

FACTBOOK

Leistungskraft regionaler Gesundheitssysteme

Krankenanstalten im Bundesländervergleich

Maria M. Hofmarcher
Christopher Singhuber

August 2019



HealthSystemIntelligence



FACT BOOK

**Leistungskraft regionaler
Gesundheitssysteme**

**Krankenanstalten im
Bundesländervergleich**

Maria M. Hofmarcher
Christopher Singhuber

FACT BOOK

Krankenanstalten im Bundesländervergleich

Projekt mit Unterstützung von Philips Österreich

Maria M. Hofmarcher

Christopher Singhuber

August 2019

Inhalt

Executive Summary	9
1 Einleitung.....	17
2 Hintergrund	18
3 Zielsetzung und Aufbau.....	24
FAKTENANALYSE.....	27
4 Methode.....	27
5 Gesundheitsausgaben	35
6 Headline-Indikatoren im Bundesländervergleich auf einen Blick	37
7 Leistungskraft der Krankenanstalten im Vergleich	47
7.1 Krankenhauslandschaft im Überblick.....	49
7.2 Ausgaben für Krankenanstalten im Überblick.....	50
7.3 Zugang zu Krankenhausversorgung.....	52
7.4 Qualität der Krankenanstalten.....	56
7.5 Effizienz der Krankenanstalten	68
7.6 Geschätzter Finanzbedarf der Krankenanstalten bis 2030	78
8 Herausforderungen für das Gesundheitssystem.....	81
9 Schlussfolgerungen und Empfehlungen	87
10 Anhänge	91
11 Ausgewählte Literatur	105
12 Ausgewählte Datenquellen.....	113
BUNDESLÄNDER FACT SHEETS.....	116

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Gesundheitsausgaben pro Bereich, Vergleich Österreich und Eurozone....	23
Abbildung 2: Entwicklung der gesamten Gesundheitsausgaben, EU-Vergleich	35
Abbildung 3: Ausgaben des Gesundheitssystems, Bundesländervergleich.....	36
Abbildung 4: Gesundheitsausgaben im Vergleich zur Wirtschaftsleistung.....	37
Abbildung 5: Gesunde Lebensjahre im Vergleich zu Gesundheitsausgaben, nominell.....	45
Abbildung 6: Gesundheitsausgaben der Bundesländer nach Bereich.....	51
Abbildung 7: Ausgaben für alle Krankenanstalten und für Fondskrankenanstalten	51
Abbildung 8: Mortalität Schlaganfall im Krankenhaus 2017	60
Abbildung 9: Mortalität AMI nach Sterbeort 2017.....	63
Abbildung 10: Kaiserschnittraten.....	65
Abbildung 11: Medizinisch begründet vermeidbare Aufenthalte (ACSC).....	72
Abbildung 12: Tagesklinische Fälle, 0-Tagesaufenthalte.....	74
Abbildung 13 Finanzbedarf der Krankenanstalten in Österreich, in Mio. EUR, nominell	80
Abbildung 14 Bevölkerung über 75 und Pflegegeld-Anspruchsberechtigte.....	81
Abbildung 15: Betreute Personen und Bruttoaufwand pro Tag, stationäre Pflege.....	82
Abbildung 16: Öffentliche Ausgaben für ambulante Versorgung.....	83

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Headline-Indikatoren für alle Bundesländer, letzt verfügbares Jahr	37
Tabelle 2: Überblick über die Krankenanstaltenlandschaft, 2017	49
Tabelle 3: Geschätztes Volumen für einen „Ambulanztopf“	85

Abkürzungsverzeichnis

ACSC	Ambulatory Care Sensitive Conditions
A-IQI	Austrian Inpatient Quality Indicators
AMI	Akuter Myokardinfarkt
ASVG	Allgemeines Sozialversicherungsgesetz
ATHIS	Austrian Health Interview Survey, österreichische Gesundheitsbefragung
BIP	Bruttoinlandprodukt
BMASGK	Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMG-OM	BMG Outcome-Messung in Gesundheitswesen
BRP	Bruttoregionalprodukt
B-VG	Bundes-Verfassungsgesetz
DEA	Data Envelopment Analysis
DIAG	Dokumentations- und Informationssystem für Analysen im Gesundheitswesen
DRG	Diagnosis Related Group
EU-SILC	European Union Statistics on Income and Living Conditions
FKA	Landesgesundheitsfondsfinanzierte Krankenanstalt/Fondskrankenanstalt
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
HAQ	Health Assessment Questionnaire
HI	Headline-Indikator
HLY	Healthy Life Years
HS&I	HealthSystemIntelligence e.U.
HSMR	Hospital Standardised Mortality Ratio
HVSV	Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger
IHS	Institut für Höhere Studien
KAKuG	Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz
KPI	Key performance indicator, Schlüsselindikator
LDF	Leistungsorientierte Diagnosenfallgruppen
LGF	Landesgesundheitsfonds
LKF	Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung
LKNOE	Niederösterreichische Landeskliniken-Holding
MAHC/S	Mortality Amenable to (the) Health Care/System
OECD	Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
PIM	Potentially Inadequate Medication
PP	Prozentpunkte
PRIKRAF	Privatkrankenanstaltenfinanzierungsfonds
SHA	System of Health Accounts
TILAK	Tirol Kliniken (ehem. Tiroler Landeskrankenanstalten GmbH)
VVO	Versicherungsverband Österreich
VZÄ	Vollzeitäquivalente
WHO	World Health Organization
WGKK	Wiener Gebietskrankenkasse

Ö	Österreich
B	Burgenland
K	Kärnten
NÖ	Niederösterreich
OÖ	Oberösterreich
S	Salzburg
ST	Steiermark
T	Tirol
V	Vorarlberg
W	Wien

Zitiervorschlag:

Hofmarcher, M.M., Ch. Singhuber (2019). FACT BOOK Krankenanstalten im Bundesländervergleich. HS&I Projektbericht. Projekt mit Unterstützung von Philips Austria. Wien August 2019.
<http://www.HealthSystemIntelligence.eu/Krankenanstalten>

Die Autorinnen danken Statistik Austria, Gesundheit Österreich GmbH und dem Hauptverband der Sozialversicherungsträger für die Bereitstellung von Daten und für die Kooperation.

Um die Lesbarkeit des Berichtes zu unterstützen, werden männliche und weibliche Formen abwechselnd verwendet, und zwar zufällig. Wenn nicht ausdrücklich hervorgehoben, sind in beiden Formen immer Frauen und Männer zusammen gemeint.

Executive Summary

Das Fact Book *Leistungskraft regionaler Gesundheitssysteme* empfiehlt das kontinuierliche Erheben, Berechnen und Bereitstellen eines validierten Sets an Indikatoren. Ziel ist, die Leistungskraft der Gesundheits- und Pflegeversorgung zwischen den Bundesländern Burgenland, Kärnten, Niederösterreich, Oberösterreich, Salzburg, Steiermark, Tirol, Vorarlberg und Wien zu vergleichen. 2018 war der Ausgangspunkt dafür 21 Schlüsselindikatoren und sieben Headline-Indikatoren, die wichtigen Systemzielen zugeordnet sind.

Das Fact Book 2019 fokussiert Krankenanstalten und ihren zukünftigen Finanzbedarf. Um eine zusammenhängende Vorstellung über die Produktivität und ihre komplexen Unterschiede zu erlangen, wurden relevante Kennzahlen auf Bundesländerebene identifiziert. Ausgangspunkt dafür sind 10 Schlüsselindikatoren und vier Headline-Indikatoren, die neben dem Bereich Zugang und Qualität wichtige Kennzahlen der Effizienz der Krankenanstalten erfassen.

Grundsätzlich werden alle Krankenanstalten betrachtet. Dort, wo es auf Grund der Datenlage geboten ist, werden Indikatoren der akut-stationären Versorgung in den Fondskrankenanstalten ausgewiesen. Diese Gruppe hält etwa 80 Prozent der gesamten Bettenkapazität vor. Seit 1997 wird die Leistungserbringung in diesen Krankenanstalten zu etwa der Hälfte der Kosten bundeseinheitlich und prospektiv mit Hilfe der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung (LKF) abgerechnet.

Das Fact Book 2019 zeichnet ein Leistungsbild der Krankenanstalten auf regionaler Ebene. Ausgehend von der erstmals 2018 vorliegenden, vollständigen Schätzung der regionalen Gesundheitsausgaben wurden Aktualisierungen vorgenommen, auch auf Ebene einzelner Leistungsbereiche, wie beispielsweise im Bereich Zugang. Zudem wurden verschiedene nationale und internationale Quellen für die Auswahl der Indikatoren herangezogen. Wie bereits 2018 lieferten EU Projekte, die sich seit Jahren mit Vergleichen und mit der Evaluierung von Gesundheitssystemen befassen, methodische Hilfestellungen für die Auswahl. Das Fact Book besteht aus der Faktenanalyse und Bundesländer Fact Sheets.

Krankenanstalten sind der Maschinenraum von Gesundheitssystemen. Krankenanstalten sind der größte Ausgabenbereich und Bauch der Leistungskraft von Gesundheitssystemen. Die Systembedeutung des Krankenanstaltensektors wurde durch die LKF-Finanzierung noch angeheizt, weil es für Fondskrankenanstalten ertragreich(er) ist, viele Fälle bis zur Kapazitätsgrenze zu versorgen. Gleichzeitig sind die Mittel der sozialen Krankenversicherung für die stationäre Versorgung fixiert. Somit hat auch sie ein Interesse, dass die Krankenanstalten viele Patienten versorgen, auch wenn dies aus medizinischen oder technologischen Gründen außerhalb der Krankenanstalten möglich

wäre. Diese Bedingungen erzeugen innerhalb der Akutversorgung und zwischen den Versorgungsebenen Sektorgrenzen, die trotz zahlreicher Bemühungen bislang ungenügend durchlässig sind. Dies führte in den letzten Jahrzehnten zu Ungleichgewichten in der Versorgungskette bzw. zu Allokationsineffizienz.

Im Vergleich zu wichtigen Ländern der Eurozone ist die stationäre Versorgung in Österreich überdurchschnittlich gut ausgebaut und – wie auch in der Eurozone – wächst sie anteilig an den gesamten Ausgaben. Während der Anteil für die stationäre Versorgung an den gesamten Gesundheitsausgaben in Österreich vergleichsweise hoch ist, stieg er in den letzten 10 Jahren sogar leicht. Gleichzeitig verringerte sich der Ausgabenanteil für ambulante Versorgung, während er in der Eurozone deutlich stieg.

Wo viel für Spitäler ausgegeben wird, wird auch viel für das System aufgewendet. Akutstationäre Ausgaben pro Kopf zeigen Unterschiede zwischen den Bundesländern, wenn auch weniger ausgeprägt als die Unterschiede auf Systemebene. Um Vergleichbarkeit herzustellen wurden die Ausgaben um Unterschiede in der Altersstruktur und der inner-österreichischen Patientenmigration und um die Pflegeausgaben bereinigt. Somit geben Ausgabenunterschiede Hinweise auf Unterschiede in der Kostenstruktur der akutstationären Versorgung in den Krankenanstalten des jeweiligen Bundeslandes. Pro Kopf betragen die stationären Ausgaben 2017 österreichweit 1.452 EUR. Tirol, Steiermark und das Burgenland wiesen die niedrigsten Niveaus pro Kopf aus, Wien, gefolgt von Vorarlberg, die höchsten.

Die Rangfolge ähnelt dem Bild, das der Vergleich der Gesundheitsausgaben insgesamt zeigt. Auf Pro-Kopf-Basis lagen die geschätzten Gesamtausgaben in Tirol und im Burgenland unter dem für 2017 ermittelten Durchschnitt von 4.291 Euro. In Wien und Vorarlberg waren sie erkennbar darüber. Dieses Muster war auch bei den öffentlichen Ausgaben erkennbar, auch wenn nunmehr Salzburg in die Gruppe mit den geringsten Ausgaben rutschte.

Der Krankenanstalten-Sektor wird auch in Zukunft bestimmend für die Wachstumsdynamik des Gesundheitssystems sein. Während das jährliche Pro-Kopf-Wachstum (+2,5%) in diesem Bereich zwischen 2011 und 2017 im Vergleich zu Vorperioden verlangsamt war, lag es weiterhin über dem jährlichen Pro-Kopf-Wachstum des BIP in derselben Periode (+2,2%). Eine solide, mittelfristige Vorausschau des Finanzbedarfes des Sektors in Österreich und den Bundesländern ist längst überfällig, um Planungen zu informieren, und die Toolbox an Planungsinstrumenten, um fiskalische Informationen zu erweitern.

Erstmals liegen Schätzungen zu Ausgabenzuwächsen der Spitäler bis 2030 vor. Die Berechnungen des geschätzten Finanzbedarfes der Krankenanstalten österreichweit und für jedes Bundesland (siehe Bundesländer Fact Sheets) wurden auf Basis von Prognosen der Bevölkerungs- und Einkommensentwicklung in Österreich erstellt. Mithilfe eines demografischen Ausgabenprofils, Annahmen über den Einkommenseffekt im Gesundheitswesen und die Entwicklung der Morbidität war es möglich, den

Finanzierungsbedarf der Krankenanstalten von 2015 bis 2030 getrennt für die Wachstumsbereiche Demografie, Einkommen und des technologischen Fortschrittes zu schätzen. In den Vorausschauen werden Daten der Statistik Austria mit Prognosen der Wirtschaftsleistung gemäß der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) kombiniert.

Fortschritte in der stationären Versorgung werden ihren Preis haben. Österreichweit steigt der Finanzierungsbedarf im Prognosezeitraum von 12,3 Mrd. EUR 2015 auf 24,6 Mrd. EUR 2030. Zwischen 2025 und 2030 beschleunigt sich die Entwicklung. In allen Perioden ist ein großer Teil des nominellen Ausgabenzuwachses der Krankenanstalten inflationsgetrieben. Werden die realen Ausgaben zu Preisen von 2014 zwischen 2015 und 2030 betrachtet, entfällt etwa die Hälfte (50%) des Zuwachses bis 2030 auf Einkommenseffekte, 28% auf die veränderte Bevölkerungsstruktur und 22% auf Ausgaben, die durch technologische Neuerungen bedingt sein könnten. Die Anteile schwanken im Zeitverlauf. So beträgt der reale Wachstumsanteil des Einkommens aus den Jahren 2016 bis 2020 54%, 5 Jahre später nur mehr 45%, und 10 Jahre später 50%.

Pro Kopf steigen die jährlichen nominellen stationären Gesundheitsausgaben in Österreich von EUR 1.425 im Jahr 2015 auf EUR 2.780 im Jahr 2030; real entspricht das einem jährlichen Wachstum von 2,2% und ist damit erkennbar über dem erwarteten Pro-Kopf-Wachstum der Wirtschaftsleistung im selben Zeitraum (+1,2%).

Die Vorausschauen zeigen deutlich die zukünftige Dynamik des Gesundheitswesens. Bei gegebener Struktur des Systems ist bis 2030 davon auszugehen, dass sich österreichweit die stationären Ausgaben verdoppeln. Bestehende Effizienzpotenziale sind zu realisieren, damit der Wachstumsdruck so gering wie möglich ist. Gleichzeitig muss das Niveau der Qualität ausgebaut werden, um mit den technischen Möglichkeiten schrittzuhalten. Zudem muss der Zugang zu bewährter Versorgung für alle breit ausgebaut werden.

Die technische Effizienz der Krankenanstalten ist gegeben, aber es braucht mehr. Die technische Effizienz gemessen an den Endkosten pro LKF Punkt steigt in allen Bundesländern. Parallel dazu sinkt die Aufenthaltsdauer, auffälliger im Bereich der Fondskrankenanstalten. Auch die Bettenkapazität sinkt, jedoch etwas langsamer. Während seit geraumer Zeit stationäre Aufnahmen in allen Bundesländern zunehmend vermieden werden, steigt die Anzahl der Fälle, die tagesklinisch in Krankenanstalten versorgt werden (0-Tagesaufenthalte). Österreichweit verdoppelte sich der Anteil der tagesklinischen Aufenthalte zwischen 2001 (13%) und 2017 (25%) in Prozent aller Aufenthalte in den Fondskrankenanstalten. Im selben Zeitraum haben sich die 0-Tagesaufenthalte im Burgenland fast vervierfacht. Die großen Unterschiede zwischen den Bundesländern bleiben bestehen. Die Anteile Kärntens (12%), Niederösterreichs (15%), und der Steiermark (15%) waren im Jahr 2017 weiterhin auf einem erheblich niedrigeren Niveau als jener in Wien (37%). Bis jetzt werden die meisten tagesklinischen Fälle wie stationäre Aufenthalte ohne Übernachtung behandelt und auf dieser Basis abgerechnet. Außerdem ist die Schnittstelle zwischen „Tagesklinik“ und Spitalsambulanz

verschwommen. Diese ist ihrerseits wieder eine Art Drehtür für viele, die keine haus- und fachärztliche Versorgung außerhalb der Krankenanstalten finden oder damit nicht vertraut sind. Im Hinterland dieser Entwicklungen stehen fragmentierte Verantwortlichkeiten und effizienzhemmende Finanzierungsanreize, die eine ausgewogene Weiterentwicklung der Versorgungskette blockieren.

Wer ist der „Best Point of Service“ im ganzen (Bundes-)Land? Durch die dynamische Entwicklung der tagesklinischen Versorgung in praktisch allen Bundesländern bei gleichzeitig robuster Frequenz in den Spitalsambulanzen sind Krankenanstalten ein „Best Point of Service“ geworden. Die Bezeichnung 0-Tages-Aufenthalte für tagesklinische Fälle ist in der Hauptsache dem Finanzierungsmodus geschuldet. Tagesklinische Fälle werden grosso modo über das LKF-System finanziert und zumeist als „medizinische Einzelleistung“ abgerechnet. Dies bringt für die Krankenanstalten voraussichtlich mehr Einnahmen als die tagesklinische Versorgung kostet, weil sich die Kalkulationsgrundlagen der medizinischen Einzelleistungen auf stationäre Aufenthalte beziehen. Ab 2019 müssen Krankenanstalten ein eigenes Modell für die Abrechnung von tagesklinischen Fällen implementieren. Dabei wird zwischen tagesklinischen Fällen gemäß LKF-Finanzierung und jenen Fällen unterschieden, die nach einem eigens für tagesklinische Leistungen entwickelten Schema abgerechnet werden. Hiermit besteht eine gewisse Chance, dass sich die Kostentransparenz verbessert.

Jedenfalls war ein zentrales Element der Gesundheitsreform 2013 die Stoßrichtung, die Erbringung von Leistungen am „Best Point of Service“ sicherzustellen. Dieser kann auf allen Versorgungsstufen im Gesundheitssystem verortet sein. Damit wurde die seit Jahrzehnten geltende Doktrin „ambulant vor stationär“ überwunden. Grundsätzlich ist damit Flexibilität in der Versorgung gefördert und die Durchlässigkeit zwischen den Sektoren des Systems gestärkt, zugunsten einer verbesserten Auslastung bestehender Kapazitäten, z.B. im Krankenanstaltenbereich.

Die Arbeitsproduktivität in den Krankenanstalten steigt überall. Das in Krankenanstalten eingesetzte Personal dürfte zunehmend für die tagesklinische Versorgung eingesetzt werden. Gleichzeitig steigt der Druck auf die Beschäftigten durch die damit in Zusammenhang stehende Verkürzung der Verweildauer. Die mit dieser Entwicklung einhergehende Arbeitsverdichtung bei gleichzeitig hoher Bettenkapazität und einem im Europavergleich hohen Niveau an stationären Aufnahmen fördert die Produktivität der Beschäftigten.

Wir nähern die Arbeitsproduktivität der Beschäftigten in Krankenanstalten mit dem Indikator „LKF-Punkte pro Personal“ an. Dabei werden Ärztinnen, der Gehobene Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege und weitere Gesundheitsberufe in Vollzeitäquivalenten 2017 zusammen erfasst und in Beziehung zur Anzahl der LKF-Punkte 2017 gesetzt. Österreichweit erarbeitete das Personal in Fondskrankenanstalten 733 LKF-Punkte (in 100 Punkten). Gegenüber 2001 stieg der Output um 2,2% pro Jahr. Bundesländerunterschiede sind erkennbar. Zum Teil werden besonders hohe Werte, wie

etwa in Oberösterreich und Salzburg, durch den Einsatz niedriger personeller Kapazitäten erzielt. Der Anstieg bei den Wiener Krankenanstalten ist zum einen durch überdurchschnittliche Zuwächse bei den LKF-Punkten und zum anderen durch den starken Personalabbau der letzten Jahre bestimmt, ausgehend von einem hohen Niveau.

Ein wichtiger Aspekt in Zusammenhang mit der Arbeitsproduktivität ist die Entwicklung der Arbeitsteilung („Skill-Mix“) und die Unterschiede zwischen den Bundesländern und im Zeitverlauf. 2017 waren österreichweit 48 Beschäftigte pro 1000 Aufenthalte tätig, davon 8,4 Ärztinnen, 21,8 Beschäftigte des gehobenen Dienstes und 17,8 Personen, die unter sonstiges Personal subsummiert sind. Österreichweit ist der Personalstand pro 1000 Aufenthalte 2001 und 2017 leicht gesunken, in den Bundesländern ist die Entwicklung jedoch unterschiedlich. In diesem Zeitraum lässt sich österreichweit eine Intensivierung des „Skill-Mix“ beobachten. So hat sich der Anteil der Ärzte und des Personals in gehobenen Diensten in Relation zum sonstigen Personal in allen Bundesländern erhöht.

Die produktiven Beschäftigten mit Kraft zur Innovation bewirken häufiges Überleben. Die Wahrscheinlichkeit, an einem Schlaganfall oder einem akuten Herzinfarkt in einer Krankenanstalt zu sterben, hat sich in den letzten 20 Jahren deutlich verringert. Und dies bei gleichzeitig steigenden Aufnahmezeiten im Verbund mit steigender Häufigkeit, dass die Krankenanstalt auch der Sterbeort ist. Diese beiden akuten Erkrankungen sind die häufigsten Todesursachen in Österreich. Wir ziehen die Entwicklung der Mortalität dieser Erkrankungen als Proxy für die Qualität der Versorgung in Krankenanstalten heran. Die altersstandardisierten Raten der Sterblichkeit in den Bundesländern zeigen eine Konvergenz.

Das Muster der Sterblichkeitsraten im Bundesländervergleich ist unterschiedlich. Während 2017 in der Steiermark und in Vorarlberg viele Personen an Schlaganfällen verstarben, war die Mortalität bei akutem Herzinfarkt vergleichsweise moderat. Schlaganfälle werden in Tirol überdurchschnittlich häufig überlebt, während überdurchschnittlich viele Menschen an Herzinfarkten sterben. Wien schneidet bei beiden Raten gut ab, genauso wie Salzburg, gefolgt von Oberösterreich, das nahe am Bundesdurchschnitt liegt.

Sowohl in der Schlaganfallversorgung als auch in der Behandlung von akuten Herzinfarkten dürften bundesweit ausgerollte Innovationen in den Versorgungsabläufen eine wichtige Rolle gespielt haben. Während mittlerweile Stroke Units flächendeckend etabliert wurden, gab es im Bereich von Herzinfarkten ebenso deutliche Verbesserungen. Die niedrige Sterblichkeit in Wien dürfte beispielsweise mit der Einführung eines effektiven Netzwerkes im Jahr 2003 in Verbindung stehen.

Guter Zugang ist gegeben, deutliche Unterschiede bestehen bei planbaren Eingriffen. Während die rasche Versorgung von schweren akuten Erkrankungen überall deutliche Fortschritte zeigt, gibt es für planbare Eingriffe unerklärte Unterschiede bei Wartezeiten. Bei einem Durchschnitt von 23 Tagen unterscheiden sie sich zwischen den

Bundesländern um neun Tage. Am kürzesten warteten die Patientinnen in Kärnten und in Salzburg. Die längsten Wartezeiten berichteten Patienten in Wien. Jedoch sind die Wartezeiten auch im Burgenland und in Niederösterreich überdurchschnittlich. Während die prognostizierten Wartezeiten auf geplante Eingriffe negativ mit der Bettenkapazität korreliert sein dürften, besteht keine Beziehung zwischen der Dichte berufsberechtigter Ärztinnen und den Wartezeiten von Krankenhauspatienten auf einen Arzttermin.

Die „Sonderklasse“ tut einiges Gutes, aber ist sie auch ein Hindernis für Effizienz? Die privaten Ausgaben für stationäre Versorgung in Prozent der gesamten stationären Ausgaben korrelieren stark mit der Bettendichte pro 10.000 Einwohnerinnen. Dieses Ergebnis ist nicht unerwartet, zumal die private Krankenversicherung etwa 7% der stationären Kosten finanziert und direkte Selbstbehalte eine vergleichsweise untergeordnete Rolle spielen. 2017 wendeten Niederösterreicher (7%) und Burgenländerinnen (9%) relativ geringe private Ausgaben für Krankenanstalten auf. Klar über dem Durchschnitt (11%) zahlten Salzburgerinnen privat; Steirer und Tirolerinnen zahlten anteilig etwa doppelt so viel wie Niederösterreicher.

Während hohe Bettenkapazität grundsätzlich geeignet sein kann, Wartezeiten zu verringern, bleibt unklar, ob sie dadurch tatsächlich für alle Patientinnen verkürzt werden könnte. Ein Grund dafür, dass der Kapazitätsaufbau durch private Zahlungen nicht immer auch der öffentlichen Versorgung dient, kann darin liegen, dass es zu Bettensperren kommt. So eine Situation kann beispielsweise durch fehlendes Personal auftreten, insbesondere durch fehlendes nicht-ärztliches Fachpersonal.

Bleibt das Spital „Best Point of Service“ bleibt Arbeitsdruck und Ineffizienz. Die stark auf die Krankenanstalten ausgerichtete Versorgung im Verbund mit „Sonderklasse“ und einer wachsenden Anzahl tagesklinischer Fälle in Krankenanstalten mildert jedenfalls den Druck der Krankenanstalten, Kapazitäten und die Arbeitsorganisation anzupassen. Gleichzeitig gibt es keine Mechanismen, die erlauben, Ressourcen flexibel über Versorgungsgrenzen fließen zu lassen.

Konservativ geschätzt müssten österreichweit etwa 111 Mio. EUR eingesetzt werden, um Fälle, die als vermeidbare Aufenthalte klassifiziert sind, außerhalb von Krankenanstalten zu versorgen, Basis dafür ist das Jahr 2015. Dieser Betrag müsste von den Ländern an die Kassen fließen oder in einen „Ambulanztopf“ eingebracht werden. Er entspricht einem Anteil von 0,54% der gesamten Ausgaben für stationäre und ambulante Versorgung. Dieser Anteil reduziert sich auf österreichweit etwa 0,38% oder 74 Mio. EUR, wenn angenommen wird, dass die Versorgung dieser Fälle im ambulanten Sektor z.B. um ein Drittel günstiger ist als im Spital.

Ein Umbau der Finanzierung ist wichtiger als der Umbau der Kassenlandschaft. Zwar sind diese Beträge im Vergleich zum gesamten Volumen persönlicher Gesundheitsleistungen gering; sie zeigen jedoch das wesentliche Dilemma des fragmentierten Finanzierungssystems. Der Umbau dieses Systems in Richtung Zusammenführung der Mittel für ambulante Versorgung über alle Versorgungssettings ist ein Muss und sehr viel

wichtiger als der Umbau der Kassenlandschaft. Und so ein Umbau hätte voraussichtlich deutlich stärkere Effekte sowohl für die (Allokations-)Effizienz als auch für die koordinierte Versorgung, insbesondere von chronisch Kranken. Deren Zahl wird in Zukunft noch deutlich rascher steigen, als in den letzten Jahren.

Vor allem die altersbedingte Inanspruchnahme von Leistungen beginnt häufig mit akut-medizinischer Versorgung, die immer öfter überlebt wird, wie es die Entwicklungen beispielhaft im Bereich der Schlaganfälle und des akuten Herzinfarktes zeigen. Über die Zeit einer Krankheitsepisode wird die Medizin häufig ein Kuppelprodukt mit der Pflege. In diesem Zusammenhang ist eine der wichtigsten Herausforderungen die bessere administrative und finanzielle Abstimmung innerhalb der ambulanten Versorgung und zwischen Gesundheit und Pflege.

Österreichweit würde ein „Ambulanztopf“ geschätzte 7,6 Mrd. EUR umfassen, Basis Ausgabenschätzung 2017. Dabei wären etwa 4,8 Mrd. EUR (64%) aus der haus- und fachärztlichen Versorgung seitens der Krankenversicherungen beizusteuern. Grob geschätzt müssten 2,3 Mrd. EUR (30%), die zurzeit für die ambulante Versorgung in den Krankenanstalten aufgewendet werden, durch die Landesfonds eingebracht werden, und die Länder müssten nochmals etwa 400 Mio. EUR (4%) beibringen, damit auch Pflege zu Hause ein Teil des Finanzpools wird.

Parallel dazu muss zeitgemäß ausgebildetes Gesundheitspersonal richtig eingesetzt werden, und die Planungen müssen interregional abgestimmt werden. Ein Muss für das Gelingen von Effizienz ist die abgestimmte, bedarfsorientierte Verteilung der Mittel des „Ambulanztopfes“ auf die Ebenen der ambulanten Versorgung. Aktuelle Prognosen zeigen, dass in Österreich 2030 zusätzlich eintausend Ärztinnen benötigt werden. Der Bedarf an Pflegekräften wird hingegen mit zusätzlich 23 Tausend ermittelt.

Innovative Intra- und interregionale Kooperationen zwischen den Akteuren sind gefordert, um die Lebensqualität der Menschen zu fördern. Parallel dazu sind adäquate Arbeitsbedingungen und Arbeitsteilungen für Beschäftigte des Gesundheitswesens zu gewährleisten – bei gleichzeitiger Sicherstellung der Effizienz. Die Notwendigkeit, die Finanzierungsstrukturen im Gesamtsystem zukunftsorientiert weiterzuentwickeln, erfordert gleichzeitig Versorgungsziele und -strukturen zu berücksichtigen. Diese wichtige Verknüpfung leistet die aktuelle Gesetzgebung zum Umbau der Kassenlandschaft nicht.

1 Einleitung

Das Projekt Fact Book Leistungskraft *regionaler Gesundheitssysteme* zielt darauf ab, eine systematische Übersicht über die Leistungskraft der Gesundheits- und Pflegeversorgung auf Ebene der Bundesländer zu bekommen. Dafür war erforderlich, die Fragmentierung der Informationssysteme zu überwinden und Daten und Indikatoren zu integrieren. Das kann derzeit nur mit Hilfe von Forschungsprojekten erreicht werden, da bestehende Informationssysteme in wichtigen Bereichen nur beschränkt zugänglich sind, so sie überhaupt existieren.

2017 wurde eine Datenbank aufgebaut und erste explorative Analysen gemacht. Die Datenbank speist sich aus mehreren Quellen – Standardindikatoren internationaler Institutionen (z.B. Lebenserwartung von OECD), Indikatoren für Regionen in Österreich von lokalen und nationalen Institutionen (z.B. HLY von Statistik Austria, MAHC von HVSV, Wartezeiten und Patientenzufriedenheit von BMG Outcome-Messung Analyse) – und wurde durch eigene neuartige Schätzungen und Indikatoren ergänzt. Ein Meilenstein dieser Arbeiten war die Schätzung der Gesundheitsausgaben auf Ebene der Bundesländer.

Das Fact Book 2018 wurde auf Basis der um Zeitreihendaten erweiterten Datenbank erstellt. Indikatoren wurden weiterentwickelt oder berechnet, und es wurde ihre Robustheit mit Hilfe internationaler Datenstandards geprüft, wo solche vorliegen. In diesem Zusammenhang wurden Vorschläge für sieben *Headline-Indikatoren* und für 21 *Schlüsselindikatoren* gemacht (siehe Anhang 4). Sie sind den Bereichen Gesundheitsstatus und Determinanten der Gesundheit und jenen der Leistungskraft zugeordnet.

Das Fact Book 2018 ist innovativ und schloss eine Transparenzlücke durch einen gesamthaften Bericht der regionalen Leistungskraft der Gesundheits- und Pflegeversorgung. Es bietet somit erstmals eine geeignete, auf internationalen Konzepten beruhende, systematische Zusammenschau relevanter Kennzahlen. Es besteht aus den Teilen Faktenanalyse zu den Indikatoren und Ergebnissen und aus Fact Sheets pro Bundesland.

Das Fact Book 2018 empfahl die Weiterführung des Monitorings der Leistungskraft von regionalen Gesundheitssystemen. Der größte Kostenblock im Gesundheitswesen sind die Ausgaben für Krankenanstalten. Daher liegt der Schwerpunkt 2019 auf diesem Bereich. Insbesondere werden relevante Input-, Output- und Proxy-Outcome-Indikatoren identifiziert und dargestellt. Das Fact Book Krankenanstalten verzichtet auf empirische Methoden, die über eine systematische Beschreibung des Leistungsbildes hinausgehen. Es orientiert sich vielmehr an aussagekräftigen, nachvollziehbaren Indikatoren, die sich eignen, Hinweise auf Fehl-, Unter- und Überversorgung zu geben. Auf diese Weise kann die Studie dazu beitragen, ein Porträt über die Transformation der Ausgaben in relevante

Leistungen und Ergebnisse (Produktionsprozess) zu bekommen. Und sie kann vielleicht den Blick weiten, damit richtige Fragen formuliert werden, systemumfassend und ohne Tabus.

2 Hintergrund

Der Regulierungsrahmen im österreichischen Gesundheitswesen beruht im Wesentlichen auf der Regionalisierung der Versorgung im Rahmen des föderalen Bundesstaates und einer Übertragung von hoheitlichen Aufgaben an gesetzlich legitimierte Akteure der Zivilgesellschaft. Das institutionelle Geflecht des Gesundheitssystems baut auf dezentral organisierten Vertragsbeziehungen mit allen Leistungserbringern und hat seine Wurzeln in der

- kompetenzrechtlichen Arbeitsteilung zwischen den Gebietskörperschaften und dem damit verwobenen Finanzausgleich, Basis die Verfassung von 1929, und in der
- sozialversicherungsrechtlichen Regelung einer weitgehenden regionalen Autonomie der Versicherungsträger, Basis das ASVG von 1955

Verfassungsrechtlich sind demnach bestimmte Aufgaben an die Länder übertragen (Devolution, Regionalisierung), z.B. die Vorhaltung der stationären Versorgung, und jedes Bundesland hat weitgehend eigene Regeln für die Bewältigung öffentlicher Aufgaben¹.

Unter gegebenen Rahmenbedingungen kann eine (De-)Zentralisierung bestimmter Aufgaben nur mit Hilfe bundesstaatlicher Kooperationsinstrumente (Art. 15a B-VG) erfolgen. Die mit der Gesundheitsreform 1997 einhergegangene Schaffung der Landesgesundheitsfonds zur Abwicklung der Krankenanstaltenfinanzierung war ein bedeutender Dezentralisierungsschritt. An diese Entwicklung schloss die Gesundheitsreform 2005 an, auch wenn durch die Gründung der Bundesgesundheitskommission angestrebt wurde, die Steuerung zu straffen.

Während in den letzten 20 Jahren in vielen OECD-Staaten eine klare Tendenz zur Dezentralisierung (einnahmen- und ausgabenseitig) erkennbar war (OECD 2016), bestand in Österreich eine Tendenz zur Re-Zentralisierung bei den Einnahmen sowie in Kernaufgabenbereichen, wie z.B. durch die Übernahme des Landespflegegeldes seitens

¹ Wie in fast allen Bereichen des Staates besteht im Gesundheitswesen ein ausgeprägtes Auseinanderklaffen zwischen Aufgaben und Ausgaben, was als Quelle von Ineffizienz gilt (RH 2017, Fuentes et al, 2006; Handler, 2007) und als hemmend für Konsolidierungsbemühungen gesehen wird (OECD 2011; IMF 2011). Aktuelle Daten zeigen, dass in Österreich auf Länder und Gemeinden 31% der Ausgaben und 10% der Gesamteinnahmen des Staates entfallen (OECD 2016). Dies wird oft mit „weichen Budgetbeschränkungen“ („soft budget constraints“) in Verbindung gebracht, die dazu führen können, dass Regionen die Finanzierungslast der Bereitstellung öffentlicher Aufgaben auf höhere Ebenen der Verwaltung wälzen (Kornai et al 2003). Die Zersplitterung der Kompetenzen, insbesondere im Krankenanstaltenbereich, ist häufig Grund für die Forderung nach einer Zentralisierung der Kompetenzen.

des Bundes im Jahr 2012. Das Regierungsprogramm 2017-2022 knüpfte an diese Entwicklung an und hat Gesetze auf den Weg gebracht, die föderale Struktur der Gebietskrankenkassen aufzulösen und auch Bundeskassen zusammenzulegen.

Die Notwendigkeit, die Strukturen von Institutionen und der Krankenversicherung zukunftsorientiert weiterzuentwickeln, erfordert gleichzeitig Versorgungsziele zu berücksichtigen. Diese wichtige Verknüpfung leistet die Gesetzgebung zum Umbau der Kassenlandschaft nicht. Innovative Kooperationen zwischen den Akteuren sind gefordert, um die Lebensqualität der Menschen zu fördern und Gesundheitsziele zu erreichen – bei gleichzeitiger Sicherstellung der Effizienz.

Das wachstumsfördernde Gesundheitssystem braucht eine Transparenzoffensive

Gute Versorgung schafft neben Heilung und Linderung von Krankheiten Beschäftigung mit regionalen Nachfrageeffekten. Die verbesserte Abstimmung zwischen Gesundheit und sozialer Pflege ist ein Muss. In diesen Bereichen ist das aktuelle Jobwachstum in Österreich 50 Prozent stärker als bei öffentlichen Dienstleistungen insgesamt, in einigen Bundesländern liegt die Differenz deutlich über diesem Wert (Firgo et al 2017).

In den letzten 20 Jahre hatte keine Regierungskonstellation in Österreich eine ausgewogene politische Strategie und Persönlichkeiten, die in der Lage gewesen wären, das Gesundheitssystem gesamthaft im Sinne einer progressiven Weiterentwicklung der Finanzierung, der Versorgung und der Verantwortlichkeiten aufeinander abzustimmen (Hofmarcher 2019).

Auffällig ist, dass es wenig öffentlich zugängliche Information über Unterschiede in den dezentralisierten Systemen gibt und Fragen der (De-)Zentralisierung häufig ohne entsprechende Evidenz diskutiert werden. Rechnungshof und Fiskalrat kritisieren laufend, dass die Zugänglichkeit zu Daten hoher Qualität nicht hinreichend sichergestellt ist. Dies trifft gleichermaßen für den Sozialversicherungsbereich zu. Wie schon das Fact Book 2018 fördert das vorliegende Fact Book Krankenanstalten 2019 Transparenz, weil es eine integrierte Gesamtsicht auf das regionale Geschehen wirft und ein Leistungsbild der Krankenanstaltenlandschaft zeichnet, das die mittelfristige Vorausschau des Finanzbedarfes der Krankenanstalten in den Bundesländern mit berücksichtigt.

Obwohl seit Jahren immer wieder gefordert, gibt es seitens der Verwaltung keine öffentlich zugängliche, analytisch orientierte und standardisierte Zusammenschau der Leistungskraft der Gesundheitssysteme auf Ebene der Bundesländer. Insbesondere die Tatsache, dass bislang keine Bemühungen vorgenommen wurden, die Gesundheitsausgaben auf regionaler Ebene vergleichbar zu erfassen, zeigt auf, dass wesentliche Informationslücken bestehen. Gleichzeitig werden Entscheidungen über die Versorgung insbesondere im Zusammenwirken mit Pflege immer stärker auf der regionalen Ebene getroffen. Bundesweite Planung und Steuerung fungieren als Leitplanken dafür, obwohl wenig transparent ist, auf welchen Fakten Entscheidungen aufbauen.

Die mit der Reform 2013 in Verbindung stehenden Maßnahmen sind ein weiterer Schritt hin zum Monitoring des regionalen Geschehens. Daneben gibt es eine Reihe von Aktivitäten, Informationssysteme zum Gesundheitswesen aus- und aufzubauen. Während seitens des Bundes begonnen wurde, ein teilweise regionalisiertes Berichtswesen zu Outcome-Messung aufzubauen (BMG-OM 2016, 2018), sind die Informationssysteme auf Ebene der Krankenversicherungsträger zumeist regional nicht abgegrenzt, z.B. die Finanzstatistik. Darüber hinaus wurde auch auf Ebene des Hauptverbandes ein Bericht zur Outcome-Messung erstellt (Dragosits & Scheuringer 2016), der nicht mit jenem, den der Bund erarbeitete, abgestimmt scheint. Landesgesundheitsberichte werden häufig bundesseitig durch die Gesundheit Österreich GmbH im Auftrag der Länder erstellt, z.B. Griebler et al (2017), in anderen Fällen durch regionale Akteure, z.B. Peinhaupt et al (2016). Somit ist diese Erstellung wenig standardisiert, und die inhaltliche Schwerpunktsetzung folgt zumeist den Präferenzen der Auftraggeber.

Box 1: Die Forschung muss besseren Zugang zu Daten erhalten

Es gibt eine Reihe, für die Forschung wichtige, aber nicht oder nur sehr schwer zugängliche Datenbanken wie beispielsweise DIAG (Dokumentations- und Informationssystem für Analysen im Gesundheitswesen) oder die Qualitätsberichte aus dem Programm Austrian Inpatient Quality Indicators (A-IQI 2017). Der beschränkte Zugang ist demokratiepolitisch bedenklich, zumal Daten des vorwiegend öffentlichen Gesundheitswesens ein „öffentliches Gut“ sind.

Das Fact Book 2018 war Anfang für eine neue, unabhängige Berichtskultur im österreichischen Gesundheitswesen. Die Autorinnen haben sich seit 2017 viele Wochen lang bemüht, entsprechende und vorhandene Daten von den zuständigen Stellen zu bekommen. Das war nur teilweise erfolgreich und erforderte, dass wir uns in einigen Fällen mit Surrogat-Daten bzw. -Indikatoren abfinden mussten, z.B. Überlebensraten von Patienten nach ausgewählten Diagnosen auf regionaler Ebene sind nicht verfügbar, obwohl sie im A-IQI Programm erhoben werden.

Das Fact Book Krankenanstalten 2019 knüpft an die Ergebnisse 2018 an und erweitert sie. Auch in diesem Zusammenhang war die Beschaffung von Daten skandalös kompliziert und nur teilweise erfolgreich. So war es nicht möglich, vorhandene und datenschutzrechtlich unbedenkliche Daten zu Krankenanstalten unterschiedlicher Versorgungstiefe zu bekommen. Auch wenn es einige rezente Untersuchungen in diesem Zusammenhang gibt, z.B. IHS (2017), sind solche wichtigen Analysen spärlich. Besonders bedeutsam in diesem Zusammenhang sind Analysen, die unabhängig von inhaltlichen Vorgaben öffentlicher Auftraggeber erstellt werden. Hier gibt es in Österreich wichtigen Aufholbedarf für deutlich mehr Transparenz.

Während es eine Reihe von Daten gibt – beispielsweise erfasst die Statistik Austria für die Todesursachenstatistik Todesfälle in allen Krankenanstalten – sind systematisch erhobene Zeitreihendaten zu Inputs, Outputs und Outcomes nicht für alle Krankenanstalten erhältlich. Obwohl die Spitalsentlassungsstatistik umfassend über Patientenaufkommen in allen Krankenanstalten berichtet, gibt es – mit Ausnahme der Berechnung der öffentlichen Ausgaben auf Ebene der Bundesländer – keine direkt bei Statistik Austria angesiedelte Erhebung zu den Fondskrankenanstalten. Umfassendes Datenmaterial zu dieser Gruppe von Häusern wird von BMASGK im Rahmen von DIAG gewartet. Das BMASGK beschickt zwar Statistik Austria mit ausgewählten Daten, aber große und relevante Datensätze bleiben im DIAG-System, das für die Forschung nur schwer zugänglich ist. Dies betrifft auch das Datensystem A-IQI, das seitens des BMASGK ebenso unter Verschluss gehalten wird. Die Bereitstellung von Daten für unabhängige Analysen ist eine Bringschuld der Verwaltungen. Und sie ist zwingend erforderlich, damit Transparenz zu Gesundheit und Leistungskraft des Gesundheitssystems in Österreich gefördert wird und evidenzbasierte Politikgestaltung auf regionaler und föderaler Ebene forciert werden kann.

Wesentliche Unterschiede sind auch im Berichtswesen zu den Krankenanstalten auffällig. So sind beispielsweise die Leistungsberichte zu den Fondskrankenanstalten der TILAK umfassend, auch jener in der LKNOE, während jene der Betriebsgesellschaft in Vorarlberg erhebliche Lücken zeigt (siehe Anhang 1). Obwohl der Bund das eigene Berichtswesen seit 2013 einigermaßen standardisiert hat, z.B. GÖG (2015), fehlt eine analytische orientierte Zusammenschau wesentlicher Kennzahlen der Versorgung.

Die Herausforderungen für das Gesundheitswesen werden nicht alt

Der Auf- und Ausbau eines zugänglichen, regional orientierten Berichtswesens ist für die Weiterentwicklung der Versorgung mit Blick auf Herausforderungen und der damit in Zusammenhang stehenden Budgetbeschränkung von großer Relevanz. Die wichtigsten Herausforderungen für das Gesundheitssystem der Zukunft sind:

- die wachsende Anzahl chronisch kranker Menschen und die Schaffung von Möglichkeit für alle Menschen, gesund und aktiv zu altern (Zaidi et al 2012, EC 2018b),
- der notwendige Aus- und Aufbau der ambulanten Versorgung am „Best Point of Service“ (Kringos et al 2013, Quentin & Busse 2018, EC 2018b),
- die ausreichende Sicherstellung personeller Ressourcen auf allen Ebenen des Gesundheitswesens (Czasný 2012, Scheffler & Arnold 2018) und
- die bessere Abstimmung der Versorgung zwischen Gesundheit und Pflege (Or et al 2018, Hofmarcher & Molnárová 2018a, Hofmarcher et al 2007).

Die Klammer für diese Herausforderungen ist die Sicherstellung der finanziellen Nachhaltigkeit und der Ausbau der Digitalisierung des Gesundheits- und Pflegesystems.

Diese wichtigen Herausforderungen in Verbindung mit dem wachsenden Bedarf nach validierten Informationen zum regionalen Geschehen erfordern es, Transparenzlücken zu schließen und Fakten einer breiteren Öffentlichkeit zugänglich zu machen. Das vorliegende Fact Book 2019 erweitert die Berichterstattung 2018 durch ein vertieftes Leistungsbild der Krankenanstalten.

Krankenanstalten sind der Maschinenraum von Gesundheitssystemen

2017 gab es in Österreich 271 Krankenanstalten. Gemäß KAKuG stellt die „(akut-)stationäre Versorgung die Behandlung eines Patienten / einer Patientin in einer bettenführenden Organisationseinheit einer (Akut-)Krankenanstalt auf Basis einer durch einen Anstaltsarzt/eine -ärztin festgestellten Anstaltsbedürftigkeit“ sicher. Die Kapazität aller Krankenanstalten umfasste insgesamt 64.805 „tatsächlich aufgestellte Betten“ (BMASGK 2019b, siehe Tabelle 2) und ist trotz schrittweiser Reduktion in den letzten Jahren im internationalen Vergleich hoch (OECD 2018). Da die Bettenverfügbarkeit über das Jahr schwankt, weichen „tatsächlich aufgestellte Betten“ von „systemisierten Betten“ ab.

Krankenanstalten werden unterteilt in solche der Akutversorgung und solche der Nicht-Akutversorgung. Letztere sind in erster Linie Rehabilitationseinrichtungen, Genesungsheime und Langzeiteinrichtungen (z.B. Langzeitpsychiatrie), siehe Riedel et al (2019). Grundsätzlich sind Krankenanstalten mit einer durchschnittlichen Aufenthaltsdauer von unter 18 Tagen dem Akutversorgungsbereich zugeordnet. Dieser besteht im Wesentlichen aus

- Unfallspitäler, die von den Unfallversicherungsträgern direkt finanziert werden. Einschließlich der Krankenanstalten der Pensionsversicherungsanstalten waren das 2017 34 Häuser.
- Private Krankenanstalten (2017: 45), die über den Privatkrankenanstalten-Finanzierungsfonds (PRIKRAF) bezahlt werden, und der größten Gruppe, der
- „Fondskrankenanstalten“ – FKA (2017: 114), die über den Landesgesundheitsfonds (LGF) des jeweiligen Bundeslandes finanziert werden.

Die von den Landesgesundheitsfonds finanzierten Krankenanstalten hielten 2017 44.738 der insgesamt 64.805 Betten vor. In der Gruppe der FKA halten mit fast 80% der Bettenkapazität öffentliche Träger den größten Anteil. Die meisten Krankenanstalten stehen dabei entweder direkt im Eigentum des jeweiligen Bundeslands oder werden über Betriebsgesellschaften, die im Eigentum des jeweiligen Bundeslandes sind, gehalten. Regionale Zentralisierung im Krankenhausmarkt in den letzten Jahren führte dazu, dass heute nur noch ein kleiner Teil der FKA den Gemeinden oder Bezirken gehört. Mit etwas über 20% stellen die privat-gemeinnützigen Träger die zweite große Gruppe unter den FKA. Hierbei stehen wiederum die meisten Spitäler im Eigentum religiöser Orden.

