

Zu viel Medizin – wer zahlt den Preis?

Steirische Gesundheitskonferenz | Graz | 9 Juni 2026

Zuzanna Brzozowska¹, Stephanie Lackner¹, Florian Trauner¹,
Florian Bachner¹, Herwig Ostermann^{1,2}

¹ Geschäftsführer, Gesundheit Österreich GmbH, Wien

² Associate Professor, Department für Public Health, Versorgungsforschung und HTA,
Private Universität für Gesundheitswissenschaften, Medizinische Informatik und Technik,
Hall in Tirol

— Agenda

- Konzeptionelle Grundlagen
 - Das 1x1 der Gesundheitsökonomie
 - Unsere Ausgangslage
 - Internationale Entwicklungen
- LVC in a nutshell
- Ausgewählte Befunde in Österreich
 - Fallbeispiel: Antibiotika-Verschreibungsverhalten im niedergelassenen Bereich
 - Fallbeispiel: Nicht notwendige Kaiserschnitte
 - Fallbeispiel: Potenziell inadäquate Medikation (PIM) bei Älteren
 - Fallbeispiel: Vermeidbare Krankenhausaufenthalte (ACSC)
 - Fallbeispiel: Elektive Spitalsleistungen
- Entwicklungsperspektiven
- Fazit

Konzeptionelle Grundlagen

— Das 1x1 der Gesundheitsökonomie

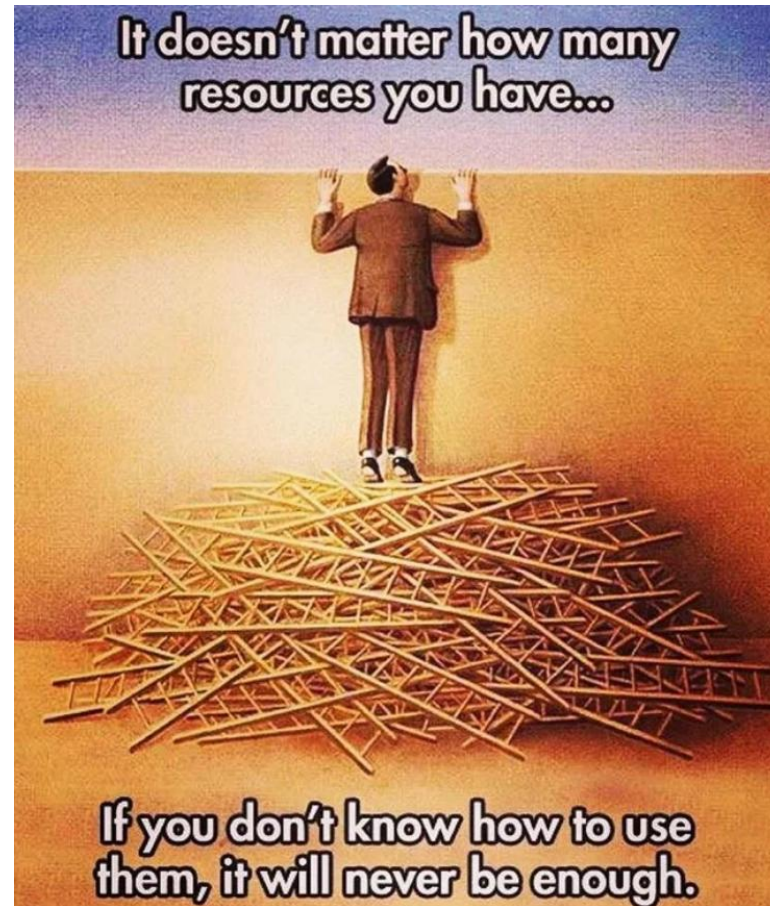
„Economics is the study of how individuals and nations make choices about how to use scarce resources to fulfil their wants“

— Das 1x1 der Gesundheitsökonomie

„Economics is the study of how individuals and nations make choices about how to use scarce resources to fulfil their wants“

Das 1x1 der Gesundheitsökonomie

- Aber...

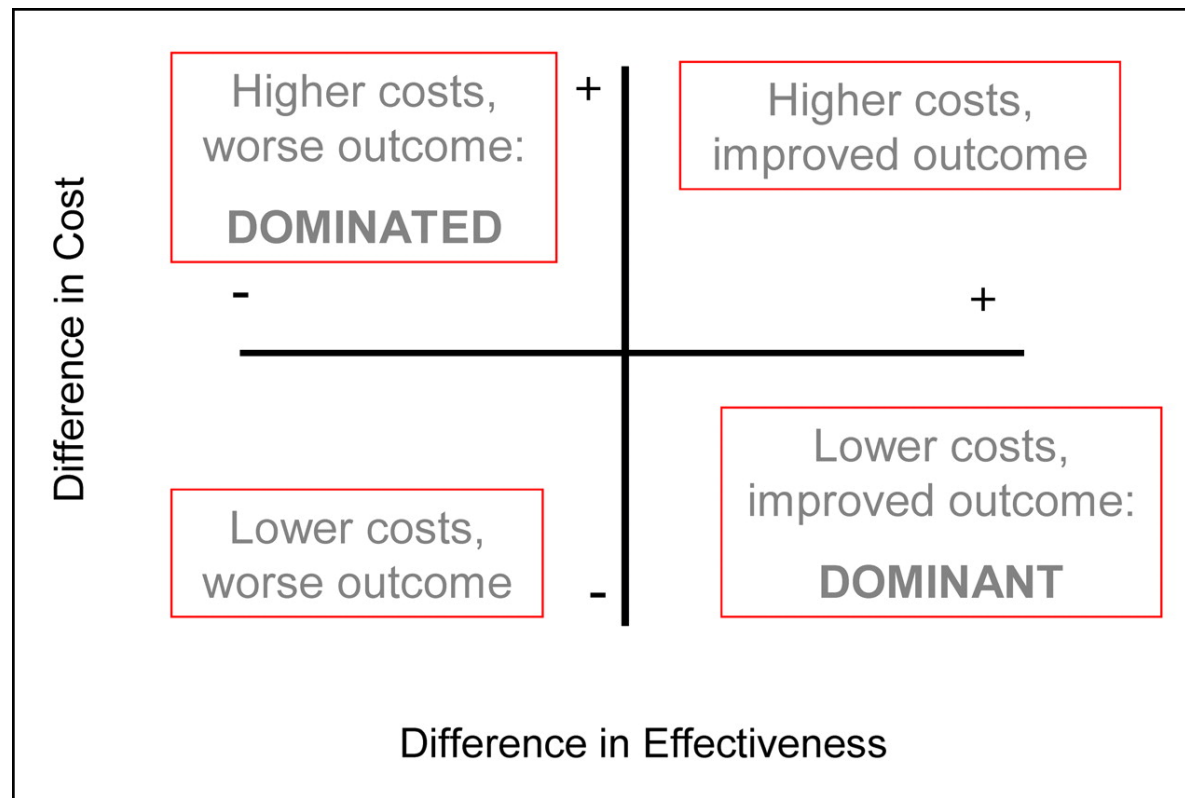


— Das 1x1 der Gesundheitsökonomie

„Economics is the study of how individuals and nations make choices about how to use scarce resources to fulfil their wants“

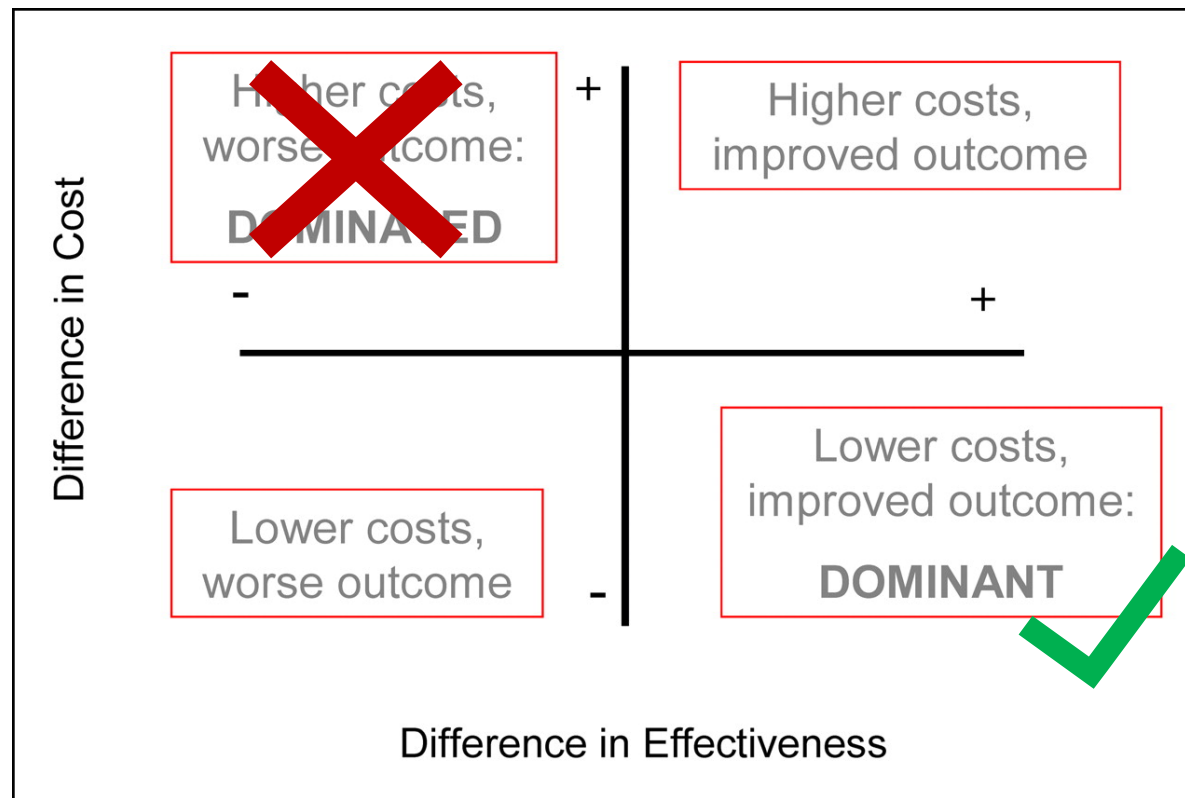
Das 1x1 der Gesundheitsökonomie

- Gesundheitsökonomische Evaluationslogik



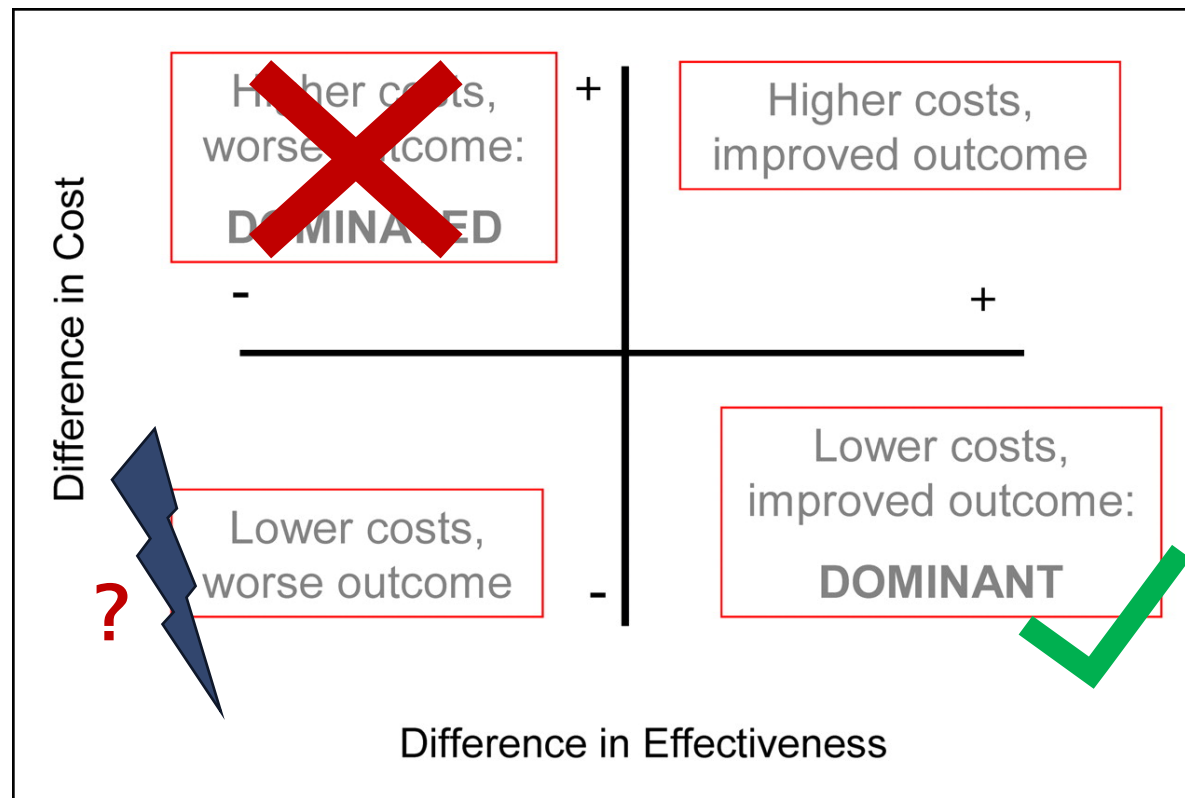
Das 1x1 der Gesundheitsökonomie

- Gesundheitsökonomische Evaluationslogik



Das 1x1 der Gesundheitsökonomie

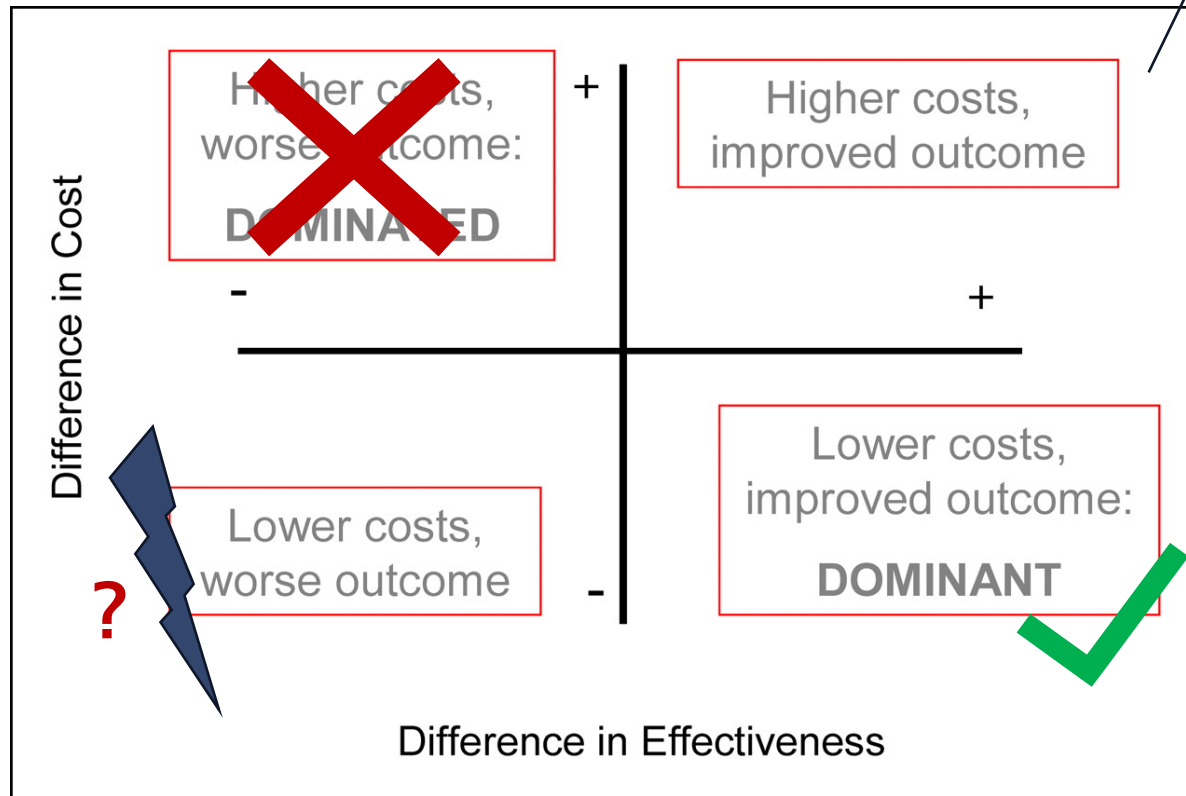
- Gesundheitsökonomische Evaluationslogik



Das 1x1 der Gesundheitsökonomie

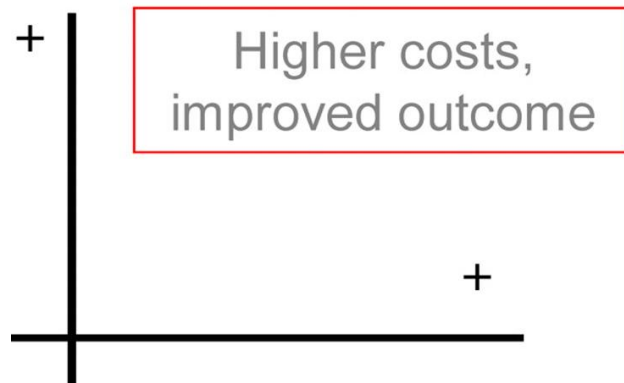
- Gesundheitsökonomische Evaluationslogik

Fokus
gesundheits-
ökonomischer
Evaluationen



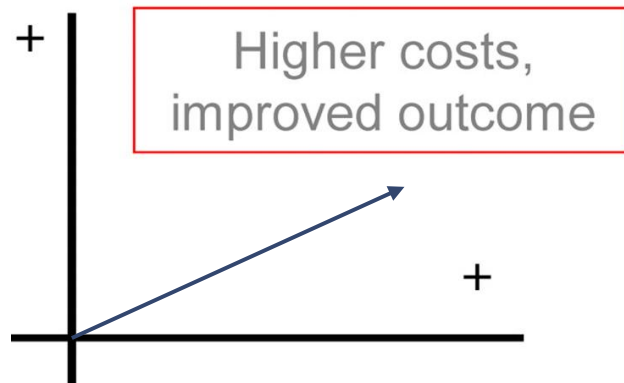
Das 1x1 der Gesundheitsökonomie

- Gesundheitsökonomische Evaluationslogik



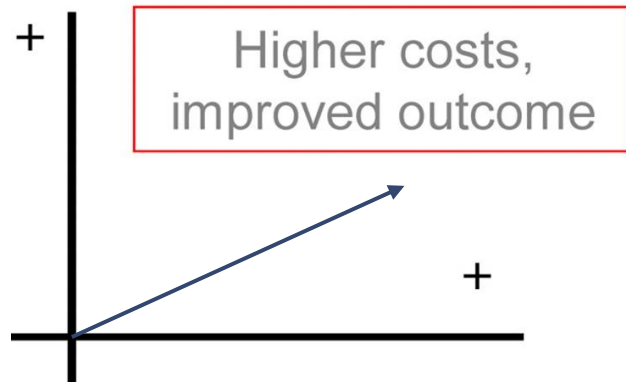
Das 1x1 der Gesundheitsökonomie

- Gesundheitsökonomische Evaluationslogik
- Wie ist die Steigung der Grenze ausgeprägt?
(Wie viel wollen wir für ein QALY ausgeben?)

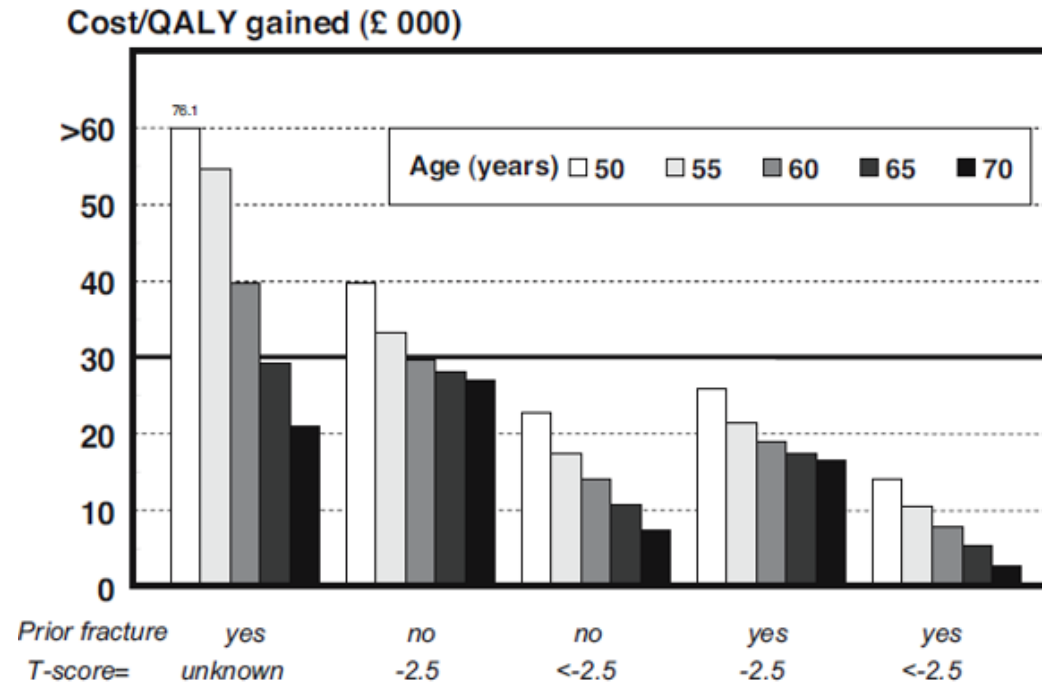


Das 1x1 der Gesundheitsökonomie

- Gesundheitsökonomische Evaluationslogik

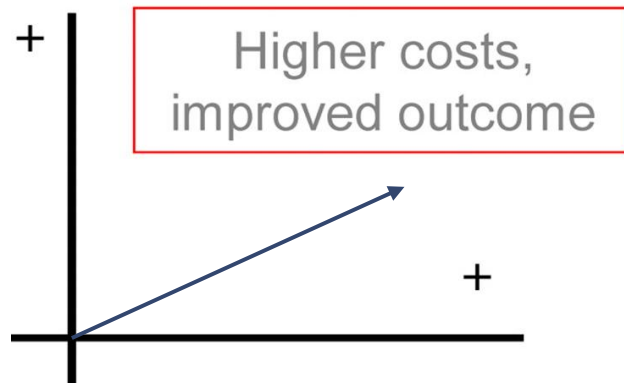


- Wie ist die Steigung der Grenze ausgeprägt? *(Wie viel wollen wir für ein QALY ausgeben?)*

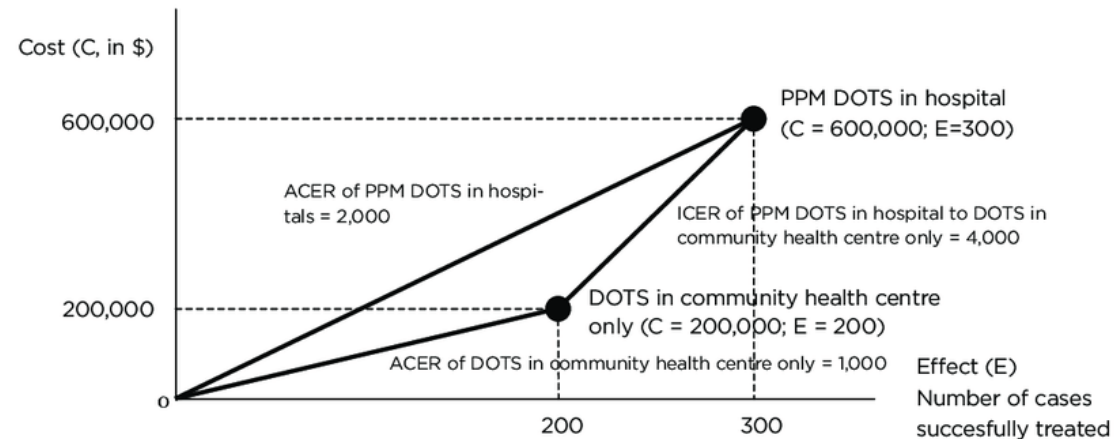


Das 1x1 der Gesundheitsökonomie

- Gesundheitsökonomische Evaluationslogik

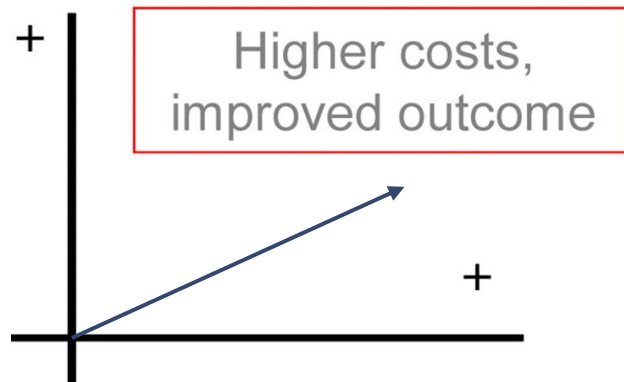


- Wie ist die Steigung der Grenze ausgeprägt? (*Wie viel wollen wir für ein QALY ausgeben?*)
- Wie soll das Kosten-Effektivitäts-Verhältnis im Vergleich zu bestehenden Therapieoptionen ausgeprägt sein?

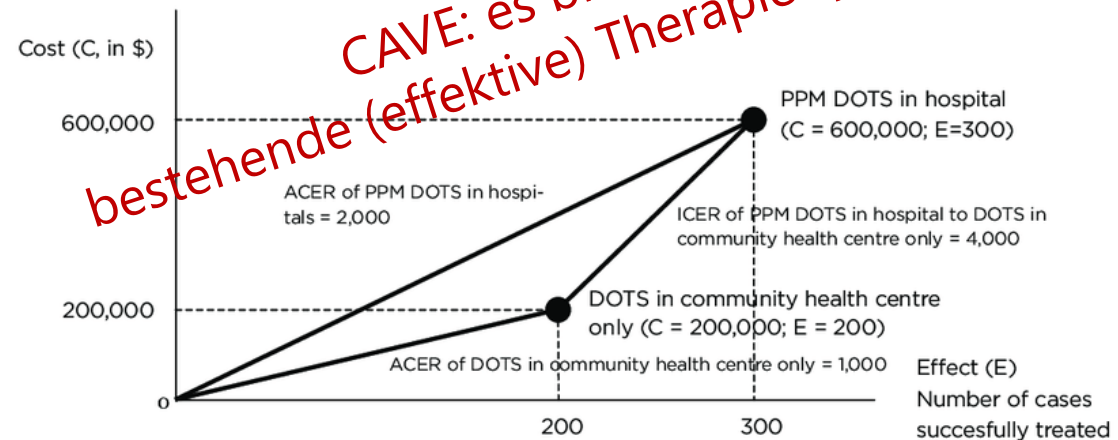


Das 1x1 der Gesundheitsökonomie

- Gesundheitsökonomische Evaluationslogik

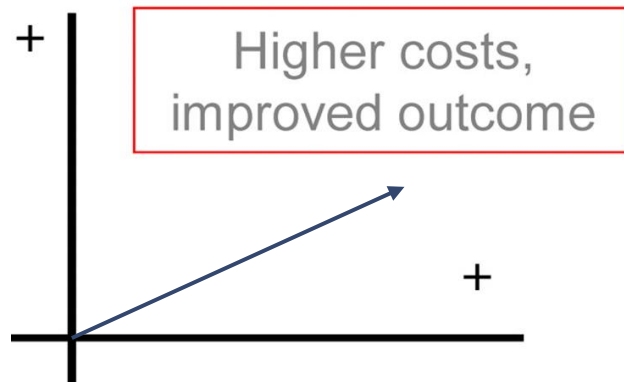


- Wie ist die Steigung der Grenze ausgeprägt? (*Wie viel wollen wir für ein QALY ausgeben?*)
- Wie soll das Kosten-Effektivitäts-Verhältnis im Vergleich zu bestehenden Therapieoptionen ausgeprägt sein?

