



State of Health in the EU

Österreich

Länderprofil Gesundheit 2021

Länderspezifische Gesundheitsprofile

Die länderspezifischen Gesundheitsprofile für den *Gesundheitszustand in der EU* bieten einen knappen und politisch relevanten Überblick über die Gesundheit und die Gesundheitssysteme in der EU/dem Europäischen Wirtschaftsraum. Sie heben die besonderen Merkmale und Herausforderungen in den jeweiligen Ländern hervor, wozu begleitend länderübergreifende Vergleiche angestellt werden. Das Ziel ist es, politischen Entscheidungsträgern und Einflussnehmern ein Instrument für die gegenseitige Wissensvermittlung und den freiwilligen Kennntnisaustausch zur Verfügung zu stellen.

Die Profile entstehen aus der gemeinsamen Arbeit der OECD und des European Observatory on Health Systems and Policies in Zusammenarbeit mit der Europäischen Kommission. Das Team bedankt sich bei dem Netzwerk Health Systems and Policy Monitor, dem OECD Health Committee und der EU-Expertengruppe zur Leistungsbewertung der Gesundheitssysteme (HSPA) für die wertvollen Anmerkungen und Vorschläge.

Inhalt

1. HIGHLIGHTS	3
2. GESUNDHEIT IN ÖSTERREICH	4
3. RISIKOFAKTOREN	6
4. DAS GESUNDHEITSSYSTEM	8
5. LEISTUNG DES GESUNDHEITSSYSTEMS	11
5.1 Wirksamkeit	11
5.2 Zugang	14
5.3 Anpassungsfähigkeit	17
6. WICHTIGSTE ERKENNTNISSE	22

Daten- und Informationsquellen

Die Daten und Informationen in den länderspezifischen Gesundheitsprofilen beruhen vorwiegend auf offiziellen nationalen Statistiken, die Eurostat und der OECD zur Verfügung gestellt und validiert wurden, um höchste Standards bei der Datenvergleichbarkeit zu gewährleisten. Die Quellen und Methoden, die diesen Daten zugrunde liegen, sind in der Eurostat-Datenbank und der OECD-Gesundheitsdatenbank verfügbar. Einige zusätzliche Daten stammen auch vom Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), vom Europäischen Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten (ECDC), von der Erhebung Health Behaviour in

School-Aged Children (HBSC) und von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) sowie aus anderen nationalen Quellen.

Die berechneten EU-Durchschnitte sind die gewichteten Durchschnitte der 27 Mitgliedstaaten, sofern nichts anderes vermerkt ist. Island und Norwegen sind in diesen EU-Durchschnitten nicht berücksichtigt.

Dieses Profil wurde im September 2021 auf der Grundlage der Ende August 2021 verfügbaren Daten erstellt.

Demografischer und sozioökonomischer Kontext in Österreich, 2020

Demografische Faktoren

	Österreich	EU
Bevölkerungsgröße	8 901 064	447 319 916
Anteil der Bevölkerung über 65 Jahre (in %)	19,0	20,6
Fertilitätsrate ¹ (2019)	1,5	1,5

Sozioökonomische Faktoren

BIP pro Kopf (EUR KKP ²)	36 972	29 801
Relative Armutquote ³ (in %, 2019)	13,3	16,5
Arbeitslosenquote (in %)	5,4	7,1

1. Anzahl der geborenen Kinder je Frau im Alter von 15 bis 49. 2. Die Kaufkraftparität (KKP) ist definiert als Währungsumrechnungskurs, der die Unterschiede im Preisniveau zwischen Ländern beseitigt und damit Vergleiche der Kaufkraft unterschiedlicher Währungen ermöglicht. 3. Prozentualer Anteil an Personen, die mit weniger als 60 % des Median-Äquivalenzeinkommens leben. Quelle: Eurostat-Datenbank.

Haftungsausschluss: Die hierin geäußerten Meinungen und Argumente sind ausschließlich die der Autoren und geben nicht notwendigerweise die offizielle Meinung der OECD oder ihrer Mitgliedsländer oder des European Observatory on Health Systems and Policies oder seiner Partner wieder. Die in diesem Bericht geäußerten Ansichten repräsentieren in keiner Weise die offizielle Meinung der Europäischen Union.

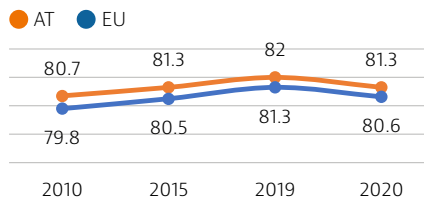
Dieses Dokument sowie alle darin enthaltenen Daten und Karten werden unbeschadet des Status oder der Souveränität eines Territoriums sowie ungeachtet geltender internationaler Staats- und Ländergrenzen und ungeachtet der Namen von Territorien, Städten bzw. Gebieten verwendet.

Es gelten zusätzliche Haftungsausschlüsse für die WHO

© OECD and World Health Organization (acting as the host organisation for, and secretariat of, the European Observatory on Health Systems and Policies) 2021

1 Highlights

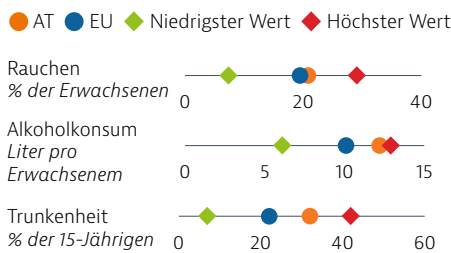
Die Lebenserwartung in Österreich liegt über dem EU-Durchschnitt, ging aber im Jahr 2020 aufgrund der COVID-19-Todesfälle stark zurück. Obwohl das österreichische Gesundheitssystem im Allgemeinen einen guten Zugang zu einer qualitativ hochwertigen Versorgung bietet, zeigte die COVID-19-Pandemie einige strukturelle Probleme auf, darunter die Notwendigkeit, Reformen zur Beseitigung der Zersplitterung und zur Stärkung der Primärversorgung durchzuführen. Eine solide digitale Infrastruktur bietet Österreich eine gute Ausgangslage, ein stärker integriertes und anpassungsfähigeres Gesundheitssystem aufzubauen.



Lebenserwartung bei der Geburt

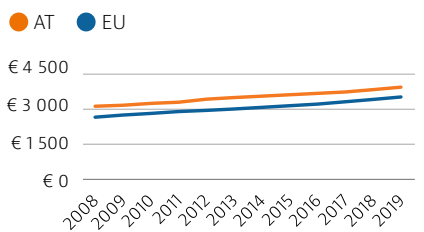
Gesundheitszustand

Obwohl die Lebenserwartung in Österreich im Jahr 2020 um mehr als ein halbes Jahr über dem EU-Durchschnitt lag, sank sie aufgrund der COVID-19-Pandemie gegenüber 2019 um 0,7 Jahre. Schon vor der Pandemie hatte sich der Anstieg der Lebenserwartung in Österreich zwischen 2010 und 2019 deutlich verlangsamt.



Risikofaktoren

Rund 40 % aller Todesfälle in Österreich im Jahr 2019 sind auf verhaltensbedingte Risikofaktoren zurückzuführen. Der Tabakkonsum unter Erwachsenen ist zurückgegangen, liegt aber weiterhin leicht über dem EU-Durchschnitt. Der Alkoholkonsum unter Erwachsenen in Österreich ist der zweithöchste in der EU. Auch der übermäßige Alkoholkonsum unter Jugendlichen ist höher als im EU-Durchschnitt.



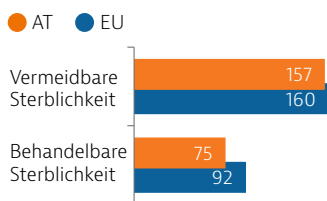
Ausgaben pro Kopf (EUR KKP)

Gesundheitssystem

Die Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben in Österreich waren 2019 die dritthöchsten in der EU. Österreich gibt deutlich mehr für die stationäre Versorgung aus als die meisten Länder, während die Ausgaben für Prävention unter dem Durchschnitt liegen. Auch die Zahl der Ärzte und Krankenhausbetten ist relativ hoch. Während drei Viertel aller Gesundheitsausgaben öffentlich finanziert werden, liegen die direkten Selbstzahlungen privater Haushalte über dem EU-Durchschnitt.

Wirksamkeit

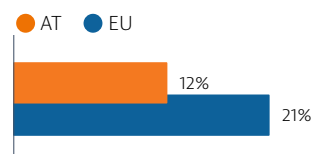
Die Sterblichkeit aufgrund vermeidbarer und behandelbarer Ursachen lag 2018 in Österreich unter dem EU-Durchschnitt. Dennoch liegt Österreich bei der vermeidbaren Sterblichkeit hinter vielen anderen EU-Ländern zurück, was darauf hindeutet, dass stärkere Präventionsmaßnahmen und größere Anstrengungen zur Verringerung der Risikofaktoren für Krebs und andere führende Todesursachen erforderlich sind.



Altersstandardisierte Sterberate pro 100 000 Einwohner, 2018

Zugang

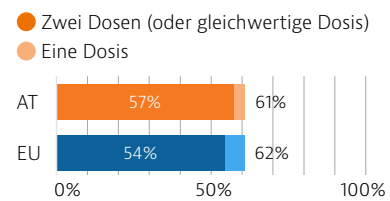
Der Zugang zur Gesundheitsversorgung in Österreich ist gut, obwohl im Rahmen der COVID-19-Pandemie neue Hindernisse beim Zugang entstanden sind. Jeder achte Österreicher gab an, in den ersten zwölf Monaten der Pandemie auf Versorgung verzichtet zu haben. Digitale Dienste trugen dazu bei, den Zugang zur Versorgung während der COVID-19-Krise aufrechtzuerhalten. 35 % der Österreicher gaben an, im ersten Jahr der Pandemie Telekonsultationsdienste in Anspruch genommen zu haben, was leicht unter dem EU-Durchschnitt lag.



% der Befragten, die in den ersten zwölf Monaten der Pandemie auf medizinische Versorgung verzichteten

Anpassungsfähigkeit

Zwischen März 2020 und August 2021 war die Zahl der bestätigten COVID-19-Fälle in Österreich ähnlich hoch wie im EU-Durchschnitt, obwohl die Sterberate niedriger war. Bis Ende August 2021 hatte mehr als 60 % der Bevölkerung mindestens eine Dosis eines COVID-19-Impfstoffs erhalten, und 57 % hatten zwei Dosen oder eine gleichwertige Dosis erhalten. Diese Werte entsprachen in etwa dem EU-Durchschnitt.



Anteil der Gesamtbevölkerung, der bis Ende August 2021 gegen COVID-19 geimpft war

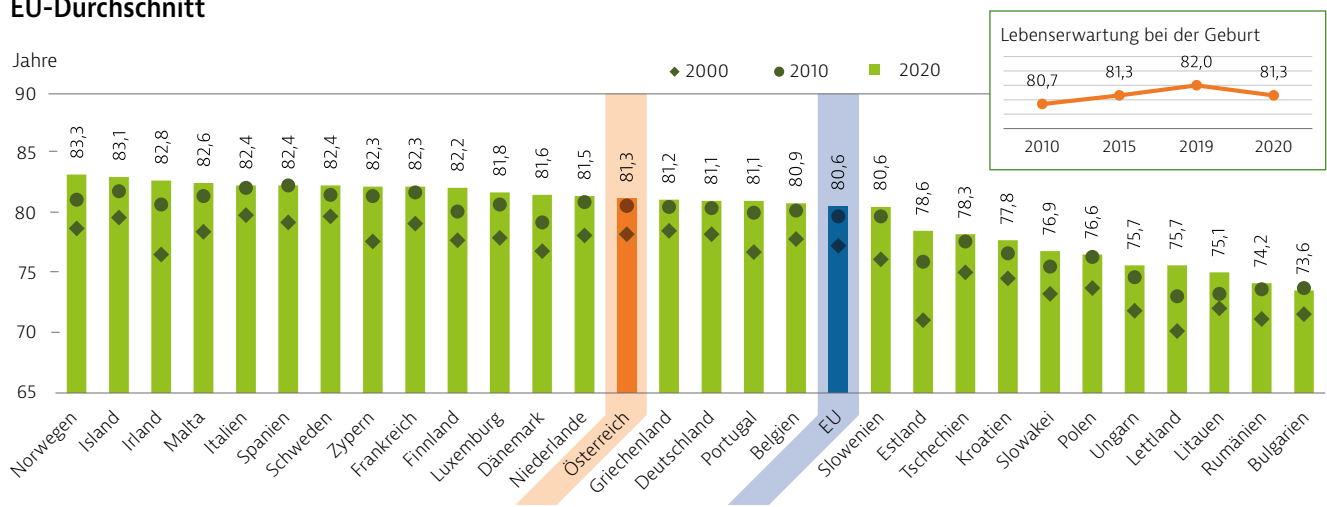
2 Gesundheit in Österreich

Die Lebenserwartung liegt über dem EU-Durchschnitt, sank jedoch 2020 aufgrund der COVID-19-Pandemie um mehr als ein halbes Jahr

Im Jahr 2020 betrug die Lebenserwartung bei der Geburt in Österreich 81,3 Jahre, was höher als der EU-Durchschnitt aber etwa zwei Jahre niedriger als in Norwegen und Island ist (Abbildung 1). Die Lebenserwartung in Österreich sank aufgrund der COVID-19-Pandemie im Jahr 2020 um 0,7 Jahre. Dies war der stärkste Rückgang seit Beginn der staatlichen Aufzeichnung der Lebenserwartung im Jahr 1951.

Schon vor der Pandemie hatte sich der Anstieg der Lebenserwartung in Österreich zwischen 2010 und 2019 deutlich verlangsamt. Das war auch in mehreren anderen westeuropäischen Ländern der Fall. Die Ursachen für diese Verlangsamung sind noch nicht vollständig geklärt, aber sie kann zum Teil auf den Anstieg der Sterblichkeitsraten aufgrund von einigen Atemwegserkrankungen, der Alzheimer-Krankheit und Diabetes bei älteren Menschen zurückgeführt werden. Der geschlechtsspezifische Unterschied bei der Lebenserwartung betrug 2020 4,7 Jahre (78,9 Jahre für Männer, 83,6 Jahre für Frauen) und liegt damit leicht unter dem EU-Durchschnitt (5,5 Jahre).

Abbildung 1. Die Lebenserwartung bleibt trotz des starken Rückgangs im Jahr 2020 weiterhin über dem EU-Durchschnitt

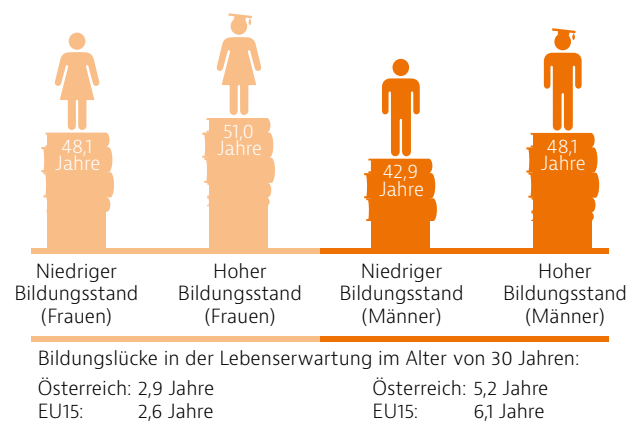


Hinweis: Der EU-Durchschnitt wurde gewichtet. Die Angaben zu Irland beziehen sich auf das Jahr 2019. Quelle: Eurostat-Datenbank.

Die sozialen Ungleichheiten im Hinblick auf die Lebenserwartung sind erheblich

Ungleichheiten im Hinblick auf die Lebenserwartung bestehen nicht nur beim Geschlecht, sondern auch beim sozioökonomischen Status. Im Alter von 35 Jahren können österreichische Männer mit dem höchsten Bildungsstand damit rechnen, dass sie mehr als fünf Jahre länger leben als Männer mit dem niedrigsten Bildungsstand, während der Unterschied bei den österreichischen Frauen fast drei Jahre beträgt (Abbildung 2). Der bildungsbedingte Unterschied bei der Lebenserwartung ist teilweise durch höhere Sterblichkeitsraten und eine höhere Exposition gegenüber verschiedenen Risikofaktoren bei Personen mit niedrigem Bildungsstand zu erklären. Dazu gehören beispielsweise höhere Raucherquoten und schlechtere Ernährungsgewohnheiten (siehe Abschnitt 3). Der Unterschied bei der Lebenserwartung hängt auch mit Unterschieden bei Einkommen und Lebensstandard zusammen.

