

Das österreichische Gesundheitssystem. Ein Drama in 5 Akten?

Eine pointierte Datenanalyse anhand des OECD-Berichts „Health at a Glance: Europe 2016“.

Autor: Dr. Dieter Feierabend

Diskussionen über das österreichische Gesundheitssystem werden sehr oft emotional geführt und nicht selten ohne Fakten. Dies muss jedoch nicht so sein. Public Health, ein interdisziplinärer und stark empirisch geprägter Forschungsbereich, liefert die Basis, auf der wir systematisch die Struktur unseres Gesundheitssystems evaluieren können.	1
Ziel dieser Publikation ist es, einen möglichst niederschweligen Zugang zur Gesundheitspolitik um „vermeintliche Wahrheiten“ auf ihren Wahrheitsgehalt hin zu überprüfen und bestehende Daten, die oftmals in Österreich im medialen Diskurs untergehen, pointiert zu analysieren. Zu Beginn widmet sich das Dokument der Frage, wie es um die Finanzierung des Gesundheitssystems bestellt ist und wie wir bei individuellen Gesundheitsdeterminanten (Alkohol, Nikotin, Übergewicht) im internationalen Vergleich stehen.	
Das Thema Impfen ist ein Paradebeispiel, wie es um das Thema Public Health bestellt ist. Während die Impfraten im internationalen Vergleich kontinuierlich sinken, zeigt sich, dass Impfgegner_innen auf dem Vormarsch sind und ein systematischer Aktionsplan dringend notwendig wäre.	18
Entscheidend für die Nachhaltigkeit („Enkelfitness“) des Gesundheitssystems wird sein, wie effektiv wir die vorhandenen Ressourcen nutzen und wie gut Innovationen in unserem System aufgenommen werden. Leider besteht in beiden Bereichen deutlicher Aufholbedarf. Nur ein Aufholen stellt sicher, dass unser Gesundheitssystem auch in den kommenden Jahrzehnten gut aufgestellt sein wird.	26

1. Was ist Public Health, und warum sollten wir uns damit befassen?

Das OECD-Portal zu Public Health kann unter folgendem Link abgerufen werden:

<http://bit.ly/2mWXIFn>

Public Health is defined as “the art and science of preventing disease, prolonging life and promoting health through the organized efforts of society” (Acheson, 1988; WHO). Activities to strengthen public health capacities and service aim to provide conditions under which people can maintain to be healthy, improve their health and wellbeing, or prevent the deterioration of their health.

Diese, von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) geprägte Begriffsdefinition von „Public Health“ liefert einen sehr wichtigen Ansatzpunkt, wenn wir über Gesundheit und Gesundheitssysteme sprechen. Public Health ist ein interdisziplinärer und stark empirisch geprägter (Forschungs-)Bereich, der sich unter anderem mit der Gesundheit der Bevölkerung, den Bedingungen für Gesundheit und den Ursachen von Krankheit, der Gesundheitsförderung, den Leistungen des Gesundheitssystems und den dazugehörigen Steuer-, Evaluations- und Qualitätsmaßnahmen beschäftigt.

Während **Public Health** ihren Fokus auf die **Verbesserung** der **Bevölkerungsgesundheit** ausrichtet, ist das Ziel der **modernen Medizin** die Bekämpfung von Krankheiten mithilfe von wissenschaftlich fundierten Methoden und Maßnahmen, wobei die **Behandlung** auf **individueller Basis** erfolgt. Beide Fachgebiete stehen nicht im Gegensatz zueinander, ganz im Gegenteil: Sie bedingen und ergänzen einander. Doch gerade in Österreich ist es um die öffentliche Debatte um Public-Health-Themen nicht gut bestellt.

Ende November ist die jährliche OECD-Studie „[Health at a Glance: Europe 2016](#)“ erschienen, die einen Überblick über das Gesundheitssystem, den Zugang zur Gesundheitsversorgung sowie Informationen zum Gesundheitszustand der Bevölkerung in den europäischen OECD-Staaten gibt. Insbesondere für Österreich ist diese Publikation von besonderem Interesse, da die Qualität des heimischen Gesundheitssystems oftmals gleichgesetzt wird mit der Anzahl an Spitalsbetten oder der Quote an österreichischen (und deutschen) Medizinstudierenden. Ein Blick über die Berichterstattung der letzten Jahre zeigt, dass die Inhalte (sprich Fakten) im Laufe der Zeit immer mehr an Bedeutung verlieren. Ein paar Fallbeispiele: [2014](#) wurde noch umfassend und vergleichend mit anderen Mitgliedsstaaten berichtet, [2015](#) dominierte der Österreichbezug – und im vergangenen Jahr? Reichte es gerade noch für eine [Auflistung der Gesundheitsausgaben](#) und eine [Veröffentlichung](#) der deutschsprachigen Presseaussendung zum diesjährigen Spezialthema (chronische Krankheiten).

Wie inklusiv ist das österreichische Gesundheitssystem? Wie finanziert es sich? Unter welchen Bedingungen arbeiten chronisch Kranke in Österreich? (Anmerkung: Wir sind Europameister, jedoch nicht im positiven Sinn!) Wie viele Menschen lassen sich oder ihre Kinder impfen, und sind Impfgegner_innen in ganz Europa auf dem Vormarsch? Wieso kann gute Gesundheitsversorgung nicht mit der Anzahl der Spitalsbetten gleichgesetzt werden? Wie innovativ ist unser Gesundheitssystem eigentlich? Auf all diese zentralen Fragen gibt der OECD-

Die Studie und alle Begleitmaterialien finden sich unter:
<http://www.oecd.org/health/health-at-a-glance-europe-23056088.htm>

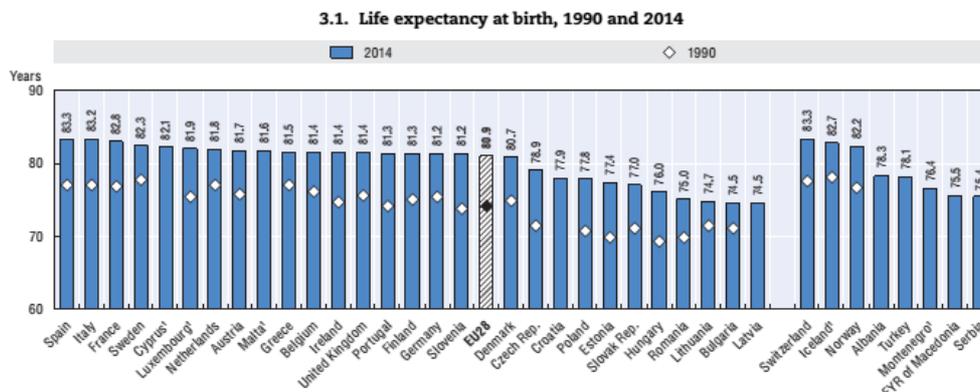
Report (bzw. Public Health) Antworten, medial gehen diese jedoch unter. Zwar werden [Einzelthemen immer](#) wieder inhaltlich sehr gut dargestellt, doch gerade in einer Zeit, in der umstritten ist, was unter Fakten und „Wahrheiten“ verstanden wird, ist es wichtig, sich mit dem Thema Gesundheit einmal umfassend auseinanderzusetzen. Diese Fragen zu beantworten und die Entwicklungen der letzten Jahre aufzuzeigen, das ist das Ziel dieser Analyse, die sich datengestützt¹ (und in manchen Fällen sehr pointiert) in folgende fünf Kapitel gliedert:

- Grundlegendes über das österreichische Gesundheitssystem und die Frage nach: Wer finanziert eigentlich was?
- Zentrale Gesundheitsdeterminanten (Alkohol- & Nikotinkonsum, Ernährung) und das diesjährige Spezialthema „chronische Krankheiten“
- Impfen: Impfgegner_innen auf dem Vormarsch und welche gesundheitlichen Risiken damit verbunden für unsere Gesellschaft bestehen
- Welche Rolle spielen eigentlich Spitäler hier – und welche sollten sie spielen? Wie gut werden neue medizinische Entwicklungen in unser Gesundheitssystem implementiert? Und haben wir genügend Personal im Gesundheitssystem?

¹ Sofern nicht anders angegeben, stammen alle in dieser Publikation verwendeten Grafiken und Statistiken aus der in der Einleitung genannten Publikation „Health at a Glance: Europe 2016“.

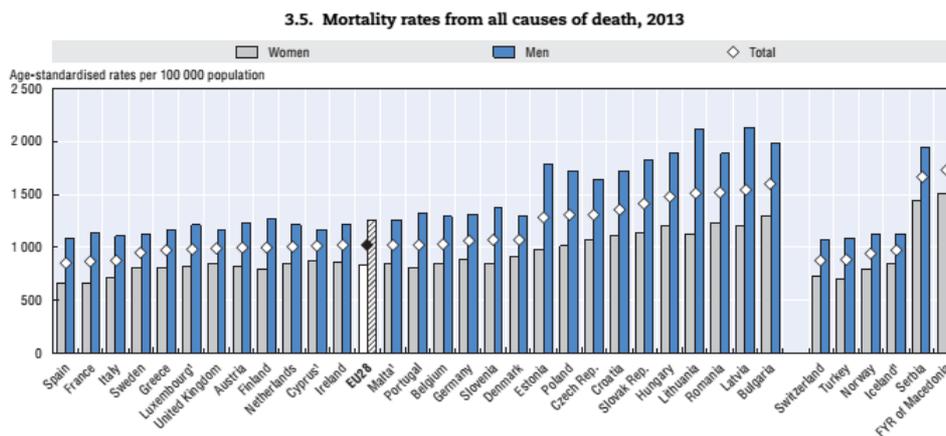
2. Grundlegende (finanzielle) Informationen über unser Gesundheitssystem

Wie steht es nun allgemein um das österreichische Gesundheitssystem? Diese Frage ist nicht einfach zu beantworten, beginnen wir jedoch mit einem – zugegebenermaßen – sehr allgemeinen Indikator: der Lebenserwartung.



1. Three-year average (2012-14).
Source: Eurostat Database completed with data from OECD Health Statistics 2016.

Die Lebenserwartung ist in den letzten 24 Jahren in ganz Europa signifikant gestiegen, so auch in Österreich. Mit einer durchschnittlichen Lebenserwartung von 81,7 Jahren liegt Österreich im europäischen Spitzenfeld. Im Schnitt steigt die Lebenserwartung bei der Geburt um ca. drei Monate jedes Jahr, was generell ein gutes Zeichen ist. Zwar ist die Lebenserwartung von vielen Faktoren abhängig, aber ohne ausreichenden Zugang zur Gesundheitsversorgung und ohne eine flächendeckend gute Gesundheitsversorgung sind solche Ergebnisse nicht erzielbar. Gleichzeitig gibt es auch innerhalb von Staaten (z. B. in Österreich auf Länderebene) signifikante Unterschiede. Aus diesem Grund sollte man als komplementären Parameter die Sterbewahrscheinlichkeit heranziehen.

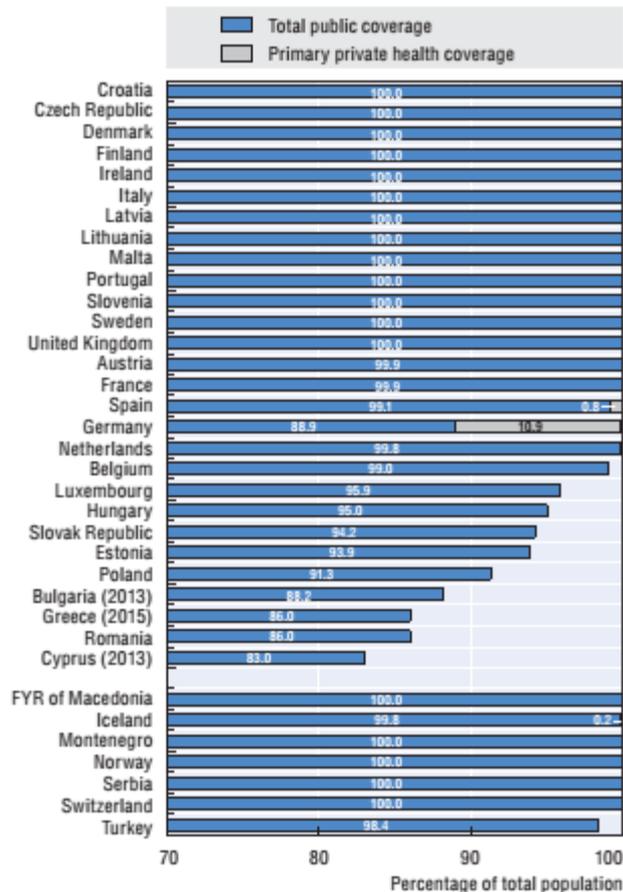


1. Three-year average (2011-13, except for Iceland: 2007-09).
Source: Eurostat Database.

Hier zeigt sich, dass quer durch alle Länder Männer, verglichen mit Frauen, eine erhöhte Sterbewahrscheinlichkeit aufweisen – auch in Österreich. Die Differenz zwischen Männern und Frauen ist länderübergreifend sehr unterschiedlich verteilt, in Italien und Spanien besteht eine Differenz von bis zu 12 Jahren. Österreich weist einen – im internationalen Vergleich – relativ geringen Unterschied auf. Die hier abgebildeten Differenzen liefern jedoch nur einen groben Blick auf das Thema

Gesundheit, da u. a. individuelles Verhalten (z. B. Alkohol- oder Nikotinkonsum) gemeinsam mit strukturellen (allgemeine Gesundheitsversorgung) und teilweise geschlechtsspezifischen Faktoren (z. B. Prostatakrebs) ausschlaggebend für die Lebenserwartung bzw. die Sterberate sind. Anhand der Daten ist tendenziell jedoch erkennbar, dass das österreichische Gesundheitssystem im internationalen Vergleich nicht schlecht abschneidet.

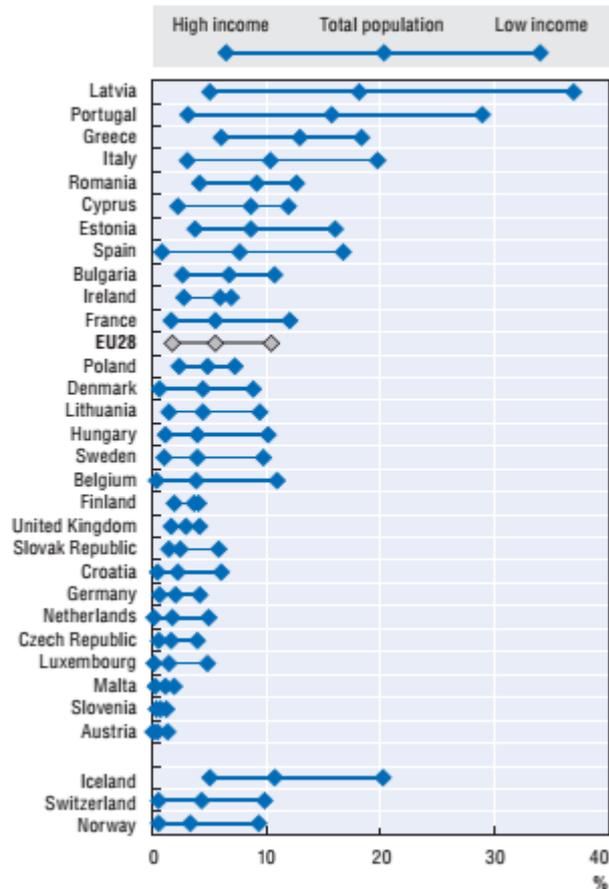
7.1. Health insurance coverage for a core set of services, 2014 (or nearest year)



Source: OECD Health Statistics 2016; European Observatory Health Systems in Transition (HiT) Series and Voluntary health insurance in Europe: country experience, Observatory Studies Series, 2016, for non-OECD countries.

Eine der zentralsten Fragen aus Public-Health-Perspektive ist, welche Leistungen den Bürger_innen unter welchen Bedingungen zur Verfügung stehen. Die OECD hat ein Set an „Basisleistungen“ definiert, hierzu gehören u. a. Konsultationsmöglichkeiten von (Haus-)Ärzt_innen, ein genereller Spitalszugang oder ein Zugang zu elementaren Behandlungen und die dazugehörige Medikation (z. B. Wurzelbehandlungen). Hier zeigt sich, dass ein Großteil der Gesundheitssysteme – auch das österreichische – eine Basisversorgung für alle gewährleisten, nur in Bulgarien, Griechenland, Rumänien und Zypern sind mehr als zehn Prozent der Bevölkerung selbst von elementaren Gesundheitsleistungen ausgeschlossen. Ein gutes Fallbeispiel für Inklusivität, also den Einschluss möglichst aller Bevölkerungsgruppen, ist das folgende:

7.5. Unmet need for dental examination for financial, geographic or waiting times reasons, by income quintile, 2014



source: Eurostat Database, based on EU-SILC.

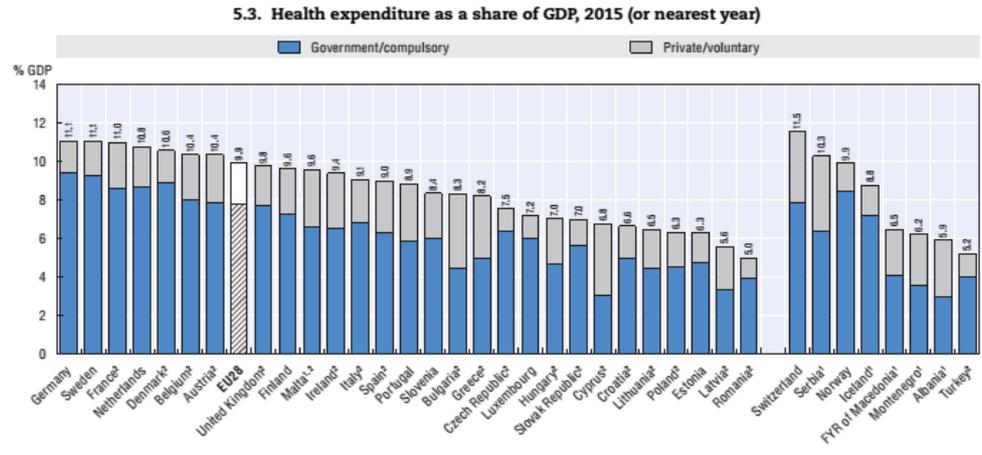
- SILC ist eine Erhebung, durch die jährlich Informationen über die Lebensbedingungen der Privathaushalte in der EU gesammelt werden.

Im Rahmen des von der EU initiierten [SILC](#)-Projekts werden u. a. Daten erfasst, die den Zugang zu medizinischen Grundleistungen dokumentieren, beispielsweise den Zugang zu zahnärztlicher Versorgung. Wie die Daten zeigen, ist Österreich das Land mit der geringsten Frequenz an „unmet needs“, also von primären Gesundheitsleistungen für arme und armutsgefährdete Menschen. Was sagen diese Daten *nicht* aus? Wie es um den Zugang von Behandlungen steht, die nicht als grundlegend definiert werden, beispielsweise Zahnkronen. Nun könnte man an dieser Stelle abbrechen und sagen, das österreichische Gesundheitssystem sei super, stehen wir doch – gerade im internationalen Vergleich – sehr gut da: eine hohe Lebenserwartung, Basisleistungen stehen allen zur Verfügung, und auch die Sterblichkeit ist sehr gering. Doch der Teufel steckt im Detail. Gerade in Österreich haben wir es uns angewöhnt, erst dann zu reformieren, wenn es bereits fünf nach zwölf ist. Ebenso werden Finanzierungsfragen wie beispielsweise die Fragen danach, wie viel unser System eigentlich kostet oder wer was bezahlt sowie das kritische Hinterfragen, ob andere Länder gleiche Ergebnisse zu einem anderen finanziellen Aufwand erreichen, meist mit dem Totschlagargument „Neoliberalismus“ beantwortet.

