

Projektbericht
Research Report

Wissenschaftliche Analysen zum Wiener Gesundheitswesen

Thomas Czypionka

Markus Kraus

Gerald Röhrling

Julia-Rita Warmuth



INSTITUT FÜR HÖHERE STUDIEN
INSTITUTE FOR ADVANCED STUDIES

Vienna

Projektbericht
Research Report

Wissenschaftliche Analysen zum Wiener Gesundheitswesen

Thomas Cypionka

Markus Kraus

Gerald Röhrling

Julia-Rita Warmuth

Endbericht

Studie im Auftrag der Industriellenvereinigung Wien

März 2012

Institut für Höhere Studien (IHS), Wien
Institute for Advanced Studies, Vienna

Kontakt:

Dr. Thomas Czypionka

☎: +43/1/599 91-127

email: thomas.czypionka@ihs.ac.at

Bemerkungen

Zum Zwecke der besseren Lesbarkeit werden Personenbezeichnungen in der männlichen Form gebraucht, auch wenn sie sich auf Männer und Frauen gleichermaßen beziehen.

Executive Summary

Ziel dieser Studie ist es, das Wiener Gesundheitswesen systematisch zu erfassen, zu beschreiben und in den österreichischen und internationalen Kontext einzuordnen. Die Einbeziehung des internationalen Kontexts basiert auf einem Vergleich des Wiener mit dem Hamburger und dem Stockholmer Gesundheitssystem. Dieser Städtevergleich stellt zugleich auch das größte methodische Problem dar, weil die Erfassungssystematiken der einzelnen Städte und Länder unterschiedlich und nicht immer zur Gänze vergleichbar sind. Darüber hinaus bestehen deutliche Unterschiede in den Gesundheitssystemcharakteristiken und der Staatsorganisation, auf die wir ebenfalls eingehen müssen, da ansonsten viele Aspekte unverständlich bleiben. Dennoch wurde der Versuch unternommen, vergleichbare Zahlen zu generieren und damit die Vergleichbarkeit herzustellen.

Grundlegendes

Deutschland und Österreich sind föderale Staaten, wobei die Größe der Bundesländer sich beträchtlich unterscheidet. Das „durchschnittliche“ deutsche Bundesland umfasst 5,4 Mio. Einwohner. Die föderale Einheit ist somit um einiges größer als in Österreich, technisch ausgedrückt um eine NUTS-Ebene. Die Rolle der Bundesländer, und damit auch der Bundesländer/Provinzen Wien, Hamburg und Stockholm, ist unterschiedlich. In Deutschland erfordern Änderungen in der Gesundheitsgesetzgebung die Zustimmung des Bundesrates, während in Österreich sogar ein Teil der gesamten Gesetzgebung (Ausführungsgesetzgebung) bei den Bundesländern liegt. Der Aufgabenvollzug des Spitalwesens liegt zwar auch in Deutschland bei den Bundesländern, diese haben aber die Finanzierung der Spitäler, was die laufenden Kosten betrifft, bereits in den siebziger Jahren an die Krankenkassen delegiert, um eine gemeinsame Finanzierung des extra- und intramuralen Bereichs zu ermöglichen.

Schweden ist ein unitärer Staat, d. h. es gibt es nur eine gesetzgebende Ebene, die meisten Aufgaben werden von den regionalen Provinzregierungen umgesetzt, die von der gesamtstaatlichen Administration bestimmt werden. Der Gesundheitsbereich und einige wenige andere Bereiche wie der öffentliche Nahverkehr liegen bei gewählten Administrationen, den Provinziallandtagen (landsting).

Zum Städtevergleich wurde zunächst eine Analyse der Ähnlichkeiten zwischen europäischen Städten durchgeführt und aufgrund dessen Hamburg und Stockholm zum Vergleich gewählt.

- Wien als auch Hamburg sind jeweils Landeshauptstadt und Bundesland zugleich; Ähnliches gilt für Stockholm.

- Wien und Hamburg sind in Bezug auf die Bevölkerungsgröße ähnlich, die jahresdurchschnittliche Bevölkerung betrug im Jahr 2009 in Wien 1.692.067 und in Hamburg 1.778.107. Auch die Provinz Stockholm, die die Verwaltungseinheit für das Gesundheitssystem darstellt, hat rund 1,9 Mio. Einwohner.
- Wien, Hamburg und Stockholm haben eine Metropolenfunktion, d. h. sie besitzen auch eine Versorgungsfunktion für das Umland.
- Österreich und Deutschland sind beides Sozialversicherungsländer.
- Wien und Hamburg weisen keine nennenswerten Unterschiede in den sozio-demographischen Faktoren (wie z. B. Altersstruktur, Bevölkerungsdichte, Einkommen, Bildung, usw.) auf.

Wichtige Unterschiede, die für die Analyse von hohem Wert sind:

- Schweden weist ein staatliches Gesundheitswesen skandinavischen Typs auf.
- Große Teile der Leistungserbringung sind daher in Stockholm durch staatliche Einrichtungen mit angestellten Ärzten sichergestellt.
- In Deutschland stehen die Kassen in Wettbewerb und finanzieren auch die laufenden Spitalskosten über Fallpauschalen.

Struktur und Leistungserbringung

- **Wien weist eine höhere Versorgungsdichte mit niedergelassenen Ärzten als Restösterreich und die Vergleichsstädte auf.**

Wien weist mit 276,3 niedergelassenen Ärzten (mit und ohne Kassenvertrag) pro 100.000 Einwohner eine um 41 Prozent höhere Versorgungsdichte als Restösterreich (Österreich ohne Wien) auf. In **Restösterreich** liegt der Versorgungsgrad mit niedergelassenen Ärzten bei 196,6 pro 100.000 Einwohner.

Auch im Städtevergleich zwischen Wien und Hamburg zeigt sich, dass die Kapazitäten an niedergelassenen Ärzten in Wien deutlich höher sind. Wien verfügt im Vergleich zu Hamburg über 37 Prozent mehr niedergelassene Ärzte.

- **In Wien ist die Versorgung mit Vertragsfachärzten fast doppelt so hoch wie in Restösterreich, aber um rund 40 Prozent geringer als in Hamburg.**

Die Versorgungsdichte mit niedergelassenen Vertragsärzten/Vertragsfachärzten liegt in Wien bei 118,1 bzw. 69,1 pro 100.000 Einwohner und damit um deutlich (39 bzw. 92 Prozent) über jener von **Restösterreich** (85,2 bzw. 36,1 pro 100.000 Einwohner).

Im Vergleich zu Hamburg zeigt sich, dass das Versorgungsniveau mit niedergelassenen Vertragsärzten/Vertragsfachärzten in Wien um 37 bzw. 39 Prozent unter jenem von Hamburg liegt. Ein Mitgrund für die höhere Versorgungsdichte mit niedergelassenen Vertragsärzten/Vertragsfachärzten in Hamburg könnte darauf zurückzuführen sein, dass Hamburg einen stärkeren Fokus auf Behandlungen im niedergelassenen Bereich setzt als Wien. Ein Vergleich zu Stockholm ist dadurch erschwert, dass dort der gesamte fachärztliche Bereich den Spitälern vorbehalten ist. Die Versorgung im extramuralen Bereich erfolgt vorwiegend in größeren Primärversorgungszentren. Seit den späten 1980er Jahren erst kann der Patient das Versorgungszentrum wählen. Jüngste Reformen ermöglichen die Wahl eines konkreten Arztes.

Ein Vergleich mit Stockholm ist hier nicht möglich, weil sich die Organisation der Primärversorgung in Schweden deutlich von jener in Österreich und Deutschland unterscheidet.

- **Wien verfügt um 50 Prozent mehr Ambulatorien pro 100.000 Einwohner als Restösterreich.**

Wien verfügt über 204 Ambulatorien, was einem Versorgungsgrad von 12,3 Ambulatorien pro 100.000 Einwohner entspricht. Damit liegt das Versorgungsniveau um 48 Prozent über jenem von Restösterreich. Einen deutlich höheren Versorgungsgrad an Ambulatorien weist Wien im Vergleich zu Restösterreich in den Bereichen 1) Psychiatrie, Psychotherapie, psychosoziale Einrichtungen, Sucht, 2) Labordiagnostik, 3) Allergien, 4) Arbeitsmedizin, 5) Frauenmedizin, Hormondiagnostik, klimakterische Beschwerden und 6) Genetik, Andrologie auf. Auch in den restlichen Bereichen (z. B. bildgebende Verfahren, Haut- und Geschlechtskrankheiten/Kosmetik, Zahn/Kiefer) ist die Versorgung mit selbstständigen Ambulatorien in Wien höher. Einzig bei selbstständigen Ambulatorien für Chirurgie, Orthopädie/Sportmedizin und physikalische Medizin liegt die Versorgungsdichte in Wien unter jener von Restösterreich.

Ein Mitgrund für die deutlich höhere Versorgungsdichte mit Ambulatorien in Wien im Vergleich zu Restösterreich könnte in der Umlandversorgungsfunktion von Wien liegen. Die hohe Versorgungsdichte mit Ambulatorien im Bereich Psychiatrie, Psychotherapie, psychosoziale Einrichtungen in Wien könnte darauf zurückzuführen sein, dass im städtischen Bereich psychosoziale Leistungen weniger stigmatisiert sind und es

mutmaßlichen Patienten aus dem Umland von Wien auch leichter fällt, nicht „im eigenen Dorf“ zum Psychiater zu gehen. Eine Begründung für den hohen Versorgungsgrad im Bereich der Labordiagnostik könnte sein, dass in ländlichen Regionen die Labordiagnostik oftmals von den Ärzten für Allgemeinmedizin durchgeführt wird, was in Wien in dieser Häufigkeit nicht mehr gängige Praxis ist.

- **Die Wiener Bevölkerung besucht deutlich öfters Fachärzte, aber seltener Allgemeinmediziner als andere Österreicher.**

Die Vertragsärzte in Wien behandelten im Jahr 2009 8.885.728 Fälle, wovon 2.989.625 (33,6 Prozent) auf Ärzte für Allgemeinmedizin, 3.138.452 (35,3 Prozent) auf allgemeine Fachärzte und 2.757.651 (31,0 Prozent) auf sonstige Fachärzte (= Fachärzte für Labordiagnostik, physikalische Therapie, Röntgendiagnostik) entfielen. Damit weist Wien im Vergleich zu **Restösterreich** eine um rund 40 Prozent höhere Anzahl an Fällen pro 100.000 Einwohner auf. Dieser Umstand wird vor allem durch die Anzahl der Fälle bei Fachärzten determiniert. Die Anzahl der Fälle bei allgemeinen Fachärzten lag in Wien um rund 50 Prozent und jene bei sonstigen Fachärzten um fast 200 Prozent über jenen von Restösterreich. Die Anzahl der Fälle bei Allgemeinmedizinern lag in Wien hingegen um 11 Prozent unter dem restösterreichischen Durchschnitt.

Bei der Interpretation dieser Zahlen muss jedoch berücksichtigt werden, dass die Inanspruchnahme bezogen auf die Bevölkerung in Wien durch Gastpatienten, vor allem aus dem Umland, höher ist. Dennoch besteht jedenfalls durch geringere Wegekosten ein die Inanspruchnahme induzierender Effekt.

- **Die Wiener Vertragsärzte behandeln im Durchschnitt etwas weniger Fälle als ihre restösterreichischen Kollegen.**

Die Vertragsärzte in Wien behandelten im Jahr 2009 durchschnittlich 5.305 Fälle. Im Durchschnitt behandelten die Ärzte für Allgemeinmedizin in Wien um 12 Prozent weniger Fälle als die Ärzte für Allgemeinmedizin in **Restösterreich**. Ähnlich verhält es sich bei den allgemeinen Fachärzten in Wien. Sie behandelten im Durchschnitt um fünf Prozent weniger Fälle als ihre Kollegen in Restösterreich.

Bei der Interpretation dieser Zahlen muss bedacht werden, dass die niedrigeren Fallzahlen pro Arzt einerseits sicher auf das erhöhte Angebot in der Stadt zurückgeführt werden können, und andererseits auch die Distanzen zu den Spitalsambulanzen im städtischen Bereich viel geringer als im ländlichen Raum sind. Es ist daher zu erwarten, dass die Ambulanzen der Wiener Spitäler vermehrt in Anspruch genommen werden.

- **In Wien stehen 56 Prozent der Krankenanstalten unter öffentlicher Trägerschaft. In Hamburg liegt der korrespondierendste Anteil hingegen nur bei 6 Prozent, in Stockholm sind sämtliche Krankenanstalten der Akutversorgung öffentlich. Der Wiener Krankenanstaltenverbund (KAV) ist der wichtigste Bettenanbieter im Wiener Gesundheitswesen.**

Die stationäre Versorgung basiert in Wien zu einem überwiegenden Anteil auf öffentlichen Krankenanstalten. Von den 41 Wiener Krankenanstalten stehen 56 Prozent unter öffentlicher, 29 Prozent unter frei-gemeinnütziger und 15 Prozent unter privater Trägerschaft. Die korrespondierenden Bettenkapazitäten stellten sich wie folgt dar: Rund 75 Prozent der Betten sind in öffentlichen, rund 20 Prozent der Betten in frei-gemeinnützigen und rund 5 Prozent der Betten in privaten Krankenanstalten aufgestellt.

Bei einem Vergleich der Wiener und Hamburger Krankenanstalten nach Trägerschaft ist besonders auffällig, dass Wien über deutlich mehr öffentliche Krankenanstalten verfügt als Hamburg. Während in Wien, wie bereits oben erwähnt, 56 Prozent aller Krankenanstalten bzw. 75 Prozent aller Betten unter öffentlicher Trägerschaft stehen sind es in Hamburg lediglich 6 Prozent aller Krankenanstalten bzw. 12 Prozent aller Betten. Dieser Unterschied ist vor allen dadurch zu erklären, dass im deutschen Gesundheitswesen seit der letzten Dekade eine verstärkte Privatisierungswelle im Krankenhausesektor, welche in Hamburg besonders stark ausgeprägt ist, zu beobachten ist. In Hamburg befindet sich rund die Hälfte der Krankenanstalten unter privater Trägerschaft, in Wien sind es im Vergleich dazu, wie bereits oben erwähnt, nur 15 Prozent. Auch der österreichische Krankenhausesektor hat in der letzten Dekade eine Art Privatisierung erfahren. Das Management der öffentlichen Spitäler wurde in allen Bundesländern bis auf Wien und Niederösterreich in sogenannten Krankenanstaltenbetriebsgesellschaften zusammengefasst. Da diese aber im Allein- bzw. Mehrheitseigentum der jeweiligen Bundesländer stehen, kann von einer Privatisierung im eigentlichen Sinn nicht gesprochen werden, und auch die Entpolitisierung konnte dadurch keinesfalls erreicht werden. Es wäre die private Leistungserbringung zu stärken.

In Stockholm befinden sich alle acht an der Akutversorgung teilnehmenden Krankenanstalten unter öffentlicher Trägerschaft. Dieser Umstand ist charakteristisch für ein staatliches Gesundheitswesen des skandinavischen Typs. Von diesen acht Krankenanstalten verfügt eine über ein privates Management (*St. Görans*). Diese im weitesten Sinne private Krankenanstalt stellt knapp 10 Prozent der Bettenkapazität von Stockholm zur Verfügung.

Der Wiener Krankenanstaltenverbund (KAV) fungiert als wichtigster Bettenanbieter in Wien. Er stellt 8.447 bzw. 63 Prozent aller tatsächlich aufgestellten Betten zur Verfügung.

- **In Wien obliegt die stationäre Versorgung vor allem großen bzw. kleinen Krankenanstalten, die aus Effizienzgründen zu bevorzugende mittlere Größe fehlt (derzeit) noch weitgehend. Die stationäre Versorgung in Hamburg setzt hingegen weitgehend auf die zu bevorzugenden Krankenanstalten mittlerer Größe, jene in Stockholm auf kleinere bis mittelgroße Anstalten.**

Die stationäre Versorgung erfolgt in Wien einerseits in großen Anstalten mit über 1.000 Betten, und andererseits in eher kleineren Einrichtungen mit weniger als 200 Betten.

Im Vergleich dazu liegt in Hamburg der Schwerpunkt der stationären Versorgung eher auf mittelgroßen Anstalten mit 200 bis 800 Betten und in Stockholm auf kleineren bis mittelgroßen Anstalten mit 200 bis 800 Betten. Damit weisen die Hamburger sowie die Stockholmer Krankenanstalten eine idealere Größe auf. Die Literatur zur Spitalseffizienz zeigt, dass bei 200 bis 300 Betten noch steigende Skalenerträge zu erwarten sind, zu große Krankenhäuser weisen hingegen sinkende Skalenerträge auf. Da im urbanen Raum weniger Flächenversorgung notwendig ist, sollten Abteilungen mit hohen Skaleneffekten zusammengelegt werden. Das sieht letztlich auch der neue Spitalsplan für Wien (Regionaler Strukturplan Gesundheit Wien) vor.

- **Der Wiener Krankenanstaltenverbund (KAV) führt bis 2030 eine Standortkonzentration – Schließung bzw. Umwandlung von kleinen Krankenhäusern – durch. Das ist insofern ein Schritt in die richtige Richtung, als der KAV damit zukünftig verstärkt auf die aus Effizienzgründen zu bevorzugenden mittelgroßen Anstalten in der stationären Versorgung setzt. Die Reaktion auf die Überkapazitäten erfolgte spät und ihr Abbau dauert relativ lange. Private Spitalsbetreiber sollten stärker an der Versorgung beteiligt werden.**

Den Spitälern des Wiener KAV steht eine größere Umstrukturierung bevor:

- Die Errichtung des Krankenhauses Nord in Wien Floridsdorf mit einer geplanten Fertigstellung 2015.
- Die Konzentration der Standorte bis 2030. Das „Wiener Spitalskonzept 2030“ sieht eine Konzentration der Wiener KAV Spitäler von derzeit 12 auf 7 Standorte vor: AKH, Krankenhaus Hietzing, Kaiser-Franz-Josef-Spital, Wilhelminenspital und Otto-Wagner-Spital, Rudolfstiftung, Donauspital – SMZ Ost, Krankenhaus Nord. Gleichzeitig ist eine Umwandlung des Kaiserin-Elisabeth-Spital in ein Pflegewohnhaus und die Schließung des Sophienspitals vorgesehen.

Diese Umstrukturierungsmaßnahmen machen unserer Auffassung nach größtenteils Sinn, auch wenn man sich bei den Standortkonzentrationen auf Abteilungen mit hohen Skalenerträgen hätte beschränken können. Die Verlagerungen folgen einerseits dem Bedarf der sich

wandelnden Bevölkerungsstruktur (Stadterweiterung, viele junge Familien im Norden Wiens), andererseits entgegen sie der Kritik, dass Wien bisher relativ viele Standardkrankenanstalten beherbergte, obwohl die räumlichen Verhältnisse dies nicht nahelegen. Durch die Konzentration einzelner Fächer auf bestimmte Standorte können Skaleneffekte genutzt und gleichzeitig das Spektrum ausgeweitet werden. Dass manche Einheiten für die Pflege umgewidmet werden ist angesichts der demographischen Entwicklung ebenfalls ein richtiger Schritt. Freilich wären diese Schritte auch schon früher und mit höherem Tempo wünschenswert gewesen, da die öffentlichen Budgets laufend belastet werden. Generell sollten die privaten Betreiber mehr, nicht weniger in die Versorgung integriert werden, um den Wettbewerb zu fördern.

- **Wien hat in etwa die gleiche Bettendichte wie Restösterreich und eine deutlich höhere als Hamburg und Stockholm.**

Die Dichte an tatsächlich aufgestellten Betten ist in Wien nur geringfügig höher (3 Prozent) als in **Restösterreich**. In Wien stehen 794,4 Betten¹ pro 100.000 Einwohner zur Verfügung, in Restösterreich 754,1 pro 100.000 Einwohner. Ein Vergleich der tatsächlich aufgestellten Betten pro 100.000 Einwohner von Wien und Restösterreich zeigt, dass Wien über deutlich mehr Bettenkapazitäten im Bereich von plastischer Chirurgie und Radioonkologie verfügt. In den Fachrichtungen Dermatologie, Kinder- und Jugendheilkunde, Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, Innere Medizin und Nuklearmedizin bewegt sich das Versorgungsniveau mit tatsächlich aufgestellten Betten zwischen 43 und 64 Prozent über jenem von Restösterreich. In den Fachrichtungen Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde, Unfallchirurgie, Kinder- und Jugendpsychiatrie verfügt Wien über weniger tatsächlich aufgestellte Betten als Restösterreich.

Eine Gegenüberstellung der Bettendichte zwischen Wien und Hamburg zeigt, dass Wien über 30 Prozent mehr Betten pro 100.000 Einwohner als Hamburg (863,2 Betten¹ vs. 662,8 Betten pro 100.000 Einwohner) und über 360 Prozent (!) mehr Betten pro 100.000 Einwohner als Stockholm (863,2 Betten vs. 187,5 Betten pro 100.000 Einwohner) verfügt.

Eine Analyse der Betten nach Fachrichtungen zwischen Wien und Hamburg zeigt, dass die Versorgungsdichte in Abhängigkeit der Fachrichtungen deutlich variiert. Besonders hoch ist das Versorgungsniveau in Wien im Vergleich zu Hamburg in den Bereichen Dermatologie, Neurologie, Innere Medizin, Nuklearmedizin und Augenheilkunde. Eine korrespondierende Analyse zwischen Wien und Stockholm verdeutlicht, dass Wien in sämtlichen vergleichbaren Fachrichtungen eine überaus deutlich höhere Versorgungsdichte aufweist als Stockholm. Es läge nahe, die Auslastung der Betten in Wien zu überprüfen.

¹ Der Unterschied in der Wiener Bettendichte ist darauf zurückzuführen, dass für den Vergleich Wien-Restösterreich die tatsächlich aufgestellten Betten herangezogen wurden und für den Vergleich Wien-Hamburg die systematisierten Betten.

- **Wiens Krankenanstalten verzeichnen um 16 Prozent mehr Spitalsentlassungen pro 100.000 Einwohner als die Krankenanstalten in Restösterreich und um 63 Prozent mehr als die Krankenanstalten in Hamburg.**

Die Wiener Akutkrankenanstalten verzeichneten im Jahr 2008 607.430 stationäre Aufenthalte, was 36.153 stationären Aufenthalten pro 100.000 Einwohner entspricht. Damit weisen die Akutkrankenanstalten von Wien um 16 Prozent mehr stationäre Aufenthalte pro 100.000 Einwohner auf als die Akutkrankenanstalten von **Restösterreich**.

Bei einem Vergleich der Inanspruchnahme von stationären Leistungen in Wien und **Hamburg** im Jahr 2008 zeigt sich, dass in den Wiener Krankenanstalten um rund zwei Drittel mehr Patienten pro 100.000 Einwohner behandelt wurden als in den Hamburger Krankenanstalten. Besonders ausgeprägt ist dieser Unterschied bei folgenden Diagnosen: Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde, Neubildungen, Krankheiten des Ohres und des Wurmfortsatzes, Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten. Die deutlich ausgeprägtere Inanspruchnahme des stationären Sektors in Wien im Vergleich zu Hamburg zeigt, dass Österreich im Vergleich zu Deutschland und zum EU-Durchschnitt über eine zu hohe Konzentration der Leistungserbringung auf den stationären Sektor aufweist.

Ein Vergleich der Inanspruchnahme von stationären Leistungen mit Stockholm ist hier aufgrund einer unterschiedlichen Erfassungsmethodik der stationären Aufenthalte in Schweden im Vergleich zu Österreich und Deutschland nicht möglich.

- **20 Prozent der in Wiener Fonds-Krankenanstalten behandelten Patienten stammen nicht aus Wien, in den Hamburger Krankenanstalten liegt dieser Anteil bei 30 Prozent, also um 10 Prozentpunkte über jenem von Wien, in Stockholm hingegen nur bei 4 Prozent, also um 16 Prozentpunkte unter jenem von Wien.**

In den Wiener Fonds-Krankenanstalten wurden im Jahr 2008 528.369 Patienten behandelt, wovon 103.838 (=19,6 Prozent) nicht aus Wien stammten und als sogenannte Gastpatienten tituliert werden. 82,1 Prozent der Gastpatienten stammten aus Niederösterreich, 10,3 Prozent aus dem Burgenland, 5,5 Prozent aus dem restlichen Österreich und 2,2 Prozent aus dem Ausland. Der Umstand, dass der Anteil der Gastpatienten in den Wiener Fonds-Krankenanstalten bei 16,9 Prozent liegt, der Anteil der abgerechneten Punkte dieser Patienten jedoch 22,3 Prozent beträgt, verdeutlicht, dass Gastpatienten vorwiegend zur Behandlung von schwereren medizinischen Diagnosen nach Wien kommen.

Eine Gegenüberstellung des Anteils der Gastpatienten von Wiener und Hamburger Krankenanstalten zeigt, dass der Anteil der Gastpatienten in Wiener Krankenhäusern um 10 Prozentpunkte geringer ist als in Hamburger Krankenhäusern. Bei der Interpretation dieser Zahlen muss jedoch bedacht werden, dass die Metropolenregion Hamburg um 800.000

Personen größer ist als jene von Wien. Dies erklärt den höheren Anteil von Gastpatienten sehr gut.

Eine Gegenüberstellung des Anteils der Gastpatienten von Krankenhäusern in Wien und Stockholm zeigt, dass Wiener Krankenhäuser um 16 Prozentpunkte mehr Gastpatienten versorgen als die Stockholmer. Dieser Umstand dürfte darauf zurückzuführen sein, dass die Bundesländergrenzen in Schweden aufgrund des regionalisierten staatlichen Gesundheitssystems noch stärker ausgeprägt sind. Zudem ist die Kernstadt Stockholm etwas kleiner.

- **Wiener Krankenanstalten weisen eine höhere Versorgungsdichte mit ärztlichem und nicht-ärztlichem Personal als Restösterreich auf. Auch im Vergleich mit Hamburg und Stockholm zeigt sich, dass die Wiener Krankenhäuser über einen (deutlich) höheren Versorgungsgrad mit Ärzten verfügen.**

In den Wiener Krankenanstalten waren im Jahr 2009 insgesamt 6.078 Ärzte beschäftigt, was 359,2 Ärzten pro 100.000 Einwohner entspricht. Eine Gegenüberstellung der Versorgungsdichte mit Ärzten in den Krankenanstalten von Wien und Restösterreich zeigt, dass die Wiener Krankenanstalten deutlich mehr Fachärzte (inkl. Fachärzte in Ausbildung) beschäftigt sind. Das Beschäftigungsniveau der Ärzte für Allgemeinmedizin liegt etwas unter dem restösterreichischen Niveau, jenes der Ärzte für Allgemeinmedizin in Ausbildung etwas darüber. Insgesamt gibt es im Vergleich zu Restösterreich 53 Prozent mehr Ärzte pro 100.000 Einwohner in Krankenanstalten als im Rest von Österreich.

Ein ähnliches Bild zeigt sich beim nicht-ärztlichen Personal. In den Wiener Krankenanstalten waren im Jahr 2009 20.736 Personen beschäftigt, was einer Versorgungsdichte von 1.225,5 Beschäftigten pro 100.000 Einwohnern entspricht. In den Krankenanstalten **Restösterreichs** liegt das Versorgungsniveau mit nicht-ärztlichem Personal um 32 Prozent unter jenem von Wien.

Eine Ursache für die höhere Versorgungsdichte sowohl mit Ärzten als auch mit nicht-ärztlichem Personal in den Wiener Krankenanstalten könnte sein, dass in Wiener Krankenanstalten tendenziell mehr Personen mit schwereren medizinischen Diagnosen behandelt werden als in restösterreichischen Krankenanstalten. Ein Indikator dafür ist die um rund 8 Prozent höhere LKF-Punktzahl pro stationärem Patient. Dieser Umstand erfordert eine höhere Personalintensität in den Krankenhäusern von Wien. Zudem ist die Zahl der stationären Aufenthalte in Wien um 16 Prozent höher als in Restösterreich, und es bestehen mehr Lehr- und Ausbildungsaufgaben. Diese Faktoren können aber alleine nicht die hohe Personalzahl erklären. Insofern ist in den Wiener Krankenanstalten eine Überausstattung mit ärztlichem und nicht-ärztlichem Personal zu vermuten.

Ein Vergleich der in Krankenanstalten tätigen Ärzte von Wien und Hamburg verdeutlicht, dass das Versorgungsniveau sowohl mit Ärzten insgesamt als auch mit Fachärzten in Wien über jenem von Hamburg liegt. In den Wiener Krankenanstalten sind um 22 Prozent mehr Ärzte insgesamt (359,2 Ärzte vs. 293,6 Ärzte pro 100.000 Einwohner) und um 26 Prozent mehr Fachärzte (200,5 Ärzte vs. 151,8 Ärzte pro 100.000 Einwohner) als in Hamburger Krankenhäusern tätig. Dieser Unterschied resultiert möglicherweise aus folgenden Ursachen: 1) aus der oben beschriebenen Überausstattung der Wiener Krankenanstalten mit ärztlichem Personal und 2) aus der verstärkten Einbindung der Wiener Krankenhäuser in die ambulante Versorgung, was einen erhöhten Bedarf an in Krankenhaus tätigen Ärzten erfordert.

Eine Gegenüberstellung der Versorgungsdichte mit in Wiener und Stockholmer Krankenhäusern tätigen Ärzten zeigt, dass Wien über um 60 Prozent mehr Ärzte in Krankenhäusern verfügt als Stockholm (359,2 Ärzte vs. 224,8 Ärzte pro 100.000 Einwohner). Bei der Interpretation dieser Gegenüberstellung muss zusätzlich berücksichtigt werden, dass in Stockholm sowie in ganz Schweden eine fachärztliche Behandlung (sowohl stationär als auch ambulant) fast ausschließlich in Krankenhäusern stattfindet. Insofern kann für die Wiener Krankenanstalten eine deutliche Überausstattung mit Ärzten attestiert werden, weil in Wien sowie in ganz Österreich eine doppelte Facharztschiene (fachärztliche Betreuung im Krankenhaus und im niedergelassenen Bereich) existiert.

- **Wien hat eine deutlich höhere Versorgungsdichte mit medizinisch-technischen Großgeräten als Restösterreich, in der stationären Versorgungsdichte mit medizinisch-technischen Großgeräten sind Wien und Hamburg ungefähr gleichauf.**

Wien weist im Vergleich zu Restösterreich ein deutlich höheres Versorgungsniveau mit medizinisch-technischen Großgeräten auf. Bei einer Betrachtungsweise nach Versorgungssettings (intramural vs. extramural) zeichnet sich folgendes Bild:

- Die Wiener Krankenanstalten verfügen über 2 Prozent mehr Computertomographiegeräte (CT), 38 Prozent mehr Magnetresonanztomographiegeräte (MR), 86 Prozent mehr coronarangiographische Arbeitsplätze (COR), 177 Prozent mehr Strahlen- bzw. Hochvolttherapiegeräte (STR), 74 Prozent mehr Emissions-Computer-Tomographiegeräte (ETC) und 31 Prozent mehr Positronen-Emissions-Tomographiegeräte (PET) als die restösterreichischen Krankenanstalten.
- Wien verfügt im extramuralen Bereich über 1,3 CTs pro 100.000 Einwohner, 1,1 MRs pro 100.000 Einwohner und 0,4 ETCs pro 100.000 Einwohner. Damit ist die Versorgungsdichte mit medizinisch-technischen Großgeräten in Wien deutlich höher als in Restösterreich. In Wien stehen den Patienten extramural um 29 Prozent mehr CTs, um 39 Prozent mehr MRs und um 69 Prozent mehr ECTs zur Verfügung als Patienten in

Restösterreich. Der Regionale Strukturplan Gesundheit (RSG) Wien sieht bis 2015 eine Standortkonzentration im extramuralen Bereich für CTs und MRs vor. Ab 2015 soll es 17 Standorte mit je einem CT und einem MR geben, was eine Reduktion von 17 CT-Geräten und 1 MR-Gerät bedeutet. Diese Standort- und Gerätekonsolidierung ist unserer Auffassung nach ein Schritt in die richtige Richtung.

Die Unterschiede im Versorgungsniveau mit medizinisch-technischen Großgeräten zwischen Wien und Restösterreich können vor allem dadurch erklärt werden, dass 1) in den Wiener Krankenhäusern tendenziell Patienten mit höherem Schweregrad behandelt werden als in den restösterreichischen Krankenanstalten und 2) die Forschung am AKH für eine höhere Ausstattung mit Großgeräten in Spitälern spricht.

Eine Gegenüberstellung der Versorgungsdichte mit medizinisch-technischen Großgeräten in den Krankenhäusern von Wien und Hamburg zeichnet folgendes Bild: Wien verfügt über 1,9 CTs pro 100.000 Einwohner, 1,3 MRs pro 100.000 Einwohner. Damit verfügen die Wiener Krankenanstalten über um 12 Prozent mehr CTs aber um 13 Prozent weniger MRs als die Hamburger Krankenanstalten. Die oftmals zitierte, überdurchschnittlich gute Ausstattung mit CTs und MRs in Österreich kann im stationären Bereich für Wien im Vergleich zu Hamburg nicht unmittelbar bestätigt werden, was allerdings nur heißt, dass beide relativ gut ausgestattet sind.

Ein Vergleich mit Stockholm ist hier nicht möglich, weil die medizinisch-technischen Großgeräte in Stockholm nicht systematisch erfasst werden.

- **Die Kosten der Fondsspitäler in Wien sind sehr hoch und lassen ein hohes Effizienzpotenzial vermuten.**

Das Wiener Spitalswesen weist weit überdurchschnittliche Kosten auf, was nur zum Teil über die hohe Spezialisierung und urbane Faktoren und die überregionale Versorgung zu erklären ist. Die Kostendynamik ist unterdurchschnittlich, was darauf hinweist, dass erste Gegenmaßnahmen ergriffen wurden.

Die stationären Endkosten pro LKF-Punkt betragen 2009 1,36 Euro und waren somit um rund 15 Prozent höher als im Durchschnitt über das gesamte Bundesgebiet (1,18 Euro). Dies illustriert recht deutlich, dass im Wiener Spitalswesen noch ein **hohes Effizienzpotential** auszuschöpfen ist, unter anderem durch verstärkten, fairen Wettbewerb mit privaten Anbietern.

- **Die Fragmentierung der Versorgung besteht größtenteils weiterhin. Bisherige Ansätze konnten nur in Teilbereichen Verbesserungen erzielen.**

Durch das heute vorwiegend chronische Krankheitsspektrum ist eine schnittstellenübergreifende Versorgung notwendig. Die Bemühungen bisheriger Gesundheitsreformen (z. B. Reformpoolprojekte) haben nur in einzelnen Bereichen Verbesserungen gebracht, um eine Integration der Versorgung zu erreichen. Die Integration der Versorgung hat das Potenzial, sowohl Effizienz als auch Qualität zu erhöhen. Sie scheitert maßgeblich an der Zersplitterung der Verantwortungszuordnung- und Finanzierung.

Kosten und Finanzierung

- **Die Finanzierung der Spitäler in Wien ist – wie in ganz Österreich – höchst komplex, und zersplittert. Die Finanzierung entspricht in keiner Weise finanzwissenschaftlichen Vorstellungen.**

Die Kompetenzen für die Spitäler liegen in Ausführungsgesetzgebung und Vollziehung bei den Ländern, im Gegensatz zum restlichen Gesundheitswesen. Die Finanzierung muss daher rund alle 5 Jahre in einer Vereinbarung nach Art. 15 B-VG neu verhandelt werden. Sozialversicherung, Länder, Bund und Gemeinden zahlen in den Landesgesundheitsfonds ein, der die Spitäler nicht kostendeckend finanziert. Obwohl der relativ größte Anteil von der Sozialversicherung beigesteuert wird, hat diese kein Mitspracherecht bei der Verwendung der Mittel.

Natürgemäß ist die Regelung der Finanzierung äußerst suboptimal. Nicht nur geht aus der 15a-VB nicht hervor, welche Mittel nun tatsächlich für die Gastpatientenströme vorgesehen sind; durch die kompromissbedingt eingefrorenen Schlüssel erfolgt zudem über Jahrzehnte keine Anpassung. Es werden lediglich neue Mittel über neue Mechanismen verteilt, was zu einem immer umfangreicheren Regelwerk geführt hat, das im Sinne der Verwaltungseffizienz nicht erwünscht sein kann, zumal der hohen Komplexität genau eine nicht optimale Form der Mittelzuteilung gegenübersteht. Eine grafische Darstellung findet sich in Abbildung 19. Eine Umstellung auf das Prinzip „Geld folgt Leistung“ würde diese Situation sofort bereinigen und die Dotierung der LGFs bevölkerungsbedarfsabhängig objektivieren.

Es fehlt in der Spitalsfinanzierung – österreichweit – an Transparenz und Leistungsorientierung. Das LKF-System ist von vorneherein nicht kostendeckend, sodass tatsächliche Defizite nicht vom „Betriebsabgang“ trennbar sind. Auch wird die private Leistungserbringung, mehr Wettbewerb sowie das Streben nach Effizienz sehr erschwert. Die Länder und damit auch das Land Wien agieren als Gesetzgeber, Regulator, Finanzier und Eigentümer gleichermaßen. Das Prinzip „Geld folgt Leistung“ kommt nicht zur

Anwendung. Der Finanzausgleich müsste dieses Prinzip von vornherein vorsehen und nicht eine Spitalsfinanzierung der Spitäler eines Bundeslandes, sondern der Bürger eines Bundeslandes, was insbesondere im Wiener Zusammenhang sehr bedeutsam ist, da rund 20 Prozent der Patienten nicht aus Wien stammen. Auch das fehlende Mitspracherecht der Sozialversicherung entspricht keineswegs finanzwissenschaftlichen Prinzipien. Entsprechende Vorschläge für Änderungen finden sich in anderen IHS-Berichten (Czypionka et al. 2009).

Dass auch 15 Mitglieder des Landtags einen Sitz in der Wiener Gesundheitsplattform haben ist ein Unikum in Wien und in anderen Landesgesundheitsplattformen nicht üblich. Es stellt sich hier die Frage nach der Sinnhaftigkeit.

In den Vergleichsstädten tritt dieses Problem weit weniger zutage. In Stockholm erfolgt die Finanzierung durch den Provinziallandtag für den gesamten Gesundheitsbereich. In Deutschland sind die Krankenkassen für alle Kosten außerhalb des Spitals sowie die laufenden Kosten im Spital zuständig.

- **Die Intransparenz der Finanzierung und die Fiskalillusion stören das demokratische Regulativ empfindlich.**

Aufgrund der hochkomplexen Finanzierung kann der Wiener weder als Bürger der Stadt noch als Versicherter die Verwendung der eingehobenen Abgaben nachvollziehen. Das System der gemeinsamen Bundesabgaben führt zur Fiskalillusion: Während unklar ist, wie viel die Wiener Bürger für das Wiener Gesundheitswesen ausgeben, wird nur das Leistungsangebot direkt wahrgenommen, was zu dessen Überbereitstellung führt.

In Stockholm muss der Großteil der Ausgaben im Gesundheitswesen durch den Provinziallandtag selbst durch Steuererhebung bestritten werden. Die deutschen Krankenkassen erheben einen weitgehend kostendeckenden Satz vom Bruttoeinkommen, zu dem vom Bund nur zum Zwecke der Mitversicherung der Kinder und für öffentliche Gesundheitsaufgaben Mittel zugeschossen werden.

- **Das Gesundheitsausgabenwachstum in Wien kann nur durch Verzicht in anderen Bereichen in ähnlicher Form finanziert werden.**

Der Anteil der Gesundheitsausgaben am Gesamthaushalt stieg von 2001 - 2009 von 11,5 auf 15,5 Prozent, das sind 1,75 Mrd Euro. Die jahresdurchschnittliche Wachstumsrate der nominellen Gesundheitsausgaben betrug somit 5,29 Prozent. Dementsprechend steigt auch der Anteil der Gesundheitsausgaben am Gesamtbudget Wiens. Es kann somit festgestellt werden, dass dieses Wachstum auf Dauer nur durch Verzicht in anderen Bereichen aufrecht erhalten werden kann.

Das Gesundheitsausgabenwachstum in Stockholm muss direkt politisch verantwortet werden und ist transparent. Generell haben staatliche Gesundheitssysteme geringere Gesundheitsausgaben, aber auf Kosten der Wahlfreiheit. In Hamburg ist ein Vergleich nicht möglich, da Hamburg nur einen kleinen Teil der Kosten im Gesundheitswesen trägt, da die Krankenkassen hauptverantwortlich sind.

- **Die Wiener Gebietskrankenkasse hat mit deutlich höherer Inanspruchnahme und höheren Tarifen zu kämpfen als andere Kassen, verfügt umgekehrt nicht über die notwendige Einkäufermacht. Der Wettbewerb ist im Leistungserbringerbereich gering ausgeprägt.**

Die Wiener Gebietskrankenkasse hat ähnlich wie die Spitäler mit deutlich höheren Kosten zu kämpfen als der Rest Österreichs. Interessanterweise liegen diese da wie dort rund 15 Prozent über dem Österreichschnitt. Gleichzeitig sind aufgrund des hohen Regionalprodukts auch die Einnahmen überdurchschnittlich. Die Kostendynamik hingegen ist ebenso wie im Spitalswesen unterdurchschnittlich, es ist also ein gewisses Gegensteuern zu erkennen. Die Ursache der höheren Kosten liegt an mehreren Faktoren. Zum einen besteht aufgrund der bereits erwähnten kurzen Wege und der Soziodemographie eine erhöhte Inanspruchnahme (siehe auch das Kapitel zu urbanen Gesundheitssystemen). Gleichzeitig sind die Einkommenserwartungen der Ärzte in der Stadt sicher höher. Es wäre hier essenziell, dass die WGKK mehr Möglichkeiten hat, die Inanspruchnahme zu steuern und als stärkerer Verhandlungspartner aufzutreten.

Hierbei spielen wiederum Dynamiken herein, die auf gesamtösterreichischer Ebene von Bedeutung sind, sich aber besonders in Wien sehr negativ auswirken. So sieht das ASVG vor, dass mit der Ärztekammer nur Gesamtverträge geschlossen werden können, d. h. nur mit allen Fachgruppen gemeinsam. Dadurch können höhere Einkommenserwartungen auch durchgesetzt werden. Hier wäre eine Neuadjustierung der regulativen Rahmenbedingungen dringend notwendig. Dies betrifft auch die Erweiterung der Möglichkeiten, das Inanspruchnahmeverhalten zu steuern, sowie den Konsum von Arzneimitteln. Hausarzt- und Gatekeepingsysteme sowie Selbstbehalte treffen jedoch vorwiegend auf Ablehnung in der politischen Arena, obwohl diese der Heilung von Marktfehlern dienen könnten. Vereinfacht gesagt besteht in der Stadt gegenüber dem ländlichen Raum ein erleichterter Zugang zum Gesundheitswesen. Es erscheint daher gerechtfertigt, entsprechende Ausgleichsmaßnahmen zu treffen. Der geringe Wettbewerb erschwert den strategischen Einkauf von Leistungen im Sinne der Versicherten.

In Stockholm ist der Großteil der Leistungserbringung staatlich und die Wahlfreiheit war bis vor kurzem stark eingeschränkt. Private Anbieter finden sich fast nur im niedergelassenen Bereich, sodass kein wirkliches strategisches Einkaufen möglich ist.

In Deutschland überwiegt die kollektive Tarifsetzung, wobei aber zunehmend Ausnahmen gemacht werden. Zudem gibt es wesentlich mehr private Anbieter, die im Wettbewerb stehen.

- **Auch im Bereich der Krankenkassen wäre die Accountability zu verbessern.**

Nach demokratischen Prinzipien muss der Bürger entweder eine *voice- oder exit/choice*-Möglichkeit haben. D. h. er muss entweder zwischen Alternativen wählen oder aber mitbestimmen können. Unter den Krankenkassen herrscht in Österreich kein Wettbewerb, was aus Sicht der Problematik der Risikoselektion nicht ungünstig sein muss. Allerdings besteht zwischen den Kassen auch keine *yardstick-competition* (also ein vergleichendes Benchmarking). Demokratische Prinzipien sind im Vergleich zu den anderen verglichenen Gesundheitssystemen ebenfalls zu gering ausgeprägt: Während in Stockholm der (vorwiegend für das Gesundheitswesen zuständige (!)) Provinziallandtag gewählt wird und auch die Steuern dafür einhebt, kann in Deutschland nicht nur die Kasse gewählt werden, sondern es werden auch die Kassenverantwortlichen von den Versicherten in der Sozialwahl gewählt. Bei den österreichischen Kassen wird nur anlässlich der Kammervertretungswahlen auch die Besetzung der Kassengremien mitbestimmt. Der Bekanntheitsgrad dieser Mitbestimmungsmöglichkeit dürfte gering sein und gegenüber anderen Aufgaben der Kammern deutlich zurücktreten. Die geringe Accountability dürfte auch dazu beitragen, dass die Wiener Gebietskrankenkasse nicht entschlossener gegenüber den Vertragspartnern auftritt: Die Verhandlungspartner wissen, dass Verluste im Zweifelsfalle auf politischem Wege ausgeglichen werden.

Reformnotwendigkeiten

Was die Reformvorschläge angeht, muss einschränkend gesagt werden, dass nicht die Stadt Wien oder die Sozialversicherung alleine die Möglichkeiten haben, notwendige Verbesserungen durchzuführen. Es herrscht vielmehr eine starke Verschränkung mit Problematiken im gesamtösterreichischen Kontext.

Die Überkapazitäten in Wien sind, auch im internationalen Vergleich, deutlich zu erkennen, nicht alleine auf den „urbanen“ Faktor zurückzuführen und schlagen sich in hohen Kosten im intramuralen Bereich und nicht nachhaltig wachsenden Kosten nieder.

Es sollten daher Überkapazitäten bzgl. Betten und Personal abgebaut bzw. in Pflegekapazitäten und Kapazitäten für eine vorausschauende Behandlung im Primärversorgungsbereich umgewandelt werden. Es sind auch hohe Effizienzpotenziale auszuschöpfen. Ansätze hierzu finden sich bereits im Spitalsplan 2030 bzw. dem Regionalen Strukturplan Gesundheit. Im Vergleich zu den objektiven Notwendigkeiten

mangelt es aber an der Geschwindigkeit der Umsetzung. Wir rechnen damit, dass im Jahr 2030 die österreichischen Gesundheitsausgaben real (!) um rund ein Viertel höher sein werden als heute.

Die Integration der Versorgung entlang der Behandlungswege ist anzustreben und hat das Potenzial zu Effizienz- und Qualitätsgewinnen. Die Schnittstellenproblematik ist aber tief in der ordnungspolitischen Fehlausrichtung des österreichischen Gesundheitswesens verwurzelt. Auch hier ist die Strategie, auf Verhandlungswege zwischen Sozialversicherung und Land in kleinen Schritten Verbesserungen zu Wege zu bringen, lobenswert und vorhanden, wird aber die Komplexität der Versorgung und Finanzierungslandschaft noch erhöhen und vor allem nicht schnell genug vorangehen. Beispielsweise ist erst ein Disease Management-Programm österreichweit eingeführt worden, und die Teilnahmezahlen sind gering.

Sowohl im niedergelassenen Bereich als auch im intramuralen Bereich bestehen sehr starke regulative Hemmnisse. Das Land Wien betreibt nicht nur den Großteil der Spitäler, es hat auch die ausführungsgesetzgebende und regulatorische Macht. Dieses System wäre dringend zu überdenken. Dies betrifft schon die Leistungserbringung, die ohne weiteres und ohne große Nachteile stärker privat erfolgen kann. Auch im öffentlichen Bereich können die Spitäler stärker autonom werden und untereinander in Wettbewerb treten. Die Möglichkeit zu fruchtbringendem Wettbewerb mit privaten Mitbietern sollte gestärkt und (in beide Richtungen²) auf eine faire Basis gestellt werden.

Die Grundproblematik der fragmentierten Verantwortung und Finanzierung lässt sich de facto nur verfassungsgesetzlich überwinden. Dabei wurden im vergangenen Jahr zwei konträre Vorschläge gemacht, die innerhalb des Spektrums liegen, welches wir im Bericht „Finanzierung aus einer Hand - Reformoptionen für Österreich“ skizziert haben.

Mit den sozialen Krankenversicherungsträgern gibt es bereits einen Einkäufer für den Rest des Gesundheitswesens. Ihr Vorteil ist, dass sie nach dem Versicherungsprinzip agieren, nicht nach dem Territorialprinzip. Das heißt, während der Landesgesundheitsfonds Wien derzeit nur die Spitäler innerhalb Wiens finanziert und Wien für den Betriebsabgang der Wiener Spitäler aufkommt, können Versicherer grenzüberschreitend Leistungen einkaufen, was gerade bei der großen Zahl an Gastpatienten zwischen Wien und Niederösterreich von Vorteil wäre. Eine wichtige Vorbedingung, wenn man diesem Vorschlag näher treten möchte, wäre, die Governance-Strukturen der Sozialversicherung anzupassen. Denn derzeit besteht zwar keine Wahlmöglichkeit in der Krankenversicherung, aber auch nur eine sehr indirekte Mitbestimmungsmöglichkeit der Versicherten. Es müsste daher entweder die Wahl des Versicherungsträgers ermöglicht werden, oder die Kassen müssten sich einer „yardstick-competition“ stellen, die vom Hauptverband (oder dem Ministerium) durchgeführt

² Im Sinne von gleichen Rechten und Pflichten unabhängig von der Trägerschaft.

wird. Auch die demokratischen Prinzipien innerhalb der Sozialversicherung wären zu stärken. Der Versicherungswahl stehen wir derzeit skeptisch gegenüber, da sich international zeigt, dass im Wettbewerb stehende Krankenversicherer zu Risikoselektion neigen und mehr um die (wenig informierten und organisierten) Versicherten kämpfen als mit den (gut informierten und organisierten) Leistungserbringern um günstigere Konditionen. Hingegen müssten Effizienzgewinne aus dem Versicherungswettbewerb die erhöhten Transaktions- und Marketingkosten der Versicherer sowie die vermehrten Kosten aus der Regulation übersteigen.

Möchte man dem Alternativvorschlag der Länder nähertreten, die Landesgesundheitsfonds als Zahler im gesamten Gesundheitswesen zu etablieren, müssten mindestens drei Voraussetzungen erfüllt sein. Zum einen müsste der Landesgesundheitsfonds dann bundesländergrenzenübergreifend finanzieren. Zum zweiten müssten sich die Bundesländer einer stärkeren Kontrolle durch den Bund unterwerfen bzw. Teile ihrer Kompetenzen im Spitalswesen abgeben. Drittens müssten Transparenz und Accountability deutlich gestärkt werden. Für Wien weniger relevant, müssten kleinere Bundesländer de facto zusammenarbeiten um hinreichende *economies of scale* zu generieren.

Im Bereich der niedergelassenen Ärzte besteht ausschließlich kollektivvertragliche Tarifsetzung wie auch Stellenplanung. Damit wird zwar die anbieterinduzierte Nachfrage verringert, aber die Flexibilität in der Gestaltung der Leistungserbringung deutlich eingeschränkt. Dies zeigt sich auch an der geringen Zahl an Gruppenpraxen und der hohen Inanspruchnahme an Spitalsambulanzen. Es wäre hier von ärztlicher wie von Sozialversicherungsseite mehr Mut zu innovativen, alternativen Vertragsformen zu fordern, was aber bundesgesetzlich ermöglicht werden müsste. Ganz zentral scheint in diesem Zusammenhang im Wiener Kontext, dass durch die geringen Wegkosten und Barrieren eine überdurchschnittliche Inanspruchnahme im urbanen Bereich erfolgt. Anders als derzeit der Fall, müssten die Tarifstrukturen zwischen dichter und weniger dicht besiedelten Gebieten differenzieren. Momentan verhandeln die Kassen im Namen des Hauptverbandes mit den örtlich zuständigen Ärztekammern um einen für das ganze Bundesland einheitlichen Tarif. Aus ökonomischen Prinzipien heraus sollte nicht pro Bundesland, sondern österreichweit, aber mit regionalen Differenzierungen verhandelt werden.