Abbildung 2. Der bildungsbedingte Unterschied bei der Lebenserwartung beträgt mehr als fünf Jahre bei Männern und rund drei Jahre bei Frauen



Hinweis: Die Angaben beziehen sich auf die Lebenserwartung im Alter von 30 Jahren. Ein hoher Bildungsstand bezieht sich laut Definition auf Personen, die einen tertiären Bildungsabschluss (ISCED-Stufen 5–8) haben, während sich ein niedriger Bildungsstand auf Personen ohne Sekundarschulabschluss (ISCED-Stufen 0–2) bezieht. Quelle: Statistik Austria (Daten beziehen sich auf 2016/17).

Herzerkrankungen, Schlaganfälle und Lungenkrebs waren vor der Pandemie die häufigsten Todesursachen

Im Jahr 2019 waren Herz-Kreislauf-Erkrankungen mit rund 32 600 Todesfällen (39 % aller Todesfälle) die Haupttodesursache. Krebserkrankungen waren mit rund 20 700 Todesfällen (25 % aller Todesfälle) die zweithäufigste Todesursache.

Was einzelne Krankheiten betrifft, so war 2019 die ischämische Herzerkrankung die Haupttodesursache (mit fast 16 % aller Todesfälle), gefolgt von Schlaganfällen. Lungenkrebs blieb die häufigste Todesursache durch Krebs (Abbildung 3).

2020 starben in Österreich etwa 6 250 Menschen an COVID-19 (schätzungsweise 6,8 % aller Todesfälle). In der ersten Hälfte des Jahres 2021 wurden weitere 4 500

Todesfälle verzeichnet. Die meisten Todesfälle betrafen Menschen ab 60 Jahren. Die Sterblichkeitsrate durch COVID-19 war in Österreich bis Ende Juni 2021 um etwa 25 % niedriger als im EU-Durchschnitt (etwa 1 200 pro Million Einwohner gegenüber dem EU-Durchschnitt von etwa 1 660).

Der umfassendere Indikator der Übersterblichkeit, definiert als Todesfälle durch alle Ursachen, die über das hinausgehen, was normalerweise an Todesfällen gemessen an der Basis der Vorjahre zu erwarten wäre, legt den Schluss nahe, dass die Zahl der direkten und indirekten Todesfälle im Zusammenhang mit COVID-19 höher sein könnte. Die Zahl der zusätzlichen Todesfälle von März bis Dezember 2020 (ca. 9 500) war um mehr als 50 % höher als die Zahl der COVID-19-Todesfälle, obwohl einige dieser zusätzlichen Todesfälle nicht unbedingt mit COVID-19 in Verbindung stehen.

Abbildung 3. Die ischämische Herzerkrankung, Schlaganfälle und Lungenkrebs waren vor der COVID-19-Pandemie die häufigsten Todesursachen



*Hinweis: Die Zahl und der Anteil der COVID-19-Todesfälle beziehen sich auf das Jahr 2020, während sich die Zahl und der Anteil der anderen Ursachen auf das Jahr 2019 beziehen. Die Größe des COVID-19-Feldes ist proportional zur Größe der anderen Haupt-Todesursachen im Jahr 2019.
Quellen: Eurostat (für Todesursachen im Jahr 2019); ECDC (für COVID-19-Todesfälle im Jahr 2020 bis Woche 53).*

Über 70 % stufen ihren Gesundheitszustand als gut ein, aber beinahe zwei von fünf Personen haben eine chronische Erkrankung

Im Jahr 2019 gaben 71 % der Erwachsenen in Österreich an, bei guter Gesundheit zu sein; dieser Anteil liegt leicht über dem EU-Durchschnitt (69 %). Wie in anderen Ländern geben jedoch Menschen mit höherem Einkommen eher an, bei guter Gesundheit zu sein: 83 % der Erwachsenen in Österreich im höchsten Einkommensquintil stuften ihren Gesundheitszustand als gut ein, verglichen mit 62 % der Erwachsenen im niedrigsten Quintil.

Laut der EU-Erhebung zu Einkommen und Lebensbedingungen (EU-SILC) gaben 2019 fast zwei von fünf Erwachsenen (37 %) in Österreich an, an mindestens einer chronischen Erkrankung zu leiden; dieser Anteil entsprach in etwa dem EU-Durchschnitt (36 %). Viele dieser chronischen Erkrankungen erhöhen das Risiko eines schweren COVID-19-Krankheitsverlaufs. Wie bei der

Selbsteinschätzung des Gesundheitszustands gibt es auch bei der Prävalenz chronischer Krankheiten beträchtliche Unterschiede zwischen den Einkommensgruppen: 44 % der Erwachsenen in Österreich im niedrigsten Einkommensquintil haben nach eigenen Angaben mindestens eine chronische Erkrankung, verglichen mit 31 % der Erwachsenen im höchsten Quintil.

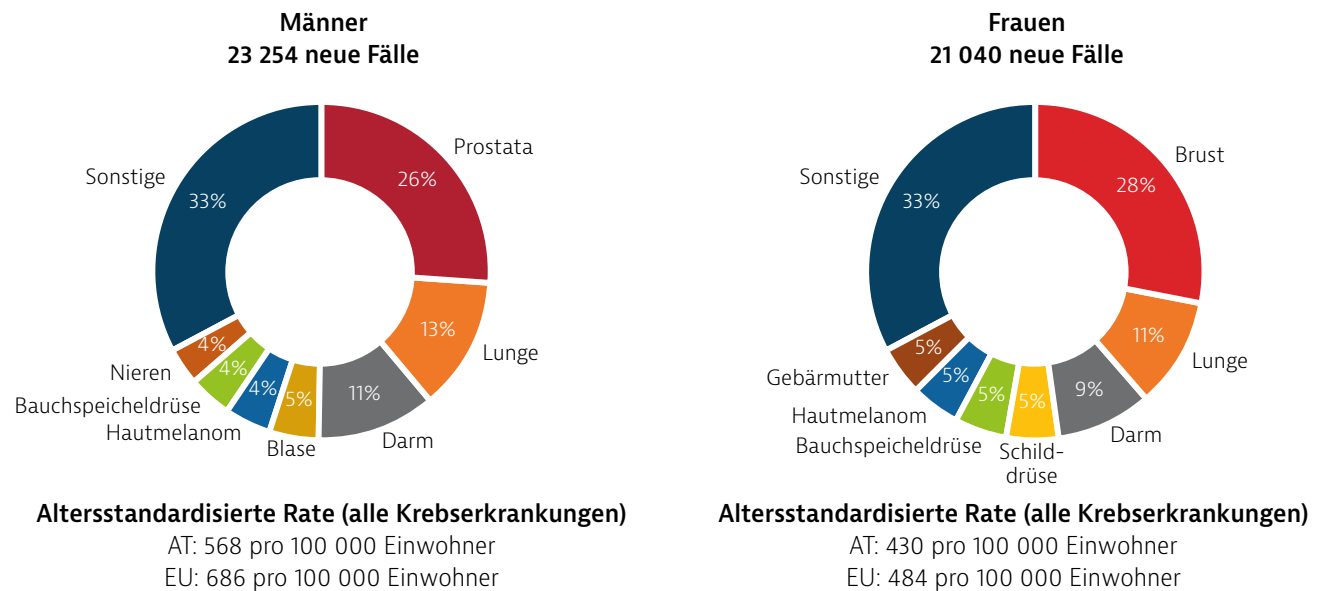
Ein neu auftretendes Problem im Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie ist die Zahl der Patienten, die nach der Erkrankung mit dem Virus von gesundheitlichen Langzeitfolgen betroffen sind. „Long COVID“ ist gekennzeichnet von Symptomen wie Brust- und Muskelschmerzen, Müdigkeit, Kurzatmigkeit, Angstzuständen und kognitiven Störungen und kann die Rückkehr in ein normales Leben behindern, was potenziell dauerhafte gesundheitliche und wirtschaftliche Auswirkungen nach sich ziehen kann.

Die Krebsbelastung in Österreich ist beträchtlich, aber niedriger als im EU-Durchschnitt

Im Jahr 2019 starben rund 20 700 Personen an Krebs, somit waren Krebserkrankungen die zweithäufigste Todesursache. Gemäß Schätzungen der Gemeinsamen Forschungsstelle der Europäischen Kommission werden in Österreich ausgehend von der Entwicklung der Inzidenzen der

Vorjahre rund 44 000 Neuerkrankungen an Krebs erwartet. Insgesamt liegt die Krebsinzidenz und -sterblichkeit in Österreich jedoch unter dem EU-Durchschnitt. Abbildung 4 zeigt, dass die häufigsten Krebserkrankungen bei Männern in Österreich Prostata (26 %), Lunge (13 %) und Darm (11 %) betreffen, während bei Frauen Brustkrebs die häufigste Krebsart darstellt (28 %), gefolgt von Lungenkrebs (11 %) und Darmkrebs (9 %).

Abbildung 4. Für das Jahr 2020 wurden in Österreich mehr als 44 000 neue Krebsfälle erwartet



Hinweis: Nichtmelanom-Hautkrebs ist ausgeschlossen. Gebärmutterkrebs schließt nicht Gebärmutterhalskrebs ein.
Quelle: ECIS – Europäisches Krebsinformationssystem.

3 Risikofaktoren

Verhaltensbedingte Risikofaktoren tragen wesentlich zur Sterblichkeit in Österreich bei

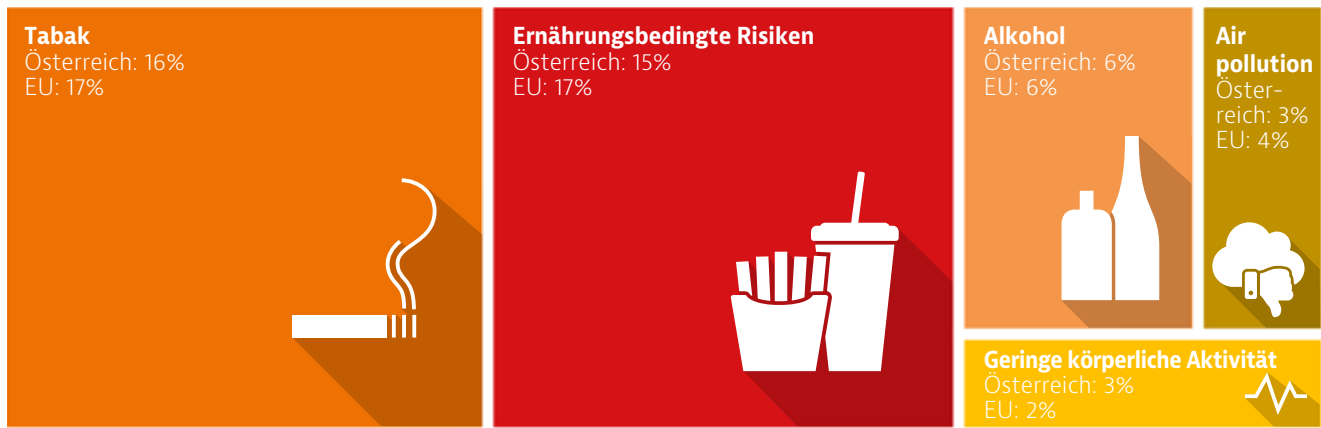
Rund 40 % aller 2019 in Österreich verzeichneten Todesfälle sind auf verhaltensbedingte Risikofaktoren wie Tabakrauchen, ernährungsbedingte Risiken, Alkoholkonsum und geringe körperliche Aktivität zurückzuführen. Auch die Luftverschmutzung in Form von Feinstaub (PM_{2,5}) und Ozonexposition ist in Österreich mit einer nicht zu vernachlässigenden Anzahl von Todesfällen pro Jahr verbunden, wenn auch in einem geringeren Ausmaß als im EU-Durchschnitt (Abbildung 5).

Etwa 16 % aller Todesfälle im Jahr 2019 (ca. 13 000 Todesfälle) sind auf Tabakrauchen (einschließlich Passivrauchen) zurückzuführen – ein Anteil, der nahe am EU-Durchschnitt liegt. Auf ernährungsbedingte Risiken (u. a. geringer Verzehr von Obst und Gemüse sowie hoher Konsum von Zucker und Salz) entfielen schätzungsweise etwa 15 % aller Todesfälle (12 600 Todesfälle), verglichen mit einem EU-Durchschnitt von 17 %. Ungefähr 6 % aller Todesfälle (5 000) sind dem Alkoholkonsum zuzuordnen, während etwa 3 % (2 300) mit geringer körperlicher

Aktivität in Zusammenhang stehen. Luftverschmutzung in Form von Feinstaub (PM_{2,5}) und Ozonexposition allein waren für etwa 3 % aller Todesfälle (2 700) verantwortlich.



Abbildung 5. Tabak und ernährungsbedingte Risiken tragen wesentlich zur Sterblichkeit in Österreich bei



Hinweis: Die Gesamtanzahl der Todesfälle im Zusammenhang mit diesen Risikofaktoren ist geringer als die Summe der Todesfälle in Verbindung mit jedem einzelnen Risikofaktor, da derselbe Todesfall mehr als einem Risikofaktor zugeordnet werden kann. Zu den ernährungsbedingten Risiken gehören 14 Komponenten, z. B. geringer Verzehr von Obst und Gemüse und hoher Konsum von gezuckerten Getränken. Luftverschmutzung bezieht sich auf die Belastung durch PM_{2.5} und Ozon.
 Quellen: IHME (2020), Global Health Data Exchange (die Schätzungen beziehen sich auf 2019).

In Österreich wird mehr geraucht als in den meisten EU-Ländern

Obwohl der Raucheranteil unter den Erwachsenen in Österreich von 24 % täglichen Rauchern im Jahr 2014 auf 21 % im Jahr 2019 sank, ist er immer noch höher als in den meisten EU-Ländern (Abbildung 6). Auch bei den Jugendlichen ging der Anteil der 15-Jährigen, die angaben, im letzten Monat Tabak geraucht zu haben, von 23 % im Jahr 2014 auf 17 % im Jahr 2018 zurück, was aber immer noch etwas höher ist als in den meisten EU-Ländern. Gleichzeitig hat der Konsum an E-Zigaretten zugenommen: Im Jahr 2019 gab jeder Sechste der 15- und 16-Jährigen in Österreich an, E-Zigaretten geraucht zu haben – laut der ESPAD-Umfrage ein höherer Anteil als im EU-Durchschnitt. Die Europäische Kommission hat sich im Rahmen von Europas Plan gegen den Krebs das ehrgeizige Ziel gesetzt, bis 2040 sicherzustellen, dass weniger als 5 % der Bevölkerung Tabak konsumieren (siehe Abschnitt 5.1). Während Österreich bei Maßnahmen zur Verhinderung des Tabakkonsums gegenüber anderen europäischen Ländern lange im Rückstand war, wurde im November 2019 ein vollständiges Rauchverbot in Restaurants eingeführt.

Der Alkoholkonsum ist im Vergleich zu vielen anderen EU-Ländern höher

Der Gesamt-Alkoholkonsum bei Erwachsenen ist seit 2000 zurückgegangen, liegt aber immer noch mehr als 20 % über dem EU-Durchschnitt. Auch der Alkoholkonsum unter Jugendlichen ist in Österreich höher als in anderen Ländern: Im Jahr 2018 gab fast ein Drittel (32 %) der 15-Jährigen an, mindestens zweimal in ihrem Leben bereits betrunken gewesen zu sein, was nach Dänemark der zweithöchste Anteil unter den EU-Ländern ist.