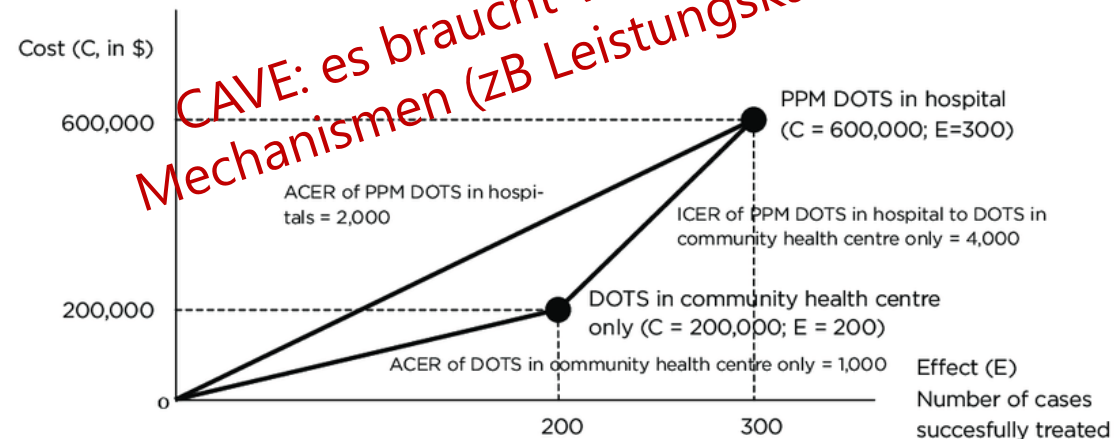


Das 1x1 der Gesundheitsökonomie

- Gesundheitsökonomische Evaluationslogik

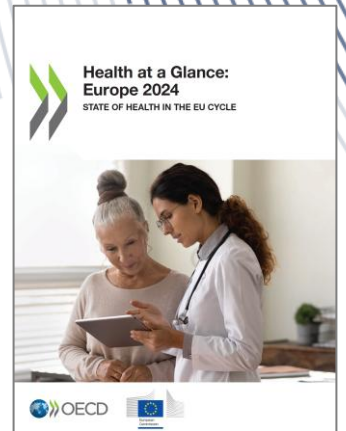
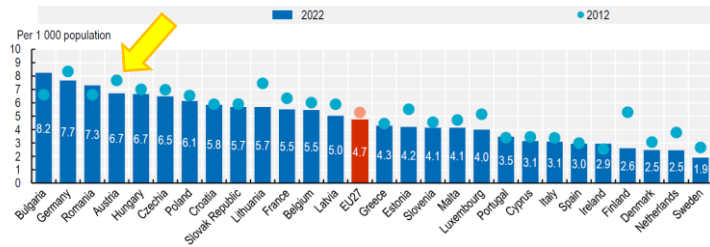


- Wie ist die Steigung der Grenze ausgeprägt? (*Wie viel wollen wir für ein QALY ausgeben?*)
- Wie soll das Kosten-Effektivitäts-Verhältnis im Vergleich zu bestehenden Therapieoptionen ausgeprägt sein?



Unsere Ausgangslage

Figure 7.21. Hospital beds per 1 000 population, 2012 and 2022



Unsere Ausgangslage

Figure 7.21. Hospital beds per 1 000 population, 2012 and 2022

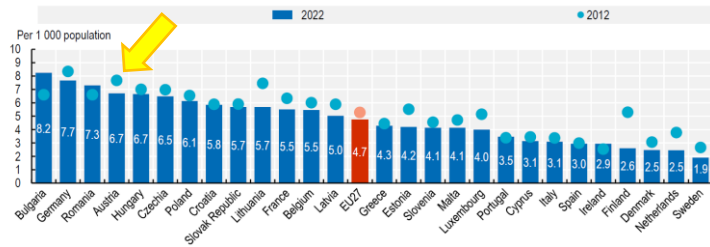
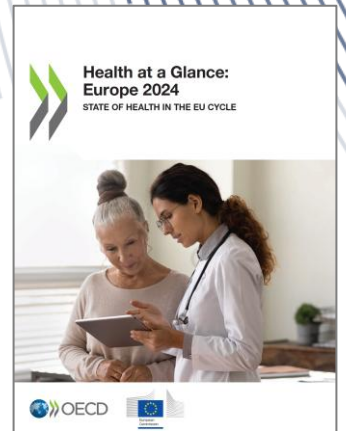
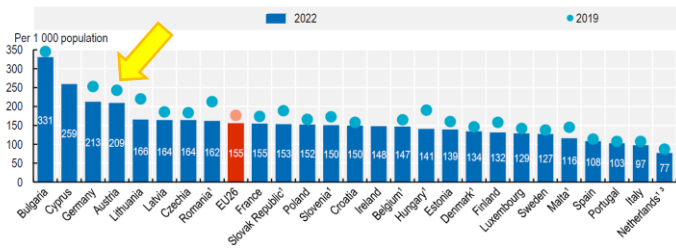
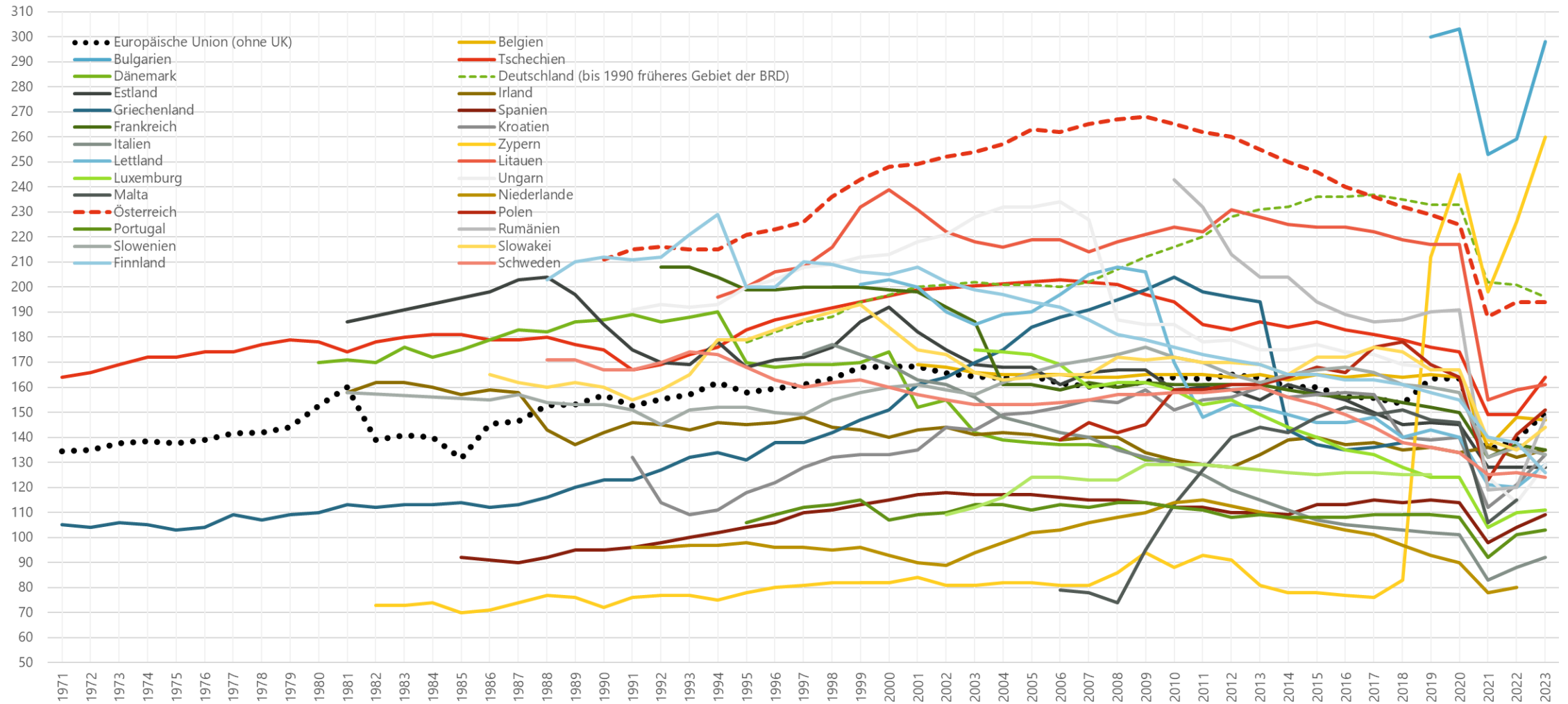


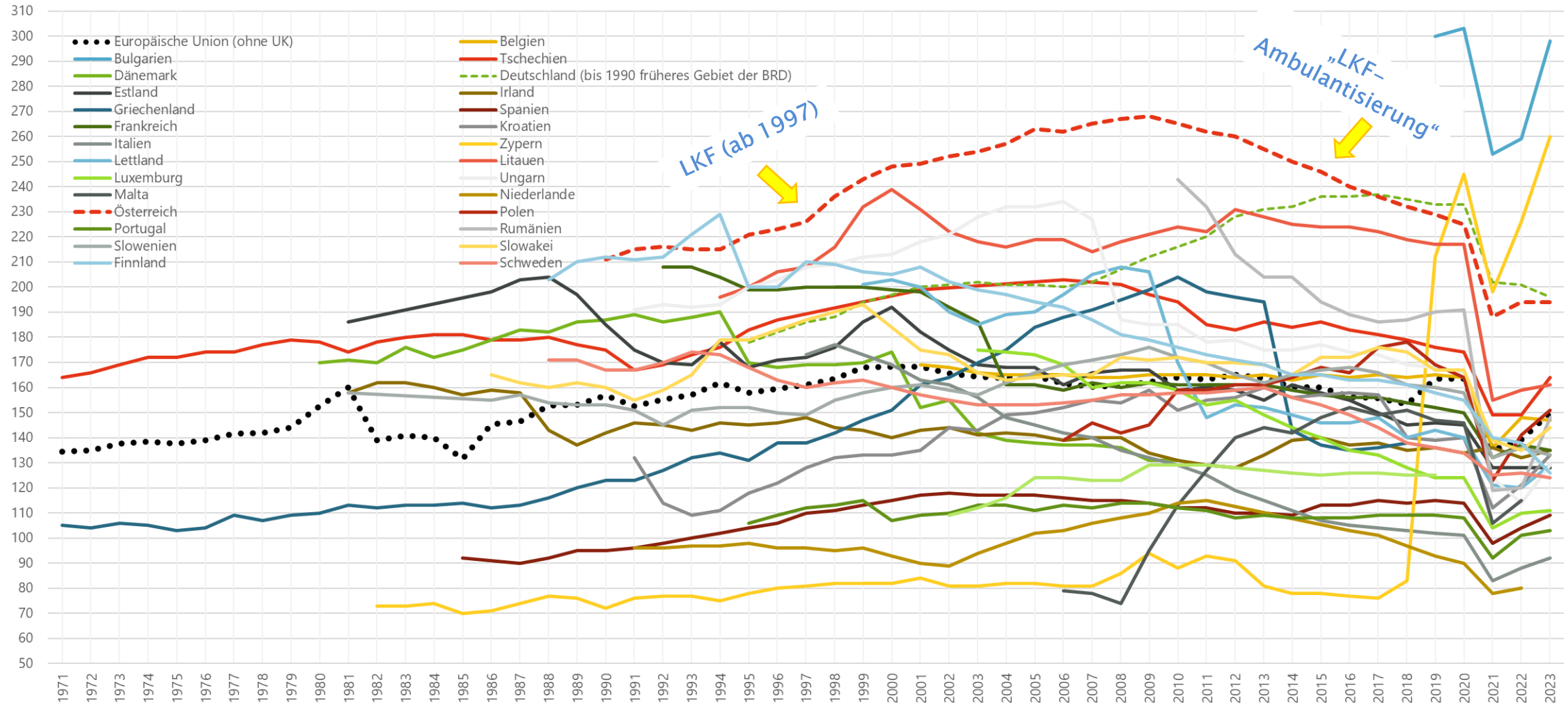
Figure 7.22. Hospital discharges per 1 000 population, 2019 and 2022 (or nearest year)



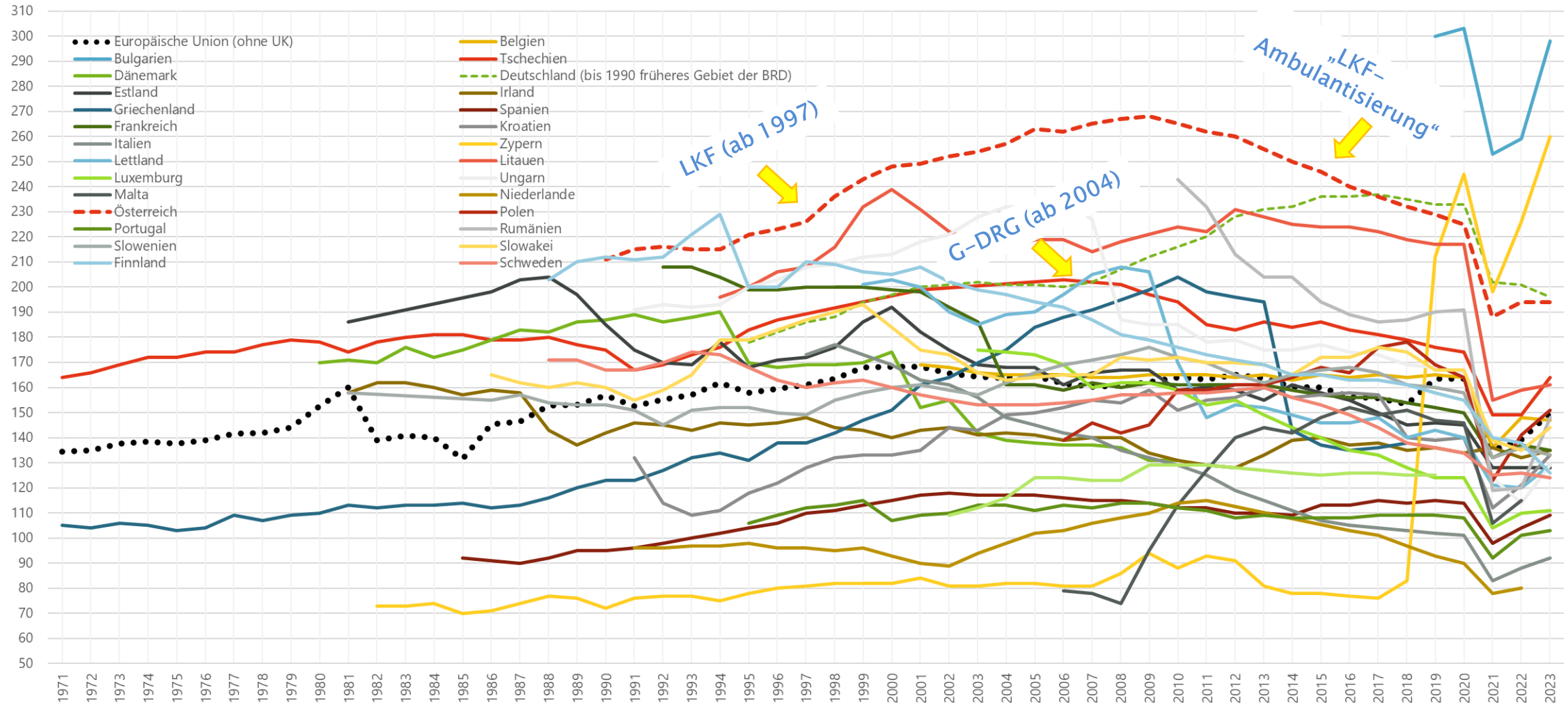
Krankenhausentlassungen pro 1000 Einwohner:innen



Krankenhausentlassungen pro 1000 Einwohner:innen



Krankenhausentlassungen pro 1000 Einwohner:innen



Unsere Ausgangslage

Figure 7.21. Hospital beds per 1 000 population, 2012 and 2022

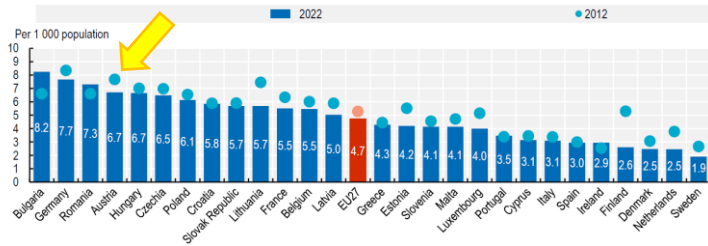


Figure 7.22. Hospital discharges per 1 000 population, 2019 and 2022 (or nearest year)

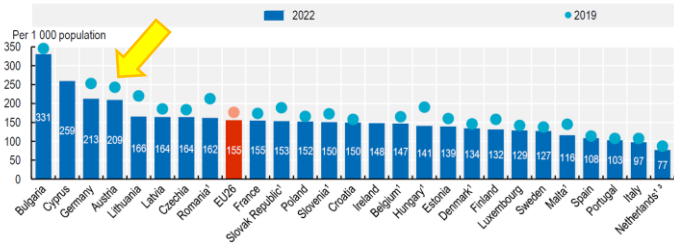
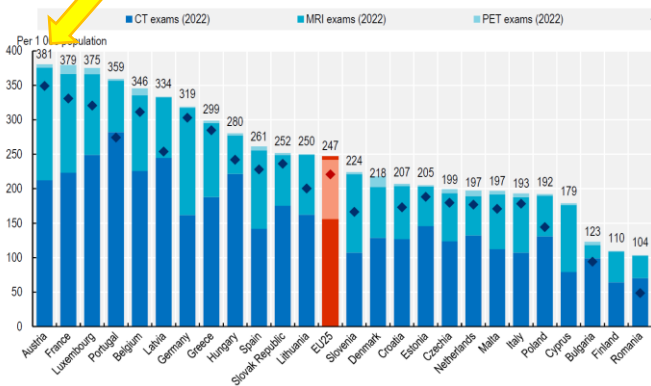


Figure 7.19. CT, MRI and PET exams per 1 000 population, 2019 and 2022



Unsere Ausgangslage



Figure 7.21. Hospital beds per 1 000 population, 2012 and 2022

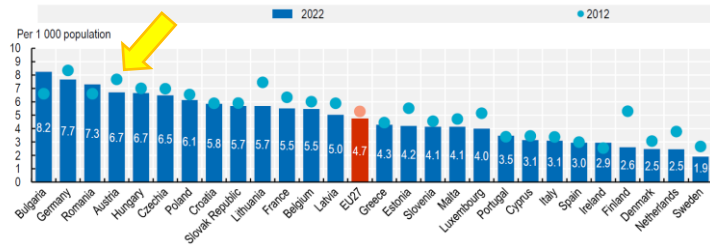


Figure 7.22. Hospital discharges per 1 000 population, 2019 and 2022 (or nearest year)

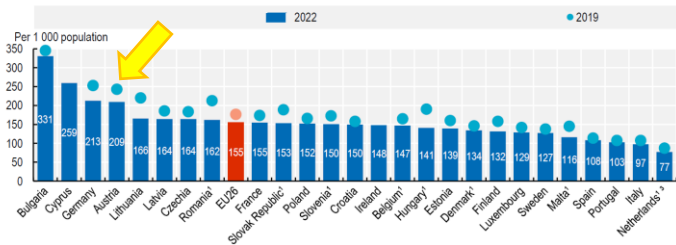


Figure 7.19. CT, MRI and PET exams per 1 000 population, 2019 and 2022

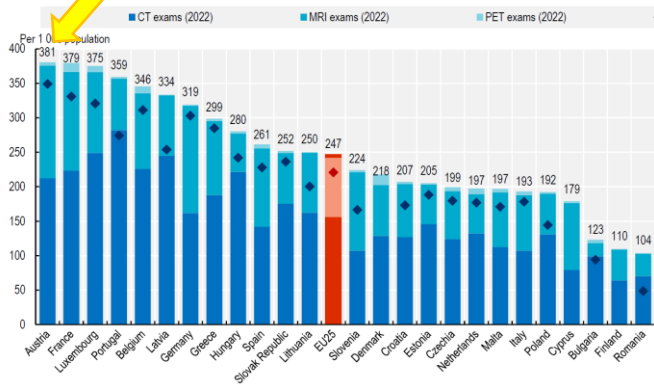


Figure 7.25. Knee replacement, 2020 and 2022

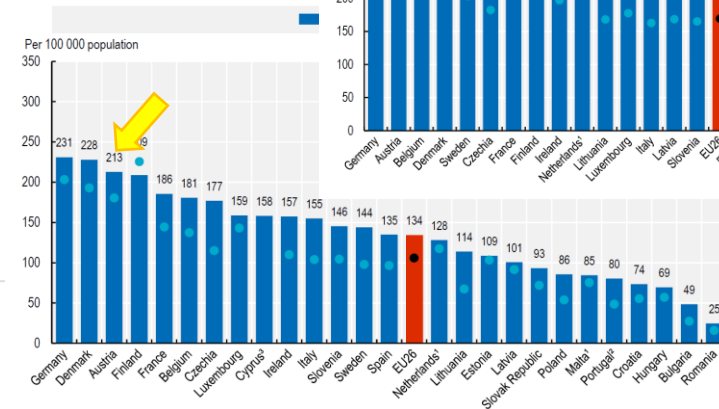
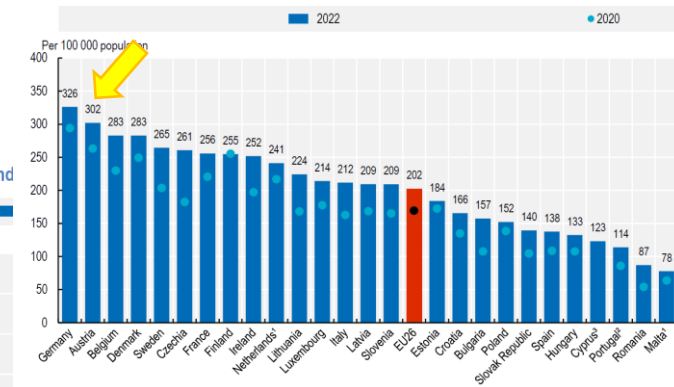


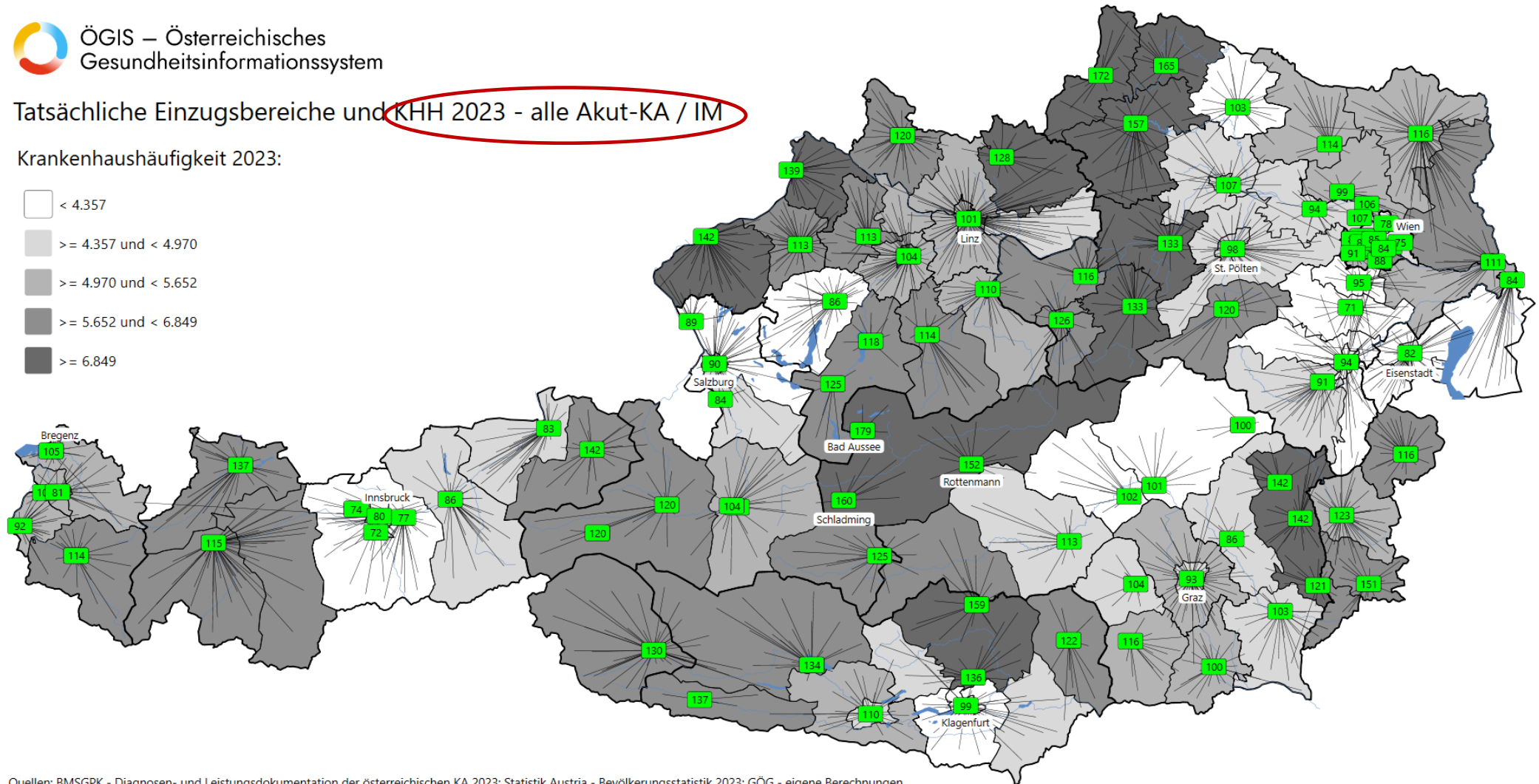
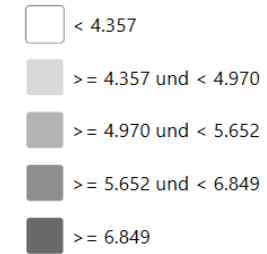
Figure 7.24. Hip replacement, 2020 and 2022 (or nearest year)



