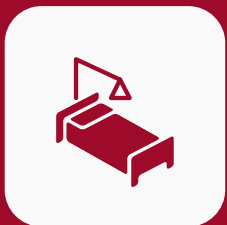


Das österreichische Gesundheitssystem

Zahlen – Daten – Fakten

Aktualisierte Auflage 2019



Impressum

Medieninhaber und Herausgeber:

Bundesministerium für Arbeit, Soziales,
Gesundheit und Konsumentenschutz (BMASGK)
Stubenring 1, A-1010 Wien
+43 1 711 00-0
sozialministerium.at

Verlags- und Herstellungsort: Wien

Coverbild: © Gesundheit Österreich GmbH

Druck: BMASGK

ISBN: 978-3-85010-521-7

3. vollständig überarbeitete Auflage, 2019

Redaktion:

Gesundheit Österreich GmbH (GÖG): Katharina Habimana, Julia Bobek, Florian Bachner,
Herwig Ostermann, Joy Ladurner, Claudia Habl, Isabel Stadler-Haushofer
BMASGK: Ulrike Schermann-Richter, Claudia Sedlmeier

Alle Rechte vorbehalten:

Jede kommerzielle Verwertung (auch auszugsweise) ist ohne schriftliche Zustimmung des Medieninhabers unzulässig. Dies gilt insbesondere für jede Art der Vervielfältigung, der Übersetzung, der Mikroverfilmung, der Wiedergabe in Fernsehen und Hörfunk, sowie für die Verbreitung und Einspeicherung in elektronische Medien wie z. B. Internet oder CD-Rom.

Im Falle von Zitierungen im Zuge von wissenschaftlichen Arbeiten sind als Quellenangabe „BMASGK“ sowie der Titel der Publikation und das Erscheinungsjahr anzugeben.

Es wird darauf verwiesen, dass alle Angaben in dieser Publikation trotz sorgfältiger Bearbeitung ohne Gewähr erfolgen und eine Haftung des BMASGK und der Autorin/des Autors ausgeschlossen ist. Rechtausführungen stellen die unverbindliche Meinung der Autorin/des Autors dar und können der Rechtsprechung der unabhängigen Gerichte keinesfalls vorgreifen.

Bestellinfos:

Kostenlos zu beziehen über das Broschürens-service des Sozialministeriums unter der Telefonnummer +43 1 711 00-86 25 25 sowie unter www.sozialministerium.at/broschuerenservice.

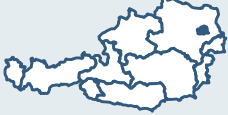
Inhalt

Zahlen, Daten, Fakten.....	4
Gesundheit – eine öffentliche Aufgabe	6
Gesundheit der Bevölkerung.....	13
Gesundheitsförderung und Prävention.....	16
Gesundheitsversorgung.....	19
Qualität, Transparenz, Patientenorientierung.....	25
e-Health in Österreich.....	29
Finanzielle Absicherung des Systems.....	31
Quellen und Erläuterungen.....	36

Zahlen, Daten, Fakten

Österreich

Republik Österreich



Österreich ist eine **demokratische Republik** im Zentrum Europas mit einer Fläche von rund **84.000 km²**. Als Bundesstaat besteht Österreich aus **neun Bundesländern** mit **Wien** als Hauptstadt.



Österreich ist seit **1955** Mitglied der **Vereinten Nationen** und trat **1995** der **Europäischen Union** bei.

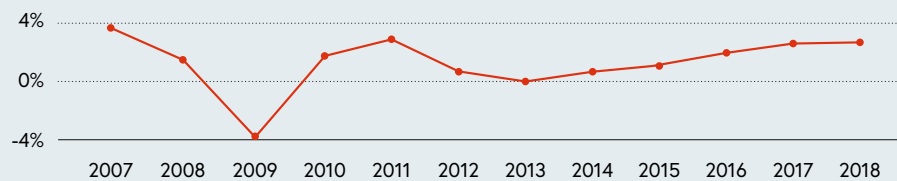


Arbeitslosenquote (2017): **5,5 %** der aktiven Bevölkerung

BIP pro Kopf (2017): **42.060 Euro**



Wirtschaftswachstum (reale Veränderung des BIP in %)



Demographische Kennzahlen (2017)

8,8 Millionen Einwohner/innen

Bevölkerungspyramide nach Geburtsland 1.1.2017

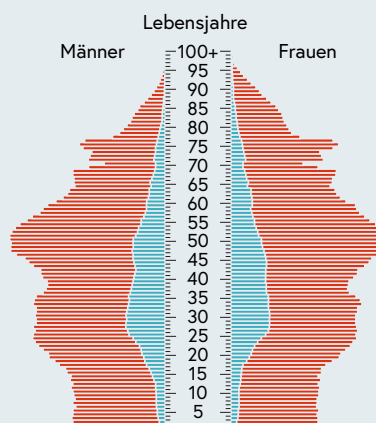
- Österreich
- Nicht-Österreich



49,2 % Männer

16,4 % der Männer sind 65 Jahre und älter

20,4 % der Männer sind unter 20 Jahre alt



50,8 % Frauen

20,9 % der Frauen sind 65 Jahre und älter

18,6 % der Frauen sind unter 20 Jahre alt

Eine Frau bekommt im Durchschnitt **1,5** Kinder.

2,9 Säuglinge je 1.000 Lebendgeborene versterben innerhalb des 1. Lebensjahres.

Gesundheitszustand



Lebenserwartung bei der Geburt (2017):

- Frauen knapp **84** Jahre
- Männer über **79** Jahre

davon in (sehr) guter Gesundheit (2014)

(Gesundheitsbefragung):

- Frauen knapp **67** Jahre
- Männer knapp **66** Jahre



Subjektiver Gesundheitszustand bei der Geburt (2014) (Gesundheitsbefragung):

- rund **77** % der Frauen bezeichnen ihre Gesundheit als (sehr) gut
- rund **80** % der Männer bezeichnen ihre Gesundheit als (sehr) gut

Häufigste Erkrankungen (2017)

(Anteil an stationären Aufenthalten in gemeinnützigen Akutspitälern):

- **13,8** % bösartige Neubildungen (ICD-10, C00-C97)
- **10,8** % Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems (ICD-10, I00-I99)



Häufigste Todesursachen (2017):

- **39,8** % Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems (ICD-10, I00-I99)
- **24,3** % bösartige Neubildungen (ICD-10, C00-C97)



Gesundheitsversorgung

Je 1.000 Einwohner/innen stehen folgende Ressourcen zur Verfügung:

Spitäler (2017):

- **7,4** Betten in allen Spitälern (insgesamt rund 64.800 Betten in 271 Spitälern)
- **5,2** Betten in gemeinnützigen Akutspitälern (insgesamt rund 45.600 Betten in 121 Spitälern)
(→ Erläuterungen)

Berufsausübende Ärztinnen/Ärzte (2017):

- **1,6** Ärztinnen/Ärzte für Allgemeinmedizin
- **2,7** Fachärztinnen/-ärzte
- **0,9** Ärztinnen/Ärzte in Ausbildung
- **0,6** Zahnärztinnen/-ärzte

Arzneimittelversorgung (2017):

- **0,27** Apotheken (insgesamt 2.351 Apotheken) (→ Erläuterungen)



Das Gesundheitssystem wird wie folgt in Anspruch genommen:

Spitäler (2017):

- **249** Spitalsaufenthalte je 1.000 Einwohner/innen, die durchschnittlich 6,5 Tage dauern, in allen Spitälern
- **218** Spitalsaufenthalte je 1.000 Einwohner/innen, die durchschnittlich 4,9 Tage dauern, in gemeinnützigen Akutspitälern (→ Erläuterungen)

Arztkontakte (2017):

- **13** Kontakte je Einwohner/in mit Vertragsärztinnen/-ärzten außerhalb der Spitäler (→ Erläuterungen)

Arzneimittelverbrauch:

- **26** abgegebene Packungen je Einwohner/in (2017), die durchschnittlich 17,6 Euro kosten (2014) (Krankenkassenpreis)

Gesundheitsausgaben (2017)



- Anteil der laufenden Gesundheitsausgaben am BIP: 10,4 %
- 74,0 % der laufenden Gesundheitsausgaben sind **öffentliche Gesundheitsausgaben**
- **Laufende Gesundheitsausgaben pro Kopf:** 4.373 Euro (laufende Preise)

Q: Statistik Austria, BMASGK, Öst. Apothekerkammer, Pharmig, OECD

Gesundheit – eine öffentliche Aufgabe

Das wichtigste Prinzip der österreichischen Gesundheitspolitik ist, für alle Einwohnerinnen und Einwohner – unabhängig von Alter, Geschlecht, Herkunft, sozialem Status oder Einkommen – den gleichen, zielgruppengerechten und barrierefreien Zugang zu hochwertiger Gesundheitsversorgung zu sichern.

Solidarität, Leistbarkeit und Universalität

Die soziale Krankenversicherung umfasst **99,9 % aller Menschen** in Österreich



Die Gesundheitsversorgung beruht auf einem durch **Pflichtversicherung** gekennzeichneten **Sozialversicherungsmodell**. Den Zugang zu den einzelnen Leistungen regelt das Sozialversicherungsrecht. Alle Versicherten haben Rechtsanspruch auf solidarisch finanzierte Leistungen.

Die **österreichische Sozialversicherung** folgt den Prinzipien von Solidarität und Selbstverwaltung und wird hauptsächlich über Versicherungsbeiträge finanziert. Der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger koordiniert insgesamt 21 Sozialversicherungsträger in den Zweigen Kranken-, Unfall- und Pensionsversicherung, von denen 18 ausschließlich oder auch Krankenversicherung leisten (Stand 2018). Ab dem Jahr 2019 wird die Anzahl der Sozialversicherungsträger durch Zusammenlegungen erheblich reduziert.

Die Österreichische Sozialversicherung

Die Österreichische Sozialversicherung NEU

Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger			Dachverband		
Unfallversicherung	Krankenversicherung	Pensionsversicherung	Unfallversicherung	Krankenversicherung	Pensionsversicherung
Allgemeine Unfallversicherungsanstalt	9 Gebietskrankenkassen	Pensionsversicherungsanstalt	Allgemeine Unfallversicherungsanstalt (AUVA)	Österreichische Gesundheitskasse (ÖGK)	Pensionsversicherungsanstalt (PVA)
	5 Betriebskrankenkassen				
SVA der gewerblichen Wirtschaft					
Versicherungsanstalt für Eisenbahn und Bergbau					
Sozialversicherungsanstalt der Bauern			Sozialversicherungsanstalt der Selbstständigen (SVS)		
Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter			VA öffentlich Bedienstete, Eisenbahn und Bergbau (BVAEB)		
		VA des österr. Notariats			

Q: Öst. Sozialversicherung, BMASGK

Link: [Strukturreform der österreichischen Krankenversicherung](#)

Die **Pflichtversicherung** führt zu einem Versicherungsverhältnis kraft Gesetz. Üblicherweise tritt die Versicherung mit Aufnahme einer Erwerbstätigkeit ein. Selbstständige und freiwillig Versicherte müssen die Aufnahme in die Versichertengemeinschaft selbst beantragen.

Die Höhe der **Beitragszahlungen** in der sozialen Krankenversicherung ist unabhängig vom individuellen Risiko der Versicherten. Der Ausgleich zwischen mehr und weniger schutzbedürftigen Personen – etwa zwischen einkommensstarken und einkommensschwachen Gruppen, zwischen Erwerbstätigen und Arbeitslosen, etc. – bedeutet Solidarität und schafft Leistbarkeit. Die große Anzahl an Versicherten sorgt für ein breit gestreutes Risiko. Im Jahr 2017 waren 8,7 Millionen Menschen in der sozialen Krankenversicherung anspruchsberechtigt, davon waren rund 6,7 Millionen Beitragsleistende und der Rest Mitversicherte, insbesondere Kinder. Für die Mehrheit der Krankenversicherten beträgt der Beitrag 7,65 % des Bruttoeinkommens (bis maximal zu einem Bruttoeinkommen von 4.980 Euro im Jahr 2017 bzw. 5.130 Euro im Jahr 2018). Der Beitrag ist in der Regel von Dienstgeber/innen und Dienstnehmer/innen zu annähernd gleichen Teilen zu zahlen.

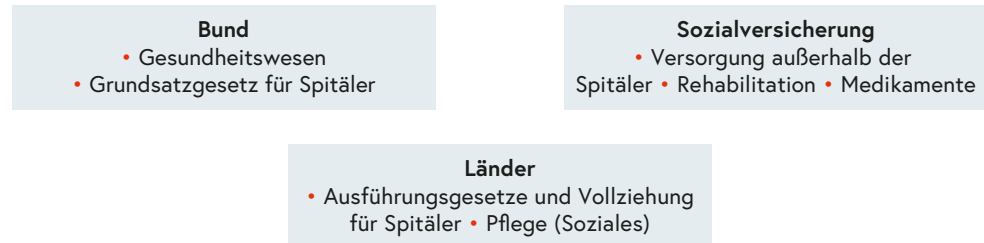
Die Österreicherinnen und Österreicher können ihren Krankenversicherungsträger in aller Regel nicht frei wählen, sondern werden vorrangig nach Berufsgruppe einem Krankenversicherungsträger zugeordnet; der Versicherungsträger kann aber auch durch den Beschäftigungsort oder durch den Wohnort des Versicherten bestimmt werden. Die **Sozialversicherungsträger** stehen daher **nicht im Wettbewerb miteinander**. Ausnahmen betreffen beispielsweise die Mehrfachversicherung bei mehreren Dienstverhältnissen oder das sogenannte Opting-out bei freiberuflich Tätigen, das die Wahlmöglichkeit zwischen Sozialversicherungsträgern oder einer Privatversicherung lässt.

Für die Versorgung der Bevölkerung steht eine **Vielzahl von Leistungen** zur Verfügung. **Ärztliche Hilfe** ist **frei wählbar**. Es besteht (mit wenigen Ausnahmen) keine Verpflichtung, vor Inanspruchnahme von vertragsfachärztlichen Leistungen oder von Spitalsambulanzen den Hausarzt / die Hausärztin zu konsultieren oder eine Genehmigung des Krankenversicherungsträgers einzuholen.

