

***Könnte eine bessere Outputorientierung im österreichischen Gesundheitssystem  
den (gemessenen) Gesundheitszustand verbessern?***

***Eine Anmerkung***

***Eva Pichler***

## Zusammenfassung

Die europäische Gesundheitsstatistik unterstellt, die gesunde Lebenserwartung in Österreich würde weit hinter dem Schnitt zurückbleiben. Die Gesundheitspolitik reagiert unverzüglich, verstärkte Prävention wird als neuer Schwerpunkt diskutiert. Hier wird gezeigt, dass die zugrundeliegende Statistik jedoch zweifelhaft ist, eine Orientierung an besseren Output- (bzw. Kosten-Output) Relationen wäre erforderlich. Ein Ausbau der Prävention – so sinnvoll er sein mag – wird wieder nur die Kosten erhöhen, die Gesundheitsreform sollte hingegen zunächst auf den Abbau von Überkapazitäten zielen.

## Ausgangspunkt

Das Österreichische Bundesinstitut für Gesundheitswesen stellte unlängst (ÖBIG 2010) das Gesundheitswesen im internationalen Vergleich dar.

Während die Performance sich nach den meisten Indikatoren als gut bis durchschnittlich erweist, läuten die Alarmglocken beim Abschnitt über die gesunde Lebenserwartung („healthy life years“; siehe Abb. 1). Die Daten stammen dabei aus der Gesundheitsstatistik der Eurostat.

Abb. 1: Gesunde Lebenserwartung von Männern und Frauen im internationalen Vergleich, 2007

	Männer	Frauen
Griechenland	65,9	67,1
Schweden	67,5	66,6
UK	64,8	66,2
Irland	62,7	65,43
Luxemburg	62,2	64,6
Frankreich	63,1	64,2
Niederlande	65,7	63,7
Belgien	63,3	63,7
<b>EU-15</b>	<b>62,7</b>	<b>63,2</b>
Spanien	63,2	62,9
Italien	62,8	62
<b>Österreich</b>	<b>58,4</b>	<b>61,1</b>
Deutschland	58,8	58,4
Finnland	56,7	58
Portugal	58,4	57,3

Quelle: Abb. 3.20, ÖBIG 2010, zitiert nach Eurostat, 2011.

Hiernach erwarten österreichische Männer ein um 4,3 Jahre kürzeres gesundes Leben als im EU-Schnitt, in Schweden haben ihre Geschlechtsgenossen sogar eine um mehr als 9 Jahre längere Gesundheitserwartung (!). Die Steigerung der absoluten Lebenserwartung, die in Österreich ähnlich

wie in anderen Ländern Platz griff, geht hier anscheinend mit einer Kompression der gesunden Lebensspanne einher.

## Reaktionen

Die obigen Zahlen blieben nicht lange ohne Resonanz. Die Statistiken werden in allen Sozialversicherungen präsentiert und diskutiert. Auch der Zusammenhang zur anstehenden Gesundheitsreform ward rasch gefunden: Die Wirtschaftskammer Österreich veranstaltet eine Podiumsdiskussion zu Reformansätzen im Gesundheitssystem mit dem proklamierten neuen Target „5 gesunde Lebensjahre mehr bis 2020“ (WKO 2011). Prof. Aiginger interpretierte das schlechte Abschneiden Österreichs als Warnsignal und Zeugnis für mangelnde Prävention (Aiginger 2011). Die Präventionsausgaben seien unterdurchschnittlich, die Sozialversicherung dürfe nur in Prävention investieren, wenn die kurativen Anforderungen gedeckt wären. (Dem ist nicht ganz zuzustimmen, denn die meisten Präventionsuntersuchungen werden, wie z.B. der Großteil der (zumeist opportunistischen) Screeningmaßnahmen, einfach nicht unter diesem Titel dokumentiert; auch die AUVA hat über einen langen Zeitraum erhebliche Investitionen in Primärprävention (Arbeits- und Haushaltsunfälle!) geleistet, die große Wirkung gezeigt haben). Trotzdem: Die Österreicher rauchen zu viel, konsumieren zu viel Alkohol und sind zu dickleibig. Aiginger äußerte schließlich die sicherlich nicht unrichtige Position, das österreichische Gesundheitssystem wäre „stark verbesserungsfähig“ (ebenda, S 3).

Aufgeschreckt durch diese Zahlen beschloss die SVA als erste öffentliche Krankenversicherung, den Paradigmenwechsel von einer Kranken- zu einer Gesundheitsversicherung zu vollziehen, und nach dem Prinzip „Vorsorgen statt heilen“ mit „einem revolutionären Schwenk“ ins Jahr 2012 starten. Sie lockt sogar mit dem finanziellen Anreiz reduzierter Selbstbehalte bei konformen Gesundheitsverhalten, einem absolutem Novum in Österreichs anreizfeindlichem Gesundheitsumfeld. Das neue Ziel liege nunmehr darin, die Versicherten „möglichst lange gesund und beschwerdefrei zu halten“ (SVA 2011).