Quellen: OECD, 2024; OECD 2025

Tatsächliche Einzugsbereiche und **KHH 2023 - alle Akut-KA / IM**

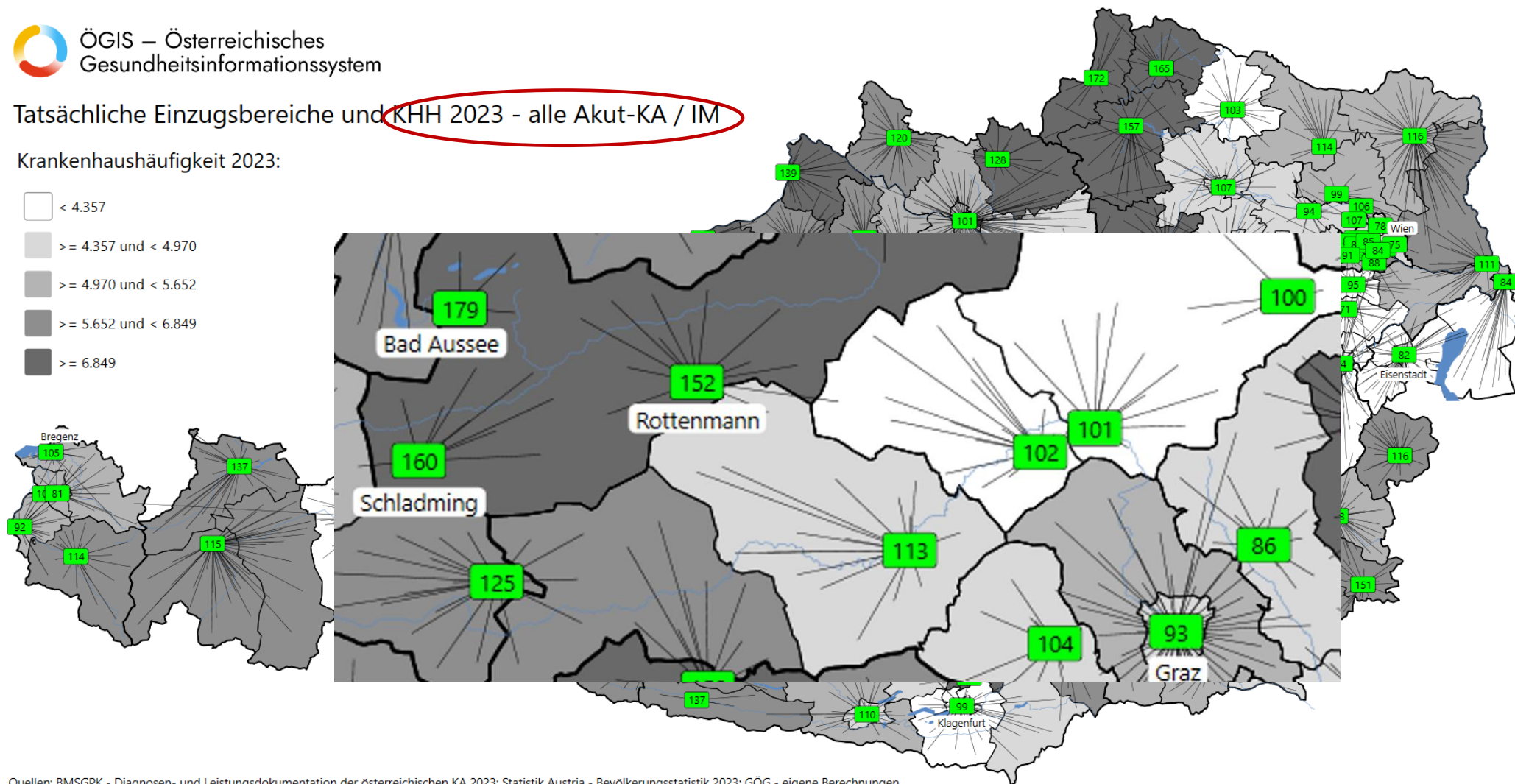
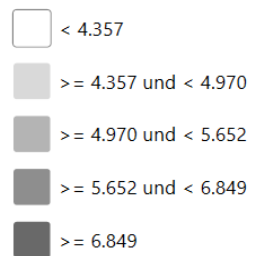
Krankenhaushäufigkeit 2023:



Quellen: BMSGPK - Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen KA 2023; Statistik Austria - Bevölkerungsstatistik 2023; GÖG - eigene Berechnungen

Tatsächliche Einzugsbereiche und **KHH 2023 - alle Akut-KA / IM**

Krankenhaushäufigkeit 2023:



Quellen: BMSGPK - Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen KA 2023; Statistik Austria - Bevölkerungsstatistik 2023; GÖG - eigene Berechnungen



Unsere Ausgangslage

Figure 7.21. Hospital beds per 1 000 population, 2012 and 2022

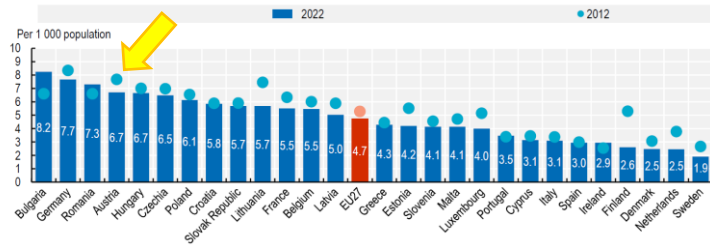


Figure 7.22. Hospital discharges per 1 000 population, 2019 and 2022 (or nearest year)

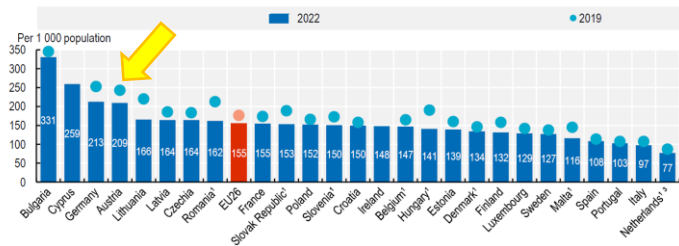


Figure 7.19. CT, MRI and PET exams per 1 000 population, 2019 and 2022

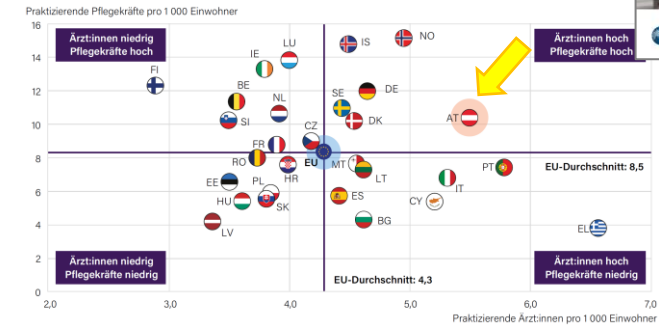
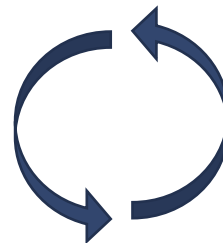
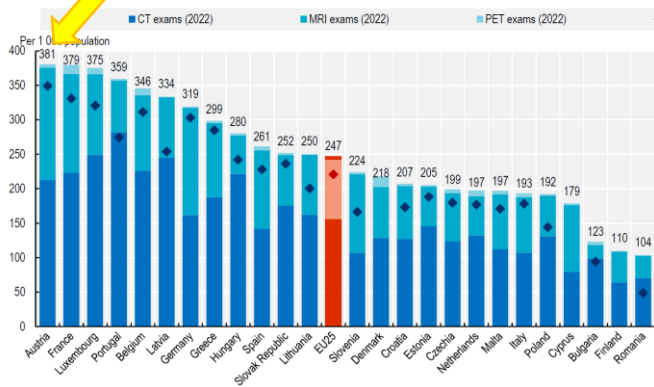


Figure 7.24. Hip replacement, 2020 and 2022 (or nearest year)

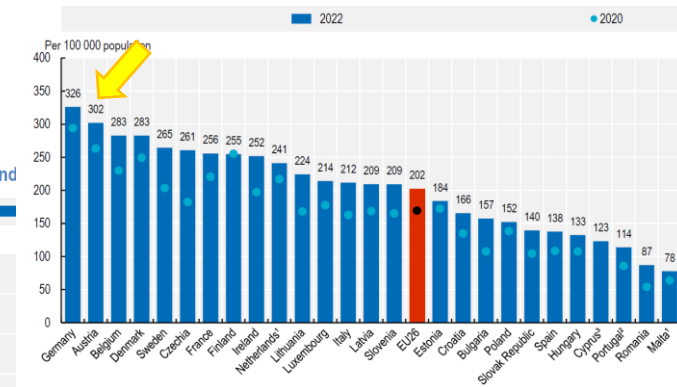
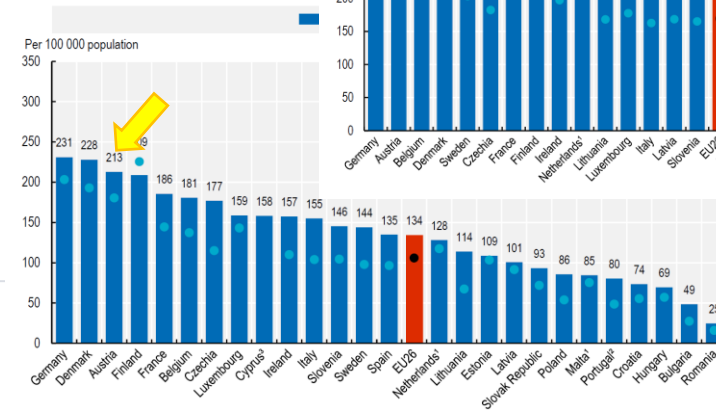


Figure 7.25. Knee replacement, 2020 and 2022 (or nearest year)



Quellen: OECD, 2024; OECD 2025



Unsere Ausgangslage

Figure 7.21. Hospital beds per 1 000 population, 2012 and 2022

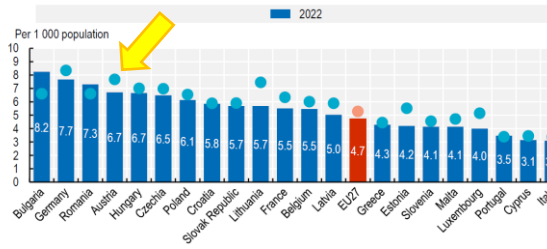


Figure 7.22. Hospital discharges per 1 000 population, 2019 and 2022 (or nearest year)

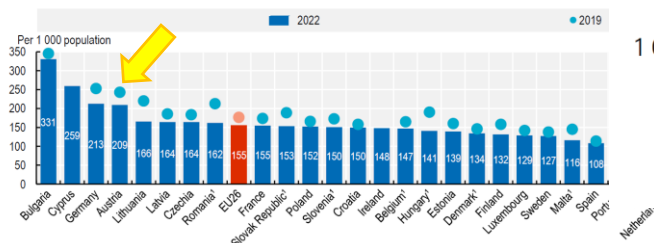
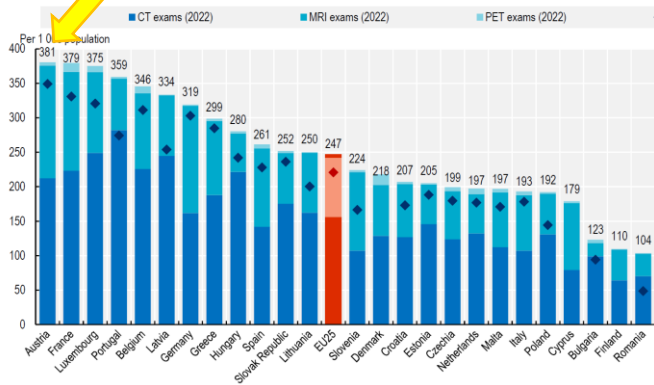
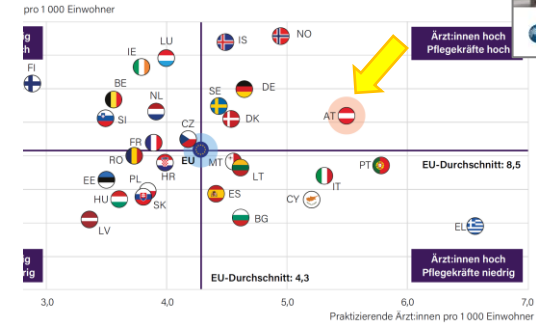
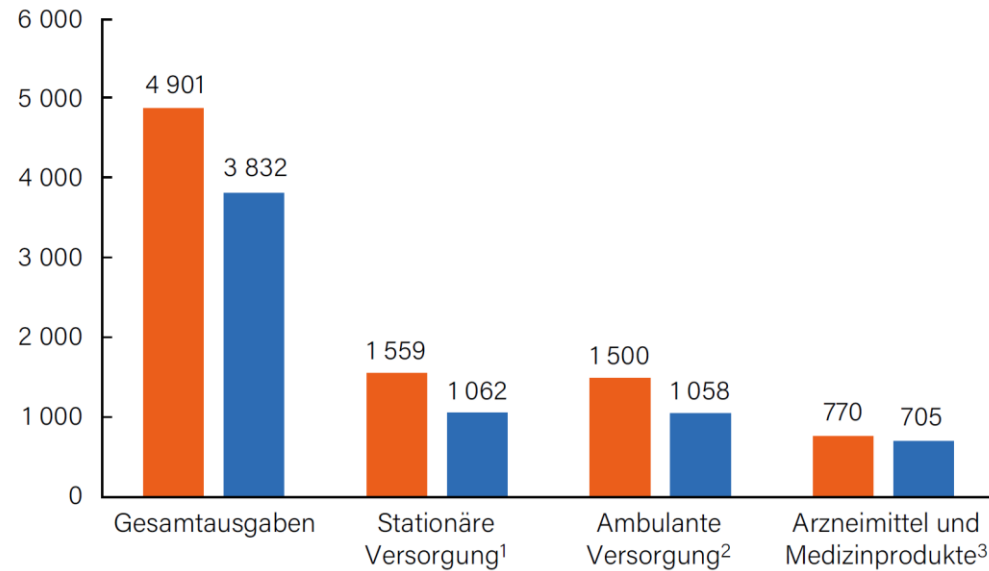


Figure 7.19. CT, MRI and PET exams per 1 000 population, 2019 and 2022



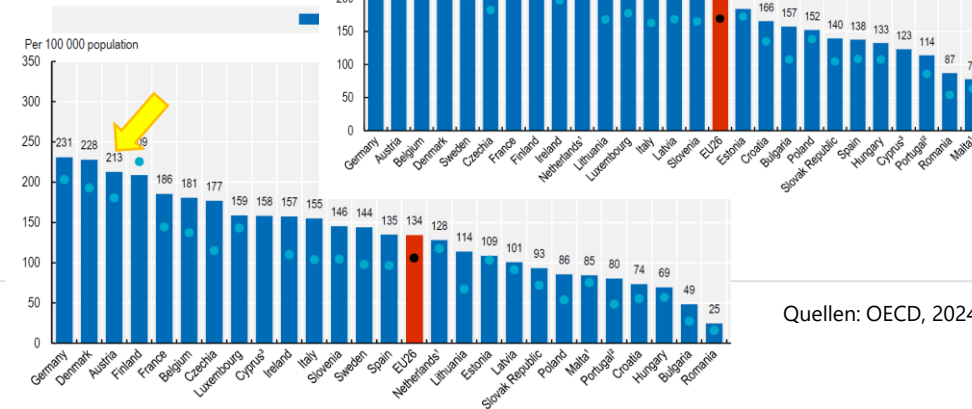
EUR PPP pro Kopf



placement, 2020 and 2022 (or nearest year)



Figure 7.25. Knee replacement, 2020 and 2022



Quellen: OECD, 2024; OECD 2025



Unsere Ausgangslage

Figure 7.21. Hospital beds per 1 000 population, 2012 and 2022

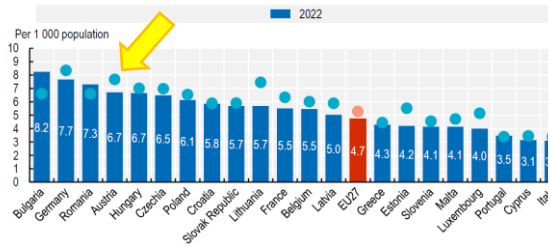


Figure 7.22. Hospital discharges per 1 000 population, 2019 and 2022 (or nearest year)

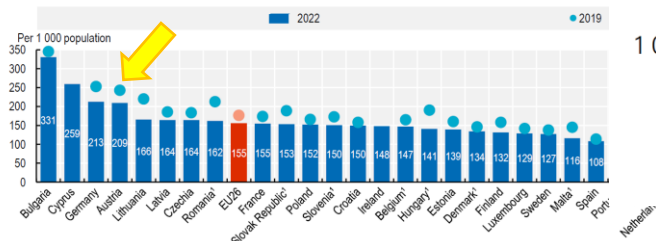


Figure 7.19. CT, MRI and PET exams per 1 000 population, 2019 and 2022

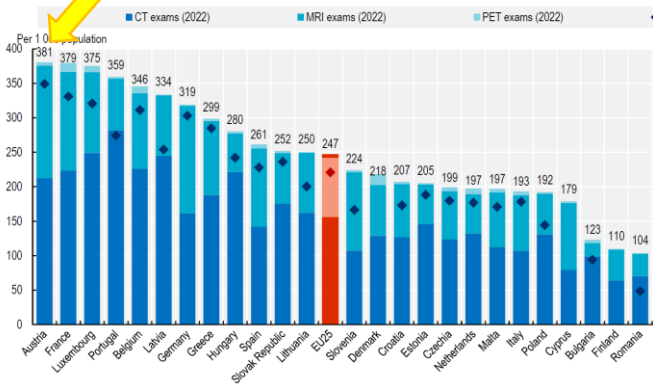
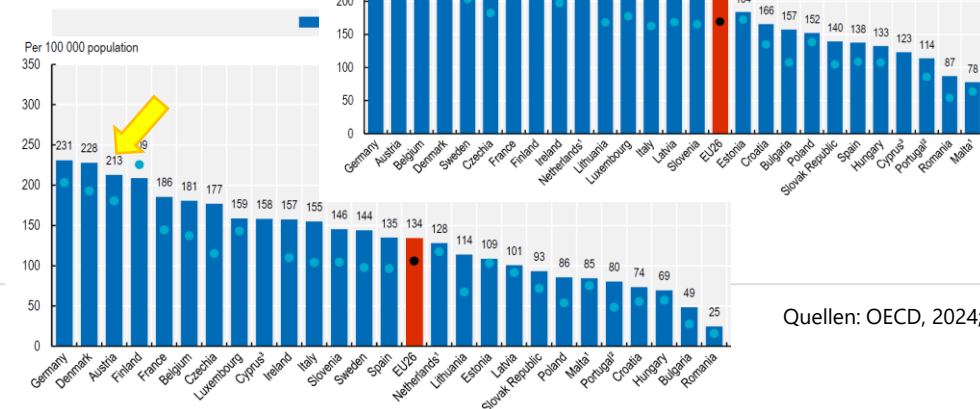
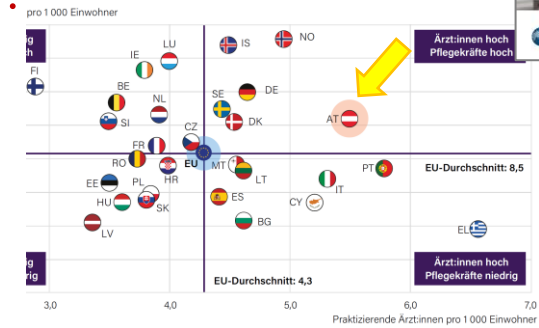
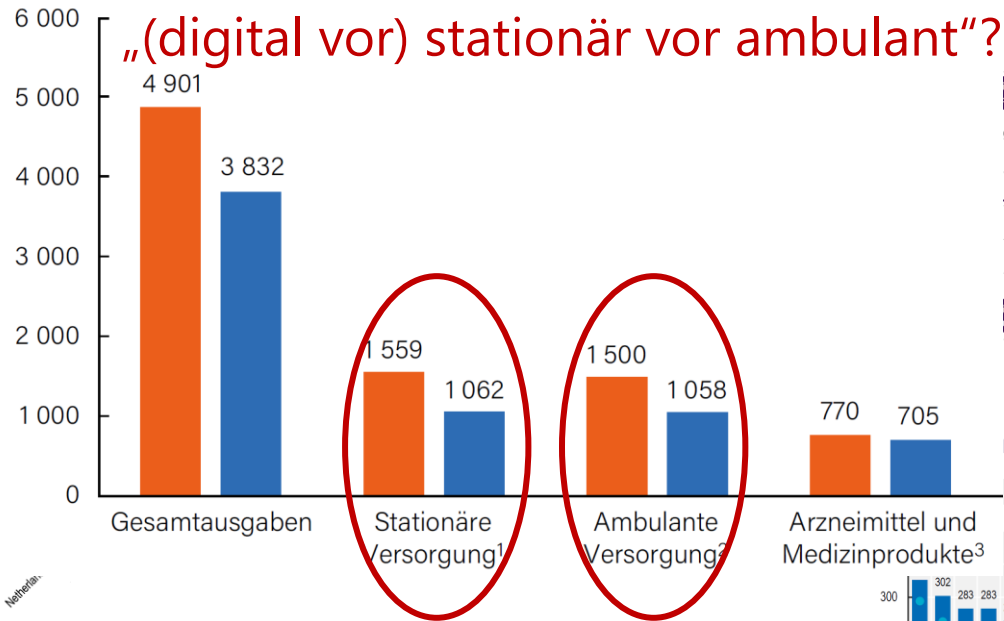


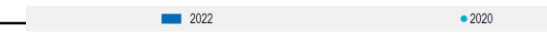
Figure 7.25. Knee replacement, 2020 and 2022



EUR PPP pro Kopf ■ Österreich ■ EU



placement, 2020 and 2022 (or nearest year)





Unsere Ausgangslage

Figure 7.21. Hospital beds per 1 000 population, 2012 and 2022

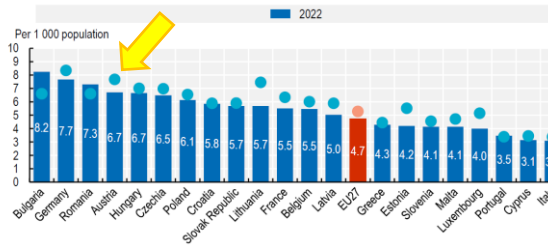


Figure 7.22. Hospital discharges per 1 000 population, 2019 and 2022 (or nearest year)

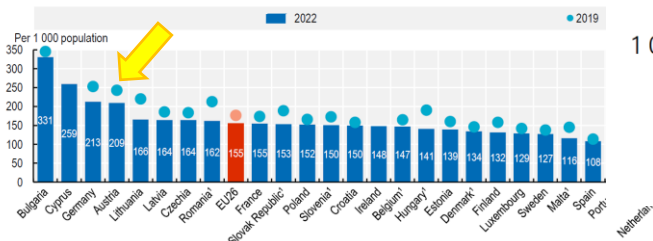
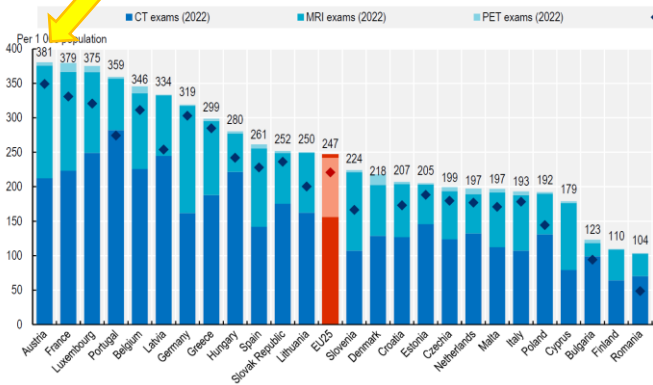
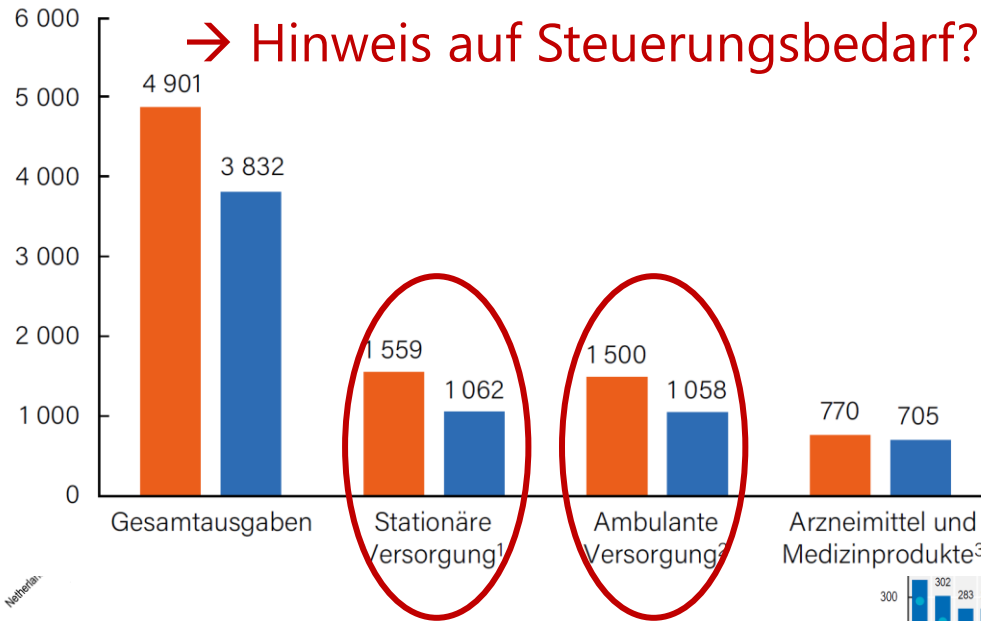


Figure 7.19. CT, MRI and PET exams per 1 000 population, 2019 and 2022

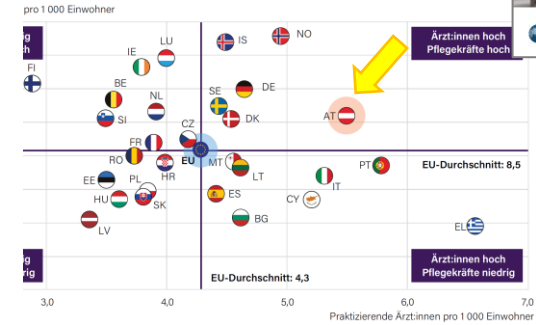


EUR PPP pro Kopf



■ Österreich ■ EU

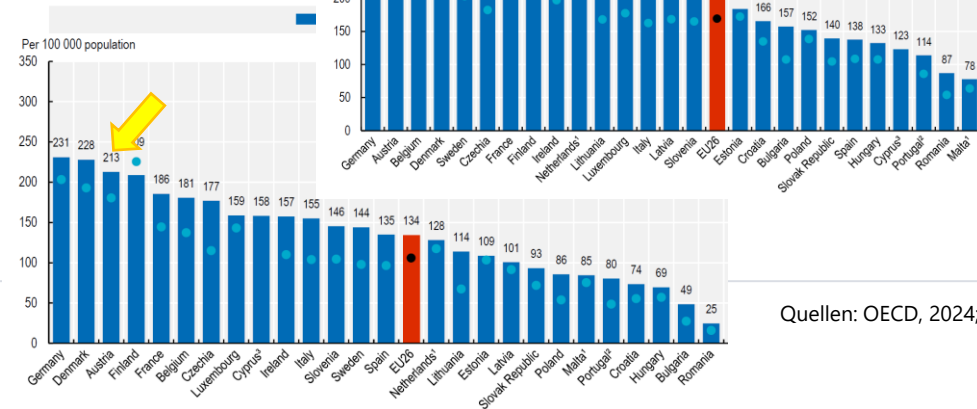
→ Hinweis auf Steuerungsbedarf?



