

Kosten und Effizienz der kindlichen Primärversorgung

Internationaler Vergleich

Die adäquate kinderärztliche Versorgung steht im Spannungsfeld zwischen der Spezialisierung und einem breiten Angebot, das Sozialleistungen einschließlich Familienleistungen umspannen soll. Während die Spezialisierung in allen Fachbereichen voranschreitet und meist mit einer steigenden Effektivität der Versorgung einhergeht, muss sie insbesondere in der Versorgung von Kindern durch professionelle nichtmedizinische Leistungen ergänzt werden, um den Gesundheitszustand und das Wohlbefinden der Kinder zu verbessern.

Versorgungsgrad

Wie **Abb. 1** zeigt, hat sich die kinderärztliche Versorgung in Europa verbessert, wobei es erkennbare Unterschiede zwischen den Ländern in der Dichte der Versorgung gibt.

» Der Grad der Versorgung mit Kinderärzten hat sich überall verbessert

Während beispielsweise in Österreich im Jahr 2000 3,9 Kinderärzte pro 10.000 Kinder im Alter von 0–14 Jahren tätig waren, waren es im Jahr 2009 fast 5 Ärzte. Damit liegt Österreich deutlich über der Versor-

gungsdichte in Dänemark, den Niederlanden, aber auch in Frankreich, gleich auf mit jener in Spanien und Italien, jedoch sichtbar unter jener in Deutschland. Im Vergleich zu Spanien oder Italien ist jedoch der Anteil der Kinderärzte an der Anzahl der zugelassenen Ärzte für Allgemeinmedizin erkennbar kleiner. Dies trifft auch auf Deutschland, Portugal und Frankreich zu. In diesem Zusammenhang dürften unterschiedliche Versorgungsmodelle eine Rolle spielen [14] bzw. die Hybridisierung von Versorgungsformen. Weiters lassen die Unterschiede in der verfügbaren Personalausstattung keine Schlussfolgerung hinsichtlich des geeigneten Niveaus der Versorgung zu, zumal die Effektivität und Effizienz nur durch den Zusammenhang zwischen dem Ressourceneinsatz und den damit erzielbaren Ergebnissen erfasst werden kann. Darüber hi-

naus ist der Zusammenhang zwischen der Kinderärztdichte und jener von Allgemeinmedizinerinnen sehr schwach. Konkret besteht offenbar keine Substitutionsbeziehung zwischen diesen beiden Gruppen, vielmehr dürften auch hier die zugrunde liegenden Versorgungsmodelle eine große Rolle spielen.

Spezialisierung der Versorgung in Österreich

Im Jahr 2010 haben Kinderärzte 1,1 Mio. Fälle versorgt (**Tab. 1**). Gegenüber 1998 entspricht dies einer Steigerung von etwa 20%. Im Gegensatz dazu war das Fallwachstum im Bereich der Allgemeinme-

Die hier verwendeten geschlechtsspezifischen Ausdrücke betreffen sowohl Frauen als auch Männer.

Tab. 1 Wachstum der Fallzahl in der Kinderheilkunde. (Nach HVSV 1998 und 2010, eigene Berechnungen)

	2010		Index 1998=100			Anteile 2010		
	Umsätze (Mio. €)	Fälle (Mio.)	Umsatz pro Fall (€)	Umsätze	Fälle	Umsatz pro Fall (%)	Umsätze (%)	Fälle (%)
Insgesamt	1.716,37	34,1	50,38	144	118	122	100,0	100,0
Ärzte für Allgemeinmedizin	743,98	16,0	46,38	131	103	127	43,3	47,1
Allgemeine Fachärzte	650,09	10,36	62,75	162	124	131	37,9	30,4
Kinderheilkunde	58,04	1,1	52,80	149	119	125	3,4	3,2
Sonstige Fachärzte ^a	264,26	6,6	40,25	138	158	87	15,4	19,3

^aRöntgen, physikalische Therapie, Labor.

