkeit vor 75 ist in Wien am höchsten unter allen Bundesländern. Neben dem ungünstigen Gesundheitszustand der Bevölkerung steht das Wiener Gesundheitssystem durch seine überregionale zentrale Rolle zusätzlich unter Druck. Dies zeigt sich in hohen Kosten des Systems, aber auch beim schwierigeren Zugang zur Versorgung, bei im Vergleich langen Wartezeiten und bei ungedecktem Bedarf an Gesundheitsleistungen. Alle diese Faktoren müssen berücksichtigt werden, wenn die Leistungskraft des Gesundheitssystems in Wien beurteilt wird.

Migrationstrends innerhalb von Österreich und aus dem Ausland bieten für Wien gleichzeitig auch mehrere Vorteile für die Zukunft. Der Bevölkerungsanteil über 75 Jahre ist in den letzten 10 Jahren in Wien, als dem einzigen Bundesland, nicht gestiegen. Das Angebot an neuen Gesundheitsfachkräften ist höher als in den ländlichen Gebieten.

Was wird mit Headline Indikatoren gemessen?

Armaturenbrett gibt Headline Indikatoren an und zeigt die Werte für alle Bundesländer.

Headline Indikatoren	Ö	B	K	NÖ	OÖ	S	ST	T	V	W
Übergewicht und Adipositas, % der Bevölkerung	47%	54%	47%	51%	48%	42%	46%	39%	44%	45%
Lebenserwartung in guter Gesundheit, Jahre	66,3	63,2	66,5	65,8	66,3	70,2	65,1	70,5	69,5	64,8
Vermeidbare Sterblichkeit vor 75 ¹	68	71	62	68	63	64	69	51	61	82
Intramurale Wartezeiten, in Tagen ²	23	24	18	24	23	19	22	20	23	27
Gesundheitsausgaben pro Kopf ³ , in EUR	4.002	3.890	3.911	4.139	3.714	3.953	3.885	3.812	4.249	4.295
Gesunde Lebensjahre pro Gesundheitsausgaben ⁴	16,9	16,7	17,3	16,2	18,3	18,3	17,1	19,0	16,8	15,3
Private Gesundheitsausgaben als % der Gesamtausg. ⁵	23%	21%	24%	21%	22%	26%	24%	27%	25%	23%

1 Vermeidbare Mortalität vor dem 75. Geburtstag pro 100.000 Einwohner/-innen vor 75

2 Erwartungswert (Tage), Wartezeit vor einer Krankenhausaufnahme

3 Gesundheitsausgaben pro Kopf, standardisiert nach Alter und Patientenströme, eigene Schätzung

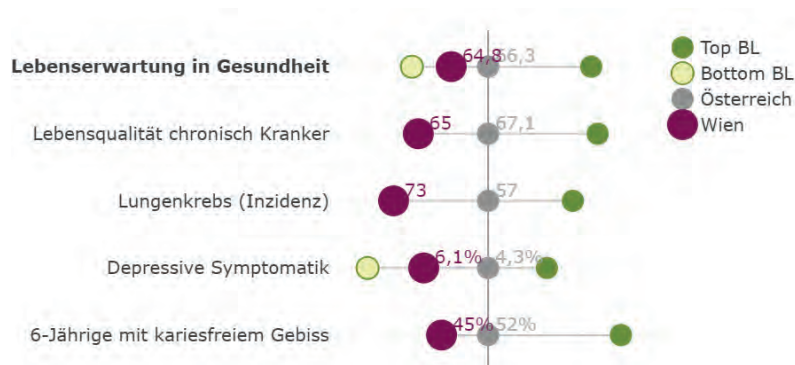
4 Lebenserwartung in Gesundheit (Jahre) pro Gesundheitsausgaben (pro Kopf, in 1000 EUR)

