

WIFO

ÖSTERREICHISCHES INSTITUT
FÜR WIRTSCHAFTSFORSCHUNG

 **VORTRÄGE • LECTURES**

**Herausforderungen einer alternden
Gesellschaft: Schwerpunkt
Reformbedarf im österreichischen
Gesundheitssystem**

Karl Aiginger

111/2011

Herausforderungen einer alternden Gesellschaft: Schwerpunkt Reformbedarf im österreichischen Gesundheitssystem

Karl Aiginger

Beitrag zum Gesundheitsforum Primetime der AstraZeneca,
11. Mai 2011

WIFO-Vorträge, Nr. 111

E-Mail-Adresse: Karl.Aiginger@wifo.ac.at
2011/105/V/0

© 2011 Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung
Medieninhaber (Verleger), Hersteller: Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung •
1030 Wien, Arsenal, Objekt 20 • Tel. (43 1) 798 26 01-0 • Fax (43 1) 798 93 86 •
<http://www.wifo.ac.at/> • Verlags- und Herstellungsort: Wien
Kostenloser Download:
http://www.wifo.ac.at/wwwa/jsp/index.jsp?fid=23923&id=41727&typeid=8&display_mode=2

Karl Aiginger

Herausforderungen einer alternden Gesellschaft: Schwerpunkt Reformbedarf im österreichischen Gesundheitssystem¹

Die Herausforderung

(1) Die Struktur der österreichischen Bevölkerung ändert sich dramatisch. Das Durchschnittsalter ist seit 1990 um fünf Jahre auf 41 Jahre gestiegen. Österreich gehört damit zu den Ländern mit dem höchsten Durchschnittsalter in der EU (Rang 23 wenn Irland mit der jüngsten Bevölkerung Rang 1 einnimmt): Die Alterung wird sich in den nächsten Jahrzehnten fortsetzen. Erfreulicherweise steigt die Lebenserwartung (zum Zeitpunkt der Geburt) jedes Jahr um 2 bis 3 Monate und liegt derzeit in Österreich mit über 80 Jahren fast ein Jahr höher als im EU-27-Schnitt.

Die Zahl der über 60-Jährigen wird ab 2040 über 3 Millionen liegen, das sind mehr als ein Drittel der Bevölkerung; heute sind 1,9 Millionen oder 23% in dieser Gruppe. Dennoch sinkt die Bevölkerung im bisher als "erwerbsfähig" betrachteten Alter (15 bis unter 60 Jahre) zwischen 2015 und 2035 um 300.000. Die Gesamtbevölkerung hingegen steigt primär durch Zuwanderung um 1 Million.

Die Kinderzahl (Fertilitätsrate) liegt in Österreich weit unter dem "Gleichgewichtswert" von 2,1 pro Elternpaar. Sie beträgt 1,39, das ist die 22. Stelle der EU-27, und die Kinderzahl pro Elternpaar ist im Gegensatz zu anderen Ländern seit 2000 nicht gestiegen. Da der Kinderwunsch der Bevölkerung deutlich höher liegt, ist dies u.a. auf fehlenden Kinderbetreuungseinrichtungen zurückzuführen. Der Anteil der 3 bis 6-Jährigen in Betreuungseinrichtungen (mit mehr als 30 Stunden pro Woche) liegt mit 21% an 22. Stelle in der EU. Das Barcelona-Ziel für Betreuungsplätze der Kinder unter drei Jahren (33%) wird in Österreich weit verfehlt. Im Schulalter fehlen Ganztageschulen.