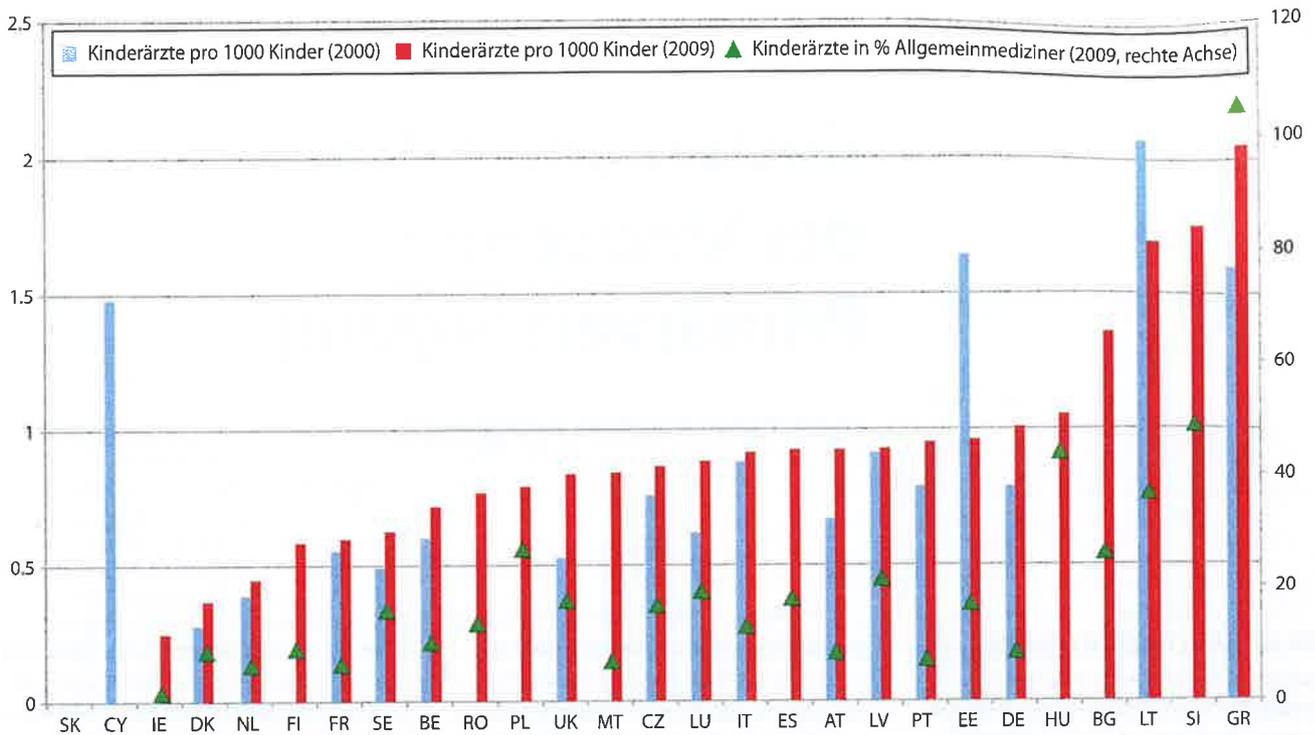


Abb. 1 ▲ Kinderarzt-dichte im Vergleich, 2000 und 2009. AT Österreich; BE Belgien; BG Bulgarien; CY Zypern; CZ Tschechische Republik; DE Deutschland; DK Dänemark; EE Estland; ES Spanien; FI Finnland; FR Frankreich; GR Griechenland; HU Ungarn; IE Irland; IT Italien; LT Litauen; LU Luxemburg; LV Lettland; MT Malta; NL Niederlande; PL Polen; PT Portugal; RO Rumänien; SE Schweden; SI Slowenien; SK Slowakische Republik; UK Vereinigtes Königreich. (Nach Eurostat 2012, eigene Berechnungen)

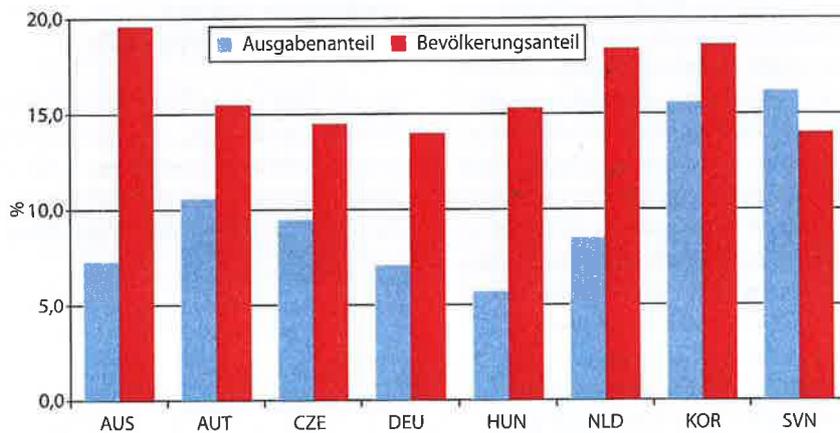


Abb. 2 ▲ Ausgaben für die ambulante Versorgung der Kinder im internationalen Vergleich für 2007. AUS Australien; AUT Österreich; CZE Tschechische Republik; DEU Deutschland; HUN Ungarn; NLD Niederlande; KOR Südkorea; SVN Slowenien. (Nach OECD 2012, eigene Berechnungen)

dizin auf hohem Niveau (16 Mio.) deutlich geringer. Im Vergleich zu 1998 lag es bei 3%. Die Umsätze pro Fall wuchsen um 25 bzw. 27%, was im Vergleich zu Ärzten für Allgemeinmedizin auf die stärkere Fallbelastung der Kinderärzte relativ zum Honorarwachstum hinweist. Auch im Vergleich zu anderen allgemeinen Fachärz-

ten wuchsen die Umsätze pro Fall im Bereich der Kinderheilkunde langsamer.

Gesundheitsausgaben nach Altersgruppen

In **Tab. 2** sind die Gesundheitsausgaben nach Altersgruppen bis zum Alter von

64 Jahren aufgeschlüsselt. Für Kinder bis 14 Jahre wurden im Jahr 2007 1,5 Mrd. € oder etwa 6% der gesamten Leistungsausgaben für die Altersgruppen von 0–85+ Jahren aufgewendet, wobei Mädchen 4,9% und Buben 7,7% verbrauchten. Die Aufteilung der Gesundheitsausgaben nach Leistungsbereichen lässt erkennen, dass in der Altersgruppe bis 14 Jahre die Ausgaben für ambulante Leistungen mit 44% den größten Anteil ausmachen, insbesondere für die Altersgruppe der Kinder von 5–14 Jahren (50,9%). Im Gegensatz dazu nimmt relativ betrachtet die Bedeutung der ambulanten Leistungen (ohne Arzneimittel) mit zunehmendem Alter ab, obwohl auch in der Altersgruppe der 15- bis 44-Jährigen nach wie vor fast 42% der Ausgaben im ambulanten Sektor verbraucht werden.