Landesgesundheitsfonds werden aus verschiedenen Quellen dotiert. Den größten Finanzierungsanteil leisten die Sozialversicherungsträger, gefolgt von Ländern, Bund und den Gemeinden. Gesetzliche Grundlage dafür sind die Vereinbarung gemäß Artikel 15a Bundesverfassungsgesetz über die Organisation und Finanzierung des Spitalswesens, die grundsätzlich alle fünf Jahre neu verhandelt wird.

Die Bezahlung der FKA durch den jeweiligen Landesgesundheitsfonds erfolgt seit 1997 durch die Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung (LKF), ein vom BMASGK gewartetes Fallpauschalensystem. Dabei werden die zur Verfügung stehenden Mittel im Landesgesundheitsfonds für den stationären Bereich und den spitalsambulanten Bereich im Rahmen dieses Systems auf Basis erbrachter Leistungspunkte im stationären Sektor verteilt. Die Aktivitäten in Spitalsambulanzen werden über diese Fonds pauschal abgegolten.

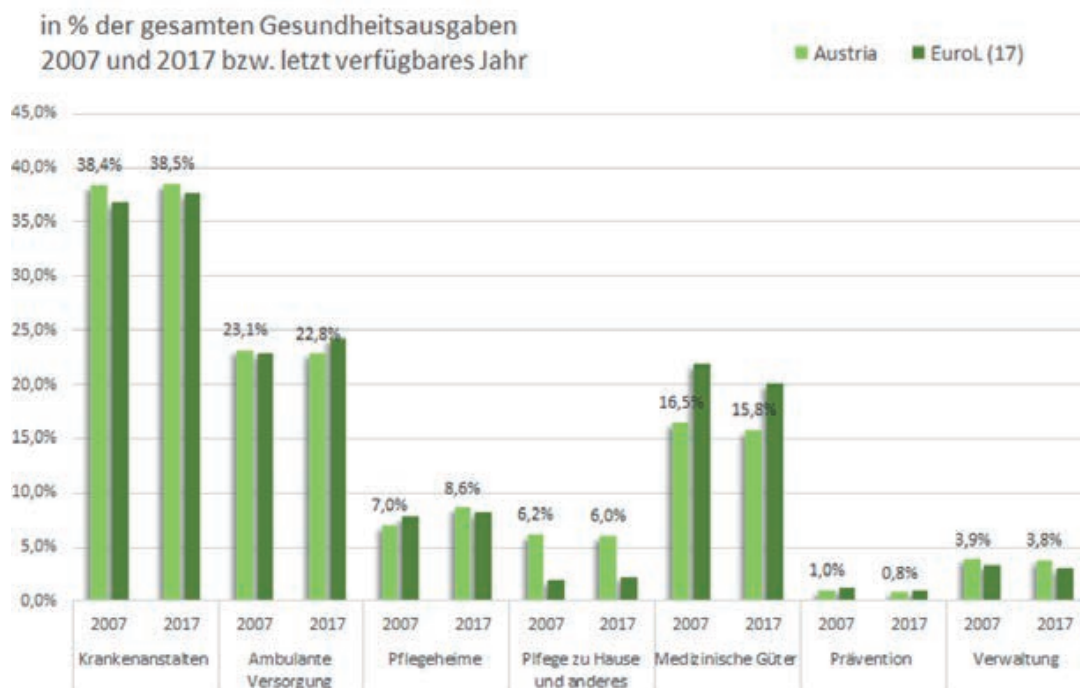
Verfassungsrechtliche und regulatorische Rahmenbedingungen sehen die Beteiligung der Eigentümer von Krankenanstalten an der Finanzierung vor. Grosso modo finanziert das LKF-System etwas mehr 50% der Kosten. Die verbleibenden Kosten werden von den Trägern der Krankenanstalten finanziert („Betriebsabgang“). Auf landesgesetzlicher Ebene ist die Abdeckung dieses Betriebsabgangs länderspezifisch unterschiedlich geregelt

und erfolgt über das jeweilige Bundesland und seine Gemeinden. Während öffentliche Träger damit rechnen können, dass auch die über Betriebsabgangsdeckungen hinausgehenden Kosten von den jeweiligen öffentlichen Rechtsträgern finanziert werden, siehe Fußnote 1, verbleibt den gemeinnützigen Häusern in den LGF dieser Rechtsträgeranteil. Privat-gemeinnützige Träger müssen dadurch häufig auf privatrechtlicher Basis um weitere Subventionsmittel ansuchen.

Abbildung 1 zeigt die relative Bedeutung der Krankenanstalten in der gesamten Versorgungskette. Dabei wird Österreich mit Ländern der Eurozone verglichen. Dafür wurde der Indikator „laufende Gesundheitsausgaben pro Bereich“ in Prozent der gesamten laufenden Gesundheitsausgaben 2007 und 2017 gebildet.

Die laufenden Ausgaben für Krankenanstalten in Prozent der gesamten laufenden Ausgaben liegen in Österreich mit 38 Prozent deutlich über dem Niveau des Ausgabenanteiles der Eurozone; gegenüber 2007 war dieser Anteil in Österreich 2017 darüber hinaus etwas höher. Allerdings weisen die Daten auch darauf hin, dass der Ausgabenanteil für Krankenanstalten auch in der Eurozone steigt. Gleichzeitig wächst der Ausgabenanteil für ambulante Versorgung in der Eurozone ebenso deutlich, in Österreich fällt er im Beobachtungszeitraum (-0,3 Prozentpunkte).

Abbildung 1: Gesundheitsausgaben pro Bereich, Vergleich Österreich und Eurozone



EuroL(17) = AT, BE, EE, FI, FR, DE, GR, IE, IT, LV, LT, LU, NL, PT, SK, SV, ES
Quelle; Eurostat Database 2019, HS&I-eigene Darstellung

Diese Entwicklungen könnten darauf hindeuten, dass die wachsende Spezialisierung auch als Folge technologischer Entwicklungen bei gegebenem Versorgungsbedarf und bei gegebenen Kapazitäten in den Versorgungsbereichen gegenläufige Effekte hat.

Erstens werden zunehmend Leistungen im tagesklinischen Setting erbracht². Obwohl dies quasi ambulant passiert, wird zumindest in Österreich bislang die Finanzierung dieser Eingriffe über die Krankenanstaltenbudgets abgewickelt, auch wenn es seit 2019 neue Ansätze gibt.

Zweitens ist die Komplexität von Diagnostik, Leistungen und Behandlungen gestiegen, z.B. im Bereich Krebs. Krankenanstalten sind hier der bessere Ort, um koordiniert vorzugehen, im Vergleich zum ambulanten Setting, das bis dato von Einzelpraxen geprägt ist, zumindest in Österreich.

Drittens, Krankenanstalten sind bei der Bevölkerung beliebt, weil sie rund um die Uhr zugänglich sind und weil engagierte Beschäftigte den Versorgungsbedarf im Durchschnitt gut koordinieren.

Letztlich ist die Doktrin „ambulant vor stationär“ im Rahmen der Gesundheitsreform 2013 gefallen, zugunsten der Versorgung am „Best Point of Service“. Und so ein „Best Point of Service“ sind häufig Krankenanstalten mit ihren Ambulanzen, vor allem bei komplexen Erkrankungen, gegeben der Mangel an Alternativen der koordinierten Versorgung außerhalb von Krankenanstalten, wie es in Österreich zu beobachten ist.

Internationale Beispiele (NHS Atlas 2015 und EuroHOPE 2015) zeigen die Wichtigkeit der Analyse regionaler Unterschiede als Bedingung dafür, die Auswirkungen auf die Leistungskraft des Gesundheitssystems und seinen Versorgungsebenen zu identifizieren.

3 Zielsetzung und Aufbau

Das Fact Book 2019 zielt darauf ab, Transparenz zu Gesundheit und Leistungskraft des Gesundheitssystems in Österreich zu fördern. Im Mittelpunkt steht die stationäre Versorgung der Bundesländer. Schwerpunkte des Projektes sind die

- Bereitstellung einer Datenbank zur Förderung von Regionalforschung und zur Weiterentwicklung des Indikatorensets
- vergleichenden Performancemessung zwischen Bundesländern/Regionen
- Identifikation von Auffälligkeiten und guter Performance
- Schätzung regionaler Gesundheitsausgaben und
- Prognose des Finanzbedarfes.

² So verdoppelte sich beispielsweise zwischen 2001 (13%) und 2017 (25%) der Anteil der tagesklinischen Aufenthalte in Prozent aller Aufenthalte in Fondskrankenanstalten (BMASGK 2019b), siehe Abschnitt 7.5.

Das Fact Book 2019

- aktualisiert Schätzungen der regionalen Gesundheitsausgaben und regional verfügbarer Indikatoren der Leistungskraft, dort wo neue Daten verfügbar sind,
- kategorisiert relevante Kernindikatoren der (Fonds-)Krankenanstalten und
- schätzt den erwarteten Finanzbedarf dieser Krankenanstalten.

Das Ziel ist, ein Leistungsbild von (Fonds-)Krankenanstalten zu zeichnen, unter Berücksichtigung der Entwicklung

- von Zugang und Qualität in ausgewählten Bereichen und von Effizienz
- des zukünftigen Finanzbedarfes, differenziert nach den wesentlichen Determinanten des Wachstums: „Demographie“, „Einkommen“ und „Technischer Fortschritt“.

Das Fact Book 2019 besteht aus:

- der Faktenanalyse, überregional. Die Faktenanalyse fasst die Methoden, wesentliche Ergebnisse der aktualisierten Ausgabenschätzung und Indikatoren zusammen und diskutiert Kernindikatoren der Krankenanstalten.
- den Fact Sheets pro Bundesland. Fact Sheets stellen Schlüsselindikatoren der Krankenanstalten in den gesamtösterreichischen Kontext und präsentieren mittelfristige Prognosen des Finanzbedarfes der Krankenanstalten bis 2030.

Das Fact Book fasst die Methode der Indikatorenauswahl und der Ausgabenschätzungen zusammen. Headline Indikatoren werden aktualisiert, dort wo neue Daten verfügbar sind. Die Ergebnisse werden in Kurzportraits der Bundesländer diskutiert.

Infolge werden wichtige Indikatoren des Leistungsgeschehens der (Fonds-)Krankenanstalten deskriptiv und graphisch dargestellt und Zusammenhänge zwischen den Leistungsbereichen explorativ analysiert. In den letzten Abschnitten werden Ergebnisse zur Vorausschau des Finanzbedarfes der Krankenanstalten zusammengefasst. Schlussfolgerungen und Empfehlungen beenden diesen Abschnitt. Anhang 1 fasst die Recherche zum Berichtswesen der Bundesländer in Bezug auf (Fonds-)Krankenanstalten zusammen. Die Anhänge 2 und 3 zeigen konzeptionelle Rahmenmodelle, Anhang 4 enthält eine – dort wo möglich – aktualisierte Tabelle aller 28 Indikatoren, die es im Fact Book 2018 in die Auswahl geschafft haben, Anhang 5 zeigt alle 14 Indikatoren für den Bereich Krankenanstalten.

Die Fact Sheets pro Bundesland fokussieren 2019 den Krankenanstaltenbereich und sind alphabetisch angeordnet. Der Online-Anhang enthält die detaillierten Informationen zu allen Indikatoren sowie die Liste der Quellen und die gesammelten Daten³. Die vollständige Datenbank, die während der Arbeit an dieser Studie erstellt wurde und mehr

³ <http://www.HealthSystemIntelligence.eu/Krankenanstalten>

als hundert Indikatoren enthält, die das österreichische Gesundheitssystem auf Bundesländerebene beschreiben, steht der Forschung auf Anfrage zur Verfügung.

FAKTENANALYSE

4 Methode

Wozu Messung der Leistungskraft? Es gibt mehrere Möglichkeiten, die Leistungskraft im Kontext der öffentlichen Aufgaben zu definieren. Eine gemeinsame Definition lautet "Grad der Zielerreichung". Laut Baldrige (2017) bezieht sich Performance auf Ergebnisse, die mit Prozessen, Produkten und Dienstleistungen erzielt werden. Leistungsmessung ist entscheidend für die Verbesserung der Gesundheitssysteme. Ohne Messung ist es schwierig,

- gute/schlechte Organisation der Bereitstellung von Leistungen zu erfassen,
- gute/schlechte Qualität von Leistungserbringerinnen zu identifizieren,
- Reformen des Gesundheitswesens zu informieren,
- Patientinnen oder Kostenträger zu schützen oder
- die Qualität und Effizienz durch Investitionen in das Gesundheitswesen zu verbessern.

Die Messung ist von zentraler Bedeutung für die Rechenschaftspflicht gegenüber Bürgerinnen, Patienten und Kostenträgern für Maßnahmen und Ergebnisse des Gesundheitssystems. Im Rahmen der Wirkungsorientierung des Bundes werden in diesem Sinne auch Wirkungsziele der Gesundheitsstrukturpolitik evaluiert und einem regelmäßigen Controlling unterzogen (BMöDS 2018). In diesem Zusammenhang liegen mittlerweile Berichte zur Zielerreichung vor. Dieses Tool hat grundsätzlich Potenzial, die Leistungskraft umfassend und regionalisiert zu überprüfen.

Schlüsselindikatoren müssen Zielsetzungen fokussieren

In allen Gesundheitssystemen sind Zugang, Fairness, Effizienz und Qualität Bereiche, an denen sich die Leistungskraft erfassen lässt. Die Rolle der Indikatoren besteht darin, eine aussagekräftige Bewertung der Leistung in den ausgewählten Bereichen in einer Form zu liefern, die verständlich und über Zeit und Regionen hinweg vergleichbar ist. Der Informationswert eines Indikators hängt von seiner Relevanz, Zuverlässigkeit und Robustheit ab. Die Sicherstellung verlässlicher Datengrundlagen und Datenverfügbarkeit leistet hierzu einen entscheidenden Beitrag und zielt darauf ab, das Erreichen universeller Zielsetzungen vergleichend zu messen. Ausgangspunkt für dieses Projekt sind die im EU-Projekt BRIDGE Health identifizierten Indikatoren, siehe Hofmarcher, Molnárová 2018b, Box 1.

Regionale Headline und Schlüsselindikatoren des Gesundheitssystems

Um regionale Gesundheitssysteme in Österreich umfassend zu beschreiben, kombinierten wir im Fact Book 2018 Headline-Indikatoren und operative Schlüsselindikatoren. Damit bereichern wir das Set der BRIDGE Health Indikatoren um die operativen Indikatoren für österreichische Schwerpunktbereiche und beziehen Vorschläge aus anderen Studien mit ein. Außerdem stützten wir uns auf Meinungen von Expertinnen. Auch der Fokus auf Gesundheitsziele (z.B. PID 2018) leitete unsere Wahl zusätzlicher und alternativer Indikatoren.

Unser Indikatorenset besteht aus sieben Headline-Indikatoren und 21 weiteren Schlüsselindikatoren (Anhang 4), die sich eignen, Gesundheit (Gesundheitszustand und Determinanten) und die Leistungskraft der Systeme in Bezug auf Zugang, Qualität, Effizienz, Fairness zu beschreiben. Somit wurden für fünf Bereiche jeweils ein Headline-Indikator identifiziert, aus dem Bereich Effizienz definieren wir zwei Headline-Indikatoren.

Der Indikator „Gesundheitsausgaben pro Kopf“ ist durch dieses Projekt erstmals auf regionaler Ebene verfügbar, siehe Box 2 in Hofmarcher, Molnárová 2018b, und wurde aktualisiert. Der Indikator „Gesunde Lebenserwartung im Vergleich zu Gesundheitsausgaben“ konnte nicht aktualisiert werden, da die Gesunde Lebenserwartung auf Bundesländerebene voraussichtlich erst wieder in der nächsten Welle der Gesundheitsbefragung (ATHIS) 2019 vorliegen wird. Dieser Indikator wurde im Projekt BRIDGE Health als Leitindikator ermittelt (Perić et al 2018, Bogaert et al 2018). Deshalb wird er wie schon 2018 wieder angeführt.

Regionale Headline- und Schlüsselindikatoren der Krankenanstalten

Das Fact Book 2019 präsentiert schwerpunktmäßig Indikatoren der stationären Versorgung. Der internationalen Systematik der Indikatorenauswahl folgend (Anhang 2 und 3) fokussieren wir für die Bereiche *Zugang*, *Qualität* und *Effizienz* der Krankenanstalten Schlüsselindikatoren. Das Indikatorenset besteht aus vier Headline-Indikatoren und 10 Schlüsselindikatoren (Anhang 5). Während wir 2018 auf Systemebene auch Indikatoren für die Bereiche Determinanten des Gesundheitszustandes und den Gesundheitszustand betrachteten, bedient sich das Fact Book 2019 dieser Indikatoren dann, wenn es darum geht, Ergebnisse von Krankenanstalten-spezifischen Indikatoren zu informieren, dort wo es sinnvoll scheint.

Der Abschnitt „Zugang zu Krankenanstalten“ schlägt zwei Indikatoren vor. Einer bezieht sich auf die geschätzten privaten Ausgaben in den Krankenanstalten als Anteil an den gesamten geschätzten Ausgaben für stationäre Versorgung. Ein weiterer und der Headline-Indikator zeigen Wartezeiten in der stationären Versorgung für planbare Eingriffe. Nachdem Österreich im internationalen Vergleich sehr gut mit Betten in Krankenanstalten ausgestattet ist und wenig regionale Disparitäten insbesondere im

Bereich der Fondskrankenanstalten bestehen, verzichten wir auf den Indikator „Bettendichte“.

Der Abschnitt „Qualität der Krankenanstalten“ schlägt sechs Indikatoren vor. Der Headline-Indikator „Vermeidbare Sterblichkeit vor 75“ bietet eine Übersicht über die Versorgungsqualität in den Bundesländern. Während seine Bedeutung nicht nur auf die Performance von Krankenanstalten beschränkt ist, ist er dennoch wichtig, da stationäre Versorgung eine große Bedeutung in Österreich hat. Um die Qualität der Krankenanstalten direkter zu erfassen, schlagen wir als Proxy die Indikatoren „Mortalität Schlaganfälle“ (Stroke) und „Mortalität infolge von Akutem Herzinfarkt (AMI)“ vor. Diese Bereiche führen in Österreich die Krankheitslast gemessen an der Sterblichkeit an (Statistik Austria 2018, GBD 2018). Das rasche Sinken der Mortalität in den letzten Jahrzehnten bei beiden Erkrankungen zeigt das Potenzial von technischem Fortschritt in Verbindung mit Innovationen in der Versorgung.

Die „Kaiserschnittrate“ ist ein international häufig verwendeter Qualitätsindikator für Krankenanstalten und wurde aktualisiert. Die letzten beiden Indikatoren geben Aufschluss über die Patientenzufriedenheit und die Prozessqualität im stationären Bereich auf Basis von Daten der Sektorenübergreifenden Patientenbefragung 2015 (BMG/GÖG, 2016).

Der Abschnitt „Effizienz von Krankenanstalten“ schlägt ebenso sechs Indikatoren vor, davon zwei Headline-Indikatoren. Der Headline-Indikator „stationäre Ausgaben pro Kopf“ bezieht sich auf alle Krankenanstalten und berichtet die geschätzten laufenden Ausgaben für stationäre Versorgung ohne Pflege. Diese Ausgaben wurden bereinigt, damit migrierende Patientinnen dem jeweiligen Bundesland zugeordnet werden, und es wurde das demographische Risiko berücksichtigt. Zweiter Headline-Indikator, der sich auf die Gruppe der Fondskrankenanstalten bezieht, sind die Endkosten pro Abrechnungseinheit, das sind LKF-Punkte.

Neben der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer in Bezug auf alle Krankenanstalten, wurde weiters ein Indikator „LKF-Punkte pro Personal in VZÄ“ auf Ebene der Fondskrankenanstalten als Proxy-Indikator für die Arbeitsproduktivität der Beschäftigten in Krankenanstalten pro Bundesland gebildet. Ferner wurde ein Prozessindikator auf Basis von Daten aus der Patientenbefragung (BMG/GÖG 2016) berechnet, der Einschätzungen der Befragten in Bezug auf ihre Erfahrungen mit Mehrfachuntersuchungen und in Bezug auf das Arztwissen zum Krankheitsverlauf erfasst. Letztlich berechnen wir die Endkosten pro Frequenz im spitalsambulanten Bereich. Basis dafür sind Daten von „Krankenanstalten in Zahlen“ (BMASGK 2019b).

Box 2: Schätzung des zukünftigen Finanzbedarfes der Krankenanstalten bis 2030

Die Vorausschau berücksichtigt „Demographie“, „Einkommen“ und „Technologischen Wandel“ als wichtige Determinanten der stationären Ausgaben und ihrer Entwicklung. Ausgangspunkt für die Berechnung sind Bevölkerungsprognosen für Österreich und der Bundesländer gemäß Statistik Austria und das alters- und geschlechtsspezifische Ausgabenprofil 2014 für personenbezogene Gesundheitsausgaben gemäß System of Health Accounts (SHA) der OECD (HC.1-HC.5), siehe Tabelle. Um den „Technologischen Fortschritt“ annäherungsweise zu ermitteln, wurde eine Zeitreihe gebildet, die eine Rückrechnung der demographischen Effekte und der Einkommenseffekte zwischen 1995-2013 erlaubt.

Gesamte laufende Gesundheitsausgaben 2014 nach Leistungskategorien, in Mio. EUR

	Weiblich	Männlich	Gesamt
Persönliche Gesundheitsleistungen	14.396	10.882	25.278
Stationäre Gesundheitsversorgung	7.949	5.980	13.928
Tagesfälle	174	145	319
Ambulante Gesundheitsversorgung	4.647	3.845	8.492
Häusliche Pflege	1.627	912	2.539
Medizinische Hilfsleistungen (Krankentransporte, bildgebende Verfahren, Labor)	569	454	1.023
Medizinische Ge- und Verbrauchsgüter	3.094	2.601	5.695
Pharmazeutische Erzeugnisse und medizinische Verbrauchsgüter	2.287	1.901	4.188
Medizinische Gebrauchsgüter/Apparate	806	700	1.506
Gesamte persönliche Gesundheitsausgaben	18.058	13.937	31.995

Quelle: Statistik Austria 2016, HS&I-eigene Berechnungen

In einem ersten Schritt ermitteln wir das Demographie-abhängige Wachstum der Gesundheitsausgaben in der Vergangenheit (1995-2014). Der demografische Wachstumsanteil wurde auf Basis der Pro-Kopf-Ausgaben gemäß 5-jährigen Altersgruppen und des Geschlechtes ermittelt. Die Ausgabenprofile wurden jährlich angepasst. Dabei gehen wir davon aus, dass sich die Erkrankungswahrscheinlichkeit pro Jahr im Ausmaß des durchschnittlichen Wachstums der Lebenserwartung zwischen 2004 und 2016 für Frauen und Männer im Alter von 65 Jahren nach hinten verschiebt („Kompression der Morbidität“).

Weiters berechnen wir den Effekt, den das Einkommen auf das Gesundheitsausgabenwachstum hat, indem wir das Wachstum des Bruttoinlandsprodukts zwischen 1995 und 2014 mit einer Einkommenselastizität der Gesundheitsausgaben von 0,8 multiplizieren. Das jährliche, einkommensbedingte Wachstum ist also das Produkt aus den (stationären) Ausgaben des Vorjahres, des Wachstums des Bruttoinlandsprodukts und der Einkommenselastizität. Die Annahme über die Höhe der Elastizität orientiert sich an der relevanten Literatur (Acemoglu et. al. 2013; Medeiros und Schwierz 2013; De la Maisonneuve und Oliveira 2013).

In einer vereinfachten Annäherung ermitteln wir parallel dazu den Wachstumsanteil des Faktors technologischer Fortschritt auf Ebene der gesamten Gesundheitsausgaben. Die Größenordnung dieses Faktors ist in der Literatur umstritten (Smith et. al. 2009; Breyer et. al. 2010). Um die Österreich-spezifische Dynamik anzunähern, behelfen wir uns mit der Berechnung eines „Residuums“. Hierfür ermitteln wir die jährlichen Wachstumsanteile der Ausgaben, die von Demografie und Einkommen 1995-2014 herrühren. Das Wachstum dieser Zeitreihe wurde dem Wachstum der tatsächlichen Ausgabenreihe für die selbe Periode gegenübergestellt. Die Differenz der beiden Wachstumsraten definieren wir als „Technologischer Fortschritt“, der infolge in die Prognose der stationären Ausgaben einfließt und den Wert 0,57 annimmt.

Für die Prognose 2015-2030 kombinieren wir den Einfluss des Gesundheitszustandes („Kompression vs. Expansion der Morbidität“) mit Annahmen über die zukünftige Auswirkung steigender Einkommen („Einkommenselastizität“) und dem technischen Fortschritt. Die Prognosen orientieren sich im Wesentlichen an der Strategie im EU Ageing Report (EC 2018a) und der langfristigen Budgetprognose des österreichischen Instituts für Wirtschaftsforschung (Schiman 2013). Wir kombinieren Daten der Statistik Austria mit Prognosen zur wirtschaftlichen Entwicklung (BIP) gemäß OECD National Accounts.

Headline-Indikatoren beschreiben Gesundheit und Gesundheitssystem auf einen Blick

Headline-Indikatoren		Kurzdefinitionen
Gesundheitszustand	Lebenserwartung in Gesundheit	Erfasst erwartete Lebensjahre bei der Geburt in (sehr) guter Gesundheit. Der Indikator kombiniert Informationen über den selbst berichteten Gesundheitszustand (ATHIS) mit den Sterberaten (Statistik Austria).
Determinanten der Gesundheit	Übergewicht und Adipositas	Zeigt den Anteil der Bevölkerung, der – laut Grenzwerten der WHO – als adipös (BMI $\geq 30,00$) oder als übergewichtig (BMI $\geq 25,00$) gilt, basierend auf selbst berichteten Daten (ATHIS).
Zugang	Intramurale Wartezeiten	Gibt die durchschnittliche Wartezeit des Patienten /der Patientin mit gesundheitlichen Problemen bis zur tatsächlichen Aufnahme im Krankenhaus in Tagen (bei geplanten Aufnahmen) an. Sektorenübergreifende Patientenbefragung 2015, BMG, eigene Berechnungen.
Qualität	Vermeidbare Sterblichkeit vor 75	Beschreibt die Mortalität vor dem 75. Geburtstag aufgrund ausgewählter Krankheiten. Todesfälle pro 100.000 Einwohner und Einwohnerinnen pro Kalenderjahr vor 75. HVSV Health Outcomes in Österreich, 2015, 2016.
Effizienz	Gesunde Lebensjahre im Vergleich zu Gesundheitsausgaben	Bezieht Ergebnis (Outcome) auf Ausgaben pro Kopf pro Jahr (Input) und ist somit ein Proxy-Indikator für (System-)Effizienz. Gesundheitsbefragung 2014 (ATHIS), Statistik Austria und Gesundheitsausgaben, erstmals berechnet auf Ebene der Bundesländer.
	Gesamte Gesundheitsausgaben pro Kopf	Präsentiert die geschätzten gesamten (laufenden) Ausgaben für Gesundheit und Pflege, öffentlich und privat. Die Ausgaben sind bereinigt um Altersstruktureffekte und um die innerösterreichische Patientenmigration, verschiedene Quellen, siehe Anhang 4.
Fairness / Verteilungsgerechtigkeit	Private Gesundheitsausgaben als Anteil der gesamten Gesundheitsausgaben	Zeigt die geschätzten Ausgaben (laufend) der privaten Haushalte (für Selbstbehalte, Selbstzahlungen usw.) als Anteil an den gesamten geschätzten Gesundheitsausgaben. Verschiedene Quellen, siehe Anhang 4.

Anmerkung: ATHIS: Austrian Health Interview Survey.

Headline-Indikatoren Krankenanstalten auf einen Blick

Headline-Indikatoren		Kurzdefinitionen
Zugang	Intramurale Wartezeiten	Gibt die durchschnittliche Wartezeit des Patienten /der Patientin mit gesundheitlichen Problemen bis zur tatsächlichen Aufnahme im Krankenhaus in Tagen (bei geplanten Aufnahmen) an. Sektorenübergreifende Patientenbefragung 2015, BMG, eigene Berechnungen.
Qualität	Vermeidbare Sterblichkeit vor 75	Beschreibt die Mortalität vor dem 75. Geburtstag aufgrund ausgewählter Krankheiten. Todesfälle pro 100.000 Einwohner und Einwohnerinnen pro Kalenderjahr vor 75. HVSV Health Outcomes in Österreich, 2015, 2016.
Effizienz	Stationäre Ausgaben pro standardisierte Bevölkerung	Zeigt die geschätzten laufenden Ausgaben für stationäre Versorgung (ohne Pflege) in EUR pro Kopf im Jahr 2017. Die Ausgaben sind bereinigt um Altersstruktureffekte und um die innerösterreichische Patientenmigration
	Endkosten pro LKF-Punkt	Stellt die Endkosten in EUR der Landesgesundheitsfondsfinanzierten Krankenanstalten der erreichten LKF-Punktezahl des Jahres 2017 gegenüber (BMASGK 2019b).

Anmerkung: LKF: Leistungsorientierte Krankenanstalten-Finanzierung

Interpretation von Indikatoren

Indikatoren sind Kennzahlen und bilden nur beschränkt die Realität ab. Um sie robust aussagekräftig zu machen, haben wir eine Reihe von Indikatoren um Altersstrukturunterschiede bereinigt. Die Ausgabenindikatoren wurden darüber hinaus um die innerösterreichische Migration von Krankenhauspatientinnen zwischen Regionen kontrolliert.

Trotzdem bestehen weitere exogene Faktoren für die Gesundheitsversorgung, wie sozioökonomische und kulturelle Einflüsse. Unter Zuhilfenahme relevanter Indikatoren innerhalb und außerhalb der definierten Bereiche diskutieren wir in den nachfolgenden Abschnitten mögliche Auswirkungen dieser Faktoren auf die Ergebnisse.

Ein spezifischer Aspekt ist die Endogenität der Inputs und Outputs, die insbesondere in Bezug auf die Effizienz eine wesentliche Rolle spielt. In der Regel verursachen Menschen mit schlechterem Gesundheitszustand mehr Kosten für das Gesundheitswesen. Dies wiederum lässt das System weniger effizient erscheinen - denn es verwendet mehr Ressourcen (Inputs) und zeigt schlechtere Ergebnisse (Outputs/Outcomes). Dies lässt beispielsweise Wien, aber auch das Burgenland vermuten. In beiden Bundesländern ist die Bevölkerung im Durchschnitt deutlich stärker von Risiken und deren Auswirkungen betroffen, während die Kosten in fast allen Bereichen relativ hoch sind.

Eine andere Beobachtung in diesem Zusammenhang ist, dass die Inanspruchnahme von Leistungen und damit Gesundheitsausgaben auf eine kleine Gruppe konzentriert ist. Als Daumenregel gilt, dass 20 Prozent der Bevölkerung etwa 80 Prozent der Leistungen bzw. der Kosten verbrauchen (Hsiao & Heller 2013). Solche Aspekte sollten bei der Diskussion der Effizienz berücksichtigt werden.

Darüber hinaus ist das Verständnis der institutionellen Merkmale von Gesundheitssystemen für die vergleichende Analyse von Strategien und Strategien zur Verbesserung der Systemleistung von wesentlicher Bedeutung. Systemmerkmale wie die Regulierung von Angebot und Nachfrage im Gesundheitswesen, Anreize für Anbieter, das Niveau der öffentlichen/privaten Finanzierung oder der Umfang des Versicherungsschutzes haben direkte Auswirkungen auf das Funktionieren des Systems und damit auf seine Leistungsfähigkeit. Forscherinnen und politische Entscheidungsträger müssen die Stärken und Grenzen verschiedener Systeme, einschließlich ihrer eigenen, verstehen, indem sie Länder/Regionen anhand gemeinsamer institutioneller Merkmale oder Strategien analysieren.

Exogene Faktoren, wie Determinanten der Gesundheit und Endogenität der beobachteten Effizienz sind Aspekte, die bei der Interpretation der Leistungskennzahlen berücksichtigt werden sollten. Wenn jedoch institutionelle Unterschiede wie beispielsweise Planung, Angebotsstruktur oder Verträge Unterschiede in der Leistung des Gesundheitssystems zwischen den Bundesländern verursachen, ist dies in den meisten Fällen nicht wünschenswert oder muss entsprechend berücksichtigt werden. Ein Beispiel dafür sind Leistungs- und Honorarunterschiede zwischen den Kassen. Auch der Bereich der regionalen Strukturpläne und ihr Zusammenwirken mit anderen Planungen auf regionaler Ebene unterscheidet sich zwischen den Bundesländern und kann Einfluss auf Effizienz und Performance haben.

Schließlich möchten die Autorinnen dieser Studie betonen, dass Effizienz nicht dasselbe ist wie Einsparungen. Obwohl sich die verwendeten Effizienzindikatoren größtenteils auf finanzielle Ressourcen des Systems als Inputs beziehen, soll damit nicht gesagt werden, dass Bundesländer mit höheren Pro-Kopf-Kosten automatisch zu viel Geld ausgeben. Im Gegenteil, Ziel ist vielmehr, Informationen über die Gesundheitsausgaben mit differenzierten Risikofaktoren und dem Gesundheitszustand der Bevölkerung in verschiedenen Regionen Österreichs in Zusammenhang zu bringen.

Grenzen der Analyse

Das Fact Book erarbeitet Grundlagen für Regionalanalysen und legt den Fokus auf die Beschreibung der Leistungskraft der Krankenanstalten auf Makroebene. Dies gibt nur ein unvollständiges Bild des Versorgungsgeschehens, zumal diese Kennzahlen die Komplexität von Gesundheit und Versorgung und ihr Zusammenspiel nur beschränkt abbilden. Außerdem bestehen Datenlücken, die geschlossen werden sollten, z.B. im Bereich der Qualität. Durch die fragmentierte Datenlage war es notwendig, für wichtige

Bereiche Schätzungen vorzunehmen und Indikatoren vergleichbar zu machen. Dadurch entstanden in einigen Fällen Ungenauigkeiten.

Bereinigung der stationären Ausgaben um Pflege. Die berechneten stationären Ausgaben mussten zum Zweck der Vergleichbarkeit zwischen den Bundesländern um das demografische Risiko der Länder adjustiert werden. Dies sollte, wie auch bei der Berechnung der gesamten Gesundheitsausgaben, über das alters- und geschlechtsspezifische Ausgabenprofil nach SHA aus dem Jahr 2014 passieren. In diesem werden jedoch Ausgaben für stationäre Versorgung (HC.1.1, HC.2.1) bzw. jene für Tagesfälle (HC.1.2, HC.2.2) mit den korrespondierenden Kategorien für Pflege im stationären Bereich (HC.3.1) und tagesklinische Pflege (HC.3.2) gemeinsam ausgewiesen. Um die stationären Ausgaben für Langzeitpflege zu isolieren, mussten wir eine Näherungsmethode verwenden.

Die Ausgaben für Pflegegeld liegen für das Jahr 2014 von Statistik Austria für 20-jährige Altersgruppen getrennt für Männer und Frauen vor. Unter der Annahme, dass die Ausgaben für Pflege im stationären Bereich ähnlich auf die Alters- und Geschlechtsgruppen verteilt sind wie die Ausgaben für das Pflegegeld, wurden die Ausgaben für Pflege im stationären/tagesklinischen Bereich von den stationären Ausgaben in den jeweiligen Gruppen des Ausgabenprofils abgezogen. Die Unschärfe dieses Vorgangs könnte unsere Berechnungen zu einem gewissen Grad verzerren, ist aber einer Schätzung inklusive Ausgaben für Pflege vorzuziehen.

Prognose des Finanzbedarfs. Die Basis für die Schätzungen des Finanzbedarfs der Spitäler bildet das oben genannte Ausgabenprofil nach SHA. Da hier ebenfalls die stationären Ausgaben von den Ausgaben für Pflege isoliert werden mussten, sind auch diese Schätzungen mit der Unschärfe der dabei verwendeten Methode behaftet.

Da keine Prognosen des Bruttoregionalprodukts der Bundesländer bis 2030 existieren, wurde für die Vorausschätzung des Einkommenseffekts auf Bundesländer-Ebene auf die Wachstumsraten des Bruttoinlandsprodukts zurückgegriffen. Dies stellt jedoch nur eine geringfügige Einschränkung dar, weil die Art der Finanzierung der Krankenanstalten keinen eindeutigen Schluss zulässt, ob sich die Höhe regionaler Gesundheitsausgaben eher durch das Niveau regionaler oder nationaler Einkommen bestimmt.

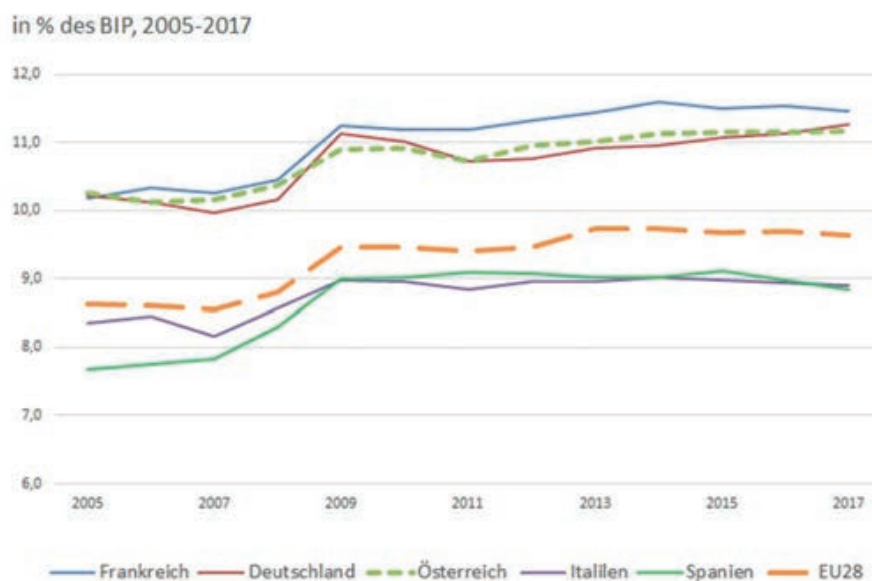
Der geschätzte Zuwachs durch technologischen Fortschritt hat sich aus einer Plausibilitätsprüfung anhand empirischer Zeitreihen von 1995 bis 2014 für Österreich ergeben. Die Plausibilitätsprüfung wurde für die laufenden persönlichen Gesundheitsausgaben gesamt (HC.1-HC.5) durchgeführt. Sie gibt somit die angenäherte historische Entwicklung des technologischen Fortschritts für das gesamte Gesundheitssystem wieder. Darüber hinaus sind Auswirkungen technologischer Neuerungen auf künftige Gesundheitsausgaben generell mit großer Unsicherheit behaftet. Um der Summe dieser Umstände Rechnung zu tragen, ist in Zukunft die Erstellung eines Risikoszenarios mit höherem technologiebedingtem Wachstum sinnvoll.

5 Gesundheitsausgaben

Bei den Gesundheitsausgaben spielt Österreich in der obersten Liga

Gemäß aktueller Zahlen von Statistik Austria gab Österreich 2017 insgesamt 41,3 Mrd. EUR für Gesundheit und Pflege aus. Das entsprach einem Anteil an der Wirtschaftsleistung im selben Jahr von 11,2 Prozent. Im Gleichschritt mit Deutschland war die Entwicklung auf hohem Niveau seit 2011 gedämpft (Abbildung 2). Frankreich liegt mit seinem Ausgabenanteil erkennbar über diesen beiden Ländern, auch wenn eine leichte Konvergenz zum Niveau Deutschlands stattzufinden scheint. Jedenfalls führt es damit den deutlichen Abstand dieser Ländergruppe zum EU28-Durchschnitt an. Dieser Abstand verringerte sich im Beobachtungszeitraum auch nicht. Grund dafür ist die vergleichsweise moderate Wachstumsdynamik in einigen wichtigen EU-Ländern wie Spanien und Italien.

Abbildung 2: Entwicklung der gesamten Gesundheitsausgaben, EU-Vergleich



Quelle; Eurostat Database 2018, HS&I-eigene Darstellung

Gesundheitsausgaben im Bundesländervergleich: Differenzen bleiben stabil

Die Fragmentierung und Intransparenz in der Finanzierung macht die Berechnung der Gesundheitsausgaben auf Bundesländerebene kompliziert. Da genaue Daten für viele Ausgabenkategorien nicht zugänglich sind, approximierten wir die Ausgaben mit einfachen und nachvollziehbaren Methoden.

Wir finden erhebliche Unterschiede bei den Gesundheitsausgaben in den Bundesländern, auch nach Bereinigung um Patientenströme im Krankenhausbereich und Risiken aufgrund der demografischen Struktur (Abbildung 3). Pro Kopf waren die Ausgaben in Wien am höchsten, 4.565 Euro im Jahr 2017, davon öffentliche in der Höhe von 3.425 EUR,

gefolgt von Vorarlberg (4.540 Euro). Im Gegensatz dazu waren die Ausgaben in Oberösterreich (4.012 Euro) und Tirol (4.142 Euro) am geringsten. Die Differenz in den Durchschnittsausgaben zwischen 2011 und 2017 war relativ stabil.

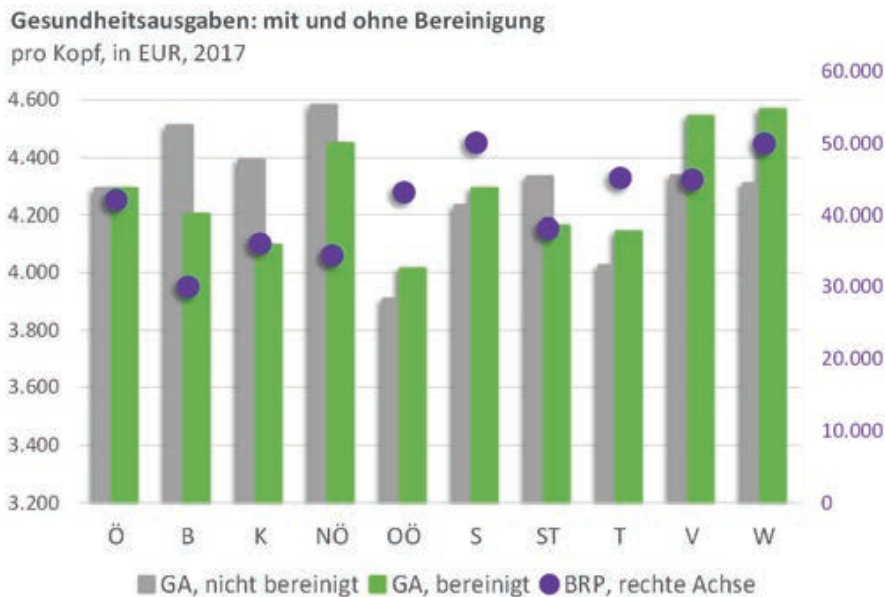
Abbildung 3: Ausgaben des Gesundheitssystems, Bundesländervergleich



Quelle: HS&I -eigene Berechnungen und Darstellung

Österreich hat im Jahr 2017 absolut 37,7 Milliarden Euro für das Gesundheitswesen aufgewendet. Dieser Betrag umfasst die laufenden Ausgaben ohne Investitionen. Die größten Ausgabenanteile in absoluten Zahlen entsprechen den größten Bundesländern: Wien (8,6 Milliarden), Nieder- und Oberösterreich sowie Steiermark. Die nominellen Ausgaben wuchsen zwischen 2011 und 2017 jährlich um 3,5%. Pro Kopf stiegen die Ausgaben jährlich um 3,0%, am stärksten im Burgenland (4,1%), am geringsten in Kärnten (2,0%) und in Wien (2,4%). Dieses Wachstumsmuster ist auch bei der Wirtschaftsleistung im selben Zeitraum zu erkennen. Erwartungsgemäß lag das nominelle Pro-Kopf-Wachstum (2,3%) deutlich unter dem Wachstum der Gesundheitsausgaben. Das Bruttoregionalprodukt (BRP) im Burgenland (3,5%), aber auch in Tirol und in Vorarlberg (beide knapp 3%) wuchs rascher als im Durchschnitt.

In Abbildung 4 sind die Gesundheitsausgaben im Vergleich zum Bruttoregionalprodukt dargestellt. Die Ausgabenquote war 2017 am höchsten in Burgenland (14,0%), NÖ und Kärnten. Während die Berechnung der regionalen Wirtschaftsleistung die „Migration“ der Arbeitskräfte in andere Bundesländer nicht berücksichtigt, sondern vom Arbeitsort ausgeht, wurden die geschätzten Gesundheitsausgaben um die Struktureffekte des Alters und der Patientenmigration bereinigt. Somit sind die bereinigten Ausgaben als Anteil an der Wirtschaftsleistung vermutlich verzerrt. Daher stellen wir auch die nicht bereinigten Gesundheitsausgaben dar. In Wien beispielsweise war die Ausgabenquote 2017 9%. Wenn die unbereinigten Ausgaben herangezogen werden, dann war der Wert 8,6%.

Abbildung 4: Gesundheitsausgaben im Vergleich zur Wirtschaftsleistung


Quelle: HS&I- eigene Berechnung und Darstellung

6 Headline-Indikatoren im Bundesländervergleich auf einen Blick

Sieben Headline-Indikatoren, die 2018 identifiziert wurden, zeigen die Leistungskraft der Bundesländer im Vergleich auf einen Blick. Die Daten wurden dort, wo möglich, aktualisiert, z.B. Gesundheitsausgaben. In Anlehnung an die Fact Sheets 2018 werden nachfolgend die wichtigsten Aspekte der Leistungskraft zusammengefasst pro Bundesland beschrieben. Jedes Bundesländerportrait endet mit der Darstellung der Entwicklung der Ausgaben 2011 bis 2017 und mit dem Vergleich der Ausgabenanteile pro Versorgungsbereich.

Tabelle 1: Headline-Indikatoren für alle Bundesländer, letztes verfügbares Jahr

Headline Indikatoren	Jahr	Ö	B	K	NÖ	OÖ	S	ST	T	V	W
Übergewicht und Adipositas, % der Bevölkerung	2014	47%	54%	47%	51%	48%	42%	46%	39%	44%	45%
Lebenserwartung in guter Gesundheit, Jahre	2014	66,3	63,2	66,5	65,8	66,3	70,2	65,1	70,5	69,5	64,8
Vermeidbare Sterblichkeit vor 75 ¹	2014	68	71	62	68	63	64	69	51	61	82
Intramurale Wartezeiten, in Tagen ²	2015	23	24	18	24	23	19	22	20	23	27
Gesundheitsausgaben pro Kopf ³ , in EUR	2017	4.291	4.201	4.095	4.449	4.012	4.291	4.162	4.142	4.540	4.565
Gesunde Lebensjahre pro Gesundheitsausgaben ⁴	2014	16,9	16,7	17,3	16,2	18,3	18,3	17,1	19,0	16,8	15,3
Private Gesundheitsausgaben als % der Gesamtausg. ⁵	2017	25%	23%	25%	23%	23%	27%	25%	28%	27%	25%

1 Vermeidbare Mortalität vor dem 75. Geburtstag pro 100.000 Einwohner/-innen vor 75

2 Erwartungswert (Tage), Wartezeit vor einer Krankenhausaufnahme

3 Gesundheitsausgaben pro Kopf, standardisiert nach Alter und Patientenströme, HS&I-eigene Schätzung

4 Lebenserwartung in Gesundheit (Jahre) pro Gesundheitsausgaben (pro Kopf, in 1000 EUR)

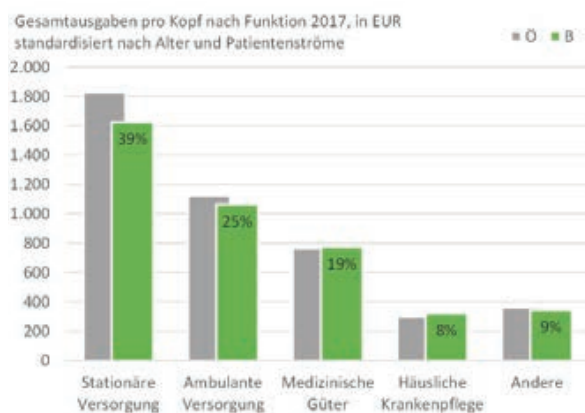
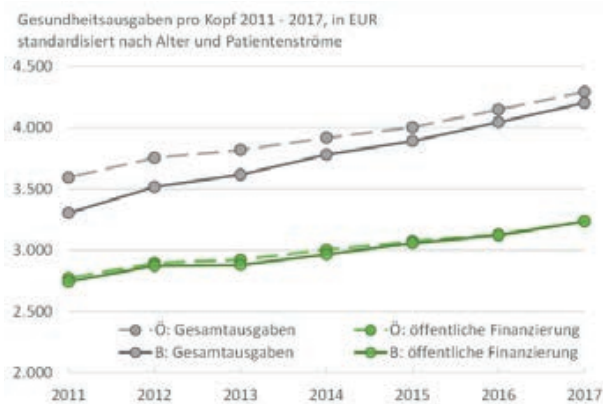
5 Anteil der privaten Ausgaben an den gesamten Gesundheitsausgaben, HS&I-eigene Schätzung

Quellen: HS&I-eigene Darstellung

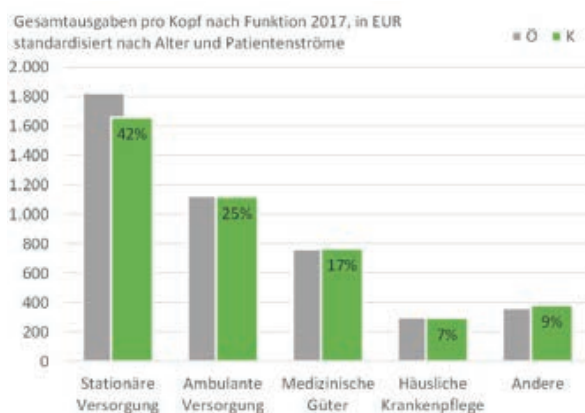
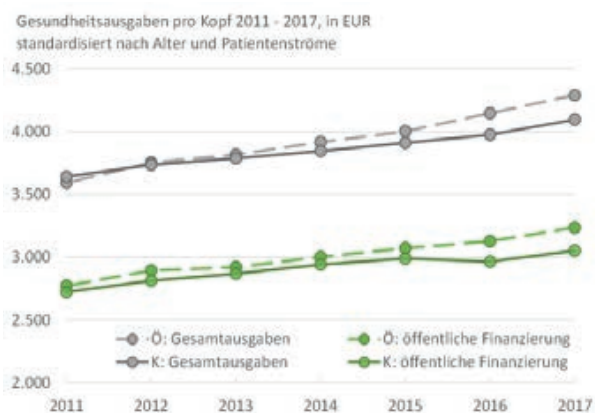
Burgenland (B): Die Bevölkerung des Burgenlandes hat im österreichischen Vergleich einige gesundheitliche Probleme. Dies zeigt sich in mehreren Ergebnissen im Bereich Gesundheitsstatus. Die Lebenserwartung in guter Gesundheit ist am niedrigsten von allen Ländern und erreicht etwa 63 Jahre. Burgenland hat mehrere vergleichsweise starke Risikofaktoren, wie Probleme mit Körpergewicht. Bei unterdurchschnittlichem Einkommen ist die Arbeitslosigkeit im Vergleich zu anderen Ländern auch höher.