5 Anteil der privaten Ausgaben an den gesamten Gesundheitsausgaben, eigene Schätzung

Quellen: Fact Book Leistungskraft regionaler Gesundheitssysteme

2 Gesundheit in Wien

Gesundheitsstatus

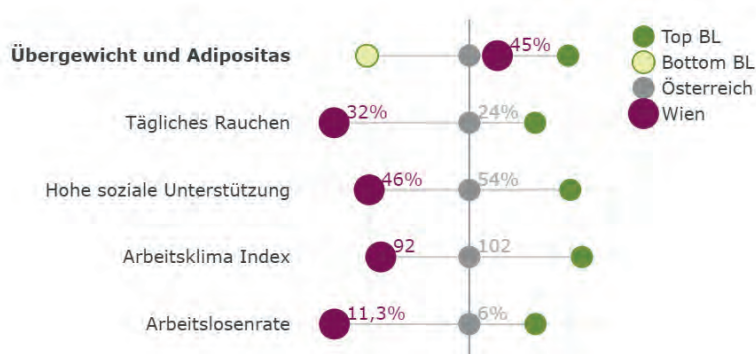


Laut Schlüsselindikatoren (KPI) ist die Bevölkerung Wiens deutlich stärker von gesundheitlichen Risiken betroffen als die durchschnittliche österreichische Bevölkerung. Die Lebenserwartung in guter Gesundheit erreicht 64,8 Jahre, bei Frauen ist sie noch etwas kürzer als bei Männern. Die

selbsteingeschätzte Lebensqualität chronisch kranker Personen ist am niedrigsten und der Zahnstatus der Sechsjährigen am schlechtesten von allen Bundesländern. Die Inzidenz von Lungenkrebs ist in Wien langfristig am häufigsten unter allen Bundesländern, auch wenn andere Krebsarten weniger oft anzutreffen sind. Zwischen 2010 und 2014 war die Inzidenz des Lungenkrebses in Wien 71, versus 57 Neuerkrankungen pro 100.000 Einwohner in Österreich, was mit dem hohen Anteil von Raucher/-innen in Wien zusammenhängt. Depressive Symptome in der Bevölkerung sind häufiger als im österreichischen Durchschnitt.

Diese Ergebnisse spiegeln die Auswirkungen hoher Risikofaktoren, sozioökonomische, verhaltensbezogene und Umwelt in der Region wider. Ob die Leistungskraft der Gesundheitsversorgung auch zum ungünstigen Gesundheitsstatus beiträgt, sollte in Zukunft sorgfältig untersucht werden.

Determinanten des Gesundheitsstatus

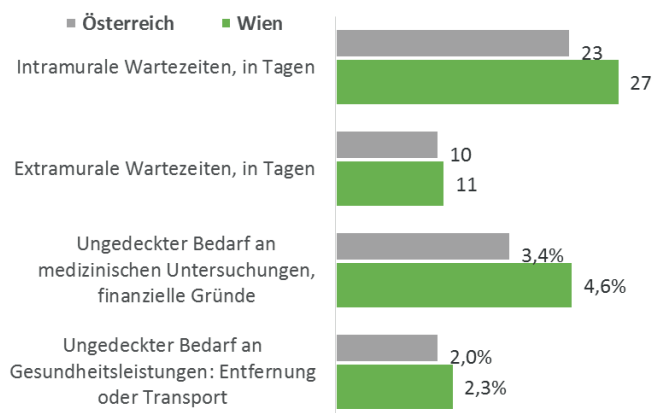


Übergewicht und Adipositas ist in Wien etwas weniger ausgeprägt als in Österreich insgesamt. Alle anderen Indikatoren weisen jedoch in Wien sehr hohe Risiken hin. 32 % der Wiener/-innen rauchen täglich, Alkoholkonsum und gesundheitsfördernde Körperaktivität sind vergleichbar mit dem Durchschnitt. Bei

überdurchschnittlichem Einkommen ist die Arbeitslosenquote in Wien stark über dem Bundesdurchschnitt und der Anteil der Menschen, die durch Armut und soziale Ausgrenzung gefährdet sind, ist am höchsten, verbunden mit höheren Gesundheitsrisiken. Wiener/-innen berichteten am häufigsten von fehlender sozialer Unterstützung Sozialkapital. Das Arbeitsklima der unselbständig Beschäftigte ist deutlich unterdurchschnittlich. Neben den gewählten Fact Sheet Indikatoren gibt es für Wien weitere relevante Faktoren, wie z.B. den Bevölkerungsanteil mit Migrationshintergrund oder Umweltfaktoren, wie Belastungen durch Feinstaub.

