



Gesundheitsversorgung in Österreich – Studienergebnisse und Kurzinformationen aus 2015

Im vergangenen Jahr 2015 wurden 17 Berichte und 38 „Wussten Sie, dass...“-Kurzberichte in der Abteilung für evidenzbasierte wirtschaftliche Gesundheitsversorgung erstellt bzw. beauftragt. Die Ergebnisse werden hier in Kurzform dargestellt.

Langberichte

Der Bericht *Health Outcomes in Österreich* zeigt eine Übersicht über Outcome-Indikatoren, mit denen das österreichische Gesundheitssystem gemessen werden kann. Dabei werden die sieben Gesundheitsziele *Verringerung verfrühter Sterblichkeit, gutes Leben mit chronischen Erkrankungen, Vermeidung und Behandlung akuter Ereignisse, Zugang und Fairness, Förderung der Gesundheitskompetenz, Erhöhung der Patientensicherheit und hohe Zufriedenheit* möglichen Indikatoren zur Outcome-Messung gegenübergestellt und verfügbare Daten aus Österreich sowie im internationalen Vergleich präsentiert.

Die **Lebenserwartung bei Geburt** liegt österreichweit bei 81,06 Jahren, mit einer Streuung zwischen 79,81 in Wien und 81,89 in Tirol. Im internationalen Vergleich liegt Österreich im Mittelfeld. In der Schweiz beträgt die Lebenserwartung bei Geburt 82,78 Jahre, in Dänemark 80,12.

Die vermeidbare, vom Krankenbehandlungssystem beeinflussbare verfrühte Sterblichkeit vor 75 Jahren beträgt für Österreich 68 Todesfälle pro 100.000 Einwohner mit einer Streuung zwischen 57 in Tirol und 81 in Wien. Im internationalen Vergleich liegt Österreich im oberen Drittel. Frankreich hat einen Wert von 58, Portugal von 107 vermeidbaren Todesfällen.

Die **gesunden Lebensjahre**, die bei Geburt in Österreich zu erwarten sind, variieren zwischen 60,42 in Wien und 67,97 in Tirol. Im internationalen Vergleich zeigt Österreich hier Verbesserungspotential, in Norwegen sind 71,2 gesunde Lebensjahre zu erwarten. Die Zahl der potentiell verlorenen Lebensjahre vor einem Alter von 70 Jahren liegt in Wien bei 3.571 und in Salzburg bei 2.612 pro 100.000 Einwohner. Österreich liegt damit international im oberen Mittelfeld (Schweden: 2.507, Belgien: 3.546 Jahre pro 100.000 Einwohner). Die durch vermeidbare Sterblichkeit verlorenen Lebensjahre betragen generell in Österreich zwischen 1.386 pro 100.000 Einwohner in Wien und 911 pro 100.000 Einwohner in Tirol.

Die **Risiken für die körperliche Gesundheit am Arbeitsplatz** betragen in Österreich zwischen 79 Prozent in der Steiermark und 66 Prozent in Tirol.



Mag. Dr. Ingrid Wilbacher ist Mitarbeiterin des Bereichs „Evidence-based Medicine“ (EBM) im Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger.

Dazu gibt es noch keinen internationalen Vergleichswert. Die Risiken für die psychische Gesundheit am Arbeitsplatz variieren zwischen 44 Prozent in der Steiermark und 34 Prozent in Tirol und Vorarlberg.

Bei der **Durchimpfungsrate** für Influenza bei Personen über 65 Jahre liegt Österreich mit Werten zwischen 27 Prozent in Vorarlberg und 46 Prozent in Wien im europäischen Vergleich an vorletzter Stelle. Nur Norwegen hat mit 11 Prozent eine geringere Durchimpfungsrate, die Niederlande führen mit 74 Prozent.

Auch die Durchimpfungsrate bei Diphtherie, Tetanus und Pertussis bei Kindern unter einem Jahr zeigt Verbesserungspotential. Österreich ist mit 83 Prozent europaweit an letzter Stelle, in Estland beträgt die Durchimpfungsrate 99 Prozent. Auch für die Durchimpfungsrate bei Masern liegt Österreich mit 76 Prozent an letzter Stelle, hier führt ebenfalls Estland mit 99 Prozent. Die Durchimpfungsrate bei Hepatitis B bei Kindern beträgt in Österreich 83 Prozent, in Portugal 98 Prozent, für einige europäische Länder gibt es dazu jedoch keinen Vergleichswert (Finnland, Niederlande, UK, Norwegen, Schweiz). *Hinweis:* Alle genannten Impfungen werden im Rahmen des österreichischen Kinderimpfprogramms kostenfrei zur Verfügung gestellt.¹

Der Indikator „**unerfüllter Behandlungswunsch**“ beschreibt das Ausmaß von ungedecktem Bedarf nach Ursache (finanzielle Barrieren, zu lange Wartezeiten und zu große Entfernungen). In Österreich geben 0,3 Prozent (S. 36 des Berichts) der Bevölkerung einen unerfüllten Behandlungswunsch an, europaweit schwanken diese Zahlen zwischen 0,3 und 1,4 Prozent. Innerhalb Österreichs streuen die Werte zwischen 1,8 Prozent im Burgenland und sechs Prozent in Wien (S. 11 des Berichts). Die berichteten Unterschiede der Prozentwerte zwischen OECD- und der österreichischen Erhebung ergeben sich aus folgenden Gründen:

- Europavergleich/OECD-Indikator: Daten aus einem Jahr (2012). Hier wurden nur drei der möglichen Gründe für den unerfüllten Behandlungswunsch herangezogen.
 - Regionaler Vergleich: gepoolte Datensätze (2009 bis 2012) und alle Antwortkategorien verwendet
- Mit drei Prozent **Zuzahlungen zu medizinischen Leistungen** als Anteil der Haushaltsausgaben liegt Österreich im europäischen Vergleich im Mittelfeld (zwei Prozent in Frankreich und vier Prozent in Portugal).

Die **Gesundheitskompetenz** in Bezug auf Gesundheitsförderung und Prävention liegt in Österreich bei

Die Berichte sind im Internet im Volltext nachzulesen:

www.hauptverband.at/portal27/portal/hvbportal/content/contentWindow?contentid=10007.756876&action=2&viewmode=content
(22.1.2016)

Es gibt auf der Seite auch die Möglichkeit, den Newsletter zu abonnieren und damit über neu erscheinende Berichte immer sofort informiert zu werden.

32 (Indexwert zwischen 0 und 50). In einem Vergleich mit fünf anderen Staaten liegt Österreich an letzter Stelle, die Niederlande mit 37,1 an erster Stelle. Die system- und krankheitsbezogene Gesundheitskompetenz erreicht in Österreich den Wert 32,8, in den Niederlanden im Vergleich den Wert 38.