Trotzdem sind die Kosten des Gesundheitssystems unterdurchschnittlich. Während Burgenland pro Kopf weniger für die ambulante und stationäre Pflege aufwendet, sind die Ausgaben für Arzneimittel hoch. Effizienzindikatoren geben uns keine eindeutige Aussage, weil geringere Gesundheitsausgaben möglicherweise auch zur schlechteren Gesundheit der Bevölkerung beigetragen haben.

Wartzeiten sind nahe am österreichischen Durchschnitt, wobei mehr Leute im Burgenland von Problemen wegen Entfernung und Transport zur Gesundheitsversorgung berichten als im Durchschnitt. Die Ergebnisse für Fairness im Zugang sind nicht eindeutig, obwohl private Ausgaben unterdurchschnittlich sind.



Kärnten (K): Guter Standard mit Raum für Verbesserungen. Die Lebenserwartung in guter Gesundheit ist in Kärnten leicht überdurchschnittlich und erreicht etwas mehr als 66 Jahre, begleitet von befriedigenden Ergebnissen im Bereich Gesundheitsstatus. Diese könnten sowohl mit moderaten Risikofaktoren wie hohe Lebensqualität, weniger



Depression und gesundheitsförderndes Verhalten als auch mit der Leistung des Gesundheitssystems in der Region verbunden sein. Der Zugang zur Gesundheitsversorgung ist im Allgemeinen gut, Wartezeiten für stationäre Aufenthalte und ambulante Untersuchungen sind am kürzesten von allen Ländern, obwohl es auch Hinweise für häufigere Transportprobleme gibt. Im Bereich ausgewogener Zugang für alle Bevölkerungsgruppen gibt es einige Anzeichen für Verbesserungsbedarf.

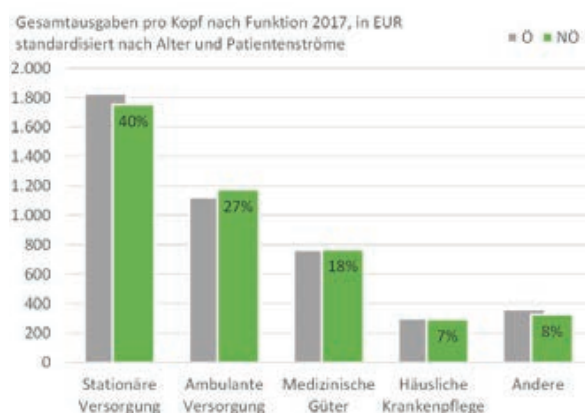
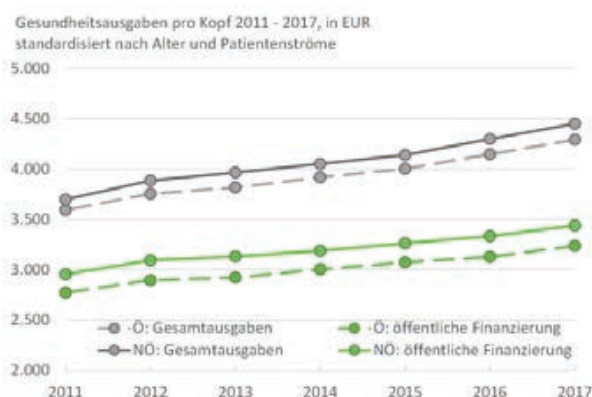
Die Qualität der Versorgung hat Reserven bei mehreren Indikatoren. Fehlversorgung zeigt sich in Bezug auf potenziell inadäquate Medikation bei Älteren und in Bezug auf deutlich überdurchschnittliche Kaiserschnittraten.

Die Effizienzindikatoren weisen mit wenigen Ausnahmen in eine positive Richtung, obwohl sie nahe am österreichischen Durchschnitt bleiben. Mit Gesundheitsstatus und Gesundheitsausgaben nahe am österreichischen Durchschnitt ist Kärnten ein nützlicher Benchmark im Vergleich zu anderen.

Niederösterreich (NÖ): Der Gesundheitsstatus in Niederösterreich ist nahe am österreichischen Durchschnitt, Gesamtausgaben darüber. Die Lebenserwartung in guter Gesundheit erreicht fast 66 Jahre. Andere Indikatoren des Gesundheitsstatus wie die Lebensqualität chronisch Kranker, Krebserkrankungen und depressive Symptomatik sind ebenso im Mittelfeld. Dies entspricht den mittleren Risikofaktoren, kann aber auch mit der Leistungskraft des Gesundheitssystems in der Region verbunden sein.

Der Zugang zur Gesundheitsversorgung liegt ebenso nahe am österreichischen Durchschnitt, Wartezeiten für ambulante Untersuchungen sind leicht höher als in Österreich insgesamt. Außerdem zeigt sich die Fairness im Zugang zur Versorgung befriedigend. Die vermeidbare Mortalität vor 75 ist in Niederösterreich im Mittelfeld, begleitet von anderen Indikatoren im Bereich Qualität der Versorgung.

Obwohl die Risikofaktoren im Mittelfeld liegen, sind die Gesamtausgaben des Gesundheitssystems pro Kopf etwas höher als für Österreich insgesamt, was auf öffentliche Ausgaben zurückzuführen ist. Mehrausgaben zeigen sich vor allem für ambulante Versorgung und medizinische Güter. Der Vergleich zu Ländern mit einer



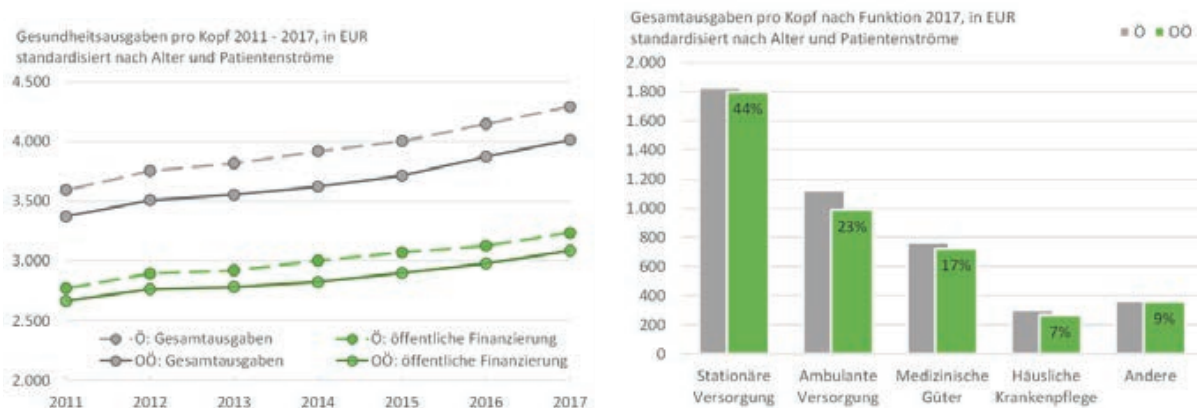
ähnlichen Anzahl an gesunden Lebensjahren macht sichtbar, dass es in Niederösterreich Raum für Verbesserungen gibt.

Oberösterreich (OÖ): Gesundheitlich ist Oberösterreich im Mittelfeld, das Niveau der Effizienz ist hoch bei Unausgewogenheit zwischen den Versorgungsbereichen.

Die Lebenserwartung in guter Gesundheit erreicht in Oberösterreich mittlere 66,3 Jahre. Andere Indikatoren des Gesundheitsstatus wie die Lebensqualität chronisch Kranker, depressive Symptomatik oder der Zahnstatus der Sechsjährigen sind ebenso im Mittelfeld. Dies entspricht durchschnittlichen Risikofaktoren, kann aber auch mit der Leistungskraft des Gesundheitssystems in der Region verbunden sein. Die Inzidenz von Lungenkrebs ist niedrig, ebenso gering ist sie bei anderen Krebserkrankungen in Oberösterreich.

Der Zugang zur Gesundheitsversorgung liegt nahe am österreichischen Durchschnitt und Fairness im Zugang zur Versorgung zeigt sich befriedigend. Die Indikatoren der Versorgungsqualität vermitteln je nach Bereich eine gemischte Botschaft. Verbesserungen sind vor allem bei vermeidbaren Spitalsaufenthalten notwendig.

Die Gesamtausgaben des Gesundheitssystems pro Kopf sind die niedrigsten von allen Bundesländern, was sowohl auf niedrige Öffentliche als auch auf geringe private Ausgaben zurückzuführen ist. Relativ weniger wird vor allem im ambulanten Bereich ausgegeben. Andere Effizienzindikatoren zeigen gute Werte.

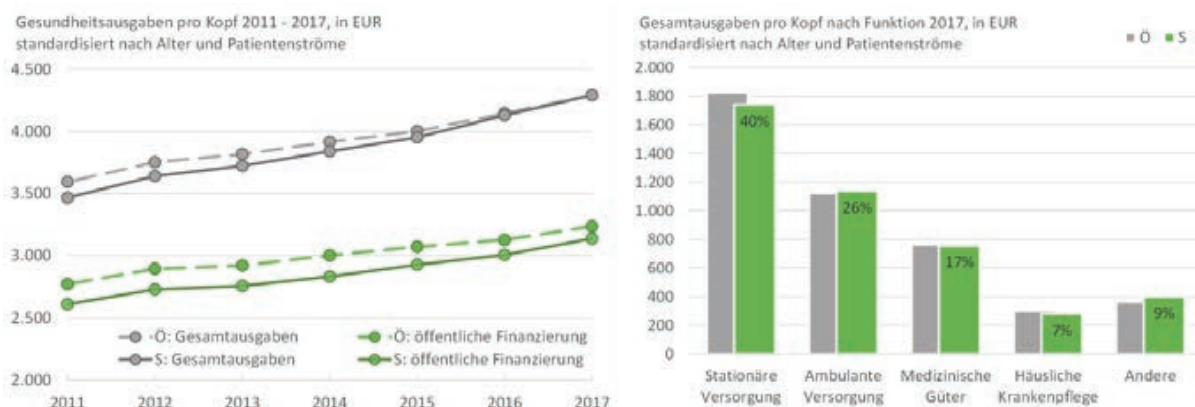


Salzburg (S): Die Bevölkerung Salzburgs hat im österreichischen Vergleich ein gesundes Leben, die Fairness des Systems könnte verbessert werden.

Die Lebenserwartung in guter Gesundheit ist hoch und erreicht 70 Jahre, begleitet von anderen guten Ergebnissen im Bereich Gesundheitsstatus. Diese hängen mit moderaten Risikofaktoren wie niedrige Arbeitslosigkeit, hohes Einkommen und gesundheitsförderndes Verhalten in der Region zusammen. Gleichzeitig ist die Leistung des Gesundheitssystems befriedigend. Der Zugang zur Gesundheitsversorgung ist besser im Vergleich mit dem österreichischen Durchschnitt, Wartezeiten sind deutlich niedriger als in Österreich insgesamt. Die vermeidbare Mortalität vor 75 ist im Mittelfeld, begleitet

von anderen guten Ergebnissen im Bereich Qualität der Versorgung. Der Anteil privat finanzierter Gesundheitsausgaben ist höher, was die Fairness des Systems negativ beeinflusst.

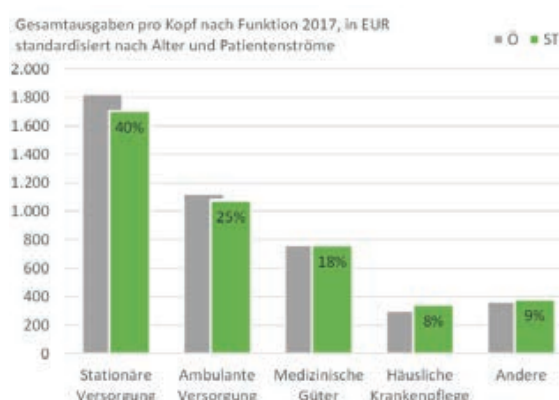
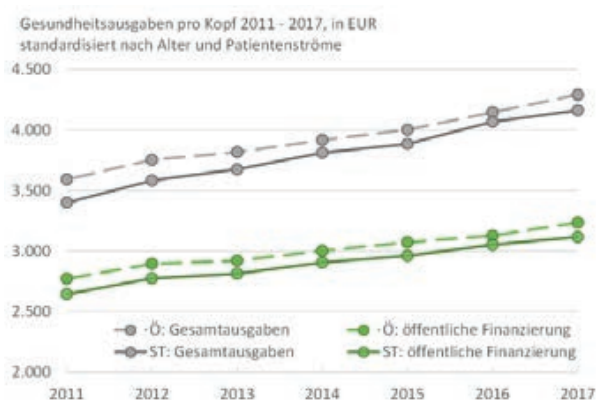
Das Gesundheitssystem in Salzburg zeigt gute Effizienz. Bei gutem Gesundheitsstatus sind die Gesamtausgaben pro Kopf nahe am Durchschnitt. Im Vergleich zu Bundesländern mit ähnlicher Risikostruktur zeigt sich gute Effizienz. In Tirol sind die Ausgaben etwas niedriger, in Vorarlberg deutlich höher. Im Vergleich zu anderen Bereichen wird in Salzburg relativ mehr für den ambulanten Sektor ausgegeben, was auf eine stärker entwickelte Versorgung außerhalb von Krankenhäusern zurückzuführen sein könnte.



Steiermark (ST): Der Gesundheitsstatus in der Steiermark ist nahe am österreichischen Durchschnitt, es gibt Raum für Verbesserung bei der Effizienz. Die Lebenserwartung in guter Gesundheit erreicht 65 Jahre, ca. ein Jahr weniger als Österreich insgesamt. Andere Indikatoren des Gesundheitsstatus wie die Lebensqualität chronisch Kranker, Krebserkrankungen und depressive Symptomatik in der Bevölkerung sind ebenso im Mittelfeld. Dies entspricht mittleren Risikofaktoren, kann aber auch mit der Leistungskraft des Gesundheitssystems in der Region verbunden sein.

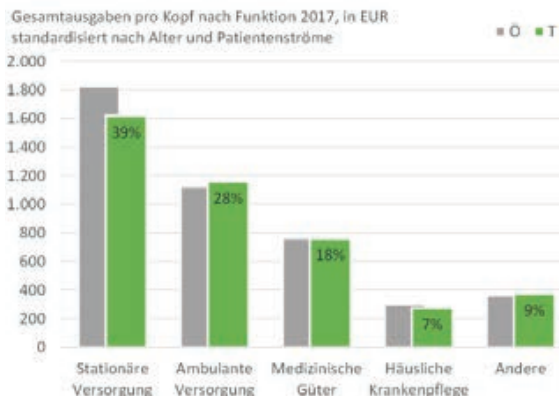
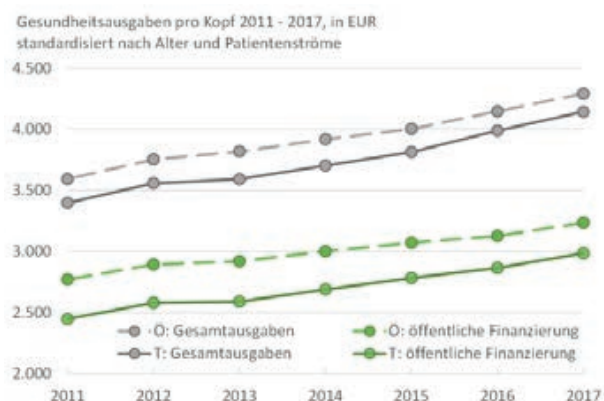
Der Zugang zur Gesundheitsversorgung ist ebenso vergleichbar mit den Werten im österreichischen Durchschnitt, die Wartezeiten für ambulante Untersuchungen sind etwas niedriger als in Österreich insgesamt. Außerdem ist die Fairness im Zugang zur Versorgung hoch. Die vermeidbare Mortalität vor 75 ist in der Steiermark im Mittelfeld, obwohl es auch Hinweise auf Fehlversorgung gibt, vor allem den hohen Anteil an Kaiserschnittraten.

Die Gesamtausgaben des Gesundheitssystems pro Kopf sind etwas niedriger als in Österreich insgesamt, weniger wird vor allem im stationären Bereich ausgegeben. Der Vergleich zu Bundesländern mit einer ähnlichen Anzahl an gesunden Lebensjahren zeigt, dass es in der Steiermark noch Raum für Verbesserungen gibt. Andere Effizienzindikatoren zeigen ebenso mittlere Werte.



Tirol (T): Die Bevölkerung Tirols hat im österreichischen Vergleich ein sehr gesundes Leben, die Effizienz ist gegeben. Die Lebenserwartung in guter Gesundheit ist hoch und erreicht 70,5 Jahre, begleitet von anderen guten Ergebnissen im Bereich Gesundheitsstatus. Diese hängen mit moderaten Risikofaktoren wie niedrige Arbeitslosigkeit, hohes Einkommen, und gesundheitsförderndes Verhalten in der Region zusammen. Gleichzeitig ist die Leistung des Gesundheitssystems zufriedenstellend. Der Zugang zur Gesundheitsversorgung liegt nahe am österreichischen Durchschnitt, Wartezeiten für stationäre Aufenthalte sind niedriger als in Österreich insgesamt. Die vermeidbare Mortalität vor 75 ist in Tirol am niedrigsten, obwohl es schwache Hinweise auf Fehlversorgung gibt. Der Anteil privat finanzierter Gesundheitsausgaben ist höher, was die Fairness des Systems negativ beeinflusst.

Das Gesundheitssystem in Tirol zeigt hohe Effizienz. Bei gutem Gesundheitsstatus sind die Gesamtausgaben pro Kopf im Vergleich niedrig, öffentliche Ausgaben pro Kopf sind am niedrigsten von allen Ländern. Auch im Vergleich zu Bundesländern mit ähnlicher Risikostruktur wie Salzburg und Vorarlberg sind die Ausgaben in Tirol niedrig. Im

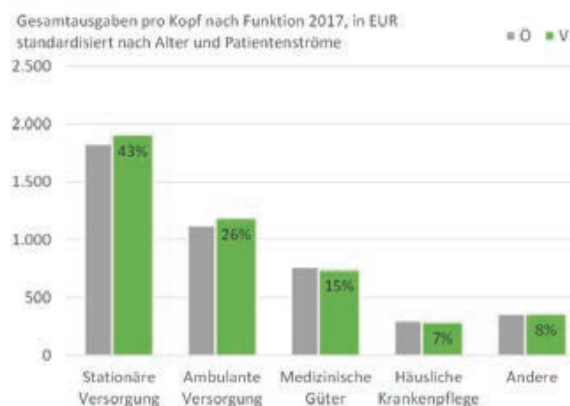


ambulanten Sektor sind die Ausgaben höher, was auf eine stärker entwickelte Versorgung außerhalb von Krankenhäusern zurückzuführen sein könnte.

Vorarlberg (V): Die Bevölkerung Vorarlbergs hat im österreichischen Durchschnitt ein gesundes Leben, die Effizienz zeigt ein gemischtes Bild. Die Lebenserwartung in guter Gesundheit ist hoch und erreicht fast 70 Jahre, begleitet von anderen guten Ergebnissen im Bereich Gesundheitsstatus. Diese könnten sowohl mit moderaten Risikofaktoren wie niedrige Arbeitslosigkeit, hohes Einkommen und gesundheitsförderndes Verhalten als auch mit guter Leistung des Gesundheitssystems in der Region verbunden sein.

Der Zugang zur Gesundheitsversorgung liegt nahe am österreichischen Durchschnitt, während die Qualität der Versorgung zufriedenstellend ist. Die Ergebnisse für Fairness im Zugang sind nicht eindeutig, und es gibt einige Anzeichen für Verbesserungsbedarf.

Die Effizienzindikatoren vermitteln eine gemischte Botschaft. Während die Gesundheitsausgaben in Vorarlberg zu den höchsten im Bundesländervergleich zählen, könnten diese höheren Ausgaben durch eine gute Versorgung gerechtfertigt sein.



Wien (W): Das Gesundheitssystem in Wien muss sich überdurchschnittlich hohen Risikofaktoren stellen, die Leistungskraft ist gegeben. Ungünstige soziale Determinanten wie Arbeitslosigkeit, hoher Anteil an armutsgefährdeten Personen, geringe soziale Unterstützung, kein sehr gutes Arbeitsklima, ungesunde Lebensstilfaktoren wie Rauchen, ein hoher Bevölkerungsanteil mit Migrationshintergrund, aber auch Umweltfaktoren bestimmen den ungünstigen Gesundheitszustand der Bevölkerung. Die Lebenserwartung in guter Gesundheit erreicht 64,8 Jahre, weniger als im österreichischen Durchschnitt, begleitet von anderen ungünstigen Ergebnissen im Bereich Gesundheitsstatus. Die vermeidbare Sterblichkeit vor 75 ist in Wien am höchsten unter allen Bundesländern.

Neben dem ungünstigen Gesundheitszustand der Bevölkerung steht das Wiener Gesundheitssystem durch seine überregionale zentrale Rolle zusätzlich unter Druck. Dies

zeigt sich in hohen Kosten des Systems, aber auch beim schwierigeren Zugang zur Versorgung, bei im Vergleich langen Wartezeiten und bei ungedecktem Bedarf an Gesundheitsleistungen. Alle diese Faktoren müssen berücksichtigt werden, wenn die Leistungskraft des Gesundheitssystems in Wien beurteilt wird.

Migrationstrends innerhalb von Österreich und aus dem Ausland bieten für Wien gleichzeitig auch mehrere Vorteile für die Zukunft. Der Bevölkerungsanteil über 75 Jahre ist in den letzten 10 Jahren in Wien, als dem einzigen Bundesland, nicht gestiegen. Das Angebot an neuen Gesundheitsfachkräften ist höher als in den ländlichen Gebieten.

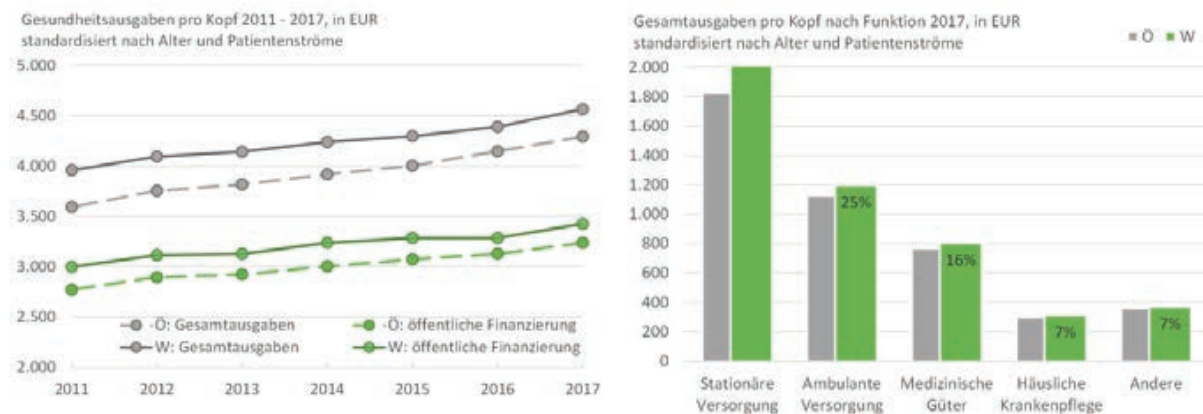


Tabelle 1 zeigt Headline-Indikatoren für die Bundesländer. Die derzeit bestehende Datenlage erlaubt nur im Bereich der Ausgaben eine Aktualisierung der Schätzung. In Zukunft wird es wichtig sein, auch für die Indikatoren in anderen Leistungsbereichen jährlich aktualisierte Daten zur Verfügung zu stellen. Wir empfehlen das gezielte Erheben und Dokumentieren von Datengrundlagen, damit Headline-Indikatoren für Bundesländervergleiche zumindest jährlich aktualisiert werden können.

Exkurs: Gesunde Lebensjahre im Vergleich zu Gesundheitsausgaben

Der Indikator ist definiert als Gesunde Lebensjahre (HLY) pro 1.000 Euro Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben. Obwohl es ein zentral wichtiger Indikator ist, der es auch in die Auswahl der Headline-Indikatoren geschafft hat, liegt er nicht aktueller vor als für das Jahr 2014. Allgemein hat der Indikator keine eindeutige quantitative Interpretation, gibt aber Hinweise auf die Beziehung zwischen Gesundheitszustand und Gesundheitsausgaben und ist dem Indikator Lebenserwartung in diesem Zusammenhang überlegen. Abbildung 5 zeigt die Beziehung zwischen HLY und Gesundheitsausgaben und erleichtert die Interpretation des Indikators.

Es zeigt sich, dass einige Bundesländer eindeutig gute Ergebnisse erzielen: So haben beispielsweise Tirol und Salzburg hohe HLY und relativ niedrige Kosten. Ein direkter Vergleich der Effizienz von Bundesländern mit unterschiedlichen HLY könnte jedoch aus zwei Gründen irreführend sein.

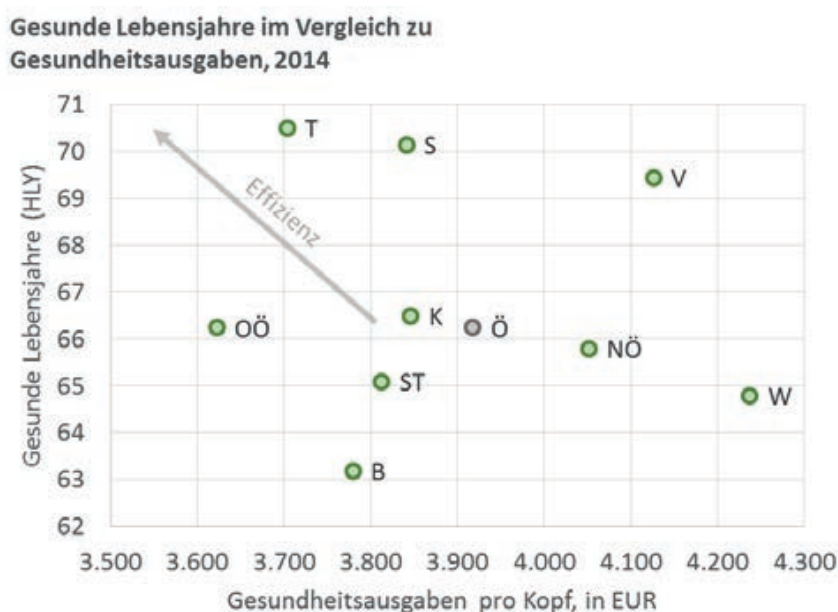
Erstens ist es nicht möglich, die Effizienz der Bundesländer mit unterschiedlichen HLY zu vergleichen, solange wir nicht den monetären Wert eines zusätzlichen gesunden

Lebensjahrs berücksichtigen wollen. Wir können jedoch ordinale Vergleiche anstellen: NÖ und OÖ sind bei HLY vergleichbar, während die Kosten pro Kopf in OÖ wesentlich niedriger sind. Die Pro-Kopf-Kosten in Salzburg sind vergleichbar mit jenen in Kärnten, während der Gesundheitszustand in Salzburg wesentlich besser ist. Dies spiegelt sich in den Werten von HLY wider: OÖ ist besser als NÖ, Salzburg hat ein besseres Ergebnis als Kärnten.

Zweitens besteht ein erhebliches Endogenitätsproblem in der Bewertung der Effizienz von Gesundheitssystemen mit Input/Outcome-Indikatoren. Eine weniger gesunde Bevölkerung verursacht höhere Kosten in der Gesundheitsversorgung. Dieser Effekt ist in unseren Daten sicher vorhanden. Das zeigt sich wahrscheinlich in Wien: Hohes Risiko in Verbindung mit relativ schlechtem Gesundheitszustand führt dazu, dass mehr Geld für die Gesundheitsversorgung ausgegeben wird, selbst wenn die Effizienz des Gesundheitssystems genauso wäre wie in den anderen Bundesländern. Beim Vergleich zweier Bundesländer mit ähnlichem Gesundheitszustand und ähnlichen Gesundheitsrisiken wird der Endogenitätseffekt jedoch kleiner, und wir können die Indikatorwerte als Näherungsmaß für Effizienz interpretieren, z.B. gesunde Lebensjahre in Tirol und in Vorarlberg, oder in der Steiermark und in Kärnten.

Obwohl unsere Methodik der Berechnung vereinfacht ist, werden dadurch entscheidende Grundlagen erarbeitet, damit Ausgabenberechnungen auf Ebene der Bundesländer in Zukunft von entsprechenden Institutionen, z.B. von Statistik Austria, vorgenommen werden können. Dies ist aus mehreren Gründen wichtig.

Abbildung 5: Gesunde Lebensjahre im Vergleich zu Gesundheitsausgaben, nominell



Quelle: HS&I- eigene Berechnung und Darstellung

Erstens, die Gesundheitsausgaben sind nach den Pensionsausgaben die wichtigste Komponente der Sozialausgaben. 2015 wurde mehr als ein Viertel der Sozialausgaben für

Geld- und Sachleistungen des Gesundheitssystems aufgewendet (Sozialbericht 2015-2016, BMASK 2017b). Zweitens, um die Effizienz des Gesundheitssystems umfassend zu bewerten, sollten Ergebnisindikatoren, z.B. die Lebenserwartung, auf die Sozialausgaben bezogen werden (Van den Heuvel et al 2017). Obwohl auf Bundeslandebene der Indikator „Gesunde Lebensjahre“ gesichert und verfügbar ist (Tabelle 1) und im Gegensatz zur Lebenserwartung den Einfluss des Gesundheitssystems auf die Leistungskraft voraussichtlich präziser abbildet, gibt es keine offiziellen Daten zu den Sozialausgaben auf Ebene der Bundesländer. Wir behelfen uns daher mit den geschätzten Gesundheitsausgaben und bilden einen synthetischen Indikator, der die Anzahl der gesunden Lebensjahre in Beziehung mit den Ausgaben pro Bundesland setzt.

Das Überleben von schweren Erkrankungen, das im besten Fall zu gesunden Lebensjahren führt, wird wesentlich durch die Produktivität in den Krankenanstalten erzeugt. Durch die vergleichsweise stärkere Rolle des Bundes in diesem Bereich ist die Datenlage zumindest für öffentliche und gemeinnützige Krankenanstalten, sogenannten Fondskrankenanstalten, besser als in den stärker dezentralisierten sozialen Bereichen, wie beispielsweise Mindestsicherung. Dementsprechend ist auch die Datenlage besser. Allerdings sind viele wichtige Daten für die Forschung nur beschränkt zugänglich, siehe Box 1. Trotzdem ist es möglich, Regionaldaten aus verschiedenen Quellen, z.B. BMASGK, GÖG, HVSV oder Eurostat abzurufen und zu analysieren.

7 Leistungskraft der Krankenanstalten im Vergleich

Dieser Abschnitt befasst sich mit den Krankenanstalten und ihrer Leistungskraft im Vergleich. Basis dafür ist das 2018 etablierte Verfahren, wichtige und sinnvolle Indikatoren zu identifizieren und in Bereichen der Leistungskraft zu organisieren, siehe Hofmarcher, Molnárová 2018b, Anhänge 2 und 3. Diese Bereiche umfassen Indikatoren, die sich eignen, Aussagen über den *Zugang*, die *Qualität* und die *Effizienz* von Krankenanstalten zu machen. Wie für das Gesundheitssystem insgesamt grenzen wir auch für den wichtigen Sektor Krankenanstalten *Headline-Indikatoren* (4) ab und diskutieren Ergebnisse mit Hilfe operationeller *Schlüsselindikatoren* (10) und weiterer, erklärender Indikatoren der Versorgung in Krankenanstalten.

Das Leistungsbild der Krankenanstalten bezieht sich im Wesentlichen auf zwei Ebenen der Spitalslandschaft. So beschreiben beispielsweise die Indikatoren des Zugangs das Geschehen in allen Krankenanstalten, ebenso die Indikatoren im Bereich Qualität. Im Bereich Effizienz hingegen beziehen sich einige Indikatoren auf alle Krankenanstalten, z.B. „stationäre Ausgaben pro Kopf“ und andere, wie beispielsweise „LKF-Punkte pro Personal“ nur auf Fondskrankenanstalten (FKA). Die FKA repräsentieren die österreichische akut-stationäre Versorgung. Sie haben vergleichbare Aufgaben, den gleichen Zahlungsmechanismus sowie die gleichen rechtlichen Rahmenbedingungen. Gemäß Österreichischem Strukturplan Gesundheit (BMG 2018) können vier verschiedene Arten von FKA unterschieden werden: Universitätskliniken, Schwerpunktkrankenanstalten, Krankenanstalten der Basisversorgung und Sonderkrankenanstalten.

Effizienzstudien fokussieren zumeist die Unternehmenseffizienz

Es gibt eine Reihe von empirischen Untersuchungen, die sich mit der Effizienz von Krankenanstalten befassen. Sommersguter-Reichmann (2000) maß Veränderungen in der Produktivität von 22 öffentlichen Krankenanstalten und privaten gemeinnützigen Organisationen zwischen 1994 und 1998. Während keine Effizienzsteigerung zu beobachten war, konnte ein positiver Technologiewandel zwischen 1996 und 1998 erfasst werden. Wie Hofmarcher et al. 2002 kamen sie zu dem Schluss, dass die Einführung des DRG-Systems keinen Effizienzschub bewirkte. Für den Zeitraum von 1997 bis 2000 maßen Hofmarcher et al. 2005 mit Hilfe einer DEA schließlich die durchschnittliche technische Effizienz von 42 Akutkrankenhäusern der Basisversorgung. Die Ergebnisse, ergänzt um Regressionsanalysen, zeigen, dass privat-gemeinnützige Krankenhäuser dieser Gruppe besser abschneiden als ihre Peers im öffentlichen Sektor.

Czypionka et. al. (2014) ermittelten mit einer vergleichbaren Methode die Effizienz privat-gemeinnütziger Spitäler und Krankenanstalten mit öffentlichem Träger im Jahr

2010. Die privat-gemeinnützigen Häuser erreichten, gemessen in Zahl der Entlassungen und einer Reihe von Inputs, ein höheres Niveau an Effizienz als die öffentlichen Spitäler, was auf die unterschiedlichen Finanzierungsformen der beiden Trägertypen zurückgeführt wird. Müssen öffentliche Krankenanstalten nur zu 50% aus dem LKF-System finanziert werden und wird der sogenannte Betriebsabgang mehr oder weniger automatisch durch Steuern ausgeglichen (siehe Fußnote 1), können sich private non-profit Krankenhäuser – in der Hauptsache Ordensspitäler – nicht auf einen derartigen Mechanismus verlassen. Der Grad des finanziellen Risikos scheint sich somit auf die Effizienz einer Einrichtung auszuwirken. Insgesamt deuten die meisten Studien darauf hin, dass Häuser im Besitz von privat-gemeinnützigen Organisationen Änderung in der Finanzierungsstruktur offenbar schneller adaptieren als vergleichbare Spitäler in öffentlicher Hand.

Leistungskraft hat einen breiteren Kontext als Unternehmenseffizienz

Diese Studien geben wichtige Einblicke in die Effizienz organisatorischer Abläufe und betriebswirtschaftlicher Praktiken in Krankenanstalten. Der breitere Marktkontext, in dem Spitäler agieren, ist zumeist vernachlässigt, obwohl einige Studien Modelle zu den Einflussfaktoren wie beispielsweise Demographie oder Eigentümerstruktur auf die Niveaus der Effizienz schätzen (Hofmarcher et al 2005, Czypionka et al 2014). Darüber hinaus fehlen zumeist Indikatoren der Qualität in den Analysen, auch wenn technologische Veränderungen über die Zeit durchaus erfasst werden können (Malmquist Index). IHS (2017) maßen Änderungen der Effizienz der Spitäler im Zeitraum von 2002 bis 2015 für 92 Fondskrankenanstalten. Gemessen an ihrer Gesamtfaktorproduktivität nähern sich die Fondsspitäler einander an. Der Effekt wird hauptsächlich durch verbesserte Performance von Spitälern mit vormals niedriger Effizienz getrieben, während effiziente Krankenanstalten rigider auf ihren Ausgangswerten verharren. In der in dieser Studie zugrunde gelegten DEA-Analyse werden Outputs in Form von LKF-Punkten dem Input Kapital, z.B. kalkulatorische Anlage- und Kapitalkosten, und dem Input Arbeit, z.B. VZÄ Ärzte, Pflege, gegenübergestellt. Das Effizienz-Ranking der Bundesländer entspricht annähernd jenem, das sich aus der deskriptiven Darstellung des Indikators stationäre Endkosten je LKF-Punkt ergibt.

Die Leistungskraft des Systems und seiner Einrichtungen hängt erheblich von der Risikobevölkerung in den Regionen, von den Präferenzen der Menschen, vom Einkommen und letztlich davon ab, wie zugänglich und zeitgemäß ausgebaut die Versorgungsstrukturen außerhalb von Krankenanstalten sind.

Trotzdem wichtige Daten zur stationären Versorgung nur beschränkt zugänglich sind (Box 1), zeigt dieses Kapitel Möglichkeiten auf, ein Leistungsbild des Geschehens in Krankenanstalten zu zeichnen. Das Ziel ist, einen Überblick über die Performance in mehreren Dimensionen zu erhalten und innovative Aspekte in die Diskussion einzubetten. Dies erfolgt durch folgende Abschnitte:

- Überblick über die Anzahl und die Betten von Krankenanstalten nach den wichtigsten Gruppen
- geschätzte und erfasste Ausgaben der Krankenanstalten nach den wichtigsten Gruppen
- zusammenfassende Diskussion von Indikatoren der Bereiche Zugang, Qualität und Effizienz in Krankenanstalten und
- die geschätzte Ausgabenentwicklung der stationären Versorgung bis 2030.

7.1 Krankenhauslandschaft im Überblick

2017 wurden in Österreich insgesamt 271 Häuser registriert (Statistik Austria 2019). Der Bettenstand betrug 64.805; die Bettendichte war 7,3 pro 1000 Einwohnerinnen; sie streute zwischen 5,6 (Vorarlberg) und 9,0 (Salzburg) pro 1000 Einwohner.

Tabelle 2: Überblick über die Krankenanstaltenlandschaft, 2017

Alle Krankenanstalten			
Eigentümer/Kennzahlen	Anzahl KA	Betten	Betten in %
Öffentliche Träger	147	45.235	69,8
Private Träger, Orden und andere	124	19.570	30,2
Gesamt	271	64.805	
Landesgesundheitsfonds-finanzierte Krankenanstalten			
Eigentümer/Kennzahlen	Anzahl KA	Betten	Betten in %
Öffentliche Träger	80	35.612	79,6
Private Träger, Orden und andere	34	9.126	20,4
Gesamt	114	44.738	

KA: Krankenanstalt, Betten: tatsächlich aufgestellte Betten

Quelle: HS&I-eigene Darstellung auf Basis von Riedel et al. 2019

Krankenanstalten mit Öffentlichkeitsrecht

Von den 271 registrierten Krankenanstalten waren 112 Häuser mit Öffentlichkeitsrecht ausgestattet, das sind 41,3 Prozent. Der Bettenstand dieser Häuser betrug etwa 43.000 tatsächlich aufgestellte Betten oder 69,8 Prozent des gesamten Bettenstandes. Öffentlichkeitsrecht bedeutet im Wesentlichen, dass Krankenanstalten Patienten zu

keinem Zeitpunkt abweisen dürfen, wenn sie Hilfe suchen. Während die Mehrheit dieser Krankenanstalten Gebietskörperschaften als Eigentümer haben oder in Betriebsgesellschaften dieser Gebietskörperschaften geführt werden, gilt das Aufnahmegebot grundsätzlich auch für privat-gemeinnützige Häuser, so sie im Pool der öffentlichen Finanzierung sind.

„Fondskrankenanstalten“

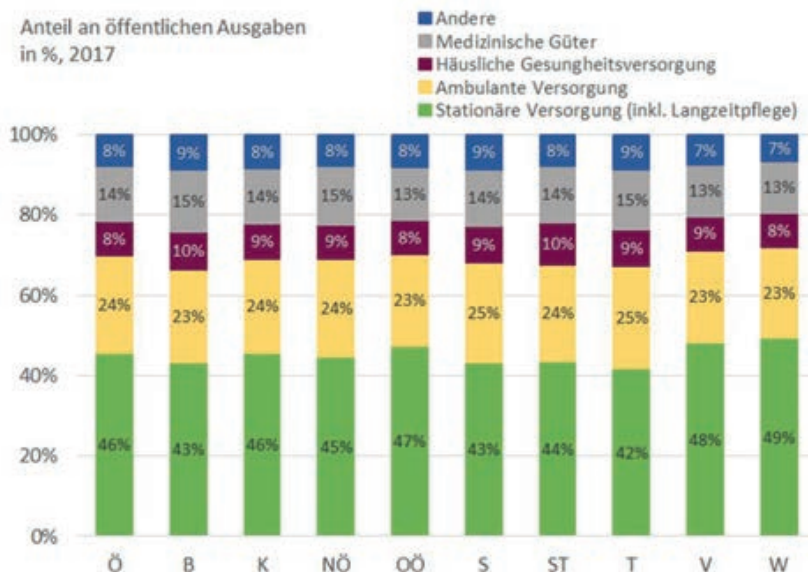
Ein vergleichbarer Mix zu den Krankenanstalten mit Öffentlichkeitsrecht sind die Fondskrankenanstalten. Fondskrankenanstalten sind jene, die von den jeweiligen Landesgesundheitsfonds finanziert werden (Riedel et al 2019). Tabelle 2 gibt einen Überblick über die Spitalsstruktur in Österreich. Im Bereich der FKA sind fast 80 Prozent der Betten im öffentlichen Eigentum, ein höherer Anteil als in der Gruppe aller Krankenanstalten mit Öffentlichkeitsrecht (69,8%); die größte Gruppe der privaten Eigentümer in den FKA sind Geistliche Orden und Glaubensgemeinschaften (18,8% von 20,4% der Bettenkapazität in dieser Gruppe).

7.2 Ausgaben für Krankenanstalten im Überblick

Die Ausgaben für Krankenanstalten setzen sich zusammen aus öffentlichen und privaten Ausgaben für stationäre Versorgung und Spitalsambulanzen. In den offiziellen Systematiken werden stationäre Pflegeausgaben üblicherweise mitberücksichtigt. 2017 wurden demnach gemäß SHA für alle Krankenanstalten insgesamt 14,8 Mrd. EUR aufgewendet. Circa 90 Prozent der Ausgaben für Krankenanstalten kommen aus öffentlichen Quellen.

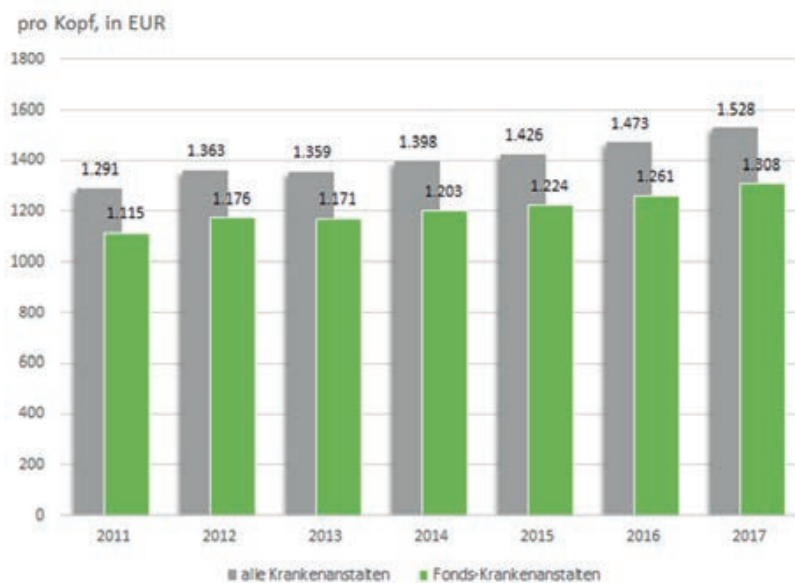
Abbildung 6 zeigt die Bedeutung der Krankenanstalten im Gesundheitssystem. Die öffentlichen Ausgaben für stationäre Versorgung (inklusive Langzeitpflege) machen gemäß unseren Schätzungen rund 43% der gesamten öffentlichen, laufenden Ausgaben in der Steiermark, Tirol und im Burgenland aus, in Wien und Vorarlberg dagegen waren es 49%.

Wie in Abschnitt 2 und 7.1 erläutert, gibt es innerhalb der Krankenhauslandschaft verschiedene Gruppen. Die wesentlichste Unterscheidung ist, ob eine Krankenanstalt über den Landesgesundheitsfonds finanziert wird oder nicht, siehe Tabelle 2. Um entsprechende Effizienzindikatoren bilden zu können, war es an manchen Stellen erforderlich auf die Daten der FKA zurückzugreifen, siehe Abschnitt 7.5, die den größten Teil der allgemeinen öffentlichen Krankenanstalten repräsentieren.

Abbildung 6: Gesundheitsausgaben der Bundesländer nach Bereich


Quelle: HS&I-eigene Berechnung und Darstellung

Abbildung 7 zeigt die Entwicklung der öffentlichen Ausgaben für Krankenanstalten, einmal für alle Krankenanstalten und einmal nur für Fondskrankenanstalten. 2017 wurde pro Kopf in allen Krankenanstalten 1.528 EUR aufgewendet, in den FKA waren es 1.308 EUR. In beiden Gruppen stiegen die Ausgaben zwischen 2011 und 2017 im Gleichschritt (alle Krankenanstalten: 2,85% pro Jahr, FKA: 2,70% pro Jahr). Zwischen 2012 und 2013 war das Ausgabenwachstum für beide Gruppen stark verlangsamt. Abbildung 7 lässt erkennen, dass FKA einen hohen Beitrag zur Erklärung der Leistungskraft insgesamt liefern können, verursacht diese Gruppe doch 87% der öffentlichen Pro-Kopf-Ausgaben.

Abbildung 7: Ausgaben für alle Krankenanstalten und für Fondskrankenanstalten


Quelle: Statistik Austria nach SHA, HS&I-eigene Darstellung

Die nachfolgenden Armaturen Bretter in den Performancebereichen zeigen wichtige Indikatoren der Versorgung in Krankenanstalten. Dabei beschreiben die meisten Indikatoren das Geschehen in allen Krankenanstalten, mit Ausnahme einiger wichtiger Effizienzindikatoren, die nur für Fondskrankenanstalten verfügbar sind.

7.3 Zugang zu Krankenhausversorgung

Definition Zugang zu Versorgung

Wir orientieren uns an der Definition der WHO (2000), die Zugang definiert als "Gewährleistung des Zugangs zur Versorgung auf der Grundlage des Bedarfs und nicht der Zahlungsfähigkeit" oder anderer Hürden wie fehlender Transport, Wartezeiten etc. Definitionen für den Zugang sind in Art und Form sehr unterschiedlich. Während einige sehr spezifisch und präzise sind, sind andere breit und vage. In den meisten Definitionen werden Begriffe wie "Erleichterung" oder "Möglichkeit" des Zugangs zur Gesundheitsversorgung nicht klar definiert. Die Unterschiede zeigen die fehlende Übereinstimmung und Herausforderung bei der Definition eines Konzepts wie dem Zugang.

Für die stationäre Versorgung wählen wir in diesem Bereich zwei Indikatoren aus. Diese sind die intramurale Wartezeit in Tagen und die privaten Gesundheitsausgaben in den Krankenanstalten in Prozent der gesamten Ausgaben. Beide Indikatoren beinhalten auch Dimensionen der Fairness von Zugang, eine der wichtigsten Zielsetzungen aller Regierungskonstellationen der letzten Jahrzehnte (Hofmarcher 2019).