Diese Schritte sind natürlich allesamt zu begrüßen. Eine hohe Raucherquote in der jungen Generation, die dazu regelmäßig Komatrinken übt, ist mit Sicherheit ein Target für die Gesundheitspolitik wert, und Diabetes frühzeitig zu verhindern, spart nicht nur Kosten, sondern bringt auch hohe Zuwächse an Lebensqualität. Trotzdem ist zu fragen, ob die gegebene Evidenz ausreicht, das System sofort in Richtung Prävention (primäre und/oder sekundäre?) umzubauen. Dieses wird – wie fast immer im Falle von Leistungsausweitungen - mit höheren Kosten antworten.

## Welche Evidenz spricht für die kurze Gesundheitserwartung in Österreich?

Würde die obige Tabelle 1 unumstößliche Tatsachen widerspiegeln, könnte das Resultat des österreichischen Gesundheitssystems – gegeben die hohen Kosten – nur als katastrophal bezeichnet werden. Es spricht aber vieles dafür, dass dem nicht so ist.

Die zentrale Frage gilt dem Indikator der Gesundheitserwartung. Dieses Konzept ist grundsätzlich eine sinnvolle Erweiterung des Lebenserwartungskonzepts, da Mortalität, Morbidität und Beeinträchtigung gleichzeitig in einem einzigen Indikator erfasst werden (siehe Statistik Austria 2011). Die Lebenserwartung wird durch Hochrechnung der jährlichen Sterbetabellen eruiert,

Angaben zum Gesundheitszustand der Bevölkerung stammen aus Befragungen. Drei Konzepte wurden dazu entwickelt: Subjektive Einschätzung, Prävalenz chronischer Krankheiten und (leichte vs. schwere) funktionale Beeinträchtigungen. Für die subjektive Einschätzung der Gesundheit steht in Österreich eine Zeitreihe ab 1978 zur Verfügung, für die beiden anderen Konzepte gibt es jährliche Werte seit 2003 (siehe Statistik Austria 2011).

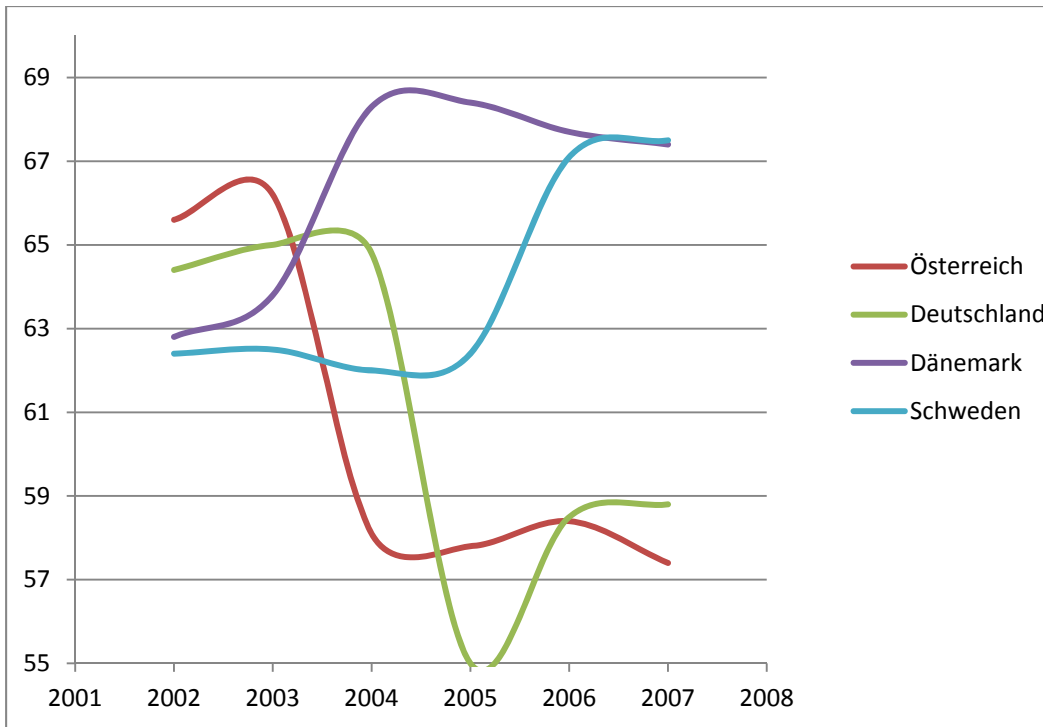
Eurostat berechnet die gesunde Lebenserwartung ebenfalls aus subjektiven und objektiven Daten. Diese wurden seit geraumer Zeit gemäß der Mikrozensusbefragung eruiert (EHP). Unter Verwendung der Methode Sullivans ([www.euphig.org/object\\_document/o5187n27073.html](http://www.euphig.org/object_document/o5187n27073.html);) wurden objektive Statistiken (Sterbetafel; Prävalenz bestimmter Krankheiten) mit subjektiven Fragen über den Gesundheitszustand kombiniert (Selbsteinschätzung des Gesundheitszustandes). Ab dem Jahr 2003 wurde der Mikrozensus-Ansatz durch die Gemeinschaftserhebung EU-SILK abgelöst (siehe auch Land OÖ, 2007). Die Fragen zum Gesundheitszustand wurden nunmehr verändert und erheblich komplexer gestaltet. Die drei Gruppen von Fragestellungen lauten (siehe Land OÖ 2007):

