

# Beiträge der Akutspitäler zur Regionalwirtschaft in Österreich

Gerhard Fülöp

## Abstract

Österreich weist im internationalen Vergleich eine extrem hohe Akutbettendichte und Krankenhaushäufigkeit auf (jeweils Spitzenposition innerhalb der EU-28). Gleichzeitig liegt Österreich auch mit dem Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP von 10,8 % (darunter Kosten für die Akutspitäler im Umfang von etwa 4 bis 5 % des BIP) im EU-Spitzenfeld. Im Rahmen der daraus resultierenden Diskussion über die möglichen Optimierungen (Reduktion von Spitalsstandorten und Akutbetten; Verlagerung der Versorgungsleistungen in den „ambulanten“ bzw. „extramuralen“ Sektor) ist auch die aktuelle regionalwirtschaftliche Bedeutung der Akutspitäler von Relevanz.

Aus den verfügbaren Datengrundlagen (regionale Gesamtrechnung der Statistik Austria, Krankenanstalten-Statistik und Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung (LKF)- Daten des Gesundheitsministeriums) können Rückschlüsse auf den Beitrag der Akutspitäler zur jeweiligen Regionalwirtschaft abgeleitet werden. Bezüglich der Relation zwischen den Endkosten der Akutspitäler und der regionalen Bruttowertschöpfung zeigt sich ein „regionales Verteilungsmuster“ in Richtung eines „modifizierten West-Ost-Gefälles“. Dies äußert sich einerseits in einer geringeren Abhängigkeit von den Akutspitalern der drei westlichen Bundesländer sowie Wiens und in einer stärkeren Abhängigkeit der beiden wirtschaftlich strukturschwachen Bundesländer Burgenland und Kärnten. Auf Ebene der NUTS-3-Regionen zeigt sich, dass Akutspitäler in ländlich-peripheren/strukturschwachen Regionen besondere Bedeutung und vergleichsweise geringere regionalwirtschaftliche Bedeutung in den westlichen Regionen sowie in den städtischen Dienstleistungszentren haben.

Damit bestätigen sich auch Ergebnisse aus früheren Untersuchungen, dass die relativen regionalen Leistungsvolumina und damit die Bedeutung der Akutspitäler in wesentlich stärkerem Ausmaß mit sozioökonomischen Faktoren und mit der regionalen Akutbettendichte zusammenhängen als mit der regionalen Ausstattung in den komplementären Bereichen des Gesundheits- und Sozialwesens oder mit der regionalen Morbidität. Viele dieser Erkenntnisse finden in der seit 2013 laufenden Gesundheitsreform („Zielsteuerung Gesundheit“) ihren Niederschlag. Im Rahmen dieser Reform können kostendämpfende Effekte in den Akutspitalern primär durch strukturelle Maßnahmen (Spitals-Fusionen inkl. Strukturvereinigungen, Umwidmungen etc.) erreicht werden, wobei im Zuge der Maßnahmen-Umsetzung auch die hier skizzierte – in vielen Regionen erhebliche – regionalwirtschaftliche Bedeutung der Akutspitäler im Auge behalten werden sollte.

## 1 Hintergrund

Das Gesundheitssystem in Österreich ist geprägt von einer im internationalen Vergleich extrem hohen **Akutbettendichte** (Betten in Akutkrankenanstalten pro 1.000 Einwohner) und einer ebenso hohen **Krankenhaushäufigkeit** (akutstationäre Aufenthalte pro 1.000 Einwohner, KHH) in Bezug auf diese Akutkrankenanstalten. In beiden Bereichen liegt Österreich an der Spitze der EU-28, hinsichtlich der KHH verzeichnet Österreich um 53 % mehr akutstationäre Aufenthalte pro 1.000 Einwohner als dies im Durchschnitt der EU-28 der Fall ist (vgl. WHO/Europe 2015). Die Tatsache, dass die österreichische Bevölkerung mit ihrem Gesundheitssystem in hohem Maße **zufrieden** ist (zweitbeste Einschätzung nach Belgien in der gesamten EU, vgl. Eurobarometer-Umfrage „Patient safety and quality of healthcare“ 2009, S. 59), hängt u.a. auch mit der Tatsache zusammen, dass der Zugang zum Gesundheitssystem nahezu ohne Hürden bzw. der Zugang zu den zahlreichen dezentralen Krankenhaus-Standorten

„wohnortnahe“ möglich ist. Andererseits liegt in dieser Situation auch einer der Gründe dafür, dass Österreich mit einem Anteil der **Gesundheitsausgaben am BIP von derzeit 10,8 %** seit den frühen 1990er Jahren im absoluten Spitzenfeld der EU-28 liegt (vgl. WHO/Europe 2015).

Nachdem die Akutspitäler in einer Größenordnung von rund 4 bis 5 % des BIP zu diesen Gesundheitsausgaben beitragen, steht die Diskussion über die Möglichkeiten der **Reduktion** der Spitalsstandorte, der Akutbetten und der akutstationären Aufenthalte bzw. der **Verlagerung** deren Versorgungswirkung in den „ambulanten“ bzw. „extramuralen“ Sektor seit Jahrzehnten im Mittelpunkt der gesundheitspolitischen Diskussion. Seit der Publikation des – mehrere „Umwidmungen“ von Akutspitalern beinhaltenden – „Österreichischen Krankenanstaltenplans 1994“ wurden wiederholt „politische **Standortgarantien**“ für alle Akutspitäler ausgesprochen (und mit wenigen Ausnahmen wie z.B. KH Mondsee oder KH Kitzbühel) auch eingehalten. Andererseits wurden die



Anzahl der **Akutbetten** in den letzten 20 Jahren von rund 55.000 auf rund 49.000 **reduziert** und in mehreren Bundesländern sog. „**Mehrstandort-Krankenanstalten**“ eingerichtet, in deren Rahmen regionale Doppelgleisigkeiten bezüglich der Mehrfach-Vorhaltung von Abteilungen bestimmter Fachrichtungen beseitigt wurden.

Einer der Gründe, warum die Dynamik bezüglich einer umfassenden Restrukturierung der Spitallandschaft nach wie vor überschaubar ist, liegt in der erwähnten hohen Zufriedenheit der österreichischen Bevölkerung mit dem Gesundheitssystem insgesamt – zumal der politische Wille, eine für die Wähler/-innen sehr zufriedenstellende Versorgungsstruktur zu verändern, aus naheliegenden Gründen beschränkt sein wird. Ein anderer Grund liegt aber auch in der regionalpolitischen und **regionalwirtschaftlichen Bedeutung** der Akutspitäler, die sowohl von der Politik als auch von den Krankenhaus-Trägerorganisationen immer wieder besonders betont wird. Mit einem Akutspital ist ja nicht nur die Erbringung von medizinischen Leistungen (Operationen, Pharmakotherapien und sonstige Therapien) verbunden, vielmehr ist ein Akutspital auch ein Garant für eine entsprechende regionale Nachfrage nach anderen Gütern und Dienstleistungen (Haustechnik, Energieversorgung, Wäschereinigung, Speisen/Getränke etc.) und somit ein wesentliches Element einer funktionierenden Regionalökonomie. Die „Vinzenz-Gruppe“ als eine der überregionalen Krankenhaus-Trägerorganisationen hat 2009 eine umfassende Untersuchung der **wirtschaftlichen Bedeutung aller 270 österreichischen Spitäler insgesamt** (nicht nur der hier im Mittelpunkt stehenden rund 170 Akutspitäler) in Auftrag gegeben – mit folgenden zentralen Ergebnissen (vgl. Haber, G. / Vinzenz-Gruppe 2009, S. 2 ff):