Chancen und Finanzierbarkeit

(2) Die steigende Lebenserwartung ist erfreulich und ein Zeichen für steigende Wohlfahrt. Keines der aufgezeigten Probleme – niedrige Geburtenrate, sinkendes "Erwerbsangebot" – ist unveränderlich. Arbeitsmarktreserven sind gegeben, wenn Frauen früher in den Beruf zurückkehren, Arbeitsplätze altersgerecht ausgestattet werden oder Tätigkeiten stärker

¹ Dank an Julia Bock-Schappelwein, Norbert Gruber, Alois Guger, Hans Pitlik, Eva Rückert und Margit Schratzenstaller für die kritische Durchsicht, an Dagmar Guttmann für die wissenschaftliche Assistenz.

rotieren, Unterschiede zwischen angebotenen und nachgefragten Tätigkeiten ausgeglichen werden, Rehabilitation forciert, Burnout vermieden wird, Teilzeitpensionen möglich sind.

Bei gegebener Politik und unverändertem Gesundheitsbewusstsein müssen aber die Kosten des Gesundheitssystems deutlich stärker als die Wirtschaftsleistung steigen und gemeinsam mit den Kosten für Pensionen und Pflege die Finanzierbarkeitsgrenzen sprengen und die Wettbewerbsfähigkeit Österreichs gefährden. Zielsetzung der Politik muss es sein, die Zahl der Erwerbstätigen zu erhöhen, indem die Arbeitsmarktreserven genutzt werden und der Pensionsantritt – teilweise parallel zur steigenden Lebenserwartung – verschoben wird.

Die Effizienz des Gesundheitssektors muss steigen, ebenso muss das Auftreten von Krankheiten und die Notwendigkeit der Pflege – in einer bestimmten Altersstufe – gesenkt werden. Eine vollbeschäftigte Wirtschaft steigert die Einkommen, senkt die Sozialkosten, verbessert die Gesundheit und ermöglicht einen späteren Pensionsantritt. Krankheitstage und -perioden zu reduzieren, die Verschiebung von Pflege in ein höheres Alter ist individuell und gesellschaftlich von Vorteil. Nur mit einer Verringerung der Krankheitsperioden und der Integration aller Gesellschaftsschichten in den Ausbildungs- und Weiterbildungsprozess ist das Gesundheits- und Sozialsystem bei stark steigender Lebenserwartung finanzierbar und leistungsfähig. Eine Finanzierung durch höhere Steuern oder Abgaben steht in Konkurrenz zu den Anforderungen des Bildungsbereichs, der Schulen und Universitäten, den notwendigen Umweltinvestitionen. Skandinavische Länder investieren deutlich mehr in frühe Bildungsphasen und altersgerechte Arbeitsplätze, dies führt zu hochwertigen und längeren Berufskarrieren und einem geringen Aufwand für Krankheit und Alter.

Das österreichische Gesundheitssystem ist teuer

(3) Die Kosten des Gesundheitssystems in Österreich sind hoch. Staatliche und private Ausgaben zusammen liegen im Vergleich zur Wirtschaftsleistung in Österreich bei 10,5%, im EU-27 Schnitt sind es 8,3%, in der EU 15 liegt der Aufwand bei 9,6% (ungewichteter Durchschnitt). Die Differenz zwischen österreichischem Anteil und jenem in der EU-15 bzw. EU-27 würde rechnerisch 3 bzw. 6 Mrd. € ausmachen. Eine Spitzengruppe der Länder mit hohen Sozialstandards – etwa Schweden, Dänemark und Finnland – hat im Schnitt einen Anteil der Gesundheitsausgaben an der Wirtschaftsleistung von 9,2%. Die Ausgaben pro Kopf sind in Österreich mit 3.400 € die zweithöchsten in Europa. Die Aufwendungen für Gesundheit steigen schneller als die Wirtschaftsleistung, wenn auch in den letzten Jahren in Österreich weniger stark als in der EU.