Ergebnisse

Zugang zur Krankenhausversorgung: Ergebnisse auf einen Blick

Schlüsselindikatoren	Jahr	Ö	B	K	NÖ	OÖ	S	ST	T	V	W
Intramurale Wartezeiten, in Tagen ¹	2015	23	24	18	24	23	19	22	20	23	27
Private Gesundheitsausgaben, stationär in % der gesamten stationären Gesundheitsausgaben ²	2017	11%	9%	13%	7%	11%	15%	14%	15%	11%	11%

¹ Erwartungswert (Tage), Wartezeit vor einer Krankenhausaufnahme

² Stationäre Gesundheitsausgaben (exklusive Pflege) öffentlich und privat, standardisiert nach Alter und Patientenströme, HS&I-eigene Schätzung

Quellen: HS&I-eigene Berechnung und Darstellung

Aufgrund der fast universellen Krankenversicherung ist der Zugang zur Gesundheitsversorgung in Österreich generell hoch. Berechnungen auf Basis von Daten aus 2014 zeigten, dass selbstberichteter ungedeckter Bedarf an Gesundheitsleistungen mäßig ist: ungedeckter Bedarf an medizinischen Untersuchungen aus finanziellen Gründen liegt

zwischen 1% von Menschen mit Bedarf an medizinischen Untersuchungen in Vorarlberg und 4,6% in Wien (Hofmarcher, Molnárová 2018b). Ungedeckter Bedarf nach Gesundheitsleistungen wegen großer Entfernung oder Problemen, dorthin zu kommen, berichteten zwischen 1% (Salzburg) und 3,4% (Burgenland) der Menschen mit Bedarf nach Gesundheitsleistungen.

Wartezeiten sind immer Thema, aber stiefkindlich behandelt

Ein wichtiger Faktor für den Zugang zu einer rechtzeitigen und effizienten Gesundheitsversorgung sind Wartezeiten. Die Wartezeiten für geplante Krankenhausaufenthalte (intramurale Wartezeiten) lagen zwischen 18 Tagen in Kärnten und 27 Tagen in Wien (angenäherte Erwartungswerte).

Während es seit einigen Jahren Ansätze in den einzelnen Bundesländern gibt, objektivierte Systeme zu Wartelisten zu implementieren, scheinen Bemühungen, die Transparenz in diesem Bereich zu verbessern, zögerlich. Anfang Juli 2011 wurde ein Gesetz beschlossen, dass die Bundesländer verpflichtete, für planbare Operationen in der Augenheilkunde, Neurochirurgie und Orthopädie sowie der orthopädischen Chirurgie verbindliche Wartelistenregelungen einzuführen. Ziel war, die Anreize einzudämmen und Wartezeiten mit informellen Zahlungen zu verkürzen (Parlament, 2011). Während einige Anbieter so ein Wartelistenmanagement eingeführt haben, beispielsweise das Hanusch-Krankenhaus der WGKK im Bereich Augenheilkunde, dürfte eine standardisierte, transparente Umsetzung jedoch noch nicht gelungen sein.

Intramurale Wartezeiten

Wartezeit von Patienten mit gesundheitlichem Problem bis zur tatsächlichen Aufnahme im Krankenhaus (bei geplanten Aufnahmen). Der Indikator basiert auf Daten der Sektorenübergreifenden Patientenbefragung 2015 (BMG/GÖG 2016). Krankenhauspatienten antworteten auf die folgende Frage: „Nachdem Ihnen Ihr Hausarzt/Facharzt gesagt hat, dass ein Krankenhausaufenthalt notwendig ist, wie lange hat es bis zur tatsächlichen Aufnahme ins Krankenhaus gedauert?“ Basierend auf den Antworten schätzten wir durchschnittliche Erwartungswerte der Wartezeiten der Befragten.

Obwohl die BMG Outcome-Messung auch auf diese Daten zurückgreift, wurden keine Erwartungswerte ermittelt. Daher haben wir die Robustheit der Ergebnisse in Bezug auf Näherungsannahmen und Konsistenz zu den Grunddaten geprüft, z.B. das Verhältnis von Patientinnen mit Wartezeiten bis zu einer Woche. Die Ergebnisse über die Bundesländer liegen qualitativ eng beisammen.

Die durchschnittliche intramurale Wartezeit betrug 23 Tage für ganz Österreich. Am kürzesten warteten die Patientinnen in Kärnten (18 Tage) und in Salzburg (19 Tage). Die

längsten Wartezeiten berichteten die Patienten in Wien (27 Tage), Burgenland und NÖ (24 Tage). Längere Wartezeiten in Wien beeinflussen möglicherweise auch die Wartezeiten von Patienten aus dem benachbarten Burgenland und NÖ. Der Rechnungshof kritisierte, dass die Krankenhausplanung in Österreich bisher die Patientenströme zwischen den Bundesländern ignorierte (RH 2015/17).

Intramurale Wartezeiten scheinen mit der Bettendichte in der Region verbunden zu sein. Die Wartezeiten sind kürzer in den Bundesländern mit mehr Krankenhausbetten (Krankenhausbettendichte gemäß Eurostat). Die Korrelation ist signifikant bei 10% Signifikanzgrenze, wenn wir Wien ausklammern, das im österreichischen Krankensektor eine besondere Rolle spielt (Korrelation -0,7; $p = 0,05$).

Darüber hinaus berichteten Krankenhauspatienten, durchschnittlich zwischen 8 Tage (Burgenland, Kärnten, Salzburg) und 13 Tage (Vorarlberg) auf ihren ersten Arzttermin zu warten, als die Probleme auftraten, die zu ihrem Krankenhausaufenthalt führten (extramurale Wartezeiten), Hofmarcher, Molnárová 2018b.

Hohe private Gesundheitsausgaben sind nicht wünschenswert

Ein wichtiger Indikator des Zugangs sind etwaige Hürden durch hohe private Zahlungen. Obwohl es wenig Hinweise darauf gibt, dass Menschen mit Versorgungsbedarf aus finanziellen Gründen keine Leistungen in Anspruch nehmen, liegt Österreich mit dem Niveau der Quote der privaten Ausgaben in Prozent der gesamten Gesundheitsausgaben im internationalen Vergleich hoch (OECD 2018). Unsere Schätzungen der privaten Gesundheitsausgaben auf regionaler Ebene wurden auf Basis der Konsumerhebung vorgenommen (STAT AT/KE 2017). Die Konsumerhebung erfasst beispielsweise private Ausgaben für Medikamente, ambulante und stationäre Versorgung. Sowohl hohe private Ausgaben als auch niedrige öffentliche Ausgaben können den Wert des Indikators erhöhen. Ein hoher Wert kann auch positive Trends widerspiegeln – effizienter öffentlicher Gesundheitssektor oder höherer Anteil der privaten Gesundheitsausgaben aufgrund höherer Einkommen (Einkommenselastizität). Aus Sicht der Gerechtigkeit des Gesundheitszugangs sind jedoch hohe private Gesundheitsausgaben nicht wünschenswert.

Private Ausgaben in Krankenanstalten unterscheiden sich deutlich

Die geschätzten Gesamtkosten auf Bundesländerebene (Abbildung 3) zeigen Unterschiede in der Zusammensetzung. Während beispielsweise im Jahr 2017 in Tirol 28% der Gesundheitsausgaben aus privaten Quellen finanziert sind, weist Niederösterreich nur etwa 23% der Gesamtausgaben als privatfinanziert aus. So sind die geschätzten öffentlichen Ausgaben pro Kopf in Tirol am niedrigsten, während sie in Wien und NÖ am höchsten sind. Diese Unterschiede spiegeln sich auf Ebene der Krankenanstalten wider. Während Niederösterreicher (7%) und Burgenländerinnen

(9%) relativ gering belastet sind, wird von Salzburgerinnen 15%, von Steirern und von Tirolerinnen 14% privat zugezahlt, bei bundesdurchschnittlich 11% finanziert durch Selbstbehalte und andere private Zahlungen anteilig an den gesamten Ausgaben für stationäre Versorgung.

Die „Sonderklasse“ tut einiges Gutes, hält aber auch die Bettenkapazität hoch

Ein wesentliches Merkmal des Gesundheitssystems in Österreich ist die Verquickung des privaten Sektors mit dem öffentlichen Sektor, insbesondere im Krankenanstaltenbereich (Gönenç et al 2011). Dieses System hat gegenläufige Effekte.

Erstens trägt die private Zusatzversicherung erheblich zur Finanzierung der stationären Kosten der Krankenanstalten bei, geschätzte 7% der gesamten Ausgaben (Hofmarcher 2013), und spielen direkte Selbstbehalte eine vergleichsweise untergeordnete Rolle.

Zweitens kann der öffentliche Sektor die Einkommen leitender Ärztinnen moderat ansetzen, weil diese durch Sonderklassegelder ihre Einkommen ergänzen. Dadurch steigt der Anreiz für diese Ärzte, im öffentlichen Sektor tätig zu bleiben.

Drittens kann dies zu hoher Qualität für alle Patientinnen beitragen und bleibt nicht auf die Versorgung von privaten Patienten beschränkt („Spill-Over-Effekt“).

Letztlich besteht die Gefahr, dass der Bettenabbau nur schleppend vorangeht, weil gesetzliche Möglichkeiten den öffentlichen Krankenanstalten eine definierte Quote an Sonderklassebetten einräumen. Es gibt keine zugängliche Information darüber, ob die öffentlichen Krankenanstalten in den Bundesländern diese Quoten ausschöpfen. Die Bettendichte in Österreich ist im internationalen Vergleich jedenfalls hoch (OECD 2018) bei gleichzeitig hohen Aufnahmeraten (LSE 2017). Ein weiterer Push-Faktor in diesem Zusammenhang ist das Abrechnungsmodell (LKF), das Versorgung im stationären Bereich belohnt und in dem keine Mechanismen vorgesehen sind, den Ressourceneinsatz flexibel zwischen den Versorgungsbereichen fließen zu lassen. Es gibt einige Hinweise dafür, dass die Bettenkapazität rascher sinken könnte, gegeben der medizinische Fortschritt, Stichwort Vermeidbare Aufenthalte, 0-Tagesaufenthalte, siehe Abschnitt 7.5.

Die privaten Ausgaben für stationäre Versorgung in Prozent der gesamten privaten Ausgaben korrelieren mit der Bettendichte pro 10.000 Einwohnerinnen ($r=0,61$). Während hohe Bettenkapazität grundsätzlich geeignet sein kann, Wartezeiten zu verringern, bleibt unklar, ob die Wartezeiten dadurch tatsächlich für alle Patientinnen verkürzt werden. Ein Grund dafür, dass der Kapazitätsaufbau durch private Zahlungen nicht immer auch der öffentlichen Versorgung dient, kann darin liegen, dass es zu Bettensperren kommt. So eine Situation kann beispielsweise durch fehlendes Personal auftreten, insbesondere durch fehlendes nicht-ärztliches Fachpersonal.

Während erwartungsgemäß die privaten Pro-Kopf-Ausgaben insgesamt mit der regionalen Pro-Kopf-Wirtschaftsleistung stark korrelieren ($r=0,67$), war der

Zusammenhang zwischen privaten stationären Ausgaben und Wirtschaftsleistung (beides pro Kopf) schwächer ($r=0,29$) aber vorhanden. Insgesamt gibt es einen signifikanten Zusammenhang zwischen privaten Pro-Kopf-Zahlungen auf Systemebene und den privaten Pro-Kopf-Ausgaben für stationäre Versorgung ($r=0,45$).

Datenlücken

In Übereinstimmung mit dem BRIDGE Health Projekt (Perić et al 2018) empfehlen wir, harte Informationen über den Zugang zur Gesundheitsversorgung zu sammeln. Im Bereich der Akutversorgung raten wir, die durchschnittlichen Ankunftszeiten von Rettungswagen zu überwachen und elektronischen Datenverkehr koordiniert zu etablieren, damit die Notfallversorgung optimiert wird. Die Anzahl der Patienten auf Wartelisten für ausgewählte Operationen (z.B. orthopädische Operationen) bzw. administrative Daten über die Wartezeiten auf diesen Listen wären eine wertvolle Informationsquelle zur Situation im stationären Bereich.

Während der von Bundesseite erstellte Spitalskompass begonnen hat, Informationen in diese Richtung aufzubereiten, sind zur Zeit Wartezeiten für nur wenige Leistungen (Diagnosen) erfasst, und nur wenige Krankenanstalten sind abgedeckt. Daten in Bezug auf Wartezeiten zu Ärztinnen wären eine sinnvolle und notwendige Ergänzung im ambulanten Bereich. Das geht über die geografische Verteilung der Ärztinnen hinaus und würde erste Hinweise auf Zugangsbarrieren geben.

Empfehlungen:

- Erhebung und Dokumentation von Wartezeiten nach Indikationen, stratifiziert nach Bevölkerungsgruppen (administrative Daten).
- Erhebung, Dokumentation und elektronische Koordination der Dauer der Notfallversorgung.
- Verbesserung der Datengrundlagen im Bereich Zugang zu Versorgung.
- Umsetzung und Aufbau des Wartelistenmanagements, wie bereits seit 2011 vorgesehen.

7.4 Qualität der Krankenanstalten

Definition Qualität der Versorgung

Qualität bezieht sich in erster Linie auf „das Ausmaß, in dem Gesundheitsleistungen für Einzelpersonen und Bevölkerungen die Wahrscheinlichkeit erwünschter Gesundheitsergebnisse erhöhen und mit dem derzeitigen Fachwissen übereinstimmen“,

d. h. die Qualitätskomponente „Wirksamkeit“. Während es einen allgemeinen Konsens darüber gibt, dass Qualität mehrere Komponenten umfasst, gibt es keine Übereinstimmung darüber. So würden beispielsweise einige Expertinnen Konzepte der „Zugänglichkeit“ einschließen, was wir jedoch gemäß OECD Vorschlag getrennt auflisten. Nach der OECD beinhaltet diese Definition „Patientenzentriertheit“ und „Sicherheit“ als relevante andere Komponenten.

Während Patientensicherheit auch insbesondere in Krankenanstalten ein wichtiger Aspekt von Qualität ist, z.B. nosokomiale Infektionen, sind Informationen darüber spärlich bzw. Daten nicht zugänglich. Das nachfolgende Armaturenbrett Qualität der stationären Versorgung kombiniert wichtige Indikatoren, die im Wesentlichen Prozessqualität fokussieren.

Durch die wachsende Bedeutung der Krankenanstalten als Ort, in dem Überleben immer häufiger gelingt, ist es notwendig, eine Idee über Unterschiede in der Prozessqualität zwischen Bundesländern zu bekommen. Obwohl beispielsweise vermeidbare Sterblichkeit eine größere Systemdimension (Eurostat 2018) als beispielsweise diagnosespezifische Überlebensraten ist, ist dieser Indikator im Hinblick auf die Wichtigkeit der Krankenanstalten im Gesundheitssystem sehr bedeutsam. Er steht mit den beiden anderen Mortalitätsindikatoren des Armaturenbrettes Qualität in Zusammenhang. Und die Mortalität infolge von Schlaganfällen und infolge von Herzinfarkten wurde wegen ihrer quantitativen Bedeutung in der gesamten Krankheitslast ausgewählt.

Ergebnisse

Qualität der stationären Versorgung: Ergebnisse auf einen Blick

Schlüsselindikatoren	Jahr	Ö	B	K	NÖ	OÖ	S	ST	T	V	W
Vermeidbare Sterblichkeit vor 75 ¹	2014	68	71	62	68	63	64	69	51	61	82
Mortalität Schlaganfälle, pro 100.000 EW (50+)	2017	137	138	148	145	140	126	156	99	152	124
Mortalität AMI ² , pro 100.000 EW (50+)	2017	138	169	159	160	138	111	127	193	107	99
Kaiserschnitttrate	2017	30%	37%	34%	29%	26%	25%	34%	32%	23%	31%
Zufriedenheit stationär ³	2014	75%	76%	76%	76%	72%	78%	76%	79%	75%	73%
Prozessqualität ⁴	2014	70%	73%	70%	70%	66%	72%	70%	73%	68%	69%

1 Vermeidbare Mortalität vor dem 75. Geburtstag pro 100.000 Einwohner/-innen vor 75

2 Akuter Myokardinfarkt

3 Indikator für Patientenzufriedenheit im Krankenhaus aus der Patientenbefragung 2015 (BMG/GÖG 2016). Anteil der „sehr zufrieden“-Antworten auf die Frage: „Wie zufrieden waren Sie im Krankenhaus insgesamt mit Ihrem Aufenthalt?“

4 Indikator für Prozessqualität in den Spitälern auf Basis der Zustimmungswerte in % zu den folgenden Fragen der Sektorenübergreifenden Patientenbefragung (BMG/GÖG 2016): „Das Krankenhaus hatte alle für die Behandlung/Untersuchung erforderlichen Unterlagen zur Verfügung“ und „Wurde der/die Patient/Patientin im Zuge der Aufnahme (bzw. im Erstgespräch) im Krankenhaus nach allen von ihm/ihr einzunehmenden Medikamenten gefragt?“

Quellen: HS&I-eigene Berechnung und Darstellung

Vermeidbare Sterblichkeit vor 75

Der Indikator „Mortality Amenable Health Care Systems“ (MAHCS) bildet die Mortalität vor dem 75. Lebensjahr für solche Krankheiten ab, die vom Gesundheitssystem beeinflussbar gewesen wären. Eine entsprechende Liste dieser Krankheiten wurde von Nolte & McKee (2008) erstellt; alternativ gibt es eine von Eurostat überarbeitete Liste. Die gezeigten Werte von 2014 – Mortalität pro 100.000 Einwohner – stammen vom Hauptverband der Sozialversicherungsträger (Dragosits & Scheuringer, 2016) und sind die einzigen, die auf Bundesländer-Ebene öffentlich verfügbar sind.

In Wien ist die vermeidbare Sterblichkeit pro 100.000 Einwohner mit 82 Todesfällen im Jahr 2014 mit Abstand am höchsten, am niedrigsten ist sie in Tirol (51). Die Werte spiegeln Unterschiede in der Versorgungsqualität wider, werden aber auch vom Gesundheitszustand und dem Lebensstil der Bevölkerung beeinflusst (Kamarudeen, 2010)⁴.

Ja, Lebensstil verantwortet vermeidbare Sterblichkeit, aber da geht's um mehr

Lebensstil-Faktoren wie Übergewicht und Fettleibigkeit und tägliches Rauchen führen zu Krankheitslast und Tod. Während Übergewicht und Fettleibigkeit in der modernen Medizin, zum Beispiel von WHO, auch als eigenständige Krankheit gelten (James 2009), sind die Gewichtsprobleme ein wichtiger Einflussfaktor für das Auftreten anderer Gesundheitsprobleme (z.B. Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes und Krebs). Darüber hinaus wird das Gewicht durch gesundheitsbezogenes Verhalten wie Ernährung, Bewegung und Stressbelastung (Roberts et al 2007) beeinflusst. Obwohl Übergewicht und Adipositas von Erwachsenen sowie auch von Jugendlichen in Österreich im Vergleich zu anderen entwickelten Ländern relativ niedrig sind, nimmt beides in Österreich zu (OECD/EC, 2017).

Laut ATHIS 2014 sind 47% der österreichischen Bevölkerung übergewichtig oder adipös. Dies deckt sich mit Raten, die in Eurostat ausgewiesen sind. Die Unterschiede zwischen den Bundesländern sind jedoch erheblich. Das betrifft 54% der Burgenländer und 51% der Niederösterreicher. In Tirol hingegen sind es nur 39% der Bevölkerung. Der Unterschied zum österreichischen Durchschnitt ist für diese Bundesländer statistisch signifikant (Hofmarcher, Molnárová 2018b).

Diese Ergebnisse spiegeln Unterschiede in dem durchschnittlichen Lebensstil der Regionen wider – die Bevölkerung des Burgenlandes und in NÖ berichtet ebenfalls von weniger körperlicher Aktivität und weniger gesunder Ernährung (z.B. Konsum von Obst und Gemüse). Diese Lebensstilfaktoren könnten durch sozioökonomische, aber auch kulturelle Faktoren beeinflusst werden. Ein wesentlicher Aspekt in diesem

⁴ Tatsächlich korrelieren die regionalen Ergebnisse von MAHCS signifikant mit der Lebenserwartung in guter Gesundheit, HLY (Korrelation = -0,73; p = 0,03). Da nur die potenziell beeinflussbaren Todesfälle gezählt werden, erfasst dieser Indikator möglicherweise die Entwicklung der Qualität der Gesundheitsversorgung.

Zusammenhang sind Geschlechtsunterschiede, Klimont & Klotz 2016; Glechner et al 2014; Kautsky-Willer et al 2012; Kautsky-Willer et al 2017.

Die Prävalenz von Gewichtsproblemen wird durch den breiteren geografischen Kontext beeinflusst. Von den Nachbarländern liegt die Tschechische Republik, Slowenien, Ungarn und die Slowakei über dem EU-28-Durchschnitt. Die Prävalenz der deutschen Bevölkerung entspricht dem EU-28. Insgesamt weist lediglich Italien die niedrigste Übergewichtsrates in der EU auf (Eurostat 2018).

Tabakkonsum ist eine der Hauptursachen für vermeidbare Todesfälle auf der Welt und macht jährlich fast 5 Millionen Todesfälle aus (Ezzati et al, 2002). Rauchen trägt zu etwa 30% aller Krebserkrankungen in den Industrieländern bei und verursacht über 90% der Lungenkrebsfälle zusätzlich zu einer Vielzahl weiterer bösartiger Erkrankungen (Stein und Colditz, 2004).

Im Gegensatz zu dem deutlich beobachteten Rückgang der Raucherquoten in vielen EU-Ländern seit dem Jahr 2000 liegen die Raten österreichischer Erwachsener, die jeden Tag rauchen, auf dem gleichen Niveau wie 1997 (24%). Eine positive Entwicklung gibt es bei Jugendlichen – der Anteil der 15-Jährigen, die rauchen, ist zwischen 1997 und 2014 stark zurückgegangen (OECD/EC 2017). Laut ATHIS 2014 ist der Anteil der täglichen Raucher am häufigsten in Wien (32%) und in Vorarlberg (26%). Der niedrigste Anteil der Bevölkerung raucht in Tirol (21%), Kärnten und Oberösterreich (beide 22%). Der Unterschied zum österreichischen Durchschnitt ist für Wien und Tirol statistisch signifikant.

Es gibt einige Evidenz, dass individueller Lebensstil im Verbund mit Umweltbedingungen wie Schadstoffbelastung, geringe gemeinschaftliche soziale Unterstützung (Rocco et al 2012) und Arbeitslosigkeit⁵ Krankheitslast erzeugt. Die damit oft in Zusammenhang stehenden, akuten Ereignisse wie Schlaganfälle und Herz-Kreislauf-Erkrankungen werden in mehr als der Hälfte der Fälle in Krankenanstalten versorgt. Damit eignen sich die folgenden Indikatoren für ein Leistungsbild der Krankenanstalten und weisen auf die Bedeutung der technologischen Entwicklung und deren Transformation in nützliche Leistungen hin. Diese Transformation wird wesentlich durch die hohe und steigende Produktivität des zunehmend spezialisierten Personals der Krankenanstalten ausgeführt, siehe Abschnitt 7.5. Darüber hinaus sind Schlaganfall und Herzinfarkt seit geraumer Zeit die wichtigsten Todesursachen in Österreich (Statistik Austria 2019, GBD 2018).

Auffällige Unterschiede in der Schlaganfallmortalität zwischen Bundesländern

Der Indikator Mortalität Schlaganfälle gibt an, wie viele Personen im Jahr 2017 an Zerebrovaskulären Erkrankungen (ICD-10) im Verhältnis zu 100.000 Personen der

⁵ Während 2018 die Arbeitslosenrate am höchsten in Wien ist (10,3%), weisen Salzburg (2,8%) und Oberösterreich (3,2%) die niedrigsten Werte auf, bei einem bundesdurchschnittlichen Wert von 4,9% (Statistik Austria 2018).

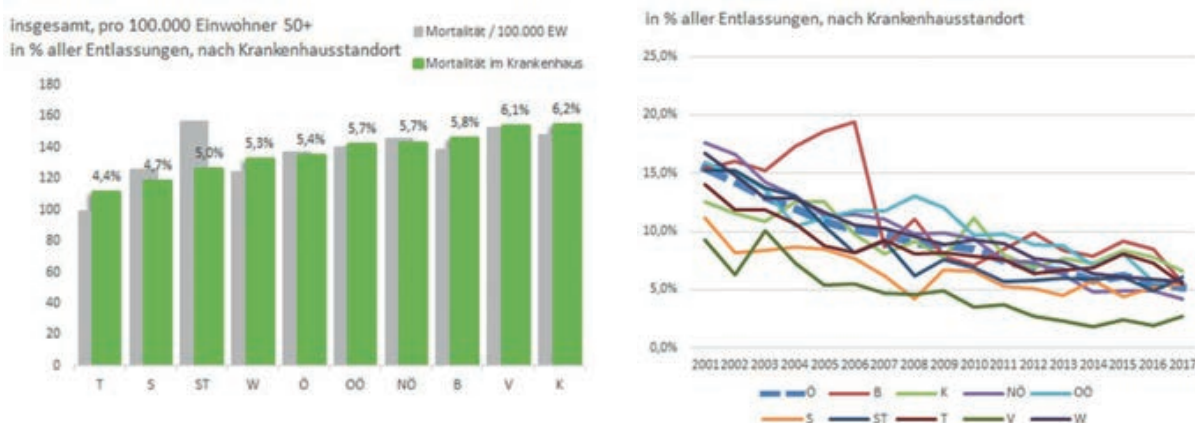
Risikobevölkerung – der Bevölkerung über 50 Jahre – im jeweiligen Bundesland verstorben sind. Der Indikator wurde auf Basis der Todesursachenstatistik berechnet, die Gestorbene nach Wohnbundesland registriert (Statistik Austria 2018).

Wir ziehen den Indikator Mortalität von Schlaganfällen als Proxy für die Qualität der Akutversorgung in den Bundesländern heran. Das Erkennen der Symptome, eine funktionierende Rettungskette und eine schnelle, zeitgemäße Behandlung im Krankenhaus sind unerlässlich für eine hohe Überlebenschance nach Schlaganfällen.

In der Steiermark, in Vorarlberg und in Kärnten starben im Jahr 2017, mit 156, 152 bzw. 148 Personen pro 100.000 Einwohner über 50, besonders viele Menschen an Schlaganfällen. Die Mortalität in Tirol (99) lag bei nur etwa zwei Drittel von diesem Niveau. Auch Salzburger (126) und Wienerinnen (124) verzeichneten unterdurchschnittliche Werte. Die Rate unterliegt gewissen jährlichen Schwankungen, diese sind aber nicht so groß, dass sie die Aussagekraft der Werte von 2017 maßgeblich beeinträchtigen.

Durchschnittlich verstarben in Österreich im Jahr 2017 53% der Schlaganfallpatienten im Krankenhaus. Bis auf Wien, wo die Zahl mit 65% deutlich höher liegt, gibt es davon keine nennenswerten Abweichungen. Was die Krankenhausversorgung betrifft, könnten die Aufnahme- und die Sterblichkeitsraten innerhalb des Spitals die Mortalität in den Bundesländern beeinflussen. Da in allen Bundesländern, außer in Wien, ein etwa gleich hoher Anteil von Personen mit Schlaganfall in eine Krankenanstalt eingeliefert wird, sollten sich Unterschiede in der Stroke-Mortalität im jeweiligen Bundesland in der Stroke-Mortalität in den Krankenanstalten dieses Bundeslandes zeigen.

Abbildung 8: Mortalität Schlaganfall im Krankenhaus 2017



Quellen: Statistik Austria, HS&I-eigene Berechnungen und Darstellung

Die Unterschiede in der Mortalität in den Krankenanstalten werden in Abbildung 8-links dargestellt. Sie zeigt den Anteil der Todesfälle im Krankenhaus in Prozent aller Entlassungen nach einem Schlaganfall. Die Daten stammen aus der von Statistik Austria geführten Spitalsentlassungsstatistik nach Krankenhausstandort. Vergleichsweise wird diesem Wert die Schlaganfall-Mortalität im jeweiligen Bundesland gegenübergestellt. Der Korrelationskoeffizient der beiden Reihen beträgt $r=0,72$. Es ist also naheliegend, dass die Krankenanstalten einen entscheidenden Beitrag zur Senkung der Sterberate nach Schlaganfällen leisten.

Innovationen in der Schlaganfallversorgung dürften überall Wirkung zeigen

Ab dem Jahr 1997 wurden Spezialstationen für Schlaganfallbehandlung, so genannte Stroke-Units, in den Österreichischen Krankenhäusern eingeführt. Für diese muss eine Mindestzahl von Spezialistinnen, Pflegepersonal und Betten für Schlaganfallpatientinnen rund um die Uhr bereitstehen, damit eine individuelle, zeitnahe Versorgung gewährleistet ist. Mittlerweile gibt es 39 solcher Stroke-Units in Österreich. Hofmarcher et. al. (2017) zeigen, dass während der graduellen Einführung von Stroke-Units zwischen 2000 und 2010 die Schlaganfallsterblichkeit doppelt so schnell zurückgegangen ist wie zwischen 1990 und 2000. Darüber hinaus weisen die Autorinnen auf den Zusammenhang zwischen Ausgaben pro Kopf für Schlaganfall und sinkender altersstandardisierter Schlaganfallmortalität in Österreich hin.

Weitere Meilensteine in der Schlaganfallbehandlung waren die EU-weite Zulassung der systemischen Thrombolyse im Jahr 2002 – ein Verfahren, bei dem Blutgerinnsel medikamentös aufgelöst werden – und die Weiterentwicklung der mechanischen Thrombektomie. Bei diesem Eingriff werden Blutgerinnsel mittels Katheter mechanisch entfernt. Diese Methode wird schon seit einigen Jahren verwendet, ihre Effektivität konnte allerdings erst vor kurzem eindeutig nachgewiesen werden (Albers et. al., 2018)

Bemühungen zur Prozessoptimierung und technologische Neuerungen konnten sich in Form von Therapieerfolgen bei Schlaganfallpatienten und sinkenden Sterberaten in den Krankenanstalten manifestieren. Abbildung 8-rechts beschreibt die Entwicklung der Mortalität im Krankenhaus zwischen 2001 und 2017 für alle Bundesländer und Österreich gesamt. Endeten im Jahr 2001 noch 7,3% aller im Krankenhaus behandelten Schlaganfälle in Österreich tödlich, betrug der Wert im Jahr 2017 nur noch 5,4%. Das entspricht einem Rückgang in diesem Zeitraum von 26,5%. Zusätzlich konvergieren die Werte im Zeitverlauf zueinander. Verstarben im Jahr 2001 im Burgenland noch 10,5% aller Schlaganfallpatienten, waren es im Jahr 2017 nur noch 5,8% und damit ungefähr gleich viele Patienten wie im österreichischen Durchschnitt. Die Konvergenz weist auf bundesweit abgestimmte Verbesserungen in der Prozessqualität und eine kollektive Implementierung technologischer Neuerungen hin.

Auffällige Unterschiede in der Herzinfarkt mortalität zwischen Bundesländern

Der Indikator beschreibt die Sterblichkeit nach Akutem Myokardinfarkt (AMI) pro 100.000 Einwohner der Bevölkerung 50 plus des Jahres 2017 im jeweiligen Bundesland.

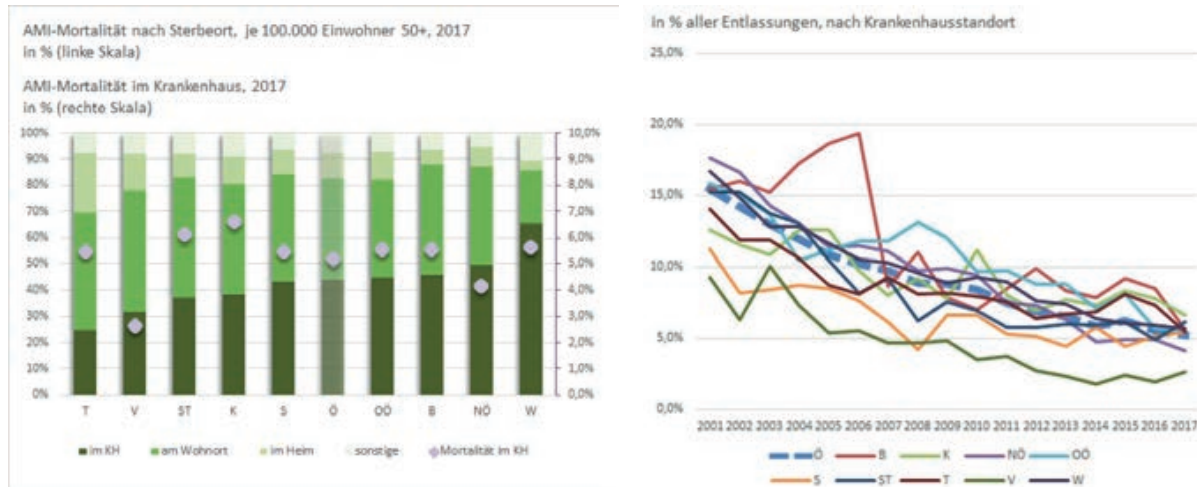
Genau wie der Indikator für die Schlaganfall-Mortalität gibt die Mortalität nach AMI Hinweise zur Versorgungsqualität in den Bundesländern. Das Zeitfenster, bis die ersten lebensrettenden Maßnahmen im Krankenhaus eingeleitet werden müssen, ist mit einer Stunde besonders kurz. Herzinfarkte waren die zweithäufigste Todesursache in Österreich im Jahr 2018.

Die Mortalität nach AMI wies im Jahr 2017 große Schwankungen auf. In Wien und Vorarlberg ist mit 99 bzw. 107 Personen eine relativ geringe Zahl je 100.000 Einwohner der Bevölkerung 50 plus gestorben. In Tirol war die Sterblichkeit mit 199 Personen doppelt so hoch wie in Wien, was im Hinblick auf die vorteilhaften Gesundheitsdeterminanten der Tiroler bemerkenswert ist. Hingegen ist es nicht unwahrscheinlich, dass sich die vergleichsweise hohe AMI-Sterblichkeit im Burgenland aus dem dortigen Gesundheitsrisiko mitbestimmt, da beispielsweise ein Anteil von 54% der Bevölkerung übergewichtig oder adipös ist, deutlich mehr als im Bundesdurchschnitt (47%) und insbesondere erkennbar höher als in Tirol (39%).

Die nachfolgende Abbildung 9 zeigt die Mortalität von Herzinfarkt nach Sterbeort in Prozent aller registrierten Sterbeorte (linke Skala) im Jahr 2017. Und sie zeigt die Mortalität im Krankenhaus in Prozent aller im Krankenhaus akut behandelten Herzinfarkte (rechte Skala). So werden in Wien die meisten Fälle in Krankenanstalten versorgt (65%), in Tirol die wenigsten Fälle (25%).

Während in Wien ein auffallend hoher Anteil (65%) der AMI-Todesfälle im Krankenhaus passiert ist, waren nur 25% der Gestorbenen in Tirol zuvor in stationärer Behandlung; die Mortalität innerhalb der Spitäler ist in beiden Bundesländern mit 5,7% bzw. 5,5% in etwa gleich hoch. Ein Zusammenhang zwischen Aufnahmehäufigkeit bei akutem Myokardinfarkt und Sterblichkeit scheint damit plausibel. Ähnlich niedrig wie in Tirol liegt die Aufnahmehäufigkeit mit 32% bei den Vorarlbergern, die eine niedrige altersstandardisierte Mortalität haben, siehe Armaturenbrett.

Dieses geringe Niveau könnte ein Effekt der hohen Überlebenschancen innerhalb der Spitäler in Vorarlberg (2,6%) sein. Eine einfache Berechnung zeigt hingegen folgendes Bild: Hätten Patienten in Tirol ähnlich niedrige Sterberaten im Spital wie in Vorarlberg, könnte in Tirol die Mortalität nur um maximal 24 Personen pro 100.000 Einwohner über 50 gesenkt werden. Außerdem zeigt die Berechnung, dass höchstens 14 weitere Personen pro 100.000 Einwohnern gerettet werden können, wenn die Aufnahmequote gleich hoch wie in Vorarlberg wäre. Dies setzt die Annahme voraus, dass sämtliche Personen mit AMI, die nicht ins Spital eingeliefert wurden, mit Sicherheit gestorben wären. In Summe wären das also 38 Personen.

Abbildung 9: Mortalität AMI nach Sterbeort 2017


Quellen: Statistik Austria, HS&I-eigene Berechnungen und Darstellung

Die Unterschiede in der Sterblichkeit 50+ zwischen Vorarlberg und Tirol lassen sich demnach nicht allein durch Unterschiede in den Aufnahmezeiten und der Sterblichkeit im Spital erklären. Weitere Analysen sind gefordert, um dieses Muster zu verstehen. Jedenfalls könnten diese Unterschiede auf Unterschiede in den Praxisabläufen in der stationären Versorgung zurückzuführen sein. Wahrscheinlicher ist jedoch, dass in Tirol geographische und systembedingte Faktoren, z.B. relativ wenig fachärztliche Versorgung außerhalb von Krankenanstalten oder notärztliche Lücken in der Rettungskette einen wichtigeren Einfluss nehmen, als dies in anderen Bundesländern der Fall ist.

Bei AMI gibt es verschwindend wenige Patientinnen, bei denen der Todesort nicht im Wohnbundesland liegt. Das ist aufgrund des kurzen Behandlungszeitraums nicht verwunderlich.

Innovationen fördern auch das Überleben von Herzinfarkten

Bei der Therapie von Akuten Myokardinfarkten hat es in den letzten Jahren erhebliche Verbesserungen gegeben. Thrombolysetherapie und Herzkatheterbehandlungen, bei denen verengte Stellen in den Arterien wieder gedehnt werden, werden inzwischen flächendeckend eingesetzt. Eine schnelle Behandlung muss dem Patienten rund um die Uhr ermöglicht werden. Ein positives Beispiel dafür ist die Einführung des STEMI-Netzwerks 2003 in Wien (Tscharré et. al., 2017).

Abbildung 9 zeigt sinkende AMI-Sterberaten in den Spitälern sämtlicher Bundesländer zwischen 2001 und 2017. In diesem Zeitraum hat die Sterblichkeit nach Akutem Myokardinfarkt in Österreich um 66,4% abgenommen, und die Werte der Bundesländer konvergieren zunehmend zum österreichischen Durchschnitt.

Mehr Wissen ist notwendig, um die Versorgungsqualität besser zu verstehen

Gleichzeitig zeigen internationale Daten in Bezug auf die 30-Tage-Sterblichkeit nach Herzinfarkt, dass Österreich im oberen Drittel von 20 EU-Ländern liegt. Der Indikator zeigt die Sterblichkeit 2015 von Personen, die älter als 45 sind, in Prozent der Aufnahmen (OECD 2018). Während auch diese Daten für Österreich zwischen 2007 und 2015 eine deutliche Abnahme der Sterblichkeit nach 30 Tagen Krankenhausaufenthalt zeigen, ist die Rate mit 7,3 pro 100 Aufnahmen erkennbar höher als im EU20-Durchschnitt (6,8 pro 100 Aufnahmen). Österreich liegt damit knapp vor Deutschland, aber hinter Italien (5,4 pro 100 Aufnahmen) und Frankreich (5,6 pro 100 Aufnahmen). Die Rate misst die Mortalität im selben Spital, in dem die Erstversorgung vorgenommen wurde und bezieht sich auf die gesamtstaatliche Ebene.

Das relativ schwache Abschneiden Österreichs bei gleichzeitigen, stark wachsenden Überlebenschancen nach einem Herzinfarkt könnte darauf hinweisen, dass die Versorgung dieser Gruppe von Patientinnen zwischen den Versorgungssektoren des Gesundheitssystems vergleichsweise weniger gut koordiniert ist als in anderen Ländern. Allerdings würde erst die Kenntnis der Häufigkeit von Wiederaufnahmen in dasselbe Spital Rückschlüsse auf die Qualität der Versorgung außerhalb ermöglichen. Ist diese Rate vergleichsweise hoch, dann könnte das bedeuten, dass es Engpässe oder Koordinationsmängel in der Versorgungskette gibt. Gleichzeitig sehen wir überdurchschnittlich hohe Zufriedenheitswerte sowohl auf Krankensebene, siehe Abschnitt 7.5, als auch in Bezug auf das System (Hofmarcher, Molnárová 2018b). Es ist wahrscheinlich, dass Befragungsdaten nicht geeignet sind, voll umfänglich die Prozessqualität der Versorgung zu erfassen; damit sind sie nur beschränkt aussagekräftig für diesen Bereich.

Hohe Kaiserschnittraten verlangen mehr Analyse der Push- und Pull-Faktoren

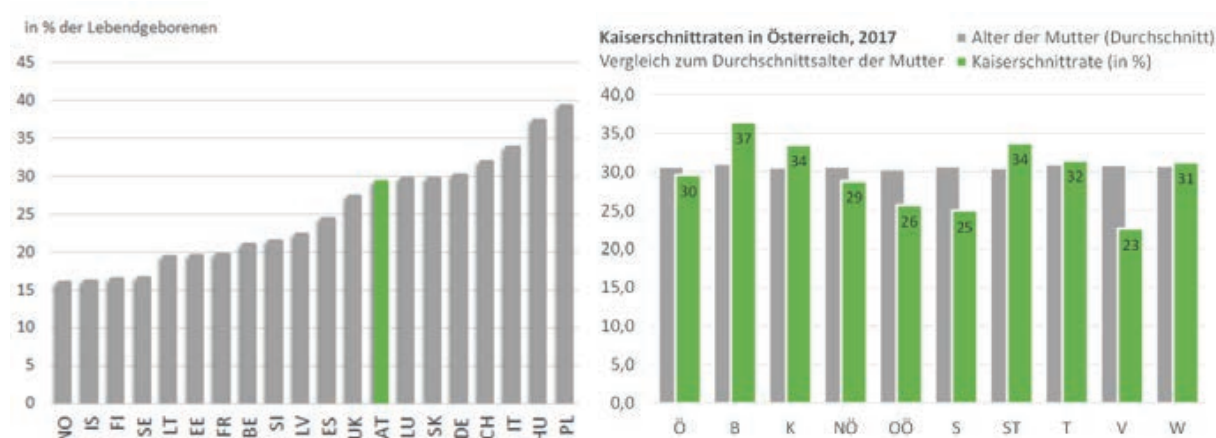
Mit diesem Wert wird der Anteil der Entbindungen per Kaiserschnitt in % aller Lebendentbindungen gemessen. Wie alle chirurgischen Eingriffe bergen auch Kaiserschnitte erhebliche gesundheitliche Risiken während der Geburt, aber auch noch viele Jahre darüber hinaus. Die medizinische Notwendigkeit – wenn eine Geburt über die Scheide für Mutter oder Kind zu gefährlich ist – sollte daher stets im Vordergrund stehen. Die WHO sieht die ideale Rate für Kaiserschnitte zwischen 10% und 15% (WHO 2015).

Wie in Abbildung 10 ersichtlich, gibt es kein Europäisches Land, das diese Vorgabe erfüllt. In Österreich wurden laut OECD im Jahr 2017 mit 29 Kaiserschnitten pro 100 Lebendgeborenen in etwa doppelt so viele Eingriffe durchgeführt, wie von der WHO maximal empfohlen werden.

Zwischen den Bundesländern gibt es große Unterschiede. Diese lassen sich nicht mit Variationen im Geburtsrisiko, gemessen mit dem durchschnittlichen Alter der Mütter, in den Bundesländern erklären (Abbildung 10). Viel wahrscheinlicher wird die

Entscheidung über den Eingriff aufgrund von Konventionen in den Krankenhäusern und den Bundesländern getroffen. Des Weiteren müssten Push- und Pull-Faktoren der Entscheidungsfindung untersucht werden. Laut Statistik Austria wurden in Österreich im Jahr 2017 25.789 Säuglinge – das sind 30% aller Lebendgeborenen – per Kaiserschnitt entbunden, was nahe am OECD-Wert liegt. In Salzburg wird der Eingriff nur bei 23%, im Burgenland, Kärnten und der Steiermark bei mehr als 32% der Mütter durchgeführt. Während in Wien die Kaiserschnitttrate am Bundesdurchschnitt liegt, wurde kürzlich ein Programm zur Reduktion der Raten angekündigt (PID 2018). Mehr multidisziplinäre Versorgungsforschung ist erforderlich.

Abbildung 10: Kaiserschnittraten



Quellen: OECD, Statistik Austria, HS&I-eigene Berechnung und Darstellung

Die Zufriedenheit mit der stationären Versorgung ist ermutigend

Der Indikator quantifiziert die durchschnittliche Zufriedenheit der Patientinnen mit den Leistungen der Gesundheitsversorgung basierend auf der Patientenbefragung 2015 (BMG/GÖG 2016). Der Wert misst den Anteil der Patienten in Prozent je Bundesland, die mit ihrem stationären Aufenthalt zufrieden waren. Er zeigt, wie Patientinnen die Qualität in den Krankenhäusern subjektiv wahrnehmen.

Der Wert war im Jahr 2014 besonders hoch in Tirol und in Salzburg mit einem Anteil von 79% bzw. 78%. In oberösterreichischen Spitälern sind die Patienten mit 72% etwas unzufriedener. Die Schwankungsbreite ist verhältnismäßig gering.

Hat Prozessqualität in den Krankenanstalten gute Noten?

Wir berechnen den Indikator Prozessqualität aus den Antworten zu zwei Fragen aus der Patientenbefragung 2014 auf Bundesländer-Ebene. Der erste Teil erfasst den prozentuellen Anteil der Zustimmungswerte zu der Frage, ob das Krankenhaus alle für die Behandlung bzw. Untersuchung erforderlichen Unterlagen zur Verfügung hatte. Der zweite Teil spiegelt den Anteil der Patienten wider, die angaben, dass im Zuge der

Aufnahme sämtliche von ihm/ihr einzunehmenden Medikamente erhoben wurden. Aus diesen beiden Werten wurde der Mittelwert berechnet.

In Oberösterreich sind die Aussagen der Patienten zur Prozessqualität am negativsten ausgefallen. Durchschnittlich haben nur 66% der Befragten den beiden Fragen zugestimmt. In Tirol und dem Burgenland haben jeweils 72,5% der Patientinnen die Prozessqualität positiv bewertet.

Wie auch aus den hohen Werten für Kaiserschnitt und anderen Indikatoren wie beispielsweise potenziell inadäquate Medikation (PIM), ist der österreichische Gesundheitssektor, wie bereits in der Literatur beschrieben (LSE 2017, RH 2017/7), anfällig für Überversorgung von Dienstleistungen. Die Redundanz von Gesundheitsdienstleistungen ist nicht nur ineffizient, sondern kann zusätzliche Risiken für die Patienten darstellen, Stichwort Patientensicherheit. Die Entwicklung eines Indikators, der die Redundanz von Dienstleistungen beschreibt, ist eine Herausforderung für die österreichische Gesundheitssystemforschung, sollte aber betrieben werden.

Die sektorenübergreifende Patientenbefragung kann Hinweise auf solche Redundanzen geben, so sie als solche von den Patientinnen wahrgenommen wurden, bzw. gibt der ermittelte Indikator Hinweise auf die Qualität der Abläufe in den Krankenanstalten.

Ein weiterer Ansatzpunkt zur Messung und Erhöhung der Prozessqualität wäre, einen Index zur digitalen Reife der Ärztin-Patienten-Beziehung zu ermitteln, der die Produktion und die Ko-Produktion der Prozesse erfasst, siehe beispielsweise Philips (2019).

Datenlücken

Es ist zwingend erforderlich, dass relevante Datenquellen (z.B. DIAG und A-IQI) in Zukunft vermehrt der Forschung zur Verfügung stehen, um den Gehalt wichtiger Indikatoren sicherzustellen und Vergleiche der Qualität zu ermöglichen, im Speziellen auch über die Zeit.

Die in BRIDGE Health empfohlenen Schlüsselindikatoren sind für Österreich ebenfalls oft nicht verfügbar. So war es beispielsweise nicht möglich, auf regionale Werte für Wiederaufnahmen, postoperative Komplikationen, Prävalenz und Inzidenzrate von im Krankenhaus erworbenen Infektionen, standardisierte Sterblichkeitsrate im Krankenhaus (HSMR) oder Sterblichkeitsraten nach ausgewählten Krankheiten (kardiovaskulär, ausgewählte Krebsarten) zuzugreifen. In einigen Fällen existieren die Indikatoren, sie sind jedoch auf regionaler Ebene nicht öffentlich verfügbar, wie zum Beispiel der MAHC-Indikator aus der BMG Outcome-Messung (BMG-OM 2018) und Indikatoren des A-IQI Programms.

Obwohl mehrere existierende Indikatoren auf Systemebene sehr gut geeignet sind, die Qualität der Versorgung aus globaler Sicht zu vergleichen, fokussieren sie oft auf die akute Versorgung und betrachten die Sterblichkeitsrate als ein wichtiges Kriterium für den

Erfolg des Gesundheitssystems (z.B. vermeidbare Sterblichkeit, potentiell verlorene Lebensjahre, HAQ). In Österreich liegt die Akutversorgung auf einem sehr hohen Niveau, und das Gesundheitssystem sieht sich weiteren Herausforderungen gegenüber, wie zum Beispiel der Verbesserung der Lebensqualität chronisch kranker und älterer Menschen. Ein Monitoring der Qualität der Versorgung in dieser Gruppe gäbe ein sinnvolles Leistungsbild der Systemqualität.

Beispielsweise untersuchten Highfill et al (2014) Daten zur Krankheitslast für 30 chronische Krankheiten im Zeitraum 1987 - 2010. Bei mehreren Krankheiten hat sich der „Nettowert“ der Behandlung beträchtlich erhöht, was mit der Verbesserung der Medizintechnik im Laufe der Zeit vereinbar ist und zu besseren Gesundheitsergebnissen bei geringeren Kosten pro Patient führt. Insgesamt verzeichneten 20 der 30 untersuchten chronischen Krankheiten im Berichtszeitraum einen Anstieg der Gesundheitsergebnisse, wobei 8 von 20 einen Rückgang der Ausgaben pro Patient aufwiesen. Solche Berechnungen wären auch für Österreich sinnvoll und möglich. Aufgrund der global verfügbaren Daten sind sie relativ kostengünstig durchzuführen, bei gleichzeitiger Sicherstellung des Zugangs der Forschung zu relevanten Kostendaten aus z.B. DIAG.