- Selbsteinschätzung des Gesundheitszustandes (nach fünf Kategorien)
- Vorhandensein einer chronischen Krankheit
- Einschränkung bei täglichen Verrichtungen durch eine chronische körperliche oder psychische Krankheit.

Ein Vergleich mit den früheren Mikrozensusbefragungen ist nicht möglich. Aber auch der Vergleich zwischen den Ländern dürfte noch hinken: In einer Fußnote wird von Eurostat darauf hingewiesen, dass Probleme auftreten: „The SILC question on the limitations in activities because of a health problem is used for the calculation of the HLY indicator. The implementation of this question in SILC is not yet fully harmonised which limits the comparability of the results. New guidelines for this question were provided by Eurostat in October 2007 to the Member States, in order to improve the data comparability for the coming years.“ (siehe Eurostat 2011, Erläuterungen zur Statistik „Lebenserwartung in guter Gesundheit ab Geburt nach Geschlecht“).

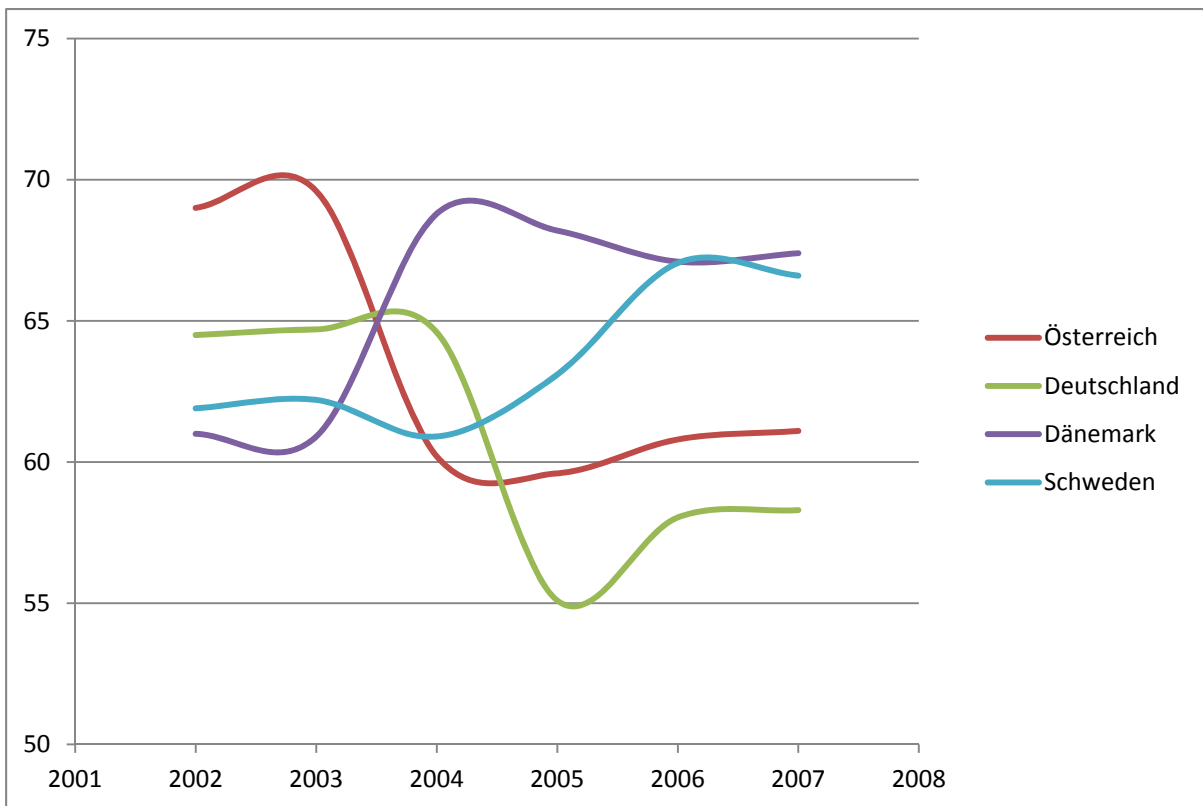
Die Auswirkungen der methodischen Umstellung 2004 werden in Abb. 1a für ausgewählte Länder für Männer (bzw. in Abb. 1b für Frauen) dargestellt:

Abb. 1a: Gesunde Lebenserwartung von Männern in ausgewählten Ländern, 2002-2007:



Quelle: Eurostat

Abb. 1b: Gesunde Lebenserwartung von Frauen in ausgewählten Ländern, 2002-2007:



Quelle: Eurostat

(Die Daten sind im Anhang auch als Tabelle beigelegt).