Mit dem **präventiven und gesundheitsförderlichen Angebot** sind in Österreich 72 Prozent zufrieden, mit einer Varianz zwischen 73 Prozent in Wien und im Burgenland und 82 Prozent in Tirol. International liegt Irland mit 83 Prozent voran. Mit der medizinischen Versorgung sind in Tirol 92 Prozent zufrieden, im Burgenland 74 Prozent.

Eine ausführlichere Darstellung zu diesem Bericht wurde bereits in der „Sozialen Sicherheit“² vom Jänner 2016 veröffentlicht.

Der **Bericht Bedarfsplanung und Planungsrichtwerte in der ambulanten Versorgung** befasst sich mit der Analyse von Planungsrichtwerten für die ambulante Versorgung in ausgewählten europäischen Gesundheitssystemen. Er konzentriert sich auf Länder, deren volkswirtschaftliche Entwicklung und deren Gesundheitsversorgung sich auf einem mit Österreich vergleichbaren Niveau befinden.

Es lassen sich mehrere Strategien identifizieren, mit denen die untersuchten Länder auf ein ausgewogenes Verhältnis zwischen Bedarf und Angebot von Ärzten und anderen Gesundheitsfachkräften in einem Land einwirken.

- Zahl der Fachkräfte – Regulierung der Aus- und Weiterbildung
- Prognose mithilfe von Berechnungsmodellen
- Einfluss auf die Verteilung im Land
- Veränderungen in der Organisation der Leistungserbringung

In Frankreich, Belgien und den Niederlanden wird in Planungsmodellen die Zahl der Ärzte durch eine Regulierung der Aus-/Weiterbildung angepasst, in Finnland, England und Schottland geschieht das für alle Gesundheitsfachberufe. Eine geregelte Verteilung erfolgt in Dänemark für die Hausärzte, in Finnland für sämtliche Gesundheitsberufe per Stellenausschreibung, in England und Schottland für alle Gesundheitsfachberufe. In Deutschland dürfen Ärzte sich nicht in überversorgten Gebieten niederlassen.

¹ <http://bmg.gv.at/cms/home/attachments/8/9/4/CH1100/CMS1389365860013/impfplan.pdf>; abgerufen 2015.

² <http://www.hauptverband.at/portal27/portal/hvbportal/content/contentWindow?contentid=10008.627609&action=b&cacheability=PAGE&version=1454405892>



© Meddy Popcorn - Fotolia.com

Der **Bericht *Bezahlungssysteme in der Primärversorgung*** enthält eine Analyse zur Planung und Pilotierung von Primärversorgungseinheiten. Aufgrund unzureichend verwendbarer Ergebnisse aus der Literaturrecherche werden Länderbeispiele dargestellt. Die Niederlande und Dänemark haben ein hausarztzentriertes System mit Gatekeeperfunktion. Die Honorierung besteht aus einem Mix aus Leistungsabrechnung und *Per-Capita-Bezahlung*, also Kopfpauschale nach Patientenliste und Einzelleistungen nach Leistungskatalog.

In Frankreich besteht grundsätzlich ein ähnliches Modell der Honorierung bei den Hausärzten, mit einer zusätzlichen Leistungshonorierung („Pay for performance“), allerdings dominiert die Einzelleistungsvergütung.

In Deutschland bestehen unterschiedliche Systeme nebeneinander, je nach Krankenkasse. Sie enthalten einen grundsätzlichen Leistungskatalog (den einheitlichen Bewertungsmaßstab) und verschiedene Funktionszusätze wie ein Gatekeeping-Angebot, Behandlungnetzwerke und Anreizsysteme mit Zieldefinition und Honorierung der Zielerreichung.

In Finnland wird die Primärversorgung über die Gemeinden organisiert und über die drei Säulen Grundentgelt, Leistungskatalog und Kopfpauschale abgerechnet.

In Schweden ist jeder Bürger bei einem Hausarzt eingeschrieben; offiziell hat der Hausarzt keine klassische Gatekeeperfunktion, de facto aber schon. Hausärzte und Hausärztinnen arbeiten in Primärversorgungszentren gemeinsam mit Angehörigen anderer Gesundheitsberufe und praktisch nie in einer Einzelordination. Die Finanzierung erfolgt über Kopfpauschale, Einzelleistungen und leistungsbezogene Vergütung.

In Belgien ist das Modell ähnlich, zusätzlich existiert eine elektronische Patientenakte zur besseren Koordinierung der Versorgung.

Beim Blick in andere europäische Versorgungssys-

teme dominieren die historischen und regionalen Gegebenheiten für das jeweilige Best-Practice-Modell, die Wirkung des Bezahlungssystems alleine wird überschätzt. Gemeinsam ist ihnen ein Mischsystem aus fixen und variablen Honorarbestandteilen in der Primärversorgungsvergütung. Die Vorhaltezeiten der Primärversorgung sind in den analysierten Ländern ganztägig, als Randzeiten gelten Nacht und Wochenende. Für eine flexible und weniger bürokratielastige Primärversorgung sind pauschale Honorierungsanteile von Vorteil.

Der **Bericht *Fördernde und hemmende Motivatoren von niedergelassenen Mediziner(inne)n in der beruflichen Praxis*** umfasst die Ergebnisse von qualitativen Interviews mit 48 Ärztinnen und Ärzten im niedergelassenen Bereich. Ziel der Studie war die Darstellung von Bedürfnissen, Professions- und Arbeitskulturen (zwischen Sozialversicherung und Ärzten) sowie arbeitspsychologischen Motivatoren in der österreichischen Ärzteschaft.

Die **Professionskultur** niedergelassener Ärzte ist geprägt von einem Spannungsfeld zwischen sozialer Kompetenz, emotionaler Intelligenz, „sich auf andere einlassen“, „Sicherheit vermitteln“, „recht haben“, „keine Schwäche zeigen“ und „sich abgrenzen können“.

Eine These, die sich durch die Erfahrungen im Rahmen der empirischen Erhebung ergab, ist, dass Ärzte und Ärztinnen im niedergelassenen Bereich stark auf monetäre Anreize sozialisiert werden. Für Leistungen werden Gegenleistungen erwartet.

Mehrere Ärzte geben an, dass der anfängliche „Idealismus“ einem „Realismus“ gewichen ist. Ausschlaggebend sind unter anderem chronische Be- und Überlastungen im Arbeitsalltag. Als Belastung nehmen es die Ärzte und Ärztinnen wahr, wenn sie ohne medizinische Notwendigkeit konsultiert werden oder wenn Patienten unnötige Leistungen einfordern („Mir steht ein Röntgen zu!“). Hinzu kommt bei Kassenärzten der Zeitdruck durch volle Wartezimmer und bei vielen Allgemeinmedizinem die häufigen Bereitschaftsdienste.