Ausgaben für die ambulante Versorgung

In **Abb. 2** ist für ausgewählte Mitgliedsstaaten der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung

(OECD) der Anteil der Ausgaben für Kinder bis 14 Jahre im Vergleich zum Bevölkerungsanteil dieser Altersgruppe gezeigt. Der Anteil der Ausgaben für Kinder an den gesamten Ausgaben betrug in Österreich im Jahr 2007 10,6%, der Anteil an der Bevölkerung lag bei 15,5%. Insgesamt wurden in Österreich pro Kopf der 0- bis 14-Jährigen 525 € ausgegeben, in Deutschland waren es um etwa 100 € weniger, in den Niederlanden betragen die Ausgaben etwa 300 € pro Kopf. Im Jahr 2010 lagen die kaufkraftbereinigten, gesamten Gesundheitsausgaben pro Kopf in den Niederlanden mit 5038 US\$ PPP über dem Niveau in Österreich (4388 US\$ PPP), das wiederum etwa gleichauf mit jenem in Deutschland war (4332 US\$ PPP).

» Österreich gibt im Ländervergleich viel für die ambulante Versorgung von Kindern aus

Unterschiede in den Ausgabenhöhen zwischen Ländern geben erst Auskunft über die Effizienz der Versorgung, wenn relevante Ergebnisindikatoren in Bezug zum Ressourceneinsatz gebracht werden. Allgemein gilt, dass in Industrieländern der Zusammenhang zwischen Gesundheitsausgaben und beispielsweise der Lebenserwartung schwach ist. Zwischen den Ländern bestehen über die Zeit betrachtet erhebliche Unterschiede im Gesundheitszustand (OECD [1]).

Ausgabenhöhe und Gesundheitszustand

Gemessen an der Ausgabenhöhe schneidet Österreich in vielen Dimensionen der gesundheitlichen Lage von Kindern im internationalen Vergleich nicht vorteilhaft ab. Um die Mehrdimensionalität von Gesundheit im Kindesalter zu erfassen, wird regelmäßig eine Reihe internationaler Befragungen durchgeführt, die auf Ebene der Weltgesundheitsorganisation (WHO; z. B. Currie et al. [3]) und des United Nations Children's Fund (UNICEF; z. B. [13]) erhoben bzw. analysiert werden. Dabei ist die Position Österreichs in den Dimensionen des gemessenen

gesundheitlichen Wohlbefindens von Kindern bzw. im Risikoverhalten zumeist unterdurchschnittlich [7], obwohl Kinder subjektiv ein weitgehend hohes Wohlbefinden angeben [13].

» Ausgabenhöhe und Gesundheitszustand der Kinder korrespondieren nicht

Auch Bradshaw u. Richardson [2] entwickelten einen Index für kindliches Wohlbefinden in allen Ländern der Europäischen Union plus Norwegen und Island. Dieser Index setzt sich neben Indikatoren, die den Gesundheitszustand erfassen, aus weiteren 6 Bereichen zusammen, für die ihrerseits eine Länderreihung vorgenommen wird. So rangiert beispielsweise Österreich im Bereich Wohnsituation von Kindern auf Rang 6, bei Ausbildung und Risikoverhalten auf Rang 19, in Bezug auf die materielle Lage auf Rang 8, im Bereich Beziehungen auf Rang 7 und bei subjektiv eingeschätztem Wohlbefinden auf Rang 2. Im starken Kontrast dazu erreicht Österreich hinsichtlich des Gesundheitszustands, der sich aus Indikatoren wie Impfraten, Gesundheitsverhalten und Kleinkindergesundheit zusammensetzt, nur Platz 26 (■ Abb. 3).

In einem UNICEF-Forschungsbericht [13] zum Vergleich der gesundheitlichen Ungleichheiten bei Kindern in 24 OECD-Ländern rangiert Österreich knapp über dem OECD-Durchschnitt, was eine relativ zum OECD-Durchschnitt geringere gesundheitliche Ungleichheit bedeutet. Auch in diesem Zusammenhang zeigt sich, dass das hohe Niveau des selbst berichteten gesundheitlichen Wohlbefindens von Kindern die Position Österreichs in diesem Bereich stark positiv beeinflusst. Während auf dem Gesamtindex von Bradshaw u. Richardson [2] Österreich unter 29 europäischen Ländern Position 11 einnimmt, liegt es bezüglich der in den Dimensionen materieller Wohlstand, Ausbildung und Gesundheit gemessenen Ungleichheit im kindlichen Wohlbefinden im Mittelfeld reicher OECD-Länder [13]. Damit führt Österreich eine Mittelfeldgruppe von Ländern an und liegt vor Kanada, Frankreich und

Paediatr Paedolog 2013 · [Suppl 1] 48:23–29
DOI 10.1007/s00608-013-0066-6
© Springer-Verlag Wien 2013