- „Die Wertschöpfung durch Spitäler schafft einen Anteil am Bruttoinlandsprodukt Österreichs von 2,1 % (direkt) bzw. 4,4 % (insgesamt, inklusive Folgeeffekte). Das ist deutlich mehr als die Leistung der Landwirtschaft (1,5 % BIP-Anteil direkt) und mehr als die Hälfte der Wertschöpfung, die der zentrale Wirtschaftszweig Tourismus bringt (4,1 % BIP-Anteil direkt)“.
- „Die heimischen Spitäler schaffen Arbeitsplätze. In den Spitälern selbst und durch ihre Rolle als großer Wirtschaftsfaktor und Einkäufer in der Region werden rund 248.000 Arbeitsplätze gesichert. Zusätzlich bringen Patienten und Besucher weitere Impulse, etwa in Handel, Gastronomie und Dienstleistung: Das sind noch einmal rund 3.000 zusätzliche Arbeitsplätze, die geschaffen und gesichert werden. Im Endeffekt sind es also 251.000 Jobs durch den Wachstumsmotor Spitäler“.
- „Rund € 11,2 Mrd. an Wertschöpfung für Österreich werden insgesamt durch die Spitäler geschaffen. Spitäler sind Zentren des Lebens und der Begegnung, auch das belebt die Wirtschaft: Durch Patienten- und Besucher Ausgaben und deren Folgeeffekte kommen noch einmal rund 350 Mio. Euro dazu. Die beeindruckende Zahl für den Wirtschaftsfaktor Spital in Österreich ist also: knapp 11,6 Mrd. Euro. Mit dem heutigen Wert berechnet bringt der Wirtschaftsfaktor Spital in 10 Jahren 90 Mrd. Euro an Wertschöpfung“.

Angesichts dieser Volumina und der offensichtlichen wirtschaftlichen Bedeutung der Spitäler für ihre Standort-Re-

gionen erscheint ein genauerer Blick auf die Art und Weise gerechtfertigt, **wie** bzw. in welchem **Umfang** die **Akutspitäler** (nur für diese sind derzeit entsprechend umfassende Datengrundlagen verfügbar) zur regionalen Wertschöpfung **beitragen**. Dabei soll es in der gegenständlichen Untersuchung weniger um eine hoch präzise Detailanalyse in Richtung einer regionalen Input-Output-Analyse gehen, sondern vielmehr um einen **groben Überblick** im Sinne eines Stimmungsbilds bzw. der Größenordnungen für die einzelnen Regionen bezüglich dieser Fragestellung.

## 2 Datengrundlagen und Methoden

Zur Analyse der Beiträge der Akutspitäler zur Regionalwirtschaft sind grundsätzlich einerseits Daten aus der **regionalen Gesamtrechnung** (z.B. Bruttoregionalprodukt, Bruttowertschöpfung, jeweils in regionaler und sektoraler Differenzierung, wobei derzeit unterhalb der Bundesländer-Ebene bei Statistik Austria die NUTS-3-Regionen bis inkl. Datenjahr 2012 verfügbar sind) erforderlich und andererseits Daten zu den Kosten und „Produktionsweisen“ der **Akutspitäler** (z.B. Menge/Art der stationären Aufenthalte in diesen Spitälern gemäß der Krankenanstalten(KA)-Statistik bzw. der „Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten“ – oft auch kurz als „LKF-Daten“ bezeichnet; bei BMG/GÖG ebenfalls auf der Ebene der NUTS-3-Regionen verfügbar). Im Sinne der für das gegenständliche Erkenntnisinteresse notwendigen Synthese aus diesen beiden „Datenwelten“ wurden für das **Jahr 2012** folgende Datengrundlagen auf Ebene der NUTS-3-Regionen bzw. der Bundesländer zusammengestellt (vgl. Tab. 1 und Tab. 2):

- **Bruttowertschöpfung** (BWS) in Differenzierung nach den drei Wirtschaftssektoren sowie zusätzlich im Bereich „Gesundheits- und Sozialwesen“ (GSW) als Teilsegment des tertiären Sektors (die BWS ergibt sich als Differenz aus den Produktionswerten und den Vorleistungen in den einzelnen Wirtschaftsbereichen; sie umfasst – wie das BIP bzw. das BRP – also jeweils nur den im Produktionsprozess geschaffenen Mehrwert zu Herstellungspreisen bewertet; Datenquelle: Statistik Austria – Regionale Gesamtrechnungen 2012/2013).
- **Endkosten** der landesgesundheitsfondsfinanzierten Krankenanstalten („Kosten“ sind hier definiert der bewertete Verbrauch von Wirtschaftsgütern materieller und immaterieller Art zur Erstellung von betrieblichen Leistungen und Gütern; auf Grund der gesetzlichen Bestimmungen in der Kostenrechnungsverordnung für landesfondsfinanzierte Krankenanstalten, BGBl. II Nr. 638/2003 i.d.F. BGBl. II Nr. 18/2007, werden nur von den landesgesundheitsfondsfinanzierten Krankenanstalten Kostenrechnungsergebnisse erhoben; damit sind rund 93 % der Bettenkapazität in den österreichischen Akutspitälern abgedeckt, die restlichen 7 % an Betten in den Unfallkrankenhäusern der AUVA und in den privaten nicht gemeinnützigen „Sanatorien“ können mangels Daten nicht berücksichtigt werden; Datenquelle: BMG - Krankenanstaltenstatistik/Kostenrechnungsergebnisse 2012).

- **Stationäre Aufenthalte und LKF-Punkte** in den landesgesundheitsfondsfinanzierten Krankenanstalten (Aufenthalte „anstaltsbedürftiger“ Personen im Sinne des KAKuG, inkl. sog. „Nulltages-Aufenthalte“ ohne Nächtigung im Spital; LKF-Punkte als Abrechnungsbasis im LKF-System, den ungefähren Gegenwert des Aufenthalts aufgrund der erbrachten diagnostischen/therapeutischen Leistungen repräsentierend; Datenquelle: BMG – Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten).

Auf Basis dieser Ausgangsdaten wurde in Differenzierung nach den NUTS-3-Regionen und nach Bundesländern die **Relation der Endkosten** in den landesgesundheitsfondsfinanzierten Krankenanstalten (FKA) **zur BWS** insgesamt, zur BWS im tertiären Sektor sowie zur BWS im Teilsegment „Gesundheits- und Sozialwesen (GSW)“ ermittelt; weiters wurden – zur genaueren Beschreibung des **Zustandekommens** dieser Endkosten – die „Krankenhaustäufigkeit“ (KHH, ausgedrückt in akutstationären Aufenthalten pro 1.000 Einwohner der Wohnbevölkerung) sowie die „LKF-Punkte-Dichte“ (LKPD, ausgedrückt in LKF-Punkten pro 1.000 Einwohner) dargestellt (vgl. Tab. 1). Die für die Akutspitäler ermittelten Indikatoren inkl. der Endkosten wurden – nach regionalen Patientenströmen bereinigt – ausschließlich auf die **Wohnorte** der Patienten/-innen bezogen (= „**quellbezogen**“) berechnet, um hinsichtlich der „Patientenwanderungen“ zwischen den NUTS3-Regionen eine einheitliche Betrachtungsweise zu gewährleisten.