3 Leistungskraft des Gesundheitssystems

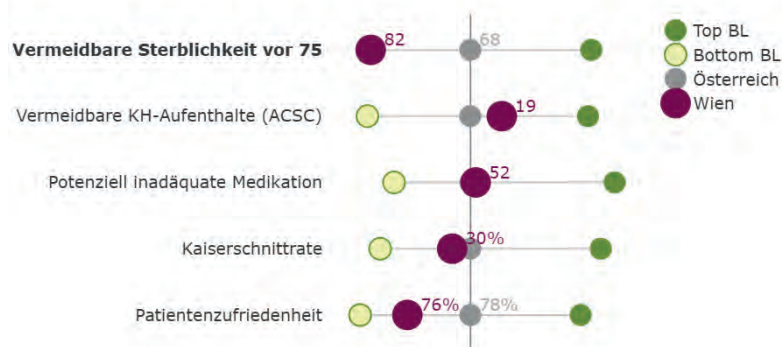
Zugang zur Versorgung



Der Zugang zur Gesundheitsversorgung in Österreich ist generell hoch. In Wien ist der selbsteingeschätzte ungedeckte Bedarf an medizinischen Untersuchungen aus finanziellen Gründen überdurchschnittlich und hoch, bei 4,6 %. Etwa 2,3 % der Menschen, die eine medizinische Untersuchung benötigten, berichteten von Verzögerungen aufgrund von Problemen mit Transport oder Entfernung. Probleme treten bei den Wartezeiten für stationäre Behandlungen (intramural) auf. Diese sind

unter allen Bundesländern in Wien am höchsten. Die überregionale Bedeutung von Wiener Krankenanstalten spielt hier eine Rolle und längere Wartezeiten in Wien beeinflussen möglicherweise auch die Wartezeiten von Patienten aus den angrenzenden Regionen. Die Wartezeiten für ambulante Untersuchungen (extramural) sind in Wien sehr nah an jenen in Österreich insgesamt.

Qualität der Versorgung

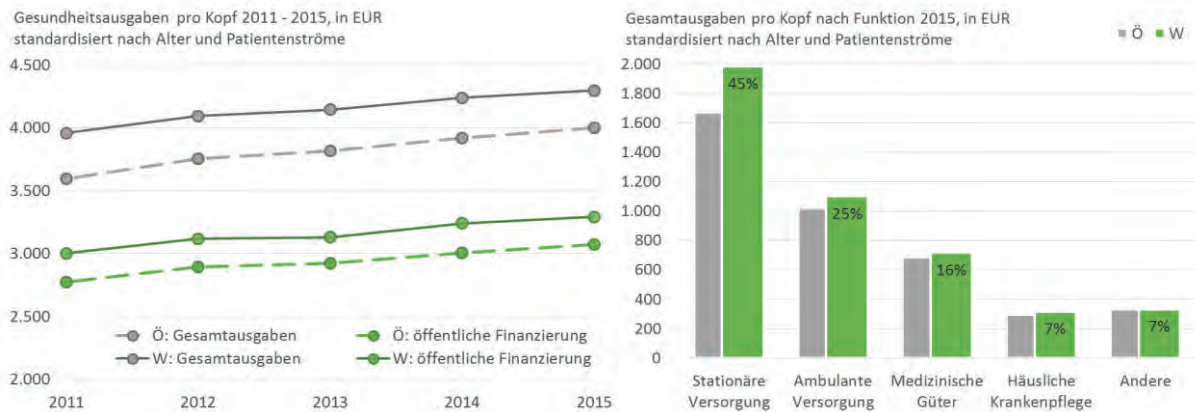


Die vermeidbare Sterblichkeit vor 75 Jahren ist in Wien am höchsten von allen Bundesländern, was aber zusammen mit der Versorgungsqualität auch den Einfluss starker Risikofaktoren zeigt. Die Anzahl vermeidbarer Spitalsaufenthalte (ACSC) ist geringer, potentiell inadäquate Medikation bei Älteren und

Kaiserschnittraten sind am oder nahe am österreichischen Durchschnitt. Die Patientenzufriedenheit in Wien liegt zwei Prozentpunkte unter dem österreichischen Durchschnitt, obwohl sie in der Regel in allen Bundesländern ohne große Abweichungen hoch ist. Sie spiegelt das allgemeine Vertrauen der österreichischen Bevölkerung in das Gesundheitssystem wider.