„Not fully harmonized“ steht offenbar dafür, dass die geschätzte gesunde Lebenserwartung durch die methodische Umstellung der Datenerfassung in manchen Ländern (z.B. Dänemark und verzögert Schweden) um Jahre nach oben sprang, während sie in andern (wie Österreich oder Deutschland) um etliche Jahre fiel. 2003 lag die Gesundheitserwartung eines österreichischen Mannes mit 65,60 Jahren um 3,2 Jahre über jener eines schwedischen, im Jahr 2007 lag sie um 10,1 Jahre darunter, in einem Intervall von 5 Jahren weist die Statistik somit eine Veränderung der Differenz von 13,3 Jahren auf. Um ein Beispiel bei den Frauen zu geben: die entsprechende kumulative Veränderung der Lebenserwartungsdifferenz zwischen einer Österreicherin und einer Schwedin lag über die gleiche Zeitperiode bei 12,6 Jahren.

Gegeben die um 1,4 Jahre höhere Lebenserwartung der schwedischen Männern (die tatsächlich der Aufmerksamkeit der Gesundheitspolitik bedürfte) ist bei diesem Geschlecht eine Differenz der Gesundheitserwartung, wenn auch nicht im dargestellten Ausmaß, möglich, bei den Frauen ist die Lebenserwartung in beiden Ländern praktisch ident. Eine dermaßen reduzierte Gesundheitserwartung bei Frauen in Österreich gegenüber jenen in Schweden ist mehr als unwahrscheinlich.

Woher rührt die offensichtliche Unvergleichbarkeit der Gesundheitserwartung zwischen z.B. Österreich und Schweden?

Zum ersten ist es in der Wissenschaft der Statistik ein bekanntes Phänomen, dass Umfragen mit subjektiven Fragestellungen internationale schon aus sprachlichen Gründen schwer vergleichbar sind (siehe Robins et.al, 2003). In der Schweiz werden Todesursachen nur in groben Kategorien publiziert, da die Angaben der deutschen, französischen und italienischen Kantone nicht kompatibel sind. Für diese These spricht auch, dass die Werte von Österreich und Deutschland näher beisammen liegen als jene zwischen z.B. Österreich und Schweden. Bedenkt man allerdings, dass die angegebene Gesundheitserwartung in Deutschland für Männer im Jahr 2009 mit 56,7 Jahren und für Frauen mit 57,7 Jahren bei beiden Geschlechtern knapp 3 Jahre unterhalb der österreichischen Werte liegen, scheint dieser Umstand nicht die gesamte Differenz abzudecken.

Ein zweiter Faktor beruht darauf, dass bei der subjektiven Gesundheitseinschätzung der EU-SILC Befragung der Schweregrad der funktionellen Beeinträchtigung (leicht vs. schwer) erhoben wird, Eurostat verwendet jedoch nur eine zusammengefasste Kategorie. Unterschiedliche Behinderungen in der Verrichtung alltäglicher Vorgänge schlagen sich in der Statistik zur gesunden Lebenserwartung gleichermaßen nieder. Eine präzisere Erfassung dieser Kategorien wäre wünschenswert.

Schweregrad einer funktionalen Beeinträchtigung (leicht vs. schwer) in SILC wohl erhoben wird, jedoch von Eurostat in der Publikation nur eine zusammengefasste Kategorie verwendet wird

Drittens ist zu bedenken, dass der EU-SILK-Umfragebogen mehr als 100 Fragen umfasst. Die Qualität der Antworten muss unter dieser Datenmenge leiden.

Es ist völlig ausgeschlossen, dass diese Statistiken eine Aussagekraft besitzen, die als valide Basis für Politikentscheidungen oder Entschlüssen für oder gegen den Ausbau von Präventionsmaßnahmen herangezogen werden könnten. Nach den Kriterien wissenschaftlicher Redlichkeit hätte Eurostat diese Tabellen besser nicht publiziert.

## Alternative Berechnungen

Es gibt für Österreich eine solide Studie von Statistik Austria (2009; 2011, siehe auch Klimont 2005). Sie berechnet die Resultate neuerer Mikrozensusauswertungen über das Jahr 2003 hinaus (ECHP-Methode) und stellt die Ergebnisse der EU-SILC Befragung im Zeitablauf detailliert dar, bietet jedoch keinen internationalen Vergleich.