Darüber hinausgehend stellt sich die Frage, warum Sie sich eigentlich mit einer so trockenen Materie wie der Finanzierung des Gesundheitssystems oder der

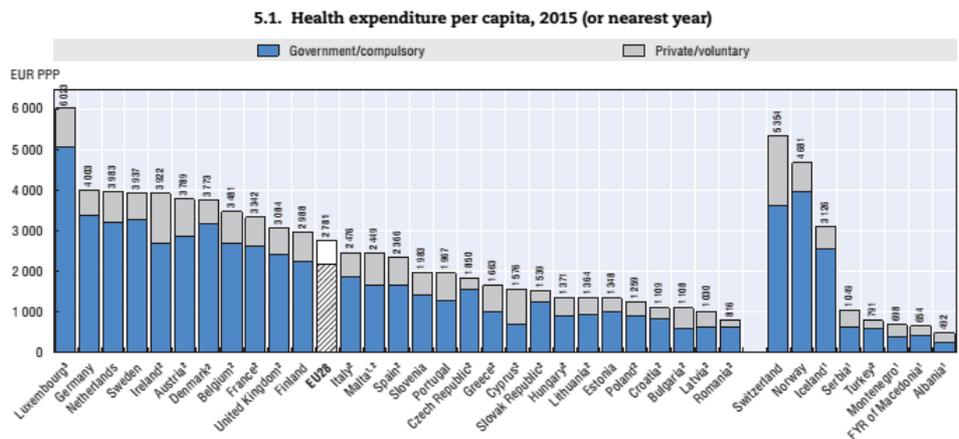
Ausgabenverteilung beschäftigen sollten. Die Antwort darauf lautet: weil Gesundheitsthemen oftmals über die Finanzierung des Systems bzw. der Leistung geführt werden.

Interessierte Leser_innen können aus der medialen Berichterstattung (siehe oben) zwar entnehmen, dass in Österreich 10,4 Prozent des BIP für unser Gesundheitssystem ausgegeben werden, dies beantwortet aber noch nicht die Frage, wer wie viel zahlt.



1. Includes investments.
 2. OECD estimate.
 Source: OECD Health Statistics 2016; Eurostat Database; WHO, Global Health Expenditure Database.

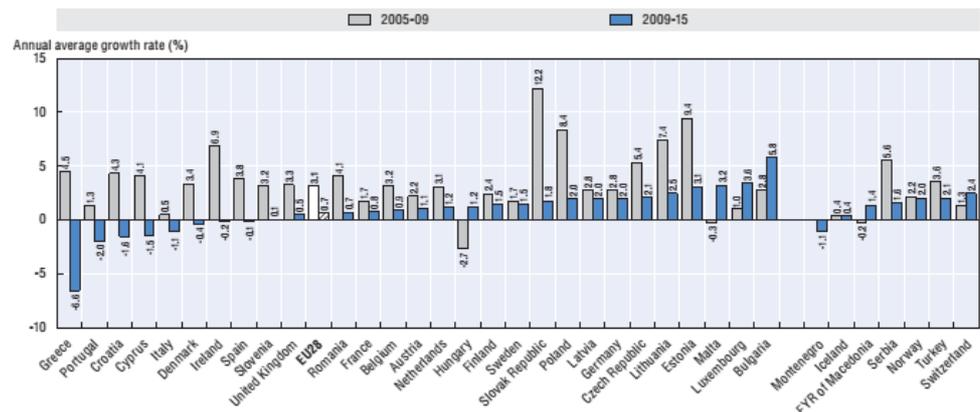
Die Grafik wirft umgehend eine wesentliche Frage zur Finanzierung unseres Gesundheitssystems auf. Die oft diskutierte Frage nach privater oder staatlicher Finanzierung greift viel zu kurz, wesentlich ist vielmehr der Vergleich von staatlichen und verpflichtenden Ausgaben mit freiwilligen und privaten Ausgaben. Hier liegt Österreich – gemessen am BIP – mit 10,4 Prozent im Spitzenfeld, wobei die privaten/freiwilligen Ausgaben im europäischen Durchschnitt liegen. Um ein möglichst vollständiges Bild zu erhalten, empfiehlt die OECD auch eine Darstellung der Ausgaben pro Kopf:



Hier zeigt sich ein ähnliches Bild: Im OECD-Schnitt werden ca. 2 781 Euro pro Kopf für Gesundheitsleistungen ausgegeben, Österreich liegt mit 3 789 Euro in der Spitzengruppe. Generell ist ersichtlich, dass der Anteil an verpflichtenden/staatlichen Gesundheitsausgaben im OECD-Schnitt bei 78 Prozent liegt, nur in Zypern sind mehr als die Hälfte der Ausgaben freiwillig/privat. Hier wird es erstmals aus österreichischer Perspektive spannend: Österreich liegt mit einer Quote von 76 Prozent an staatlichen/verpflichtenden Ausgaben *unterhalb* des

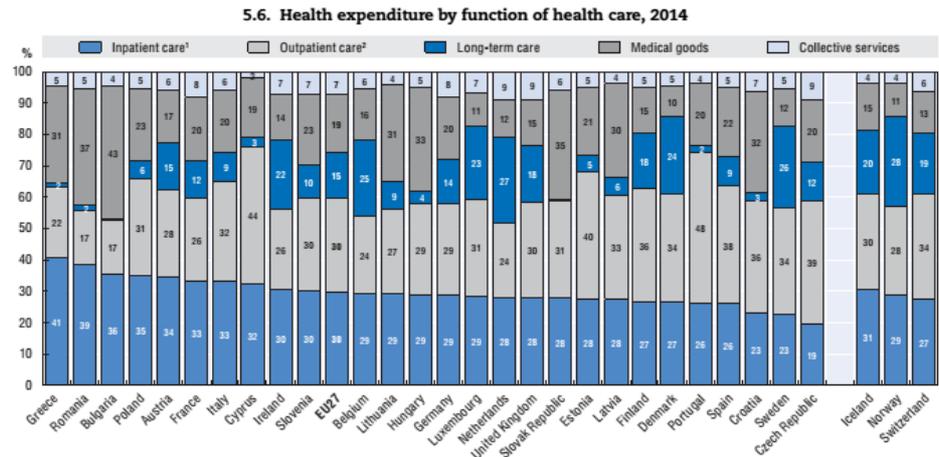
OECD-Schnitts, und in Großbritannien – das in der Debatte oftmals als europäisches Paradebeispiel eines „neoliberalisierten“ Gesundheitssystems dargestellt wird – liegt die Quote bei 79 Prozent. Gängige Weisheiten bezüglich unseres Gesundheitssystems treffen schlichtweg nicht zu, wodurch eine ehrliche und ergebnisoffene Diskussion oftmals untergraben wird. Interessant ist auch, wie sich diese Zahlen entwickelt haben. Insbesondere seit der Wirtschafts- und Finanzkrise hören wir ja sehr oft, dass der Staat Leistungen im Gesundheitssystem zurückfährt bzw. dass das Gesundheitssystem „kaputtgespart“ wird.

5.2. Annual average growth rate in per capita health expenditure, real terms, 2005 to 2015 (or nearest year)



Wenn wir die Zeiträume 2005 bis 2009 mit 2009 bis 2015 vergleichen, so wird ersichtlich, dass der Anstieg der Gesundheitsausgaben in fast allen EU-Staaten merklich zurückgegangen ist, so auch in Österreich. Mit der Ausnahme einer Handvoll Staaten (u. a. Griechenland und Portugal) ist aber kein *Rückgang* der Ausgaben, sondern nur eine **Dämpfung des Kostenanstiegs ersichtlich**. Aus österreichischer Perspektive sehen wir einen – auf hohem Niveau – geringeren Anstieg von 2009 bis 2015, wobei u. a. auch die OECD bemerkt, dass in den letzten zwei bis drei Jahren auch in Österreich wieder signifikant mehr Geld aufgewendet wurde.

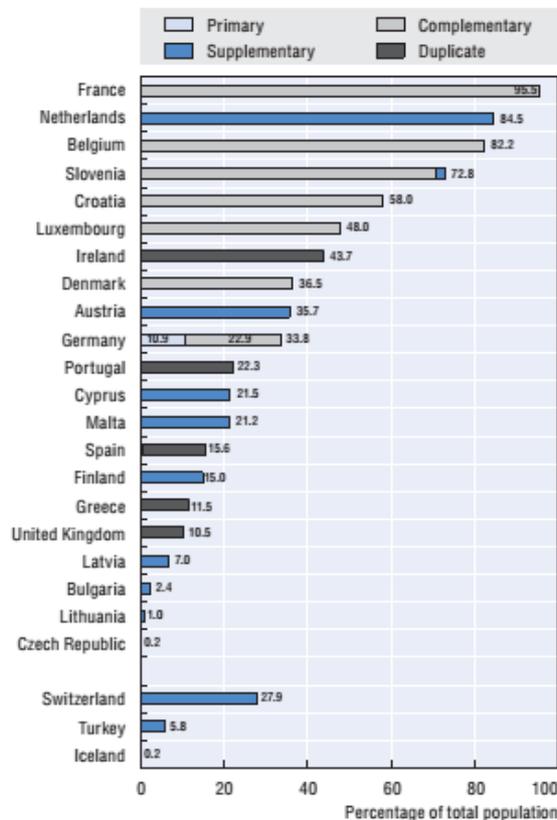
Wesentlich ist jedoch die Information, wofür das Geld ausgegeben wird. Informationen hierzu – insbesondere was den europäischen Vergleich betrifft – sind jedoch für die Öffentlichkeit meist nur sehr schwer zu ermitteln bzw. finden diese im medialen Diskurs kaum Erwähnung.



Note: Countries are ranked by inpatient care as a share of health expenditure.
 1. Refers to curative-rehabilitative care in inpatient and day care settings.
 2. Includes home-care and ancillary services.
 Source: OECD Health Statistics 2016; Eurostat Database.

Österreich gehört zu jenen Ländern, die überproportional viel Geld für Spitalskosten (Teil von „Inpatient Care“) ausgeben, was die OECD darauf zurückführt, dass gerade bei uns ein hoher Anteil (34 Prozent) in die teuerste Behandlungsinstitution innerhalb des Gesundheitssystems gesteckt wird. In den niedergelassenen Bereich (Hausärzt_innen) und die ambulante Betreuung von Patient_innen wird deutlich weniger (28 Prozent) finanziert. Ganz anders die Situation in Ländern wie Schweden (23/34), Dänemark oder der Schweiz (je 27/34). In diesen Ländern herrscht jedoch nicht zwingend eine schlechtere Gesundheitsbetreuung.

7.2. Private health insurance coverage, by type, 2014 (or nearest year)

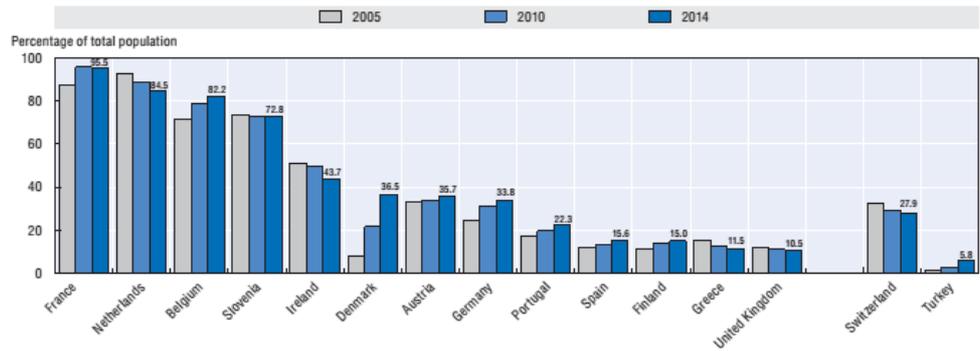


Note: Private health insurance can be both complementary and supplementary in Denmark, Finland and Luxembourg, and duplicate, complementary and supplementary in Slovenia.

Source: OECD Health Statistics 2016; European Observatory Health Systems in Transition (HiT) Series and Voluntary health insurance in Europe: country experience, Observatory Studies Series, 2016, for non-OECD countries.

Die „Privatisierung“ des Gesundheitssystems bzw. der „Ausverkauf“ von Gesundheitsleistungen wird in Österreich (bzw. teilweise in ganz Europa) oftmals durch den Anteil der privaten/freiwilligen Leistungen dargestellt. Dass dies nicht so einfach ist, zeigt die Abbildung 7.2. Das Land mit der höchsten Durchdringung an privaten Gesundheitsleistungen ist Frankreich – nicht gerade eine Pilgerstätte des Neoliberalismus. Private Gesundheitsleistungen können – grob gesprochen – in vier Bereiche gegliedert werden: primäre Ausgaben (ohne die es keine Gesundheitsleistung gibt), komplementäre Ausgaben (Teilung der Kosten einer Behandlung), supplementäre Ausgaben (Bezahlung von Leistungen, die von der öffentlichen Hand/Versicherungen nicht geleistet werden) und Duplikate (z. B. schnellere Versorgung von Gesundheitsleistungen oder bessere Qualität wie Einzelzimmer bei Spitalsaufenthalten). Österreich liegt hier mitnichten im Spitzenfeld, und je nachdem, welche der vier Ausgabearten wir betrachten, sind unterschiedliche Schlussfolgerungen daraus zu ziehen. Fallbeispiel: Ein einfacher Vergleich der oben genannten Zahlen würde zu der Schlussfolgerung führen, dass das österreichische Gesundheitssystem – verglichen mit dem „sozialistischen“ System Großbritanniens (10,5 Prozent) – deutlich „neoliberaler“ ist (35,7 Prozent der Bevölkerung haben eine private Gesundheitsvorsorge).

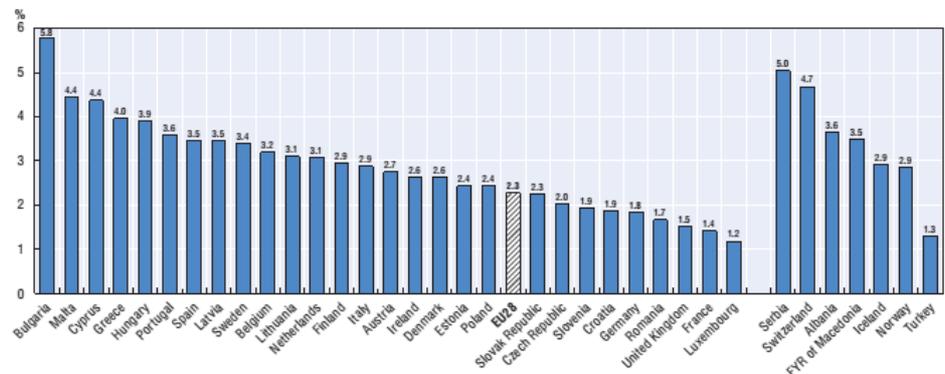
7.3. Evolution in private health insurance coverage, 2005 to 2014



Source: OECD Health Statistics 2016.

Besonders die Entwicklung der privaten Gesundheitsausgaben wird in der medialen Öffentlichkeit bzw. von Politiker_innen (insbesondere seit dem Jahr 2000) oftmals so dargestellt, als hätten immer mehr Personen eine Privatversicherung, was wiederum ein elementares Merkmal der Zwei-Klassen-Medizin sei. Wie wir anhand der Daten sehen, gibt es erstens in Europa kein einheitliches Bild und es ist zweitens in Österreich de facto kaum eine Veränderung innerhalb der letzten zehn Jahre erkennbar. Der Anteil an Personen mit privater Gesundheitsversicherung stagniert in Österreich seit Jahren und ist mittlerweile sogar höher als in der Schweiz (bedingt durch einen Rückgang der Privatversicherten).

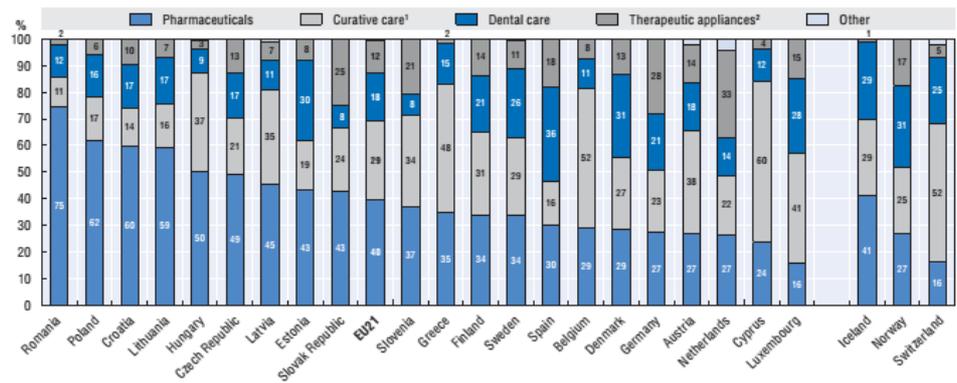
7.8. Out-of-pocket medical spending as a share of final household consumption, 2014 (or nearest year)



Note: This indicator relates to current health spending excluding long-term care (health) expenditure.
Source: OECD Health Statistics 2016; Eurostat Database.

Eine zentrale Frage bei Gesundheitsthemen ist die Frage, wie viel Geld Personen für Gesundheitsleistungen („out-of-pocket“) ausgeben. Derartig bezahlte Leistungen bzw. Medikamente etc. können nur dann in Anspruch genommen werden, wenn die entsprechenden finanziellen Möglichkeiten vorhanden sind. Ein Indikator, wie die finanzielle Belastung gemessen werden kann, ist der Anteil an Ausgaben für Gesundheitsleistungen gemessen am Gesamtbudget. Hier zeigt sich, dass im EU-Schnitt 2,3 Prozent des Gesamtbudgets für Waren und Dienstleistungen im Gesundheitsbereich ausgegeben werden. Österreich liegt mit knapp 2,6 Prozent leicht über dem EU-Schnitt, jedoch weit entfernt von der Spitzengruppe wie Bulgarien (5,8 Prozent), Malta oder Zypern (je 4,4 Prozent). Auch hier ist – neben der Summe der Ausgaben – von Interesse, wofür die Menschen in Österreich und Europa eigentlich ihr Geld ausgeben.

7.9. Shares of out-of-pocket medical spending by services and goods, 2014 (or nearest year)



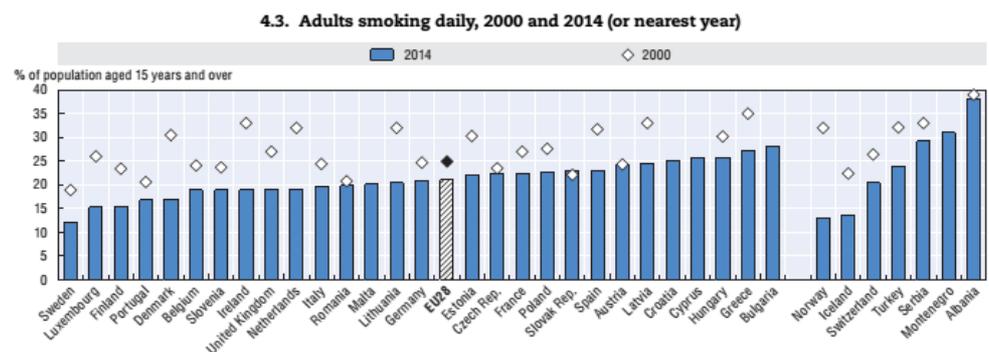
Note: This indicator relates to current health spending excluding long-term care (health) expenditure.
 1. Including rehabilitative and ancillary services.
 2. Including eye care products, hearing aids, wheelchairs, etc.
 Source: OECD Health Statistics 2016.