placement, 2020 and 2022 (or nearest year)

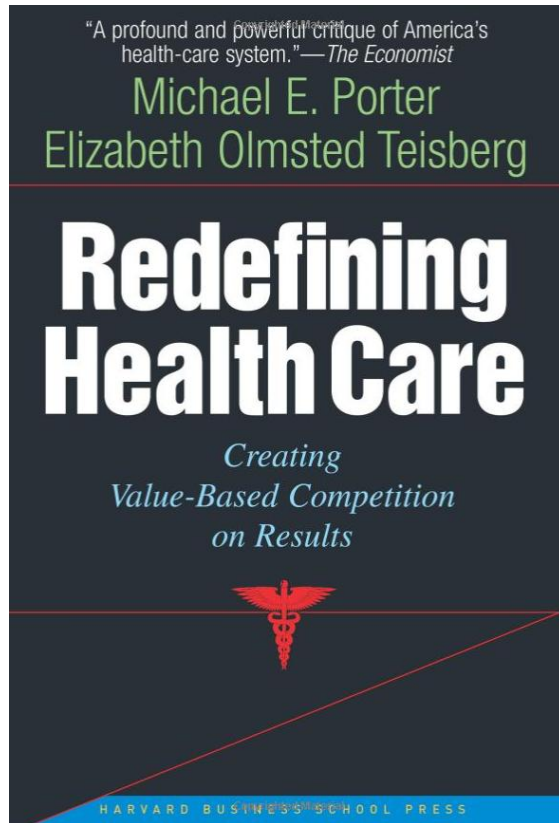


Figure 7.25. Knee replacement, 2020 and 2022



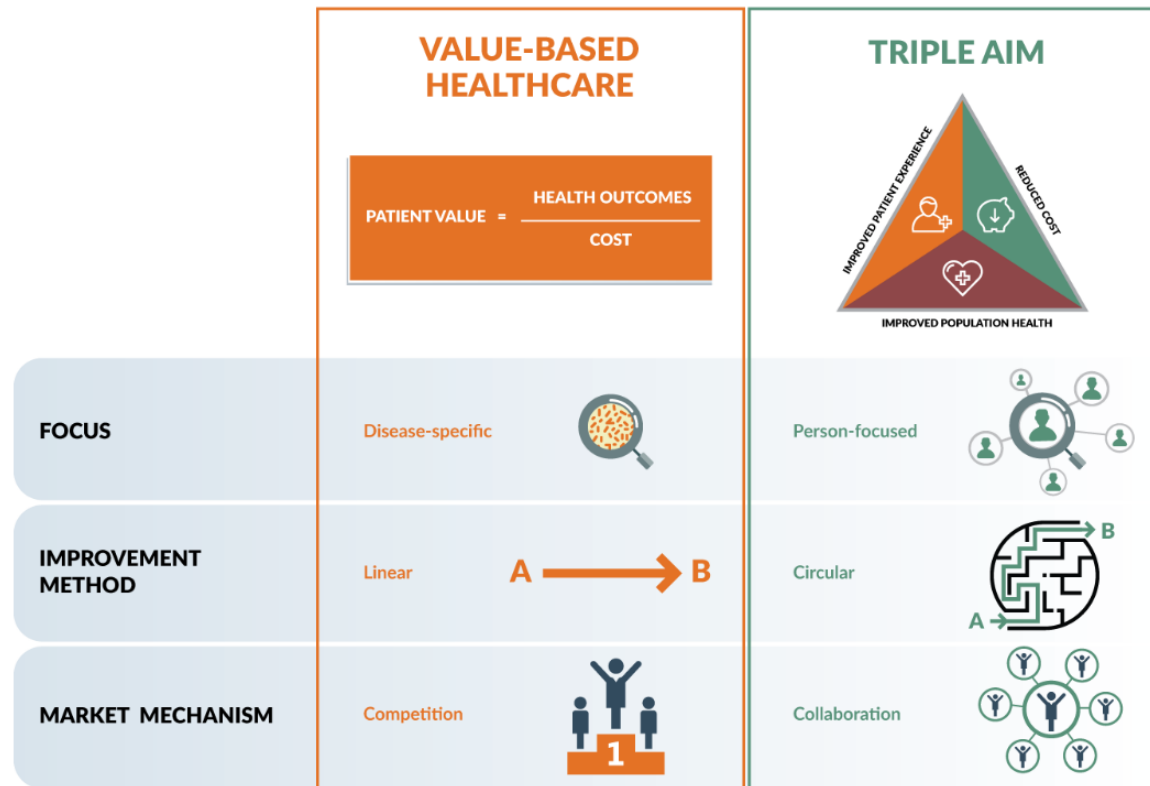
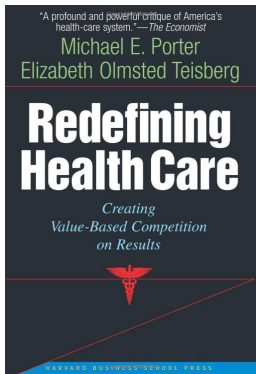
— Internationale Entwicklungen

- Von „Output“ zu „Value“



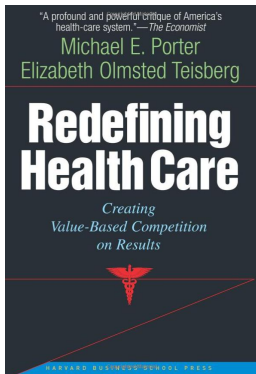
Internationale Entwicklungen

- Von „Output“ zu „Value“

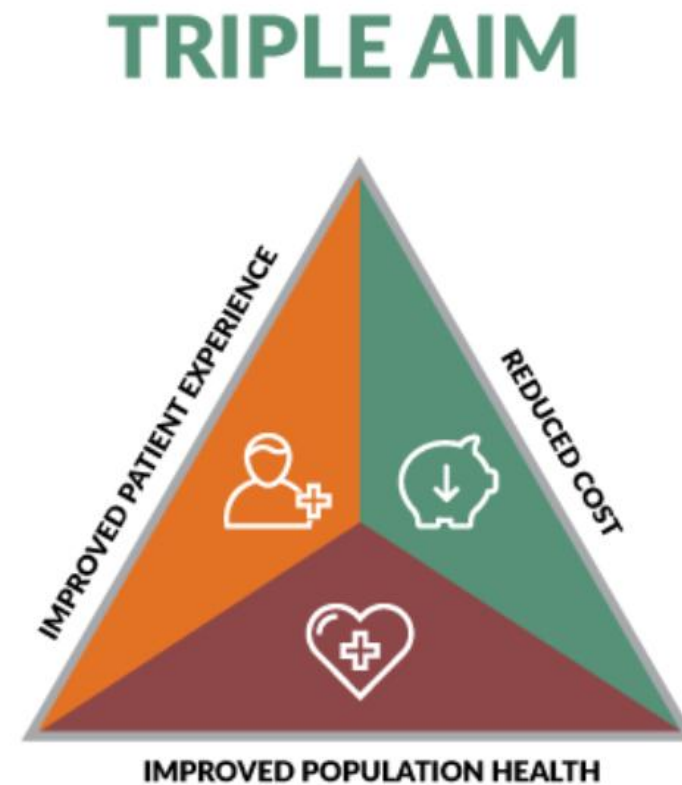


Internationale Entwicklungen

- Von „Output“ zu „Value“



	VALUE-BASED HEALTHCARE	TRIPLE AIM
	$\text{PATIENT VALUE} = \frac{\text{HEALTH OUTCOMES}}{\text{COST}}$	
FOCUS	Disease-specific	Person-focused
IMPROVEMENT METHOD	Linear $A \rightarrow B$	Circular
MARKET MECHANISM	Competition	Collaboration



— Internationale Entwicklungen

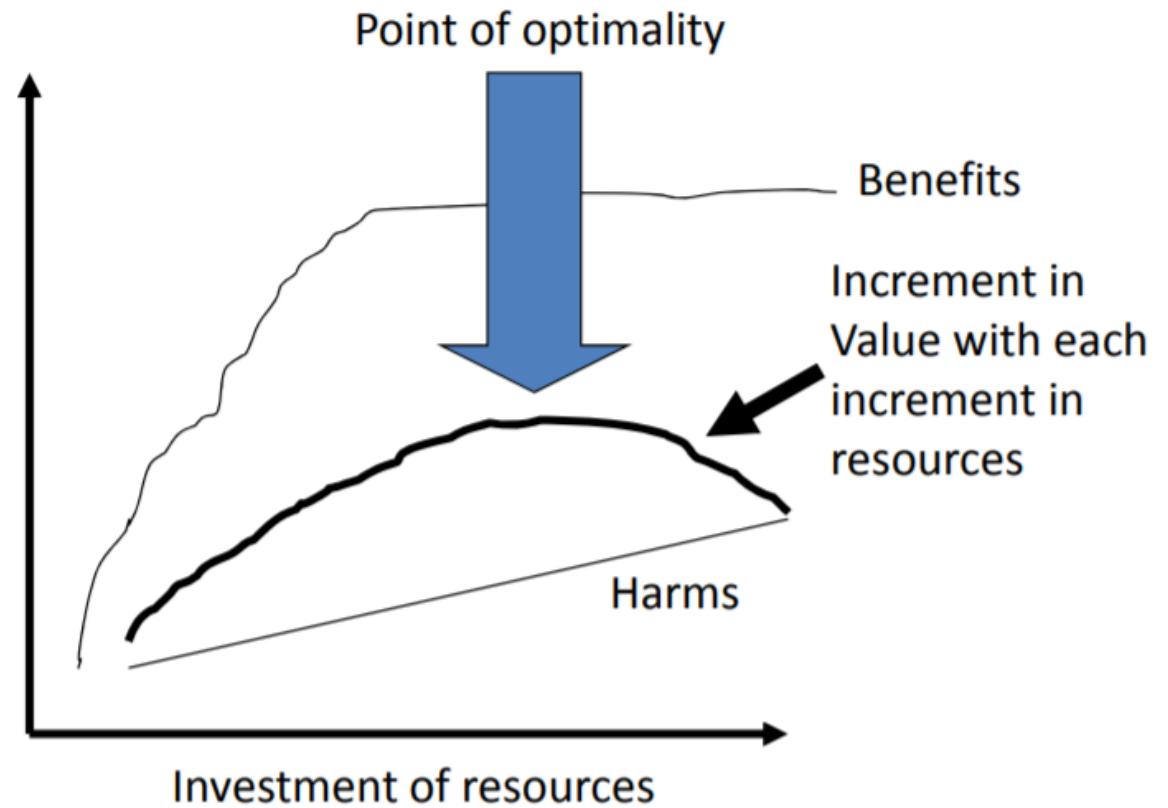
- Von „Output“ zu „Value“
- Zum Fokus auf Nutzenorientierung



Quelle: OECD, 2018

Internationale Entwicklungen

- Von „Output“ zu „Value“
- Zum Fokus auf Nutzenorientierung



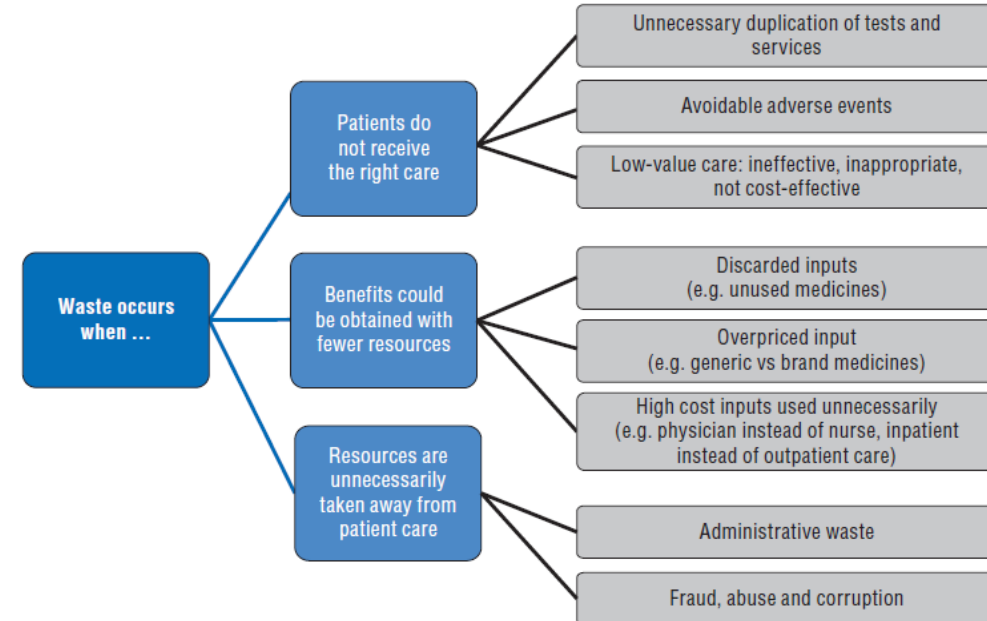
Quelle: OECD, 2018

Internationale Entwicklungen

- Von „Output“ zu „Value“
- Zum Fokus auf Nutzenorientierung



Figure 2.1. A pragmatic approach to identifying and categorising wasteful spending on health



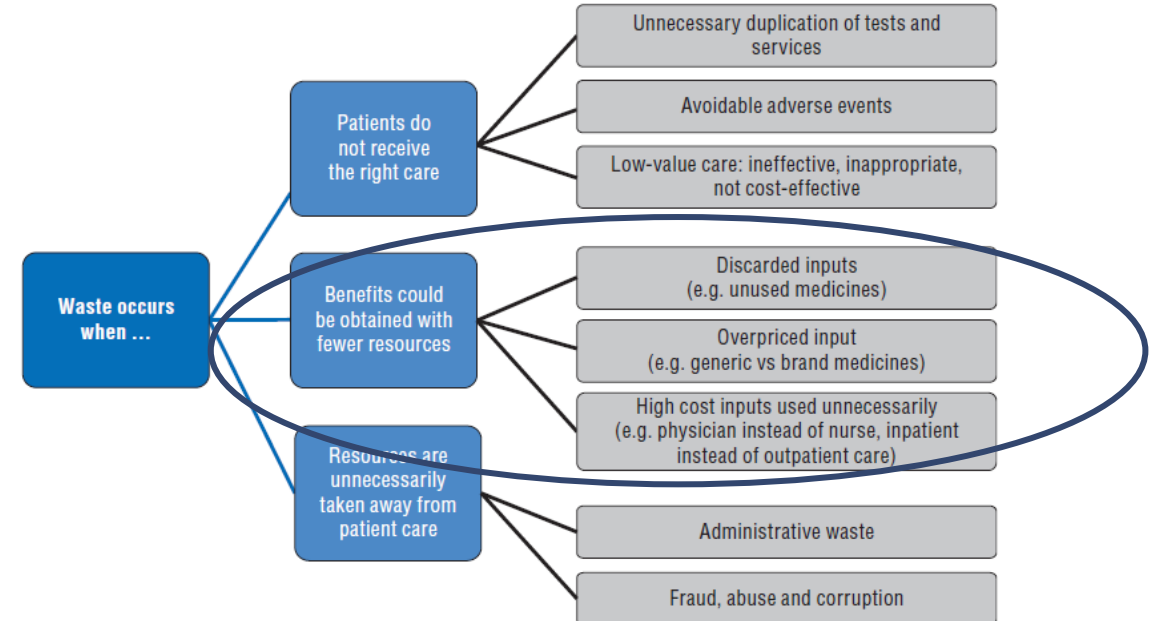
Source: Adapted from OECD (2017), *Tackling Wasteful Spending on Health*, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264266414-en>.

Internationale Entwicklungen

- Von „Output“ zu „Value“
- Zum Fokus auf Nutzenorientierung



Figure 2.1. A pragmatic approach to identifying and categorising wasteful spending on health



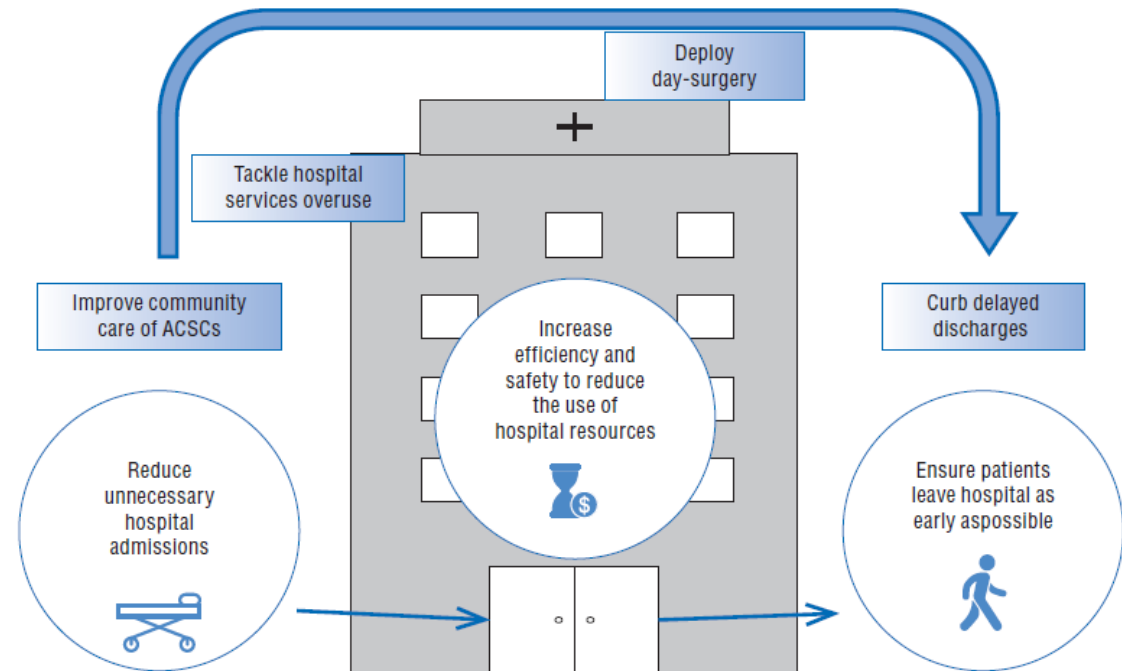
Source: Adapted from OECD (2017), *Tackling Wasteful Spending on Health*, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264266414-en>.

Internationale Entwicklungen

- Von „Output“ zu „Value“
- Zum Fokus auf Nutzenorientierung



Figure 2.2. **Pressure points on wasteful hospital spending**



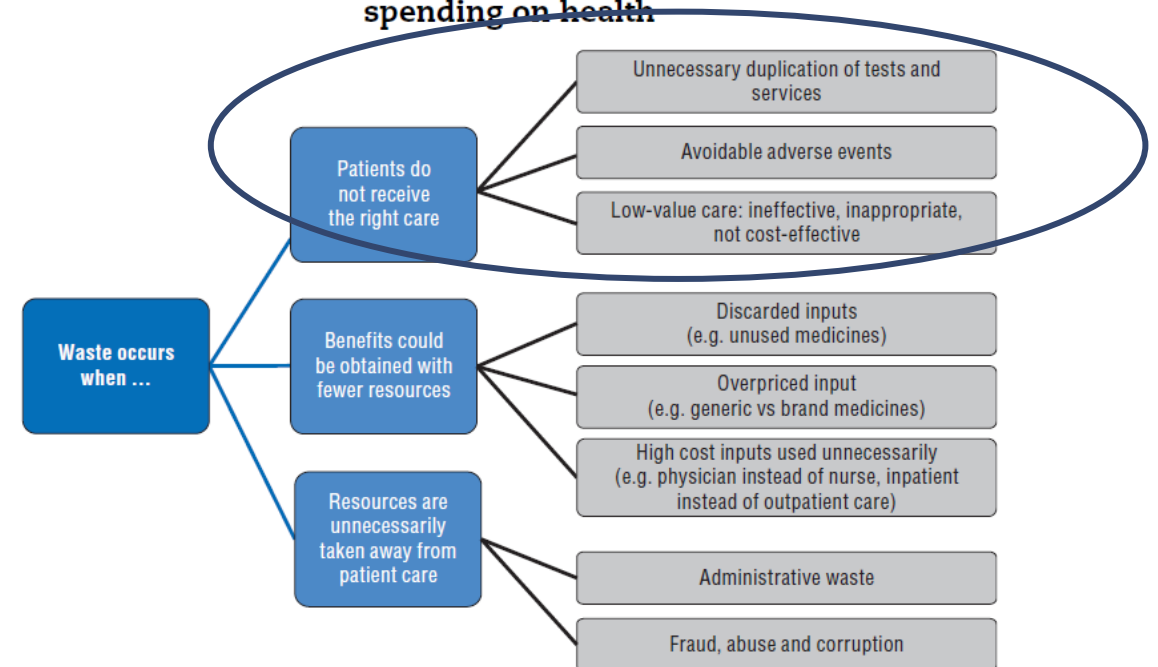
Quelle: OECD, 2017

Internationale Entwicklungen

- Von „Output“ zu „Value“
- Zum Fokus auf Nutzenorientierung



Figure 2.1. A pragmatic approach to identifying and categorising wasteful spending on health



Source: Adapted from OECD (2017), *Tackling Wasteful Spending on Health*, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264266414-en>.

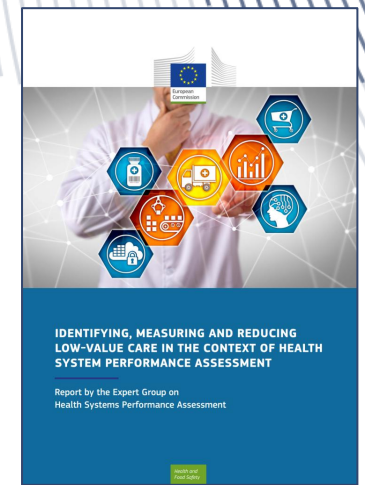
Internationale Entwicklungen

- Von „Output“ zu „Value“
- Zum Fokus auf Nutzenorientierung
- Zur systematischen Identifikation und Vermeidung von Low-Value Care
 - Überversorgung
 - Fehlversorgung
 - Unterversorgung



Internationale Entwicklungen

- Die Kosten der Ineffizienz:
Warum Low-Value Care (LVC) nicht ignoriert werden darf
 - Laut Schätzungen sind etwa 25-30% aller Gesundheitsleistungen in Ländern wie Australien, Kanada, Spanien, Brasilien und den USA von geringem Nutzen, d.h. sind **Low-Value Care** (Brownlee et al. 2017).
 - Dies kann zu **schlechten Behandlungsergebnissen** führen – etwa durch Nebenwirkungen von Therapien oder unnötige Folgeuntersuchungen (mit dem Risiko einer Überbehandlung zufälliger Befunde) – sowie zu einer **ineffizienten Nutzung der Gesundheitsressourcen**, was die Nachhaltigkeit des Gesundheitssystems gefährden kann.
 - Auch für Österreich werden in nationalen und internationalen Studien wesentliche **Optimierungs- und Effizienzpotenziale** verortet, sowohl im extra- als auch intramuralen Bereich.
 - Das Reduzieren von Low-Value Care verbessert die Effizienz und Qualität der Gesundheitsversorgung.
 - LVC-Analysen unterstützen die Rechtfertigung von **Transformationsprozessen und Strukturreformen** („Standort-Debatten“, usw.).



Internationale Entwicklungen

- Ineffizienz im österreichischen Gesundheitssystem: Thema der öffentlichen Debatte



Wunsch nach kürzeren Wartezeiten bei Ärztinnen bzw. Ärzten und in Krankenhäusern



Quelle: Austrian Health Report 2024/2025

Die Bemühungen zur Effizienzsteigerung im Gesundheitssystem konzentrieren sich weiterhin auf die Primärversorgung, die Digitalisierung und die Arzneipolitik, jedoch werden nur langsame Fortschritte erzielt.

Die Schaffung interdisziplinärer Primärversorgungs-einrichtungen und die Bemühungen zur Verbesserung der integrierten Gesundheitsversorgung sind nach wie vor die wichtigsten Reformen zur Steigerung der Effizienz des Gesundheitssystems; die Fortschritte bleiben jedoch hinter dem Zeitplan zurück. Hauptziele bestehen darin, den ambulanten Krankenhausesektor zu stärken, die Zahl der Tagesfälle und der Behandlungen in ambulanten Einrichtungen zu erhöhen und die Zahl der Krankenhausaufnahmen jährlich um 2 % zu verringern. Ungeachtet eines leichten Anstiegs der

Arzneimittelausgaben könnten effizienter eingesetzt werden.

In Österreich besteht nach wie vor erheblicher Spielraum für eine Steigerung der Effizienz der Arzneimittelausgaben. Die Wirkstoffverschreibung nach internationalem Freinamen (INN) und die Abgabe einer generischen Alternative durch Apotheker sind mit einigen Ausnahmen verboten; damit hat Österreich eine einzigartige Stellung in der EU. Mit 36 % der Gesamtmenge der Arzneimittel im Jahr 2021 lag der Anteil der in Österreich verwendeten Generika deutlich unter dem Anteil Deutschlands (83 %) und der Niederlande (79 %). Obwohl der nationaler Arzneimittelmarkt ein Ziel für den Zugang zu Arzneimitteln umfasst, einschließlich einer Vereinbarung zur gemeinsamen Beschaffung und zur

Gesundheitswesen: Wenn ein System zum Arzt muss

Lange Wartezeiten für Patienten, Personalmangel in der Pflege, Ineffizienz und hohe Kosten sind deutliche Symptome für Fehlentwicklungen im Gesundheitswesen – und ein Auftrag für

Quelle: [wirtschafts-nachrichten.at](https://www.wirtschafts-nachrichten.at)

Quelle: OECD Länderprofil Gesundheit Österreich (2023)

Health system efficiency

Health expenditure in Austria is relatively high (Fig. 2) and characterized by high utilization of inpatient care, with a large number of hospital beds and hospitalization rates per inhabitant, which are among the highest in the EU. Inpatient care consumes a particularly high share of health spending (29.5% of total health expenditure compared to the EU average of 24.7% in 2021). However, there have been efforts to strengthen the hospital outpatient sector and expand the number of day clinics and treatments in outpatient settings, most recently in the health care reform package for 2024–2028 (see section on Reforms). Despite some improvements in hospital utilization, efficiency remains hampered by the separation of financing between the inpatient and ambulatory sectors. Respective targets and priority areas to further improve the efficiency of hospital care are addressed through ongoing reforms for joint planning and financing, and strengthening of primary health care. Other efforts to improve the financial efficiency of the health system could be made in pharmaceutical spending, especially by authorizing generic substitution (Box 8).

Box 8 Is there waste in pharmaceutical spending?

Pharmaceutical spending (referring only to outpatient medicines) accounts for approximately 16% of current health expenditure in Austria (Eurostat, 2024). In Austria, there are no regulations in place to incentivize the use of generic medicines, such as reference pricing systems, and notably, unlike in many other EU countries, instruments such as generic substitution by pharmacists and prescription by international non-proprietary name (generic prescription) are not allowed, except in some circumstances. This leads to low generic shares of pharmaceutical sales both in volume and value. In 2021, approximately 36% of the total volume of medicines were generics, compared to 79% in the Netherlands and 83% in Germany.