M.M. Hofmarcher

Kosten und Effizienz der kindlichen Primärversorgung. Internationaler Vergleich

Zusammenfassung

Die Kosten für die Versorgung von Kindern in Österreich sind relativ hoch. Dies gilt sowohl auf Ebene der primärärztlichen Versorgung als auch im Hinblick auf Geldleistungen im Rahmen von Familienleistungen. Dem gegenüber steht ein im internationalen Vergleich eher unterdurchschnittlicher Gesundheitszustand der Kinder in Verbindung mit auffälligen gesundheitlichen Ungleichheiten, obwohl Kinder ihr gesundheitliches Wohlbefinden durchwegs hoch einschätzen. Um Effizienz in diesem Bereich sicherzustellen, ist es erforderlich, ein Bündel an Maßnahmen zu fokussieren, die über Verbesserungen in der primärärztlichen Versorgung hinausgehen und sowohl nichtärztliche Gesundheitsberufe einbeziehen als auch gezielte Kooperationen mit anderen Politikbereichen fördern und ausbauen.

Schlüsselwörter

Kinderärztliche Versorgung · Kosten · Effizienz · Familienleistungen · Nichtärztliche Gesundheitsberufe

Deutschland. Für Kinder in Dänemark, Finnland, den Niederlanden und der Schweiz ist die Ungleichheit im Wohlbefinden am geringsten.

Wohlstand und kindliches Wohlbefinden

Dänemark, die Niederlande und Finnland sind auch jene Länder, die gemessen an der Wirtschaftsleistung das höchste Niveau an Wohlbefinden von Kindern sicherstellen (■ Abb. 4). Frankreich, Deutschland, aber auch Österreich zeigen im Vergleich zu diesen Ländern und relativ zur Wirtschaftsleistung eine schlechtere Leistungsfähigkeit in diesem Bereich.

» Ein hohes Wohlstandsniveau und Sachleistungen fördern offenbar das Wohlbefinden der Kinder

Tab. 2 Gesundheitsausgaben nach Altersgruppen und Leistungsbereichen im Jahr 2007. (Nach Statistik Austria 2012, System of Health Accounts, Tab. 7, eigene Berechnungen)

	0–4 Jahre	5–14 Jahre	0–14 Jahre	15–44 Jahre		45–64 Jahre		
	In Mio. €		% gesamte Leistungs- ausgaben	In Mio. €	% gesamte Leistungs- ausgaben	In Mio. €	% gesamte Leistungs- ausgaben	
Mädchen/Frauen	266	428	695	4,9	3122	12,4	3409	13,5
Burschen/Männer	331	509	840	7,7	2547	10,1	3267	13,0
Gesamt	598	938	1535	6,1	5669	22,5	6676	26,5
% von Gesamt								
Stationäre Leistungen	50,0	22,5	33,2		33,2		41,9	
Ambulante Leistungen	33,3	50,9	44,0		41,8		29,5	
Arzneimittel und therapeutische Hilfsmittel	12,3	21,1	17,7		18,9		21,1	
Gesamt	95,6	94,4	94,9		94,0		92,6	
Andere Leistungsausgaben								
Tagesklinische Leistungen	0,7	0,3	0,4		0,4		0,5	
Pflege zu Hause	2,1	2,7	2,5		2,3		3,2	
Hilfsleistungen für die Erbringung der Leistungen	1,6	2,6	2,2		3,3		3,8	
	100,0	100,0	100,0		100,0		100,0	