Knapp 70 Prozent aller privaten Gesundheitsausgaben fallen im EU-Schnitt auf die beiden Bereiche „Medikationskosten“ und „kurative Gesundheitsversorgung“, während 18 Prozent für die zahnärztliche Versorgung und rund 12 Prozent für therapeutische Geräte (z. B. Brillen, Rollstühle etc.) ausgegeben werden. Österreich gehört zu den Ländern, in denen tendenziell wenig Geld für Medikamente ausgegeben wird (27 Prozent). Im Gegenzug entfällt ein mit 38 Prozent überdurchschnittlich hoher Anteil auf die kurative Gesundheitsversorgung. Wenn also die nächste Diskussion zu Medikamentenpreisen kommt, sollte erwähnt werden, dass in kaum einem anderen Land die Bevölkerung weniger Geld für Medikamente ausgibt als in Österreich.

Nachdem wir uns mit den Grundlagen des österreichischen Gesundheitssystems befasst haben, ist es an der Zeit, dass wir uns mit dem individuellen Gesundheitsverhalten auseinandersetzen, da dies sowohl ein elementarer Bestandteil der persönlichen Gesundheit als auch ein zentrales Element des Gesundheitssystems ist.

3. Gesundheitsdeterminanten und chronische Krankheiten: Österreich wählt den einfachen (und teuren) Weg

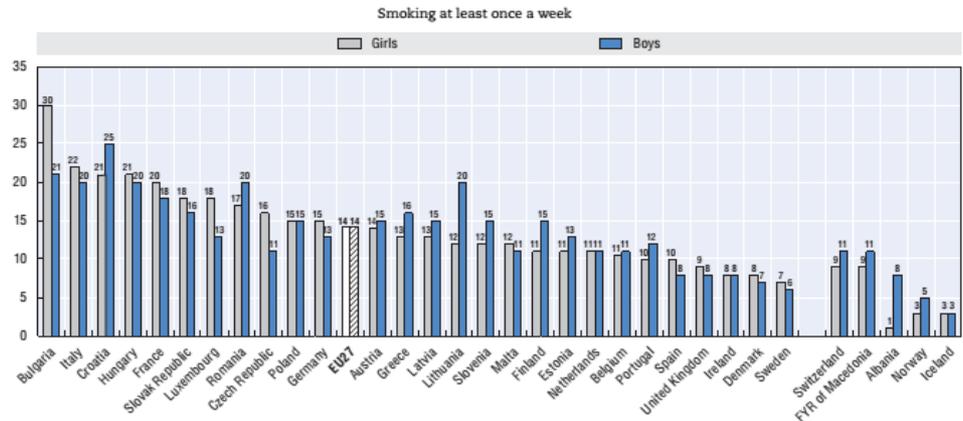
Der individuelle Gesundheitszustand hängt u. a. vom persönlichen Lebensstil ab, weshalb sich relevante Gesundheitsstudien u. a. auch mit Alkohol- oder Nikotinkonsum beschäftigen. So weit, so trivial. Die OECD-Studie „[Health at a Glance: Europe 2016](#)“ widmet sich in einem Kapitel den Themen Alkohol- und Nikotinkonsum, Übergewicht, Ernährungsgewohnheiten und physischen Aktivitäten. Maßnahmen in diesem Bereich sind sehr komplex, da individuelles Verhalten hier sehr oft auch mit sozialen Normen („Feierabendbier“) zusammenhängt und die Grenze zwischen verantwortungsvollem und medizinisch bedenklichem Konsumverhalten fließend ist. Ungeachtet dessen zeigt sich, dass z. B. Nikotinkonsum in der EU das größte vermeidbare Gesundheitsrisiko darstellt. Laut OECD sterben Raucher_innen im Durchschnitt 14 Jahre früher als Nichtraucher_innen, und das Risiko, beispielsweise an chronischen Krankheiten wie Asthma zu erkranken, ist ebenso erhöht.



Source: EHIS survey for most EU countries for 2014 data; regular national surveys for the Czech Republic, Denmark, Estonia, Finland, Germany, Italy, Luxembourg, Sweden, the United Kingdom, as well as non-EU countries (extracted from OECD Health Statistics 2016 and WHO European Health for All Database).

Im zeitlichen Vergleich zeigt sich, dass der Nikotinkonsum in Europa seit 2000 leicht gesunken ist. Besonders starke Rückgänge sind in Dänemark, Irland und den Niederlanden zu verzeichnen. Am anderen Ende des Spektrums befinden sich die Slowakei (das einzige Land, das einen Anstieg an Raucher_innen zu verzeichnen hat) und Österreich, wo sich der Anteil an Raucher_innen mit knapp 25 Prozent nicht verändert hat. Dies ist insofern von Interesse, da die öffentliche Hand mit diversen [Initiativen](#) und [Inseraten](#) kontinuierlich Geld in Präventionsmaßnahmen investiert bzw. Raucher_innen dazu bewegen möchte, mit dem Rauchen aufzuhören. Angesichts der Zahlen dürften die Maßnahmen der letzten 14 Jahre nicht effektiv genug gewesen sein.

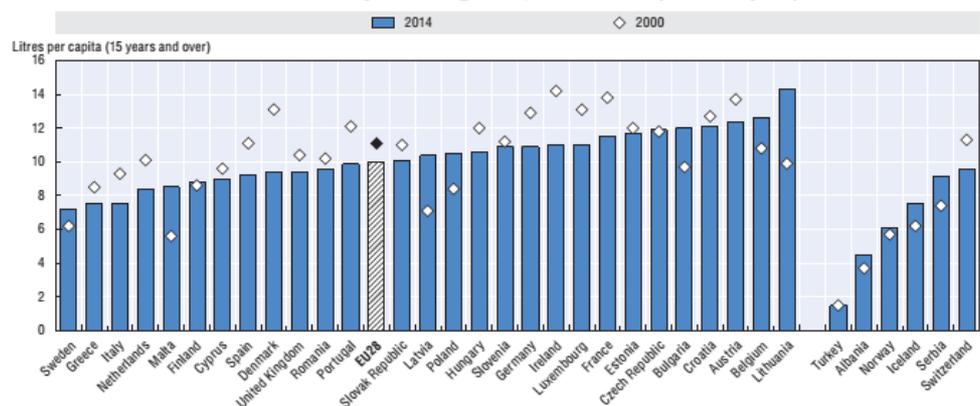
4.1. Smoking among 15-year-olds, 2013-14



Source: Inchley et al. (2016).

Aus gesundheitspolitischem Blickwinkel ist der Nikotinkonsum von Jugendlichen von besonderem Interesse, da sich hier schwerwiegende langfristige Gesundheitsrisiken nachweisen lassen (u. a. Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems oder die Wahrscheinlichkeit, an Krebs zu erkranken). Hier zeigt sich, dass in Österreich knapp 15 Prozent der 15-Jährigen regelmäßig rauchen, womit wir im OECD-Schnitt liegen. Hier ist tatsächlich ein massiver Fortschritt zu erkennen: [2010](#) lag Österreich noch in der Spitzengruppe, innerhalb von fünf Jahren hat sich der Anteil an rauchenden Jugendlichen knapp halbiert. Angesichts dieser Zahlen stellt sich die Frage: Was machen wir als Gesellschaft bzw. der Staat hier richtig, was uns in vielen anderen Bereichen nicht gelingt? Angesichts derart konträrer Resultate stellt sich die Frage, ob die im Budget festgelegten [Wirkungsziele](#) wirklich systematisch evaluiert und entsprechende Schlussfolgerungen gezogen sowie Maßnahmen eingeleitet werden.

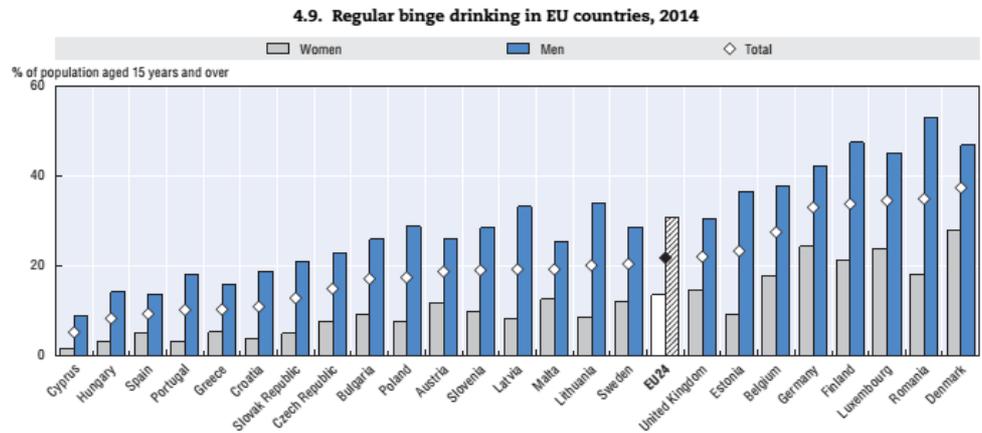
4.8. Alcohol consumption among adults, 2000 and 2014 (or nearest years)



Source: OECD Health Statistics 2016; Global Information System on Alcohol and Health for non-OECD countries and Austria, Belgium, Greece, Iceland, Italy, Latvia, Portugal and Spain.

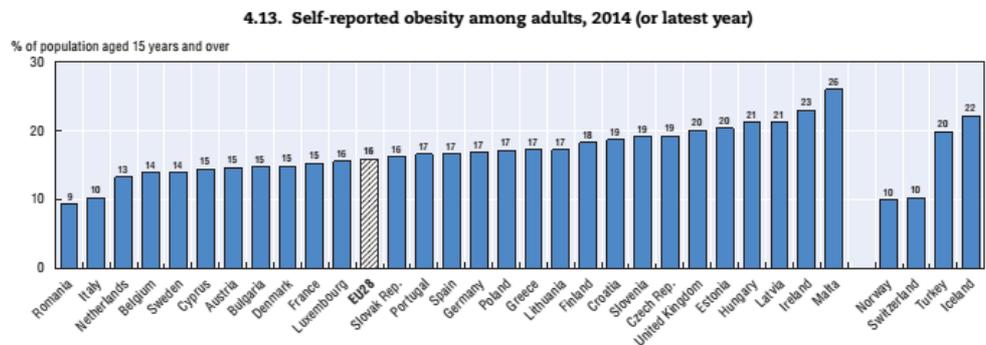
Ein [medial](#) oftmals diskutiertes Thema ist der Alkoholkonsum. Österreich liegt regelmäßig im europäischen Spitzenfeld – so auch in dieser Studie. Gleichzeitig sehen wir, dass sich der durchschnittliche Alkoholkonsum seit dem Jahr 2000 reduziert hat (wenngleich wir weiterhin auf einem Spitzenplatz liegen). Hier zeigt sich eine der wesentlichen Vorteile der OECD-Publikation: Da die standardisierten Daten jährlich veröffentlicht werden, können wir ein genaueres Bild zeichnen: Der Alkoholkonsum ist in den ersten 2000er-Jahren zurückgegangen. Die [OECD-](#)

Studie von 2010 weist bereits exakt die gleichen Werte aus wie die diesjährige Publikation. Damals lag Österreich übrigens nur auf Platz sechs, mittlerweile sind wir wieder auf dem dritten Rang, was an der Tatsache liegt, dass in den meisten Ländern der Alkoholkonsum weiterhin sinkt. Wenn man berücksichtigt, dass der EU-Raum weltweit den höchsten Alkoholkonsum aufweist, wird aus einem vermeintlichen Fortschritt relativ schnell ein Rückschritt.



Source: Eurostat, EHIS 2014.

Neben dem generellen Konsumverhalten ist vor allem der exzessive Alkoholkonsum von besonderem Interesse. Über den generellen Konsum können wir Langzeittrends feststellen, denn übermäßiger Alkoholkonsum („regular binge drinking“) wirkt sich sowohl auf die Sterblichkeitsrate als auch auf diverse Erkrankungen (z. B. Suchtverhalten) aus. Die Österreicher_innen mögen zwar viel trinken, exzessives Trinken wird aber, verglichen mit anderen Ländern, deutlich seltener. Wenn jeder vierte männliche Österreicher regelmäßig einen bedenklich hohen Alkoholkonsum aufweist, ist dies nicht zu beschönigen, aber verglichen mit anderen Ländern (UK: 30 Prozent, DE: 42 Prozent, DK: 47 Prozent, RO: 50 Prozent) ist das Problem in Österreich zumindest schwächer ausgeprägt. Übrigens: Der Anteil an Personen, die regelmäßig exzessiv Alkohol konsumieren, **steigt** mit dem Bildungsgrad (Zahlen für AT: geringster Bildungsgrad: 14,2 Prozent, mittlerer Bildungsgrad: 19,9 Prozent, höchster Bildungsgrad: 20,5 Prozent). Vergleichen Sie diese Informationen einmal mit dem medial vermittelten Bild vom „Komasaufen“.



Source: Eurostat, EHIS 2014; OECD Health Statistics 2016 for non-EU countries.

Während bei Alkohol- und Nikotinkonsum in ganz Europa in den letzten zehn bis 15 Jahren mehrheitlich ein Rückgang verzeichnet werden konnte, gilt dies für den Anteil an Menschen mit Übergewicht nicht. Dieser steigt in ganz Europa an, im

Durchschnitt geben 16 Prozent aller Europäer_innen an, dass sie massives Übergewicht („obesity“) haben. Österreich liegt mit 15 Prozent knapp unter dem EU-Schnitt, wenngleich der Wert vor sechs Jahren bei nur 12,5 Prozent lag. Damals lag der EU-Schnitt bei 15,5 Prozent. Die Werte sind demnach europaweit zurückgegangen, in Österreich leider nicht.

Schwerpunktthema 2016: chronische Krankheiten

Zusätzlich zu den jährlich erhobenen – standardisierten – Kennzahlen, setzt die OECD jedes Jahr einen individuellen Schwerpunkt. Im vergangenen Jahr (2016) geht es um chronische Krankheiten und deren Auswirkungen auf den Arbeitsmarkt. Dies ist ein hochkomplexes Thema, da Gesundheit und Arbeit auf vielen Ebenen miteinander verbunden sind. So können Gesundheitsprobleme zu geringeren Jobchancen bzw. einer geringeren Partizipation am Arbeitsmarkt, zu einem geringeren Einkommen oder einer längeren Dauer der Arbeitslosigkeit führen. Diese Faktoren wiederum können eine Negativspirale in Gang setzen (u. a. erhöhter Stress, Depressionen), die wiederum die physische und psychische Gesundheit weiter einschränkt. Gleichzeitig wirken sich die Arbeitsbedingungen und das Arbeitsumfeld auch auf unsere Gesundheit aus. Zwar ist eines der wesentlichen Ziele der Gesundheitspolitik die Vermeidung von chronischen Krankheiten, gleichzeitig muss Gesundheitspolitik aber auch jene im Blick haben, die mit einer (oder mehreren) chronischen Krankheiten im Arbeitsleben bzw. auf dem Arbeitsmarkt zur Verfügung stehen. Die Gesundheitsökonominnen der OECD haben sich angesehen, wie viele frühzeitige Todesfälle auf *premature non-communicable diseases* (NCDs) – also vorzeitigen Tod durch nicht übertragbare Krankheiten, insbesondere Krebs, Diabetes, Herz-Kreislauf-Erkrankungen) – zurückzuführen sind und wie stark sich dieser Umstand auf die Arbeitswelt (Produktivitätsverlust) auswirkt.

Table 1.1. Premature deaths and potential productive life years lost related to non-communicable diseases among people aged 25-64, EU countries, 2013

	Premature NCD deaths		Potential productive life years lost	
	Number	Rate per 100 000 population	Number	Rate per 100 000 population
EU28 total	555 065	201	3 412 060	1 236
Austria	7 736	165	47 694	1 018
Belgium	10 307	173	62 115	1 042
Bulgaria	16 828	410	103 766	2 527
Croatia	6 894	293	40 015	1 701
Cyprus	558	116	3 786	789
Czech Republic	14 711	244	79 195	1 316
Denmark	5 177	178	29 755	1 023
Estonia	2 013	280	11 230	1 562
Finland	4 961	174	27 997	980
France	57 318	169	355 707	1 046
Germany	86 545	195	522 522	1 179
Greece	11 325	188	76 390	1 270
Hungary	22 947	411	129 389	2 319
Ireland	3 564	143	24 014	966
Italy	48 231	147	312 026	952
Latvia	4 439	400	29 731	2 682
Lithuania	5 910	372	39 220	2 466
Luxembourg	450	147	2 961	969
Malta	368	159	2 063	889
Netherlands	15 618	173	94 067	1 042
Poland	67 050	305	378 167	1 722
Portugal	9 827	170	66 294	1 147
Romania	40 621	361	247 952	2 203
Slovak Republic	9 148	289	53 324	1 685
Slovenia	2 380	200	13 384	1 122
Spain	38 003	142	256 969	960
Sweden	6 726	138	40 104	821
United Kingdom	55 410	166	362 228	1 084

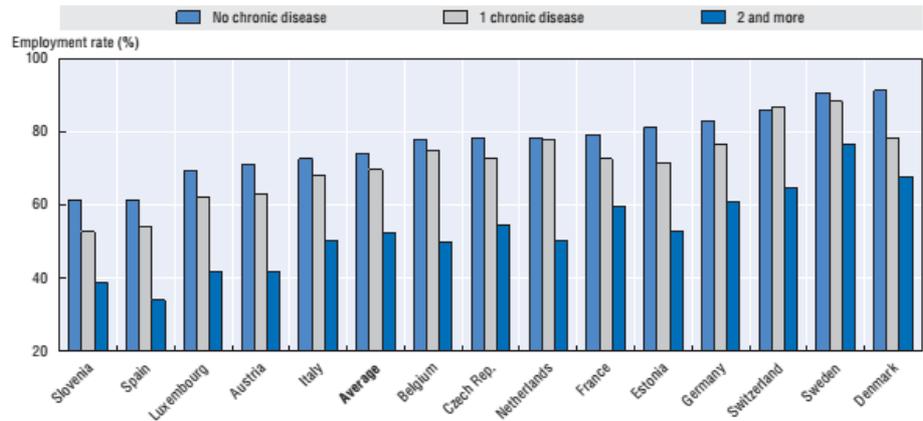
Note: Non-communicable diseases include cardiovascular diseases (ICD-10: I00-I99), cancers (C00-C97), respiratory diseases (J40-J47), and diabetes (E10-E14). Potential productive life years have been calculated as the difference between the age of death and age 65, using the EU28 average of employment rates for the population aged 25-54 years and 55-64 years.

Source: OECD estimates based on Eurostat data.

Sowohl bei den Todesfällen als auch bei den Zahlen zum Produktivitätsverlust liegt Österreich – ähnlich den im ersten Kapitel genannten Zahlen zur allgemeinen Mortalität – unterhalb des OECD-Schnitts. Die gute Nachricht ist also, dass derartige Erkrankungen nicht überproportional häufig zu einem (vorzeitigen) Tod führen. Gleichzeitig zeigt sich jedoch, dass insbesondere bei chronischen Krankheiten in Verbindung mit dem Arbeitsmarkt die Lage bei Weitem nicht so rosig aussieht.