Präventions- und Vorsorgemaßnahmen
(Impfungen, Screening-Untersuchungen etc.)
Leistungen der nichtärztlichen Gesundheitsberufe
(Heilmassagen, Physiotherapie, Ergotherapie, Logotherapie etc.)
Psychotherapie Langzeitpflege Medizinprodukte
Zahnbasisbehandlung (Gehhilfen, Rollstühle,
Allgemein- und fachärztliche Blutzuckermessstreifen etc.)
Therapien bei Vertragsärzten der Stationäre und ambulante
Krankenversicherungsträger Versorgung in Krankenanstalten
(Kassenärzte) Kranken- und Medikamente
Behinderten- Rettungstransporte Rehabilitations-
betreuung Hauskrankenpflege maßnahmen
Röntgen- und labormedizinische
Leistungen Mutterschaftsleistungen

Geteilte Zuständigkeiten im Gesundheitssystem

Dem föderalen Staatsaufbau und dem System der Pflichtversicherung entsprechend ist das österreichische Gesundheitssystem vom Zusammenspiel **zahlreicher Akteure** auf den verschiedenen Gesetzgebungs- bzw. Verwaltungsebenen (Bund, Länder, Bezirke, Gemeinden) und aus der Selbstverwaltung (Sozialversicherung) geprägt.



Q: BMASGK

Die Zuständigkeit für **Gesetzgebung** und Vollziehung im Gesundheitswesen liegt beim **Bund**. Die Durchführung der Krankenversicherung wird jedoch, auf Basis bundesgesetzlicher Regelungen, von der **Sozialversicherung im eigenen Wirkungsbereich** wahrgenommen. Dies umfasst insbesondere die Bereitstellung von Vertragsleistungen im niedergelassenen (extramuralen) Bereich, die Bereitstellung von Medikamenten und Heilbehelfen sowie stationäre und ambulante Rehabilitation.

Hinsichtlich der Spitäler beschränkt sich die Gesetzgebungskompetenz des Bundes auf die Vorgabe von Grundsätzen. Die Zuständigkeit zur Erlassung von Ausführungsgesetzen und zur Vollziehung liegt bei den **Bundesländern**. Es sind auch die Länder, die eine ausreichende Versorgung mit Krankenhausleistungen zu gewährleisten haben.

Auf nationaler Ebene ist das Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (BMASGK, Link: www.sozialministerium.at) für die allgemeine Gesundheitspolitik, den Schutz der Gesundheit der Bevölkerung, die Regelungen von Gesundheitsberufen und des Apotheken- und Arzneimittelwesens sowie für die Gesetzgebung und die Aufsicht über die Sozialversicherungsträger zuständig. Es bereitet Bundesgesetze vor, erarbeitet Verwaltungsvorschriften, ist als Entscheidungsträger aber auch als Aufsichtsbehörde tätig und fungiert als Koordinator zwischen den wichtigsten Akteuren im Gesundheitssystem.

Wesentliche Bereiche der Gesundheitsversorgung liegen **auf der regionalen Ebene** in der Zuständigkeit der Bundesländer. Neben der operativen Verantwortung für die Spitäler sind die Länder für die präklinische Notfallversorgung (gemeinsam mit Gemeinden) zuständig. Darüber hinaus erlassen die Länder wesentliche Gesetze im Sozialbereich und sind für die soziale Versorgung (inklusive Pflege und Langzeitversorgung) verantwortlich.

An der Gestaltung des Gesundheitssystems wirken aber neben den Gebietskörperschaften und der Sozialversicherung auch **weitere wichtige Akteure** wie die zahlreichen Gesundheitsdienstleister und -einrichtungen und deren (teils gesetzliche) Interessenvertretungen sowie Patientenorganisationen, Selbsthilfegruppen, karitative Einrichtungen und Forschungs- und Planungseinrichtungen mit.

Gemeinsame Verantwortung für das Gesundheitssystem

Diese historisch gewachsene komplexe Gemengelage von unabhängig voneinander agierenden Entscheidungsstrukturen, die auch unterschiedliche Finanzierungssysteme und -mechanismen mit sich bringen, erfordern ein erhebliches Maß an **Koordination** und machen ein **gemeinsames Vorgehen** in vielen Belangen der Steuerung, Planung und Finanzierung des Gesundheitssystems unabdingbar.



Q: BMASGK

Vor diesem Hintergrund wurde bereits Ende der 1970er Jahre eine Zusammenarbeit der großen Finanziers – Bund, Länder und Sozialversicherung – mit dem Ziel der besseren Abstimmung zwischen den Sektoren des Gesundheitssystems und dessen Akteuren verbindlich festgeschrieben. Die Zusammenarbeit wurde schrittweise ausgedehnt sowie vertieft und mündete 2013 in der Einrichtung eines **partnerschaftlichen Zielsteuerungssystems** zur gemeinsamen Steuerung von Struktur, Organisation und Finanzierung der österreichischen Gesundheitsversorgung und zur Umsetzung der ab 2013 laufenden **Gesundheitsreform** (→ *Info Box 1*). Die Basis dafür bilden innerstaatliche Staatsverträge (Vereinbarungen gemäß Artikel 15a Bundes-Verfassungsgesetz), die zwischen dem Bund und den Ländern – unter Einbeziehung der Sozialversicherung – in regelmäßigen Abständen geschlossen werden.

Auf Grundlage dieser Vereinbarungen werden mittels Zielsteuerungsvertrag auf Bundesebene die **gemeinsamen strategischen und operativen Ziele** sowie die auf Bundes- und Landesebene zu setzenden **Maßnahmen** zur Zielerreichung für einen Zeitraum von einigen (meist vier bis fünf) Jahren verbindlich festgelegt. Auf diesen Festlegungen auf Bundesebene aufbauend werden dann jeweils auf Landesebene für diese Periode für die Systempartner verbindliche Landeszielsteuerungsübereinkommen geschlossen. Der vereinbarte Ziele- und Maßnahmenkatalog auf Bundesebene wird begleitend einem regelmäßigem **Monitoring** hinsichtlich der Zielerreichung unterzogen.

Info Box 1:

Zielsteuerung-Gesundheit

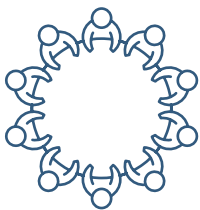
Bund • Länder • Sozialversicherung

Mit dem partnerschaftlichen Zielsteuerungssystem zur Umsetzung der ab 2013 laufenden Gesundheitsreform wird das Ziel verfolgt, der starken Fragmentierung des Gesundheitssystems durch gemeinsame und sektorenübergreifende Steuerung von Struktur, Organisation und Finanzierung der Gesundheitsversorgung entgegenzuwirken. Die Systempartner Bund, Länder und Sozialversicherung schließen dafür entsprechende Vereinbarungen (innerstaatliche Staatsverträge, das sind die Vereinbarung gem. Artikel 15a B-VG zur Zielsteuerung-Gesundheit und die Vereinbarung gem. Artikel 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens) sowie darauf basierende Verträge ab.

Zielsteuerungsvertrag 2017 bis 2021

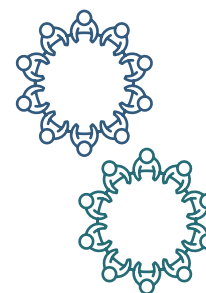
Ende 2016 wurde die Fortführung und Weiterentwicklung des seit 2013 eingerichteten Zielsteuerungssystems vereinbart. Als wesentlicher Schritt für die weitere operative Umsetzung wurde der Zielsteuerungsvertrag auf Bundesebene für die Jahre 2017 bis 2021 vereinbart. Die zentralen Schwerpunkte dieses Vertrags sind die rasche und effektive Umsetzung der neuen Primärversorgung, weitere Aktivitäten zur Stärkung der ambulanten Versorgung, die Forcierung der gemeinsamen integrativen Versorgungsplanung und die Weiterentwicklung integrierter Versorgungsmodelle, die Sicherstellung der Verfügbarkeit des erforderlichen Gesundheitspersonals und der umfassende Ausbau moderner Technologien (wie z.B. der elektronischen Gesundheitsdienste). Weiters sind zahlreiche Maßnahmen zur Verbesserung der Kinder- und Jugendgesundheit, zur Optimierung der sektorenübergreifenden Medikamentenversorgung, zur Sicherung der Qualität sowie zur Stärkung der Gesundheitskompetenz vereinbart. Mit Festlegungen zur Finanzzielsteuerung soll eine nachhaltige Finanzierbarkeit der Gesundheitsversorgung mit öffentlichen Mitteln sichergestellt werden.

Links: [Gesundheitsreform, Zielsteuerungsvertrag](#)



Die Aufgaben, die sich aufgrund der partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit auf Bundesebene ergeben, werden durch die **Bundesgesundheitsagentur** (BGA, Link: [Bundesgesundheitsagentur](#)), einem öffentlich-rechtlichen Fonds, wahrgenommen. Sie hat zwei Organe, die Bundes-Zielsteuerungskommission (politische Ebene) und den Ständigen Koordinierungsausschuss (Beamtenebene). In beiden Organen sind Bund, Länder und Sozialversicherung als gleichberechtigte Partner und Entscheidungsträger vertreten. Die Aufgaben sind, neben der Verwaltung der Fondsmittel, die Entwicklungen

im österreichischen Gesundheitssystem zu verfolgen und im Sinne der gemeinsamen strategischen Zielsetzungen mittels gemeinsamer Grundsätze, Vorgaben und Instrumente steuernd einzugreifen. Die Geschäfte der BGA werden vom Gesundheitsressort auf Bundesebene geführt. Entscheidungen im Rahmen der Bundesgesundheitsagentur können nur im Einvernehmen aller drei Partner (d.h. einstimmig) erfolgen.



Spiegelbildlich zur Bundesebene werden die Aufgaben, die sich aufgrund der partnerschaftlichen Zielsteuerung auf Landesebene ergeben, durch einen Gesundheitsfonds in jedem Bundesland wahrgenommen. Die **Landesgesundheitsfonds** (Link: [Landesgesundheitsfonds](#)) haben ebenfalls zwei Organe, die Gesundheitsplattform und die Landes-Zielsteuerungskommission. In beiden sind das jeweilige Land, der Bund und die Sozialversicherung vertreten, in den Gesundheitsplattformen darüber hinaus noch weitere Mitglieder (z.B. Ärztekammer, Städte- und Gemeindebund, Patientenanwaltschaft, u.a.). Die Aufgaben sind, neben der Verwaltung der Fondsmittel, die Grundsätze, Vorgaben und Instrumente der Bundesgesundheitsagentur zu spezifizieren, zu implementieren bzw. eine entsprechende Umsetzung zu initiieren.

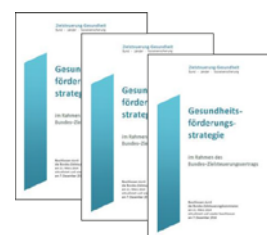
Gemeinsame Grundsätze, Strategien, Vorgaben und Instrumente

Die Sicherung der Gesundheitsversorgung ist eine wesentliche öffentliche Aufgabe. Da die diesbezügliche Verantwortung in Österreich geteilt ist (siehe oben), braucht es eine Gesamtsicht, wohin sich das Gesundheitssystem entwickeln soll, um auf zukünftige Herausforderungen rechtzeitig reagieren zu können. Das wird durch gemeinsame Grundsätze, Strategien, Vorgaben und Instrumente erreicht, die eine bundesweit gleichwertige Gesundheitsversorgung mit hoher Qualität gewährleisten.



Mit dem Beschluss von zehn **nationalen Gesundheitszielen** (→ *Info Box 3*) und der seit dem Jahr 2013 in Angriff genommenen **Gesundheitsreform** (→ *Info Box 1*) wurden entscheidende Schritte gesetzt, um in Zukunft ausgewogene und qualitätsgesicherte Versorgung auch bei zunehmendem Kostendruck zu gewährleisten. Zahlreiche Vorgaben und Instrumente verbessern die **Koordination und Zusammenarbeit** der Akteure innerhalb und zwischen den Versorgungsebenen. So bilden etwa die gemeinsamen **Planungsinstrumente** die Basis für die sektorenübergreifenden Ressourcenplanungen im Gesundheitssystem (→ *Info Box 2*).

Zu den zahlreichen weiteren gemeinsamen richtungsweisenden Aktivitäten und Festlegungen zählen u.a. verschiedene **Qualitätsstandards** und die Qualitätsmessung (→ *Qualität, Transparenz, Patientenorientierung*), die Festlegung von **Strategien**, etwa in Bezug auf die Schwerpunkte des Mitteleinsatzes in der Gesundheitsförderung (→ *Gesundheitsförderung und Prävention*), oder die Festlegung und regelmäßige Aktualisierung des Spitalsfinanzierungssystems (→ *Finanzielle Absicherung des Systems*). Weiters werden



Konzepte und **Empfehlungen** ausgearbeitet und es wird ein System für die Messung des Outcomes des Gesundheitssystems entwickelt (Link: [Gesundheitsreform](#)).