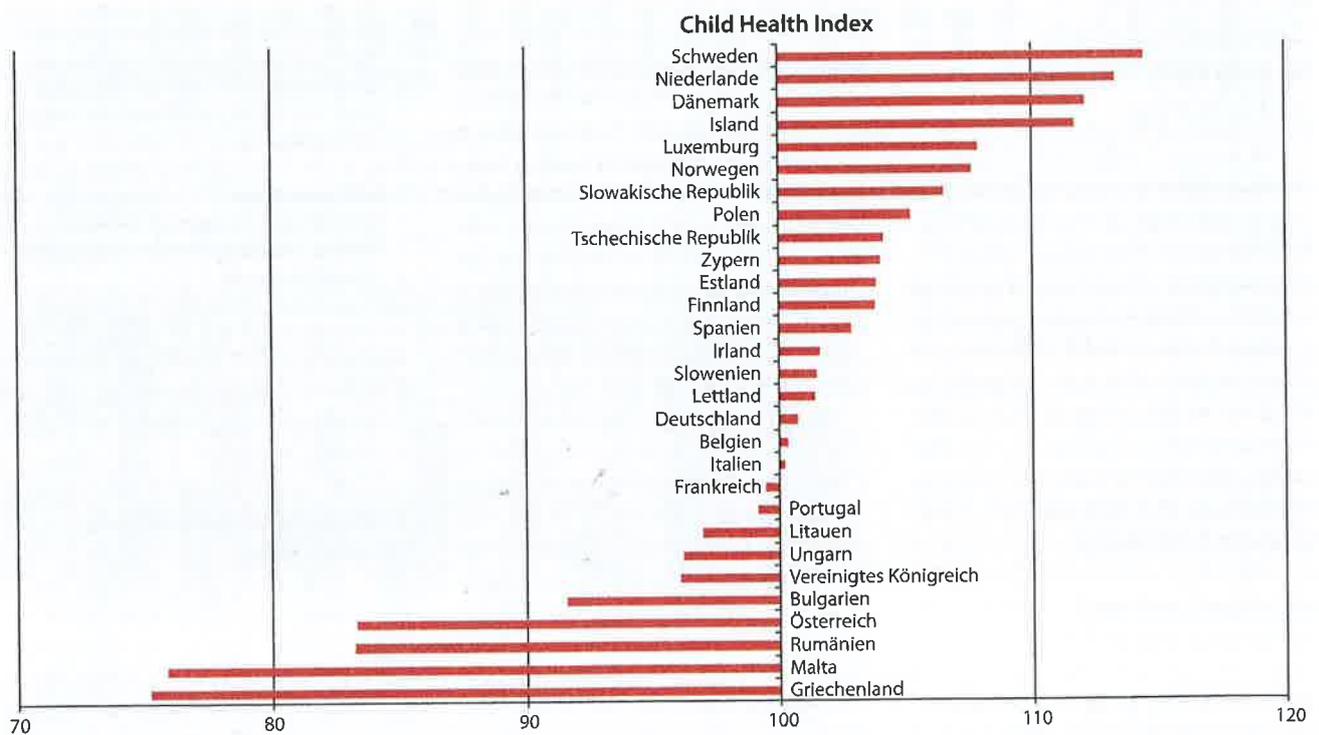


Abb. 3 Child Well-being Index. Vor allem niedrige Impfraten erklären die schlechte Position Österreichs. Der Index wurde aus den Komponenten Kleinkindergesundheit, Impfraten und Gesundheitsverhalten gebildet, denen insgesamt 10 Indikatoren zugewiesen wurden. Die Grafik zeigt den relativen Abstand der Länder zum Durchschnitt von 29 Ländern (=100). (Nach [2])

Im Jahr 2007 wurden im OECD-Durchschnitt 2,2% der Wirtschaftsleistung für öffentliche Familienleistungen aufgewendet (OECD Social Expenditure Database 2011). Die Aufschlüsselung nach Leistungsarten lässt erkennen, dass mit einigen Ausnahmen, z. B. Frankreich, je-

ne Länder, die ein hohes Niveau an Sachleistungen einsetzen, im Hinblick auf das kindliche Wohlbefinden deutlich besser abschneiden als Länder mit einem hohen Niveau an Geldleistungen, was von Bradshaw u. Richardson [2] gezeigt wird. So werden in den Niederlanden wie auch in

Dänemark und Finnland Familien hauptsächlich mit Sachleistungen gefördert, wobei sowohl die Niederlande mit 2,9% als auch Finnland mit 2,7% einen geringeren Anteil an der Wirtschaftsleistung für Familienförderung einsetzen als beispielsweise Österreich (3,1%).