Inhalt

EINLEITUNG	1
A. DAS WIENER GESUNDHEITSWESEN	2
1. Demographie, Mortalität und Gesundheitszustand	3
1.1. Demographie und Wirtschaft	3
1.2. Mortalität	5
1.3. Gesundheitszustand und Gesundheitsverhalten	6
2. Steuerung und Planung	9
2.1. Planung	9
2.1.1. Österreichischer Strukturplan Gesundheit (ÖSG)	9
2.1.2. Regionaler Strukturplan Gesundheit (RSG) Wien	12
2.1.3. Kritik	13
3. Leistungserbringung	14
3.1. Gesundheitsförderung/Prävention	14
3.2. Extramurale Versorgung	21
3.2.1. Kapazitäten	22
3.2.2. Inanspruchnahme	34
3.3. Intramurale Versorgung	37
3.3.1. Kapazitäten	37
3.3.2. Inanspruchnahme	46
3.3.3. Personal	51
3.4. Versorgung mit medizinisch-technischen Großgeräten (GG)	55
3.5. Integrierte Versorgung (Nahtstellenproblematik, Reformpool)	60
3.5.1. Schnittstellenproblematik	60
3.5.2. Reformpoolprojekte Wien	61
3.6. Weitere Leistungserbringer	63
3.6.1. Apotheken	63
3.6.2. Rehabilitationszentren	64
3.6.3. Rettung	66
4. Kosten und Finanzierung	68
4.1. Die Finanzierung der Wiener Spitäler	68
4.2. Kosten der Fonds-Krankenanstalten	75
4.3. Kosten der WGKK im Vergleich	79

4.4. Gesundheitsausgaben des Landes Wien	82
4.5. Finanzströme im Wiener Gesundheitswesen	83
4.6. Reformen und Reformdynamik	84
B. GESUNDHEITSSYSTEME IM URBANEN UMFELD	86
B1. ERKENNTNISSE ZU URBANEN BESONDERHEITEN	86
1. Einleitung	87
2. Gesundheit im urbanen Raum	88
2.1. Grundlagen und Begrifflichkeiten	89
2.1.1. Urban exposure	89
2.1.2. Urbanisierung	90
2.1.3. Urbanität	91
2.2. Faktoren urbaner Gesundheit	91
2.2.1. Die sozialen Gegebenheiten	91
2.2.2. Die physischen Umwelteinflüsse	95
2.2.3. Gesundheits- und Sozialleistungen	97
2.3. Urban Sprawl	98
2.4. DPSSEA Framework	99
2.5. Conceptual Framework of Urban Health (US)	103
3. Die europäische Situation	108
4. Internationale Initiativen	110
4.1. Vereinte Nationen	110
4.2. Europäische Union und Weltgesundheitsorganisation	110
B2. BEISPIEL EINES GESUNDHEITSSYSTEMS IM URBANEN UMFELD: HAMBURG	115
1. Demographie, Mortalität und Gesundheitszustand	116
1.1. Demographie und Wirtschaft	116
1.2. Mortalität	117
1.3. Gesundheitszustand und Gesundheitsverhalten	119
2. Steuerung und Planung	122
2.1. Planung	122
2.1.1. Extramuraler Bereich	122
2.1.2. Intramuraler Bereich	124
3. Leistungserbringung	127
3.1. Gesundheitsförderung und Prävention	127

3.2. Extramurale Versorgung	131
3.2.1. Kapazitäten	132
3.3. Intramurale Versorgung	137
3.3.1. Kapazitäten	137
3.3.2. Inanspruchnahme	140
3.3.3. Personal	144
3.4. Versorgung mit medizinisch-technischen Großgeräten (GG)	150
3.5. Weitere Leistungsanbieter	151
3.5.1. Apotheken	151
4. Finanzierung und Reformdynamik	152
B3. BEISPIEL EINES URBANEN GESUNDHEITSSYSTEMS: STOCKHOLM	154
1. Demographie, Gesundheitszustand und Mortalität	155
1.1. Demographie und Wirtschaft	155
1.2. Mortalität	156
1.3. Gesundheitszustand und Gesundheitsverhalten	158
2. Leistungserbringung	160
2.1. Gesundheitsförderung und Prävention	161
2.2. Extramurale Versorgung	164
2.2.1. Kapazitäten	166
2.2.2. Inanspruchnahme	166
2.2.3. Personal	168
2.3. Intramurale Versorgung	169
2.3.1. Kapazitäten	169
2.3.2. Inanspruchnahme	173
2.3.3. Personal	177
3. Versorgung mit medizinisch-technischen Großgeräten (GG)	180
4. Finanzierung und Reformdynamik	181
B4. VERGLEICHENDE ANALYSE DER GESUNDHEITSSYSTEME VON WIEN, HAMBURG UND STOCKHOLM	182
1. Vergleich ausgewählter demographischer und gesundheitsbezogener Indikatoren der Städte Wien, Hamburg und Stockholm	185
1.1. Demographie und Wirtschaft	185
1.2. Mortalität	187
1.3. Gesundheitszustand und Gesundheitsverhalten	189

2. Extramuraler Bereich	191
2.1. Kapazitäten	191
3. Intramurale Versorgung	194
3.1. Kapazitäten	194
3.2. Inanspruchnahme	198
3.3. Personal	203
4. Versorgung mit medizinisch-technischen Großgeräten (GG)	205
5. Finanzierung und Reformen	206
5.1. Staatsorganisation	206
5.2. Revenue Collection	206
5.3. Pooling	207
5.4. Purchasing	208
5.5. Governance	208
5.6. Kostenvergleiche	209
C. LITERATUR	212
D. ANHANG	220

Tabellen

Tabelle 1: Soziodemografische Faktoren und Bevölkerungsentwicklung, 2009	4
Tabelle 2: Lebenserwartung und Mortalität, 2009	6
Tabelle 3: Gesundheitszustand und Gesundheitsverhalten, 2006/2007	7
Tabelle 4: Verteilung chronischer Erkrankungen nach Art und Geschlecht, 2006/2007	8
Tabelle 5: Niedergelassene Ärzte (exkl. Zahnärzte) pro 100.000 Einwohner, 2009	23
Tabelle 6: Vertragsärzte pro 100.000 Einwohner nach Spezifikation, 2009	25
Tabelle 7: Vertragsfachärzte nach Fachrichtung, 2009	27
Tabelle 8: Selbstständige Ambulatorien nach Hauptaufgabenbereich, 2006	32
Tabelle 9: Beschäftigte in selbstständigen Ambulatorien nach Berufsgruppen, 2006	34
Tabelle 10: Fälle pro 100.000 Einwohner, alle Verrechnungsstellen der § 2-Kassen, 2009..	35
Tabelle 11: Fälle pro Arzt, alle Verrechnungsstellen der § 2-Kassen, 2009	36
Tabelle 12: Anzahl an Krankenanstalten und Betten nach Rechtsträgern, Wien, 2009	39
Tabelle 13: Anzahl an Krankenanstalten und Betten nach Krankenanstaltentyp, Wien, 2009	40
Tabelle 14: Anzahl an Fonds-Krankenanstalten nach Versorgungsfunktion, Wien, 2010	41
Tabelle 15: Größenstruktur der Fonds-Krankenanstalten, Wien, 2010	41
Tabelle 16: Tatsächlich aufgestellte Betten pro 1.000 Einwohner nach Versorgungsregionen, 2008	42
Tabelle 17: Tatsächlich aufgestellte Betten pro 100.000 Einwohner nach Fachrichtungen, 2009	43
Tabelle 18: Spitalsentlassungen aus Akutkrankenanstalten pro 100.000 Einwohner nach Hauptdiagnosen, 2008	48
Tabelle 19: Anteil der Gastpatienten in Wiener Fonds-Krankenanstalten, 2008	50
Tabelle 20: Ärzte in Krankenanstalten pro 100.000 Einwohner, 2009	52
Tabelle 21: Nicht-ärztliches Personal in Krankenanstalten pro 100.000 Einwohner, 2009 ..	53
Tabelle 22: Medizinisch-technische Großgeräte (GG) im intra- und extramuralen Bereich pro 100.000 Einwohner, 2009	57
Tabelle 23: Medizinisch-technische Großgeräte (GG) im extramuralen Bereich pro 100.000 Einwohner nach Versorgungsregionen, Wien, 2009	58
Tabelle 24: Großgeräteplanung – Planungsrichtwerte, ÖSG 2010	59
Tabelle 25: Übersicht der Reformpoolprojekte in Wien, Stand Mai 2011	62
Tabelle 26: Apotheken pro 100.000 Einwohner, 2009	64
Tabelle 27: Landesquoten für die Berechnung der Mittel der Bundesgesundheitsagentur und der Sozialversicherung	72
Tabelle 28: Framework: urbane Gesundheit	97
Tabelle 29: Lebenserwartung und Anzahl der Lebensjahre in guter Gesundheit (subjektive Selbsteinschätzung)	109

Tabelle 30: Soziodemografische Faktoren und Bevölkerungsentwicklung, 2009	117
Tabelle 31: Lebenserwartung und Mortalität, 2009	119
Tabelle 32: Gesundheitszustand und Gesundheitsverhalten in Deutschland	121
Tabelle 33: Bedarfsplanung, intramuraler Bereich, rechtswirksam ab 07.01.2011	124
Tabelle 34: Niedergelassene Ärzte (exkl. Zahnärzte) pro 100.000 Einwohner, Hamburg, 2010	132
Tabelle 35: An der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte nach ihrem Teilnahmestatus (in Arztpraxen und medizinischen Versorgungszentren), Hamburg, 31.12.2010.....	134
Tabelle 36: Anzahl an Krankenanstalten und Betten nach Rechtsträger, Hamburg, 2010 ..	138
Tabelle 37: Größenstruktur der Plankrankenhäuser, Hamburg, 2011	138
Tabelle 38: Planbetten-Ist nach Fachrichtungen pro 100.000 Einwohner, Hamburg, 31.12.2009.....	140
Tabelle 39: Aus Krankenhäusern in Hamburg entlassene vollstationäre Patienten (einschließlich Sterbefälle und Stundenfälle)	142
Tabelle 40: Aus Hamburger Krankenhäusern entlassene Patienten nach Einzugsgebiet der Krankenhäuser, 2009	144
Tabelle 41: Stationär tätige Ärzte nach Gebietsbezeichnungen, Hamburg, 31.12.2010	146
Tabelle 42: Nicht-ärztliches Personal in Krankenanstalten pro 100.000 Einwohner, 2008 ..	147
Tabelle 43: Teilstationäre Behandlungsplätze in den Hamburger Plankrankenhäusern	148
Tabelle 44: Fachabteilungen mit Tageskliniken und teilstationären Behandlungsplätzen in den Hamburger Plankrankenhäusern	149
Tabelle 45: Medizinisch-technische Großgeräte (GG) in Krankenhäusern pro 100.000 Einwohner, Hamburg, 2009	150
Tabelle 46: Soziodemografische Faktoren und Bevölkerungsentwicklung, 2009	156
Tabelle 47: Lebenserwartung und Mortalität, 2009	158
Tabelle 48: Gesundheitszustand und Gesundheitsverhalten	159
Tabelle 49: Anzahl an extramuralen/ambulanten Versorgungseinheiten	166
Tabelle 50: Selbstbehalte/private Zuzahlungen in der extramuralen/ambulanten Versorgung	166
Tabelle 51: Angestellte Ärzte bei der Provinz Stockholms Läns Landsting 2011, welche in der Primärversorgung tätig sind.....	168
Tabelle 52: Angestellte Fachärzte der Provinz Stockholms Läns Landsting 2011, welche in der Primärversorgung tätig sind, nach Fachrichtungen	168
Tabelle 53: Angestelltes nicht-ärztliches Personal bei der Provinz Stockholms Läns Landsting 2011, welches in der Primärversorgung tätig ist.....	169
Tabelle 54: Akutkrankenanstalten, Stockholm, 2009.....	170
Tabelle 55: Größenstruktur der Akutkrankenhäuser, Stockholm, 2009.....	171
Tabelle 56: Akutbetten nach Fachrichtungen pro 100.000 Einwohner, Stockholm, 2009	172
Tabelle 57: Aus Stockholms län Krankenhäusern entlassene vollstationäre Patienten	175
Tabelle 58: Aus Stockholms län landsting Krankenhäusern entlassene Patienten nach Einzugsgebiet der Krankenhäuser, 2010	177

Tabelle 59: Angestellte Ärzte bei der Provinz Stockholms Läns Landsting 2011, welche in der Sekundärversorgung/im Krankenhaus tätig sind	177
Tabelle 60: Angestellte Ärzte bei der Provinz Stockholms Läns Landsting 2011, welche in der Sekundärversorgung/im Krankenhaus tätig sind, nach Fachrichtung	178
Tabelle 61: Angestelltes nicht-ärztliches Personal bei der Provinz Stockholms Läns Landsting 2011, welches in der Sekundärversorgung/im Krankenhaus tätig ist	179
Tabelle 62: TL2 und TL3 Gliederung von Österreich, Deutschland und Schweden	183
Tabelle 63: Bevölkerungszahlen der Metropolenregion Wien, Hamburg und Stockholm	184
Tabelle 64: Soziodemografische Faktoren und Bevölkerungsentwicklung, 2009	187
Tabelle 65: Lebenserwartung und Mortalität, 2009	189
Tabelle 66: Niedergelassene Ärzte (exkl. Zahnärzte) pro 100.000 Einwohner, 2009 (Wien), 2010 (Hamburg)	191
Tabelle 67: Niedergelassene Vertragsärzte pro 100.000 Einwohner nach Spezifikation, 2009 (Wien), 2010 (Hamburg)	192
Tabelle 68: Ausgewählte Vertragsfachärzte pro 100.000 Einwohner nach Fachrichtung, 2009 (Wien), 2010 (Hamburg)	193
Tabelle 69: Anzahl an Krankenanstalten nach Rechtsträger, 2009 (Wien, Stockholm), 2010 (Hamburg)	195
Tabelle 70: Größenstruktur der Krankenhäuser, 2009 (Stockholm), 2010 (Wien), 2011 (Hamburg)	196
Tabelle 71: Systematisierte Betten/Planbetten/Akutbetten pro 100.000 Einwohner nach ausgewählten Fachrichtungen, 2009 (Wien, Hamburg, Stockholm)	197
Tabelle 72: Aus Krankenhäusern in Wien und Hamburg entlassene vollstationäre Patientinnen und Patienten (einschließlich Sterbefälle und 0-Tages-Aufenthalte/Stundenfälle), 2008.....	200
Tabelle 73: Anteil der Gastpatienten an allen Patienten, 2008 (Wien), 2009 (Hamburg), 2010 (Stockholm)	202
Tabelle 74: Ärzte in Krankenanstalten pro 100.000 Einwohner, 2009 (Wien), 2010 (Hamburg), 2011 (Stockholm)	204
Tabelle 75: Medizinisch-technische Großgeräte (GG) in Krankenhäusern, 2009 (Wien, Hamburg)	205
Tabelle 76: Wiener Krankenanstalten 2009, gereiht nach Rechtsträger und Größe	221
Tabelle 77: Wiener Krankenanstalten 2010, gereiht nach Fondszugehörigkeit und Größe	224
Tabelle 78 Wiener Fonds-Krankenanstalten 2010, gereiht nach Versorgungsfunktion und Größe	227
Tabelle 79: Wiener Fonds-Krankenanstalten 2010, gereiht nach Anzahl der Betten	229
Tabelle 80: Wiener Fonds-Krankenanstalten 2010, gereiht nach Versorgungsregionen	231
Tabelle 81: Spitäler, Geriatriezentren und Pflegewohnhäuser des Wiener Krankenanstaltenverbands 2011.....	233

Abbildungen

Abbildung 1: Ausgaben für Prävention und öffentliche Gesundheit im europäischen Vergleich, 2008 oder letztverfügbares Jahr	15
Abbildung 2: Niedergelassene (exkl. Zahnärzte) Ärzte pro 100.000 Einwohner, Zeitpunkte: 2000, 2005, 2009	24
Abbildung 3: Vertragsärzte pro 100.000 Einwohner, Zeitpunkte 2000, 2005, 2009	26
Abbildung 4: Selbstständige Ambulatorien nach Bezirken pro 100.000 Einwohner, 2006	33
Abbildung 5: Anteil der Gastpatienten in den Wiener Fonds-Krankenanstalten, 2008.....	51
Abbildung 6: Anteil stationäres Personal bzw. LKF-Punkte Wien an Gesamtösterreich, 2009, in Prozent	54
Abbildung 7: Personalkennzahlen im Bundeslandvergleich, Index Österreich=100, 2009 ...	55
Abbildung 8: Analyse der stationären Versorgung im Vergleich	60
Abbildung 9: Apotheken nach Bezirken pro 100.000 Einwohner, Stand: 15.03.2011.....	63
Abbildung 10: Einnahmen und Ausgaben des Wiener Gesundheitsfonds 2009	73
Abbildung 11: Finanzierung Fondsspitäler	74
Abbildung 12: Endkosten in Fonds-Krankenanstalten, nach Leistungsbereichen, 2009	76
Abbildung 13: LKF-Modell 2011	76
Abbildung 14: Stationäre Endkosten pro LKF-Punkt und pro stationärem Patient, 2009, Index Österreich = 100.....	77
Abbildung 15: Ambulante Endkosten pro ambulantem Patient, 2009, Index Österreich = 100	78
Abbildung 16: Entwicklung der Hauptausgabenkomponenten, WGKK und OÖGKK.....	80
Abbildung 17: Kopfquoten (Ausgaben pro direkt Versichertem) 2009, Alle GKKs=100	80
Abbildung 18: Gesundheitsausgaben des Landes Wien	82
Abbildung 19: Finanzströme im Wiener Gesundheitswesen 2009	83
Abbildung 20: DPSSEA-Framework	100
Abbildung 21: conceptual Framework for Urban Health	103
Abbildung 22: Mandala der Gesundheit.....	106
Abbildung 23: Inhalt eines Profils städtischer Gesundheit.....	111
Abbildung 24: Schlüsselsektoren im Gesundheitsbereich.....	113
Abbildung 25: Komponenten eines Aktionsplans Gesundheit	114
Abbildung 26: Öffentliche Apotheken pro 100.000 Einwohner, 2000-2009	151
Abbildung 27: Akutbetten pro 100.000 Einwohner in Schweden, Österreich und Deutschland	173
Abbildung 28: Gesundheitsausgaben pro Kopf, kaufkraftparitätenbereinigt.....	211

Einleitung

Das Wiener Gesundheitswesen ist im österreichischen Kontext in vielerlei Hinsicht besonders. Zum einen ist es ein urbanes Gesundheitswesen, und zwar in der Größenordnung einer echten Großstadt. Zum zweiten hat es für ganz Österreich bestimmte Versorgungsaufgaben zu erfüllen. Dies macht es im Österreichvergleich sehr ressourcenintensiv. Da Mittel im Gesundheitswesen letztlich immer durch die Bevölkerung, und hier vor allem durch die Leistungsträger, aufgebracht werden, die Entscheidung über den Mitteleinsatz aber durch Träger der öffentlichen Hand erfolgt, ist der sorgsame Umgang mit diesen Mitteln geboten. Dabei ist die Bewertung der Situation in Wien aus den oben genannten Gründen nicht einfach. Es liegt daher nahe, das Wiener Gesundheitssystem auch in einen internationalen Vergleich zu stellen.

Die Aufgaben dieses Berichts sind vielfältig:

- die Aufstellung eines gesamthaften Bildes des Gesundheitssystems in Wien, welches wie in Österreich üblich einerseits von der Sozialversicherung, andererseits von den Gebietskörperschaften organisiert wird.
- die Analyse, welche Erkenntnisse bisher zum „Großstadtfaktor“ existieren.
- die Aufstellung möglichst vergleichbarer urbaner Gesundheitssysteme.
- eine Analyse der Stärken und Schwächen in Leistungserbringung und Finanzierung.

Die größten methodischen Probleme ergeben sich im Städtevergleich. Die letzte Studie, die das Wiener Gesundheitssystem in einen internationalen Zusammenhang gestellt hat, hat sich hierbei auf qualitative Informationen beschränkt. Die Ursache liegt darin, dass die Erfassungssystematiken der einzelnen Städte bzw. Länder unterschiedlich sind, da sie ja nicht einmal unter einem einheitlichen nationalen Rahmen erfolgen. Dennoch wurde der Versuch gemacht, vergleichbare Zahlen zu finden bzw. die Vergleichbarkeit herzustellen. Die jeweiligen Besonderheiten in diesem Zusammenhang werden an den entsprechenden Stellen beschrieben.

Es erfolgt im Rahmen des Zwischenberichts eine erste vergleichende Analyse. Eine vollständige Analyse muss dem Endbericht vorbehalten bleiben.

A. Das Wiener Gesundheitswesen

1. Demographie, Mortalität und Gesundheitszustand

Soziodemografische Strukturen sowie die gesundheitliche Situation der Bevölkerung sind wichtige Determinanten bei der Analyse des Gesundheitswesens. Nachfolgend werden daher aktuelle Kennzahlen zu Demographie, Gesundheitszustand und Mortalität der Wiener im Vergleich zur gesamtösterreichischen Bevölkerung sowie die Entwicklung im Zeitvergleich (falls nicht anders angegeben, Referenzjahr 2000) beschrieben.

1.1. Demographie und Wirtschaft

Wie Tabelle 1 zeigt, ist die Bevölkerung zwischen 2000 und 2009 in Wien um neun Prozent, in Gesamtösterreich hingegen nur um vier Prozent angewachsen. Im Vergleich zu Gesamtösterreich ist Wien auch von einer relativ hohen und stark wachsenden Bevölkerungsdichte gekennzeichnet. In Wien leben im Durchschnitt pro km² 4.078 Personen, während es in Gesamtösterreich im Durchschnitt lediglich 100 Personen pro km² sind. Der Altersdurchschnitt der Wiener liegt 2009 bei genau 41 Jahren und unterscheidet sich damit, genauso wie die Gesamtfertilitätsrate von 1,36 Kindern pro Frau, nur marginal vom Durchschnitt in Gesamtösterreich. Der Anteil älterer Personen ab 65 Jahre liegt 2009 in Wien bei rund 17 Prozent und ist damit geringfügig kleiner als in Gesamtösterreich (18 Prozent), wo in den letzten Jahren auch ein deutlich größerer Anstieg dieser Bevölkerungsgruppe zu beobachten war (der Anteil stieg in Österreich um 13 Prozent, in Wien um 4 Prozent). In Wien gibt es, wie auch in Gesamtösterreich, geringfügig mehr Frauen als Männer, der Frauenanteil ist in Wien jedoch im Vergleichszeitraum besonders stark angestiegen (um 7 Prozent in Wien vs. 4 Prozent in Gesamtösterreich). Relativ stark gestiegen ist in Wien, bei bereits hohem Ausgangsniveau, auch der Anteil der Personen ohne österreichische Staatsbürgerschaft. Berücksichtigt man nicht nur Personen mit ausländischer Staatsbürgerschaft, sondern auch Personen mit ausländischer Herkunft, so beläuft sich deren Anteil in Wien auf rund ein Drittel (33 Prozent), während in Gesamtösterreich 17 Prozent der Bevölkerung ausländischer Herkunft sind.

In wirtschaftlicher Hinsicht ist Wien von einer vergleichsweise hohen Produktivität gekennzeichnet, das Bruttoregionalprodukt pro Einwohner liegt bei 43.300 Euro pro Jahr, während der Wert für Gesamtösterreich mit 32.600 Euro deutlich darunter liegt. Auch das durchschnittliche Nettohaushaltseinkommen in Wien ist mit 22.181 Euro vergleichsweise höher. Wiens Wirtschaft ist jedoch in den letzten Jahren im Vergleich zum Durchschnitt in Gesamtösterreich etwas weniger stark gewachsen (23 Prozent vs. 28 Prozent). Die Arbeitslosigkeit in Wien ist 2009 sowohl nach nationaler als auch nach internationaler Definition höher als in Gesamtösterreich und ist seit 2000 auch stärker angestiegen: Die Registerarbeitslosenquote (nationale Definition) stieg im Beobachtungszeitraum in Wien um

18 Prozent und im Durchschnitt von Gesamtösterreich um 4 Prozent an. Charakteristisch für Wien ist auch ein relativ hohes Bildungsniveau. Personen aus Wien weisen besonders häufig Bildungsabschlüsse auf tertiärer Ebene auf: Während im Durchschnitt von Österreich 14 Prozent der 25 bis 65-Jährigen ein Studium an einer Universität, Fachhochschule oder Pädagogischen Hochschule absolviert haben, sind es in Wien 21 Prozent (vgl. Tabelle 1).

Tabelle 1: Soziodemografische Faktoren und Bevölkerungsentwicklung, 2009

	Wien		Österreich		Index: Österreich = 100
		Index: 2000= 100		Index: 2000= 100	
Wohnbevölkerung	1.692.067	109	8.363.040	104	20
- Anteil Frauen (in %)	52,1	107	51,3	104	102
- Anteil Personen ab 65 Jahre (in %)	16,8	104	17,5	113	96
- Anteil Personen ¹⁾ ohne Österreichische Staatsbürgerschaft (in %)	20,7	126	10,5	118	197
- Anteil Personen mit ausl. Herkunft (in %)	32,8	n.a.	17,0	n.a.	193
Bevölkerungsdichte (Bevölkerung pro km ²)	4.078	109	100	104	4078
Gesamtfertilitätsrate 2009 (Ø Anzahl Kinder pro Frau)	1,36	101	1,39	102	98
Durchschnittsalter (in Jahren)	41,0	106	41,3	105	99
Bruttoregionalprodukt je Einwohner (in €)	43.300	123	32.600	128	133
Äquivalisiertes Nettohaushaltseinkommen (in €)	22.181	n.a.	22.099	n.a.	100
Arbeitslosenquote (nationale Definition)	8,5	118	7,2	104	118
Arbeitslosenquote (internationale Definition)	7,5	136	4,8	132	156
Höchster Bildungsabschluss der 25 bis 64-Jährigen ³⁾					
- Pflichtschule (in %)	21,1	78	19,5	74	108
- Sekundarabschluss (in %)	56,7	99	66,3	105	86
- Tertiärabschluss (in %)	21,3	135	14,4	137	148

Quelle: Statistik Austria 2009, IHS HealthEcon Berechnungen 2011.

Anmerkungen: ¹⁾ Aufgrund fehlender Volkszählungs-Daten für 2000 bezieht sich der Index auf die Volkszählung von 2001; ²⁾ Das zuletzt verfügbare BIP pro Kopf bezieht sich auf 2007 (lt. Berechnung 2010), daher bezieht sich auch der Index auf den Vergleich dieses Jahres mit 2000; ³⁾ Die zuletzt verfügbaren Daten beziehen sich auf den Bildungsstand 2008, für den Index wurde aufgrund der Verfügbarkeiten 2001 herangezogen.

1.2. Mortalität

Die Lebenserwartung einer Bevölkerung unterscheidet sich stark nach Geschlecht und wird daher in den Statistiken stets getrennt ausgewiesen. Sie gilt als wichtiger Indikator für Gesundheit und soziale Sicherheit und ist im Beobachtungszeitraum sowohl in Wien als auch in Gesamtösterreich um zwei durchschnittliche Jahre angestiegen (das bedeutet bei den Männern einen Anstieg von jeweils 3 Prozent, bei Frauen um 2 Prozent). Insgesamt hat die Wiener Bevölkerung jedoch jeweils eine um ein Jahr geringere Lebenserwartung als der Durchschnitt in Gesamtösterreich: Die Lebenserwartung der Männer liegt in Wien bei 76 Jahren, die der Frauen bei rund 82 Jahren, während ein durchschnittlicher Österreicher 77 Jahre, und eine Österreicherin 83 Jahre alt wird (vgl. Tabelle 2).

In den letzten Jahren ist auch die Sterberate zurück gegangen, dabei war der Rückgang in Wien deutlich stärker als in Gesamtösterreich: Während sich der Anteil der Gestorbenen pro 1.000 Einwohner zwischen 2000 und 2009 in Wien um 15 Prozent reduziert hat, ist dieser Indikatorwert für Gesamtösterreich um 4 Prozent gesunken. Die absolute Anzahl der Gestorbenen ist in Wien im Vergleichszeitraum um 11 Prozent zurückgegangen, während sie im Durchschnitt von Gesamtösterreich um 3 Prozent angestiegen ist. Dabei ist jedoch zu beachten, dass Wien mit 9,3 noch immer einen geringfügig höheren Ausgangswert bei der Sterberate hat als Gesamtösterreich mit einer Rate von 9,0. Bei der Säuglingssterblichkeit zeigt sich ein ähnliches Bild: Bei höherem Ausgangsniveau in Wien (5,5 vs. 3,8 im Durchschnitt von Gesamtösterreich) ist die Sterberate der Säuglinge in den letzten Jahren zurückgegangen, während sie in Gesamtösterreich angestiegen ist (vgl. Tabelle 2).

Die häufigste Todesursache sind sowohl in Wien als auch in Gesamtösterreich Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems: Während in Wien 44 Prozent der Todesfälle auf dieses Krankheitsbild zurückzuführen sind, liegt der Wert für Gesamtösterreich bei 52 Prozent. Bösartige Neubildungen (Krebs) führen am zweithäufigsten zum Tod. Jeweils rund ein Viertel aller Todesursachen sind auf dieses Krankheitsbild zurück zu führen. Während jedoch Todesfälle aufgrund von Herz-Kreislauf-Erkrankungen im Beobachtungszeitraum 2005 bis 2009 jeweils zurückgegangen sind, ist Krebs als Todesursache österreichweit (mit einem Plus 4 Prozent), insbesondere aber in Wien (mit einem Plus von 7 Prozent) angestiegen. Angestiegen sind in den letzten Jahren auch Todesfälle aufgrund von Krankheiten der Atmungsorgane oder sonstiger Krankheiten. Einen Rückgang gab es hingegen bei tödlichen Verletzungen und Vergiftungen. Krankheiten der Verdauungsorgane sind in Wien 2009 gleich häufig als Todesursache angegeben worden wie im Vergleichsjahr 2005 (vgl. Tabelle 2).

Tabelle 2: Lebenserwartung und Mortalität, 2009

	Wien		Österreich		Index: Österreich = 100
		Index: 2000= 100		Index: 2000= 100	
Lebenserwartung bei Geburt in Jahren					
- Männer	76,4	103	77,4	103	101
- Frauen	81,9	102	82,9	102	101
Säuglingssterblichkeit (auf 1.000 Lebendgeborene)	5,5	94	3,8	127	69
Sterberate (Gestorbene auf 1.000 der Bevölkerung)	9,3	85	9,0	96	97
		Index: 2005= 100		Index: 2005= 100	Index: Österreich = 100
Anzahl der Gestorbenen	16.332	89	77.381	103	474
Todesursachen (in %)					
- Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems (in %)	44,0	82	52,2	82	96
- Bösartige Neubildungen (Krebs) (in %)	25,3	107	24,4	104	119
- Sonstige Krankheiten (in %)	16,3	205	7,8	213	104
- Krankheiten der Atmungsorgane(in %)	5,1	107	5,3	102	96
- Verletzungen und Vergiftungen (in %)	4,7	88	5,7	97	48
- Krankheiten der Verdauungsorgane (in %)	4,7	100	4,5	91	121

Quelle: Statistik Austria 2010, IHS HealthEcon Berechnungen 2011.

1.3. Gesundheitszustand und Gesundheitsverhalten

Informationen über den Gesundheitszustand und das Gesundheitsverhalten können für Österreich hauptsächlich über die Gesundheitsbefragung gewonnen werden, welche zuletzt in den Jahren 2006/2007 von Statistik Austria durchgeführt wurde. 15.000 zufällig ausgewählte Personen wurden zu gesundheitsrelevanten Themen befragt und entsprechend der österreichische Bevölkerung ab 15 Jahren auf die 6,9 Millionen Personen hochgerechnet. In Tabelle 3 werden einige Ergebnisse dieser Erhebung für Wien im Vergleich zu Gesamtösterreich dargestellt. Es zeigt sich, dass der allgemeine Gesundheitszustand von den Befragten mehrheitlich als „sehr gut“ oder „gut“ eingeschätzt wird. Während in Wien 76 Prozent der Männer und 71 Prozent der Frauen diese Einschätzung abgeben, sind die Anteile der Zufriedenen im Durchschnitt von Österreich um jeweils zwei Prozentpunkte höher. Es wurde auch nach chronischen, also dauerhaften Krankheiten oder gesundheitlichen Problemen gefragt. Auch hier zeigt sich, dass der

Gesundheitszustand der Wiener Bevölkerung im Vergleich zur gesamtösterreichischen Bevölkerung etwas schlechter gestellt ist: Während in Wien 39 Prozent der Befragten angeben, zumindest an einer chronischen Krankheit zu leiden, sind es in Gesamtösterreich 37 Prozent. Auch beim Mental Health Index, der Auskunft über das psychische Wohlbefinden der Befragten gibt, schneidet Wien im Vergleich zu Gesamtösterreich etwas schlechter ab (vgl. Tabelle 3).

Was das Gesundheitsverhalten betrifft zeigt sich, dass rund jeder Vierte in Wien täglich raucht und mehr als die Hälfte der Personen ab 15 Jahre Alkohol konsumieren. Der Anteil der Personen mit Adipositas liegt in Wien bei 13 Prozent. Verglichen mit dem Durchschnitt von Österreich gibt es in Wien deutlich weniger Personen, die Alkohol konsumieren (57 Prozent vs. 64 Prozent), hingegen geringfügig mehr Personen, die rauchen und übergewichtig sind (vgl. Tabelle 3).

Tabelle 3: Gesundheitszustand und Gesundheitsverhalten, 2006/2007

	Wien	Österreich	Differenz in %- Punkten bzw. der Indexwerte (Wien – Österreich)
Anteil Befragter, die ihren allgemeinen Gesundheitszustand als „sehr gut“ oder „gut“ einschätzen			
- Männer (in %)	75,9	77,8	-1,9
- Frauen (in %)	70,9	73,4	-2,5
Anteil der Personen mit chronischen Krankheiten ¹⁾ (in %)	38,7	37,1	+1,6
Psychische Gesundheit laut MHI Index ²⁾	20,5	21,2	-0,7
Anteil der täglichen Raucher (in %)	24,6	23,2	+1,4
Anteil der Personen, die Alkohol konsumieren (in %) (Definition: öfter als 4 Mal pro Jahr)	56,8	63,9	-7,1
Anteil Befragter mit Adipositas (Body-Mass-Index ab 30)	13,1	12,4	+0,7

Quelle: Statistik Austria 2007, Gesundheit Österreich GmbH 2009.

Anmerkungen: ¹⁾ Zustimmung der Befragten auf folgende Fragen: "Haben sie eine chronische, also dauerhafte Krankheit oder ein chronisches, also dauerhaftes gesundheitliches Problem?"; ²⁾ Der Mental-Health-Inventary-5-Index reicht von 5 (Minimum) bis 30 (Maximum). Ein höherer Wert lässt auf das Gefühl psychischen Wohlbefindens und das Ausbleiben von psychischem Stress innerhalb des letzten Monats schließen. Aufgrund von Einschränkungen durch den angewandten Fragebogen in der Österreichischen Gesundheitsbefragung streut der Index in der vorliegenden Tabelle lediglich in einem Wertebereich von 5 bis 25.

Wie bereits in Tabelle 3 dargestellt wurde, leiden in Wien und Österreich jeweils mehr als ein Drittel der Befragten an mindestens einer chronischen Krankheit. Hochgerechnet für Wien sind das rund 1,4 Millionen Betroffene (über 15 Jahre), dabei sind es etwas mehr Frauen (52 Prozent) als Männer (48 Prozent). In Tabelle 4 sind die verschiedenen chronischen Krankheiten näher aufgeschlüsselt und nach Prävalenz in Wien sortiert. Die meisten Personen leiden dauerhaft unter Erkrankungen des Bewegungsapparats, wozu unter

anderem auch Rückenschmerzen zählen. In Wien sind es 37 Prozent der Männer und 46 Prozent der Frauen, die diese chronische Erkrankung angeben. Auch unter Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Allergien leiden relativ viele Wiener (jeweils 21 Prozent) und Wienerinnen (jeweils 26 Prozent). Auch der Anteil derjenigen, die angeben, dauerhaft unter Depressionen zu leiden, ist in Wien mit 9 Prozent unter den Männern und 12 Prozent unter den Frauen vergleichsweise hoch. Im Vergleich zum Durchschnitt von Gesamtösterreich zeigen sich auch insofern Unterschiede, als Personen aus Wien etwas häufiger an Diabetes leiden, jedoch seltener an Erkrankungen des Bewegungsapparats (vgl. Tabelle 4).

Tabelle 4: Verteilung chronischer Erkrankungen nach Art und Geschlecht, 2006/2007

	Wien		Österreich		Differenz in %-Punkten (Wien – Österreich)	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen
N: Personen mit chronischen Krankheiten (38% hochgerechnet) ¹⁾	669.700	749.900	3.367.600	3.624.300		
- Erkrankungen des Bewegungsapparats	36,5	45,6	40,8	46,2	-4,3	-0,6
- Herz-Kreislauf-Erkrankungen	20,6	26,4	21,8	24,0	-1,2	+2,4
- Allergien	21,2	25,9	18,9	25,0	+2,3	+0,9
- Depressionen	9,3	12,2	6,7	10,9	+2,6	+1,3
- Lungenerkrankungen	9,1	11,6	9,6	11,2	-0,5	+0,4
- Diabetes	8,1	7,3	5,4	6,4	+2,7	+0,9

Quelle: Statistik Austria 2007.

Anmerkung: ¹⁾ Zustimmung der Befragten auf folgende Fragen: "Haben sie eine chronische, also dauerhafte Krankheit oder ein chronisches, also dauerhaftes gesundheitliches Problem?"

2. Steuerung und Planung

2.1. Planung

2.1.1. Österreichischer Strukturplan Gesundheit (ÖSG)

Der Österreichische Strukturplan Gesundheit (ÖSG) stellt die verbindliche Planungsgrundlage für die österreichische Gesundheitsversorgung dar. Die aktuellste Version des ÖSG stammt aus dem Jahr 2010 und wurde von der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) im Auftrag der Bundesgesundheitsagentur erstellt.

Die Vereinbarung gemäß Artikel 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens (Laufzeit 2008-2013) sieht eine überregionale, sektorenübergreifende kontinuierliche Analyse und Weiterentwicklung des gesamten Gesundheitswesens und dessen Teilbereiche vor. In diesem Zusammenhang ist eine integrierte, aufeinander abgestimmte Planung und Steuerung aller Bereiche im Gesundheitswesen zu gewährleisten und das Nahtstellenmanagement zwischen den Gesundheitsversorgungseinrichtungen zu verbessern (integrierte Gesundheitsstrukturplanung).

Der geltende ÖSG stellt die verbindliche Grundlage für die integrierte Gesundheitsstrukturplanung dar und enthält zudem die Rahmenplanung für Detailplanungen auf regionaler Ebene (Regionale Strukturpläne Gesundheit auf Ebene der Bundesländer – RSG). Er umfasst folgende Planungsbereiche:

- Stationärer Bereich – landesgesundheitsfondsfinanzierte Spitäler, Unfallkrankenhäuser und Sanatorien
- Ambulanter Bereich – niedergelassene Ärzte, selbstständige Ambulatorien
- Rehabilitationsbereich
- Übergang zur Langzeitpflege

Der ÖSG plant die gesamte Versorgung einer Region bzw. einer Zone unter Berücksichtigung der oben angeführten Planungsbereiche. Insgesamt ist Österreich im ÖSG in 32 derartige Versorgungsregionen und in 4 derartige Versorgungszonen³ untergliedert.

³ Die **Versorgungszone Nord** entspricht Salzburg und Oberösterreich, die **Versorgungszone Ost** entspricht Niederösterreich, Wien und Nordburgenland, die **Versorgungszone Süd** entspricht Kärnten, der Steiermark und Südburgenland, die **Versorgungszone West** entspricht Tirol und Vorarlberg.

Der ÖSG umfasst folgende Zielvorstellungen:

- Sicherstellung einer bedarfsgerechten, qualitativ hochwertigen, effizienten und gleichwertigen Versorgung in allen Versorgungsregionen unter Berücksichtigung aller oben genannten Planungsbereiche
- Sicherstellung einer raschen, lückenlosen sowie medizinisch und ökonomisch sinnvollen Behandlungskette für Patienten durch Verbesserung des Nahtstellenmanagements
- Sicherstellung einer regionalen Abstimmung der Planung für die oben genannten Planungsbereiche im Rahmen einer integrativen regionalen Versorgungsplanung auf Ebene von Versorgungsregionen
- Sicherstellung einer überregionalen Abstimmung der Ressourcen- und Leistungsangebotsplanung
- Sicherstellung einer möglichst gleichmäßigen, bestmöglich erreichbaren, ökonomisch und medizinisch sinnvollen Versorgung mit entsprechender Qualitätssicherung
- Entlastung der Akutkrankenanstalten durch Minimierung der Krankenhaushäufigkeit und der durchschnittlichen Belagsdauer auf das medizinisch notwendige Maß
- Verlagerung von Leistungen zwischen den oben genannten Planungsbereichen, falls diese Leistungen bei zumindest gleicher Qualität in einem anderen Bereich ökonomisch günstiger erbracht werden können

Der ÖSG enthält:

- 1) Eine **Rahmenplanung** für den stationären Akutbereich, den ambulanten Bereich sowie den stationären und ambulanten Rehabilitationsbereich. Zudem sieht der ÖSG eine Rahmenplanung für Großgeräteplanung mit verbindlichen Regelungen vor.
- 2) **Verbindliche Strukturqualitätskriterien** der Leistungsangebotsplanung
- 3) **Mindestfrequenzen** pro Leistungserbringer

Ad 1) Rahmenplanung

In diesem Bereich des ÖSG erfolgt eine Rahmenplanung für den akutstationären Bereich, den ambulanten Bereich sowie den stationären und ambulanten Rehabilitationsbereich.

Für den **akutstationären Bereich** erfolgt die Rahmenplanung in Form von Richtwerten zur Anzahl stationärer Aufenthalte im Jahr 2015 bzw. 2020 pro Indikationsgruppe (z. B. chronische Herzerkrankungen, Eingriffe am Ohr). Diese Richtwerte beziehen sich auf die Ebene der Versorgungsregionen und Versorgungszonen, nicht aber auf die Ebene der Krankenanstalten selbst. Sie wurden unter Berücksichtigung der Häufigkeit der stationären Aufenthalte pro Indikationsgruppe bzw. im Bundesdurchschnitt, der demographischen Entwicklung bis zum Jahr 2015 bzw. 2020 sowie der Experteneinschätzung hinsichtlich der

Auswirkung der medizinischen und technischen Entwicklung auf den Leistungsbedarf in den einzelnen Indikationsgruppen festgelegt. Diese Richtwerte sollen in den 32 Versorgungsregionen und 4 Versorgungszonen um nicht mehr als 25 Prozent über- oder unterschritten werden.

Die Rahmenplanung des akutstationären Bereichs enthält ebenfalls Richtwerte zur Versorgungsdichte mit systematisierten Akutbetten nach Fachrichtungen/Fachbereichen in Fonds-Krankenanstalten, Unfallkrankenhäusern und Sanatorien. Diese Richtwerte werden in Form von Intervallen angegeben um epidemiologische und intersektorale Versorgungsspezifika der einzelnen Versorgungsregionen berücksichtigen zu können. Die exakte Festlegung des Richtwertes der Versorgungsregion bzw. Versorgungszone erfolgt unter Einbeziehung der regionalen Bevölkerungsstruktur und Besiedlungsdichte, der Erreichbarkeitsverhältnisse im Straßenverkehr, der Auslastung bereits bestehender stationärer Einrichtungen sowie der Entwicklungstendenz in der modernen Medizin.

Für den **ambulanten Bereich** basiert die Rahmenplanung anhand von Richtwerten zur Versorgungsdichte mit ärztlichen Vollzeitäquivalenten auf einem bestimmten Intervall spezifiziert nach Fachrichtungen pro Versorgungsregion bzw. Versorgungszone. Die Ermittlung des Intervalls der Versorgungsdichte erfolgte auf Basis der bestehenden Versorgungsdichte im Bundesdurchschnitt (ohne Wien) durch Hinterlegung der Bandbreite von +/- 30 Prozent gegenüber dem Bundesdurchschnitt. Die exakte Festlegung des Richtwertes der Versorgungsregion bzw. Versorgungszone erfolgt unter Berücksichtigung der Bevölkerungsdichte und Altersstruktur, der regionalen und epidemiologischen Unterschiede, der Unterschiede bei der Inanspruchnahme durch die regionale Bevölkerung, der aktuellen Belastung der bestehenden Leistungserbringer, der regional bestehenden Erreichbarkeiten der Leistungserbringer, unter Beurteilung von Wartezeiten je nach Dringlichkeit des Leistungsbedarfes sowie unter Beachtung des Public-Health-Ansatzes.

Für den **stationären Rehabilitationsbereich** erfolgt die Rahmenplanung auf Basis von Richtwerten zur Versorgungsdichte mit Betten in stationären Rehabilitationseinrichtungen differenziert nach sieben Indikationsgruppen (Krankheiten des Bewegungs- und Stützapparats, Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems, Krankheiten des zentralen und peripheren Nervensystems, Psychiatrische Rehabilitation, Krankheiten der Atmungsorgane, Krankheiten des Stoffwechselsystems und des Verdauungsapparats, Zustände nach Unfällen und neurochirurgischen Eingriffen). Auch hier werden die Richtwerte in Form von Intervallen angegeben. Für den **ambulanten Rehabilitationsbereich** erfolgt die Rahmenplanung analog. Es werden Richtwerte zur Versorgungsdichte mit Therapieplätzen festgelegt.

Der ÖSG enthält zudem eine Rahmenplanung für die **medizinisch-technischen Großgeräte**. Darin enthalten ist einerseits eine Festlegung der bundesländerspezifischen Gesamtanzahl von Computertomographiegeräten, Magnetresonanztomographiegeräten

und Emissions-Computer-Tomographiegeräten in Fonds-Krankenanstalten unter der Einbeziehung der Geräteausstattung in Nicht-Fonds-Krankenanstalten, Rehabilitationszentren und des extramuralen Bereichs, und andererseits eine Empfehlung zur Maximalausstattung mit Großgeräten unter Kassenverträgen je Bundesland in Nicht-Fonds-Krankenanstalten, Rehabilitationszentren und im extramuralen Bereich. Diese Rahmenplanung legt außerdem fest, dass Coronarangiographische Arbeitsplätze, Strahlen- bzw. Hochvolttherapiegeräte und Positronen-Emissions-Tomographiegeräte ausschließlich im intramuralen Bereich betrieben werden dürfen und seitens der Landes-Gesundheitsplattformen standortgenau zu planen sind. Zur Ermittlung des Großgerätebedarfs werden pro Großgerät Einwohnerrichtwerte (Sollbereich für die Anzahl der Einwohner je Großgerät) und Erreichbarkeitswerte herangezogen.

Diese oben beschriebenen Rahmenplanungen dienen als Vorlage für die Detailplanung, welche im RSG der einzelnen Bundesländer stattfindet.

Ad 2) Verbindliche Strukturqualitätskriterien

In diesem Bereich des ÖSG sind für Intensiv- und Normalpflegebereiche der bettenführenden Sonderfächer, für nicht bettenführende Sonderfächer, für spezielle Versorgungseinrichtungen (z. B. Psychosomatik, Akutgeriatrie/Remobilisation), für Referenzzentren (z. B. Herzchirurgie, Thoraxchirurgie, Gefäßchirurgie) sowie für besondere Bereiche der Leistungsangebotsplanung (z. B. Dialyse) Planungsgrundsätze und Qualitätskriterien festgelegt.

Ad 3) Mindestfrequenzen

In diesem Bereich des ÖSG sind für ausgewählte medizinische Einzelleistungen jene Qualitätskriterien (z. B. Möglichkeit einer intensivmedizinischen Versorgung am Krankenhausstandort, Möglichkeit der intraoperativen histopathologischen Befundung am KA-Standort) und Mindestfrequenzen definiert, welche im Fall der Erbringung der jeweiligen medizinischen Einzelleistung von der betreffenden Krankenanstalt zu gewährleisten sind.

2.1.2. Regionaler Strukturplan Gesundheit (RSG) Wien

Der Regionale Strukturplan Gesundheit Wien führt die im ÖSG vorgegebene Rahmenplanung im Detail aus. Der aktuelle RSG Wien wurde im November 2009 in der 9. Sitzung der Wiener Gesundheitsplattform beschlossen, hat als Planungshorizont analog zum ÖSG das Jahr 2015 und ist in drei Abschnitte untergliedert: 1) stationärer Bereich, 2) ambulanter Bereich, 3) Bereich der medizinisch-technischen Großgeräte. Wien ist im RGS in drei Versorgungsregionen unterteilt: VR 91 (Wien-Mitte-Südost), VR 92 (Wien-West) und VR 93 (Wien-Nordost), wobei VR 91 mit den Bezirken 1-11 und 20, VR 92 den Bezirken 12-19 und 23 und VR 93 mit den Bezirken 21 und 22 deckungsgleich ist.

Die Planung im **stationären Bereich** sieht Zielwerte sowohl für die systemisierten als auch tatsächlich aufgestellten Betten im Jahr 2015 pro Fonds-Krankenanstalt für die Normal- und Intensivpflege vor. In der Normalpflege sind Zielwerte der systemisierten bzw. tatsächlich aufgestellten Betten außerdem nach Fachrichtungen differenziert. Die im RSG Wien geplanten Bettenkapazitäten inkludieren auch Betten bzw. Plätze in Tageskliniken.

Die Planung im **ambulanten Bereich** sieht Zielwerte an ärztlichen Vollzeitäquivalenten pro Versorgungsregion und Fachrichtung vor.

Die Planung der **medizinisch-technischen Großgeräte** sieht im stationären Bereich Zielzahlen an Großgeräten pro Fonds-Krankenanstalt und im ambulanten Bereich Zielzahlen an Großgeräten pro Versorgungsregion vor.

2.1.3. Kritik

Der Österreichische Strukturplan Gesundheit kann in mehrfacher Weise kritisiert werden. Ausgangspunkt des ÖSG sind nicht gesundheitswissenschaftliche Festlegungen, wie beispielsweise Gesundheitsziele, sondern gegebene Strukturen. Der Bundesdurchschnitt ohne Wien als hauptsächliche Maßzahl entbehrt jedes empirischen Gehalts, dass diese Maßzahl das richtige Ausmaß an Gesundheitsversorgung darstellt. Zudem wird nicht der Bedarf ermittelt, sondern die bisherige Inanspruchnahme als Grundlage genommen. Versteckte (sich derzeit nicht realisierende) Bedarfe genauso wie umgekehrt bereits stattfindende anbieterinduzierte Nachfrage verzerren den Proxy „Inanspruchnahme“, sodass dieser den Bedarf der Bevölkerung nicht widerspiegelt. Es werden auch dynamische Wechselwirkungen nicht ausreichend berücksichtigt und basieren kaum auf Evidenz. Diese Probleme beruhen auch darauf, dass die Kenntnis der tatsächlichen epidemiologischen Situation wie auch Bedarfserhebungen in Österreich weitgehend fehlen. Für die wirksame Umstrukturierung des Gesundheitswesens ist der ÖSG auch deshalb nicht gut geeignet, weil seine Vorgaben sehr großzügige Spielräume ($\pm 25\text{-}30$ Prozent) lassen, die auf regionaler Ebene wenig Druck zur Kapazitätsreduktion ausüben.

3. Leistungserbringung

3.1. Gesundheitsförderung/Prävention

Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess ab, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. Um ein umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden zu erlangen, ist es notwendig, dass sowohl Einzelne als auch Gruppen ihre Bedürfnisse befriedigen, ihre Wünsche und Hoffnungen wahrnehmen und verwirklichen sowie ihre Umwelt meistern bzw. verändern können (WHO 1996).

Mit anderen Worten dient die Gesundheitsförderung der allgemeinen Stärkung der Gesundheit, ohne eine bestimmte Krankheit im Visier zu haben.

Prävention zielt auf die Verhütung von bestimmten Krankheiten ab. Sie versucht eine gesundheitliche Schädigung durch gezielte Aktivitäten und Interventionen zu verhindern, weniger wahrscheinlich zu machen oder zu verzögern (vgl. Walter und Schwartz 2002).