Quelle: European Observatory. Austria Health System Summary 2024

Gesundheitssystem am Limit: Viele Ärzte am falschen Platz

In Österreich fehlt es an Pflegepersonal, die Versorgung im Spital leidet massiv darunter. Ärzte gibt es im internationalen Vergleich viele – aber oft nicht da, wo sie gebraucht werden

Gudrun Springer
20. April 2023, 17:38

Quelle: [Der Standard](https://www.derstandard.at)

6. Input-Strukturprobleme im Gesundheitswesen

Das österreichische Gesundheitswesen ist durch eine überhöhte Ärzte- und Spitalsbetten-dichte, häufige und lange Spitalsaufenthalte und eine relativ geringe Zahl von Pflegepersonen gekennzeichnet.

Wie die oben untersuchten Bereiche zeichnet sich auch das österreichische Gesundheitswesen durch relativ hohe Inputs aus. Das betrifft nicht so sehr die Gesamtausgaben, die wie Übersicht 9 zeigt, in Relation zum BIP sogar geringfügig niedriger sind als in den hier zum Vergleich herangezogenen Hochentwickelten Ländern (Dänemark, Schweden und Schweiz). Spitzenwerte erreichen hingegen Deutschland, Dänemark, Schweden und die Schweiz (+35%) sowie Österreich (+43%), die Aufenthaltsdauer im Spital (+28%), Österreich wendet pro Kopf mehr die Spitalsaufenthalte (jeweils +28%), Österreich wendet pro Kopf mehr die Zahl der Spitalsaufenthalte (jeweils +28%), Österreich wendet pro Kopf mehr die Zahl der Arztbesuche (jeweils +28%), Österreich wendet pro Kopf mehr die Zahl der stationären Versorgung auf als alle anderen Länder, ohne vergleichsweise niedrigere Ausgaben im ambulanten Sektor (GÖG, 2014, S. 105). Auch für Investitionswert und für Pharmaka gibt Österreich überdurchschnittlich viel aus, nicht zuletzt weil Generika überbeuert bezogen werden (Übersicht 9). In aufstrebenden Ländern sind die Ausgaben für überhöhten Ärztedichte steht die geringe Zahl an Pflegepersonen, sie ist halb so hoch wie in den Vergleichsländern. Das lässt auf eine problematische Arbeitsteilung und daraus resultierende Ineffizienz schließen.

Die Erfolge (Outcomes) des österreichischen Gesundheitswesens können mit den ambitionierten Inputs nicht Schritt halten: Ersterer erreichen unter den von der OECD (2016B) untersuchten europäischen Ländern im Durchschnitt den 7. Rang (mit einer Spanne von 1 bis 15), der Output hingegen nur den für ein Hochentwickeltes Land (Spanne von 1 bis 17). Die gesamte und die gesunde Lebenserwartung entsprechen zwar denen vergleichbarer Hochentwickeltem, sind in der Altersstruktur allerdings deutlich höher. Die Kindersterblichkeit und die vermeidbare Sterblichkeit in Österreich hoch.

Quelle: Tichy, Gunther (2017) Mangelnde Effizienz als Erfolgshemmnisse. WIFO-Monatsbericht 90(9)

LVC in a nutshell

Low-Value Care Bericht der HSPA-Expertengruppe



Quelle: HSPA-Expertenbericht

- Im Februar 2025 veröffentlichte die Europäische Kommission den Bericht "Identifying, measuring and reducing low-value care in the context of health system performance assessment" der Expertengruppe für Health System Performance Assessment (HSPA)

Ziele des Berichts

- Die neue umfassende Definition der Low-Value Care (LVC) bzw. das LVC-Framework zu präsentieren
- Einen europäischen Konsens über geeignete Indikatoren zur Messung von LVC zu schaffen
 - Die HSPA-Expertengruppe führte diesbezüglich eine Umfrage zu geeigneten Indikatoren durch, Österreich war eines der 18 teilnehmenden Länder
- Value-based Gesundheitsversorgung (*value-based healthcare, VBHC*) als wichtiges Ziel anzuerkennen
 - strebt die bestmögliche Nutzung begrenzter Ressourcen zum größtmöglichen Nutzen Einzelner und der Gesellschaft als Ganzes an
 - Schwerpunkt liegt auf dem Erzielen der besten Ergebnisse im Verhältnis zu den Kosten
 - LVC ist Teil des der VBHC, da sie sich speziell auf Leistungen konzentriert, die reduziert werden müssen, um den durch die Gesundheitsleistungen und das Gesundheitssystem generierten Wert zu optimieren

Nicht Teil des Berichts

- Der Bericht gibt keine direkten Empfehlungen für bestimmte Indikatoren oder Maßnahmen ab
- Der Bericht behandelt nicht, wie Prozesse aufgebaut werden können, um potenzielle neue oder noch unbekannte LVC-Leistungen zu entdecken und zu adressieren

Definition von Low-Value Care

Aus der Gesundheitssystemperspektive umfasst Low-Value Care die **Über-, Fehl- und Unterversorgung** mit Gesundheitsleistungen (z. B. Prävention, Diagnostik, Behandlung, Medikation).

Über- und/oder Fehlversorgung umfasst die Erbringung schädlicher, unwirksamer, unangemessener oder nicht kosteneffektiver Gesundheitsleistungen.

Unterversorgung bezieht sich auf Gesundheitsleistungen, die nicht erbracht oder in Anspruch genommen werden, obwohl sie notwendig sind.

Low-Value Care kann negative Folgen für die **Patientenschaft, ihre Betreuungspersonen, das Gesundheitspersonal, das Gesundheitssystem als Ganzes und das weitere Umfeld** haben.

Quelle: Europäische Kommission (2025) "Identifying, measuring and reducing low-value care in the context of health system performance assessment", Expertengruppe für Health System Performance Assessment (HSPA)

Definition von Low-Value Care

CATEGORY OF LOW-VALUE CARE	OVERUSE AND MISUSE				
TYPE OF LOW-VALUE CARE	A. The service harms the patient	B. The service does not benefit the patient/ has no effect (no benefit or benefit/ harm relation unfavourable)	C. There are more cost-effective alternatives to the service	D. There are more environmentally sustainable alternatives with similar or higher benefits	E. The service is delivered in a costlier setting/ sector or by costlier professions than necessary
DEFINITION	Services that pose more risks (for example, adverse patient events, such as health-care-associated infections, surgical-care errors, and unsafe technologies) than benefits to the patients (costs are by definition unwarranted)	Services that lead to additional costs without expected health benefit, that is, the services have no known benefit for all patients, or the services are not appropriate for the individual patient, based on expected outcomes, medical criteria, guidelines, or preferences	Services for which alternatives exist that provide the same benefit for lower cost, or higher benefit for the same cost, that is, are more cost-effective	Services or resources for which alternatives exist that provide similar benefits while being more environmentally sustainable (or higher benefit for the same environmental impact)	Services that could be provided at a lower level of care (setting/ sector/ profession) incurring fewer costs (and reducing potential patient risks) or that could have been prevented by the provision of care at previous levels of care

LVC-Framework: Formen von Low-Value Leistungen

Über- und Fehlversorgung



Ungerechtfertigte Variation als Zeichen möglicher Low-Value Care



Unterversorgung



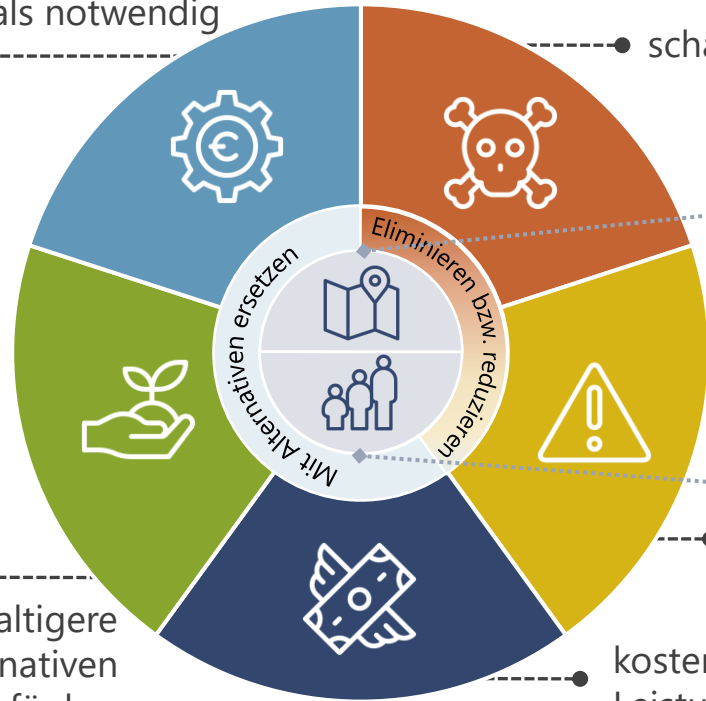
Darstellung: GÖG

LVC-Framework: Formen von Low-Value Leistungen

Über- und Fehlversorgung

Erbringungsform
teurer als notwendig

schädlich



Ungerechtfertigte Variation als Zeichen möglicher Low-Value Care

geografisch

sozio-
demografisch

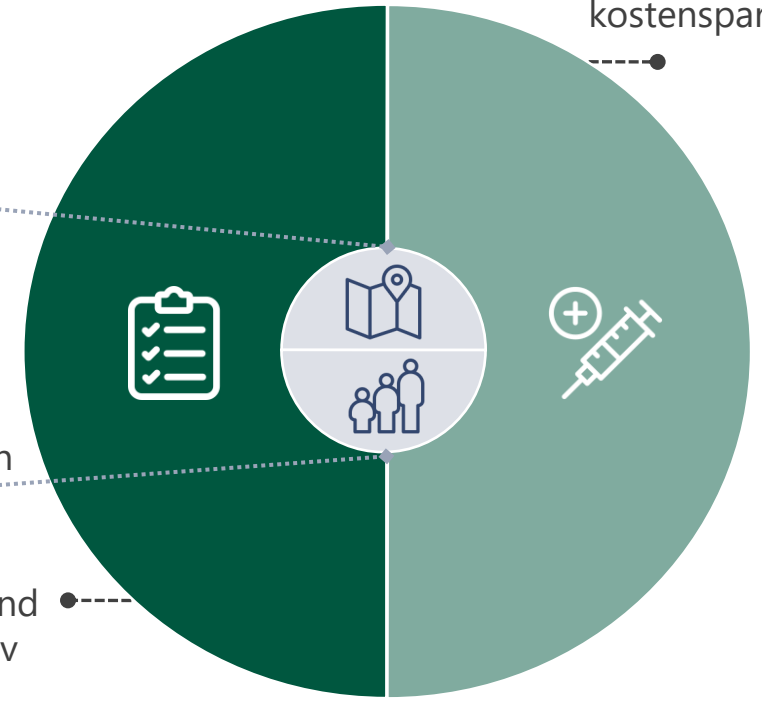
kein ausreichender
Nutzen (relativ zu Risiko)

notwendig und
kosteneffektiv



Unterversorgung

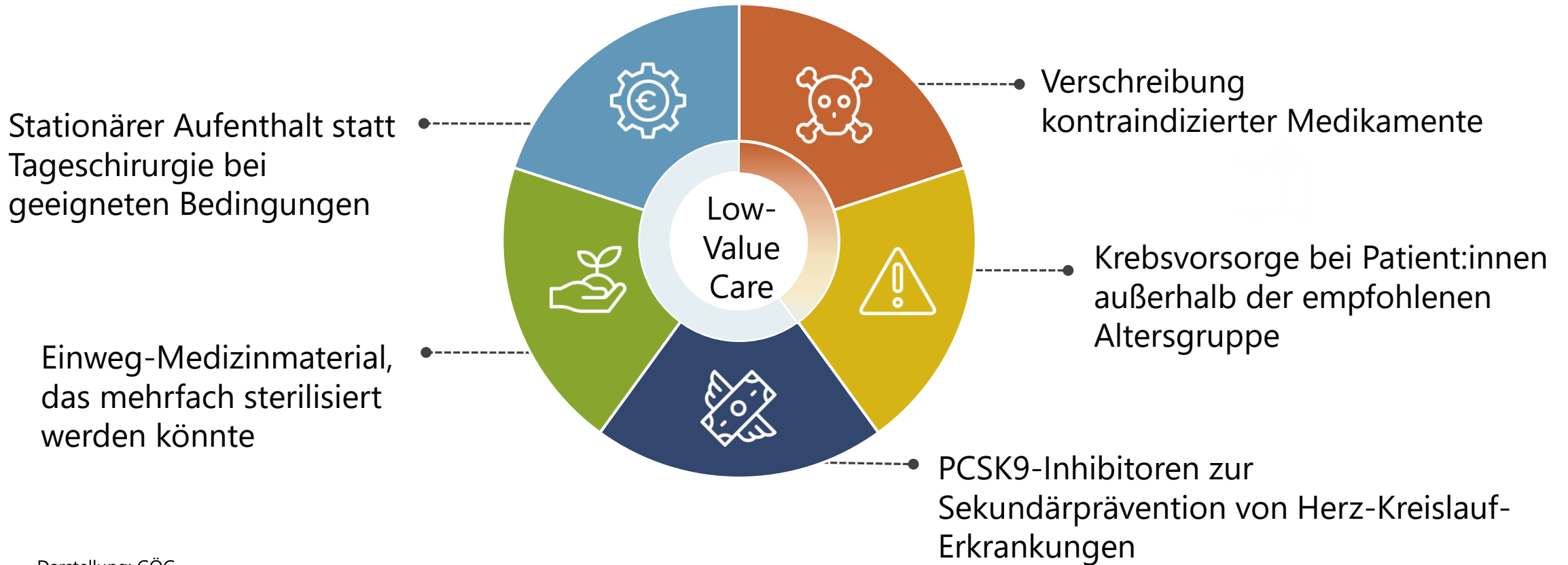
kostensparend



Darstellung: GÖG

Beispiele von Low-Value Care

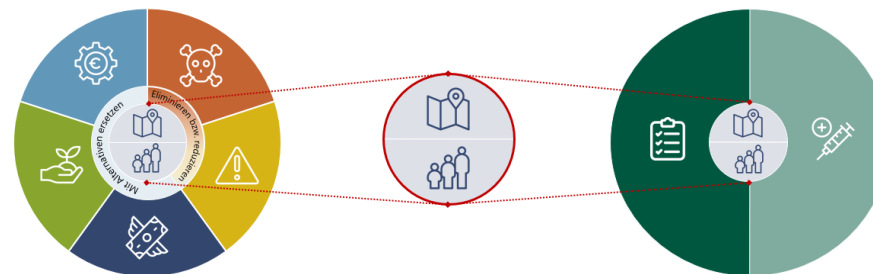
Über- und Fehlversorgung



Darstellung: GÖG

Messung von Low-Value Care: Ungerechtfertigte Variation

- LVC kann nur in seltenen Fällen direkt gemessen werden
 - Personenbezogene Daten mit hohem Detailgrad dafür notwendig (Diagnosen, Medikation, Risiko etc.)
 - Leistungen aus Leistungskatalogen werden nur unter spezifischen Umständen zu low-value Leistungen
 - In der Realität sind diese Daten selten verfügbar, daher ist es oft notwendig Proxy-Indikatoren aus Routinedaten zu generieren
 - Indikatoren werden regional verglichen und wenn möglich nach relevanten Merkmalen (Alter, Geschlecht, Risiko, etc.) analysiert
 - Wie groß sind die Unterschiede? Gibt es auffällige Ausreißer?
- Lassen sich die Unterschiede nicht sachlich bzw. medizinisch rechtfertigen, so spricht man von **ungerechtfertigter Variation**



Ausgewählte Befunde in Österreich

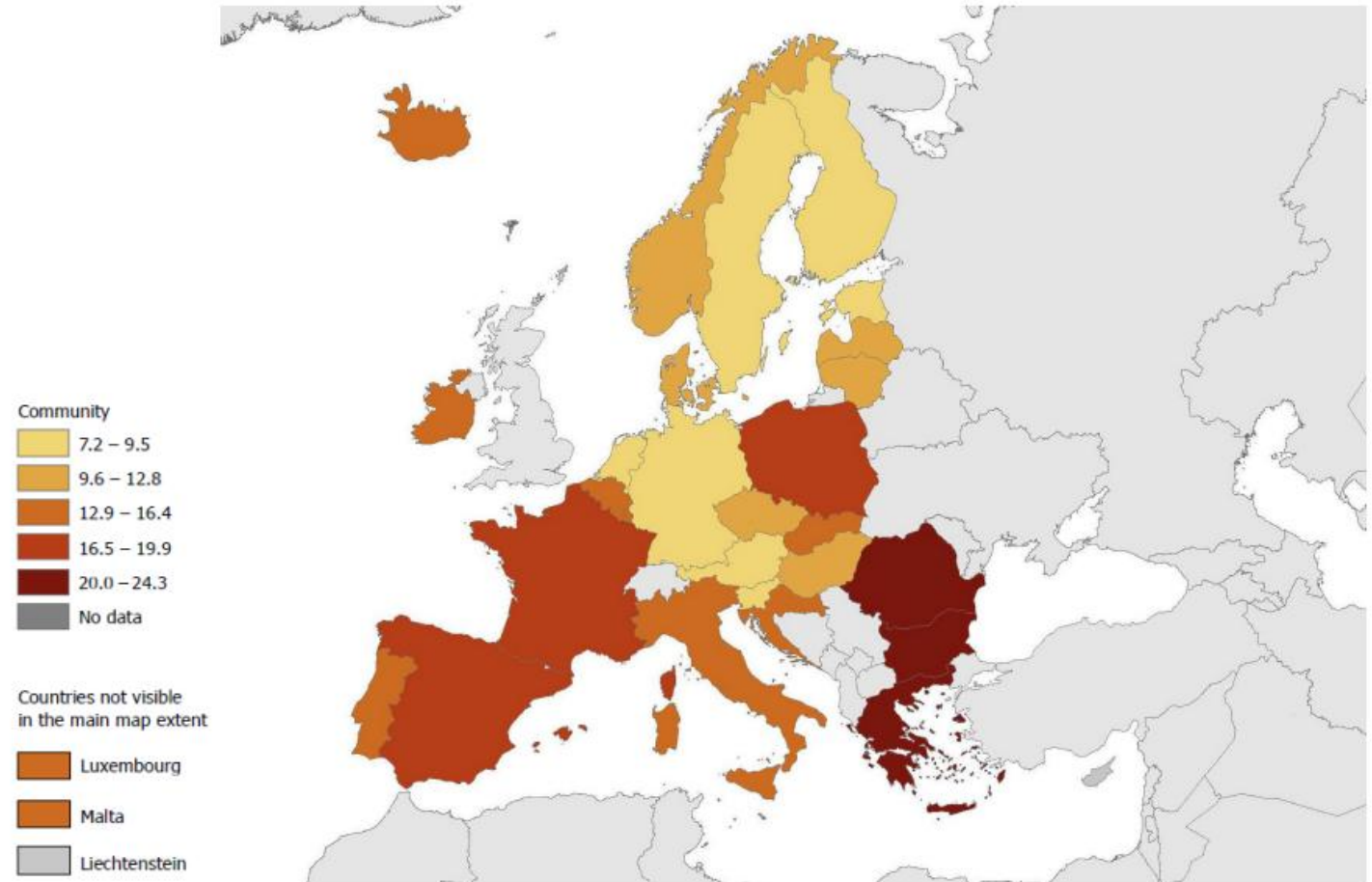
Fallbeispiel: Antibiotika-Verschreibungsverhalten im niedergelassenen Bereich

Österreichische Apotheken-Abrechnungsdaten

Antibiotika-Verschreibungsverhalten



Figure 2. Community consumption of antibacterials for systemic use (ATC group J01), EU/EEA countries, 2021 (expressed as DDD per 1 000 inhabitants per day)



- Es ist essenziell, dass Antibiotika zielgerichtet eingesetzt werden
- Beim Antibiotika-Verbrauch im niedergelassenen Bereich ist Österreich im europäischen Vergleich sehr gut aufgestellt.

Quelle: [ECDC \(2022\)](#)

Variation des Antibiotika-Verschreibungsverhaltens in Österreich

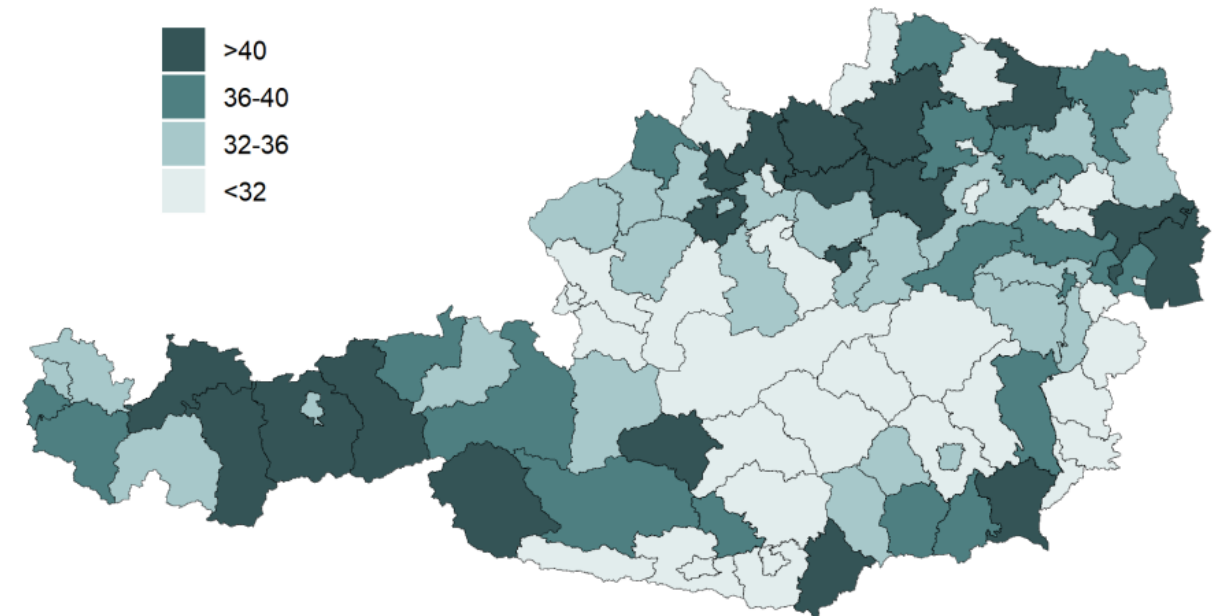


- Studie im Auftrag des DVSV:
Analyse der Praxisvariation des Antibiotika-Verschreibungsverhaltens von Vertrags-Allgemeinmediziner:innen (VAm) ([IHS, 2021](#))

- Fazit:

- 2,7-fache Differenz der Verschreibungsrate zwischen meist- und geringst-verschreibendem Dezil
- Ergebnisse multivariater Analyse:
höhere Verschreibungsraten bei
 - VAm mit Hausapotheke
 - VAm ≥ 45 Jahre
 - VAm mit höherem Patient:innen-Aufkommen
 - VAm in ruralen Bezirken
 - VAm in Regionen mit geringerer Fachärzt:innen-Dichte
- Maßnahmenoptionen:
 - Regulierung einer möglichen angebotsinduzierten Nachfrage durch Hausapotheken
 - Bewusstsein für Antibiotika-Resistenzen fördern
 - Konsultationsdauer erhöhen

Abbildung 11: Mediane Antibiotika-Verschreibe-Rate (Verordnungen > RezGeb pro 1.000 Konsultationen pro VAm) nach Bezirken



Datenquellen: data.gv.at (2020), DVSV.

Quelle: [IHS \(2021\). Praxisvariation: Antibiotika-Verschreibungsverhalten im niedergelassenen Bereich](#)

Allgemeinmedizin: gemeinsam gut entscheiden

Top 5 Empfehlungen

- Empfehlungen für medizinische Praxis
- Vorteil: hohe Relevanz
- Nachteil: Datenmäßige Erfassung nicht immer einfach/möglich (ABER: Datengrundlagen werden besser)

Tab.: Top-5-Liste der Allgemeinmedizin

Bei einer leichten bis mittelschweren Infektion der oberen Atemwege wird keine Antibiotikatherapie empfohlen.

Bei Lumbalgie soll in den ersten sechs Wochen, ohne relevanten Hinweis auf gefährliche Verläufe oder andere ernstzunehmende Pathologien in Anamnese und körperlicher Untersuchung, keine bildgebende Diagnostik durchgeführt werden.

Bei Kindern zwischen 2 und 12 Jahren mit einer Otitis media mit milden Symptomen wird keine Antibiotikatherapie empfohlen, wenn eine Beobachtung zumutbar ist.

Bei einer asymptomatischen Bakteriurie wird keine Antibiotikatherapie empfohlen.

Es wird nicht empfohlen, ein routinemäßiges Screening nach Prostatakrebs PSA-Tests oder digitalen rektalen Untersuchungen durchzuführen.