Auf Basis von Sterbetafeln für die Jahre 1991, 1999 und 2006 sowie von Fragen der subjektiven Einschätzung des Gesundheitszustandes im Rahmen von Mikrozensus-Sonderprogrammen (ECHP-Methode) wurde eine im Zeitablauf konsistente Einschätzung der Entwicklung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung gegeben (Tab. 3).

Tab. 3: Gesunde Lebenserwartung bei Geburt in Österreich, 1978-2006

Jahr	Männer					
	Lebenserwartung in Jahren				Anteil der subjektiv gesunden Jahre (%)	
	zusammen	davon in subjektiv ... Gesundheit				
		(sehr) guter	mittel-mäßiger	(sehr) schlechter		
1978	68,5	52,4	11,9	4,2	77	
1983	69,5	54	12,4	3,2	78	
1991	72,3	55,7	12,5	4,1	77	
1999	74,8	59,1	11,8	3,9	79	
2006	77,1	61,7	11,4	4	80	
Jahr	Frauen					
	1978	75,7	52,9	16,7	6,1	70
	1983	76,6	54,6	17,5	4,5	71
	1991	79	56,9	17,1	5,1	72
	1999	80,9	60,5	15,2	5,1	75
	2006	82,6	63,2	14,6	4,8	76

Quelle: Statistik Austria (2011)

Während die Lebenserwartung zwischen 1978 und 2006 für beide Geschlechter kontinuierlich zunahm, sank die Zahl der bei mittelmäßiger und sehr schlechter Gesundheit verbrachten Lebensjahre in absoluten Werten, nicht nur als Anteil an der gesamten Lebensspanne („absolute“ Kompression). Nach diesem Konzept ergibt sich 2006 bei Männern eine gesunde Lebenserwartung von 61,7, bei Frauen von 63,2 Jahren. Die Lebenserwartung bei zumindest „mittelmäßiger“ Gesundheit beträgt für Männer 73,1 Jahre, für Frauen 77,8 Jahre. Für einen Strukturbruch im Jahr 2004 gibt es – trotz fehlender Daten für diesen Zeitraum – keinen Anhaltspunkt.

Ähnliche Aussagen finden sich auch für die analoge Berechnung der gesunden Lebenserwartung von Personen im Alter von 65 Jahren (Tab. 4):

Tabelle 4: Ferne gesunde Lebenserwartung im Alter von 65 Jahren, Österreich, 1978-2006

Jahr	Männer	
	Lebenserwartung in Jahren	Anteil der

	zusammen	davon in subjektiv ... Gesundheit			subjektiv gesunden Jahre (%)
		(sehr) guter	mittel- mäßiger	(sehr) schlechter	
<b>1978</b>	12,5	4,1	5,3	3,1	33
<b>1983</b>	13,1	5	5,8	2,3	38
<b>1991</b>	14,4	6	5,9	2,6	41
<b>1999</b>	15,6	6,9	5,9	2,8	44
<b>2006</b>	17,2	8,7	6	2,5	51
<b>Frauen</b>					
<b>1978</b>	15,9	3,6	7,6	4,7	23
<b>1983</b>	16,5	4,9	8,2	3,5	29
<b>1991</b>	18	6	8,3	3,7	34
<b>1999</b>	19,3	7,4	8,2	3,7	38
<b>2006</b>	20,5	8,9	8,4	3,2	44

Quelle: Statistik Austria (2011).

Ein 65-jähriger Mann hat im Schnitt 8,9 gesunde und 14,7 zumindest mäßig gesunde Lebensjahre zu erwarten, Frauen des gleichen Alters 8,9 gesunde bzw. sogar 17,3 mäßig gesunde Jahre.

Für die beiden Jahrzehnte 1978-1998 analysierten Doblhammer und Kytir (2001) den Trend der gesunden Lebenserwartung der älteren Bevölkerung in Österreich. Ihr Ziel war es, ebenfalls gestützt auf Daten des Mikrozensus die Kompressions- gegenüber Expansionsthese zu testen. Die Autoren finden, dass nicht nur die Lebenserwartung, sondern auch der Anteil der gesunden Lebensjahre an der gesamten Lebenserwartung in diesem Zeitraum zunehmen und folgern daraus, dass in Österreich die kranken Jahre gegen das Ende des Lebens komprimiert zu werden scheinen.