Grundsätzlich können drei Arten der Prävention unterschieden werden (vgl. Walter und Schwartz 2002):

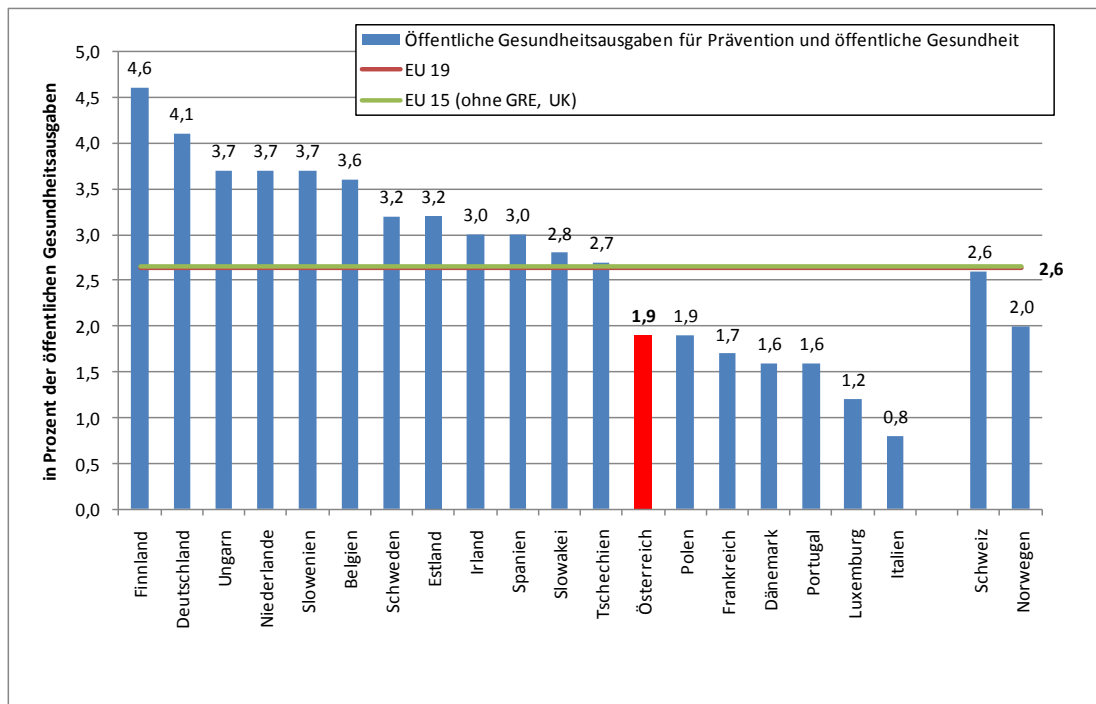
- 1) Die **primäre Prävention** zielt auf eine Krankheitsvermeidung ab. Sie umfasst dabei die Förderung der Gesundheit und die Verhütung von Krankheiten durch Abbau von krankheitsspezifischen Risikofaktoren (z. B. Abbau verhaltensbedingter Risikofaktoren durch Gesundheitserziehung).
- 2) Die **sekundäre Prävention** zielt auf eine Früherkennung von Krankheiten ab. Sie umfasst dabei alle Maßnahmen zur Entdeckung klinisch symptomloser Krankheitsfrühstadien und Vorbeugung durch Frühtherapie wie z. B. Screeningprogramme, Vorsorgeuntersuchungen.
- 3) Die **tertiäre Prävention** zielt auf eine Vermeidung der Krankheitsverschlechterung, eine Verhinderung von Folgeerkrankungen und eine Vorbeugung einer Chronifizierung ab und richtet sich an Patienten, bei denen sich eine Krankheit bereits manifestiert hat.

Gesundheitsförderung und Prävention sind zwei komplementäre Handlungsansätze eines Gesundheitswesens. Bei der Entwicklung von Präventionsstrategien, -programmen und -maßnahmen sollten immer beide Aspekte Berücksichtigung finden, Gesundheitsförderung, welche eine Stärkung der Gesundheitsressourcen und -potentiale

bezweckt, und Prävention, welche eine Vermeidung von Krankheiten oder Gesundheitsstörungen abstrebt (vgl. Walter und Schwarz 2002).

Die Zuständigkeiten für Gesundheitsförderung und Prävention fallen einerseits in den Aufgabenbereich der Sozialversicherung und andererseits in jenen von Bund, Ländern und Gemeinden. Aber auch Interessenvertretungen, öffentliche Gesundheitseinrichtungen und private Organisationen, unter anderem die Gesundheit Österreich GmbH mit dem Geschäftsbereich Fonds Gesundes Österreich (FGÖ), engagieren sich in diesem Bereich. Darin spiegelt sich die Vielschichtigkeit der Zuständigkeiten, welche ein Charakteristikum des Österreichischen Gesundheitssystems ist, wider. *Die Präventionsausgaben sind dabei im europäischen Vergleich unterdurchschnittlich, was aus gesundheitswissenschaftlicher Sicht ein ungünstiger Ressourceneinsatz ist, vgl. Abbildung 1.*

Abbildung 1: Ausgaben für Prävention und öffentliche Gesundheit im europäischen Vergleich, 2008 oder letztverfügbares Jahr



Quelle: OECD Health Data, Juni 2010; IHS HealthEcon Berechnungen 2011.

Die **Aufgaben der Sozialversicherung** im Rahmen der Gesundheitsförderung und Prävention sind in den Paragraphen 132a,b,c, 154b, 155, 156 ASVG (und entsprechende⁴) geregelt und umfassen unter anderem:

- Jugenduntersuchungen (das Äquivalent der schulärztlichen Untersuchungen bei arbeitstätigen Jugendlichen)
- Vorsorgeuntersuchungen: allgemeine bzw. gynäkologische Vorsorgemaßnahmen
- Humangenetische Vorsorgemaßnahmen insbesondere durch genetische Familienberatung, pränatale Diagnose und zytogenetische Untersuchungen
- Zuschüsse zu FSME-Impfungen
- Maßnahmen zur Gesundheitsfestigung wie z. B. Landaufenthalt sowie Aufenthalt in Kurorten, Unterbringung in Genesungs- und Erholungsheimen, Unterbringung in Kuranstalten zur Verhinderung
- Maßnahmen zur Krankheitsverhütung wie z. B. Gesundheitsfürsorge, wie Gesunden-, Betriebs- und Schwangerenfürsorge, Säuglings- und Kinderfürsorge, Fürsorge für gesundheitsgefährdete Jugendliche, Maßnahmen zur Bekämpfung der Volkskrankheiten und der Zahnfäule, gesundheitliche Erziehung der Versicherten und ihrer Angehörigen

Die Wiener Gebietskrankenkasse (WKK) bietet neben kostenlosen Vorsorgeuntersuchungen und Beratungsangeboten (z. B. für die Bereiche Raucherentwöhnung, gesunde Ernährung, Diabetes) auch Unterstützung bei der betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) und hat für den Bereich der schulischen Gesundheitsförderung mit der „Servicestelle Schule“ eine eigene Anlauf- und Kontaktstelle gegründet. Unter dem Titel „Bewegt Gesund“ fördert die WKK mittels einer Kostenerstattung von bis zu 70 Euro sportliche Aktivitäten von Risikopatienten (Übergewicht oder erhöhter Blutdruck). Weiters werden im Bereich der tertiären Prävention (Pilot-)Projekte wie „Integratives Wundmanagement“ und „Integrierte Versorgung Demenz“ durchgeführt, die multidisziplinäre Vernetzung und klarere Behandlungsabläufe zum Ziel haben.⁵

Im **Aufgabenbereich der Länder** liegt der öffentliche Gesundheitsdienst, zu dem unter anderem die Gesundheitsberichterstattung, der Infektions- bzw. Impfschutz, die Mutter-Kind-Vorsorge und die schulärztliche Versorgung zählen. Neben den **Gesundheitsämtern** und

⁴ „und entsprechende“ bezieht sich darauf, dass die weiteren Sozialversicherungsgesetze in diesen Bereichen in der Regel analoge Paragraphen aufweisen.

⁵ Nähere Infos zum Angebot der WKK:

http://www.wgkk.at/portal27/portal/wgkkportal/channel_first_level/cmsWindow?action=2&p_menuid=52140&p_tabid=3

anderen Ländereinrichtungen, die im Rahmen des öffentlichen Gesundheitsdienstes Beratung und gesundheitsfördernde Projekte anbieten, sind auf Gemeindeebene die Gemeindeärzte oder Sprengelärzte für die Umsetzung des öffentlichen Gesundheitsdienstes zuständig.⁶

In der Stadt Wien nimmt die Wiener Gesundheitsförderung (WIG) Aufgaben der Gesundheitsförderung wahr. Die Wiener Gesundheitsförderung (WIG) ist eine gemeinnützige Gesellschaft der Stadt Wien, welche mit 1. Jänner 2009 ihre Arbeit aufnahm. In ihr wurden die Agenden der Gesundheitsförderung aus dem Magistrat der Stadt Wien und dem Fonds Soziales Wien zusammengeführt. Die WIG fungiert als zentraler Ansprechpartner und zentrale Kompetenzstelle in Fragen der Gesundheitsförderung in Wien und zielt auf eine Förderung von drei Bereichen – **gesunden Lebensweisen**, **gesunden Lebenswelten** und **seelischer Gesundheit** – ab. Hierzu werden unterschiedlichste Aktionstage, Projekte und Programme initiiert, unterstützt und gefördert.

Ein erklärtes Ziel der WIG ist es, im Rahmen ihrer Aktivitäten zur Gesundheitsförderung die unterschiedlichen Gesundheitsbedürfnisse aufgrund des Geschlechts, des sozialen Status und der Zugehörigkeit zu einer bestimmten Bevölkerungsgruppe zu berücksichtigen.

Im Bereich **gesunde Lebensweisen** konzentrieren sich die Aktivitäten der WIG auf die Gebiete Ernährung und Bewegung.

Ein Beispiel hierfür ist z. B. die Umsetzung des „Nationalen Aktionsplans für Ernährung“, welcher vom Bundesministerium für Gesundheit in Zusammenarbeit mit der Österreichischen Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit (AGES) und dem Institut für Ernährungswissenschaften initiiert wurde. Ziel dieses Aktionsplans ist es, bis 2020 die Häufigkeit von ernährungsassoziierten Erkrankungen zu reduzieren und die Zunahme der Zahl von Übergewichtigen in Österreich zumindest zu stoppen.

Initiativen wie z. B. „Arbeitspause – aber richtig! oder *Fit mit jedem Schritt: Bewegt sein im Alltag*“ sollen Personen anregen, Bewegung in ihren Alltag einzubauen.

Im Bereich **gesunde Lebenswelt** sind die Tätigkeiten der WIG breit gefächert. Sie konzentriert sich hierbei auf die Entwicklung und Schaffung von gesunden Lebenswelten in regionalen Settings wie Bezirk und „Grätzl“ und in Organisationen wie Kindergarten, Schule, Krankenhaus und Betrieb.

⁶ https://www.gesundheit.gv.at/Portal.Node/ghp/public/content/GesundheitsverwaltungderBundeslaender_LN.html

Gesunde Stadt

Die WIG verfolgt eine Vielzahl an Projekten in der Lebenswelt Stadt. Ein Beispiel hierfür sind die *Gesundheitstage im Wiener Rathaus*, zu den Themen wie Alzheimer, Osteoporose und seelische Gesundheit. Das Ziel solcher Gesundheitstage ist es, Informationen über gesund bleiben, Vorbeugung, Umgang und Behandlungsmöglichkeiten der einzelnen Krankheiten zur Verfügung zu stellen. Ein anderes Beispiel ist die „*Hotline für Essstörungen*“, welche Betroffenen und Angehörigen von Menschen mit Essstörungen professionelle Beratung, Information und Hilfe bietet, oder „*Courage*“, eine Beratungsstelle für gleichgeschlechtliche und transGender-Lebensweisen. Sämtliche Projekte zur Lebenswelt Stadt sind auf der Homepage der WIG unter <http://www.wig.or.at> abrufbar.

Gesundes Grätzl

Ähnlich wie in der Lebenswelt Stadt werden in der Lebenswelt „Grätzl“ zahlreiche Projekte von der WIG initiiert. Das Projekt „*Geh!sund*“ zielt gemeinsam mit den Wiener Apotheken auf die Vermittlung von Freude an der Bewegung ab. Das Projekt richtet sich vor allem an ältere Menschen, welche 1) allein nicht genügend Energie zur regelmäßigen Bewegung aufbringen können, 2) eine gut betreute Gruppe als Motivation brauchen und denen 3) die finanziellen Möglichkeiten für die Teilnahme an entsprechenden Kursen fehlen. Im Zuge dieses Projekts treffen sich interessierte Frauen und Männer einmal pro Woche zu einer gemeinsamen Nordic Walking-Stunde.

Das Projekt „*Ich bleib gesund*“ richtet sich an Wienerinnen und Wiener mit Migrationshintergrund. Hierbei erhalten sie in den in den Vorsorgeuntersuchungsstellen des 10. und des 15. Bezirks psychosoziale Beratung in der Muttersprache und medizinische Untersuchungen mit muttersprachlicher Begleitung nach dem "One-Stop-Shop"-Prinzip.

Gesunder Kindergarten

In der Lebenswelt Kindergarten wird z. B. derzeit das Programm „*Tiptopp Kariesstopp*“ zum Erlernen einer effektiven Mundhygiene umgesetzt. Es dient der Zahngesundheitsförderung und richtet sich an Kindergärten in den Bezirken 2., 5., 10., 16. und 20. Das Programm zielt abgesehen von der Motivation zur aktiven Individualprophylaxe und der Entwicklung eines eigenverantwortlichen, ganzheitlichen Gesundheitsbewusstseins auf die Erreichung des Ziels „Mindestens 80 % der Kinder der Altersgruppe 6 Jahre sollten kariesfrei sein“, welches im Rahmen von Gesundheit21 der WHO definiert wurde, ab.⁷

⁷ Die WHO erarbeitete in den 70er Jahren Gesundheitsziele für das Jahr 2000, im Jahr 1998 für das 21. Jahrhundert aktualisiert und in weiterer Folge als „Gesundheit21 – Gesundheit für alle im 21. Jahrhundert“ auf Europa abgestimmt.

Gesunde Schule

Im Zusammenhang mit gesundheitsfördernden Aktivitäten in der Lebenswelt Schule startet zu Beginn des Schuljahrs 2010/2011 an den Volksschulen des 20. Bezirks das Projekt „*Gesunde Jause*“. Das Hauptaugenmerk des Projekts liegt auf der Entwicklung, Erprobung und Implementierung von praktikablen Modellen zur Förderung eines gesunden Ess- und Trinkverhaltens im Schulalltag.

Laufend werden in den Schulen *sexualpädagogische Workshops* vom Institut für Sexualpädagogik im Auftrag der Wiener Gesundheitsförderung angeboten.

Gesunder Betrieb

Das Projekt „*Gesundes Arbeiten ohne Grenzen*“ hat sich die die Steigerung der Gesundheit und Arbeitsplatzzufriedenheit der Hausarbeiterinnen in Krankenhäusern und Geriatriezentren des Wiener Krankenanstaltenverbundes zum Ziel gesetzt. Darüber hinaus sollen die Mitarbeiterinnen für Gesundheitsvorsorge sensibilisiert und ein entsprechendes Bewusstsein gefördert werden.

Gesundes Krankenhaus

Im Rahmen der Lebenswelt Krankenhaus haben der Wiener Krankenanstaltenverbund, die Allgemeine Unfallversicherungsanstalt, das Kuratorium Wiener Pensionisten-Wohnhäuser, die Vinzenz Gruppe und die Wiener Gebietskrankenkasse das Projekt „*Allianz für Gesundheitsförderung in Wiener Spitälern, Pflegeeinrichtungen und Seniorenwohneinrichtungen*“ initiiert. Ein Ziel dieser Allianz ist, die Aktivitäten der Gesundheitsförderung im stationären Bereich sichtbar zu machen, ein weiteres Ziel ist die Etablierung eines regelmäßigen Erfahrungsaustausches über die Organisationsgrenzen hinweg. Das Projekt wird wissenschaftlich und organisatorisch vom Ludwig Boltzmann Institut für Gesundheitsförderungsforschung unterstützt.

Gesunde Freizeit

Die Initiative „*login – Gesundheitsförderung und soziale Integration für Risiko- und Randgruppen*“ ist im Rahmen der Suchttherapie-Nachbetreuung am Anton-Proksch-Institut Klinikum entstanden im Jahr 2002. Es existieren zahlreiche Projekte, welche versuchen, Personen aus Risiko- und Randgruppen in die Arbeitswelt zu integrieren, aber so gut wie keine Projekte, welche versuchen, solche Personen in ein soziales Umfeld in ihrer Freizeit zu integrieren. Hier setzt „*login*“ an, es bietet Suchtkranken nach der Therapie regelmäßige, aktivierende und gesundheitsfördernde Freizeitangebote, z. B. Fußball, Volleyball, Nordic Walking, Yoga, Theater Workshops an.

„PASEO“ ist ein Projekt der Europäischen Union, welches in 15 Ländern gleichzeitig durchgeführt wird und auf die Verbesserung der Implementierung von Programmen zur Förderung gesundheitsorientierter Bewegungsaktivitäten bei inaktiven älteren Menschen durch den Aufbau der erforderlichen Kapazitäten und die Stärkung entsprechender politischer Strukturen, Netzwerke und Kompetenzen abzielt. Für „PASEO – *Bewegtes Altern in Wien*“ ist das Institut für Sportwissenschaft der Universität Wien gemeinsam mit der Wiener Gesundheitsförderung verantwortlich.

Im Bereich **seelische Gesundheit** werden auf der Homepage des WIG Artikel zu Themen wie Burn-out-Prävention, Kindererziehung und seelische Gesundheit im Alter zur Verfügung gestellt. Darüber hinaus gibt es umfangreiche Information und ein Verzeichnis aller registrierten Selbsthilfegruppen in Wien. Spezielle Programme oder Initiativen, die dezidiert auf die Förderung seelischer Gesundheit ausgerichtet sind, gibt es jedoch nicht.

Zur Förderung der seelischen Gesundheit gibt es jedoch auch das Wiener Kriseninterventionszentrum, sozialpsychiatrische Dienste oder andere Einrichtungen, die ambulante psychiatrische Hilfe anbieten bzw. sich allgemein mit der psychischen Gesundheit der Gesamtbevölkerung beschäftigen. Erwähnenswert ist an dieser Stelle auch das bundesweite Angebot der kostenlosen Telefonseelsorge.

Die Analyse der Aktivitäten der WIG zeigt, dass die Stadt Wien zahlreiche Initiativen und Projekte im Bereich der Gesundheitsförderung unterstützt und fördert. Ein besonderer Schwerpunkt liegt auf dem Bereich gesunde Lebenswelt, wo zahlreiche settings- und organisationsorientierte Projekte umgesetzt werden. Die Darstellung sämtlicher Aktivitäten würden den Rahmen dieses Projekts übersteigen, sie sind aber unter www.wig.or.at abrufbar.

3.2. Extramurale Versorgung

Die extramurale Versorgung im Wiener Gesundheitssystem setzt sich aus drei Segmenten zusammen:

- 1) **Niedergelassene, freiberuflich tätige Ärzte (mit oder ohne Kassenvertrag)**, welche überwiegend in Einzelpraxen tätig sind.
- 2) **Selbstständige Ambulatorien**, welche sowohl von der sozialen Krankenversicherung als auch von Privatpersonen betrieben werden.
- 3) **Sonstige Gesundheitsberufe** (z. B. Hebammen, Ergotherapeuten, Physiotherapeuten). Da die sonstigen Gesundheitsberufe in der extramalen Betreuung nur eine untergeordnete Rolle spielen werden sie in der Folge nicht weiter beschrieben, sind aber der Vollständigkeit halber hier erwähnt.

Die extramurale Versorgung wird geleistet durch:

- 1) Vertragspartner (niedergelassene, freiberuflich tätige Ärzte mit Kassenvertrag, selbstständige Ambulatorien mit Kassenvertrag)
- 2) Eigene Einrichtungen und
- 3) Nicht-Vertragspartner (Wahlärzte, selbstständige Ambulatorien ohne Kassenertrag)

Die extramurale Versorgung durch **Vertragspartner** passiert im Wesentlichen mittels niedergelassener freiberuflich tätiger Ärzte, welche überwiegend in Einzelpraxen tätig sind, und selbstständiger Ambulatorien. Die Beziehung zwischen den niedergelassenen, freiberuflich tätigen Ärzten bzw. Gruppenpraxen und den Krankenversicherungsträgern wird durch sogenannte Gesamtverträge geregelt. Diese werden für die Ärzte durch die örtlich zuständige Ärztekammer und für Krankenversicherungsträger durch den Hauptverband abgeschlossen. Die Einbindung des Hauptverbandes in die Gesamtvertragsverhandlungen hat zum Zweck, diese möglichst einheitlich für die gesamten gesetzlichen Krankenversicherungsträger zu gestalten. Die Gesamtverträge regeln die Rechte und Pflichten der Vertragsärzte, welche aufgrund dieser Gesamtverträge Einzelverträge mit den Krankenversicherungsträgern abschließen. Sie beinhalten außerdem die Honorarordnung, welche detaillierte Bestimmungen über die ärztlichen Leistungen und die Entgelte der Ärzte enthält, und den Stellenplan, welcher die Anzahl und örtliche Verteilung der Vertragsärzte festsetzt. Die Beziehung zwischen den Ambulatorien und den Krankenversicherungsträgern wird analog zu den niedergelassenen, freiberuflich tätigen Ärzten anhand von Gesamtverträgen geregelt. Seitens der Ambulatorien werden sie durch die zuständige Innung der Bundeswirtschaftskammer abgeschlossen. Die Beziehung zwischen „anderen Vertragspartnern“ (z. B. Optiker, Orthopädiemechaniker, Bandagisten, Orthopädienschuhmacher) und den Krankenversicherungsträgern wird ebenfalls anhand von Gesamtverträgen vereinbart, welche zwischen dem Hauptverband und der zuständigen

Innung der Bundeswirtschaftskammer abgeschlossen werden. Darin werden abgesehen von den Preisen auch die Abgabebedingungen und Qualitätsanforderungen für die jeweiligen Heilbehelfe bzw. Hilfsmittel geregelt. Die Versorgung mit Heilmitteln wird ebenfalls mittels eines Gesamtvertrags festgelegt. Dieser wird zwischen der Österreichischen Apothekerkammer und dem Hauptverband abgeschlossen.

Die extramurale Versorgung in **eigenen Einrichtungen** findet z. B. in den von der Stadt Wien oder der Wiener Gebietskrankenkasse betriebenen Ambulatorien statt. Beispielsweise betreibt die Stadt Wien eine Jugendzahnklinik, die Wiener Gebietskrankenkasse mehrere Gesundheitszentren und die Betriebskrankenkasse der Wiener Verkehrsbetriebe ein physikalisches Ambulatorium. Weiterführende Informationen dazu finden sich im Abschnitt „Selbstständige Ambulatorien“.

Die extramurale Versorgung durch **Nicht-Vertragspartner** findet mittels niedergelassener freiberuflich tätiger Ärzte ohne Kassenvertrag (Wahlärzte) und selbstständiger Ambulatorien ohne Kassenvertrag statt. In Wien verfügen 62 Prozent der niedergelassenen freiberuflich tätigen Ärzte über keinen Vertrag mit einem oder mehreren Sozialversicherungsträgern (vgl. Tabelle 5). Patienten müssen bei der Inanspruchnahme eines Wahlarztes sein Honorar selbst bezahlen und bekommen anschließend 80 Prozent der mit den Vertragsärzten vereinbarten Honorierung von der Sozialversicherung refundiert. Diese Maßnahme erscheint durchaus gerechtfertigt, da im Gesundheitswesen mit anbieterinduzierter Nachfrage gerechnet werden muss.

3.2.1. Kapazitäten

Niedergelassene, freiberuflich tätige Ärzte (mit oder ohne Kassenvertrag)

Im Jahr 2009 gab es in Wien 4.676 niedergelassene, freiberuflich tätige Ärzte (mit oder ohne Kassenvertrag), was einer Ärztedichte von 276,3 Ärzten pro 100.000 Einwohner entspricht (vgl. Tabelle 5). Rund 43 Prozent der niedergelassenen Ärzte standen im Jahr 2009 in einem Vertragsverhältnis mit einem oder mehreren Krankenversicherungsträgern, was einer Ärztedichte von 118,1 Ärzten pro 100.000 Einwohner gleichkommt. Bei einem Vergleich der Ärztedichten zwischen Wien und Gesamtösterreich bzw. Restösterreich zeigt sich, dass Wien sowohl bei den niedergelassenen Ärzten als auch bei der eingeschränkten Betrachtung der niedergelassenen Vertragsärzte eine höhere Ärztedichte aufweist (vgl. Tabelle 5).

Tabelle 5: Niedergelassene Ärzte (exkl. Zahnärzte) pro 100.000 Einwohner, 2009

	Wien		Österreich		Ärzte pro 100.000 Einwohner - Index: Österreich= 100	Restösterreich		Ärzte pro 100.000 Einwohner - Index: Restöster- reich=100
	Gesamt	Ärzte pro 100.000 Einwohner	Gesamt	Ärzte pro 100.000 Einwohner		Gesamt	Ärzte pro 100.000 Einwohner	
Niedergelassene Ärzte ¹⁾	4.676	276,3	17.789	212,7	130	13.113	196,6	141
Niedergelassene Vertragsärzte ²⁾	1.998	118,1	7.682	91,9	129	5.684	85,2	139

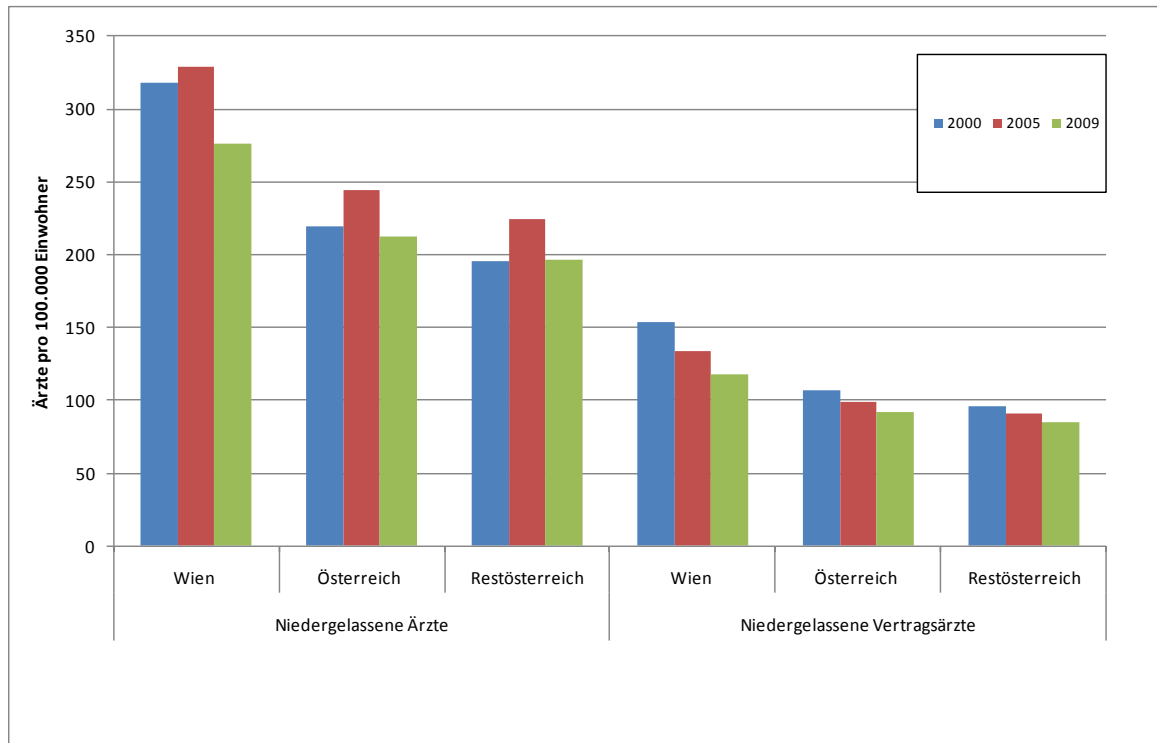
Quelle: Statistik Austria 2010, Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger 2010, IHS HealthEcon Berechnungen 2011.

Anmerkung: ¹⁾ Die niedergelassenen Ärzte beinhalten alle niedergelassenen, nicht angestellten Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte; ²⁾ Gesamtzahl der Vertragsärzte, die mit einem oder mehreren Krankenversicherungsträger(n) einen Vertrag abgeschlossen haben.

In Abbildung 2 sind die niedergelassenen Ärzte und die niedergelassenen Vertragsärzte pro 100.000 Einwohner in Wien, Österreich und Restösterreich zu den Zeitpunkten 2000, 2005 und 2009 dargestellt. Ein Vergleich der Versorgungsdichte zu den Zeitpunkten 2000 und 2009 mit niedergelassenen (Vertrags-)Ärzten in Wien zeichnet folgendes Bild: im Jahr 2000 gab es in Wien 318,3 niedergelassene Ärzte pro 100.000 Einwohner, im Jahr 2009 276,3 Ärzte pro 100.000 Einwohner, was einem Rückgang von 13,2 Prozent entspricht. Bei den niedergelassenen Vertragsärzten ist ebenfalls ein Rückgang zu verzeichnen: Im Jahr 2000 belief sich das Versorgungsniveau mit niedergelassenen Vertragsärzten auf 153,2 Ärzte pro 100.000 Einwohner, im Jahr 2009 auf 118,1, was einer Verringerung um 22,9 Prozent gleichkommt.

Die Versorgungsdichte mit niedergelassenen Ärzten in Gesamt- bzw. Restösterreich ist zu den Zeitpunkten 2000 und 2009 annähernd gleich (vgl. Abbildung 2). Beim Versorgungsniveau mit niedergelassenen Vertragsärzten ist hingegen ein Rückgang von 14,3 Prozent (Gesamtösterreich) bzw. 11,4 Prozent (Restösterreich) zu verzeichnen (vgl. Abbildung 2).

Abbildung 2: Niedergelassene (exkl. Zahnärzte) Ärzte pro 100.000 Einwohner, Zeitpunkte: 2000, 2005, 2009



Quelle: Statistik Austria 2002, 2006, 2010; Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger 2001, 2006, 2010, IHS HealthEcon Berechnungen 2011.

Bei einer Betrachtung der 2.776 Wiener Vertragsärzte nach Spezifikation zeichnet sich für das Jahr 2009 folgendes Bild: 29,9 Prozent der Vertragsärzte waren als Ärzte für Allgemeinmedizin, 42,1 Prozent als Fachärzte und 28,0 Prozent als Zahnärzte tätig (vgl. Tabelle 6). Der Vergleich der Wiener mit der gesamt- bzw. restösterreichischen nach Spezifikationen unterteilten Ärztedichte veranschaulicht, dass der Versorgungsgrad mit Ärzten für Allgemeinmedizin in Wien etwa gleich ist wie in Gesamt- bzw. Restösterreich. Die Gegenüberstellung zeigt außerdem, dass Wien über deutlich mehr Fachärzte als Gesamt- und Restösterreich verfügt. Besonders deutlich ist dieser Unterschied bei den sonstigen Fachärzten (Fachärzten für Labormedizin, physikalische Medizin und Radiologie) ausgeprägt. Hier ist die Versorgungsdichte um 76 Prozent höher als in Gesamt- und um 118 Prozent höher als in Restösterreich. Hinsichtlich des Versorgungsgrades mit Zahnärzten liegt Wien etwa ein Drittel bzw. um fast die Hälfte über dem Gesamt- bzw. Restösterreichischen Durchschnitt (vgl. Tabelle 6).

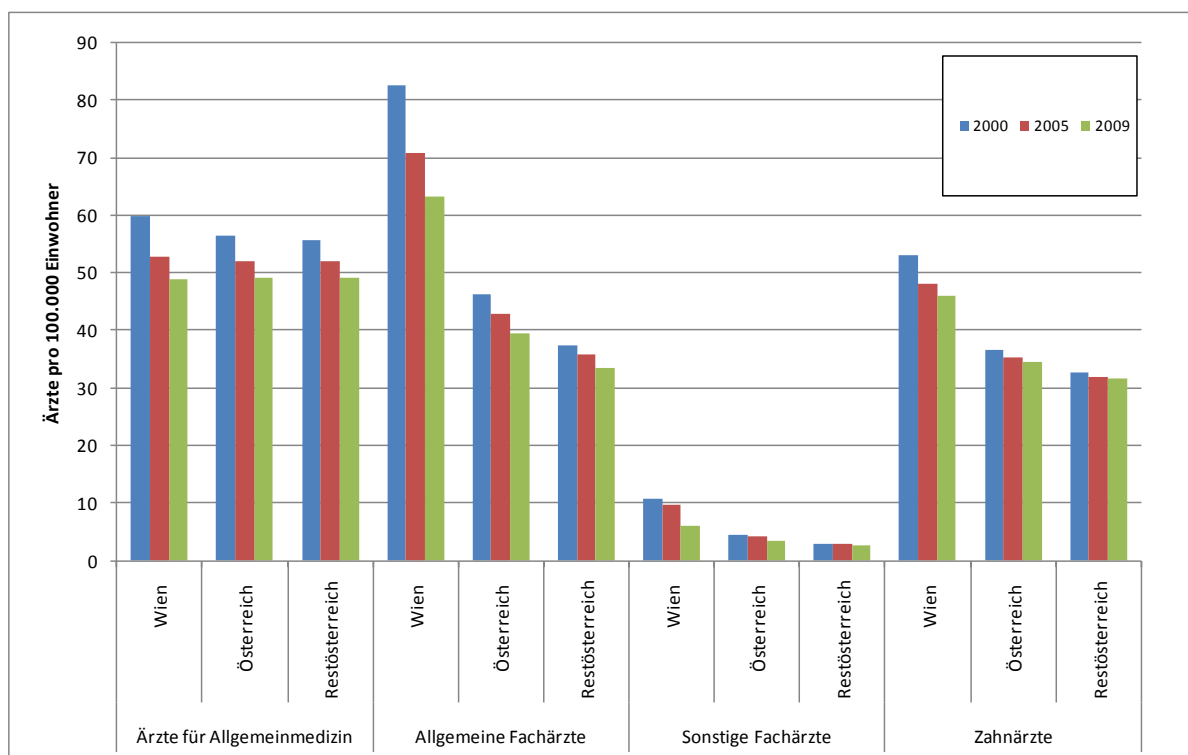
Tabelle 6: Vertragsärzte pro 100.000 Einwohner nach Spezifikation, 2009

	Wien		Österreich		Ärzte pro 100.000 Einwohner - Index: Österreich= 100	Restösterreich		Ärzte pro 100.000 Einwohner - Index: Restöster- reich=100
	Gesamt ¹⁾	Ärzte pro 100.000 Einwohner	Gesamt ¹⁾	Ärzte pro 100.000 Einwohner		Gesamt ¹⁾	Ärzte pro 100.000 Einwohner	
Ärzte für Allgemeinmedizin	829	49,0	4.108	49,1	100	3.279	49,2	100
Fachärzte	1.169	69,1	3.574	42,7	162	2.405	36,1	192
davon allgemeine Fachärzte	1.069	63,2	3.293	39,4	160	2.224	33,3	190
davon sonstige Fachärzte ²⁾	100	5,9	281	3,4	176	181	2,7	218
Zahnärzte	778	46,0	2.896	34,6	133	2.118	31,7	145

Quelle: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger 2010, IHS HealthEcon Berechnungen 2011.

Anmerkung: ¹⁾ Gesamtzahl der Vertragsärzte und -zahnärzte, die mit einem oder mehreren Krankenversicherungsträger(n) einen Vertrag abgeschlossen haben. Vertragszahnärzte die nur mit einer KFA einen Vertrag abgeschlossen haben sind nicht berücksichtigt. ²⁾ Sonstige Fachärzte: Laboratorien, Physikalische Therapie, Röntgen.

Abbildung 3 stellt die niedergelassenen Vertragsärzte pro 100.000 Einwohner spezifiziert nach Ärzten für Allgemeinmedizin, allgemeinen Fachärzten, sonstigen Fachärzten und Zahnärzten zu den Zeitpunkten 2000, 2005 und 2009 dar. Sowohl bei allen vier unterschiedlichen Arztgruppen als auch in allen drei Settings (Wien, Gesamtösterreich, Restösterreich) ist ein Rückgang der Ärztedichte zu beobachten. In Wien ist der Rückgang am stärksten bei der Versorgungsdichte mit sonstigen Fachärzten ausgeprägt. Hier ist das Versorgungsniveau um 25,2 Prozent gesunken (2000: 4,5 sonstige Fachärzte pro 100.000 Einwohner, 2009: 3,4 sonstige Fachärzte pro 100.000 Einwohner). Ein ebenfalls starker Rückgang ist bei der Versorgungsdichte mit allgemeinen Fachärzten zu verzeichnen, sie sank um 23,6 Prozent (2000: 82,6 allgemeine Fachärzte pro 100.000 Einwohner, 2009: 63,2 Fachärzte pro 100.000 Einwohner).

Abbildung 3: Vertragsärzte pro 100.000 Einwohner, Zeitpunkte 2000, 2005, 2009

Quelle: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger 2001, 2006, 2010, IHS HealthEcon Berechnungen 2011.

Die Untersuchung der Wiener Vertragsfachärztedichte nach Fachrichtung verdeutlicht, dass der Versorgungsgrad mit Fachärzten für Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit 6,4 Ärzten pro 100.000 Einwohner am höchsten ist. Dahinter folgen Fachärzte für Innere Medizin (5,91 Ärzte pro 100.000 Einwohner), Fachärzte für Kinder- und Jugendheilkunde (5,3 Ärzte pro 100.000 Einwohner), Fachärzte für Augenheilkunde (5,2 Ärzte pro 100.000 Einwohner) und Fachärzte für Orthopädie (5,1 Ärzte pro 100.000 Einwohner) (vgl. Tabelle 7). Stellt man die nach Fachrichtungen untergliederte Ärztedichte in Wien in einen Gesamt- bzw. restösterreichischen Kontext zeigt sich, dass Wien über einen besonders hohen Versorgungsgrad an Orthopäden, Hautärzten, Chirurgen, und Kinderärzten verfügt.

Bei der Versorgungsdichte mit sonstigen Vertragsfachärzten, also Fachärzten für Radiologie, physikalische Medizin und Labormedizin, liegt Wien ähnlich wie bei den allgemeinen Vertragsfachärzten deutlich über dem Gesamt- bzw. restösterreichischen Niveau. Das trifft insbesondere auf die Fachärzte für physikalische Medizin zu, was vor allem darauf zurückzuführen ist, dass 18 der 23 insgesamt niedergelassenen Fachärzte dieser Disziplin in Wien ansässig sind (vgl. Tabelle 7).

Tabelle 7: Vertragsfachärzte nach Fachrichtung, 2009

	Wien	Österreich	Ärzte pro 100.000 Einwohner - Index: Österreich= 100	Restösterreich	Ärzte pro 100.000 Einwohner - Index: Restösterreich= 100
	Ärzte pro 100.000 Einwohner	Ärzte pro 100.000 Einwohner		Ärzte pro 100.000 Einwohner	
Allgemeine Fachärzte¹⁾	46,6	33,0	141	29,5	158
Anästhesiologie	-	-	-	-	-
Lungenkrankheiten	2,2	1,7	136	1,5	150
Augenheilkunde	5,2	4,1	127	3,8	136
Chirurgie	2,1	1,3	159	1,1	187
Haut- u. Geschlechtskrankheiten	4,6	2,8	161	2,4	190
Frauenheilkunde u. Geburtshilfe	6,4	4,9	131	4,5	142
Innere Medizin	5,9	4,5	131	4,1	143
Kinder- u. Jugendheilkunde	5,3	3,4	153	3,0	176
Hals-, Nasen- u. Ohrenkrankheiten	3,7	2,7	137	2,5	151
Neurologie, Psychiatrie	3,3	2,7	124	2,5	131
Neurochirurgie	-	0,0	-	0,0	-
Orthopädie	5,1	2,7	191	2,0	249
Urologie	2,7	1,9	143	1,7	160
Unfallchirurgie	0,0	0,2	-	0,3	-
Sonstige Fachärzte¹⁾	5,2	3,0	172	2	210
Radiologie	3,2	2,2	144	2,0	163
Physikalische Medizin	1,1	0,3	387	0,1	1419
Laboratorien	0,9	0,5	176	0,4	218

Quelle: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (Ärztelasten – Jahresstatistik 2009) 2010, IHS HealthEcon Berechnungen 2011.

Anmerkung: ¹⁾ die angeführte Ärztedichte bezieht sich auf Ärzte alle Verrechnungsstellen der § 2-Kassen

Bei der Interpretation dieser Zahlen ist zum einen zu bedenken, dass Wien eine wichtige Umlandversorgungsfunktion hat. Diese Ansicht wird gestützt durch die Tatsache, dass Allgemeinmediziner, die typischerweise wohnortnäher aufgesucht werden, ungefähr im Bundesschnitt liegen und besonders die Fachärzte, und hier wiederum die hochspezialisierten, in Wien eine höhere Dichte aufweisen.

Problematisch sind aber in diesem Zusammenhang mehrere Punkte. Zum Ersten existiert im Gesundheitswesen das Phänomen der anbieterinduzierten Nachfrage. Hohe Kapazitäten schaffen sich ihre eigene Nachfrage, da der Patient sich einerseits keiner Budgetbeschränkung gegenüber sieht und der Arzt andererseits einen hohen Informationsvorsprung genießt.

Zum Zweiten ist in Wien von einer erhöhten Nachfrage auszugehen, weil Gesundheitsleistungen ein Luxusgut sind. Hier würden wir erwarten, dass das Verhältnis der Nicht-Vertragsärzte und der Vertragsärzte zugunsten ersterer gegenüber Restösterreich verschoben ist. Dies ist allerdings nicht der Fall. Dies legt nahe, dass die durch höhere Einkommen induzierte, verstärkte Nachfrage nach Gesundheitsleistungen nicht im privaten Bereich abgewickelt wird, sondern auch in den öffentlichen Sektor absorbiert wird. Trifft diese Vermutung zu, so widerspricht dies der Intention des Gesetzgebers, die die von der SV zu leistende Behandlung als „ausreichend und zweckmäßig“, „aber das Maß des Notwendigen nicht überschreitend“ (§133(2) ASVG) normiert.

Zum Dritten ist besonders verdeutlicht durch die Fachärzte für physikalische Medizin, nicht von einer Verteilung der ärztlichen Kapazitäten im Sinne einer wohnortnahen Versorgung auszugehen. Dies liegt daran, dass der Standort Wien für Ärzte gleich in zweifacher Hinsicht attraktiver ist: Zum Ersten ist der Wohnort attraktiv, zum zweiten ist aufgrund der hohen Bevölkerungsdichte mit einem hohen Durchsatz an Patienten zu rechnen, und drittens sind die Zuverdienstmöglichkeiten höher, da privat erbrachte Leistungen mutmaßlich stärker nachgefragt werden als im ländlichen Raum. Eine bessere Verteilung der Kapazitäten würden wir uns erwarten, wenn es regional differenzierte Tarife gäbe.

Selbstständige Ambulatorien

Das zweite Segment der extramuralen Versorgung im Wiener Gesundheitssystem bilden die selbstständigen Ambulatorien, deren Charakteristika im Folgenden näher beschrieben werden:

Rechtliche Rahmenbedingungen

Aus rechtlicher Sicht sind selbstständige Ambulatorien Krankenanstalten und unterliegen demnach der Krankenanstaltengesetzgebung des Bundes und der Länder. Demnach unterliegen sie, ebenso wie andere Krankenanstalten, einer Bedarfsprüfung auf Landesebene durch das Bundesland und sind der sanitären Aufsicht des Bundes bzw. der mit dieser Aufgabe in mittelbarer Bundesverwaltung betrauten Bezirksverwaltungsbehörde unterstellt. Im Vergleich zu bettenführenden Krankenanstalten verfügen selbstständige Ambulatorien in der Regel über keine Betten, im Unterschied zu Arztpraxen sind sie auf die gleichzeitige Behandlung mehrerer Personen ausgerichtet und verfügen über eine einer Anstalt gleichende Organisation.

Die rechtliche Form ermöglicht selbstständigen Ambulatorien (weitere) Ärzte anzustellen. Insofern haben sich selbstständige Ambulatorien insbesondere in jenen Bereichen von Diagnostik und Behandlung etabliert, welche entweder ein interdisziplinär zusammengesetztes Ärzteteam oder eine größere Zahl an Mitarbeitern für die Leistungserbringung (z. B. physikalische Behandlungen) erfordern.

Die gesetzliche Interessensvertretung obliegt, ebenso wie andere Krankenanstalten, der Wirtschaftskammer (Fachverband der privaten Krankenanstalten und Kuranstalten).

In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass mit den Ambulatorien bereits eine Kluft in der ambulanten medizinischen Versorgung geschaffen wird, indem die Planung nicht im Rahmen der Stellenpläne der Sozialversicherung erfolgt, sondern – weniger aufgrund sachlicher Zugehörigkeit, sondern der juristischen – durch die Länder. Das Gros der Finanzierung hingegen erfolgt aufgrund von Verträgen mit der Sozialversicherung. Die seit 2010 ebenfalls möglichen Gruppenpraxen in Form einer GmbH hingegen sind wiederum in der Sphäre der Vertragspartner Ärztekammer-SV und von der Interessensvertretung her der Ärztekammer zugeordnet. Ein Angestelltenverhältnis ist nicht möglich, ebenso wenig eine Beteiligung eines Krankenhauses, sodass Wettbewerb und Synergien gleichermaßen reduziert werden.

Organisatorische Rahmenbedingungen

In organisatorischer Hinsicht zeichnen sich selbstständige Ambulatorien in der Regel durch fixe Öffnungszeiten und die Notwendigkeit zur Terminvereinbarung aus. Damit unterscheiden sie sich grundlegend von Spitalsambulanzen, welche zumindest in öffentlichen Spitälern eine ambulante (Notfall-)Versorgung rund um die Uhr aufrecht erhalten müssen.

Selbstständige Ambulatorien können entweder über Krankenkassenverträge verfügen oder auf Wahlarztbasis organisiert sein.

Im Jahr 2006 gab es 204 selbstständige Ambulatorien in Wien, das ist mehr als ein Viertel aller in Österreich ansässigen Ambulatorien. Die größte Gruppe bildeten 39 Ambulatorien (19 Prozent) im Bereich physikalische Medizin, gefolgt von 29 Ambulatorien (14 Prozent) im Bereich bildgebender Diagnostik, 23 Ambulatorien (11 Prozent) im Bereich Psychiatrie, Psychotherapie, psychosoziale Einrichtungen und Sucht und 21 (10 Prozent) Ambulatorien im Bereich Zahn/Kiefer. Damit sind mehr als die Hälfte aller selbstständigen Ambulatorien in Wien einem dieser vier Bereiche zuordenbar. Eine im Verhältnis geringe Anzahl an Einrichtungen gab es im Bereich von Blutspenden/Blutbanken, Chirurgie, Genetik/Andrologie sowie Haut- und Geschlechtskrankheiten/Kosmetik (vgl. Tabelle 8).

Die selbstständigen Ambulatorien können von unterschiedlichen Trägern betrieben werden. Die Bandbreite reicht hier von Einzelpersonen (Ärzten) bis zur Sozialversicherung selbst („eigene Einrichtung“). Im privaten Bereich sind die meisten selbstständigen Ambulatorien verortet und werden zumeist in Form einer Gesellschaft mbH betrieben. Das Auftreten größerer Betreibergruppen stellt im privaten Bereich eher die Ausnahme dar. Eine solche Ausnahme stellt in Wien die IMCL-Gruppe (Institut für medizinisch chemische Labordiagnostik) dar, welche insgesamt acht Labors, sieben davon in Wien und eines im

Burgenland, betreibt. Damit ist sie laut eigener Homepage die größte Laborgruppe Österreichs.

Im semi-öffentlichen und öffentlichen Bereich fungieren die Sozialversicherung und die Stadt Wien als Träger von selbstständigen Ambulatorien. In Wien standen im Jahr 2006 21 Ambulatorien unter der Trägerschaft von Sozialversicherungen. Hiervon wurden elf Einrichtungen von der Wiener Gebietskrankenkasse, sechs Einrichtungen von der Betriebskrankenkasse der Wiener Linien, zwei Einrichtungen von der Versicherungsanstalt für Eisenbahn und Bergbau sowie jeweils eine Einrichtung von der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter und von der Pensionsversicherungsanstalt betrieben. 10 der 21 sozialversicherungseigenen Einrichtungen sind Zahnambulatorien.

Die Stadt Wien betreibt das Ambulatorium zur Diagnose und Behandlung sexuell übertragbarer Krankheiten und die Jugendzahnklinik der Stadt Wien.

Der Psychosoziale Dienst betreibt in Wien zehn Ambulatorien. Diese stehen unter der Trägerschaft des Kuratoriums für Psychosoziale Dienste. Hierbei handelt es sich um acht sozialpsychiatrische Ambulatorien, welche über die Wiener Gemeindebezirke verteilt sind und eine flächendeckende, regionale sozialpsychiatrische Versorgung sicherstellen sollen (3. *Bezirk*: zuständig für die Bezirke 3 und 11, 8. *Bezirk*: zuständig für die Bezirke 1 und 4 bis 9, 10. *Bezirk*: zuständig für 10. *Bezirk*, 12. *Bezirk*: zuständig für die Bezirke 12, 13 und 23, 16. *Bezirk*: zuständig für die Bezirke 14 bis 16, 17. *Bezirk*: zuständig für die Bezirke 17-19, 21. *Bezirk*: zuständig für die Bezirke 20 und 21, 22. *Bezirk*: zuständig für die Bezirke 2 und 22). Bei den restlichen zwei Ambulatorien handelt es sich um ein Ambulatorium für Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie um ein Ambulatorium für sozialpsychiatrische Nottfälle, welches die sozialpsychiatrische Versorgung rund um die Uhr, also auch an Wochenenden und Feiertagen gewährleisten soll.

Die Gegenüberstellung der Wiener mit der Gesamt- bzw. restösterreichischen Versorgungsdichte an selbstständigen Ambulatorien veranschaulicht, dass Wien über einen deutlich höheren Versorgungsgrad an Ambulatorien in den Bereichen 1) Psychiatrie, Psychotherapie, psychosoziale Einrichtungen, Sucht, 2) Labordiagnostik, 3) Allergien, 4) Arbeitsmedizin, 5) Frauenmedizin, Hormondiagnostik, klimakterische Beschwerden und 6) Genetik, Andrologie verfügt. Auch in den restlichen Bereichen (z. B. bildgebende Verfahren, Haut- und Geschlechtskrankheiten/Kosmetik, Zahn/Kiefer) ist die Versorgung mit selbstständigen Ambulatorien in Wien höher. Einzig bei selbstständigen Ambulatorien für Chirurgie, Orthopädie/Sportmedizin und physikalische Medizin liegt die Versorgungsdichte in Wien unter dem Gesamt- bzw. restösterreichischen Versorgungsniveau (vgl. Tabelle 8).

Ein Mitgrund für den hohen Versorgungsgrad an Ambulatorien für Psychiatrie, Psychotherapie, psychosoziale Einrichtungen, Sucht könnte sein, dass die Stadt Wien auf die extramurale psychiatrische und psychosoziale Versorgung sehr bedacht ist. Sie selbst

fungiert als Träger der Ambulatorien des Psychosozialen Dienstes, wie bereits oben erwähnt. Zudem dürften im städtischen Bereich psychosoziale Leistungen weniger stigmatisiert sein, und es fällt mutmaßlich auch Patienten aus dem Umland von Wien leichter, nicht „im eigenen Dorf“ zum Psychiater zu gehen. Auch die SV betreibt entsprechende Ambulatorien und kommt damit dem Versorgungsauftrag nach, der durch die nicht gänzlich befriedigende Regelung bzgl. Psychotherapie mit selbstständigen Therapeuten nicht zu erfüllen ist. Die hohe Versorgungsdichte im Bereich der Labordiagnostik könnte darauf zurückgeführt werden, dass in ländlichen Regionen die Labordiagnostik oftmals von den Ärzten für Allgemeinmedizin durchgeführt wird, was in Wien in dieser Häufigkeit nicht mehr gängige Praxis ist. Hinzu kommt, dass die höher spezialisierten Leistungen (siehe Versorgungsdichte im niedergelassenen Bereich) mehrere und nicht im eigenen Labor durchzuführende Untersuchungen erfordern. Eine anbieterinduzierte Nachfrage sollte aber als Ursache nicht ausgeschlossen werden, hat aber zu ihrem Nachweis hohe Datenanforderungen.