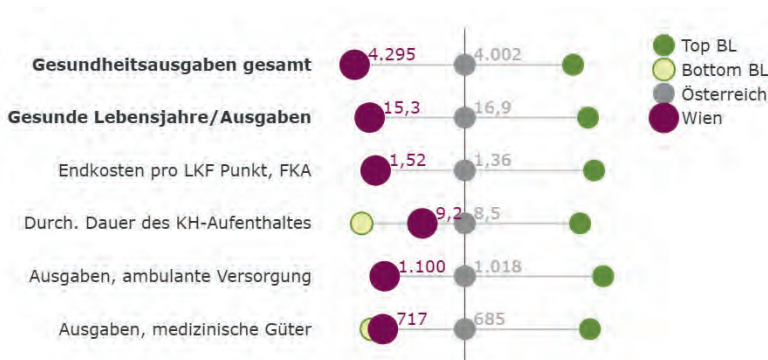
Effizienz

Wien gibt viel für die Gesundheitsversorgung, mehr Wissen über die Gründe ist gefragt. Die Gesamtkosten pro Kopf sind in Wien etwa 7 % höher als in Österreich insgesamt, in der stationären Versorgung (inklusive Langzeitpflege) ist es fast 20 % mehr. Der Unterschied hat zwischen 2011 und 2015 leicht abgenommen, da die Kosten in Wien langsamer stiegen (durchschnittlich 2,1 % pro Jahr) als in Österreich (2,7 %). Die öffentlichen Ausgaben in Wien stiegen im Durchschnitt um 2,3 % pro



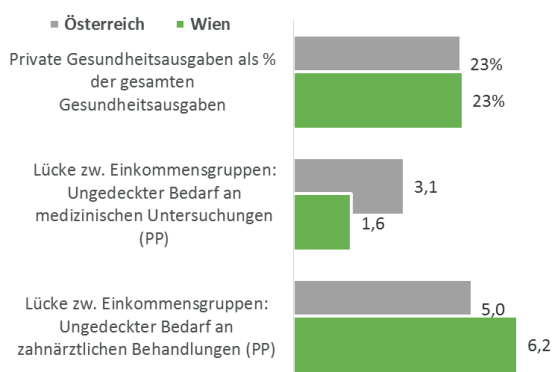
Jahr, gegenüber 2,6 % in Österreich. Die Schätzungen berücksichtigen die Unterschiede in der Altersstruktur der Bevölkerung und die Patientenströme zwischen Bundesländern. Die Schätzungen ermöglichen es uns, einige innovative Indikatoren einzuführen.

Wien zeigt Probleme in Bezug auf die Effizienz des Gesundheitssystems. Die Gesamtausgaben pro Kopf sind in Wien am höchsten unter allen Bundesländern. Im Krankenhausbereich sind die Endkosten pro LKF-Punkt in Fondkrankenanstalten hoch, obwohl gleichzeitig die durchschnittliche Dauer des Krankenhausaufenthaltes in Wien kürzer ist als im Bundesdurchschnitt. Die Kosten für ambulante Versorgung und medizinische Güter pro Kopf sind auch am oberen Ende. Das Verhältnis von gesunden Lebensjahren zu Kosten ist in Wien ungünstig, weil der



Gesundheitsstatus der Bevölkerung gleichzeitig deutlich schlechter ist. Um die Effekte der höheren Gesundheitsrisiken in Wien teilweise zu berücksichtigen, vergleichen wir Wien mit Burgenland und der Steiermark, Ländern mit ähnlichem Gesundheitszustand. Die Kosten des Gesundheitssystems in Wien sind im Vergleich zu diesen Ländern wesentlich höher.

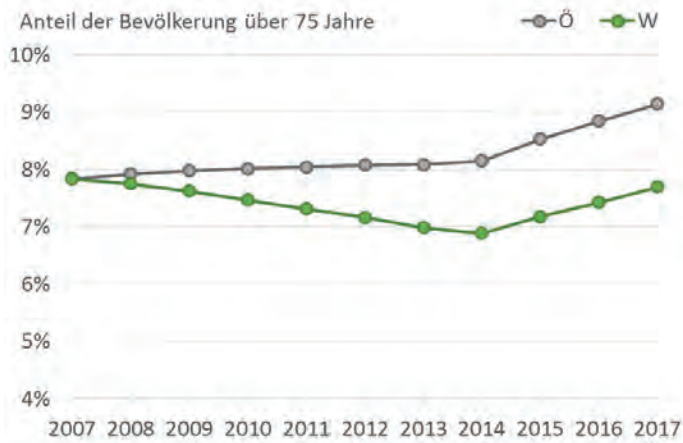
Fairness / Verteilungsgerechtigkeit



In Wien werden 23 % der Gesundheitsausgaben von privaten Haushalten bezahlt. Die Fairness im Zugang ist bei medizinischen Untersuchungen hoch. Beim Unterschied im selbsteingeschätzten unerfüllten Bedarf an Gesundheitsversorgung in Prozentpunkten (PP) zwischen gut verdienenden und gering verdienenden Personen ist Wien über dem österreichischen Durchschnitt für zahnärztliche Behandlungen, 12 % der Geringverdienenden in Wien gaben ungedeckten Bedarf an. Weitere Analysen sind erforderlich, um diese Unterschiede zu verstehen.