Wie erwähnt sollen auf Basis dieser Daten eine Groborientierung bzw. „regionale Stimmungsbilder“ vermittelt werden. In diesem Zusammenhang ist auch auf die **Einschränkungen/Limitationen** bezüglich der verwendeten Datengrundlagen explizit hinzuweisen:

- Die BWS für das Teilsegment „GSW“ wurde von Statistik Austria auf Ebene der NUTS-3-Regionen nicht veröffentlicht bzw. ist in publizierter Form nur für die Ebene der Bundesländer verfügbar.
- Die Endkosten für die Akutspitäler sind nur für die KFA verfügbar, nicht jedoch für die UKH und für die Sanatorien, somit werden hier nur rund 93 % der Bettenkapazität bzw. rund 95 % der gesamten Versorgungswirkung der Akutspitäler erfasst.
- Die Transformation sämtlicher Indikatoren aus dem KA-Bereich in Richtung einer „quellbezogenen“ (= auf die Wohnorte der Patienten/-innen ausgerichteten) Analyse ist eine von mehreren denkbaren Ansätzen (z.B. differenzierte Vorgangsweise in einer regionalen Input-/Output-Analyse) und muss nicht unbedingt der optimale Ansatz für eine derartige Untersuchung sein.
- Die Dimensionen der Indikatoren (z.B. BWS versus Endkosten in den Akutspitälern) sind vom Konzept her keineswegs unmittelbar vergleichbar, sodass auch aus diesem Grund Limitationen in der Interpretation zu beachten sind.

### 3 Ergebnisse

Unter der Annahme, dass die gewählten Indikatoren trotz der oben angeführten Limitationen eine korrekte Abbildung zumindest der Größenordnungen zulassen, ist zunächst für **Österreich insgesamt** festzuhalten, dass die Endkosten der Akutspitäler im Jahr 2012 eine Größenordnung von rund **4,1 % der gesamten BWS** in Österreich bzw. von rund 5,9 % der BWS im gesamten tertiären Sektor bzw. von rund 62 % im Teilsegment „GSW“ ausmachten (vgl. Tab. 1, letzte Zeile). Aus den Datengrundlagen von Statistik Austria gemäß Konzept „System of Health Accounts“ gemäß OECD-Vorgabe lässt sich bestätigend erkennen, dass die „stationäre Gesundheitsversorgung“ im Jahr 2012 einen Anteil von rund 4,2 % des BIP bzw. von rund 40 % der gesamten Gesundheitsausgaben (rund € 34,3 Mrd., die wiederum zu einem BIP-Anteil aller Gesundheitsausgaben in der Höhe der oben erwähnten 10,8 % führen) ausmachten.

#### *Beiträge der Akutspitäler zur regionalen Bruttowertschöpfung*

In der Differenzierung nach **Bundesländern** lässt sich hinsichtlich der Relation zwischen den Endkosten der Akutspitäler und der BWS insgesamt bzw. der BWS im tertiären Sektor (und auch der BWS im Bereich GSW) bereits bis zu einem gewissen Grad ein „Muster“ erkennen: Im Burgenland und in Kärnten werden von den Akutspitalern die **höchsten Beiträge** zur BWS insgesamt bzw. zur BWS (III – Tertiärer Sektor) geleistet (Größenordnungen von > 5,3 % bzw. von > 8,0 %), d.h. dass gerade in diesen beiden von wirtschaftlichen Strukturschwächen gekennzeichneten Bundesländern (vgl. Statistik Austria – Regionale Gesamtrechnungen 2012/2013) Akutspitäler für die Regionalökonomie besonders bedeutend sind.

Am anderen Ende der Skala finden sich die Bundeshauptstadt Wien (mit dem höchsten BRP pro Einwohner) sowie die westlichen Bundesländer Salzburg, Tirol und Vorarlberg, die hinsichtlich des Indikators BRP pro Einwohner unmittelbar hinter Wien folgen und in denen sich die niedrigsten Beiträge der Akutspitäler zur regionalen BWS insgesamt bzw. zur BWS (III) ergeben (Größenordnungen von < 4,0 % bzw. von < 5,8 %). Dies dürfte im Bereich der Relation von Endkosten der Akutspitäler zur BWS (III) auch damit zusammenhängen, dass in diesen Bundesländern mächtige „Konkurrenten“ für die Akutspitäler im tertiären Sektor existieren (Wien als bundesweites Dienstleistungszentrum für ganz Österreich, die westlichen Bundesländer hingegen mit hohen BWS-Anteilen der Tourismus-Wirtschaft, sowohl über den Winter-Fremdenverkehr als auch über den Sommer-Fremdenverkehr).

Während sich diese Konstellationen für Wien als „Spitzenreiter“ (mit komparativ niedrigem Beitrag der Akutspitäler zur BWS in der Höhe von 46,8 %) und Burgenland als „Schlusslicht“ (mit komparativ sehr hohem Beitrag der Akutspitäler zur BWS in der Höhe von 84,6 %) auch bei **Einschränkung auf das GSW** per se fortsetzen, ändern sich die Verhältnisse in den anderen Bundesländern z.T. doch erheblich. Insbesondere wird für OÖ erkennbar, dass die Akutspitäler mit einem Anteil von 75,4 % an der BWS im GSW einen vergleichsweise sehr hohen Beitrag leisten (vgl. Tab. 1 fünfte Spalte von rechts) – dies mag u.a. dadurch zu begründen sein, dass der Ausbaugrad der extramuralen Strukturen (niedergelassene

**Tab. 1. Bruttowertschöpfung nach Sektoren und Endkosten der FKA (in Mio. €) sowie Krankenhaushäufigkeit und LKF-Punktedichte nach Bundesländern 2012**