Info Box 2:



ÖSG – Österreichischer Strukturplan Gesundheit

Der **ÖSG** ist ein gemeinsamer österreichweiter Rahmenplan, den der Bund, alle Länder und die Sozialversicherung gemeinsam beschließen. Damit wird trotz der unterschiedlichen Verantwortlichkeiten ein gemeinsames Bild über die Weiterentwicklung des österreichischen Gesundheitssystems geschaffen. Der ÖSG enthält Planungsaussagen für ausgewählte Bereiche der ambulanten und der akutstationären Versorgung, für die ambulante und stationäre Rehabilitation und für medizinisch-technische Großgeräte. Darüber hinaus sind im ÖSG Qualitätskriterien für viele Versorgungsbereiche festgelegt, die darauf abzielen, in den verschiedenen Versorgungsstrukturen österreichweit gleiche Versorgungsstandards zu erreichen. Mit dem ÖSG wird sichergestellt, dass Gesundheitsversorgung in ganz Österreich ausgewogen verteilt und gut erreichbar ist und in vergleichbarer Qualität auf hohem Niveau angeboten wird. Link: [ÖSG](#)

Der ÖSG ist der Rahmen für die **Regionalen Strukturpläne Gesundheit (RSG)**, die vom jeweiligen Land und den zuständigen Sozialversicherungsträgern vereinbart werden und die Versorgung jeweils auf Landesebene im Detail regeln. Link: [RSG](#)

Seit 2018 können jeweils gemeinsam festgelegte Teile des ÖSG und der RSG per Verordnung sukzessive verbindlich festgelegt werden. Link: [Verordnung 1/2018 zum ÖSG 2017](#)

Gesundheit der Bevölkerung

Gesundheitszustand

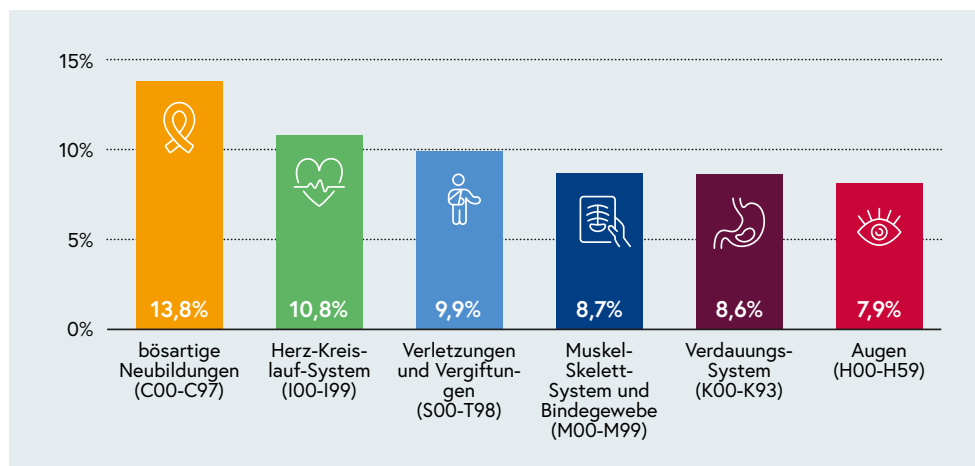
Der Gesundheitszustand der österreichischen Bevölkerung verbessert sich beständig. Die **Lebenserwartung bei der Geburt** liegt für Männer bei 79,3 und für Frauen bei 83,9 Jahren. In den letzten zehn Jahren bedeutet dies einen Anstieg von zwei Lebensjahren für Männer und 1,1 Jahren für Frauen. Zwar sterben Männer nach wie vor früher als Frauen, dieser Unterschied verringert sich jedoch in den letzten Jahren. Regionale Vergleiche zeigen ein West-Ost-Gefälle, die Spannweite im Bundesländervergleich liegt für Männer bei 2,5 Jahren und für Frauen bei 2,1 Jahren (Q: Statistik Austria).

Noch schneller als die Lebenserwartung steigt auch jener Anteil der Lebensjahre, die in **(subjektiv) guter Gesundheit** verbracht werden. Männer können (2014) rund 65,9 Lebensjahre in sehr guter oder guter Gesundheit erwarten (2006: 63,2 Jahre), Frauen können mit 66,6 Jahren in guter Gesundheit rechnen (2006: 61,7 Jahre). Damit werden mehr als 80 % der Lebenszeit in guter Gesundheit verbracht. Rund 80 % der Männer stufen ihren **Gesundheitszustand selbst** als sehr gut oder gut ein, während dies nur rund 77 % der Frauen tun. Schlecht oder sehr schlecht fühlen sich rund 5 % der Bevölkerung (Q: Statistik Austria, Gesundheitsbefragungen 2006 und 2014). Die Lebenserwartung ohne chronische Krankheit oder funktionale Beeinträchtigung ist allerdings niedriger (Q: Statistik Austria, EU-SILC).

Am häufigsten erkranken Österreicher/innen – gemessen an Diagnosen bei Spitalsaufenthalten (2017) – an bösartigen Neubildungen (13,8 %), gefolgt von Herz-Kreislauf-Erkrankungen (10,8 %).

Morbidität – häufigste Erkrankungen (2017)

Anteil an stationären Aufenthalten in gemeinnützigen Akutspitälern



Lebenserwartung bei der Geburt (in Jahren)

1997

• Männer: 74,0

• Frauen: 80,6

2007

• Männer: 77,3

• Frauen: 82,8

2017

• Männer: 79,3

• Frauen: 83,9

Lebenserwartung ohne chronische Krankheit

2017

• Männer: 55,4

• Frauen: 55,5

Lebenserwartung ohne funktionale Beeinträchtigung

2017

• Männer: 58,0

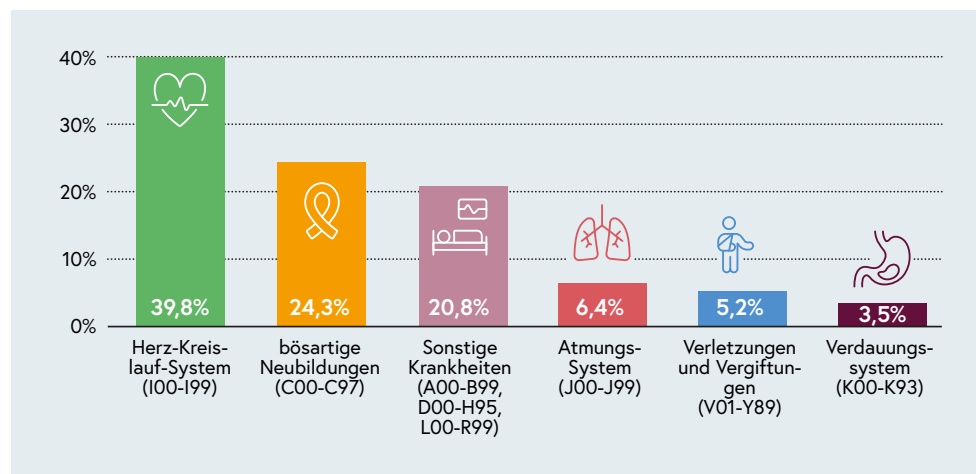
• Frauen: 57,6

Q: Statistik Austria, EU-SILC

Q: BMASGK

Von den rund 83.300 Todesfällen insgesamt (2017) sind Herz-Kreislauf-Erkrankungen mit rund 40 % die **häufigste Todesursache**, gefolgt von bösartigen Neubildungen (24 %), Krankheiten des Atmungssystems (6 %) sowie Verletzungen und Vergiftungen (rd. 5 %). Die Säuglingssterblichkeit liegt mit 2,9 im ersten Lebensjahr verstorbenen Säuglingen je 1.000 Lebendgeborenen im europäischen Mittelfeld (Q: Statistik Austria).

Mortalität – häufigste Todesursachen (2017)



Q: Statistik Austria

Gesundheitsbezogenes Verhalten



Rauchende in Österreich

1,8 Millionen Menschen ab

15 Jahren, das sind

- 22 % der **Frauen**

- 27% der **Männer**

mittlerweile gibt es

24 % Ex-Raucher/innen

ebenso viele rauchen täglich

Q: Statistik Austria

Gesunde Lebensstile in der Bevölkerung zu fördern stellt nicht nur Österreich vor große Aufgaben. Rund 1,8 Millionen (2014) Österreicher/innen ab 15 Jahren **rauchen täglich**. Nach wie vor rauchen Männer häufiger täglich (27 %) als Frauen (22 %). Während die Zahl männlicher Raucher in den vergangenen Jahrzehnten kontinuierlich abnimmt, steigt die Zahl der Frauen, die rauchen. Unter den EU-Ländern weist Österreich bei den Frauen die höchste Rate täglicher Raucherinnen auf. Jedoch hat sich gemäß Daten der HBSC-Studie (WHO) aus 2013/14 die Rate der 11 – 15-jährigen Raucherinnen und Raucher innerhalb der letzten 20 Jahre von 20,8 % auf 11,3 % um etwa die Hälfte reduziert – womit Österreich im internationalen Trend liegt.



Rund 80 % der Österreicher/innen über 15 Jahre trinken **Alkohol**, wobei der überwiegende Anteil an Alkoholkonsumierenden (etwa 2/3 der Gesamtbevölkerung) in moderatem bis mittlerem Ausmaß trinkt. Ca. 14 % konsumieren hingegen in Mengen, die längerfristig deutlich gesundheitsgefährdend sind. 13 % der Männer und 4 % der Frauen trinken an fünf oder mehr Tagen pro Woche Alkohol. Frauen berichten doppelt so häufig wie Männer von abstinentem oder fast abstinentem Verhalten, Männer hingegen nennen doppelt so häufig wie Frauen problematischen Konsum. Die durchschnittliche Alkoholkonsummenge sank zwar seit 1970 um 20 %, bleibt aber über die letzten zehn Jahre annähernd gleich hoch (rund 12 Liter/Jahr) (Q: GÖG).

Gesundheitsfördernde **körperliche Aktivität** soll laut WHO mindestens 150 Minuten Sport, Fitness oder körperliche Bewegung pro Woche umfassen (Health-Enhancing Physical Activity oder HEPA). Dazu empfiehlt die WHO noch zwei Mal wöchentlich Aktivitäten zum Aufbau oder zur Kräftigung der Muskulatur. Rund die Hälfte der österreichischen Bevölkerung im Alter zwischen 18 und 64 Jahren kommt eigenen Angaben (2014) zufolge der HEPA-Empfehlung nach (Männer: 52 %; Frauen: 49 %). Knapp ein Drittel sorgt nach eigenen Angaben zwei Mal wöchentlich für den Muskelaufbau. Nach Eigenangaben setzen 24,6 % aller Antwortenden beide Empfehlungen um (Q: Statistik Austria, Gesundheitsbefragung 2014).



Der Anteil an **übergewichtigen und fettleibigen Personen** nimmt in den letzten Jahren deutlich zu. Rund 3,4 Millionen Personen bejahen (2014), übergewichtig zu sein (Body-Mass-Index über 25), wobei Männer stärker betroffen sind (Männer: 40 %; Frauen: 26 %). An Fettleibigkeit (Adipositas; Body-Mass-Index über 30) leiden 16 % der Männer und 13 % der Frauen. Tendenziell steigt der Anteil an übergewichtigen und adipösen Personen in höheren Altersgruppen. Bildungsniveau und Erwerbstätigkeit stehen mit Adipositas in Zusammenhang: Im Jahr 2014 sind 24 % der Männer und 19 % der Frauen mit Pflichtschulabschluss im Vergleich zu 7 % der Männer und 7 % der Frauen mit Matura oder höherem Abschluss adipös. Arbeitslose Männer (22 %) und Frauen (23 %) leiden weitaus häufiger an Adipositas als erwerbstätige Männer (9 %) und Frauen (10 %).



Übergewichtige in Österreich

übergewichtig oder adipös:

- Frauen: 26 %
- Männer: 40 %

leiden an Adipositas:

- Frauen: 13 %
- Männer: 16 %

Q: Statistik Austria

Menschen in Österreich **essen** zu fettreich und nehmen zu viel an gesättigten Fettsäuren und Salz zu sich. Gleichzeitig ist der Konsum von komplexen Kohlehydraten und Ballaststoffen sowie einiger Vitamine und Mineralstoffe zu gering. Das Gesundheitsressort empfiehlt fünf Portionen Obst und/oder Gemüse täglich zu verzehren. Dieser Empfehlung kommen nur 4 % der Männer und 10 % der Frauen nach (2014). Frauen essen Obst und Gemüse häufiger täglich als Männer; demgegenüber verzehren Männer mehr Wurst und Fleisch. 47,5 % aller Österreicherinnen und Österreicher essen täglich Gemüse und 56,2 % täglich Obst (Q: Statistik Austria, Gesundheitsbefragung 2014).

Die Österreichische Ernährungspyramide



Q: BMASGK

Gesundheitsförderung und Prävention



Fonds Gesundes Österreich

WHO-Konzepte wie die **Ottawa Charta für Gesundheitsförderung** (Link: [Ottawa Charta](#)) prägen die Gesundheitsförderung in Österreich maßgeblich. Seit Inkrafttreten des **Gesundheitsförderungsgesetzes** im Jahr 1998 und der Aufwertung des **Fonds Gesundes Österreich** (FGÖ, Link: www.fgoe.org) erhöht sich der Stellenwert von Gesundheitsförderung beständig, das Bewusstsein dafür ist geschärft. Seitdem werden Mittel für Innovationen im Bereich Gesundheitsförderung vergeben und Kapazitäten für Gesundheitsförderung intensiv aufgebaut.

Die Grundprinzipien der Gesundheitsförderung stehen auch im Mittelpunkt der zehn **Gesundheitsziele Österreich** (→ *Info Box 3*). Die Gesundheitsziele Österreich folgen dem **Health-in-All-Policies-Ansatz**. Erklärtes Ziel ist die Verbesserung der Gesundheit aller in Österreich lebenden Menschen, unabhängig von Bildungsstatus, Einkommenssituation oder Lebensumständen (Gesundheitsdeterminanten) und insbesondere die nachhaltige Steigerung der Zahl der gesunden Lebensjahre.

Info Box 3:



Gesundheitsziele Österreich

Dank eines leistungsfähigen Gesundheitssystems ist die Lebenserwartung in Österreich mittlerweile eine der höchsten in den OECD-Ländern. Bei der Zahl der gesunden Lebensjahre liegt Österreich allerdings nur im internationalen Mittelfeld. Um Gesundheit und Lebensqualität zu fördern und den steigenden Kosten in der Gesundheitsversorgung entgegenzuwirken, soll die Zahl der gesunden Lebensjahre nachhaltig erhöht werden.

Daher wurden in den Jahren 2011-2012 die zehn Gesundheitsziele Österreich entwickelt. Sie geben bis zum Jahr 2032 die Richtung für eine gesundheitsförderliche Gesamtpolitik vor und berücksichtigen dabei ganz bewusst auch zahlreiche Faktoren außerhalb des traditionellen Gesundheitswesens – wie etwa Bildung, Arbeitssituation, soziales Netz und verschiedene Umwelteinflüsse.