4 Herausforderungen

Die wachsende Anzahl von chronisch kranken Menschen und die Schaffung von Möglichkeiten für alle Menschen gesund und aktiv zu altern.



Die österreichische Bevölkerung wird älter und die Zahl der pflegebedürftigen Menschen wird zunehmen. Obwohl in Wien die Alterung durch Migration gedämpft wurde, wurden in 2015 5,3 % der Bevölkerung in der formalen Altenpflege betreut, in ganz Österreich waren es nur 3,9 %. Darüber hinaus berichteten 36,8 % der Wiener/-innen von chronischen Gesundheitsproblemen. Die Verbesserung der Lebensqualität chronisch Kranker unter nachhaltigen Gesundheitsausgaben erfordert eine

bessere Abstimmung der Versorgung zwischen Gesundheit und Pflege.

Der notwendige Aus- und Aufbau der ambulanten Versorgung am „best point of service“.

Österreich sollte versuchen, den Umfang seines Krankenhaussektors zu verringern (EC 2018). Obwohl die Ausgabenschätzungen die Umlandversorgungsfunktion von Wien teilweise berücksichtigen, waren die Ausgaben für die Krankenhausversorgung in Wien fast 20 % über dem Bundesdurchschnitt und sind auch relativ hoch. Gleichzeitig sind die Ausgaben für den ambulanten Bereich und für medizinische Güter hoch.

Die ausreichende Sicherstellung personeller Ressourcen. Wien hat grundsätzlich Zugang zu Humanressourcen aus den angrenzenden Regionen, gleichzeitig konkurriert es um Personal mit dem Rest von Österreich und der EU, nicht zuletzt aufgrund von Sprachbarrieren mit den Nachbarländern. Obwohl Wien eine Reihe universitärer Ausbildungsstätten und entsprechendes Potential hat, Engpässe abzufedern, gibt es hohen Bedarf an Personal in mehreren medizinischen Berufen, z.B. Allgemeinmedizin und Pflege. Koordinierte Planung, überregionale Kooperation und geeignete Anreizsysteme sind notwendig, um ausreichende Kapazitäten in Zukunft zu sichern.

Leseanleitung und Abkürzungen

Um die Lesbarkeit der Graphen zu erleichtern, verwendeten wir Abkürzungen für die Lage des jeweiligen Indikators.

Top BL: Bundesland mit dem besten Ergebnis

Bottom BL: Bundesland mit dem ungünstigsten Ergebnis.

Ö	Österreich	S	Salzburg
B	Burgenland	ST	Steiermark
K	Kärnten	T	Tirol
NÖ	Niederösterreich	V	Vorarlberg
OÖ	Oberösterreich	W	Wien

Wichtige Quellen

European Commission (EC 2018): Country Report Austria 2018, Commission staff working document, SWD (2018) 218 final <https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/2018-european-semester-country-report-austria-en.pdf>

Hofmarcher, M. M., Z. Molnárová (2018): Leistungskraft regionaler Gesundheitssysteme. Überregionale Auswertung. HS&I Projektbericht. Projekt mit Unterstützung von Philips Austria. Wien August 2018.



AUTORINNEN:

MARIA M. HOFMARCHER-HOLZHACKER, ZUZANA MOLNÁROVÁ

TITEL:

FACT BOOK LEISTUNGSKRAFT REGIONALER GESUNDHEITSSYSTEME.

PROJEKTBERICHT/RESEARCH REPORT

HS&I

JOSEFSTÄDTER STRASSE 14/60

1080 VIENNA

AUSTRIA

TEL: +43-66488508917

EMAIL: MARIA.HOFMARCHER@HEALTHSYSTEMINTELLIGENCE.EU

[HTTP://WWW.HEALTHSYSTEMINTELLIGENCE.EU/](http://WWW.HEALTHSYSTEMINTELLIGENCE.EU/)



© 2018 Koninklijke Philips N.V. Alle Rechte vorbehalten.
Philips Austria GmbH, Kranichberggasse 4, 1120 Wien

HealthSystemIntelligence



maria.hofmarcher@healthsystemintelligence.eu
tel: +43 664 88 50 89 twitter: @mariamhofholz
www.healthsystemintelligence.eu