Die **Autonomie** stellt ein Hauptmotiv bei der Entscheidung für den niedergelassenen Bereich dar. Diese Autonomie bezieht sich zum einen auf die persönliche Gestaltung des sozialen Patientenkontakts und auf die Möglichkeit, sein fachlich-medizinisches Spektrum unabhängig von einer Institution ausüben zu können. Zum anderen schätzen niedergelassene Ärzte die Entscheidungsfreiheit über die eigenen Ressourcen wie Personal-, Zeit- und Geldmittel und dass sie die Praxis eigenverantwortlich und nach ihren individuellen Vorstellungen organisieren können. Eingeschränkt fühlen sich Ärzte und Ärztinnen mit Kassenvertrag in ihrer Behandlungsautonomie vorwiegend durch Zeitdruck, Urlaubseinschränkungen

Als Belastung nehmen es die Ärzte und Ärztinnen wahr, wenn sie ohne medizinische Notwendigkeit konsultiert werden oder wenn Patienten unnötige Leistungen einfordern.

Es besteht der Wunsch nach mehr interdisziplinärer Zusammenarbeit. Über Fachgebiete hinweg sollte der interdisziplinäre Austausch unter den niedergelassenen Ärzten und der intra- und extramurale Kontakt zwischen Spitälern und niedergelassenen Ärzten verstärkt werden.

und Bereitschaftspflichten, durch Quartalsdeckelungen und Bewilligungspflichten bei bestimmten Leistungen sowie Gesamtdeckelungen in Gruppenpraxen.

Frauen beklagen, dass Kassenstellen vielfach nicht oder nur schwer teilbar sind. Um den Beruf in der Niederlassung für junge Ärztinnen attraktiver zu gestalten, fordern mehrere Befragte in Zukunft mehr frauenfreundliche Beschäftigungsmodelle, die auch die Vereinbarkeit mit Kindererziehung und eine „Work-Life-Balance“ ermöglichen.

Anerkennung von Kompetenz erfahren Ärzte und Ärztinnen vorwiegend von und mit Patienten (Erfolgsereignisse, Weiterempfehlung, Dankbarkeit, positive Rückmeldungen), in der medizinischen Kollegenschaft (Zuweisung, Wertschätzung, „ernst genommen werden“) und von Mitarbeitern (langjährige Treue und Loyalität). Im Bereich der medizinischen Fortbildungen wünschen sich die befragten Mediziner mehr Anerkennung.

In der **Schnittstelle Ärzte/Gesundheitssystem** fühlen sich Kassenärzte/-ärztinnen von der Sozialversicherung abhängig und durch Tarife und Bewilligungsregelungen in ihrer medizinisch-fachlichen Autonomie eingeschränkt. Zum Beispiel führen Limitierungen bei Mehrarbeit in Gruppenpraxen, Quartalsdeckelungen bei EKGs, die als unnötig empfundene Chefarztpflicht bei bestimmten Leistungen oder auch unterschiedliche Tarife je nach Krankenkasse zu Unverständnis.

Bundes- versus Länderinteressen und politische „Machtspiele“ zwischen den verschiedenen Kostenträgern sowie einzelne gesundheitspolitische Entscheidungen führen dazu, dass viele Vorgänge im System laut Angaben der Mediziner kontraproduktiv sind: erstens in Bezug auf die medizinische Gesundheitsversorgung, zweitens in Bezug auf die Gesamtkosten des Systems (z. B. zur Wundversorgung ins Spital, Ambulanzbesuche ohne medizinische Notwendigkeit ...).

„Gatekeeper“ sollen zum Beispiel aus der Perspektive der Experten verhindern, dass Patienten „Medizin als Selbstbedienungsladen“ nutzen. Auch die Aufklärung über die Anlaufstellen unseres Gesundheitssystems und die Förderung der Gesundheitskompetenz können dazu beitragen, dass unnötige Konsultationen verhindert werden.

Interessant für die Mediziner sind zudem Forschungs- und Evaluationsergebnisse, die sich

mit gesundheitspolitischen Maßnahmen und deren (Neben-)Effekten in der Verschreibungspraxis beschäftigen (z. B. welche Änderungen der medizinischen Versorgung bewirken einzelne Änderungen der Tarif- und Rückerstattungspraxis, etwa aktuell durch die „Gratis-Zahnspange“ oder Neuerungen beim Mutter-Kind-Pass?).

Außerdem wurde der Wunsch nach mehr interdisziplinärer Zusammenarbeit geäußert. Über Fachgebiete hinweg sollte der interdisziplinäre Austausch unter den niedergelassenen Ärzten und der intra- und extramurale Kontakt zwischen Spitälern und niedergelassenen Ärzten verstärkt werden. Die bessere Vernetzung mit anderen Berufsgruppen war eine weitere Forderung.

Vor diesem Hintergrund nannten die Mediziner im Zuge der Interviews mehrere mögliche Optimierungspotentiale für das Gesundheitssystem. Allgemein wird empfohlen, in Zukunft mehr in präventive Maßnahmen zu investieren, gesundheitsförderndes Verhalten durch Anreizsysteme zu fördern, Fehlleitungen und Parallelstrukturen im Gesundheitssystem zu vermeiden und Anreize für den niedergelassenen Bereich zu stärken. Zu einer guten Beziehung mit den niedergelassenen Ärzten könne die Sozialversicherung beitragen, indem sie einfache Strukturen mit erreichbaren Ansprechpartnern herstellt, die Partizipation von engagierten Ärzten, z. B. in Projekten mit der Sozialversicherung, fördert, die Abrechnung einfacher gestaltet und Informationen über modernere, schnellere Kommunikationswege bereitstellt.

Insgesamt betrachtet zeigen die Ergebnisse, dass es ein Paket aus monetären und nichtmonetären Motivatoren braucht. Im Wesentlichen geht es um die Unterstützung der Teilhabe der Ärztinnen und Ärzte an ihrer Professionskultur sowie um Anerkennung von Autonomie und Kompetenz.

Der **Bericht Primary Health Care (PHC): Erstellung eines Master-Evaluationskatalogs für österreichische PHC-Einrichtungen** beschreibt die Entwicklung und Auswahl von Qualitätsindikatoren zur übergeordneten Evaluation der in Österreich geplanten Primary-Health-Care (PHC)-Einrichtungen, welche den Anforderungen des Konzepts der Bundes-Zielsteuerungskommission zur multiprofessionellen und interdisziplinären Primärversorgung in Österreich entsprechen.