Tabelle 8: Selbstständige Ambulatorien nach Hauptaufgabenbereich, 2006

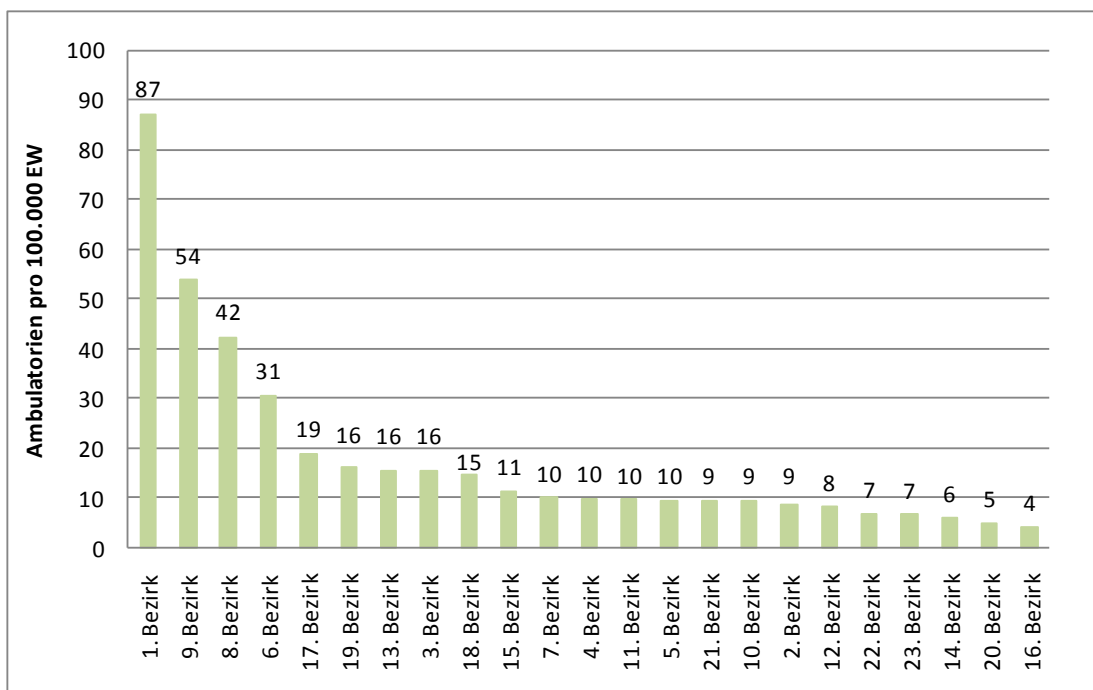
	Wien	Österreich	Ambulatorien pro 100.000 Einwohner Index: Österreich= 100	Restöster- reich	Ambulatorien pro 100.000 Einwohner Index: Restöster- reich=100
Allergien (Immunologie, Haut, Lunge, Kinder)	6	11	272,2	5	478,9
Arbeitsmedizin	7	14	249,5	7	399,1
Augen/Seherschule	3	10	149,7	7	171,0
Blutspende/Blutbanken	1	3	166,4	2	199,5
Chirurgie	1	9	55,5	8	49,9
Bildgebende Verfahren (inkl. Nuklearmedizin)	29	109	132,8	80	144,7
Dialyse/Nieren		17	0,0	17	0,0
Fertilitätsstörung, Schwangerenbetreuung, In-vitro-Fertilisation	6	18	166,4	12	199,5
Frauenmedizin, Hormondiagnostik, klimakterische Beschwerden	6	12	249,5	6	399,1
Genetik, Andrologie	2	4	249,5	2	399,1
Haut- und Geschlechtskrankheiten, Kosmetik	2	6	166,4	4	199,5
HNO		1	0,0	1	0,0
Intern, Herz/Kreislauf, Lunge	6	21	142,6	15	159,6
Komplementärmedizin, Naturheilverfahren		13	0,0	13	0,0
Labordiagnostik	18	31	289,8	13	552,6
Neurologie, Neurophysiologie, Psychiatrie	5	25	99,8	20	99,8
Orthopädie/Sportmedizin	3	32	46,8	29	41,3
Physikalische Medizin (inkl. Balneotherapie)	39	221	88,1	182	85,5
Prävention, Vorsorge	3	14	106,9	11	108,8
Psychiatrie, Psychotherapie, psychosoziale Einrichtungen, Sucht	23	35	328,0	12	764,9
Schmerzbehandlung		3	0,0	3	0,0
Stoffwechselstörungen, Diät, Diabetes		1	0,0	1	0,0
Verhaltensstörung, Behinderung, Hörgeschädigte	4	13	153,6	9	177,4
Zahn/Kiefer	21	97	108,0	76	110,3
Sonstiges	7	16	218,3	9	310,4
Mehrzweckambulatorium	12	19	315,2	7	684,1
Summe	204	755	134,9	551	147,8

Quelle: BMGFJ 2008, IHS HealthEcon Berechnungen 2011.

Anmerkung: Mehrzweckambulatorien sind Ambulatorien, welche angeben, über mehr als fünf Aufgabenbereiche zu verfügen.

Bei einer Betrachtung des Versorgungsgrades mit selbstständigen Ambulatorien nach Wiener Bezirken zeigt sich, dass der 1. Bezirk mit 87,2 Ambulatorien pro 100.000 Einwohner die höchste Versorgungsdichte aufweist. Dahinter folgt der 9. Bezirk mit 53,8 Ambulatorien pro 100.000 Einwohner, der 8. Bezirk mit 42,4 Ambulatorien pro 100.000 Einwohner und der 6. Bezirk mit 30,7 Ambulatorien pro 100.000 Einwohner. Die geringste Versorgungsdichte mit Ambulatorien ist im 16. Bezirk zu finden. Hier stehen pro 100.000 Einwohner 4,3 Ambulatorien zur Verfügung (vgl. Abbildung 4). Die hohe Versorgungsdichte mit Ambulatorien im 1., 6., 8. und 9. Bezirk mag mitunter darauf zurückgeführt werden, dass diese in der Nähe zum Allgemeinen Krankenhaus liegen und einige Ambulatorien von auch an der Universitätsklinik angestellten Ärzten betrieben werden, ein ähnliches Phänomen, das auch im Rahmen der als „Goldene Meile“ bezeichneten Privatkliniken in der Nähe des AKH zu beobachten ist. Die Hauptproblematik besteht hier darin, dass angenommen werden muss, dass einige dieser Ärzte der allgemeinen Gesundheitsversorgung zu wenig zur Verfügung stehen.

Abbildung 4: Selbstständige Ambulatorien nach Bezirken pro 100.000 Einwohner, 2006



Quelle: BMGFJ 2008, IHS HealthEcon Darstellung 2011.

Beschäftigung(sstruktur) in den selbstständigen Ambulatorien

Im Jahr 2006 gab es 3.144 Beschäftigte in den Wiener Ambulatorien. Davon entfielen 1.070 auf den ärztlichen Dienst, 1.085 auf den medizinisch-technischen Dienst, 301 auf den gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege, 219 auf die Pflegehilfe und den

Sanitätsdienst, 305 auf Beschäftigte in Zahnambulatorien und 164 auf sonstiges Personal (vgl. Tabelle 9).

Eine Gegenüberstellung der Beschäftigten pro 100.000 Einwohner in den selbstständigen Ambulatorien von Wien und Gesamt- bzw. Restösterreich zeigt, dass in den Wiener Ambulatorien deutlich mehr Personen beschäftigt sind als im gesamt- bzw. restösterreichischen Durchschnitt. Das Versorgungsniveau sämtlicher Berufsgruppen liegt deutlich über dem gesamt- bzw. restösterreichischen Versorgungswert (vgl. Tabelle 9).

Tabelle 9: Beschäftigte in selbstständigen Ambulatorien nach Berufsgruppen, 2006

	Wien		Österreich		Beschäftigte pro 100.000 EW - Index: Österreich=100	Restösterreich		Beschäftigte pro 100.000 EW - Index: Restösterreich=100
	Gesamt	Beschäftigte pro 100.000 EW	Gesamt	Beschäftigte pro 100.000 EW		Gesamt	Beschäftigte pro 100.000 EW	
Insgesamt	3.144	189,8	9.825	118,8	160	6.681	101,1	188
Ärztlicher Dienst	1.070	64,6	2.603	31,5	205	1.533	23,2	279
Medizinisch-technischer Dienst	1.085	65,5	4.490	54,3	121	3.405	51,5	127
Gehobener Dienst für Gesundheits- u. Krankenpflege	301	18,2	720	8,7	209	419	6,3	287
Pflegehilfe und Sanitätshilfsdienst	219	13,2	673	8,1	162	454	6,9	193
Beschäftigte in Zahnambulatorien (ohne Zahnärzte)	305	18,4	987	11,9	154	682	10,3	178
Sonstiges Personal	164	9,9	352	4,3	233	188	2,8	348

Quelle: BMGFJ 2008, IHS HealthEcon Berechnungen 2011.

3.2.2. Inanspruchnahme

Im Jahr 2009 behandelten die §2-Kassenärzte in Wien insgesamt 8.885.728 Fälle. Hiervon entfielen 2.989.625 (33,6 Prozent) auf Ärzte für Allgemeinmedizin, 3.138.452 (35,3 Prozent) auf allgemeine Fachärzte und 2.757.651 (31,0 Prozent) auf sonstige Fachärzte.

Wien weist im Vergleich zu Gesamtösterreich eine um rund 30 Prozent höhere Anzahl an Fällen pro 100.000 Einwohner auf (vgl. Tabelle 10). Bei einer näheren Betrachtung zeigt sich, dass dieser Umstand vor allem durch die Anzahl der Fälle bei Fachärzten determiniert wird. Die Anzahl der Fälle bei allgemeinen Fachärzten lag im Wien bei rund 40 Prozent und jene bei sonstigen Fachärzten bei mehr als 100 Prozent über jenen von Gesamtösterreich. Die Anzahl der Fälle bei Allgemeinmedizinern lag hingegen in Wien etwas unter dem gesamtösterreichischen Durchschnitt (vgl. Tabelle 10). Der Vergleich Wien zu Restösterreich

weist dieselben Charakteristika auf wie jener mit Gesamtösterreich und ist ebenfalls in Tabelle 10 dargestellt.

Im Vergleich zum Jahr 2000 ist die Anzahl der Fälle pro 100.000 Einwohner in Wien um 10 Prozent gestiegen. Dieser Anstieg wird vor allen durch den Anstieg der Fälle bei sonstigen Fachärzten determiniert, welche im Vergleich zu 2000 um 45 Prozent gestiegen sind. Die Fälle bei allgemeinen Fachärzten sind um 7 Prozent gestiegen, während die Fälle bei Ärzten für Allgemeinmedizin um 8 Prozent gefallen sind. Die Anzahl der Fälle pro 100.000 Einwohner sind im Vergleich zu 2000 in Gesamtösterreich um 9 Prozent, jene in Restösterreich um 8 Prozent gestiegen (vgl. Tabelle 10).

Tabelle 10: Fälle pro 100.000 Einwohner, alle Verrechnungsstellen der § 2-Kassen, 2009

	Wien		Österreich		Fälle pro 100.000 EW - Index: Österreich =100	Restösterreich		Fälle pro 100.000 EW - Index: Restösterreich=100
	Fälle pro 100.000 EW	Fälle pro 100.000 EW - Index: 2000= 100	Fälle pro 100.000 EW	Fälle pro 100.000 EW - Index: 2000= 100		Fälle pro 100.000 EW	Fälle pro 100.000 EW - Index: 2000= 100	
Fälle - gesamt	525.140,4	110	407.494,1	109	129	377.653,6	108	139
Fälle - Ärzte für Allgemein- medizin	176.684,8	92	194.704,0	99	91	199.274,5	101	89
Fälle - Allgemeine Fachärzte	185.480,4	107	136.126,3	111	136	123.607,8	112	150
Fälle - Sonstige Fachärzte	162.975,3	145	76.663,8	137	213	54.771,3	129	298

Quelle: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (Ärztelkosten – Jahresstatistiken 2000, 2009) 2001, 2010, IHS HealthEcon Berechnungen 2011.

Bei der Interpretation dieser Zahlen muss wiederum berücksichtigt werden, dass die Inanspruchnahme bezogen auf die Bevölkerung in Wien durch Gastpatienten vor allem des Umlandes höher sein wird. Die Verrechnungsstellen rechnen die Leistungen im Namen des zuständigen Krankenversicherungsträgers ab.

Im Jahr 2009 behandelten die §2-Kassenärzte im Wien durchschnittlich 5.305 Fälle. Die meisten Fälle pro Arzt wiesen die sonstigen Fachärzte (31.337 Fälle) auf. Ärzte für Allgemeinmedizin behandelten im Durchschnitt 3.742 Fälle und allgemeine Fachärzte 3.983 Fälle (vgl. Tabelle 11).

Die Wiener Ärzte für Allgemeinmedizin behandelten im Durchschnitt um 10 bzw. 12 Prozent weniger Fälle als die Ärzte für Allgemeinmedizin in Gesamt- bzw. Restösterreich. Ähnlich

verhält es sich bei den allgemeinen Fachärzten in Wien. Sie behandelten im Durchschnitt um 4 bzw. 5 Prozent weniger Fälle als ihre Kollegen in Gesamt- bzw. Restösterreich (vgl. Tabelle 11).

Im Zeitraum zwischen 2004 und 2009 ist die Anzahl der Fälle pro Arzt bei den Ärzten für Allgemeinmedizin um 3 Prozent, bei den allgemeinen Fachärzten um 13 Prozent und bei den sonstigen Fachärzten um 92 Prozent gestiegen. In Gesamtösterreich betragen die Steigerungen im selben Zeitraum 5, 8 bzw. 43 Prozent (vgl. Tabelle 11).

Tabelle 11: Fälle pro Arzt, alle Verrechnungsstellen der § 2-Kasen, 2009

	Wien		Österreich		Fälle pro Arzt - Index: Österreich =100	Restösterreich		Fälle pro Arzt - Index: Restöster- reich=100
	Fälle pro Arzt	Fälle pro Arzt - Index: 2004= 100	Fälle pro Arzt	Fälle pro Arzt - Index: 2004= 100		Fälle pro Arzt	Fälle pro Arzt - Index: 2004= 100	
Fälle - Ärzte für Allgemein- medizin	3.741,7	103	4.134,9	105	90	4.235,0	105	88
Fälle - Allgemeine Fachärzte	3.982,8	113	4.127,7	108	96	4.185,7	106	95
Fälle - Sonstige Fachärzte	31.336,9	192	25.341,6	143	124	22.144,1	117	142

Quelle: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (Ärztelkosten – Jahresstatistiken 2004, 2009) 2005, 2010, IHS HealthEcon Berechnungen 2011.

Die niedrigeren Fallzahlen pro Arzt sind sicher zum einen auf das erhöhte Angebot in der Stadt zurückzuführen. Gleichzeitig sind auch die Distanzen zu den Spitalsambulanzen im städtischen Bereich viel geringer als im ländlichen. Es ist daher zu erwarten, dass die Ambulanzen der Wiener Spitäler vermehrt in Anspruch genommen werden.

3.3. Intramurale Versorgung

3.3.1. Kapazitäten

Rechtliche Rahmenbedingungen

In Wien standen im Jahr 2009 41 Krankenanstalten für die intramurale Versorgung zur Verfügung. Unter einer Krankenanstalt sind gemäß § 1 des Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetzes des Bundes (KAKuG) Einrichtungen zu verstehen, welche

1. zur Feststellung und Überwachung des Gesundheitszustands durch Untersuchung,
 2. zur Vornahme operativer Eingriffe,
 3. zur Vorbeugung, Besserung und Heilung von Krankheiten durch Behandlung,
 4. zur Entbindung oder
 5. für Maßnahmen medizinischer Fortpflanzungshilfe
- bestimmt sind.

Krankenanstalten im Sinne des § 1 KAKuG sind gemäß § 2 Abs.1 KAKuG:

1. **Allgemeine Krankenanstalten**, das sind Krankenanstalten für Personen ohne Unterschied des Geschlechts, des Alters oder der Art der ärztlichen Betreuung (§ 1);
2. **Sonderkrankenanstalten**, das sind Krankenanstalten für die Untersuchung und Behandlung von Personen mit bestimmten Krankheiten oder von Personen bestimmter Altersstufen oder für bestimmte Zwecke;
3. **Pflegeanstalten für chronisch Kranke**, die ärztlicher Betreuung und besonderer Pflege bedürfen;
4. **Sanatorien**, das sind Krankenanstalten, die durch ihre besondere Ausstattung höheren Ansprüchen hinsichtlich Verpflegung und Unterbringung entsprechen;
5. **Selbständige Ambulatorien**, das sind organisatorisch selbständige Einrichtungen, die der Untersuchung oder Behandlung von Personen dienen, die einer Aufnahme in Anstaltspflege nicht bedürfen. Davon unbeschadet sind Betten, die zur Durchführung ambulanter Maßnahmen notwendig sind (z. B. für längerdauernde Infusionen). Die Durchführung von Hausbesuchen im jeweiligen Einzugsgebiet ist zulässig. Die selbständigen Ambulatorien sind dem Gesetz nach Krankenanstalten, gehören aber definitionsgemäß zum extramuralen Bereich.

Die stationäre Versorgung in Wien basiert zu einem überwiegenden Anteil auf öffentlichen Krankenanstalten und wird durch privat-gemeinnützige Krankenanstalten, welche manchmal auch über das Öffentlichkeitsrecht verfügen, ergänzt. Eine Krankenanstalt, welche nach § 16

KAKuG als gemeinnützig zu betrachten ist, unterliegt einem gesetzlichen Versorgungs- und Aufnahmegebot und darf demnach keine Aufnahmen ablehnen, wohingegen eine Krankenanstalt, welche nicht als gemeinnützig gilt (meist privat-gewinnorientierte Einrichtungen), prinzipiell Aufnahmen ablehnen kann. Das Öffentlichkeitsrecht einer Krankenanstalt ist mit gesetzlich vorgeschriebenen Subventionen des öffentlichen Sektors für den laufenden Betrieb verbunden.

Einer Krankenanstalt kann nach § 15 KAKuG das Öffentlichkeitsrecht verliehen werden, wenn sie

- den Vorgaben des jeweiligen Landeskrankenanstaltenplanes entspricht,
- gemeinnützig ist,
- die Erfüllung der ihr im KAKuG auferlegten Pflichten sowie ihr gesicherter Bestand und zweckmäßiger Betrieb gewährleistet sind, und wenn sie vom Bund, einem Bundesland, einer Gemeinde, einer sonstigen Körperschaft öffentlichen Rechtes, einer Stiftung, einem öffentlichen Fonds, einer anderen juristischen Person oder einer Vereinigung von juristischen Personen verwaltet und betrieben wird.

Eine Krankenanstalt ist nach § 16 KAKuG als gemeinnützig zu betrachten, wenn

- ihr Betrieb nicht die Erzielung eines Gewinnes bezweckt;
- jeder Aufnahmebedürftige nach Maßgabe der Anstaltseinrichtungen aufgenommen wird (§ 22 Abs. 2);
- die Pfleglinge so lange in der Krankenanstalt untergebracht, ärztlich behandelt, gepflegt und verköstigt werden, als es ihr Gesundheitszustand nach dem Ermessen des behandelnden Arztes erfordert;
- für die ärztliche Behandlung einschließlich der Pflege sowie, unbeschadet einer Aufnahme in die Sonderklasse, für Verpflegung und Unterbringung ausschließlich der Gesundheitszustand der Pfleglinge maßgeblich ist;
- LKF-Gebühren gemäß § 27 Abs. 1 für gleiche Leistungen der Krankenanstalt oder die Pflegegebühren für alle Pfleglinge derselben Gebührenklasse, allenfalls unter Bedachtnahme auf eine Gliederung in Abteilungen und sonstige bettenführende Organisationseinheiten oder Pflegegruppen für Akutkranke und für Langzeitbehandlung (§ 6 Abs. 1 lit. a) und auf Tag- oder Nachtbetrieb sowie den halbstationären Bereich (§ 6 Abs. 1 lit. b) in gleicher Höhe (§ 28) festgesetzt sind;
- die Bediensteten der Krankenanstalt unbeschadet der §§ 27 Abs. 4 und 46 Abs. 1 von den Pfleglingen oder deren Angehörigen auf keinerlei Art entlohnt werden dürfen und
- die Zahl der für die Sonderklasse bestimmten Betten ein Viertel der für die Anstaltspflege bereitstehende Bettenzahl nicht übersteigt.

Krankenanstalten (und Betten) nach Rechtsträgern, Typ, Versorgungsfunktion und Größe

Insgesamt standen 2009 41 Krankenanstalten bzw. 13.442 tatsächlich aufgestellte Betten für die stationäre Versorgung in Wien zur Verfügung. Die Anzahl der Krankenanstalten und der tatsächlich aufgestellten Betten differenziert nach Rechtsträger und Krankenanstaltentyp sind in Tabelle 12 dargestellt. Der Wiener Krankenanstaltenverbund (KAV) ist der größte Bettenanbieter. Er stellte 2009 8.447 bzw. 63 Prozent aller tatsächlich aufgestellten Betten zur Verfügung. Die Krankenanstalten im Eigentum der geistlichen Orden bzw. Glaubensgemeinschaften gehörten 2009 mit 2.574 bzw. 19 Prozent aller tatsächlich aufgestellten Betten zur zweitgrößten Anbietergruppe. 15 Prozent der Krankenanstalten wurden von Privatpersonen bzw. Privatgesellschaften betrieben, deren Bettenanteil an der Gesamtkapazität betrug jedoch nur 6 Prozent. Jeweils 5 Prozent der Wiener Krankenanstalten befanden sich unter der Trägerschaft des Bundes, von Krankenkassen und Fürsorgeverbänden und von Vereinen und Stiftungen. Insgesamt verfügte diese Gruppe über 9 Prozent der Bettenkapazität (vgl. Tabelle 12).

Tabelle 12: Anzahl an Krankenanstalten und Betten nach Rechtsträgern, Wien, 2009

Rechtsträger	Anzahl der Krankenanstalten	In % der Krankenanstalten insgesamt	Anzahl der tatsächlich aufgestellten Betten	In % der Betten insgesamt
Bund	2	5	206	2
Länder, -gesellschaften (KAV)	14	34	8.447	63
Krankenkassen u. Fürsorgeverbände	2	5	594	4
Unfall-, Pensionsversicherungsanstalten	4	10	453	3
Geistliche Orden, Glaubensgemeinschaften, -gesellschaften	11	27	2.574	19
Vereine, Stiftungen	2	5	357	3
Privatpersonen, -gesellschaften	6	15	811	6
Summe	41	100	13.442	100

Quelle: Statistik Austria 2010, IHS HealthEcon Darstellung 2011.

41 Prozent aller Wiener Krankenanstalten sind Allgemeine Krankenanstalten. Sie verfügen über 66 Prozent aller tatsächlich aufgestellten Betten. Der Anteil der Sonderkrankenanstalten und Genesungsheime liegt bei 32 Prozent. Ihr Bettenanteil an der Gesamtkapazität beträgt 20 Prozent. 17 bzw. 10 Prozent aller Krankenanstalten stellen Sanatorien bzw. Pflegeanstalten für chronisch Kranke dar, deren anteilige Bettenkapazität liegt bei 7 bzw. 8 Prozent (vgl. Tabelle 13).

Tabelle 13: Anzahl an Krankenanstalten und Betten nach Krankenanstaltentyp, Wien, 2009

Krankenanstaltentyp	Anzahl der Krankenanstalten	In % der Krankenanstalten insgesamt	Anzahl der tatsächlich aufgestellten Betten	In % der Betten insgesamt
Allgemeine Krankenanstalten	17	41	8.820	66
Sonderkrankenanstalten u. Genesungsheime	13	32	2.663	20
Sanatorien	7	17	935	7
Pflegeanstalten für chronisch Kranke	4	10	1.024	8
Summe	41	100	13.442	100

Quelle: Statistik Austria 2010, IHS HealthEcon Darstellung 2011.

Von den 41 Krankenanstalten sind 22 (54 Prozent) sogenannte „Fonds-Krankenanstalten“, welche im Wesentlichen den Bereich der öffentlichen und privat-gemeinnützigen Akutkrankenanstalten (ohne Unfallkrankenhäuser) umfassen und größtenteils aus öffentlichen Mitteln über den Wiener Gesundheitsfonds und über Betriebskostenzuschüsse finanziert werden (Genauerer siehe Kapitel zur Finanzierung). Die Bettenkapazität der landesfondsfinanzierten Krankenhäuser belief sich im Jahr 2010 auf 10.464 tatsächlich aufgestellte Betten, was 78 Prozent der gesamten Bettenkapazität in Wien entspricht. Insgesamt verfügten im Jahr 2010 die Wiener Fonds-Krankenanstalten über 22 Prozent aller in Fonds-Krankenanstalten tatsächlich aufgestellten Betten. Von den nicht landesfondsfinanzierten Krankenhäusern sind sieben privat-gewinnorientierte Krankenanstalten (17 Prozent), welche aus dem Privatkrankenanstalten-Finanzierungsfonds (PRIKRAF) finanziert werden. Die restlichen 12 Krankenhäuser (29 Prozent) sind im Wesentlichen verschiedene Sondernversorgungseinrichtungen, vor allem Rehabilitationszentren und Einrichtungen für chronisch Kranke.

Von den 22 Fonds-Krankenanstalten sind 19 allgemeine Krankenanstalten und drei Sonderkrankenanstalten. Die allgemeinen Krankenanstalten lassen sich nach dem Umfang ihrer Versorgungsfunktion in Standard-, Schwerpunkt- und Zentralkrankenanstalten unterscheiden. **Standardkrankenanstalten** müssen lt. § 2a (1a) KAKuG zumindest über eine bettenführende Abteilung für Chirurgie und Innere Medizin verfügen. Ferner müssen Standardkrankenanstalten über weitere Einrichtungen wie z. B. für Anästhesiologie, Röntgendiagnostik und Vornahmen von Obduktionen verfügen. Eine genaue Auflistung und Beschreibung dieser Einrichtungen findet sich in § 2a (1a) KAKuG. **Schwerpunktkrankenanstalten** müssen lt. § 2a (1b) KAKuG zumindest über eine bettenführende Abteilung für Augenheilkunde, Chirurgie, Frauenheilkunde und Geburtshilfe inkl. Perinatologie, Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten, Haut- und Geschlechtskrankheiten, Innere Medizin, Kinderheilkunde inkl. Neonatologie, Neurologie und Psychiatrie, Orthopädie, Unfallchirurgie sowie Urologie verfügen. Ferner müssen in Schwerpunktkrankenanstalten weitere Einrichtungen wie z. B. für Anästhesiologie, Hämodialyse, Stahldiagnostik-

und -therapie und Nuklearmedizin, physikalische Medizin und Intensivpflege verfügbar sein. Eine genaue Auflistung und Beschreibung dieser Einrichtungen findet sich in § 2a (1b) KAKuG. **Zentralkrankenanstalten** müssen grundsätzlich mit allen dem jeweiligen Stand der medizinischen Wissenschaft entsprechenden spezialisierten Einrichtungen ausgestattet sein.

Von den 19 allgemeinen Fonds-Krankenanstalten nehmen zwei eine Zentralversorgungsfunktion (Allgemeines Krankenhaus der Stadt Wien zusammen mit St. Anna Kinderspital⁸, Krankenhaus Hietzing mit Neurologischem Zentrum Rosenhügel), sieben eine Schwerpunktversorgungsfunktion und neun eine Standardversorgungsfunktion ein. Drei Krankenanstalten haben eine Sonderversorgungsfunktion (Sozialmedizinisches Zentrum Sophienspital der Stadt Wien: interne Erkrankungen, Orthopädisches Spital Wien: Bewegungs- und Stützapparaterkrankungen, Sozialmedizinisches Zentrum Baumgartner Höhe: psychische und Verhaltensstörungen) (vgl. Tabelle 14).

Tabelle 14: Anzahl an Fonds-Krankenanstalten nach Versorgungsfunktion, Wien, 2010

Allgemeine Krankenanstalten	19
Zentralkrankenanstalten	2*
Schwerpunktkrankenanstalten	7
Standardkrankenanstalten	9
Sonderkrankenanstalten	3

Quelle: Bundesministerium für Gesundheit 2010, IHS HealthEcon Darstellung 2011.

Anmerkung: * Da das St. Anna Kinderspital nur im Zusammenhang mit dem Allgemeinen Krankenhaus der Stadt Wien eine Zentralversorgungsfunktion einnimmt, werden diese beiden Krankenanstalten in dieser Tabelle als eine geführt.

Vier Fonds-Krankenanstalten verfügen über 1.000 Betten und mehr und drei Fonds-Krankenanstalten zwischen 500 und 999 Betten. Die Mehrzahl (55 Prozent) der Fonds-Krankenanstalten hat zwischen 100 und weniger als 300 Betten (vgl. Tabelle 15).

Tabelle 15: Größenstruktur der Fonds-Krankenanstalten, Wien, 2010

1.000 Betten und mehr	4
500 bis 999 Betten	3
300 bis 499 Betten	2
200 bis 299 Betten	5
100 bis 199 Betten	7
1 bis 99 Betten	1

Quelle: Bundesministerium für Gesundheit 2010, IHS HealthEcon Darstellung 2011.

⁸ Das St. Anna Kinderspital teilt sich mit dem AKH Wien die Betreuung von kindlichen Neoplasien. Solche des lymphatischen Gewebes und des Knochenmarks, die häufigste Gruppe bei Kindern, werden im St. Anna behandelt.

Betten nach Versorgungsregionen und Fachrichtungen

Wien ist sowohl im Österreichischen Strukturplan Gesundheit (ÖSG) als auch im Regionalen Strukturplan Gesundheit Wien in drei Versorgungsregionen (VR 91, VR 92, VR 93) untergliedert. Die Versorgungsregion VR 91 umfasst die Bezirke 1 bis 11 sowie den 20. Bezirk, VR 92 den 12. Bis 19. Bezirk sowie den 23. Bezirk und VR 93 den 21. und 22. Bezirk.

Ein Vergleich der Versorgungsdichte der tatsächlich aufgestellten Betten pro 1.000 Einwohner zwischen den drei Wiener Versorgungsregionen zeigt ein deutliches Ungleichgewicht in der Versorgung. Während in der VR 91 und VR 92 6,1 bzw. 7,5 Betten pro 1.000 Einwohner zur Verfügung stehen, existieren derzeit in der VR 93, welche den Bezirken Floridsdorf und Donaustadt entspricht, lediglich 3,9 Betten pro 1.000 Einwohner. Dieser Versorgungsunterschied wird sich durch das derzeit in Bau befindliche Krankenhaus Nord in Floridsdorf ausgleichen. Nach Fertigstellung des Krankenhauses Nord (geplante Fertigstellung laut KAV: 2015) wird die VR 93 über 6,2⁹ Betten pro 1.000 Einwohner verfügen (vgl. Tabelle 16).

Tabelle 16: Tatsächlich aufgestellte Betten pro 1.000 Einwohner nach Versorgungsregionen, 2008

VR91 (Wien Mitte-Südost)	6,1
VR92 (Wien West)	7,5
VR93 (Wien Nordost)	3,9

Quelle: Bundesministerium für Gesundheit 2010, IHS HealthEcon Berechnungen 2011.

In Tabelle 17 sind die tatsächlich aufgestellten Betten pro 100.000 Einwohner von Wien Gesamt- bzw. Restösterreich gegenübergestellt. Hier zeigt sich, dass Wien über deutlich mehr Bettenkapazitäten im Bereich von plastischer Chirurgie, Radioonkologie verfügt. In den Fachrichtungen Dermatologie, Kinder- und Jugendchirurgie, Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, Innere Medizin und Nuklearmedizin bewegt sich die Versorgungsdichte mit tatsächlich aufgestellten Betten zwischen 30 und 45 Prozent über dem Niveau von Gesamtösterreich bzw. zwischen 43 und 64 Prozent über jenem von Restösterreich.

Diese Gegenüberstellung zeigt außerdem, dass Wien in den Fachrichtungen Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde, Unfallchirurgie, Kinder- und Jugendpsychiatrie über weniger tatsächlich aufgestellte Betten pro 100.000 Einwohner verfügt als Gesamt- bzw. Restösterreich.

⁹ Anmerkung: Die Berechnung basiert auf den Werten von 2008 unter der Annahme, dass das KH Nord über 850 Betten verfügt und die 177 Betten des Sozialmedizinischen Zentrum Floridsdorf in das KH Nord übergeführt werden.

Tabelle 17: Tatsächlich aufgestellte Betten pro 100.000 Einwohner nach Fachrichtungen, 2009

Fachrichtung bzw. spezieller Bereich	Wien		Österreich		Tatsächlich aufgestellte Betten pro 100.000 Einwohner - Index: Österreich=100	Restösterreich		Tatsächlich aufgestellte Betten pro 100.000 Einwohner - Index: Restösterreich=100
	Tatsächlich aufgestellte Betten	Tatsächlich aufgestellte Betten pro 100.000 Einwohner	Tatsächlich aufgestellte Betten	Tatsächlich aufgestellte Betten pro 100.000 Einwohner		Tatsächlich aufgestellte Betten	Tatsächlich aufgestellte Betten pro 100.000 Einwohner	
Anästhesiologie und Intensivmedizin	123	7,3	611	7,3	99	488	7,3	99
Augenheilkunde	188	11,1	871	10,4	107	683	10,2	109
Chirurgie	1.341	79,3	6.933	82,9	96	5.592	83,8	95
Dermatologie	210	12,4	715	8,5	145	505	7,6	164
Gynäkologie und Geburtshilfe	660	39,0	3.469	41,5	94	2.809	42,1	93
Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde	275	16,3	1.204	14,4	113	929	13,9	117
Innere Medizin	4.421	261,3	16.613	198,6	132	12.192	182,8	143
Kinder- und Jugendchirurgie	86	5,1	309	3,7	138	223	3,3	152
Kinder- und Jugendheilkunde	447	26,4	2.098	25,1	105	1.651	24,7	107
Kinder- und Jugendpsychiatrie	62	3,7	358	4,3	86	296	4,4	83
Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie	36	2,1	132	1,6	135	96	1,4	148
Neurochirurgie	147	8,7	569	6,8	128	422	6,3	137
Neurologie	889	52,5	4.040	48,3	109	3.151	47,2	111
Nuklearmedizin	17	1,0	64	0,8	131	47	0,7	143
Orthopädie und orthopädische Chirurgie	792	46,8	4.176	49,9	94	3.384	50,7	92
Plastische Chirurgie	75	4,4	216	2,6	172	141	2,1	210
Psychiatrie	1.176	69,5	5.073	60,7	115	3.897	58,4	119
Psychiatrie und Neurologie	-	0,0	423	5,1	-	423	6,3	-
Pulmologie	321	19,0	1.302	15,6	122	981	14,7	129
Radioonkologie/Strahlentherapie	86	5,1	261	3,1	163	175	2,6	194
Unfallchirurgie	621	36,7	3.909	46,7	79	3.288	49,3	74
Urologie	295	17,4	1.362	16,3	107	1.067	16,0	109
Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde	9	0,5	74	0,9	60	65	1,0	55

Quelle: Statistik Austria 2010, IHS HealthEcon Berechnungen 2011.

Der Wiener Krankenanstaltenverbund (KAV)

Der Wiener Krankenanstaltenverbund (KAV) fungiert im Wiener Gesundheitswesen als der größte Bettenanbieter. Im Folgenden wird kurz seine Organisation und Zukunft dargestellt.

Organisation des KAV

Der Wiener Krankenanstaltenverbund umfasst zwölf¹⁰ Spitäler, elf Geriatriezentren und ein Pflegewohnhaus. Derzeit sind ein Krankenhaus (Krankenhaus Nord) in Floridsdorf sowie sechs Pflegewohnhäuser in Favoriten, Simmering, Meidling, Penzing, Donaustadt und Liesing in Planung bzw. Bau.

Beim Wiener Krankenanstaltenverbund handelt es sich um eine Unternehmung der Stadt Wien gemäß § 71 der Wiener Stadtverfassung. Die Unternehmung „Wiener Krankenanstaltenverbund“ besitzt keine eigene Rechtspersönlichkeit und ihr Vermögen wird gesondert vom übrigen Vermögen der Gemeinde verwaltet.

Die Unternehmung „Wiener Krankenanstaltenverbund“ gliedert sich in zwei Teilunternehmungen:

- Allgemeines Krankenhaus der Stadt Wien – Medizinischer Universitätscampus
- Geriatriezentren und Pflegewohnhäuser der Stadt Wien mit sozialmedizinischer Betreuung

Die Generaldirektion der Unternehmung „Wiener Krankenanstaltenverbund“, welcher alle Spitäler (ausgenommen AKH) sowie die Direktionen der beiden Teilunternehmungen direkt unterstellt sind, zeichnet für die Geschäfts- und Betriebsführung verantwortlich und fungiert als zentrale Ansprechstelle sowohl für den KAV als auch für externe Organisationseinheiten des Gesundheitswesens.

Eine zentrale Aufgabe der Generaldirektion stellt die Zusammenarbeit mit dem für das Krankenanstaltenwesen zuständigen Stadtrat, der Magistratsdirektion und anderen Dienststellen des Magistrates dar. Im Rahmen dessen werden z. B. allgemeine Strategien, Rahmenbedingungen und Richtlinien für den KAV gemeinsam erarbeitet. Des Weiteren ist die Generaldirektion für deren Implementierung und Vollziehung zuständig.

Sämtliche Spitäler, Geriatriezentren und Pflegewohnhäuser sind im Anhang in der Tabelle 81 aufgelistet.

¹⁰ Anmerkung: Im Krankenanstaltenverzeichnis des Bundesministeriums für Gesundheit werden das „Geriatriezentrum Klosterneuburg“ und das „Geriatriezentrum St. Andrä/Traisen“ als Krankenanstalten klassifiziert. Der Wiener Krankenanstaltenverbund hingegen klassifiziert diese beiden Einrichtungen als Geriatriezentren und nicht als Spitäler. Aufgrund dessen sind in Tabelle 12 14 Spitäler und oben nur 12 Spitäler angeführt.

Zukunft des KAV

In den Wiener KAV Spitälern steht eine größere Umstrukturierung bevor. Diese ist einerseits von der Errichtung des Krankenhauses Nord mit einer geplanten Fertigstellung 2015 und andererseits von der Konzentration der Standorte bis 2030 geprägt.

Die Errichtung des Krankenhauses Nord bringt, nach dessen Fertigstellung, folgende strukturellen Veränderungen in den KAV Spitälern mit sich:

- Das bisherige Krankenhaus Floridsdorf (Fächer: Innere Medizin, Chirurgie), die Semmelweis-Frauenklinik (Fächer: Gynäkologie und Geburtshilfe) und das Orthopädische Krankenhaus Gersthof (Fächer: Orthopädie) übersiedeln zur Gänze in das KH Nord.
- Aus dem Krankenhaus Hietzing ziehen Herzchirurgie und Kardiologie und Teile der Neurologie in das KH Nord. Gleichzeitig wird das Krankenhaus Hietzing zu einer Klinik für die Volkskrankheiten Schlaganfall, Diabetes und Rheuma mit multidisziplinärem chirurgischem Zentrum ausgebaut; eine interne Herzversorgung wird weiterhin angeboten werden.
- Aus dem Otto-Wagner-Spital ziehen die Thoraxchirurgie sowie Teile der Pulmologie und der Psychiatrie in das KH Nord. Gleichzeitig bleibt das Otto-Wagner-Spital eine Schwerpunktkrankenanstalt für Orthopädie, Psychiatrie, Neurologie und Pulmologie.
- Aus dem Wilhelminenspital zieht ein Teil der Kinder- und Jugendheilkunde in das KH Nord.
- Mit dem Krankenhaus Nord kommt es gleichzeitig zu einer Leistungserweiterung in den Fächern Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie Unfallchirurgie.

Am 17. März 2011 wurde Gesundheitsstadträtin Mag.^a Sonja Wehsely das „Wiener Spitalskonzept 2030“ präsentiert. Dieses sieht bis 2030 eine Konzentration auf sieben zentrale Spitalsstandorte vor¹¹:

- AKH Wien
- Krankenhaus Hietzing
- Kaiser-Franz-Josef-Spital
- Wilhelminenspital und Otto-Wagner-Spital
- Rudolfstiftung
- Donauspital – SMZ Ost

¹¹ Anmerkung: Die derzeitige Fassung des „Wiener Spitalskonzepts 2030“ macht keine genauen Angaben über die geplante Entwicklung der Bettenanzahl.

- Krankenhaus Nord

Durch diese Maßnahme soll eine besser aufeinander abgestimmte und einander ergänzende Versorgung gewährleistet werden.

Diese geplanten Umstrukturierungen sehen außerdem vor, dass

- das Kaiserin-Elisabeth-Spital bis 2015/16 in ein Pflegewohnhaus mit sozialmedizinischer Betreuung umgewandelt wird. Die bis dahin dort untergebrachte Nuklearmedizin und Chirurgie übersiedelt in die Rudolfstiftung.
- das Sophienspital geschlossen wird. Die Akutgeriatrie übersiedelt ins Wilhelminenspital und die Pflege ins neu ausgerichtete Kaiserin-Elisabeth-Spital.
- aus dem Krankenhaus Hietzing Teile der Neurologie ins Donauspital – SMZ Ost übersiedeln.

Aus unserer Sicht machen die Veränderungen großteils Sinn. Die Verlagerungen folgen einerseits dem Bedarf der sich wandelnden Bevölkerungsstruktur (Stadterweiterung, viele junge Familien im Norden Wiens), andererseits entgegen sie der Kritik, dass Wien bisher relativ viele Standardkrankenanstalten beherbergte, obwohl die räumlichen Verhältnisse dies nicht nahelegen. Durch die Konzentration einzelner Fächer auf bestimmte Standorte können Skaleneffekte genutzt und gleichzeitig das Spektrum ausgeweitet werden. Dass manche Einheiten für die Pflege umgewidmet werden, ist ebenfalls ein richtiger Schritt.

3.3.2. Inanspruchnahme

Stationäre Aufenthalte

Im Jahr 2008 stellten bösartige Neubildungen (17,3 Prozent), Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (11,1 Prozent) und Krankheiten des Kreislaufsystems (10,7 Prozent) die häufigsten Anlässe für stationäre Aufenthalte in Wien dar. Die drei Krankheitsgruppen allein versuchten mehr als 40 Prozent aller Aufenthalte in Krankenanstalten. Krankheiten des Verdauungssystems zeichneten für 7,4 Prozent, Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen für 7,1 Prozent, Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde für 6,1 Prozent und Krankheiten des Urogenitalsystems für 6,0 Prozent aller stationären Krankenbehandlungen verantwortlich (vgl. Tabelle 18).

Ein Vergleich der stationären Aufenthalte pro 100.000 Einwohner von Wien mit Gesamt- bzw. Restösterreich verdeutlicht, dass Wien um 60 bzw. 89 Prozent mehr Aufenthalte aufgrund bösartiger Neubildungen verzeichnet als Gesamt- bzw. Restösterreich. Ebenso liegen stationäre Aufenthalte von Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe,

Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten und Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde rund 35 bzw. 50 Prozent über dem gesamt- bzw. restösterreichischen Niveau. Bei stationären Krankenbehandlungen aufgrund von infektiösen und parasitären Krankheiten, psychischen und Verhaltensstörungen, Krankheiten des Verdauungssystems, Symptomen und abnormen klinischen und Laborbefunden sowie Verletzungen, Vergiftungen und bestimmten anderen Folgen äußerer Ursachen liegt Wien unter dem Vergleichsniveau von Gesamt- bzw. Restösterreich (vgl. Tabelle 18). Diese Unterschiede spiegeln die Konzentration spezialisierter Abteilungen in Wien wider.

Bei einer Betrachtung der stationären Aufenthalte pro 100.000 Einwohner in Wien zwischen 2004 und 2008 zeigt sich, dass die stärkste Steigerung bei den Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde sowie den Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe zu verzeichnen ist. Im Beobachtungszeitraum stiegen die stationären Aufenthalte bedingt durch diese Krankheitsgruppen um 24 bzw. 22 Prozent. Am stärksten gefallen sind die stationären Aufenthalte aufgrund von Krankheiten des Ohres und des Wurmfortsatzes. Hier ist eine Reduktion um 15 Prozent zu beobachten (vgl. Tabelle 18). Die Entwicklung der stationären Aufenthalte pro 100.000 Einwohner in Gesamt- bzw. Restösterreich zwischen 2004 und 2008 ist ebenfalls in Tabelle 18 dargestellt.

Generell können Spitalsentlassungen als Indikator der Gesundheitsversorgung interpretiert werden. Aufgrund des Fehlens personenbezogener Daten und der Möglichkeit, diese mit Todesursachen und soziodemographischen Daten zu verknüpfen, besitzt die österreichische Spitalsentlassungsstatistik jedoch lediglich eingeschränkte epidemiologische Aussagekraft. Die internationale Vergleichbarkeit der österreichischen Daten ist nur bedingt möglich; die Abgrenzung des Akutbereichs, österreichspezifische Leistungscodes sowie unterschiedliche Dokumentationsstile stellen Herausforderungen an die Vergleichbarkeit der Daten dar.

Tabelle 18: Spitalsentlassungen aus Akutkrankenanstalten pro 100.000 Einwohner nach Hauptdiagnosen, 2008

ICD-10 Gliederung	Wien				Österreich			Stationäre Aufenthalte pro 100.000 EW - Index: Österreich =100	Restösterreich			Stationäre Aufenthalte pro 100.000 EW - Index: Rest-österreich =100
	Stationäre Aufenthalte - insgesamt	Stationäre Aufenthalte pro 100.000 EW	In Prozent aller Diagnosen	Stat. Auf. pro 100.000 EW – Index: 2004=100	Stationäre Aufenthalte - insgesamt	Stationäre Aufenthalte pro 100.000 EW	Stat. Auf. pro 100.000 EW – Index: 2004=100		Stationäre Aufenthalte - insgesamt	Stationäre Aufenthalte pro 100.000 EW	Stat. Auf. pro 100.000 EW – Index: 2004=100	
Alle Diagnosen	607.430	36.152,9	-	103	2.678.627	32.131,1	105	113	2.071.197	31116,0	106	116
I. Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	12.209	726,7	2,0	90	62.997	755,7	107	96	50.788	763,0	112	95
II. Neubildungen	120.148	7.150,9	19,8	105	386.101	4.631,4	110	154	265.953	3995,5	111	179
Davon Bösartige Neubildungen	105.265	6.265,1	17,3	106	325.477	3.904,2	111	160	220.212	3308,3	114	189
III. Krankheiten des Blutes u. der blutbildenden Organe	5.714	340,1	0,9	122	20.669	247,9	117	137	14.955	224,7	115	151
IV. Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	18.670	1.111,2	3,1	105	67.291	807,2	98	138	48.621	730,4	96	152
V. Psychische und Verhaltensstörungen	24.962	1.485,7	4,1	108	136.051	1.632,0	113	91	111.089	1668,9	114	89
VI. Krankheiten des Nervensystems	25.388	1.511,0	4,2	114	114.468	1.373,1	108	110	89.080	1338,3	106	113
VII. Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde	37.034	2.204,2	6,1	124	133.910	1.606,3	130	137	96.876	1455,4	133	151
VIII. Krankheiten des Ohres und des Wurmfortsatzes	7.513	447,2	1,2	85	30.747	368,8	100	121	23.234	349,0	105	128
IX. Krankheiten des Kreislaufsystems	64.945	3.865,4	10,7	93	312.941	3.753,8	100	103	247.996	3725,7	102	104
X. Krankheiten des Atmungssystems	32.219	1.917,6	5,3	90	145.650	1.747,1	94	110	113.431	1704,1	95	113
XI. Krankheiten des Verdauungssystems	45.245	2.692,9	7,4	100	241.925	2.902,0	102	93	196.680	2954,8	103	91
XII. Krankheiten der Haut und der Unterhaut	8.917	530,7	1,5	105	40.124	481,3	99	110	31.207	468,8	97	113

XIII. Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des	67.357	4.008,9	11,1	107	272.619	3.270,2	108	123	205.262	3083,7	108	130
XIV. Krankheiten des Urogenitalsystems	36.226	2.156,1	6,0	100	159.069	1.908,1	103	113	122.843	1845,5	104	117
XV. Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	27.769	1.652,7	4,6	95	118.888	1.426,1	94	116	91.119	1368,9	94	121
XVI. Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben	2.713	161,5	0,4	94	12.696	152,3	102	106	9.983	150,0	105	108
XVII. Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien	4.722	281,0	0,8	104	19.211	230,4	97	122	14.489	217,7	95	129
XVIII. Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderorts nicht klassifiziert sind	21.657	1.289,0	3,6	116	117.979	1.415,2	120	91	96.322	1447,1	121	89
XIX. Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen	42.859	2.550,9	7,1	104	268.474	3.220,4	104	79	225.615	3389,5	104	75
XX. Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen	1.163	69,2	0,2	102	16.817	201,7	122	34	15.654	235,2	124	29

Quelle: Statistik Austria 2010, IHS HealthEcon Berechnungen 2011.

Gastpatienten

Im Jahr 2008 wurden 528.369 Patienten in den Wiener Fonds-Krankenanstalten behandelt, hiervon stammten 103.838 Patienten (19,6 Prozent) nicht aus Wien und sind als sogenannte Gastpatienten tituliert. Von den 103.838 Gastpatienten stammte der größte Teil, 85.234 Patienten (82,1 Prozent), aus Niederösterreich. 10,3 Prozent der Gastpatienten kamen aus dem Burgenland, 5,5 Prozent aus dem restlichen Österreich und 2,2 Prozent aus dem Ausland (vgl. Tabelle 19).

Ein ähnliches Bild zeichnet sich bei der Betrachtung der über den Wiener Gesundheitsfonds abgerechneten LKF-Punkte. 22,2 Prozent aller abgerechneten LKF-Punkte stammten von Nicht-Wiener Patienten (vgl. Tabelle 19).

Tabelle 19: Anteil der Gastpatienten in Wiener Fonds-Krankenanstalten, 2008

	Patienten ¹⁾	Anteil	Belagstage ²⁾	Anteil	Pflegetage ³⁾	Anteil	Abgerechnete LKF-Punkte	Anteil
Gesamt	528.369	100	3.057.274	100	3.585.643	100	1.445.761.423	100
<i>davon Hauptwohnsitz Wien</i>								
	424.531	80,4	2.558.330	83,7	2.982.861	83,2	1.124.555.459	77,8
<i>davon NICHT Hauptwohnsitz Wien (=Gastpatient)</i>								
NÖ	85.234	16,1	395.410	12,9	480.644	13,4	248.634.602	17,2
BGLD	10.685	2,0	51.030	1,7	61.715	1,7	34.319.086	2,4
Rest Ö	5.666	1,1	34.067	1,1	39.733	1,1	27.294.998	1,9
Ausland	2.253	0,4	18.437	0,6	20.690	0,6	10.957.278	0,8

Quelle: Wiener Gesundheitsfonds 2010.

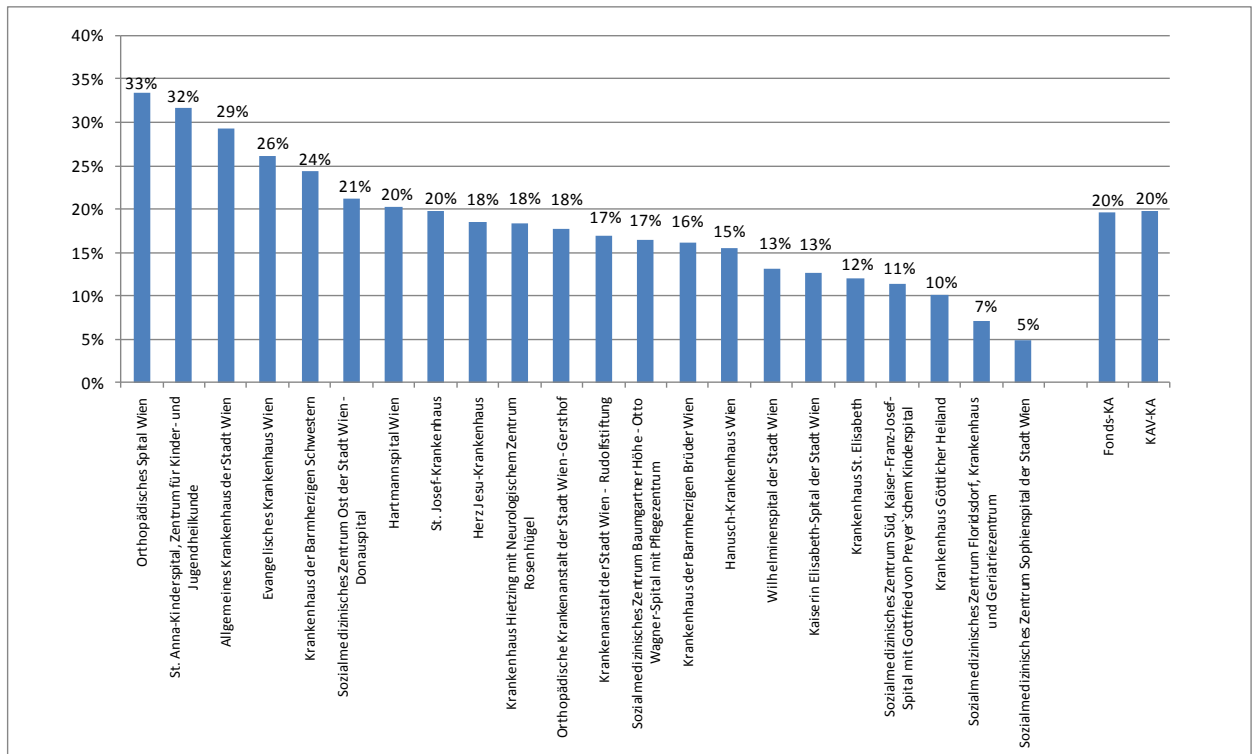
Anmerkung: ¹⁾ Die in der Tabelle angeführten Auswertungen beziehen sich nur auf die sozialversicherten Patienten; ²⁾ Unter Belagstagen versteht man die Summe der Patientenstände zu Mitternacht (00:00 Uhr); ³⁾ Unter Pflegetagen versteht man die Summe der Aufenthaltstage nach Kalendertagen

Der Umstand, dass der Anteil der Gastpatienten in Wiener Krankenanstalten bei 19,6 Prozent liegt, der Anteil der abgerechneten Punkte dieser Patienten jedoch 22,3 Prozent beträgt, verdeutlicht, dass Gastpatienten vorwiegend zur Behandlung von schwereren medizinischen Diagnosen nach Wien kommen.