Die Gesundheitsziele Österreich wurden in einem breit abgestimmten Prozess mit zahlreichen Vertreterinnen und Vertretern aus Politik und Gesellschaft entwickelt und bilden den Handlungsrahmen für eine gesundheitsförderliche Gesamtpolitik. Sie bilden damit auch die Basis für die laufende Gesundheitsreform.

Link: [Gesundheitsziele Österreich](#)



Seit 2010 gibt es eine österreichweit koordinierte und qualitätsgesicherte **österreichische Vorsorgestrategie**. Sie ist die Basis für überregionale Gesundheitsförderungs- und Vorsorgeprogramme, die gemeinsam von Bund, Bundesländern und Sozialversicherung finanziert werden. Durch das gemeinsame und abgestimmte Vorgehen und den zielgerichteten Einsatz der Gelder (mehr als 3 Millionen Euro jährlich) kommt es zu Synergieeffekten und längerfristigen, nachhaltigen gesundheitsförderlichen Veränderungen ([Link](#)).



Erste Schwerpunkte für den Einsatz der Vorsorgemittel waren Maßnahmen auf Basis des **Nationalen Aktionsplans Ernährung NAP.e** (Link: [NAP.e](#)) aus 2009, der erstmals für Österreich Ernährungsziele festlegte. In Folge wurden die Vorsorgemittel für die Verbesserung gesundheitlicher Chancengerechtigkeit von Kindern und Jugendlichen gewidmet und werden aktuell (2017-2021) in allen Bundesländern für die Förderung der **Frühen Hilfen** sowie in zwei Bundesländern für die Unterstützung von Jugendgesundheitskonferenzen eingesetzt. Zu den weiteren nationalen Strategien im Bereich der Gesundheitsförderung zählen der 2012 fertiggestellte **Nationale Aktionsplan Bewegung NAP.b** (Link: [NAP.b](#)) und die **Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie** ([Link](#)), die erstmals 2011 aufgelegt wurde und laufend weiter entwickelt wird.



Gesundheitsförderung und Prävention werden als öffentliche Aufgabe verstanden und finden auch prominent Niederschlag in der aktuellen **Gesundheitsreform** (→ *Info Box 1*). Zahlreiche Maßnahmen wurden in den letzten Jahren gesetzt, um Verbesserungen herbeizuführen. Zu den wichtigsten gehört die Einrichtung von **Gesundheitsförderungsfonds** in jedem Bundesland, die sich bei der Mittelvergabe (15 Millionen Euro jährlich bis 2022) an der im Rahmen der Gesundheitsreform entwickelten **Gesundheitsförderungsstrategie** orientieren.

Die im Jahr 2014 beschlossene **Gesundheitsförderungsstrategie** setzt den nunmehr gültigen Rahmen sowohl für breit abgestimmtes und **ziel- wie auch wirkungsorientiertes Handeln** und für den abgestimmten Einsatz sowohl der Vorsorgemittel als auch der Mittel der Gesundheitsförderungsfonds der Länder. Sie bietet grundsätzliche Orientierung für alle Gesundheitsförderungsmaßnahmen.

Schwerpunkte der Gesundheitsförderungsstrategie

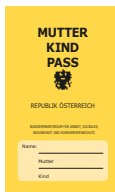
66 % der Mittel der Gesundheitsförderungsfonds der Länder sind verbindlich zu verwenden für:

1. Frühe Hilfen
2. Gesunde Kinderkrippen und Gesunde Kindergärten
3. Gesunde Schulen
4. Gesunde Lebenswelten und gesunde Lebensstile von Jugendlichen und Menschen im erwerbsfähigen Alter
5. Gesundheitskompetenz von Jugendlichen, Menschen im erwerbsfähigen Alter und älteren Menschen
6. sozialer Teilhabe und psychosoziale Gesundheit von älteren Menschen

Link: [Gesundheitsförderungsstrategie](#)



Gesundheitliche Chancengerechtigkeit und alle weiteren **Prinzipien der Gesundheitsförderung**, wie Health in All Policies, abgestimmtes Vorgehen, Evidenzbasierung, Dokumentation, Evaluation sowie begleitender Aufbau von Kapazitäten, sind Ausgangs- und Angelpunkt zur **Verwendung der Mittel** der Gesundheitsförderungsfonds und der Vorsorgemittel. Im Jahr 2016 wendete die öffentliche Hand (Bund inkl. Fonds Gesundes Österreich, Bundesländer, Gemeinden und Gesunde Städte sowie Sozialversicherung) insgesamt rund 2,4 Milliarden Euro für Gesundheitsförderung und Prävention auf (rund 280 Euro pro Kopf der Bevölkerung). Ohne die **Ausgaben** für Prävention zur Verringerung der Schwere und der Ausweitung von bereits manifest gewordenen Erkrankungen waren es rund 900 Millionen Euro (103 Euro pro Kopf) (Q: GÖG).



Präventive Angebote haben in Österreich Tradition. So begleitet beispielsweise das kostenlose **Mutter-Kind-Pass-Untersuchungsprogramm** bereits seit 1974 Mütter und Kinder von der Schwangerschaft bis zum 62. Lebensmonat des Kindes ([Link](#)). Das Programm inkludiert den Impfpass für Kinder und wird aktuell in Hinblick auf neue Anforderungen (psychosoziale Aspekte) weiterentwickelt. Seit 1998 werden auf Basis des **Kinder-Impfkonzeptes** Kosten für ausgewählte Impfungen für Kinder von 0 bis 15 Jahren gemeinschaftlich von Bund, Bundesländern und Sozialversicherung übernommen.



Seit 1974 können Über-18-Jährige jährlich **kostenlose Vorsorgeuntersuchungen** ([Link](#)) in Anspruch nehmen; rund 1,2 Millionen Österreicher/innen nutzen dies auch (2015), das entspricht rund 17 % der Bevölkerung (14 % im Jahr 2007). Die Zahlen inkludieren auch die gynäkologischen Vorsorgeuntersuchungen von Frauen. **Weitere Vorsorgeaktivitäten** umfassen das Brustkrebs-Früherkennungsprogramm (für Frauen zwischen 45 und 69 Jahren, [Link](#)), jährliche Schuluntersuchungen, Stellungsuntersuchungen beim Bundesheer, Untersuchungen berufstätiger Jugendlicher sowie Maßnahmen zur Kariesprophylaxe und zur Verbesserung der Versorgung chronisch Kranker.



Im Herbst 2012 wurde das **österreichische Suizidpräventionsprogramm SUPRA** präsentiert ([Link: SUPRA](#)). Das nationale Präventionsprogramm ist Basis für die Entwicklung einer nationalen Suizidpräventionsstrategie. Zur Umsetzung der Maßnahmen wurde 2012 an der Gesundheit Österreich GmbH die „Koordinationsstelle Suizidprävention“ eingerichtet, die – in enger Kooperation mit einem Expertengremium – die Umsetzung dieses Konzeptes unterstützt und begleitet. Ziel ist es, in Österreich eine nachhaltige und qualitativ hochwertige Suizidprävention sicherzustellen.

Mit der 2015 entwickelten **Österreichischen Suchtpräventionsstrategie** sollen negative Auswirkungen von Sucht für den Einzelnen und für die Gesellschaft so gering wie möglich gehalten werden. Die Strategie bildet das Dach, unter dem sich alle Aktivitäten, Maßnahmen und Entwicklungen zum Thema verbinden sollen ([Link](#)).

Gesundheitsversorgung

Österreich verfügt über viele Ressourcen in der Gesundheitsversorgung. So liegen etwa die Anzahl der praktizierenden Ärztinnen und Ärzten und das Angebot an Spitalsbetten im Verhältnis zur Bevölkerung im europäischen Spitzenfeld. Generell wird damit ein guter Zugang zum Gesundheitssystem sichergestellt.

Präklinische Notfallversorgung

Österreich hat ein **flächendeckendes Netz** an bodengebundenen Rettungsmitteln (mit und ohne Notarztbeteiligung) und an Flugrettungsmitteln sowie Krankentransportdiensten. Die Organisation des Rettungswesens ist (mit wenigen Ausnahmen) Angelegenheit der Gemeinden, die Länder sind für die Bereitstellung der benötigten Rettungsmittel verantwortlich. Mit der Durchführung der Dienste sind meist Rettungsdienst-Organisationen beauftragt (z.B. Rotes Kreuz). Neben hauptamtlichen Mitarbeitern werden zahlreiche ehrenamtliche Mitarbeiter bei Rettungs- und Krankentransporten eingesetzt. Das **Flugrettungssystem** ist mit 38 Standorten (16 davon sind nur im Winter in Betrieb) ausgesprochen dicht, insgesamt neun Flugrettungsbetreiber absolvieren jährlich rund 23.000 Flugrettungseinsätze (Links: [Flugrettung](#), [Portal Flugrettung Österreich](#)).



- 144 Rettung
- 141 Ärztfunkdienst
- 140 Bergrettung
- 112 Euronotruf
- 1450 Telefonische Gesundheitsberatung (im Aufbau)

Link: [Notrufnummern und Hotlines](#)

Ambulante Versorgung

Die österreichische Bevölkerung wird großteils von **frei praktizierenden niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten** meist in Einzelpraxen ambulant versorgt. Von den insgesamt rund 45.600 **Ärztinnen und Ärzten** in Österreich (2017, ohne Zahnärztinnen/-ärzte) sind rund 18.200 (40 %) ausschließlich in der freien Praxis tätig. Zusätzlich gibt es rund 5.000 Zahnmediziner/innen, von denen der Großteil (78 %) frei praktizierend tätig ist (Q: Öst. Sozialversicherung). Rund 16 % der Ärzteschaft ist sowohl angestellt als auch niedergelassen tätig. Die Hälfte der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte hat einen **Vertrag mit einer sozialen Krankenkasse** (Q: GÖG).



Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte sind (2017)

- Ärztinnen/Ärzte für Allgemeinmedizin 32 %
- Fachärztinnen/-ärzte 50 %
- Zahnärztinnen/-ärzte 18 %

Anteil der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte mit Kassenvertrag (2017):

- Ärztinnen/Ärzte für Allgemeinmedizin 61 %
- Fachärztinnen/-ärzte 34 %
- Zahnärztinnen/-ärzte 76 %

Q: GÖG, Ärztemonitoring

Nahezu ein Drittel der frei Praktizierenden sind Allgemeinmediziner/-innen, knapp zwei Drittel davon mit Kassenvertrag. Die Hälfte sind Fachärztinnen/-ärzte, davon sind etwas mehr als ein Drittel Kassenärztinnen/-ärzte. Von den Zahnmediziner/innen, die knapp ein Fünftel der Ärzteschaft ausmachen, haben mehr als drei Viertel ein Kassenvertrag.

Zusätzlich ordinieren niedergelassene Ärztinnen und Ärzte **ohne Kassenvertrag**, sogenannte Wahlärztinnen und -ärzte. Auch angestellte und niedergelassene Ärztinnen und Ärzte sind teilweise, neben ihrer Haupttätigkeit, als Wahlärztinnen/-ärzte tätig. Die Kosten für Wahlarztbesuche und -behandlungen werden auf Antrag von den sozialen Krankenkassen teilweise rückerstattet (80% des Kassentarifs).



Mehr als **900 selbstständige Ambulatorien**, die von Krankenversicherungsträgern selbst oder privat (zumeist mit Kassenvertrag) betrieben werden, erbringen fachärztliche und therapeutische Leistungen (Q: BMASGK). Einen weiteren Anteil ambulanter Versorgung übernehmen **Spitalsambulanzen**. Gemeinnützige Spitäler führen neben einer Notfallambulanz zumeist eine Reihe von fachärztlichen und Spezialambulanzen.

Ambulante Versorgung leisten noch eine Reihe **weiterer Gesundheitsberufe**, wie Psycho-, Ergo- und Physiotherapeutinnen/-therapeuten, Logopädinnen/Logopäden, Hebammen, Pflegeberufe etc. Auch diese Berufe können mit Kassenvertrag oder ohne Kassenvertrag tätig sein (Link: [Gesundheitsberufe in Österreich](#)).

Ambulante Kontakte (2017) verteilen sich auf:

• Einzelpraxen	66,7%
• Gruppenpraxen	8,1%
• Selbstständige Ambulatorien	7,9%
• Spitalsambulanzen	15,6%
• Sonstige	1,7%

Q: BMASGK

Von den insgesamt rund 136,3 Millionen **ambulanten Kontakten** (2017) in Vertrags-einrichtungen bzw. in gemeinnützigen Spitälern finden **zwei Drittel** bei Kassen-ärztinnen/-ärzten in **Einzelpraxen** statt. Jeweils rund 16 % der ambulanten Kontakte verteilen sich auf Gruppenpraxen und selbstständige Ambulatorien sowie auf die Spitalsambulanzen. In Ambulatorien, Gruppenpraxen und Spitalsambulanzen werden zumeist mehr Leistungen pro Kontakt erbracht als in Einzelpraxen. Im Durchschnitt kontaktiert jede Österreicherin/jeder Österreicher rund 13 Mal jährlich eine vertragsärztliche Einrichtung außerhalb der Spitäler und mehr als zwei Mal eine Spitalsambulanz.

Anzahl der ambulanten Kontakte (2017) je Einwohner/in:

Ambulante Kontakte insgesamt	15,5
• Einzelpraxen	10,3
• Gruppenpraxen	1,3
• Selbstständige Ambulatorien	1,2
• Spitalsambulanzen	2,4
• Sonstige	0,3

Q: BMASGK

Im Jahr 2017 sind im Rahmen der laufenden Gesundheitsreform (→ *Info Box 1*) die gesetzlichen Grundlagen für die **neue Primärversorgung** in Österreich in Kraft getreten, mit denen die Rahmenbedingungen für wichtige neue Versorgungsmodelle im niedergelassenen Bereich festgelegt wurden. Zum Ausbau der wohnortnahen, multi-professionellen und interdisziplinären Primärversorgung (PV) sollen 75 neue Primärversorgungseinheiten (PVE) bis 2021 geschaffen werden. Im 1. Quartal 2019 waren bereits 14 Primärversorgungseinheiten in vier Bundesländern in Betrieb und 23 weitere geplant. Mit einer **Gründungsinitiative** wird vielfältige Unterstützung geleistet in Form von Informationsmaterialien und Musterdokumenten, einem Muster-Versorgungskonzept, regionalen Versorgungsprofilen, Erarbeitung einer Kommunikationsstrategie, Vor-Ort-Unterstützung ab Herbst 2018 sowie einem Finanzierungsinstrument ab Frühjahr 2019. Darüber hinaus wurden im ÖSG 2017 (→ *Info Box 2*) ein Aufgabenprofil und Ausstattungsstandards für die teambasierte Primärversorgung als Grundlage für Versorgungsaufträge festgelegt. Eine weitere zentrale Maßnahme ist die Weiterentwicklung des Vertragswesens bzw. der Honorierungssysteme.