Empfehlungen:

- Unbeschränkter Zugang zu verfügbaren Qualitätsindikatoren für Forscherinnen, z.B. aus dem A-IQI Programm oder DIAG, diagnosebezogen.
- Verbesserung der Patientensicherheit durch weitreichende Datengrundlagen nach Alters- und Bevölkerungsgruppen, Stichwort: öffentlicher Zugang zu generierten Daten oder Berichten auf Ebene der Bundesländer.
- Mehr multidisziplinäre Versorgungsforschung
 - zu Bundesländerunterschieden in den Überlebenschancen bei wichtigen akuten Erkrankungen
 - zu Auswirkungen des fragmentierten Systems auf die Versorgung von Menschen, die akute Erkrankungen zwar überleben, aber in Folge sowohl das Gesundheitswesen als auch Pflege brauchen und
 - zur hohen Prävalenz der Kaiserschnittraten in Österreich

7.5 Effizienz der Krankenanstalten

Definition Effizienz der Versorgung

Technische Effizienz bezieht sich auf die Beziehung zwischen Outputs, z.B. Bett-Tage und Entlassungen, und Inputs, z.B. Gesundheitspersonal und Betten sowie Kosten. *Allokationseffizienz* bezieht sich auf die Zuweisung von Mitteln zwischen Sektoren des Systems, z.B. Prävention, Grundversorgung, Langzeitpflege, um maximale Ergebnisse zu gewährleisten. Die *Kosteneffektivität* bezieht sich auf das Verhältnis von bewerteten Outputs zu Inputs. Obwohl mehrere Versuche unternommen wurden, die Art der Inputs und Outputs zu klären, gibt es keinen einheitlichen Ansatz. Insbesondere gibt es erhebliche Unterschiede in Bezug auf die „nützlichen/wertvollen Ergebnisse“, welche Ergebnisse wertvoll bzw. nützlich sind, darunter: Versorgungsvolumen, Versorgungsqualität, Qualitätsniveau, Leistung und Gesundheitsverbesserung, was die mangelnde Klarheit hinsichtlich des Konzepts der „geschätzten Leistungen“ widerspiegelt.

Das Armaturenbrett Effizienz in Krankenanstalten fokussiert technische Effizienz. Dabei bilden wir zwei Headline-Indikatoren und weitere vier Schlüsselindikatoren. Drei der sechs Indikatoren beziehen sich auf die Leistungsaktivität der Fondskrankenanstalten. Der Indikator „Ineffizienz, stationär“ bezieht sich auf alle Krankenanstalten und verarbeitet Befragungsdaten.

Ergebnisse

Effizienz der stationären Versorgung: Ergebnisse auf einen Blick

Schlüsselindikatoren	Jahr	Ö	B	K	NÖ	OÖ	S	ST	T	V	W
Stationäre Ausgaben pro Kopf ¹ , in Mio. EUR	2017	1.452	1.340	1.383	1.452	1.478	1.446	1.327	1.301	1.529	1.613
Stationäre Endkosten pro LKF Punkt ² , in EUR	2017	1,18	1,19	1,12	1,21	1,13	1,17	1,12	1,01	1,31	1,31
Durchsch. Dauer des KH-Aufenthaltes, in Tagen	2017	8,3	8,5	8,5	9,1	7,2	7,9	9,1	6,6	7,1	9,1
LKF-Punkte pro Personal ³ , in VZÄ	2017	733	744	780	720	852	812	682	783	791	663
Ineffizienz ⁴ , stationär	2014	14	17	13	14	13	14	14	15	16	15
Spitalsambulante Endkosten pro Frequenz ⁵ , in EUR	2017	215	166	188	210	198	240	234	179	201	245

1 Stationäre Gesundheitsausgaben (exklusive Pflege) pro Kopf, standardisiert nach Alter und Patientenströme, HS&I-eigene Schätzung

2 Stationäre Endkosten pro Kopf, FKA

3 in 100 Punkten, FKA

4 Indikator für Ineffizienz in den Spitälern auf Basis der Antworten zu den folgenden Fragen der Sektorenübergreifenden Patientenbefragung (BMG/GÖG 2016): „Wurden Untersuchungen wiederholt, die kurz zuvor von einer anderen Ärztin/einem anderen Arzt gemacht wurden?“ („Ja“-Antworten in %); „Hatten Sie den Eindruck, dass die/der weiterbehandelnde Ärztin/Arzt über den Verlauf Ihres Krankenhausaufenthaltes informiert war?“ („Nein“-Antworten“ in %), HS&I-eigene Berechnung

5 Endkosten pro Frequenz, FKA

Quellen: HS&I-eigene Berechnungen und Darstellung

Ausgaben der Krankenanstalten

Der Headline-Indikator zeigt die durchschnittlichen akut-stationären Ausgaben pro Kopf und Unterschiede zwischen den Bundesländern. Die Ausgaben wurden bereinigt, siehe Abschnitt 4, sodass diese Unterschiede letztlich Hinweise auf Unterschiede in der Kostenstruktur der akut-stationären Versorgung in den Krankenanstalten des jeweiligen Bundeslandes geben. 2017 betrug österreichweit die Pro-Kopf-Ausgaben 1.452 EUR. Tirol (1.301 EUR), Steiermark (1.327 EUR) und das Burgenland (1.340 EUR) wiesen die niedrigsten Niveaus pro Kopf aus, Wien (1.613 EUR) gefolgt von Vorarlberg (1.529 EUR) die höchsten. Die Rangfolge ähnelt dem Bild, das der Vergleich der Gesundheitsausgaben insgesamt zeigt, siehe Abbildung 3. Dies ist zu erwarten, da Krankenanstalten der größte Kostenblock in Gesundheitssystemen sind, siehe Abbildung 6 und Abbildung 7.

Die technische Effizienz der Krankenanstalten entwickelt sich erfreulich

Der Headline-Indikator bezieht sich auf Fondskrankenanstalten, siehe Abbildung 7. LKF-Punkte spiegeln die Leistungstiefe wider, und in Bezug auf die Endkosten⁶ geben sie Hinweise auf die technische Effizienz der Krankenanstalten. In Österreich wurden im Jahr 2002 EUR 1,07 und im Jahr 2017 EUR 1,18 pro LKF-Punkt ausgegeben. Das entspricht einem jährlichen Wachstum von 0,7%. In Wien ist der Wert im selben Zeitraum sogar leicht gefallen, befindet sich jedoch, gemeinsam mit Vorarlberg, auf dem höchsten Niveau (EUR 1,31). Tiroler Krankenhäuser gaben 2017 mit EUR 1,01 am wenigsten pro LKF-Punkt aus.

Die stationären Endkosten pro LKF-Punkt stiegen im Vergleichszeitraum in allen Bundesländern stetig an, wobei jeweils 2009 und 2017 Sprünge nach unten zu verzeichnen waren. In diesen Jahren wurden Anpassungen des LKF-Systems durchgeführt, um die Leistungserfassung an die Entwicklungen im Krankenanstaltenbereich anzupassen (BMASGK 2019a). Dadurch wird dem tieferen Leistungsspektrum und der teils geänderten Art der Leistungserbringung Rechnung getragen, Stichwort technischer Fortschritt.

Das Personal in Krankenanstalten ist der wichtigste Produktionsfaktor

Das Personal ist der wichtigste Produktions- und der größte Kostenfaktor in Krankenanstalten. In Fondskrankenanstalten werden durchschnittlich etwa 53% der gesamten Primärkosten für Personal ausgegeben (2017). Entscheidungen über die Zahl der Beschäftigten und die Arbeitsteilung („Skill-Mix“) bergen ein hohes Potential, die Effizienz in Krankenanstalten zu verbessern. Anhang 6 zeigt die Entwicklung der

⁶ Endkosten ergeben sich durch Bereinigung der Primärkosten, etwa Personalkosten oder Kosten für medizinische Ge- und Verbrauchsgüter. Es werden Kostenminderungen, wie Erlöse oder Kostenersatzleistungen, von den Primärkosten abgezogen.

Personalsituation für wichtige Gruppen von Beschäftigten in Bezug auf Aufenthalte einschließlich der 0-Tagesaufenthalte.

Die Arbeitsproduktivität steigt überall

Wir nähern die Arbeitsproduktivität der Beschäftigten in Krankenanstalten mit dem Indikator LKF-Punkte pro Personal in VZÄ an. Er erfasst die Anzahl der Ärztinnen und Ärzte, die Anzahl der Beschäftigten im Gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege und weiterer Gesundheitsberufe, inklusive der Beschäftigten in den gehobenen medizinisch-technischen Diensten, dem medizinisch-technischen Fachdienst und den Masseuren, sowie die Anzahl aller sonstigen Beschäftigten in den Fondskrankenanstalten in Vollzeitäquivalenten 2017 zusammen und bringt sie in Beziehung zur Anzahl der LKF-Punkte 2017.

Österreichweit erarbeitete das Personal in Fondskrankenanstalten 733 LKF-Punkte (in 100 Punkten). Gegenüber 2001 stieg der Output um 2,2% pro Jahr. Bundesländerunterschiede sind erkennbar. Während Wien, die Steiermark, gefolgt von Niederösterreich am wenigsten Punkte pro beschäftigte Person beziehen, ist der Wert in Oberösterreich und Salzburg am höchsten. Dies dürfte dem relativ schwachen Anstieg der Personalkapazität in OÖ geschuldet sein bei gleichzeitig stark wachsenden LKF-Punkten, ein ähnliches Bild zeigt Salzburg, wo das LKF-Punktevolumen noch stärker stieg in Relation zum Personal (+2,3 Prozentpunkte). In Wien ist der Beschäftigtenstand am höchsten von allen Bundesländern. Damit ist die Quote von LKF-Punkten zu Personal relativ gering (663 in 100 Punkten). Gleichzeitig ist die Arbeitsproduktivität mit 3,1% pro Jahr am stärksten gestiegen, weil der Personalstand praktisch unverändert blieb, aber das LKF-Punktevolumen stark stieg, im Ergebnis +3,1 Prozentpunkte stärker als der Personalstand.

Die Arbeitsproduktivität hat von 2011 bis 2017 in allen Bundesländern zugenommen. Die Sprünge im Jahr 2009 und 2017 sind Folgen der jeweiligen Anpassungen des LKF-Systems. Es ist wahrscheinlich, dass technologische Entwicklungen im Gesundheitswesen die Menge oder Qualität, sprich: den Output dessen, was pro beschäftigte Person geleistet werden kann, weiter erhöhen. Zum Teil werden besonders hohe Werte, wie etwa in Oberösterreich und Salzburg, durch den Einsatz niedriger personeller Kapazitäten erzielt. Der Anstieg bei den Wiener Krankenanstalten ist zum einen durch Zuwächse bei den LKF-Punkten, und zum anderen durch den starken Personalabbau der letzten Jahre bestimmt.

Ein wichtiger Aspekt in Zusammenhang mit der Arbeitsproduktivität ist die Entwicklung der Arbeitsteilung („Skill-Mix“) und die Unterschiede zwischen den Bundesländern und im Zeitverlauf. 2017 waren österreichweit 48 Beschäftigte pro 1000 Aufenthalte tätig, davon 8,4 Ärztinnen, 21,8 Beschäftigte des gehobenen Dienstes und 17,8 Personen, die unter sonstiges Personal subsummiert sind. Insgesamt ist der Personalstand pro 1000 Aufenthalte in Österreich zwischen 2001 und 2017 leicht gesunken, in den

Bundesländern ist die Entwicklung jedoch unterschiedlich. In drei Bundesländern (Oberösterreich, Salzburg und Wien) wurden Kapazitäten abgebaut, wobei in den Wiener Krankenanstalten im Jahr 2001 sehr hohe Personalkapazitäten von 62,2 Beschäftigten pro 1000 Aufenthalte vorhanden waren, die 2017 nach wie vor über dem Österreich-Schnitt lagen. In Tirol, Niederösterreich und Kärnten ist der Personalstand beträchtlich gewachsen. Österreichweit lässt sich eine Intensivierung des „Skill-Mix“ beobachten. So hat sich der Anteil der Ärzte und des Personals in gehobenen Diensten in Relation zum sonstigen Personal in allen Bundesländern erhöht.

Das in Krankenanstalten eingesetzte Personal dürfte zunehmend für die tagesklinische Versorgung eingesetzt werden. Gleichzeitig steigt der Druck auf die Beschäftigten durch die damit in Zusammenhang stehende Verkürzung der Verweildauer. Außerdem ändert sich die Ablauforganisation durch konstant hohes Patientenaufkommen bei sehr kurzen Aufenthalten, Stichwort Tagesklinik.

Hat die Aufenthaltsdauer eine technologische Grenze erreicht?

Die durchschnittliche Dauer der Aufenthalte in Tagen ist ein Indikator für die technische Effizienz in den Krankenanstalten. Zum einen sind kürzere Aufenthalte eine Verbesserung aus Patientensicht, zum anderen werden bei gegebenen Bettenkapazitäten mehr Behandlungen im selben Zeitraum möglich.

Die Aufenthaltsdauer in allen Krankenanstalten war österreichweit 2017 durchschnittlich 8,3 Tage, Tirol, Vorarlberg und Oberösterreich liegen deutlich unter diesem Wert, während in Wien, in der Steiermark und in Niederösterreich Patientinnen durchschnittlich 9,1 Tage im Krankenhaus versorgt werden. Die Eurostat-Zahlen für den gesamten Krankenhausesektor unterliegen stärkeren Schwankungen im Zeitverlauf, fallen aber in allen Bundesländern bei hohen Niveauunterschieden.

Österreichweit ist die Aufenthaltsdauer in den Fondskrankenanstalten seit langem rückläufig, jedoch deuten die jüngsten Zahlen auf eine Verlangsamung, und eventuell sogar eine Umkehr dieses Trends in vielen Bundesländern hin. So ist die Aufenthaltsdauer im Burgenland, bei auffallend niedrigem Ausgangsniveau, zwischen 2014 und 2017 wieder von 3,3 auf 3,7 Tage gestiegen. Der nachhaltig fallende Trend für Österreich gesamt ist zum Großteil den Wiener Krankenanstalten geschuldet. Einerseits könnte in den meisten Bundesländern eine technologische Grenze erreicht worden sein, andererseits könnten demografische Veränderungen und neue Behandlungsmethoden längere Aufenthalte oder mehr 0-Tagesaufenthalte notwendig machen.

Insgesamt zeigt sich, dass die Aufenthaltsdauer sinkt, und in FKA erkennbar schneller als die Bettenkapazität. Wurden 2008 insgesamt 7,7 Betten pro 1000 Einwohnerinnen registriert, sank der Bettenstand bis 2016 jährlich um 0,4% auf 7,4 pro 1000. Die Aufenthaltsdauer sank in diesem Zeitraum in etwa im Gleichschritt um jährlich 0,3% von 6,6 Tage auf 6,4 Tage. Deutlicher fiel die Reduktion der Bettenkapazität in

Fondskrankenanstalten aus. Waren in FKA 2008 5,8 Betten pro 1000 registriert, betrug der Bettenstand 2017 5,3 pro 1000, was einem jährlichen Rückgang von 1% entspricht. Im selben Zeitraum sank in dieser Gruppe der Krankenanstalten die Verweildauer rascher und zwar jährlich um 1,5% von 5,6 Tage auf 4,9 Tage.

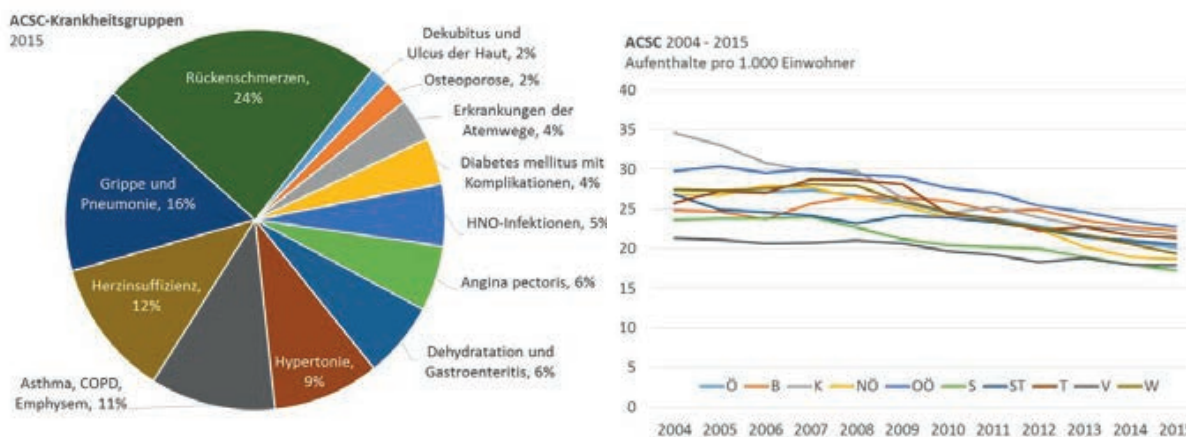
Stationäre Aufenthalte werden in allen Bundesländern zunehmend vermieden

Der Indikator „Medizinisch begründet vermeidbare Aufenthalte“ – Ambulatory Care Sensitive Conditions (ACSC) – umfasst Erkrankungen, bei denen die stationäre Aufnahme durch Interventionen speziell in der Primärversorgung vermieden werden kann. Der Indikator wurde für die österreichischen Bundesländer durch den BMG Bericht „Medizinisch begründet vermeidbare Aufenthalte“ (BMG 2015) erstellt, der auch die Liste der zwölf für Österreich relevanten ACSC-Krankheitsgruppen definiert (siehe Abbildung 11). Die Datenreihen wurden für den Zeitraum 2013 - 2015 in dem BMG Bericht Outcome-Messung (BMG-OM 2018) verlängert. Wir berichten Raten der ACSC-Aufenthalte pro 1.000 Einwohnerinnen, altersstandardisiert nach Europa-Bevölkerung 1976.

In Österreich gab es im Jahr 2015 im Durchschnitt 20 ACSC-Hospitalisierungen pro 1.000 Einwohnerinnen. Die geringsten Zahlen von Patienten, die wegen ACSC aufgenommen wurden, waren in Salzburg (17) und in Vorarlberg (18). Die höchste Anzahl von ACSC wurde in OÖ (23), Burgenland und Kärnten (beide 22) verzeichnet.

Abbildung 11 zeigt die Entwicklung der ACSC zwischen 2004 und 2015. Die Prävalenz von ACSC ist seit 2004 in allen Bundesländern zurückgegangen. In Österreich gesamt fielen die Werte des ACSC von 27 auf 20 Hospitalisierungen pro 1.000 Einwohner. Der schnellste Rückgang war in Kärnten zu erkennen, dem Bundesland mit der ungünstigsten ACSC-Rate im Jahr 2004. Die Unterschiede zwischen allen Bundesländern wurden im Durchschnitt kleiner.

Abbildung 11: Medizinisch begründet vermeidbare Aufenthalte (ACSC)



Quelle: BMG-OM 2018, eigene Darstellung

Czypionka et al (2014) untersuchten Einflussfaktoren auf die ACSC auf Ebene von Bezirks- und Versorgungsregionen, fanden aber wenig empirische Beweise für den Zusammenhang zwischen der Wirksamkeit der Primärversorgung und ACSC. Eine getrennte Untersuchung der einzelnen Krankheitsgruppen, aus denen der Index besteht, könnte zu einem besseren Verständnis des ACSC für die österreichischen Regionen beitragen. Dem gegenüber ergab eine aktuelle, groß angelegte empirische Untersuchung in Frankreich, dass Notfälle in Spitalsambulanzen, insbesondere bei älteren Personen durch den Ausbau von Primärversorgung auf regionaler Ebene vermieden werden könnten, wenn sie mit Pflege gut koordiniert sind (Or et al 2018). Diese Weiterentwicklung der Versorgung ist in Österreich eine der wichtigsten Herausforderungen. Konkrete Vorschläge, wie in diesem Zusammenhang die Steuerung gestaltet werden könnte, wurden für das Bundesland Vorarlberg gemacht (Hofmarcher, Molnárová, 2018a, Anhang 3).

Sind Krankenanstalten der „Best-Point of Service“?

Parallel zur Abnahme vermeidbarer Aufenthalte stieg die Anzahl der Behandlungen, die keine Aufnahme begründen, das heißt, dass Patientinnen nicht über Mitternacht als Aufenthalt gezählt werden. Konvention in Österreich ist, diese Aufenthalte als 0-Tagesaufenthalte zu bezeichnen. Diese Bezeichnung ist in der Hauptsache dem Finanzierungsmodus geschuldet. 0-Tagesaufenthalte werden über das LKF-System finanziert⁷ und zumeist als „medizinische Einzelleistung“ abgerechnet⁸.

Bei einem 0-Tagesaufenthalt werden Patientinnen nach ihrer Behandlung noch am selben Tag wieder entlassen. Ihr Anteil an den Aufenthalten gesamt gibt Aufschluss über den technischen Stand der Behandlungsmethoden, aber auch über Möglichkeiten, die Betreuung außerhalb von Krankenanstalten in geeigneter Qualität durchzuführen. Folge einer Erhöhung des Anteils von 0-Tagesaufenthalten ist auch die Verringerung der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer; daraus können sich Kapazitätsgewinne und Kostenersparnis ergeben.

Zwischen 2001 und 2017 hat sich der Anteil der 0-Tagesaufenthalte österreichweit verdoppelt, im Burgenland fast vervierfacht. Die hohen Unterschiede zwischen den Bundesländern bleiben bestehen. Abbildung 12 zeigt die Anteile Kärntens (12%),

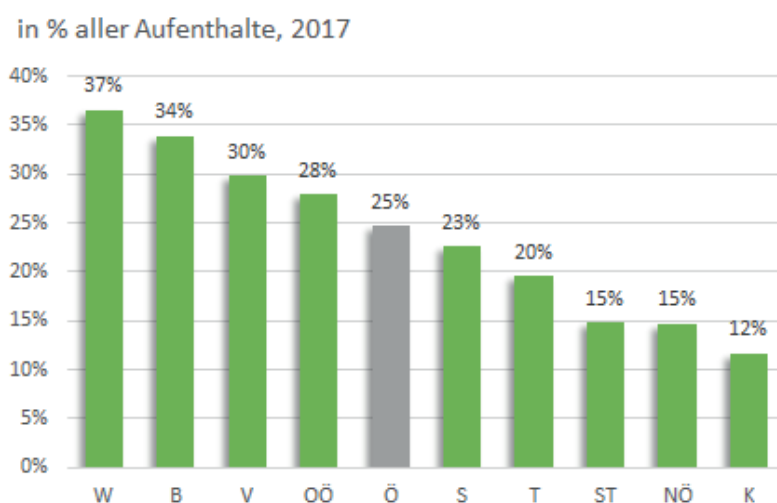
⁷ Im Jahr 2016 wurde ein eigenes Bepunktungsmodell für den spitalsambulanten Bereich beschlossen. Eine Teilmenge der Null-Tagesaufenthalte, die bislang im stationären Modell abgerechnet wurden, wird nunmehr, unter Gewährung einer Übergangsphase bis 2019, über das spitalsambulante Modell abgerechnet. Damit sollen diese Aufenthalte vermehrt vom stationären in den spitalsambulanten Bereich übergeführt werden.

⁸ Ökonomisch betrachtet ist eine Einzelleistungshonorierung eher kosteninflationär; für Leistungserbringerinnen besteht die Neigung, Leistungen auszuweiten, bei gegebener Qualität. Nachdem tagesklinische Fälle zurzeit noch mit dem für den stationären Bereich ausgerichteten LKF-System abgegolten werden, haben Krankenanstalten einen starken Anreiz, diese Versorgung zu leisten und auszuweiten, gegeben die Kapazitäten. Im internationalen Vergleich sind die Kapazitäten der Krankenanstalten überdurchschnittlich, sowie die Aufnahmezeiten (LSE 2017).

Niederösterreichs (15%), und der Steiermark (15%), die im Jahr 2017 weiterhin auf erheblich niedrigeren Niveaus sind als jener in Wien (37%).

Die Datenlage in Österreich ist verbesserungswürdig. Um ein schärferes Bild zu erhalten, wäre eine Betrachtung der 0-Tagesanteile bei bestimmten Behandlungen, wie etwa Katarakt-OPs, Leistenbruch und Mandel-OP nach Bundesland wertvoll. Ansatzweise gibt es solche Untersuchungen, die jedoch fragmentarisch sind (LRH-K 2018, RH 2014). International schwankt der Anteil der 0-Tagesaufenthalte bei diesen Behandlungen stark und wird grundsätzlich als Innovationsindikator herangezogen (OECD 2018).

Abbildung 12: Tagesklinische Fälle, 0-Tagesaufenthalte



Quelle: BMASGK 2019b, HS&I-eigene Berechnung und Darstellung

Was braucht es jedenfalls, um vermeidbare Aufenthalte ambulant zu versorgen?

Während jene stationären Aufenthalte, die vermieden werden, ceteris-paribus, ein Push-Faktor für Krankenhäuser sein können, diese Aufenthalte als tagesklinische Fälle zu versorgen, bleibt offen, ob sie zwingend solche tagesklinischen Fälle sind oder ob sie auch außerhalb von Krankenanstalten kostengünstiger behandelt werden können.

Wir ermitteln in einer einfachen Berechnung das Volumen, das der ambulante Sektor außerhalb von Krankenanstalten jedenfalls brauchen würde, wenn alle erfassten vermeidbaren Aufenthalte extramural versorgt werden. Basis der Berechnung sind die vermeidbaren Aufenthalte pro Bundesland 2015 multipliziert mit den durchschnittlichen Kosten pro Belagstag 2015. Um Verzerrungen durch Patientenmigration zu vermeiden und die Unterschiede in der Altersstruktur zwischen den Bundesländern zu berücksichtigen, bereinigen wir die Kosten pro Belagstag um diese Effekte.

Konservativ geschätzt müssten österreichweit etwa 111 Mio. EUR eingesetzt werden, um Fälle, die als vermeidbare Aufenthalte klassifiziert sind, außerhalb von Krankenanstalten zu versorgen. Das entspricht einem Anteil von 0,54% der gesamten Ausgaben für stationäre und ambulante Versorgung, siehe Box 2. Österreichweit und pro Kopf wären

das etwa 13 EUR, die beispielsweise in einer erweiterten oder spezialisierten Primärversorgung eingesetzt werden müssten. Dieser Wert schwankt zwischen den Bundesländern zwischen 11 EUR pro Kopf in Kärnten und 17 EUR pro Kopf in Vorarlberg. Voraussichtlich ist das Volumen, das hier bewegt werden könnte, deutlich höher, zumal tagesklinische Fälle alle Leistungen an einem Tag konzentriert haben, die Kosten pro Belagstag aber nur eine einfache Annäherung an das durchschnittliche Minimum sind, das notwendig ist, um Patientinnen an einem Tag zu versorgen.

Bleibt das Spital „Best Point of Service“, bleibt vermutlich Ineffizienz im System

Die Versorgung einer wachsenden Anzahl tagesklinischer Fälle in Krankenanstalten ist jedenfalls für die Krankenanstalten ein Weg, den Druck, Kapazitäten abzubauen und an die Verkürzung der Verweildauer anzupassen, zu mildern. Neben anderen Effekten, die hier eine Rolle spielen, Stichwort Sonderklasse (Abschnitt 7.3), werden dadurch etwaige, frei werdende Mittel einer ambulant-tagesklinischen Versorgung außerhalb von Krankenanstalten entzogen. Wenn gleichzeitig berücksichtigt wird, dass die Versorgung dieser Patienten im ambulanten Sektor z.B. um ein Drittel günstiger ist als im Spital, ergäbe sich ein Einsparvolumen für das System in der Höhe von insgesamt etwa 37 Mio. EUR. (2015). In Relation zu den gesamten Ausgaben für stationäre und ambulante Versorgung wären dies 0,2%.

Während diese Beträge im Vergleich zum gesamten Volumen (siehe Box 2) gering sind, zeigen sie das wesentliche Dilemma des fragmentierten Finanzierungssystems. Der Umbau dieses Systems in Richtung regionale Zusammenführung der Mittel für ambulante Versorgung über alle Versorgungssettings ist ein Muss und sehr viel wichtiger als der Umbau der Kassenlandschaft. Und so ein Umbau hätte voraussichtlich deutlich stärkere Effekte. Diese beziehen sich sowohl auf Patientinnen – wie beispielsweise bessere Durchlässigkeit zwischen den Versorgungsbereichen – als auch für die Allokationseffizienz, die durch Ungleichgewichte in der Ressourcenzuteilung leidet, siehe Abbildung 1 und Abschnitt 8.

Ineffizienz in den Abläufen gibt es, Unterschiede bestehen, Effekte sind unklar

In den Krankenhäusern können Ineffizienzen durch mangelhafte Organisation der Abläufe und Nachlässigkeiten bei der Dokumentation von Krankengeschichten entstehen. Der entsprechende Indikator wird aus zwei Fragen der Sektorenübergreifenden Patientenbefragung (SPB) aus dem Jahr 2014 gebildet. Er errechnet sich aus dem Mittelwert der Häufigkeit der „Ja“-Antworten auf die Frage, ob Untersuchungen mehrfach durchgeführt wurden, und der Häufigkeit der „Nein“-Antworten auf die Frage, ob Patientinnen das Gefühl hatten, dass der behandelnde Arzt über den Krankheitsverlauf informiert war. Hohe Werte deuten also auf Ineffizienzen in der Behandlung hin.

Im österreichischen Durchschnitt stimmten 14% der Befragten zu, dass es zu Ineffizienzen bei den Abläufen kam. In Burgenländischen und Vorarlberger Krankenanstalten war der Indikator mit einem Wert von 17% bzw. 16% am höchsten. Die Schwankungen zwischen den Bundesländern sind gering, sie liegen alle nahe am österreichischen Durchschnitt. Von besonders reibungslosen Abläufen berichteten Patientinnen der Kärntner (13%) und der oberösterreichischen (13%) Krankenanstalten.

Am teuersten kommen Mehrfachuntersuchungen, die mit Hilfe von hoch entwickelten medizinischen Geräten erfolgen, wie beispielsweise CT/MRT-Untersuchungen. Wenn Mehrfachuntersuchungen gemacht wurden, dann gaben 46% der Österreicher, die sagten, eine Mehrfachuntersuchung gehabt zu haben, an, entweder eine Röntgen-, CT/MRT- oder Ultraschalluntersuchung nochmals oder mehrfach erhalten zu haben.

Im Hinblick auf die Kosteneffizienz relativiert sich das Ergebnis dahingehend, dass jene Bundesländer mit höherer Behandlungseffizienz tendenziell teurere Untersuchungen durchführen lassen und umgekehrt. Allerdings ist eine eindeutige Interpretation dieses Ergebnisses schwierig, da letztlich nicht geklärt ist, ob alle mehrfach durchgeführten Untersuchungen auch tatsächlich überflüssig waren, oder ob diese auch Ausdruck besonderer Sorgfalt der Behandelnden sind.

Spitalsambulanzen haben eine Schlüsselfunktion, Wissen darüber ist spärlich

Spitalsambulanzen sind häufig eine Drehtür für jene, die außerhalb von Krankenanstalten keine Versorgung finden oder mit ihr nicht vertraut sind. Zunehmend werden auch tagesklinische Fälle in Spitalsambulanzen versorgt. Das bislang geltende Finanzierungssystem sieht vor, dass Krankenanstalten für die Behandlung von Patientinnen in Spitalsambulanzen im Wesentlichen einen Pauschalbetrag seitens der sozialen Krankenversicherung erhalten. Dieser Pauschalbetrag ist zumeist nicht kostendeckend. Als Folge werden die entstehenden Kosten über die Träger der Krankenanstalten bzw. ihre Gesellschaften abgedeckt. Wir ziehen die Endkosten für die ambulante Versorgung in Relation zur Häufigkeit von Besuchen heran, um Unterschiede in der Effizienz des spitalsambulanten Bereiches zwischen den Bundesländern zu beobachten. Anders als für die stationäre Versorgung insgesamt, gibt es keine öffentlich zugängliche Information zu entsprechenden LKF-Punkten, siehe Fußnote 7.

Die Kosten je Frequenz sind in Österreich im Zeitraum von 2011 bis 2017 um 24% gestiegen. In Kärntner Spitalsambulanzen war der Anstieg mit 14% geringer, in Vorarlberg mit 42% deutlich höher. Im Burgenland entstanden im Jahr 2017 die niedrigsten (EUR 188), in Wien die höchsten Kosten je Frequenz (EUR 245). Diese konvergieren im Zeitverlauf zueinander: Im Jahr 2011 waren spitalsambulante Behandlungen in Wien noch 1,55-mal, 2017 nur mehr 1,48-mal so teuer wie im Burgenland.

Die Zahl der Frequenzen pro ambulanten Patienten gibt, ähnlich wie die durchschnittliche Aufenthaltsdauer im stationären Bereich, Auskunft über die Ressourceneffizienz. Sie ist in allen Bundesländern, bis auf Kärnten, im Vergleichszeitraum von 2011 bis 2017 gesunken.

Datenlücken

Effizienzindikatoren sind für das Gesundheitssystem und insbesondere auch für Krankenanstalten ein sensibler Bereich, der sich großen Herausforderungen zu stellen hat. Insbesondere in Österreich ist der Wille zu Transparenz in diesem Bereich beschränkt. Dies ist nicht nur bedauerlich, sondern auch ein wesentliches demokratiepolitisches Versäumnis, siehe Box 1. Daten und Informationen zu Krankenanstalten sind ein öffentliches Gut, zumal dieser Bereich hauptsächlich über Beiträge von Versicherten und über das allgemeine Steueraufkommen finanziert wird. Eine wichtige Stoßrichtung für mehr Transparenz wäre erstens, Indikatoren der Versorgungsqualität (z.B. Healthcare Access and Quality Index, GBD 2018) mit den Ausgaben oder Kosten auf sinnvolle Weise zu vergleichen.

Darüber hinaus sollte die Effizienz in verschiedenen Bereichen nicht nur anhand der Kosten pro Kopf, sondern auch in Bezug auf die Ergebnisse bewertet werden. Interessant in diesem Zusammenhang wären beispielsweise Indikatoren, die die folgenden Fragen beantworten: Wie hoch sind Personalkosten für die Behandlung gleicher Diagnosen? Wie hoch ist die Anzahl diagnosebezogener Entlassung pro beschäftigte Person? Wie hoch ist das Arbeitsvolumen in Stunden in einzelnen Bereichen der Versorgung? Wie vergleichen sich die Kosten für Medikamente bei gleichen Diagnosen? Wie lange dauert die Behandlung ausgewählter Diagnosen? Wie teuer ist die ambulante Versorgung im Vergleich zu ihrer Effektivität? Wie effizient sind Ausgaben für Vorsorge und Gesundheitsförderung?

Wir glauben, dass einige dieser Fragen mit relevanten (Mikro-)Daten wie Ärztekostenstatistiken, Heilmittelstatistiken, A-IQI, DIAG, SV-Daten, E-card-Daten usw. beantwortet werden könnten. In Zukunft müssen solche Daten der Forschung zugänglich gemacht werden.

Empfehlungen:

- Überführung der Berechnung der gesamten Gesundheitsausgaben auf regionaler Ebene in standardisierte Routinen gemäß OECD SHA Systematik.
- Grundlagen erarbeiten, die erlauben, echte, regionale Gesundheitsausgabenquoten zu ermitteln.
- Aufbau eines integrierten Datensystems und Sicherstellung des Zugangs für die Forschung zu anonymisierten Daten.

- Vertiefte Analysen zum Zusammenhang zwischen Ausgaben für ambulante Versorgung und vermeidbaren Aufenthalten. Systematische und unabhängige Analysen zu Fehl-, Unter- und Überversorgung, patienten-/diagnosezentriert und in Zusammenhang mit Anreizen aus den unterschiedlichen Bezahlssystemen.

7.6 Geschätzter Finanzbedarf der Krankenanstalten bis 2030

Bislang gibt es in Österreich keine fundierte Schätzung des zukünftigen Finanzbedarfes der Krankenanstalten. In diesem Abschnitt präsentieren wir Ergebnisse eines häufig verwendeten Ansatzes (siehe Abschnitt 4), der neben der Prognose der gesamten laufenden Ausgaben für stationäre Versorgung bis 2030 erlaubt, die erwarteten Zuwächse des Finanzbedarfes in diesem Zeitraum in wesentliche Determinanten des zukünftigen Wachstums zu unterteilen. Wie in der Literatur ausführlich dokumentiert (EC 2018a; De La Maisonnette und Oliveira 2013; Licchetta und Stelmach 2016), sind für die zukünftige Entwicklung der Gesundheitsausgaben drei Komponenten wesentlich.

Erstens haben der Gesundheitszustand und der erwartete Zeitpunkt des Eintrittes von Krankheit einen wesentlichen Einfluss auf die Ausgaben. Wachsender Kostendruck kann beispielsweise durch zeitgemäße Versorgung von Menschen entstehen, die immer häufiger schwere Erkrankungen lang überleben, siehe Abschnitt 7.4. Gleichzeitig könnte durch die Verschiebung des Eintrittes von Krankheit in höhere Altersgruppen der Kostendruck gemildert sein, wenn in den Monaten vor dem Tod die Kosten diesen Effekt nicht überkompensieren (Breyer et. al. 2010).

Zweitens spielt die Einkommensentwicklung eine wichtige Rolle. Es gibt umfassende Literatur (EC 2018a), die sich mit der Frage beschäftigt, wie hoch der Ausgabendruck des Gesundheitswesens durch die Besonderheiten der Nachfrage, des Angebotes und der Leistungen und Güter des Systems ist. Während über viele Jahrzehnte davon ausgegangen wurde, dass das durch Einkommen bedingte Wachstum der Gesundheitsausgaben über dem Wachstum der Wirtschaftsleistung liegt, zeigen aktuelle Studien generell niedrigere Einkommenselastizitäten (Medeiros & Schwierz 2013). Aktuell schätzen Acemoglu et al. (2013) mithilfe von Instrumentenvariablen die Einkommenselastizität auf 0,72.

Letztlich und mit beiden oben genannten Faktoren in Zusammenhang stehen die Auswirkungen des technologischen Fortschrittes auf das Ausgabenwachstum. Da es nicht direkt beobachtet werden kann, besteht eine Möglichkeit, diesen Faktor über ein Residuum zu quantifizieren. Dieses ergibt sich empirisch aus der Differenz zwischen tatsächlichen Ausgabenzuwächsen und jenen Wachstumsanteilen, die sich durch demographische Effekte, Einkommenseffekte oder andere Faktoren erklären lassen. Smith et al. (2009) schätzen den Wachstumsanteil des technologischen Fortschritts am

gesamten Gesundheitsausgabenwachstum in Industrienationen auf 27 Prozent bis 48 Prozent.

Erstmals liegen Schätzungen zu erwarteten Ausgabenzuwächsen vor

Zur Schätzung des Finanzbedarfes der Krankenanstalten ziehen wir diese Effekte aus der Literatur heran bzw. orientieren wir uns an den jeweiligen Vorgehensweisen, zur Isolierung der Effekte. Dadurch liegen erstmals und pro Bundesland quantifizierte Zuwächse in Bezug auf erwartete Veränderungen des Gesundheitszustandes in Verbindung mit der gesamtwirtschaftlichen Einkommensentwicklung und des Einflusses des technischen Fortschrittes auf die Ausgabendynamik vor.

Die Berechnungen des geschätzten Finanzbedarfes der Krankenanstalten insgesamt und für jedes Bundesland (siehe Bundesländer Fact Sheets) wurden auf Basis von Prognosen der Bevölkerungs- und Einkommensentwicklung in Österreich erstellt. Mithilfe eines demografischen Ausgabenprofils, Annahmen über den Einkommenseffekt im Gesundheitswesen und die Entwicklung der Morbidität war es uns möglich, den Finanzierungsbedarf der Österreichischen Krankenanstalten von 2015 bis 2030 getrennt für die Wachstumsbereiche Demografie, Einkommen und des technologischen Fortschrittes zu schätzen, siehe Box 2. In unseren Vorausschauern kombinieren wir Daten der Statistik Austria mit Prognosen der Wirtschaftsleistung gemäß der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD).

Fortschritte in der stationären Versorgung werden ihren Preis haben

Abbildung 13 zeigt den prognostizierten Finanzierungsbedarf des stationären Bereichs von 2015 bis 2030 in 5-Jahres-Schritten in Millionen Euro zu laufenden Preisen für Österreich. Die Ausgabenzuwächse werden nach den Wachstumsbereichen aufgeschlüsselt. Nachdem die Ausgangsbasis der Schätzung die gesamten laufenden stationären Ausgaben sind, bezieht sich die Prognose für Österreich und für die Bundesländer auf alle Krankenanstalten, siehe Tabelle 2.

Der Finanzierungsbedarf steigt im Prognosezeitraum stetig an von 12,3 Mrd. EUR 2015 auf 24,6 Mrd. EUR 2030. Zwischen 2025 und 2030 beschleunigt sich die Entwicklung. In allen Perioden ist ein großer Teil des nominellen Ausgabenzuwachses der Krankenanstalten inflationsgetrieben. Werden die realen Ausgaben zu Preisen von 2014 zwischen 2015 und 2030 betrachtet, entfällt mehr als die Hälfte (50%) des Zuwachses bis 2030 auf Einkommenseffekte, 28% auf die veränderte Bevölkerungsstruktur und 22% auf Ausgaben, die durch technologische Neuerungen bedingt sein könnten. Die Anteile schwanken im Zeitverlauf. So beträgt der reale Wachstumsanteil des Einkommens aus den Jahren 2016 bis 2020 54%, 5 Jahre später nur mehr 45%, und 10 Jahre später 50%.

Abbildung 13 Finanzbedarf der Krankenanstalten in Österreich, in Mio. EUR, nominell


Quellen: Statistik Austria, OECD, HS&I-eigene Berechnungen und Darstellung

Pro Kopf steigen die jährlichen nominellen stationären Gesundheitsausgaben in Österreich von EUR 1.425 im Jahr 2015 auf EUR 2.780 im Jahr 2030; real entspricht das einem jährlichen Wachstum von 2,2%.

Die Berechnungen des stationären Finanzbedarfs konnten, mit geringfügigen Einschränkungen, auch für alle Bundesländer vorgenommen werden. Die Daten dazu finden sich in den Bundesländer-Fact-Sheets.

8 Herausforderungen für das Gesundheitssystem

Die wichtigsten Herausforderungen für das Gesundheitssystem der Zukunft sind:

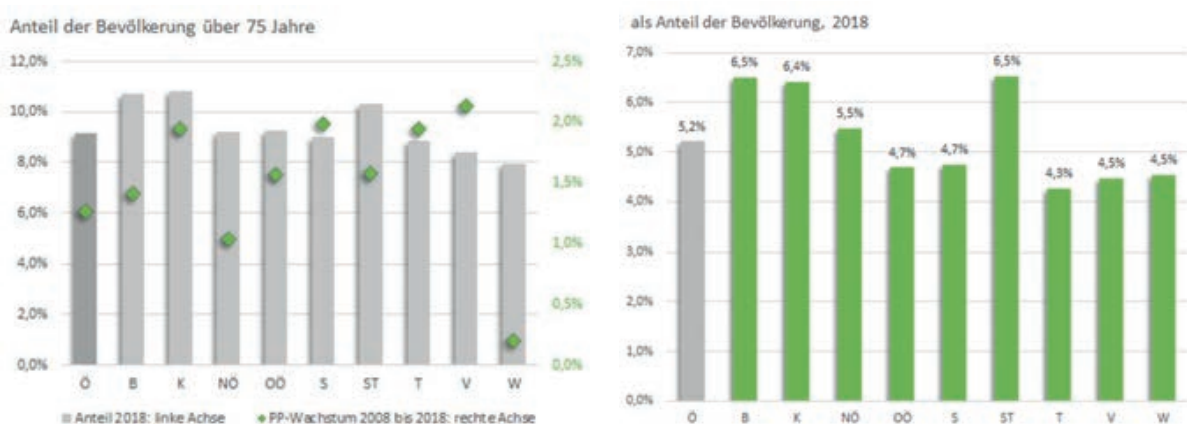
- die wachsende Anzahl chronisch kranker Menschen und die Schaffung von Möglichkeiten für alle Menschen, gesund und aktiv zu altern,
- der notwendige Aus- und Aufbau der ambulanten Versorgung am „Best Point of Service“
- die ausreichende Sicherstellung personeller Ressourcen auf allen Ebenen des Gesundheitswesens und
- die bessere Abstimmung der Versorgung zwischen Gesundheit und Pflege.

Die Klammer für diese Herausforderungen ist die Sicherstellung der finanziellen Nachhaltigkeit und der Ausbau der Digitalisierung des Gesundheits- und Pflegesystems.

Der aktuelle Fortschrittsbericht der Europäischen Kommission für Österreich zeigt, dass die öffentlichen Gesundheitsausgaben in Zusammenhang mit der wachsenden Anzahl älterer Personen in Zukunft stark steigen werden und damit weiter ein mittleres Risiko für die finanzielle Nachhaltigkeit der Staatsausgaben sind (EC 2018b).

Die wachsende Anzahl älterer Personen ist eine wichtige Determinante des Bedarfs an Langzeitpflege, aber auch an gesundheitlicher Versorgung. Der Anteil der Bevölkerung über 75 Jahre in Österreich ist zwischen 2008 und 2018 um 1,5 Prozentpunkte gestiegen, siehe Abbildung 14.

Abbildung 14 Bevölkerung über 75 und Pflegegeld-Anspruchsberechtigte



Quellen: Statistik Austria Bevölkerungsstatistik, eigene Berechnung

Am höchsten ist der Anteil der Menschen über 75 Jahren im Burgenland (10,7 %), in Kärnten (10,8 %) und in der Steiermark (10,3 %), am niedrigsten ist er in Wien (7,9 %). Dieser niedrige Anteil war in den letzten 10 Jahren konstant und spiegelt Migrationstrends innerhalb von Österreich und aus dem Ausland wider. Die Alterung war

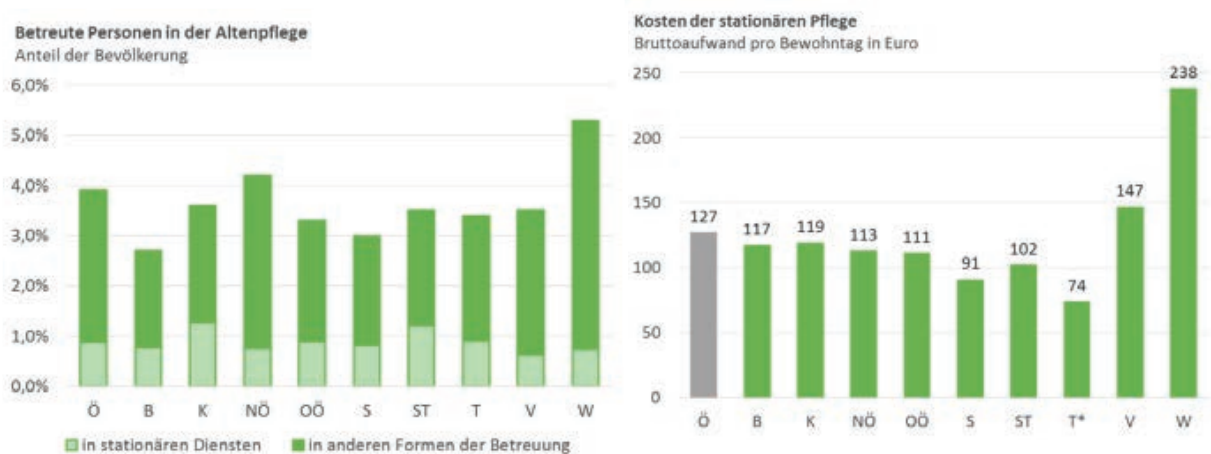
zwischen 2008 und 2018 am schnellsten in Vorarlberg (2,1 Prozentpunkte), gefolgt von Salzburg und Kärnten (2,0 und 1,9 Prozentpunkte).

Der Anteil der Bevölkerung über 75 Jahre spiegelt sich im Anteil der Pflegegeld-Anspruchsberechtigten wider (Abbildung 14). Andererseits zeigt Abbildung 15, dass sich dieses Muster in der Anzahl der betreuten Personen in der formalen Altenpflege nicht spiegelt. Unterschiede bestehen auch in der Zusammensetzung der Altenpflege. Während in Kärnten und in der Steiermark mehr als ein Drittel der Betreuten stationär versorgt werden, sind es in Wien nur 14 Prozent. In Zukunft ist wichtig, die stark wachsende Betreuungsform 24-Stunden-Pflege systematisch zu erfassen und zu dokumentieren. Dies sollte sowohl den Angebotsmarkt (Agenturen und ihre Geschäftsmodelle), die Herkunft der Pflegerinnen, Kosten und die Qualität der Leistungen, die erbracht werden, umfassen.

Performance Indikatoren für das Langzeitpflegesystem sind im Allgemeinen seltener und auf regionaler Ebene teilweise noch weniger verfügbar als im Gesundheitswesen. Die Qualität der Pflegeversorgung ist schwer zu messen, und es besteht bis jetzt kein allgemeiner Konsens über das geeignete Konzept von Qualität. Neben der Pflegequalität sollten laut Fischbacher (2011) die Indikatoren auch die Lebensqualität der Klienten und andere Aspekte widerspiegeln, wie beispielsweise Lebensqualität von Angehörigen. Die Arbeitsgruppe PROGRESS hat zum Beispiel im Jahr 2010 Indikatoren für die Messung der Qualität der Pflege- und Altenheime erstellt (PROGRESS 2010). Die Indikatoren sind aber in Österreich nicht systematisch gesammelt und analysiert.