Aus 281 unterschiedlichen Quellen wurden poten-

tiell relevante Indikatoren identifiziert und zu 65 PHC-Indikatoren zusammengefasst. Diese Indikatoren wurden in einem zweistufigen Verfahren nach Relevanz und Praktikabilität bewertet. Die Auswertung der einzelnen Bewertungen ergab schließlich 30 Qualitätsindikatoren für den Master-Evaluationskatalog für PHC-Einrichtungen in Österreich. Mit diesem Indikatorset werden sowohl die Funktionen von Primary Health Care als auch alle Qualitätsaspekte abgedeckt.

Die Indikatoren im Einzelnen sind:

Zugang:

- Behandlungszugang
 - Wöchentliche Mindestöffnungszeit
 - Informationen über Versorgung außerhalb der Öffnungszeiten
 - Wartezeit – nicht akuter Behandlungstermin
 - Wartezeit – akuter Behandlungstermin
- Qualität der Versorgung:
- Verfügbarkeit von Informationen zum Versorgungsmodell und zu allgemeinen krankheitsspezifischen Themen
 - Informationen zur Behandlung aus Patientensicht
 - Patientenzufriedenheit mit der Kommunikation des Arztes
 - Shared Decision-Making
 - Unterstützung zum Selbstmanagement chronischer Erkrankungen
 - Weiterempfehlung des Versorgungsmodells
 - Hausbesuche
 - Zahl der stationären Aufenthalte
 - Teilnahme an Qualitätszirkeln
 - Teilnahme an regionalen Informationsveranstaltungen zum Versorgungsmodell
 - Informiertheit über Ziele und Aktivitäten im Versorgungsmodell
 - Patientenschulungsangebot
 - Durchführung einer Patientenbefragung
 - Durchführung einer Teambefragung
 - Teilnahme an der Teambefragung

Mit dem Indikatorset werden sowohl die Funktionen von Primary Health Care als auch alle Qualitätsaspekte abgedeckt.

Kontinuität der Versorgung:

- Abgleich Medikation – Patientenakte
- Wiederbestellsystem für chronisch Kranke
- Verschiedene konsultierte Hausärzte je Patient
- Zufriedenheit mit Ergebnissen des Versorgungsmodells
- Teammitgliederfluktuation in einer PHC-Versorgungseinrichtung

Koordination der Versorgung:

- Facharztkonsultationen mit Überweisung
- Überweisungsqualität
- Kommunikation innerhalb eines Behandlungsteams
- System zur Informationsverwaltung

Sicherheit:

- Medikamentenallergien

Der **Bericht *Unerwünschte Arzneimittelereignisse in österreichischen Krankenhausdiagnosen*** analysiert die Krankenhausdiagnosen des Basisdatensatzes (Minimum Basic Data Set – MBDS) der österreichischen Krankenanstalten aus den Jahren 2001 bis 2011 (bereitgestellt vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger) und fokussiert auf Diagnosen, welche auf unerwünschte Arzneimittelereignisse (UAE, engl. ADE – Adverse Drug Events) hinweisen. Das Projekt baut auf den Vorarbeiten der Projekte „Arzneimittelsicherheit: Krankenhausaufenthalte infolge unerwünschter Arzneimittelwechselwirkungen“ (ADE1) und „Arzneimittelsicherheit: unangemessene Arzneimittelkombinationen“ (ADE2) auf.

Das Projekt baut auf den Vorarbeiten der Projekte „Arzneimittelsicherheit: Krankenhausaufenthalte infolge unerwünschter Arzneimittelwechselwirkungen“ (ADE1) und „Arzneimittelsicherheit: unangemessene Arzneimittelkombinationen“ (ADE2) auf.

Ergebnis:

- Anstieg des prozentualen Anteils der ADE-Diagnosen an allen Krankenhausdiagnosen von 4,5 auf 5,5 Prozent von 2001 auf 2011.
- Frauen haben in den ADE-Kategorien A1 (Induzierung durch Arzneimittel), A2 (Induzierung durch Arzneimittel oder andere Ursachen), B1 (Vergiftung durch Arzneimittel) und B2 (Vergiftung oder schädlicher Gebrauch durch Arzneimittel oder andere Ursachen) ein erhöhtes Risiko eines ADE-Aufenthalts.
- Patienten zwischen 15 und 29 Jahren haben ein ca. zweimal größeres Risiko einer A2- und ein 3,8-mal größeres Risiko einer B2-Diagnose als die Patienten in der Altersgruppe 75+.
- Für das Jahr 2006 betragen die Prävalenzen für ADE-Diagnosen der Kategorien A1 + A2: 1,78 Prozent, B1 + B2: 0,27 Prozent und C: 0,38 Prozent.
- Ebenfalls im Jahr 2006 haben Patienten im Altersintervall 0–53 Jahre im Vergleich zu den über 53-Jährigen ein leicht erhöhtes Risiko eines ADE-Aufenthalts (Odds-Ratio von 1,17, 95 Prozent KI (1,15–1,19)).

Der **Bericht *Kontinuität der Versorgung und ihre***



© Doris Heimrichs - Fotolia.com

Assoziation mit klinischen Outcomes im Bereich Diabetes mellitus ergab, dass für Diabetes-mellitus-Patienten der NÖGKK im Vergleich zu internationalen Studien eine höhere Kontinuität der Versorgung besteht. Gleichzeitig deuten die vorliegenden Ergebnisse aber darauf hin, dass für das untersuchte Kollektiv eine höhere Kontinuität der Versorgung ein höheres Risiko eines für die Patienten ungünstigen Outcomes mit sich brachte.

Im Vergleich zu mehreren Vorarbeiten, die vorteilhafte klinische Auswirkungen der Kontinuität der Versorgung aufzeigten, ist dies ein gegenteiliges Ergebnis. Eine potentielle Ursache dieser divergierenden Ergebnisse könnte das im Vergleich zu den Vorarbeiten unterschiedliche Design bezüglich der Beobachtungszeiträume sein.

Die untersuchten Vorarbeiten haben fast ausschließlich die Kontinuität der Versorgung und die verschiedenen Outcome-Parameter im selben Zeitraum gemessen, während in der vorliegenden Arbeit eine strikte Trennung zwischen der Messung der Kontinuität der Versorgung und der Beobachtung von Outcomes vollzogen wurde, um durch die Vergleichbarkeit dieses Designs mit prospektiven Studien kausale Schlüsse zu ermöglichen und Schlussfehler, die durch zeitliche Vermengung der Berechnung der Kontinuität der Versorgung und der Outcomes entstehen könnten, zu vermeiden.