Info Box 4:

Die neue Primärversorgung

„Primärversorgung“ als erste Anlaufstelle für Menschen mit gesundheitlichen Problemen findet bislang in den Ordinationen der Hausärztinnen / Hausärzte sowie in Spitälern (Spitalsambulanzen) statt. Der Wandel des Gesundheitssystems, die **geänderten Bedürfnisse** der Bevölkerung, der Patientinnen und Patienten und auch der Gesundheitsdiensteanbieter/-innen, die **Alterung** der Gesellschaft und die zunehmende Spezialisierung in der Medizin bringen große Herausforderungen mit sich, denen nunmehr mit **neuen Versorgungsmodellen** begegnet werden soll. Darüber hinaus haben bis 2025 fast 60 % der Hausärztinnen und -ärzte, die einen Kassenvertrag haben, das Pensionsalter erreicht.

Mit der Förderung der Weiterentwicklung der Primärversorgung wird ein wichtiger Schritt zur Zukunftssicherung der Gesundheitsversorgung gesetzt. Durch neue Möglichkeiten der **Zusammenarbeit von Allgemeinmedizinerinnen/-medizinerinnen und durch Vernetzung mit anderen Gesundheitsberufen** werden ein breiteres Behandlungsspektrum und längere Öffnungszeiten ermöglicht. Patientinnen und Patienten sollen in Zukunft den gesamten Behandlungsweg über begleitet werden. Insbesondere soll die umfassende gesundheitsorientierte Betreuung **chronisch kranker** Menschen einen Schwerpunkt bilden. Auch die aktive **Gesundheitsförderung** soll forciert werden.

Für Ärztinnen/Ärzte und andere **Gesundheitsberufe** wird durch die Vernetzung und die Zusammenarbeit im Team auf Forderungen nach attraktiveren Arbeitsbedingungen und einer besseren **Work-Life-Balance** reagiert.

Die neue Primärversorgung kann unterschiedlich gestaltet sein: Einerseits können bestehende Strukturen vernetzt und weiter ausgebaut werden oder regionale Gesundheitszentren werden von Grund auf neu errichtet und gestaltet.

Links: [Primärversorgung 1](#), [Primärversorgung 2](#), www.pve.gv.at



Im Bereich der mobilen Pflege wurden Ende 2017 rund 149.400 Personen von rund 12.500 Betreuungs- und Pflegepersonen (Vollzeitäquivalente, VZÄ) betreut. Weitere rund 11.300 Personen wurden von 730 Pflegepersonen (VZÄ) in teilstationären Tageseinrichtungen und in alternativen Wohnformen betreut (Q: StatistikAustria).

Stationäre Versorgung

In Österreich werden traditionell überdurchschnittlich viele Leistungen in Spitälern stationär erbracht. Damit zählt Österreich zu den EU-Staaten mit den meisten Spitalsbetten und den meisten stationären Krankenhausaufenthalten im Vergleich zur Bevölkerung.

Ressourcen und Inanspruchnahme (2017) je 1.000 Einwohner/innen:

Betten

- alle Spitäler: 7,4
- gemeinnützige Akutspitäler: 5,2

Aufenthalte mit Übernachtung(en)

- alle Spitäler: 249
- gemeinnützige Akutspitäler: 218

Aufenthalte ohne Übernachtung(en)

- alle Spitäler: 73
- gemeinnützige Akutspitäler: 70

Q: BMASGK

In den 271 **Spitälern** mit insgesamt 301 Standorten und rund 64.800 Betten gibt es mehr als 2,83 Millionen stationäre Aufenthalte (inklusive Aufenthalte mit Entlassung am selben Tag). Damit kommen insgesamt 322 Spitalsaufenthalte auf 1.000 Einwohner/innen. Aufenthalte mit Übernachtung(en) dauern im Durchschnitt 6,5 Tage (2017).

Der Schwerpunkt liegt in den 121 öffentlich finanzierten **gemeinnützigen Akutspitälern** (Landesfondsspitäler und Unfallkrankenhäuser) mit rund 45.600 Betten (70% aller Betten) und fast 90 % aller Krankenhausaufenthalte (2,53 Millionen). Rund ein Viertel aller Patientinnen und Patienten in Akutspitälern wird am selben Tag wieder entlassen. Die Aufenthalte mit Übernachtung(en) in Akutspitälern dauern im Durchschnitt 4,9 Tage (2017).

Während die Bettenkapazitäten in den Akutspitälern im letzten Jahrzehnt (2007-2017) – trotz steigender Aufenthaltszahlen – leicht zurückgingen, weil die Aufenthaltsdauer kürzer wurde, entwickelten sich stationäre **Rehabilitationseinrichtungen** sehr dynamisch mit einer Bettenzunahme um fast 45 % (2017: rund 11.400 Betten). Für die **Langzeitversorgung** gibt es rund 5.100 Betten in Einrichtungen, die als Spitäler geführt werden (Q: BMASGK) sowie rund 82.100 Plätze in öffentlich finanzierten Pflegeeinrichtungen der Länder und Gemeinden im **Sozialbereich** mit rund 34.500 Betreuungs- und Pflegepersonen (Vollzeitäquivalente) (2017) (Q: Statistik Austria).

Beschäftigte in Spitälern (2017) je 1.000 Einwohner/-innen:



- 2,8 Ärztinnen/Ärzte
- 6,8 Pflegekräfte im gehobenen Dienst
- 1,8 Pflegekräfte im Hilfsdienst
- 1,8 Medizinisch-technischer Dienst
- 0,2 Hebammen

Q: BMASGK

Die österreichischen **Spitäler beschäftigen** rund 24.600 Ärztinnen/Ärzte und 93.300 **Personen** in nichtärztlichen Gesundheitsberufen (2017, ohne Verwaltungspersonal). Den Schwerpunkt bilden diplomierte Pflegekräfte mit rund 60.200 Personen.

Im Rahmen der laufenden Gesundheitsreform (→ *Info Box 1*) wird ein leistungsorientiertes Abrechnungssystem für Spitalsambulanzen eingeführt. Damit sollen **Leistungen**, die keine Übernachtung im Spital und keine Ausstattung, die nur im stationären Bereich verfügbar ist, erfordern, **zunehmend im spitalsambulanten Bereich** erbracht werden.

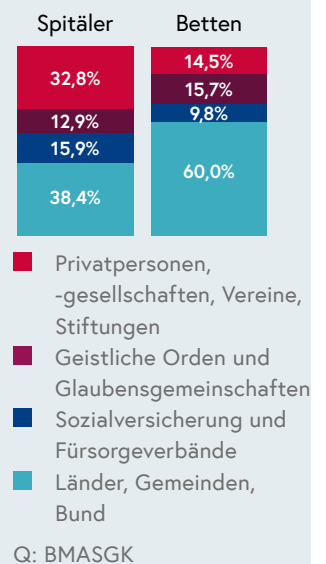
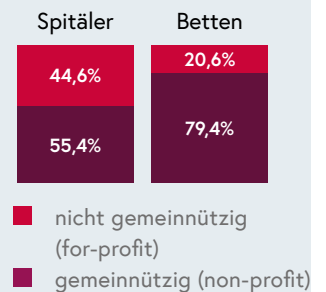
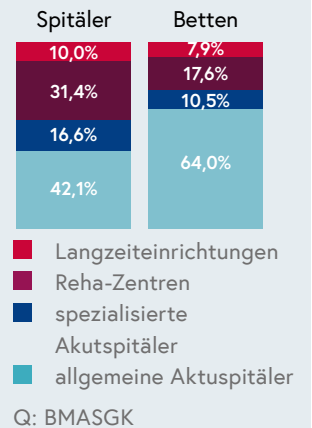
Spitäler in Österreich

Die österreichische „Spitalslandschaft“ ist vielfältig und komplex. Insgesamt gibt es 271 Spitäler mit insgesamt 64.805 Betten (2017), die nach folgenden Typen unterschieden werden können:

Akutspitäler weisen eine relativ kurze Aufenthaltsdauer auf (4,9 Tage (ohne Tagesklinik) im Durchschnitt 2017). Darunter bieten die Spitäler für **allgemeine Versorgung** in der Regel ein breites Leistungsspektrum, mindestens aber Innere Medizin und Allgemeinchirurgie. **Spezialisierte** Spitäler (Sonderkrankenanstalten) versorgen Personen mit bestimmten Krankheiten (z.B. orthopädische Spitäler) oder bestimmter Altersstufen (z.B. Kinder-spitäler) oder sind für bestimmte Zwecke eingerichtet (z.B. Heeresspitäler). In Akutspitälern werden sowohl ungeplante als auch geplante Leistungen erbracht. **Nicht-Akutspitäler** leisten durchwegs spezialisierte Versorgung. Dazu zählen **Rehabilitationszentren** (inklusive Genesung und Prävention) und Einrichtungen für die **Langzeitversorgung** (die allerdings nicht nur in Spitälern im Gesundheitsbereich sondern hauptsächlich in Pflegeeinrichtungen im Sozialbereich geleistet wird).

Gemeinnützige Spitäler (nicht gewinnorientiert, non-profit) versorgen alle Personen ohne Unterschied von Geschlecht, Alter oder Art der medizinischen und pflegerischen Betreuung. **Nicht-gemeinnützige** Spitäler (gewinnorientiert, for-profit) versorgen Privatpatientinnen/-patienten sowie auch Sozialversicherte, wenn diese Leistungen erhalten, für die eine Leistungspflicht der sozialen Krankenversicherung besteht. In gemeinnützigen Spitälern können ebenfalls bis zu einem gewissen Ausmaß Privatpatientinnen/-patienten behandelt werden.

Die Spitäler befinden sich in öffentlichem oder in privatem Eigentum. **Öffentliche Spitalsträger** sind vor allem die Länder (Landesgesellschaften), teilweise auch Gemeinden und Gemeindeverbände, sowie Sozialversicherungsträger und Fürsorgeverbände. Der Bund führt nur die Heeresspitäler. Landes- und Gemeindespitäler sind hauptsächlich im Akutbereich tätig, die Sozialversicherung hat einen Schwerpunkt bei Rehabilitationseinrichtungen. Langzeiteinrichtungen befinden sich mehrheitlich in der Trägerschaft der Länder. Im **privaten Bereich** sind geistliche Orden und Glaubensgemeinschaften vorwiegend gemeinnützig im Akutbereich tätig, während Privatpersonen und -gesellschaften sowohl (zumeist geplante) Akutversorgung leisten als auch Rehabilitationszentren betreiben, für die in der Regel Verträge mit der Sozialversicherung bestehen. Einige Spitäler werden von Vereinen und Stiftungen getragen. Links: [Krankenanstalten](#), [Krankenanstalten in Zahlen](#)



Arzneimittelversorgung

Erzeugung, Inverkehrbringen, Preisbildung, Erstattung und Abgabe von Medikamenten unterliegen im Sinne des Gesundheits- und Konsumentenschutzes besonderen gesetzlichen Regelungen. Die österreichische Gesetzgebung orientiert sich dabei an den EU-Rahmenvorgaben.



Arzneimittel-Zulassungsstelle ist das Bundesamt für Sicherheit im Gesundheitswesen (BASG) unter Zuhilfenahme der fachlichen Ressourcen der AGES Medizinmarktaufsicht, das vom Gesundheitsressort mit einer Vielzahl von Aufgaben (Arzneimittelzulassung, klinische Prüfung von Arzneimitteln und Medizinprodukten und Überwachung dieser Produkte) betraut ist (Link: www.basg.at).

Rund 9.200 Medikamente (inkl. homöopathischer Arzneimittel) sind zugelassen, davon sind fast zwei Drittel rezeptpflichtig (Stand Jänner 2017). Der **Arzneimittelkonsum** pro Person lag im Jahr 2014 im Durchschnitt bei **742 „Standard Units“** (das ist die Dosis pro Einnahme, wie z.B. eine Tablette, ein Messbecher oder zehn Tropfen). Österreich lag damit im Mittelfeld der EU-Staaten, wobei der Durchschnittspreis (Krankenkassenpreis) je Packung von 17,60 Euro im oberen Mittelfeld angesiedelt war (Q: Öst. Apothekerkammer). Im Jahr 2017 wurden rund 26 Packungen pro Kopf der Bevölkerung abgegeben (Q: Pharmig). Anfang 2018 waren 5.171 Arzneispezialitäten im Erstattungskodex der Sozialversicherung gelistet, das sind Medikamente, die auf Rechnung der Sozialversicherung im niedergelassenen Bereich abgegeben werden (Q: Öst. Sozialversicherung).



Apotheken in Österreich (2017)

- 1.362 öffentliche Apotheken
- 29 Filialapotheken
- 41 Krankenhausapotheken
- 919 Hausapotheken

Die nächste Apotheke ist für **95 % der Bevölkerung** innerhalb von **10 Minuten** erreichbar.

Q: Statistik Austria,
Öst. Apothekerkammer

Arzneimittel dürfen in Österreich grundsätzlich nur in Apotheken verkauft werden, die Abgabe in Supermärkten oder Drogerien und der Betrieb von Apothekenketten sind nicht erlaubt. Lediglich einige einfache Arzneimittel wie bestimmte Vitaminpräparate oder Tees dürfen auch in Drogerien abgegeben werden.