Unterdurchschnittliche "Gesundheitserwartung" ist ein Warnsignal

(4) Im Gegensatz zur steigenden und im Europavergleich leicht überdurchschnittlichen Lebenserwartung (plus 1 Jahr; 7. Stelle unter 27 Ländern) sind die Aussichten auf **gesunde, beschwerdefreie** Lebensjahre in Österreich **unterdurchschnittlich**. Die "Gesundheitserwartung"

liegt in Österreich bei 58,8 Lebensjahren, fast drei Jahre unter dem EU-Schnitt (61,5 Jahre) und nur an 20. Stelle (EU 27). Österreich wird somit von 13 Ländern überholt, in denen die Bevölkerung bei Geburt eine niedrigere Lebenserwartung hat, aber eine größere Zahl gesunder Jahre erwarten kann. In Malta, Schweden und Großbritannien liegt die gesunde Lebenserwartung bei 68 Jahren, das sind zehn Jahre mehr als in Österreich.

Bezüglich der Jahre, in denen die **Lebensqualität durch Krankheiten und Behinderungen reduziert** ist, liegt Österreich mit 22 Jahren an **dritter Stelle** der EU-27. Im EU-Schnitt liegen die "kranken Jahre" bei 18, in Schweden sind es 12. Das ist nicht nur individuell und gesellschaftlich unerfreulich, sondern auch eine starke Belastung des öffentlichen Gesundheitssystems, der Jugend und der Steuerzahler.

Wir sollen deswegen von einem **Gesundheitssystem im weiteren Sinn sprechen**, das nicht nur die Diagnose und "Reparatur" nach Eintritt von Krankheiten umfasst, sondern auch alle Bedingungen für die Entstehung von Krankheiten und Behinderungen einbezieht. Die "Gesundheitserwartung" wird von persönlichem Verhalten geprägt, dieses wieder ist von Institutionen abhängig und durch Anreize geprägt. Das Ziel des Gesundheitssystems i.w.S. ist es, Gesundheit proaktiv zu fördern und nicht nur eingetretene Krankheiten zu behandeln. Daran müssen – neben dem Gesundheitssystem i.e.S. – auch Gesetzgeber, Schulen, Medien, Psychologen, Firmen und Familien mitwirken.

Die Qualität dieses Gesundheitssystem i.w.S. ist in Österreich stark **verbesserungsfähig**. Dies ist der eigentliche Schlüssel zur Eindämmung der Kostendynamik im Gesundheitsbereich. Dass dies eine drastische "Kursänderung" bedeutet, zeigt sich darin, dass die Kosten für "reaktive" Ausgaben zur Wiederherstellung der Gesundheit hoch sind, jene für Prävention gering

Leistungen des Gesundheitssystem i.e.S. leicht überdurchschnittlich

(5) Im Schnitt anderer Qualitätsindikatoren zur Messung des Erfolges (Outcome) des Gesundheitssystems i.e.S. liegt Österreich im Mittelfeld, teilweise etwas besser. Die Säuglingssterblichkeit liegt allerdings auch knapp über dem EU-15-Schnitt. Früher war das Defizit Österreichs in der Kindersterblichkeit noch höher gelegen, doch liegt die Spitzengruppe (2,1‰ der Lebendgeburten) deutlich vor Österreich (3,7‰ der Lebendgeburten). Die Überlebenswahrscheinlichkeit bei Krebserkrankungen ist durchschnittlich, bei Schlaganfall ist sie in Österreich deutlich höher. Herz- und Kreislaufprobleme sind eine der Ursachen für die hohe Zahl der "kranken" Jahre. Diabetes ist in Österreich weit überdurchschnittlich; dies ist vielleicht schon ein Verhaltensindikator und nicht nur ein Indikator zur Beurteilung des Behandlungserfolges im Gesundheitssystem i.e.S.