LC	Bundesland	BWS (I)	BWS (II)	BWS (III)	BWS insg.	BWS GSW*)	EK (FKA)**)	% EK(FKA)/BWS GSW	% EK(FKA)/BWS (III)	% EK(FKA)/BWS insg.	KHH1000(FKA)	LKPD1000(FKA)
1	Burgenland	292	1841	4369	6502	433	366	84,6	8,4	5,6	326	76551
2	Kärnten	335	5042	10291	15668	1214	825	68,0	8,0	5,3	296	88648
3	Niederösterreich	1236	13748	29256	44240	3051	2233	73,2	7,6	5,0	291	82618
4	Oberösterreich	960	19250	27684	47894	2799	2111	75,4	7,6	4,4	333	89179
5	Salzburg	231	5221	15519	20971	1167	723	61,9	4,7	3,4	302	81471
6	Steiermark	944	12530	22710	36184	2692	1605	59,6	7,1	4,4	273	79304
7	Tirol	233	7143	17566	24942	1729	1002	57,9	5,7	4,0	296	84052
8	Vorarlberg	79	4985	7796	12860	756	454	60,1	5,8	3,5	281	73122
9	Wien	35	10530	62142	72707	4990	2334	46,8	3,8	3,2	275	81212
-	Extra-Regio	0	0	84	84	0	0	-	-	-	-	-
<b>0</b>	<b>Österreich</b>	<b>4345</b>	<b>80290</b>	<b>197417</b>	<b>282052</b>	<b>18831</b>	<b>11653,8</b>	<b>61,9</b>	<b>5,9</b>	<b>4,1</b>	<b>294</b>	<b>82780</b>
<b>0</b>	<i>Österreich - BIP nominell</i>	<i>3970</i>	<i>83650</i>	<i>193120</i>	<i>280740</i>	<i>18743</i>	<i>11654</i>	<i>62,2</i>	<i>6,0</i>	<i>4,2</i>		

\*) nur Bundesländer-Werte verfügbar; Ermittlung des BIP nominell im Bereich GSW für Österreich insgesamt durch Analogieschätzung

\*\*) um Patientenströme zwischen den NUTS-3-Regionen bzw. zwischen den Bundesländern bereinigte Endkosten (d.h. Wohnort-bezogene bzw. "quellbezogene" Darstellung)

Legende:

RC = Regions-Code; BWS = Bruttowertschöpfung; (I) = primärer Sektor; (II) = sekundärer Sektor; (III) = tertiärer Sektor (Dienstleistungs-Sektor); GSW = Gesundheits- und Sozialwesen (Teilmenge von (I)); EK = Endkosten insgesamt; FKA = Fonds-Krankenanstalten (landesfondsfinanzierte Krankenanstalten); KHH = Krankenhaushäufigkeit (stationäre Aufenthalte in FKA pro 1.000 Einwohner der Wohnbevölkerung, d.h. Wohnort-bezogen bzw. "quellbezogen"); LKPD = LKF-Punkte-Dichte (LKF-Punkte in FKA pro 1.000 Einwohner der Wohnbevölkerung, d.h. Wohnort-bezogen bzw. "quellbezogen")

Quellen: BMG - KA-Statistik 2012, Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen KA 2012; Statistik Austria - Regionale Gesamtrechnungen 2012, Bevölkerungsstatistik 2012; eigene Berechnungen

**Tab. 2. Bruttowertschöpfung nach Sektoren und Endkosten der FKA (in Mio. €) sowie Krankenhaushäufigkeit und LKF-Punktedichte nach NUTS-3-Regionen 2012**

RC	NUTS-3-Region	BWS (I)	BWS (II)	BWS (III)	BWS insg.	BWS GSW*)	EK (FKA)**)	% EK(FKA)/BWS (III)	% EK(FKA)/BWS insg.	KHH1000(FKA)	LKPD1000(FKA)
AT111	Mittelburgenland	42	255	390	687	n.v.	52	13,2	7,5	389	81892
AT112	Nordburgenland	186	988	2650	3824	n.v.	185	7,0	4,8	309	73465
AT113	Südburgenland	64	598	1329	1991	n.v.	130	9,8	6,5	328	79249
AT121	Mostviertel-Eisenwurzen	308	2454	3381	6143	n.v.	358	10,6	5,8	322	88753
AT122	Niederösterreich-Süd	144	2182	3776	6102	n.v.	327	8,7	5,4	267	77083
AT123	Sankt Pölten	107	1342	3713	5162	n.v.	202	5,4	3,9	269	81166
AT124	Waldviertel	296	1350	3287	4933	n.v.	330	10,0	6,7	316	89730
AT125	Weinviertel	131	545	1410	2086	n.v.	178	12,6	8,5	307	86344
AT126	Wiener Umland/Nordteil	183	2783	4488	7454	n.v.	414	9,2	5,6	289	80297
AT127	Wiener Umland/Südteil	67	3092	9201	12360	n.v.	424	4,6	3,4	275	78985
AT130	Wien	35	10530	62142	72707	n.v.	2334	3,8	3,2	275	81212
AT211	Klagenfurt-Villach	83	2614	6519	9216	n.v.	403	6,2	4,4	284	86936
AT212	Oberkärnten	110	886	1812	2808	n.v.	191	10,6	6,8	317	89969
AT213	Unterkärnten	142	1542	1960	3644	n.v.	231	11,8	6,3	299	90662
AT221	Graz	81	4655	11385	16121	n.v.	478	4,2	3,0	234	70342
AT222	Liezen	98	656	1464	2218	n.v.	126	8,6	5,7	356	94938
AT223	Östliche Obersteiermark	128	2408	2376	4912	n.v.	265	11,2	5,4	318	96275
AT224	Oststeiermark	335	2165	3720	6220	n.v.	337	9,0	5,4	269	75346
AT225	West- und Südsteiermark	179	1690	2343	4212	n.v.	246	10,5	5,8	263	77211
AT226	Westliche Obersteiermark	123	956	1422	2501	n.v.	154	10,9	6,2	317	89584
AT311	Innviertel	321	3473	3816	7610	n.v.	407	10,7	5,3	357	88156
AT312	Linz-Wels	146	8107	15661	23914	n.v.	826	5,3	3,5	333	89350
AT313	Mühlviertel	196	1597	2381	4174	n.v.	277	11,6	6,6	302	80981
AT314	Steyr-Kirchdorf	135	2884	2342	5361	n.v.	255	10,9	4,8	338	99968
AT315	Traunviertel	162	3189	3484	6835	n.v.	347	10,0	5,1	329	90126
AT321	Lungau	16	132	388	536	n.v.	34	8,8	6,3	326	97686
AT322	Pinzgau-Pongau	102	1383	3814	5299	n.v.	235	6,1	4,4	345	86023
AT323	Salzburg und Umgebung	113	3706	11317	15136	n.v.	454	4,0	3,0	280	78356
AT331	Außerfern	13	485	711	1209	n.v.	43	6,1	3,6	306	81740
AT332	Innsbruck	52	2434	8034	10520	n.v.	412	5,1	3,9	283	85688
AT333	Osttirol	21	424	769	1214	n.v.	77	9,9	6,3	344	92546
AT334	Tiroler Oberland	33	718	2709	3460	n.v.	130	4,8	3,8	284	76790
AT335	Tiroler Unterland	114	3082	5343	8539	n.v.	340	6,4	4,0	304	83725
AT341	Bludenz-Bregenz-Wald	38	1268	2076	3382	n.v.	102	4,9	3,0	266	69056
AT342	Rheinthal-Bodenseegebiet	41	3717	5720	9478	n.v.	352	6,2	3,7	286	74385
ATZZZ	Extra-Regio	0	0	84	84	n.v.	0	-	-	-	-

Legende:

RC = Regions-Code; BWS = Bruttowertschöpfung; (I) = primärer Sektor; (II) = sekundärer Sektor; (III) = tertiärer Sektor (Dienstleistungs-Sektor); EK = Endkosten insgesamt; FKA = Fonds-Krankenanstalten (landesfondsfinanzierte Krankenanstalten); KHH = Krankenhaushäufigkeit (stationäre Aufenthalte in FKA pro 1.000 Einwohner der Wohnbevölkerung, d.h. Wohnort-bezogen bzw. "quellbezogen"); LKPD = LKF-Punkte-Dichte (LKF-Punkte in FKA pro 1.000 Einwohner der Wohnbevölkerung, d.h. Wohnort-bezogen bzw. "quellbezogen")

Quellen: BMG - KA-Statistik 2012, Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen KA 2012; Statistik Austria - Regionale Gesamtrechnungen 2012, Bevölkerungsstatistik 2012; eigene Berechnungen

Österreichisches Gesundheitsinformationssystem ÖGIS

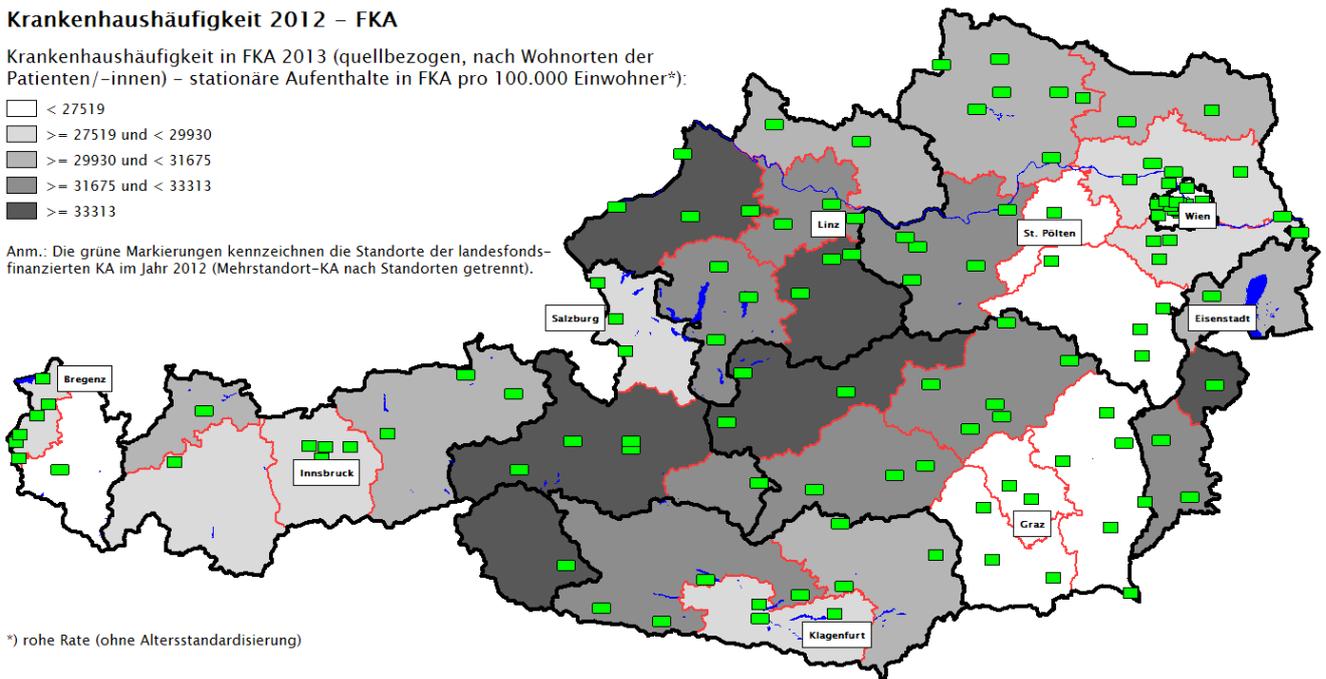


Krankenhaustätigkeit 2012 – FKA

Krankenhaustätigkeit in FKA 2013 (quellbezogen, nach Wohnorten der Patienten/-innen) – stationäre Aufenthalte in FKA pro 100.000 Einwohner\*):

- < 27519
- >= 27519 und < 29930
- >= 29930 und < 31675
- >= 31675 und < 33313
- >= 33313

Anm.: Die grüne Markierungen kennzeichnen die Standorte der landesfonds-finanzierten KA im Jahr 2012 (Mehrstandort-KA nach Standorten getrennt).



\*) rohe Rate (ohne Altersstandardisierung)

Quellen: BMG - Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen KA 2012; ST.AT/ÖROK - VZ 2001 und RZ 2011; Bevölkerungsprognosen 2001-2031; eigene Berechnungen.

Karte 1. Krankenhaushäufigkeit 2012 - FKA

Österreichisches Gesundheitsinformationssystem ÖGIS

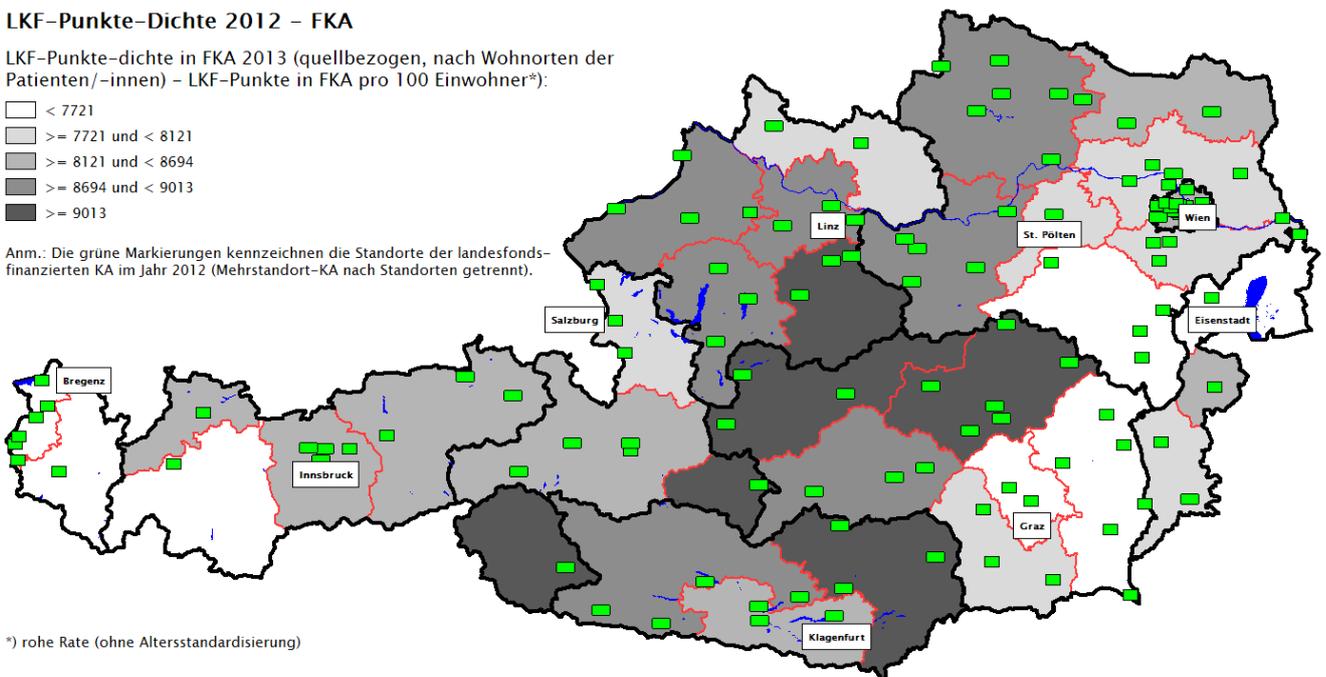


LKF-Punkte-Dichte 2012 – FKA

LKF-Punkte-dichte in FKA 2013 (quellbezogen, nach Wohnorten der Patienten/-innen) – LKF-Punkte in FKA pro 100 Einwohner\*):

- < 7721
- >= 7721 und < 8121
- >= 8121 und < 8694
- >= 8694 und < 9013
- >= 9013

Anm.: Die grüne Markierungen kennzeichnen die Standorte der landesfonds-finanzierten KA im Jahr 2012 (Mehrstandort-KA nach Standorten getrennt).