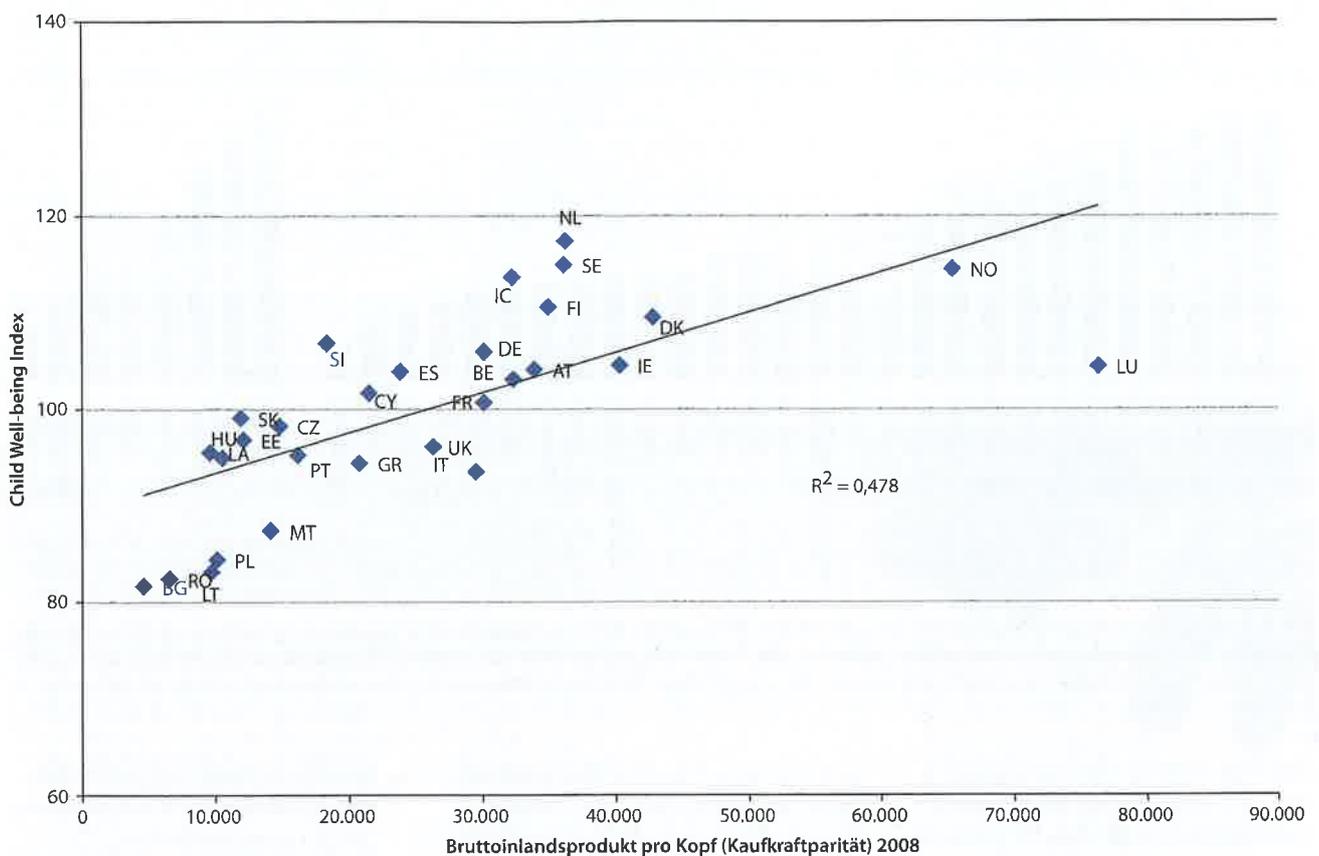


Abb. 4 ▲ Zusammenhang zwischen gesundheitlichem Wohlbefinden und der Wirtschaftsleistung. Der Gesamtindex für gesundheitliches Wohlbefinden wurde aus 43 Indikatoren gebildet, diese teilen sich in 19 Komponenten auf, die in die Bereiche Gesundheit, Wohnsituation, Ausbildung, Risikoverhalten, materielle Lage, Beziehungen und subjektives Wohlbefinden zusammengefasst wurden. Die einzelnen Indexwerte ermitteln sich aus dem relativen Abstand der Länder zum Durchschnitt von 29 Ländern (=100). AT Österreich; BE Belgien; BG Bulgarien; CY Zypern; CZ Tschechische Republik; DE Deutschland; DK Dänemark; EE Estland; ES Spanien; FI Finnland; FR Frankreich; GR Griechenland; HU Ungarn; IC Island; IE Irland; IT Italien; LT Litauen; LU Luxemburg; LV Lettland; MT Malta; NL Niederlande; PL Polen; PT Portugal; RO Rumänien; SE Schweden; SI Slowenien; SK Slowakische Republik; UK Vereinigtes Königreich. (Nach Eurostat 2012, Bradshaw u. Richardson [2], eigene Berechnungen)

Der hohe Anteil an Geldleistungen in der Familienförderung in Österreich, aber auch in Deutschland, wo außerdem erhebliche steuerliche Freibeträge in diesem Bereich geltend gemacht werden können, liegt in der Tradition der zugrunde liegenden Wohlfahrtsmodelle [1, 4]. Die österreichische Sozialpolitik und dabei insbesondere die Familienpolitik, aber auch der Bereich Pflege wurzeln in den Zielvorstellungen und Werten eines Modells, in dem die Verantwortung der Familie für Betreuung und Pflege vor jener des Staats liegt (Subsidiaritätsprinzip). Veranschaulicht wird dies beispielsweise durch den relativ geringen Anteil der formellen Versorgung von Kleinkindern. Während in Dänemark im Jahr 2008 fast 66% der Kinder von 0–2 Jahren in einer Kindereinrichtung angemeldet waren, betrug die Rate

für Österreich nur 12%. In Finnland waren es 28%, in den Niederlanden 56% (OECD Social Expenditure Database 2011).

Multisektorale Versorgung

Wolff [16] weist in ihrer Zusammenschau pädiatrischer Versorgungsmodelle auf die Wichtigkeit hin, multiprofessionelle Teams zu entwickeln, die multisektoral zusammenarbeiten, damit die komplexen medizinischen und sozialen Versorgungsbedürfnisse von Kindern adäquat berücksichtigt werden können. Eine solche Strategie erfordert eine ausgewogene Mischung von Gesundheits- und Sozialberufen, die eine Bündelung von Maßnahmen ermöglicht, damit insbesondere auch die gesellschaftliche Dimension

von Kindergesundheit fokussiert werden kann [12, 15].

» Zur Sicherstellung der Effizienz müssen sich multisektorale Teams mit Kindergesundheit befassen

Mit dem Kindergesundheitsdialog wurde ein Diskurs in Österreich eingeleitet [7, 9]. Einen wichtigen Stellenwert muss in diesem Zusammenhang der Ungleichheit im Wohlbefinden der Kinder zukommen, zumal Österreich insbesondere im Bereich der gesundheitlichen Ungleichheiten unter 24 OECD-Ländern nur Rang 13 einnimmt [13]. Im Zusammenhang mit der gesundheitlichen Versorgung im enge-