Die Indikatoren des Zugangs zu Langzeitpflege würden Daten über die durchschnittliche Wartezeit und andere Hindernisse für gewünschte Betreuungsformen in der Langzeitpflege erfordern. Solche Indikatoren sind jedoch nicht verfügbar. Ohne Informationen über die Outcomes ist es auch nicht möglich, die technische Effizienz zu bewerten. Eine aktuelle Studie von Fiskalrat (Grossmann & Schuster, 2017) zeigt jedoch ungeklärte Unterschiede zwischen den Kosten stationärer Langzeitpflege, siehe Abbildung 15.

Abbildung 15: Betreute Personen und Bruttoaufwand pro Tag, stationäre Pflege

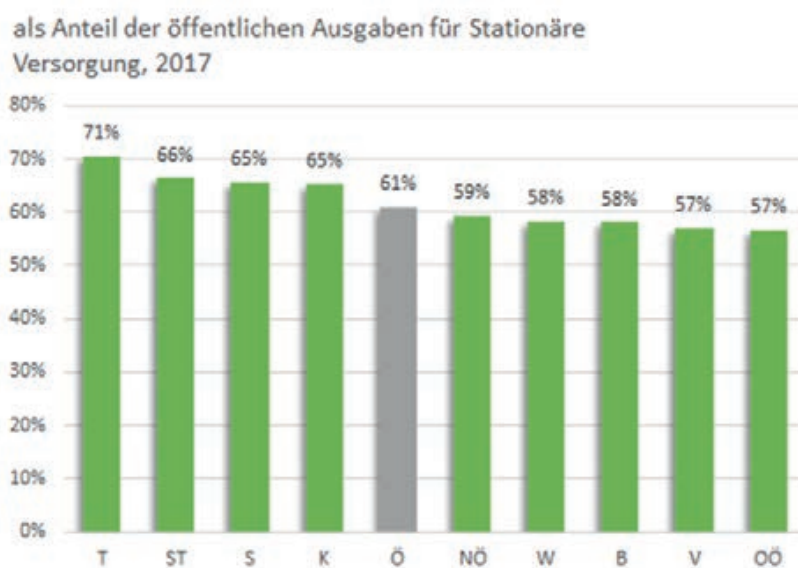


*Die Kosten für Tirol sind nicht vollständig.

Bruttoaufwand unter Berücksichtigung des relativen Grades der Pflegebedürftigkeit
Quelle: Grossmann und Schuster (2017)

Der Fortschrittsbericht der Europäischen Kommission für Österreich verweist auch auf die Wichtigkeit des Aus- und Aufbaus der ambulanten Versorgung außerhalb von Krankenanstalten. Die relative Größe der ambulanten Versorgung im Vergleich zur stationären Versorgung, gemessen an den öffentlichen Ausgaben, variiert (Abbildung 16). Die Ausgaben für den ambulanten Sektor in Tirol und in der Steiermark sind relativ hoch, in OÖ und Vorarlberg dagegen relativ klein.

Abbildung 16: Öffentliche Ausgaben für ambulante Versorgung



Quelle: HS&I-eigene Berechnungen und Darstellung

Während überall in Europa die Beschäftigung im Bereich Gesundheit und Pflege stark steigt (Hofmarcher et al 2016), ist die Verteilung der Berufe, ihr Niveau und ihre Veränderung sehr unterschiedlich in vergleichbaren Ländern. Österreich hat einen hohen Anteil an Personen, die im humanmedizinischen/gesundheitlichen Bereich tätig sind, und einen geringen Anteil in den Bereichen Pflege und Sozialer Arbeit, auch wenn es hier in den letzten Jahren zu leichten Verschiebungen kam.

In einer aktuellen Prognose von Scheffler und Arnold (2018) werden in Österreich 2030 zusätzlich 1.081 Ärztinnen oder 2,1% des geschätzten Angebotes an Ärztinnen benötigt. Der Bedarf an Pflegekräften ist signifikant höher, 23 Tausend Personen oder 26,3% des Angebotes. Im Gegensatz dazu haben beispielsweise Frankreich und Deutschland bis 2030 einen leichten „Überschuss“ in diesem Bereich. Deutschland hat sogar auch ein Plus beim Ärztebedarf, während Frankreich eine Lücke aufweist.

Czasný et al (2012) entwickelten ein Modell zur Schätzung des Ärztebedarfs und Ärzteangebots in Österreich und analysierten den Ist-Zustand des Ärzteangebots auch auf regionaler Ebene. Obwohl regionale Ärztekammern auch regionale Prognosen sporadisch

publizieren, gibt es bisher keine systematischen Prognosen zum Bedarf an medizinischem Personal und anderem Gesundheitspersonal auf der Ebene der Bundesländer⁹. Zwischen Land und Krankenkassen abgestimmte und transparente Personalbedarfsplanung in Verbindung mit flexiblen Vertragskulturen, Stichwort multidisziplinäre Versorgungsformen, sind in Zukunft erforderlich, um ausreichende personelle Ressourcen in allen Regionen sicherzustellen.

Die monetäre und soziale Aufwertung pflegerischer Tätigkeiten sind erforderlich. Im Zusammenwirken mit der Änderung des „Skill-Mix“ in Richtung bessere Ausgewogenheit der Aufgaben und Verantwortungen zwischen den Berufsgruppen sind dies wesentliche Bedingungen für die Versorgung chronisch kranker Personen. Wie die Beispiele zu Schlaganfall und akutem Myokardinfarkt (Abbildungen 8, Abbildung 9) zeigen, steigt die Wahrscheinlichkeit, eine schwere Erkrankung zu überleben. Gleichzeitig sind die Sektorgrenzen des Systems wie ein eiserner Vorhang, da die Finanzierung nicht erlaubt, Patientinnen über Sektorgrenzen hinweg flexibel zu versorgen.

Apropos Nachhaltigkeit:

Der Umbau der Finanzierung ist wichtiger als der Umbau der Kassen

Schließlich, eine gute Abstimmung zwischen Langzeitpflege und Gesundheitsversorgung erfordert einen geeigneten institutionellen Rahmen, wie verschiedene Studien zeigen, (Or et al 2018, Hofmarcher et al 2007). Dies ist nicht nur notwendig, um die Lebensqualität älterer Menschen weiterhin zu fördern, sondern auch um die Nachhaltigkeit der Finanzierung sicherzustellen. Während in den letzten Jahren eine Reihe von Maßnahmen gesetzt wurden, die Übergänge und die Versorgung zwischen den Sektoren besser abzustimmen, z.B. Aufbau des Entlassungsmanagements oder das in den Plänen eingebaute „Nahtstellenmanagement“, bleiben die Effekte spärlich, weil der zugrunde liegende Finanzierungsmodus unangetastet blieb.

Eine aktuelle Studie hat einige Bedingungen herausgearbeitet, wie die Abstimmung innerhalb von Gesundheit und zwischen Gesundheit und Pflege unter gegebenen, regulatorischen Rahmenbedingungen verbessert werden könnte (Hofmarcher & Molnárová 2018a). Das Gutachten präsentiert eine stilisierte Übersicht der Zusammenführung bestehender Pläne und Verantwortlichkeiten für die Stärkung der ambulanten Versorgung über Sektorgrenzen hinweg.

Der Umbau des Systems in Richtung (regionale) Zusammenführung der Mittel für ambulante Versorgung über die wichtigsten Versorgungssettings ist ein Muss und bedeutend wichtiger als der Umbau der Kassenlandschaft. Und so ein Umbau hätte

⁹ Österreichische Ärztekammern betonen wiederholt, dass der Ärztemangel in einigen Fächern und einigen Regionen Österreichs in naher Zukunft wesentlich dramatischer sein könnte, jedoch fehlen aktuelle Studien zu diesem Thema.

voraussichtlich deutlich stärkere Effekte sowohl für die (Allokations-)Effizienz als auch für die koordinierte Versorgung, insbesondere von chronisch Kranken.

Vor allem die altersbedingte Inanspruchnahme von Leistungen beginnt häufig mit akut-medizinischer Versorgung, die immer öfter überlebt wird, wie es die Entwicklungen beispielhaft im Bereich der Schlaganfälle und des akuten Herzinfarktes zeigen. Aber der Druck, das Gesundheitssystem stärker an die Versorgung chronisch Kranker zu orientieren, kommt zunehmend auch aus anderen Bereichen, wie beispielsweise Krebs. Über die Zeit einer Krankheitsepisode wird die Medizin ein Kuppelprodukt mit der Pflege. In diesem Zusammenhang ist eine der wichtigsten Herausforderungen die bessere administrative und finanzielle Abstimmung innerhalb der ambulanten Versorgung und zwischen Gesundheit und Pflege.

Tabelle 3: Geschätztes Volumen für einen „Ambulanztopf“, in Mio. EUR

"Ambulanz - topf"	Gesamt	Ambulant*	Spitals – ambulant**	Pflege zu Hause***
Ö	7 583 (100%)	4 888 (64%)	2 283 (30%)	412 (5%)
B	205 (100%)	163 (79%)	39 (19%)	3 (1%)
K	495 (100%)	319 (64%)	170 (34%)	6 (1%)
NÖ	1 373 (100%)	966 (70%)	346 (25%)	61 (4%)
OÖ	1 210 (100%)	771 (64%)	369 (31%)	70 (6%)
S	478 (100%)	312 (65%)	161 (34%)	5 (1%)
ST	1 078 (100%)	685 (64%)	330 (31%)	63 (6%)
T	638 (100%)	417 (65%)	196 (31%)	25 (4%)
V	317 (100%)	219 (69%)	69 (22%)	29 (9%)
W	1 789 (100%)	1 038 (58%)	600 (34%)	150 (8%)

* Öffentliche Ausgaben für ambulante Versorgung (HC.1.3/HC.2.3 x HF.1-HF.3) exklusive Ausgaben für Spitalsambulanzen (HF.1 x HP.1), Statistik Austria/SHA 2017

** Spitalsambulante Endkosten, BMG/KAZ (2017)

*** Öffentliche Ausgaben (HP3.5 x HF.1) und Ausgaben von Non-Profit Unternehmen (HP.3.5 x HF.2, EUR 108 Mio.), Statistik Austria/SHA 2017; Bundesländer-Aufteilungsschlüssel gemäß Nettoausgaben für mobile Dienste aus der Pflegedienstleistungsstatistik, Statistik Austria 2017

Quelle: HS&I-eigene Berechnungen und Darstellung

Tabelle 3 zeigt geschätzte Volumina an Finanzmittel, die für die Dotierung eines „Ambulanztopfes“ aufzubringen wären. Österreichweit würde dieser Pool geschätzte 7,6 Mrd. EUR umfassen. Dabei würden etwa 4,8 Mrd. EUR (64%) aus der haus- und fachärztlichen Versorgung eingebracht werden, die seitens der Krankenversicherungen beizusteuern wären. 2,3 Mrd. EUR (30%)¹⁰ müssten durch die Landesfonds eingebracht werden, und die Länder müssten nochmals etwa 400 Mio. EUR (4%) beibringen, damit auch Pflege ein Teil des Finanzpools wird. Tabelle 3 weist auch die geschätzten Volumina auf Ebene der Bundesländer aus. Auf regionaler Ebene könnten bestehende Gremien wie beispielsweise die Gesundheitsplattformen oder die Zielsteuerungseinheiten mit einer entsprechenden Geschäftsordnung dafür sorgen, dass die ambulante Versorgung gemeinsam geplant wird und Ausschüttungen der Mittel je nach Bedarf und gemeinsam erarbeiteter Struktur an die Anbieter erfolgt.

Ein weiterer Titel für so einen „Ambulanztopf“ wären Finanzmittel, die durch vermeidbare Aufenthalte in den Krankenanstalten eingebracht werden könnten. Konservativ geschätzt ermitteln wir bundesweit etwa 111 Mio. EUR, die erforderlich wären, um vermeidbare Aufenthalte außerhalb von Krankenanstalten zu versorgen. Basis dafür sind durchschnittliche Kosten pro Aufenthalt 2015, siehe Abschnitt 7.5.

Empfehlungen:

- Entwicklung von Indikatoren der Langzeitpflege auf Systemebene in relevanten Bereichen: Determinanten, Zugang, Qualität, Effizienz, Fairness.
- Stärkung der institutionellen Rahmenbedingungen, die eine gute Koordination zwischen Langzeitpflege und Gesundheitsversorgung ermöglichen.
- Entwicklung der ambulanten Versorgung außerhalb von Krankenhäusern.
- Monitoring der Anzahl und Ergebnisse der in der ambulanten Versorgung behandelten Fälle auf der Ebene der Diagnosen, zusätzlich zu den bestehenden Indikatoren, z. B. ACSC.
- Regionale Analyse und Prognose für den Bedarf an Gesundheitspersonal insgesamt.
- Entwicklung von koordinierten Personal- und Stellenplänen und flexibler institutioneller Rahmenbedingungen für die Sicherstellung ausreichender personeller Ressourcen.

¹⁰ Ein Teil dieses Betrages wird auch über die Spitalsfinanzierungsfonds der Krankenversicherung aufgebracht, wird aber für diese Grobabschätzung nicht herausgerechnet und den ambulanten Kosten zugeschlagen.

9 Schlussfolgerungen und Empfehlungen

Schlussfolgerungen

Das Fact Book 2019 macht Krankenanstalten und ihre Leistungskraft im Bundesländervergleich zum Schwerpunkt. Es wurde mit dem Ziel erstellt, ein integriertes Leistungsbild der Krankenanstalten zu zeichnen, ergänzt um die Abschätzung des Finanzbedarfes der stationären Versorgung der einzelnen Bundesländer bis 2030.

Das Fact Book bedient sich internationaler Modelle zur Messung der Leistungskraft und kategorisiert wichtige Indikatoren, die den Zugang, die Qualität und die Effizienz beschreiben.

Das Fact Book führt fiskalische Informationen, Leistungsindikatoren und institutionelle Kennzahlen zusammen und empfiehlt das regelmäßige Erheben, Berechnen und Bereitstellen eines validierten Indikatorensets pro Bundesland. Auf Ebene der Krankenanstalten wurden 14 Indikatoren etabliert, davon vier Headline-Indikatoren, die sich teilweise mit wichtigen Indikatoren des Gesamtsystems überschneiden. Zurzeit sind 28 Indikatoren in die Analyse des gesamten Gesundheitssystems im jeweiligen Bundesland aufgenommen, davon sieben Headline-Indikatoren.

Das Fact Book bediente sich etablierter Methoden, fragmentierte Datensysteme zusammenzuführen, und enthält detaillierte Gesundheitsausgaben auf Ebene der Bundesländer, vollständig ermittelt für die Jahre 2011-2017.

Das Fact Book präsentiert erstmals Prognosen des Finanzbedarfes bis 2030 und ermittelt Zuwächse, die sich auf die Veränderung der Altersstruktur beziehen, auf die zukünftige Einkommensentwicklung und auf den technischen Fortschritt.

Das Fact Book besteht aus zwei Teilen. Der erste Teil beschreibt in der Faktenanalyse die Methode und analysiert die Ergebnisse. Auf Basis von aktualisierten Headline-Indikatoren und Ausgabenindikatoren auf Systemebene zeigen Kurzportraits der Bundesländer wichtige Ergebnisse im Überblick. Das Leistungsbild zu den Krankenanstalten fokussiert Zugang, Qualität und Effizienz und diskutiert den zukünftigen Finanzbedarf der stationären Versorgung. Der zweite Teil enthält Fact Sheets pro Bundesland, alphabetisch angeordnet.

Das Fact Book zeigt auf, dass

- ✓ Regionalanalysen einen wichtigen Beitrag leisten können zum besseren Verständnis der Unterschiede in Kernbereichen und Leitindikatoren zwischen den Bundesländern,
- ✓ auffällige Ausgabenunterschiede bestehen, auch wenn wichtige Strukturbereinigungen vorgenommen werden,
- ✓ parallel dazu auffällige Ausgabenunterschiede zwischen den Krankenanstaltenbereichen bestehen,

- ✓ der Zugang verbessert werden sollte, vor allem aber Unterschiede in den Wartezeiten auf geplante Eingriffe besser dokumentiert gehören,
- ✓ die Versorgungsqualität gegeben ist, aber ungeklärte Unterschiede bestehen, die auf die gesunde Lebenserwartung einen Einfluss haben dürften,
- ✓ die technische Effizienz der Krankenanstalten gegeben ist und die Arbeitsproduktivität der Beschäftigten steigt,
- ✓ die tagesklinische Versorgung Wind aufgenommen hat, aber der bis dato geltende Abrechnungsmodus bei bestehenden Sektorgrenzen voraussichtlich kostentreibend ist,
- ✓ die ambulante Versorgung über Sektorgrenzen zu bündeln ist, damit die wachsende Anzahl chronisch Kranker effizient begleitet werden kann,
- ✓ die fragmentierte Finanzierung und ihre paradoxen Auswirkungen in den Mittelpunkt gerückt gehören und
- ✓ zukünftige Herausforderungen ressortübergreifendes, koordiniertes Politikhandeln erfordern, insbesondere in Richtung bessere Abstimmung von Gesundheit und Pflege.

Empfehlungen

Die Analyse der Indikatoren pro Bundesland und ihre Zusammenhänge zwischen den Bereichen Gesundheit, Determinanten und System führt zu einer Reihe von Empfehlungen. Die wichtigsten – zusammengefasst nach Bereichen – sind:

Zugang zu Krankenanstalten

- Erhebung und Dokumentation von Wartezeiten nach Indikationen, stratifiziert nach Bevölkerungsgruppen (administrative Daten).
- Erhebung, Dokumentation und elektronische Koordination der Dauer der Notfallversorgung.
- Verbesserung der Datengrundlagen im Bereich Zugang zu Versorgung.
- Umsetzung und Aufbau des Wartelistenmanagements, wie bereits seit 2011 vorgesehen.

Qualität der Krankenanstalten

- Unbeschränkter Zugang zu verfügbaren Qualitätsindikatoren für Forscherinnen, z.B. aus dem A-IQI Programm oder DIAG, diagnosebezogen.
- Verbesserung der Patientensicherheit durch weitreichende Datengrundlagen nach Alters- und Bevölkerungsgruppen, Stichwort: öffentlicher Zugang zu generierten Daten oder Berichten auf Ebene der Bundesländer.

- Mehr multidisziplinäre Versorgungsforschung
 - zu Bundesländerunterschieden in den Überlebenschancen bei wichtigen akuten Erkrankungen
 - zu Auswirkungen des fragmentierten Systems auf die Versorgung von Menschen, die akute Erkrankungen zwar überleben, aber in Folge sowohl das Gesundheitswesen als auch Pflege brauchen und
 - zur hohen Prävalenz der Kaiserschnittraten in Österreich.

Effizienz der Krankenanstalten

- Vertiefte Analysen zum Zusammenhang zwischen Ausgaben für ambulante Versorgung und vermeidbaren Aufenthalten. Systematische und unabhängige Analysen zu Fehl-, Unter- und Überversorgung, patienten-/diagnosezentriert und in Zusammenhang mit Anreizen aus den unterschiedlichen Bezahlssystemen.
- Aufbau eines integrierten Datensystems und Sicherstellung des Zugangs für die Forschung zu anonymisierten Daten.
- Überführung der Berechnung der gesamten Gesundheitsausgaben auf regionaler Ebene in standardisierte Routinen gemäß OECD SHA Systematik.
- Grundlagen erarbeiten, die erlauben, echte, regionale Gesundheitsausgabenquoten zu ermitteln.

Herausforderungen

- Entwicklung von Indikatoren der Langzeitpflege auf Systemebene in relevanten Bereichen: Determinanten, Zugang, Qualität, Effizienz, Fairness.
- Stärkung der institutionellen Rahmenbedingungen, die eine gute Koordination zwischen Langzeitpflege und Gesundheitsversorgung ermöglichen.
- Entwicklung der ambulanten Versorgung außerhalb von Krankenhäusern und Einrichtung eines „Ambulanztopfes“ auf Ebene der Bundesländer.
- Monitoring der Anzahl und Ergebnisse der in der ambulanten Versorgung behandelten Fälle auf der Ebene der Diagnosen, zusätzlich zu den bestehenden Indikatoren, z. B. ACSC.
- Regionale Analyse und Prognose für den Bedarf an Gesundheitspersonal insgesamt.
- Entwicklung von koordinierten Personal- und Stellenplänen und flexibler institutioneller Rahmenbedingungen für die Sicherstellung ausreichender personeller Ressourcen.

10 Anhänge

Anhang 1: Berichtswesen zu den Krankenanstalten pro Bundesland

Burgenland

Betriebsgesellschaft	KRAGES (Burgenländische Krankenanstalten GmbH)
Website	www.krages.at
Kontaktpersonen	Geschäftsführung: Mag. (FH) Harald Keckeis, MPH, LL.M. Bereichsleiter Finanz: Mag. (FH) Andreas Predl E-Mail: nur: direktion@krages.at
Krankenhäuser	<ul style="list-style-type: none"> • A.ö. Krankenhaus Kittsee • A.ö. Krankenhaus Oberpullendorf • A.ö. Krankenhaus Oberwart • A.ö. Krankenhaus Güssing
Welche Berichte waren auffindbar? (Jahre)	<ul style="list-style-type: none"> • Geschäftsbericht (2017) <ul style="list-style-type: none"> ○ Enthält Leistungsbericht 2017 ○ Enthält Kennzahlen 2017 •
Welche Informationen waren in Berichten auf KA-Ebene enthalten?	<ul style="list-style-type: none"> • Tats. Betten • Stationäre Patienten (Aufnahmen) • LKF-Punkte • Belagstage • Pflagestage • Durchschnittliche Verweildauer Belagstage u. Pflagestage • Ambulante Patienten • Frequenz ambulanter Patienten • LKF-Entwicklung nach Stationen
Welche Informationen waren abgesehen davon in Berichten auf KRAGES-Ebene enthalten?	<ul style="list-style-type: none"> • Personalstand (VZÄ) nach Berufsgruppe • Stationäre Fälle nach Disziplinen • Jahresbilanz • Gewinn- und Verlustrechnung

Kärnten

Betriebsgesellschaft	KABEG (Kärntner Landeskrankenanstalten-Betriebsgesellschaft)
Website	www.kabeg.at
Kontaktpersonen	Sekretariat Vorstand (Informationen und Anfragen): Christine Fiedler-Steblei E-Mail: Christine.Fiedler-Steblei@kabeg.at Finanzen und Controlling: Hauptabteilungsleiter Prokurist Mag. Manfred Ferch E-Mail: manfred.ferch@kabeg.at
Krankenhäuser	<ul style="list-style-type: none"> • Klinikum Klagenfurt am Wörthersee • LKH Villach • LKH Wolfsberg • LKH Laas • Gailtal-Klinik
Welche Berichte waren auffindbar? (Jahre)	<ul style="list-style-type: none"> • Geschäftsberichte (2013-2017)
Welche Informationen waren in Berichten auf KA-Ebene enthalten?	<ul style="list-style-type: none"> • Tats. Betten • Stationäre Patienten

	<ul style="list-style-type: none"> • LKF-Punkte • Belagstage • Auslastung • Ambulante Patienten • Frequenz ambulanter Patienten • Personal gesamt
Welche Informationen waren abgesehen davon in Berichten auf KABEG-Ebene enthalten?	<ul style="list-style-type: none"> • Personal nach Berufsgruppe • Altersstruktur des Personals • Einnahmen und Ausgaben

Niederösterreich

Betriebsgesellschaft	LKNOE (Niederösterreichische Landeskliniken-Holding)
Website	www.lknoe.at
Kontaktpersonen	<p>Kaufmännische Geschäftsführung: Dipl. KH-BW Helmut Krenn E-Mail: helmut.krenn@holding.lknoe.at</p> <p>Finanzen und Controlling: Abteilungsleiter und Stv. Kaufmännischer Geschäftsführer Mag. Gert Kovarik E-Mail: gert.kovarik@holding.lknoe.at</p>
Krankenhäuser	<p>Region NÖ Mitte</p> <ul style="list-style-type: none"> • UK St. Pölten • LK Lilienfeld • UK Krems • LK Klosterneuburg • UK Tulln <p>Region Mostviertel</p> <ul style="list-style-type: none"> • LK Amstetten • LK Melk • LK Scheibbs • LK Waidhofen/Ybbs • LK Mauer <p>Region Waldviertel</p> <ul style="list-style-type: none"> • LK Horn • LK Allentsteig • LK Gmünd • LK Waidhofen/Thaya • LK Zwettl <p>Region Weinviertel</p> <ul style="list-style-type: none"> • LK Mistelbach • MZ Gänserndorf... • LK Hollabrunn • LK Korneuburg • LK Stockerau • LK Hainburg <p>Thermenregion</p> <ul style="list-style-type: none"> • LK Wiener Neustadt • LK Baden • LK Mödling • LK Hinterbrühl... • LK Neunkirchen • LK Hohegg
Welche Berichte waren auffindbar? (Jahre)	<ul style="list-style-type: none"> • Bericht der LKNOE (2017)
Welche Informationen waren in Berichten auf KA-Ebene enthalten?	<ul style="list-style-type: none"> • Ambulante Kontakte • Stationäre Aufenthalte • Operative Leistungen • Durchschnittliche Verweildauer

	<ul style="list-style-type: none"> • Personalstand nach Ärztliches Personal, Pflegepersonal, Wirtschaftliches Personal, Sonstiges, nicht-ärztliches medizinisches Personal
Welche Informationen waren abgesehen davon in Berichten auf REGIONALER Ebene enthalten?	<ul style="list-style-type: none"> • Hauptdiagnosen • Aufwand (vereinfacht) • Betten

Oberösterreich

Betriebsgesellschaft	GeSpAG (Oberösterreichische Gesundheitsholding GmbH)
Website	www.gespag.at
Kontaktpersonen	Allgemein: contact@gespag.at
Krankenhäuser	<ul style="list-style-type: none"> • Freistadt • Rohrbach • Schärding • Steyr • Kirchdorf • Salzkammergut-Klinikum
Welche Berichte waren auffindbar? (Jahre)	<ul style="list-style-type: none"> • Geschäftsberichte (2015-2017) • Finanzteil (2015-2017)
Welche Informationen waren in Berichten auf KA-Ebene enthalten?	<ul style="list-style-type: none"> • Systemisierte Betten • Stationäre Patienten • Ambulante Frequenzen • Durchschnittliche Belagsdauer • Geburten • MitarbeiterInnen
Welche Informationen waren abgesehen davon in Berichten auf GeSpAG-Ebene enthalten?	<ul style="list-style-type: none"> • Personalstand (VZÄ) nach Berufsgruppe Finanzteil <ul style="list-style-type: none"> • Belagstage • Begleitpersonen • LKF-Punkte • Bilanz, GuV

Betriebsgesellschaft	KUK (Kepler Universitätsklinikum)
Website	www.kepleruniklinikum.at
Kontaktpersonen	Mag.a Dr.in Elgin Drda Geschäftsführerin für die Bereiche Finanzen, Personal, Organisation und Pflege (keine E-Mail-Adresse) Aber: Assistenz der Geschäftsführung (Mag.a Melanie Kiener, LL. M.) E-Mail: melanie.kiener@kepleruniklinikum.at
Krankenhäuser	/
Welche Berichte waren auffindbar? (Jahre)	<ul style="list-style-type: none"> • Geschäftsbericht allgemeiner Teil (2017) • Finanzteil (2017) • Kliniken-Teil (2017)
Welche Informationen waren in Berichten auf KA-Ebene enthalten?	<ul style="list-style-type: none"> • Systemisierte Betten • Stationäre Patienten • Belagstage • Belagsdauer • Ambulante Frequenzen • LKF-Punkte • Tagesklinik (Fälle) • Personal nach Berufsgruppe • Teillinformationen auch für einzelne Abteilungen Finanzteil <ul style="list-style-type: none"> • Bilanz

	<ul style="list-style-type: none"> • GuV
--	---

Salzburg

Betriebsgesellschaft	SALK (Gemeinnützige Salzburger Landeskliniken Betriebsgesellschaft bmH)
Website	www.salk.at
Kontaktpersonen	Geschäftsführung: Priv.-Doz. Dr. Paul Sungler E-Mail: p.sungler@salk.at
Krankenhäuser	<ul style="list-style-type: none"> • UK Salzburg • Christian-Doppler-Klinik • Landeslinik St. Veit • Landeslinik Tamsweg • Landeslinik Hallein
Welche Berichte waren auffindbar? (Jahre)	<ul style="list-style-type: none"> • Leistungsberichte (2008-2013)
Welche Informationen waren in Berichten auf KA-Ebene enthalten?	<ul style="list-style-type: none"> • Personal nach Berufsgruppe • Systemisierte Betten • Verweildauer • Bettenauslastung • Stationäre Patienten • Belagstage • Frequenzen ambulante Patienten
Welche Informationen waren abgesehen davon in Berichten auf SALK-Ebene enthalten?	/

Steiermark

Betriebsgesellschaft	KAGes (Steiermärkische Krankenanstaltengesellschaft m.b.H.)
Website	www.kages.at
Kontaktpersonen	Geschäftsführung: Mag. (FH) Harald Keckeis, MPH, LL.M. Finanzen und Controlling (Leiter): Mag. DDr. Ulf Drabek, MSc., MBA E-Mail: ulf.drabek@kages.at Allgemein: internet@kages.at
Krankenhäuser	<ul style="list-style-type: none"> • LKH-Uniklinikum Graz • LKH Graz Süd-West • LKH Feldbach-Fürstenfeld • LKH Hartberg • LKH Hörgas-Enzenbach • LKH Hochsteiermark • LKH Judenburg-Knittelfeld • LKH Mürzzuschlag-Mariazell • LKH Rottenmann-Dad Aussee • LKH Südsteiermark • LKH Stolzalpe • LKH Weiz • LKH Weststeiermark
Welche Berichte waren auffindbar? (Jahre)	<ul style="list-style-type: none"> • Geschäftsberichte (2011-2017)
Welche Informationen waren in Berichten auf KA-Ebene enthalten?	<ul style="list-style-type: none"> • Stationäre Patienten • Ambulante Patienten • Beschäftigte Gesamt (VZÄ) • Durchschnittliche Verweildauer

Welche Informationen waren abgesehen davon in Berichten auf KAGES-Ebene enthalten?	<ul style="list-style-type: none"> • Personal nach Berufsgruppe • LDF-Punkte • Belagstage • Systemisierte Betten • Personalaufwand, Materialaufwand, übrige betriebliche Aufwendungen • Bilanz, GuV
--	---

Tirol

Betriebsgesellschaft	Tirol Kliniken GmbH
Website	www.tirol-kliniken.at
Kontaktpersonen	Kaufmännischer Geschäftsführer: Mag. Stefan Deflorian E-Mail: stefan.deflorian@tirol-kliniken.at Finanzcontrolling: Mag. Leonhard Hell, MSc E-Mail: leonhard.hell@tirol-kliniken.at
Krankenhäuser	<ul style="list-style-type: none"> • LKH Innsbruck • LKH Hochzirl-Natters • LKH Hall • Landespflegek
Welche Berichte waren auffindbar? (Jahre)	<ul style="list-style-type: none"> • Leistungsberichte (2015-2018)
Welche Informationen waren in Berichten auf KA-Ebene enthalten?	<ul style="list-style-type: none"> • Systemisierte Betten • Tatsächlich aufgestellte betten • Auslastungsgrad • Aufnahmen • 0-Tagesaufenthalte • Entlassungen • Belagstage • Verweildauer • Begleitpersonen • LDF-Punkte • Personal (VZÄ) nach Berufsgruppe •
Welche Informationen waren abgesehen davon in Berichten auf Tirol Kliniken-Ebene enthalten?	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnosen entlassener Patienten • LDF-Gruppen entlassener Patienten • Medizinische Einzelleistungen • Einzugsgebiete entlassener Patienten • Altersstruktur entlassener Patienten • Frequenzen ambulanter Patienten

Vorarlberg

Betriebsgesellschaft	KHBG (Vorarlberger Krankenhaus-Betriebsgesellschaft m.b.H.)
Website	www.landeskrankenhaus.at
Kontaktpersonen	??? nur: office@khhbg.at Organigramm in KHBG-Ordner
Krankenhäuser	<ul style="list-style-type: none"> • LKH Feldkirch • LKH Bregenz • LKH Hohenems • LKH Rankweil • LKH Bludenz
Welche Berichte waren auffindbar? (Jahre)	<ul style="list-style-type: none"> • keine

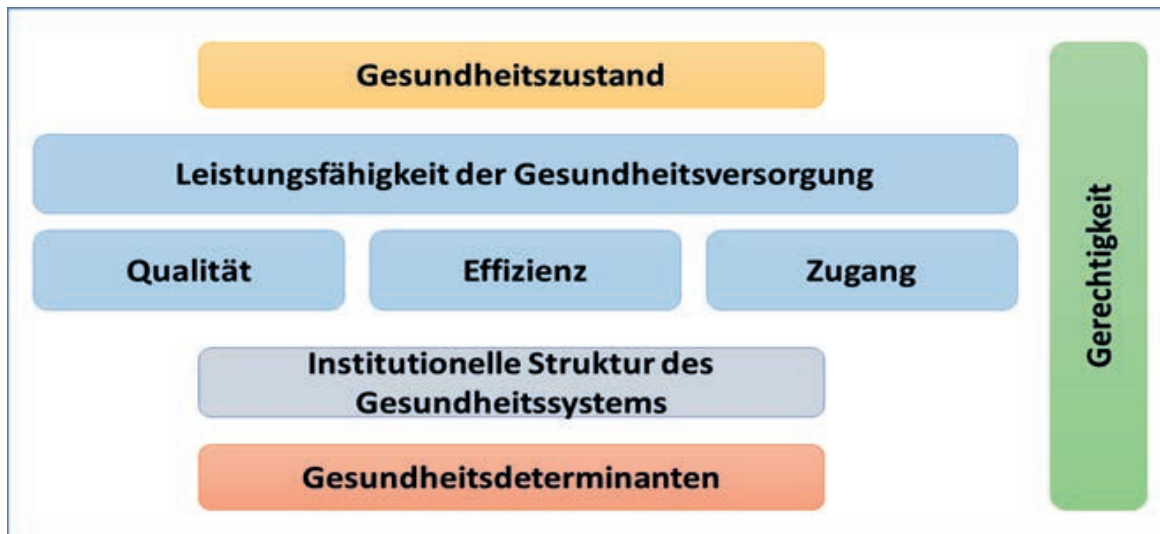
Welche Informationen waren in Berichten auf KA-Ebene enthalten?	/
Welche Informationen waren abgesehen davon in Berichten auf KHBG-Ebene enthalten?	/

Wien

Betriebsgesellschaft	KAV (Wiener Krankenanstaltenverbund)
Website	www.wienkav.at
Kontaktpersonen	Generaldirektion der Unternehmung Wiener Krankenanstaltenverbund: Mag.a Evelyn Kölldorfer-Leitgeb, akad. gepr. HCM E-Mail: evelyn.koelldorfer-leitgeb@wienkav.at
Krankenhäuser	<ul style="list-style-type: none"> • SMZ Ost (Donauspital) • Krankenanstalt Rudolfstiftung • Kaiser-Franz-Josef-Spital • Krankenhaus Hietzing • Wilhelminenspital • Therapiezentrum Ybbs • Allgemeines Krankenhaus Wien • SMZ Baumgartner Höhe • SMZ Floridsdorf • SMZ Sophienspital • Orthopädisches Krankenhaus Gersthof
Welche Berichte waren auffindbar? (Jahre)	<ul style="list-style-type: none"> • Geschäftsberichte (2014-2017)
Welche Informationen waren in Berichten auf KA-Ebene enthalten?	<ul style="list-style-type: none"> • Betten • Mitarbeiter gesamt • Stationäre Patienten • Ambulante Besuche
Welche Informationen waren abgesehen davon in Berichten auf KAV-Ebene enthalten?	<ul style="list-style-type: none"> • Bilanz, GuV

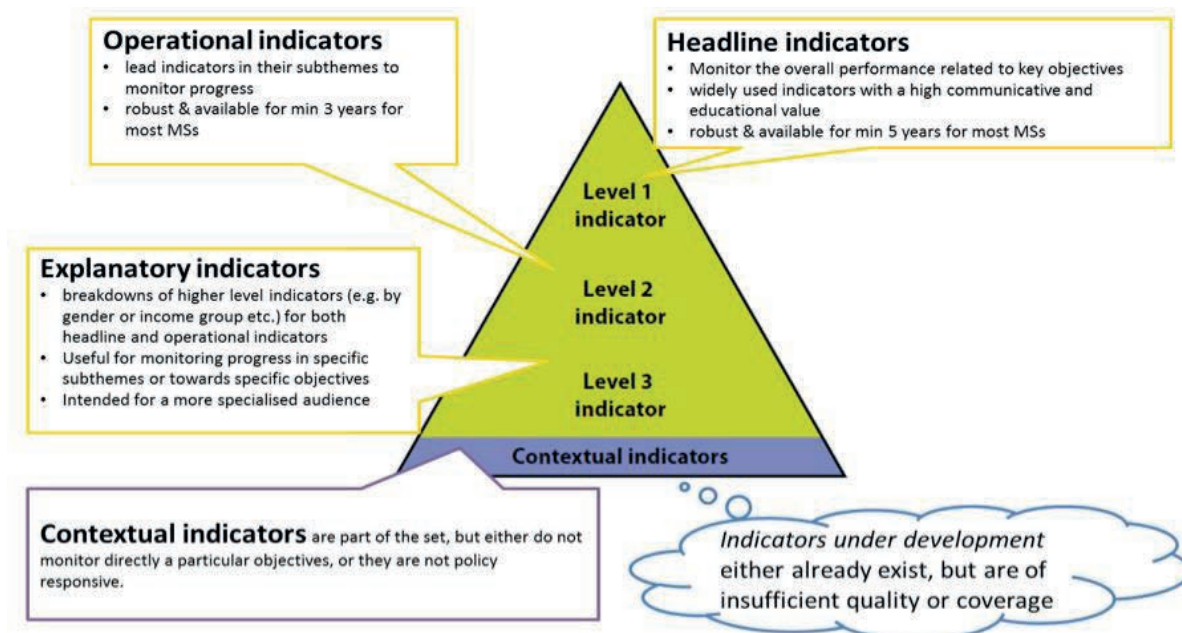
Quelle: HS&I-eigene Recherche und Zusammenstellung

Anhang 2: Modell zur Messung der Leistungsfähigkeit¹¹



Quelle: www.healthdatanavigator.eu

Anhang 3: Wichtigkeit der Indikatoren



Quelle: Eurostat-SDI 2015

¹¹ Definitionen Domains: <http://www.healthdatanavigator.eu/performance>

Anhang 4: Alle Schlüsselindikatoren auf einen Blick, Headline-Indikator fett

Bereich	Indikator	Kurzdefinition	Ergebnisse		
			Min	Ö	Max
Gesundheitszustand	Lebenserwartung in Gesundheit	Erfasst erwartete Lebensjahre bei der Geburt in (sehr) guter Gesundheit. Der Indikator kombiniert Informationen über den selbstberichteten Gesundheitszustand von der österreichischen Gesundheitsbefragung (ATHIS) mit den Sterberaten von Statistik Austria.	63,2	66,3	70,5
	Selbsteingeschätzte Lebensqualität chronisch kranker Personen	Quantifiziert die Lebensqualität der chronisch kranken Personen. Die Lebensqualität wird nach dem Quality-of-Life-Konzept der World Health Organisation (WHOQOL) ermittelt. Informationen über chronische Erkrankungen sowie Lebensqualität sind selbstberichtet und basieren auf Umfragedaten von ATHIS.	65,0	67,1	70,4
	Inzidenz bösartiger Neubildungen, Lunge	Anzahl der Neuerkrankungsfälle in einem Kalenderjahr, altersstandardisierte Raten je 100.000 Einwohner. Lokalisation: C33-C34: Lung. Quelle: Krebsregister, Statistik Austria.	42	57	73
	Depressive Symptomatik	Berichtet über den Anteil der Bevölkerung in Prozent mit milden bis schweren depressiven Symptomen nach ATHIS 2014, altersstandardisiert. Die Umfrage misst depressive Symptome mit einem Instrument, das acht Fragen stellt (Patient Health Questionnaire, PHQ-8).	2,6	4,3	7,7
	Zahnstatus Sechsjähriger	Anteil der 6-jährigen Kinder in Prozent mit einem kariesfreien Gebiss (Score d3mft = 0), nach Zahnstaterhebungen von GÖG.	45	55	72
Determinanten der Gesundheit	Übergewicht und Adipositas	Zeigt den Anteil der Bevölkerung in Prozent, der – laut Grenzwerten der WHO – als adipös (BMI $\geq 30,00$) oder als übergewichtig (BMI $\geq 25,00$) gilt, nach ATHIS.	39	47	54
	Täglicher Tabakkonsum	Anteil täglicher Raucher/-innen in Prozent der Befragten, nach ATHIS, altersstandardisiert.	21	24	32
	Sozialkapital	Anteil der Personen mit einem hohen Ausmaß sozialer Unterstützung in Prozent. Soziale Unterstützung anhand der Oslo-3-Items-Social-Support-Scale, nach ATHIS, altersstandardisiert.	46	54	61
	Arbeitslosenrate	Die Arbeitslosenquote umfasst Personen, die derzeit keinen Arbeitsplatz haben und aktiv nach einem Arbeitsplatz suchen. Arbeitslosenraten in Prozent von Eurostat 2018.	2,4	4,9	10,0

Bereich	Indikator	Kurzdefinition	Ergebnisse		
			Min	Ö	Max
Determinanten der Gesundheit	Arbeitsklima Index, Teilindex Arbeit	basiert auf dem österreichischen Arbeitsklima Index der Arbeiterkammer Oberösterreich. Der Teilindex „Arbeit“ misst Subdimensionen des Arbeitsklimas, die mit Arbeitsbedingungen verbunden sind (allgemeine Berufszufriedenheit, psychischer, physischer und Innovations-Stress, Zeiteinteilung, Isolation am Arbeitsplatz, Lebenszufriedenheit, Einkommen). Die Indexwerte sind für Österreich im Jahr 2007 auf 100 Punkte normiert.	92	102	113
Zugang zur Versorgung	Intramurale Wartezeiten	Gibt die durchschnittliche Wartezeit in Tagen bei gesundheitlichen Problemen bis zur geplanten Aufnahme in ein Krankenhaus an. Nach Sektoren-übergreifende Patientenbefragung 2015 (BMG/GÖG 2015).	18	23	27
	Extramurale Wartezeiten	Gibt die durchschnittliche Wartezeit in Tagen bei gesundheitlichen Problemen bis zur erste Konsultation in der Haus-/Facharztpraxis an. Nach Sektoren-übergreifende Patientenbefragung 2015 (BMG/GÖG 2015).	8	10	13
	Ungedeckter Bedarf an Gesundheitsleistungen, aus finanziellen Gründen, medizinische Untersuchung	Berichtet über den Anteil der Personen in Prozent, die ungedeckten Bedarf an medizinischen Untersuchungen aus finanziellen Gründen angegeben haben, an der Gesamtzahl der Personen, die Bedarf an medizinischen Untersuchungen hatten. Der Indikator basiert auf Daten von ATHIS.	1,0	3,4	4,6
	Ungedeckter Bedarf an Gesundheitsleistungen, Entfernung zu weit oder Probleme dorthin zu kommen	Berichtet über den Anteil der Personen in Prozent, die ungedeckten Bedarf an Gesundheitsleistungen aufgrund zu hoher Entfernung oder Transportprobleme angegeben haben, an der Gesamtzahl der Personen, die Bedarf an Gesundheitsleistungen hatten. Der Indikator basiert auf Daten von ATHIS.	1,0	2,0	3,4
Qualität	Vermeidbare Sterblichkeit vor 75	Beschreibt die Mortalität vor dem 75. Geburtstag aufgrund ausgewählter Krankheiten. Todesfälle je 100.000 Einwohner pro Kalenderjahr vor 75. Laut Health Outcomes in Österreich, SV-Zahlenbericht, HVSV.	51	68	82

Bereich	Indikator	Kurzdefinition	Ergebnisse		
			Min	Ö	Max
Qualität	Ambulatory Care Sensitive Conditions (Medizinisch begründet vermeidbare Aufenthalte)	Anzahl der stationären Krankenhausaufenthalte je 1.000 Personen (altersstandardisiert) mit Diagnosen der ACSC Liste. Als ACSC werden medizinisch begründete, potenziell vermeidbare stationäre Aufenthalte bezeichnet, die mittels adäquater ambulanter Versorgung vermeidbar gewesen wären. Nach BMG-OM (2018).	17	20	23
	Potenziell inadäquate Medikation bei Älteren	Anteil der ab 70-jährigen Bevölkerung in Prozent, der mit mindestens einem potenziell inadäquaten Medikament (Packung) in einem Kalenderjahr versorgt wird. Nach BMG-OM (2018).	44	52	57
	Kaiserschnitttrate	Lebendgeborene (mit inländischem Geburtsort) durch Kaiserschnitt von Statistik Austria 2017, Anteil in Prozent an allen Lebendgeborenen. Nach Wohnbundesland der Mutter.	23	30	36
	Zufriedenheit mit den Gesundheitsleistungen	Quantifiziert die durchschnittliche Zufriedenheit der Patientinnen mit den Leistungen der Gesundheitsversorgung basierend auf der Patientenbefragung 2015 (BMG/GÖG 2016). Durchschnitt (über die stationären Aufenthalte und ambulante Versorgung) des Patientenanteils in Prozent, die mit den Leistungen zufrieden waren.	75	78	82
Effizienz	Gesundheitsausgaben pro Kopf	Präsentiert die geschätzten gesamten (laufenden) Ausgaben für Gesundheit und Pflege, öffentlich und privat des Jahres 2017 in EUR, bereinigt um Altersstruktureffekte und um die innerösterreichische Patientenmigration.	4.064	4.291	4.718
	Gesunde Lebensjahre in Relation zu Gesundheitsausgaben	Bezieht Ergebnis (Outcome) auf Ausgaben pro Kopf pro Jahr (Input), Proxy-Indikator für (System-)Effizienz.	15,3	16,9	19,0
	Endkosten im stationären Bereich pro LKF-Punkt, FKA	Bezieht Kosten der Krankenanstalten (FKA) auf die Aufenthalte unter Berücksichtigung der Leistungstiefe, in EUR. Die Bepunktung stationärer Krankenhausaufenthalte wird nach bundeseinheitlichen leistungsorientierten Diagnosenfallgruppen (LDF) vorgenommen. Endkosten sind Primärkosten abzüglich Kostenminderungen (Erlöse bzw. Kostenersatzleistungen). Der Indikator basiert auf den Daten von überregionalen Auswertungen Krankenanstalten in Zahlen (BMG/KAZ 2017, siehe auch andere Jahre).	1,01	1,18	1,31

Bereich	Indikator	Kurzdefinition	Ergebnisse		
			Min	Ö	Max
Effizienz	Durchschnittliche Dauer des Krankenhausaufenthaltes	Errechnet sich aus der Gesamtzahl der Übernachtungen von stationären Patienten in Krankenhäusern geteilt durch die Gesamtzahl der Entlassungen, laut Eurostat 2017.	6,6	8,3	9,1
	Ausgaben für ambulante Gesundheitsversorgung, pro standardisierte Bevölkerung	Geschätzte Ausgaben für die ambulante Versorgung innerhalb und außerhalb von Krankenhäusern, nach Bereinigung um Patientenströme im Krankenhausbereich und Altersstandardisierung.	973	1.101	1.158
	Ausgaben für medizinische Güter, pro standardisierte Bevölkerung	Geschätzte Ausgaben für medizinische Güter (Heilmittel und Heilbehelfe) außerhalb von Krankenanstalten, altersstandardisiert.	710	749	778
Fairness/ Verteilungsgerechtigkeit	Private Gesundheitsausgaben als Anteil der gesamten Gesundheitsausgaben	Zeigt die geschätzten Ausgaben (laufend) der privaten Haushalte (für Selbstbehalte, Selbstzahlungen usw.) als Anteil an den gesamten geschätzten Gesundheitsausgaben (ohne Pflege) in Prozent.	23	25	28
	Unterschiede zwischen Einkommensgruppen: Ungedeckter Bedarf an medizinischen Untersuchungen, aus finanziellen Gründen	Gibt Differenz in den ungedeckten Bedarf an medizinischen Leistungen in Prozentpunkte zwischen der hohen Einkommensgruppe (über 150% des österreichischen Medianeinkommens) und der niedrigen Einkommensgruppe (unter 60% des österreichischen Medianeinkommens). Selbstberichtet, basieren auf Umfragedaten von ATHIS.	1,0	3,1	6,0
	Unterschiede zwischen Einkommensgruppen: Ungedeckter Bedarf an zahnärztlichen Untersuchungen oder Behandlungen, aus finanziellen Gründen	Gibt Differenz in den ungedeckten Bedarf an zahnärztlichen Behandlungen Leistungen in Prozentpunkte zwischen der hohen Einkommensgruppe (über 150% des österreichischen Medianeinkommens) und der niedrigen Einkommensgruppe (unter 60% des ö. Medianeinkommens). Selbstberichtet, basieren auf Umfragedaten von ATHIS.	2,6	5,0	11,6