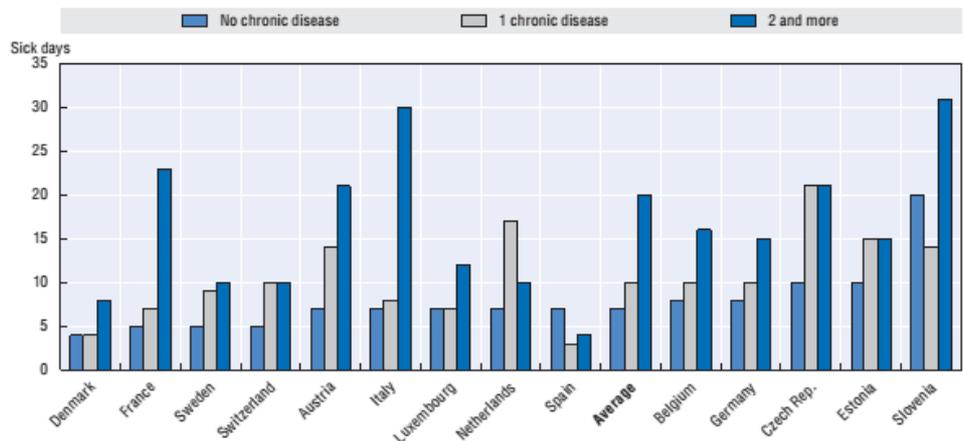
Grundsätzlich zeigen (u. a., aber nicht nur) die OECD-Daten, dass Menschen mit chronischen Krankheiten weniger verdienen, signifikant öfter und länger arbeitslos sind und deutlich größere Schwierigkeiten überwinden müssen, um (wieder) in den Arbeitsmarkt einzusteigen.

Figure 1.1. **Employment rate among people aged 50-59, with and without chronic diseases, 14 European countries, 2013**



[SHARE](#) ist ein EU-Projekt, das sich u. a. den Themen Gesundheit (allgemein und am Arbeitsplatz) oder Pensionen widmet und insbesondere die Altersgruppe 50 bis 59 – also jene, die noch in einem hohen Ausmaß im Erwerbsleben stehen – im Fokus hat. Hier zeigt sich, dass die Beschäftigungsquote sinkt, wenn eine chronische Krankheit vorliegt (grauer Balken). Bei zwei oder mehr chronischen Krankheiten ist die Beschäftigungsquote um ca. 40 Prozent geringer als bei Menschen ohne chronische Krankheiten. Ein genauer Blick zeigt, dass in einigen Ländern effektiv kein Rückgang der Beschäftigungsquote bei Menschen mit einer chronischen Krankheit erkennbar ist (Niederlande, Schweiz, Schweden), in anderen Ländern wie Österreich zeigt sich eine deutliche Differenz. Besonders schwach schneidet Österreich bei der Beschäftigungsquote von Menschen mit zwei oder mehr chronischen Krankheiten auf. Mit einer Beschäftigungsquote von knapp 42 Prozent weisen nur Spanien und Slowenien schlechtere Werte auf.

Figure 1.9. **Number (median) of sick days in the last 12 months among employed people aged 50-59, by chronic diseases, 14 European countries, 2013**

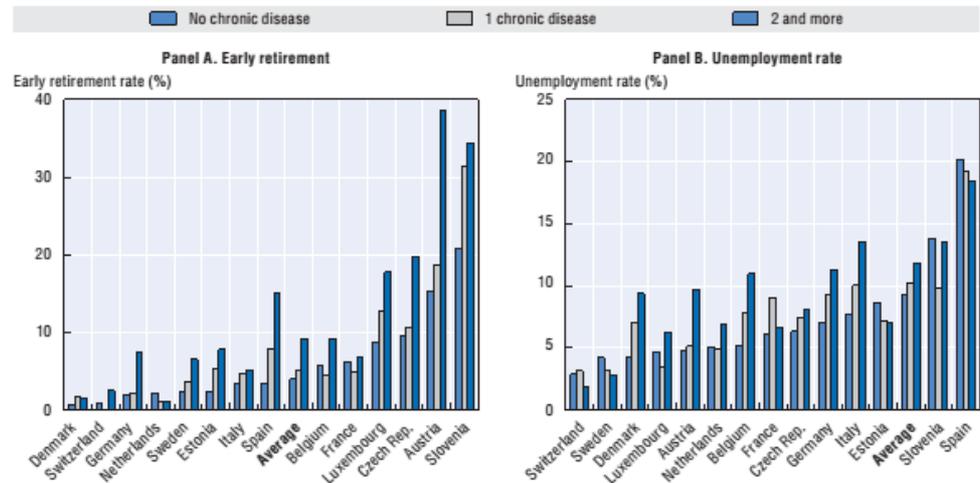


Note: N = 12 228 in the 14 countries studied. See the Statlink for further details on the methodology.
 Source: OECD estimates based on SHARE data (wave 5).

Ein ähnliches Bild zeigt sich bei der durchschnittlichen Anzahl der Tage im Krankenstand. Zwar ist es nicht außergewöhnlich, dass sich mit einem schlechteren Gesundheitszustand (in diesem Fall der Anzahl an chronischen Krankheiten) die Krankenstandstage erhöhen (sieben Tage im Schnitt ohne chronische Krankheit,

zehn mit einer und 20 mit zwei oder mehr chronischen Krankheiten), aber Österreich gehört zu den Ländern die einen überdurchschnittlich starken Anstieg aufweisen (von sieben auf 21 Tage). Dies bedeutet, dass wir ganz allgemein den Arbeitsprozess von Menschen mit chronischen Krankheiten nicht so gut managen wie beispielsweise Schweden (von fünf auf zehn Tage) oder Dänemark (von vier auf acht Tage). Die OECD weist darauf hin, dass insbesondere die psychische Gesundheit (also nicht zwingend die „ursprüngliche“ chronische Krankheit) für eine Vielzahl an Krankenstandstagen von chronisch Kranken verantwortlich ist.

Figure 1.14. **Early retirement and unemployment rates among people aged 50-59, by chronic diseases, 14 European countries, 2013**



Note: N = 17 666 in the 14 countries studied. See the Statlink for further details on the methodology.
Source: OECD estimates based on SHARE data (wave 5).

Neben der Beschäftigungsquote und der Krankenstandstage sind sowohl die Arbeitslosenzahlen bzw. die Frühpensionierungen von Interesse. Im Bereich der Arbeitslosigkeit zeigen die Daten, dass in Österreich chronisch Kranke seltener arbeitslos sind als im EU-Vergleich. Dies liegt aber daran, dass (siehe Grafik links) Österreich eine sehr typische Lösung gewählt hat. In dieser Abbildung sehen wir den Anteil der 50 bis 59-Jährigen, die in Frühpension geschickt wurden – Österreich ist hier Weltmeister. Im EU-Durchschnitt sind vier Prozent der Menschen ohne chronische Krankheit in Frühpension, bei Personen mit einer chronischen Krankheit liegt dieser Wert bei fünf Prozent. Bei zwei oder mehr chronischen Krankheiten verdoppelt sich dieser Wert auf neun Prozent.

In Österreich ist die Lage nochmals dramatischer: *15,3 Prozent* aller Personen ohne chronische Krankheit sind in Frühpension (zur Erinnerung: Der EU-Schnitt bei Menschen mit zwei oder mehr chronischen Erkrankungen liegt bei neun Prozent!), er steigt auf *18,9 Prozent*, wenn eine chronische Krankheit vorliegt, und bei zwei und mehr chronischen Erkrankungen sind fast vierzig (!) Prozent (*38,6 Prozent*, um genau zu sein) der Menschen in Frühpension und damit einhergehend oftmals auch mit Altersarmut konfrontiert. Anstatt sich Gedanken zu machen, unter welchen Bedingungen auch Personen mit chronischen Krankheiten in einem guten, gesundheitsstabilisierenden und wertschätzenden Arbeitsumfeld arbeiten können bzw. wie Arbeitslosigkeit vermieden werden kann, wählt man in Österreich wieder einmal die simple – und gleichzeitig teuerste – Lösung: die Frühpension.

Neben den individuellen Gesundheitsdeterminanten ist – gerade aus dem Blickwinkel von Public Health – von Interesse, welche systematischen Prozesse aufgesetzt werden und wie das Zusammenspiel von Bevölkerung und Gesundheitssystem aussieht. Medial wird hier sehr oft das Thema Impfen behandelt, weshalb wir uns im nächsten Kapitel damit beschäftigen, wie wir bzw. unser Gesundheitssystem dieses Thema behandelt.

4. Impfen: Das 19. Jahrhundert hat einen Brief geschrieben und will seine Debatte zurück

Macht Impfen Sinn? Gibt es *wirklich* überzeugende Beweise für einen gesundheitlichen Vorteil für Geimpfte gegenüber Ungeimpften? Fragen wie diese werden schnell gestellt, wenn es um das Thema Impfen geht, egal, ob auf dem Spielplatz, in der Straßenbahn oder im Wartezimmer der Hausärztin oder des Hausarztes. Wohl kaum ein gesundheitspolitisches Thema in Österreich ist mittlerweile derart mit Emotionen aufgeladen. Generell lassen sich hier drei Lager identifizieren: Menschen die Impfungen (vehement) befürworten, jene, die diese (vehement) ablehnen, und dann gibt es noch diejenigen, die dazwischenstehen und in dem Hin und Her der Argumente nur noch Verwirrung empfinden. Bis zu einem gewissen Grad erinnert die Debatte an jene rund um den Klimawandel: ob es einen Klimawandel gibt und – wenn ja – inwiefern menschliches Verhalten diesen begünstigt. Der [Konflikt](#) zwischen Gegner_innen und Befürworter_innen von Impfungen ist so alt wie das Impfen selbst.

Französische Karikatur von Impfgegnern rund um 1800.

Bildquelle:
<http://bit.ly/1QuVqFE>



Dennoch hat sich in den letzten Jahren einiges geändert. Impfgegner_innen nehmen Fahrt auf, und der Diskurs behandelt immer öfter nicht mehr die Frage, welche Impfung elementar und welche optional sein sollte, sondern jene, ob Impfen generell Sinn macht bzw. ob Impfen nicht sogar krank macht. Fakten zum Thema werden zwar oft [präsentiert](#), und insbesondere in Österreich sind diese nicht selten medial [sehr gut](#) aufbereitet, dennoch scheint die Debatte festgefahren zu sein. Doch warum sollte sich Public Health mit einem Thema wie dem Impfen beschäftigen?

Impfungen gehören in der Medizin zu einer der wichtigsten und wirkungsvollsten Präventionsmaßnahmen. Unmittelbares Ziel der Impfung ist es, die geimpfte Person vor einer ansteckenden Krankheit zu schützen. Bei Erreichen hoher Impfquoten ist es möglich, einzelne Krankheitserreger regional zu eliminieren und schließlich weltweit auszurotten. An dieser Stelle kommt Public Health ins Spiel. Beispielsweise sind die Elimination von Masern und der Poliomyelitis

(Kinderlähmung) erklärte und erreichbare Ziele der nationalen und internationalen Gesundheitspolitik, denen sich unter anderem auch Österreich verschrieben hat.

Oftmals wird bei dieser Debatte der individuelle Kontext mit den Zielen von Public Health vermischt, wodurch bei diesem Thema die Frage der Impfpflicht sehr schnell aufkommt.

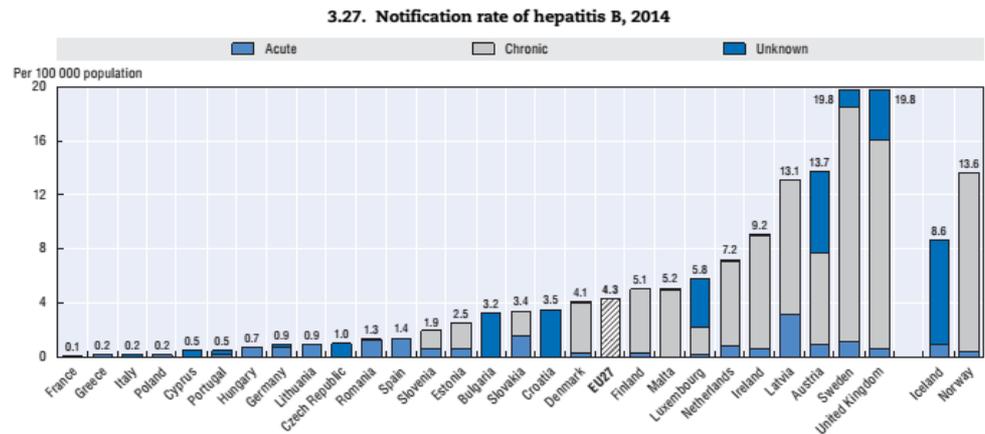
In Österreich gibt es **keine** generelle und umfassende **Impfpflicht**, was aus vielen Gründen zu befürworten ist, nicht zuletzt deshalb, da es sich bei einer Impfung um einen nicht unerheblichen Eingriff in die körperliche Integrität handelt. Dementsprechend müssen Vorgaben bezüglich des Impfschutzes – sowohl für Kinder als auch für Erwachsene – gut durchdacht, wirksam und lokal beschränkt sein.

Aus diesen Gründen befasst sich Public Health bzw. die OECD-Studie „Health at a Glance: Europe 2016“ explizit mit Infektionskrankheiten und Präventionsmöglichkeiten, da in den meisten EU-Mitgliedsländern für bestimmte Erkrankungen eine Meldepflicht besteht:

Definition and comparability

Mandatory notification systems for communicable diseases, including measles, pertussis and hepatitis B, exist in most European countries, although case definitions, laboratory confirmation requirements and reporting systems may differ. Measles, pertussis and hepatitis B notification is mandatory in all EU member states. Caution is required in interpreting the data because of the diversity in surveillance systems, case definitions and reporting practices (for example, several countries only collect data on acute cases, not chronic cases). Variation between countries also likely reflects differences in testing as well as differences in immunisation and screening programmes (ECDC, 2016a).

Beginnen wir mit Hepatitis B, einer infektiösen Entzündung der Leber, die unter gewissen Bedingungen auch chronisch verlaufen kann. Leider schwankt in den EU-Mitgliedsstaaten die Datenqualität, weshalb Ländervergleiche nur bedingt möglich sind. Dennoch lassen sich einige interessante Informationen aus den vorliegenden Daten gewinnen.

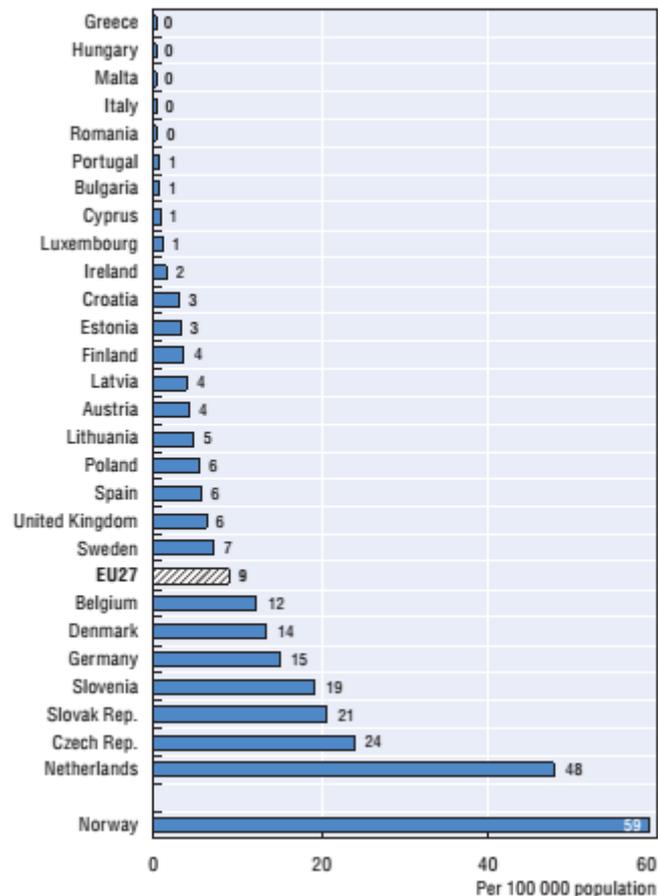


Im Jahr 2014 wurden in der EU etwas mehr als 22 400 Fälle von Hepatitis B gemeldet. Angesichts der Muster zeigt sich, dass in einigen Ländern nur akute bzw. chronische Fälle von Hepatitis B protokolliert werden (hierzu dürfte auch Österreich gehören, da 50 Prozent der aufgezeichneten Fälle chronisch waren und nur 6,5 Prozent akut), während andere Staaten wie z. B. die Slowakei für beide Formen genaue Informationen sammeln. Spannend an den österreichischen Daten ist, dass wir erstens zu den Ländern mit dem höchsten Anteil an Fällen, die nicht zugeordnet werden können, gehören. Angesichts der sehr unterschiedlichen Behandlungswege (Stichwort „chronische Krankheit“) und daraus resultierenden Folgekosten ist dies doch ziemlich überraschend. Wenn auf 100 000 Personen sieben chronisch Kranke kommen und das bei einer Krankheit, die durch eine Impfung verhindert werden kann, dann haben wir zweitens ein Problem. Das wir damit nicht alleine dastehen, zeigt die Grafik, aber angesichts der schlechten Datenlage (Wie ist das im Jahr 2017 eigentlich möglich?) fehlt uns im Grunde genommen eine genaue Ausgangslage, auf der eine verbesserte europaweite Strategie zur Eradikation von Hepatitis B aufbauen könnte.

Pertussis (PKeuchhusten) ist eine hochinfektiöse bakterielle Infektionskrankheit der Atemwege. Keuchhusten wird oftmals als Kinderkrankheit angesehen, jedoch können auch Erwachsene daran erkranken, wie unter anderem das [Robert Koch Institut](#) mit anschaulichen Zahlen belegen kann:

Die Pertussis-Inzidenz liegt bei Kindern und Jugendlichen zwar weiterhin höher als bei Erwachsenen. Dennoch treten zwei Drittel aller Erkrankungen bei Personen über 19 Jahre auf. Daher empfiehlt die STIKO seit 2009 allen Erwachsenen eine Impfung mit einem Pertussis-haltigen Kombinationsimpfstoff bei der nächsten fälligen Auffrischungsimpfung gegen Tetanus und Diphtherie.

3.26. Notification rate of pertussis, 2014



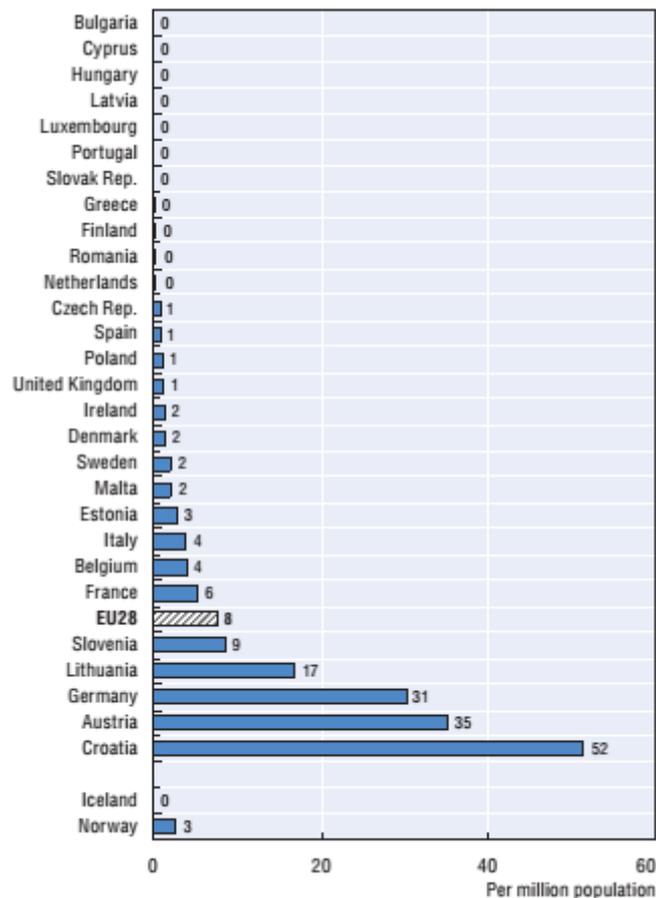
Source: ECDC (2016), *Surveillance Atlas of Infectious Diseases*.