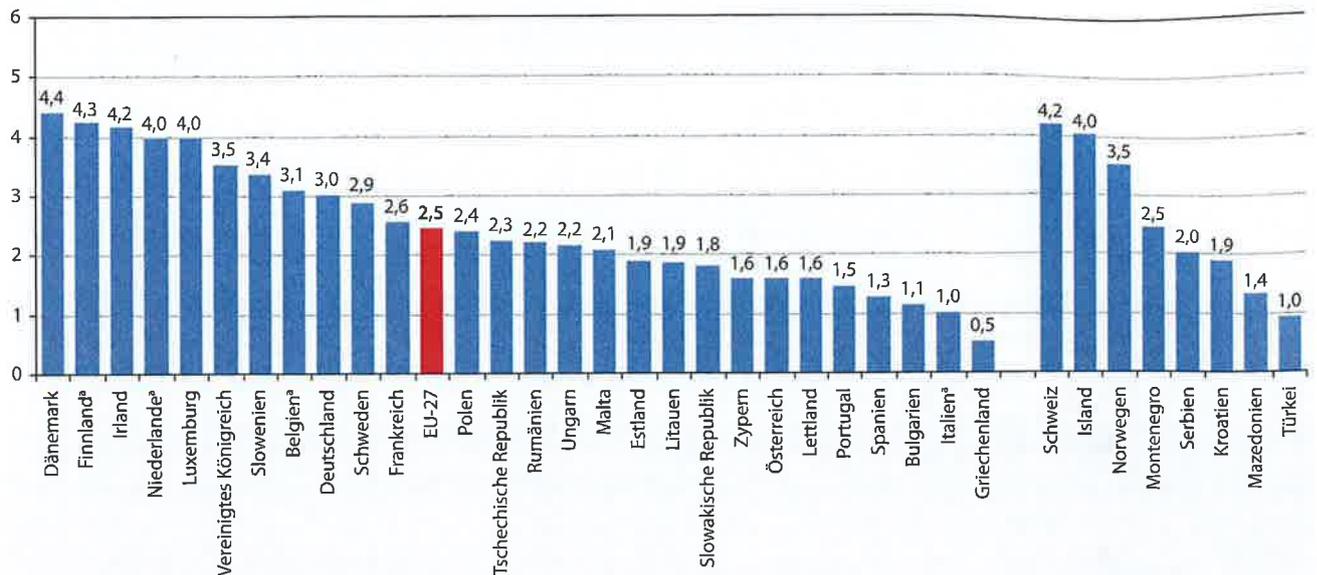


Abb. 5 ▲ Verhältnis von Krankenpflegepersonen zu Ärzten im Jahr 2010 (oder im letzten verfügbaren Jahr). ^a Angaben zu Ländern, für die keine Daten zu praktizierenden Krankenpflegepersonen und/oder praktizierenden Ärzten vorliegen, beziehen sich sowohl für Pflegekräfte als auch für Ärzte im Sinne der Einheitlichkeit auf dasselbe Konzept („berufstätig“ oder „mit Zulassung“). (Nach OECD Health Data 2012, Eurostat, WHO European Health for All Database)

ren Sinn besteht für Österreich insbesondere auch Aufholbedarf im Mix an Gesundheitsberufen (■ **Abb. 5**). Während beispielsweise im EU-27-Durchschnitt auf einen Arzt 2,5 Krankenpflegepersonen kommen, beträgt dieses Verhältnis in Österreich 1:1,6. Obwohl die Anzahl der unselbstständig Beschäftigten im Gesundheitswesen stark wächst [6], sind die Beschäftigungsmöglichkeiten für nicht-ärztliches Personal im ambulanten Sektor gering, zumal die Versorgung fast ausschließlich in Einzelpraxen durchgeführt wird [10].

Eine exakte Bestimmung der Trennlinie zwischen haus- und fachärztlicher Versorgung ist in Österreich nur eingeschränkt möglich, da nicht zuletzt in Ballungsräumen Spitalsambulanzen eine wichtige Rolle in der Primärversorgung spielen, insbesondere auch in der Versorgung von Kindern. Mit der Einführung von Gruppenpraxen (Ärzte-GmbHs) im Jahr 2010 wurde zwar beabsichtigt, den Zugang zur ambulanten Versorgung außerhalb von Krankenanstalten mithilfe flexibler Angebote und Öffnungszeiten deutlich attraktiver zu machen, die Etablierung von Ärzte-GmbHs verläuft jedoch sehr zaghaft. Grundsätzlich wird erwartet, dass Ärzte-GmbHs als Gruppenpraxen den Krankenhaussektor entlasten

und Versorgung durch multidisziplinäre Teams unter Einschluss von nichtärztlichem medizinischem Personal anbieten. Die Entwicklung notwendiger, neuer Versorgungsformen steht jedoch erst am Anfang [6].

Fazit für die Praxis

Die Primärversorgung von Kindern ist eine multiprofessionelle und multisektorale Aufgabe, die zur Sicherstellung der Effizienz ein Bündel von Maßnahmen fokussieren muss. Obwohl die Produktivität der fachärztlichen Versorgung von Kindern in den letzten Jahren durch ein relativ starkes Fallwachstum erkennbar gestiegen ist, bleibt die gesundheitliche Lage der Kinder gemessen am Ressourceneinsatz unterdurchschnittlich. Daraus ergeben sich folgende Herausforderungen:

- Reformkräfte sind multiprofessionell und multisektoral zu bündeln, um ein gesundes und aktives Aufwachsen zu gewährleisten.
- Die Entwicklung einer nationalen Strategie für Gesundheitsförderung und Prävention sollte vorangetrieben werden. Ein Schwerpunkt muss dabei auf der Kindergesundheit liegen.