Statistik Austria (2011) präsentiert zwei weitere Konzepte der Berechnung der gesunden Lebenserwartung. Das erste zeigt die aus der EU-SILK Befragung gewonnene „Lebenserwartung ohne chronische Krankheit“ (Tab. 5):

Tab. 5: Lebenserwartung ohne chronische Krankheiten, Österreich, 2003-2010

Jahr	Männer			
	Lebenserwartung in Jahren			Anteil der Jahre ohne chronische Krankheit (%)
	zusammen	davon Jahre ...		
		ohne chronische Krankheit	mit chronischer Krankheit	
<b>2003</b>	75,9	63,2	12,7	83
<b>2004</b>	76,4	62,5	13,9	82
<b>2005</b>	76,6	63,3	13,4	83
<b>2006</b>	77,1	63,0	14,0	82
<b>2007</b>	77,3	62,3	15,0	81
<b>2008</b>	77,6	56,6	21,0	73
<b>2009</b>	77,4	57,0	20,4	74
<b>2010</b>	77,7	56,3	21,4	72
<b>Frauen</b>				
<b>2003</b>	81,5	66,7	14,9	82
<b>2004</b>	82,1	65,3	16,8	80



<b>2005</b>	82,2	65,2	17,0	79
<b>2006</b>	82,6	66,0	16,7	80
<b>2007</b>	82,8	64,6	18,2	78
<b>2008</b>	83,0	59,3	23,7	71
<b>2009</b>	82,9	59,4	23,4	72
<b>2010</b>	83,2	56,7	26,4	68

Quelle: Statistik Austria (2011)

Binnen 7 Jahren nahm hier die Lebenserwartung ohne chronische Krankheiten bei Männern um 6,9 Jahre bzw. um 10 Jahre (!) bei Frauen ab, sie liegt schließlich für beide Geschlechter deutlich unterhalb der gesunden Lebenserwartung. Der eindeutige diesbezügliche Strukturbruch findet sich im Jahr 2008. Tatsächlich findet sich die folgende Erklärung von Statistik Austria: „Fragestellung EU-SILC 2003-2007: "Haben Sie eine chronische Krankheit?". Fragestellung ab 2008: "Haben Sie eine chronische, also dauerhafte Krankheit oder ein chronisches, also dauerhaftes gesundheitliches Problem?". Antwortkategorien jeweils: "Ja - Nein". Geringfügige Variation der Fragestellungen führen offenbar zu dramatischen Auswirkungen bei der gemessenen gesunden Lebenserwartung.

In jedem Fall ist die Entwicklung dieser Zeitreihen nicht ohne weitere Informationen interpretierbar, insbesondere vor gesundheitspolitischen Schlussfolgerungen sollte strikt abgeraten werden.

## Der rote Hering

Die zugrundeliegende Diskussion, ob die steigende Lebenserwartung mit einer Kompression oder einer Expansion der Morbidität einhergehe, bzw. in anderen Worten, ob wir hauptsächlich gesund oder überwiegend pflegebedürftig älter werden, ist bereits älter. Gruenberg (1977), Olshansky, Rudberg, Carnds, Cassel & Brady (1991) argumentierten, dass die moderne Medizin die Sterblichkeit bei chronischen Krankheiten reduzierte, diese aber nicht heile, was zu einer Zunahme der in Krankheit verbrachten Jahre führte (Expansionsthese). Fries (1989) hingegen würde der Ausbruch chronischer Krankheit ins Alter verschoben, während die Lebenserwartung nicht über 85 steigen würde, was zu einer Verringerung der bei schlechter Gesundheit verbrachten Jahre führte (Kompressionsthese). Daneben gibt es das Szenario einer kontinuierlich steigenden Lebenserwartung, bei welcher der Anteil der in guter Gesundheit verbrachten Jahre größer wird („relative compression of morbidity“, siehe Doblhammer, Kytir 2001, p 386).

Zweifel, Felder und Meiers (1999) verwendeten in einer ökonomischen Studie Längsschnittdaten, um die Kompressions- gegenüber der Expansionsthese zu testen. Sie betrachten die Relation zwischen Gesundheitsausgaben und Alter. Ihre Resultate zeigen, dass im Zeitraum 1983-1992 die Gesundheitsausgaben mit der restlichen Lebenserwartung korrelierten, nicht jedoch mit dem Alter: in den beiden letzten Lebensjahren stiegen die Gesundheitsausgaben unabhängig vom Alter stark an. In Querschnittdaten ergibt dieser Zusammenhang eine positive Korrelation zwischen Alter und Gesundheitsausgaben, da sich z.B. unter den 80-Jährigen ein größerer Anteil jener Personen befinden, die nur mehr zwei Jahre zu leben haben. Zweifel et. al. schließen daraus, dass die Gesundheitsausgaben mit steigender Lebenserwartung möglicherweise nur gebremst steigen werden. Die ausschließliche Betonung der steigenden Lebenserwartung als Grund der steigenden Gesundheitsausgaben pro Kopf heranzuziehen kreierte das Risiko eines „red herring“ (darunter versteht man ein Ablenkungsmanöver, das auf eine falsche Fährte führen soll), indem es von jenen Entscheidungen ablenkt, die gemacht werden sollten – Entscheidungen, die mit den Interessen

politischer Gruppen und Standesvertretungen im Gesundheitswesen konfliktieren (Zweifel et. al. 1999, S. 494).