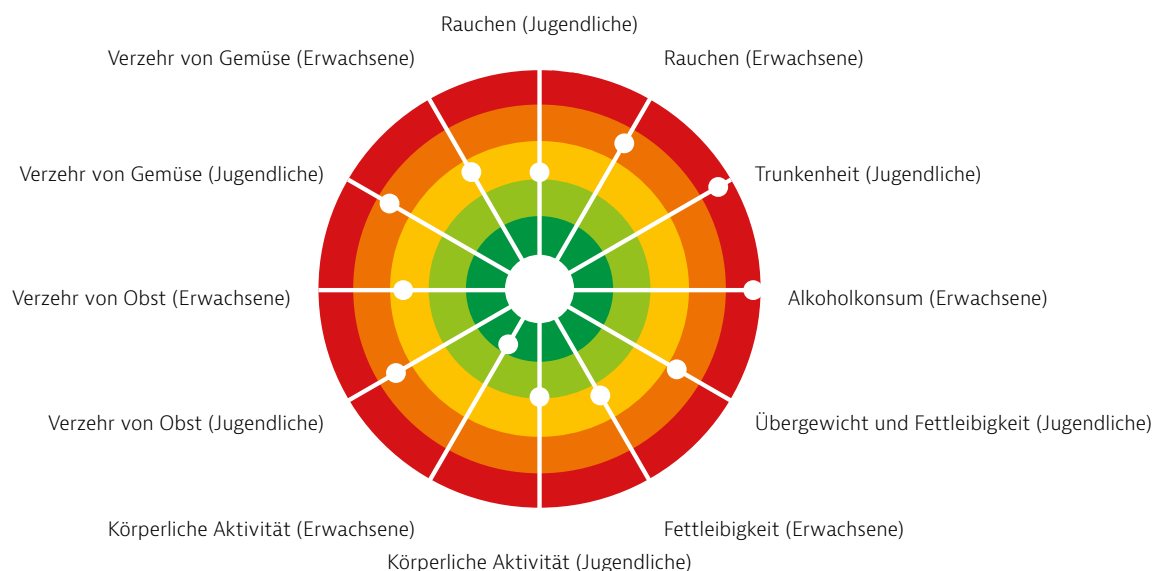
Auch die Übergewichts- und Fettleibigkeitsraten unter Jugendlichen sind in Österreich relativ hoch

Die Fettleibigkeitsquote bei Erwachsenen in Österreich ist 2019 auf 17 % gestiegen und liegt damit leicht über dem EU-Durchschnitt von 16 %. Auch bei den 15-Jährigen sind die Übergewichts- und Fettleibigkeitsquoten in den letzten zwei Jahrzehnten erheblich gestiegen und erreichten 2018 21 %. Dieser Wert lag ebenfalls leicht über dem EU-Durchschnitt von 19 %.

Wie in vielen anderen EU-Ländern ist auch in Österreich schlechte Ernährung die Hauptursache für Übergewicht und Fettleibigkeit. Im Jahr 2019 gaben rund 50 % der Erwachsenen in Österreich an, nicht jeden Tag Gemüse oder Obst zu essen, was einem höheren Anteil als in den meisten anderen EU-Ländern entspricht. Bei den Jugendlichen erklärten 2018 mehr als zwei Drittel der 15-Jährigen, nicht jeden Tag Gemüse zu essen; und ein ähnlicher Anteil gab an, nicht täglich Obst zu verzehren. Damit verzeichnete Österreich auch in diesen Bereichen höhere Anteile als die meisten anderen EU-Länder.

Andererseits gehören die Erwachsenen in Österreich zu den körperlich aktivsten in der EU, obwohl sich im Jahr 2014 mehr als ein Viertel nicht an die WHO-Empfehlung von mindestens 2,5 Stunden gemäßigter körperlicher Betätigung pro Woche hielt. Nur circa 15 % der 15-Jährigen in Österreich gaben an, sich täglich mäßig bis intensiv körperlich zu betätigen. Dieser Anteil entsprach in etwa dem EU-Durchschnitt.

Abbildung 6 Rauchen, Alkoholkonsum und ungesunde Ernährung stellen ernste Probleme für die öffentliche Gesundheit dar



*Hinweis: Je näher ein Punkt dem Zentrum ist, desto besser schneidet ein Land im Vergleich zu anderen EU-Ländern ab. Kein Land liegt im weißen „Zielbereich“, da in allen Ländern in allen Bereichen noch Fortschritte möglich sind.
 Quellen: Kalkulationen der OECD auf der Grundlage der HBSC-Umfrage 2017–2018 für Indikatoren bei Jugendlichen, und OECD-Gesundheitsstatistik, EHIS 2014 und 2019 für Indikatoren bei Erwachsenen.*

4 Das Gesundheitssystem

Österreichs Gesundheitssystem hat eine komplexe Verwaltungsstruktur

Die Zuständigkeiten für die Verwaltung des Gesundheitssystems in Österreich sind zwischen Bund und Ländern aufgeteilt. Die Bundesregierung ist für die Regulierung der Sozialversicherungsträger und die meisten Aspekte der Gesundheitsversorgung zuständig. Die neun Bundesländer regeln und planen die Krankenhausversorgung in ihrem Zuständigkeitsbereich und sind für die Durchführung, Organisation und Finanzierung der stationären und ambulanten Gesundheitsversorgung in Krankenhäusern sowie für Krankenhausinvestitionen verantwortlich. Die Sozialversicherungsträger und Leistungserbringer spielen eine wichtige Rolle, da sie kollektive Verträge aushandeln, die die ambulante, die rehabilitative und die Arzneimittelversorgung regeln. Die Finanzierung des Gesundheitswesens ist gemischt: Bund, Länder, Gemeinden und Sozialversicherungsträger tragen allesamt zum Budget bei.

Umfassende Reformen wurden umgesetzt, um die Zersplitterung zu überwinden

Zwei umfassende Reformen in den Jahren 2012 und 2017 stellten auf die Überwindung der FrAGMENTIERUNG der Organisation und die nachhaltige Finanzierung des Gesundheitssystems ab. Mit der Einführung eines neuen Systems der „Zielsteuerung“ sollte eine verstärkte gemeinsame Planung, Verwaltung und Finanzierung erreicht werden, indem die Bundes- und Länderebene sowie die Sozialversicherungsträger in gemeinsamen Gremien zusammengeführt und koordiniert werden. Die 2013 eingesetzte Zielsteuerungskommission brachte demnach

alle wichtigen Akteure – Bundesregierung, Sozialversicherungsträger und Länder – zusammen, um gemeinsam Finanz- und Gesundheitsziele zu definieren. Die komplexe Verwaltungsstruktur auf Bundesebene erwies sich bei der Bewältigung der COVID-19-Pandemie im Jahr 2020 als recht wirksam, ließ aber auch Unzulänglichkeiten bei der Koordinierung von Entscheidungen auf Bundes- und Länderebene erkennen (Kasten 1).

Durch eine umfassende Reform wurde das Krankenversicherungssystem konsolidiert, aber die Leistungen sind noch nicht harmonisiert

Die Sozialversicherungsträger finanzieren den größten Anteil der Gesundheitsausgaben (45 % im Jahr 2018), aber auch die direkten öffentlichen Ausgaben – vorwiegend Beiträge der Länder zur Finanzierung der stationären Versorgung – machen einen großen Anteil aus (30 %). Im Jahr 2020 wurden die bestehenden Sozialversicherungsträger im Rahmen einer umfassenden Reform auf fünf reduziert: Die neun regionalen Gebietskrankenkassen wurden zu einem Träger – der Österreichischen Gesundheitskasse (ÖGK) – zusammengeführt, die rund 82 % der Versicherten abdeckt, während Selbstständige, Landwirte, Beamte und Beschäftigte im Eisenbahnsektor weiterhin in nunmehr zwei Sondersicherungsträgern versichert sind. Alle Sozialversicherungsträger bieten im Großen und Ganzen die gleichen Leistungen an, und seit 2017 wurden mehrere Schritte zur weiteren Harmonisierung der Leistungen unternommen. Jedoch bestehen weiterhin Unterschiede zwischen den Versicherten der ÖGK und zwischen den Krankenkassen für bestimmte Berufe (siehe Abschnitt 5.2).

Kasten 1. Die Steuerung der COVID-19-Maßnahmen war zwischen Bund und Ländern aufgeteilt

Im Jahr 2020 wurde ein Pandemie-Krisenmanagementsystem unter der Leitung des Bundesministeriums für Inneres und seiner nationalen Koordinierungsstelle für Katastrophen- und Krisenmanagement eingerichtet, in welchem alle relevanten Bundesministerien, die Bundesländer und Rettungsorganisationen vertreten waren. Das weitgehend für die Umsetzung zuständige Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz richtete eine Coronavirus-Taskforce ein, die die Expertise des Ministeriums und externer Institutionen bündelte. Das Bundesministerium arbeitete eng mit den Gesundheitsbehörden der Länder zusammen, und auch auf kommunaler und lokaler Ebene wurden Krisenstäbe eingerichtet.

Die aufgrund von COVID-19 erlassenen Verordnungen ermächtigten den Bundesminister für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, die Landeshauptleute

und die Bezirkshauptmannschaften, den Zugang zu öffentlichen Plätzen und Geschäftsräumen zu untersagen. Nach dem Epidemiegesetz ist der Bund für Maßnahmen zur Bekämpfung der Pandemie zuständig, die dann von den Ländern durchgeführt werden müssen. Die Länder haben einen gewissen Entscheidungsspielraum bei der Umsetzung von Bundesgesetzen, gleichzeitig kann die Bundesregierung jedoch eingreifen, indem sie den Landeshauptleuten Anweisungen erteilt, die diese befolgen müssen. Das Beispiel Tirols zeigt die Vor- und Nachteile dieses Systems. Während bei der ersten Welle die Dörfer in Tirol rasch unter Quarantäne gestellt wurden, stießen die landesweiten Maßnahmen zur Verhinderung der Ausbreitung von Coronavirus-Mutationen Anfang 2021 bei der Landesregierung zunächst auf Widerstand, was zu einer verzögerten Umsetzung führte.

Quelle: COVID-19 Health Systems Response Monitor.

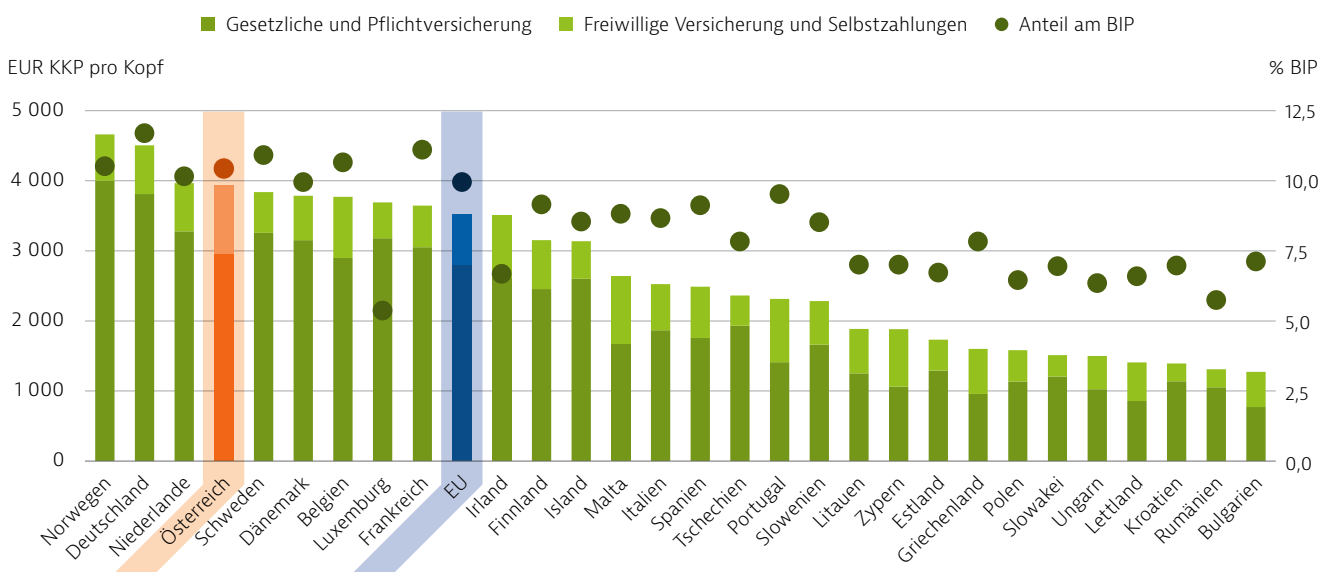
Österreich hat eines der teuersten Gesundheitssysteme in der EU

Im Vergleich zu anderen nationalen Gesundheitssystemen in der EU ist das österreichische Gesundheitssystem relativ teuer. Im Jahr 2019 erreichten die Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben (bereinigt um Unterschiede bei der Kaufkraft) 3 943 EUR, was nach Deutschland und den Niederlanden den dritthöchsten Wert in der EU darstellt (Abbildung 7). Gemessen am BIP beliefen sich die Ausgaben Österreichs 2019 auf 10,4 % des BIP, was ebenfalls höher ist als der EU-Durchschnitt von 9,9 %.

Die Gesundheitsausgaben aus öffentlichen Quellen machten 2019 75 % der Gesamtausgaben aus. Dieser Anteil ist in den letzten zehn Jahren stabil geblieben, liegt aber weiterhin unter dem EU-Durchschnitt von 80 %. Der Anteil der Selbstzahlungen ist seit 2010 ebenfalls stabil und lag 2019 mit 18 % der gesamten Gesundheitsausgaben über dem EU-Durchschnitt (15 %). Die Selbstzahlungen entfallen hauptsächlich auf ambulante medizinische Versorgung, Arzneimittel, Langzeitpflege und zahnärztliche Versorgung (siehe Abschnitt 5.2).

2020 wurden zusätzliche öffentliche Mittel für den Gesundheits- und Langzeitpflegesektor bereitgestellt, um Ausgaben im Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie zu decken, darunter 60 Mio. EUR für die Sozialversicherungsträger.

Abbildung 7. Die Gesundheitsausgaben in Österreich sind höher als im EU-Durchschnitt, der Anteil der öffentlichen Ausgaben hingegen niedriger



Hinweis: Der EU-Durchschnitt wurde gewichtet.

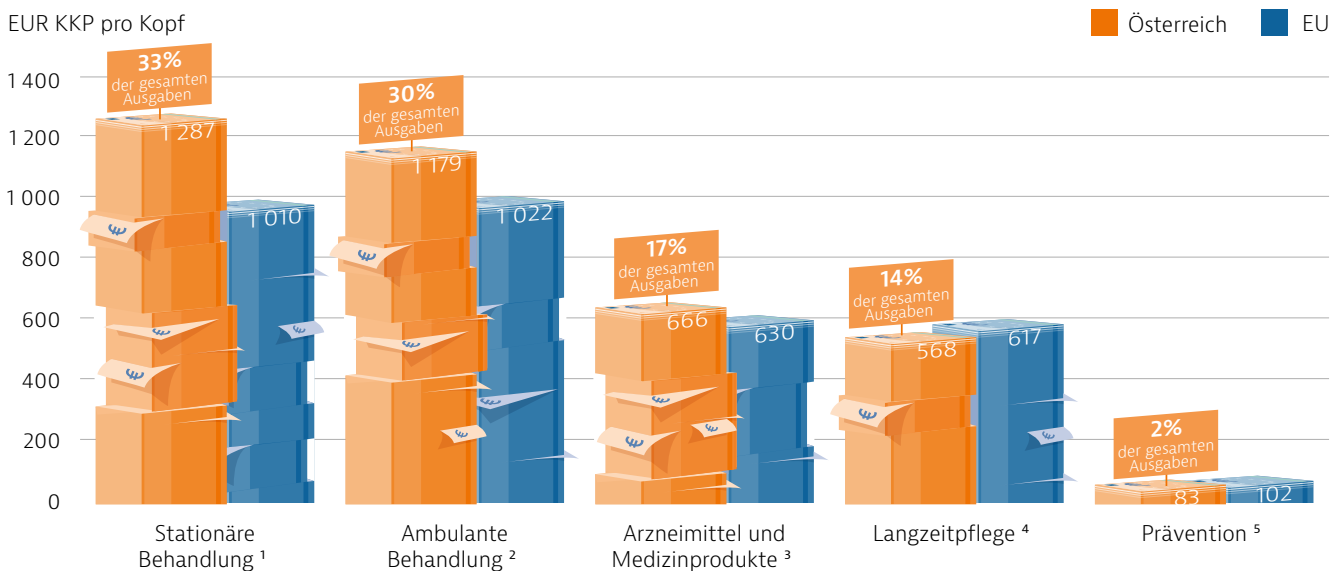
Quelle: OECD-Gesundheitsstatistik 2021 (die Daten beziehen sich auf 2019, mit Ausnahme der Daten für Malta, die sich auf 2018 beziehen).