\*) rohe Rate (ohne Altersstandardisierung)

Quellen: BMG - Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen KA 2012; ST.AT/ÖROK - VZ 2001 und RZ 2011; Bevölkerungsprognosen 2001-2031; eigene Berechnungen.

Karte 1. LKF-Punkte-Dichte 2012 - FKA

Ärzte/-innen bzw. selbstständige Ambulatorien) in OÖ traditionell als unterdurchschnittlich eingeschätzt wird.

In der Gesamtbetrachtung bezüglich der Relation zwischen den Endkosten der Akutspitäler und der regionalen BWS in verschiedenen Segmenten ergibt sich als grobes „regionales Verteilungsmuster“ ein Bild eines „**modifizierten West-Ost-Gefälles**“, in dem die drei westlichen Bundesländer und Wien als tendenziell „weniger abhängig“ von den Akutspitälern eingestuft werden können. Im Gegensatz dazu sind die beiden wirtschaftlich strukturschwachen Bundesländer Burgenland und Kärnten als tendenziell „stärker abhängig“ von den Akutspitälern zu werten (auf die spezielle Situation in OÖ bezüglich des Teilssegmentes GSW wurde bereits oben eingegangen).

Bei weiterer räumlicher Differenzierung nach **NUTS-3-Regionen** werden nun regionale Einzelheiten bezüglich dieses Verteilungsmusters erkennbar, und zwar in die Richtung, dass die Spannweiten der Verteilung breiter und damit auch die regionalen Extremsituationen deutlicher erkennbar werden: Die **höchsten** Beiträge der Akutspitäler zur BWS insgesamt bzw. zur BWS (III) zeichnen sich für ländlich-periphere und/oder strukturell schwächere Regionen ab (z.B. Mittel- und Südburgenland, Wald- und Weinviertel in NÖ, Ober- und Unterkärnten exkl. Zentralraum Klagenfurt-Villach, Mühlviertel, Teile der Obersteiermark) – die **niedrigsten** Beiträge hingegen für die Regionen im Westen des Bundesgebiets (v.a. Salzburg/Umgebung, Teile Vorarlbergs, Tirol mit Ausnahme von Osttirol) sowie für städtische Dienstleistungszentren (neben Wien auch noch Graz, Linz-Wels und St. Pölten, vgl. Tab. 2).

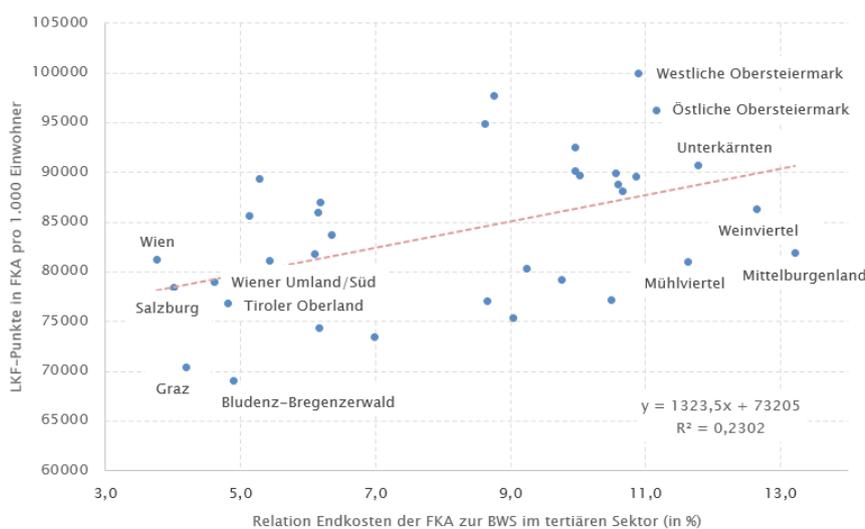
#### Regionale „Verhaltensmuster“ der Produktion von Krankenhausleistungen

Neben der differenzierten Analyse der Rolle, die die Akutspitäler in regionalwirtschaftlicher Hinsicht für ihre jeweiligen Standort-Regionen spielen, stellt sich weiters auch die Frage

nach evtl. analogen regionalen „Verhaltensmustern“, nach denen diese Spitäler ihre Krankenhausleistungen produzieren. Als zentrale Indikatoren zur Beurteilung dieser Frage können die Indikatoren **Krankenhaustäufigkeit** (KHH, stationäre Aufenthalte in FKA pro 1.000 Einwohner der Wohnbevölkerung) sowie die **LKF-Punkte-Dichte** (LKPD, LKF-Punkte in FKA pro 1.000 Einwohner der Wohnbevölkerung) herangezogen werden (vgl. Tab. 1 und 2, vorletzte und letzte Spalte, sowie Karten 1 und 2).

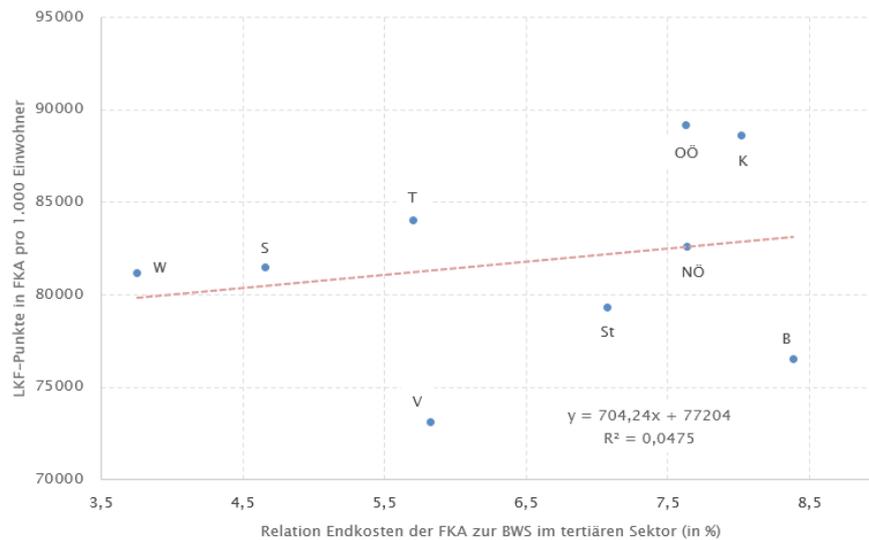
Zur Untersuchung evtl. regionaler „Verhaltensmuster“ wird zunächst der **Hypothese** nachgegangen, dass (wie bisweilen in der gesundheitspolitischen Diskussion thematisiert) in strukturell benachteiligten Regionen ein besonders hoher Beitrag der Akutspitäler zur regionalen BWS bzw. zur regionalen BWS (III) dadurch angestrebt wird, dass überproportional viele LKF-Punkte generiert werden (sei es durch besonders häufige stationäre Aufnahmen bzw. durch eine entsprechend hohe **KHH** oder durch die Produktion besonders aufwändiger Krankenhausleistungen mit einer entsprechend hohen **LKPD** oder aber durch eine Kombination beider Faktoren) – wobei sich das Ergebnis eines solchen Verhaltensmusters durch relativ hohe Anteile der Endkosten in den Akutspitälern an der BWS (III) niederschlagen müsste.