Schwachpunkt Prävention und Verhalten: vom Gesetzgeber vernachlässigt

(6) Die mangelnde Prävention, d.h. die Verhinderung des Eintritts einer Erkrankung ist die entscheidende Schwachstelle des österreichischen Gesundheitssystems. Die Ausgaben für

Prävention liegen mit 1,8% deutlich unterdurchschnittlich (EU 27 2,9%), dies entspricht einem Unterschied von 300 Mio. €. Die Ausgaben für Prävention steigen in Österreich auch unterdurchschnittlich, die Sozialversicherung ist nur berechtigt, in Prävention zu investieren, wenn die kurativen Anforderungen gedeckt sind. Die erwachsene Bevölkerung konsumiert in stärkerem Ausmaß Alkohol, raucht mehr, ist dickleibiger. Dramatisch ist die Situation bei den Jugendlichen: Bei den Werten der 15-Jährigen liegt Österreich im Schnitt von sechs Gefährdungsindikatoren an 22. Stelle und damit im Schlussfeld. Der Gesetzgeber ist daran teilweise mit Schuld und erhöht die Kosten des Gesundheitssektors: Die Tabaksteuer liegt deutlich unter dem europäischen Durchschnitt, die Raucherbestimmungen in Lokalen und öffentlichen Gebäuden wurden spät eingeführt, sind kompromisshaft, zögerlich und werden lückenhaft eingehalten. Ernährung ist auch in Schulen und Betriebskantinen wenig gesundheitsbewusst. Öffentliche Informationen über gesunde Ernährung sind bruchstückhaft.

Das System hat Vorteile und wird geschätzt

(7) Zu den Vorteilen des österreichischen Gesundheitssystems zählen der leichte Zugang, die große Freiheit bei der Arztwahl und die geringen Nutzungsbarrieren für Bezieher niedriger Einkommen. Das System wird auch von der Bevölkerung als positiv eingeschätzt, es hat die zweitbeste Wertung unter allen Ländern in den EU-Umfragen. Auch der Zugang zum Hausarzt und seine Position erreichen einen Spitzenwert. Es gibt in Österreich deutlich weniger "unerfüllte" Behandlungswünsche als in der EU. Die positive Einschätzung des Gesundheitssystems i.e.S. steht im Gegensatz zur Beurteilung des **eigenen** Gesundheitszustandes, wo Österreich mit 70% Zufriedenheit nur an 15. Stelle liegt, in Schweden sind es fast 80%.

Kostentreiber Spitalkosten

(8) Die Bettendichte liegt in Österreich 50% über dem EU-Schnitt. Österreich hat die höchste Quote der Spitalsaufnahmen in Europa. Die stationäre Versorgung erfordert 35% der Kosten des Gesundheitssystems, und der Anteil ist steigend. Besonders hoch im internationalen Vergleich liegen die Spitalsaufnahmen für mehr als 24 Stunden, niedrig sind die Tagesaufnahmen. Österreich hat 267 Spitäler und 22 Sozialversicherungen. Die Finanzierung ist von komplexen Transfers getragen und erfolgt durch Bund, Länder, Sozialversicherung, Gemeinden (neben privaten Mitteln). Auffallend hoch ist die Zahl der teuren medizinischen Geräte, verglichen auch mit den Personalkosten für nicht medizinisches Personal. Die Ärztedichte ist steigend und nun knapp über dem EU-Schnitt. Für Pharmazeutika werden 13% der Gesundheitskosten ausgegeben, pro Kopf und relativ zum BIP sind die Ausgaben für Medikamente damit etwas höher als im Schnitt der EU-27.

Finanzierung lastet auf Faktor Arbeit

(9) Staatliche Gesundheitsausgaben werden in hohem Ausmaß über Lohnnebenkosten und allgemeine Steuern hereingebracht. Schon heute ist die Besteuerung des Faktors Arbeit in Österreich überdurchschnittlich. Ebenso liegt die Gesamtabgabenbelastung (Steuern und Sozialversicherungsausgaben) schon heute um drei Prozentpunkte über dem westeuropäischen Durchschnitt. Und die Anforderungen an die staatlichen Ausgaben steigen in einer alternden Gesellschaft nicht nur im Gesundheitsbereich, sondern auch für Pflege, für altersgerechte Arbeitsplätze und Wohnbau. Gleichzeitig muss die Gesellschaft in Kinderbetreuung investieren und versuchen, durch Bildung, Forschung und Umweltinvestitionen innovativ zu bleiben.