Abbildung 5 stellt den Anteil der Gastpatienten in den einzelnen Fonds-Krankenanstalten dar. Den höchsten Anteil an Gastpatienten weist mit 33,4 Prozent das Orthopädische Spital Speising auf, gefolgt vom St. Anna-Kinderspital (31,6 Prozent) und dem Allgemeinen Krankenhaus (29,2 Prozent). Ein Mitgrund für den hohen Anteil an Gastpatienten im St. Anna-Kinderspital und im Allgemeinen Krankenhaus ist, dass diese beiden Spitäler, wie oben beschrieben, eine Zentralversorgungsfunktion innehaben und damit auch für eine überregionale Versorgung verantwortlich sind, die in diesen Fällen zum Teil sogar auch über die Versorgungszone Ost hinausreicht. Im Durchschnitt weisen sowohl die Fonds-

Krankenanstellen insgesamt als auch die Krankenanstellen des Wiener Krankenanstellenverbands einen 20-prozentigen Anteil von Gastpatienten auf.

Abbildung 5: Anteil der Gastpatienten in den Wiener Fonds-Krankenanstellen, 2008



Quelle: Wiener Gesundheitsfonds 2010.

3.3.3. Personal

Im Jahr 2009 waren insgesamt 6.078 Ärzte in den Wiener Krankenanstellen beschäftigt, was 359,2 Ärzten pro 100.000 Einwohner entspricht. Hiervon waren 3.393 Fachärzte (56 Prozent), 345 Ärzte für Allgemeinmedizin (6 Prozent), 1.550 Fachärzte in Ausbildung (26 Prozent) und 790 Ärzte für Allgemeinmedizin in Ausbildung (13 Prozent) (vgl. Tabelle 20).

Eine Gegenüberstellung der Ärztedichte in Krankenanstellen von Wien und Gesamt- bzw. Restösterreich zeigt, dass in den Wiener Krankenanstellen deutlich mehr Fachärzte (inkl. Fachärzte in Ausbildung) beschäftigt sind. Das Niveau der Ärzte für Allgemeinmedizin liegt etwas unter der gesamt- bzw. restösterreichischen Versorgungsdichte, jenes der Ärzte für Allgemeinmedizin in Ausbildung etwas darüber (vgl. Tabelle 20).

Im Zeitraum zwischen 2004 und 2009 sind folgende Veränderungen bei der Anzahl der Ärzte pro 100.000 Einwohner zu beobachten: Die Fachärzte stiegen um 3 Prozent, die Fachärzte in Ausbildung um 7 Prozent, die Ärzte für Allgemeinmedizin um 16 Prozent, und die Ärzte für Allgemeinmedizin in Ausbildung blieben unverändert. In absoluten Zahlen stellt sich die

Entwicklung wie folgt dar: Die Anzahl der Fachärzte stieg um 7 Prozent und jene der Fachärzte in Ausbildung um 11 Prozent; die Anzahl der Ärzte für Allgemeinmedizin stieg um 21 Prozent, die Anzahl der Ärzte für Allgemeinmedizin in Ausbildung um 4 Prozent (vgl. Tabelle 20).

In Gesamt- bzw. Restösterreich ist die Anzahl der Ärzte pro 100.000 Einwohner im Zeitraum von 2004 bis 2009 stärker gestiegen als in Wien (vgl. Tabelle 20).

Tabelle 20: Ärzte in Krankenanstalten pro 100.000 Einwohner, 2009

	Wien			Österreich			Ärzte pro 100.000 EW - Index: Österreich =100	Restösterreich			Ärzte pro 100.000 EW - Index: Restöster- reich=100
	Gesamt	Ärzte in KA pro 100.000 EW	Index: 2004= 100	Gesamt	Ärzte in KA pro 100.000 EW	Index: 2004= 100		Gesamt	Ärzte in KA pro 100.000 EW	Index: 2004= 100	
Insgesamt	6.078	359,2	104	21.752	260,1	112	138	15.674	235,0	115	153
Fachärzte	3.393	200,5	103	11.610	138,8	111	144	8.217	123,2	114	163
Ärzte für Allgemein- medizin	345	20,4	116	1.768	21,1	121	96	1.423	21,3	122	96
Fachärzte in Ausbildung	1.550	91,6	107	4.774	57,1	115	160	3.224	48,3	119	190
Ärzte für Allgemein- medizin in Ausbildung	790	46,7	100	3.600	43,0	107	108	2.810	42,1	109	111

Quelle: Statistik Austria 2010, IHS HealthEcon Berechnungen 2011.

Im Jahr 2009 belief sich das nicht-ärztliche Personal in den Wiener Krankenanstalten auf 20.736 Personen. Hiervon waren 14.372 Personen (69 Prozent) im Rahmen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege, 3.471 Personen (17 Prozent) im Rahmen des gehobenen medizinisch-technischen Dienstes und als Masseur, 2.625 Personen (13 Prozent) im Rahmen des Sanitätshilfsdienstes und der Pflegehilfe und 268 Personen (1 Prozent) als Hebammen tätig (vgl. Tabelle 21).

Ein Vergleich der Versorgungsdichte von nicht-ärztlichem Personal zwischen Wien und Gesamt- bzw. Restösterreich zeigt, dass das Personal im Bereich der gehobenen Dienste deutlich über dem gesamt- bzw. restösterreichischen Durchschnitt liegt, das Personal im Bereich der Sanitätshilfsdienste und Pflegehilfe leicht unter jedem Durchschnitt und im Bereich der Hebammen ungefähr im Durchschnitt liegt (vgl. Tabelle 21).

In der Zeitspanne 2004 bis 2009 hat sich das Personal pro 100.000 Einwohner in den Wiener Krankenanstalten wie folgt verändert: Im Bereich der gehobenen Dienste für Gesundheits- und Krankenpflege ist es um 7 Prozent gestiegen, sowohl im Bereich der gehobenen medizinisch-technischen Dienste und Masseur als auch im Bereich der Sanitätshilfsdienste und Pflegehilfe ist ein leichter Rückgang (7 bzw. 1 Prozent) zu

verzeichnen, die Hebammen sind um 10 Prozent gestiegen (vgl. Tabelle 21). Die Entwicklung beim Personal pro 100.000 Einwohner verlief in Gesamt- bzw. Restösterreich parallel zu Wien, einzig beim Personal im Bereich der gehobenen medizinisch-technischen Dienste und Masseur ist ein gegenläufiger Trend zu beobachten. Während das Personal in diesem Bereich in den Wiener Krankenanstalten rückläufig war, ist es in den gesamt- bzw. restösterreichischen Krankenanstalten leicht gestiegen (vgl. Tabelle 21).

Tabelle 21: Nicht-ärztliches Personal in Krankenanstalten pro 100.000 Einwohner, 2009

	Wien			Österreich			Personal in KA pro 100.000 EW - Index: Öster- reich =100	Restösterreich			Personal in KA pro 100.000 EW - Index: Rest- öster- reich =100
	Gesamt	Personal in KA pro 100.000 EW	Index: 2004= 100	Gesamt	Personal in KA pro 100.000 EW	Index: 2004= 100		Gesamt	Personal in KA pro 100.000 EW	Index: 2004= 100	
Insgesamt	20.736	1225,5	103	82.656	988,3	106	124	61.920	928,2	107	132
Gehobener Dienst für Gesundheits- u. Kranken- pflege ¹⁾	14.372	849,4	107	53.970	645,3	109	132	39.598	593,6	109	143
Gehobener, medizinisch- technischer Dienst u. Masseur	3.471	205,1	93	13.488	161,3	105	127	10.017	150,2	110	137
Sanitätshilfs- dienst u. Pflegehilfe	2.625	155,1	99	13.910	166,3	97	93	11.285	169,2	96	92
Hebammen	268	15,8	110	1.288	15,4	110	103	1.020	15,3	111	104

Quelle: Statistik Austria 2010, IHS HealthEcon Berechnungen 2011.

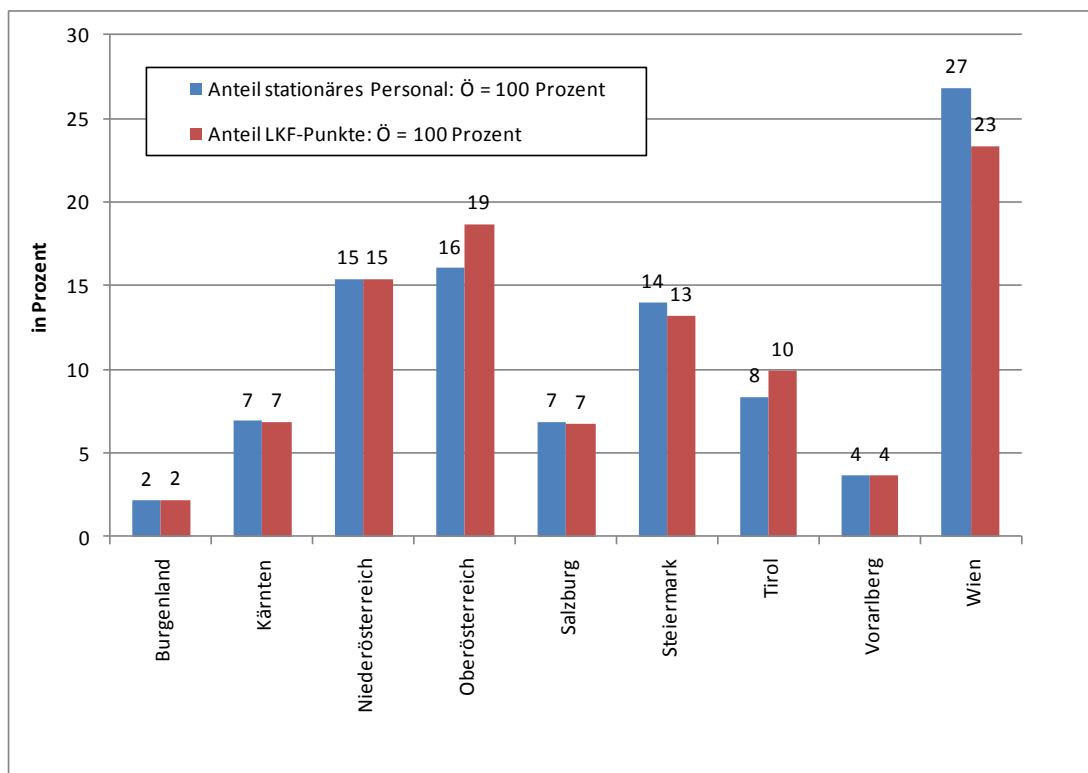
Anmerkung: ¹⁾ inklusive kardiotechnischer Dienst.

Ein Mitgrund für die höhere Versorgungsdichte sowohl mit Ärzten als auch mit nicht-ärztlichem Personal in Wiener Krankenanstalten könnte sein, dass sich in Wien tendenziell mehr Personen mit schweren medizinischen Diagnosen behandeln lassen als in Gesamt- bzw. Restösterreich (vgl. Abschnitt Gastpatienten). Dieser Umstand bedingt eine höhere Personalintensität in den Wiener Krankenanstalten. Allerdings ist die Zahl der stationären Aufenthalte in Wien nur um 16 Prozent höher als in Restösterreich, die Zahl der Spitalsärzte um 53 Prozent. Es steht hier also auch eine Überausstattung mit ärztlichem Personal zu vermuten, die mit weiteren Kennzahlen zu untermauern ist. Dass dies der Fall ist, legt auch die Tatsache nahe, dass die Wachstumsdynamik in Wien geringer ist als in Restösterreich, also auch von politischer Seite Handlungsbedarf erkannt worden sein dürfte.

Personal in Fondsspitalern

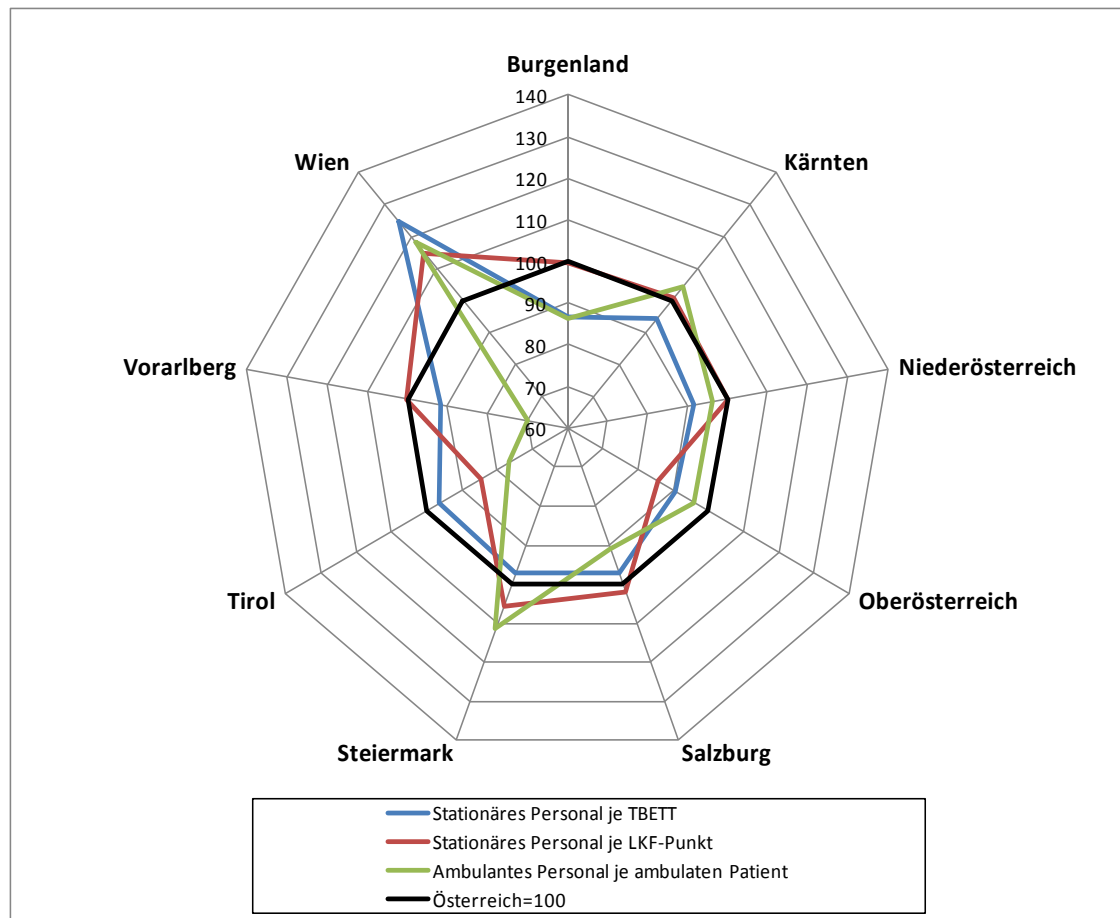
Im Bereich der Fondsspitäler ist es möglich, das Personal zu anderen Leistungs- und Kapazitätskennzahlen in Beziehung zu stellen. Abbildung 6 zeigt, dass rund 27 Prozent des gesamten stationär tätigen Personals in Wiener Fondsspitalern zu finden ist – der Anteil der in Wien erwirtschafteten LKF-Punkte beträgt jedoch lediglich rund 23 Prozent. Auch der Bezug des stationären Personals in Fondsspitalern auf tatsächlich aufgestellte Betten bzw. auf LKF-Punkte illustriert im Vergleich zu anderen Bundesländern eine überdurchschnittliche Personalausstattung in Wien. Im Bereich der Spitalsambulanzen liegt Wien in der Kennzahl ambulantes Personal je ambulantem Patient ebenfalls über dem Österreichdurchschnitt.

Abbildung 6: Anteil stationäres Personal bzw. LKF-Punkte Wien an Gesamtösterreich, 2009, in Prozent



Quelle: Bundesministerium für Gesundheit 2010, IHS HealthEcon Berechnungen 2011.

Abbildung 7: Personalkennzahlen im Bundeslandvergleich, Index Österreich=100, 2009



Quelle: Bundesministerium für Gesundheit 2010, IHS HealthEcon Berechnungen 2011.

Aus diesen Zahlen kann geschlossen werden, dass selbst unter Berücksichtigung von Besonderheiten im Patientengut die Personalausstattung überdurchschnittlich und damit die Produktivität geringer ist als im Österreichvergleich.

3.4. Versorgung mit medizinisch-technischen Großgeräten (GG)

Dem Österreichischen Strukturplan Gesundheit (ÖSG) 2010 gemäß fallen folgende Geräte in die Kategorie medizinisch-technische Großgeräte:

- Computertomographiegeräte (CT),
- Magnetresonanztomographiegeräte (MR),
- Coronarangiographische Arbeitsplätze (Herzkatheterarbeitsplätze; COR),
- Strahlen- bzw. Hochvolttherapiegeräte (STR; Linearbeschleuniger, Gamma-Knife),

- Emissions-Computer-Tomographiegeräte (ECT; inkl. ECT-CT),
- Positronen-Emissions-Tomographiegeräte (PET; inkl. PET-CT).

Ein Vergleich der Versorgungsdichte mit den oben angeführten Großgeräten zwischen Wien und Gesamt- bzw. Restösterreich zeigt, dass Wien bei sämtlichen Großgeräten mit Ausnahme der CTs in Fonds-Krankenanstalten ein deutlich höheres Versorgungsniveau aufweist (vgl. Tabelle 22). Bei einer versorgungssettingspezifischen Betrachtungsweise (intramuraler vs. extramuraler Bereich) zeichnet sich folgendes Bild: Die Versorgungsdichte mit CTs in den Fonds-Krankenanstalten von Wien liegt um 5 Prozent unter jener von Gesamtösterreich. Hingegen ist das Versorgungsniveau in den Wiener Fonds-Krankenanstalten bei MRs um 28 Prozent, bei COR um 59 Prozent, bei STR um 53 Prozent, bei ECT um 52 Prozent und bei PET um 24 Prozent höher bezogen auf jenes von Gesamtösterreich. Die Versorgungsdichte mit Großgeräten im extramuralen Bereich ist in Wien im Vergleich zu Gesamtösterreich deutlich höher. Extramural stehen den Patienten in Wien um 22 Prozent mehr CTs, um 29 Prozent mehr MRs und um 48 Prozent mehr ECTs zur Verfügung als den Patienten in Gesamtösterreich.

Tabelle 22: Medizinisch-technische Großgeräte (GG) im intra- und extramuralen Bereich pro 100.000 Einwohner, 2009

	Wien		Österreich		GG pro 100.000 Einwohner - Index: Österreich=100	Restösterreich		GG pro 100.000 Einwohner - Index: Restösterreich=100
	Gesamt	GG pro 100.000 Einwohner	Gesamt	GG pro 100.000 Einwohner		Gesamt ¹⁾	GG pro 100.000 Einwohner	
Intramuraler Bereich*								
CT**	32 (27)	1,9 (1,6)	156 (141)	1,9 (1,7)	101 (95)	124 (114)	1,9 (1,7)	102 (93)
MR**	22 (18)	1,3 (1,1)	85 (73)	1,0 (0,9)	128 (122)	63 (55)	0,9 (0,8)	138 (129)
COR**	13 (12)	0,8 (0,7)	40,5 (39,5)	0,5 (0,5)	159 (150)	27,5 (27,5)	0,4 (0,4)	186 (172)
STR**	13 (13)	0,8 (0,8)	42 (42)	0,5 (0,5)	153 (153)	29 (29)	0,4 (0,4)	177 (177)
ETC**	23 (22)	1,4 (1,3)	75 (72)	0,9 (0,9)	152 (151)	52 (50)	0,8 (0,7)	174 (173)
PET**	4 (4)	0,2 (0,2)	16 (16)	0,2 (0,2)	124 (124)	12 (12)	0,2 (0,2)	131 (131)
Extramuraler Bereich (inkl. Ambulatorien)								
CT	22	1,3	89	1,1	122	67	1,0	129
MR	18	1,1	69	0,8	129	51	0,8	139
COR	0	0,0	1	0,0	0	1	0,0	0
STR	0	0,0	0	0,0	-	0	0,0	-
ETC	6	0,4	20	0,2	148	14	0,2	169
PET	0	0,0	1	0,0	0	1	0,0	0
Gesamt***								
CT	54	3,2	245	2,9	109	191	2,9	111
MR	40	2,4	154	1,8	128	114	1,7	138
COR	13	0,8	41,5	0,5	155	28,5	0,4	180
STR	13	0,8	42	0,5	153	29	0,4	177
ECT	29	1,7	95	1,1	151	66	1,0	173
PET	4	0,2	17	0,2	116	13	0,2	121

Quelle: Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2010, IHS HealthEcon Berechnungen 2011.

Anmerkung: * die Planung der GG im intramuralen Bereich beschränkt sich im ÖSG auf die Akut-Krankenanstalten

**die Werte in den Klammern beziehen sich auf die GG in den Fonds-Krankenanstalten

*** die Gesamtsumme versteht sich ohne die GG in Rehabilitationszentren

Die Betrachtung der extramuralen Versorgungsdichte mit medizinisch-technischen Großgeräten – Computertomographiegeräte, Magnetresonanz-Tomographiegeräte, Emissions-Computer-Tomographiegeräte – zwischen den drei Wiener Versorgungsregionen verdeutlicht, dass die Versorgungsregion VR92 das höchste Versorgungsniveau mit GG pro 100.000 Einwohner aufweist (vgl. Tabelle 23). In der VR92 gibt es um die Hälfte mehr CTs pro 100.000 Einwohner als in der VR93. Während in der VR92 1,4 MRs pro 100.000 Einwohner zur Verfügung stehen, sind es in der VR93 1,0 MRs und in der VR91 0,8 MRs.

Tabelle 23: Medizinisch-technische Großgeräte (GG) im extramuralen Bereich pro 100.000 Einwohner nach Versorgungsregionen, Wien, 2009

	VR91 (Wien Mitte-Südost)		VR92 (Wien West)		VR93 (Wien Nordost)	
	Gesamt	GG pro 100.000 Einwohner	Gesamt	GG pro 100.000 Einwohner	Gesamt	GG pro 100.000 Einwohner
CT	9	1,2	10	1,5	3	1,0
MR	6	0,8	9	1,4	3	1,0
ETC	3	0,4	3	0,5	0	0,0

Quelle: Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2010, IHS HealthEcon Berechnungen 2011.

Anmerkung: VR91 (1., 2., 3., 4., 5., 6., 7., 8., 9., 10., 11., 20. Bezirk), VR92 (12., 13., 14., 15., 16., 17., 18., 19., 23. Bezirk), VR93 (21., 22. Bezirk)

Der Regionale Strukturplan Gesundheit (RSG) Wien 2009 sieht im extramuralen Bereich eine Standortkonzentration im Bereich der CTs und MRS bis 2015 vor. Dabei verteilen sich die Standorte wie folgt auf die drei Versorgungsregionen: VR 91: 7 Standorte (mit je 1 CT und 1 MR Gerät), VR 92: 7 Standorte (mit je 1 CT und 1 MR Gerät) und VR 93: 3 Standorte (mit je 1 CT und 1 MR Gerät). Nach Ablauf des RSG Wien im Jahr 2015 ist eine weitere Reduzierung der Standorte in der VR92 von 7 auf 6 geplant.

Laut Österreichischem Strukturplan Gesundheit 2010 erfolgt die Planung für den Großgerätebedarf an CTs, MRs und ETCs pro Großgerät auf Basis von Einwohnerrichtwerten (Sollbereiche für die Anzahl der Einwohnerinnen/Einwohner je Großgerät) und Erreichbarkeitsrichtwerten (vgl. Tabelle 24). Hingegen ist für die Großgeräte COR, STR und PET (inkl. PET-CT) eine standortgenaue Planung seitens der Landes-Gesundheitsplattformen durchzuführen, welche sich unter anderem ebenfalls auf die in Tabelle 24 angeführten Planungsrichtwerte stützt.

Ein Vergleich der Ist- mit den Soll-Bereichen der Wiener Großgeräte zeigt, dass Wien bei MR, COR und ECT deutlich über den Soll-Bereichen liegt. Am stärksten ist die Sollwertüberschreitung bei den MRs ausgeprägt. Hier liegt der Ist-Wert um über 60 Prozent über dem obersten Soll-Wert. Die Anzahl an CTs, STRs und PETs liegt innerhalb des Soll-Bereichs (vgl. Tabelle 24).

Tabelle 24: Großgeräteplanung – Planungsrichtwerte, ÖSG 2010

Gerätegruppe/Verfahren	Erreichbarkeit (in Minuten)	Einwohnerwerte (Bereiche)	Soll-Werte (Bereiche) für Wien	Ist-Werte für Wien (gesamt), 2009
Computertomographie (CT)	30	30.000-50.000	34-56	54
Magnetresonanztomographie (MR)	60	70.000-90.000	19-24	40
Coronarangiographie (COR)	60	200.000-300.000	6-8	13
Strahlentherapie (STR)	90	100.000-140.000	12-17	13
Emissions-Computer-Tomographie (ECT)* bzw. ECT-CT	45	80.000-100.000	17-21	29
Positronen-Emissions-Tomographie (PET) bzw. PET-CT	60	300.000-400.000	4-6	4

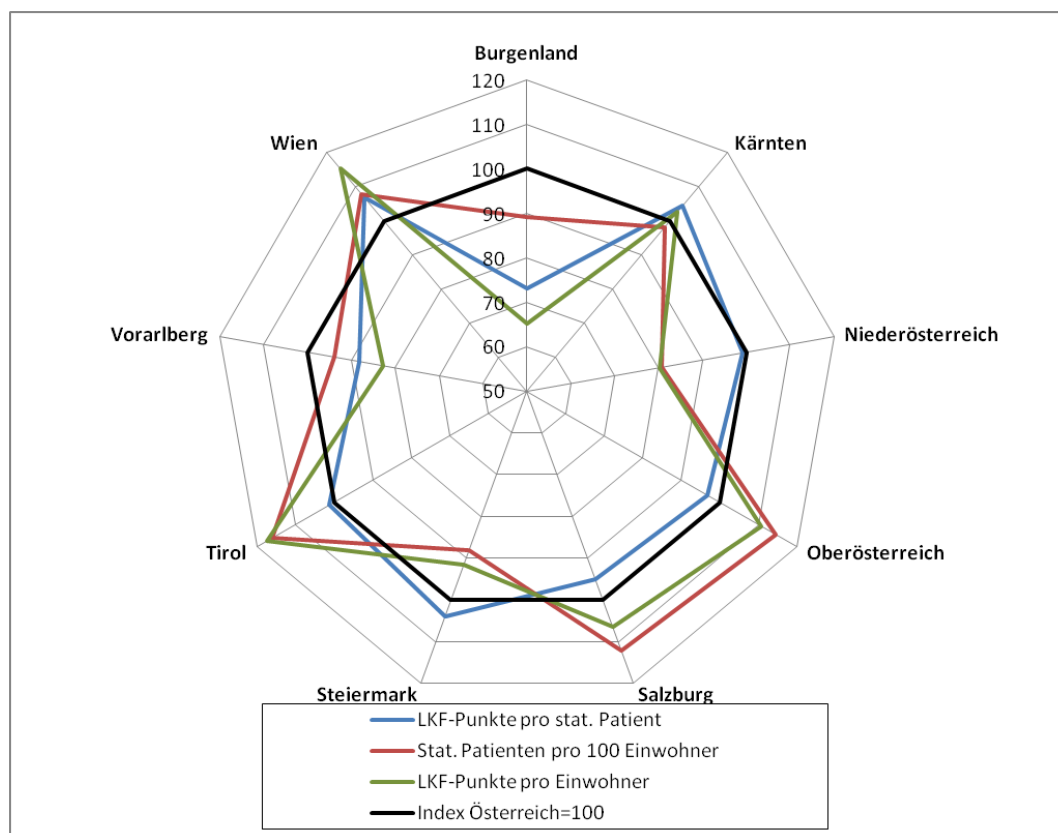
Quelle: Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2010, IHS HealthEcon Berechnungen 2011.

Bei der Interpretation dieser Daten sind folgende Dinge zu beachten:

- Die geringere Versorgungsdichte mit CTs in den Krankenanstalten ist erklärbar dadurch, dass in erster Linie das CT vor allen anderen Großgeräten auch für Notfälle vorgehalten werden muss. Die vergleichsweise kurzen Wege in Wien erfordern daher auch weniger CTs.
- Der höhere Schweregrad der behandelten Patienten in Wien spricht grundsätzlich für einen höheren Bedarf an Großgeräten.
- Die Forschung am AKH Wien spricht für eine höhere Ausstattung mit Großgeräten in Spitälern (Das AKH ist ein Wiener Fondsspital).

Zur genaueren Differenzierung, die letztlich auch für das Personal eine Rolle spielt, müssen wir daher eine weitere Analyse durchführen (Abbildung 8).

Die Kennzahl „LKF-Punkte pro stationärem Patient“ gibt uns ein Richtmaß für den Schweregrad im Patientengut. Tatsächlich liegt hier Wien rund 8 Prozent über dem Österreichschnitt und vor allen anderen Bundesländern. An behandelten Patienten im stationären Bereich bezogen auf die Bundeslandeinwohner hebt sich Wien allerdings nicht von Salzburg, Tirol und Oberösterreich ab. Der stationäre Spitalsoutput gemessen in LKF-Punkten pro Einwohner ist in Wien (15 Prozent), ähnlich aber in Tirol (17 Prozent), stark überdurchschnittlich.

Abbildung 8: Analyse der stationären Versorgung im Vergleich

Quelle: Bundesministerium für Gesundheit 2010, IHS HealthEcon Berechnungen 2011.

Die Überausstattung mit Großgeräten ist aus dieser Sicht daher nicht gerechtfertigt, zumal sie sowohl intra- als auch extramural vorliegt. Zusätzlich können für den extramuralen Bereich die drei oben genannten Argumente nicht oder nur sehr eingeschränkt gelten. Da wir in diesem Bereich sowohl von anbieterinduzierter Nachfrage wie auch von hohen Investitions-, Wartungs-, und Betriebskosten ausgehen müssen, ist, wie auch aus der Planung im ÖSG hervorgeht, ein Abbau von Kapazitäten an Großgeräten, eine Abstimmung bzw. gemeinsame Nutzung bzgl. intra- und extramuralem Bereich sowie eine Verlagerung in den Norden Wiens angezeigt.

3.5. Integrierte Versorgung (Nahtstellenproblematik, Reformpool)

3.5.1. Schnittstellenproblematik

Wie im Kapitel zur Finanzierung ausführlich besprochen, besteht in Österreich eine besonders starke Problematik an den Schnittstellen der Versorgung. Da die SV den niedergelassenen Bereich und die Rehabilitation organisiert, aber die Länder den Spitalsbereich, bestehen organisationell, aber auch in Hinblick auf die Anreizsetzung

Probleme. Dies erlangte immer mehr Bedeutung, da das Krankheitsspektrum immer mehr in Richtung chronischer Erkrankungen ging, die nicht nur in einem Setting bzw. von einem Leistungserbringer alleine versorgt werden können. Einige Projekte versuchen (siehe unten), diese Probleme zu lösen, erfassen aber nur Teilaspekte. Die eigentliche Lösung in Form einer sogenannten integrierten Versorgung, nämlich die Finanzierung und Steuerung des Patienten über Versorgungsgrenzen hinweg zu vereinheitlichen, scheitert an der komplexen Verantwortungs- und Finanzierungsverteilung.

3.5.2. Reformpoolprojekte Wien

Mit der Gesundheitsreform 2005 wurde in Österreich ein Kooperationsbereich innerhalb der Landesgesundheitsfonds geschaffen, der jene Aufgaben umfasst, die zwischen dem intra- und extramuralen Bereich abzustimmen sind. Der Finanzierungstopf für diesen Überschneidungsbereich ist der „Reformpool“, aus dem die sogenannten Reformpoolprojekte finanziert werden. Primäres Ziel dieser Projekte sollen Leistungsverschiebungen zwischen intra- und extramuralem Sektor sein, von denen beide Hauptfinanziers (Sozialversicherung und Land) profitieren. Die Mittel für den Reformpool waren jedoch von Beginn an virtuell, standen also nicht dediziert für Projekte zur Verfügung, sondern stellten theoretische Obergrenzen dar (Cypionka, Röhrling 2009). Im Zuge der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens 2008–2013 wurde im Nationalrat eine Weiterentwicklung und ein Ausbau des Kooperationsbereichs beschlossen, wobei nunmehr neben Projekten, die Leistungsverschiebungen zwischen dem intra- und extramuralen Bereich zur Folge haben, auch explizit Projekte der integrierten Versorgung bzw. Pilotprojekte zur sektorenübergreifenden Finanzierung des ambulanten Bereichs als förderungswürdig erachtet werden. Bei Projekten der integrierten Versorgung geht es insbesondere um die Versorgung von Diabetes- und Schlaganfallpatienten, von Patienten mit koronarer Herzkrankheit oder mit nephrologischen Erkrankungen sowie um Projekte zum Entlassungsmanagement.

Mit Stand Februar 2011 laufen zur Zeit in Wien vier Reformpoolprojekte. Es handelt sich dabei um die Projekte *„PatientInnenorientierte integrierte Krankenbetreuung (PIK)“*, *„Therapie Aktiv – Diabetes im Griff“*, *„Effiziente Versorgung chronischer Wunden“* sowie *„Präoperative Diagnostik“*. Das Projekt PIK wurde im Herbst 2006 von der Stadt Wien und der Bereichsleitung für Strukturentwicklung eingereicht; es besteht aus fünf Teilprojekten, wobei drei (*„Selbsthilfegruppen im Spital“*, *„Kooperation bei der Versorgung mit Heilbehelfen und Hilfsmitteln“*, *„Informationsplattform www.LebensSeiten.at“*) bereits abgeschlossen sind. Das Teilprojekt *„Standardisierter elektronischer Informationstransfer“* wurde bis 2012

verlängert, das Teilprojekt „*Entlassungsmanagement*“ bis Dezember 2013¹². Detaillierte Informationen sowie Berichte zum Projekt PIK sind auf <http://www.pik.or.at/> zu finden.

Tabelle 25: Übersicht der Reformpoolprojekte in Wien, Stand Mai 2011

Jahr	2005				2006				2007				2008				2009				2010				2011				2012				2013			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Wien (Anzahl der beschlossenen RP-Projekte: 7)																																				
PIK - PatientInnenorientierte integrierte Krankenbetreuung																																				
Therapie Aktiv – Diabetes im Griff ¹⁾																																				
Effiziente Versorgung chronischer Wunden																																				
Präoperative Diagnostik																																				
Kinderfachärztliche Ordination im AKH ²⁾																																				
Einführung eines Arztes für Allgemeinmedizin SMZ Ost ³⁾																																				
Integrierte Versorgung von SchlaganfallpatientInnen ⁴⁾																																				

B... Beschluss des Projekts, S... Start des Projekts, E... Ende des Projekts

Gelb... laufende Projekte; Orange... Abgeschlossene Projekte; Grün... Eingestellte Projekte

¹⁾ Evaluation abgeschlossen, Programm wird bis Ende 2011 verlängert. Basierend auf den Evaluationsergebnissen soll bis Herbst 2011 ein Maßnahmenpaket zur Adaptation des Programms erarbeitet und mit der Umsetzung begonnen werden. Davon wird die weitere Vorgangsweise abhängig gemacht werden.

²⁾ Evaluierungsbericht liegt nicht vor.

³⁾ Das Projekt wurde aufgrund organisatorischer Änderungen nicht gestartet.

⁴⁾ Nur Phase 1 abgeschlossen, weitere Phasen wegen negativer Kosten-Nutzen-Analyse nicht beschlossen.

Quelle: Magistratsabteilung 24 – Gesundheits- und Sozialplanung 2010, Bundesministerium für Gesundheit 2011, IHS HealthEcon 2011.

Das Projekt „*Therapie Aktiv – Diabetes im Griff*“ ist ein Disease Management Programm (DMP), welches chronisch Kranken eine intensivere Betreuung durch den Arzt sowie mehr Wissen und Eigenverantwortlichkeit über die Krankheit verschaffen soll. Es wird neben Wien auch in den Bundesländern Niederösterreich, Salzburg, Steiermark und Vorarlberg angeboten. Insgesamt nehmen in diesen fünf Bundesländern 585 Ärzte teil; in Wien betreuen 147 oder 25 Prozent aller teilnehmenden Ärzte 5.942 oder 33 Prozent aller teilnehmenden Patienten (Stand 20. Juni 2011: <http://diabetes.therapie-aktiv.at>).

Neben den vier noch laufenden Projekten gibt es in Wien ein bereits abgeschlossenes Reformpoolprojekt mit dem Titel „*Kinderfachärztliche Ordination im AKH*“. Primäre Ziele dieses Projekts waren eine Entlastung der Kindernotfallambulanz und eine Verbesserung der Versorgung der tatsächlichen Notfälle. Aktuell liegt zu diesem Projekt noch kein Evaluierungsbericht vor – ein Regelbetrieb ist nicht vorgesehen. Das Projekt „*Einführung eines Arztes für Allgemeinmedizin SMZ Ost*“ wurde wegen organisatorischer Änderungen nicht gestartet. Das Projekt „*Integrierte Versorgung von Schlaganfallpatienten*“ musste nach Phase 1 aufgrund einer negativen Kosten-Nutzen-Analyse eingestellt werden.

Insgesamt betrug das gesamte Volumen an Reformpoolprojektgeldern in Wien rund 7,2 Millionen Euro, wobei in die Projekte „*Therapie Aktiv – Diabetes im Griff*“ bzw. *PIK* mit Abstand die meisten Gelder flossen (rund 3,5 bzw. 2,5 Millionen Euro).

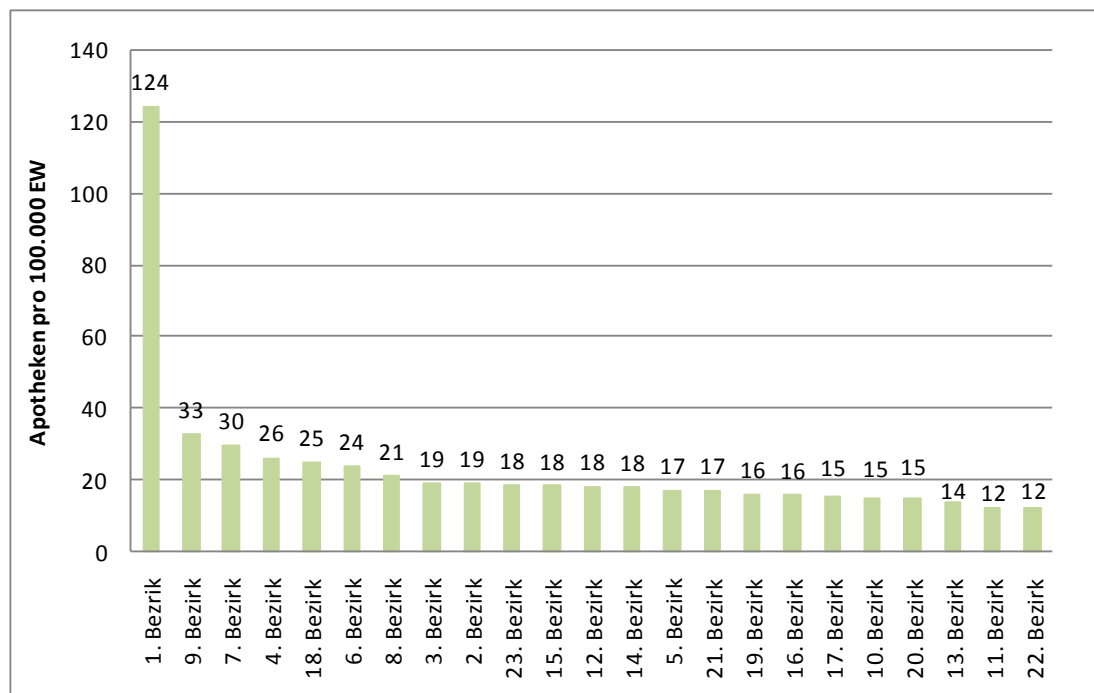
¹² Wir bedanken uns für die Informationen der Magistratsabteilung 24 – Gesundheits- und Sozialplanung Stabsstelle Öffentlichkeitsarbeit und Grundlagen der Stadt Wien.

3.6. Weitere Leistungserbringer

3.6.1. Apotheken

Die Versorgung mit Arzneimitteln erfolgt in Wien über öffentliche Apotheken. In Wien standen der Bevölkerung per 15.03.2011 312 öffentliche Apotheken zur Versorgung mit Medikamenten zur Verfügung. Ein Vergleich der Versorgungsdichte mit Apotheken zwischen den einzelnen Bezirken zeigt ein gewisses Ungleichgewicht in der Versorgungslandschaft. Die Versorgungsdichte mit Apotheken ist im 1. Bezirk mit 123,9 Apotheken pro 100.000 Einwohner am absolut höchsten (vgl. Abbildung 9:). Das nächsthöhere Versorgungsniveau mit Apotheken ist im 9. Bezirk mit 32,8 Apotheken pro 100.000 Einwohner zu finden, gefolgt vom 7. Bezirk mit 29,7 Apotheken pro 100.000 Einwohner und dem 4. Bezirk mit 26,1 Apotheken pro 100.000 Einwohner. Das niedrigste Versorgungsniveau mit 12,3 bzw. 12,2 Apotheken pro 100.000 Einwohner weisen der 11. und 22. Bezirk auf (vgl. Abbildung 9:).

Abbildung 9: Apotheken nach Bezirken pro 100.000 Einwohner, Stand: 15.03.2011



Quelle: Österreichische Apothekerkammer, Landesgeschäftsstelle Wien, Stand: 15.03.2011, IHS HealthEcon Darstellung 2011.

Anmerkung: Bei der Berechnung der Kennzahl „Anzahl der Apotheken pro 100.000 Einwohner“ wurde die Anzahl der Apotheken auf die Bevölkerung des 1. Quartals 2010 bezogen.

Ein Vergleich der Versorgungsdichte an öffentlichen Apotheken in Wien mit Gesamt- bzw. Restösterreich veranschaulicht, dass Wien über 22 bzw. 29 Prozent mehr Apotheken verfügt (vgl. Tabelle 26). Bei einer Gegenüberstellung des Versorgungsgrades aller Apotheken (inkl. Filial- und Hausapotheken) zeigt sich hingegen, dass Wien hier deutlich unter dem Niveau

von Gesamt- bzw. Restösterreich liegt. In Wien stehen 18,2 Apotheken pro 100.000 Einwohner zur Verfügung, so sind es in Gesamt- bzw. Restösterreich 26,6 bzw. 28,7 Apotheken auf dieselbe Bevölkerungspopulation bezogen (vgl. Tabelle 26). Ein Grund hierfür könnte sein, dass Wien im Gegensatz zum restlichen Österreich über keine Hausapotheken verfügt, welche typischerweise nur einen Bruchteil des Umsatzes haben, da sie von Ärzten in ihrer Praxis betrieben werden, wo die geringe Bevölkerungsdichte eine eigenständige Apotheke unwirtschaftlich macht.

Tabelle 26: Apotheken pro 100.000 Einwohner, 2009

	Wien	Österreich	Apotheken pro 100.000 Einwohner - Index: Österreich = 100	Restösterreich	Apotheken pro 100.000 Einwohner - Index: Restösterreich = 100
	Apotheken pro 100.000 Einwohner	Apotheken pro 100.000 Einwohner		Apotheken pro 100.000 Einwohner	
Öffentliche Apotheken	18,2	15,0	122	14,2	129
Alle Apotheken (inkl. Filial- und Hausapotheken)	18,2	26,6	68	28,7	63

Quelle: Österreichische Apothekerkammer 2010.

Anmerkung: Eine Filialapotheke wird von einer öffentlichen Apotheke betrieben und muss im Umkreis von vier Kilometern liegen, jede öffentliche Apotheke darf maximal eine Filialapotheke betreiben. Eine Hausapotheke wird von einem Arzt für Allgemeinmedizin betrieben.

Im Zeitraum zwischen 2000 und 2009 ist die Anzahl an öffentlichen Apotheken um 8 Prozent (von 283 auf 308) gestiegen. Die der Versorgungsdichte an öffentlichen Apotheken pro 100.000 Einwohner im diesem Zeitraum konstant geblieben. Sie lag im Jahr 2000 bei 18,2 Apotheken pro 100.000 Einwohner und im Jahr 2009 auf exakt dem gleichen Niveau. Zwischenzeitlich stieg die Versorgungsdichte auf 18,4 Apotheken (2004) bzw. sank auf 17,9 Apotheken (2006, 2007) pro 100.000 Einwohner.

3.6.2. Rehabilitationszentren

Eine medizinische Rehabilitation soll einen Patienten in die Lage versetzen, wieder möglichst ohne fremde Hilfe ein eigenständiges Leben führen, einen Beruf ausüben oder eine Ausbildung absolvieren zu können. Im Gegensatz dazu zielt eine kurativmedizinische Akutversorgung auf die Heilung bzw. Beseitigung organbezogener Krankheiten ab. Grundsätzlich steht eine Rehabilitation immer in einem ursächlichen und zeitlichen Zusammenhang mit einer akutmedizinischen Versorgung.

Für eine medizinische Rehabilitation wird von folgenden Versicherungsträgern erbracht:

1) **Unfallversicherungsträger**

Der Unfallversicherung obliegt die medizinische Rehabilitation, wenn der Grund für die Behinderung ein Arbeitsunfall oder eine Berufskrankheit ist.

2) **Pensionsversicherungsträger**

Der Pensionsversicherung ist für die medizinische Rehabilitation verantwortlich, wenn die Behinderung ohne die Gewährung von Leistungen der Rehabilitation voraussichtlich zu Invalidität, Berufsunfähigkeit oder Erwerbsunfähigkeit führen würde oder bereits dazu geführt hat.

3) **Krankenversicherungsträger**

Die Krankenversicherung führt Maßnahmen der Rehabilitation in ergänzender Zuständigkeit durch. Damit soll eine medizinische Rehabilitation auch für jene Personen sichergestellt werden, welche in der Pensionsversicherung nicht oder nicht mehr anspruchsberechtigt sind, sowie für mitversicherte Angehörige.

Die österreichischen Sozialversicherungsträger stellten 2009 30 Sonderkrankenanstalten (Rehabilitationszentren) mit 3.943 Betten, 9 Kuranstalten und Kurheime mit 754 Betten und 5 Erholungs- und Genesungsheime mit 526 Betten zur Verfügung. Zusätzlich gab es noch 31 Einrichtungen von Vertragspartnern.

Auf Wiener Stadtgebiet befinden sich zwei Einrichtungen: Neurologisches Rehabilitationszentrum „Rosenhügel“ mit 131 Betten, welches unter der Trägerschaft der SV der Gewerblichen Wirtschaft steht, sowie das Rehabilitationszentrum Wien-Meidling mit 52 Betten, welches unter der Trägerschaft der AUVA steht.

In der Regel sind Rehabilitationseinrichtungen nicht multidisziplinär ausgerichtet, sondern auf die Rehabilitation nach dem Eintritt von einer oder einigen wenigen Krankheitsgruppen wie z. B. Erkrankungen des Bewegungs- und Stützapparates, Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems, Erkrankungen des zentralen und peripheren Nervensystems, Erkrankungen des Stoffwechsel- und Verdauungssystems, onkologische Erkrankungen, pulmologische Erkrankungen und Schlaganfall spezialisiert. Aufgrund dessen erfolgt die Rehabilitation auch oft nicht wohnortnah, sondern in einer auf die Krankheitsgruppe ausgerichteten Rehabilitationseinrichtung. Genau aus diesem Grund erscheint der in diesem Bericht sonst übliche Vergleich der Versorgungsdichte mit verfügbaren Rehabilitationseinrichtungen bzw. -betten zwischen Wien, Gesamt- und Restösterreich hier wenig sinnvoll.

Deutlich wird hier aber, dass die Rehabilitation derzeit ein vernachlässigter Bereich ist. Die Wartezeiten sind relativ hoch, was den Rehabilitationserfolg verringert, und der Bereich ambulante Rehabilitation ist noch zu wenig ausgebaut, wenngleich Wien immerhin das einzige größere ambulante Rehabilitationszentrum (in der PVA) vorweisen kann.

3.6.3. Rettung

Die Wiener Berufsrettung (MA70) ist eine im landesgesetzlichen Auftrag tätige Rettungsorganisation. Sie arbeitet mit vier privaten Organisationen – Rotes Kreuz, Arbeiter Samariter-Bund, Johanniter-Unfall-Hilfe und Malteser Hospitaldienst Austria – zusammen. Gemeinsam bilden sie die Wiener Rettungsgemeinschaft.

Die Wiener Berufsrettung betreibt 12 Rettungsstationen, welche über das gesamte Stadtgebiet verteilt sind. Sieben weitere derartige Rettungsstationen werden von den privaten Partnerorganisationen betrieben.

Die Wiener Rettung erfüllt vier Hauptaufgaben:

1) Rettungseinsätze im Rahmen der Wiener Rettungsgemeinschaft.

Alle über den Notruf 144 eingehenden Notrufe werden von der Leitstelle der Wiener Rettung bearbeitet und nach den Kriterien des NEF-Systems (Notarzteinsetzfahrzeugsystem) von Fahrzeugen der Wiener Rettungsgemeinschaft abgewickelt.

Das NEF-System dient der Regelung des Einsatzes von Notärzten. Der Einsatz eines Notarztes ist nicht bei jedem Fall/Einsatz zwingend erforderlich. Aufgrund dieser Tatsache ist auch nicht jeder Rettungswagen der Wiener Rettung automatisch mit einem Notarzt versehen. Ein Notarzt wird vielmehr nur bei Bedarf zugezogen und kommt mit einem unabhängigen sogenannten Notarzteinsetzfahrzeug (NEF) in Form eines PKWs zum Einsatzort. Das NEF-System ermöglicht einen ziel- und bedarfsgerechten Einsatz von Notärzten.

2) Bettenzentrale

Patienten, welche von einem praktischen Arzt mittels Spitalszettel in ein Krankenhaus eingewiesen werden, benötigen fallweise einen Krankentransport. In einem derartigen Fall besorgt die Leitstelle des jeweiligen Krankentransportdienstes über die Bettenzentrale der Wiener Rettung das Spitalsbett.

Krankentransporte werden ausschließlich/in der Regel von den privaten Partnerorganisationen durchgeführt und erfordern eine geringere Ausstattung der Transportmittel. Häufig finden aber auch Mehrzweckfahrzeuge Einsatz.

3) Katastropheneinsatz

Für Katastrophenfälle steht bei der Wiener Rettung ein Katastrophenzug (K-Zug) zur Verfügung. Dieser ist für Einsätze mit einer großen Anzahl an Unfallopfern, besonderen Einsatzmustern, erhöhtem Personal- und Materialbedarf sowie einer im Vergleich zu Routineeinsätzen wesentlich längeren Einsatzdauer vor Ort ausgelegt.

4) Rettungsleitstelle

Der Rettungsleitstelle hat die Hauptaufgaben: 1) Annahme und Weitergabe von Notrufen rund um die Uhr, 2) Beantwortung und Hilfestellung bei medizinischen Fragestellungen und 3) Betreuung der Rechner und der Haustechnik.

Die oben beschriebenen Aufgaben und Zuständigkeiten sind im Wiener Rettungs- und Krankentransportgesetz (WRKG) geregelt.