Der größte Teil der Gesundheitsausgaben entfällt auf die stationäre Versorgung

Der größte Teil der Gesundheitsausgaben in Österreich wird nach wie vor für die stationäre Versorgung aufgewendet. Die Ausgaben für die stationäre Versorgung pro Person sind

die höchsten in der EU (1287 EUR im Jahr 2019). Auch die Ausgaben für ambulante Versorgung sowie für Arzneimittel und Medizinprodukte übertreffen den EU-Durchschnitt (Abbildung 8). Dagegen liegen die Pro-Kopf-Ausgaben für Langzeitpflege und Prävention leicht unter dem EU-Durchschnitt.

Abbildung 8. Österreich gibt für stationäre Versorgung mehr aus als der EU-Durchschnitt, aber weniger in anderen Bereichen



Hinweis: Die Kosten für die Verwaltung des Gesundheitssystems sind nicht enthalten. 1. Beinhaltet kurative und rehabilitative Gesundheitsversorgung in Krankenhäusern und anderen Einrichtungen; 2. Beinhaltet häusliche Pflege und Nebenleistungen (z. B. Krankentransport); 3. Beinhaltet nur die gesundheitliche Komponente; 4. Beinhaltet nur den ambulanten Markt; 5. Beinhaltet nur Ausgaben für organisierte Präventionsprogramme. Der EU-Durchschnitt wurde gewichtet. Quellen: OECD-Gesundheitsstatistik 2021, Eurostat-Datenbank (die Daten beziehen sich auf 2019).

Die Zahl der Ärzte ist vergleichsweise hoch, der Anteil der Allgemeinmediziner jedoch gering

Österreich hatte 2019 mit 5,3 Ärzten pro 1 000 Einwohner die zweithöchste Rate an Ärzten in der EU, verglichen mit dem EU-Durchschnitt von 3,9 (Abbildung 9). Diese Quote ist seit dem Jahr 2000, als sie noch bei 3,9 lag, gestiegen. Allerdings ist der Anteil der Allgemeinmediziner im gleichen Zeitraum kontinuierlich gesunken und gehört heute zu den niedrigsten in der EU (14 % aller Ärzte, gegenüber 21 % in der EU im Jahr 2019). Darüber hinaus wird der Ärztestand zunehmend älter: Das Durchschnittsalter der Allgemeinmediziner betrug im Jahr 2019 50 Jahre, bei den Fachärzten waren es 52 Jahre (ÖGK, 2021). Bis 2025 werden voraussichtlich rund 60 % der Vertragsärzte für Allgemeinmedizin das Pensionsalter erreichen (BMASGK, 2019). Eine der Hauptprioritäten des österreichischen Aufbau- und Resilienzplans ist die Attraktivierung der Primärversorgung, um mehr Primärversorgungseinheiten zu schaffen (siehe Abschnitt 5.3).

Auch die Zahl der Pflegekräfte pro 1 000 Einwohner liegt über dem EU-Durchschnitt (10,4 in Österreich gegenüber 8,4 pro 1 000 Einwohner in der EU im Jahr 2019).

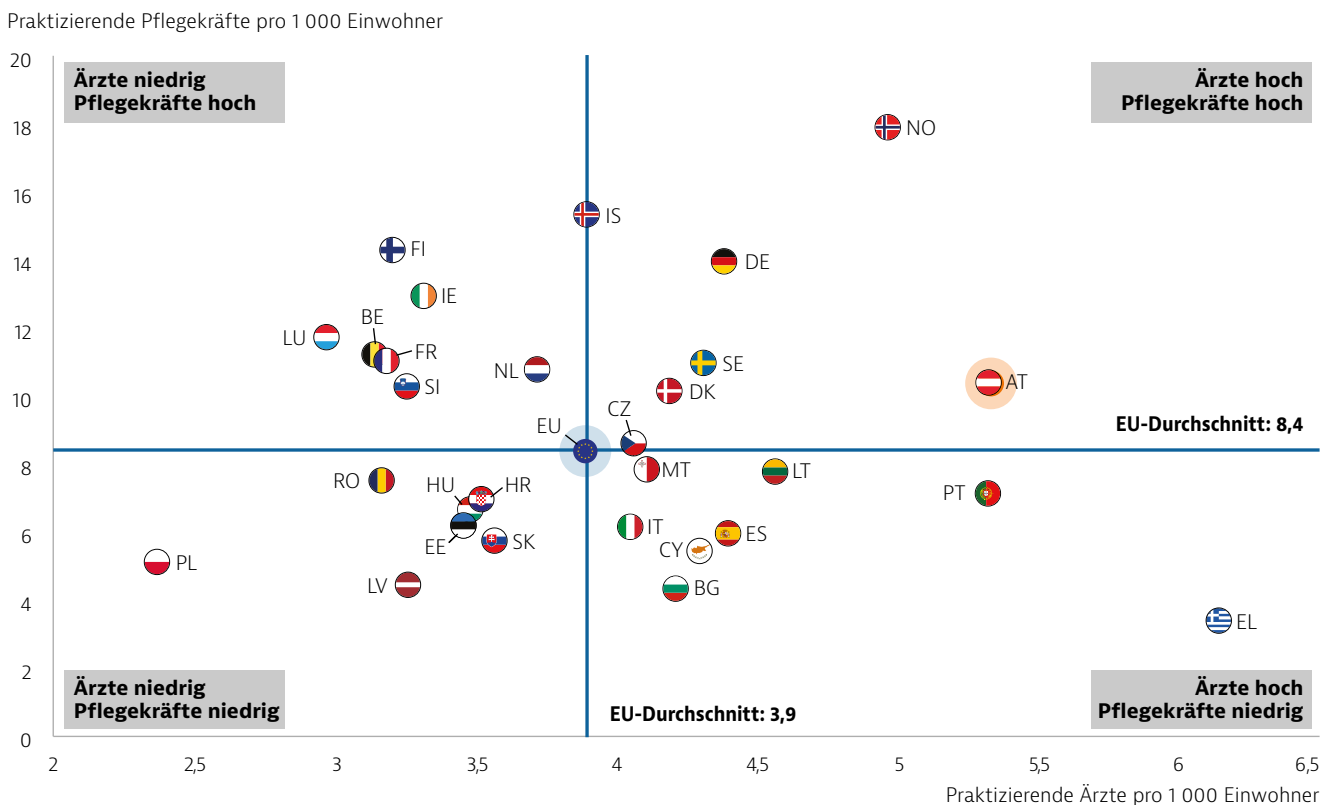
Die Erbringung von Gesundheitsdienstleistungen ist nach wie vor sehr krankenhauszentriert

Die Erbringung von Gesundheitsdienstleistungen in Österreich zeichnet sich durch die freie Wahl der Dienstleister und den uneingeschränkten Zugang zu allen Versorgungsebenen (Allgemeinmediziner, Fachärzte und Krankenhäuser) aus. Österreich hat einen sehr großen stationären Sektor mit 7,2 Krankenhausbetten pro 1 000 Einwohner im Jahr 2019. Das ist nach Deutschland und Bulgarien die dritthöchste Zahl in der EU und liegt deutlich über dem EU-Durchschnitt von 5,3 Betten pro 1 000 Einwohner. Dieser Umstand stellt einen wesentlichen Grund dar, weshalb Krankenhausentlassungsraten sowie Ausgaben für die stationäre Versorgung in Österreich zu den höchsten in der EU gehören.

Österreich hat weitere Fortschritte bei der Einführung von eHealth-Instrumenten erzielt

Die universelle elektronische Gesundheitsakte und ihre Anwendungen „e-Medikation“ und „e-Befunde“ haben seit ihrer Einführung im Jahr 2014 erhebliche Fortschritte verbucht. Die elektronische Gesundheitsakte wurde in allen Bundesländern eingeführt und war im Jahr 2020 in fast allen österreichischen Apotheken, 86 % der ambulanten Praxen und 76 % der Krankenhäuser im Einsatz. Außerdem wurden bedeutende Fortschritte bei der Einführung des elektronischen Impfpasses erzielt, der im Rahmen der COVID-19-Impfkampagne priorisiert wurde (siehe auch Abschnitt 5.3).

Abbildung 9. Österreich hat mehr Ärzte und Pflegekräfte als die EU im Durchschnitt



Hinweis: Der EU-Durchschnitt ist ungewichtet. In Portugal und Griechenland beziehen sich die Daten auf alle approbierten Ärzte, was zu einer großen Überschätzung der Anzahl der praktizierenden Ärzte führt (z. B. etwa 30 % in Portugal). In Griechenland wird die Zahl der Pflegekräfte unterschätzt, da nur in Krankenhäusern tätige Pflegekräfte berücksichtigt werden.

Quelle: Eurostat-Datenbank (die Daten beziehen sich auf 2019 oder das nächstgelegene Jahr).

5 Leistung des Gesundheitssystems

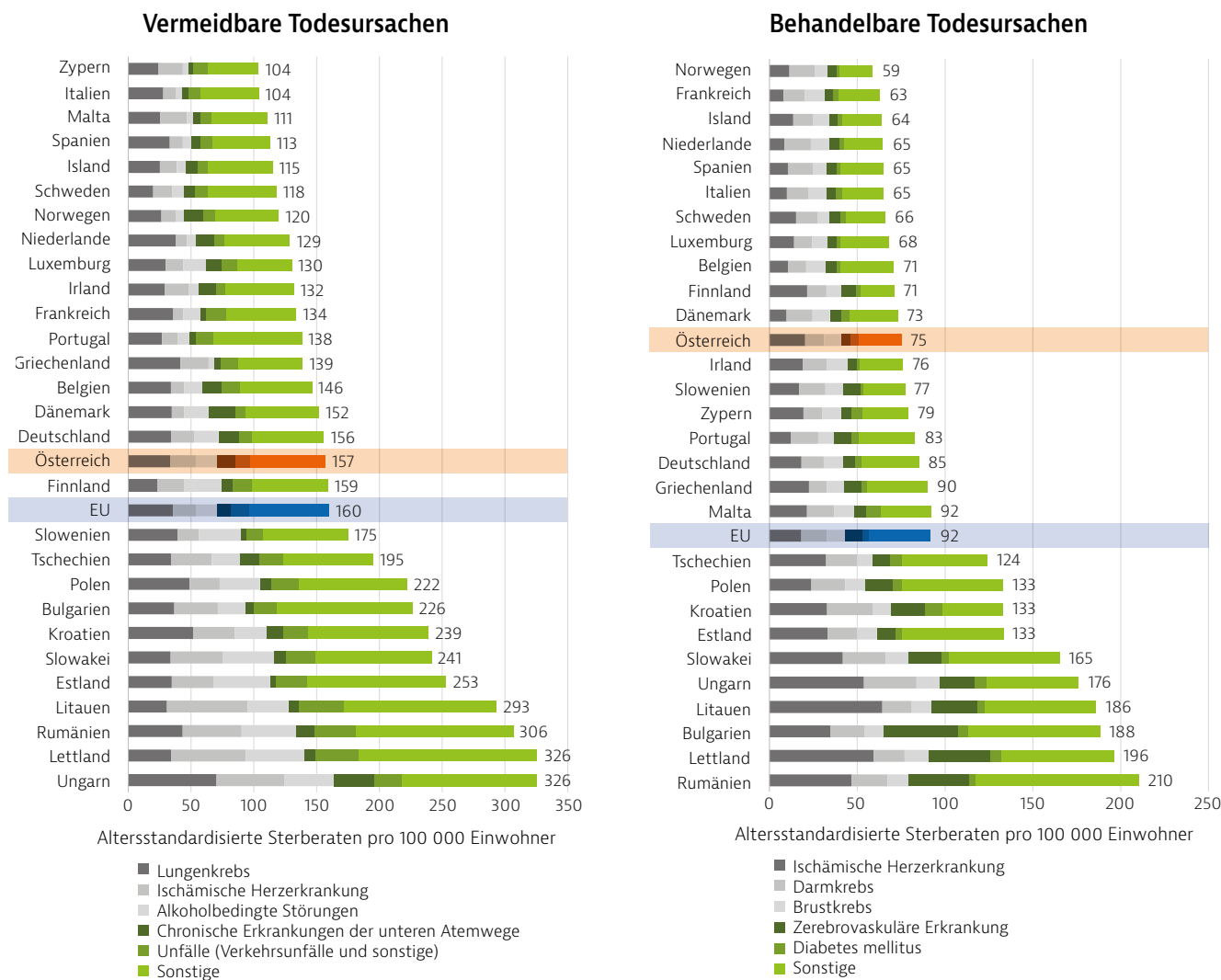
5.1 Wirksamkeit

Bei der Verringerung der Sterblichkeit aufgrund vermeidbarer und behandelbarer Ursachen sind Verbesserungen möglich

Das österreichische Gesundheitssystem ist relativ wirksam bei der Vermeidung von Todesfällen aufgrund von Ursachen, die bei frühzeitiger und wirksamer Gesundheitsversorgung behandelbar sind. Obwohl die Sterblichkeit aufgrund behandelbarer Ursachen im Jahr 2018 unter dem EU-Durchschnitt lag, weisen mehrere andere westeuropäische Länder dennoch niedrigere Raten auf (Abbildung 10). Die ischämische Herzerkrankung, Darmkrebs und Brustkrebs waren die häufigsten behandelbaren Ursachen von Todesfällen, die durch eine frühere Diagnose und eine frühzeitige und wirksame Behandlung reduziert werden könnten.

Die vermeidbare Sterblichkeit in Österreich war 2018 ebenfalls niedriger als im EU-Durchschnitt, aber dennoch rund 33 % höher als bei den fünf leistungsstärksten Ländern. Lungenkrebs, die ischämische Herzerkrankung, alkoholbedingte Erkrankungen und chronische Atemwegserkrankungen machten die meisten vermeidbaren Todesursachen aus. Stärkere Präventionsmaßnahmen und größere Anstrengungen im Bereich der öffentlichen Gesundheit könnten dazu beitragen, die vermeidbare Sterblichkeit zu verringern.

Abbildung 10. Durch wirksame Prävention und Behandlung könnten mehr Todesfälle vermieden werden



Hinweis: Die vermeidbare Sterblichkeit bezieht sich auf Todesfälle, die überwiegend durch Maßnahmen des öffentlichen Gesundheitswesens und der Primärprävention vermieden werden können. Die behandelbare Sterblichkeit bezieht sich auf Todesfälle, die überwiegend durch Maßnahmen der Gesundheitsversorgung, einschließlich Screenings und Behandlungen, vermieden werden können. Bei einigen Krankheiten (z. B. der ischämischen Herzerkrankung und zerebrovaskulären Erkrankungen) ist die Hälfte aller Todesfälle auf vermeidbare Sterblichkeit zurückzuführen; die andere Hälfte ist behandelbaren Ursachen zuzuschreiben. Beide Indikatoren beziehen sich auf die vorzeitige Sterblichkeit (in einem Alter von unter 75 Jahren). Die Daten basieren auf den überarbeiteten OECD-/Eurostat-Listen.
 Quelle: Eurostat-Datenbank (die Daten beziehen sich auf 2018, mit Ausnahme der Daten für Frankreich, die sich auf 2016 beziehen).

Ungesunde Lebensweisen stellen nach wie vor eine wesentliche Herausforderung für die öffentliche Gesundheit dar

Wie in Abschnitt 3 ausgeführt, liegt der Tabak- und Alkoholkonsum in Österreich weiterhin über dem EU-Durchschnitt. Die Maßnahmen Österreichs gegen Alkoholmissbrauch umfassen Werbebeschränkungen und relativ strenge Strafen bei Alkohol am Steuer; allerdings sind die Maßnahmen zur Verringerung der Verfügbarkeit von Alkohol für Jugendliche und Minderjährige weniger strikt als in anderen EU-Ländern.

Maßnahmen zur Verhinderung und Eindämmung des Rauchens wurden langsamer umgesetzt als in vielen anderen EU-Ländern, doch seit Kurzem sind lang geplante Reformen in Kraft getreten, darunter ein seit November 2019 geltendes vollständiges Rauchverbot in Innenräumen von Restaurants und Bars (Burki, 2019).