"Beschwerdefreie Lebensjahre" senken Pflegekosten entscheidend

(10) Die Kosten des Gesundheitssystems können begrenzt werden, erstens wenn die ältere Bevölkerung des Jahres 2050 deutlich gesünder ist als ihre Eltern und zweitens wenn der Pflegebedarf für jedes erreichte Lebensjahr deutlich sinkt. Dadurch würde die notwendige Betreuung später einsetzen und dezentraler durchgeführt werden können (wie es auch den Wünschen der Betroffenen entspricht). Letztlich geht es um einen Wettlauf, ob die Alterung der Gesellschaft schneller erfolgt oder die Verbesserung des Gesundheitszustandes für jedes bestimmte Alter. Ob mit der höheren Lebenserwartung die Zahl der "kranken" Jahre steigt oder die der "gesunden" entscheidet über Wohlfahrt der Betroffenen und Kosten für die Gesellschaft.

Eine Schätzung der **Pflegekosten** für Österreich, die eine deutliche Verbesserung des Gesundheitszustandes für jedes erreichte Lebensalter annimmt, zeigt einen Kostenanstieg (Geld- und Sachleistungen) von 3,3 Mrd. € im Jahr 2006 auf 5,4 Mrd. € im Jahr 2030. Schon in diesem günstigen Fall steigen die Kosten um 66% von 1,13% auf 1,25% des BIP. Bei geringerem Gesundheitsfortschritt (und etwas ungünstigerer Annahme über informelle Pflege) steigen die Kosten der Pflege auf 8,5 Mrd. € (d.s. +160%, auf 1,96% des BIP; Mühlberger – Knittler – Guger, 2008).

Ein besonderer Konnex zum Gesundheitssystem ist erstens dadurch gegeben, dass heute Pflegefälle oft Krankhausbetten belegen und damit die Kosten des Gesundheitssystems belasten. Zweitens führen ungenügende "Nachbetreuung" durch ambulante Behandlungen und fehlende Informationsweitergabe an Familien und niedergelassene Ärzte zu Rückfällen oder einer frühen Einweisung in Pflegeeinrichtungen. Prinzipiell gibt es eine Trendverschiebung von der stationären zur mobilen bzw. ambulanten Pflege, sowohl weil letztere billiger ist als auch deswegen, weil sie ein Leben der Pflegebedürftigen in Unabhängigkeit ermöglicht (Mühlberger – Knittler – Guger, 2008).

Bildung und gerechtere Startchancen senken Gesundheitskosten

(11) Österreich ist ein Land mit erheblicher Bildungsvererbung. Der Bildungsstand der Eltern und ihr Einkommen spiegeln sich im Bildungsergebnis der Jugend wider. Dies ist ökonomisch eine Verschwendung, weil produktive Kräfte und Begabungen nicht genutzt werden, und Bildungsvererbung ist zusätzlich extrem ungerecht. Der Unterschied in der Lebenserwartung von Personen (gemessen im 35. Lebensjahr), die nur die Pflichtschule absolviert haben, liegt um 4,5 Jahre niedriger als bei Hochschulabsolventen. Die Bildung und das Einkommen der **Eltern** bestimmen also den Bildungsweg der Jugend, dieser bestimmt die **Lebenserwartung** und den **Gesundheitszustand**.

Die Ungerechtigkeit und Verschwendung, die hier aufgezeigt wird, ist auch eine große Chance, erstens durch Abbau der Bildungsvererbung und zweitens durch eine generelle Höherqualifikation einerseits die Gesundheitsausgaben i.e.S. und andererseits den Pflegeaufwand zu senken. Werden gesundheitliche Themen auch Gegenstand der Kindererziehung, der Schulhalte und der Gestaltung der Arbeitsplätze, so tritt eine doppelte Entlastung des Gesundheitssektors ein. Gerechtere Gesellschaften sind auch gesünder (*Wilkinson – Pickett, 2009*), und die Lebensfreude steigt in allen Bevölkerungsgruppen.