Im Jahr 2015 wurden knapp 4 000 Fälle von Keuchhusten gemeldet, wobei in fünf Ländern kein Fall auftrat. Auf 100 000 Einwohner_innen kommen im Schnitt neun Fälle, die Niederlande können mit 48 Fällen auf 100 000 Einwohner_innen als Ausreißer betrachtet werden. In Österreich kommen vier Fälle auf 100 000 Einwohner_innen, womit wir auf Platz 13 von 27 im EU-Mittelfeld liegen. Klingt gut, ist es aber nicht. Die „Health at a Glance“-Studie aus dem Jahr 2010 zeigt, dass Österreich im Zeitraum 2006 bis 2008 pro Jahr im Schnitt 1,6 Fälle gemeldet hat (Platz 15 von 27), womit sich die Anzahl an Fällen mehr als verdoppelt hat. Österreich teilt mit vielen anderen EU-Mitgliedsstaaten ein trauriges Schicksal, jedoch stellt sich auch hier die Frage: Wenn bei einer schwer infektiösen Krankheit, die übrigens auch tödlich enden und die mittels einer Impfung flächendeckend supprimiert werden kann, seit Jahren eine steigende Anzahl an Fällen beobachtet wird, wo bleibt die mediale Diskussion bzw. der nationale Aktionsplan (= Public-Health-Maßnahmen)? Das beste Indiz dafür, dass dieses Thema für die Bundesregierung von minimaler Relevanz ist, zeigt sich darin, dass keine Inserate zu diesem Thema geschaltet werden.

Wesentlich häufiger, wenngleich nicht zwingend ungefährlicher, sind die Masern, eine hochinfektiöse Viruskrankheit, die oftmals als „harmlose“ Kinderkrankheit angesehen wird. Die Masern können für Säuglinge, Kinder, aber auch Jugendliche und Erwachsene schwerwiegende Folgen haben, was unter anderem daran liegt, dass während des Krankheitsverlaufs das Immunsystem [massiv geschwächt](#) ist und

die Patient_innen für andere Krankheiten (z. B. bakterielle Infektionen) empfänglich sind. Übrigens: Eine Masernerkrankung kann auch die Augen schädigen. [Expert innen](#) schätzen, dass weltweit jährlich ca. 60 000 Personen aufgrund einer Masernerkrankung erblinden.

3.25. Notification rate of measles, 2015

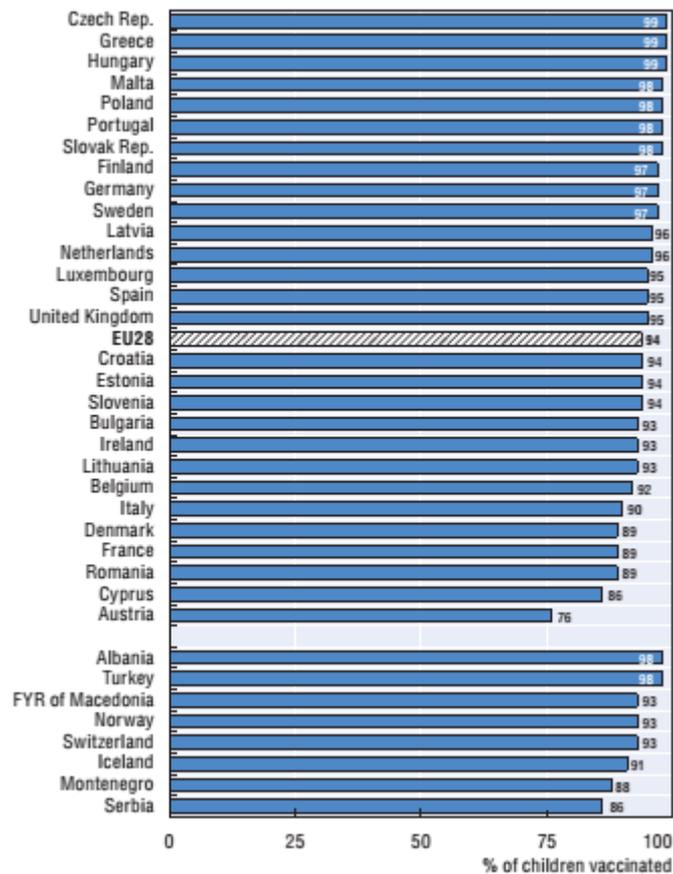


Source: ECDC (2016), Measles and Rubella Monitoring Report.

In elf Ländern wurde im letzten Jahr keine einzige Masernerkrankung gemeldet, im EU-Schnitt waren es acht Personen auf je eine Million Einwohner_innen. Österreich befindet sich auf dem bedenkenswerten zweiten Platz,, geschlagen nur von Kroatien. Wobei es hier auf die Zählmethode ankommt, in [anderen Studien](#) liegen wir „nur“ auf dem dritten Platz. Die Dramatik dieses Werts zeigt sich, wenn wir Vergleichszahlen (beispielsweise aus der 2010er-Version der OECD-Studie) zur Hand nehmen: Vor sechs Jahren wurden in Österreich noch 20 Fälle auf eine Million Einwohner_innen gemeldet, was einem kräftigen Anstieg von 75 Prozent entspricht. Wenn man bedenkt, dass beispielsweise Säuglinge unter elf Monaten nicht geimpft werden können und auf die sogenannte „[Herdenimmunität](#)“ angewiesen sind oder dass im Verlauf einer Masern- oder Keuchhustenerkrankung möglicherweise auch zusätzliche Erkrankungen auftreten, gegen die sich andere Personen nicht impfen lassen können, so muss die Antwort auf die Frage, ob Impfen eine rein individuelle Entscheidung ist oder ob die eigene Entscheidung auch Folgen für die Allgemeinheit hat, eindeutig ausfallen.

Wie in diesem Kapitel mehrmals erwähnt wurde, kann man sich gegen alle hier genannten Krankheiten impfen lassen. Wie sehen nun die Impfraten aus? Nehmen wir als Fallbeispiel die Masern: **In Österreich ist der Impfstoff für alle Personen** (egal, ob Kinder, Jugendliche oder Erwachsene) **kostenfrei erhältlich**. Aufgrund dieser Tatsache und regelmäßiger [Aufklärungskampagnen](#) sowie einer Vielzahl an [Broschüren](#) und [Ratgebern](#), sollte man meinen, dass in Österreich die Impfrate bei annähernd 100 Prozent liegt.

6.28. Vaccination against measles, children aged 1, 2014



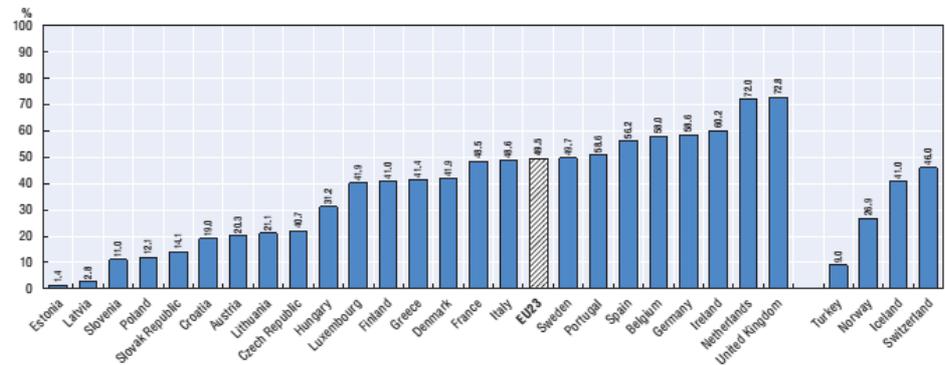
Source: WHO/UNICEF.

Das Gegenteil ist der Fall: Österreich ist das Schlusslicht unter den EU-Ländern bei der Impfrate für einjährige Kinder. Nur drei von vier Einjährigen in Österreich sind gegen Masern geimpft. Während andere Länder die Ausrottung von Masern feiern (Good work, [Jamaica!](#)) gelingt es uns nicht einmal, mit einem **Gratis-Impfstoff für alle** diese Krankheit in den Griff zu bekommen. Wer nun meint, dass die Masern ein Ausreißer seien und die Impfrate für andere Krankheiten (z. B. Keuchhusten oder Tetanus) andere Ergebnisse liefere, dem sei die Lektüre der eingangs erwähnten OECD-Studie ans Herz gelegt: Auch in dieser liegen wir *europaweit auf dem letzten Platz*.

Nun könnte man beim Thema Masern nochglauben, die Impfrate sei auf renitente Eltern zurückzuführen, die ihre Kinder nicht impfen lassen. Das Problem an der Sache: Es stimmt nicht. Sehen wir uns hierzu die Impfrate für Influenza an. Die

Grippeimpfung wird jedes Jahr angeboten, besonders empfehlenswert ist diese für einige Personengruppen (z. B. chronisch Kranke oder ältere Personen), da für diese Gruppen eine Erkrankung besonders gefährlich wäre (u. a. erhöhte Sterbewahrscheinlichkeit).

6.30. Influenza vaccination coverage, population aged 65 and over, 2014 (or nearest year)



Source: OECD Health Statistics 2016; Eurostat Database.

Der EU-Durchschnitt für die Personengruppe 65+ liegt bei 49,5 Prozent, Österreich liegt auf Platz 17 mit 20,3 Prozent – erreicht also **nicht einmal die Hälfte des Durchschnitts**. Während in den letzten Jahren die Impfquote europaweit für diese Altersgruppe sogar um einige Prozentpunkte *gesunken* ist, sehen wir in Österreich eine Stagnation auf niedrigem Niveau. Immerhin.

Warum ist dies so, und warum sind gerade in Österreich diese Werte so dramatisch schlecht? Erklärungsansätze dafür gibt es viele: Einige gehen davon aus, dass es daran liegt, dass wir mit vielen Krankheiten im Alltag nicht mehr konfrontiert werden (Fortschritt!), andere machen die Skepsis gegenüber der Wirksamkeit von Impfungen und die Angst vor möglichen Impfschäden verantwortlich. Doch das ist schlichtweg Bullshit. Man muss es so klar sagen.

An dieser Stelle verlassen wir kurz den Public-Health-Bereich bzw. die Datenlage und wenden uns der Vermittlung von Gesundheitsinformationen anhand eines Fallbeispiels zu:

Das Portal impffrei.at, das laut eigener Aussage „zahlreiche Websites durchleuchtet, viele Bücher gelesen, mit Ärzten, Medizinjournalisten, Wissenschaftlern und Fachkundigen gesprochen und die wichtigsten Fakten übersichtlich aufbereitet“ hat, „informiert“ die Allgemeinheit, unter welchen Bedingungen Hepatitis B übertragen werden kann:

Ist die Hepatitis-B-Impfung für Säuglinge sinnvoll?

Hepatitis B kann nur über 4 Wege übertragen werden:

1. die Mutter ist HBV-positiv und überträgt das Virus auf das Kind (ein Test wird in Österreich während der Schwangerschaft gemacht! Ist die Mutter negativ, besteht keine Gefahr für das Kind.)
2. durch nicht sterile Nadeln (v.a. beim Drogenkonsum)
3. durch Geschlechtsverkehr
4. durch Blutkonserven

Das Risiko für Säuglinge, an Hepatitis B zu erkranken, ist also äußerst gering.

Hier wird suggeriert, dass die Wahrscheinlichkeit einer Hepatitis-B-Erkrankung sehr gering ist. Es soll glaubhaft gemacht werden, dass Hepatitis B eigentlich ungefährlich ist (zumindest für bestimmte Gruppen). Doch das ist schlichtweg falsch. Sehen wir uns hierzu die Informationen des [österreichischen Gesundheitsportals](#) an:

Übertragungsweg

Der typische Übertragungsweg im Erwachsenenalter sind **sexuelle Kontakte**. Dabei reichen für eine Infektion schon kleinste Haut- und Schleimhautverletzungen (**Blutkontakte**). Auch Sperma, Scheidensekret, Speichel- und **Tränenflüssigkeit** von Hepatitis-B-Infizierten sind infektiös.

Eine Übertragung von Hepatitis-B-Viren ist **z.B.** möglich:

- wenn die Sexualpartnerin/der Sexualpartner Hepatitis B hat,
- durch „needle sharing“ (gemeinsames Benützen von Nadeln, Spritzen, Filter und Löffel unter Drogenabhängigen) oder gemeinsames Benützen des „Röhrchens“ – zusammengerolltes Papier oder Geldschein – zum Kokain-Schnupfen über die Nase),
- durch eine Nadelstichverletzung, wenn eine Hepatitis-B-infizierte Person daran beteiligt ist,
- bei der Geburt auf das Neugeborene, wenn die Mutter Hepatitis B hat.

Zusätzliche Infektionsmöglichkeiten ergeben sich durch die gemeinsam Benutzung von Zahnbürste, Rasierapparat, Nagelschere oder Nagelfeile mit einer an Hepatitis B erkrankten Person oder durch Tätowierungen und Piercings unter unhygienischen Bedingungen. Es gibt auch – äußerst selten – sogenannte nosokomiale Übertragungsfälle (Übertragung durch infizierte, im medizinischen Bereich tätige Personen).

Hinweis

Durch übliche soziale Kontakte wie Hände schütteln, Umarmen, Küssen auf die Wange, Essen, Trinken und Benutzen der gleichen Toilette besteht kein Risiko für eine Übertragung von Hepatitis-B-Viren.

Diese Liste ist erstens deutlich länger und gibt zweitens auch an, dass bei Hepatitis-B-Infizierten selbst die Tränenflüssigkeit infektiös ist, sprich eine Übertragung sehr leicht möglich ist, womit **auch für Säuglinge ein Ansteckungsrisiko besteht**. Doch damit nicht genug.

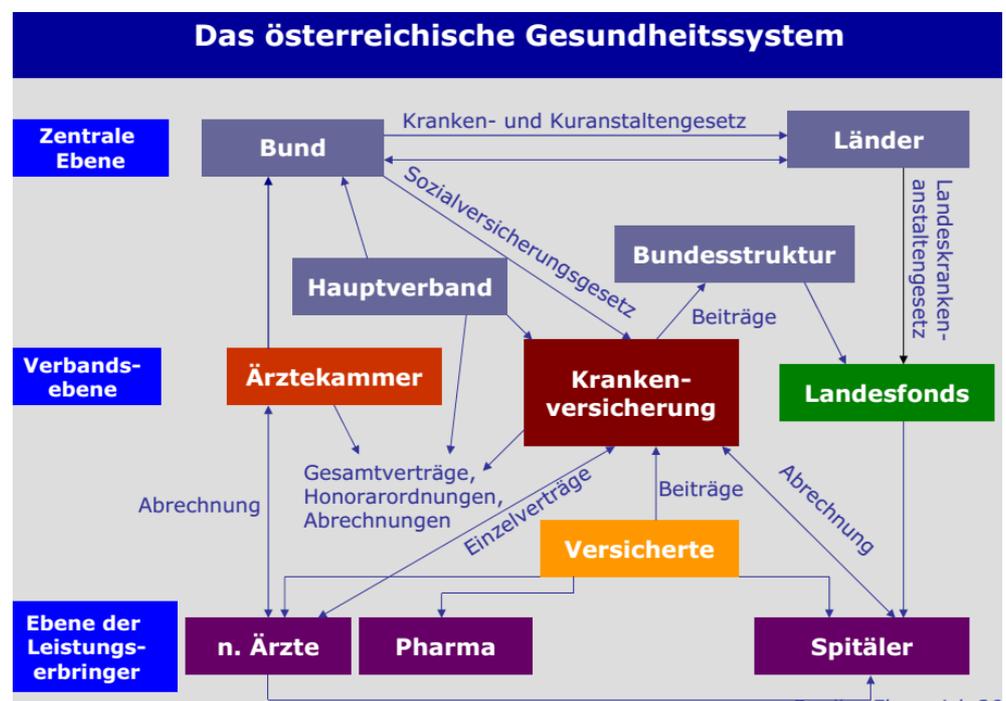
Auf jeder Seite von Impfkritiker_innen finden sich Zitate von Ärzt_innen oder Wissenschaftler_innen, die dem Impfen bzw. bestimmten Impfungen kritisch gegenüberstehen. Ja, wer te Leser_innen, das ist in der Wissenschaft so. Bei jedem Thema. Die Wissenschaft ist wahrscheinlich die älteste etablierte Schwarmintelligenz der Welt. Es werden sich in jeder Wissenschaftssparte und zu jedem Thema Personen finden, die dem derzeitigen Status quo kritisch gegenüberstehen. Aber **nur** wenn sich deren Meinungen wissenschaftlich belegen und **mehrfach** replizieren lassen, werden diese für das jeweilige Fachgebiet übernommen. Wir haben es hier mit einer der – aus gesundheitlicher Sichtweise – gefährlichsten Form der Wissenschaftsfeindlichkeit zu tun. Wenn ihnen 98 Mediziner_innen sagen, sie sollten nicht aus dem 14. Stock eines Hochhauses springen, da dies sehr wahrscheinlich zum Tode führen werde, und zwei Mediziner_innen sagen: „Kein Problem, viel Spaß beim Fliegen!“, dann wäre es wohl nicht so schlecht, das eigene Verhalten zu überdenken, **bevor** man zum Fenster schreitet.

Nach diesem Exkurs ist es nun wieder an der Zeit, sich dem Gesundheitssystem zu widmen. Im nächsten Kapitel beschäftigen wir uns damit, wie effizient das österreichische Gesundheitssystem eigentlich ist und was wir unter dem Begriff „Effektivität“ verstehen können.

5. Über Leben und Sterben – die Effektivität des österreichischen Gesundheitssystems

Wenn wir über Gesundheit und gesundheitspolitische Ziele sprechen, so ist die Frage, wie viel das Erreichen dieser Ziele kosten soll und darf, oftmals gar nicht leicht zu beantworten. Weiters erscheint in manchen Fällen das Gegenüberstellen von gesundheitspolitischen Zielen mit der Effizienz oder Effektivität des Gesundheitssystems als Widerspruch. Dementsprechend findet sich in der gesundheitsökonomischen [Literatur](#) eine umfangreiche Bandbreite an Parametern, mit denen Effizienz oder Effektivität gemessen werden kann. In manchen Fällen ist dies besonders schwer, beispielsweise wenn wir über ein Gesundheitssystem sprechen, das sich wie folgt organisiert:

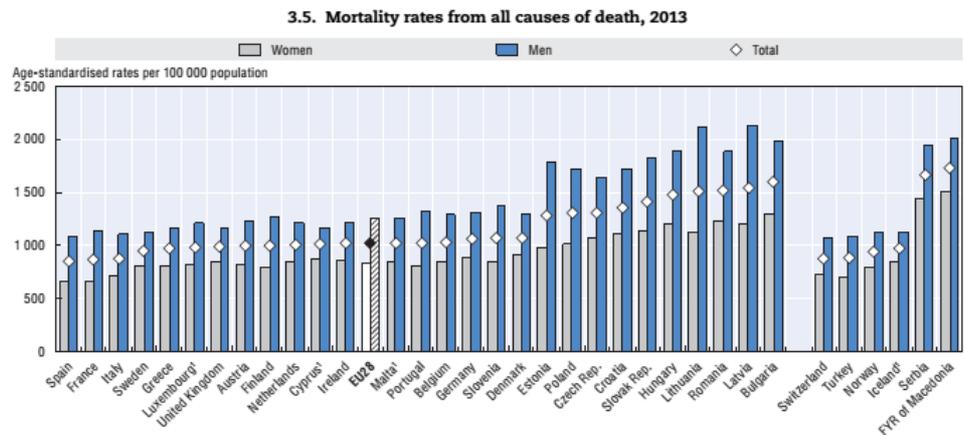
Bildquelle:
<http://bit.ly/2fW2Ghd>



Beginnen wir jedoch einmal mit einer kurzen Definition, da die Begriffe „Effizienz“ und „Effektivität“ gerne als Synonyme verwendet werden. Für die vorliegende Publikation soll folgende Unterscheidung gelten: Unter dem Begriff „**Effizienz**“ wird der Vergleich der eingesetzten Ressourcen (Geld, Personal etc.) mit der Menge und Qualität der erbrachten Leistungen verstanden. „**Effektivität**“ wiederum meint den erreichten Nutzen einer erbrachten Leistung im Vergleich zum vorgegebenen/angestrebten Ziel. Diese Unterscheidung zu treffen, ist insofern von Relevanz, als dass sich dieses Kapitel besonders mit der Effektivität beschäftigt und Finanzierungsfragen oder -zuständigkeiten nur am Rande behandelt werden. Wie kann man nun die Effektivität bewerten?