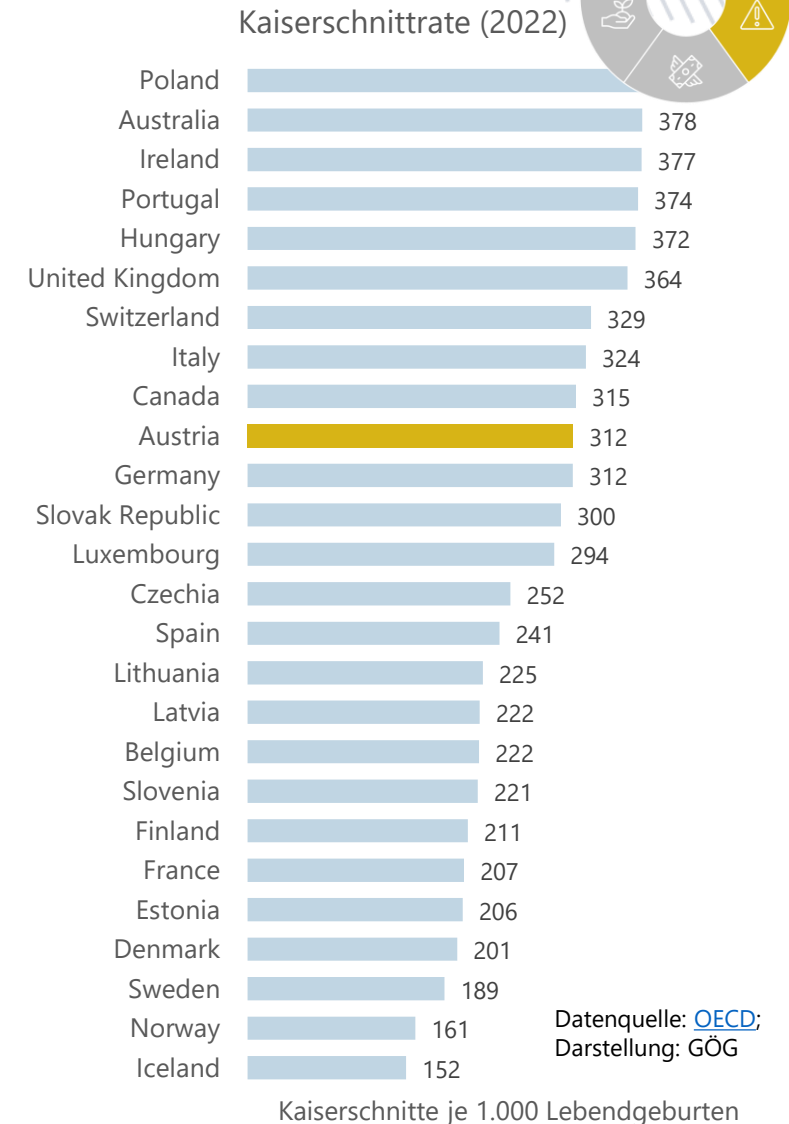
Quelle: Gemeinsam gut entscheiden – Choosing Wisely Austria: <https://gemeinsam-gut-entscheiden.at/>

Fallbeispiel: Nicht notwendige Kaiserschnitte

Identifikation, Messung und Reduktion von einer LVC-Leistung

Identifikation: Hohe Kaiserschnitttrate

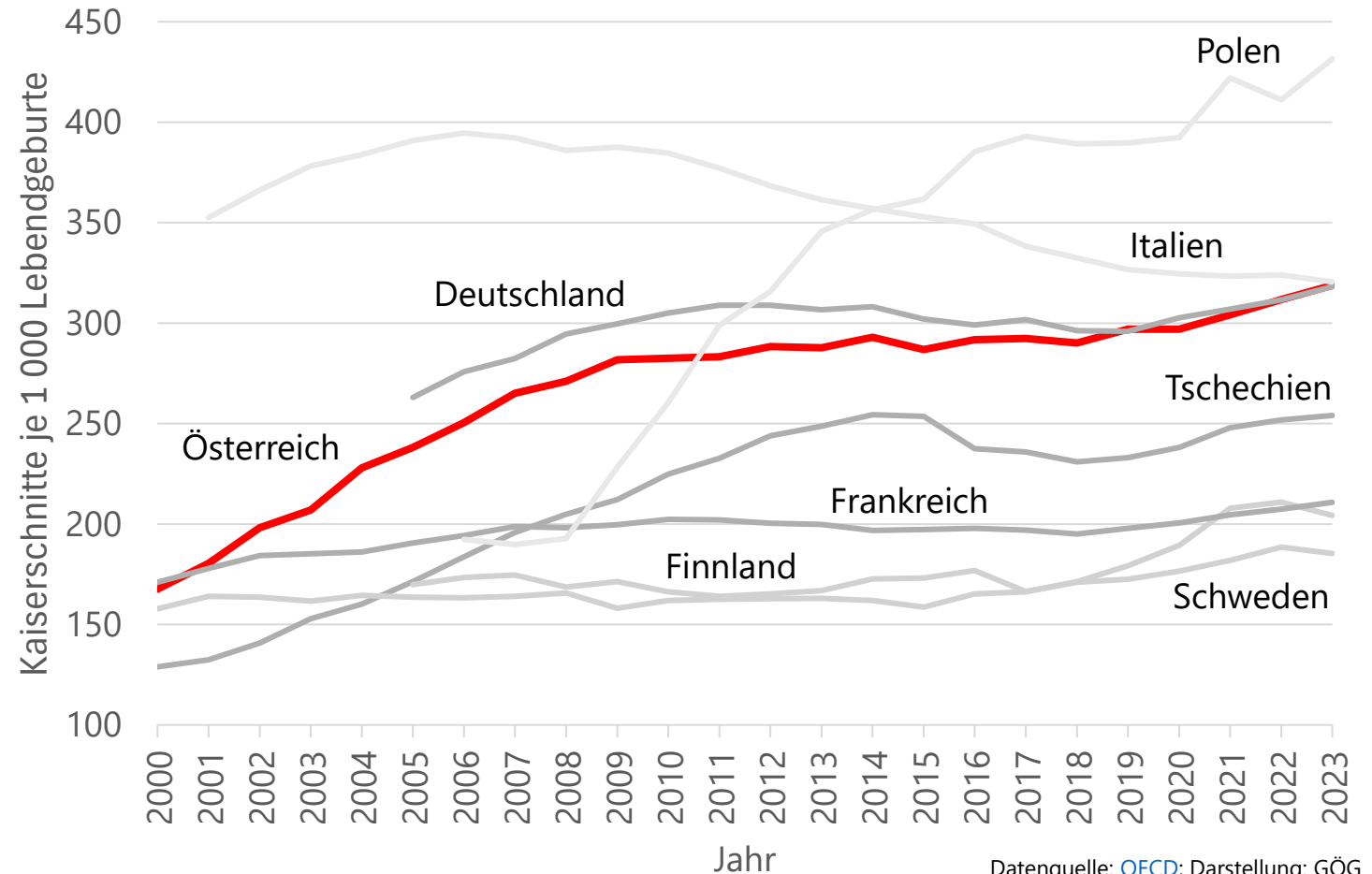
- **Kaiserschnitt** ([European Board and College of Obstetrics and Gynaecology, 2017](#))
 - reduziert bei bestimmten Risikofaktoren und komplizierten Geburtsverläufen die Mortalität und Morbidität von Mutter und Kind
 - unersetzlich und lebensrettend
 - von manchen als gleichwertige (medizinisch nicht indizierte) Alternative zur vaginalen Geburt angesehen -> „Wunschkaiserschnitt“
 - nicht frei von Komplikationen und negativen Auswirkungen auf Gesundheit der Mutter und des Neugeborenen
 - deutlich teurer als vaginale Geburt
- In Österreich machen Kaiserschnitte 31% der Lebendgeburten aus
 - in den skandinavischen Länder liegt der Anteil unter 20%
 - laut der WHO sind Kaiserschnitttraten von über 10% auf Bevölkerungsebene nicht mit einer Senkung der Mütter- bzw. Neugeborenensterblichkeit verbunden ([WHO 2015](#))
- Häufigkeitsunterschiede können viele Gründe haben ([Velebil et al 2025](#))
 - Einstellungen bzw. Erfahrungen der Patientinnen
 - Gesundheitsdiensteanbieter-Faktoren: Einstellung, Ausbildung, finanzielle Interessen
 - Kulturelle, demografische und sozioökonomische Faktoren





Identifikation: Hohe Kaiserschnitttrate

- Noch im Jahr 2000 lag der Anteil der Kaiserschnitte in Österreich unter 17%, hat sich seitdem aber fast verdoppelt.
- Eine Studie der Universitätsklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe in Graz hat gezeigt, dass der Anstieg in der eigenen Klinik vor allem auf steigende Anzahl der Frauen mit einer vorherigen Sectio zurückzuführen ist, bei denen der Kaiserschnittanteil bei über 70% liegt und weiter steigt.

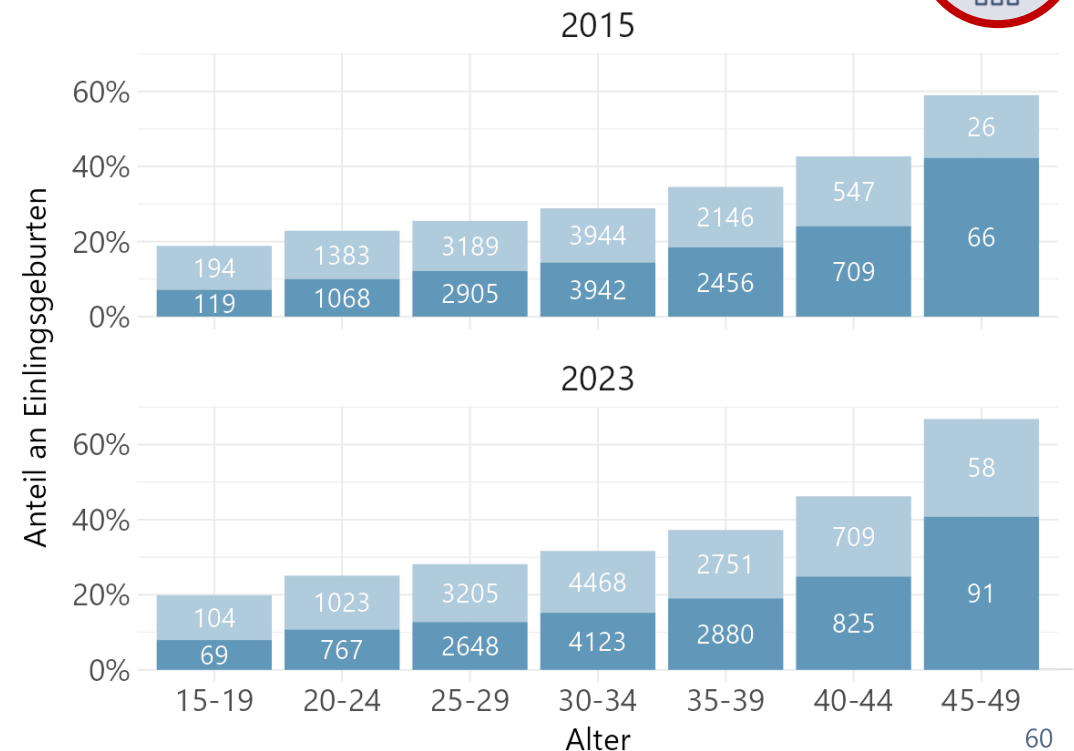
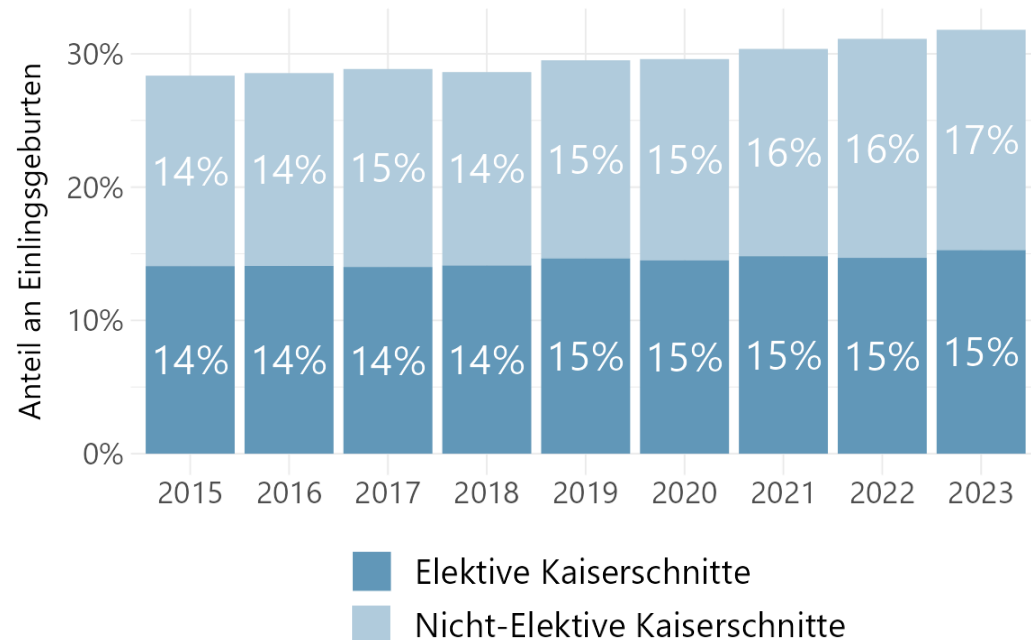


Datenquelle: [OECD](#); Darstellung: GÖG

Messung: Hoher Anteil elektiver Kaiserschnitte an Einlingsgeburten



- Einen möglichst präzisen Indikator definieren: Anteil elektiver Kaiserschnitte an Einlingsgeburten (ICD-10: O82.0)
 - Elektive (=geplante) Kaiserschnitte haben zahlreiche absolute und relative medizinische Indikationen
 - Placenta praevia, Schädel-Becken-Missverhältnis, vorangegangene Kaiserschnitte, Lageanomalien, Infektionen, etc. ([AWMF-Leitlinie, 2020](#))
 - laut einer Untersuchung in Deutschland sind bis zu 10% der elektiven Kaiserschnitte „Wunschkaiserschnitte“ ([Kolip et al., 2012](#))
 - jedoch ist der überwiegende Anteil auf den unterschiedlichen Umgang mit relativen Indikationen zurückzuführen ([Kolip et al., 2012](#))
 - Starke Variation nach Alter

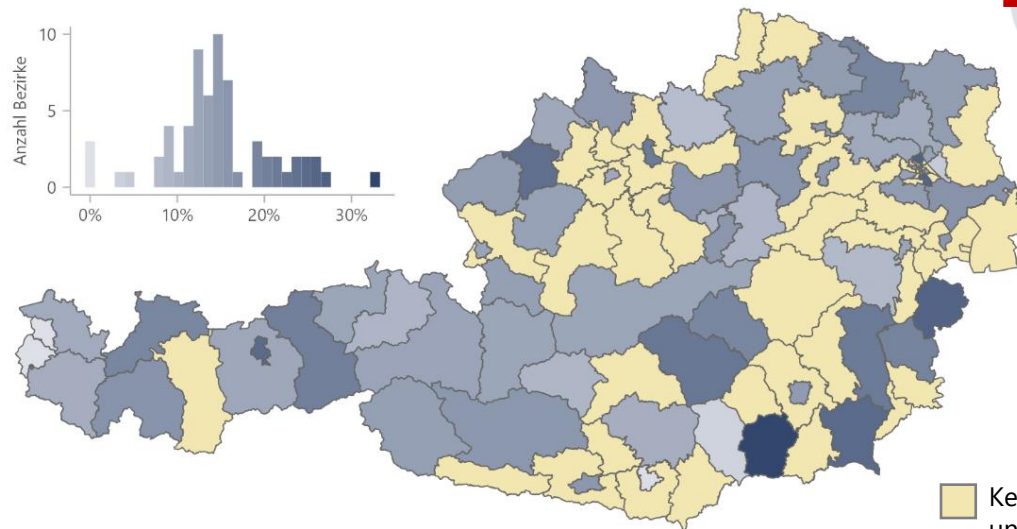




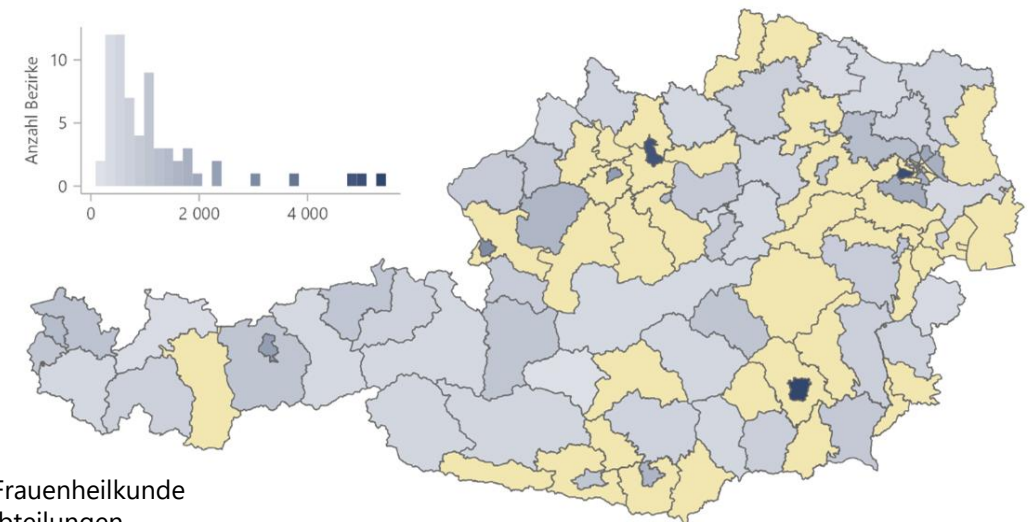
Messung: Ungerechtfertigte Variation des Anteils elektiver Kaiserschnitte an Einlingsgeburten

- Einen möglichst präzisen Indikator definieren: Anteil elektiver Kaiserschnitte an Einlingsgeburten (ICD-10: O82.0)
 - Elektive Kaiserschnitte sind nicht immer medizinisch indiziert und können dann als LVC eingestuft werden
 - 2023: über 52 Millionen LKF-Punkte für elektive Kaiserschnitte
- Geo-Variation: Da die Kaiserschnittrate mit dem Alter steigt, werden die Daten altersstandardisiert

Geographische Variation des Anteils elektiver Kaiserschnitte an Einlingsgeburten (zielbezogen)



Anzahl der Einlingsgeburten nach Bezirk (zielbezogen)



Nächste Schritte und Handlungsoptionen



- Entwicklung einer passenden methodischen Analysemethode, um weitere relevante Faktoren zu berücksichtigen (z.B. über mehrere Jahre, Spezialkliniken, Erstgebärende, mütterliche Risikoprofile, etc.)
- Maßnahmenoptionen
 - Hoher Anteil in ganz Österreich: Drei Faktorengruppen analysieren und ggf. adressieren ([Velebil et al. 2025](#))
 - Einstellungen bzw. Erfahrungen der Patientinnen
 - verbesserte medizinische und psychologische Betreuung der Schwangeren
 - Gesundheitsdiensteanbieter-Faktoren
 - Sind die Geburtshelfer:innen, Hebammen und Gynäkolog:innen genug für Risiken eines Kaiserschnitts sensibilisiert?
 - Gibt es ausreichende Fachkompetenz zur effektiven Bewältigung von Geburtskomplikationen ohne Kaiserschnitt?
 - Gibt es organisatorische bzw. finanzielle Anreize einen Kaiserschnitt statt einer vaginalen Geburt durchzuführen?
 - Kulturelle, demografische und sozioökonomische Faktoren
 - Missverständnisse, Sorgen bzw. Befürchtungen vor vaginaler Geburt identifizieren und entsprechende Aufklärungskampagnen durchführen
 - Für Risiken eines Kaiserschnitts sensibilisieren
 - Von anderen Ländern lernen
 - Geografische Ausreißer
 - Mirror Sessions (Austausch zwischen hohen und niedrigen Ausreißern)
 - Obige Faktorengruppen nur in Hot-Spot Regionen analysieren und adressieren

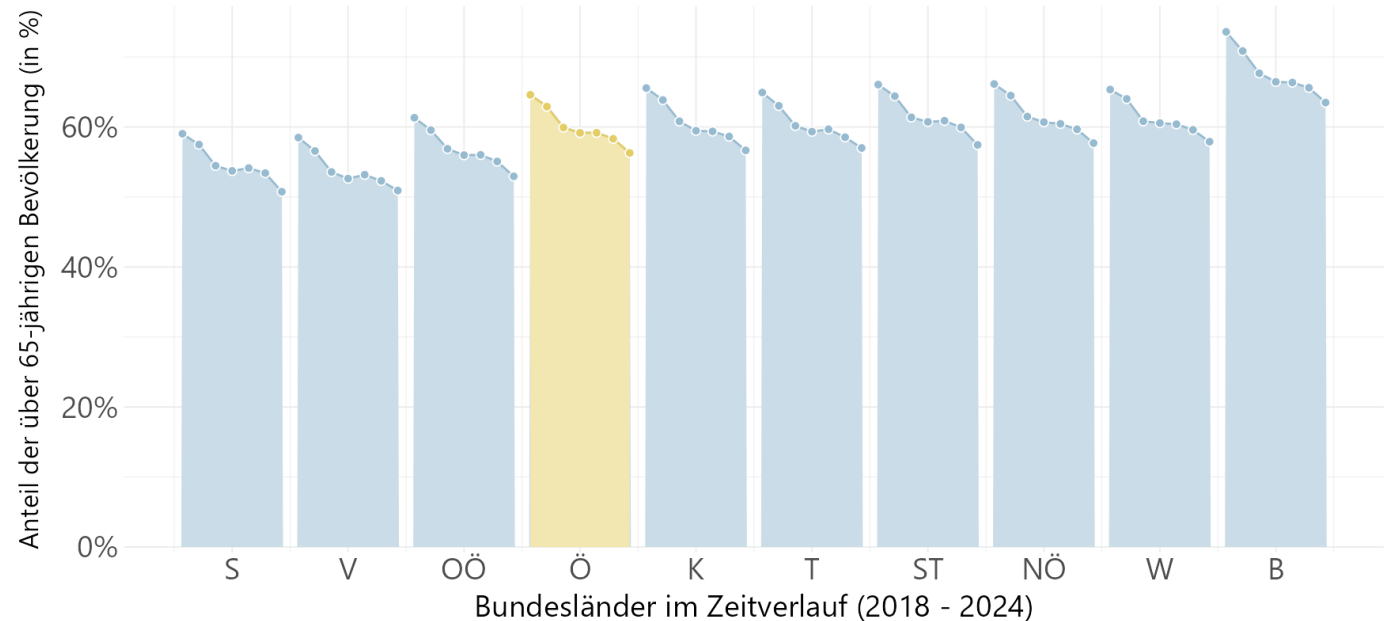
Fallbeispiel: Potenziell inadäquate Medikation (PIM) bei Älteren

Identifikation, und Messung einer LVC-Leistung

PIM bei über 65-Jährigen



- Potenziell inadäquate Medikation (PIM) sind Verschreibungen, die (<https://www.priscus2-0.de>, Mann et al. 2023):
 - keine nachweisliche Wirkung zeigen (z. B. Ginkgo-Präparate),
 - schädlich für die Patientinnen/Patienten sein können oder für die
 - wirkungsvollere, sicherere Alternativen bestehen
- Die fünf am häufigsten verschriebenen PIMs: Pantoprazol, Ginkgoblatt, Diclofenac, Spironolacton und Esomeprazol.
- Mögliche nächste Analyseschritte:
 - Analysen nach Alter und Geschlecht
 - Regionale Analysen auf niedrigerer Ebene als Bundesländer
 - ...



Fallbeispiel: Vermeidbare Krankenhausaufenthalte (ACSC)

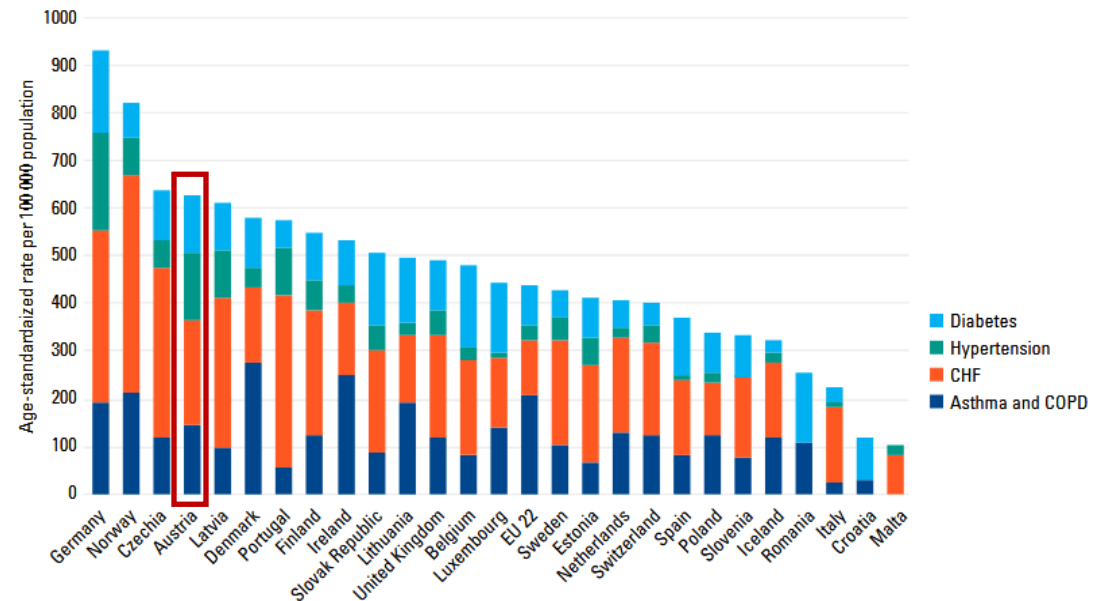
Identifikation, und Messung einer LVC-Leistung

Identifikation: Rate der Vermeidbaren Krankenhausaufenthalte



- Vermeidbare Aufenthalte gemäß OECD-Definition der Healthcare Quality and Outcomes
- Werden überwiegend als vermeidbare Komplikation eingeschätzt, daher starkes Signal für Low-Value Care
- als mögliche Ursachen kommen vor allem hohe Prävalenzen der Erkrankungen, suboptimale Betreuung in der Primärversorgung bzw. mangelhafte Compliance in Frage
- LVC Form E – Erbringungsform teurer als notwendig
- Österreich hat international eine hohe Rate an vermeidbaren Krankenhausaufenthalten

Fig. 9. Avoidable hospital admission rates for asthma and chronic obstructive pulmonary disease, congestive heart failure, hypertension and diabetes, 2021

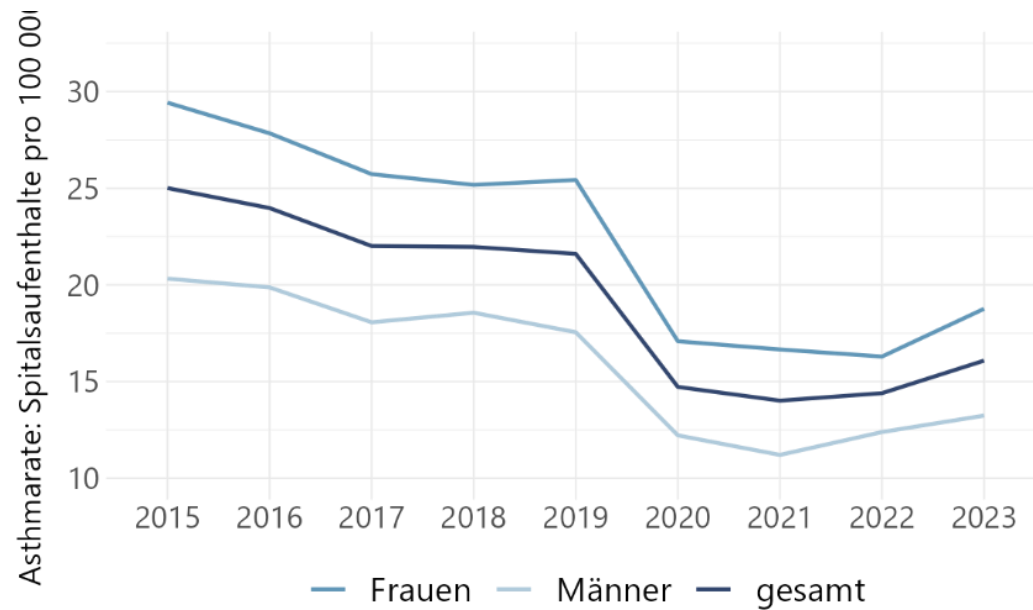


Notes: CHF: congestive heart failure; COPD: chronic obstructive pulmonary disease. Croatia and Romania: no data for CHF or hypertension; Malta: no data for Asthma and COPD or diabetes.

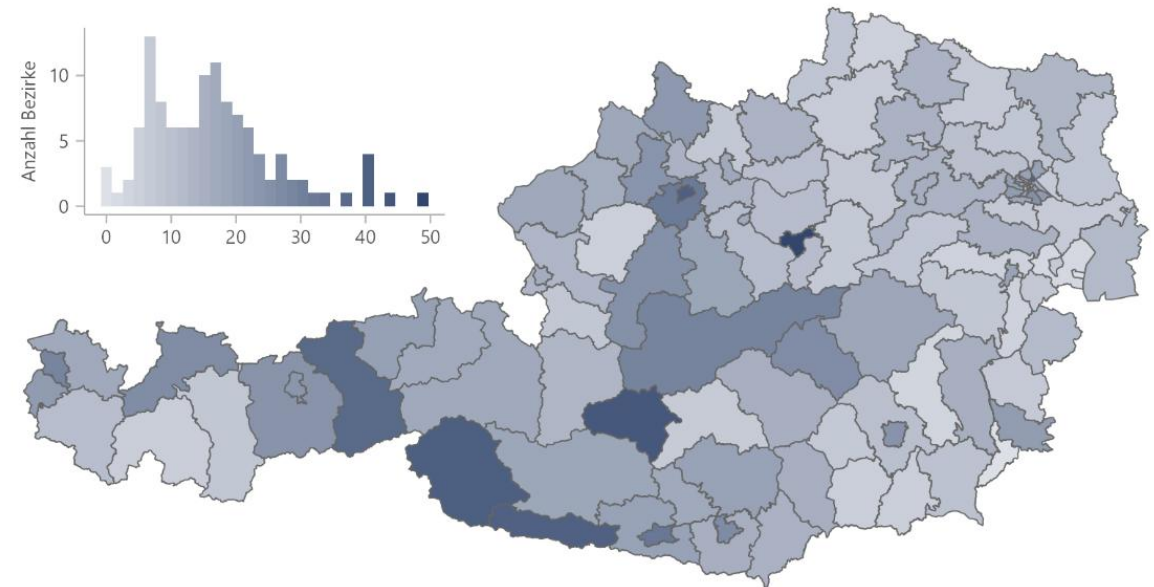
Source: OECD, 2024.