Apotheken können nur von dazu berechtigten Pharmazeutinnen/Pharmazeuten und erst nach einer Bedarfsprüfung sowie einem behördlichen Genehmigungsverfahren eröffnet werden. **Öffentliche Apotheken** dürfen maximal eine **Filialapotheke** betreiben. Rund 16 % der Spitäler führen eine eigene **Krankenhausapotheke**. Ein österreichisches Spezifikum sind die sogenannten **„ärztlichen Hausapotheken“**: In ländlichen Regionen ohne Apotheke können niedergelassene Allgemeinmediziner/innen Medikamente an ihre Patientinnen und Patienten abgeben. Insgesamt gibt es 2.351 Apotheken in Österreich (2017).

Qualität, Transparenz, Patientenorientierung

Kernelemente einer hochwertigen und sicheren Versorgung

Patientenrechte sind in Österreich gesetzlich verankert und einklagbar. Eigens eingerichtete **Patientenanwaltschaften** und Ombudsstellen in allen Bundesländern sichern die Rechte und Interessen der Patientinnen/Patienten und vermitteln bei Konflikten. Zusätzlich zu den professionellen Angeboten der medizinischen Versorgung unterstützt eine große Anzahl von **Selbsthilfegruppen** die Patientinnen/Patienten bei der individuellen Krankheitsbewältigung.



Das **Gesundheitsqualitätsgesetz** gibt seit 2005 die rechtlichen Rahmenbedingungen für Qualität, Transparenz und Patientensicherheit vor. Die partizipativ und kooperativ entwickelte **Qualitätsstrategie** (Link: [Qualitätsstrategie](#)) ist Handlungsmaxime der vielfältigen Aktivitäten, mit denen die Qualität in allen Gesundheitseinrichtungen vorangetrieben wird. Die gesundheitliche Versorgung soll unabhängig davon, wo und in welcher Einrichtung sie erbracht wird, sicher, effektiv und leicht zugänglich sein. Bei der Umsetzung aller Maßnahmen, die die Patientensicherheit erhöhen, werden Patientinnen und Patienten informiert und aktiv in den Versorgungsprozess eingebunden. Die **nationale Patientensicherheitsstrategie** bildet den Rahmen für sämtliche berufsgruppen- und sektorenübergreifenden Aktivitäten (Link: [Patientensicherheit](#)).



Die **nationale Qualitätsberichterstattung** (Link: [Qualitätsberichterstattung](#)) greift wichtige Themen auf, die sie transparent und verständlich aufbereitet der Fach- und allgemeinen Öffentlichkeit zugänglich macht. Ein wichtiges Instrument der Qualitätsberichterstattung sind die Berichte über die Qualitätssysteme in den österreichischen Gesundheitseinrichtungen. Die Teilnahme ist für alle Krankenanstalten, Rehabilitationseinrichtungen und selbständigen Ambulatorien verpflichtend. Die Berichte werden in regelmäßigen Abständen über die **Qualitätsplattform QBE** (Link: [Qualitätsplattform](#)) erstellt und geben einen Überblick über die Qualitätsarbeit.

Die Sicherstellung und kontinuierliche Verbesserung der **Qualität der Versorgung** soll **evidenzbasiert** erfolgen. Bundesweit gültige Empfehlungen, systematische Überprüfungen, Evaluierungen und Monitoringmaßnahmen liefern jene Anhaltspunkte, die Struktur-, Prozess- und Ergebnisoptimierung ermöglichen. Technologiefolgenbewertung (Health Technology Assessment, HTA), Qualitätsregister oder das Erstellen von nationalen Qualitätsstandards, z.B. zur präoperativen Diagnostik, leisten hier wesentliche Beiträge.



Das **Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen** (GÖG/BIQG, Link: www.goeg.at/BIQG) koordiniert die **Umsetzung der Qualitätsstrategie**, wobei vielfach die jeweiligen Akteure eingebunden sind, wie die Sozialversicherung, Ministerien und Bundesländer, Fachgesellschaften, Kammern und Berufsverbände, Patientenanwaltschaften und Selbsthilfegruppen.

Transparenz durch Ergebnisqualitätsmessung

Eine der wichtigsten Maßnahmen der vergangenen Jahre zur Förderung der Transparenz über die Qualität der Leistungen in Krankenhäusern war 2013 die Einführung des **A-IQI – Systems (Austrian Inpatient Quality Indicators)** für alle österreichischen Spitäler.

Info Box 6



A-IQI (Austrian Inpatient Quality Indicators) und Kliniksuche.at

In **A-IQI** werden Qualitätsdaten in Krankenhäusern basierend auf Routinedaten erhoben. Neben der stetigen Weiterentwicklung und Messung der Qualitätsindikatoren steht die Analyse mittels Peer-Review-Verfahren im Mittelpunkt. Bei Auffälligkeiten kommt ein Team von Ärztinnen und Ärzten (Peers) in das betroffene Haus, sieht Einzelfälle durch und diskutiert Verbesserungsmöglichkeiten mit den Ärztinnen und Ärzten vor Ort.

Die Ergebnisse führen, wenn erforderlich, bundesweit zu konkreten Verbesserungsmaßnahmen und werden jährlich im Rahmen des A-IQI Berichts veröffentlicht. Dieser umfasst die Resultate in Bezug auf die einzelnen Indikatoren auf Bundesebene und auch eine Analyse der abgehaltenen Peer-Review-Verfahren. Link: [Ergebnisqualitätsmessung](#)

Über das Webtool **Kliniksuche** werden Qualitätsdaten veröffentlicht, die die Bevölkerung in Vorbereitung auf einen Krankenhausaufenthalt bei der Entscheidungsfindung unterstützen (Empowerment). Ausgangspunkt sind die Daten aus A-IQI, verbunden mit den bundesweit einheitlich erhobenen Krankenhausroutinedaten und Daten der Qualitätsberichterstattung (Plattform QBE). Es werden medizinische Leistungen oder Themengebiete abgebildet, die im Zuge von A-IQI bereits analysiert wurden. Themengebiete und einzelne Kriterien werden jeweils nach Durchführung der Peer-Review-Verfahren im Rahmen von A-IQI regelmäßig erweitert. Mit Stand Mai 2018 sind 30 der wichtigsten Themengebiete abrufbar, z.B. Gallenblasen-Entfernung, Herzschrittmacher, Leistenbruch, Gebärmutter-Entfernung oder Hüftprothese.

Link: www.kliniksuche.at

 **KLINIKSUCHE.at**

Die Österreichische Gesellschaft für Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement in der Medizin GmbH, ÖQMED (Link: www.oegmed.at) ist für die Evaluierung der Arztpraxen zuständig und publiziert die Ergebnisse im „Ärztlichen Qualitätsbericht“.

Transparenz durch Information

Die Komplexität des österreichischen Gesundheitssystems erfordert Transparenz und leicht verständliche Information. Umgekehrt ist es auch wichtig zu wissen, welche Anforderungen die Bürger/innen und Patientinnen und Patienten an das System haben. Daher werden im Rahmen der Gesundheitsreform (→ *Info Box 1*) Maßnahmen zur besseren Verständlichkeit des Systems gesetzt. So ist etwa die Entwicklung einer telefonischen und webbasierten Beratung im Gang, deren erster Schritt die Implementierung der telefonischen Gesundheitsberatung ist.

Info Box 7:

Die telefonische Gesundheitsberatung 1450

Nach dem Vorbild anderer europäischer Länder (wie Großbritannien, Dänemark oder der Schweiz) ist in Österreich eine telefonische Gesundheitsberatung im Aufbau. Pilotprojekte laufen in drei Bundesländern (Wien, Niederösterreich, Vorarlberg).

Unter der Rufnummer 1450 (ohne Vorwahl aus allen Netzen) erhalten Bürgerinnen und Bürger rund um die Uhr am Telefon Auskunft über die Dringlichkeit Ihres Anliegens und eine medizinisch validierte Handlungsempfehlung. Können die Schmerzen selbst behandelt werden, soll ein Hausarzt aufgesucht werden, ist die Behandlung durch einen Facharzt erforderlich oder ist die Notfallambulanz die beste Adresse?

Die telefonische Gesundheitsberatung wird so zum persönlichen Wegweiser durch das Gesundheitssystem und führt dorthin, wo im Moment die beste Betreuung zu erhalten ist, also zum jeweiligen „Best Point of Service“.

Die telefonische Gesundheitsberatung 1450 ist ein Projekt im Rahmen der laufenden Gesundheitsreform (→ *Info Box 1*). Das Pilotprojekt soll nach Validierung in ganz Österreich ausgerollt werden.

Links: [Gesundheitsberatung 1450](#), www.1450.at



Weitere Projekte sind etwa eine nationale Strategie zur Verbesserung der Gesprächsqualität in der Krankenversorgung (Link: [Gesprächsqualität in der Krankenversorgung](#)) oder die Integration von Gesundheitskompetenz in die Berufsprofile ausgewählter Gesundheitsberufe.

Das **öffentliche Gesundheitsportal** bietet unabhängige Gesundheitsinformationen und Services. Für eine **gesunde Lebensweise** werden Informationen, die auf die Bedürfnisse der Bevölkerung abgestimmt sind, auf Websites öffentlicher Einrichtungen zur Verfügung gestellt (Links z.B. www.ages.at oder www.fgoe.org).



Mit einer österreichweiten **Patientenbefragung**, die erstmals 2014 übergreifend über die Versorgungssektoren (z. B. Spital und nachsorgender Hausarzt) stattfand, wurden aus dem Blickwinkel der Betroffenen Informationen gesammelt, die Hinweise auf eine bessere und intelligente Steuerung des Versorgungssystems liefern. Die Patientenzufriedenheit lag sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich weit über 90%. 2016 wurde ergänzend dazu eine **Bevölkerungsbefragung** veröffentlicht, die Einblick in das Verständnis der Menschen in Österreich über das Gesundheitswesen gibt (Links: [Patientenbefragung 2015](#), [Bevölkerungsbefragung 2016](#)).



Mit **Gesundheitsbefragungen** lassen sich Zusammenhänge von Krankheitshäufigkeiten (Morbidität), Gesundheitsverhalten und gesundheitsrelevanten Risikofaktoren analysieren und Unterschiede nach Alter, Geschlecht und weiteren sozialen und umweltbedingten Einflussfaktoren erkennen. Weiters können Informationen über die Inanspruchnahme von Versorgungseinrichtungen und die Teilnahme der Bevölkerung an Präventions- und Früherkennungsangeboten gewonnen werden. Die Statistik Austria führte im Auftrag des Gesundheitsressorts und der Bundesgesundheitsagentur bereits **zwei Mal** eine auf der verpflichtenden Europäischen Gesundheitsbefragung (EHIS) basierende österreichweite **Erhebung** (ATHIS) in den Jahren 2006/2007 sowie 2014 durch. Die Schichtung der Stichprobe erfolgte jeweils nach den 32 Gesundheitsversorgungsregionen. Der Fragenkatalog auf europäischer Ebene (EHIS) enthielt Module zu Gesundheitszustand, Gesundheitsdeterminanten, Gesundheitsvorsorge und soziodemographischen und sozioökonomischen Hintergrundmerkmalen. Nationalen Zusatzfragen des **ATHIS 2014** befassten sich mit Lebensqualität, Präsentismus (Anwesenheit am Arbeitsplatz trotz gesundheitlicher Einschränkung) sowie ausgewählten chronischen Krankheiten, ambulanter Gesundheitsversorgung, funktionalen Tätigkeiten sowie dem Gesundheitszustand der im Haushalt lebenden Kinder. In den Jahren 2018/2019 wird die **dritte österreichische Gesundheitsbefragung** durchgeführt. Link: [Österreichische Gesundheitsbefragung 2014 ATHIS](#)

e-Health in Österreich

Elektronische Gesundheitsdienste (e-Health) sind aus dem Gesundheitswesen nicht mehr wegzudenken und umfassen eine Vielfalt an Anwendungen, wie insbesondere die elektronische Krankenversicherungskarte, Gesundheitsakte und Medikationsübersicht sowie die Telemedizin. Voraussetzung dafür ist eine sichere Übertragung medizinischer Daten für die Prävention, Diagnose, Behandlung und Weiterbetreuung von Patientinnen und Patienten in Form von Text, Ton und/oder Bild. e-Health bietet nicht nur die technologische, sondern insbesondere auch die strukturpolitische Chance, die sich in zunehmendem Maße arbeitsteilig gestaltenden Gesundheitsdienstleistungen mittels Informations- und Kommunikationstechnologien (IKT) zu vernetzen.

Bereits im Jahr 2005 wurde mit Einführung der **elektronischen Krankenversicherungskarte (e-Card)** für alle krankenversicherten Personen – neben einer administrativen Vereinfachung der bargeldlosen Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitswesens – auch eine wesentliche Voraussetzung für die **elektronische Gesundheitsakte (ELGA)** geschaffen. Aktuell wird die e-Card sowohl technologisch als auch in Bezug auf die Verwendungssicherheit weiterentwickelt, letztere soll insbesondere durch das Aufbringen eines Fotos der Inhaberin/des Inhabers verbessert werden.



Die Rechtsgrundlagen für ELGA wurden Ende 2012 beschlossen. Seit Anfang 2014 sind das **ELGA-Portal** (Link: [ELGA-Portal](#)), die ELGA-Serviceline und die ELGA-Widerspruchsstelle in Betrieb. Seit Ende 2015 wird ELGA schrittweise umgesetzt, beginnend in öffentlichen Spitälern. 2016 wurde der Probetrieb mit der ELGA-Funktion **e-Medikation** durchgeführt. ELGA und e-Medikation werden im Zeitraum März 2018 bis September 2019 schrittweise den niedergelassenen Ärztinnen/Ärzten, Gemeinschaftspraxen, Apotheken und Ambulatorien zur Verfügung gestellt. Es folgen private Krankenanstalten, später auch Zahnärztinnen und Zahnärzte mit Kassenvertrag. Weiters ist ein Pilotprojekt für einen **e-Impfpass** in Vorbereitung.

Die Teilnahme an ELGA ist für Patientinnen und Patienten freiwillig, es besteht die Möglichkeit des Widerspruchs (**Opt-Out**). **ELGA-Ombudsstellen** sind mittlerweile in jedem Bundesland etabliert.