Min: Minimaler Wert, Ö: Österreich, Max: Maximaler Wert

**Anhang 5: Alle Schlüsselindikatoren stationäre Versorgung auf einen Blick,
Headline-Indikator **fett****

Bereich	Indikator	Kurzdefinition	Ergebnisse		
			Min	Ö	Max
Zugang zur Versorgung	Intramurale Wartezeiten	Gibt die durchschnittliche Wartezeit in Tagen bei gesundheitlichen Problemen bis zur geplanten Aufnahme in ein Krankenhaus an. Nach Sektorenübergreifende Patientenbefragung, 2015 (BMG/GÖG 2015).	18	23	27
	Private Gesundheitsausgaben stationär als Anteil der gesamten stationären Gesundheitsausgaben	Zeigt die geschätzten Ausgaben (laufend) der privaten Haushalte (für Selbstbehalte, Selbstzahlungen usw.) im stationären Bereich als Anteil an den gesamten geschätzten stationären Gesundheitsausgaben (ohne Pflege) in Prozent.	7	11	15
Qualität	Vermeidbare Sterblichkeit vor 75	Beschreibt die Mortalität vor dem 75. Geburtstag aufgrund ausgewählter Krankheiten. Todesfälle je 100.000 Einwohner pro Kalenderjahr vor 75. Laut Health Outcomes in Österreich, SV-Zahlenbericht, HVSV.	51	68	82
	Mortalität Schlaganfälle, pro 100.000 Einwohner über 50	Berichtet über die Zahl der Zerebrovaskulären Erkrankungen mit unmittelbarer Todesfolge als Anteil der Bevölkerung über 50 Jahre für das Jahr 2017 aus der Todesursachenstatistik von Statistik Austria.	99	137	156
	Mortalität AMI, pro 100.000 Einwohner über 50	Informiert über die Zahl der akuten Myokardinfarkte mit unmittelbarer Todesfolge als Anteil der Bevölkerung über 50 Jahre für das Jahr 2017 aus der Todesursachenstatistik von Statistik Austria.	99	138	199
	Kaiserschnitttrate	Lebendgeborene (mit inländischem Geburtsort) durch Kaiserschnitt, Anteil in Prozent an allen Lebendgeborenen. Nach Wohnbundesland der Mutter.	23	30	36
	Zufriedenheit mit den stationären Gesundheitsleistungen	Quantifiziert die durchschnittliche Zufriedenheit der Patientinnen mit den Leistungen der Gesundheitsversorgung basierend auf der Patientenbefragung 2015 (BMG/GÖG 2015). Anteil der Patientinnen in Prozent, die mit stationären Leistungen zufrieden waren.	72	75	79

Bereich	Indikator	Kurzdefinition	Ergebnisse		
			Min	Ö	Max
Qualität	Prozessqualität	Bildet die subjektiven Erfahrungen der Patienten mit der Qualität der Prozesse in den Krankenanstalten auf Basis der Patientenbefragung 2015 (BMG/GÖG 2015) ab. Durchschnitt aus den Anteilen der Zustimmungswerte in Prozent zur Frage, ob bei der Aufnahme alle vom Patienten einzunehmenden Medikamente erhoben wurden, und zur Frage, ob alle für die Behandlung/Untersuchung erforderlichen Unterlagen zur Verfügung standen.	66	70	73
	Stationäre Ausgaben pro standardisierte Bevölkerung	Zeigt die geschätzten (laufenden) Ausgaben für stationäre Versorgung (ohne Pflege) in Mio. EUR pro Kopf im Jahr 2017. Die Ausgaben sind bereinigt um Altersstruktureffekte und um die innerösterreichische Patientenmigration.	1.301	1.452	1.613
Effizienz	Endkosten im stationären Bereich pro LKF-Punkt, FKA	Bezieht Kosten der Krankenanstalten (FKA) auf die Aufenthalte unter Berücksichtigung der Leistungstiefe, in EUR. Die Bepunktung stationärer Krankenhausaufenthalte wird nach bundeseinheitlichen leistungsorientierten Diagnosenfallgruppen (LDF) vorgenommen. Endkosten sind Primärkosten abzüglich Kostenminderungen (Erlöse bzw. Kostenersatzleistungen). Der Indikator basiert auf den Daten von überregionalen Auswertungen Krankenanstalten in Zahlen (BMG/KAZ 2017, siehe auch andere Jahre).	1,01	1,18	1,31
	Durchschnittliche Dauer des Krankenhausaufenthaltes	Errechnet sich aus der Gesamtzahl der Übernachtungen von stationären Patienten in Krankenhäusern geteilt durch die Gesamtzahl der Entlassungen, laut Eurostat 2017.	6,6	8,3	9,1
	LKF-Punkte pro Personal, in VZÄ	Zeigt wie viele LKF-Punkte pro eingesetztem Personal in Vollzeitäquivalenten in den Fondsrankenanstalten im Jahr 2017 erreicht wurden (BMG KAZ/2017).	663	733	852
	Ineffizienz im stationären Bereich	Quantifiziert die subjektiven Erfahrungen der Patienten mit der Qualität der Prozesse in den Krankenanstalten auf Basis der Patientenbefragung 2015 (BMG/GÖG 2015). Durchschnitt aus den Anteilen der „Ja“-Antworten auf die Frage, ob Untersuchungen mehrfach durchgeführt wurden, und den Anteilen der „Nein“-Antworten auf die Frage, ob die Patientinnen den Eindruck hatten, dass die weiterbehandelnde Ärztin über den Krankheitsverlauf informiert war.	13	14	17
	Spitalsambulante Endkosten pro Frequenz	Stellt Kosten der Spitalsambulanzen in den Fondsrankenanstalten (FKA) in EUR der Zahl der ambulanten Frequenzen in den FKA gegenüber (BMG KAZ/2017).	166	215	245

Anhang 6: Personal (VZÄ) pro 1000 Aufenthalte in FKA 2001 bis 2017

Personal (VZÄ) pro 1000 Aufenthalte	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	gesamt '01	gesamt '17
Ö																			
Ärzte	7,4	7,2	7,4	7,3	7,3	7,3	7,3	7,3	7,5	7,7	7,8	7,8	7,9	8,0	8,1	8,1	8,4		
gehobener Dienst	21,1	20,5	20,6	20,5	20,7	20,5	20,5	20,4	20,7	20,8	20,9	21,1	21,3	21,3	21,5	21,3	21,8	48,8	48,0
sonstige	20,3	19,5	19,3	18,9	18,6	17,7	17,3	17,4	17,6	17,7	17,5	17,5	17,5	17,4	17,6	17,5	17,8		
B																			
Ärzte	6,2	5,9	5,8	5,8	5,9	5,7	5,6	5,5	5,4	5,5	5,7	5,8	5,8	6,0	6,1	6,4	7,0		
gehobener Dienst	17,5	16,8	16,5	16,8	17,3	17,1	16,3	15,7	15,7	15,5	15,5	15,2	15,5	16,3	17,4	17,8	18,8	37,2	38,0
sonstige	13,5	12,9	12,7	12,7	12,9	12,2	11,5	10,8	10,5	10,0	10,0	9,7	9,2	9,6	11,1	11,5	12,2		
K																			
Ärzte	5,7	5,4	5,4	5,6	5,8	5,9	6,1	6,3	6,6	6,8	6,7	6,7	6,7	6,7	7,0	7,2	8,0		
gehobener Dienst	17,1	16,1	15,8	16,3	17,2	17,4	18,2	18,5	19,4	20,0	19,4	19,4	19,6	19,7	20,5	20,6	22,8	43,7	51,6
sonstige	20,9	19,6	19,2	19,6	19,8	19,2	20,0	20,2	20,7	20,8	18,7	17,9	18,0	18,1	18,8	18,9	20,7		
NÖ																			
Ärzte	6,3	6,3	6,4	6,4	6,5	6,6	6,6	7,0	7,4	7,6	7,9	8,1	8,6	8,8	9,1	9,0	9,6		
gehobener Dienst	19,5	19,1	19,3	19,5	19,7	19,9	20,1	20,8	21,6	21,9	21,9	22,4	23,4	23,5	24,0	24,2	24,8	42,3	51,5
sonstige	16,4	15,8	15,5	14,9	14,6	14,2	13,9	14,2	14,8	15,1	15,4	15,6	16,2	16,4	16,6	16,7	17,1		
OÖ																			
Ärzte	5,9	5,9	6,0	6,0	6,0	6,0	5,9	6,0	6,1	6,2	6,2	6,3	6,2	6,1	6,2	6,2	6,1		
gehobener Dienst	18,6	18,4	18,4	18,5	18,4	18,3	17,9	17,8	18,0	18,1	18,1	18,6	18,7	19,0	19,1	18,7	18,6	42,8	37,5
sonstige	18,3	17,8	17,3	16,9	16,6	16,2	15,4	15,0	15,0	15,0	14,6	14,7	14,7	14,8	15,0	14,8	12,7		
S																			
Ärzte	6,2	6,3	6,4	6,3	6,2	6,1	6,1	6,2	6,3	6,4	6,6	6,8	6,8	6,7	6,7	6,8	7,6		
gehobener Dienst	20,1	20,2	20,0	19,5	19,1	18,4	18,1	17,8	17,7	18,0	17,9	18,5	18,8	18,7	18,9	18,8	20,4	44,9	43,3
sonstige	18,6	18,3	18,0	17,1	16,3	11,4	11,1	14,9	15,1	14,9	15,0	15,1	14,9	14,7	14,8	14,5	15,3		
ST																			
Ärzte	8,4	8,1	8,2	8,1	8,1	8,2	8,4	8,4	8,7	8,5	8,5	8,4	8,4	8,4	9,1	8,7	9,1		
gehobener Dienst	21,2	20,3	20,6	20,3	20,8	20,8	21,0	21,0	21,2	21,4	21,7	21,7	21,6	21,4	22,5	22,3	23,2	54,7	54,4
sonstige	25,2	24,2	24,3	23,7	23,9	23,0	22,9	22,8	23,0	23,0	22,7	22,3	22,0	21,7	21,8	21,5	22,2		
T																			
Ärzte	7,8	7,4	7,4	7,3	7,2	7,0	7,0	7,0	7,4	7,7	7,8	8,0	8,1	8,2	8,3	8,5	9,0		
gehobener Dienst	20,5	19,2	19,2	18,5	18,5	18,1	18,1	18,0	18,7	19,4	20,1	20,8	21,0	21,2	21,5	21,7	22,7	44,7	48,1
sonstige	16,5	15,6	14,7	14,3	13,9	13,4	13,4	13,2	13,6	14,1	14,4	14,8	15,0	15,0	15,5	15,6	16,4		
V																			
Ärzte	6,0	6,0	6,0	6,0	6,0	6,0	6,1	6,0	6,1	6,3	6,3	6,3	6,4	6,8	7,0	7,0	7,4		
gehobener Dienst	17,2	16,7	16,7	16,8	16,6	16,6	16,4	15,8	15,8	16,0	15,9	16,3	16,2	16,4	16,8	16,8	17,4	38,8	38,7
sonstige	15,6	15,0	14,9	14,3	13,9	13,8	13,6	13,2	13,1	13,3	13,2	13,7	14,0	13,9	13,5	13,5	13,9		
W																			
Ärzte	9,8	9,6	10,1	10,0	9,7	9,6	9,6	9,6	9,6	9,8	9,9	9,8	9,9	9,8	9,9	9,7	9,7		
gehobener Dienst	27,2	26,4	27,3	27,0	27,2	26,9	26,5	26,2	26,3	25,6	25,7	25,3	25,3	24,9	24,1	23,4	22,9	62,2	53,0
sonstige	25,2	24,3	24,7	24,5	24,2	23,5	22,8	22,4	22,1	22,0	22,3	21,9	21,7	21,1	21,1	20,9	20,4		

Quelle: BMASGK 2019, HS&I-eigene Berechnung und Darstellung

11 Ausgewählte Literatur

- A-IQI (2017): Austrian Inpatient Quality Indicators, Bericht 2017. Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz, Wien, Februar 2018.
- Acemoglu, D., Finkelstein, A., & Notowidigdo, M. J. (2013). Income and health spending: Evidence from oil price shocks. *Review of Economics and Statistics*, 95(4), 1079-1095.
- Albers, Gregory W., et al. (2018) Thrombectomy for stroke at 6 to 16 hours with selection by perfusion imaging. *New England Journal of Medicine* 378.8: 708-718.
- Baldrige Performance Excellence Program (2017): 2017–2018 Baldrige Excellence Framework (Health Care): A Systems Approach to Improving Your Organization's Performance. Gaithersburg, MD: U.S. Department of Commerce, National Institute of Standards and Technology. <https://www.nist.gov/baldrige>
- BMASGK (2019a) Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung: Systembeschreibung 2019
- BMASGK (2019b) „Krankenanstalten in Zahlen“. Wien
- BMG (Hg.) (2015): Medizinisch begründet vermeidbare Aufenthalte. Ambulatory Care Sensitive Conditions Analysen und Empfehlungen. Bundesministerium für Gesundheit, Bundesgesundheitsagentur, Wien.
- BMG (BMG-OM 2016): Outcome-Messung im Gesundheitswesen basierend auf dem Mess- und Vergleichskonzept. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen. Wien, August
- BMG (2018). Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2017. Wien, April 2018. ISBN 978-3-903099-27-2
- BMG (BMG-OM 2018): Outcome-Messung im Gesundheitswesen basierend auf dem Mess- und Vergleichskonzept; Aktualisierte Fassung 2017. Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz. Wien, April
- BMG/GÖG (2016): Sektorenübergreifende Patientenbefragung; Ergebnisbericht 2015. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, Gesundheit Österreich GmbH, April.
- BMöDS (2018). Bericht über die wirkungsorientierte Folgenabschätzung Bericht gemäß § 68 Abs. 5 BHG 2013 iVm § 6 Wirkungscontrollingverordnung. Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz: https://www.oeffentlicherdienst.gv.at/wirkungsorientierte_verwaltung/dokumente/WFA-Bericht_2017_BMASGK_2.pdf?6h110c
- Bogaert P., Herman Van Oyen, Isabelle Beluche, Emmanuelle Cambois, and Jean-Marie Robine (2018). The use of the global activity limitation Indicator and healthy life

- years by member states and the European Commission. *Archives of Public Health* (2018) 76:30 <https://doi.org/10.1186/s13690-018-0279-z>
- Breyer, F., Costa-Font, J., & Felder, S. (2010). Ageing, health, and health care. *Oxford Review of Economic Policy*, 26(4), 674-690.
- Czasný, I., J. Hagleitner, A. Hlava, S. Sagerschnig, H. Stürzlinger, M. Willinger (2012): *Ärztinnen und Ärzte: Bedarf und Ausbildungsstellen 2010 bis 2030*. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen. Wien, Juni 2012.
- Czypionka, T., Kraus, M., Mayer, Susanne, & Röhring, G. (2014). Efficiency, ownership, and financing of hospitals: The case of Austria. *Health Care Management Science*, 17(4), 331-347.
- Czypionka T., Röhring G., Ulinski S. (2014): *Ambulatory Care Sensitive Conditions: Einflussfaktoren international und in Österreich*. IHS und HVSVT, Wien
- De La Maisonnette, C., & Martins, J. O. (2013). *Public Spending on Health and Long-term Care*.
- Dragosits A., Scheuringer M. (2016): *Health Outcomes in Österreich, update SV-Zahlenbericht 2016*. HVSV, Wien, December
- EC (2013). European Commission: Social Protection Committee Indicators Sub-group (2013): *Developing an assessment framework in the area of health based on the Joint Assessment Framework methodology: final report to the SPC on the first stage of implementation*. Brussels, November 2013.
- EC (2017). European Commission: Social Scoreboard, <https://composite-indicators.jrc.ec.europa.eu/social-scoreboard/> © European Union, 2017
- EC (2018a). European Commission: *The 2018 Ageing Report Economic and budgetary projections for the 28 EU Member States (2016-2070)*, Institutional Paper 079, Mai.
- EC (2018b). European Commission: *Country Report Austria 2018*, Commission staff working document, SWD 218 final. <https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/2018-european-semester-country-report-austria-en.pdf>.
- Eurostat (2018), *Amenable and preventable deaths statistics*, Statistics Explained, Luxemburg, June 2018.
- Ezzati M., Lopez A.D., Rodgers A., Vander Hoorn S., Murray C.J. (2002): *Selected major risk factors and global and regional burden of disease*. *Lancet* 360: 1347–1360.
- Firgo, M. O. Fritz, P. Huber, M. Klien, P. Mayerhofer, M. Weingärtler (2018): *Die Wirtschaft in den Bundesländern, III. Quartal 2017*. © 2018 Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung.

- Fischbacher, P. (2011): Stationäre Langzeitpflege in Österreich: Überlegungen zur Qualität, deren gesetzlicher Grundlage und deren Kontrolle. Universität Salzburg & University of Salzburg Business School.
- Fuentes, A. et al. (2006): Reforming federal fiscal relations in Austria. OECD Economics Department Working Papers, 474. Paris, OECD.
- Global Burden of Disease (GBD 2018): Measuring performance on the Healthcare Access and Quality Index for 195 countries and territories and selected subnational locations: a systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2016. The Lancet, Volume 391, Issue 10136, 2236 – 2271.
- Glechner A, Harreiter J, Gartlehner G, Rohleder S, Kautzky A, Tuomilehto J, Van Noord M, Kaminski-Hartenthaler A, Kautzky-Willer A. (2014). Sex-specific differences in diabetes prevention: a systematic review and meta-analysis., Diabetologia. 2015 Feb;58(2):242-54. doi: 10.1007/s00125-014-3439-x. Epub 2014 Dec 3. Review. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25465437>
- GÖG (2015): Monitoring nach Vereinbarung gem. Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit und Bundes-Zielsteuerungsvertrag, II/2014, Wien, Februar 2015
- Gönenç R./Hofmarcher M. M./Wörgötter A. (2011). Reforming Austria's Highly Regarded but Costly Health System. OECD Economics Department Working Papers, 895. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) (2011)
- Griebler, R., Winkler, P., Gaiswinkler, S., Bengough, T., Delcour, J., Juraszovich, B., Nowotny, M., Pochobradsky, E., Schleicher, B., Schmutterer, I., Wachabauer, D., (2017): Niederösterreichischer Gesundheitsbericht 2016. Berichtszeitraum 2005-2014. Niederösterreichische Landesregierung und NÖ Gesundheits- und Sozialfonds, St. Pölten.
- Grossmann B., Schuster P. (2017): Langzeitpflege in Österreich: Determinanten der staatlichen Kostenentwicklung. Fiskalrat, Wien, Juni
- Handler, H. (2007): Wer anschafft, der zahlt: Die Finanzierung der öffentlichen Aufgaben. www.gemeindegund.at/rcms/uploead/downloads/Handler_Endbericht.pdf.
- Heijink R., Engelfriet P., Rehnberg C., Kittelsen S. A. C., Hakkinen U. (EuroHOPE 2015): A Window on Geographic Variation in Health Care: Insights from EuroHOPE. Health Economics 24, 2015
- Highfill, T. and Bernstein, E. (2014): Using Disability-Adjusted Life Years to Value the Treatment of Thirty Chronic Conditions in the U.S. from 1987-2010. BEA working paper 2014-9.
- Hofmarcher MM, Paterson I, Riedel M (2002) Measuring hospital efficiency in Austria—a DEA approach. Health Care Manag Sci 5(1):7–14. doi:10.1023/A:1013292801100

- Hofmarcher MM, Lietz C, Schnabl A (2005) Inefficiency in Austrian inpatient care: identifying ailing providers based on DEA results. *Cent Europ J Oper Res* 13:341–263
- Hofmarcher M. M., Howard Oxley and Elena Rusticelli (2007). Improved Health System Performance through better Care Coordination, OECD Working Paper, DELSA/HEA/WD/HWP(2007)/6
- Hofmarcher M. M., Smith P. (eds) (2013): The Health Data Navigator. Your toolkit for comparative performance analysis. A EuroREACH product: http://www.healthdatanavigator.eu/HDN_Toolkit_Final.pdf
- Hofmarcher M. M., E. Festl, L. Tarver (2016) Health sector employment growth calls for improvements in labor productivity. *Health Policy* 120 (2016) 894–902. <http://dx.doi.org/10.1016/j.healthpol.2016.06.001>
- Hofmarcher M. M., Molnárová Z. (2017a): Leistungskraft regionaler Gesundheitssysteme, Betrachtung der Bundesländerebene, HS&I Projektbericht. August 2017
- Hofmarcher M M, Simon J, Haidinger G (2017b): Stroke-units in Austria: incubators for improved health outcomes. in Braithwaite J. et al (Ed) *Health Systems Improvement across the Globe: Success Stories from 60 Countries*, Taylor & Francis Ltd (16. August 2017)
- Hofmarcher, M. M., Z. Molnárová (2018a): (De-)Zentralisierung in der Krankenversicherung: Kontext, Vor- und Nachteile. Studie im Auftrag der Ärztekammer und der Arbeiterkammer Vorarlberg. HS&I Projektbericht. Wien, Mai 2018.
- Hofmarcher, M.M., Z. Molnárová (2018b). Fact Book Leistungskraft regionaler Gesundheitssysteme. HS&I Projektbericht. Projekt mit Unterstützung von Philips Austria. Wien August 2018. <http://www.HealthSystemIntelligence.eu/RegionalFactBook>
- Hofmarcher M.M. (2019). Umbau der Steuerung in der Gesundheitspolitik seit 2000: Etappensiege für Schwarz-Blau, in: Emmerich Tálós (Hg.), *Dier Schwarz-Blaue Wende in Österreich*, LiT Verlag, Wien 2019.
- Hsiao, W. and Heller, P. S. (2013): What Should Macroeconomists Know about Health Care Policy? , IMF Working Paper 07/13 Washington: <http://www.imf.org/external/pubs/ft/wp/2007/wp0713.pdf>
- IHS (2012) - Institut für Höhere Studien: Leistungsfähigkeit der Fondsspitäler in Österreich und Finanzierungsstrukturen der Fondsspitäler in Wien. Projektbericht/Research Report. Institut für Höhere Studien, Wien.
- IHS (2017) – Institut für Höhere Studien: Effizienzentwicklung im österreichischen Spitalswesen Projektbericht/Research Report. Institut für Höhere Studien, Wien.

- IMF (2011): Austria: 2011 Article IV Consultation – Preliminary Conclusions. Washington DC, International Monetary Fund (IMF).
<http://www.imf.org/external/np/ms/2011/061411.htm>
- James, W. P. T. (2009): WHO recognition of the global obesity epidemic. *International Journal of Obesity*, 32/S120, Macmillan Publishers Limited. available online:
<http://dx.doi.org/10.1038/ijo.2008.247>
- Kamarudeen, S. (2010): Amenable mortality as an indicator of healthcare quality - a literature review. *Health statistics quarterly*, 2010 Autumn;(47):66-80. doi: 10.1057/hsq.2010.16.
- Kautzky-Willer A, Dorner T, Jensby A, Rieder A. (2012): Women show a closer association between educational level and hypertension or diabetes mellitus than males: a secondary analysis from the Austrian HIS., *BMC Public Health*. 2012 May 30; 12:392. doi: 10.1186/1471-2458-12-392.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22646095>
- Kautzky-Willer A, Harreiter J. (2017): Sex and gender differences in therapy of type 2 diabetes., *Diabetes Res Clin Pract*. 2017 Sep; 131:230-241. doi: 10.1016/j.diabres.2017.07.012. Epub 2017 Jul 13. Review.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28779681>
- Klimont J., Klotz J. (2016): Lebenserwartung in Gesundheit nach Bundesland, Geburtsland und Schulbildung. *Statistische Nachrichten*, 9/2016
- Kornai, J., E. Maskin und G. Roland. (2003): Understanding the Soft Budget Constraint. *Journal of Economic Literature* 41, 1095–1136.
- Kringos, D. S., Boerma, W. van der Zee, J. et al (2013): Europe’s strong primary care systems are linked to better population health but also higher health spending. *Health Affairs*, 32(4), 686-694.
- LRH-K (2018). Bericht des Kärntner Landesrechnungshofes „Tagesklinische Leistungserbringung“. LRH-GUE-5/2018. Prüfungszeitraum 2012 – 2016 in den Fondkrankenanstalten Kärntens.
- Licchetta, M., & Stelmach, M. (2016). Fiscal sustainability and public spending on health. Office for Budget Responsibility.
- LSE (2017): Efficiency Review of Austria’s Social Insurance and Healthcare System. Volume 1 – International Comparisons and Policy Options, London School of Economics and Political Science, August 2017.
- Medeiros, J., & Schwierz, C. (2013). Estimating the drivers and projecting long-term public health expenditure in the European Union: Baumol's "cost disease" revisited (No. 507). Directorate General Economic and Financial Affairs (DG ECFIN), European Commission.
- NHS (2015): The NHS Atlas of Variation in Healthcare, Reducing unwarranted variation increase value and improve quality. Public Health England, September 2015

- Nolte, Ellen, McKee, Martin (2008): Measuring the Health of Nations. Updating an Earlier Analysis. In: Health Affairs 27/158-71.
- OECD/KIPF (OECD 2016), Fiscal Federalism 2016: Making Decentralisation Work, OECD Publishing, Paris. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264254053-en>
- OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (OECD/EC 2017): Austria: Country Health Profile 2017, State of Health in the EU. OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264283268-en>
- OECD (2018). HEALTH AT A GLANCE: Europe 2018. <https://www.oecd.org/health/health-at-a-glance-europe-23056088.htm>
- Or, Zeynep, A. Penneau (2018): A Multilevel Analysis of the determinants of emergency care visits by the elderly in France. Health Policy. 2018 May 18. pii: S0168-8510(18)30137-4. doi: 10.1016/j.healthpol.2018.05.003.
- Parlament (2011): Keiner soll bei Operationen gleicher sein. Parlamentskorrespondenz Nr. 718 vom 08.07.2011. Wien. http://www.parlament.gv.at/PAKT/PR/JAHR_2011/PK0718/index.shtml.
- Peinhaupt, C.; Robl, E.; Plank, M.; Fassolder, G.; Krahulec, E.; König, C.; Schmidt, L.; Habacher, W. (2016): Gesundheitsbericht 2015 für die Steiermark. Hg. v. Gesundheitsfonds Steiermark. Graz.
- Perić, N., Hofmarcher, M. M., Simon, J. (2018): Headline indicators for monitoring the performance of health systems: Findings from the European Health Systems_Indicator (euHS_I) survey. Archives of Public Health (2018) 76:3 <https://doi.org/10.1186/s13690-018-0278-0>.
- Philips (2019): Future Health Index 2019. <https://www.philips.com/a-w/about/news/future-health-index/reports/2019/transforming-healthcare-experiences.html>
- Presse- und Informationsdienst der Stadt Wien (PID 2018): Wiener Gesundheitsziele: Trend zu Kaiserschnitten stoppen – Chance auf Spontangeburt erhöhen, 8.06.2018.
- Quentin, Wilm, R. Busse (2018). The strongly decentralized Swiss health system achieves good results: Past research has addressed persisting challenges – but more is encouraged. June 2018. DOI: 10.1016/j.healthpol.2018.06.
- Rechnungshof Österreich (RH 2014/9): „Tagesklinische Leistungserbringung am Beispiel des Landes Steiermark“; Follow-up-Überprüfung“. Bund 2014/9. Prüfungszeitraum 2009 – 2012.
- Rechnungshof Österreich (RH 2015/17): Rolle des Bundes in der österreichischen Krankenanstaltenplanung.
- Rechnungshof Österreich (2017): Tätigkeitsbericht.

- Riedel M. Th. Cypionka (2019) Die Bedeutung der Spitalsträgerschaft in Gesundheitssystemen. Studie im Auftrag der Superiorenkonferenz der Männerorden. Institut für Höhere Studien, Wien.
- Roberts, C., Troop, N., Connan, F., Treasure, J. and Campbell, I. C. (2007): The Effects of Stress on Body Weight: Biological and Psychological Predictors of Change in BMI. *Obesity*, 15: 3045-3055. doi:10.1038/oby.2007.363.
- Rocco L, Suhrcke M. (2012) Is social capital good for health? A European perspective. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2012.
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/170078/Is-Social-Capital-good-for-your-health.pdf.
- Rotar, A. M., van den Berg, M. J., Kringos, D. S., Klazinga, N. S. (2016): Reporting and use of the OECD Health Care Quality Indicators at national and regional level in 15 countries. *International Journal for Quality in Health Care*. doi:10.1093/intqhc/mzw027
- Scheffler, R., und Arnold, D. (2018): Projecting shortages and surpluses of doctors and nurses in the OECD: What looms ahead. *Health Economics, Policy and Law*, 1-17. doi:10.1017/S174413311700055X.
- Schiman, S. (2013). Austria's Public Finances in a Long-term Perspective. Budget Projections up to 2050. WIFO Studies.
- Smith, S., Newhouse, J. P., & Freeland, M. S. (2009). Income, insurance, and technology: why does health spending outpace economic growth?. *Health Affairs*, 28(5), 1276-1284.
- Sommersguter-Reichmann M (2000) The impact of the Austrian hospital financing system on hospital productivity: empirical evidence on efficiency and technology changes using a nonparametric input-based Malmquist approach. *Health Care Manag Sci* 3:309–321. doi:10.1023/A:1019022230731
- Statistik Austria (2015): Österreichische Gesundheitsbefragung 2014. Wien
- Statistik Austria (STAT AT/KE 2017): VERBRAUCHSAUSGABEN; Hauptergebnisse der Konsumerhebung 2014/2015. Wien. ISBN 978-3-903106-32-1.
- Stein C. J., Colditz G. A. (2004): Modifiable risk factors for cancer. *British Journal of Cancer*. 2004 Jan 26; 90(2):299-303.
- Stepan A, Sommersguter-Reichmann M (2005) Applied performance measurement: a case study using DEA and other frontier production function-related indexes. In: Steven M, Sonntag S (eds) *Quantitative Unternehmensführung*. Physica-Verlag, Heidelberg, pp 107–125
- Tscharre, M., Jäger, B., Farhan, S., Christ, G., Schreiber, W., Weidinger, F., ... & Huber, K. (2017). Impact of time of admission on short-and long-term mortality in the Vienna STEMI registry. *International journal of cardiology*, 244, 1-6.

Van den Heuvel W. J. A., M. Olaroiu (2017): How Important Are Health Care Expenditures for Life Expectancy? A Comparative, European Analysis. *Journal of the American Medical Directors Association*. Volume 18, Issue 3, 1 March 2017, Pages 276.e9-276.e12 <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2016.11.027>.

WHO (2015): WHO Statement on Caesarean Section Rates. WHO, Geneva.

Zaidi, A., Katrin Gasior, Maria M. Hofmarcher , Orsolya Lelkes, Bernd Marin, Ricardo Rodrigues, Andrea Schmidt, Pieter Vanhuyse and Eszter Zolyomy (2012) Active Ageing Index 2012, Concept, Methodology and Final Results. European Centre Vienna. Report submitted to European Commission's Directorate General for Employment, Social Affairs and Inclusion, and to the UNECE, for the project Active Ageing Index (AAI), UNECE Grant No: ECE/GC/2012/003, March 2013: <http://www1.unece.org/stat/platform/display/AAI/V.+Methodology>.

12 Ausgewählte Datenquellen

BMG

Krankenanstalten in Zahlen (bis 2017). <http://www.kaz.bmgf.gv.at/>

Outcome-Messung im Gesundheitswesen basierend auf dem Mess- und Vergleichskonzept.

http://www.bmgf.gv.at/home/Gesundheit/Gesundheitsreform/Mess-_und_Vergleichskonzept_-_Outcome-Messung_im_Gesundheitswesen

Sektorenübergreifende Patientenbefragung (2011, 2016), Gesundheit Österreich GmbH.
http://goeg.at/Sekt_Patientenbefragung

BMASGK

Pflegevorsorgeberichte (2011 - 2016),

https://www.sozialministerium.at/site/Service_Medien/Infomaterial/Downloads/Oesterreichischer_Pflegevorsorgebericht_2016

Eurostat

General and regional statistics. <http://ec.europa.eu/eurostat/data/database>

Fiskalrat

Grossmann B., Schuster P. (2017): Langzeitpflege in Österreich: Determinanten der staatlichen Kostenentwicklung. Fiskalrat, Wien, Juni 2017.

HVSV

Dragosits A., Scheuringer M. (2015): Health Outcomes in Österreich, SV-Zahlenbericht 2015. HVSV, Wien, December

Dragosits A., Scheuringer M. (2016): Health Outcomes in Österreich, update SV-Zahlenbericht 2016. HVSV, Wien, December

Finanzstatistik der österreichischen Sozialversicherung, 2010 - 2017.

Statistische Handbücher der österreichischen Sozialversicherung, 2010 - 2017.

<http://www.sozialversicherung.at/cdscontent/?contentid=10007.683681&viewmode=content>

GÖG

Bodenwinkler, A., Kerschbaum, J., Sax, G. (2017) Länder-Zahnstatuserhebung 2016: Sechsjährige in Österreich. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Bundesministerium für Gesundheit / Gesundheit Österreich GmbH - Geschäftsbereich ÖBIG, Wien.

OECD

Caesarean sections (indicator). doi: 10.1787/adc3c39f-en. Accessed on 01 July 2019.

Economic Outlook No. 103 – Long Term Baseline Projections

https://stats.oecd.org/viewhtml.aspx?datasetcode=EO103_LTB&lang=en

Health at a Glance: Europe

https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-europe-2018_health_glance_eur-2018-en

Regional statistics and indicators. <http://www.oecd.org/cfe/regional-policy/regionalstatisticsandindicators.htm>

OÖAK

Österreichischer Arbeitsklima Index der Arbeiterkammer Oberösterreich.

<http://db.arbeitsklima.at/>

VVÖ

Versicherungsverband Österreich: Jahresberichte (2011 - 2017).

<https://www.vvo.at/vvo/vvo.nsf/sysPages/jahresbericht.html>

Statistik Austria

Bevölkerungsstatistik

https://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/bevoelkerung/index.html

Bevölkerungsprognosen

https://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/bevoelkerung/demographische_prognosen/bevoelkerungsprognosen/index.html

Bundespflegegeld

https://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/soziales/sozialleistungen_auf_bundesebene/bundespflegegeld/index.html

Das System der volkswirtschaftlichen Gesamtrechnungen (VGR)

https://www.statistik.at/web_de/statistiken/wirtschaft/volkswirtschaftliche_gesamtrechnungen/indin.html

Klimont, J., Klotz, J. (2016): Lebenserwartung in Gesundheit nach Bundesland, Geburtsland und Schulbildung. Auswertungen aus der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2014. Statistische Nachrichten 71(9), 664-669

Konsumerhebung 2014/2015, 2009/2010.

https://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/soziales/verbrauchsangabe/index.html

Krebsstatistik (Krebsregister)

https://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/gesundheit/krebserkrankung/index.html

Medizinische und sozialmedizinische Merkmale von Geborenen

https://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/bevoelkerung/geborene/medizinische_und_sozialmedizinische_merkmale/index.html

Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007, 2014

https://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/gesundheit/gesundheitszustand/index.html

System of Health Accounts (2011 – 2017).

https://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/gesundheit/gesundheitsausgaben/index.html

Sozialleistungen auf Landesebene, Landes-Pflegegeldstatistik,
Pflegedienstleistungsstatistik

https://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/soziales/sozialleistungen_auf_landesebene/index.html

Spitalsentlassungsstatistik

https://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/gesundheit/stationaere_aufenthalte/spitalsentlassungen_gesamt/index.html

Todesursachenstatistik

https://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/gesundheit/todesursachen/index.html

FACT SHEETS der österreichischen Bundesländer



BUNDESLÄNDER FACT SHEETS

Wozu Fact Sheets?

Fact Sheets sind Informationsblätter zu Gesundheit und Bereichen der Gesundheitssysteme der österreichischen Bundesländer.

Fact Sheets haben einen Umfang von zwei Seiten und geben Auskunft über die Krankenanstalten pro Bundesland und ihren Finanzbedarf, **faktisch, aktuell, cool und temperiert**.

Fact Sheets geben dem Krankenanstaltenbereich einen demographischen und sozioökonomischen Kontext, und sie fassen die Ressourcen des jeweiligen Systems und seiner Krankenanstalten vergleichend zusammen.

Fact Sheets präsentieren eine detaillierte Vorausschau des zukünftigen Finanzbedarfes von Krankenanstalten im jeweiligen Bundesland. Ergebnisse werden kurz beschrieben und in einen Zusammenhang zur erwarteten wirtschaftlichen Entwicklung gebracht.

Fact Sheets bezwecken eine neue Informationskultur zu etablieren, die Transparenz und evidenzbasierte Politikgestaltung auf regionaler und föderaler Ebene fördert.

Wie wurden die Fact Sheets gemacht?

Fact Sheet Indikatoren kommen aus unterschiedlichen Quellen, sie werden mit Hilfe von Standardisierungen vergleichbar gemacht oder neu berechnet, wie beispielsweise regionale Gesundheitsausgaben.

Fact Sheets kombinieren Daten und Informationen von Statistik Austria, des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz, des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger und beziehen Statistiken von OECD, und Eurostat mit ein.

Fact Sheets zeigen Werte in Form von Balken- und Liniendiagrammen, Ergebnisse werden zusammenfassend diskutiert.

Für wen sind die Fact Sheets?

Fact Sheets richten sich an ein interessiertes Publikum, das Informationen zur Leistungskraft im Gesundheits- und Sozialwesen schätzt, braucht und fordert.

Fact Sheets haben eine Datenbank als Grundlage. Die Definitionen aller Indikatoren, die Liste der Quellen und die gesammelten Daten, sowie der vollständige Projektbericht sind unter: <http://www.HealthSystemIntelligence.eu/Krankenanstalten>, abrufbar.

Krankenanstalten im Bundesländervergleich

Burgenland

Fact Sheet



Burgenland

Demografischer und sozioökonomischer Kontext, 2017

	Burgenland	Österreich
Bevölkerung (in 1000)	292	8.795
Anteil der Bevölkerung über 65 Jahre, in %	21%	18%
Bruttoregionalprodukt pro Kopf ¹ (in EUR)	30.001	42.058
Arbeitslosenquote ² (%)	5%	6%

1 Bruttoregionalprodukt nominell (Bruttoinlandsprodukt für Österreich)

2 Arbeitslosenquote nach internationaler Definition (laut Eurostat)

Ressourcen und Finanzierung des Gesundheitssystems, 2017

	Burgenland	Österreich
Gesundheitsausgaben ³ (in Mio. EUR)	1.317	37.738
davon Sozialversicherung ³	582	17.027
davon Staat ³	297	11.432
Gesundheitspersonal in Krankenanstalten	3.246	138.932
Ärzte/-innen gesamt	1.190	45.596

3 Laufende Gesundheitsausgaben laut SHA 2017, HS&I-eigene Schätzung für das Burgenland

Ressourcen der Krankenanstalten 2017

	Burgenland	Österreich
Stationäre Ausgaben ⁴ (in Mio. EUR)	419	12.768
<i>Fondskrankenanstalten</i>	314	9.279
Anzahl der Krankenanstalten	11	271
<i>Fondskrankenanstalten</i>	5	114
Spitalsbetten ⁵	1.813	64.805
<i>Fondskrankenanstalten</i>	1.160	44.738
Ärztinnen/Ärzte (in VZÄ)	541	22.808
<i>Fondskrankenanstalten</i>	499	20.920

4 Bereinigt um Patientenströme, ohne stationäre Pflege, HS&I-eigene Schätzungen

5 Tatsächlich aufgestellte Betten in Krankenanstalten

Fact Book Krankenanstalten im Bundesländervergleich 2019

Das Fact Book Krankenanstalten im Bundesländervergleich bietet prägnante Information zu Krankenanstalten und Gesundheitssystemen der österreichischen Bundesländer. Das Fact Book erneuert und ergänzt Ausgabenschätzungen zum Finanzierungsbedarf, die erstmals vollständig für die Bundesländer vorliegen. Ziel des Projektes ist es, ein Leistungsbild über die Krankenanstalten zu geben und evidenzbasierte Politikgestaltung auf regionaler und föderaler Ebene zu unterstützen.

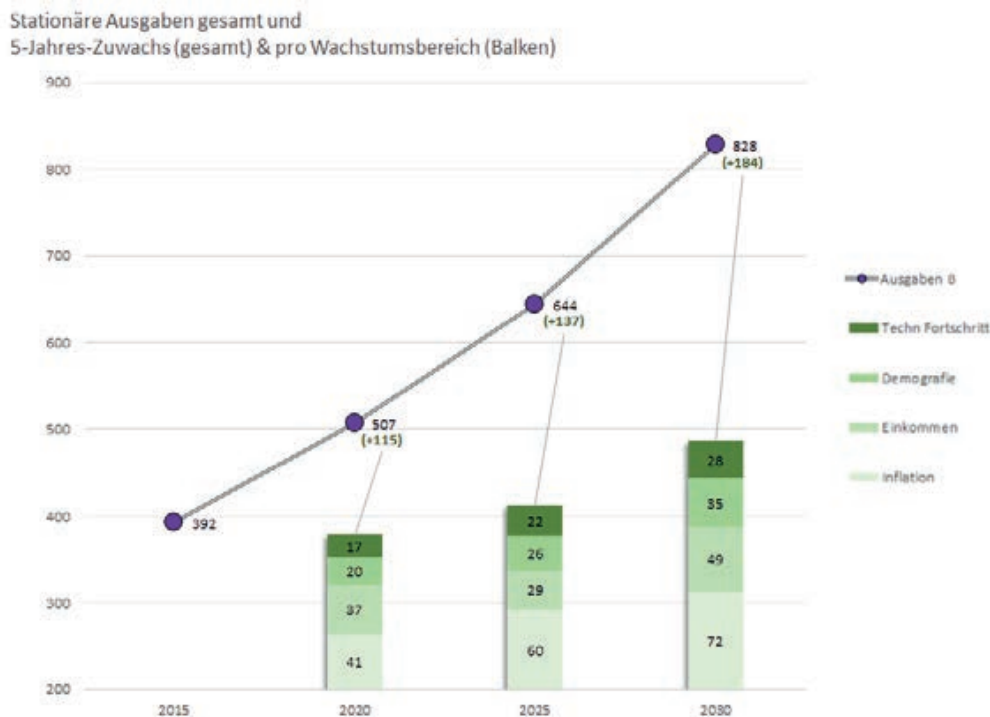
Das Fact Book Krankenanstalten im Bundesländervergleich ist ein Projekt des unabhängigen Instituts HS&I HealthSystemIntelligence, das mit freundlicher Unterstützung von Philips Austria realisiert wurde. Die hier geäußerten Ansichten sind jene der Autorinnen.



Finanzbedarf der Krankenanstalten im Burgenland

Bislang gibt es in Österreich keine fundierte Schätzung des zukünftigen Finanzbedarfes der Krankenanstalten. In der folgenden Grafik wird das prognostizierte Wachstum der stationären Ausgaben von 2015 bis 2030 in 5-Jahres-Schritten für das Burgenland dargestellt. Die geschätzten Zuwächse werden nach Wachstumsbereichen aufgeschlüsselt.

Geschätzter Finanzbedarf für Krankenanstalten im Burgenland bis 2030, in Mio. EUR, nominell



Quellen: Statistik Austria, OECD, Eurostat, HS&I-eigene Berechnungen und Darstellungen

Der Finanzierungsbedarf steigt im Prognosezeitraum von 392 Mio. EUR 2015 auf 828 Mio. EUR 2030. In allen Perioden ist ein großer Teil des nominellen Ausgabenzuwachses der Krankenanstalten inflationsgetrieben. Werden die realen Ausgaben zu Preisen 2014 zwischen 2015 und 2030 betrachtet, entfallen 44% des Zuwachses bis 2030 auf Einkommenseffekte, 31% auf die veränderte Bevölkerungsstruktur und 25% auf Ausgaben, die durch technologische Neuerungen bedingt sein könnten. Die Anteile schwanken im Zeitverlauf. So beträgt der reale Wachstumsanteil demografischer Entwicklungen zwischen 2016 und 2020 27%, 5 Jahre später 34%, und 10 Jahre später 31%. Pro Kopf steigen die jährlichen nominellen stationären Gesundheitsausgaben im Burgenland von EUR 1.357 im Jahr 2015 auf EUR 2.798 im Jahr 2030; real entspricht das einem jährlichen Wachstum von 2,7%, was über dem österreichischen Durchschnitt von 2,2% liegt.

Daten und Informationsquellen

Die Daten und Informationen im Fact Book 2019 basieren auf verschiedenen Quellen, darunter offizielle Statistiken von der OECD, Eurostat, Statistik Austria, Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz, Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und anderen, allen gilt Dank für die Kooperation. Den vollständigen Projektbericht, die Definitionen aller Indikatoren, die Methode, sowie die Liste der Quellen und die gesammelten Daten finden Sie unter: <http://www.HealthSystemIntelligence.eu/Krankenanstalten>

Krankenanstalten im Bundesländervergleich

Kärnten

Fact Sheet



Kärnten

Demografischer und sozioökonomischer Kontext, 2017

	Kärnten	Österreich
Bevölkerung (in 1000)	561	8.795
Anteil der Bevölkerung über 65 Jahre, in %	21%	18%
Bruttoregionalprodukt pro Kopf ¹ (in EUR)	36.075	42.058
Arbeitslosenquote ² (%)	5%	6%



1 Bruttoregionalprodukt nominell (Bruttoinlandsprodukt für Österreich)

2 Arbeitslosenquote nach internationaler Definition (laut Eurostat)

Ressourcen und Finanzierung des Gesundheitssystems, 2017

	Kärnten	Österreich
Gesundheitsausgaben ³ (in Mio. EUR)	2.463	37.738
davon Sozialversicherung ³	1.137	17.027
davon Staat ³	679	11.432
Gesundheitspersonal in Krankenanstalten	8.843	138.932
Ärzte/-innen gesamt	2.608	45.596

3 Laufende Gesundheitsausgaben laut SHA 2017, HS&I-eigene Schätzung für Kärnten

Ressourcen der Krankenanstalten 2017

	Kärnten	Österreich
Stationäre Ausgaben ⁴ (in Mio. EUR)	829	12.768
<i>Fondskrankenanstalten</i>	594	9.279
Anzahl der Krankenanstalten	29	271
<i>Fondskrankenanstalten</i>	11	114
Spitalsbetten ⁵	4.544	64.805
<i>Fondskrankenanstalten</i>	2.973	44.738
Ärztinnen/Ärzte (in VZÄ)	1.341	22.808
<i>Fondskrankenanstalten</i>	1.149	20.920

4 Bereinigt um Patientenströme, ohne stationäre Pflege, HS&I-eigene Schätzungen

5 Tatsächlich aufgestellte Betten in Krankenanstalten

Fact Book Krankenanstalten im Bundesländervergleich 2019

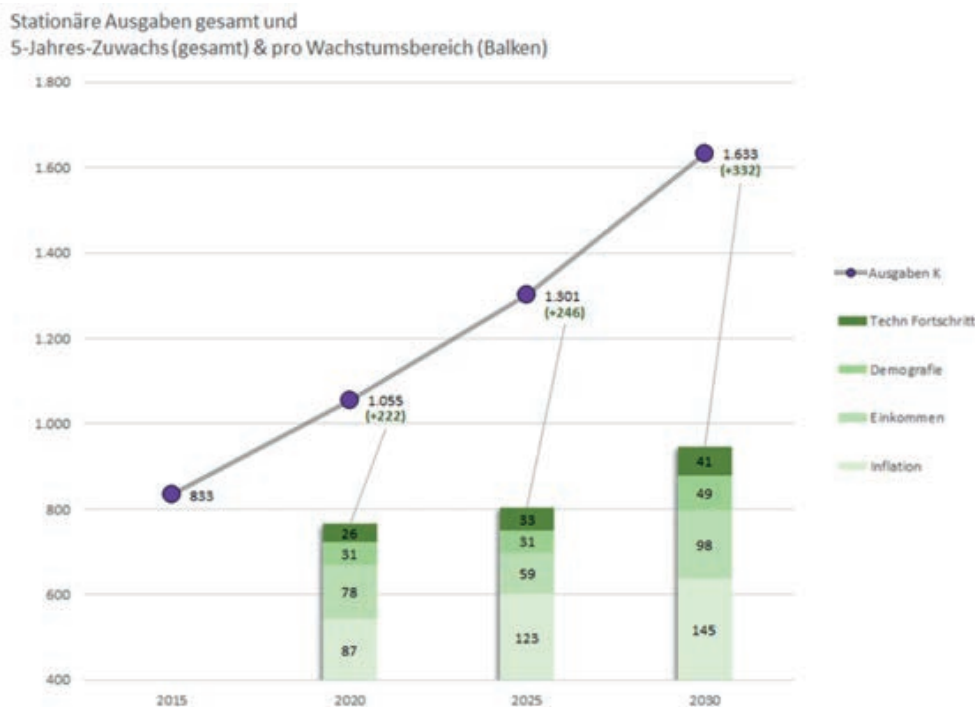
Das Fact Book Krankenanstalten im Bundesländervergleich bietet prägnante Information zu Krankenanstalten und Gesundheitssystemen der österreichischen Bundesländer. Das Fact Book erneuert und ergänzt Ausgaben-schätzungen zum Finanzierungsbedarf, die erstmals vollständig für die Bundesländer vorliegen. Ziel des Projektes ist es, ein Leistungsbild über die Krankenanstalten zu geben und evidenzbasierte Politikgestaltung auf regionaler und föderaler Ebene zu unterstützen.

Das Fact Book Krankenanstalten im Bundesländervergleich ist ein Projekt des unabhängigen Instituts HS&I HealthSystemIntelligence, das mit freundlicher Unterstützung von Philips Austria realisiert wurde. Die hier geäußerten Ansichten sind jene der Autorinnen.

Finanzbedarf der Krankenanstalten in Kärnten

Bislang gibt es in Österreich keine fundierte Schätzung des zukünftigen Finanzbedarfes der Krankenanstalten. In der folgenden Grafik wird das prognostizierte Wachstum der stationären Ausgaben von 2015 bis 2030 in 5-Jahres-Schritten für Kärnten dargestellt. Die geschätzten Zuwächse werden nach Wachstumsbereichen aufgeschlüsselt.