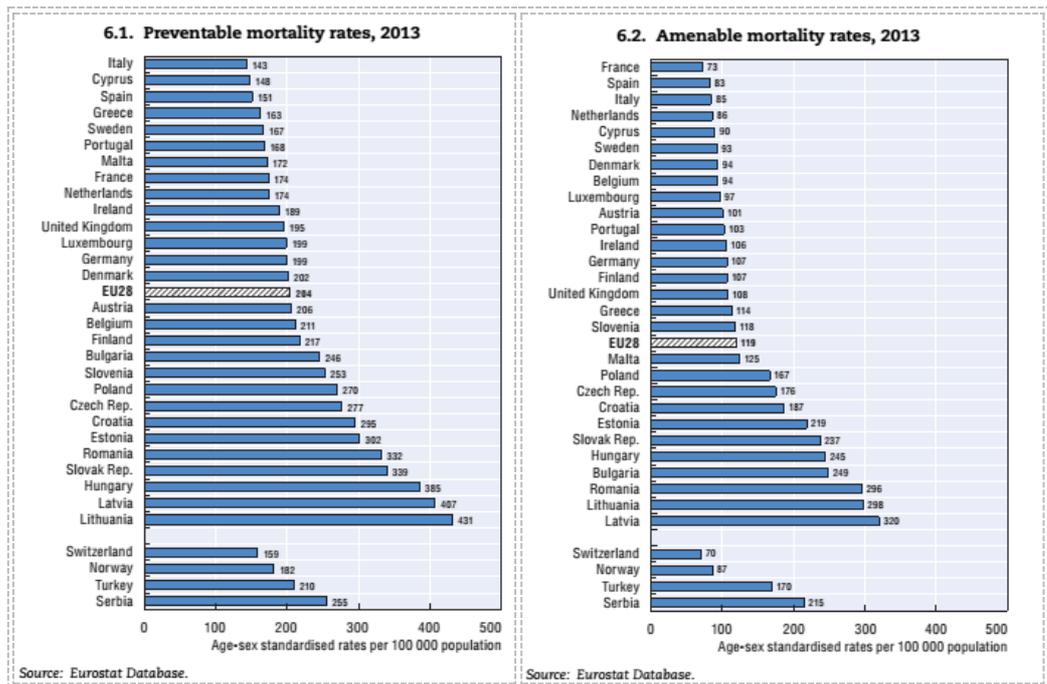
Beginnen wir einmal ganz grob mit einem sehr generellen Parameter: der Mortalitätsrate. Zwar wird die Sterberate durch viele – auch individuelle – Faktoren beeinflusst, aber ganz allgemein zeigt sich, dass besonders niedrige Mortalitätsraten nur mit gut funktionierenden Gesundheitssystemen zu erreichen

sind. Ebenso werden Mortalitätsraten verwendet, um bestimmte (Volks-)Krankheiten zu monitoren. Des Weiteren haben sie einen Einfluss auf die Planung und Ausgestaltung des Gesundheitssystems.



Die hier verwendeten Daten sind standardisiert, womit Differenzen in der Altersstruktur der Mitgliedsstaaten bereinigt wurden. Auf 100 000 Einwohner_innen kommen im EU-Durchschnitt pro Jahr 1 020 Sterbefälle, in Österreich liegen wir mit 997 Todesfällen unter dem OECD-Schnitt, wobei sich in ganz Europa eine geschlechtsspezifische Schere zeigt: Die Mortalitätsrate bei Männern ist – verglichen mit der von Frauen – deutlich höher.

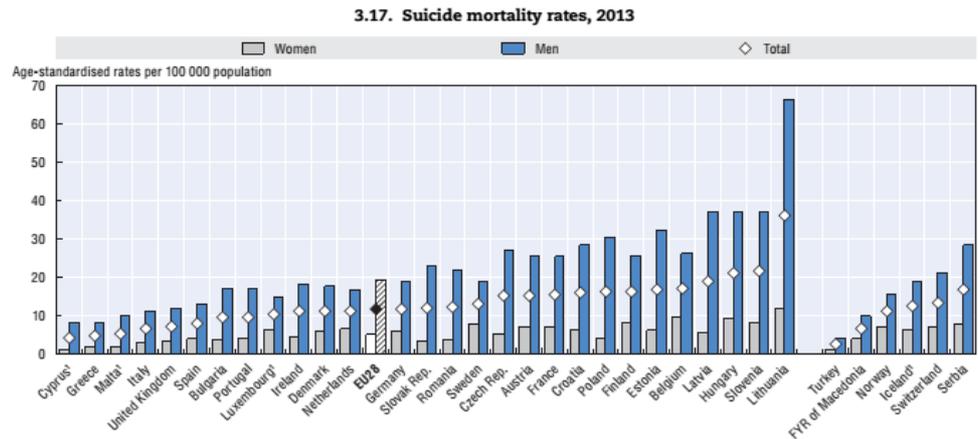
Spannend werden diese Zahlen, wenn wir uns ansehen, ob – und unter welchen Bedingungen – die Sterberate gesenkt werden kann. Die OECD verwendet hierzu zwei Indikatoren: **preventable deaths** und **amenable deaths**. Ein Todesfall gilt für die OECD als *preventable*, wenn dieser zum Zeitpunkt des Todes durch Eingriffe der öffentlichen Gesundheit im weitesten Sinne (sprich Ausbau der Infrastruktur/Maßnahmen) hätte vermieden werden können, und er gilt als *amenable*, wenn er zum Zeitpunkt des Todes durch eine optimale Qualität der bestehenden Gesundheitsversorgung hätte vermieden werden können.



Mehr Informationen zur Arbeit des NEOS-Gesundheitssprechers Gerald Locker finden Sie unter: <http://gerald-loacker.at/parlament/>

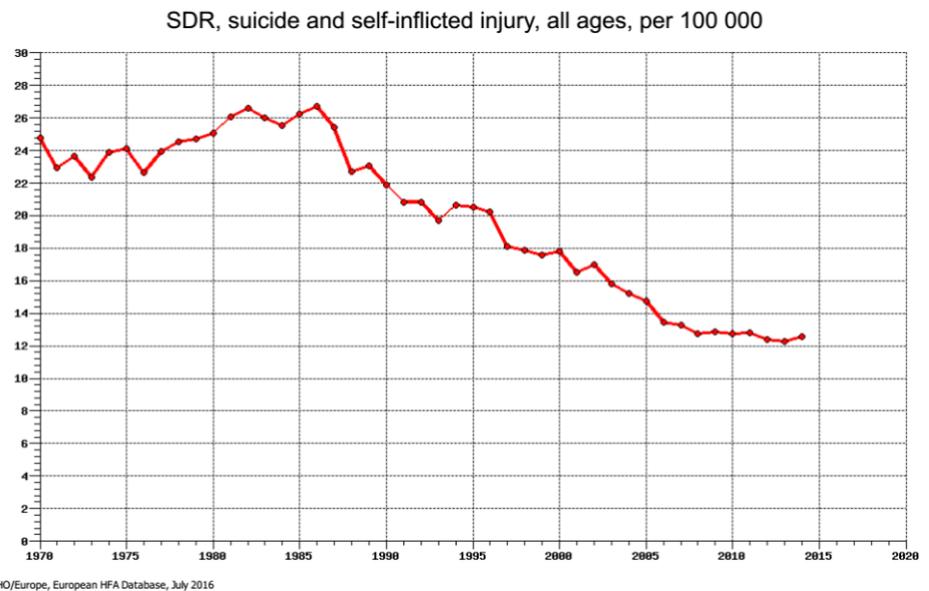
Der OECD-Durchschnitt bei *preventable mortality rates* liegt bei 284 Todesfällen auf je 100 000 Einwohner_innen, Österreich liegt mit 296 Personen – im Gegensatz zur generellen Sterberate – leicht über dem OECD-Schnitt. Den genau gegenteiligen Effekt sehen wir bei *amenable mortality rates*. Hier liegt der OECD-Schnitt bei 119 Todesfällen je 100 000 Einwohner_innen und in Österreich bei 101 Personen. Was bedeutet dies nun für die Effektivität des österreichischen Gesundheitssystems? Diese ist generell nicht schlecht, grundsätzliche schwerwiegende Qualitätsmängel (amenable) sind eher gering, jedoch stimmen die angebotenen Leistungen des Systems oftmals nicht mit den notwendigen überein. Zum Teil liegt dies daran, dass in Österreich von einer Institution sehr unterschiedliche Leistungen gewährt werden, je nachdem in welchem Bundesland man wohnt. NEOS-Gesundheitssprecher [Gerald Locker](#) zeigt dies sehr anschaulich anhand der Leistungen der AUVA. Das Problem an der Debatte: Sobald im Gesundheitsbereich Änderungsvorschläge auf den Tisch gelegt werden, die beispielsweise zu einer Reduktion der institutionellen Träger des Gesundheitssystems führen (Kassenzusammenlegung, anyone?), um das System zu vereinfachen, wird einem sofort unterstellt, man wolle das Gesundheitssystem „kaputtsparen“, Leistungen streichen oder die Kosten auf „die Bevölkerung“ (Näheres zur Finanzierung: siehe Kapitel 2) umwälzen.

Als weiterer Indikator für die Effektivität des Gesundheitssystems können Suizidraten gesehen werden. Zwar gilt auch hier, dass es sich um ein sehr komplexes Thema handelt und Suizid u. a. mit sozialen Normen (z. B. [Stigmata bei bestimmten Krankheiten](#)) verknüpft ist, aber gerade diese Komplexität und die damit einhergehenden vielschichtigen Präventionsketten können als gutes Merkmal für das Zusammenspiel aller relevanten Institutionen des Gesundheitssystems gesehen werden.



1. Three-year average (2011-13, except for Iceland: 2007-09). Source: Eurostat Database.

Auf 100 000 Einwohner_innen kommen im EU-Durchschnitt knapp 12 Selbsttötungen, wobei Selbsttötungen bei Männern viermal so oft zu verzeichnen sind (19,2) als bei Frauen (5,0). Österreich liegt mit 15,4 Selbsttötungen (25,6 Männer, 7,2 Frauen) über dieser Rate. Interessant sind aus dieser grundsätzlichen Perspektive jedoch nicht die absoluten Zahlen, sondern ihre Veränderung im zeitlichen Verlauf. Hier zeigt sich, dass die Suizidraten zwischen 2000 (EU-Schnitt: 13,7) und 2006 (11,9) kontinuierlich gesunken sind und seither auf annähernd gleichem Niveau stagnieren. Ähnliches² lässt sich auch für Österreich nachweisen:



Wir sehen also, dass unser Gesundheitssystem in den letzten 50 Jahren die Suizidprävention ausgebaut hat. Wenn man aber – wie beispielsweise die WHO – davon ausgeht, dass jeder Suizid prinzipiell verhindert werden kann, so müssen wir uns die Frage stellen, welche Weiterentwicklungen in unserem Gesundheitssystem notwendig sind, um diese Stagnation zu überwinden und die Suizidrate weiterhin

² Anmerkung: Die absolute Differenz zwischen den hier gezeigten Daten und den OECD-Daten ist durch unterschiedliche Zählweisen (WHO/OECD) bedingt.

zu senken. Beispielsweise indem zusätzliche Mittel/Maßnahmen in der Primärversorgung gesetzt werden.

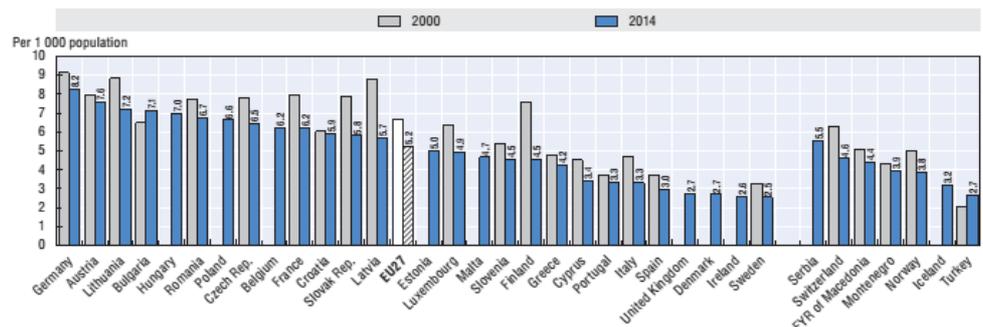
Eine zentrale Frage für unsere Gesundheitsversorgung ist, wie, wo und in welchem Umfang Gesundheitsleistungen angeboten werden. Hierbei wird zwischen Primärversorgung (Hausärzt_innen), Sekundärversorgung (Fachärzt_innen) und Tertiärversorgung (Spital) unterschieden. Wichtig ist – und dies kann man in Österreich nicht oft genug sagen –, dass hier nicht nach „besser“ oder „schlechter“, sondern nach dem **Grad der Spezialisierung** unterschieden wird. Gerade die Primärversorgung spielt eine wesentliche Rolle im Gesundheitssystem, und europaweit sehen wir Bestrebungen, diesen Bereich zu stärken und auszubauen, um die hochspezialisierten (und teuren) Bereiche unseres Gesundheitssystems zu entlasten. In Österreich haben wir hier ein strukturelles Problem:

Table 2.1. **Mode of provision, remuneration, and role of primary care in Europe, 2016**

	Do primary care physicians control access to secondary care?	Are patients required or encouraged to register with a primary care physician or practice?	Predominant form of primary care provision	Primary care payments
EU countries				
Austria	No need and no incentive to obtain referral	No incentive and no obligation to register	Solo practice	Fee-for-service

Allgemeinmediziner_innen haben in unserem System eine sogenannte „Gatekeeper“-Funktion. Dies bedeutet, dass man als Patient_in mit Magenschmerzen nicht sofort in einem Spital aufgenommen und behandelt wird, sondern nur dann, wenn es sich um einen akuten Notfall handelt oder wenn eine der vorhergehenden Stellen (Allgemeinmediziner_in oder Facharzt/Fachärztin) die Patientin bzw. den Patienten in ein Spital überweist. So zumindest die Theorie. Wie die OECD zeigt, herrschen in Österreich strukturelle Mängel, das Zusammenspiel zwischen Primär-, Sekundär- und Tertiärversorgung funktioniert in anderen EU-Ländern deutlich besser. Dies zeigt sich nicht zuletzt an der Dichte an Spitalsbetten:

7.21. Hospital beds per 1 000 population, 2000 and 2014 (or nearest year)

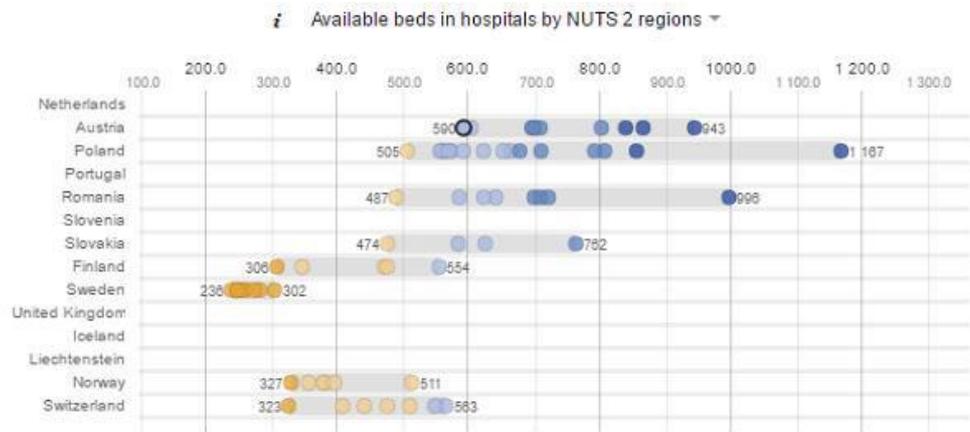


Source: OECD Health Statistics 2016; Eurostat Database.

Österreich weist in Europa – gemeinsam mit Deutschland – die höchste Dichte an Spitalsbetten auf, der EU-Schnitt liegt bei 5,2 Betten auf 1 000 Einwohner_innen, in Österreich bei 7,6. In den letzten Jahren wurde verstärkt darauf gesetzt, die Tertiärversorgung zu entlasten und den Primärbereich zu stärken (kein Leistungsabbau, sondern nur eine Entlastung des hochspezialisierten Teils unseres Gesundheitssystems), weshalb in beinahe allen Staaten die Anzahl an Spitalsbetten zurückgegangen ist. Im OECD-Schnitt um 1,4 Betten je 1 000 Einwohner_innen, in Österreich jedoch nur um 0,4 Betten. Der Grad der Überdimensionierung in

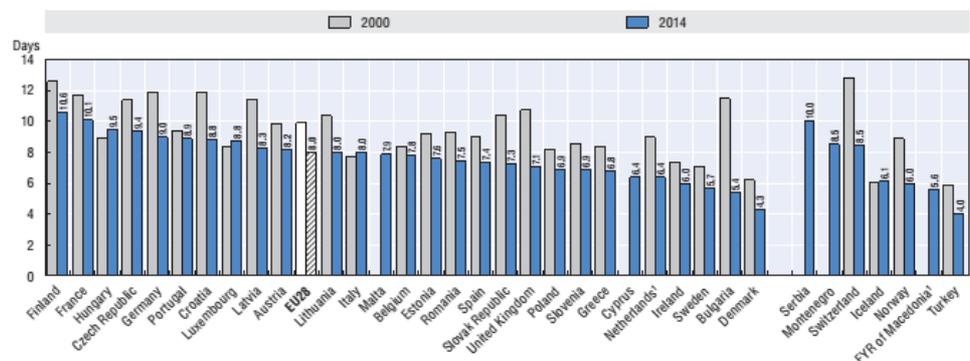
Österreich zeigt sich, wenn wir eine Ebene tiefer gehen – auf Bundesländerebene. Die folgende Grafik zeigt die Anzahl der Spitalsbetten je NUTS2-Ebene (in Österreich sind dies die Bundesländer):

Diese Grafik stammt aus dem Eurostat-Regional-Statistics-Portal:
<http://bit.ly/2ndhX1Z>



Das Bundesland mit der geringsten Dichte an Spitalsbetten in Österreich (Vorarlberg) weist mit 590 Betten einen höheren Wert auf als alle (!) Kantone in der Schweiz. Derzeit sorgen wir dafür, dass in Österreich die teuerste, da die am höchsten spezialisierte Ebene unseres Gesundheitssystems besonders viele Aufgaben und Leistungen an sich zieht, obwohl diese auch auf anderen Ebenen erledigt werden könnten. Mehr dazu jedoch im nächsten Kapitel, wenn es um Innovationen im Gesundheitssystem geht.