4. Kosten und Finanzierung

4.1. Die Finanzierung der Wiener Spitäler

Die Finanzierung der Spitäler ist in Österreich sehr kompliziert (s.a. Czypionka et al. 2008, Czypionka et al. 2009). Eine Vielzahl von Finanziers ist beteiligt, da die Bundesverfassung festlegt, dass für die meisten Agenden im Gesundheitswesen der Bund die Gesetzgebungs- und Vollziehungskompetenz besitzt (Art. 10 B-VG), während im Spitalswesen die Grundsatzgesetzgebung beim Bund, die Ausführungsgesetzgebung und Vollziehung jedoch bei den Ländern liegt (Art. 12 B-VG). Die Finanzierung wird daher in sogenannten 15a-Vereinbarungen über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens zwischen Bund und Ländern verhandelt (im Folgenden: 15a-VB) und in den entsprechenden Gesetzen (Sozialversicherungsgesetze, Kranken- und Kuranstaltengesetz (KaKuG) des Bundes, Krankenanstaltengesetze und Landesgesundheitsfondsgesetze der Länder, Finanzausgleichsgesetz) umgesetzt. Die derzeit geltende Fassung der 15a-VB für den Zeitraum 2008-2013 erhöhte vor allem den Anteil des Bundes an der Spitalsfinanzierung um rund 100 Mio. Euro und dynamisierte die Dotierung der Bundesgesundheitsagentur. Anders als landläufig angenommen, trägt die Sozialversicherung den größten Anteil der Spitalskosten, nämlich rund 43 Prozent der Endkosten ohne Nebenkosten¹³. Um die Krankenanstalten aus dem Sektor Staat nach ESVG `95¹⁴ auszugliedern, wurde die Finanzierung auf „marktmäßige Erlöse“ umgestellt. Das Geld für die Spitalsfinanzierung wurde in jedem Bundesland seit 1997 im „Landesfonds zur Krankenanstaltenfinanzierung“ bzw. seit der Reform 2005 im „Landesgesundheitsfonds“ zusammengeführt. Gleichzeitig erfolgte mit der Reform auch eine Umstellung von der Pflgetagsvergütung (Bezahlung pro Tag Spitalsaufenthalt) auf ein DRG-System¹⁵, welches in Österreich LKF-System (leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung) genannt wird.

Der Effekt ist vor allem in Hinblick auf die Maastricht-Kriterien interessant, da die Defizite und Schulden der Spitäler aufgrund ihrer „privaten“ Natur nicht hinzugezählt wurden. Im Herbst 2010 veröffentlichte jedoch Eurostat ein neues Manual on Government Deficit and Debt (MGDD), welches vorgibt, dass die Defizite und Schulden aller juristischen Personen ebenfalls Maastricht-relevant sind, für welche der Staat die volle Haftung übernimmt, und diese wiederholt schlagend wird oder deren Realisierung wahrscheinlich ist. Statistik Austria erhob daraufhin die Schulden und Defizite der Spitäler, sodass das Staatsdefizit 2010 alleine durch die Spitäler um 0,6 Mrd. Euro, der Schuldenstand um 2,9 Mrd. Euro anwuchs (Statistik Austria 2011).

¹³ Die Endkosten ohne Nebenkosten sind jene Kosten im Fondsspitalswesen, die der Patientenversorgung zuzurechnen sind (und nicht beispielsweise durch Pensionsansprüche oder Geschäftsbetriebe im Krankenhaus)

¹⁴ Europäisches System der Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnungen.

¹⁵ DRG steht für „diagnosis related groups“. Ein solches System fasst Behandlungsfälle zusammen und ermöglicht eine Pauschalabgeltung.

Exkurs: Wiener Gesundheitsfonds

Der Wiener Gesundheitsfonds wurde nach Maßgabe der aktuellen zwischen dem Bund und den Ländern geschlossenen Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens in Form eines öffentlich-rechtlichen Fonds mit eigener Rechtspersönlichkeit am 01. 01. 2006 errichtet.

Im Bereich der Krankenanstaltenfinanzierung beschränkt sich der Aufgabenbereich des Wiener Gesundheitsfonds auf die Wiener öffentlichen allgemeinen Krankenanstalten und Sonderkrankenanstalten sowie auf die Wiener privat-gemeinnützigen allgemeinen Krankenanstalten. In allen anderen Bereichen erstreckt sich sein Aufgabenbereich auf sämtliche Sektoren des Gesundheitswesens in Wien.

Zu den Aufgaben des Wiener Gesundheitsfonds zählen laut § 2 Abs. 1 Wiener Gesundheitsfonds-Gesetz:

1. die Abgeltung von Leistungen der Krankenanstalten für Personen, für die ein Träger der gesetzlichen Krankenversicherung leistungspflichtig ist,
2. die Gewährung allfälliger Investitionszuschüsse an die Träger der im § 1 Abs. 2 genannten Krankenanstalten,
3. die Adaptierung des vom Bund entwickelten "leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierungssystems (LKF-Modell)",
4. die Mitwirkung an der Umsetzung und Kontrolle der Einhaltung von Qualitätsvorgaben für die Erbringung von Gesundheitsleistungen,
5. die Darstellung des Budgetrahmens für die öffentlichen Ausgaben im intra- und extramuralen Bereich,
6. die Abstimmung der Inhalte sowie allfälliger Anpassungen, Wartungen und Weiterentwicklungen des Regionalen Strukturplans Gesundheit Wien (Detailplanung zur integrierten Gesundheitsstrukturplanung und zum Österreichischen Strukturplan Gesundheit) bzw. von Kapazitätsfestlegungen für die Erbringung von Gesundheitsleistungen in allen Sektoren des Gesundheitswesens, wobei die Qualitätsvorgaben gemäß Z 4 zu berücksichtigen sind,
7. die Erprobung und Umsetzung von Modellen zur sektorenübergreifenden Finanzierung des ambulanten Bereichs sowie Umsetzung von leistungsorientierten Vergütungssystemen (ergebnisorientiert, pauschaliert und gedeckelt) unter Berücksichtigung aller Gesundheitsbereiche auf Basis entsprechender Dokumentationssysteme,
8. die Durchführung von Analysen zur Beobachtung von Entwicklungen im österreichischen Gesundheitswesen, wobei insbesondere auch auf die geschlechtsspezifische Differenzierung zu achten ist,

9. das Nahtstellenmanagement zwischen den verschiedenen Sektoren des Gesundheitswesens,
10. die Mitwirkung im Bereich Gesundheitstelematik,
11. die Entwicklung von Projekten zur Gesundheitsförderung,
12. die Entwicklung und Umsetzung konkreter strukturverbessernder Maßnahmen inklusive Dokumentation der Leistungsverschiebungen zwischen den Gesundheitssektoren,
13. die Abstimmung der Ressourcenplanung zwischen dem Gesundheitswesen und dem Pflegebereich,
14. die Erstellung von Voranschlägen und Rechnungsabschlüssen,
15. sonstige Aufgaben, die dem Wiener Gesundheitsfonds durch das Land Wien übertragen werden,
16. die Evaluierung der von der Wiener Gesundheitsplattform auf Landesebene wahrgenommenen Aufgaben.

Das Organ des Wiener Gesundheitsfonds ist laut § 4 Abs. 1 Wiener Gesundheitsfonds-Gesetz die Wiener Gesundheitsplattform, welche aus 30 Mitgliedern besteht. Ihr gehören unter anderem drei Mitglieder des Landes (z. B. der für das Krankenanstaltenwesen zuständige Stadtrat, der für das Finanzwesen zuständige Stadtrat), drei Mitglieder der Sozialversicherung, 15 Abgeordnete zum Wiener Landtag, ein vom Bund entsandtes Mitglied, ein von der Ärztekammer für Wien entsandtes Mitglied und ein vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger entsandtes Mitglied (ohne Stimmrecht) an.

Die Landesgesundheitsfonds werden aus verschiedenen Quellen gespeist. Dazu zählen Ertragsanteile von Bund, Ländern und Gemeinden und Zahlungen der Sozialversicherung. Die Länder müssen außerdem (aus oben genannten Gründen) landesgesetzlich sicherstellen, dass die Spitäler über 50 Prozent ihrer Erträge aus marktmäßigen Erlösen (v. a. LKF-Entgelte und Zahlungen von Privatversicherungen) erhalten. Eine entsprechende Verpflichtung wurde in den 15a-Vereinbarungen seither niedergelegt. Dadurch erfolgt auf Landesebene in einigen Bundesländern eine Zusatzdotierung. Die Mittel des Bundes und ein Teil der Mittel der Sozialversicherung fließen dabei über die Bundesgesundheitsagentur, die gleichsam das Bundes-Pendant zu den Landesgesundheitsfonds ist. Ihr Organ ist auch das oberste Entscheidungsgremium im österreichischen Gesundheitswesen, die Bundesgesundheitskommission.

Die Bundesgesundheitsagentur erhielt 2008 Anteile an den Ertragsanteilen des Bundes an der Umsatzsteuer in Höhe von 1,416 Prozent sowie Fixbeträge von 258.426.240,71 Euro (angehoben gegenüber 15a-VB 2005-2008) und (neu seit 2008) 83.573.759,29 Euro. Die Mittel der Bundesgesundheitsagentur stammen zu 83.573.759,29 Euro aus Mitteln der

Sozialversicherung (§447f ASVG).¹⁶ Ab 2009 wird die Regelung umformuliert, um dem FAG 2008-2013 besser zu entsprechen. Der dritte Fixbetrag bleibt gleich, die Ertragsanteile und der zweite Fixbetrag wird durch eine komplizierte, historisch orientierte Formulierung ersetzt: Der Bund stellt sicher dass die BGA dotiert wird

„1.

Mit einem Betrag in Höhe eines Anteiles am Aufkommen an den Abgaben mit einheitlichem Schlüssel (§ 9 Abs. 1 FAG 2008) ohne die vor der Teilung abgezogenen Beträge gemäß § 8 Abs. 2 FAG 2008, wobei dieser Anteil als Verhältnis des Betrages gemäß Abs. 1 Z 1 zu den Aufkommen an diesen Abgaben im Jahr 2008 ohne die vor der Teilung abgezogenen Beträge gemäß § 8 Abs. 2 FAG 2008 ermittelt wird,

2.

mit einem Betrag in Höhe eines Anteiles am Aufkommen an den Abgaben mit einheitlichem Schlüssel (§ 9 Abs. 1 FAG 2008) ohne die vor der Teilung abgezogenen Beträge gemäß § 8 Abs. 2 FAG 2008, wobei dieser Anteil als Verhältnis des Betrages von 258 426 240,71 Euro zu den Aufkommen an diesen Abgaben im Jahr 2008 ohne die vor der Teilung abgezogenen Beträge gemäß § 8 Abs. 2 FAG 2008 ermittelt wird[...]"

(15a-Vereinbarung zur Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens 2008-2013, Art. 17)

Von den Mitteln der Bundesgesundheitsagentur erhalten derzeit vier Landesgesundheitsfonds zunächst Vorweganteile nach insgesamt sieben Bestimmungen des Artikel 17. Wien erhält keine Vorweganteile. Nach Abzügen weiterer Mittel für das Transplantationswesen und dergleichen werden die Mittel an die Landesgesundheitsfonds nach bestimmten Schlüsseln verteilt (siehe unten).

Die Sozialversicherung trägt zur Finanzierung nach §447f und auch §447a zur Finanzierung der Landesgesundheitsfonds bei. Sie zahlt damit einen Pauschalbetrag für die Pflege in Krankenanstalten für ihre Versicherten. Allerdings verliert sie damit auch die Mitsprachemöglichkeiten. Die Gesundheitsreform 2005, bei der die Landesfonds in Landesgesundheitsfonds mit einer von Bund, Land, Gemeinden und SV beschickten Landesgesundheitsplattform umgewandelt wurden, änderte daran wenig, da die Entscheidungsbefugnis für das Spitalswesen weiterhin bei den Ländern blieb.

Die Mittelaufbringung der SV-Träger folgt auch bereits vier verschiedenen Beträgen, die Mittels Schlüsseln auf die Träger umgelegt und im virtuellen SV-Ausgleichsfonds zur Krankenanstaltenfinanzierung nach §447f zusammengeführt werden. Ihre Behandlung würde den Rahmen sprengen.

¹⁶ Sic!! In der neuen 15a-VB ist der zweite Fixbetrag dazugekommen. Er entspricht betragsmäßig den SV-Mitteln, aber dieser war auch früher zu zahlen, als nur der erstgenannte Fixbetrag vorgeschrieben war. Die Steigerung der Bundesmittel entspricht somit einer „Valorisierung“ des ersten Fixbetrags und einem zusätzlichen zweiten Fixbetrag, der aber dieselbe Höhe hat wie die SV-Beiträge an die BGA.

Die Länder (0,949 Prozent) und Gemeinden (unterschiedlich, nach FAG) leisten außerdem aus ihren Ertragsanteilen an der Umsatzsteuer Beiträge zu den Landesgesundheitsfonds. Dabei erfolgt ein horizontaler Finanzausgleich, da die Mittel nach anderen Schlüsseln wieder auf die Fonds verteilt werden, welche unter anderem ex-ante inländische Gastpatientenströme berücksichtigen.

Für die Aufteilung der Mittel der Bundesgesundheitsagentur, der Länder und der Sozialversicherung werden drei verschiedene Landesquoten (im Folgenden als Schlüssel bezeichnet) verwendet:

Tabelle 27: Landesquoten für die Berechnung der Mittel der Bundesgesundheitsagentur und der Sozialversicherung

	Schlüssel 1 Art 24 (1) 15a-VB	Schlüssel 2 Art 24 (2) 15a-VB	Schlüssel 3 Art 24 (4) 15a-VB	Schlüssel 4 Volkszählung 2001	Schlüssel 5 (LKF- Punkteverhältnis 2005)
Bundesland					
Burgenland	2,572%	2,559%	2,42621%	3,455%	2,19%
Kärnten	6,897%	6,867%	7,42563%	6,964%	7,54%
Niederösterreich	14,451%	14,406%	14,37732%	19,243%	16,06%
Oberösterreich	13,692%	13,677%	17,44814%	17,139%	18,35%
Salzburg	6,429%	6,443%	6,44160%	6,415%	6,29%
Steiermark	12,884%	12,869%	14,54959%	14,731%	13,66%
Tirol	7,982%	8,006%	7,69647%	8,384%	9,37%
Vorarlberg	3,717%	3,708%	4,11481%	4,371%	3,50%
Wien	31,376%	31,465%	25,52023%	19,297%	23,04%

Quelle: Cypionka et al. (2009) aktualisiert (Schlüssel 5).

Der Großteil der Mittel, die über diese Landesquoten berechnet werden, sind Sozialversicherungsmittel (87 Prozent), diese werden fast ausschließlich über den Schlüssel 3 verteilt. Die Mittel der Bundesgesundheitsagentur werden zu 60,7 Prozent über den Schlüssel 1, 17,2 Prozent über den Schlüssel 2 und 22 Prozent über den Schlüssel 4 verteilt. Die Landesmittel werden vorwiegend nach Schlüssel 1 verteilt. Gegenüber der 15-VB 2005-2008 wurde noch ein weiterer Schlüssel (hier: Schlüssel 5) hinzugefügt, über den ein Teil der Mittel der BGA verteilt wird (der zweite Fixbetrag).

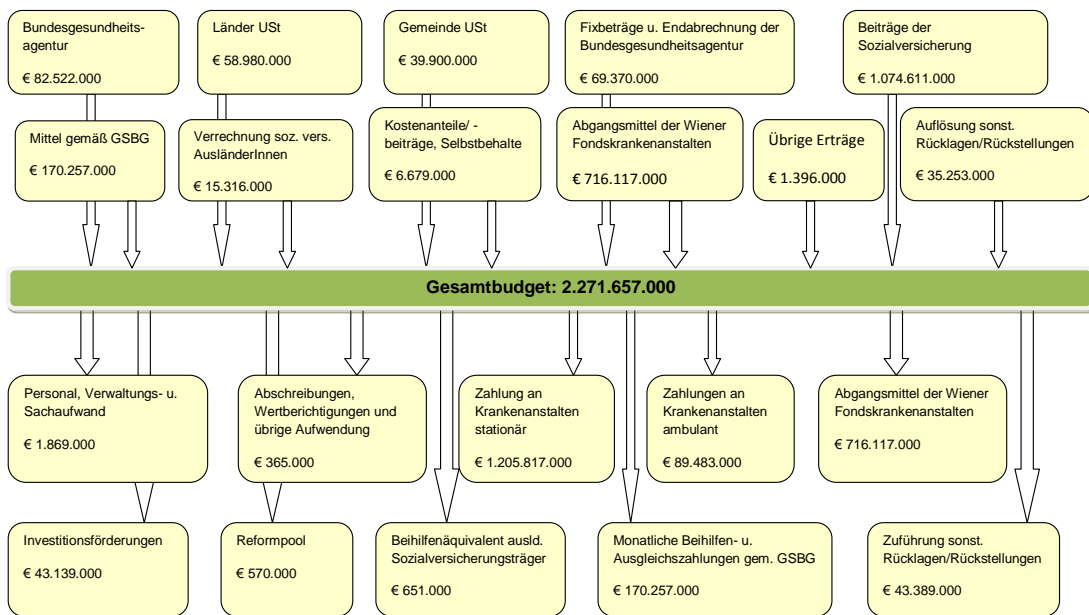
Außerdem fließen den Landesgesundheitsfonds Mittel nach Gesundheits- und Sozialbereichbeihilfengesetz (GSBG) zu. Diese Beihilfen stellen einen Ausgleich für die in der sechsten Mehrwertsteuerrichtlinie der EU eingeführte unechte Steuerbefreiung dar (und damit einen Verlust des Vorsteuerabzugs).

Weitere Mittel fließen dem Landesgesundheitsfonds aus landesgesetzlichen Regelungen zu. Die Dotierung in Relation zu den stationären Endkosten ist dabei zwischen den

Bundesländern sehr unterschiedlich. In Wien wird vergleichsweise wenig über den Landesgesundheitsfonds über das LKF-System an die Spitäler ausgeschüttet, was unter anderem auf den hohen Marktanteil der Ordensspitäler zurückführen sein dürfte (Czypionka et al. 2008).

Außerdem hat der Landesgesundheitsfonds sonstige Erträge wie Regresse (z. B. für ausländische Gastpatienten), Zinsen etc.

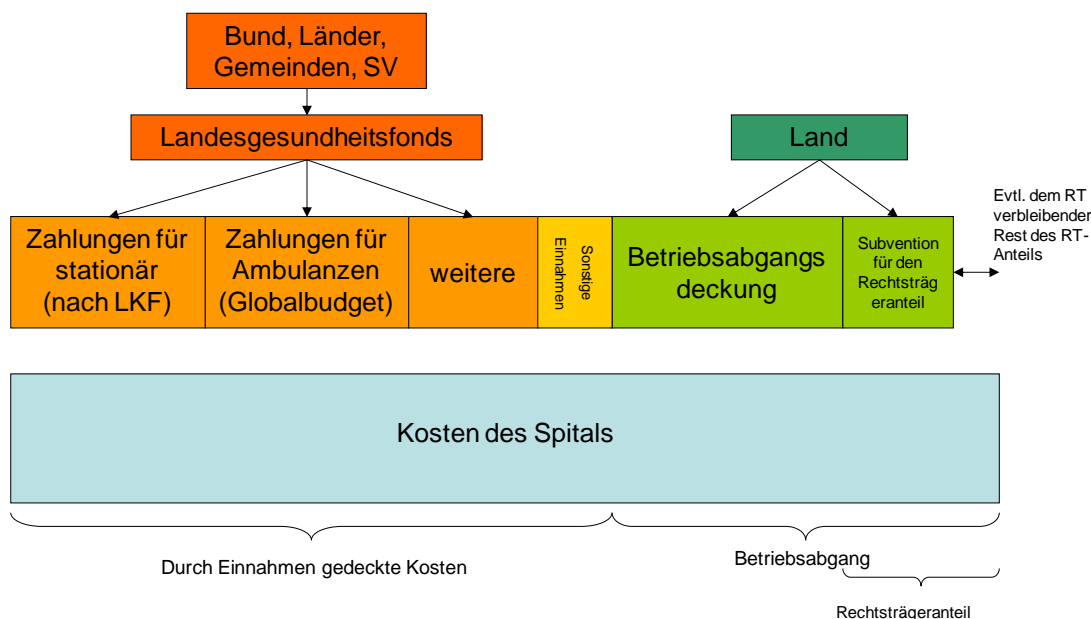
Abbildung 10: Einnahmen und Ausgaben des Wiener Gesundheitsfonds 2009



Quelle: IHS HealthEcon 2011 nach Zahlen des Geschäftsberichts des WGF.

Den Fondskrankenanstalten fließen dabei vor allem die Mittel für den stationären, den ambulanten und den Nebenkostenbereich sowie die Investitionszuschüsse zu. Die stationären Mittel werden dabei über das LKF-System leistungsorientiert ausgeschüttet. Das LKF-System war aber nie kostendeckend konzipiert. Daher verbleibt im stationären Bereich genauso wie im pauschal abgegoltenen Ambulanzbereich eine Finanzierungslücke, der Betriebsabgang. Die Abgangsmittel werden in Wien mittlerweile über den Landesgesundheitsfonds geführt, aber anders als in Vorarlberg nicht leistungsorientiert ausgeschüttet.

Der Betriebsabgang wird separat über die Betriebsabgangsdeckung gedeckt. Sie ist nach Rahmenvorgaben des KaKuG (des Bundes) in den Landes-KaKuGs genauer zu regeln.

Abbildung 11: Finanzierung Fondsspitäler

Quelle: IHS HealthEcon 2011.

Naturgemäß ist die Regelung der Finanzierung äußerst suboptimal. Nicht nur geht aus der 15a-VB nicht hervor, welche Mittel nun tatsächlich für die Gastpatientenströme vorgesehen sind; durch die kompromissbedingt eingefrorenen Schlüssel erfolgt zudem über Jahrzehnte keine Anpassung. Es werden lediglich neue Mittel über neue Mechanismen verteilt, was zu einem immer umfangreicheren Regelwerk geführt hat, das im Sinne der Verwaltungseffizienz nicht erwünscht sein kann, zumal der hohen Komplexität genau eine nicht optimale Form der Mittelzuteilung gegenübersteht. Eine Umstellung auf das Prinzip „Geld folgt Leistung“ würde diese Situation sofort bereinigen und die Dotierung der LGFs bevölkerungsbedarfsabhängig objektivieren.

Es fehlt in der Spitalsfinanzierung – österreichweit – an Transparenz und Leistungsorientierung. Das LKF-System ist von vorneherein nicht kostendeckend, sodass tatsächliche Defizite nicht vom „Betriebsabgang“ trennbar sind. Auch wird die private Leistungserbringung, mehr Wettbewerb sowie das Streben nach Effizienz extrem erschwert. Die Länder und damit auch das Land Wien agieren als Gesetzgeber, Regulator, Finanzier und Eigentümer gleichermaßen. Das Prinzip „Geld folgt Leistung“ kommt nicht zur Anwendung. Der Finanzausgleich müsste dieses Prinzip von vorneherein vorsehen und nicht eine Spitalsfinanzierung der Spitäler eines Bundeslandes, sondern der Bürger eines Bundeslandes, was insbesondere im Wiener Zusammenhang sehr bedeutsam ist, da rund 20 Prozent der Patienten nicht aus Wien stammen. Auch das fehlende Mitspracherecht der Sozialversicherung entspricht keineswegs finanzwissenschaftlichen Prinzipien. Entsprechende Vorschläge für Änderungen finden sich in anderen IHS-Berichten (Cypionka et al. 2009).

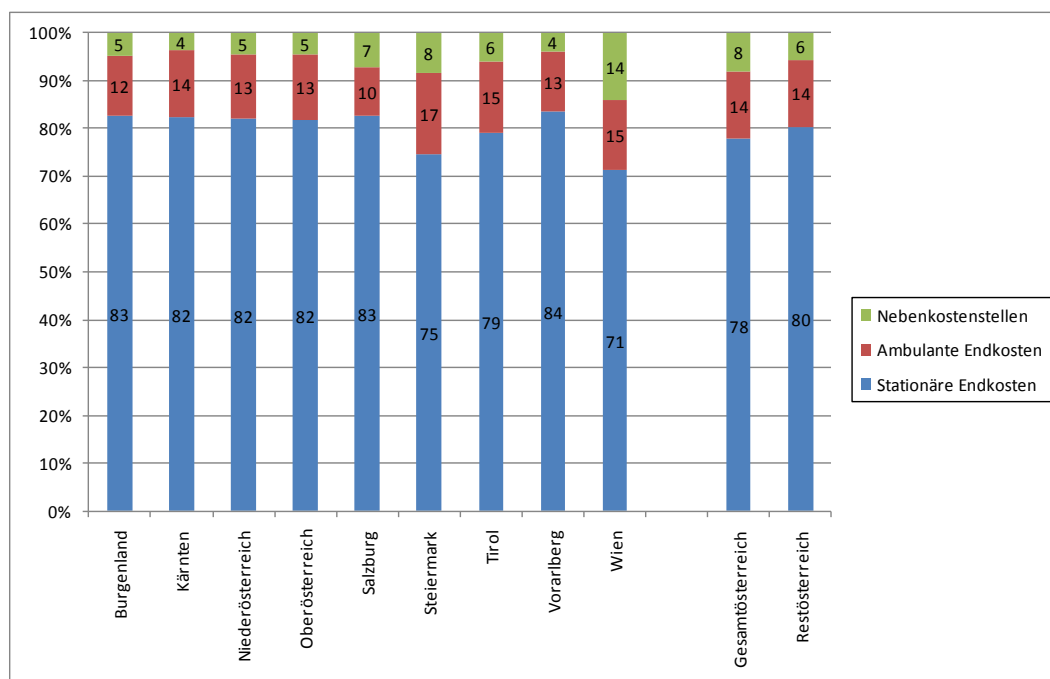
Dass auch 15 Mitglieder des Landtags einen Sitz in der Wiener Gesundheitsplattform haben, ist ein Unikum in Wien und in anderen Landesgesundheitsplattformen nicht üblich. Es stellt sich hier die Frage nach der Sinnhaftigkeit.

4.2. Kosten der Fonds-Krankenanstalten

Die Endkosten¹⁷ in Österreichs Fondskrankenanstalten können in stationäre Endkosten (stationäre Kostenstellen), in ambulante Endkosten (Kostenstellen der Spitalsambulanzen) und Endkosten von Nebenkostenstellen¹⁸ differenziert werden. Im Vergleich zum gesamtösterreichischen Durchschnitt ist in Wien der Anteil der Nebenkosten mit rund 14 Prozent besonders hoch, vgl. Abbildung 12. Zudem spielt auch der Bereich der Spitalsambulanzen in Wien eine bedeutende Rolle; die Ratio aus ambulanten zu stationären Endkosten betrug 2009 rund 0,20, lag somit um 12 Prozent über dem Österreichwert und war nur im Bundesland Steiermark mit 0,23 höher als in Wien.

¹⁷ Primärkosten (einfache ursprüngliche Kosten, die von außen in den Wirtschaftsbereich Krankenhaus eingehen) abzüglich Kostenminderungen (Erlöse bzw. Kostenersatzleistungen) (BMG 2009)

¹⁸ Kostenstellen des Krankenhauses, die nicht unmittelbar mit dem Anstaltszweck zusammenhängen, beispielsweise für Schulen, Personalwohnungen, medizinische und nicht-medizinische Leistungen an Dritte oder für die Vorsteuer (BMG 2009).

Abbildung 12: Endkosten in Fondskrankenanstalten, nach Leistungsbereichen, 2009

Quelle: Bundesministerium für Gesundheit 2010, IHS HealthEcon Berechnungen 2011.

Im stationären Bereich erfolgt die Abrechnung der Krankenhausaufenthalte im Rahmen der Landesgesundheitsfonds über das sogenannte System der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung (LKF-System). Als LKF-Modell wird das Instrumentarium zur bundesweit einheitlichen Bepunktung von stationären Krankenhausaufenthalten bezeichnet, welches die genauen Festlegungen zu allen leistungsorientierten Fallpauschalen (Zuordnungskriterien, Belagsdauerfestlegungen, LDF-Punkte), zur Intensivzusatzbepunktung sowie zu sämtlichen Sonderbereichen (z. B. palliativ-medizinische Einrichtungen) und Spezialfällen (z. B. tagesklinische Aufenthalte, Belagsdauerausreißer) beinhaltet (BMG 2010). Das LKF-Modell 2011 beinhaltet 991 Fallgruppen, wobei rund 44 Prozent davon (438) primär leistungsorientiert (MEL=Medizinische Einzelleistung) und rund 56 Prozent (553) diagnoseorientiert sind (HDG=Hauptdiagnosegruppe), vgl. Abbildung 13.

Abbildung 13: LKF-Modell 2011

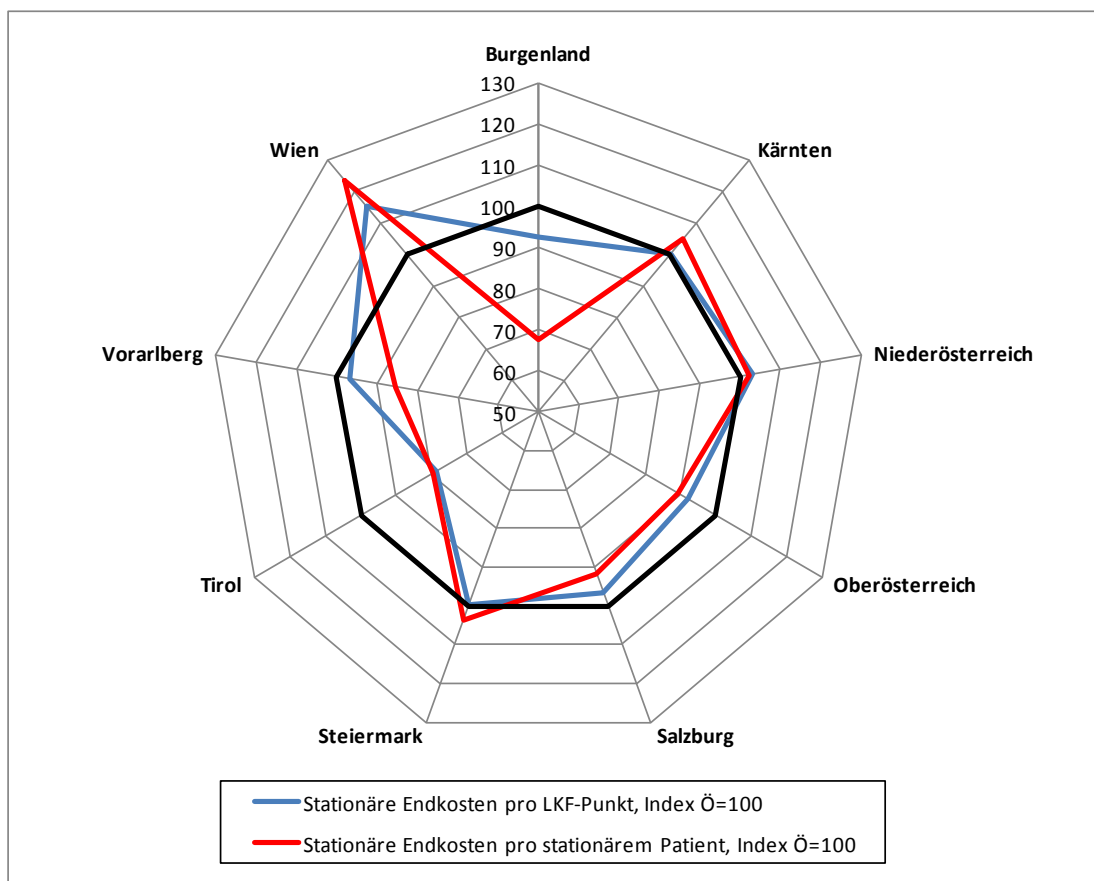
Ausgewählte Medizinische Einzelleistungen	
Ja	Nein
MEL-Nr.	ICD-10 Code
209 MEL-Gruppen	219 HDG-Gruppen
438 LDF	553 LDF

Quelle: Bundesministerium für Gesundheit (BMG) 2010.

Anders als beim Bezug der stationären Endkosten auf die stationären Patienten, ist durch den Bezug der stationären Endkosten auf die LKF-Punkte eine Einbeziehung der unterschiedlichen Schweregrade der Patienten („case mix“) möglich und es kann eine Aussage darüber getroffen werden, wie „teuer“ die Krankenanstalten – im Bundesländervergleich – sind.

Abbildung 14 zeigt, dass Wien in beiden Kennzahlen deutlich über dem gesamtösterreichischen Durchschnitt liegt.

Abbildung 14: Stationäre Endkosten pro LKF-Punkt und pro stationärem Patient, 2009, Index Österreich = 100

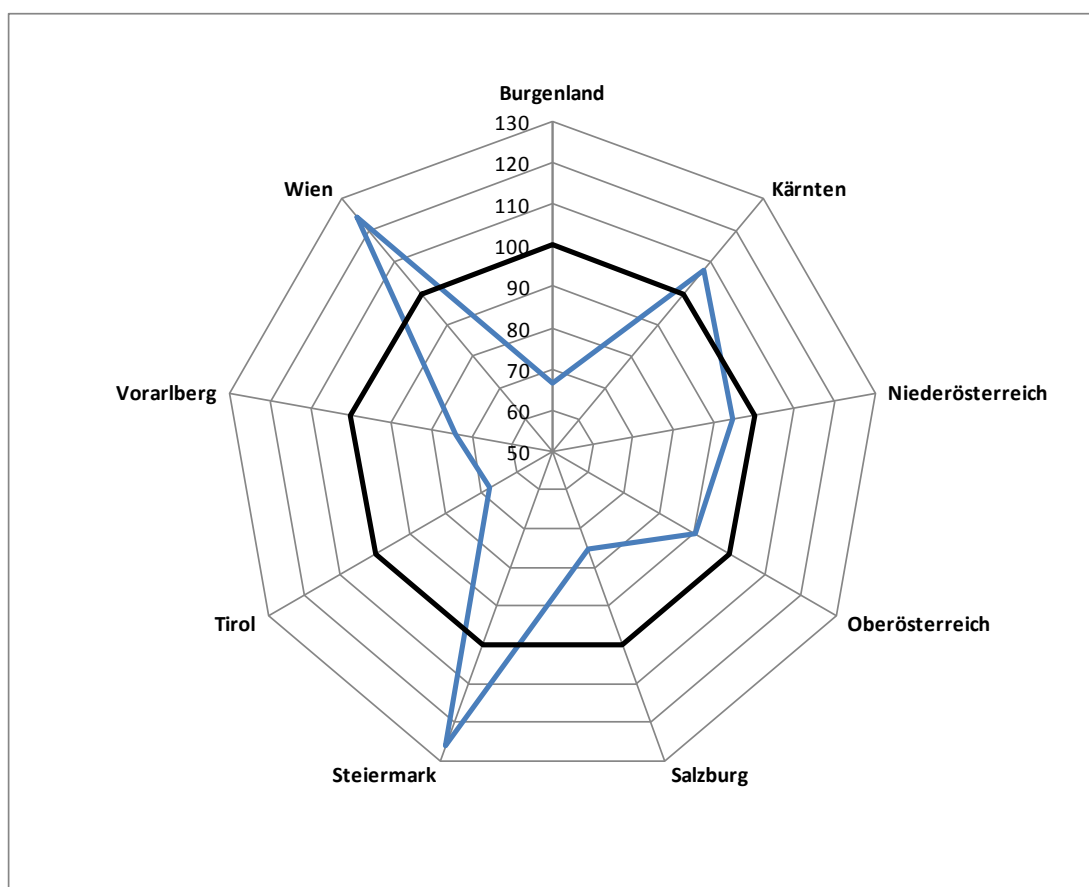


Quelle: Bundesministerium für Gesundheit 2010, IHS HealthEcon Berechnungen 2011.

Anders als im stationären Bereich erfolgt die Vergütung spitalsambulanter Leistungen (noch) nicht leistungsorientiert – sondern durch eine Ambulanzpauschale –, sodass ausschließlich ein Bezug der ambulanten Endkosten auf die Anzahl der ambulanten Patienten möglich ist. Gegenwärtig wird am Bundesministerium für Gesundheit (BMG) an der Umsetzung eines Katalogs ambulanter Leistungen (KAL) gearbeitet. Der KAL 2010 umfasst 360 Leistungen im engeren Sinn; zukünftig sollen alle an ambulanten Patienten erbrachten Leistungen dokumentiert werden. Pilotdokumentationen gibt es in den Bundesländern Niederösterreich,

Oberösterreich, Vorarlberg und der Steiermark. Die ambulanten Kosten pro ambulantem Patient variieren unter den Bundesländern zum Teil beträchtlich. So lagen Wien und die Steiermark in etwa 25 Prozent über dem Österreichdurchschnitt, während die Kosten pro Patient im Burgenland um 32 Prozent oder in Tirol um rund 20 Prozent unter dem gesamtösterreichischen Wert rangierten, vgl. Abbildung 15.

Abbildung 15: Ambulante Endkosten pro ambulantem Patient, 2009, Index Österreich = 100



Quelle: Bundesministerium für Gesundheit 2010, IHS HealthEcon Berechnungen 2011.

Das Wiener Spitalswesen weist weit überdurchschnittliche Kosten auf, was nur zum Teil über die hohe Spezialisierung und urbane Faktoren (siehe Seite 88) und die überregionale Versorgung zu erklären ist. Die Kostendynamik ist unterdurchschnittlich, was darauf hinweist, dass erste Gegenmaßnahmen ergriffen wurden.

*Die stationären Endkosten pro LKF-Punkt betragen 2009 1,36 Euro und waren somit um rund 15 Prozent höher als im Durchschnitt über das gesamte Bundesgebiet (1,18 Euro). Dies illustriert recht deutlich, dass im Wiener Spitalswesen noch ein **hohes Effizienzpotential** auszuschöpfen ist.*

4.3. Kosten der WGKK im Vergleich

Laut Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger waren im Jahr 2009 bei der Wiener Gebietskrankenkasse (WGKK) im Durchschnitt 1.119.050 Personen direkt versichert; der Kreis der Anspruchsberechtigten umfasst 1.495.110 Personen oder rund 23 Prozent der bei Gebietskrankenkassen (mit)versicherten Personen. Die zweitgrößte Gebietskrankenkasse in Bezug auf die anspruchsberechtigten Personen 2009 mit 18 Prozent stellt die Oberösterreichische Gebietskrankenkasse (OÖGKK) dar; sie wird im Folgenden insbesondere für Vergleichszwecke herangezogen.

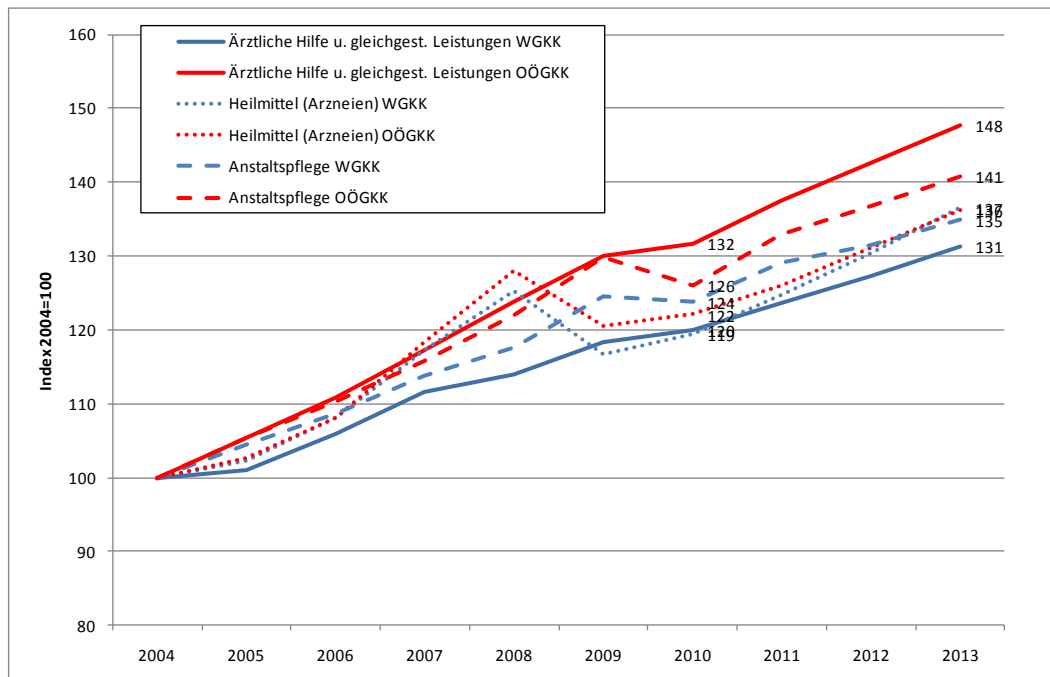
Die Gesamtausgaben der WGKK beliefen sich im Jahr 2009 auf rund 2.748 Millionen Euro, die Gesamteinnahmen auf rund 2.770 Millionen Euro, was zu einem leichten Überschuss von rund 21 Millionen Euro führte (+0,8 Prozent der Gesamteinnahmen). Laut aktueller vorläufiger Gebarung für das Jahr 2011 (Mai 2011) hat die WGKK in diesem Jahr mit einem Defizit von rund 38 Millionen Euro (-1,3 Prozent der Gesamteinnahmen) zu rechnen, welches sich 2012 auf 46 (-1,6 Prozent) und 2013 auf 77 Millionen Euro (-2,6 Prozent) erhöhen wird. Im Vergleich dazu wird der OÖGKK 2011 ein leichter Überschuss (0,1 Prozent) und 2012 (-1,2 Prozent) bzw. 2013 (-1,8 Prozent) ein etwas geringeres Defizit wie der WGKK veranschlagt.

Die Entwicklung der Hauptausgabenkomponenten bis 2010 zeigt, dass im Vergleich zur OÖGKK die Wachstumsdynamik der WGKK geringer ausgeprägt war; insbesondere der Bereich der ärztlichen Hilfe und gleichgestellter Leistungen war in Oberösterreich einem deutlich stärkeren Wachstum ausgesetzt (Wien: +20 Prozent, Oberösterreich: +32 Prozent), vgl. Abbildung 16.

Die Kopfquoten (Ausgaben pro direkt Versichertem) illustrieren jedoch, dass in Wien im Jahre 2009 alle drei Hauptausgabensegmente deutlich über dem Durchschnitt aller Gebietskrankenkassen lagen, vgl. Abbildung 17 und Abbildung 16; im Bereich der ärztlichen Hilfe und gleichgestellten Leistungen um 16 Prozent, im Bereich der Anstaltspflege¹⁹ um 15 Prozent und im Heilmittelbereich um 10 Prozent. Bei genauerer Betrachtung der WGKK und der OÖGKK zeigt sich, dass der Unterschied im Niveau der Kopfquoten sich im Bereich der ärztlichen Hilfe deutlich reduziert hat: Lag die Kopfquote der WGKK in diesem Bereich 2004 noch 42 Prozent über jener der OÖGKK, verringerte sich der Anstand 2009 um 8 Prozentpunkte auf 34 Prozent. Grund dafür ist der zuvor erwähnte starke Ausgabenanstieg im Beobachtungszeitraum in diesem Bereich.

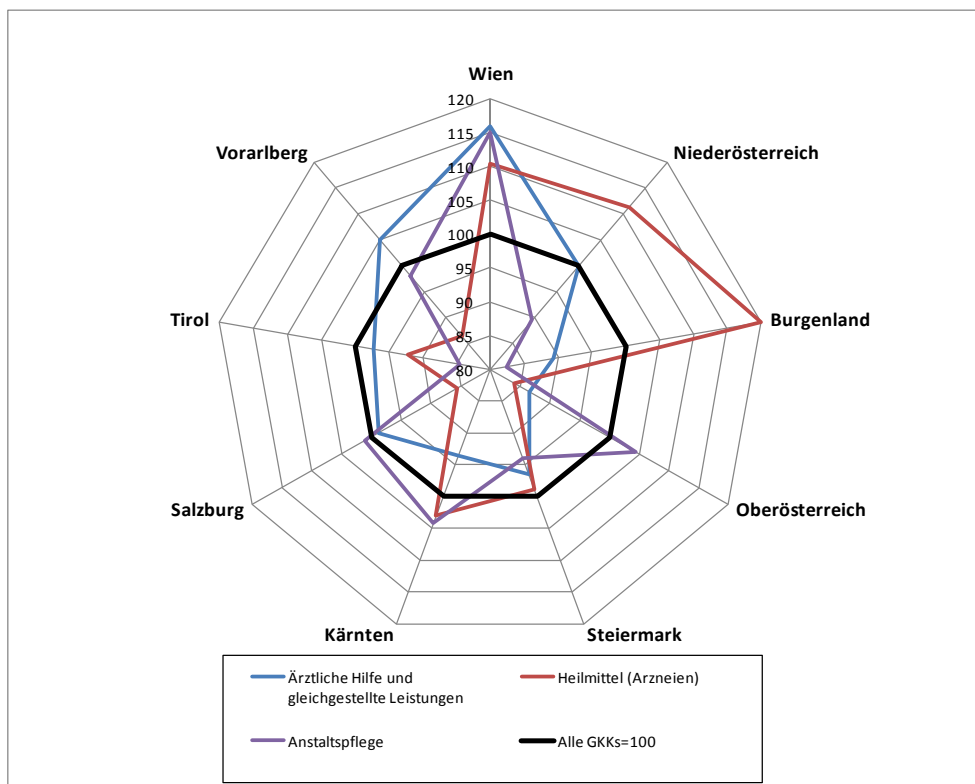
¹⁹Überweisung an den Krankenanstaltenfonds sowie Verpflegskosten und sonstige Leistungen

Abbildung 16: Entwicklung der Hauptausgabenkomponenten, WGKK und OÖGKK



Quelle: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger 2011, IHS HealthEcon 2011.

Abbildung 17: Kopfquoten (Ausgaben pro direkt Versichertem) 2009, Alle GKKs=100



Quelle: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger 2010, IHS HealthEcon 2011.

Die Schulden der WGKK beliefen sich mit Stand 31.12. 2009 auf 573 Millionen Euro. Der Vergleich mit den anderen Gebietskrankenkassen zeigt, dass die WGKK mit Abstand den höchsten Schuldenstand aufweist. An zweiter Stelle rangiert die Gebietskrankenkasse in der Steiermark (rund 246 Millionen Euro), an dritter Stelle jene in Kärnten (rund 122 Millionen Euro). Ein positives Reinvermögen weisen die OÖGKK mit rund 265 Millionen Euro und die Salzburger Gebietskrankenkasse mit rund 96 Millionen Euro aus.

In seinem Vergleich der Oberösterreichischen mit der Wiener Gebietskrankenkasse wies der Rechnungshof 2008 auf mehrere Unterschiede zwischen den beiden Kassen hin. Sowohl Honorare als auch Frequenzen vergleichbarer Leistungen sind bei der WGKK ungünstiger als bei der OÖGKK (Rechnungshof 2008). Hierbei ist zu sagen, dass die WGKK sich aufgrund des vorwiegend urbanen Umfelds²⁰ tatsächlich ungünstigeren Bedingungen gegenüber sieht. Einerseits sind die Wegekosten geringer und damit die Inanspruchnahme häufiger, andererseits sind die Einkommenserwartungen der Vertragsärzte höher.

Die Wiener Gebietskrankenkasse hat ähnlich wie die Spitäler mit deutlich höheren Kosten zu kämpfen als der Rest Österreichs. Interessanterweise sind es da wie dort rund 15 Prozent über dem Österreichschnitt. Gleichzeitig sind aufgrund des hohen Regionalprodukts auch die Einnahmen überdurchschnittlich. Die Kostendynamik hingegen ist ebenso wie im Spitalswesen unterdurchschnittlich, es ist also ein gewisses Gegensteuern zu erkennen. Die Ursache der höheren Kosten liegt an mehreren Faktoren. Zum einen besteht aufgrund der bereits erwähnten kurzen Wege und der Soziodemographie eine erhöhte Inanspruchnahme (siehe auch Kapitel zu urbanen Gesundheitssystemen). Gleichzeitig sind die Einkommenserwartungen der Ärzte in der Stadt sicher höher. Es wäre hier ganz essenziell, dass die WGKK mehr Möglichkeiten bekäme, die Inanspruchnahme zu steuern und als stärkerer Verhandlungspartner aufzutreten.

Hierbei spielen wiederum Dynamiken herein, die auf gesamtösterreichischer Ebene von Bedeutung sind, sich aber besonders in Wien sehr negativ auswirken. So sieht das ASVG vor, dass mit der Ärztekammer nur Gesamtverträge geschlossen werden können, d. h. nur mit allen Fachgruppen gemeinsam. Dadurch können höhere Einkommenserwartungen auch durchgesetzt werden. Hier wäre eine Neuadjustierung der regulativen Rahmenbedingungen dringend notwendig. Dies betrifft auch die Erweiterung der Möglichkeiten, das Inanspruchnahmeverhalten zu steuern, sowie den Konsum von Arzneimitteln. Hausarzt- und Gatekeepingsysteme sowie Selbstbehalte treffen jedoch vorwiegend auf Ablehnung in der politischen Arena, obwohl diese der Heilung von Marktfehlern dienen könnten. Vereinfacht gesagt besteht in der Stadt ein erleichterter Zugang zum Gesundheitswesen gegenüber dem ländlichen Raum. Es erscheint daher gerechtfertigt, entsprechende Ausgleichsmaßnahmen zu treffen.

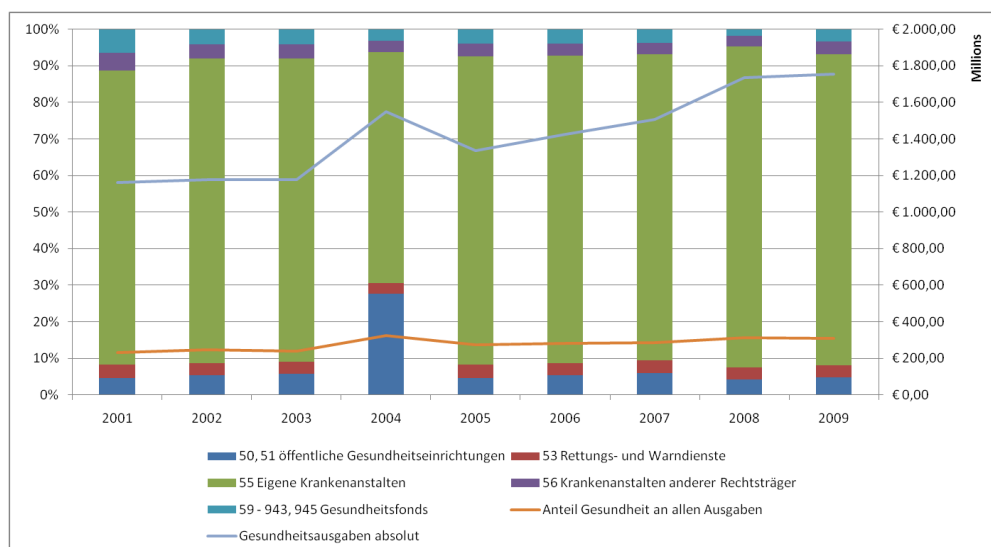
²⁰ Es ist hier ganz wesentlich zu unterscheiden, dass für die Krankenkassen der Ort der Arbeitsstelle die Zugehörigkeit bedingt, d. h. es sind z. B. viele burgenländische Pendler bei der WGKK versichert. Daher ist nicht ausschließlich von „urbanen“ Bedingungen auszugehen.

4.4. Gesundheitsausgaben des Landes Wien

Die Gesundheitsausgaben des Landes Wien lassen sich aus den gesundheitsrelevanten Ansätzen des Wiener Haushalts errechnen. Sie sind in Abbildung 18 dargestellt. Der Anteil der Gesundheitsausgaben am Gesamthaushalt stieg von 2001-2009 von 11,5 auf 15,5 Prozent.

Die jahresdurchschnittliche Wachstumsrate der nominellen Gesundheitsausgaben beträgt dabei 5,29 Prozent. Dementsprechend steigt auch der Anteil der Gesundheitsausgaben am Gesamtbudget Wiens. Es kann jedenfalls festgestellt werden, dass dieses Wachstum auf Dauer nur durch Verzicht in anderen Bereichen aufrecht erhalten werden kann.