Im Rahmen der koordinierten Weiterentwicklung der **Telemedizin** in Österreich wurde die **Rahmenrichtlinie** für die IT-Infrastruktur bei der Anwendung von **Telemonitoring** erstellt, um die Standardisierung von Telemonitoring-Lösungen voranzutreiben (Link: [Rahmenrichtlinie Telemonitoring](#)). Dabei ist die Möglichkeit der Nutzung der ELGA Infrastruktur von großer Bedeutung. Telemonitoring wird derzeit insbesondere zur Versorgung von Herzinsuffizienz-Patientinnen/Patienten sowie in der Diabetesversorgung erfolgreich eingesetzt (Links z.B. [Gesundheitsdialog Diabetes Mellitus](#), [DiabCare](#)).



Info Box 8:



ELGA – Die Elektronische Gesundheitsakte

ELGA ist ein Informationssystem, das den Bürgerinnen und Bürgern sowie ihren behandelnden Ärztinnen und Ärzten, Spitälern, Pflegeeinrichtungen sowie Apotheken den Zugang zu bestimmten Gesundheitsdaten **zeit- und ortsunabhängig** ermöglicht. Dadurch wird der Informationsfluss verbessert, die medizinische, therapeutische und pflegerische Behandlung und Betreuung der Patientinnen und Patienten unterstützt und die Patientensicherheit erhöht.

In ELGA sind medizinische und pflegerische **Entlassungsbriefe** von Spitälern, **Laborbefunde** und **Radiologiebefunde** sowie Informationen über die verschriebenen und abgegebenen **Medikamente** enthalten. Die Daten einer Person bleiben dezentral dort, wo sie entstanden sind, ELGA vernetzt sie und stellt sie über eine Verlinkung elektronisch zur Verfügung.

Teilnehmende an ELGA sind alle Bürgerinnen und Bürger, sofern sie sich nicht von ELGA abgemeldet haben, sowie die gesetzlich festgelegten ELGA-Gesundheitsdiensteanbieter. Jeder Bürger und jede Bürgerin hat jederzeit Einblick und Zugriff auf die eigenen ELGA-Gesundheitsdaten. Die Anbieter/innen von Gesundheitsdiensten haben Zugriff auf die Daten jener Patientinnen und Patienten, die bei ihnen aktuell in Behandlung oder Betreuung stehen (in der Regel für 28 Tage; Patientinnen und Patienten haben allerdings das Recht, den Zugriff und die Zugriffsdauer auf ihre ELGA-Gesundheitsdaten individuell zu bestimmen). Apotheken haben zwei Stunden nur auf die e-Medikationsliste eines Patienten Zugriff. Patientinnen und Patienten, die einer Teilnahme an ELGA nicht widersprochen haben, können in ihrer e-Medikationsliste ihre verschriebenen und in der Apotheke abgeholten bzw. ihre noch nicht abgeholten Medikamente einsehen.



ELGA verbessert den **Datenschutz** durch technische Maßnahmen und gesetzliche Vorschriften. Der Datentransport erfolgt ausschließlich in verschlüsselter Form und in speziell etablierten sicheren Gesundheitsnetzen. Nur berechnigte ELGA-Gesundheitsdiensteanbieter können während eines aufrechten Behandlungs- bzw. Betreuungsverhältnisses auf die Daten ihrer Patient/inn/en zugreifen. Im ELGA-Protokoll können Patientinnen und Patienten jederzeit nachvollziehen, wer wann auf welche ihrer Gesundheitsdaten zugegriffen hat. Darüber hinaus haben sie das Recht auf Verwaltung der eigenen Gesundheitsdaten und die Möglichkeit, sich gänzlich oder teilweise von ELGA abzumelden bzw. wieder anzumelden.

ELGA soll auch dazu beitragen, dass vermeidbare **Mehrfachuntersuchungen** und damit verbundene Belastungen und Wartezeiten sowie unerwünschte Auswirkungen von **Polymedikation** vermieden werden.

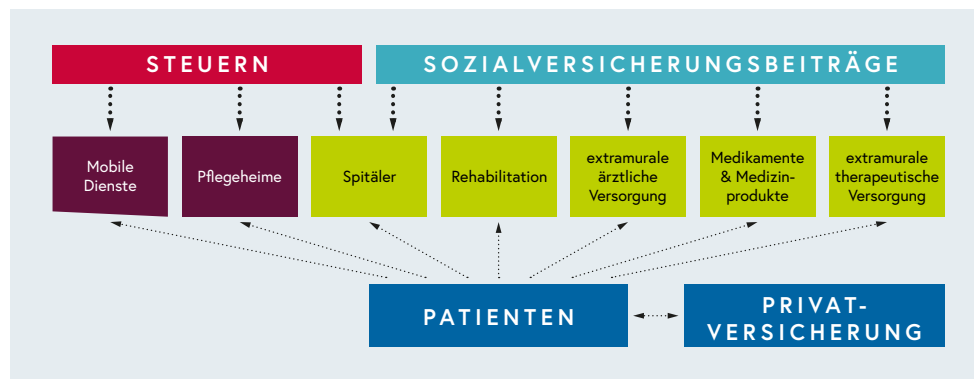
Link: [ELGA](#), [ELGA GmbH](#)

Finanzielle Absicherung des Systems

Finanzierung und Finanziers

Das Gesundheitssystem finanziert sich durch eine Mischung aus einkommensabhängigen Sozialversicherungsbeiträgen, steuerfinanzierten öffentlichen Geldern und aus privaten Zuzahlungen in Form von direkten und indirekten Kostenbeteiligungen. Diese solidarische Finanzierung sichert – unabhängig von Einkommen, Alter, Geschlecht oder Herkunft – den gerechten Zugang zu Gesundheitsleistungen.

Finanzierung der Gesundheitsversorgung



Q: BMASGK

Individuelle Zuzahlungen

Die Inanspruchnahme von Leistungen ist zum Teil mit **Zuzahlungen von Seiten der Patientin/des Patienten** verbunden. Bei Zuzahlungen kann es sich einerseits um fixe Beträge (z. B. Rezeptgebühr für Medikamente) oder um prozentuale Selbstbeteiligungen (z. B. Selbstbehalt für Versicherungsleistungen im niedergelassenen Bereich) handeln. Die Kosten für die Inanspruchnahme von Leistungen, die der Leistungskatalog der Sozialversicherung nicht einschließt, sind von den Patientinnen und Patienten selbst zu tragen. Dazu zählen Ausgaben für rezeptfreie Medikamente, Taggeld für stationäre Aufenthalte oder Aufwände für bestimmte zahnmedizinische Leistungen.

Der **sozial ausgewogene Zugang** zu Gesundheitsleistungen ist ein zentrales Anliegen. Personen unter einer bestimmten monatlichen Einkommensgrenze sind daher von der Rezeptgebühr für Medikamente oder der Bezahlung von Taggeld bei stationären Aufenthalten befreit. Zusätzlich sind Befreiungen für Menschen, die an anzeigepflichtigen übertragbaren Krankheiten wie etwa Tuberkulose leiden, vorgesehen. Dasselbe gilt



Rezeptgebühr in Österreich (2018)

Für jede verschriebene Medikamentenpackung ist eine Rezeptgebühr von **6 Euro** zu bezahlen, wenn der Preis des Medikaments über der Rezeptgebühr liegt. Davon ausgenommen sind Personen, die weniger als **909 Euro bzw. 1.046 Euro bei erhöhtem Medikamentenbedarf** netto monatlich verdienen, Personen mit anzeigepflichtigen **übertragbaren Krankheiten** und andere definierte Gruppen.

Q: Öst. Sozialversicherung

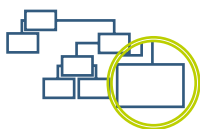
für Zivildienstleistende und deren Angehörige sowie für Asylwerber/innen in Bundesbetreuung. Weiters sind Personen von der Rezeptgebühr befreit, die ein **definiertes jährliches Zuzahlungslimit** überschreiten (die Rezeptgebühren-Obergrenze liegt bei 2 % des Jahreseinkommens). Zudem übernimmt die Krankenkasse seit 2015 die **Kosten für Zahnsparungen von Kindern und Jugendlichen** bei erheblicher Zahnfehlstellung bis zum 18. Geburtstag. 2017 trat mit dem **Entfall der Selbstbehalte bei Krankenhausaufenthalten von Kindern und Jugendlichen** ein weiterer wichtiger Schritt zur Entlastung von Familien mit Kindern in Kraft.

Werden Ärztinnen/Ärzte oder Therapeutinnen/Therapeuten ohne Kassenvertrag, die ihre Honorare frei bestimmen können (**Wahlärztinnen/-ärzte, Wahltherapeutinnen/-therapeuten**), in Anspruch genommen, sind die entstehenden Kosten von der Patientin/dem Patienten vorerst selbst zu begleichen. Auf Antrag erstattet die Krankenversicherung 80 % des Tarifs, den die Krankenkasse für die Leistung zahlen würde (was nicht notwendigerweise den tatsächlich verrechneten Kosten entspricht).

Ein nicht erfüllter **Bedarf an ärztlicher Versorgung** besteht dann, wenn Personen benötigte Untersuchungen oder Behandlungen (ausgenommen zahnärztliche Versorgung) nicht bekommen oder in Anspruch nehmen, weil sie es sich finanziell nicht leisten können. Nur 0,2 % der Bevölkerung ab einem Alter von 16 Jahren haben nach eigener (subjektiver) Beurteilung unerfüllten Bedarf an ärztlichen Leistungen, womit Österreich im EU28-Vergleich (2,6 %) sehr gut liegt (2016) (Q: Eurostat).

Finanzierung der Spitäler

Die Spitäler werden aus **mehreren Quellen** finanziert, hauptsächlich aus (nationalen und regionalen) Steuern und aus Pauschalbeiträgen der Sozialversicherungsträger Spitalsfinanzierung. Die wesentlichen Finanziers sind die Sozialversicherung, die Länder und der Bund. Zusätzlich leisten die Patientinnen und Patienten geringe Zuzahlungen („Taggeld“ zwischen 9,78 und 22,00 Euro pro Tag (2018) für maximal 28 Tage pro Jahr, wobei Ausnahmen vorgesehen sind).



Die Mittel von Sozialversicherung, Ländern und Bund werden in die Bundesgesundheitsagentur und in die Landesgesundheitsfonds eingebracht (→ *Gesundheit – eine öffentliche Aufgabe*). Die Landesgesundheitsfonds finanzieren damit die Spitalsaufenthalte in öffentlichen und gemeinnützigen Akutspitälern („Fondsspitalern“) nach dem System der **leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung (LKF)** (Link: [LKF-System](#)). Das LKF-System (Austrian DRG System) wurde von österreichischen Experten für die Abrechnung der **stationären** Spitalskosten entwickelt und steht seit 1997 im Einsatz. In privaten nicht gemeinnützigen Spitalern (Sanatorien) werden jene Leistungen, für die eine Leistungspflicht der sozialen Krankenversicherung besteht, ebenfalls nach dem LKF-System (über den Privatkrankenanstalten-Finanzierungsfonds (Link: www.prikraf.info), der

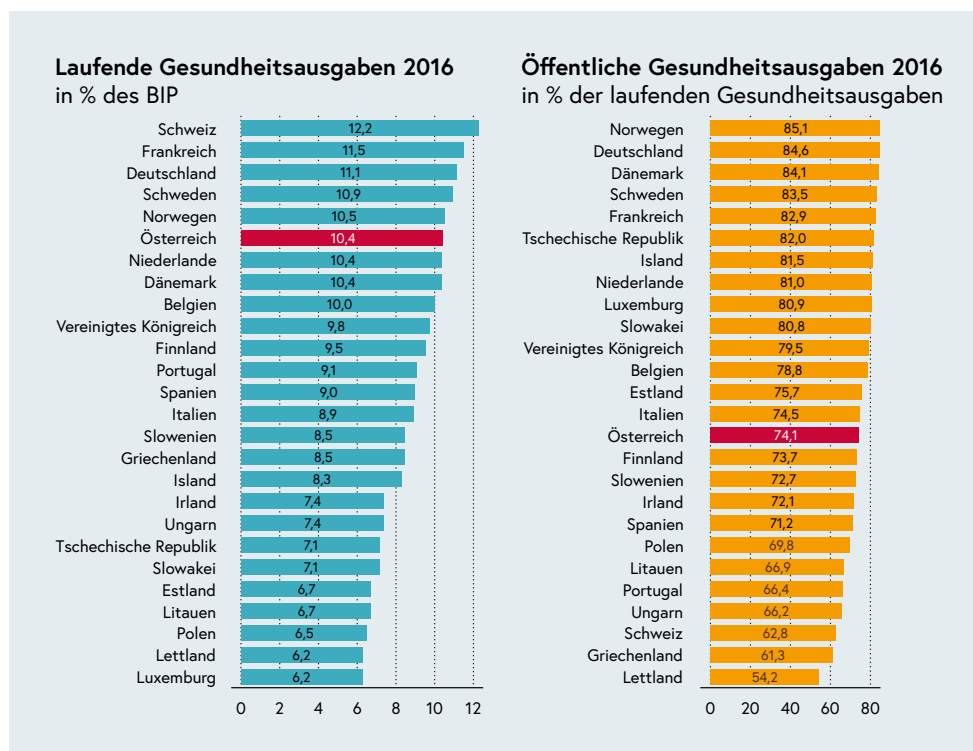
aus Mitteln der Sozialversicherung gespeist wird) abgerechnet. Das erweckt seit Jahren internationales Interesse und dient als Vorbild für Finanzierungsmodelle anderer Staaten.

Im Jahr 2017 wurde die LKF um ein Modell für den **spitalsambulanten Bereich** erweitert, welches ab 2019 verpflichtend anzuwenden ist. Durch die schrittweise Einführung einer leistungsorientierten Abrechnung im spitalsambulanten Bereich wird die Transparenz des Leistungsgeschehens verbessert und die Entlastung des stationären Bereichs unterstützt.

Die gesetzlich verpflichtende **Dokumentation** in den Spitälern als Grundlage für die Abrechnung im LKF-System ist auf Bundesebene geregelt. Die bundeseinheitliche Diagnosendokumentation im stationären Bereich und die Leistungsdokumentation im stationären und ambulanten Bereich liefern auch wichtige Informationen und Entscheidungsgrundlagen für gesundheitspolitische Planungs- und Steuerungsmaßnahmen sowie für die Ergebnisqualitätsmessung (→ *Qualität, Transparenz, Patientenorientierung*).