Schnittstellenmanagement besonders unbefriedigend

(12) Besondere Entlastungen können auch aus einer Optimierung des Bettenmanagements in den Spitälern, der Spezialisierung oder Schließung kleinerer Spitäler (beginnend mit den nicht ausgelasteten Heerespitälern) erfolgen. Geschlossene Abteilungen und Spitäler können in Gesundheitszentren, Ambulanzen oder Pflegeeinrichtungen umgewandelt werden. Ein innovativer Ansatz wären auch Wohnparks, in denen Wohnungen errichtet werden, die für die immer längere Pensionsphase gewählt werden und schrittweise Übergänge zwischen aktiver Betätigung und partieller Betreuung erlauben.

Ein besseres Schnittstellenmanagement könnte auch zur Kostensenkung beitragen (i) zwischen stationärer und ambulanter Behandlung, (ii) zwischen Ambulanzen und niedergelassenen Ärzten, (iii) zur Nachbetreuung nach Krankenhausaufenthalten (Entlassungsmanagement), (iv) zwischen traditioneller und alternativer Behandlung und (v) zwischen Ärzten und anderen Gesundheitsberufen.

Das Gesundheitssystem nutzt Information und Elektronik unzureichend

(13) Elektronische Möglichkeiten werden im Gesundheitssystem unzureichend und zögerlich eingesetzt. Die E-Card wurde spät eingeführt, und ihre Nutzung ist weiter begrenzt. Viele Untersuchungen müssen doppelt gemacht werden, weil Befunde nicht weitergegeben werden (auch nicht bei Zustimmung des Patienten, vgl. elektronischer Krankenakt). Kommunikation mit Institutionen ist oft per email nicht möglich. Behandlungsempfehlungen

sind in Spitälern und bei niedergelassenen Ärzten nicht elektronisch verfügbar (im Gegensatz zur Physiotherapie und bei Privaten Instituten). Ärzte haben eine ungenügende Unterstützung bei Management- und Dokumentationsaufgaben.

Informationen über das Internet sind heute eine wichtige Informationsquelle für Anleitungen zu gesundem Verhalten, bei auftretenden Beschwerden, Symptomen und auch bei dauerhaften komplizierten Krankheiten. Die Informationsbeschaffung wird aber nicht von Spitälern und Ärzten unterstützt, sondern als Konkurrenz mit Skepsis betrachtet.

Teures, verbesserungsbedürftiges System

(14) Das österreichische Gesundheitssystem ist – wenn eine Gesamtwertung versucht werden soll – **stark verbesserungsfähig**. Es erbringt beachtliche Leistungen in der akuten Korrektur von Problemen und erfordert einen hohen persönlichen Einsatz der Träger des Systems. Der Versuch, das Entstehen von Problemen vor ihrem Eintritt zu verhindern, ist in hohem Masse unbefriedigend. Dies dürfte auch für die Nachbetreuung stimmen, die nicht langfristig und systemhaft stattfindet (dies bedarf starker Veränderungen innerhalb und außerhalb des Systems). Die **hohen Kosten** des Systems (trotz hohen persönlichen Einsatzes) und der geringe Ertrag **im Erzielen von gesunden Lebensjahren** sind unerfreulich für die Gesellschaft, für Einzelne und die Wettbewerbsfähigkeit einer alternden Gesellschaft. Steigende Kosten müssen auch für Pensionen und Pflege aufgebracht werden. Hohe Investitionen in Kinderbetreuung, Schulen, Integration von MigrantInnen, Umwelt und Universitäten sind nötig - bei schon hoher Abgabenquote kann das nicht immer durch zusätzliche Zahlungen erfolgen, sondern muss durch Effizienzgewinne finanziert werden.