8.10. Average length of stay in hospital, 2000 and 2014 (or nearest year)

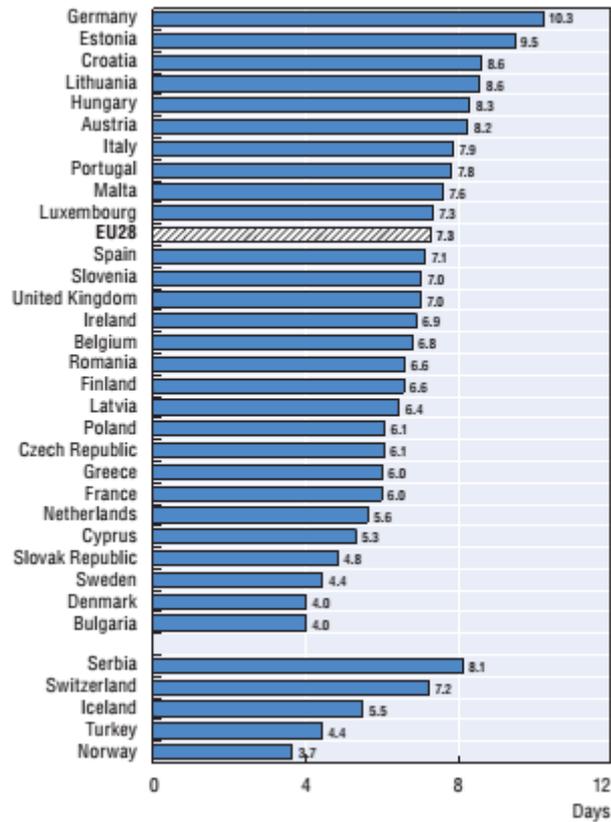


1. Data refer to average length of stay for curative (acute) care (resulting in an under-estimation). Source: OECD Health Statistics 2016; Eurostat Database.

Wo eine hohe Dichte an Spitalsbetten vorherrscht, da werden diese auch genutzt. Die OECD erhebt die durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Spitälern. Da in den Mitgliedsstaaten unterschiedliche Zählweisen angewendet werden, sind Ländervergleiche der absoluten Zahlen nur bedingt möglich, aber wir sehen anhand der Vergleichszahlen von 2000 und 2014, dass in den meisten Ländern ein Rückgang des Aufenthalts (und damit einhergehend ein Verweis auf die Primär- oder Sekundärversorgung) stattgefunden hat. Hier zeigt sich ein ähnliches Bild wie bei den Spitalsbetten: Im EU-Schnitt ist ein stärkerer Rückgang der Aufenthaltsdauer zu beobachten als in Österreich. Da die Mitgliedsländer bzw. die OECD für bestimmte Erkrankungen ein genaues Monitoring aufgesetzt haben, gibt

es Bereiche, in denen die Aufenthaltsdauer gut verglichen werden kann. Beispielsweise bei Herzinfarkten:

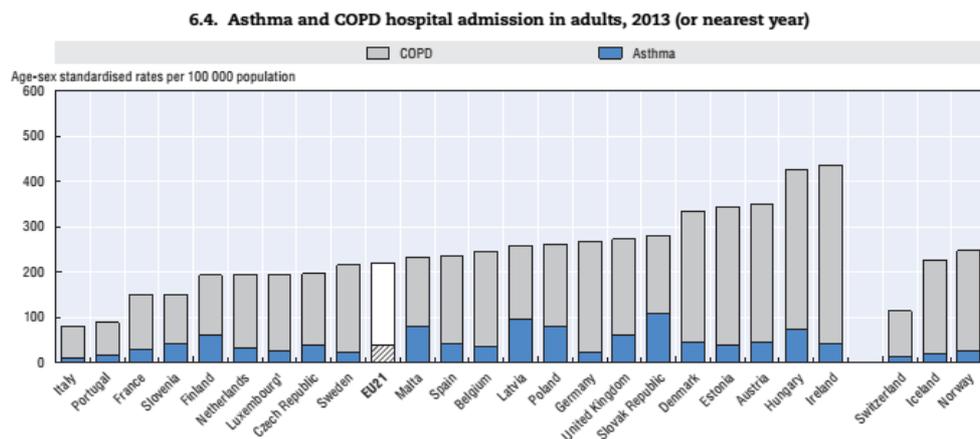
8.12. Average length of stay for acute myocardial infarction (AMI), 2014 (or nearest year)



Source: OECD Health Statistics 2016; Eurostat Database.

Nach einem Herzinfarkt ist eine durchschnittliche EU-Bürgerin bzw. ein durchschnittlicher EU-Bürger im Schnitt 7,3 Tage im Spital und wird anschließend von Fachärzt_innen bzw. Allgemeinmediziner_innen betreut. In Österreich liegen wir mit 8,2 Tagen nicht nur über diesem Schnitt, sondern sind auch in der Spitzengruppe zu finden. Zur Erinnerung: Andere Länder mit geringer Mortalitätsrate (preventable oder amenable deaths) – also Länder mit einer mindestens ebenso guten Gesundheitsversorgung wie Österreich, beispielsweise Schweden oder Dänemark – weisen eine deutlich geringere Aufenthaltsdauer auf.

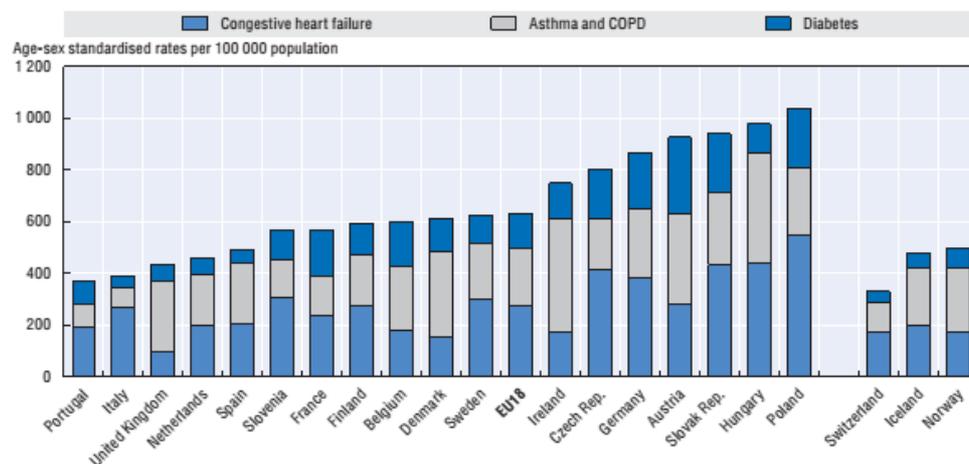
Ein Indikator für die Effizienz des Gesundheitssystems ist auch, in welchen Fällen Patient_innen wie oft an ein Spital verwiesen werden. Die OECD hat hierzu Fallzahlen zu Asthma und [COPD](#) (umgangssprachlich „Raucherlunge“) veröffentlicht:



1. Three-year average.
Source: OECD Health Statistics 2016.

Österreich gehört zu jenen Ländern, in denen Personen mit Asthma oder COPD besonders oft in Spitälern behandelt werden. Auf 100 000 Einwohner_innen kommen knapp 343 Personen, die in Spitälern behandelt werden, im EU-Schnitt sind dies jedoch nur 219. Nun kann man von diesen Zahlen ausgehend nicht zwingend darauf schließen, dass eine Behandlung in einem Spital nicht notwendig gewesen wäre. Daher erhebt die OECD für bestimmte Krankheiten die Zahlen sogenannter „avoidable admissions“, also vermeidbarer Spitalsbehandlungen. Hierzu zählen alle Fälle, die – aufgrund des Krankheitsbildes bzw. der notwendigen Gesundheitsmaßnahmen – von der Primär- oder Sekundärversorgung übernommen werden könnten.

Figure 2.5. **Avoidable admissions for chronic ambulatory care sensitive conditions, 2013 (or nearest year)**



Note: Rates are not adjusted by health care needs and health risk factors.
Source: OECD Health Statistics 2016.

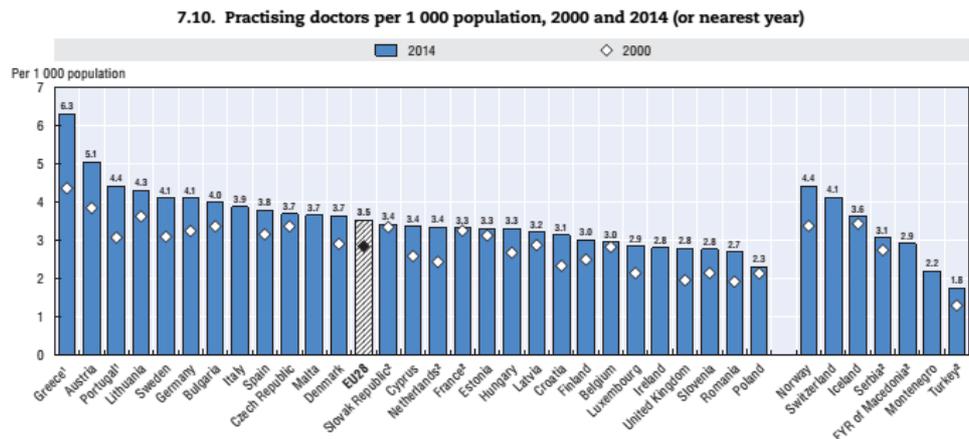
In Bezug auf Herzinfarkte, Asthma, COPD oder Diabetes zeigt sich, dass Österreich zu den Spitzenreitern an vermeidbaren Spitalsaufenthalten zählt. Auf je 100 000 Einwohner_innen kommen 927 vermeidbare Spitalsaufenthalte, im EU-Schnitt sind dies nur 632. Mittels Stärkung der Primärversorgung können wir nicht nur die Qualität des Gesundheitswesens verbessern (u. a. niederschwelliger Zugang), sondern sogar unsere Ausgaben im Gesundheitsbereich verringern. Doch eine ernsthafte Debatte ist nur möglich, wenn die Fakten nüchtern betrachtet werden

und nicht jeder Änderungsvorschlag sofort als Form des „Kaputtsparens“ angesehen wird.

6. Mehr Schatten als Licht? Innovationen im österreichischen Gesundheitssystem

Wer regelmäßig und mit hohem Interesse Nachrichten über Gesundheitsthemen in Österreich verfolgt, dem ist sicher nicht entgangen, dass die Berichterstattung oftmals anlassbezogen geführt wird. Ein Fallbeispiel: Am 14. Dezember 2016 fand ein [Streik- und Aktionstag](#) in den österreichischen Arztpraxen statt. Hierfür wurden u. a. strukturelle Gründe (wie wir im letzten Kapitel gesehen haben) genannt, insbesondere die Zukunft der (ländlichen) Primärversorgung wurde debattiert. Wie sieht nun der politische Diskurs im konkreten Fall aus?

Seitens des Gesundheitsministeriums werden die Aussagen der Ärztekammer als „[gestreute Fehlinformation](#)“ bezeichnet. Gerade wenn es um die Ärzteschaft geht, landen wir in Österreich sehr schnell in bizarren Situationen – wir erinnern uns hoffentlich noch alle, dass [parteilose](#) Gewerkschaften in diesem Land [nicht gerne gesehen sind](#). Grund genug, sich einmal anzusehen, wie denn – im Groben betrachtet – die personelle Ausstattung unseres Gesundheitswesens aussieht.

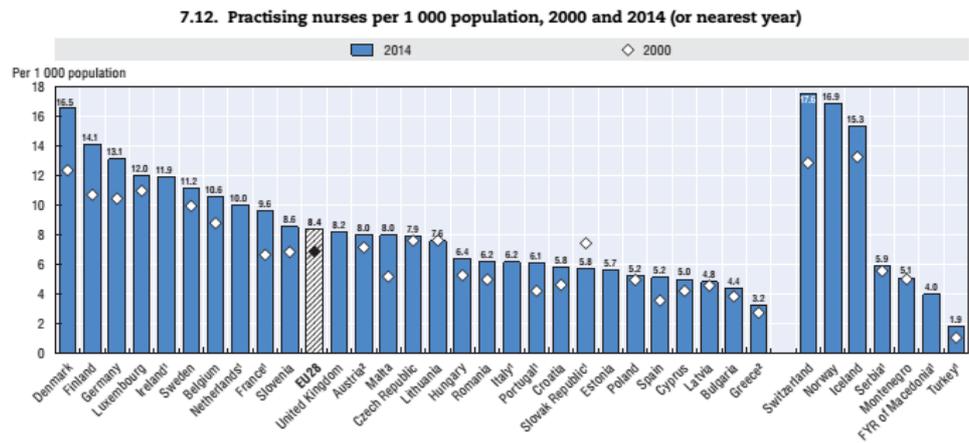


1. Data refer to all doctors licensed to practice, resulting in a large over-estimation of the number of practising doctors (e.g. of around 30% in Portugal).
2. Data include not only doctors providing direct care to patients, but also those working in the health sector as managers, educators, researchers, etc. (adding another 5-10% of doctors).

Die OECD veröffentlicht in ihrer Studie „[Health at a Glance: Europe 2016](#)“ Kennzahlen zur Anzahl an Ärzt_innen und Pflegepersonal. Im EU-Schnitt kommen auf 1 000 Einwohner_innen 3,5 Ärzt_innen (im Jahr 2000 waren es 2,9). Österreich liegt mit 5,1 Ärzt_innen im europäischen Spitzenfeld, im Jahr 2000 waren es nur 3,9 Ärzt_innen. (Ein kleiner Einschub: Falls sich jemand angesichts dieser Zahlen wundert, warum Ärzt_innen regelmäßig in [Studien](#) über ihre hohe Arbeitsbelastung klagen: Dies liegt nicht zuletzt daran, dass unser Gesundheitssystem derzeit Patient_innen verstärkt in Spitäler schickt, [obwohl](#) die notwendigen Behandlungsmaßnahmen auch im Rahmen der Primär- oder Sekundärversorgung erfolgen könnten.) Dennoch ist die Situation nicht so rosig, wie es auf den ersten Blick scheint: Die Anzahl der Kassenstellen (= Kassenärzt_innen) hat sich seit 1995 um 16 Prozent [verringert](#), und unser

derzeitiges System legt die Anreize so, dass (zukünftige) Ärzt_innen sich eher als [Wahlärzt_innen](#) oder in einem Spital wiederfinden.

Wenn wir über die personelle Ausstattung unseres Gesundheitssystems sprechen, dann darf das Pflegepersonal nicht fehlen. Bei öffentlichen Debatten über Gesundheitsthemen geht das Pflegepersonal meist unter oder wird – von [offensichtlich ahnungslosen Politiker_innen](#) – für bizarre Scheindiskussionen verwendet. Dabei brodelt es in den Reihen der Pfleger_innen [gewaltig](#).

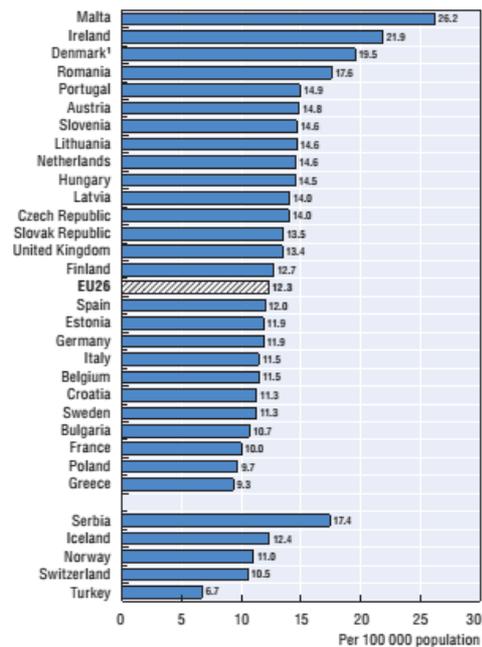


1. Data include not only nurses providing care for patients, but also those working as managers, educators, researchers, etc.
2. Austria and Greece report only nurses employed in hospital.

Leider gehört Österreich – neben Griechenland – zu den Ländern, die nur das Pflegepersonal in Spitälern erheben (Welch Überraschung!), weshalb ein Ländervergleich hier nicht möglich ist. Aber ungeachtet dessen sehen wir, dass – ganz im Gegensatz zur Anzahl der Ärzt_innen und der steigenden Bevölkerungszahl – im Pflegebereich kaum Veränderungen im Personalstand zu beobachten sind. Kamen in Österreich im Jahr 2000 auf 1 000 Einwohner_innen 7,2 Pfleger_innen, so sind es im Jahr 2014 8,0 – ein nicht gerade berauschender Anstieg.

In regelmäßigen Abständen wird in der Öffentlichkeit auch über Medizinstudierende (und der Anteil an Studierenden mit deutschem Studienpass) gesprochen. Abgesehen davon, dass man anscheinend nicht davon ausgeht, Studierende, die nicht in Österreich geboren sind, nach dem Studium in Österreich zu halten (Selbstaufgabe?), sehen wir uns an, wie Österreich im internationalen Vergleich dasteht:

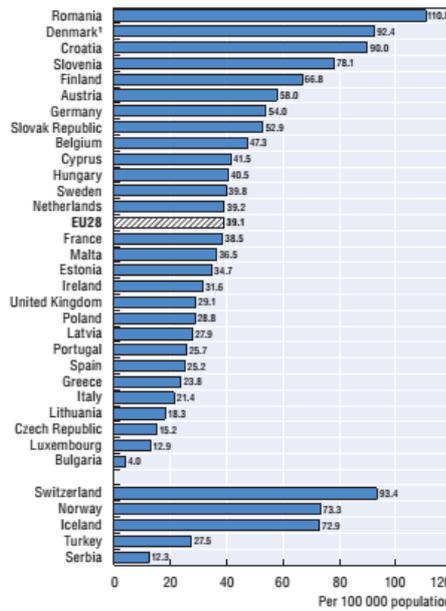
8.13. Medical graduates per 100 000 population, 2014 (or nearest year)



1. In Denmark, data refer to new doctors receiving an authorisation to practice (over-estimation if it includes foreign-trained doctors).
 Source: OECD Health Statistics 2016; Eurostat Database.

Im EU-Schnitt kommen auf 100 000 Personen 12,3 Absolvent_innen eines Medizinstudiums, in Österreich liegen wir mit 14,8 über diesem Schnitt und auf Platz sechs von 26 Staaten, die Daten an Eurostat liefern. Angesichts der derzeitigen Zahlen müsste es ein dringendes Bestreben sein, die Absolvent_innenrate hoch zu halten, um pensionsbedingt frei werdende Stellen nachzubesetzen und dafür zu sorgen dass angehende Ärzt_innen einen Anreiz haben, auch außerhalb des Spitalwesens bzw. als Wahlärztin oder Wahlarzt zu arbeiten.

8.14. Nursing graduates per 100 000 population, 2014 (or nearest year)

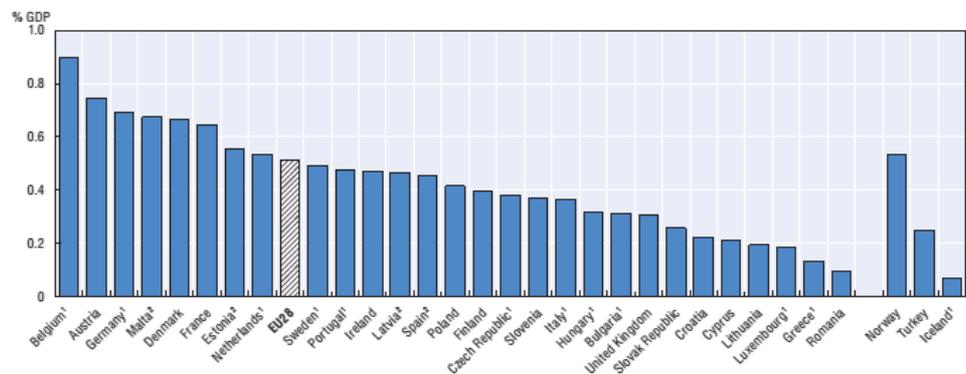


1. In Denmark, data refer to new nurses receiving an authorisation to practice (over-estimation if it includes foreign-trained nurses).
 Source: OECD Health Statistics 2016; Eurostat Database.