Geschätzter Finanzbedarf für Krankenanstalten in Kärnten bis 2030, in Mio. EUR, nominell



Quellen: Statistik Austria, OECD, Eurostat, HS&I-eigene Berechnungen und Darstellungen

Der Finanzierungsbedarf steigt im Prognosezeitraum von 833 Mio. EUR 2015 auf 1.633 Mio. EUR 2030. In allen Perioden ist ein großer Teil des nominellen Ausgabenzuwachses der Krankenanstalten inflationsgetrieben. Werden die realen Ausgaben zu Preisen 2014 zwischen 2015 und 2030 betrachtet, entfallen 53% des Zuwachses bis 2030 auf Einkommenseffekte, 25% auf die veränderte Bevölkerungsstruktur und 22% auf Ausgaben, die durch technologische Neuerungen bedingt sein könnten. Die Anteile schwanken im Zeitverlauf. So beträgt der reale Wachstumsanteil der Einkommenseffekte zwischen 2016 und 2020 57%, 5 Jahre später 48%, und 10 Jahre später 52%. Pro Kopf steigen die jährlichen nominellen stationären Gesundheitsausgaben in Kärnten von EUR 1.492 im Jahr 2015 auf EUR 2.916 im Jahr 2030; real entspricht das einem jährlichen Wachstum von 2,5%, was über dem österreichischen Durchschnitt von 2,2% liegt.

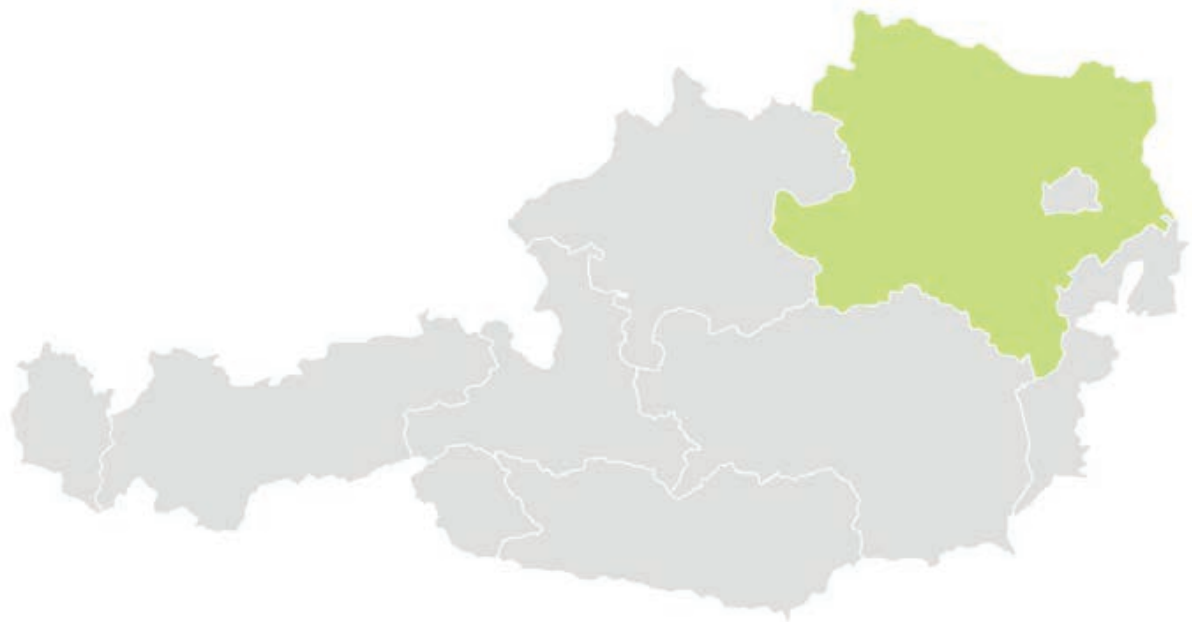
Daten und Informationsquellen

Die Daten und Informationen im Fact Book 2019 basieren auf verschiedenen Quellen, darunter offizielle Statistiken von der OECD, Eurostat, Statistik Austria, Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz, Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und anderen, allen gilt Dank für die Kooperation. Den vollständigen Projektbericht, die Definitionen aller Indikatoren, die Methode, sowie die Liste der Quellen und die gesammelten Daten finden Sie unter: <http://www.HealthSystemIntelligence.eu/Krankenanstalten>

Krankenanstalten im Bundesländervergleich

Niederösterreich

Fact Sheet



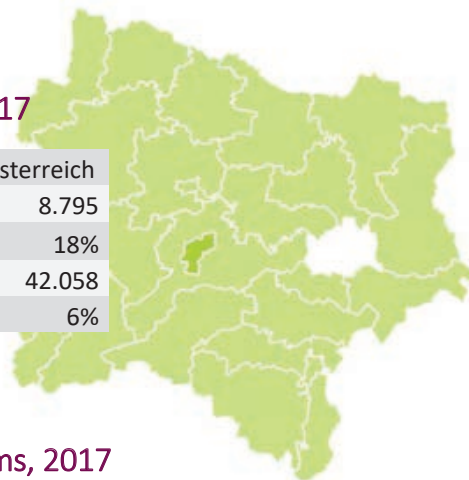
Niederösterreich

Demografischer und sozioökonomischer Kontext, 2017

	Niederösterreich	Österreich
Bevölkerung (in 1000)	1.668	8.795
Anteil der Bevölkerung über 65 Jahre, in %	18%	18%
Bruttoregionalprodukt pro Kopf ¹ (in EUR)	34.390	42.058
Arbeitslosenquote ² (%)	5%	6%

1 Bruttoregionalprodukt nominell (Bruttoinlandsprodukt für Österreich)

2 Arbeitslosenquote nach internationaler Definition (laut Eurostat)



Ressourcen und Finanzierung des Gesundheitssystems, 2017

	Niederösterreich	Österreich
Gesundheitsausgaben ³ (in Mio. EUR)	7.635	37.738
davon Sozialversicherung ³	3.362	17.027
davon Staat ³	2.038	11.432
Gesundheitspersonal in Krankenanstalten	21.626	138.932
Ärzte/-innen gesamt	7.660	45.596

3 Laufende Gesundheitsausgaben laut SHA 2017, HS&I-eigene Schätzung für Niederösterreich

Ressourcen der Krankenanstalten 2017

	Niederösterreich	Österreich
Stationäre Ausgaben ⁴ (in Mio. EUR)	2.507	12.768
<i>Fondskrankenanstalten</i>	1.939	9.279
Anzahl der Krankenanstalten	43	271
<i>Fondskrankenanstalten</i>	20	114
Spitalsbetten ⁵	11.220	64.805
<i>Fondskrankenanstalten</i>	7.725	44.738
Ärztinnen/Ärzte (in VZÄ)	3.573	22.808
<i>Fondskrankenanstalten</i>	3.351	20.920

4 Bereinigt um Patientenströme, ohne stationäre Pflege, HS&I-eigene Schätzungen

5 Tatsächlich aufgestellte Betten in Krankenanstalten

Fact Book Krankenanstalten im Bundesländervergleich 2019

Das Fact Book Krankenanstalten im Bundesländervergleich bietet prägnante Information zu Krankenanstalten und Gesundheitssystemen der österreichischen Bundesländer. Das Fact Book erneuert und ergänzt Ausgaben-schätzungen zum Finanzierungsbedarf, die erstmals vollständig für die Bundesländer vorliegen. Ziel des Projektes ist es, ein Leistungsbild über die Krankenanstalten zu geben und evidenzbasierte Politikgestaltung auf regionaler und föderaler Ebene zu unterstützen.

Das Fact Book Krankenanstalten im Bundesländervergleich ist ein Projekt des unabhängigen Instituts HS&I HealthSystemIntelligence, das mit freundlicher Unterstützung von Philips Austria realisiert wurde. Die hier geäußerten Ansichten sind jene der Autorinnen.

Finanzbedarf der Krankenanstalten in Niederösterreich

Bislang gibt es in Österreich keine fundierte Schätzung des zukünftigen Finanzbedarfes der Krankenanstalten. In der folgenden Grafik wird das prognostizierte Wachstum der stationären Ausgaben von 2015 bis 2030 in 5-Jahres-Schritten für Niederösterreich dargestellt. Die geschätzten Zuwächse werden nach Wachstumsbereichen aufgeschlüsselt.

Geschätzter Finanzbedarf für Krankenanstalten in Niederösterreich bis 2030, in Mio. EUR, nominell



Quellen: Statistik Austria, OECD, Eurostat, HS&I-eigene Berechnungen und Darstellungen

Der Finanzierungsbedarf steigt im Prognosezeitraum von 2.353 Mio. EUR 2015 auf 4.749 Mio. EUR 2030. In allen Perioden ist ein großer Teil des nominellen Ausgabenzuwachses der Krankenanstalten inflationsgetrieben. Werden die realen Ausgaben zu Preisen 2014 zwischen 2015 und 2030 betrachtet, entfallen 49% des Zuwachses bis 2030 auf Einkommenseffekte, 30% auf die veränderte Bevölkerungsstruktur und 21% auf Ausgaben, die durch technologische Neuerungen bedingt sein könnten. Die Anteile schwanken im Zeitverlauf. So beträgt der reale Wachstumsanteil der Einkommenseffekte zwischen 2016 und 2020 53%, 5 Jahre später 44%, und 10 Jahre später 49%. Pro Kopf steigen die jährlichen nominellen stationären Gesundheitsausgaben in Niederösterreich von EUR 1.432 im Jahr 2015 auf EUR 2.822 im Jahr 2030; real entspricht das einem jährlichen Wachstum von 2,2%, was im österreichischen Durchschnitt von 2,2% liegt.

Daten und Informationsquellen

Die Daten und Informationen im Fact Book 2019 basieren auf verschiedenen Quellen, darunter offizielle Statistiken von der OECD, Eurostat, Statistik Austria, Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz, Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und anderen, allen gilt Dank für die Kooperation. Den vollständigen Projektbericht, die Definitionen aller Indikatoren, die Methode, sowie die Liste der Quellen und die gesammelten Daten finden Sie unter: <http://www.HealthSystemIntelligence.eu/Krankenanstalten>

Krankenanstalten im Bundesländervergleich

Oberösterreich

Fact Sheet



Oberösterreich

Demografischer und sozioökonomischer Kontext, 2017

	Oberösterreich	Österreich
Bevölkerung (in 1000)	1.469	8.795
Anteil der Bevölkerung über 65 Jahre, in %	18%	18%
Bruttoregionalprodukt pro Kopf ¹ (in EUR)	43.150	42.058
Arbeitslosenquote ² (%)	4%	6%

1 Bruttoregionalprodukt nominell (Bruttoinlandsprodukt für Österreich)

2 Arbeitslosenquote nach internationaler Definition (laut Eurostat)



Ressourcen und Finanzierung des Gesundheitssystems, 2017

	Oberösterreich	Österreich
Gesundheitsausgaben ³ (in Mio. EUR)	5.855	37.738
davon Sozialversicherung ³	2.737	17.027
davon Staat ³	1.782	11.432
Gesundheitspersonal in Krankenanstalten	21.625	138.932
Ärzte/-innen gesamt	6.136	45.596

3 Laufende Gesundheitsausgaben laut SHA 2017, HS&I-eigene Schätzung für Oberösterreich

Ressourcen der Krankenanstalten 2017

	Oberösterreich	Österreich
Stationäre Ausgaben ⁴ (in Mio. EUR)	2.167	12.768
<i>Fondskrankenanstalten</i>	1.587	9.279
Anzahl der Krankenanstalten	32	271
<i>Fondskrankenanstalten</i>	14	114
Spitalsbetten ⁵	10.133	64.805
<i>Fondskrankenanstalten</i>	7.819	44.738
Ärztinnen/Ärzte (in VZÄ)	3.302	22.808
<i>Fondskrankenanstalten</i>	3.091	20.920

4 Bereinigt um Patientenströme, ohne stationäre Pflege, HS&I-eigene Schätzungen

5 Tatsächlich aufgestellte Betten in Krankenanstalten

Fact Book Krankenanstalten im Bundesländervergleich 2019

Das Fact Book Krankenanstalten im Bundesländervergleich bietet prägnante Information zu Krankenanstalten und Gesundheitssystemen der österreichischen Bundesländer. Das Fact Book erneuert und ergänzt Ausgaben-schätzungen zum Finanzierungsbedarf, die erstmals vollständig für die Bundesländer vorliegen. Ziel des Projektes ist es, ein Leistungsbild über die Krankenanstalten zu geben und evidenzbasierte Politikgestaltung auf regionaler und föderaler Ebene zu unterstützen.

Das Fact Book Krankenanstalten im Bundesländervergleich ist ein Projekt des unabhängigen Instituts HS&I HealthSystemIntelligence, das mit freundlicher Unterstützung von Philips Austria realisiert wurde. Die hier geäußerten Ansichten sind jene der Autorinnen.

Finanzbedarf der Krankenanstalten in Oberösterreich

Bislang gibt es in Österreich keine fundierte Schätzung des zukünftigen Finanzbedarfes der Krankenanstalten. In der folgenden Grafik wird das prognostizierte Wachstum der stationären Ausgaben von 2015 bis 2030 in 5-Jahres-Schritten für Oberösterreich dargestellt. Die geschätzten Zuwächse werden nach Wachstumsbereichen aufgeschlüsselt.

Geschätzter Finanzbedarf für Krankenanstalten in Oberösterreich bis 2030, in Mio. EUR, nominell



Quellen: Statistik Austria, OECD, Eurostat, HS&I-eigene Berechnungen und Darstellungen

Der Finanzierungsbedarf steigt im Prognosezeitraum von 2.017 Mio. EUR 2015 auf 4.040 Mio. EUR 2030. In allen Perioden ist ein großer Teil des nominellen Ausgabenzuwachses der Krankenanstalten inflationsgetrieben. Werden die realen Ausgaben zu Preisen 2014 zwischen 2015 und 2030 betrachtet, entfallen 50% des Zuwachses bis 2030 auf Einkommenseffekte, 29% auf die veränderte Bevölkerungsstruktur und 21% auf Ausgaben, die durch technologische Neuerungen bedingt sein könnten. Die Anteile schwanken im Zeitverlauf. So beträgt der reale Wachstumsanteil der Einkommenseffekte zwischen 2016 und 2020 54%, 5 Jahre später 45%, und 10 Jahre später 50%. Pro Kopf steigen die jährlichen nominellen stationären Gesundheitsausgaben in Oberösterreich von EUR 1.397 im Jahr 2015 auf EUR 2.736 im Jahr 2030; real entspricht das einem jährlichen Wachstum von 2,2%. Oberösterreich liegt damit im Österreichischen Durchschnitt von 2,2%.

Daten und Informationsquellen

Die Daten und Informationen im Fact Book 2019 basieren auf verschiedenen Quellen, darunter offizielle Statistiken von der OECD, Eurostat, Statistik Austria, Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz, Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und anderen, allen gilt Dank für die Kooperation. Den vollständigen Projektbericht, die Definitionen aller Indikatoren, die Methode, sowie die Liste der Quellen und die gesammelten Daten finden Sie unter: <http://www.HealthSystemIntelligence.eu/Krankenanstalten>

Krankenanstalten im Bundesländervergleich

Salzburg

Fact Sheet



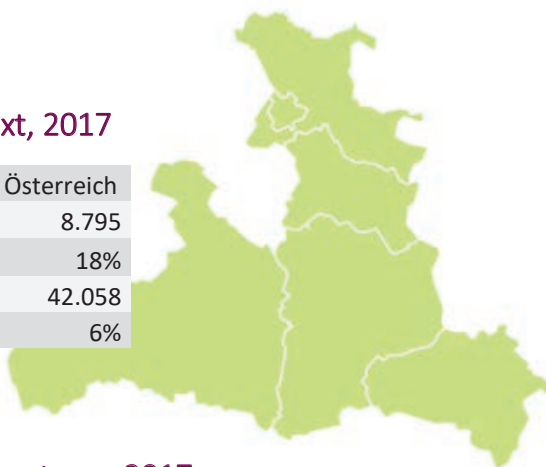
Salzburg

Demografischer und sozioökonomischer Kontext, 2017

	Salzburg	Österreich
Bevölkerung (in 1000)	551	8.795
Anteil der Bevölkerung über 65 Jahre, in %	18%	18%
Bruttoregionalprodukt pro Kopf ¹ (in EUR)	50.127	42.058
Arbeitslosenquote ² (%)	3%	6%

1 Bruttoregionalprodukt nominell (Bruttoinlandsprodukt für Österreich)

2 Arbeitslosenquote nach internationaler Definition (laut Eurostat)



Ressourcen und Finanzierung des Gesundheitssystems, 2017

	Salzburg	Österreich
Gesundheitsausgaben ³ (in Mio. EUR)	2.331	37.738
davon Sozialversicherung ³	1.088	17.027
davon Staat ³	683	11.432
Gesundheitspersonal in Krankenanstalten	9.235	138.932
Ärzte/-innen gesamt	3.086	45.596

3 Laufende Gesundheitsausgaben laut SHA 2017, HS&I-eigene Schätzung für Salzburg

Ressourcen der Krankenanstalten 2017

	Salzburg	Österreich
Stationäre Ausgaben ⁴ (in Mio. EUR)	770	12.768
<i>Fondskrankenanstalten</i>	526	9.279
Anzahl der Krankenanstalten	32	271
<i>Fondskrankenanstalten</i>	9	114
Spitalsbetten ⁵	4.948	64.805
<i>Fondskrankenanstalten</i>	3.129	44.738
Ärztinnen/Ärzte (in VZÄ)	1.548	22.808
<i>Fondskrankenanstalten</i>	1.338	20.920

4 Bereinigt um Patientenströme, ohne stationäre Pflege, HS&I-eigene Schätzungen

5 Tatsächlich aufgestellte Betten in Krankenanstalten

Fact Book Krankenanstalten im Bundesländervergleich 2019

Das Fact Book Krankenanstalten im Bundesländervergleich bietet prägnante Information zu Krankenanstalten und Gesundheitssystemen der österreichischen Bundesländer. Das Fact Book erneuert und ergänzt Ausgaben-schätzungen zum Finanzierungsbedarf, die erstmals vollständig für die Bundesländer vorliegen. Ziel des Projektes ist es, ein Leistungsbild über die Krankenanstalten zu geben und evidenzbasierte Politikgestaltung auf regionaler und föderaler Ebene zu unterstützen.

Das Fact Book Krankenanstalten im Bundesländervergleich ist ein Projekt des unabhängigen Instituts HS&I HealthSystemIntelligence, das mit freundlicher Unterstützung von Philips Austria realisiert wurde. Die hier geäußerten Ansichten sind jene der Autorinnen.

Finanzbedarf der Krankenanstalten in Salzburg

Bislang gibt es in Österreich keine fundierte Schätzung des zukünftigen Finanzbedarfes der Krankenanstalten. In der folgenden Grafik wird das prognostizierte Wachstum der stationären Ausgaben von 2015 bis 2030 in 5-Jahres-Schritten für Salzburg dargestellt. Die geschätzten Zuwächse werden nach Wachstumsbereichen aufgeschlüsselt.

Geschätzter Finanzbedarf für Krankenanstalten in Salzburg bis 2030, in Mio. EUR, nominell



Quellen: Statistik Austria, OECD, Eurostat, HS&I-eigene Berechnungen und Darstellungen

Der Finanzierungsbedarf steigt im Prognosezeitraum von 717 Mio. EUR 2015 auf 1.461 Mio. EUR 2030. In allen Perioden ist ein großer Teil des nominellen Ausgabenzuwachses der Krankenanstalten inflationsgetrieben. Werden die realen Ausgaben zu Preisen 2014 zwischen 2015 und 2030 betrachtet, entfallen 48% des Zuwachses bis 2030 auf Einkommenseffekte, 32% auf die veränderte Bevölkerungsstruktur und 20% auf Ausgaben, die durch technologische Neuerungen bedingt sein könnten. Die Anteile verändern sich im Zeitverlauf. So ist der reale Wachstumsanteil demografischer Entwicklungen zwischen 2016 und 2020 mit 33%, und 5 Jahre später mit ebenfalls 33% vergleichsweise hoch. 10 Jahre später beträgt er 29%. Pro Kopf steigen die jährlichen nominellen stationären Gesundheitsausgaben in Salzburg von EUR 1.325 im Jahr 2015 auf EUR 2.638 im Jahr 2030; real entspricht das einem jährlichen Wachstum von 2,3%, was geringfügig über dem österreichischen Durchschnitt von 2,2% liegt.

Daten und Informationsquellen

Die Daten und Informationen im Fact Book 2019 basieren auf verschiedenen Quellen, darunter offizielle Statistiken von der OECD, Eurostat, Statistik Austria, Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz, Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und anderen, allen gilt Dank für die Kooperation. Den vollständigen Projektbericht, die Definitionen aller Indikatoren, die Methode, sowie die Liste der Quellen und die gesammelten Daten finden Sie unter: <http://www.HealthSystemIntelligence.eu/Krankenanstalten>

Zitiervorschlag: Hofmarcher, M. M., Ch. Singhuber (2019): Krankenanstalten im Bundesländervergleich, Burgenland. HS&I Fact Sheet. Salzburg, August 2019

Krankenanstalten im Bundesländervergleich

Steiermark

Fact Sheet



Steiermark

Demografischer und sozioökonomischer Kontext, 2017

	Steiermark	Österreich
Bevölkerung (in 1000)	1.238	8.795
Anteil der Bevölkerung über 65 Jahre, in %	20%	18%
Bruttoregionalprodukt pro Kopf ¹ (in EUR)	38.143	42.058
Arbeitslosenquote ² (%)	5%	6%

1 Bruttoregionalprodukt nominell (Bruttoinlandsprodukt für Österreich)

2 Arbeitslosenquote nach internationaler Definition (laut Eurostat)



Ressourcen und Finanzierung des Gesundheitssystems, 2017

	Steiermark	Österreich
Gesundheitsausgaben ³ (in Mio. EUR)	5.363	37.738
davon Sozialversicherung ³	2.411	17.027
davon Staat ³	1.574	11.432
Gesundheitspersonal in Krankenanstalten	20.988	138.932
Ärzte/-innen gesamt	6.333	45.596

3 Laufende Gesundheitsausgaben laut SHA 2017, HS&I-eigene Schätzung für die Steiermark

Ressourcen der Krankenanstalten 2017

	Steiermark	Österreich
Stationäre Ausgaben ⁴ (in Mio. EUR)	1.713	12.768
<i>Fondskrankenanstalten</i>	1.183	9.279
Anzahl der Krankenanstalten	48	271
<i>Fondskrankenanstalten</i>	19	114
Spitalsbetten ⁵	10.182	64.805
<i>Fondskrankenanstalten</i>	6.467	44.738
Ärztinnen/Ärzte (in VZÄ)	3.170	22.808
<i>Fondskrankenanstalten</i>	2.839	20.920

4 Bereinigt um Patientenströme, ohne stationäre Pflege, HS&I-eigene Schätzungen

5 Tatsächlich aufgestellte Betten in Krankenanstalten

Fact Book Krankenanstalten im Bundesländervergleich 2019

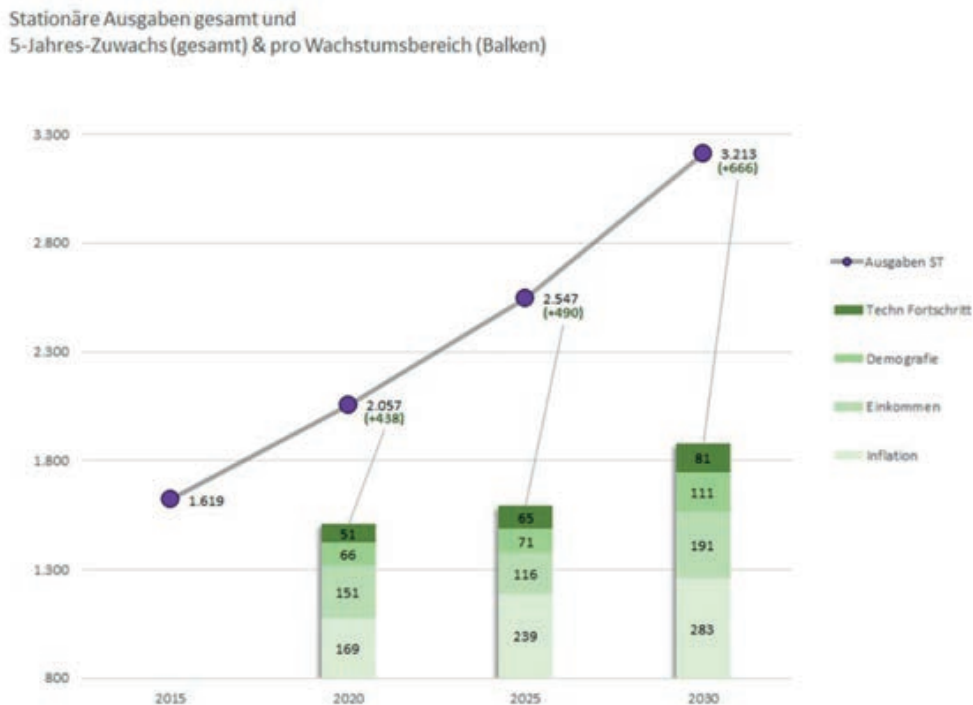
Das Fact Book Krankenanstalten im Bundesländervergleich bietet prägnante Information zu Krankenanstalten und Gesundheitssystemen der österreichischen Bundesländer. Das Fact Book erneuert und ergänzt Ausgaben-schätzungen zum Finanzierungsbedarf, die erstmals vollständig für die Bundesländer vorliegen. Ziel des Projektes ist es, ein Leistungsbild über die Krankenanstalten zu geben und evidenzbasierte Politikgestaltung auf regionaler und föderaler Ebene zu unterstützen.

Das Fact Book Krankenanstalten im Bundesländervergleich ist ein Projekt des unabhängigen Instituts HS&I HealthSystemIntelligence, das mit freundlicher Unterstützung von Philips Austria realisiert wurde. Die hier geäußerten Ansichten sind jene der Autorinnen.

Finanzbedarf der Krankenanstalten in der Steiermark

Bislang gibt es in Österreich keine fundierte Schätzung des zukünftigen Finanzbedarfes der Krankenanstalten. In der folgenden Grafik wird das prognostizierte Wachstum der stationären Ausgaben von 2015 bis 2030 in 5-Jahres-Schritten für die Steiermark dargestellt. Die geschätzten Zuwächse werden nach Wachstumsbereichen aufgeschlüsselt.

Geschätzter Finanzbedarf für Krankenanstalten in der Steiermark bis 2030, in Mio. EUR, nominell



Quellen: Statistik Austria, OECD, Eurostat, HS&I-eigene Berechnungen und Darstellungen

Der Finanzierungsbedarf steigt im Prognosezeitraum von 1.619 Mio. EUR 2015 auf 3.213 Mio. EUR 2030. In allen Perioden ist ein großer Teil des nominellen Ausgabenzuwachses der Krankenanstalten inflationsgetrieben. Werden die realen Ausgaben zu Preisen 2014 zwischen 2015 und 2030 betrachtet, entfallen 51% des Zuwachses bis 2030 auf Einkommenseffekte, 27% auf die veränderte Bevölkerungsstruktur und 22% auf Ausgaben, die durch technologische Neuerungen bedingt sein könnten. Die Anteile schwanken im Zeitverlauf. So beträgt der reale Wachstumsanteil durch Einkommenseffekte zwischen 2016 und 2020 56%, 5 Jahre später 46%, und 10 Jahre später 50%. Pro Kopf steigen die jährlichen nominellen stationären Gesundheitsausgaben in der Steiermark von EUR 1.322 im Jahr 2015 auf EUR 2.589 im Jahr 2030; real entspricht das einem jährlichen Wachstum von 2,3%, was geringfügig über dem österreichischen Durchschnitt von 2,2% liegt.

Daten und Informationsquellen

Die Daten und Informationen im Fact Book 2019 basieren auf verschiedenen Quellen, darunter offizielle Statistiken von der OECD, Eurostat, Statistik Austria, Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz, Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und anderen, allen gilt Dank für die Kooperation. Den vollständigen Projektbericht, die Definitionen aller Indikatoren, die Methode, sowie die Liste der Quellen und die gesammelten Daten finden Sie unter: <http://www.HealthSystemIntelligence.eu/Krankenanstalten>

Krankenanstalten im Bundesländervergleich

Tirol

Fact Sheet



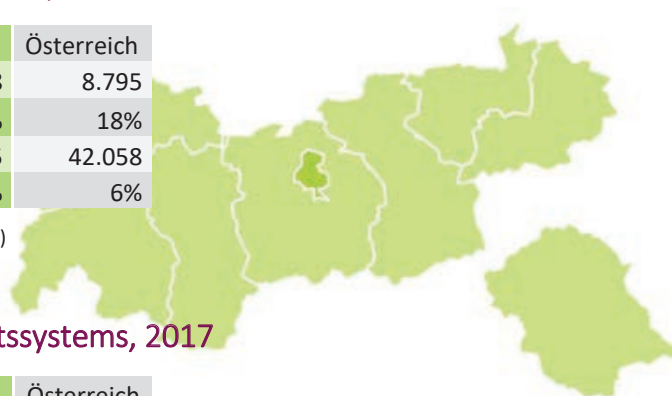
Tirol

Demografischer und sozioökonomischer Kontext, 2017

	Tirol	Österreich
Bevölkerung (in 1000)	748	8.795
Anteil der Bevölkerung über 65 Jahre, in %	18%	18%
Bruttoregionalprodukt pro Kopf ¹ (in EUR)	45.155	42.058
Arbeitslosenquote ² (%)	3%	6%

1 Bruttoregionalprodukt nominell (Bruttoinlandsprodukt für Österreich)

2 Arbeitslosenquote nach internationaler Definition (laut Eurostat)



Ressourcen und Finanzierung des Gesundheitssystems, 2017

	Tirol	Österreich
Gesundheitsausgaben ³ (in Mio. EUR)	3.010	37.738
davon Sozialversicherung ³	1.413	17.027
davon Staat ³	818	11.432
Gesundheitspersonal in Krankenanstalten	12.395	138.932
Ärzte/-innen gesamt	4.083	45.596

3 Laufende Gesundheitsausgaben laut SHA 2017, HS&I-eigene Schätzung für Tirol

Ressourcen der Krankenanstalten 2017

	Tirol	Österreich
Stationäre Ausgaben ⁴ (in Mio. EUR)	921	12.768
<i>Fondskrankenanstalten</i>	612	9.279
Anzahl der Krankenanstalten	18	271
<i>Fondskrankenanstalten</i>	9	114
Spitalsbetten ⁵	5.051	64.805
<i>Fondskrankenanstalten</i>	4.074	44.738
Ärztinnen/Ärzte (in VZÄ)	2.119	22.808
<i>Fondskrankenanstalten</i>	2.054	20.920

4 Bereinigt um Patientenströme, ohne stationäre Pflege, HS&I-eigene Schätzungen

5 Tatsächlich aufgestellte Betten in Krankenanstalten

Fact Book Krankenanstalten im Bundesländervergleich 2019

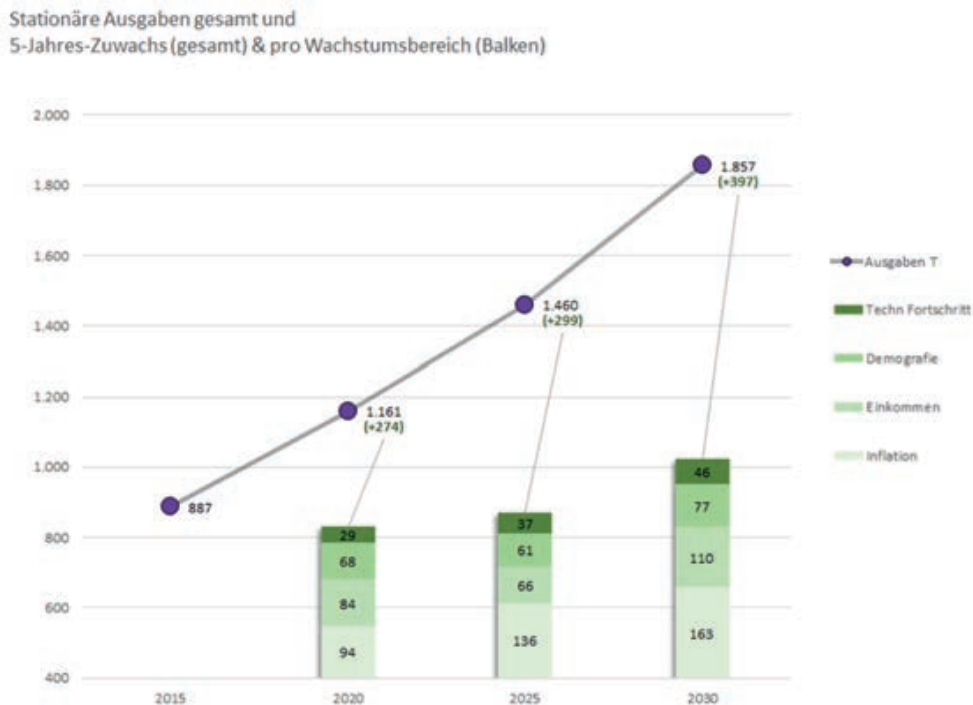
Das Fact Book Krankenanstalten im Bundesländervergleich bietet prägnante Information zu Krankenanstalten und Gesundheitssystemen der österreichischen Bundesländer. Das Fact Book erneuert und ergänzt Ausgaben-schätzungen zum Finanzierungsbedarf, die erstmals vollständig für die Bundesländer vorliegen. Ziel des Projektes ist es, ein Leistungsbild über die Krankenanstalten zu geben und evidenzbasierte Politikgestaltung auf regionaler und föderaler Ebene zu unterstützen.

Das Fact Book Krankenanstalten im Bundesländervergleich ist ein Projekt des unabhängigen Instituts HS&I HealthSystemIntelligence, das mit freundlicher Unterstützung von Philips Austria realisiert wurde. Die hier geäußerten Ansichten sind jene der Autorinnen.

Finanzbedarf der Krankenanstalten in Tirol

Bislang gibt es in Österreich keine fundierte Schätzung des zukünftigen Finanzbedarfes der Krankenanstalten. In der folgenden Grafik wird das prognostizierte Wachstum der stationären Ausgaben von 2015 bis 2030 in 5-Jahres-Schritten für Tirol dargestellt. Die geschätzten Zuwächse werden nach Wachstumsbereichen aufgeschlüsselt.

Geschätzter Finanzbedarf für Krankenanstalten in Tirol bis 2030, in Mio. EUR, nominell



Quellen: Statistik Austria, OECD, Eurostat, HS&I-eigene Berechnungen und Darstellungen

Der Finanzierungsbedarf steigt im Prognosezeitraum von 887 Mio. EUR 2015 auf 1.857 Mio. EUR 2030. In allen Perioden ist ein großer Teil des nominellen Ausgabenzuwachses der Krankenanstalten inflationsgetrieben. Werden die realen Ausgaben zu Preisen 2014 zwischen 2015 und 2030 betrachtet, entfallen 45% des Zuwachses bis 2030 auf Einkommenseffekte, 36% auf die veränderte Bevölkerungsstruktur und 19% auf Ausgaben, die durch technologische Neuerungen bedingt sein könnten. Der Wachstumsanteil demografischer Entwicklungen ist vergleichsweise hoch und beträgt zwischen 2016 und 2020 38%, 5 Jahre später 37%, und 10 Jahre später 33%. Pro Kopf steigen die jährlichen nominellen stationären Gesundheitsausgaben in Tirol von EUR 1.211 im Jahr 2015 auf EUR 2.463 im Jahr 2030; real entspricht das einem jährlichen Wachstum von 2,4%, was über dem österreichischen Durchschnitt von 2,2% liegt.

Daten und Informationsquellen

Die Daten und Informationen im Fact Book 2019 basieren auf verschiedenen Quellen, darunter offizielle Statistiken von der OECD, Eurostat, Statistik Austria, Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz, Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und anderen, allen gilt Dank für die Kooperation. Den vollständigen Projektbericht, die Definitionen aller Indikatoren, die Methode, sowie die Liste der Quellen und die gesammelten Daten finden Sie unter: <http://www.HealthSystemIntelligence.eu/Krankenanstalten>

Krankenanstalten im Bundesländervergleich

Vorarlberg

Fact Sheet



Vorarlberg

Demografischer und sozioökonomischer Kontext, 2017

	Vorarlberg	Österreich
Bevölkerung (in 1000)	390	8.795
Anteil der Bevölkerung über 65 Jahre, in %	17%	18%
Bruttoregionalprodukt pro Kopf ¹ (in EUR)	44.920	42.058
Arbeitslosenquote ² (%)	4%	6%

1 Bruttoregionalprodukt nominell (Bruttoinlandsprodukt für Österreich)

2 Arbeitslosenquote nach internationaler Definition (laut Eurostat)



Ressourcen und Finanzierung des Gesundheitssystems, 2017

	Vorarlberg	Österreich
Gesundheitsausgaben ³ (in Mio. EUR)	1.692	37.738
davon Sozialversicherung ³	748	17.027
davon Staat ³	466	11.432
Gesundheitspersonal in Krankenanstalten	4.652	138.932
Ärzte/-innen gesamt	1.635	45.596

3 Laufende Gesundheitsausgaben laut SHA 2017, HS&I-eigene Schätzung für Vorarlberg

Ressourcen der Krankenanstalten 2017

	Vorarlberg	Österreich
Stationäre Ausgaben ⁴ (in Mio. EUR)	565	12.768
<i>Fondskrankenanstalten</i>	411	9.279
Anzahl der Krankenanstalten	11	271
<i>Fondskrankenanstalten</i>	7	114
Spitalsbetten ⁵	2.197	64.805
<i>Fondskrankenanstalten</i>	1.915	44.738
Ärztinnen/Ärzte (in VZÄ)	826	22.808
<i>Fondskrankenanstalten</i>	803	20.920

4 Bereinigt um Patientenströme, ohne stationäre Pflege, HS&I-eigene Schätzungen

5 Tatsächlich aufgestellte Betten in Krankenanstalten

Fact Book Krankenanstalten im Bundesländervergleich 2019

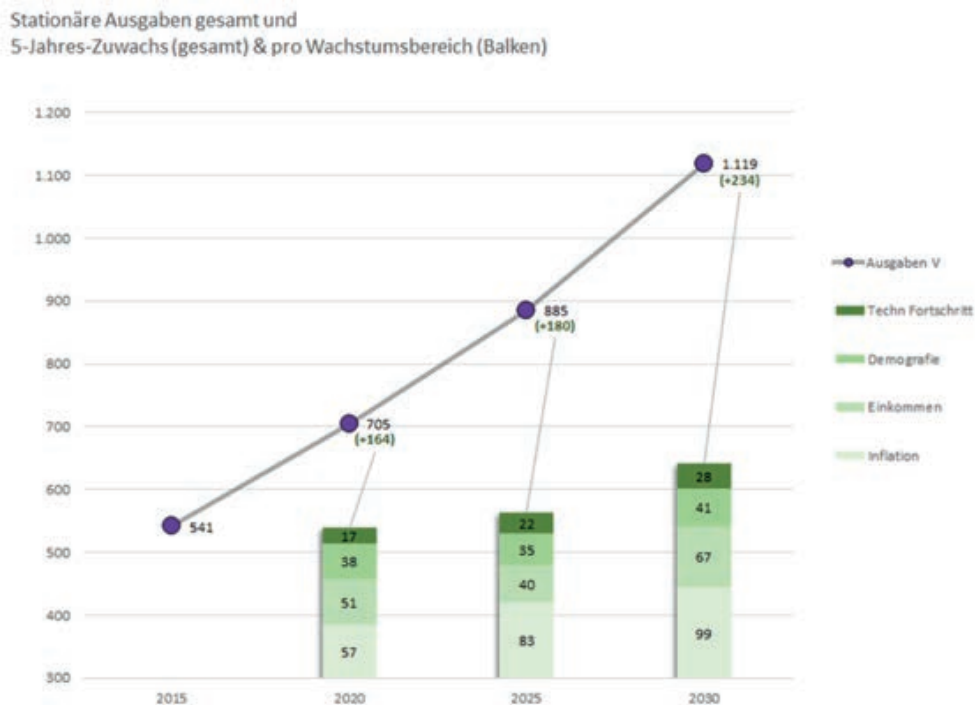
Das Fact Book Krankenanstalten im Bundesländervergleich bietet prägnante Information zu Krankenanstalten und Gesundheitssystemen der österreichischen Bundesländer. Das Fact Book erneuert und ergänzt Ausgaben-schätzungen zum Finanzierungsbedarf, die erstmals vollständig für die Bundesländer vorliegen. Ziel des Projektes ist es, ein Leistungsbild über die Krankenanstalten zu geben und evidenzbasierte Politikgestaltung auf regionaler und föderaler Ebene zu unterstützen.

Das Fact Book Krankenanstalten im Bundesländervergleich ist ein Projekt des unabhängigen Instituts HS&I HealthSystemIntelligence, das mit freundlicher Unterstützung von Philips Austria realisiert wurde. Die hier geäußerten Ansichten sind jene der Autorinnen.

Finanzbedarf der Krankenanstalten in Vorarlberg

Bislang gibt es in Österreich keine fundierte Schätzung des zukünftigen Finanzbedarfes der Krankenanstalten. In der folgenden Grafik wird das prognostizierte Wachstum der stationären Ausgaben von 2015 bis 2030 in 5-Jahres-Schritten für Vorarlberg dargestellt. Die geschätzten Zuwächse werden nach Wachstumsbereichen aufgeschlüsselt.

Geschätzter Finanzbedarf für Krankenanstalten in Vorarlberg bis 2030, in Mio. EUR, nominell



Quellen: Statistik Austria, OECD, Eurostat, HS&I-eigene Berechnungen und Darstellungen

Der Finanzierungsbedarf steigt im Prognosezeitraum von 541 Mio. EUR 2015 auf 1.119 Mio. EUR 2030. In allen Perioden ist ein großer Teil des nominellen Ausgabenzuwachses der Krankenanstalten inflationsgetrieben. Werden die realen Ausgaben zu Preisen 2014 zwischen 2015 und 2030 betrachtet, entfallen 46% des Zuwachses bis 2030 auf Einkommenseffekte, 34% auf die veränderte Bevölkerungsstruktur und 20% auf Ausgaben, die durch technologische Neuerungen bedingt sein könnten. Der reale Wachstumsanteil demografischer Entwicklungen ist vergleichsweise hoch und beträgt zwischen 2016 und 2020 36%, 5 Jahre später ebenfalls 36%, und 10 Jahre später 30%. Pro Kopf steigen die jährlichen nominellen stationären Gesundheitsausgaben in Vorarlberg von EUR 1.421 im Jahr 2015 auf EUR 2.848 im Jahr 2030; real entspricht das einem jährlichen Wachstum von 2,3%, was geringfügig über dem österreichischen Durchschnitt von 2,2% liegt.

Daten und Informationsquellen

Die Daten und Informationen im Fact Book 2019 basieren auf verschiedenen Quellen, darunter offizielle Statistiken von der OECD, Eurostat, Statistik Austria, Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz, Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und anderen, allen gilt Dank für die Kooperation. Den vollständigen Projektbericht, die Definitionen aller Indikatoren, die Methode, sowie die Liste der Quellen und die gesammelten Daten finden Sie unter: <http://www.HealthSystemIntelligence.eu/Krankenanstalten>

Krankenanstalten im Bundesländervergleich

Wien

Fact Sheet



Wien

Demografischer und sozioökonomischer Kontext, 2017

	Wien	Österreich
Bevölkerung (in 1000)	1.878	8.795
Anteil der Bevölkerung über 65 Jahre, in %	16%	18%
Bruttoregionalprodukt pro Kopf ¹ (in EUR)	49.989	42.058
Arbeitslosenquote ² (%)	10%	6%

1 Bruttoregionalprodukt nominell (Bruttoinlandsprodukt für Österreich)

2 Arbeitslosenquote nach internationaler Definition (laut Eurostat)

Ressourcen und Finanzierung des Gesundheitssystems, 2017

	Wien	Österreich
Gesundheitsausgaben ³ (in Mio. EUR)	8.089	37.738
davon Sozialversicherung ³	3.550	17.027
davon Staat ³	3.093	11.432
Gesundheitspersonal in Krankenanstalten	36.322	138.932
Ärzte/-innen gesamt	12.865	45.596

3 Laufende Gesundheitsausgaben laut SHA 2017, HS&I-eigene Schätzung für Wien



Ressourcen der Krankenanstalten 2017

	Wien	Österreich
Stationäre Ausgaben ⁴ (in Mio. EUR)	2.877	12.768
<i>Fondskrankenanstalten</i>	2.113	9.279
Anzahl der Krankenanstalten	47	271
<i>Fondskrankenanstalten</i>	20	114
Spitalsbetten ⁵	14.717	64.805
<i>Fondskrankenanstalten</i>	9.476	44.738
Ärztinnen/Ärzte (in VZÄ)	6.388	22.808
<i>Fondskrankenanstalten</i>	5.796	20.920

4 Bereinigt um Patientenströme, ohne stationäre Pflege, HS&I-eigene Schätzungen

5 Tatsächlich aufgestellte Betten in Krankenanstalten

Fact Book Krankenanstalten im Bundesländervergleich 2019

Das Fact Book Krankenanstalten im Bundesländervergleich bietet prägnante Information zu Krankenanstalten und Gesundheitssystemen der österreichischen Bundesländer. Das Fact Book erneuert und ergänzt Ausgaben-schätzungen zum Finanzierungsbedarf, die erstmals vollständig für die Bundesländer vorliegen. Ziel des Projektes ist es, ein Leistungsbild über die Krankenanstalten zu geben und evidenzbasierte Politikgestaltung auf regionaler und föderaler Ebene zu unterstützen.

Das Fact Book Krankenanstalten im Bundesländervergleich ist ein Projekt des unabhängigen Instituts HS&I HealthSystemIntelligence, das mit freundlicher Unterstützung von Philips Austria realisiert wurde. Die hier geäußerten Ansichten sind jene der Autorinnen.

Finanzbedarf der Krankenanstalten in Wien

Bislang gibt es in Österreich keine fundierte Schätzung des zukünftigen Finanzbedarfes der Krankenanstalten. In der folgenden Grafik wird das prognostizierte Wachstum der stationären Ausgaben von 2015 bis 2030 in 5-Jahres-Schritten für Wien dargestellt. Die geschätzten Zuwächse werden nach Wachstumsbereichen aufgeschlüsselt.

Geschätzter Finanzbedarf für Krankenanstalten in Wien bis 2030, in Mio. EUR, nominell



Quellen: Statistik Austria, OECD, Eurostat, HS&I-eigene Berechnungen und Darstellungen

Der Finanzierungsbedarf steigt im Prognosezeitraum von 2.717 Mio. EUR 2015 auf 5.300 Mio. EUR 2030. In allen Perioden ist ein großer Teil des nominellen Ausgabenzuwachses der Krankenanstalten inflationsgetrieben. Werden die realen Ausgaben zu Preisen 2014 zwischen 2015 und 2030 betrachtet, entfallen 54% des Zuwachses bis 2030 auf Einkommenseffekte, 24% auf die veränderte Bevölkerungsstruktur und 22% auf Ausgaben, die durch technologische Neuerungen bedingt sein könnten. Die Anteile schwanken im Zeitverlauf leicht. So beträgt der reale Wachstumsanteil der Einkommenseffekte zwischen 2016 und 2020 55%, 5 Jahre später 51%, und 10 Jahre später 54%. Pro Kopf steigen die jährlichen nominellen stationären Gesundheitsausgaben in Wien von EUR 1.497 im Jahr 2015 auf EUR 2.810 im Jahr 2030; real entspricht das einem jährlichen Wachstum von 1,7%, was unter dem österreichischen Durchschnitt von 2,2% liegt.

Daten und Informationsquellen

Die Daten und Informationen im Fact Book 2019 basieren auf verschiedenen Quellen, darunter offizielle Statistiken von der OECD, Eurostat, Statistik Austria, Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz, Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und anderen, allen gilt Dank für die Kooperation. Den vollständigen Projektbericht, die Definitionen aller Indikatoren, die Methode, sowie die Liste der Quellen und die gesammelten Daten finden Sie unter: <http://www.HealthSystemIntelligence.eu/Krankenanstalten>



AUTORINNEN:

MARIA M. HOFMARCHER-HOLZHACKER, CHRISTOPHER SINGHUBER

TITEL:

FACT BOOK KRANKENANSTALTEN IM BUNDESLÄNDERVERGLEICH.

PROJEKTBERICHT/RESEARCH REPORT

HS&I

JOSEFSTÄDTER STRASSE 14/60

1080 VIENNA

AUSTRIA

TEL: +43-66488508917

EMAIL: [_MARIA.HOFMARCHER@HEALTHSYSTEMINTELLIGENCE.EU](mailto:MARIA.HOFMARCHER@HEALTHSYSTEMINTELLIGENCE.EU)

[HTTP://WWW.HEALTHSYSTEMINTELLIGENCE.EU/](http://WWW.HEALTHSYSTEMINTELLIGENCE.EU/)



© 2019 Koninklijke Philips N.V. Alle Rechte vorbehalten.
Philips Austria GmbH, Kranichberggasse 4, 1120 Wien

HealthSystemIntelligence 

The logo icon for HealthSystemIntelligence is a stylized purple and green shape resembling a DNA helix or a network of nodes and connections.

maria.hofmarcher@healthsystemintelligence.eu
tel: +43 664 88 50 89 17 twitter: @mariamhofholz
www.healthsystemintelligence.eu