Abbildungsquelle: European Observatory. Austria Health System Summary 2024

Messung: Vermeidbare Aufenthalte durch Asthma



Vermeidbare Aufenthalte je 100.000 Einwohner:innen in Akutkrankenanstalten mit Asthma nach Bezirk (quellbezogen), 2023



Datenquelle: Diagnosen und Leistungsdokumentation (BMASGPK, 2025), Berechnung und Darstellung: GÖG

Fallbeispiel: Elektive Spitalsleistungen

Regionale Versorgungsunterschiede bei elektiven Operationen

Spitalsleistungen

- 15 Operationen 2014-16
- Auswahlkriterien:
 - Häufigkeit der Analyse in internationalen Versorgungsatlanen
 - Betrachtung der Anzahl der Spitalsaufenthalte 2016 (passend zur jeweiligen Hauptdiagnose der einzelnen Intervention)
 - Betrachtung der LKF-Bewertung; Summe der bewerteten Hauptdiagnosen und medizinischen Einzelleistungen („Kosten“ der jeweiligen Intervention) 2014-16
 - Prüfung, ob die jeweilige Intervention bzw. die Leistungserbringung durch den akutstationären Bereich vollständig abgebildet wird

Tabelle 4.1:

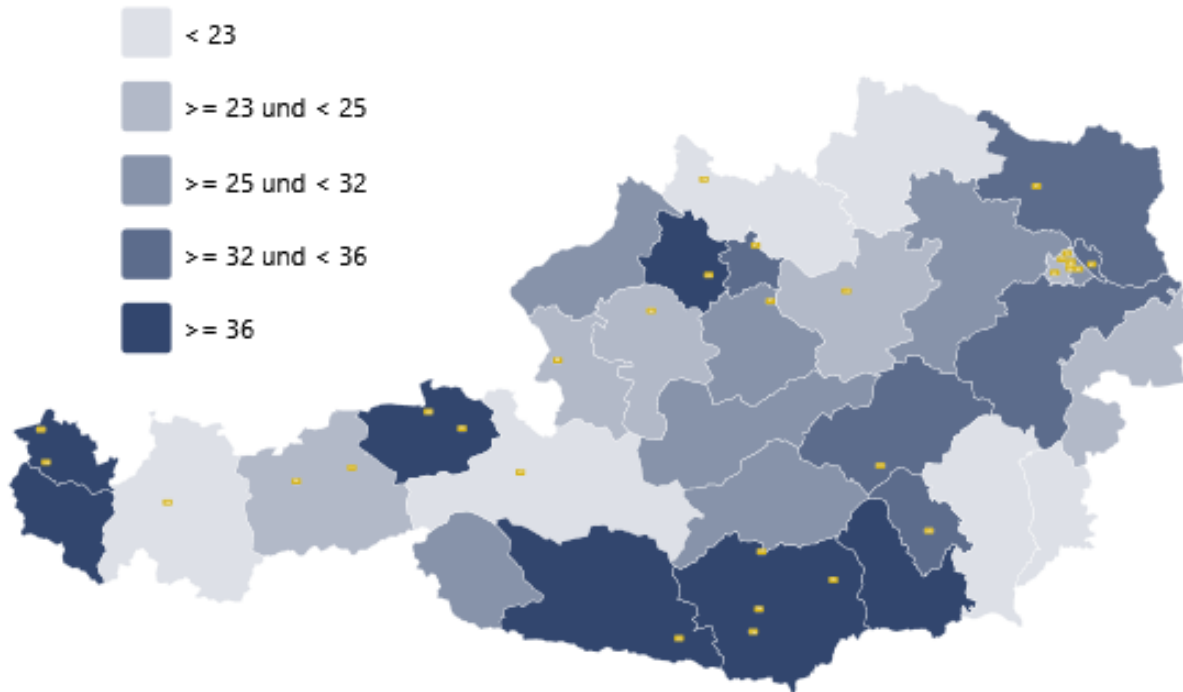
Anzahl der Aufenthalte und LKF-Punkte ausgewählter chirurgischer Interventionen

Operation	Anzahl der Nennungen in internat. Atlanten	Anzahl Aufenthalte (Entlassungsdatum 2014–2016) ¹	LKF-Punkte Summe
E00–E90 Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten			
Bariatrische Chirurgie	3	8.576	62.570.846
H00–H59 Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde			
Kataraktoperationen	3	312.521	405.701.687
I00–I99 Krankheiten des Kreislaufsystems			
Herzschrittmacher/Defibrillatoren	2	22.838	348.863.098
Koronare Bypass-Operation	2	11.160	272.022.853
Herzkatheter mit Stents und Koronarangioplastie mit Ballons (PTCA)	2	61.203	477.728.325
J00–J99 Krankheiten des Atmungssystems			
Tonsillektomie	5	34.878	55.936.002
K00–K93 Krankheiten des Verdauungssystems			
Appendektomie	6	38.570	152.900.504
Cholezystektomie	6	57.245	323.387.375
M00–M99 Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes			
Hüftgelenksendoprothetik	4	66.347	547.558.425
Kniegelenksendoprothetik	5	57.855	480.879.761
Kniegelenksarthroskopie	3	144.192	305.721.561
Operation an der Wirbelsäule	5	63.637	482.977.725
N00–N99 Krankheiten des Urogenitalsystems			
Prostatektomie	5	27.549	134.710.993
Hysterektomie	4	27.495	178.812.102
O00–O99 Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett			
Sectio caesarea	7	73.729	319.908.650



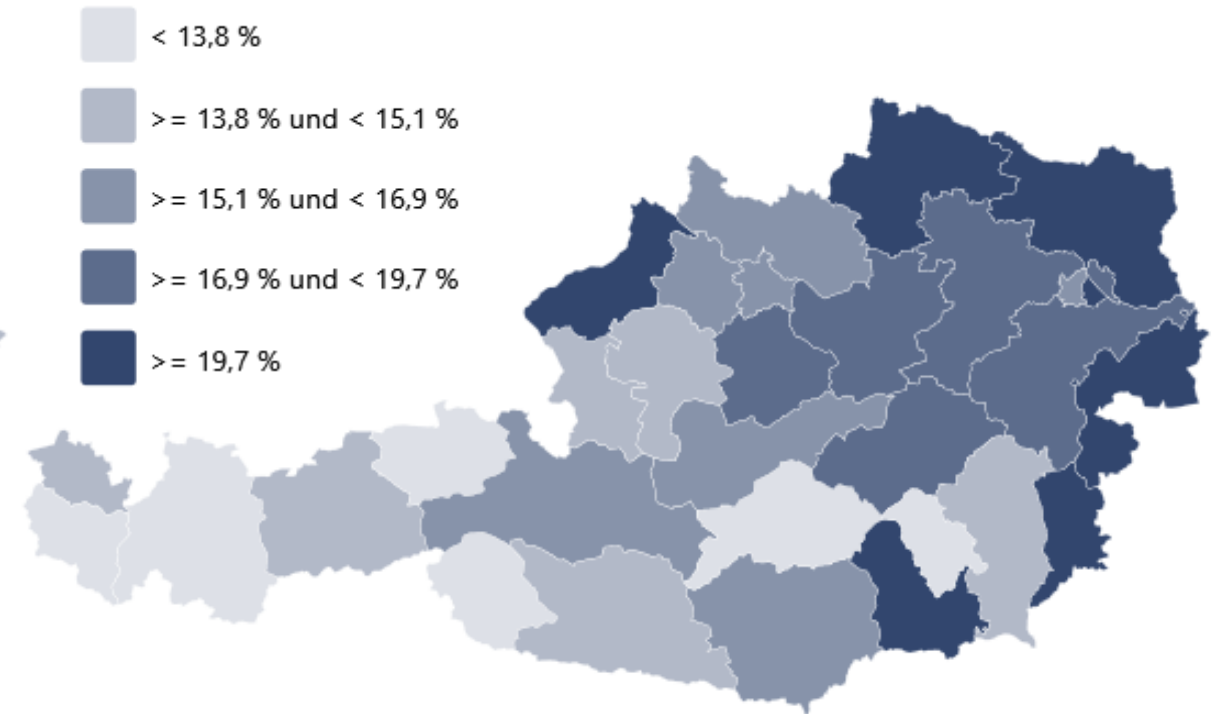
Bariatrische Chirurgie

Std. Rate 2019, Quellbezogen, Quintile



Adipositas

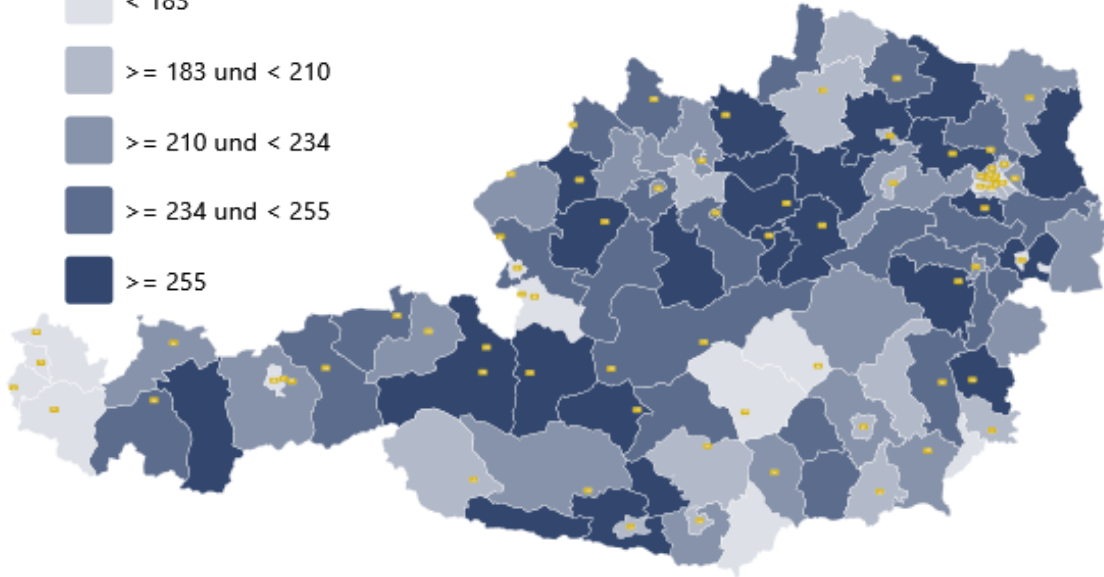
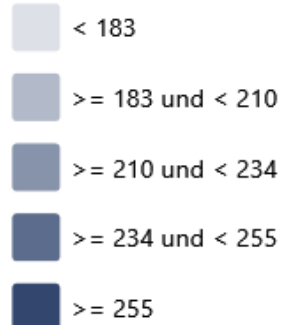
Anteil der Befragten, ATHIS 2019





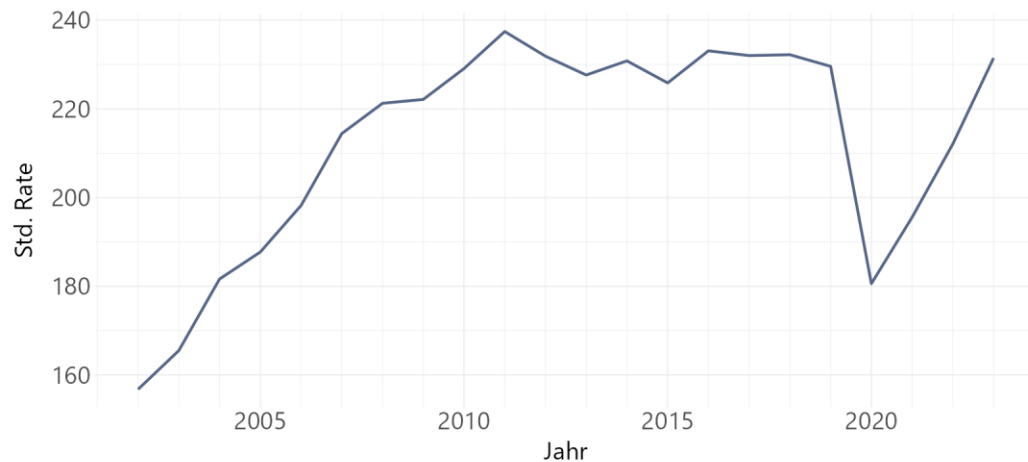
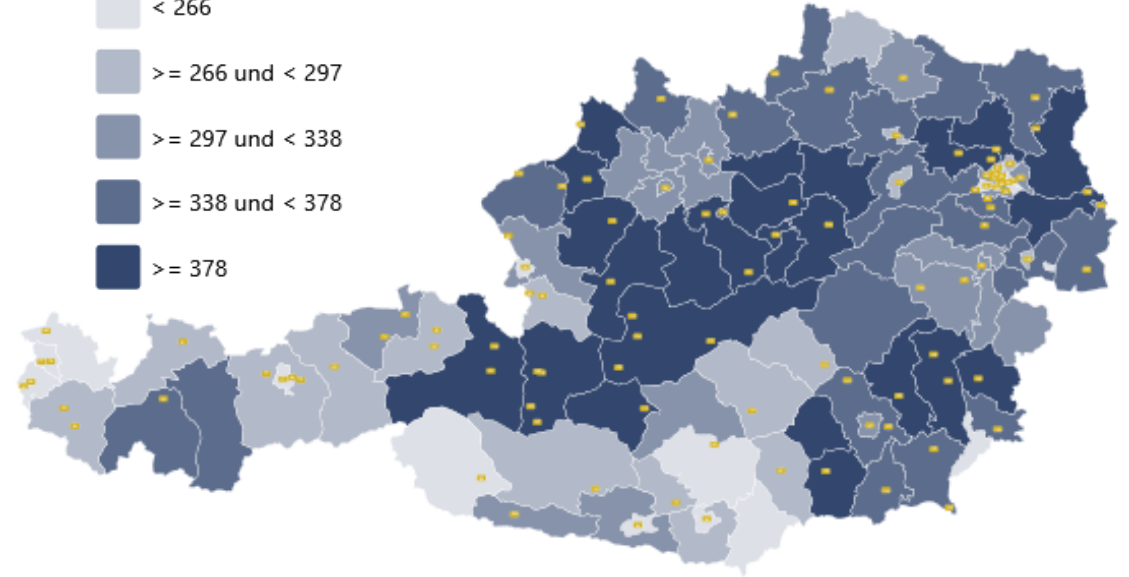
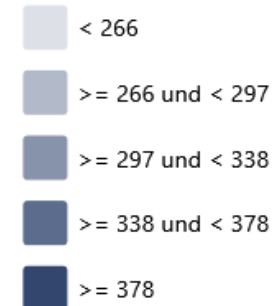
Kniegelenksendoprothetik

Std. Rate 2023, Quellbezogen, Quintile



Diagnostizierte Gonathrose

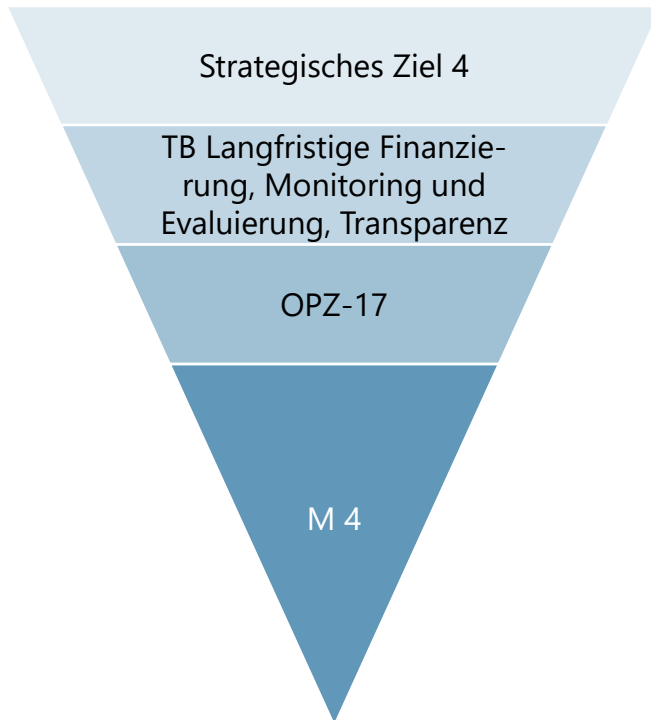
Std. Rate 2023, Quellbezogen, Quintile



Gonathrose: >95% der Hauptdiagnosen bei Kniegelenksendoprothetik

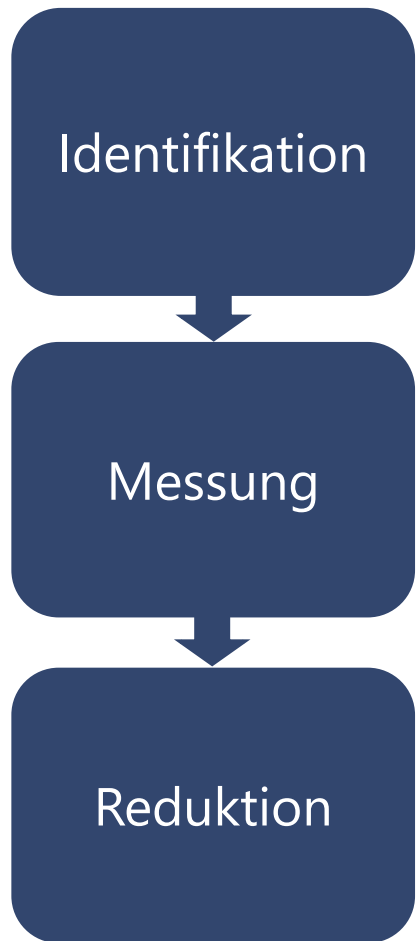
Entwicklungsperspektiven

Low-Value Care verankert im Zielsteuerungsvertrag 2024–2028

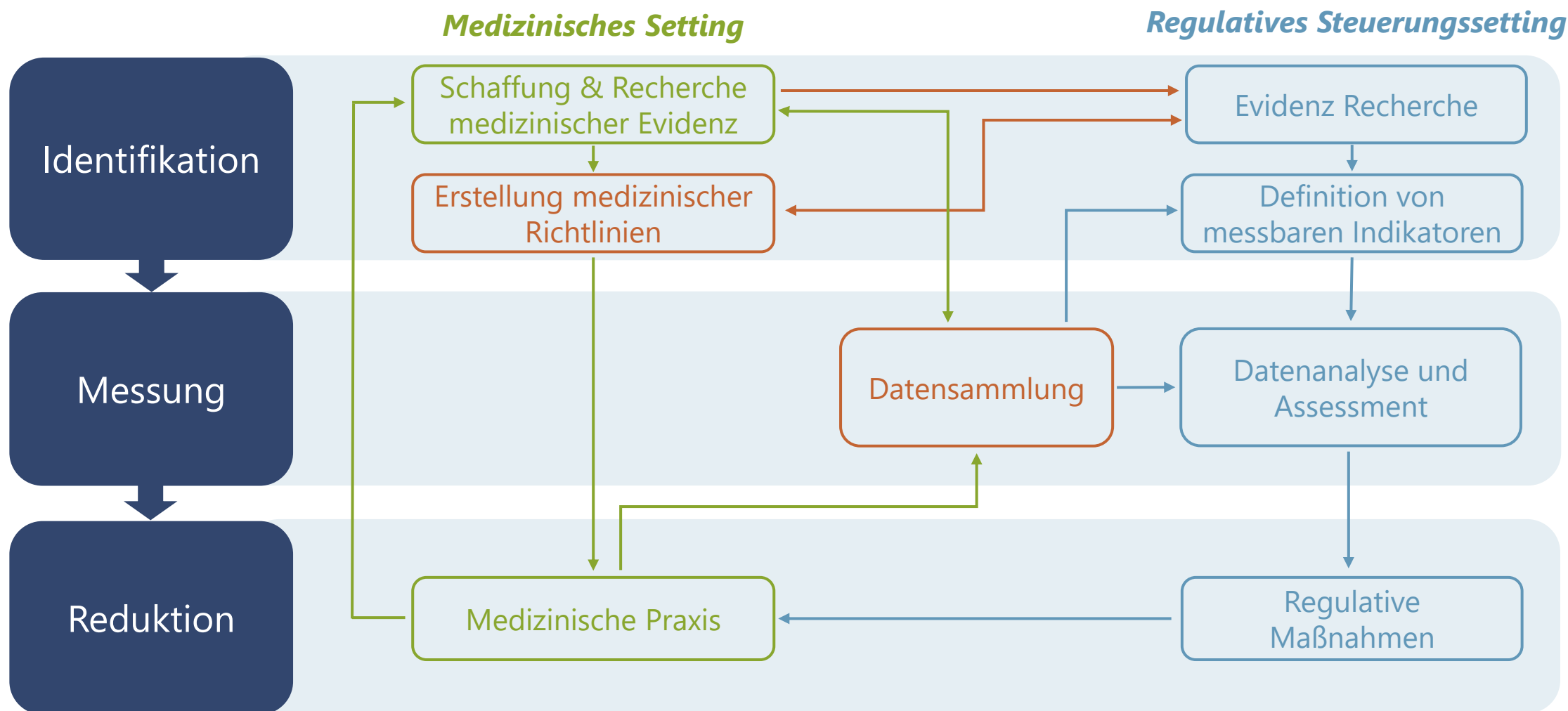


- Strategisches Ziel 4: Gewährleistung einer langfristigen Finanzierbarkeit der öffentlichen Gesundheitsausgaben und Sicherstellung von Transparenz
- Themenbereich: Langfristige Finanzierbarkeit, Monitoring und Evaluierung, Transparenz
- Operatives Ziel 17: Nachhaltige Ausrichtung des Gesundheitssystems und Transparenz sicherstellen
- Maßnahme 4:
 - **Definition und Analyse von Über-, Unter- und Fehlversorgung (low value care)**
 - **unter Nutzung von Routinedaten**
 - **sowie Entwicklung von Maßnahmen und Instrumenten,**
 - **die darauf abzielen, gleichzeitig die Effizienz und die Qualität zu verbessern**
 - Zeitplan
 - Ende 2026: Konzept
 - Ende 2027: Ableitung von Maßnahmen und Instrumenten