Die dazu durchgeführte Korrelationsanalyse zwischen den Anteilen der Endkosten in den Akutspitälern an der BWS (III) einerseits und der LKPD andererseits zeigt auf Ebene der **NUTS-3-Regionen** einen statistisch signifikanten linearen Zusammenhang ( $r=0,48$ ;  $p<0,01$ , vgl. Abb. 1). Die bereits oben erwähnten städtischen Dienstleistungszentren sowie die Regionen im Westen des Bundesgebiets weisen hier eine gleichermaßen niedrige LKPD und einen niedrigen Anteil der Spitalskosten an der regionalen BWS (III) auf, für die ländlich-peripheren bzw. strukturell schwächeren Regionen (zumeist an den ehemals geschlossenen Staatsgrenzen im Norden, Osten und Süden gelegen) gilt tendenziell das Gegenteil (vgl. Abb. 1). Das bedeutet, dass die oben formulierte



Quellen: BMG - KA-Statistik 2012, Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen KA 2012; Statistik Austria - Regionale Gesamtrechnungen 2012, Bevölkerungsstatistik 2012; eigene Berechnung.

**Abb. 1.** Relation FKA-Endkosten zur BWS im tertiären Sektor versus LKF-Punkte-Dichte (NUTS-3) 2012



Quellen: BMG - KA-Statistik 2012, Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen KA 2012; Statistik Austria - Regionale Gesamtrechnungen 2012, Bevölkerungsstatistik 2012; eigene Berechnung.

**Abb. 2.** Relation FKA-Endkosten zur BWS im tertiären Sektor versus LKF-Punkte-Dichte (Bundesländer) 2012

Hypothese zu den **regionalen Verhaltensmustern** zumindest **nicht widerlegt** werden kann – mit anderen Worten: Je strukturell schwächer eine NUTS-3-Region, desto höher ist tendenziell die dort beobachtete LKF-Punkte-Dichte und die Relation zwischen den Akutspitals-Kosten und der regionalen BWS (III).

Der erwähnte statistisch signifikante Zusammenhang ist auf Ebene der **Bundesländer** nicht mehr festzustellen – vermutlich deswegen, weil er durch die Koexistenz stark unterschiedlicher Typen von NUTS-3-Regionen zumindest innerhalb der Flächenbundesländer „verwischt“ wird. Allerdings zeigen sich die bereits oben beschriebene Charakteristik der Bundesländer sowie das „modifizierte West-Ost-Gefälle“ auch in dieser Analyse (vgl. Abb. 2).

Abschließend wird der Frage nachgegangen, wie sich die Entstehung der jeweiligen Spitalskosten in der regionalen Differenzierung darstellt, wobei die beiden oben **Komponenten der KHH** und der **LKPD** einander gegenüber gestellt werden. Zunächst ist dazu festzustellen, dass der erwartete Zusammenhang zwischen der KHH und der LKPD tatsächlich existiert ( $r=0,65$ ,  $p<0,001$ ). Das bedeutet, dass die Menge der in einer Region generierten LKF-Punkte erwartungsgemäß direkt und sehr eng mit der Menge an stationären Aufenthalten in den Akutspitälern (jeweils bezogen auf die Häufigkeit in Relation zur regionalen Wohnbevölkerung) zusammenhängt (vgl. Karten 1 und 2). Allerdings gibt es einige erwähnenswerte Ausnahmen von dieser Regel:

- Die drei NUTS-3-Regionen im Burgenland (mit relativ hoher KHH bei gleichzeitig relativ niedriger LKPD, verursacht durch die Tatsache, dass in den Burgenländischen KA die „universitäre Spitzenmedizin“ nicht vertreten ist und andererseits bestimmte Routineleistungen wie z.B. Katarakt-Operationen rein tagesklinisch und mit hoher Durchsatzrate abgedeckt werden).

- Der Zentralraum Klagenfurt-Villach in Kärnten sowie der Tiroler Zentralraum Innsbruck (mit relativ niedriger KHH bei gleichzeitig relativ hoher LKPD, vermutlich dadurch bedingt, dass durch die dichte ambulante Versorgung dieser Regionen weniger stationäre Aufenthalte notwendig werden, die aber in den umfassend ausgestatteten großen KA – v.a. LKH Klagenfurt und LKH Innsbruck – mit entsprechend aufwändigeren medizinischen Leistungen versorgt werden und somit relativ viele LKF-Punkte „erzeugen“).

**Zusammenfassend** lässt sich angesichts der Untersuchungsergebnisse festhalten, dass sich – bei einem Anteil der Akutspitäler von über 4 % am gesamten BIP - bezüglich der Relation zwischen den Endkosten der Akutspitäler und der regionalen BWS ein grobes „regionales Verteilungsmuster“ in Richtung eines „modifizierten West-Ost-Gefälles“ ergibt, in dem die drei westlichen Bundesländer und Wien als bezüglich der regionalen BWS tendenziell „weniger abhängig“ von den Akutspitälern eingestuft werden können und in dem die beiden wirtschaftlich strukturschwachen Bundesländer Burgenland und Kärnten als tendenziell „stärker abhängig“ von den Akutspitälern zu werten sind. Dieses Bild wird durch die Betrachtung auf Ebene der NUTS-3-Regionen dahingehend präzisiert, dass sich die höchsten Beiträge der Akutspitäler zur BWS für ländlich-periphere bzw. strukturschwache Regionen und die niedrigsten Beiträge für die Regionen im Westen sowie für städtische Dienstleistungszentren ergeben. Hinsichtlich der Entstehung der Kosten für die Akutspitäler besteht ein Zusammenhang zwischen der regionalen KHH und der regionalen LKPD, d.h. dass die Menge der in einer Region generierten LKF-Punkte direkt mit der Menge an akutstationären Aufenthalten zusammenhängt.