Im Großen und Ganzen steht die Literatur inzwischen auf dem Standpunkt, dass wir tendenziell gesünder altern, was auch mit den oben gezeichneten Entwicklungen für Österreich gut übereinstimmen dürfte (siehe Zweifel und Felder 1999).

Wie es aussieht, rauchen und trinken die Jugendlichen in Österreich zu viel, sie mögen auch zu häufig an Übergewicht leiden. Ein abgeschlagenes Schlusslicht im Europäischen Vergleich bezüglich der Gesundheit der Gesamtbevölkerung dürften wir jedoch nicht bilden.

## **Mangelnde Outputorientierung im österreichischen Gesundheitssystem**

Die Diskussion über den Gesundheitszustand anhand der viel zitierten Tabelle 1 sollte unterbleiben, beruht sie doch auf nicht validen Daten. Auch Forderungen nach neuen und teuren Programmen, die sich an diese Statistik nur allzu gerne anschließen, wären zu hinterfragen, sie werden aller Voraussicht nach in erhöhten Ressourcenansprüchen und wieder steigenden Kosten enden. Kurzfristig sollte ein Abbau von Überkapazitäten des Systems im Vordergrund stehen.

Die Debatte zeigt aber auch symptomatisch ein Defizit des österreichischen Gesundheitssystems: Es kommt darin die viel zu starke Inputorientierung zum Ausdruck. Trotz der fast gebetsmühlenartig wiederholten Behauptung, Österreich hätte „eines der besten Gesundheitssysteme der Welt“, und trotz der zunehmenden Zentralisierungstendenz (der österreichische Strukturplan Gesundheit 2010 sieht eine umfassende Planung des gesamten Gesundheitssystems sowie eine Rahmenplanung bis 2020 (was sogar die früher anderswo üblichen 5-Jahrespläne übersteigt), vor), und die „Finanzierung aus einer Hand“ zielt zumeist viel mehr auf Zentralisierung und Planung denn auf anreizkompatible Finanzierungsstrukturen ab), scheint der Informationsmangel bzw. die Unsicherheit doch groß zu sein, wenn angesichts einer einzigen falschen Tabelle plötzlich übertriebene Skepsis aufkommt. Man weiß gar nicht so recht, wo man eigentlich steht, und anhand welcher Kriterien der Output zu erfassen wäre.

Im Bereich der Zulassung neuer Medikamente zum Boxensystem wird vom Hauptverband der Sozialversicherungsträger eine ökonomische Evaluierung (Kosten-Nutzen-Analyse bzw. Kosteneffektivitätsanalyse) schon längst eingefordert. Diese erfordert zwangsläufig eine Quantifizierung des Outputs, dieser Bereich stellt jedoch eine Ausnahme dar. Das sprichwörtliche Nebeneinanderstellen von Spitälern in unmittelbarer Nähe, welches in erster Linie der Gewinnung von Wählerstimmen und nicht der Verbesserung des Gesundheitszustands dient, ist das extreme Gegenbeispiel. Eine stärkere Fokussierung auf Outputeffektivität sowie eine intensiviertere Nutzung epidemiologischer Studien könnten hier gleichzeitig politischen Einfluss zurückdrängen und Kosten sparen.

Eine Gesundheitsreform sollte grundsätzlich die Inputorientierung zurückdrängen. (Realistische) „Health targets“ könnten gesetzt und der Fortschritt bei deren Erreichung dokumentiert werden. In diesem Zusammenhang ist auch der verstärkte Einsatz präventiver Maßnahmen anzudenken, der auch außerhalb des klassischen Gesundheitssektors anzusetzen wäre. Unter Umständen könnte sich dann aber auch zeigen, dass derzeit gesetzte Präventivmaßnahmen (vor allem opportunistischer Natur) zumindest zum Teil besser dem Sparstift zum Opfer fielen. Darüber hinaus sollte nicht

übersehen werden, dass sich die anstehende Gesundheitsreform zunächst auf die Reduktion von Überkapazitäten zu konzentrieren hätte.

Letztlich wird Geld im Gesundheitssystem am effektivsten gespart, wenn die Mittel jenen Verwendungen zugeführt werden, welche die höchste Kosteneffektivität erwarten lassen. Zahlreiche Outputindikatoren stehen bereits zur Verfügung, andere sind schwieriger zu entwickeln (es gehört zu den heikelsten Aufgaben von Evaluationen, Lebensqualität bzw. gewonnene Lebensjahre zu quantifizieren). Ein Nachteil besteht auch darin, dass das explizite Ziehen einer Grenze für noch (bzw. nicht mehr) zu finanzierende Projekte und medizinische Maßnahmen hart fallen kann, und Politiker sich keinesfalls dieser Aufgabe stellen werden.