Der **Bericht CRC-Screening** beinhaltet den Vergleich des M2-PK-Stuhltests mit anderen für ein Screening auf Kolorektalkarzinom verwendeten Stuhltests, nämlich dem gFOBT und dem FIT.

Die Zusammenfassung der Bandbreiten für die verschiedenen Tests beträgt für die Sensitivität für die Entdeckung von CRC bei M2-PK 68,8–93 Prozent, für den gFOBT-Test 13–63 Prozent und für den FIT 47,5–100 Prozent. Die Spezifitätsbreiten betragen zusammengefasst für M2-PK 65–100 Prozent, für gFOBT 88–98 Prozent und für FIT 83,3–89 Prozent. Nur drei der inkludierten Studien beziehen ihre Messung explizit auf nicht selektierte Screeningpopulationen. Keine der inkludierten Studien untersucht die Auswirkungen der Tests auf Mortalität und nur eine berichtet über verschiedene Tumorstadien.

Zur Eignung des M2-PK als Screeningtest mit dem Nutzen der Reduktion der CRC-Mortalität durch entsprechende Früherkennung in einer asymptomatischen Gesamtbevölkerung kann aus den inkludierten Studien keine sichere Empfehlung abgeleitet werden. Vor allem die breiten Variabilitäten bei den Angaben zur Testgenauigkeit sowie die teilweise selektierte Population in den zugrundeliegenden Studien zur Testgenauigkeitserhebung bedingen diese Unsicherheiten.

Der **Bericht ATC – ICD-10 (Ableitung von Diagnosen**



© vasso - Fotolia.com

scodes aus Heilmittelverordnungen) analysiert die Methode der Ableitung von Diagnosecodes anhand der Medikation anhand von Echtdateien der NÖGKK aus den Jahren 2008 bis 2011. Dieser neue, einheitliche Datenbestand mit erhöhter Datenqualität ermöglicht eine Verbesserung der Prognose des ICD-Codes basierend auf den ATC-Codes. Außerdem kann die im vorherigen Projekt entwickelte Methode nun verbessert werden, um falsche Zuordnungen zu reduzieren.

Der **Bericht Manuelle Lymphdrainage / komplexe Entstauungstherapie: Evidenzlage zu Lymphödem** analysiert die wissenschaftliche Beweiskraft zur Wirksamkeit dieser Therapieoption.

Ergebnisse:

- Bei Frauen mit sekundärem Lymphödem nach einer Brustkrebsoperation kann mittels Kompressionstherapie mit Strümpfen oder Verbänden eine Reduktion des Lymphödemvolumens erreicht werden.
- Es gibt keinen Hinweis auf einen zusätzlichen klinisch relevanten Effekt im Vergleich zur jeweils verwendeten Standardtherapie (in der Regel Kompressionstherapie mit Strümpfen oder Verbänden).
- Die Aussagesicherheit ist aufgrund des mehrheitlich hohen Verzerrungspotentials der inkludierten Studien gering.
- Es gibt keinen Hinweis darauf, dass eine manuelle Lymphdrainage präventiv gegen das Auftreten von Arm-Lymphödem wirkt.
- Zur manuellen Lymphdrainage bei sekundären Lymphödem abseits des Brustkrebs-assoziierten Lymphödems sowie beim primären Lymphödem fehlt jegliche Evidenz.

Der **Bericht SÖS-Indikatoren** bietet eine Zusammenführung und einen Überblick über Indikatoren zur Messung der sozial bedingten Gesundheitsbelastung (sozioökonomischer Faktoren), die in Studien, Berichten und Datenbanken Anwendung finden, und einen Vergleich dieser Indikatoren mit dem im Hauptverband erstellten SÖS-Index.

In Österreich gibt es auf Projektbasis bereits einige Ansätze zur Sturzprävention. Diese Ansätze entstehen oft in regionalen Settings und sind dann an diese angepasst. Zu Stürzen aus weniger als drei Metern Höhe kommt es vor allem zu Hause, bei Fußgängern im öffentlichen Bereich und im Rahmen von Verkehrsunfällen.

Übereinstimmende Indikatoren:

- Arbeit/Arbeitslosigkeit
- Einkommen
- Bildung
- Sozialleistungen
- Persönliche Faktoren
- Gleichheiten/Ungleichheiten

Die in den meisten Berichten und Studien verwendeten demografischen Faktoren, regionalen Variabilitäten, Gesundheitsstatus-Einschätzungen, Wohnbedingungen und Daten zu Regierung und Rechtslage sind im Index des Hauptverbandes nicht enthalten, sondern müssen bei Anwendung mit erhoben werden. Andererseits sind neben den Sozialleistungen alle sozialversicherungsrechtlichen Tatbestände erfasst. Ein Vergleich verschiedener Indikatoren wurde für Österreich in regionale Grafiken übersetzt.

Der **Bericht zu Vasoprotectives** zeigt, dass die endgültige Wirksamkeit oder Unwirksamkeit kapillarstabilisierender Mittel für die Behandlung der chronisch venösen Insuffizienz (CVI) oder von Hämorrhoiden nicht bewiesen werden kann. Die Evidenz zeigt tendenziell eine Wirksamkeit für einzelne Präparate, auch wenn die Ergebnisse sehr ungewiss sind. Diskutiert wird einerseits, ob Studien aus den 1980er Jahren mit heutigen Kriterien bewertet werden können, und andererseits die Ausgabe von 20 Millionen Euro öffentlicher Gelder für kapillarstabilisierende Mittel pro Jahr, deren Wirksamkeit nicht deutlich belegt werden kann.

Die Autoren empfehlen, die Kostenerstattung der Medikamente in Zukunft daran zu knüpfen, dass die Hersteller robuste Evidenz zur Belegung der Wirksamkeit der Medikamente generieren. Es wird empfohlen, das Studiendesign (z. B. die Definition der Outcome-Parameter) in Kooperation mit den öffentlichen Kostenträgern zu erstellen.