## 4 Diskussion und Schlussfolgerungen

Die dargestellten Ergebnisse bestätigen diverse Untersuchungen, die im Laufe der letzten Jahre vom Autor für interne Zwecke durchgeführt wurden. Nach den Ergebnissen dieser früheren Untersuchungen lassen sich die wichtigsten **Faktoren**, die primär zu einer **hohen regionalen KHH bzw. LKPD** führen und daher auch die eingangs beschriebene besondere Situation in Österreich zu einem gewissen Teil erklären, schlagwortartig wie folgt zusammenfassen:

- Hohe regionale Akutbettendichte mit - unter anderem auch aus dem Finanzierungssystem resultierenden - Anreizen, die vorhandenen Betten auszulasten („a built bed is a filled bed“);
- hohe regionale Anteile an privatversicherten Patienten in Verbindung mit Honorierungssystemen, in denen Sonderentgelte in hohem Maße sowohl den Entscheidungsträgern/-innen bezüglich stationärer Aufnahme als auch den Patienten/-innen zugutekommen;
- ungünstige regionalwirtschaftliche Situation in Verbindung mit geringem regionalen Wohlstandsniveau, Arbeitsplatzmangel und Abwanderungsgefährdung.

Diese Faktoren führen in Österreich in regional unterschiedlichem Ausmaß zu einer erhöhten Inanspruchnahme von Akutbetten, unter anderem auch in Bezug auf relativ junge Patienten, die zumindest zum Teil auch ambulant versorgt werden könnten. Weiters ergibt sich aus den angestellten regionalen Vergleichen innerhalb Österreichs, dass die regionalen KHH und LKPD in wesentlich **stärkerem Ausmaß mit sozialen und ökonomischen Faktoren** und mit der regionalen **Akutbettendichte** zusammenhängen als mit der regionalen Ausstattung in den **komplementären** Bereichen des Gesundheits- und Sozialwesens (z.B. niedergelassene Ärzte/-innen, Ambulatorien, Alten-/Pflegeheime, etc.) oder mit der regionalen Morbidität. **Weitere Faktoren**, die ebenfalls zur **Erhöhung von KHH und LKPD** führen können, deren Einfluss aber empirisch nur in Ansätzen nachweisbar ist, können wie folgt zusammengefasst werden:

- sehr gute - oder aber auch sehr schlechte - verkehrsmäßige Erreichbarkeit der Akutspitäler;
- mangelnder Ausbau von komplementären Versorgungsbereichen (Alten- und Langzeitversorgung, mobile Dienste, teilstationäre Versorgungsformen, etc.) und mangelnde Koordination zwischen der Leistungserbringung innerhalb und außerhalb der Akutspitäler;
- mangelnde, weil nicht verpflichtende „Gatekeeper“-Funktion der niedergelassenen Ärzte und weitgehend unbeschränkter Zugang zum Gesundheitsversorgungssystem;
- niedrige Dichte niedergelassener Ärzte/-innen sowie organisatorische Defizite im niedergelassenen Bereich in Bezug auf die Versorgung während der Nacht und an Wochenenden.

Viele dieser Erkenntnisse sind auch Grundlagen und Gegenstand der aktuell seit 2013 laufenden **Gesundheitsreform**

mit der Bezeichnung „Zielsteuerung Gesundheit“. Die dort diskutierten Reformschritte greifen viele diese Analyseergebnisse auf und leiten in der Folge Maßnahmen zur Reduktion der Inanspruchnahme der Akutspitäler ab (z.B. Reduktion der Akutbettendichte durch bedarfsorientierte Angebotsplanung, Weiterentwicklung der LKF in Richtung geringerer Anreize zur Steigerung der KHH und attraktiverer Finanzierung tagesklinischer und künftig auch spitalsambulanter Leistungen; „Verzahnung“ von intra- und extramuralem Bereich, u.a. durch Verbesserung der Informationsflüsse zwischen intra- und extramuralem Bereich via „e-Health“).

Allerdings können **kostendämpfende** Effekte im Bereich der Akutspitäler v.a. durch **strukturelle Maßnahmen** (Fusionen von Akutspitälern mit damit einhergehenden Strukturereinigungen, Umwidmungen dieser Spitäler für alternative Zwecke wie z.B. multiprofessionelle/interdisziplinäre ambulante Gesundheitszentren, Rehabilitationszentren oder bei Bedarf auch Alten-/Pflegeheime) erreicht werden. Im Zuge der Umsetzung solcher Maßnahmen muss jedenfalls auch die hier skizzierte – in vielen Regionen erhebliche – regionalwirtschaftliche Bedeutung der Akutspitäler im Auge behalten werden, weshalb die **Umwidmung** solcher Spitäler für alternative Zwecke regionalpolitisch viel eher umsetzbar sein wird als die schlichte ersatzlose Auflassung von KA-Standorten.

## Abkürzungen

- BIP = Bruttoinlandprodukt (nominell)
- BMG = Bundesministerium für Gesundheit
- BRP = Bruttoregionalprodukt
- BWS = Regionale Bruttowertschöpfung
- BWS (III) = Regionale Bruttowertschöpfung im tertiären Sektor
- EK = Endkosten insgesamt in den Fonds-Krankenanstalten
- FKA = Fonds-Krankenanstalten (landesgesundheitsfondsfinanzierte Krankenanstalten);
- GSW = Gesundheits- und Sozialwesen
- KAKuG = Krankenanstalten und Kuranstalten-Gesetz
- KHH = Krankenhaushäufigkeit (stationäre Aufenthalte in FKA pro 1.000 Einwohner der Wohnbevölkerung)
- KA = Krankenanstalten
- LKF = Leistungsorientiertes Krankenanstaltenfinanzierungssystem in Österreich
- LKPD = LKF-Punkte-Dichte (LKF-Punkte in FKA pro 1.000 Einwohner der Wohnbevölkerung)
- NUTS = Nomenclature des unités territoriales statistiques (EU- Systematik der Statistik-Gebietseinheiten)
- UKH = Unfallkrankenhaus

## Quellen

BMG – Krankenanstaltenstatistik 2012; Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten 2012

European Commission – “Patient safety and quality of health-care 2009” (vgl. [http://ec.europa.eu/public\\_opinion/archives/ebs/ebs\\_327\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_327_en.pdf))

Haber, G. - Krankenhaus: Wachstumsspritze für die Wirtschaft (im Auftrag der Vinzenz-Gruppe) 2009 (vgl. <https://www.>)

wko.at/Content.Node/Plattform-Gesundheitswirtschaft/  
Studien--Publikationen/Studien/Krankenhaus\_Wachstums-  
spritze\_fuer\_die\_Wirtschaft\_2009.pdf)

Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen  
(ÖBIG) – Österreichischer Krankenanstaltenplan 1994

Statistik Austria – Regionale Gesamtrechnungen 2012/2013  
per Stand 2015 (vgl. [http://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/wirtschaft/volkswirtschaftliche\\_gesamtrechnungen/regionale\\_gesamtrechnungen/index.html](http://www.statistik.at/web_de/statistiken/wirtschaft/volkswirtschaftliche_gesamtrechnungen/regionale_gesamtrechnungen/index.html))

Statistik Austria - Gesundheitsausgaben in Österreich laut  
System of Health Accounts/OECD (vgl. [http://statistik.at/web\\_de/statistiken/menschen\\_und\\_gesellschaft/gesundheit/gesundheitsausgaben/index.html](http://statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/gesundheit/gesundheitsausgaben/index.html))

WHO/Europe – European Health for all database (HFA-DB,  
Stand September 2015, vgl. <http://data.euro.who.int/hfad/>)