Abbildung 18: Gesundheitsausgaben des Landes Wien



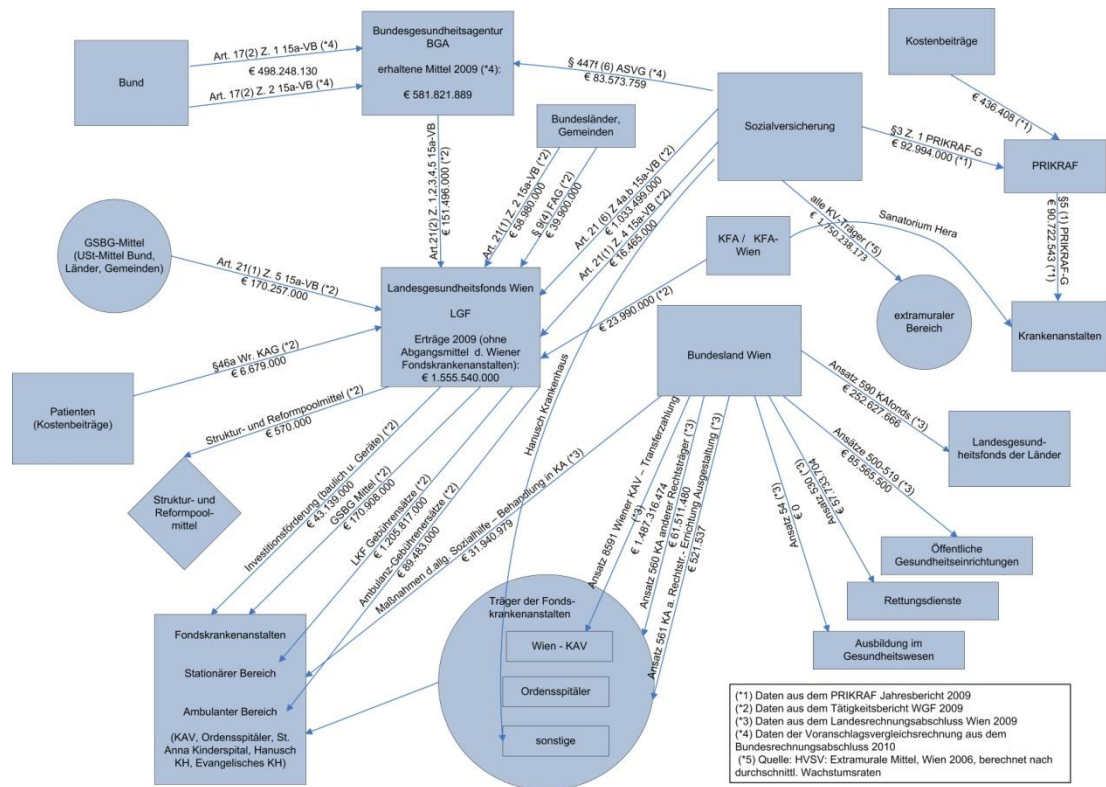
Quelle: IHS HealthEcon 2011 nach Rechnungsabschlüssen des Landes Wien.

Umso dringender ist somit die Hebung von Effizienzpotenzialen im Wiener Spitalswesen, welches (Ansatz 55) den bei weitem größten Anteil ausmacht.

4.5. Finanzströme im Wiener Gesundheitswesen

Die komplexen Finanzströme im Wiener Gesundheitswesen sind in der folgenden Grafik zusammengefasst.

Abbildung 19: Finanzströme im Wiener Gesundheitswesen 2009



Quelle: IHS HealthEcon 2011, diverse Quellen.

Es zeigt sich in Wien das auch für ganz Österreich gültige Bild einer zersplitterten und hochkomplexen Finanzierung, die gleichzeitig die Transparenz für den Bürger und Wähler nicht gewährleistet. Besonders schwerwiegend ist die fragmentierte Finanzierung über die Grenzen der Versorgung hinweg. Während die Sozialversicherung für den extramuralen Bereich und die Rehabilitation verantwortlich ist, ist das Land Wien für das Spitalswesen und die Langzeitpflege verantwortlich, sowie (in Einheit mit der Gemeinde) für viele Angelegenheiten der öffentlichen Gesundheit (siehe bspw. Gesundheitsämter). Die Sozialversicherung trägt dabei über den Fonds nach §447f und äquivalente direkt und über die Bundesgesundheitsagentur erhebliche Mittel bei, kann über die Verwendung dieser Mittel jedoch nicht bestimmen. Umgekehrt tragen Land/Gemeinde Wien die Hauptlast der Steigerungen der Kosten im Spitalswesen, da der Beitrag der SV an deren Einnahmenentwicklung und nicht die Kostenentwicklung gebunden ist. Eine Überwindung dieser Situation scheint ebenso notwendig wie politisch nicht durchsetzbar. Theoretische Lösungen wären die Überantwortung der Spitalsfinanzierung an die Sozialversicherung oder

die Umwandlung der Gesundheitsfonds in Versicherungsagenturen, die aber dann nicht die Finanzierung der Spitäler des Landes Wien, sondern die Inanspruchnahme der Bürger des Landes Wien in allen Bereichen sowie landesgrenzenunabhängig übernehmen.

4.6. Reformen und Reformdynamik

Das urbane Gesundheitssystem Wiens existiert nicht außerhalb der gesamten österreichischen Gesundheitspolitik. Entscheidende Probleme sollen hier in Verbindung mit Wien aufgezeigt werden.

In Österreich und somit auch in Wien fehlt es an Integration der Versorgung über die Versorgungsgrenzen hinweg. Dies liegt an der bereits angesprochenen Finanzierungs- und Kompetenzstruktur. Bisherige Versuche, dieses Problem zu überwinden, scheitern an der Grundsätzlichkeit des Problems. Die Gesundheitsreform 2005 war in diesem Punkt zu wenig erfolgreich. Angesichts der hohen zu erwartenden Gesundheitsausgabensteigerungen sind umfassendere Maßnahmen notwendig. Dies betrifft auch den Bereich der Spitäler, der hohe Effizienzpotenziale aufweist. Typischerweise laufen regionale (Gemeinde- oder Bundesland-) Regierungen Gefahr, von öffentlichen Leistungserbringern „gecaptured“ zu werden, also aufgrund der wichtigen Rolle im regionalen politischen Diskurs notwendige Reformen nur schwer durchsetzen zu können oder gar mit den lokalen Anbietern in Einklang zu handeln.

Derzeit laufen einige Reforminitiativen. Die Reformvorschläge weichen jedoch stark voneinander ab. Das Gesundheitsministerium fokussierte in seinem Vorschlag im Herbst 2010 auf das Spitalwesen und einen Konsolidierungskurs der Gesundheitsausgaben, der jedoch nicht klar genug bzgl. konkreter Umsetzungsvorschläge ist. Kernpunkt der Reform wäre ein einheitliches Bundesgesetz für die Krankenanstalten. Die Krankenanstalten würden also eine Materie nach Art. 11 statt Art. 12 B-VG. Dies ist jedoch lediglich eine Voraussetzung dafür, Reformen schneller umsetzen zu können.

Der Hauptverband der Sozialversicherungsträger forderte in seinem Masterplan im Herbst 2010 einen umfassenden Ansatz in einem Reformdialog mit großteils offenem Ergebnis. Es zeigt sich, dass Reformen in kleineren Gesundheitssystemen wie Österreich vor allem durch langfristige, visionengetriebene Prozesse umgesetzt werden können. Allerdings wurde diese Idee bisher nur teilweise umgesetzt. Die Forderung nach Gesundheitszielen wird von allen Stakeholdern grundsätzlich geteilt und wird wohl ein nächster kleiner Schritt sein.

Die Länder veröffentlichten ein sehr kurz und allgemein gehaltenes Reformpapier im Winter 2010. Es lässt vor allem mit der Forderung aufhorchen, das Gesundheitswesen generell in die Hände der Bundesländer zu überantworten. Wenigstens drei Dinge sprechen aus unserer Sicht gegen den Vorschlag: Kleinere Bundesländer sind zu klein, um sinnvolle

Einheiten für den Betrieb eines Gesundheitswesens zu sein. Zweitens würde die ungünstige Kongruenz zwischen Gesetzgeber, Regulator, Betreiber und Finanzier im Spitalswesen auf den niedergelassenen Bereich zumindest teilweise ausgedehnt. Drittens besteht in Österreich anders als in jenen Ländern, die ein solches staatliches und regionalisiertes Gesundheitswesen betreiben, in der Regel kein so starker Föderalismus. Das heißt, die gesamtstaatliche Ebene hat umfassende Steuerungsmöglichkeiten, die durch die hohe Autonomie der Bundesländer nicht gegeben sind.

Um einen solchen Vorschlag umzusetzen, müssten einige Voraussetzungen gegeben sein. Einerseits müssten die Länder dem Bund wesentliche Kontrollrechte einräumen. Zweitens sollten die Länder dann nicht mehr alle Leistungserbringer innerhalb der Bundeslandgrenzen finanzieren, sondern umgekehrt die Leistungen der Bürger unabhängig vom Ort der Inanspruchnahme.

In diesen theoretischen Voraussetzungen spiegelt sich auch die empirisch zu beobachtende Konvergenz der staatlichen und der Sozialversicherungsländer wider. Auch innerhalb der staatlich organisierten Gesundheitssysteme zeigt sich in den letzten Jahren eine Stärkung der gesamtstaatlichen Ebene, was übergeordnete Zielsetzung, übergeordnete Informationsdienstleistungen und Kontrolle betrifft.

B. Gesundheitssysteme im urbanen Umfeld

B1. Erkenntnisse zu urbanen Besonderheiten

1. Einleitung

Die globale demographische Entwicklung war in den letzten 150 Jahren durch starke Urbanisierung, also Verstädterung geprägt. Die Größe von Städten nahm dabei nicht nur proportional mit dem generellen Bevölkerungswachstum zu, sondern verzeichnete ein eindeutig schnelleres Wachstum, was dazu beiträgt, dass heute ein größerer Anteil der Weltbevölkerung in urbanen Zentren lebt als jemals zuvor. Diese Entwicklungen haben fundamentale Auswirkungen auf alle Bereiche des öffentlichen Lebens wie auch der öffentlichen Verwaltung. Darunter fallen unter anderem die Bereitstellung von Lebensraum, Transport, Bildung, Gesundheit, Nahrung, Sicherheit und wirtschaftlichen Möglichkeiten, um nur ein paar Bereiche exemplarisch zu nennen (vgl. Galea et al. 2005: 1017).

Auch in Europa ist dieser Trend feststellbar und führte dazu, dass aktuell rund 80 Prozent der gesamten Bevölkerung in urbanen Zentren lebt (vgl. Lawrence/Fudge 2009: i12). Während in Städten meist ein besserer Gesundheitsstatus und eine höhere Lebenserwartung als im ländlichen Raum festgestellt werden kann (wenn die Daten auf das globale Niveau aggregiert werden), ist im europäischen Raum die Lebenserwartung in Städten normalerweise niedriger als im nationalen Durchschnitt (vgl. Lawrence/Fudge 2009: i14).

2. Gesundheit im urbanen Raum

In Anbetracht der Tatsache, dass für einen Großteil der Weltbevölkerung ein Leben im urbanen Umfeld Lebensrealität wurde, kann dieses aus den Gesundheitsdebatten nicht mehr ausgeschlossen werden. Laufende Forschungen versuchen dabei, den gesundheitlichen Status der Stadtbevölkerung als Ganzes und von Subgruppen im Speziellen zu erfassen. Außerdem wird versucht, die Determinanten, die die Gesundheit im städtischen Umfeld beeinflussen, genauer zu erforschen.

Die international gängige Definition von Gesundheit geht auf die Verfassung der Weltgesundheitsorganisation aus dem Jahre 1946 zurück. Diese lautet:

„Die Gesundheit ist ein Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen. Der Besitz des bestmöglichen Gesundheitszustandes bildet eines der Grundrechte jedes menschlichen Wesens, ohne Unterschied der Rasse, der Religion, der politischen Anschauung und der wirtschaftlichen oder sozialen Stellung.“ (WHO-Verfassung, 1946)

Im Zuge der ersten Internationalen Konferenz zur Gesundheitsförderung wurde 1986 in Ottawa folgende Charta verabschiedet. Sie ruft zu aktivem Handeln für das Ziel „Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000“ auf.

„Gesundheit wird von Menschen in ihrer alltäglichen Umwelt geschaffen und gelebt: dort, wo sie spielen, lernen, arbeiten und lieben. Gesundheit entsteht dadurch, dass man sich um sich selbst und andere sorgt, dass man in die Lage versetzt ist, selbst Entscheidungen zu fällen und eine Kontrolle über die eigenen Lebensumstände auszuüben sowie dadurch, dass die Gesellschaft, in der man lebt, Bedingungen herstellt, die all ihren Bürgern Gesundheit ermöglichen.“ (WHO, 1986)

Diese Definitionen zeigen deutlich, dass Gesundheit eine schwer zu fassende Querschnittsmaterie ist und eine Fülle verschiedenster Einflussfaktoren umfasst, welche zum einen immer in unterschiedlichen Intensitäten auftreten, und zum anderen entweder direkte oder indirekte Effekte haben. Dem Untersuchungsinteresse folgend wird hier die Gesundheit im urbanen Raum genauer untersucht. Dabei wird sich dieser Bericht nur auf industrialisierte, hoch entwickelte Länder beziehen, da eine Vergleichbarkeit Wiens mit der Stadtentwicklung und insbesondere der Entwicklung von so genannten Mega-Cities in Schwellenländern und Ländern des Südens nicht gegeben ist. Generell ist städtisches Leben von einer sehr großen Diversität geprägt, die sich in einer starken Heterogenität der Lebensbedingungen niederschlägt. Jedoch sind die Funktionen und Auswirkungen der Determinanten, die sich auf die Gesundheit auswirken, ähnlich und so teilweise von Gesetzmäßigkeiten geprägt, die von teilweise sehr divergierenden Rahmenbedingungen unabhängig sind (vgl. Vlahov et al. 2005: 1-4). In industrialisierten Ländern sind typische

Probleme unter anderem die Luftverschmutzung, Radium- und Bleivorkommen in Gebäuden und Wasser, elektromagnetische Strahlung wie auch Pestizide in Lebensmitteln (vgl. von Schirnding 2002: 10). In der Literatur wird auch das so genannte „sick building syndrom“ angeführt. Dieses bezieht sich auf eine Reihe von Erkrankungen, die durch den Aufenthalt in bestimmten Gebäuden hervorgerufen werden können. Auftretende Symptome sind vor allem Erkrankungen der Nasen-, Augen- und Rachenschleimhäute, trockene Haut wie auch Kopfschmerzen und Lethargie. Diese Symptome sind generell sehr verbreitet, was sie jedoch zum „sick building syndrom“ zählen lässt, ist ihr häufigeres Auftreten in Verbindung mit diesen Gebäuden.

Bei genauerer Betrachtung dieses Problems kann jedoch nicht eindeutig festgestellt werden, ob diese Krankheitssymptome wirklich auf das Gebäude, in dem die Menschen leben oder arbeiten, zurückzuführen sind. So kommen Burge (2004) wie auch Marmot et al. (2006) in ihren Analysen zu dem Schluss, dass derartige Symptome durch individuelle und soziale Determinanten bedingt werden. Sozialer und beruflicher Stress, hohe Erwartungen im Beruf und das Gefühl, eine nur eingeschränkte Kontrolle über die eigenen Arbeitsbedingungen bzw. das Arbeitspensum zu haben, könnten alles Erklärungen für derartige körperliche Probleme sein. Die psychosoziale Umgebung und das Gefühl der Hilflosigkeit und fehlender Autonomie spielen also eine bedeutendere Rolle als die physische Umgebung. Dies impliziert, dass beim Phänomen des „sick building syndrom“ teilweise von einer Fehlbezeichnung gesprochen werden kann, da es nicht primär die Wohnverhältnisse sind, die die Menschen krankmachen, sondern die belastenden psychosozialen Bedingungen.

2.1. Grundlagen und Begrifflichkeiten

2.1.1. Urban exposure

Der Schwerpunkt der momentanen Forschung auf dem Gebiet Gesundheit und Urbanität liegt darauf, jene städtischen Gegebenheiten zu untersuchen, denen die städtische Bevölkerung ausgesetzt ist und die sich auf den menschlichen Organismus, die Lebensführung und die Psyche auswirken. In der Literatur wird dies als „urban exposure“ bezeichnet. (Galea et al. 2005: 1028). Diese kann zwei gegensätzliche Ausprägungen in Hinblick auf ihre gesundheitlichen Wirkungen haben, nämlich die „urban health penalty“ wie auch die „urban health advantage“, also die Nachteile oder Vorteile für die Gesundheit, die sich aus dem städtischen Umfeld ergeben. Alle Einflüsse müssen vor dem Hintergrund dieses Spannungsfeldes betrachtet werden, da es die Komplexität städtischer Bedingungen kaum zulässt, eindimensionale Aussagen über die positiven oder negativen Auswirkungen verschiedenster Gegebenheiten auf Gesundheit zu machen. Derartige Wirkungskanäle verlangen eine genauere Betrachtung und differenzierte Analyse. In der Forschung liegt in den letzten Jahren der Fokus eindeutig auf den negativen Faktoren urbanen Lebens. Auf

diese Faktoren wird im Zuge der Analyse noch genau eingegangen. Die positiven Aspekte von Urbanität werden selten thematisiert. Vlahov et al. (2005) fassten Ergebnisse auf diesem Gebiet zusammen. Dabei ist zu erkennen, dass es gerade bei Fragestellungen, wie sich sozioökonomische Heterogenität auf die Gesundheitssituation auswirkt, zu sehr divergierenden Ergebnissen kommen kann. Während es Untersuchungsergebnisse gibt, die ein städtisches Umfeld in Bezug auf Ungleichheiten positiv werten, da es zu positiven Spillover-Effekten kommen kann, weshalb auch ärmere Leute in den Genuss guter Versorgung kommen können (Vlahov et al. 2005: 2), konstatieren andere Studien, wie bei Moore et al. (2003: 271) dargestellt, genau das Gegenteil und sehen die Armen in Städten schlechter gestellt als die Armen im ruralen, also ländlichen Raum. Diese Ergebnisse legen nahe, dass städtespezifische Analysen notwendig wären. Ein weiteres von Vlahov et al. (2005: 3) gegebenes Argument ist jenes, dass Städte einen hohen Grad sozialer Kohäsion bedingen und dass die Versorgung mit Grundversorgungsgütern wie Nahrung, Wohnungen, Gesundheitsversorgung und Bildung besser ist. Auch wenn diese Güter ungleich verteilt sein mögen, würde der absolute Vorteil gegenüber ruralen Gebieten positiv auf die Gesundheit wirken. In Anbetracht dieser Analyse erscheint es schlüssig anzunehmen, dass Millionen von Menschen aus der Überzeugung heraus, in Städten bessere Arbeits- und Lebensbedingungen vorzufinden, in diese migrieren. Derartige Migrationstendenzen, die sich an bestimmten externen Gegebenheiten, wie der politischen oder sozialen Situation (Steuerlast, Gesundheitsversorgung, Kinderbetreuung, soziale Schicht), orientieren, sind Ausdruck des so genannten „Voting by Feet“, also einer Abstimmung mit den Füßen. Diese Analyse greift jedoch aufgrund ihrer Eindimensionalität zu kurz, denn urbanes Leben ist einer größeren Komplexität unterworfen. Unter anderem gilt es zwei Prozesse zu unterscheiden. Auf der einen Seite die bereits angesprochene Urbanisierung, auf der anderen Seite die Auswirkungen der Urbanität. Bei der Definition dieser beiden Begriffe beziehen wir uns auf den Bericht „Urbanisation, Urbanicity and Health“ von Vlahov und Galea (2002).

2.1.2. Urbanisierung

Urbanisierung bezieht sich dabei auf Prozesse, welche die Größe von Städten, die Bevölkerungsdichte, die Heterogenität der Bevölkerung beeinflusst und verändert. Dies impliziert, dass derartige Prozesse kein urbanes Zentrum voraussetzen, sondern überall zu wirken anfangen können. Die Entwicklungen, die Urbanisierung hervorbringen, können mannigfaltig sein. Von städtebaulichen Auswirkungen, wie etwa der Errichtung oder der Zerstörung von Gebäuden oder Transportmitteln bis hin zu Migrationsbewegungen, die die Zusammensetzung der Bevölkerung in Hinblick auf Ethnie, Geschlecht und Alter verändern, verbindet der Begriff Urbanisierung alles, was die Dynamik und den ständigen Wandel des menschlichen Zusammenlebens in einer Stadt zum Thema hat (vgl. Vlahov und Galea 2002: 4).

2.1.3. Urbanität

Urbanität dagegen bildet einen statischen Zustand ab und bezeichnet somit den Einfluss, den das städtische Umfeld auf das Leben der Menschen hat. Ein Beispiel im Gesundheitsbereich ist die größere Luftverschmutzung verursacht durch den Straßenverkehr und Industrieanlagen, was sich in einer größeren Prävalenz von Atemwegerkrankungen widerspiegelt. Weiters ist die Verkehrsunfallhäufigkeit wie auch Substanzmissbrauch zu nennen (vgl. Vlahov und Galea 2002: 4,5).

2.2. Faktoren urbaner Gesundheit

Im nächsten Abschnitt wird auf die Faktoren, die Gesundheit determinieren, genauer eingegangen. Nach dieser Darstellung werden Rahmenwerke dargestellt, die versuchen, diese Vielzahl an Einflüssen systematisieren und genauere Aussagen über Kausalitäten und Zusammenhänge treffen zu können.

Um Gesundheit im urbanen Umfeld besser verstehen zu können, müssen Aspekte der Urbanisierung wie auch der Urbanität immer komplementär betrachtet werden. Vlahov und Galea (2002: 6) erarbeiteten in Anbetracht der vorliegenden Literatur aus den Jahren 1970 bis 2002 eine Liste von Hauptfaktoren, die die Gesundheit beeinflussen. Diese können in drei Themenbereiche zusammengefasst werden: die sozialen Gegebenheiten, die physischen Gegebenheiten und der Zugang zu Gesundheitsleistungen. In der Folge werden diese Faktoren genauer darstellt.

2.2.1. Die sozialen Gegebenheiten

Das soziale Umfeld beschreibt zum einen die sozialen Netzwerke wie auch die generelle Zusammensetzung der Bevölkerung. Generell haben soziale Netzwerke das Potenzial, sich positiv auf die Gesundheit auszuwirken, indem Menschen soziale Unterstützung erfahren, wodurch Stressfaktoren abgefedert werden können. Auch indirekt, durch einen erleichterten Zugang zu Gütern wie Wohnungen, Essen oder informellen Gesundheitsdiensten, können sich positive Effekte ergeben. Diese Effekte sind von Urbanität an sich unabhängig, erst wenn diese mit dem städtischen Umfeld in Kontext gesetzt werden, erhalten sie ihre stadtspezifischen Ausprägungen, denn städtisches Leben bedeutet eben auch, Stressfaktoren stärker ausgesetzt zu sein, wie z. B. sozialer Isolation, Hektik, Kriminalität, Arbeitslosigkeit und Armut. So können soziale Netzwerke Menschen helfen, mit derartigen Stresssituationen umzugehen, auf der anderen Seite kann sich das urbane soziale Umfeld auch direkt negativ auf das Gesundheitsverhalten auswirken, was sich unter anderem in gesundheitsschädlichem Verhalten wie Substanzmissbrauch niederschlägt. Auch die Gewaltbereitschaft und mentale Probleme werden vom sozialen Umfeld mitbestimmt

(Ludermir 1998 zit. nach Moore et al. 2003: 274). Dies spannt den Bogen zur generellen Zusammensetzung der Bevölkerung, die über das individuelle soziale Umfeld hinausreicht. Städte sind nicht nur von einer größeren Bevölkerungsdichte, sondern auch von größerer Diversität und Komplexität geprägt. Der ständige dynamische demographische Wandel durch historische Trends, Fertilitätsraten und vor allem Migration gibt einer Stadt ihre speziellen Charakteristika wie Altersstruktur, Verhältnis zwischen Männern und Frauen, Normen und Werte wie auch kulturelle Unterschiede (vgl. Vlahov et al. 2007: 19f). Menschen, die in Städten leben, verbindet also kein urbaner Genotyp. Darunter ist zu verstehen, dass das urbane Umfeld den Menschen nicht in seiner genetischen Zusammensetzung verändert. Jedoch existiert ein urbaner Phänotyp. Durch soziale Prozesse wie Migration, ethnische Segregation, unterschiedlichen Zugang zum Wohnungsmarkt wie zu höherer Bildung wird die urbane Bevölkerung in Nischen unterteilt. Innerhalb dieser finden Interaktionen mit der sozialen und physischen Umwelt statt. Diese externen Einflüsse sind es, die den urbanen Phänotyp produzieren, welcher durch den Genotyp und die Umwelt bedingt wird. Das zeigt, dass die Umwelt einen bedeutsamen Einfluss auf den menschlichen Körper haben kann. Es können Immunitäten gegen häufige Krankheiten oder eine größere Resistenz gegenüber psychologischem Stress, welcher durch die Lebensbedingungen bedingt wird, aufgebaut werden (vgl. Galea et al. 2005: 1025).

Die Segregation der Stadtbevölkerung an Spannungslinien wie Ethnie und sozioökonomischer Stellung stellt eine nicht zu unterschätzende Herausforderung dar, führen doch derartige Segregationen und die Bildung marginalisierter Gruppen zu Barrieren in Bezug auf den Zugang zu Sozial- und Gesundheitsleistungen. Segregationen²¹ bedeuten in der Regel einen schwer zu durchbrechenden Teufelskreis, was in einer Abschottung homogener Gruppen münden kann, welche an einer überproportionalen Belastung und Anfälligkeit von Umwelteinflüssen leiden (William und Collins 2002 nach Galea und Vlahov 2005: 8). Ganz allgemein muss also der Diversität der Stadtbevölkerung Rechnung getragen werden, indem versucht wird, sie nicht als homogenes Ganzes zu sehen, sondern die Vielzahl der in ihr lebenden Subgruppen. Galea und Vlahov (2005) thematisieren unter anderem Obdachlose, ökonomisch schlechter gestellte Personen, ethnische Minderheiten, ImmigrantInnen, Kinder, ältere Leute wie auch Minderheiten aufgrund ihrer sexuellen Ausrichtung. Die besondere Relevanz dieser Gruppierungen ergibt sich daraus, dass sie in Städten im Vergleich zum nationalen Durchschnitt meist überrepräsentiert sind. Weiters belegen Studien, dass gerade Subgruppen aufgrund des städtischen Umfeldes mit besonderen gesundheitlichen Nachteilen zu kämpfen haben (vgl. Andrulis und Shaw-Taylor 1996 nach Galea und Vlahov 2005: 302) Aufgrund dieser Heterogenität wären

²¹ Segregation bezeichnet die räumliche Trennung der Wohngebiete von sozialen (Teil-)Gruppen in einer Stadt/Region. Kriterien für die Trennung können sein: sozialer Status, demografische Merkmale wie Alter oder Stellung des Haushalts im Lebenszyklus, ethnische, religiöse und/oder sprachlich-kulturelle Kriterien. Die Segregation kann entweder freiwillig oder unfreiwillig erfolgen und geht generell mit ungleichen Lebenschancen einher (vgl. Gabler Wirtschaftslexikon: <http://wirtschaftslexikon.gabler.de/Archiv/5477/segregation-v6.html>).

disaggregierte intra-urbane Daten für ein besseres Verständnis und gezielte Interventionen notwendig (Moore et al. 2003: 271), während die Realität zeigt, dass schon auf Stadtebene die Datenverfügbarkeit eingeschränkt ist.

Untersuchungen zeigen auch, dass gerade wirtschaftliche Ungleichheit im Hinblick auf Gesundheit nicht nur als ein andere Determinanten verschärfender Faktor gesehen werden darf, sondern ganz explizit angeführt werden muss. Viele Städte sind von großen Wohlstandsunterschieden geprägt, die in einem engen geographischen Raum nebeneinander existieren. (Wilkinson 1997 nach Galea et al. 2005: 1026; Galea und Vlahov 2005: 8) So kommt unter anderem Mackenbach (2006) zu dem Ergebnis, dass eben der sozioökonomische Status eine ganz fundamentale Determinante von Gesundheit darstellt. Der sozioökonomische Status setzt sich dabei zusammen aus

- Bildungsniveau
- Art der Beschäftigung
- Einkommensniveau

Bei jedem dieser Indikatoren lassen sich systematische Unterschiede bei der Mortalitäts- wie auch Morbiditätsrate entlang sozioökonomischer Unterschiede europaweit feststellen. Außerdem öffnet sich diese Schere zunehmend. So muss die bloße Verfügbarkeit hoch qualitativer Versorgungsleistungen noch lange nicht bedeuten, dass auch alle Menschen einen egalitären Zugang zu diesen genießen.

Armut und sozioökonomische Schlechterstellung bedingt auch, dass Menschen Risikofaktoren wie qualitativ schlechteren Wohnungsbedingungen und Arbeitsbedingungen ausgesetzt sind und somit verstärkt mit toxischen Stoffen und anderen Gefahren in Berührung kommen (Mackenbach 2006). Sie sind es auch, die Umweltbelastungen stärker ausgesetzt sind, ohne jedoch das Potenzial aufzubringen, Abhilfe zu schaffen. Viel eher kann der fehlende ökonomische Spielraum zu umweltschädlichem und gegebenenfalls auch gesundheitsschädlichem Verhalten führen und Verhaltensänderungen erschweren (vgl. EU 1994).

Armut alleine als Faktor ist jedoch zu kurz gegriffen. Ganz wichtig ist es, die Ungleichheit einer Gesellschaft in die Überlegungen mit einzubeziehen. Die WHO hat diese Problematik auch in ihr Städte-Gesundheitsprojekt aufgenommen. Auf dieses Projekt wird später noch genauer eingegangen. Hancock (1996: 67ff) kommt zu folgenden Schlussfolgerungen. Untersuchungen zeigen, dass sich größere Ungleichheiten negativ auf die Gesundheit und die Lebenserwartung auswirken. Das BIP, als das wohl gängigste Wohlstandsmaß, scheint ab einem bestimmten Niveau (5000 Dollar pro Kopf) keine weiteren positiven Auswirkungen auf die Gesundheitssituation einer Gesellschaft zu haben. An dieser Stelle greift der soziale Status eher als das Einkommen per se. Hancock konstatiert den Grund dafür in der Tatsache, dass das Gemeinschaftsgefühl bei hoher Ungleichheit Schaden nimmt. Dies kann

in eine Negativspirale münden. Denn brechen die horizontalen sozialen Verbindungen und die soziale Solidarität auseinander, nehmen Stressfaktoren wie auch Exklusionstendenzen zu, was unter anderem zu Gewalt und Depression führen kann.

Weitere für Gesundheit relevante Faktoren, welche sich unter den sozialen Einflüssen subsumieren lassen, sind jene von Lawrence und Fudge (2009) dargestellten demographischen Entwicklungen in europäischen Ländern. Darunter zählen sie die Änderung der Haushaltsstruktur und -größe, was dazu führt, dass zum einen ältere Menschen öfter alleine leben und zum anderen die Anzahl an AlleinerzieherInnen-Haushalten steigt. Auch die Situation am Arbeitsmarkt ist einem fundamentalen Wandel unterworfen. So führen unterschiedlichste Trends dazu, dass die Prekarisierung immer weiter zunimmt. Auch Migrationsbewegungen haben große Bedeutung, vor allem auch durch ihre Inkonsistenz, also einen teilweise zyklischen Zuzug und Wegzug, welcher sich auch innerstädtisch zwischen Zentrum und Randgebieten realisieren kann. Diese Dynamik sich abwechselnder Zentralisierungs- und Dezentralisierungstendenzen stellt die Stadtentwicklung vor große Herausforderungen. Als letzten Punkt geben sie die Staatsausgabenquote an, welche in allen europäischen Ländern (zumindest bis vor der Krise) rückläufig war. Dies spiegelt sich laut den Autoren in verminderten Ausgaben für urbane Infrastruktur und Wohlfahrts- und Gesundheitsmaßnahmen wider (vgl. Lawrence und Fudge 2009: 14). Wir möchten dieses letzte Argument allerdings relativieren, da Infrastruktur sowie Gesundheits- und Wohlfahrtseinrichtungen nicht zwingend vom Staat bereitgestellt werden müssen. Wird beispielsweise ein Krankenhaus organisationsprivatisiert, sinkt gegebenenfalls die Staatsquote, ohne dass sich die Versorgung verschlechtern muss.

Die nun dargestellten Entwicklungen können auch das anfänglich angeführte Argument, dass Städte stärkere soziale Kohäsion bedingen, relativieren. Es kann genauso zu einem Zerfall oder zu einer Schwächung der sozialen Beziehungen kommen. Die Anonymisierung ist dafür ein wichtiges Schlagwort. Mangelnde soziale Bindungen können zum Risikoverhalten der Menschen beitragen (Rauchen, Drogen, Selbstmord, Gewalt, verfrühte sexuelle Aktivitäten) (vgl. Leviton et al. 2000: 863).

Zusammenfassend ist zu sagen, dass die sozialen Gegebenheiten einer Stadt kein eindimensionales Bild zeichnen. So können diese weder rein positiv noch rein negativ aufgefasst werden. Die Bevölkerungsdichte kann zwar auf der einen Seite als Stressfaktor gesehen werden und stellt eine Gefahr bei ansteckenden Krankheiten dar, auf der anderen Seite bedingt sie, dass urbane Räume für Märkte sehr attraktiv sind und ein breites Angebot an Gütern und Dienstleistungen besteht. Was dies genau für die Gesundheit der Stadtbewohner bedeutet, kann nicht generalisiert werden. Diversität vergrößert die, nicht nur kulturelle, Vielfalt der Stadtbevölkerung. Genau diese Vielfalt führt jedoch auch zu Spannungen und sozialer Segregation. Dies mündet, wie schon angesprochen, in einer nicht zu verkennenden Komplexität des Gesamtsystems Stadt, welches als Knotenpunkt verschiedenster Einflussfaktoren agiert. Diese Faktoren sind sowohl auf lokaler, nationaler

wie auch auf internationaler Ebene angesiedelt und führen zu Interaktionen verschiedener politischer Strömungen und Stakeholder wie auch der Zivilbevölkerung. Außerdem ist der Einfluss des wirtschaftlichen Systems und des Marktes im Speziellen anzuführen. All diese Einflüsse verdeutlichen, dass eine Intervention nicht gleich einer Intervention ist, sondern immer im Kontext der Komplexität des urbanen Umfeldes gesehen werden muss. Vor allem vor dem Hintergrund großer sozialer Ungleichheiten steht die Planung urbaner öffentlicher Gesundheit vor großen Herausforderungen, damit gut intendierte Maßnahmen und Programme nicht unerwünschte Effekte für bestimmte Gruppierungen bedingen. Die Zielsetzung, Ungleichheiten im Allgemeinen und Ungleichheiten beim Zugang zu Gesundheitsleistungen im Besonderen zu vermindern, sollte in jede Planung miteinfließen (vgl. Vlahov et al. 2007: 22f).

2.2.2. Die physischen Umwelteinflüsse

Die physischen Umwelteinflüsse sind mannigfaltig und schließen alles mit ein, was die Gesundheit von Stadtbewohnern in ihrem Alltag beeinflussen kann. Dazu gehören unter anderem die Infrastruktur, die vom Menschen konstruierte Umwelt, worunter jegliche bauliche Tätigkeit und künstliche Veränderung der Umwelt zu subsumieren ist, Luft- und Wasserqualität, Lärm, Grünflächen wie auch Klimabedingungen. Jede Stadt ist natürlich von solchen Problemen unterschiedlich betroffen beziehungsweise gibt die Probleme in unterschiedlichem Ausmaße an die Stadtbevölkerung weiter. Besonders zwischen industrialisierten Ländern und Ländern des Südens lassen sich dahingehend keine Vergleiche anstellen. So können einige dieser Determinanten wie Müllbeseitigung, Wasserqualität und Sanitäreinrichtungen für hochentwickelte europäische Städte im Normalfall als gesundheitsbeeinflussend ausgeschlossen werden. Generell stechen Luftverschmutzung und ein hohes Lärmniveau als die wohl offensichtlichsten Faktoren hervor, welche sich in Atemwegerkrankungen und Hörschäden niederschlagen.

Um die angesprochene „konstruierte Umwelt“ noch genauer zu definieren, ist zu sagen, dass in der Literatur der Begriff „built environment“ geprägt wurde und Städteplaner darunter drei Konzepte zusammenfassen: das urbane Design, die Landnutzung und das Transportsystem in Verbindung mit den menschlichen Aktivitäten innerhalb dieser Umgebung.

Das urbane Design bezieht sich auf das Design des öffentlichen Raumes und physischer Elemente, und inkludiert somit sowohl die Form deren Anordnung als auch deren Erscheinung in Verbindung mit der Problemstellung, wie diese möglichst funktional und ansprechend gestaltet werden können. In der letzten Zeit hat gerade dieser Bereich in der Forschung an Bedeutung gewonnen. Die Herangehensweise ist meist eine normative, also konkret wie der öffentliche Raum und Umgebungen an sich gestaltet sein müssen, damit Menschen diese auch nützen (vgl. Handy et al. 2002: 65). Es ist eindeutig, dass sich die urbane Umgebung auf die physische wie auch auf die mentale Gesundheit auswirken kann. Asthma, Atemwegerkrankungen, Verletzungen und Stress wie auch negative Auswirkungen

auf die Entwicklung von Kindern sind die Folge. Galea und Vlahov (2005: 6f) fassen folgende Themenbereiche heraus: Zum einen die generellen Wohnbedingungen, die beengt sein können oder im Allgemeinen von niedriger Qualität. Unter dem Qualitätskriterium ist jegliche Anbindung an die Infrastruktur, wie Wasser- und Stromversorgung, Müllabfuhr wie auch gebäudespezifische Charakteristika zu nennen. Auch die Arbeitsbedingungen werden durch Stadt- und Gebäudeplanung determiniert und können sich auf das Verletzungsrisiko auswirken. Weiters bestimmt die räumliche Organisation des öffentlichen Raumes, also die Straßenanordnung, die Organisation von öffentlichen Plätzen und Ähnlichem, zum einen die Transportmöglichkeiten, seien sie öffentlich oder privat, wie auch die Möglichkeit sich im Freien aufzuhalten und diese Plätze aktiv zu nutzen (vgl. Handy et al. 2002). Die Stadtplanung wird so vor große Herausforderungen gestellt. Durch die Erforschung derartiger Zusammenhänge eröffnen sich jedoch auch neue Möglichkeiten. So zeigten Studien, dass sich die Erreichbarkeit von Grünflächen innerhalb der Gehdistanz positiv auf die Wahrscheinlichkeit körperlicher Aktivität auswirkt (vgl. Booth et al. 2000 nach Galea und Vlahov 2005: 7). Vor allem im Zusammenhang mit dem Fortbewegungsverhalten, also auch in Verbindung mit dem Transportsystem, muss das urbane Design genannt werden. Denn dieses hat große Auswirkungen darauf, ob ein Stadtgebiet fußgängerorientiert oder autoorientiert entworfen ist. Eine neue Herangehensweise, der „neue Urbanismus“²² propagiert Maßnahmen, die räumliche Zugänglichkeit und Mobilität zu fördern, um die Abhängigkeit vom Auto zu reduzieren und alternative Transportsysteme wie Fußgänger- und Fahrradverkehr zu propagieren (vgl. CNU-Charta). Schlussendlich ist noch die generelle Landnutzung zu nennen, also die funktionale Gliederung und geographische Aufteilung von Wohngebieten, Gewerbeflächen, Büros und Industrieanlagen (vgl. Handy et al. 2002: 65).

Abgesehen von den vom Menschen beeinflussten Faktoren sind auch die klimatischen und geographischen Bedingungen bedeutsam. Hier kann im Zusammenhang mit Urbanität auch der so genannte Wärmeinseleffekt genannt werden. Darunter ist jenes Phänomen zu verstehen, das bedingt, dass innerstädtisch höhere Temperaturen zu verzeichnen sind. Die Gründe hierfür sind zum einen, dass die dunklen Betonoberflächen von Straßen, Häusern und Dächern die Wärmeeinstrahlung durch die Sonne stark absorbieren und sich dadurch stark aufheizen und die Wärme an die Umgebung erneut abgeben. Zum anderen bedingt die fehlende Vegetation in der Stadt einen mangelhaften Wärmeausgleich und fehlende Luftzirkulation. Teilweise werden diese Entwicklungen noch durch Effekte des Klimawandels verstärkt. Im Hinblick auf den Gesundheitszustand ist Hitze als direkter Risikofaktor einzuschätzen. Außerdem bestehen auch indirekte Effekte, nämlich dadurch dass die Luftverschmutzung durch Klimaanlagen intensiviert werden kann. Gerade im Sommer kann sich das städtische Umfeld durch die höhere Belastung an Schadstoffen und Ozonwerten negativ auf die Gesundheit auswirken. Auch hier sind wieder spezielle

²² Der „New Urbanism“ ist ein Konzept des **Congress for the New Urbanism (CNU)** - eine Organisation die es sich zum Ziel gesetzt hat fußgängerfreundliche, „mixed-use“ Umgebungen zu schaffen um die Nachhaltigkeit und gesündere Lebensbedingungen zu fördern. (http://www.cnu.org/who_we_are)

Bevölkerungsgruppen, wie unter anderem ökonomisch schlechter gestellte, ältere oder sozial isolierte Menschen, besonders gefährdet (vgl. Frumkin 2002: 207).

2.2.3. Gesundheits- und Sozialleistungen

Wie schon angesprochen, bedeutet das bloße Vorhandensein medizinischer Leistungen noch nicht, dass diese auch egalitär mit gleicher Qualität für alle verfügbar sind. Das Vorhandensein eines im Verhältnis zum Umland höheren Anteils marginalisierter Gruppen, die wie bereits vorher erwähnt aufgrund des städtischen Umfeldes höheren Gesundheitsrisiken ausgesetzt sind, resultiert in einer, insbesondere finanziellen, Belastung des vorhandenen Systems. Ein anderer negativer Effekt ist jener des engen Nebeneinanders öffentlicher und privater Serviceeinrichtungen. Letztere zeichnen sich durch Lukrativität und gute Ausstattung aus, das kann dazu führen, dass weniger Gesundheitsdienstleister ihre Dienste in öffentlichen Einrichtungen anbieten. Auch der Aspekt des Transportwesens und des Verkehrs hat eine Bedeutung, bedenkt man, dass gerade in Notfällen rasches Agieren lebensnotwendig sein kann. Es ist also die Interaktion verschiedenster Einflüsse, die die Tragfähigkeit von Gesundheitsleistungen determiniert und deren Effekte auf die Gesundheit bedingt. An erster Stelle steht die generelle Ressourcenverfügbarkeit, bei der jedoch der Qualitätsfaktor eine wichtige Rolle spielt. Zusätzlich muss die relative Belastung des Systems durch Risikogruppen beachtet werden, da dies große Einflüsse auf die Tragfähigkeit des Systems haben kann. Obwohl gerade Städte ein großes Angebot an Leistungen anbieten, sind diese oftmals von mangelhafter Zugänglichkeit geprägt, wofür nicht zuletzt auch der öffentliche Verkehr verantwortlich zu machen ist (vgl. Vlahov und Galea 2002: 8).

Gerade im medizinischen Bereich ist die Frage nicht eindeutig geklärt, ob das große Angebot tertiärer Versorgung die Gesundheitsversorgung in der Stadt wirklich verbessert. Vlahov et al. (2005) argumentiert jedoch, dass gerade die geographische Nähe in Anbetracht sozialer Ungleichheiten und Armut einen positiven Spill-over-Effekt auslöst, wodurch auch sozioökonomisch schlechter Gestellte in den Genuss von Gesundheitsversorgung und Bildung kämen (vgl. Vlahov et al. 2005: 2,3; Galea und Vlahov 2002).

All diese Faktoren werden von Vlahov und Galea (2002) schließlich zu einem sehr einfachen und übersichtlichen Rahmenwerk zusammengefügt. Tabelle 28 zeigt dies exemplarisch und verdeutlicht insbesondere den komplementären Charakter von Urbanität und Urbanisierung.

Tabelle 28: Framework: urbane Gesundheit

	Urbanität	Urbanisierung
Soziales Umfeld	<i>Armut</i>	<i>Migration</i>
Physisches Umfeld	<i>Verschmutzung</i>	<i>Industrialisierung</i>
Gesundheits- und Sozialleistungen	<i>Limitierter Zugang zu Pflege</i>	<i>Wandel der Fiskalpolitik</i>

Quelle: Vlahov und Galea 2002: 8.

2.3. Urban Sprawl

Suburbanisierung und „urban sprawl“, wie in der Literatur auch oft bezeichnet, stellt eine wichtige Entwicklung im urbanen Raum dar, weshalb dieses Phänomen hier kurz behandelt wird.

Der Begriff „urban sprawl“ bezeichnet den Prozess der physischen Expansion urbaner Räume. Dieser Prozess steht konträr zu kompakten Städten. In Europa zum Beispiel ist in vielen Regionen ein Bevölkerungsrückgang zu verzeichnen, dennoch wachsen die urbanen Zentren flächenmäßig weiter (EEA 2006: 11). Dieses ineffiziente Wachstum bedingt, dass sich das Stadtumland immer weiter ausdehnt. Dieses ist geprägt von einer geringen Bevölkerungsdichte, einer geringen Arbeitsplatzdichte wie auch einer mangelhaften Verbundenheit zur Kernstadt (vgl. Frumkin 2002: 205). Frumkin (2002) wie auch ein Bericht der Europäischen Umweltagentur (EEA 2006) beschäftigen sich mit diesem Phänomen.

Der Grund, warum dieses Phänomen im Zusammenhang mit der Situation der menschlichen Gesundheit in Städten angesprochen werden muss, ist, dass diese Neustrukturierung des urbanen Raumes Dynamiken der Urbanisierung anregt und negative Effekte der Urbanität noch verstärkt. Die Antwort, warum es zu dieser Dynamik kommt, ist in verschiedenen Bereichen zu finden. So wird unterstellt, dass die Lebensqualität im ländlicheren Raum besser ist. Vor allem ältere Menschen und erfolgreiche junge Menschen zieht es aus der Kernstadt. Der Trend hin zu kleineren Haushalten verstärkt dies weiter. Der Wegzug bestimmter Bevölkerungsschichten, primär sozioökonomisch besser gestellter junger Familien, intensiviert außerdem Tendenzen der sozialen Segregation und Isolation, da auf diese Weise zwar am Einkommen gemessen sehr homogene Bezirke entstehen, die gesamtgesellschaftliche Kohäsion jedoch untergraben wird. Die Folge dieser Entwicklung sind Isolation, Segregation und erhöhte Ungleichheit, die wiederum negative Effekte auf die Gesundheit haben, wie in Kapitel 2.2.1 bereits ausführlich dargestellt. Jene, die es sich finanziell nicht leisten können, bleiben in der „inneren Stadt“ zurück. In der Literatur impliziert dieser Begriff bereits einen Fokus auf „Arme“ und „arme Minderheiten“, die in bestimmten städtischen Gebieten konzentriert auftreten (Galea und Vlahov 2005: 297). In manchen Städten geht diese Polarisierung so weit, dass bereits von „getrennten“ oder „dualen“ Städten gesprochen werden muss (EEA 2006).

Unabhängig von den sozialen Effekten bedingt diese Ausdehnung eine größere Abhängigkeit vom Auto wie auch längere Wegstrecken. Das führt zu einer zu höheren Treibhausgasemissionen wie auch zu mentalen Problemen aufgrund von Stress, wobei hier vor allem der Pendelstress genannt werden muss. Größere Emissionswerte wirken sich direkt auf den menschlichen Organismus aus. Indirekte Effekte lassen sich im Klimawandel erkennen, welcher sich erneut negativ auf das globale System auswirkt. Außerdem hat der Trend zu kleineren Haushalten auch einen negativen Einfluss auf die Energieeffizienz. Zwar birgt urbanes Leben generell die Gefahr der mangelnden physischen Aktivität, dies kann

aber durch derartige Entwicklungen noch verschärft werden und schlägt sich in Herz-Kreislaufproblemen nieder. Ein indirekter Effekt fehlender Bewegung und falscher Ernährung ist Übergewicht (vgl. Frumkin 2002: 205). Auch in Europa stellen Übergewicht und Adipositas eine große Herausforderung dar. Die Zahlen sind alarmierend und zeigen einen eindeutigen Aufwärtstrend. So ist die Prävalenz für Kinder, an Fettleibigkeit zu erkranken, heute um das 10-fache höher als noch vor 30 Jahren (Branca et al. 2007: 1).

Die Stadtplanung spielt im Bezug auf das Wachstum einer Stadt eine fundamentale Rolle. Eine gute Stadtplanung kann generell der unkontrollierten und ineffizienten Ausdehnung von Städten entgegenwirken. Jedoch kann sie auch negative Auswirkungen haben, wie im Falle der Errichtung von Gewerbeflächen wie Einkaufszentren an Stadträndern.

Der Ansatz des „intelligenten Wachstums“ verbindet eine Vielzahl von Maßnahmen, um eine lebenswerte Umgebung zu schaffen:

- höhere Bevölkerungsdichte
- Erhaltung von Grünflächen
- alternative Konzepte der Landnutzung geprägt durch fußgängerfreundliche, verkehrsarme Umgebungen
- alternative Transportsysteme
- innovative Architektur
- soziale Durchmischung
- Investitionsbalance zwischen Zentrum und Peripherie
- koordinierte regionale Planung

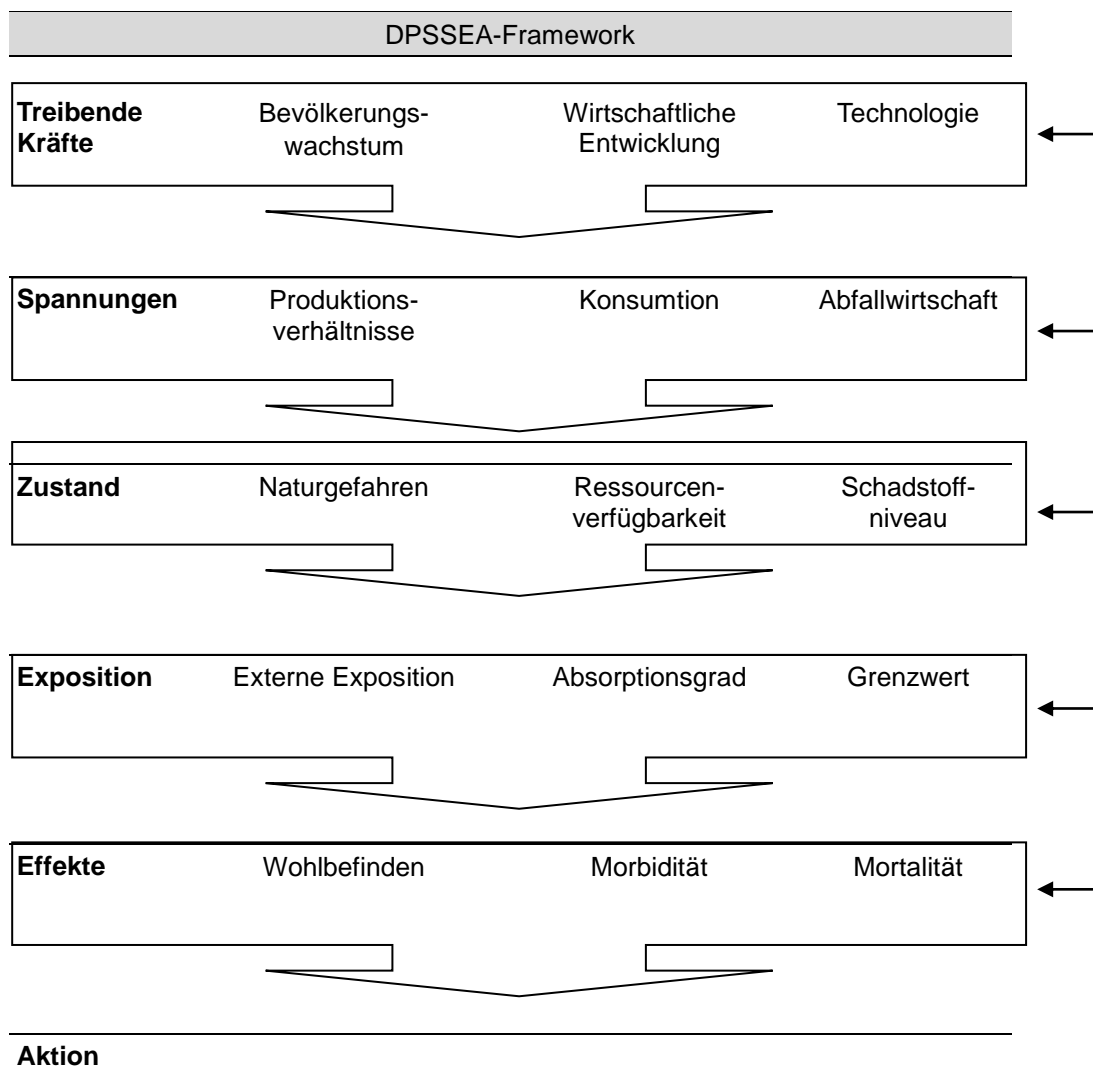
Nach der Darstellung der Determinanten, die die Lebensrealität und insbesondere die Gesundheit der Bevölkerung im urbanen Umfeld bestimmen, und der Beschreibung des Frameworks zur urbanen Gesundheit wird nun noch auf zwei weitere derartige Ansätze eingegangen. Aufgabe dieser Frameworks ist es, all diese Faktoren zu systematisieren und mit Hilfe von Indikatoren evaluierbar zu machen, um in der Folge ein fundierteres Wissen über Wirkungskanäle und Lösungsansätze zu erhalten.