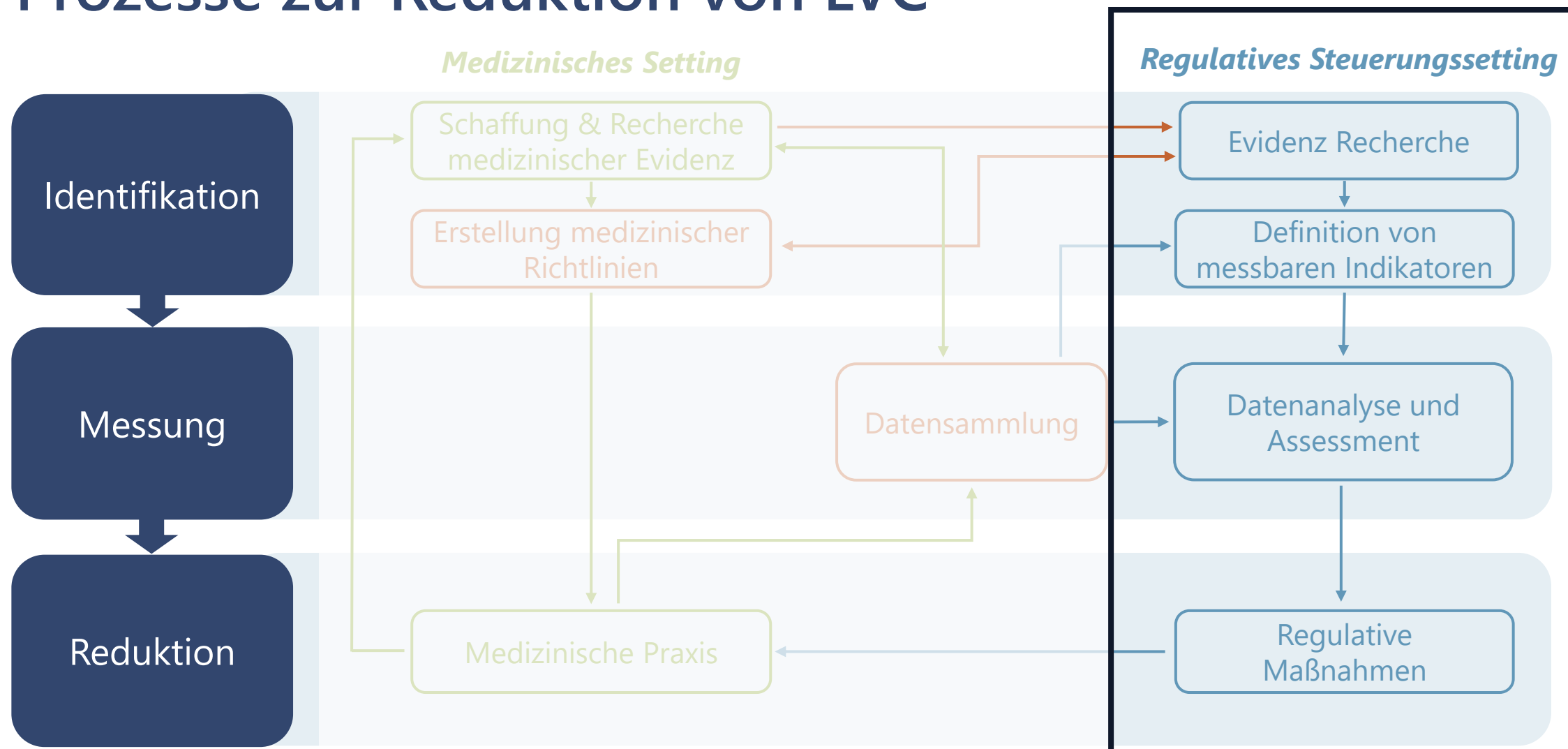
Prozesse zur Reduktion von LVC



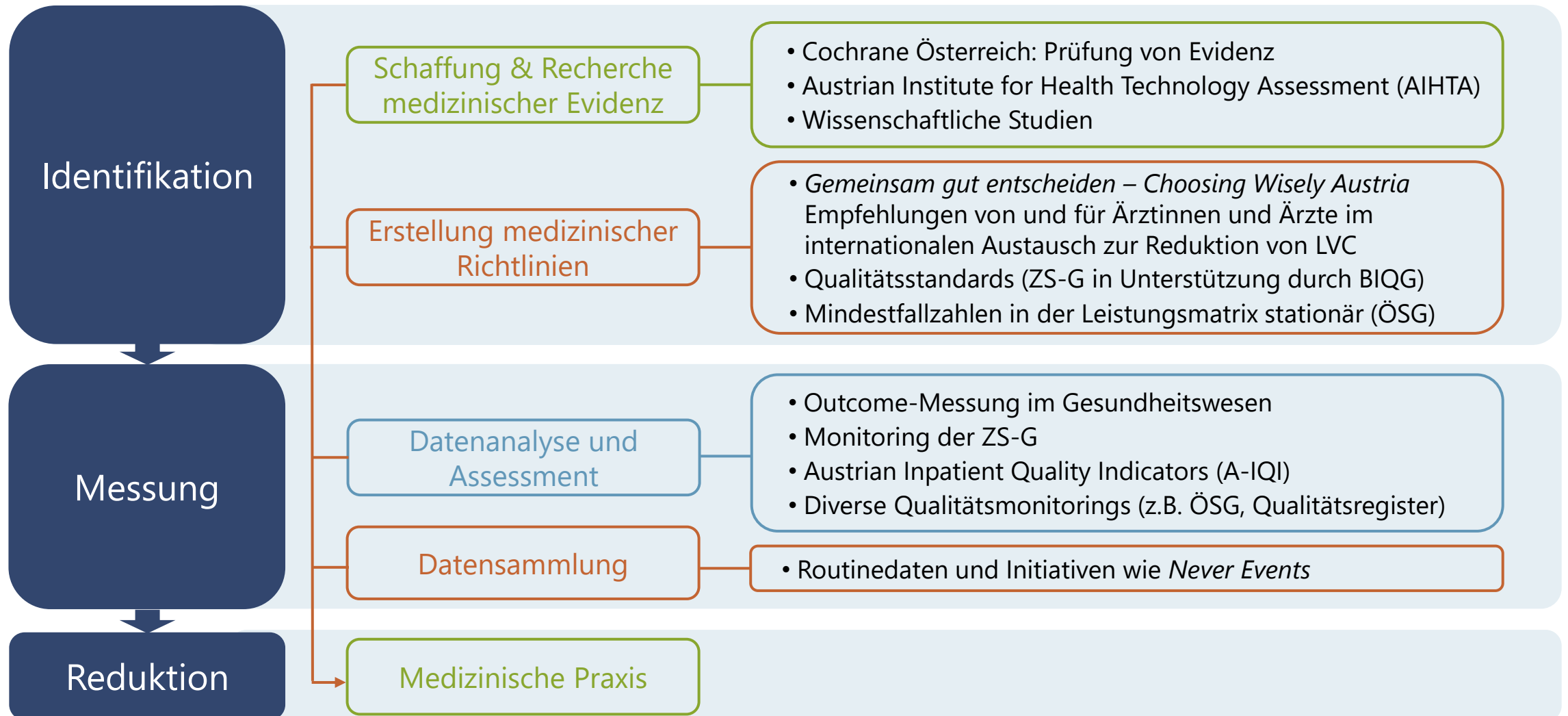
Prozesse zur Reduktion von LVC



Prozesse zur Reduktion von LVC



Beispielhafte Initiativen in Österreich mit LVC-Zusammenhang



Von Österreich im LVC Bericht gemeldete Indikatoren

Indikator	Verfügbar seit
Krankenhausaufenthalte aufgrund von Ambulatory Care Sensitive Conditions [ACSC] → OM	2016
Polypharmazie-Prävalenz: Anteil der über 70-Jährigen mit mehr als fünf gleichzeitig verordneten Wirkstoffen → OM	2018
Potenziell inadäquate Medikation bei Älteren [PIM]: Anteil der über 70-Jährigen, die potenziell inadäquate Medikation erhalten → OM & ZS-Monitoring	2016
Potenziell verlorene Lebensjahre [PYLL] → OM	2016
Vorzeitige Mortalität → OM	2016
Vorzeitige vom Gesundheitsversorgungssystem potenziell beeinflussbare Sterblichkeit [MAHC] → OM	2016
Anteil der tagesklinisch-stationär bzw. spitalsambulant erbrachten Operationen [=Leistungen aus dem Tagesklinik-Katalog] → ZS-Monitoring	2014
Geografische Variationen der Versorgungsdichte für verschiedene Behandlungen und Verfahren → Austrian Inpatient Quality Indicators (A-IQI) Project	

OM = Outcome Messung

Fazit



Fazit

Zuviel Medizin – wer zahlt den Preis?

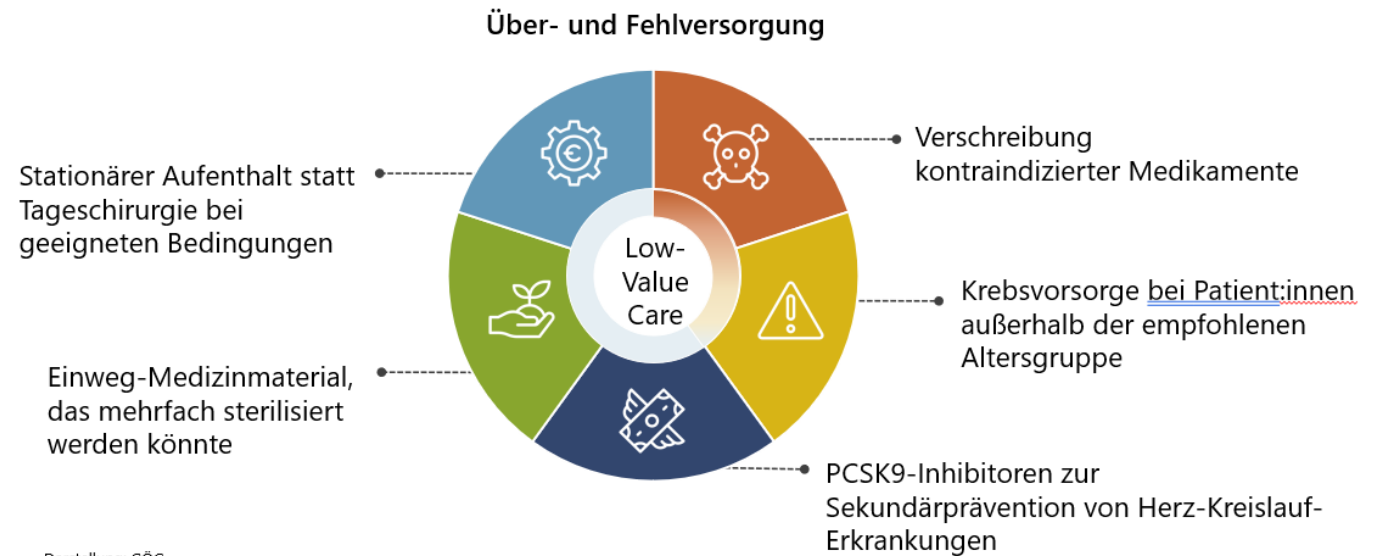
- Zahlerdimensionen

Fazit

Zuviel Medizin – wer zahlt den Preis?

- Zahlerdimensionen

– Individuell <> Gesellschaftlich



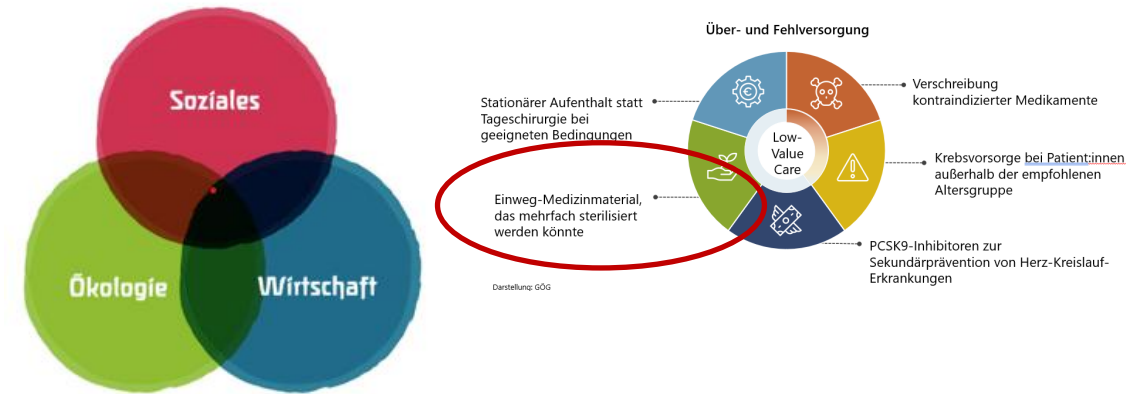
Fazit

Zuviel Medizin – wer zahlt den Preis?

- Zahlerdimensionen

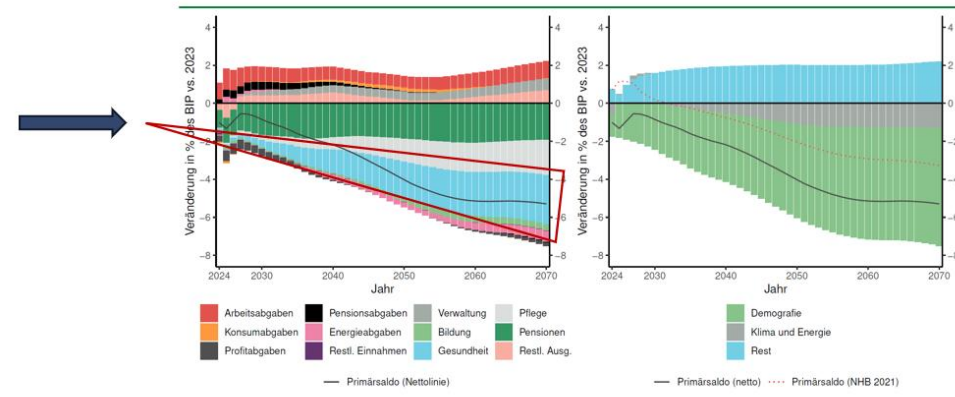
– Individuell <> Gesellschaftlich

– Heute <> Künftig
(Generationenbetrachtung)



Drei-Säulen-Modell der Nachhaltigkeit

Grafik 3: Entwicklung des Primärsaldos bis 2070 gegenüber 2023



Quelle: FISK OLG Modell.

Fazit

Zuviel Medizin – wer zahlt den Preis?

- Zahlerdimensionen
 - Individuell <> Gesellschaftlich
 - Heute <> Künftig (Generationenbetrachtung)
 - Der Preis der Unterversorgung



BMJ Global Health

The cost of inaction on health equity and its social determinants

Pooja Yerramilli ^{1,2}, Mickey Chopra ^{1,2}, Kumanan Rasanathan³

To cite: Yerramilli P, Chopra M, Rasanathan K. The cost of inaction on health equity and its social determinants. *BMJ Glob Health* 2024;9:e012690. doi:10.1136/bmjgh-2023-012690

Handling editor Seye Abimbola

Received 26 April 2023
Accepted 25 June 2023

ABSTRACT

Rising levels of inflation, debt and macrofiscal tightening are putting expenditures on the social sectors including health under immense scrutiny. Already, there are worrying signs of reductions in social sector investments. However, even before the pandemic, evidence showed the significant returns on investments in health equity and its social determinants. Emerging data and trends show that these potential returns have increased during the COVID-19 pandemic - investments in social determinants can mitigate widespread reductions in human capital and the increasing likelihood of costly syndemics, while promoting access to healthcare innovations that have thus far been inequitably distributed. Therefore, we argue that, despite immediate fiscal pressures, this is exactly the time to invest in health equity and its broader social determinants, as the returns on such investments have never been greater.

SUMMARY BOX

- ⇒ Prior to the COVID-19 pandemic, there was ample evidence demonstrating the importance of investing in health equity and its social determinants.
- ⇒ COVID-19 increased the costs of inaction on health equity by causing significant backslides in human capital that have yet to be recovered, increasing the likelihood of costly syndemics, and spurring innovations in healthcare that have been inequitably accessed and thus ineffective in efficiently ending this pandemic and mitigating the impacts of future health threats.
- ⇒ While the required investments are threatened by the current macrofiscal environment, the case for action on social determinants of health is stronger than before the pandemic and critical for economic recovery and growth.

Fazit

Zuviel Medizin – wer zahlt den Preis?

- Zahlerdimensionen
 - Individuell <> Gesellschaftlich
 - Heute <> Künftig
(Generationenbetrachtung)
 - Der Preis der Unterversorgung
 - Wie werden die Preise bestimmt?
(mengenmäßige Betrachtung dominiert häufig, auch bei LVC)
→ Menge x Preis

COSTS & SPENDING

By Gerard F. Anderson, Peter Hussey, and Varduhi Petrosyan

It's Still The Prices, Stupid: Why The US Spends So Much On Health Care, And A Tribute To Uwe Reinhardt

ABSTRACT A 2003 article titled “It’s the Prices, Stupid,” and coauthored by the three of us and the recently deceased Uwe Reinhardt found that the sizable differences in health spending between the US and other countries were explained mainly by health care prices. As a tribute to him, we used Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) Health Statistics to update these analyses and review critiques of the original article. The conclusion that prices are the primary reason why the US spends more on health care than any other country remains valid, despite health policy reforms and health systems restructuring that have occurred in the US and other industrialized countries since the 2003 article’s publication. On key measures of health care resources per capita (hospital beds, physicians, and nurses), the US still provides significantly fewer resources compared to the OECD median country. Since the US is not consuming greater resources than other countries, the most logical factor is the higher prices paid in the US. Because the differential between what the public and private sectors pay for medical services has grown significantly in the past fifteen years, US policy makers should focus on prices in the private sector.

DOI: 10.1377/hlthaff.2018.05144
HEALTH AFFAIRS 38,
NO. 1 (2019): 87–95
©2019 Project HOPE—
The People-to-People Health
Foundation, Inc.

Gerard F. Anderson
(ganderson@jh.u.edu) is a professor in the Department of Health Policy and Management and the Department of International Health, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, in Baltimore, Maryland.

Peter Hussey is vice president and director, Health Care, at the RAND Corporation in Boston, Massachusetts.

Varduhi Petrosyan is a professor and dean in the Turpanjian School of Public Health, American University of Armenia, in Yerevan.

Fazit

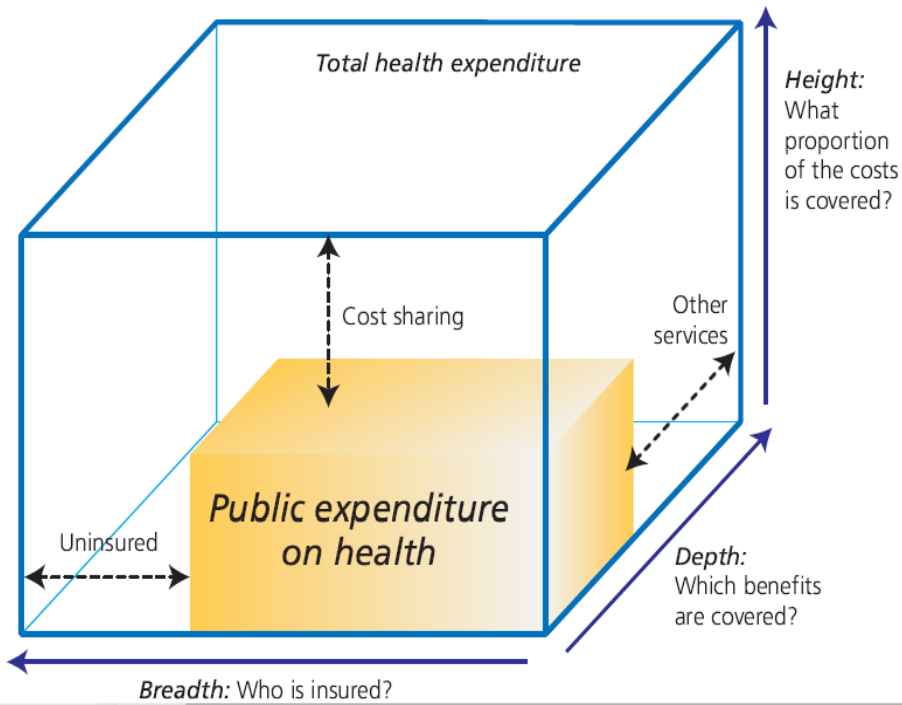
Zuviel Medizin – wer zahlt den Preis?

- Was ist ein angemessenes Niveau an Medizin?

Fazit

Zuviel Medizin – wer zahlt den Preis?

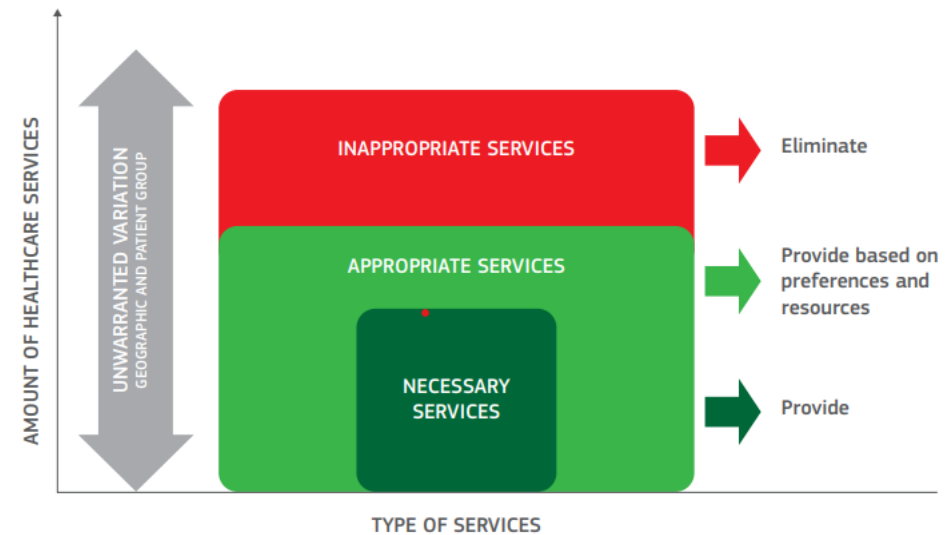
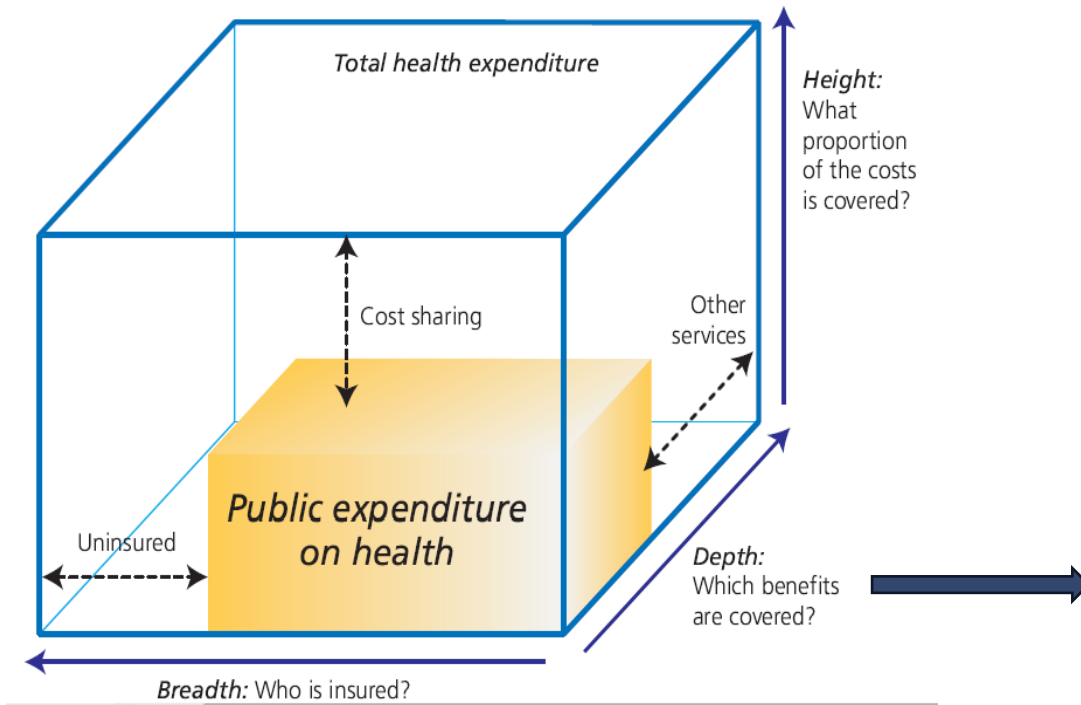
- Was ist ein angemessenes Niveau an Medizin?
 - Universal Health Care (UHC) als Zielbild



Fazit

Zuviel Medizin – wer zahlt den Preis?

- Was ist ein angemessenes Niveau an Medizin?
 - Universal Health Care (UHC) als Zielbild
 - Die Relevanz von EbM/HTA

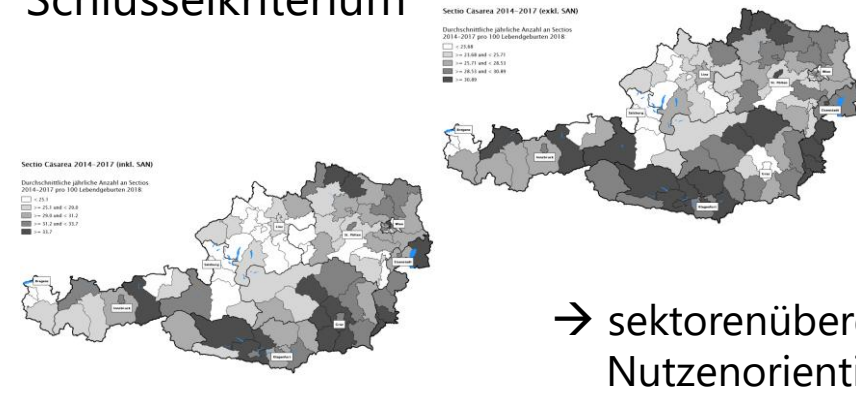
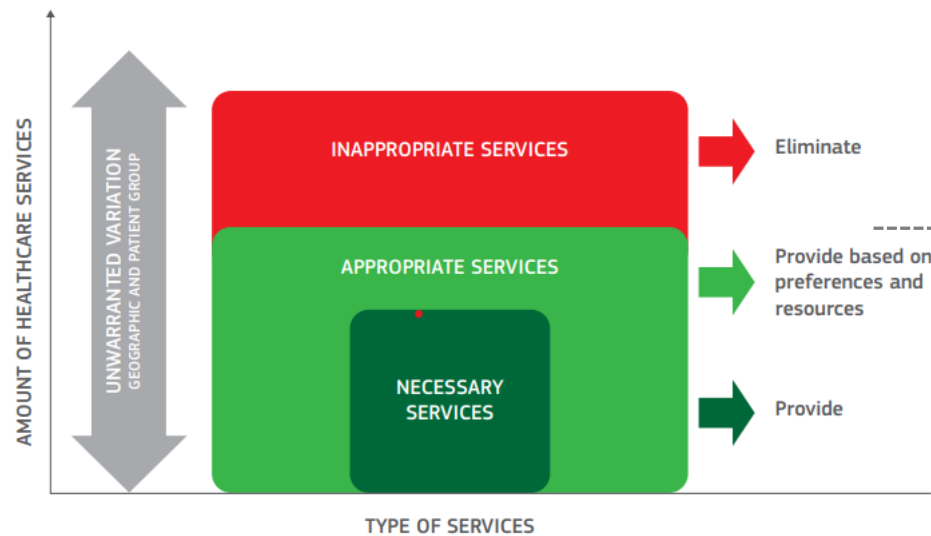


Fazit

Zuviel Medizin – wer zahlt den Preis?

- Was ist ein angemessenes Niveau an Medizin?
 - Die Relevanz von EbM/HTA

- Sektorenübergreifende Regulierung als Schlüsselkriterium



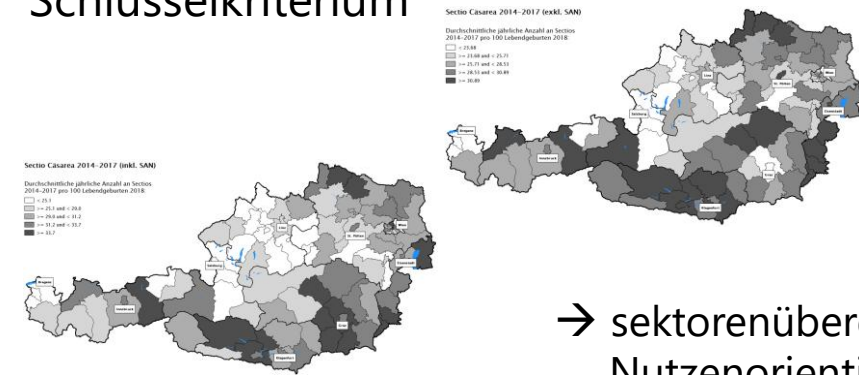
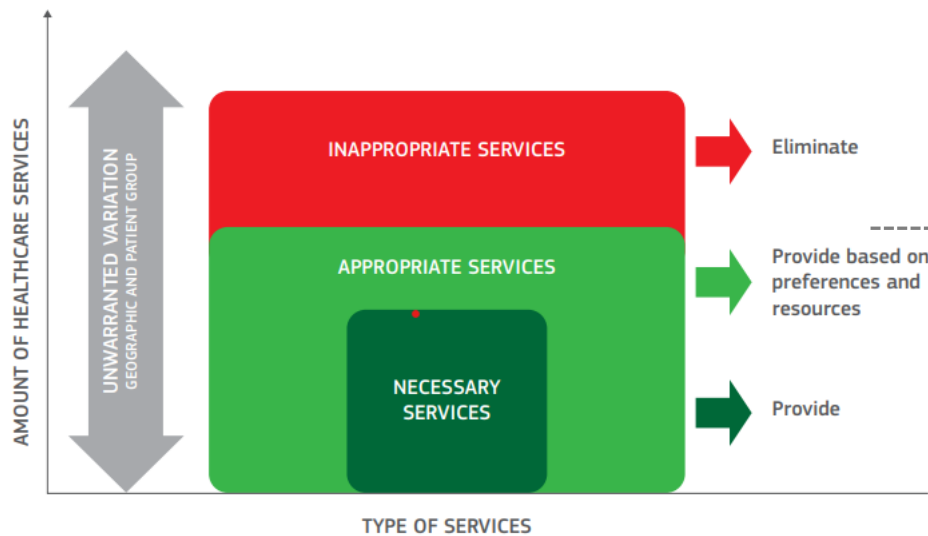
→ sektorenübergreifende Nutzenorientierung

Fazit

Zuviel Medizin – wer zahlt den Preis?

- Was ist ein angemessenes Niveau an Medizin?
 - Die Relevanz von EbM/HTA

- Sektorenübergreifende Regulierung als Schlüsselkriterium



→ sektorenübergreifende Nutzenorientierung

Die nahezu universelle Krankenversicherung in Österreich sorgt für einen geringen Anteil an ungedeckten medizinischen Bedürfnissen, insbesondere bei Menschen, die von Armut bedroht sind. Die Stagnation bei Kassenärzten in Verbindung mit einem wachsenden Wahlarztsektor hat jedoch zu einem „Warten oder Bezahlen“-Dilemma für Patienten geführt. Diese Dynamik zwingt sie zu einer Entscheidung zwischen längeren Wartezeiten für eine vollständig gedeckte Versorgung oder Zuzahlungen für einen schnelleren Zugang.

→ Zugang

Vielen Dank für die Aufmerksamkeit!