In der Gesundheitsförderungsstrategie von 2014 wurde der Schwerpunkt stärker auf Prävention und Gesundheitsförderung gelegt. Dazu gehört auch die Einrichtung von Gesundheitsförderungsfonds in jedem Bundesland, die bis 2022 jährlich mit 15 Mio. EUR unterstützt werden und der Gesundheitsförderung und Prävention dienen. Mindestens zwei Drittel der Mittel müssen in die Prävention für bestimmte Zielgruppen oder Aktivitäten fließen, darunter für frühe Kindheit (gesunde Kinderkrippen, Kindergärten und Schulen), die Stärkung der Gesundheitskompetenz und die Förderung des Wohlbefindens älterer Menschen (BMSGK, 2019).

Die Impfraten gegen die saisonale Grippe bei älteren Menschen lagen unter dem EU-Durchschnitt, stiegen aber 2020 an

Österreichs Impfrate gegen die saisonale Grippe bei Menschen ab 65 Jahren war 2019 eine der niedrigsten in der EU: Nicht einmal ein Fünftel der Menschen in dieser Gruppe mit höherem Risiko wurde geimpft (18 %). Diese Zahl entspricht weniger als der Hälfte des EU-Durchschnitts von etwa 40 %. Eine während der COVID-19-Pandemie von der Regierung durchgeführte Erhebung deutet jedoch darauf hin, dass die Nachfrage nach Grippeimpfungen im Jahr 2020 ein Rekordniveau erreicht hat. Das Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz hat das Volumen der bestellten Grippeimpfstoffe für die Grippesaison 2020/21 im Vergleich zur letzten Saison mehr als verdoppelt.

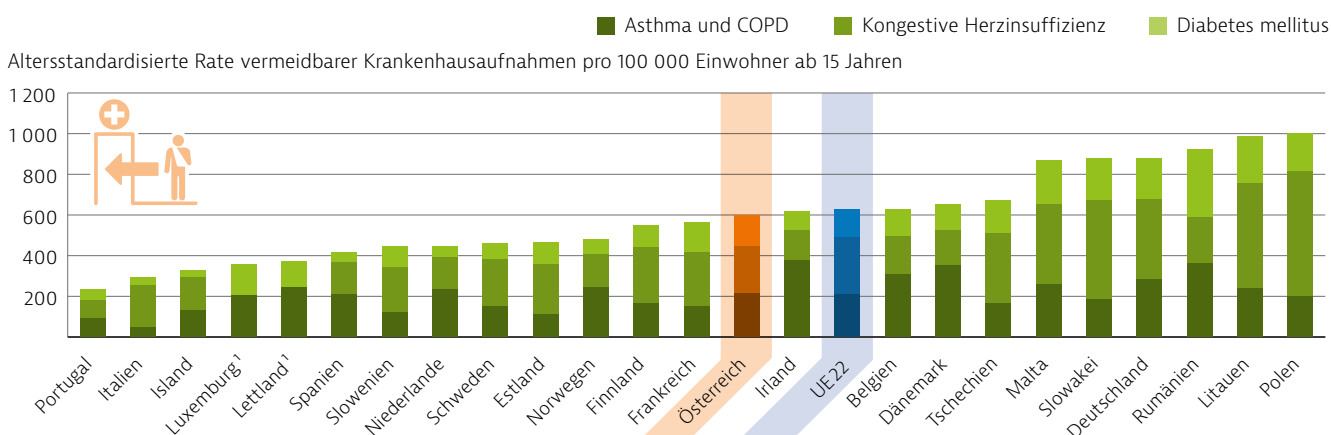
Reformen der Primärversorgung sollen die Versorgung von Menschen mit chronischen Erkrankungen verbessern

Österreichs Gesundheitssystem ist nach wie vor krankenzentriert, und potenziell vermeidbare

Krankenhausaufnahmen für chronische Erkrankungen sind in Österreich traditionell höher als in den meisten anderen europäischen Ländern. Für Asthma und chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD), kongestive Herzinsuffizienz und Diabetes wurden im Jahr 2019 beinahe 600 Krankenhausaufnahmen pro 100 000 Erwachsene verzeichnet (Abbildung 11). Diese höheren Krankenhausaufnahmeraten für chronische Erkrankungen lassen darauf schließen, dass die Primärversorgung verbessert werden kann.

Im Jahr 2017 wurden Reformen implementiert mit dem Ziel, die Primärversorgung unter anderem durch die Schaffung interdisziplinärer Primärversorgungseinheiten zu stärken. Diese sollen den sich wandelnden Bedürfnissen der Bevölkerung gerecht werden, insbesondere durch mehr Unterstützung für Menschen mit chronischen Erkrankungen in Bezug auf Behandlungsmöglichkeiten und Öffnungszeiten. Die Reformen umfassten finanzielle und logistische Unterstützung für die Einrichtung interdisziplinärer Versorgungsteams. Bis Mitte 2021 wurden 32 Primärversorgungseinheiten errichtet, mit dem Ziel bis Ende des Jahres die Zahl auf 75 zu erhöhen.

Abbildung 11. Die Zahlen vermeidbarer Krankenhausaufnahmen sind in Österreich relativ hoch



Hinweis: 1. Für Lettland und Luxemburg liegen keine Daten zur kongestiven Herzinsuffizienz vor.
Quelle: OECD-Gesundheitsstatistik 2021 (die Daten beziehen sich auf 2019 oder das nächstgelegene Jahr).

Die Krebsfrüherkennungs- und -überlebensraten sind hoch, doch die Vorsorgeuntersuchungen gingen während der Pandemie deutlich zurück

Österreich hat 2014 sein nationales Krebsrahmenprogramm verabschiedet. Das Programm umfasst sechs strategische Ziele, die über einen Zeitraum von 5–10 Jahren schrittweise umgesetzt werden sollen:

1. verringerte Inzidenz bei Krebserkrankungen durch Prävention und Gesundheitsförderung;
2. verringerte Sterblichkeit bei Krebserkrankungen und längeres Überleben durch zeitgerechte Früherkennung, Diagnostik und Behandlung;
3. Verbesserung der bzw. Erhalt von hoher Lebensqualität der an Krebs Erkrankten sowie auch für Angehörige und Bezugspersonen;

4. gleicher Zugang zu allen Versorgungsstrukturen unabhängig vom sozioökonomischen Status und Hintergrund;
5. hochwertige Daten und verbesserte evidenzbasierte Information;
6. Förderung der Krebsforschung.

Das österreichische nationale Krebsrahmenprogramm entspricht damit weitgehend den Hauptsäulen von Europas Plan gegen den Krebs (Europäische Kommission, 2021a).

Österreich schneidet bei der Krebserkennung und -behandlung im Allgemeinen besser ab als viele andere europäische Länder. Die Screening-Raten für Brustkrebs sowie die Fünf-Jahres-Nettoüberlebensraten für Prostata-, Brust-, Gebärmutterhals-, Darm- und Lungenkrebs liegen über dem EU-Durchschnitt (Abbildung 12).

Im Jahr 2019 gaben 75 % der Frauen im Alter von 50–69 Jahren an, innerhalb der letzten zwei Jahre ein Brustkrebs-Screening gemacht zu haben, was deutlich höher ist als der EU-Durchschnitt von 57 %. Im selben Jahr erklärten 85 % der Frauen im Alter von 20–69 Jahren, sich einem Gebärmutterhalskrebs-Screening unterzogen zu haben. Das ist ebenfalls mehr als in den meisten anderen EU-Ländern.

Die COVID-19-Pandemie führte jedoch zu einem drastischen Rückgang der Screening-Raten. So sind beispielsweise Koloskopien im ersten Halbjahr 2020 gegenüber dem ersten Halbjahr 2019 um 34 % zurückgegangen (Hinterberger et al., 2021).

Abbildung 12. Die Fünf-Jahres-Nettoüberlebensraten deuten auf eine gute Versorgung von Krebskranken hin



Prostatakrebs
Österreich: 90 %
EU23: 87 %



Brustkrebs
Österreich: 85 %
EU23: 82 %



Gebärmutterhalskrebs
Österreich: 64 %
EU23: 63 %



Darmkrebs
Österreich: 64 %
EU23: 60 %



Lungenkrebs
Österreich: 20 %
EU23: 15 %

Hinweis: Die Daten beziehen sich auf Personen, die zwischen 2010 und 2014 eine Diagnose erhalten haben. Kinderleukämie bezieht sich auf akute Lymphoblastenleukämie.

Quelle: CONCORD Programme, London School of Hygiene and Tropical Medicine.

5.2 Zugang

Trotz einer nahezu flächendeckenden Gesundheitsversorgung bestehen immer noch kleine Lücken

Die Krankenversicherung ist in Österreich verpflichtend, und die Verwaltungsdaten deuten auf einen äußerst hohen Deckungsgrad hin: 2019 waren 99,9 % der Bevölkerung über einen der Sozialversicherungsträger versichert. Die Kosten für die Versorgung im Zusammenhang mit COVID-19 wurden für alle Krankenversicherten vollständig übernommen. Trotz der nahezu flächendeckenden Gesundheitsversorgung besteht für einige Bevölkerungsgruppen ein höheres Risiko, nicht versichert zu sein. Dazu gehören ältere Studierende, die nicht als unterhaltsberechtigter gelten, nicht registrierte Asylbewerber, Arbeitslose und Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen (Czypionka, Röhrling & Six, 2018; Fuchs, Hollan & Schenk, 2017).

Selbstzahlungen betreffen hauptsächlich die ambulante medizinische Versorgung, Arzneimittel und Langzeitpflege

Etwa 75 % aller Gesundheitsausgaben in Österreich wurden 2019 öffentlich finanziert, während 18 % auf Selbstzahlungen privater Haushalte entfielen und die restlichen 7 % im Rahmen freiwilliger Krankenversicherungen und anderer Regelungen für freiwillige Vorauszahlungen (wie Finanzierungsregelungen von Unternehmen und Nichtregierungsorganisationen) finanziert wurden. Die Selbstzahlungen entfielen hauptsächlich auf ambulante medizinische Versorgung, Arzneimittel, Langzeitpflege und zahnärztliche Versorgung (siehe Abbildung 13).

Im Jahr 2015 ergaben sich für etwa 3 % der österreichischen Haushalte katastrophale Ausgaben¹. Der Großteil von ihnen gehörte zum ärmsten Quintil der Bevölkerung (Czypionka, Röhrling & Six, 2018; Fuchs, Hollan & Schenk, 2017).

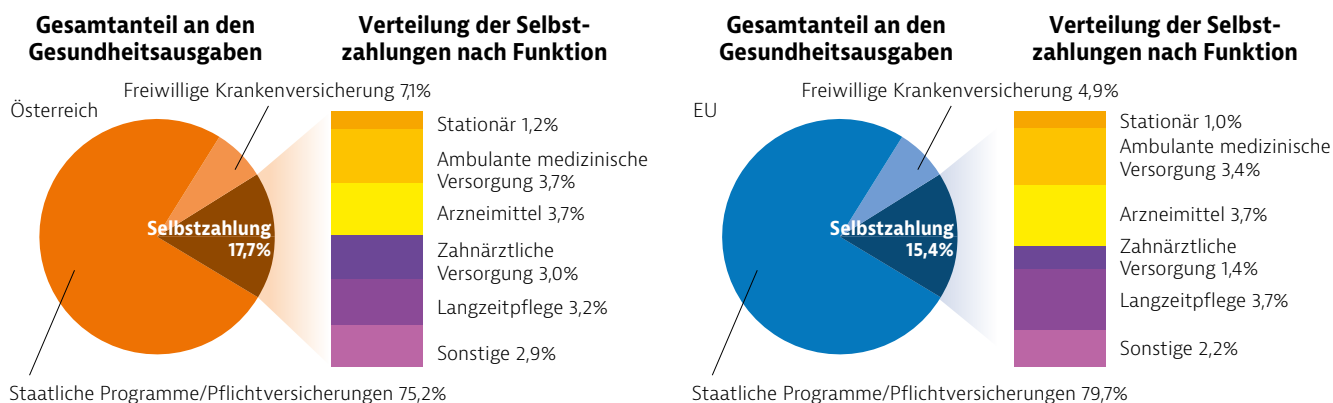
Trotz der jüngsten Reformen ist die Leistungsabdeckung nicht vollständig harmonisiert

Mit der Versicherungsreform 2020, mit der die bisherigen 18 Sozialversicherungsträger auf fünf reduziert wurden (darunter die ÖGK, in der 7,2 Millionen Menschen oder 82 % der Bevölkerung erfasst sind), sollten die Unterschiede in der Leistungsabdeckung verringert werden, und zwar sowohl regional – durch die Fusion der bisherigen 9 Gebietskrankenkassen zur ÖGK – als auch zwischen den speziellen Sozialversicherungsträgern.

Dennoch ist die Leistungsabdeckung noch nicht vollständig harmonisiert; dieser Prozess könnte bis mindestens 2024 andauern. Obwohl das Leistungspaket der neuen Krankenkasse ursprünglich nach oben hin harmonisiert werden sollte, um sicherzustellen, dass kein Patient Leistungen verliert, die er zuvor bei seinem regionalen Träger in Anspruch nehmen konnte, deckten die kurz vor der Fusion im Januar 2020 geschlossenen Vereinbarungen nicht alle Leistungen ab. Insbesondere Leistungen im Zusammenhang mit Psychotherapie wurden zunächst ausgeschlossen, obwohl erhebliche Unterschiede bei den abgedeckten Leistungen und den Erstattungsbeträgen zwischen den Regionen und Trägern bestanden. Beispielsweise wurde der Erstattungsbetrag für psychotherapeutische Leistungen in der Sozialversicherung der Selbstständigen im April 2020 nahezu verdoppelt: von 21 EUR auf 40 EUR pro Sitzungsstunde. Dieser Erstattungsbetrag ist um 43 % höher als jener der ÖGK-Mitglieder, die für dieselbe Leistung 28 EUR erhalten. 2020 kündigte die ÖGK an, die öffentlichen Mittel für psychotherapeutische Leistungen um 30 % zu erhöhen, um den Zugang in allen Regionen zu verbessern.

¹ Katastrophale Ausgaben sind definiert als Selbstzahlungen privater Haushalte, die 40 % der gesamten Haushaltsnettoausgaben für elementare Bedürfnisse (d. h. Lebensmittel, Wohnung und Nebenkosten) überschreiten.

Abbildung 13. Selbstzahlungen betreffen hauptsächlich die ambulante medizinische Versorgung, Arzneimittel und Langzeitpflege



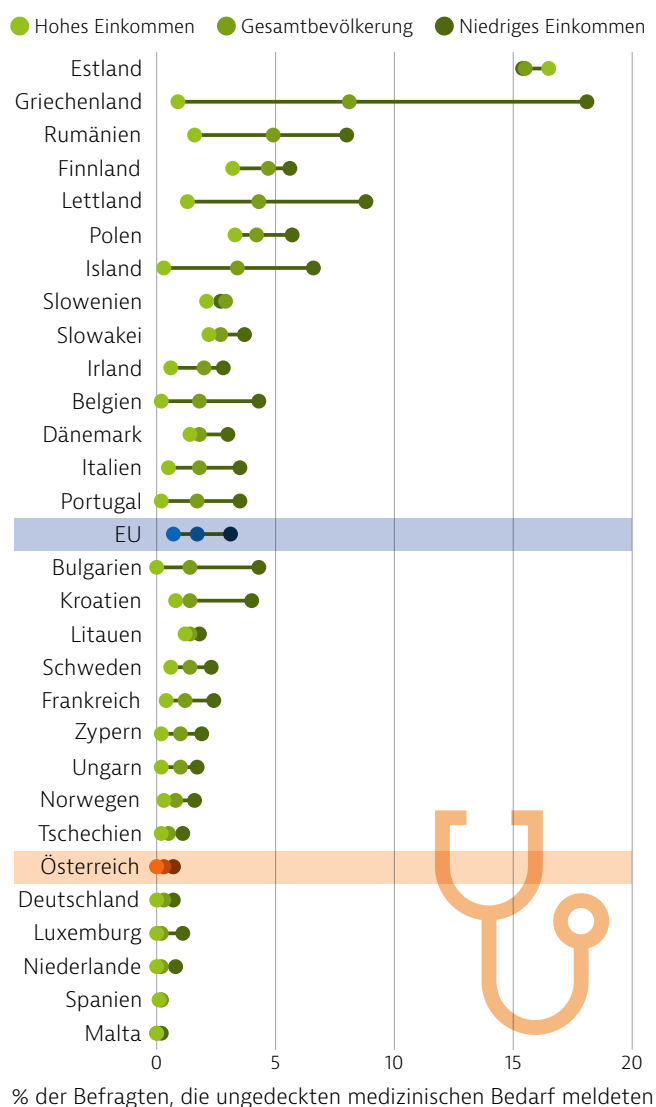
Hinweis: Die freiwillige Krankenversicherung schließt auch andere Regelungen für freiwillige Vorauszahlungen ein. Der EU-Durchschnitt wurde gewichtet. Quellen: OECD-Gesundheitsstatistik 2021, Eurostat-Datenbank (die Daten beziehen sich auf 2019).