Im Pflegebereich sehen wir eine ähnliche Tendenz: Auch hier liegt Österreich mit 58 Personen mit abgeschlossener Pflegeausbildung auf 100 000 Einwohner_innen über dem EU-Schnitt von 39,1. Ob dies angesichts des derzeitigen Personalmangels ausreicht, insbesondere da im nicht-stationären Pflegebereich einiges an [Aufholbedarf](#) besteht, darf bezweifelt werden.

Abgesehen von der personellen Entwicklung und von den Gesundheitsstrukturen, ist die Ausstattung des Gesundheitssystems eine zentrale Komponente. Ohne fortlaufende Investitionen in die Infrastruktur können medizinische Innovationen nicht in unser Gesundheitssystem implementiert werden. Die OECD erhebt eine Reihe von Parametern, die sich mit diesem Thema beschäftigen. Beginnen wir einmal mit dem naheliegendsten Parameter: der Investitionssumme.

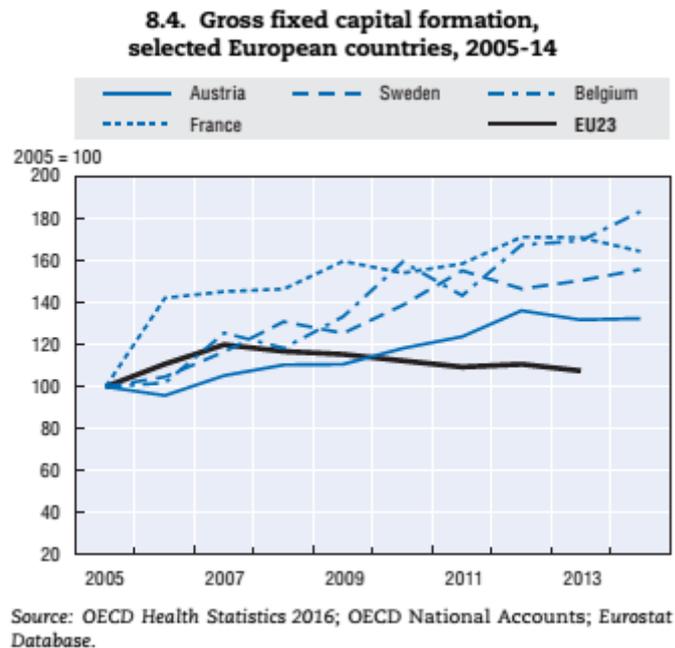
8.3. Gross fixed capital formation in the health care sector as a share of GDP, 2014 (or nearest year)



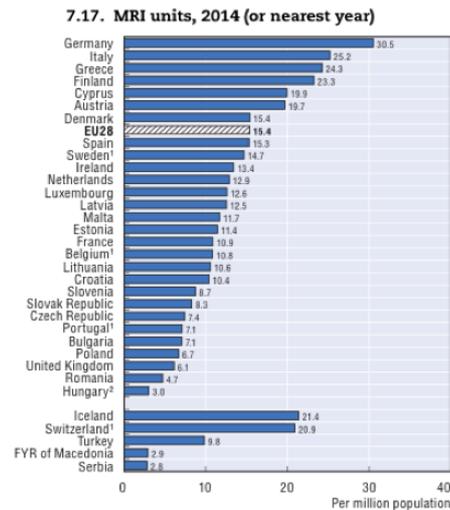
1. Refers to gross fixed capital formation in ISIC 86: Human health activities (ISIC Rev. 4).
 2. Refers to gross fixed capital formation in ISIC Q: Human health and social work activities (ISIC Rev. 4).
 Source: OECD Health Statistics 2016; OECD National Accounts; Eurostat Database.

Diese beläuft sich in Österreich auf 0,75 Prozent des BIP, womit wir nach Belgien an zweiter Stelle liegen. Im EU-Schnitt wurden im Jahr 2014 0,51 Prozent des BIP

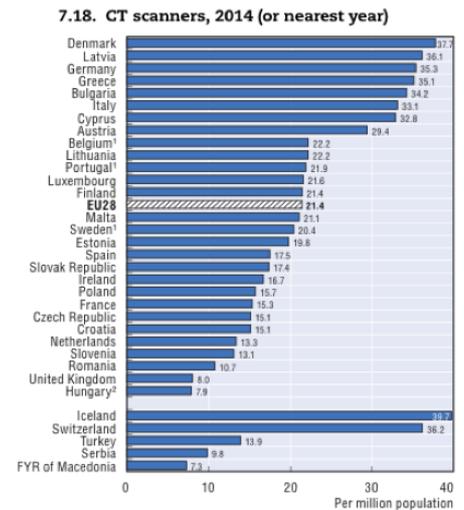
für gesundheitliche Infrastrukturmaßnahmen ausgegeben. Dies sieht auf den ersten Blick ganz gut aus, jedoch weist die OECD zu Recht darauf hin, dass jährliche Ausgaben in diesem Bereich sehr starken Schwankungen unterliegen, da beispielsweise der Bau eines Spitals (nein, wir reden an dieser Stelle nicht über das [Wiener KH-Nord](#)) oder die Erneuerung von medizinischen [ICT-Geräten](#) nur in geringem Ausmaß kontinuierlich erfolgt.



Wenn wir uns nun einen längeren Betrachtungszeitraum anschauen, sehen wir, dass in Österreich bis 2009 eine unterdurchschnittliche Summe für neue Infrastruktur ausgegeben wurde, seit 2010 aber immerhin mehr als im europäischen Durchschnitt investiert wird. Gleichzeitig sind wir weit davon entfernt, Spitzenreiter im Infrastrukturausbau zu sein, wie die Daten von Schweden oder Belgien zeigen. Innovationen über die Summe an getätigten Ausgaben zu treffen, ist jedoch nur sehr beschränkt möglich. Stattdessen sehen wir uns daher einmal zwei konkrete Fallbeispiele an:



1. Equipment outside hospital not included.
 2. Only equipment eligible for public reimbursement.
- Source: OECD Health Statistics 2016; Eurostat Database.

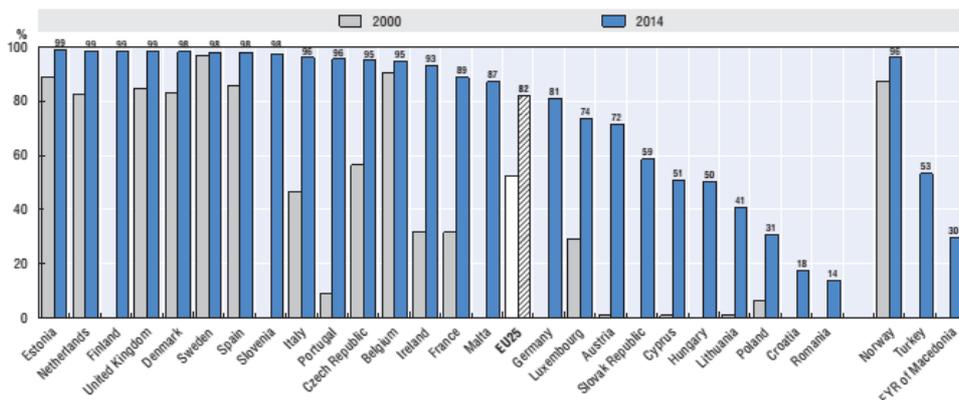


1. Equipment outside hospital not included.
 2. Only equipment eligible for public reimbursement.
- Source: OECD Health Statistics 2016; Eurostat Database.

Gerade im Bereich der medizinischen Bildgebungstechnologien konnten wir in den letzten Jahren massive [Fortschritte und Weiterentwicklungen](#) beobachten. Aus diesem Grund spielen die Magnetresonanztomografie (englisch MRI) beziehungsweise die Computertomografie eine immer zentralere Rolle. Österreich liegt bei der Ausstattung an MRTs mit 19,7 Geräten je eine Million Einwohner_innen im Spitzenfeld und deutlich über dem EU-Schnitt von 15,4. Bei Computertomografen liegt Österreich mit 22,2 Geräten je eine Million Einwohner_innen leicht über dem europäischen Durchschnitt von 21,4. Eine prinzipiell gute Entwicklung, wenngleich die Nutzungsraten von MRTs beispielsweise unter dem EU-Durchschnitt liegen. Leider gehört Österreich zu den Ländern, die nicht systematisch die Wartezeit auf Behandlungen bzw. Untersuchungen erheben. Angesichts der medialen Berichterstattung ist jedoch davon auszugehen, dass nicht selten moderne und teure Geräte in unseren Spitälern stehen, diese allerdings nicht entsprechend ausgelastet sind.

Neben der technischen Ausstattung und deren Finanzierung können Innovationen auch daran gemessen werden, wie effektiv neuartige Behandlungstechniken in einem Gesundheitssystem implementiert werden. Ein guter Indikator hierfür sind ambulante Operationen. Fortschritte in der Medizintechnik, insbesondere im Bereich von chirurgischen Eingriffen, und bessere Anästhetika haben diese Entwicklung ermöglicht. Kataraktchirurgie (Augenoperationen) und Tonsillektomie (Mandeloperationen) sind zwei Beispiele für Operationen, die mittlerweile ohne Probleme ambulant durchgeführt werden können.

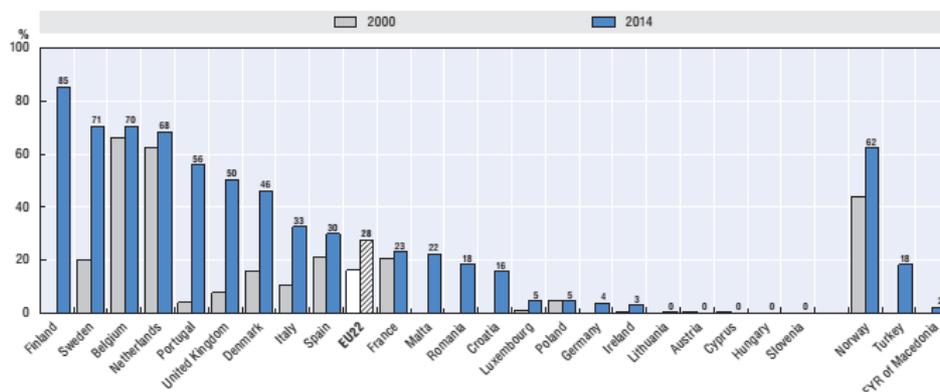
8.8. Share of cataract surgeries carried out as ambulatory cases, 2000 and 2014 (or nearest year)



Source: OECD Health Statistics 2016; Eurostat Database.

Im Jahr 2000 wurden 52,7 Prozent aller Augenoperationen in den EU-Staaten ambulant durchgeführt, im Jahr 2014 betrug dieser Anteil bereits 82 Prozent. In Österreich fanden im Jahr 2000 nur 1,2 Prozent der Operationen ambulant statt, mittlerweile hat sich dieser Wert auf 71,5 Prozent erhöht. Hier sehen wir in den letzten 14 Jahren einen deutlichen Wandel im österreichischen Gesundheitssystem, gleichzeitig muss gesagt werden, dass wir weiterhin zehn Prozent unter dem EU-Schnitt liegen und andere Länder wie z. B. Finnland oder Slowenien den Anteil im gleichen Zeitraum von 0 auf 98,5 Prozent respektive 97,7 Prozent erhöhen konnten. Während wir im Bereich der Augenoperationen – langsam, aber doch – eine Durchdringung von Innovationen sehen, sieht dies im Bereich der Mandeloperationen anders aus.

8.9. Share of tonsillectomy carried out as ambulatory cases, 2000 and 2014 (or nearest year)

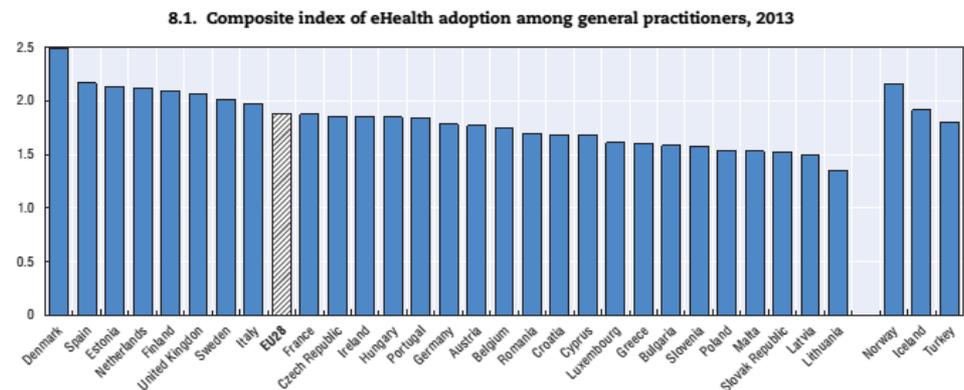


Source: OECD Health Statistics 2016; Eurostat Database.

Auch die Entfernung der Mandeln kann mittlerweile ohne Probleme ambulant erfolgen. Hier sehen wir im EU-Raum jedoch eine deutlich langsamere Entwicklung. Im Jahr 2000 wurden 16,3 Prozent aller Mandeloperationen ambulant durchgeführt, im Jahr 2014 waren es immerhin schon 27,7 Prozent. Die Vorreiter finden wir – wie so oft – in Skandinavien, allen voran Finnland (85 Prozent), gefolgt von Schweden (71 Prozent). Und Österreich? Hier hat sich die Rate sogar **verschlechtert** und ist von 0,4 Prozent im Jahr 2000 auf 0,0 Prozent gesunken.

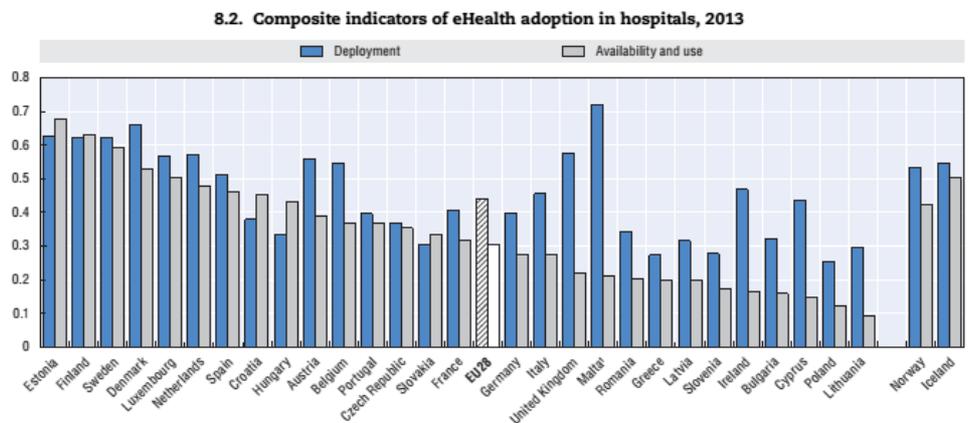
Innovation geht anders, womit Mandeloperationen in Österreich weiterhin in der teuersten Gesundheitseinrichtung – dem Spital – durchgeführt werden.

Ein klassischer Bereich der Innovation im Gesundheitswesen liegt in der Verfügbarkeit bzw. im Einsatz digitaler Technologien, oftmals mit dem Begriff „eHealth“ abgekürzt. Diese weite Definition umfasst eine Vielzahl von digitalen Anwendungen, Prozesse und Plattformen wie beispielsweise elektronische Gesundheitssysteme zur Datenerfassung (EHR), TeleHealth ([ärztliche Fernberatung](#)), Smartphone-Applikationen, Analysetools zur Entscheidungsfindung oder Biosensoren.



Note: The maximum score for this indicator is 4.
Source: European Commission (2013), "Benchmarking Deployment of eHealth Among General Practitioners".

Um Entwicklungen in diesem Bereich zu messen, hat die OECD einen Mehrkomponentenindex auf der Basis ausgewählter medizinischer ICT-Indikatoren erstellt, dessen Werte zwischen 0 und 4 liegen können. Österreich kommt hier auf Rang 15 innerhalb der 28 Mitgliedsstaaten und liegt bei der Verfügbarkeit bzw. beim Einsatz digitaler Technologien im Gesundheitswesen nur im Mittelfeld. Aber auch hier lassen sich bei näherer Betrachtung schon bekannte Systematiken erkennen.



Note: The maximum score for these indicators is 1.
1. In Malta, the data refer to one hospital only.
Source: European Commission (2014), "European Hospital Survey: Benchmarking Deployment of eHealth Services".

Für den Spitalsbereich hat die OECD Indikatoren über die Bereitstellung (deployment) und deren Verfügbarkeit bzw. Verwendung (availability and use)

konzipiert. Der Indikator geht von 0 (keine Bereitstellung/Verfügbarkeit in den Spitälern) bis 1 (jedes Spital hat die entsprechende Infrastruktur bzw. nutzt diese). Hier zeigt sich, dass Österreich sowohl bei der Bereitstellung (0,56) als auch bei der Verfügbarkeit bzw. Verwendung (0,39) über dem EU-Schnitt von 0,44 bzw. 0,30 liegt. Gleichzeitig sehen wir aber, dass in Ländern mit ähnlicher Bereitstellungsrate wie beispielsweise Luxemburg, den Niederlanden oder Schweden die Verfügbarkeits- bzw. die Verwendungsrate mit 0,48 bis 0,63 deutlich höher liegt als in Österreich. Außerdem lässt sich im Umkehrschluss sagen, dass Österreich zwar im Tertiärsektor gut aufgestellt ist, dass wir aber – da Österreich insgesamt (siehe Grafik 8.1) unterdurchschnittlich ausgestattet ist – in der Primär- und Sekundärversorgung noch deutlich nachbessern müssen (über [ELGA](#) oder [e-Medikation](#) wollen wir an dieser Stelle lieber den Mantel des Schweigens hüllen).

In Summe sehen wir, dass dem österreichischen Gesundheitssystem Innovationen nicht per se fremd sind, diese oftmals jedoch schleppend und in manchen Bereichen gar nicht erfolgen. Insbesondere im Ausbau und der Erneuerung der Primärversorgung sind noch grobe Baustellen zu erkennen, die Bundesregierung und alle Institutionen im Gesundheitssystem müssen Reformen daher rasch angehen. Dass hierbei auch die Kassenstruktur, ein einheitlicher Leistungskatalog für alle Österreicher_innen oder bessere Bedingungen für Ärzt_innen in der Primärversorgung nicht fehlen dürfen, versteht sich von selbst.

Womit wir thematisch wieder am Beginn dieses Dokuments angelangt sind. Um Public Health (und deren öffentliche Debatte) ist es in Österreich sehr schlecht bestellt. Wesentliche Reformmaßnahmen finden nicht statt, einen systematischen (und datenanalytischen) Blick auf die österreichische Gesundheitsstruktur gibt es nicht, und Gesundheitsthemen werden in der österreichischen politischen Arena oftmals auf Basis von Gefühlen und weniger von Fakten diskutiert. Damit sich dies ändert, sind SIE, werte Leserinnen und Leser, gefragt. Beispielsweise wenn in der nächsten Diskussion im Freundes- oder Familienkreis über Gesundheitsthemen gesprochen wird. Oder wenn in Ihrem Job das Thema Arbeitsgesundheit aufkommt. Und nicht zuletzt am Wahltag, wo Sie mit Ihrem Stimmverhalten auch gesundheitspolitisch die Weichen für die kommenden Jahre stellen.