Der **Frakturbericht Epidemiologie** zeigt neben einem moderaten Anstieg der Sturzfrakturinzidenz in den Jahren 2001 bis 2011 eine Fallzahldominanz bei den Frakturen des Femurs (S. 72). Die Inzidenzanalyse nach 5-Jahres-Altersgruppen ergibt, dass die Inzidenzen bei Älteren steigen, wodurch die Hypothese, die weiteren Analysen auf diese Personengruppe zu beschränken, bestätigt wird. Die grafische Darstellung gekoppelt mit tabellarischen Auswertungen

der Detailfallzahlen nach Versorgungsregionen und Altersgruppen ergibt für die einzelnen untersuchten Medikamentengruppen:

- Kreislaufbeeinflussende Medikamente werden von Personen mit Frakturdiagnose in ca. 80 Prozent der Fälle eingenommen, von Patienten ohne Frakturdiagnose in 60 Prozent der Fälle (gleiche Altersgruppe).
- Auch bei Sturzpatienten, die Gerinnungshemmer erhalten haben, sind die Prozentanteile in allen Alterskategorien und in allen Versorgungsregionen höher als bei Nichtsturzpatienten.
- Die angeschlossene Detailuntersuchung des Outcomes von intrakraniellen Verletzungen in Abhängigkeit von vorhergehender Gerinnungshemmergabe ergibt eine erhöhte Spitalsmortalität im Vergleich zu Patienten ohne Gerinnungshemmermedikation.

Der **Bericht Sturzprävention für ältere Menschen** widmet sich der Evaluierung von Sturzpräventionsprogrammen und zeigt auf, dass die getroffenen Maßnahmen uneinheitlich und methodisch schwer vergleichbar sind. Es werden in der Literatur positive Effekte auf einige Dimensionen der Lebensqualität (Körperfunktionen, soziale Funktion, Vitalität, mentale Gesundheit, Umweltdimension) beschrieben, die jedoch Freiheiten in der Interpretation zulassen. Barrieren für die Implementation von Sturzpräventionsprogrammen entstehen aufgrund von:

- (1) praktischen Details,
- (2) Anpassung an die jeweilige Gemeinde und
- (3) aus psychosozialen Gründen.

In Österreich gibt es auf Projektbasis bereits einige Ansätze zur Sturzprävention. Diese Ansätze entstehen oft in regionalen Settings und sind dann an diese angepasst. Zu Stürzen aus weniger als drei Metern Höhe kommt es vor allem zu Hause, bei Fußgängern im öffentlichen Bereich und im Rahmen von Verkehrsunfällen.

Stürze zu Hause können durch äußerliche Barrieren (Teppiche, Stufen etc.) oder personenbezogene Dimensionen (Gleichgewichtsstörungen, Kreislaufbeeinträchtigung, medikamentöse Wirkungen) verursacht werden.

Je nach Gewichtung der Ursachen werden die Sturzpräventionsprogramme auf die Ausschaltung dieser Ursachen abgestimmt.

Die Wirksamkeit von Sturzpräventionsprogrammen, die vielfach auch Bewegungsanteile inkludieren, hängt vom Alter, von vorherigen Stürzen, bestehenden Erkrankungen und der Gebrechlichkeit der Teilnehmer ab.

Der **Bericht Therapie bei Skoliose** untersucht die Katharina-Schroth-Therapie als spezielle Behandlungsform aus Sicht des Leistungsangebots der Sozialversicherung.

Viele Teilaspekte zur Anwendung der Katharina Schroth-Therapie (wer, wann in welchem Setting, wie oft, wie lange, welcher zu erwartender Nutzen bei welcher Ausprägung, welche zusätzlichen Therapien etc.), die als Voraussetzung für eine Übertragung auf ein Gesundheitssystem relevant sind, bleiben ungeklärt, da die Therapie sehr stark individualisiert ist. Es ist möglich, dass zusätzliche Studien zu Skoliose-intensiver Rehabilitation und/oder zur Katharina-Schroth-Therapie zu anderen Ergebnissen gelangen könnten als die bisherigen und hier inkludierten Studien, da die derzeitige wissenschaftliche Beweislage vorwiegend auf Beobachtungen und Fallserien beruht. Die berichteten Erfolge scheinen darauf zu beruhen, dass die Patienten hohen Einsatz zeigen und täglich mehrere Stunden Bewegungsübungen machen.

Der **Bericht *Rehabilitation bei Morbus Parkinson*** erhebt die wissenschaftliche Nachweisbarkeit der Wirkung dieser indikationsbezogenen Rehabilitation. Rehabilitation.

Patienten mit Morbus Parkinson leiden einerseits unter körperlichen Einschränkungen, etwa unter Haltungs- und Gangstörungen, reduzierter motorischer Lernfähigkeit und dem Mismatch zwischen Intention und Automation, kognitiver Kapazität, Aufmerksamkeit und Automatismus. Andererseits sind auch nicht-motorische Fähigkeiten eingeschränkt, was zu sozialen Problemen führt, weil die Beteiligung an geschätzten Aktivitäten zu Hause und im Lebensumfeld ebenso erschwert wird wie die Teilhabe an und der Zugang zu Freizeitaktivitäten. Aufgrund biologischer und sozialer Unterschiede sind die Auswirkungen der Parkinson-Erkrankung bei Männern und Frauen unterschiedlich.

Die Studienergebnisse zur Effektivität von Rehabilitation bei Patienten mit Parkinson-Krankheit zeigen teilweise signifikante Effekte auf die körperliche Funktionsfähigkeit. Die erzielten Verbesserungen in Funktionstests und Abhängigkeiten respektive Selbständigkeit variieren zwischen den Vergleichsgruppen und bewegen sich zwischen ein und 35 Prozent. Die untersuchten Interventionen zeigen im Vergleich zu den Kontrollgruppen Verbesserungen von zwei bis fünf Prozent in den Aktivitäten des täglichen Lebens, wobei intensive mit nicht intensiver Physiotherapie, eine Theatergruppe mit einer Physiotherapiegruppe und Physiotherapie mit keiner Intervention verglichen wurde. In einer Untersuchung, die die Auswirkungen auf die allgemeine Lebensqualität bei den Teilnehmern einer Theatergruppe und denen, die Physiotherapie in Anspruch nahmen, verglichen, zeigten sich Unterschiede in der Schläfrigkeit zwischen zehn und 25 Prozent, bei den Depressionen zwischen drei und zehn Prozent und in der emotionalen Befindlichkeit zwischen fünf und 17 Prozent zugunsten der Theatergruppe.



Bei den gemessenen Indikatoren zur krankheitsspezifischen Lebensqualität waren keine Unterschiede nachweisbar.

Grundsätzlich zeigt sich, dass Patienten mit Morbus Parkinson von einer Rehabilitation durchaus profitieren können, ein Unterschied zwischen einer Parkinson-spezifischen und der Rehabilitation jeder anderen Indikation konnte nicht detektiert werden.