Trotzdem darf diese Herausforderung nicht der Überbewertung globaler Statistiken weichen, die teils kaum zu interpretieren sind, Strukturbrüche aufweisen und international nicht kompatibel. Die Information ist dabei mehr als mangelhaft. Nicht zuletzt gibt es zahlreichen Interessensgruppen, die diese Zahlen zum Anhaltspunkt nehmen, weitere Anforderungen an das aus öffentlichen Geldern gespeiste Gesundheitssystem zu stellen.

## Referenzen:

**Aiginger, K.**, Herausforderungen einer alternden Gesellschaft: Schwerpunkt Reformbedarf im österreichischen Gesundheitssystem Beitrag zum Gesundheitsforum Primetime der AstraZeneca, 11. Mai 2011, WIFO-Vorträge, Nr. 111.

Europäische Kommission, Bericht zur Sozialen Lage der Europäischen Länder 2003.

**Bundesministerium für Gesundheit** (2011), Österreichischer Strukturplan Gesundheit (ÖSG 2010), [http://www.bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Gesundheitssystem\\_Qualitaetsicherung/Planung/Oestereichischer\\_Strukturplan\\_Gesundheit\\_OeSG\\_2010](http://www.bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Gesundheitssystem_Qualitaetsicherung/Planung/Oestereichischer_Strukturplan_Gesundheit_OeSG_2010)

**Doblhammer, G., J. Kytir** (2001), Compression or expansion of morbidity? Trends in healthlife expectancy in the elderly Austrian population between 1987 and 1998, Social Science & Medicine, Vo. 52, pp, 385-91.

**Eurostat 2011,**

[http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY\\_SDDS/Annexes/hlth\\_hlye\\_esms\\_an2.htm](http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_SDDS/Annexes/hlth_hlye_esms_an2.htm)

**Klimont, Jeanette** (2005), Gesundheitslebenserwartung: Konzepte und Ergebnisse, Statistische Nachrichte 2/2005, Statistik Austria, Wien, 132-5.

**Land Oberösterreich** (2007), Informationen der Abteilung Statistik des Amtes der Oö. Landesregierung, Nr.6, Linz.

**Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG)**, Das österreichische Gesundheitswesen im internationalen Vergleich, Ausgaben 2010, Wien.

**Robins, J.M.** et. al. (2003) (Ed.), Determining Health Expectancies. John Wiley, Part III.

**Schnabl A.** et.al. (2009), Wertschöpfungseffekte im österreichischen Gesundheitssystem, IHS , Studie im Auftrag der Österreichischen Ärztekammer, Wien.

**Statistik Austria** (2009), Jahrbuch der Gesundheitsstatistik, Wien.

**Statistik Austria** (2011), Lebenserwartung in Gesundheit:

[http://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/gesundheit/gesundheitszustand/lebenserwartung\\_in\\_gesundheit/index.html](http://www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/gesundheitszustand/lebenserwartung_in_gesundheit/index.html)

**SVA** (2011), Wien, <http://esv->

[sva.sozvers.at/portal27/portal/svaportal/channel\\_content/cmsWindow?p\\_pubid=650658&action=2&p\\_menuid=6259&p\\_tabid=1](http://esv-sozvers.at/portal27/portal/svaportal/channel_content/cmsWindow?p_pubid=650658&action=2&p_menuid=6259&p_tabid=1)

**Wirtschaftskammer Österreich** (2011),

[https://owa.wu.ac.at/owa/?ae=Item&a=Open&t=IPM.Note&id=RgAAAADZoV9C4TTYRpElbk5Q6vK0BwAdYAou8z0uSINESiKOPMWDAAQvTxTZAAB9VwoQVd3vQJwNX1PbBJU7AAAAAYtgAAAA&pspid=1323250328461\\_21856136](https://owa.wu.ac.at/owa/?ae=Item&a=Open&t=IPM.Note&id=RgAAAADZoV9C4TTYRpElbk5Q6vK0BwAdYAou8z0uSINESiKOPMWDAAQvTxTZAAB9VwoQVd3vQJwNX1PbBJU7AAAAAYtgAAAA&pspid=1323250328461_21856136)

**Zweifel, P., S.Felder. M.Meiers** (1999), Ageing of populatoin and health care expenditure: a red herring?, Health Economics, pp. 485-96.

## Anhang

	<b>2002</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>
MÄNNER						
<u>Österreich</u>	65,60	66,20	58,10	57,80	58,40	57,40
Deutschland	64,40	65,00		55,00	58,50	58,80
Dänemark	62,80	63,80	68,30	68,40	67,70	67,40
Schweden	62,40	62,50	62,00	62,40	67,10	67,50
	<b>2002</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>
FRAUEN						
<u>Österreich</u>	69,00	69,60	60,20	59,60	60,80	61,10
Deutschland	64,50	64,70		55,10	58,04	58,30
Dänemark	61,00	60,90	68,80	68,20	67,10	67,40
Schweden	61,90	62,20	60,90	63,10	67,05	66,60