Obwohl das Budget der ÖGK im Jahr 2021 ausgeglichen blieb, werden für die kommenden Jahre aufgrund der COVID-19-Pandemie und der daraus resultierenden Wirtschaftskrise Defizite prognostiziert. Die Gesundheitskasse sucht daher nach Möglichkeiten für die Konsolidierung der Finanzmittel, um die Finanzierungslücke zu schließen, ohne dabei die Leistungen für Patienten zu kürzen. Die ÖGK hat im Zuge der Ausarbeitung einer Honorarordnung für Ärzte begonnen, Alternativen zur Harmonisierung aller Leistungen nach oben auszuloten.

Der ungedeckte Bedarf an medizinischer Versorgung war vor der Pandemie gering, und Ungleichheiten beim Zugang waren relativ selten anzutreffen

Im Vergleich zu den meisten EU-Ländern wies Österreich vor der Pandemie einen niedrigen ungedeckten Bedarf an medizinischer Versorgung auf; auch Ungleichheiten aufgrund des sozioökonomischen Status kamen selten vor. Nur 0,3 % der Bevölkerung meldeten für 2019 einen ungedeckten Versorgungsbedarf aufgrund von Kosten, Entfernungen oder Wartezeiten (Abbildung 14). Bei den Erwachsenen im untersten Einkommensquintil fiel die Zahl etwas höher aus (0,7 %), lag aber deutlich unter dem EU-Durchschnitt (3,1 %).

Abbildung 14. In Österreich wurde vor der Pandemie fast kein ungedeckter Bedarf an medizinischer Versorgung gemeldet



Hinweis: Die Daten beziehen sich auf ungedeckten Bedarf an medizinischen Untersuchungen oder Behandlungen aufgrund von Kosten, Entfernungen oder Wartezeiten. Beim Vergleich dieser Daten zwischen den Ländern ist Vorsicht geboten, da es bei den eingesetzten Erhebungsinstrumenten einige Unterschiede gibt. Quelle: Eurostat-Datenbank, auf der Grundlage der EU-SILC (die Daten beziehen sich auf 2019, mit Ausnahme der Daten für Island, die sich auf 2018 beziehen).

Die COVID-19-Pandemie führte zu verspäteter und unterlassener Versorgung, aber auch zu einem Anstieg der Inanspruchnahme von Telekonsultationsleistungen

Die Nachfrage nach COVID-19-bezogener Versorgung und die Einführung von Eindämmungsmaßnahmen während der Pandemie führten zu verzögerten Konsultationen und Behandlungen sowie zu einem Anstieg des ungedeckten Bedarfs. Eine im Februar/März 2021 durchgeführte Eurofound-Erhebung ergab, dass 12 % der Befragten in Österreich in den ersten zwölf Monaten der Pandemie eine Untersuchung oder Behandlung nicht erhielten, als sie dies für nötig empfanden. Das liegt unter dem EU-Durchschnitt von 21 % (Eurofound, 2021)².

Obwohl ambulante Arztpraxen während des ersten Lockdowns grundsätzlich offen blieben, wurde die Bevölkerung insbesondere zu Beginn der Pandemie aufgefordert, nur in dringenden Fällen einen Arzt aufzusuchen, um den physischen Kontakt zwischen Patienten und Gesundheitsdienstleistern zu begrenzen. Eine nationale repräsentative Umfrage unter Erwachsenen im erwerbsfähigen Alter ergab, dass der ungedeckte Bedarf an medizinischer Versorgung aufgrund geschlossener Arztpraxen mit dem Fortschreiten der Pandemie (zwischen Juni 2020 und Januar 2021) abnahm. Im Januar 2021 gaben jedoch immer noch 7–8 % der Befragten aufgeschobene Eingriffe als Grund für ungedeckten medizinischen Bedarf an.

Gleichzeitig wurde die Nutzung von Telekonsultationsdiensten ausgeweitet. Laut der Eurofound-Erhebung holten 35 % der Österreicher in den ersten zwölf Monaten der Pandemie online oder per Telefon ärztlichen Rat ein. Das ist unter dem EU-Durchschnitt von 44 %.



Der Zugang zu Arzneimitteln wurde in den letzten Jahren durch Engpässe erschwert

Wie in vielen anderen EU-Ländern haben Arzneimittelengpässe auch in Österreich in den letzten Jahren zugenommen. Zwischen 2017 und 2019 wurden rund 700 Meldungen über Arzneimittelengpässe erfasst – mehr als dreimal so viele wie in Deutschland. Im April 2020 wurde in Österreich ein früheres freiwilliges Register durch ein verpflichtendes nationales Register ersetzt, um Engpässe zu melden, wobei voraussichtliche Lieferengpässe mindestens zwei Monate im Voraus zu melden sind. Engpässe mit einer Mindestdauer von zwei Wochen müssen in das Register eingetragen werden (Vogler & Fischer 2020).

Die Verschreibung von Generika ist von entscheidender Bedeutung, wenn es darum geht, den Zugang der Bevölkerung und der Kostenträger zu erschwinglichen Arzneimitteln zu gewährleisten. Mit 57 % des Gesamtvolumens an Arzneimitteln im Jahr 2019 lag der Anteil der in Österreich verwendeten Generika über dem EU-Durchschnitt von 49 %, aber deutlich unter dem Anteil von Deutschland (83 %) oder den Niederlanden (78 %). Generikasubstitution durch Apotheker ist nicht erlaubt. Darüber hinaus dürfen Ärzte und Ärztinnen nicht den Wirkstoffnamen verschreiben, die Verordnung hat per Handelsnamen zu erfolgen. (Gesundheit Österreich, 2020). Es wird eine Rezeptgebühr (derzeit 6,30 EUR) für alle verschriebenen Arzneimittel erhoben, deren Preis die Rezeptgebühr übersteigt. Diese Selbstzahlungen werden jedoch gedeckelt, wenn die gesamten Rezeptgebühren 2 % des Jahresnettoeinkommens übersteigen; darüber hinaus sind bestimmte Bevölkerungsgruppen von der Gebühr befreit, etwa Personen mit weniger als 909 EUR monatlichem Nettoeinkommen (1 046 EUR netto für Personen mit hohem Arzneimittelbedarf) oder Personen mit meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten.

Während der COVID-19-Krise haben die österreichischen Sozialversicherungsträger den Einsatz elektronischer Verschreibungen und telemedizinischer Dienste ausgeweitet, um die Kontinuität der Verschreibungen für die Patienten zu gewährleisten, indem sie Vertragsärzten die Möglichkeit gaben, Verschreibungen ohne physischen Besuch auszustellen und die Rezepte elektronisch an die Apotheken zu übermitteln (OECD, 2021).

Die allgemeinen Ziele der Arzneimittelpolitik in Österreich stehen im Einklang mit der neuen EU-Arzneimittelstrategie für Europa, die den Zugang zu erschwinglichen Arzneimitteln für Patienten sicherstellen soll (Kasten 2).

²: Die Daten der Eurofound-Erhebung sind aufgrund unterschiedlicher methodischer Grundlagen nicht mit denen der EU-SILC-Erhebung vergleichbar.

Kasten 2: Die Europäische Kommission hat eine Arzneimittelstrategie zur Verbesserung des Zugangs in Europa angenommen

Im November 2020 verabschiedete die Europäische Kommission eine Arzneimittelstrategie für Europa (Europäische Kommission, 2020). Ziel ist es, den Zugang der Patienten zu innovativen und erschwinglichen Arzneimitteln zu sichern und die Wettbewerbsfähigkeit, Innovationsfähigkeit und Nachhaltigkeit der Arzneimittelindustrie in der EU zu fördern. Im Rahmen der Strategie soll die Fähigkeit Europas verbessert werden, den Arzneimittelbedarf, auch in Krisenzeiten, durch solide Lieferketten zu decken. Sie gründet auf vier Säulen:

- Gewährleistung des Zugangs der Patienten zu erschwinglichen Arzneimitteln und Deckung des ungedeckten medizinischen Bedarfs (z. B. in den Bereichen antimikrobielle Resistenzen, Krebs, seltene Krankheiten);
- Förderung von Wettbewerbsfähigkeit, Innovation und Nachhaltigkeit der Arzneimittelindustrie in der EU und der Entwicklung hochwertiger, sicherer, wirksamer und umweltfreundlicherer Arzneimittel;
- Verbesserung der Mechanismen der Krisenvorsorge und -reaktion und Inangriffnahme der Versorgungssicherheit;
- Gewährleistung einer starken Stimme der EU auf der Weltbühne durch Förderung hoher Qualitäts-, Wirksamkeits- und Sicherheitsnormen.

Die Strategie sieht eine verstärkte Zusammenarbeit zwischen den nationalen Behörden in Bezug auf die Preisfestsetzungs-, Zahlungs- und Beschaffungspolitik vor, um die Erschwinglichkeit und Kostenwirksamkeit von Arzneimitteln zu verbessern.

5.3 Anpassungsfähigkeit

Schwerpunkt dieses Abschnitts über die Anpassungsfähigkeit sind die Auswirkungen der COVID-19-Pandemie und die damit zusammenhängenden Reaktionen³. Wie in Abschnitt 2 dargelegt, hatte die COVID-19-Pandemie in Österreich im Jahr 2020 und in der ersten Hälfte des Jahres 2021 wie in den meisten anderen EU-Ländern erhebliche Auswirkungen auf die Gesundheit und Sterblichkeit der Bevölkerung. Die restriktiven Maßnahmen zur Eindämmung der Pandemie hatten auch enorme Folgen für die Wirtschaft. Das österreichische BIP sank 2020 um 6,6 %, was in etwa dem EU-Durchschnitt entspricht, und wird den Prognosen zufolge bis 2022 unter dem Niveau von 2019 bleiben. Die Arbeitslosenquote stieg von 4,5 % im Jahr 2019 auf 5,4 % im Jahr 2020, wobei der Anstieg bei jungen Menschen besonders stark war.

Zur Bekämpfung der Pandemie wurde eine Reihe von Eindämmungsmaßnahmen ergriffen

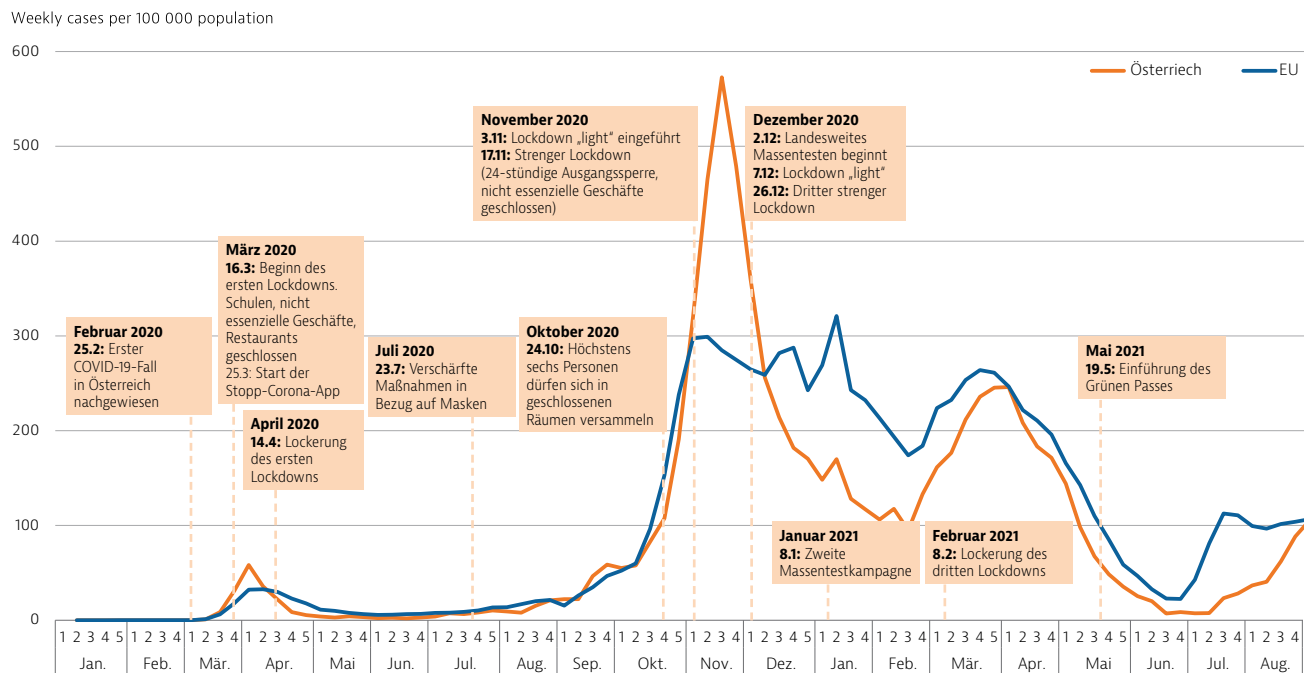
Die ersten COVID-19-Fälle in Österreich wurden im Februar 2020 nachgewiesen (Abbildung 15). Die gescheiterte Kontrolle des Ausbruchs im Skigebiet Ischgl trug vermutlich zur Ausbreitung des Virus in mehreren anderen europäischen Ländern bei. Die Behörden rieten ab Ende Februar zur räumlichen Distanzierung und führten am 10. März strengere Eindämmungsmaßnahmen ein, darunter die Durchführung von Kontrollen an der italienischen Grenze, die Begrenzung der Teilnehmerzahl öffentlicher Veranstaltungen (zunächst auf 500 Personen im Freien und 100 Personen in geschlossenen Räumen) und die Schließung von Universitäten, wobei der Präsenz- durch Online-Unterricht ersetzt wurde. In der darauffolgenden Woche (16. März) wurden weitere Maßnahmen ergriffen, darunter die Schließung von nicht essenziellen Geschäften, Restaurants, Bars und Cafés; die Schließung aller Bildungseinrichtungen vom Kindergarten bis zur Universität; und eine landesweite Ausgangssperre.

³: In diesem Zusammenhang wurde die Anpassungsfähigkeit von Gesundheitssystemen definiert als die Fähigkeit, sich auf Schocks vorzubereiten, diese zu bewältigen (absorbieren, anpassen und transformieren) und schließlich aus ihnen zu lernen (HSPA, 2020).

Es folgten weitere Beschränkungen, darunter die Einschränkung der Öffnungszeiten für essenzielle Geschäfte; die nachdrückliche Empfehlung, nach Möglichkeit auf Telearbeit umzusteigen; die Schließung von Langzeitpflegeeinrichtungen für den Großteil der Besucher; und das verpflichtende Tragen einer Maske in bestimmten geschlossenen Räumen, einschließlich öffentlicher Verkehrsmittel und Geschäfte. Der Erfolg des ersten Lockdowns führte dazu, dass Österreich als eines der ersten Länder in Europa eine Lockerung der Eindämmungsmaßnahmen ankündigte. Die Ausgangsbeschränkungen wurden ab Ende April 2020 schrittweise aufgehoben, obwohl bestimmte Maßnahmen – wie etwa eine Maskenpflicht – weiterhin in Kraft blieben.

Nach der zweiten Welle der Pandemie im Herbst 2020 wurde im November 2020 ein zweiter strenger Lockdown verhängt; ein dritter allgemeiner Lockdown begann am 26. Dezember 2020 und blieb bis Februar 2021 in Kraft. Die späteren Lockdowns trugen erheblich zur Verringerung der COVID-19-Fälle bei, wenngleich die Pandemie nicht vollständig unterdrückt wurde. Ab Mai 2021 war der Nachweis einer Impfung, eines kürzlich durchgeführten negativen Tests oder einer früheren COVID-19-Infektion für den Zutritt zu vielen öffentlichen Einrichtungen erforderlich, darunter Restaurants und Bars, Hotels, Sportanlagen und viele Unterhaltungseinrichtungen.