EUnetHTA Publikationen Co-Authorship

The use of intravenous immunoglobulins for Alzheimer's disease including mild cognitive impairment: Die Datenanalyse für diesen HTA zeigt, dass derzeit sehr geringe Nachweise für jeglichen Effekt (positiv oder negativ) von Immunglobulinen im Einsatz bei Alzheimer-Krankheit oder Mild Cognitive Impairment vorliegen. Obwohl noch einige Studien in Arbeit sind, zeigt vor allem die derzeit eher spekulative Annahme zu Pathogenese und zum Ablauf biologischer Prozesse bei Demenz, dass eine Investition in die Ursachenforschung eine bessere Alternative wäre.

Structured telephone support (STS) for adult patients with chronic heart failure: Generell zeigt die wissenschaftliche Literatur, dass der Effekt von Telemedizin zur patientenzentrierten Versorgung deutlich variiert. Einige Studien sehen negative, die meisten neutrale oder positive Effekte. In Anbetracht des aktuellen Wissensstands und der vielen offenen Fragen ist es derzeit noch nicht möglich, seriöse Schlüsse zu ziehen.

„Wussten Sie, dass ...“-Berichte

Die „Wussten Sie, dass ...“-Berichte sind ein internes Informationstool, das auf Datenauswertungen beruht. Dargestellt werden die Kernaussagen, die Daten sind nur SV-intern zugänglich.

Wussten Sie, dass ...

... die Kosten pro Verordnung im Jahr 2014 bei Männern um mehr als 28 Prozent höher waren als bei Frau-

Patienten mit Morbus Parkinson leiden einerseits unter körperlichen Einschränkungen, andererseits sind auch nichtmotorische Fähigkeiten eingeschränkt.

**Die Kostenreduktions-
potentiale sind durch
ökonomische Heilmittel-
verschreibung regional
sehr unterschiedlich.**

en (25,94 gegenüber 20,22 Euro)? Im Jahr 2013 lag dieser Unterschied noch bei knapp 25 Prozent.

... die Sozialversicherung im Jahr 2014 150 Mio. Euro mehr Kosten (+5,78 Prozent) im Heilmittelbereich erstattet hat als 2013? Über zwei Drittel der Mehrkosten entfallen auf die ATC-Gruppen J (Antinfektiva zur systemischen Anwendung) und L (antineoplastische und immunmodulierende Mittel). Bei der relativen Steigerung ist vor allem die ATC-Gruppe J auffällig.

... die regionale Schwankung der Kosten pro „Heilmittelpatient“ (= Patient, dem ein oder mehrere Heilmittel verschrieben wurden) bei frei verschreibbaren Heilmitteln im ersten Quartal 2015 mehr als 40 Prozent betrug? In Westösterreich sind diese Kosten niedriger als im Osten.

... 2013 österreichweit immer noch über 1.000 Mandeloperationen (teilweise oder vollständige Entfernung) bei ein- bis dreijährigen Kindern durchgeführt wurden?

... bei der „präoperativen Verweildauer“ in manchen Bundesländern der Zielwert (1,0 Belagstage in Fondskrankenanstalten) bereits unterschritten wird?

... der Anteil der Mehrspartenträger an den Anspruchsberechtigungen regional variiert? 2014 waren in Niederösterreich 27,64 Prozent bei Mehrspartenträgern anspruchsberechtigt. Der Anteil in Oberösterreich hingegen betrug fast ein Drittel weniger (19,38 Prozent).

... der Anteil der rezeptgebührenbefreiten Anspruchsberechtigten zwischen Trägern variiert? Im Dezember 2014 waren 4,7 Prozent der BVA-Anspruchsberechtigten, aber 17,48 Prozent der SVB-Anspruchsberechtigten rezeptgebührenbefreit. Das ist mehr als das Dreifache.

... die „präoperative Verweildauer“ bei Kaiserschnitt (MEL JN040 – Entbindung durch Sectio caesarea) österreichweit in Fondskrankenanstalten (9.576 im Jahr 2013) sehr stark variiert?

... die Anzahl der beitragsleistenden Anspruchsberechtigungen seit Jahren stetig zunimmt? Der Anstieg beträgt zwischen 0,64 und 1,5 Prozent. Die Anzahl der Angehörigen bleibt dagegen in etwa gleich.

... die Anzahl der Fälle im Fachgebiet Allgemeinmedizin von 2013 auf 2014 gesunken ist? Die abgerechneten Beträge sind im gleichen Zeitraum gestiegen.

... die Bevölkerung von 2002 bis 2014 um 5,5 Prozent (+444.146 Einwohner) zugenommen hat? Während die intermediären und die überwiegend städtischen Bezirke um 6,4 bzw. 10,5 Prozent wuchsen, stagnierten die ländlichen Bezirke nahezu mit +0,91 Prozent.

... die Bevölkerungszahl in der Altersgruppe 0–14 Jahre von 2002 bis 2014 österreichweit um 9,4 Prozent gesunken ist?

... die Bevölkerungszahl in der Altersgruppe ab 65 Jahren von 2002 bis 2014 österreichweit um 24,61 Prozent gestiegen ist?

... die durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Fondskrankenanstalten im Jahr 2014 um fast zwei Prozent kürzer war als im Jahr 2013?

... die e-card-Gesamtkonsultationen der §2-Kassen zu jedem Quartalsbeginn meist sprunghaft ansteigen? Ausgewertet wurden die Konsultationen aller Vertragspartner nach Sitz des Arztes für das Jahr 2013.

... die Kosten für erstattete Heilmittel in den letzten Jahren bei Männern stärker gestiegen sind als bei Frauen? Die Verordnungen und DDDs (Defined Daily Dose) verhielten sich hingegen gleichmäßig.

... die Kosten für Medikamente aus der ATC-Gruppe J (Antinfektiva zur systemischen Anwendung) im Jahr 2014 um 32,06 Prozent höher waren als 2013? Im Jahr davor betrug die Steigerung in dieser Gruppe 2,88 Prozent. Insgesamt betrug die Kostensteigerung von 2013 auf 2014 5,78 Prozent, im Vorjahresvergleich 0,85 Prozent.

... die Kosten für Verordnungen außerhalb des Erstattungskodex (No Box) im Zeitraum Februar bis April 2015 um ca. 23 Prozent höher waren als im Vergleichszeitraum 2013, während die Kosten für Heilmittel des Erstattungskodex im gleichen Zeitraum um etwa elf Prozent gestiegen sind?

... die Kostenreduktionspotentiale durch ökonomische Heilmittelverschreibung regional sehr unterschiedlich sind? Insgesamt könnten aktuell österreichweit in der ATC-Gruppe C09 bei 3.197.907 Verordnungen 6.777.816 Euro pro Quartal eingespart werden.

... die Kostensteigerung der zur Erstattung eingereichten Heilmittel (Jänner bis April 2015 gegenüber der Referenzperiode des Vorjahres) in der Höhe von 630.000 Euro pro Kalendertag nicht nur auf eine einzige ATC-Gruppe zurückzuführen ist?