Gesundheitsausgaben

Die **gesamten Gesundheitsausgaben** (inklusive Langzeitpflege und Investitionen) betragen rund 41,3 Milliarden Euro oder 11,2 % des Bruttoinlandsproduktes (BIP) (2017). Die **laufenden Gesundheitsausgaben** (inklusive Langzeitpflege, exklusive Investitionen) belaufen sich auf rund 38,5 Milliarden Euro bzw. 10,4 % des BIP. Damit liegt Österreich im oberen Drittel der EU-Staaten (2016). Die laufenden Ausgaben exklusive Langzeitpflege und Investitionen betragen 32,8 Milliarden Euro bzw. 8,9 % des BIP (2017).

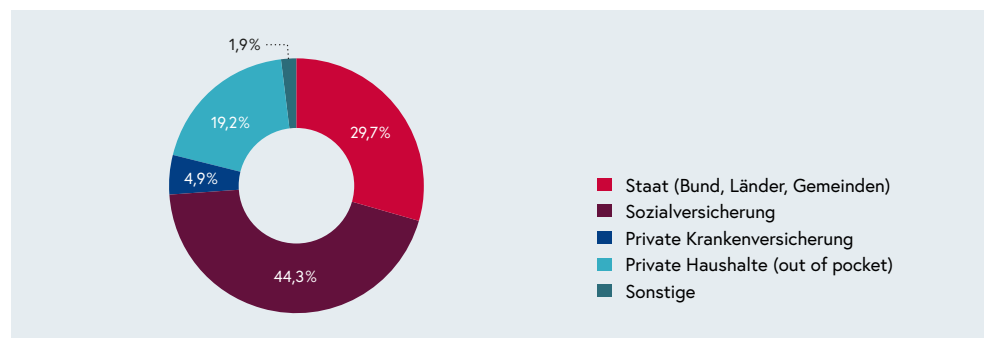


Q: OECD

Rund drei Viertel (74,0 %) der laufenden Gesundheitsausgaben (2017) werden aus **öffentlichen Mitteln** aufgebracht, dies beinhaltet Ausgaben der Sozialversicherungsträger, des Bundes, der Bundesländer und der Gemeinden. Der Rest (26,0 %) sind private Gesundheitsausgaben und bestehen, neben den Ausgaben der privaten Haushalte, auch aus Aufwendungen privater Versicherungsunternehmen und anderer privater Organisationen ohne Erwerbszweck sowie aus betriebsärztlichen Leistungen (Link: [Gesundheitsausgaben](#)). Hinsichtlich des Anteils der öffentlichen Gesundheitsausgaben liegt Österreich im europäischen Mittelfeld (2016).

Mit rund 17 Milliarden Euro finanziert die **soziale Krankenversicherung** ca. 44,3 % (2017) aller laufenden Gesundheitsausgaben (inkl. Langzeitpflege). Während der extramurale Bereich beinahe ausschließlich von der sozialen Krankenversicherung finanziert wird, kommt es im intramuralen Bereich zu einer Kostenteilung zwischen öffentlicher Hand und Sozialversicherung. Pflegeleistungen sind weitestgehend steuerfinanziert.

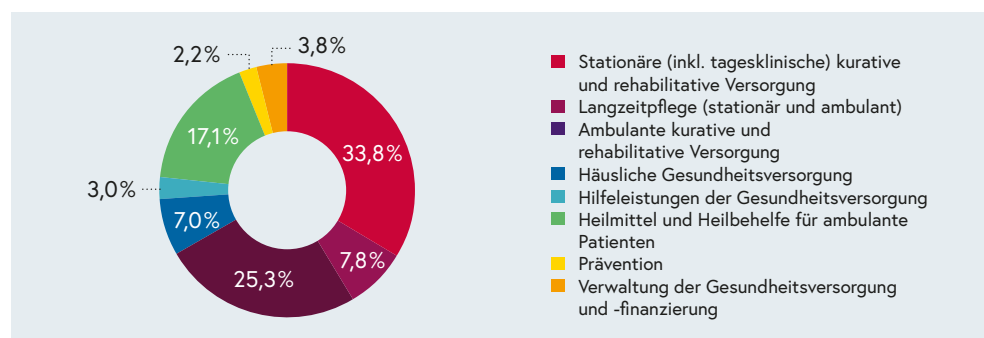
Laufende Gesundheitsausgaben – Mittelaufbringung 2017



Q: Statistik Austria

Der **größte Teil** der laufenden Gesundheitsausgaben (rund 34 %) fließt in die **stationäre Versorgung**, für den ambulanten Bereich werden rund 25 % aufgewendet (2017). Heilmittel und Heilbehelfe (rund 17 %) sowie Pflegeleistungen (stationäre, ambulante und häusliche Pflege zusammen 15 %) sind ebenso relativ große Ausgabenpositionen.

Laufende Gesundheitsausgaben – Mittelverwendung 2017



Q: Statistik Austria

Wie die meisten industrialisierten Länder ist auch Österreich mit steigenden Gesundheitsausgaben konfrontiert. Von 2004 bis 2017 stiegen die gesamten Gesundheitsausgaben (inklusive Ausgaben für Langzeitpflege und Investitionen) jährlich um durchschnittlich 3,9 %. Daher werden die öffentlichen Gesundheitsausgaben (ohne Langzeitpflege) im Rahmen der laufenden Gesundheitsreform seit 2013 (→ *Info Box 1*) schrittweise an die Mittelfristprognose des BIP herangeführt (**Finanzzielsteuerung**). Vereinbarte sektorale (soziale Krankenversicherung und Länder) und regionale Ausgabenobergrenzen dämpfen den Anstieg der Gesundheitsausgaben und sichern damit die Finanzierung des Gesundheitssystems nachhaltig.

Gesundheit als Wirtschaftsfaktor

Gesundheit ist nicht nur ein „Kostenfaktor“, sondern ein bedeutender Bestandteil der nationalen Wirtschaft. Die Gesundheitswirtschaft insgesamt, also der Kernbereich (Gesundheitswesen) plus der erweiterten Gesundheitswirtschaft (sonstige gesundheitsrelevante Güter, die der subjektiven Kaufentscheidung unterliegen), erzielte gemäß Input-Output-Tabelle für das Jahr 2013 **Produktionswerte** von fast 54 Milliarden Euro (davon 35 Mrd. Euro im Kernbereich) oder 8,9 % der Gesamtwirtschaft, **Konsumausgaben** von 36 Milliarden Euro (davon 28 Mrd. Euro im Kernbereich) oder 15,1 % der Gesamtwirtschaft und eine **Bruttowertschöpfung** von 31 Milliarden Euro (davon knapp 22 Mrd. Euro im Kernbereich) oder 10,9 % der Gesamtwirtschaft.



Damit verbunden ist ein erheblicher Beschäftigungseffekt. Die gesamte Gesundheitswirtschaft wies 2013 rund 624.000 **Beschäftigte** (davon rund 434.000 im Kernbereich) auf, das entspricht einem Anteil von 14,0 % an der Gesamtwirtschaft. In **Vollzeitäquivalenten** ausgedrückt entsprach dies insgesamt rund 489.000 (davon im Kernbereich rund 340.000) Vollzeitarbeitsplätze (Q: IHS).



Quellen und Erläuterungen

Das Quellenverzeichnis enthält nur jene Quellen, die nicht schon bereits im Text mit Link angegeben sind. Stand der Recherche: Februar 2019

BMASGK – Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz, Wien, Link: www.sozialministerium.at

- Krankenanstalten in Zahlen, Link: www.kaz.bmg.gv.at
- Dokumentation im Gesundheitswesen – Ambulante Dokumentation (nicht veröffentlicht)
- Österreichischer Pflegevorsorgebericht 2015 [Link](#)

Eurostat – Statistisches Amt der Europäischen Union,

Link: <http://ec.europa.eu/eurostat/de/home>

- Unmet health care needs statistics, Eurostat Statistics Explained, Jänner 2018 [Link](#)

GÖG – Gesundheit Österreich GmbH, Wien, Link: www.goeg.at

- Ärztemonitoring 2017. A: Ines Czásny, Thomas Link; i.A. der Bundesgesundheitsagentur, 2018 (nicht veröffentlicht)
- Bevölkerungserhebung zu Substanzgebrauch 2015. Band 1: Forschungsbericht. A: Julian Strizek, Alfred Uhl; i.A. des Bundesministeriums für Gesundheit, Mai 2016 [Link](#) Factsheet [Link](#)
- Das österreichische Gesundheitswesen im internationalen Vergleich. A: Katharina Habimana, Florian Bachner, Julia Bobek, Joy Ladurner, Herwig Ostermann; i.A. des Bundesministeriums für Gesundheit, 4. Ausgabe August 2015 [Link](#)
- Handbuch Alkohol – Österreich, Band 1: Statistiken und Berechnungsgrundlagen. A: Alfred Uhl, Sonja Bachmayer, Julian Strizek; i.A. des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen, Jänner 2018 [Link](#)
- Öffentliche Ausgaben für Gesundheitsförderung und Prävention in Österreich 2016. A: Katja Antony, Barbara Fröschl, Sylvia Gaiswinkler, Sarah Ivansits, Sabine Haas, Brigitte Juraszovich, Ingrid Rosian-Schikuta, Anja Laschkolnig, Isabella Röhrling; i.A. des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz und des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger, März 2019 [Link1](#), [Link2](#)

IHS – Institut für höhere Studien, Wien, Link: www.ihs.ac.at

- Gesundheitswirtschaft Österreich, Gesundheitssatellitenkonto für Österreich (ÖGSK): Update Jahr 2013. A: Thomas Czypionka, Alexander Schnabl, Sarah Lappöhn, Eva Six, Hannes Zenz; Studie i.A. der Wirtschaftskammer Österreich, März 2018 [Link](#)

OECD – Organisation for Economic Co-operation and Development,

Link: www.oecd.org

- Health Statistics [Link](#)

Österreichische Apothekerkammer, Link: www.apotheker.or.at

- Apotheke in Zahlen 2018 [Link](#)

Österreichische Sozialversicherung, Link: www.sozialversicherung.at

- Beitragsrechtliche Werte in der Sozialversicherung 2018 [Link](#)
- Die österreichische Sozialversicherung in Zahlen, 41. Ausgabe August 2018 [Link](#)
- Gut versichert – Soziale Sicherheit in Österreich, 2015 [Link](#)
- Jahresbericht der österreichischen Sozialversicherung 2018 [Link](#)
- Obergrenze für Rezeptgebühren [Link](#)
- Statistische Daten aus der Sozialversicherung, Monatsbericht Mai 2018 [Link](#)
- Statistisches Handbuch der österreichischen Sozialversicherung 2017 [Link](#)

Pharmig – Verband der pharmazeutischen Industrie Österreichs,

Link: www.pharmig.at

- Daten und Fakten 2018, Kap. 9 Arzneimittelmarkt [Link](#)

Statistik Austria, Link: www.statistik.at

- Österreichische Gesundheitsbefragung 2014, Hauptergebnisse des Austrian Health Interview Survey (ATHIS) und methodische Dokumentation. A: Jeannette Klimont, Erika Baldaszi; i.A. des Bundesministeriums für Gesundheit und der Bundesgesundheitsagentur, Wien 2015 [Link](#)
- Statistiken, Stand Ende 2018:
 - Wirtschaft – Volkswirtschaftliche Gesamtrechnungen, Hauptgrößen [Link](#), Bruttoinlandsprodukt nach Wirtschaftsbereichen, real [Link](#)
 - Arbeitsmarkt – Arbeitslose, Arbeitssuchende [Link](#)
 - Bevölkerung – Bevölkerungsstruktur – Bevölkerung nach Alter und Geschlecht [Link](#), Demographische Indikatoren [Link](#), Gestorbene [Link](#)
 - Gesundheit – Gesundheitszustand – Lebenserwartung in Gesundheit 2014 [Link](#), Subjektiver Gesundheitszustand 2014 [Link](#)
 - Gesundheit – Todesursachen [Link](#)
 - Gesundheit – Gesundheitsversorgung – Personal im Gesundheitswesen – Ärzte und Ärztinnen seit 1960 absolut und auf 100.000 Einwohner [Link](#), Einrichtungen im Gesundheitswesen – Apotheken 2016 [Link](#)
 - Gesundheit – Gesundheitsdeterminanten (Gesundheitsbefragung 2014) – Rauchen [Link](#), Body Mass Index (BMI) [Link](#), Körperliche Aktivität [Link](#)
 - Gesundheit – Gesundheitsausgaben [Link](#)
 - Soziales – Sozialleistungen auf Landesebene – Plätze in den Betreuungs- und Pflegediensten [Link](#)

WHO – World health Organization, Regional office for Europe

- Growing up unequal: gender and socioeconomic differences in young people's health and well-being, health behaviour in school-aged children (HBSC) study: international report from the 2013/2014 survey. Health policy for children and adolescents no. 7, 2016 [Link](#)
- Health for all Database 2017 [Link](#)
- Bachner F, Bobek J, Habimana K, Ladurner J, Lepuschütz L, Ostermann H, Rainer L, Schmidt A E, Zuba M, Quentin W, Winkelmann J (2018) Austria: Health system review. Health Systems in Transition, 2018; 20(3): 1 – 254 [Link1](#), [Link2](#)

Erläuterungen

- **Gemeinnützige Akutkrankenanstalten** sind die über die Landesgesundheitsfonds finanzierten Spitäler (Fonds-KH) und die Unfallkrankenhäuser (UKH) (Q: BMASGK).
- Die Zahl der **Arztkontakte** (2017) wurde der verpflichtenden Dokumentation im ambulanten Bereich entnommen und umfasst – außerhalb der Spitäler (Spitalsambulanzen) – Kontakte in ärztlichen Einzelpraxen, Gruppenpraxis und selbstständigen Ambulatorien, jeweils mit Kassenvertrag (Q: BMASGK).
- Die Zahl der **Apotheken** (2017) umfasst öffentliche Apotheken, Krankenhausapotheken, Hausapotheken bei Ärztinnen und Ärzten sowie Filialapotheken (Q: Statistik Austria).