Abbildung 15. Die drei Lockdowns in Österreich trugen zum Rückgang der COVID-19-Fälle bei



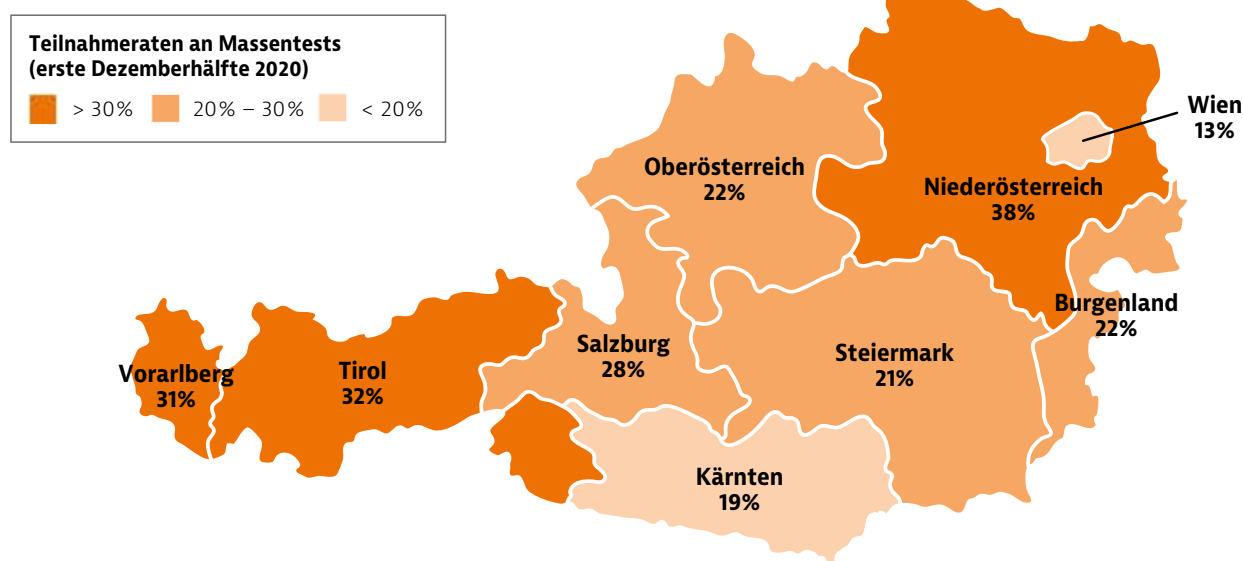
Hinweis: Der EU-Durchschnitt ist ungewichtet (die Anzahl der Länder, die für den Durchschnitt herangezogen werden, variiert je nach Woche). Die Abbildung umfasst nicht die im November 2021 ergriffenen Maßnahmen zur Kontrolle der vierten Welle.
 Quellen: ECDC für COVID-19-Fälle und Autoren für Eindämmungsmaßnahmen.

Tests waren eine wichtige Säule der österreichischen Strategie zur Eindämmung der Pandemie

Die Testintensität in Österreich entsprach in den ersten Monaten der Pandemie in etwa dem EU-Durchschnitt. Im Rahmen der Bemühungen, die Pandemie während der

zweiten Welle einzudämmen, führte Österreich früher als viele andere EU-Länder Massentestpläne ein, wobei Anfang Dezember 2020 und Mitte Januar 2021 Massentestkampagnen durchgeführt wurden. Die Testraten waren jedoch von Region zu Region sehr unterschiedlich, und das ursprüngliche Ziel, mit den Massentests bis zu 60 % der Bevölkerung zu erreichen, wurde nicht erfüllt (Abbildung 16).

Abbildung 16. Die Beteiligung an der ersten Massentestkampagne war regional sehr unterschiedlich



Hinweis: Die Daten beziehen sich auf die Teilnahmequoten der ersten Massentestkampagne (2.–13. Dezember 2020).
 Quelle: Universität Wien (2021).

Nach Ende des dritten Lockdowns im Februar 2021 setzte Österreich eine dreigliedrig Teststrategie um:

- Tests (in Einrichtungen der Primärversorgung und ständigen Testzentren oder durch mobile Testteams) für symptomatische Patienten und deren Kontaktpersonen;
- Screening-Programme für Hochrisikogruppen, wobei in erster Linie Antigen-Schnelltests eingesetzt werden, und
- bevölkerungsweite kostenlose Tests, in erster Linie Antigen-Schnelltests, u. a. durch ständige kostenlose Testzentren und die Verteilung von Selbsttestsets.

Alle versicherten Erwachsenen hatten Anspruch auf bis zu fünf Testkits zur Eigenanwendung pro Monat, die bis Oktober 2021 kostenlos in Apotheken abgegeben wurden. Darüber hinaus wurden in Apotheken, bei Ärzten und in eigens dafür eingerichteten Testzentren professionell durchgeführte, kostenlose Tests angeboten. Bis zu den Sommerferien wurden Schüler dreimal wöchentlich in der Schule getestet. Danach wurden sie einem neuen Testsystem unterworfen, bei dem PCR- und Antigentests kombiniert wurden, wobei die Häufigkeit und der Umfang der Tests je nach Inzidenz erhöht wird.

Die Nutzung der App zur Kontaktnachverfolgung war begrenzt

Die lokalen Gesundheitsbehörden waren für die Ermittlung von Kontaktpersonen und die Durchsetzung von Quarantänebestimmungen zuständig, aber das Ausmaß der Rückverfolgbarkeit war regional sehr unterschiedlich ausgeprägt. Alle Personen, die mit einem bestätigten COVID-19-Fall in Kontakt gekommen waren, mussten sich für 14 Tage in häusliche Quarantäne begeben. Zusätzlich zur Ermittlung von Kontaktpersonen durch die Gesundheitsämter führte das Österreichische Rote Kreuz am 25. März 2020 die mobile Anwendung „Stopp Corona“ ein, mit der die Kontaktpersonen von Nutzern, die positiv auf COVID-19 getestet wurden, benachrichtigt werden sollten. Bis zum 1. Februar 2021 wurde die App 1,4 Millionen Mal heruntergeladen (d. h. von etwa 15,5 % der Bevölkerung). Die meisten Downloads erfolgten in der Frühphase der Pandemie. Bis zum 1. Februar 2021 wurden in der App 6 007 bestätigte COVID-19-Fälle registriert, was nur etwa 1,5 % der in diesem Zeitraum bestätigten Fälle entspricht (Kasten 3).



Die Kapazitäten der Akut- und Intensivpflege waren während der ersten COVID-19-Wellen zwar strapaziert, aber nicht ausgelastet

Vor der Pandemie war die Kapazität der Krankenhäuser und Intensivstationen in Österreich eine der höchsten in der EU. Mit rund 22 Intensivbetten pro 100 000 Einwohner im Jahr 2019 verfügte Österreich über eine größere Kapazität an Intensivbetten als die meisten EU-Länder. Um auf Nachfragespitzen reagieren zu können, hat auch Österreich wie viele andere Länder seine Intensivbettenkapazität gestärkt und klinische Stationen in Intensivstationen umgewandelt. Während der zweiten Welle konnten die Regionen in Österreich die reale Kapazität der Intensivstationen im Durchschnitt um 10–20 % erhöhen, davon um bis zu 50 % in Gebieten mit hohem Kapazitätsbedarf. Die Höchstzahl der COVID-19-Patienten, die eine Intensivbehandlung benötigen, erreichte im November 2020 7,9 pro 100 000 Einwohner (Abbildung 17).

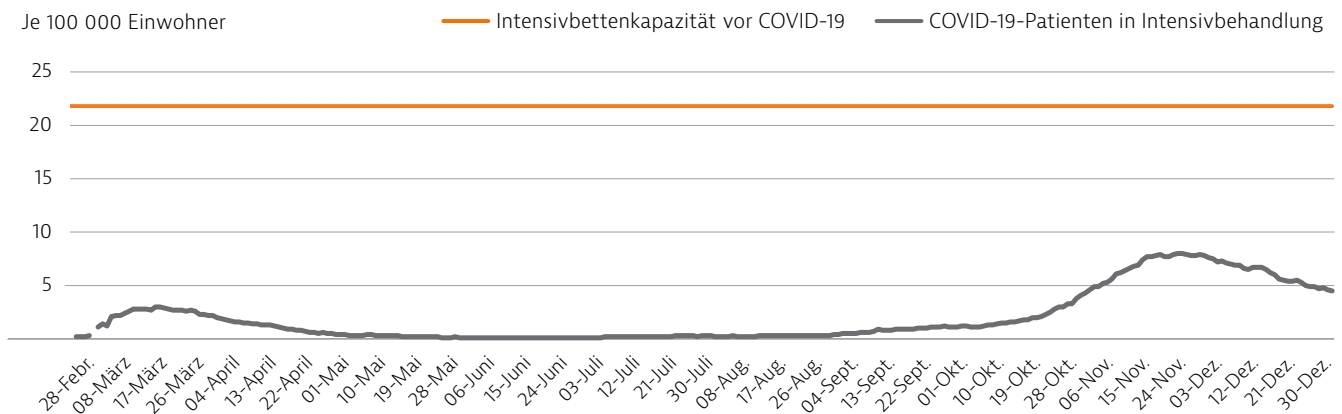
Kasten 3. Österreich nutzte seine leistungsfähige digitale Gesundheitsdateninfrastruktur während der COVID-19-Pandemie

Das österreichische Gesundheitssystem ist mit seiner universellen elektronischen Gesundheitsakte und starken Verbindungen zwischen verschiedenen Datenquellen eines der am weitesten digitalisierten Systeme in Europa. Österreich ist eines von nur sechs Ländern in Europa, die über die operativen und technischen Kapazitäten verfügen, um elektronische Gesundheitsakten zur Generierung von Informationen zu nutzen, und eines von zehn, die Krankenhaus- und Sterblichkeitsdaten verknüpfen können (OECD/EU, 2020).

Österreich nutzte seine starke Gesundheitsdateninfrastruktur während der COVID-19-Pandemie, u. a. durch die Verwendung pseudonymisierter elektronischer Gesundheitsdaten für die COVID-19-Forschung und die Einrichtung eines zentralen Impfreisters und eines elektronischen Impfpasses, mit dem Patienten ihren Impfstatus dokumentieren können. Obwohl die Teilnahme an der universellen elektronischen Gesundheitsakte freiwillig ist, und etwa 300 000 Personen (3,4 % der Bevölkerung) sich abgemeldet haben, wurden bestimmte Leistungen während der Pandemie zunächst nur für Personen mit einer elektronischen Gesundheitsakte erbracht – insbesondere die monatliche Abgabe von bis zu fünf kostenlosen Selbsttestkits pro Person.

Die Bemühungen zur Schaffung eines eHealth-Systems in Österreich stehen im Einklang mit der Schaffung eines europäischen Datenraums, der eine der Prioritäten der Europäischen Kommission für 2019–2025 darstellt (Europäische Kommission, 2021b).

Abbildung 17. Österreich verfügte über ausreichende Intensivpflegekapazitäten, um die Nachfrage von COVID-19-Patienten zu decken



Quellen: Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (Kapazität an Intensivbetten vor COVID-19); Österreichische Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit (Spitzenkapazität an Intensivbetten und COVID-19-Patienten).

Zusätzliche Maßnahmen wurden ergriffen, um dem Mangel an medizinischem Fachpersonal während der Pandemie entgegenzuwirken

Die österreichischen Behörden ergriffen Maßnahmen, um das Personal im Gesundheits- und Langzeitpflegesektor während der Pandemie aufzustocken. Österreich hat die zweithöchste Ärztedichte in der EU; auch die Dichte der Pflegekräfte liegt deutlich über dem EU-Durchschnitt (siehe Abschnitt 4). Um der gestiegenen Nachfrage nach Dienstleistungen während der Pandemie zu entsprechen, hat die Regierung Maßnahmen ergriffen, um einige Vorschriften über die Aufgaben der Fachkräfte im Gesundheits- und Langzeitpflegesektor für die Dauer der Pandemie zu lockern. Die obligatorische Eintragung in ein 2018 eingerichtetes Register für Gesundheitsfachkräfte wurde temporär ausgesetzt, sodass Fachkräfte im Ruhestand, Personen mit formaler Ausbildung, die in anderen Sektoren arbeiten, und Pflegekräfte ohne formale Ausbildung einspringen und bestehende Arbeitskräfte unterstützen können. Darüber hinaus wurden die Aufgaben und Verantwortlichkeiten der Beschäftigten im Gesundheitswesen und in der Langzeitpflege geändert, sodass die Aufgaben der verschiedenen Berufsgruppen flexibler gestaltet werden können. Auch Medizinstudierende wurden angeworben und erhielten im Gegenzug Leistungspunkte.

Trotz diesen Änderungen wirkte sich die Pandemie negativ auf das psychische Wohlbefinden der Beschäftigten im Gesundheitswesen und in der Langzeitpflege aus. Im Mai 2020 bewerteten 46 % der Pflegekräfte ihre Arbeit als psychisch belastend – ein deutlich höherer Prozentsatz im Vergleich zum Durchschnitt von 11 % in anderen Berufen (Schmidt et al., 2020).

Die Reaktion auf COVID-19 im Bereich der Langzeitpflege hat sich verbessert, aber einige Herausforderungen bleiben bestehen

In Österreich entfielen Ende Januar 2021 44 % aller COVID-19-Todesfälle auf Bewohner von Langzeitpflegeeinrichtungen – ein höherer Prozentsatz als in Deutschland

(29 %) und einigen anderen EU-Ländern. Die meisten COVID-19-Maßnahmen im Bereich der Langzeitpflege wurden zunächst auf regionaler Ebene getroffen. Zwar gab es in Österreich vor COVID-19 keinen Notfallbereitschaftsplan für die Langzeitpflege, doch der Sektor führte rasch Verfahren zur Entwicklung verschiedener Protokolle, insbesondere zur Prävention und Eindämmung von Infektionen, ein. Einige Empfehlungen waren jedoch schwer umzusetzen, insbesondere diejenigen, die sich auf die Isolierung von Verdachtsfällen oder bestätigten Fällen bezogen. Eine vollständige Isolierung war in Pflegeheimen sehr schwierig, unter anderem aufgrund von Doppelzimmern.

Der Anteil der Todesfälle unter den Bewohnern von Langzeitpflegeeinrichtungen war in den Bundesländern, in denen die Behörden von Beginn der Pandemie an strengere Maßnahmen in Bezug auf Langzeitpflegeeinrichtungen anwandten, wesentlich geringer. In Wien beispielsweise verringerten Maßnahmen wie Screenings und Besuchsbeschränkungen in öffentlichen Räumen von Pflegeheimen die Sterblichkeit besser als die in anderen Regionen angewandte „Ampelsystematik“, bei der abgestufte Maßnahmen je nach dem lokalen Infektionsniveau eingeführt wurden. Im Laufe des November 2020 wurden die Beschränkungen in Pflegeheimen schließlich in allen Bundesländern verschärft, obwohl einige regionale Unterschiede bestehen blieben (Schmidt et al., 2020).