- Den Mix der Geld- und Sachleistungen im Rahmen der Familienleistungen gilt es zu überdenken.
- Innerhalb der Primärversorgung müssen die Gesundheitsberufe in einem ausgewogenen Verhältnis eingesetzt werden, das durch ausgebildetes Personal koordiniert werden sollte.
- In diesem Zusammenhang müssen stärker integrierte Versorgungsmodelle und Honorarformen entwickelt werden, die zukunftsorientiert die Belastung von Kinderärzten in Einzelpraxen verringern und eine koordinierte Abstimmung mit dem Sozialbereich durchsetzen.

Korrespondenzadresse



M.M. Hofmarcher
European Centre for Social Welfare Policy and Research
Berggasse 17, 1090 Wien
Österreich
hofmarcher@euro.centre.org

M.M. Hofmarcher. Ökonomin und Leiterin des Forschungsbereichs „Gesundheit und Pflege“ am Europäischen Zentrum für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung; koordiniert das EU-Projekt EuroREACH und ist Österreichkorrespondentin in mehreren EU-Netzwerken, u. a. zum demografischen Wandel. Arbeitsschwerpunkte liegen im Bereich der Finanzierung der Gesundheitsversorgung und in Leistungsvergleichen

Lebenslanges Engagement

von Gesundheitssystemen. Sie war Senior Researcher in der Gesundheit Österreich GmbH und am Institut für Höhere Studien (IHS), wo sie den Arbeitsbereich IHS HealthEcon etablierte und leitete. Außerdem ist sie Konsultantin bei der Weltbank und war von 2005 bis 2008 Referentin und Ökonomin bei der Organisation für Wirtschaftliche Entwicklung und Zusammenarbeit (OECD). Sie absolvierte das Studium der Wirtschaftswissenschaften an der Universität Wien und ihre Postgraduiertenausbildung an der Johns Hopkins University zum Master of Public Health. Ausbildung zur diplomierten Krankenschwester im KH Mödling und mehrjährige Tätigkeit in diesem Beruf.

Danksagung. Die Autorin dankt Eva Festl für die Organisation der Daten und für hilfreiche Kommentare.

Interessenkonflikt. Keine Angabe

Literatur

1. Biffl G (2007) The employment of women in the European Union. WIFO Working Papers 297. Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung (WIFO), Wien
2. Bradshaw J, Richardson D (2009) An index of child well-being in Europe. *Child Indic Res* 2:319–351
3. Currie C et al (Hrsg) (2012) Social determinants of health and wellbeing among young people. Health Behavior in School-aged children (HBSC) study: international report from the 2009/2010 survey. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe 2012 (Health Policy for Children and Adolescents, No. 6)
4. Esping-Anderson G (1990) The three worlds of welfare capitalism. Polity Press, Cambridge
5. Gönenç R, Hofmarcher MM, Wörgötter A (2011) Reforming Austria's highly regarded but costly health system, OECD Economics Department Working Papers, No. 895, OECD Publishing. <http://dx.doi.org/10.1787/5kg51mbntk7-en>
6. Hofmarcher MM (2013) Das österreichische Gesundheitssystem: Akteure, Daten, Analysen. MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin (im Druck)
7. Hofmarcher MM, Hawel B, Tarver L (2010) Let's talk kids: a dialogue for children's health. *Health Policy Monitor*, Oktober 2010. <http://www.hpm.org/survey/at/a16/1>
8. Hofmarcher MM, Hawel B (2010) Ambulatory care reforms fail to face the facts? *Health Policy Monitor*, April 2010. <http://www.hpm.org/survey/at/a15/1>
9. Kerbl R (2011) Das Gesundheitssystem in Österreich – Strukturen und positive Seiten. In: Kerbl R et al (Hrsg) Kinder und Jugendliche im besten Gesundheitssystem der Welt, 4. Jahrestagung Politische Kindermedizin 2010. Springer, Wien
10. OECD (2010) Health at a glance. Europe 2010. Paris. http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-europe-2010_health_glance-2010-en
11. OECD (2010) Health care systems: efficiency and policy settings. OECD Publishing. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264094901-en>
12. Rigby M, Köhler L (Hrsg) (2002) Child Health Indicators of Life and Development (CHILD). Report to the European Commission. European Union Community, Staffordshire
13. UNICEF (2010) The children left behind. A league table of inequality in child well-being in the world's rich countries, Health Monitoring Programme
14. Esso D van et al (2010) Pediatric primary care in Europe: variation between countries. *Arch Dis Child* 95:791–795. DOI 10.1136/adc.2009.178459
15. Waldhauser F (2011) Das Gesundheitssystem für Kinder in Österreich – die Schwächen. In: Kerbl R et al (Hrsg) Kinder und Jugendliche im besten Gesundheitssystem der Welt, 4. Jahrestagung Politische Kindermedizin 2010. Springer, Wien
16. Wolff I (2011) How can we improve child health services? *BMJ* 342



25 Jahre Endokrinologie

Individuelle Behandlung –

Unser Schwerpunkt für die Zukunft

Pfizer Endocrine Care
Your Partners in Endocrinology

Pfizer Corporation Austria GmbH
Floridsdorfer Hauptstr. 1
1210 Wien

Gen 004 13/1/31.0' 20 3