Reformen haben begonnen, müssen das System und das Umfeld betreffen

(15) Die Reformdiskussion hat begonnen. Der Hauptverband hat einen Masterplan entwickelt, das Gesundheitsministerium hat eine politische Reformgruppe installiert, in der Ärztekammer gibt es Überlegungen. Teilweise gibt es auf Länderebene Reformkonzepte, in Einzelfällen ist auch schon mit der Umsetzung begonnen worden. Die Zeit drängt allerdings nicht wegen der Kosten, sondern weil die begonnenen Reformen sich in ein System fügen sollten. Sie sollen auch die demografische Entwicklung mit einbeziehen.

Eine **Messlatte für Reformfolge** sollte die **Verlängerung der Lebensjahre** sein, die **gesund und behinderungsfrei** verbracht werden können. Dies lenkt den Blick auf Verhalten und Prävention und bezieht Gruppen und Institutionen ein, die nicht vorweg als Akteure des Gesundheitssystems im engeren Sinn gesehen werden: nämlich Bildungseinrichtungen, Steuergesetzgebung, Arbeitsrecht, Firmen, Familien, Medien und den Einzelnen. Die anfallenden Gesundheitskosten können durch Maßnahmen in den Lebensumständen mindestens so stark verändert werden wie durch interne, notwendige Reformen im

Gesundheitssystem i.e.S. wie Reduktion der Bettenzahl, Verbesserung des Schnittstellenmanagements und Finanzierung aus einer Hand.

Literaturhinweise

- Aiginger, K., Böheim, M., Budimir, K., Gruber, N., Pitlik, H., Schratzenstaller, M., Walterskirchen, E., Optionen zur Konsolidierung der öffentlichen Haushalte in Österreich, WIFO-Monographien, 2/2010.
- Aiginger, K., Sind gerechte Gesellschaften gesünder? Die Bedeutung von Wachstum, Bildung, Verteilung für die Gesundheit, Vortrag 4. Sozialstaatsenquete des Hauptverbandes der Österreichischen Sozialversicherungsträger, Wien, 5. 11. 2010, WIFO-Vortrag 110/2010.
- Bock-Schappelwein, J., Falk, M., Die Bedeutung von Bildung im Spannungsfeld zwischen Staat, Markt und Gesellschaft, WIFO-Monographie, 1/2009.
- Expertengruppe WIFO, IHS, Staatsschuldenausschuss und Zentrum für Verwaltungsforschung KDZ, Lösungsvorschläge Gesundheit, Vorbereitungsgremium Gesundheit, Arbeitspaket 10,
- Habl, C., Bachner, F., Das österreichische Gesundheitswesen im internationalen Vergleich 2009, ÖBIG, Februar 2010.
- Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, Masterplan Gesundheit: Österreichs Gesundheitssystem gemeinsam, zukunftssicher umgestalten! Nr. 42, 18. November 2010.
- Iannelli, C., 2003, Der Zusammenhang zwischen sozialer Herkunft, erreichtem Bildungsgrad und den Arbeitsergebnissen junger Menschen, Statistik kurz gefasst, Bevölkerung und soziale Bedingungen 6/2003, EUROSTAT.
- Knittler, K., 2011, Intergenerationale Bildungsmobilität, Statistische Nachrichten 4/2011, S. 252-266.
- Leoni, Th., Fehlzeitenreport 2009, Krankheits- und unfallbedingte Fehlzeiten in Österreich, WIFO, Juni 2010.
- Mühlberger, U., Knittler, K., Guger, A., Mittel- und langfristige Finanzierung der Pflegevorsorge, WIFO, September 2008.
- OECD, Health at a Glance: Europe 2010, 2010.
- Wilkinson R., Pickett K., The Spirit Level, why greater equality makes societies stronger, Bloomsbury Press, New York, Berlin, London, 2009.