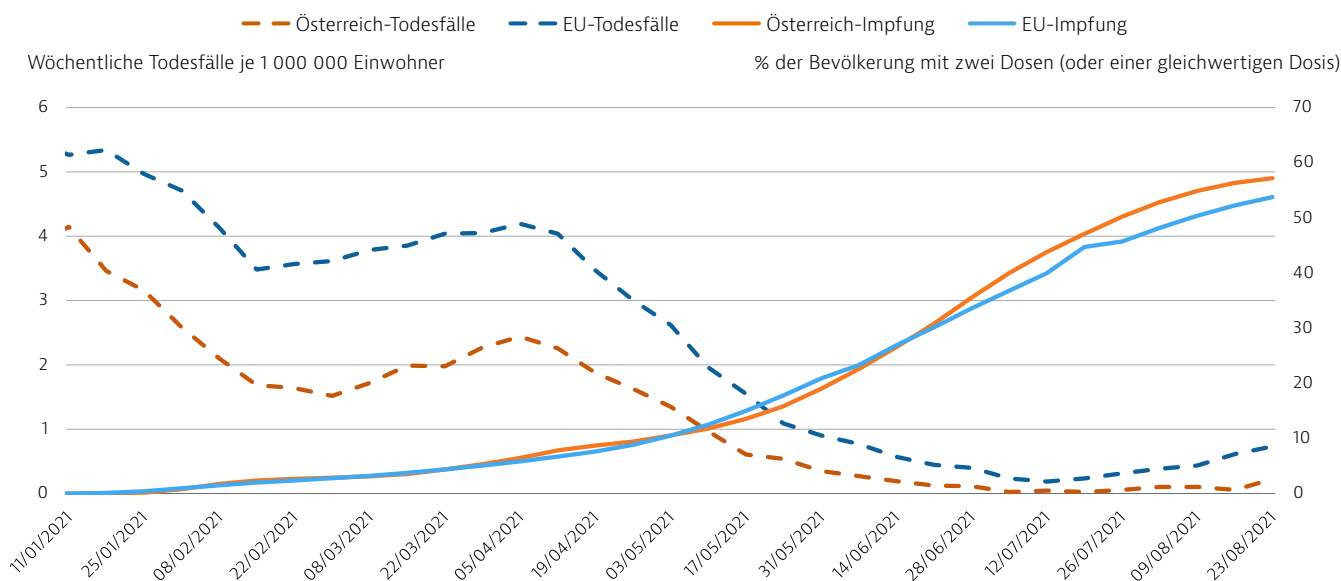
Österreich startete Ende Dezember 2020 seine COVID-19-Impfkampagne

Wie in anderen EU-Ländern begann auch in Österreich die COVID-19-Impfkampagne Ende Dezember 2020. Es wurde eine Drei-Phasen-Kampagne entwickelt, bei der je nach Expositionsrisiko und dem Risiko eines schweren Verlaufs oder dem Sterberisiko infolge der Infektion vorrangige Gruppen für eine frühzeitige Impfung ermittelt wurden. Zu den vorrangigen Gruppen gehörten ältere Menschen, Erwachsene mit Vorerkrankungen, Beschäftigte im Gesundheitswesen, Beschäftigte in Langzeitpflegeeinrichtungen und Beschäftigte in wichtigen gesellschaftlichen Infrastrukturen, einschließlich der Beschäftigten in

Schulen (ECDC, 2021). Ende August 2021 waren mehr als 60 % der Gesamtbevölkerung mindestens einmal geimpft, 57 % hatten zwei Dosen (oder eine gleichwertige Dosis) erhalten.

Der Anstieg des Prozentsatzes der Personen, die seit März 2021 zwei Dosen (oder eine gleichwertige Dosis) erhalten haben, ging mit einem starken Rückgang der COVID-19-Todesfälle einher (Abbildung 18).

Abbildung 18. Die Fortschritte bei der Impfkampagne gingen mit einem starken Rückgang der COVID-19-Todesfälle seit Frühjahr 2021 einher



Hinweis: Der EU-Durchschnitt ist ungewichtet (die Anzahl der Länder, die für den Durchschnitt herangezogen werden, variiert je nach Woche).
 Quellen: ECDC für COVID-19-Fälle und Our World in Data für Impfdaten.

Es wurden zusätzliche öffentliche Mittel zur Bekämpfung der COVID-19-Pandemie bereitgestellt

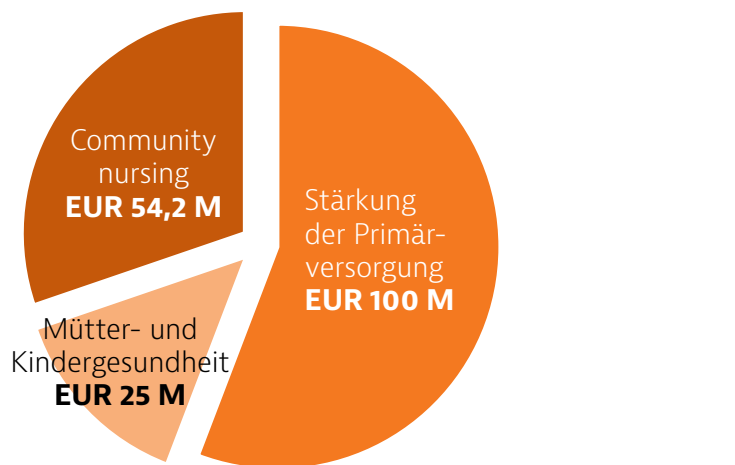
Um die Bekämpfung der COVID-19-Pandemie voranzutreiben, stockte die österreichische Bundesregierung die Mittel für das Gesundheitssystem auf und richtete separate Rechnungskreise für COVID-19-Ausgaben ein. Für die Bewältigung der COVID-19-Krise wurden im Jahr 2020 zusätzliche Mittel in Höhe von 28 Mrd. EUR bereitgestellt, davon mindestens 579 Mio. EUR für den Gesundheitssektor, in erster Linie für den Kauf von persönlicher Schutzausrüstung und medizinischem Verbrauchsmaterial sowie für Forschung (OECD/EU, 2020).

Im Jahr 2021 wurden dem Gesundheitssektor weitere 696 Mio. EUR zugewiesen, um zusätzliche Kosten im Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie zu decken. Darin enthalten sind 150 Mio. EUR für den Kauf von Ausstattung und Verbrauchsmaterial und für die Schaffung zusätzlicher Versorgungseinrichtungen wie Feldlazarette, 426 Mio. EUR für Tests, Screenings und Gesundheitspersonal und 120 Mio. EUR für die Impfkampagne (Bundesministerium Finanzen, 2021). Auch die Unterstützung für die Grippeimpfkampagne wurde um 8,6 Mio. EUR erhöht. Gleichzeitig wird die öffentliche Finanzierung der Krankenhäuser aufgrund des Rückgangs der Steuereinnahmen des Bundes im Jahr 2021 gegenüber 2020 um 129 Mio. EUR sinken.

Österreichs EU-finanzierter Aufbau- und Resilienzplan wurde im Juni 2021 verabschiedet. Der Plan enthält Vorschläge zur Stärkung der Nachhaltigkeit und

Anpassungsfähigkeit des Gesundheitssystems. 179,2 Mio. EUR sind über einen Zeitraum von fünf Jahren für die Einrichtung weiterer 70 Primärversorgungseinheiten und die Attraktivierung der Primärversorgung, die verstärkte Unterstützung benachteiligter Bevölkerungsgruppen, insbesondere Schwangerer, Familien und Kinder (u.a. „Frühe Hilfen“), und die Umsetzung eines Programms für Community Nursing zu Sicherstellung von wohnortnaher Pflegeversorgung vorgesehen (Abbildung 19).

Abbildung 19. Im Rahmen des Aufbau- und Resilienzplans werden 179,2 Mio. EUR für Investitionen in den Gesundheitssektor bereitgestellt



Quelle: Bundesministerium Finanzen (2021).

6 Wichtigste Erkenntnisse

- Die Lebenserwartung in Österreich lag im Jahr 2020 bei 81,3 Jahren – das war höher als der EU-Durchschnitt, aber fast zwei Jahre unter dem Niveau der leistungsstärksten Länder. Der Anstieg der Lebenserwartung hatte sich in Österreich im letzten Jahrzehnt verlangsamt, selbst noch bevor die COVID-19-Pandemie zum größten Rückgang seit Beginn der Aufzeichnungen im Jahr 1951 führte. Im Jahr 2020 starben über 6 000 Menschen an COVID-19.
- Obwohl die meisten Österreicher ihren Gesundheitszustand als gut einstufen, leiden beinahe zwei von fünf Erwachsenen an mindestens einer chronischen Erkrankung. Die Belastung durch Krebs ist in Österreich beträchtlich: Etwa 20 700 Menschen starben 2019 an Krebs. Lungenkrebs blieb die häufigste Todesursache durch Krebs. Während der COVID-19-Pandemie wurde ein starker Rückgang der Krebsvorsorgeuntersuchungen verzeichnet; so gingen beispielsweise Koloskopien im ersten Halbjahr 2020 gegenüber dem ersten Halbjahr 2019 um 34 % zurück. Es ist wichtig, die längerfristigen Auswirkungen der Pandemie auf die frühzeitige Diagnose und Behandlung von Krebserkrankungen sowie etwaige negative Auswirkungen auf die Überlebensraten zu beobachten.
- Risikofaktoren und eine ungesunde Lebensweise tragen nach wie vor wesentlich zur Sterblichkeit in Österreich bei: Rund 40 % der Todesfälle im Jahr 2019 waren auf Rauchen, ernährungsbedingte Risiken, Alkohol, geringe körperliche Aktivität und Luftverschmutzung zurückzuführen. Rauchen und Alkoholkonsum unter Jugendlichen und Erwachsenen liegen in Österreich weiterhin über dem EU-Durchschnitt.
- Österreich hat eines der teuersten Gesundheitssysteme in der EU. Die Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben waren 2019 die dritthöchsten in der EU. Die Selbstzahlungen für Gesundheitsleistungen und -produkte sind höher als im EU-Durchschnitt. Dennoch ist in Österreich der ungedeckte Bedarf an medizinischer Versorgung aus finanziellen oder anderen Gründen gering.
- Das österreichische Gesundheitssystem ist nach wie vor stark krankenhauszentriert, wobei der größte Anteil der Gesundheitsausgaben auf die stationäre Versorgung entfällt. Die jüngsten Reformen zielen darauf ab, die Komplexität und Zersplitterung des Gesundheitssystems zu verringern, unter anderem durch die Stärkung der Primärversorgung. Zwar sind 99,9 % der Bevölkerung über einen Sozialversicherungsträger versichert, doch die Leistungen der einzelnen Träger sind noch nicht vollständig harmonisiert.
- Die Anzahl der Ärzte pro Einwohner war 2019 die zweithöchste in der EU. Der Anteil der Allgemeinmediziner ist jedoch einer der niedrigsten in der EU, und der alternde Ärztestand bleibt eine zentrale Herausforderung in Österreich. Das Durchschnittsalter der Ärzte liegt bei über 50 Jahren, und es wird erwartet, dass 60 % der Vertragsärzte für Allgemeinmedizin bis 2025 das Pensionsalter erreichen.
- Österreich hat zu Beginn der ersten Welle der COVID-19-Pandemie schnell reagiert und konnte die hohen Fallzahlen und Todesfälle, die in vielen anderen europäischen Ländern zu verzeichnen waren, zunächst vermeiden. Dank der hohen Kapazität des Krankenhaussystems, einschließlich eines vergleichsweise hohen Intensivbettenbestands, wurden die Krankenhauskapazitäten während der ersten Welle nicht ausgeschöpft. Es wurden zusätzliche Maßnahmen ergriffen, um Ressourcen für die Bekämpfung der Pandemie zu mobilisieren, insbesondere im Bereich der Intensivbetten und des Gesundheitspersonals.
- Den ersten drei Pandemiewellen wurde mit einer Vielzahl von Maßnahmen zur Eindämmung des Virus begegnet, darunter eine Reihe von strengen Lockdowns, die Verhängung einer Ausgangssperre, eine Maskenpflicht in geschlossenen Räumen und Reisebeschränkungen. Eine wesentliche Säule der österreichischen Strategie gegen COVID-19 bildeten auch Tests: Im Dezember 2020 und Januar 2021 wurden Massentestkampagnen durchgeführt, und Antigen- und PCR-Tests waren bevölkerungsweit kostenlos verfügbar. Ab Mai 2021 war für den Zugang zu bestimmten öffentlichen Einrichtungen wie Restaurants, Bars und Sportanlagen ein „grüner Pass“ erforderlich.
- Wie in anderen EU-Ländern begann auch in Österreich die COVID-19-Impfkampagne Ende Dezember 2020. Ende August 2021 waren mehr als 60 % der Gesamtbevölkerung mindestens einmal geimpft, 57 % hatten zwei Dosen (oder eine gleichwertige Dosis) erhalten.

Wichtigste Quellen

OECD/EU (2020), Health at a Glance: Europe 2020 – State of Health in the EU Cycle. Paris, OECD Publishing, <https://doi.org/10.1787/82129230-en>.

Bachner F et al. (2018), Austria: Health system review, Health Systems in Transition, 20(3): 1-256.

Literaturhinweise

BMASGK (2019), *The Austrian health care system: key facts – updated edition 2019*.

BMASGK (2021), *Corona-Schutzimpfung in Österreich: Dashboard*.

Bundesministerium Finanzen (2021), *Budgetbericht 2021: Bericht der Bundesregierung*.

Burki TK (2019), *New smoking ban for restaurants and bars in Austria*. The Lancet, 20(12):E668.

Czypionka T, Röhrling G, Six E (2018), *Can people afford to pay for health care? New evidence on financial protection in Austria*. WHO Regional Office for Europe.

ECDC (2021), *Overview of the implementation of COVID-19 vaccination strategies and vaccine deployment plans in the EU/EEA*.

EU Expert Group on Health Systems Performance Assessment (HSPA) (2020), *Assessing the resilience of health systems in Europe: an overview of the theory, current practice and strategies for improvement*.

Eurofound (2021), *Living, working and COVID-19 survey, third round* (February-March 2021).

European Commission (2020), *A pharmaceutical strategy for Europe*.

European Commission (2021a), *Europe's Beating Cancer Plan*.

European Commission (2021b), *The European Health Data Space*.

Fuchs M, Hollan K, Schenk M (2017), *Analyse der nicht-krankenversicherten Personen in Österreich*, Hauptverbands der österreichischen Sozialversicherungsträger.

Gesundheit Österreich (2020), *PPRI Pharma Brief: Austria 2019*.

Hinterberger A et al. (2021), *Impact of restrictions due to COVID-19 on a quality assured screening colonoscopy program*. Endoscopy, 53(S01):S265.

OECD (2021), *Strengthening the frontline: how primary health care helps health systems adapt during the COVID 19 pandemic*.

ÖGK (2021), *Über die Österreichische Gesundheitskasse*.

Schmidt AE et al. (2020), *The impact of COVID-19 on users and providers of long-term care services in Austria*. International Long-Term Care Policy Network.

Universität Wien (2021), *Austrian Corona Panel Project*

Vogler S, Fischer S (2020), *How to address medicines shortages: findings from a cross-sectional study of 24 countries*. Health Policy, 124(12):1287-96.

WHO Regional Office for Europe, European Commission, European Observatory on Health Systems and Policies (2021), *COVID-19 Health Systems Response Monitor – Austria*.

Liste der Länderabkürzungen

Belgien	BE	Frankreich	FR	Lettland	LV	Österreich	AT	Slowenien	SI
Bulgarien	BG	Griechenland	EL	Litauen	LT	Polen	PL	Spanien	ES
Dänemark	DK	Irland	IE	Luxemburg	LU	Portugal	PT	Tschechien	CZ
Deutschland	DE	Island	IS	Malta	MT	Rumänien	RO	Ungarn	HU
Estland	EE	Italien	IT	Niederlande	NL	Schweden	SE	Zypern	CY
Finnland	FI	Kroatien	HR	Norwegen	NO	Slowakei	SK		

State of Health in the EU

Länderprofil Gesundheit 2021

Die Länderprofile sind ein wichtiger Schritt im laufenden Zyklus State of Health in the EU der Europäischen Kommission zur Wissensvermittlung und werden mit der finanziellen Unterstützung der Europäischen Union erstellt. Die Profile sind das Ergebnis der gemeinsamen Arbeit der Organisation für Wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) und des European Observatory on Health Systems and Policies in Kooperation mit der Europäischen Kommission.

Die knappen, politisch relevanten Profile stützen sich auf eine transparente, konsistente Methodik und nutzen sowohl quantitative als auch qualitative Daten, werden aber dennoch flexibel an den Kontext jedes EU-/EWR-Landes angepasst. Das Ziel besteht darin, ein Instrument für die gegenseitige Wissensvermittlung und den freiwilligen Kennntisaustausch zu schaffen, das von politischen Entscheidungsträgern und Einflussnehmern gleichermaßen verwendet werden kann.

Jedes Länderprofil bietet eine kurze Synthese zu:

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

Die Kommission ergänzt die zentralen Erkenntnisse dieser Profile durch einen Begleitbericht.

Für weitere Informationen siehe: ec.europa.eu/health/state

Zitierweise: OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2019), *Österreich: Länderprofil Gesundheit 2019, State of Health in the EU*, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels.

ISBN 9789264674493 (PDF)
Series: State of Health in the EU
SSN 25227041 (online)