... die Kostensteigerung von 2013 auf 2014 im Heilmittelbereich auf einen erhöhten Durchschnittspreis zurückzuführen ist? Während die Verordnungen pro 1.000 Anspruchsberechtigungen zurückgingen, erhöhte sich der Durchschnittspreis (Kosten pro Verordnung) von 21,50 auf 22,57 Euro. Diese Steigerung verursacht eine Preisabweichung von knapp 132 Mio. Euro (bezogen auf die Verordnungszahlen 2013).

... die mehr als doppelt so hohe Verordnungszahl von Antidepressiva bei Frauen im Jahr 2015 auch durch fast doppelt so viele Patientinnen verursacht wurde?

... die Zahl der 0-Tages-Aufenthalte in Fondskrankenanstalten zwischen 2012 und 2014 um ca. zehn Prozent gestiegen ist?

... es 14 politische Bezirke in Österreich gibt, in de-

nen der Anteil der Besuche bei Fachärzten des eigenen Bezirks (quellbezogene Eigenversorgungsquote) unter 30 Prozent liegt?

... es bei einzelnen Arzneyspezialitäten bei Ersatz durch Heilmittel mit gleichem Wirkstoff und gleicher Wirkstoffstärke (Vergleichskennzeichen 1) ein Einsparpotential von bis zu 75 Prozent gibt? Bei der Pharmanummer 3523626 würde dies alleine mehr als eine Million Euro im Halbjahr ausmachen.

... es große Unterschiede in der Inanspruchnahme von Heilmitteln bei den Gebietskrankenkassen gibt? Im Mai 2015 wurde für 28,8 Prozent der Anspruchsberechtigten mindestens ein Heilmittel erstattet (die altersstandardisierten Werte liegen zwischen 252,46 und 312,73 pro 1.000 Anspruchsberechtigte).

... es im Jahr 2013 fast keine Krankenhausaufenthalte mit der Hauptdiagnose „Virusenzephalitis, durch Zecken übertragen (A84)“, für die es die FSME-Schutzimpfung gibt, gab? Die geringen Aufenthalte (96) sind auf wenige politische Bezirke konzentriert.

... für Heilmittel, die nicht im Erstattungskodex (keiner Box zugeordnet) sind, in den ersten fünf Monaten 2015 um fast zehn Prozent mehr Kosten anfielen als im Referenzzeitraum des Vorjahres? Der absolute Wert beläuft sich auf rund 13,6 Mio Euro.

... im ambulanten Bereich der Fondskrankenanstalten die Anzahl der Vollzeitäquivalente von Ärzten, Pflegepersonen und medizinisch-technischen Angestellten seit 2010 jährlich gestiegen ist?

... im ersten Halbjahr 2015 Heilmittel für 5.147.717 anspruchsberechtigte Personen erstattet wurden?

... im Jahr 2013 die jährlichen Personalkosten je Ärzte/Ärztinnen-Vollzeitäquivalent im Bundesländervergleich von 98.584 bis 121.367 Euro variierten?

... im Jahr 2013 österreichweit die Anzahl der Facharztbesuche pro Einwohner zwischen 1,6 (OÖ, Rohrbach) und 5,8 (Wien, Floridsdorf) variierte?

... im Jahr 2014 57,18 Prozent der Anspruchsberechtigungen im Bundesland Niederösterreich der NÖGKK zugeordnet waren? Der Anteil der OÖGKK an den Anspruchsberechtigungen im Bundesland Oberösterreich betrug 77,43 Prozent.

... im Jahr 2014 60 Prozent der mehrfachversicherten Anspruchsberechtigten unter 20 Jahre alt waren?

... im Jahr 2014 zwischen 90 und 94 Prozent aller über 64-jährigen GKK-Anspruchsberechtigten mindestens ein Heilmittel erhalten haben? Diese „Heilmittel-Patienten“ erhielten im Mittel 46,54 Verordnungen.

... in den ersten sieben Monaten des Jahres 2015 im Schnitt Heilmittelkosten von rund acht Millionen Euro je Kalendertag erstattet bzw. zur Erstattung eingereicht wurden? Die Medikamente aus der



© Alexey Klimentiev - Fotolia.com

Gruppe J (Antiinfektiva zur systemischen Anwendung) sind jene mit der höchsten absoluten Veränderung.

... in den letzten zwei Jahren die Kosten für Heilmittel bei Männern kontinuierlich stärker gestiegen sind als bei Frauen (16,1 Prozent versus 6,8 Prozent)? Die Verordnungszahlen entwickelten sich hingegen ähnlich.

... lediglich in der Altersgruppe 15 bis 54 Jahre anteilmäßig deutlich mehr weibliche Anspruchsberechtigte Heilmittel in Anspruch genommen haben? ... sich die Kosten für Produkte in der Yellow Box bei longitudinaler Betrachtung (2005 bis 2014) mehr als verdoppelten, während die Kosten in der Green Box für denselben Zeitraum annähernd gleich blieben?

... von Jänner bis Juli 2015 mehr als zwei Millionen Personen mindestens eine Antibiotikaverordnung (ATC-Code J01 – Antibiotika zur systemischen Anwendung) erstattet bekamen? Die Anzahl der Verordnungen pro Heilmittelpatient ist bei allen Trägern homogen.

... zur medikamentösen Therapie des Bluthochdrucks bei der kostengünstigsten wirkstoffidenten Substitution (ATC C08CA01-Amlodipin) pro Monat rund 46 Prozent der Kosten reduziert werden könnten? Dies entspricht auf Basis der Preise im Mai 2015 einem Wert von 650.000 Euro.

... die durchschnittliche Anzahl an Konsultationen pro Einwohner im Fach Allgemeinmedizin bei Patienten ab 65 Jahren bei 18,54 lag? Sie war damit fast dreimal so hoch wie jene der 15- bis 64-Jährigen.

... es im Jahr 2013 46 Aufenthalte pro 1.000 Einwohner mit der Hauptdiagnose „II. Neubildungen (C00–D48)“ gab.

... im Jahr 2013 österreichweit die Anzahl der Zahnbehandlerbesuche pro Einwohner zwischen 0,89 (Tirol, Reutte) und 1,62 (Wien, Innere Stadt) variierte? Im Durchschnitt gab es 1,28 Zahnbehandlerbesuche pro Einwohner.

In den ersten sieben Monaten des Jahres 2015 sind im Schnitt Heilmittelkosten von rund acht Millionen Euro je Kalendertag erstattet bzw. zur Erstattung eingereicht worden.