2.4. DPSSEA Framework

Unter den von der WHO entwickelten Frameworks zum Thema Städte und Gesundheit hat sich vor allem das DPSSEA-Framework als nützlich erwiesen (siehe Abbildung 20). Die Darstellung dieses Frameworks basiert auf einem WHO-Bericht von von Schirnding (2002). Das DPSSEA-Framework ist genauer strukturiert und geht tiefer als das Framework „urbane Gesundheit“ von Vlahov und Galea. Vlahov und Galea (2005) liefern zwar einen Pool an Indikatoren und charakterisieren Urbanität und Urbanisierung als komplementäre, jedoch nicht idente Einflüsse, zeigen in ihrem Framework jedoch keinerlei Dynamik auf. Das

DPSSEA-Framework geht hier einen Schritt weiter und versucht, ein dynamischeres Ganzes zu zeigen, welches in seiner Struktur auf Ebenen basiert. Das Akronym steht für treibende Kräfte (driving forces) – Spannung (pressure) – Zustand (state) – Exposition (exposure) – Effekte (effect) – Aktion (action). Diese Herangehensweise unterstellt der Einfachheit halber lineare Zusammenhänge, die sich nun derart konstituieren, dass gewisse treibende Kräfte Spannungen erzeugen, die sich auf den Zustand der Umwelt auswirken und in weiterer Folge durch die Exposition des Menschen durch die Umwelt Effekte auf dessen Gesundheit haben.

Abbildung 20: DPSSEA-Framework



Quelle: Grafik nach WHO zit. nach von Schirnding 2002: 108.

Zu allen diesen Einflussfaktoren müssen evaluierbare Indikatoren gefunden werden. Vor allem da Aktionen meist in oberen Ebenen des Frameworks implementiert werden, kann das Framework in Verbindung mit qualitativen Indikatoren insbesondere dazu dienen, die

tiefliegenden Gründe gesundheitlicher Effekte zu finden und so entweder passende Maßnahmen zu setzen oder auch frühzeitig auf Probleme aufmerksam zu werden.

Als treibende Kräfte werden vor allem externe Effekte angesprochen. Diese beinhalten das Bevölkerungswachstum, die wirtschaftliche Entwicklung, den technologischen Wandel wie auch die politischen Gegebenheiten, Handels- und Fiskalpolitik, Landwirtschafts- und Energiepolitik. All dies kann sich direkt auf die individuelle Lebenssituation auswirken, indem sich zum Beispiel direkt Effekte auf das Einkommensniveau wie auch auf die Einkommensverteilung ergeben.

Als Spannungen konstituieren sich die Effekte der treibenden Kräfte auf die Umwelt. Diese resultieren aus allen möglichen wirtschaftlichen Aktivitäten wie Transport, Energie, Wohnungen, Landwirtschaft, Industrie und der generellen Produktion, Distribution und Konsumtion von Produkten wie auch deren Entsorgung. Ein wichtiger Punkt in Bezug auf Gesundheit sind verschiedenste Schadstoffe. Hier ist auch wichtig anzumerken, dass es eine zeitliche Diskrepanz zwischen dem menschlichen Organismus und der Umwelt gibt, welche meist ein höheres Absorptionspotenzial aufweist.

Der Zustand beziehungsweise die Qualität der Umwelt ist als deren Reaktion auf externe Einflüsse zu sehen. Die Ausprägungen können sehr verschieden sein. Im urbanen Umfeld können als Beispiele die Schadstoffkonzentration der Luft oder die Ozonbelastung angeführt werden. Auch Wasser kann verschiedenste Schadstoffe enthalten wie Blei oder Pestizide. Doch auch schädliche Lebensmittel und Lärmbelästigung mindern die Qualität der Umwelt, die uns umgibt.

Negativen Einflüssen ausgesetzt zu sein steht in einem direkten Zusammenhang mit unserer Umwelt. Dabei ist zu beachten, dass Menschen ständig mit einer Vielzahl von externen Einflüssen leben müssen, welche sich oft auch gegenseitig verstärken und Synergieeffekte hervorrufen. Indikatoren, die den Zustand der Umwelt messen, geben auch einen Aufschluss darüber, inwiefern Menschen negativen Umwelteinflüssen ausgesetzt sind. Eine weitere wichtige Determinante ist der individuelle Lebensstil, welcher sich im Freizeit- und Ernährungsverhalten wie auch Suchtmittelkonsum (Zigaretten, Alkohol) niederschlägt.

Wie sich all diese Effekte auf den einzelnen Menschen auswirken, hängt von der Art der Belastung, deren Intensität und individuellen Faktoren ab. Manche Dinge zeigen sofortige Wirkungen, manch andere führen erst nach längerer Zeit zu chronischen Beschwerden. Diese machen es besonders schwer, die Ursachen zu identifizieren. Auch besondere Risikogruppen wie Kleinkinder und ältere Menschen sind wieder besonders zu beachten, genauso wie das Gesundheitssystem und dessen Kapazität, auf derartige Probleme adäquat zu reagieren, für alle gleichermaßen zugänglich zu sein hat.

Schließlich stehen Aktionen am Ende dieser Kausalitätskette. Bei diesen geht es darum, Gesundheitsrisiken zu kontrollieren und zu minimieren. Oftmals sind jedoch eindeutige Kausalitäten weder bekannt noch vorhanden, was es natürlich erschwert, zielgerichtete Maßnahmen zu ergreifen. Die Frage nach geeigneten Schwellenwerten für bestimmte Substanzen, oder die Effizienz von kurzfristigen und Abhilfe schaffenden Maßnahmen im Gegensatz zu langfristigen und präventiv wirkenden, ist oftmals nicht eindeutig beantwortbar.

Zusammenfassend geht dieses Framework also primär von der bedeutenden Rolle der physischen Umwelt auf die Gesundheit aus, ist dabei aber nicht ausschließlich auf den urbanen Raum ausgerichtet.

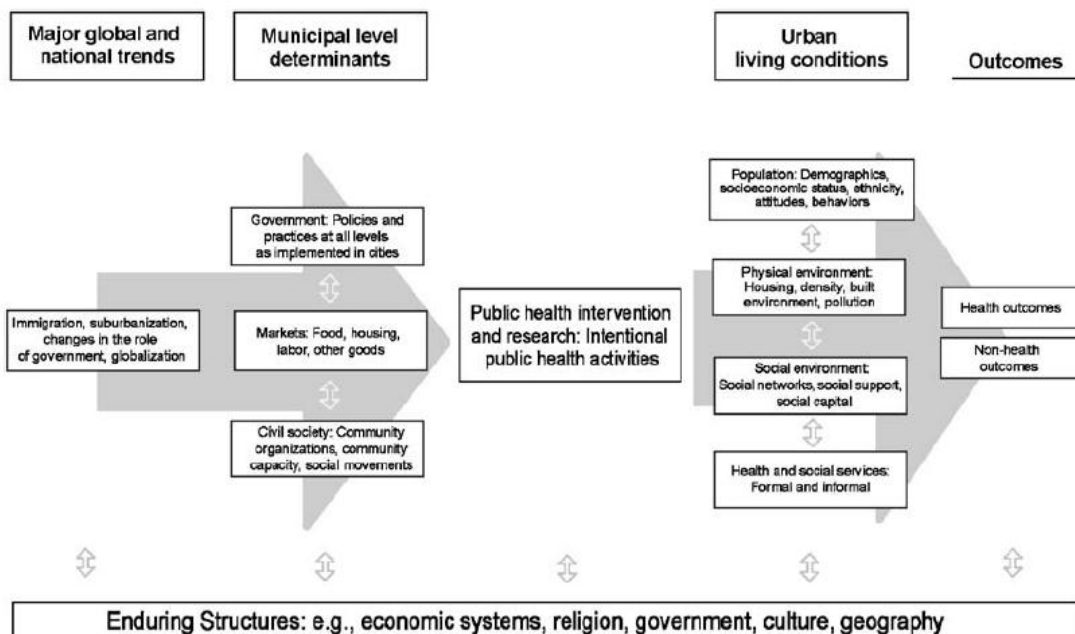
Spezifischer zu Gesundheit in Städten war insbesondere in letzter Zeit ein wachsendes Interesse für den Zusammenhang der bebauten Umgebung auf die Gesundheit feststellbar. Zweifellos ist das urbane Umfeld, in dem ein Großteil der Weltbevölkerung lebt, alles andere als ein natürliches Ökosystem. Viel eher wurde es von Menschen für Menschen errichtet. Dabei darf jedoch nicht ausschließlich die konstruierte Umgebung in Form von Gebäuden und Straßen beachtet werden. Auch der soziale Aspekt spielt eine große Rolle: die Ausgestaltung des Lebens innerhalb eines derartigen Umfeldes, die Haushaltsstruktur und Nachbarschaftsbeziehungen genauso wie die Ausformung von Institutionen, sozialen Strukturen und Regierungsprozessen auf Gemeinde- und nationaler Ebene (Hancock 2000: 3). Dabei bestehen sehr enge und wechselseitige Beziehungen zwischen dem konstruierten Umfeld, dem natürlichen Ökosystem und der menschlichen Gesundheit. Nicht zuletzt aufgrund menschlicher Eingriffe ist unser natürliches Umfeld einem ständigen Wandel unterworfen. Durch verschiedene Wirkungskanäle wie klimatische und atmosphärische Wandel, Verschmutzung und Ökotoxizität, Ressourcenraubbau wie auch Verminderung des Lebensraumes und der Biodiversität wirkt sich dieses rückwirkend wieder auf den Menschen aus (vgl. Hancock and Davies 1997 nach Hancock 2000: 4).

Im Bereich der Städteplanung dominiert der Anspruch eine lebenswerte und bewohnbare Umgebung zu schaffen und die adäquate Infrastruktur zu gewährleisten. Dies ist ein sehr umfassender Bereich, der hier nur kurz der Anschaulichkeit halber gestreift werden soll. Wichtig ist es, Sicherheit zu schaffen, in Form von sicheren Bauten und Unfallvermeidung im Bereich des kollektiven wie auch individuellen Verkehrs. Das Verkehrsmanagement ist von fundamentaler Bedeutung, da der Verkehr gerade in Städten die Hauptverursacher der Luftverschmutzung ist. Dem urban sprawl (siehe Kapitel 2.3.) entgegenzuwirken wie auch den öffentlichen Verkehr zu fördern und fahrrad- und fußgängerfreundliche Umgebungen zu schaffen sind Maßnahmen, Städte lebenswerter zu machen. Gewalt und Kriminalität kann durch städtebauliche Maßnahmen, wie Beleuchtung und Offenheit beeinflusst werden. Soziale Initiativen, die Aktivitäten im Freien anregen wie Märkte, Festivals oder auch Sport, fördern die soziale Kohäsion und wirken somit sozialen Spannungen, die sich in Gewalt, Kriminalität und Stress niederschlagen, entgegen (vgl. Hancock 2000: 7, 9).

2.5. Conceptual Framework of Urban Health (US)

Um dem Fehlen einer umfassenden Herangehensweise Rechnung zu tragen, die auch soziale und ökonomische Determinanten miteinschließt, entwickelten Galea et al. (2005) ein weiteres Framework. Grundkonzept ist dabei, dass die soziale und physische Umgebung des urbanen Raumes von kommunalen Faktoren, wie der Regierung oder der Zivilbevölkerung, wie auch nationalen und internationalen Trends geprägt werden, da lokale Maßnahmen immer in ein größeres Ganzes eingebettet sind. Bevor auf die Komponenten des Modells eingegangen werden kann, welche in den Spalten ersichtlich sind, muss die Bedeutung der beständigen strukturellen Gegebenheiten dargestellt werden. Diese sind in der unteren Zeile angeführt und beinhalten das ökonomische System, die Regierung, Religion, Kultur und Geographie. Diese Strukturen schaffen die Rahmenbedingungen menschlichen Handelns. So sind spezielle Ausformungen des Gesundheitssystems und dessen Reformpotenziale nur dann wirklich zu verstehen, wenn diese mit dem strukturellen Rahmen in Beziehung gesetzt werden, wie unter anderem dem wirtschaftlichen (Kapitalismus) und dem politischen System (Demokratie). Diese Strukturen beeinflussen alle anderen Schlüsselfaktoren des Frameworks, auf welche jetzt eingegangen wird.

Abbildung 21: conceptual Framework for Urban Health



Quelle: Galea et al. 2005: 1020.

In der ersten Spalte sind globale und nationale soziale, ökonomische und politische Trends angeführt. Vor allem vier Trends sind es, die den größten Einfluss auf die Gesundheit der urbanen Bevölkerung in entwickelten Ländern haben, nämlich Migration, Suburbanisierung, der Wandel der Rolle der Regierungen und Globalisierung. Migration deshalb, weil diese primär ein urbanes Phänomen darstellt. Der Gesundheitseffekt manifestiert sich darin, dass

gerade Migranten oftmals sozioökonomisch benachteiligt und von gesellschaftlicher Segregation betroffen sind. Eine hohe Zahl an Migranten kann auch die Infrastruktur einer Stadt überstrapazieren. Anzumerken ist an dieser Stelle jedoch, dass aufgrund des Erkenntnisinteresses primär Probleme angeführt werden. Dass Migration nicht per se zu derartigen Entwicklungen führt, steht außer Frage, da Migration auch oft direkt mit der Prosperität einer Stadt einhergeht. Suburbanisierung beschreibt zum Großteil das unter Kapitel 2.1.6. bereits dargestellte Phänomen des „urban sprawl“. Dieser Exodus aus dem inneren Stadtgebiet betrifft nicht nur Menschen, sondern auch Arbeitsplätze. Die Folge ist das Entstehen einer so genannten „inner city“, geprägt durch gesellschaftliche Segregation, Armut, Arbeitslosigkeit. Diese Situation manövriert Städte in einen Teufelskreis, welcher es ihnen erschwert, den gesellschaftlichen Anforderungen adäquat zu entsprechen. Der Wandel der Rolle der Regierung kann sich auch sehr vielseitig gestalten, wie zum Beispiel als Zentralisierungs- und Dezentralisierungstendenzen, die sich in föderalen oder unitarischen Strukturen manifestieren. Aber auch Privatisierungen (Sanitärbereich, Wasser, Gesundheit) und ein Rückgang von Regulierungen können starke Auswirkungen auf öffentliche Leitungen haben. Schließlich bedingt die Globalisierung eine starke Abhängigkeit von externen Faktoren. Städte sehen sich von diesen aufgrund ihrer Positionierung als Knotenpunkte zwischen nationalen und internationalen Gegebenheiten besonders stark betroffen. Durch die hohe Bevölkerungsdichte haben Effekte, wie die Verlagerung von Industrien sehr große und geballt auftretende Auswirkungen, wie Arbeitslosigkeit, Unterbeschäftigung, Armut, soziale/ethnische Segregation, Ungleichheit. Auch globalen Gefahren, wie Infektionskrankheiten und politischen Konflikten, ist die Stadtbevölkerung stärker ausgesetzt.

Die Bedeutung der kommunalen Regierungen, des Marktes wie auch der Zivilbevölkerung wird in Spalte 2 dargestellt. Diese bedingen direkt durch ihre Interventionen die Gesundheit der Bevölkerung. Aktivitäten der kommunalen Regierung beeinflussen die Gesundheit durch verschiedenste Wirkungskanäle: Bildung, öffentlicher Verkehr, Bereitstellung von Erholungsbereichen, öffentliche Sicherheit, Wohlfahrt, Wohnungen und Arbeitsplätze gehören dazu. Neben der politischen Determinante wirken sich auch marktwirtschaftliche Prozesse auf die Gesundheit aus. Die Wirkungskanäle, die in Verbindung mit der kommunalen Verwaltung gerade angesprochen wurden, können auch marktwirtschaftlich organisiert sein. Zwei gesundheitsbeeinflussende Faktoren, die fast hauptsächlich durch den Markt organisiert werden, stellen die Versorgung mit Nahrungsmitteln und Konsumgütern dar. Die Zivilbevölkerung als Determinante der Gesundheit konstituiert sich in Form von Nicht-Regierungs-Organisationen, Organisationen auf Gemeindeebene oder kirchlichen Organisationen.

Schließlich fügen sich all diese Faktoren zu einem Gesamtbild zusammen, welches die urbanen Lebensbedingungen und das Alltagsleben charakterisiert, das durch das individuelle Verhalten wie auch demographische Faktoren (sozioökonomischer Status, Ethnie), die urbane physische Umgebung (Wohnungssituation, Verschmutzung,

Parkanlagen), die soziale Umgebung (soziale Netzwerke, soziale Organisationen) und das Dienstleistungssystem und dessen Tragfähigkeit geprägt ist. Wie die verschiedenen Faktoren wirken, wurde schon ausführlich dargestellt und soll an dieser Stelle nicht noch einmal thematisiert werden.

Ein wichtiger Beitrag dieses Frameworks zum besseren Verständnis menschlicher Gesundheit ist jener, diese in den Kontext regionaler, nationaler und globaler Trends zu setzen. Urbane Gesundheit ist also nicht ein Produkt lokaler Determinanten sondern spiegelt größere Prozesse und multiple Zusammenhänge wider. Die verschiedenen Ebenen, in die das Framework gegliedert ist, ermöglichen es, sehr spezifische Einblicke zu bekommen und Ansatzpunkte auf allen Ebenen ausfindig zu machen, beziehungsweise die genauen Wirkungskanäle verschiedener Interventionen untersuchen zu können. Ein Beispiel dafür sind zum Beispiel Nahrungsmittel, da diese der internationalen Distribution und damit auch Zöllen unterworfen sind. Wie sich Regulierungen beziehungsweise Liberalisierungen auswirken, und welche Aktionen hier auf den verschiedenen Ebenen (supranational, national, lokal) lanciert werden können um Gesundheit aktiv zu fördern, ist mit Hilfe dieses Frameworks zu evaluieren.

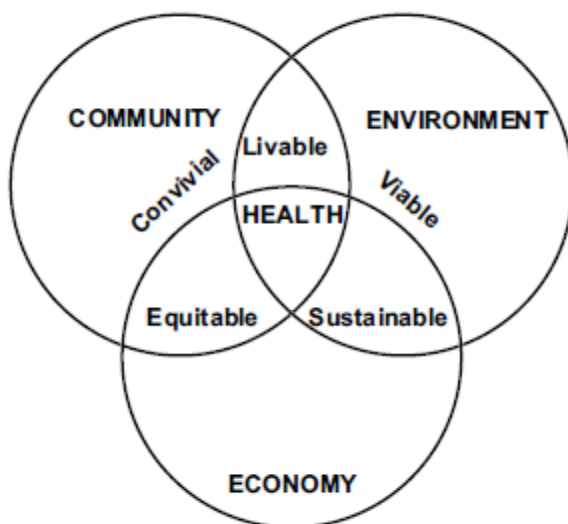
Eindeutig zu erkennen ist, dass das Thema der urbanen Gesundheit und auch der Gesundheit im Allgemeinen einen sehr regen wissenschaftlichen Diskurs in den letzten Jahrzehnten angeregt hat. Gesundheit ist nicht als ein abstrakter Zustand anzusehen, sondern als Fähigkeit jedes Individuums, sein oder ihr Potenzial frei zu entfalten und positiv auf Herausforderungen des täglichen Lebens reagieren zu können. Besonders im urbanen Umfeld ist diese weite Definition von Gesundheit von Bedeutung, da sich gerade Umwelteinflüsse wie auch ökonomische und soziale Bedingungen im urbanen Umfeld stärker auf den Menschen und dessen soziale Beziehungen auswirken und in Stressfaktoren münden können. So können sich externe Einflüsse sowohl positiv als auch negativ auf soziale Gruppen, Haushalte und Individuen auswirken (vgl. Lawrence 2000 zit. nach Lawrence und Fudge 2009: i13). Begriffe wie Diversität und Komplexität scheinen die Realität städtischen Lebens am besten zu beschreiben und verdeutlichen, dass Interventionen und sozialpolitische Maßnahmen einem multidisziplinären Ansatz unterliegen müssen. Das impliziert unter anderem, dass der Gesundheitssektor alleine nur beschränkte Kapazitäten hat, die Gesundheit und das Wohlbefinden der Bevölkerung nachhaltig zu verbessern, und dass daher eine enge Zusammenarbeit mit anderen Sektoren notwendig ist (vgl. Lawrence und Fudge 2009: i13).

In Anbetracht der dargestellten Debatte lässt sich nicht mehr leugnen, dass die menschliche Gesundheit auf lange Frist nicht mehr ohne Betrachtung der Qualität des Ökosystems und des sozialen Umfeld, in dem wir leben, aufrechterhalten werden kann. Ganz im Gegenteil dazu ist die Weltgesellschaft nach wie vor dem Primat des Wirtschaftswachstums unterworfen, welches sich fast ausschließlich durch das Bruttoinlandsprodukt eines Landes

definiert. Zwar benötigen wir dieses Wachstum, jedoch darf die Vielschichtigkeit menschlichen Wohlbefindens nicht rein monetär bewertet werden.

Dennoch werden qualitative Werte wie das Freizeitverhalten, die Mortalität, Morbidität und Kriminalität (vgl. Jones und Klenow 2010: 2) wie auch Gleichheit, Nachhaltigkeit, soziale Kohäsion und die Qualität der Umwelt oftmals dem Hauptaugenmerk wirtschaftlicher Prosperität geopfert (vgl. Hancock 1996: 70). Die wissenschaftliche Diskussion darüber, wie der Komplexität menschlichem Wohlbefindens und dem Wohl ganzer Nationen adäquater Rechnung getragen werden kann und welche Beziehungen zwischen dem gesundheitlichen/sozialen Wohlbefinden, der Umweltqualität, der Situation des Ökosystems und wirtschaftlichen Aktivitäten besteht, hat in den letzten Jahren stark zugenommen. Das Mandala-Modell der Gesundheit von Hancock (siehe Abbildung 22) stellt diese Beziehungen schematisch dar.

Abbildung 22: Mandala der Gesundheit



Quelle: Hancock 1996: 67.

Durch die Positionierung der menschlichen Gesundheit im Zentrum wird eine sehr umfassende Gesundheitsdefinition anerkannt (siehe auch WHO-Definition) und die Einheit zwischen Person um Umgebung verdeutlicht. Ansatzpunkte für Gesundheitspolitik und Gesundheitsförderung werden dargestellt, ohne jedoch auf die genaue Richtung der Beziehungen einzugehen, was erneut die Dynamik und Interaktion herausstreicht, also dass Gesundheit durch alle Faktoren beeinflusst wird und dass all diese Faktoren miteinander in Verbindung stehen. Hancock verbindet in diesem holistischen Mandala alle wichtigen bereits angesprochenen Schlüsselbegriffe. Von gesellschaftlichem Zusammenleben und sozialen Faktoren über die Lebensfähigkeit der Umwelt bis hin zu ökonomischen Aktivitäten. In den

Überschneidungsbereichen formen sich die Problemstellungen der Gleichheit, Nachhaltigkeit und Bewohnbarkeit aus, was schließlich alles zusammengenommen in der gesundheitlichen Situation des Menschen kulminiert (vgl. Hancock 1996: 67).

Vor diesem Hintergrund, Gesundheit nicht als reinen Selbstzweck zu betrachten, sondern auch die Potenziale zu sehen, die sich in einer größeren Produktivität und Partizipation der Menschen widerspiegeln, und in Anbetracht der Tatsache, dass dies eine sehr vielseitige Querschnittsmaterie ist, ist die Intention feststellbar, konsistente politische Maßnahmen zu setzen. Um dies zu fördern haben auch internationale Organisationen angefangen, sich mit dem Thema auseinanderzusetzen.

In der Folge wird kurz auf Initiativen internationaler Organisationen wie der Vereinten Nationen und der Weltgesundheitsorganisation zusammen mit der Europäischen Union eingegangen, um die Diskussion auf internationalem politischem Niveau zu beleuchten, welche ja in fundamentaler Art und Weise die nationalen Gegebenheiten mitbedingt. Davor wird aber noch kurz auf die europäische Situation eingegangen, um die Relevanz dieser Diskussion und der dargestellten Gesundheitsdeterminanten auf europäischer Ebene genauer zu betrachten.

3. Die europäische Situation

In dieser Analyse wurde gezeigt, dass Generalisierungen nur schwer zu treffen sind und dass demnach städtespezifische Untersuchungen vorgenommen werden müssen. Dennoch ist es interessant, die Lebensbedingungen in europäischen Städten zu analysieren. Vor allem auch vor dem Hintergrund, dass viele der Charakteristika und Entwicklungen, wie sie gerade angesprochen wurden, in diesen zu erkennen sind. In dieser Darstellung stützen wir uns auf einen Bericht, der im Zuge des Urban Audits²³ von der Europäischen Union (EU 2007) verfasst wurde.

Im Hinblick auf die Arbeitslosigkeit und ihre Auswirkungen wie soziale Exklusion, Armut und Desillusionierung lassen sich keine städteübergreifenden Aussagen treffen, da die Arbeitslosenrate sehr stark differiert. Was jedoch mit der bisherigen Analyse konsistent ist, ist, dass es starke innerstädtische Unterschiede gibt und dass in diesem Zusammenhang insbesondere in der inneren Stadt („inner city“) hohe Arbeitslosigkeit zu verzeichnen ist (EU 2007: 87ff). Was im europäischen Kontext oftmals übersehen wird, ist die Problematik der sozioökonomischen Ungleichheit, die sich besonders durch Armut und soziale Exklusion ausdrückt. Die Zahl der betroffenen Menschen ist einem ständigen Wachstum unterworfen. Dies geht unter anderem mit einem mangelnden Zugang zu Gesundheitsleistungen einher. Wobei anzumerken ist, dass der inkonsistente Zugang zu Gesundheitsleistungen bedingt durch sozioökonomische Unterschiede bereits existierende Unterschiede des gesundheitlichen Zustandes noch verstärkt. Vor diesem Hintergrund hat die Europäische Union anerkannt, dass die gesellschaftliche Gesundheit zu einem Großteil von Faktoren außerhalb des direkten Gesundheitssektors bestimmt wird, was die Notwendigkeit der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit unterstreicht (vgl. Europäische Kommission 2008).

Während die Arbeitslosenrate starken Unterschieden unterworfen ist, scheint die Entwicklung hin zu kleineren Haushalten und mehr alleinwohnenden Menschen eine generelle Entwicklung zu sein. So ist die durchschnittliche Haushaltsgröße in Städten wie Berlin, Kopenhagen, Paris, Stockholm und Wien schon unter zwei Personen gesunken. Vor allem der Anteil an Einpersonenhaushalten ist mit einem Drittel der gesamten Stadtbevölkerung in europäischen Städten (die im Urban Audit untersucht werden) um einiges höher als im nicht-urbanen Raum. Dies kann mit Problemen der Individualisierung und Anonymisierung einhergehen. Auch die gesellschaftliche Segregation ist eine Herausforderung europäischer Städte. So führen Migrationstrends und die so genannte Suburbanisierung (urban sprawl) dazu, dass sich vor allem kleine Haushalte im Stadtzentrum zentrieren, während Familien mit Kindern das Stadtzentrum verlassen. Dies schlägt sich in Zahlen nieder, die die Anzahl der Kinder in der inneren Stadt mit jener der städtischen Agglomeration vergleichen (EU 2007: 103-108).

²³ Das Urban Audit wird von Eurostat durchgeführt und dient dazu, konsistente und vergleichbare Statistiken zu urbanen Regionen zur Verfügung zu stellen. Inzwischen werden Daten (Demographie, Gesellschaft, Wirtschaft, Umwelt, Transport und Freizeit) zu mehr als 350 Städten erhoben.

Auch bei Betrachtung der Lebenserwartung sind in europäischen Städten starke Unterschiede feststellbar. Gerade weil dieser Indikator sehr eng mit ökonomischem Wohlstand, Wohlfahrt, der Qualität der Umwelt wie auch dem Lebensstil, der Gesundheitsversorgung, Verkehrsunfällen und Selbstmordraten in Verbindung steht, sind diese Daten von Interesse. Generell zeigte sich 2001 die Situation, dass die Lebenserwartung der Stadtbevölkerung (Urban Audit Städte) rund 2 Jahre geringer war als der Gesamtdurchschnitt der EU27 (vgl. EU 2007: 114). Die Komponente der Ungleichheit ist von fundamentaler Bedeutung, schlägt sie sich doch in bedeutendem Maße auf die Morbidität nieder. Die jährliche Anzahl der Tode, die auf Ungleichheit zurückzuführen sind, übersteigt nach Schätzungen 700.000 Menschen (vgl. Mackenbach et al. 2007: 38). Doch nicht nur die Lebenserwartung ist von Bedeutung, darüber hinaus muss man sich auch die Frage stellen, wie viele Jahre in guter Gesundheit gelebt wurden. Hier zeigen sich signifikante Unterschiede in Abhängigkeit des Bildungsgrades. Unterschiede im Bildungsniveau (was oft auch mit der sozialen Schichtung einhergeht) wirken sich sowohl auf die generelle Lebenserwartung wie auch auf die Anzahl der Jahre, die in guter Gesundheit verbracht wurden, aus. Diese Diskrepanz kann bis zu 8 Jahre betragen, wie dies in Tabelle 29 genauer dargestellt ist (vgl. Mackenbach et al. 2007: 67).

Tabelle 29: Lebenserwartung und Anzahl der Lebensjahre in guter Gesundheit (subjektive Selbsteinschätzung)

Life table measure	Number of years			High minus low
	High education	Mid education	Low education	
Men				
- total life expectancy	47.3	41.0	36.3	11.0
- of which in "good" health	44.2	36.9	31.6	12.6
Women				
- total life expectancy	51.0	48.8	44.9	6.1
- of which in "good" health	46.7	42.0	36.9	9.8

Quelle: Mackenbach et al. 2007: 67.

4. Internationale Initiativen

4.1. Vereinte Nationen

Erst in den 70er Jahren konnten sich Ansätze, die über das reine Wirtschaftsdenken hinausgehen, langsam etablieren. Ein wichtiger Vorstoß war der Brundlandt-Report aus dem Jahre 1987, der Nachhaltigkeit wie folgt definiert: „Nachhaltig ist eine Entwicklung, ‘die den Bedürfnissen der heutigen Generation entspricht, ohne die Möglichkeiten künftiger Generationen zu gefährden, ihre eigenen Bedürfnisse zu befriedigen und ihren Lebensstil zu wählen.“²⁴ Der Report wurde von der 1983 von den Vereinten Nationen gegründeten Weltkommission für Umwelt und Entwicklung verfasst. Der Auftrag war, einen Perspektivenbericht über umweltschonende Entwicklung zu verfassen. Die Bedeutung dieses Berichts liegt darin, dass er das Konzept einer „nachhaltigen Entwicklung“ auf das Trapez der internationalen politischen Debatte über Entwicklungs- und Umweltpolitik hob (Lexikon der Nachhaltigkeit²⁵).

In den 90er Jahren folgte die Agenda 21, die aus der Konferenz der Vereinten Nationen zu Umwelt und Entwicklung in Rio de Janeiro im Jahre 1992 hervorging. Diese beiden Dokumente der Vereinten Nationen veränderten das Bild der wünschenswerten Entwicklung, indem sie den Blick auf den Menschen richteten und nicht mehr nur wirtschaftliches Wachstum als bedeutsam ansahen. Der Fokus veränderte sich somit und die menschliche Entwicklung gewann an Bedeutung. Auch im Bereich Gesundheit trägt die Agenda 21 dem oft geforderten holistischen Ansatz (Hancock 1996: 70) Rechnung, indem anerkannt wird, dass diese von der „[...] Fähigkeit ab[hängt], das Zusammenwirken der physischen, geistigen, biologischen und wirtschaftlichen/sozialen Lebensfaktoren erfolgreich zu steuern. Tragfähige Entwicklung ist ohne eine gesunde Bevölkerung nicht möglich.“ (UNO 1992: 32)

4.2. Europäische Union und Weltgesundheitsorganisation

Das WHO Healthy Cities-Projekt war die direkte Antwort der Weltgesundheitsorganisation auf globale wie auch europäische Debatten und Initiativen, die das Denken über – und das Verständnis von – Gesundheit veränderten. Die Wurzeln dieser Initiative sind in den Konzepten Gesundheit für alle, Gesundheitsförderung wie auch nachhaltige Entwicklung zu finden. Gestartet wurde das Projekt 1987 und stieß sofort auf positive Resonanz, sodass

²⁴ http://www.nachhaltigkeit.info/artikel/brundtland_report_563.htm

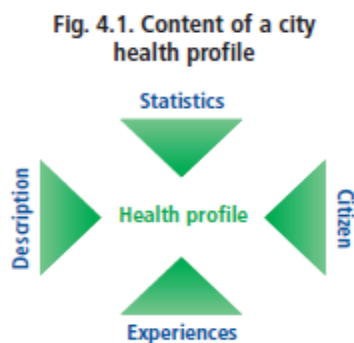
²⁵ http://www.nachhaltigkeit.info/artikel/brundtland_report_1987_728.htm

sich inzwischen 1300 Städte, Länder und Organisationen im European Healthy Cities Network²⁶ (WHO-EHCN) aktiv beteiligen (vgl. Lafond et al. 2003: 8).

Green und Tsouros (2008) geben einen guten Überblick über die Hauptpfeiler des europäischen Netzwerkes gesunder Städte. Das Projekt ist in Phasen zu je 5 Jahren aufgebaut in denen jeweils andere Zielsetzungen verfolgt werden. Die vierte Phase lief von 2003-2007 und hatte die Etablierung von Gesundheitsverträglichkeitsprüfungen, gesundes Altern, gesunde Raumplanung und physische Aktivität und aktives Leben als Schwerpunkte. Die Phasen davor waren primär davon geprägt das Projekt zu institutionalisieren, und zielten darauf ab, die Städte anzuleiten, sich mit der Gesundheitskomponente aktiv auseinanderzusetzen. Im Zuge dessen wurden und werden Profile städtischer Gesundheit (City Health Profile – CHP) verfasst, welche den Status quo darstellen und die Basis für die Ausarbeitung integrierter Aktionspläne zur Gesundheitsförderung urbaner Gesundheit liefern sollen.

Die hier dargestellte Analyse verdeutlicht, dass es in einem derart komplexen Umfeld schwierig ist, adäquate Interventionen zu lancieren. Genau aus diesem Grund ist eine fundierte Analyse notwendig, um erstens die passenden Informationen zu generieren, zweitens Probleme herauszufiltern (Risikogruppen, regionale Disparitäten) und drittens diese Informationen EntscheidungsträgerInnen wie auch der breiten Öffentlichkeit zugänglich zu machen. Durch den zyklischen Charakter derartiger Profile stellen sie einen Grundpfeiler jeglicher Aktivität öffentlicher Gesundheitspolitik dar und sind die Basis integrierter sektorübergreifender Gesundheitsentwicklungsprogramme.

Abbildung 23: Inhalt eines Profils städtischer Gesundheit



Quelle: Green und Tsouros 2008: 8.

Auch der Problematik, dass die Stadtverwaltungen oftmals unerfahren darin waren, langfristige Planungen im Bereich Gesundheit durchzuführen und Schlüsselbereiche zu identifizieren, sollte anhand dieser Berichte entgegengewirkt werden (vgl. Webster und Lipp 2009: i57). Phase 4 integrierte die Gesundheitsverträglichkeitsprüfungen als einen

²⁶ Europäisches Netzwerk gesunder Städte

Bewertungsmechanismus, um dem intersektoralen Ansatz gerecht zu werden und auch die Auswirkungen jener Interventionen auf die Gesundheit zu untersuchen, die an sich gar nicht auf diese abzielen (WHO 2008). Phase 5 (2009-2013) verfolgt das übergeordnete Thema „Gesundheit und gesundheitliche Chancengleichheit in allen Bereichen der Lokalpolitik“ (WHO 2009: 2). Weitere, im Zuge der Analyse jedoch bereits angesprochene Schwerpunkte sind neben der Bekämpfung von Ungleichheit gesundes Altern, aktives Leben wie auch gesunde Stadtplanung.

Auch die europäische Union steht vor der Herausforderung, effektive Maßnahmen gegen Armut und soziale Exklusion zu implementieren, da auch auf europäischer Ebene die Zahl der von Armut und Exklusion Betroffenen stetig steigt (Europäische Kommission 2008). Die EU-Länder sehen sich also auch mit all jenen Dynamiken und Problematiken konfrontiert, die die städtische Gesundheit beeinflussen und in der Analyse aufgezeigt wurden.

Als zentraler Punkt wird, wie schon angesprochen, die Notwendigkeit multipler Interventionen betont, also auch von Sektoren, in denen Gesundheit beziehungsweise die Auswirkungen etwaiger Interventionen auf diese per se nicht an prominenter Stelle im Entscheidungsfindungsprozess stehen. Darauf zielte auch der Bericht der internationalen Tagung zu Gesundheit in allen Bereichen der Politik, die von der WHO im Jahre 2010 in Adelaide durchgeführt wurde, ab. Von Seiten der Weltgesundheitsorganisation wie auch der EU wird also die Bedeutung vernetzten staatlichen Handelns, der sektorübergreifenden Zusammenarbeit wie auch der Zusammenarbeit mit der Zivilbevölkerung genauso betont, wie das übergeordnete Ziel, die Chancengleichheit im Gesundheitsbereich zu gewährleisten (vgl. WHO 2009; WHO 2010).

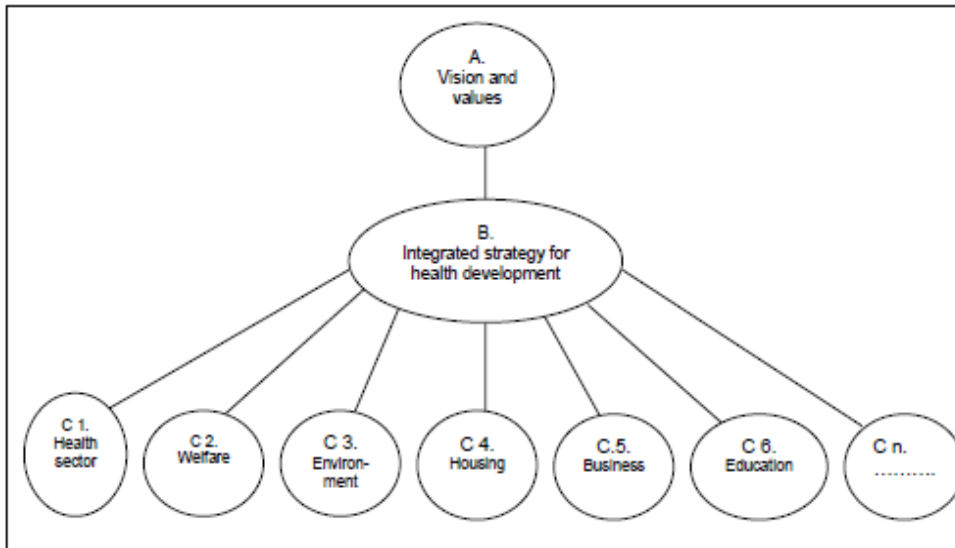
Abbildung 24: Schlüsselsektoren im Gesundheitsbereich

Quelle: WHO 2001: 1.

Damit treten Partnerschaften ins Zentrum des Interesses, was der Tatsache Rechnung trägt, dass die Gesundheit ein Querschnittsthema ist. Abbildung 24 verdeutlicht die notwendige Zusammenarbeit verschiedener Sektoren, des Unternehmenssektors, des Transport- und Energiesektors, des Gesundheits- und Sozialsektors, wie auch der Industrie und des Bildungsbereichs. Dem nicht genug, besteht auch der Trend zu Dezentralisierung, also zur Kompetenzverlagerung zu lokalen Autoritäten. Die Entwicklung bewegt sich also in Richtung eines holistischen Ansatzes, heruntergebrochen auf den niedrigsten möglichen Level. Die Etablierung des „Gesunde Städte-Projekts“ der WHO wie auch der Lokalen Agenda 21 spiegeln diesen Wandel wider (vgl. Lawrence und Fudge 2009: 15; Green und Tsouros 2008: 6; von Schirnding 2002: 16). Ein derartiger Wandel hin zu der Einsicht, dass alles mit allem in Verbindung steht, findet momentan an verschiedenen Fronten statt, um mit der komplexen Realität, mit der sich die Gesellschaft konfrontiert sieht, umgehen zu können. Natürlich fordert dies auch einen neuen Regierungsstil, welcher mit neuen Strukturen einhergehen müsste. Aus dem verankerten System abgeschlossener Ministerien und Sektoren muss eine Möglichkeit flacherer Hierarchien und verstärkter Zusammenarbeit und Interaktion gefunden werden, um eine Win-Win-Situation für alle zu ermöglichen und auch die Zivilbevölkerung aktiv in die Entscheidungsfindungsprozesse mit einzugliedern (vgl. Hancock 2000:18).

Ziel soll es sein, Aktionspläne zur urbanen Gesundheit auszuarbeiten, die einer bestimmten Vision und damit verbundenen Werten folgen. Demnach wird die weitestmögliche sektorale Zusammenarbeit angestrebt, die sich, wie in Abbildung 25 gezeigt, sehr flacher Hierarchien bedient und einem gemeinsamen Ziel, nämlich einer integrierten Gesundheitsstrategie folgt (vgl. WHO 2001: 9).

Abbildung 25: Komponenten eines Aktionsplans Gesundheit



Quelle: WHO 2001: 9.

Es wird inzwischen anerkannt, dass Faktoren wie die industrielle Nahrungsmittelproduktion, der globale Klimawandel und die Globalisierung Effekte auf die menschliche Gesundheit haben.

Um wirkliche Verbesserungen im Gesundheitsbereich erreichen zu können, wäre es notwendig, die Priorität auf jene Aktionspläne zu legen, die sich der Gesundheitsförderung und Prävention verschreiben und dies in Form von spezifischen Projekten umsetzen. Dabei sollen diese Projekte entweder regional ausgerichtet sein oder auf spezielle Bevölkerungsgruppen abzielen. Außerdem wäre es nützlich, positive Beispiele, also so genannte „best practice“-Maßnahmen besser zu dokumentieren und zugänglich zu machen (vgl. Lawrence und Fudge 2009: i17).

B2. Beispiel eines Gesundheitssystems im urbanen Umfeld: Hamburg

1. Demographie, Mortalität und Gesundheitszustand

Nachfolgend werden zentrale Kennzahlen zu Demographie, Mortalität und Gesundheitszustand der Hamburger Bevölkerung im Vergleich zu Gesamtdeutschland sowie die Entwicklung im Zeitvergleich zwischen den Jahren 2000 und 2009 (falls nicht anders angegeben) beschrieben.

1.1. Demographie und Wirtschaft

Tabelle 1 zeigt, dass die Bevölkerung in Hamburg in den letzten Jahren deutlich angewachsen ist, während sie in Gesamtdeutschland in etwa gleich geblieben ist. Die Bevölkerungsdichte ist mit einem Wert von 2.349 Personen pro km² im Vergleich zu Gesamtdeutschland (229 Personen pro km²) relativ hoch. Der Altersdurchschnitt der Hamburger liegt 2009 bei rund 42 Jahren und damit um ein Jahr unter dem Durchschnitt von Gesamtdeutschland. Der Anteil älterer Personen (65 Jahre und älter) ist im Beobachtungszeitraum in Hamburg um 12 Prozent und in Gesamtdeutschland um 24 Prozent gestiegen und liegt 2009 sowohl in Hamburg bei rund 20 Prozent und in Gesamtdeutschland um rund einen Prozentpunkt höher. Die Verteilung der Geschlechter ist in Hamburg und Deutschland mit einem Anteil von jeweils 51 Prozent Frauen relativ ausgeglichen. Der Anteil der Personen mit ausländischer Staatsbürgerschaft liegt 2009 in Hamburg bei rund 14 Prozent, was um die Hälfte mehr als in Gesamtdeutschland ist, wo der Anteil 9 Prozent beträgt. Im Beobachtungszeitraum hat sich der Ausländeranteil in Hamburg um 12 Prozent reduziert, während er in Gesamtdeutschland konstant geblieben ist.

Als Großstadt ist Hamburg wirtschaftlich von einer im Vergleich zu Gesamtdeutschland hohen Produktivität gekennzeichnet. Das Bruttoregionalprodukt liegt bei 40.440 Euro pro Jahr, während es in Gesamtdeutschland mit 29.278 Euro pro Jahr deutlich darunter liegt, auch ist die Wirtschaft in Hamburg im Beobachtungszeitraum zwischen 2000 und 2009 stärker gewachsen (21 Prozent vs. 17 Prozent). Das durchschnittliche Nettohaushaltseinkommen in Hamburg ist mit 21.156 Euro ebenfalls höher als in Gesamtdeutschland (18.983 Euro). Die Arbeitslosenquote ist 2009 in Hamburg mit einem Wert von 8,6 etwas höher als in Gesamtdeutschland (8,1) und ging im Beobachtungszeitraum auch etwas weniger stark zurück.

Was den Bildungsstand betrifft, zeigt sich, dass die Bevölkerung in Hamburg mit Anteilen von jeweils 17 Prozent und 28 Prozent im Vergleich zu Gesamtdeutschland sowohl mehr Personen mit besonders niedrigerem Bildungsniveau (unterhalb Sekundarbereich II) als auch mehr Personen mit hohem Bildungsniveau (Teritärbereich) aufweist. Die Gruppe der Personen mit höheren Bildungsabschlüssen ist in Hamburg zwischen 2004 und 2008 um

8 Prozent angewachsen, während der Anteil in Gesamtdeutschland unverändert blieb (vgl. Tabelle 1).

Tabelle 30: Soziodemografische Faktoren und Bevölkerungsentwicklung, 2009

	Hamburg		Deutschland		Index: Deutschland = 100
		Index: 2000= 100		Index: 2000= 100	
Wohnbevölkerung	1.778.107	104	81.874.770	100	2
- Anteil Frauen (in %)	51,2	99	51,0	100	100
- Anteil Personen ab 65 Jahre (in %)	19,5	112	20,7	124	94
- Anteil Personen ohne Deutsche Staatsbürgerschaft (in %)	13,5	88	8,7	99	155
Bevölkerungsdichte (Bevölkerung pro km ²)	2.349	103	229	100	1026
Gesamtfertilitätsrate 2009 (Ø Anzahl Kinder pro Frau)	n.a.	101	1,36	99	108
Durchschnittsalter (in Jahren)	41,8	101	42,9	106	97
Bruttoregionalprodukt je Einwohner (in €)	40.440	121	29.278	117	138
Nettohaushaltseinkommen (in €)	21.156	112	18.983	118	111
Arbeitslosenquote (nationale Definition)	8,6	97	8,1	84	106
Arbeitslosenquote (internationale Definition)	n.a.	n.a.	7,8	97	n.a.
Höchster Bildungsabschluss der 25 bis 64-Jährigen ¹⁾					
- Pflichtschule (in %)	17	89	15	94	113
- Sekundarabschluss (in %)	55	100	60	102	92
- Tertiärabschluss (in %)	28	108	25	100	112

Quellen: Statistisches Bundesamt Deutschland 2010, Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2011, IHS HealthEcon Berechnungen 2011.

Anmerkungen: 1) Die zuletzt verfügbaren Daten beziehen sich auf den Bildungsstand 2008, für den Index wurde aufgrund der Verfügbarkeiten 2004 herangezogen.

1.2. Mortalität

Die Lebenserwartung ist in den letzten Jahren sowohl in Hamburg als auch in Gesamtdeutschland um 2 Prozent bei den Männern und um 1 Prozent bei den Frauen angestiegen. Laut den letzten Berechnungen, die auf die Jahre 2007/2009 Bezug nehmen, können in Hamburg Männer bei der Geburt mit einer Lebenszeit von 77,5 Jahren und Frauen einer Lebenszeit von 82 Jahren rechnen. Damit weisen Männer in Hamburg eine deutlich geringere Lebenserwartung als Frauen. Dabei zeigen sich kaum Unterschiede zwischen der Hamburger und der Gesamtdeutschen Bevölkerung. Im Jahr 2009 kommen

sowohl in Hamburg als auch in Gesamtdeutschland 10 Sterbefälle auf 1.000 Einwohner. Dabei ist die Sterberate im Beobachtungszeitraum 2000 bis 2009 in Hamburg um 9 Prozent zurück gegangen und in Gesamtdeutschland um 2 Prozent angestiegen. Die Säuglingssterblichkeitsrate liegt 2009 in Hamburg bei 3,8 pro 1.000 Lebendgeborenen und damit um 9 Prozent über jener von Gesamtdeutschland (3,5 pro 1.000 Lebendgeborenen). Im Beobachtungszeitraum 2000-2009 ist sowohl in Hamburg als auch in Gesamtdeutschland ein Rückgang der Säuglingssterblichkeit zu beobachten (vgl. Tabelle 2).

Insgesamt wurden 2009 in Hamburg 17.188 Gestorbene verzeichnet. Die beiden häufigsten Todesursachen sind sowohl in Hamburg als auch in Gesamtdeutschland Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems sowie bösartige Neubildungen (Krebs). Während Herz-Kreislauf-Erkrankungen in Hamburg einen vergleichsweise kleineren Anteil an den Todesursachen haben (38 Prozent versus 42 Prozent im Durchschnitt von Deutschland), werden Todesfälle aufgrund von bösartigen Neubildungen in Hamburg etwas häufiger verzeichnet (27 Prozent versus 25 Prozent in Gesamtdeutschland). Zwischen den Jahren 2000 und 2009 ist in Hamburg der Anteil von bösartigen Neubildungen um 3 Prozent und der Anteil von Krankheiten der Atmungsorgane um 5 Prozent als Todesursache zurück gegangen. Angestiegen sind in Hamburg im Beobachtungszeitraum hingegen der Anteil der tödlichen Verletzungen und Vergiftungen (plus 8 Prozent) sowie der Anteil der Todesfälle aufgrund von Krankheiten der Verdauungsorgane (plus 4 Prozent) (vgl. Tabelle 2).

Tabelle 31: Lebenserwartung und Mortalität, 2009

	Hamburg		Deutschland		Index: Deutschland = 100
		Index: 2000= 100		Index: 2000= 100	
Lebenserwartung bei Geburt in Jahren ¹⁾					
- Männer	77,5	102	77,3	102	100
- Frauen	82,3	101	82,5	101	100
Säuglingssterblichkeit (auf 1.000 Lebendgeborene)	3,8	84	3,5	80	109
Sterberate (Gestorbene auf 1.000 der Bevölkerung)	9,7	91	10,4	102	93
Anzahl der Gestorbenen und Todesursachen (in %)	17.188	101	854.544	104	2
- Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems (in %)	37,8	98	41,7	95	91
- Bösartige Neubildungen (Krebs) (in %)	27,2	97	25,3	98	108
- Sonstige Krankheiten (in %)	13,9	116	14,1	115	98
- Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die a.n.k. sind (in%)	5,9	92	2,8	114	211
- Krankheiten der Atmungsorgane (in %)	5,4	95	7,4	111	72
- Krankheiten der Verdauungsorgane (in %)	5,1	104	4,9	95	104
- Verletzungen und Vergiftungen (in %)	4,7	108	3,7	95	126

Quelle: Statistisches Bundesamt Deutschland 2010, Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein 2010, IHS HealthEcon Berechnungen 2011.

Anmerkungen:1) Die letzte Berechnung der Lebenserwartung bezieht sich auf die Jahre 2007/09, für den Index wird die Berechnung basierend auf den Jahren 2002/2004 herangezogen.

1.3. Gesundheitszustand und Gesundheitsverhalten

Umfassende Informationen über die Gesundheit der deutschen Bevölkerung, insbesondere deren gesundheitsrelevante Verhaltensweisen wie Ernährung, körperliche Aktivität und Rauchen, werden im Rahmen von Personenbefragungen durch das Robert Koch Institut gewonnen. Die meisten Ergebnisse basieren auf der Bundes-Gesundheitssurvey von 1998, neuere Daten liefern jedoch auch die regelmäßig durchgeführten GEDA-Studien, welche auf telefonischen Befragungen von Erwachsenen basieren. Auch in der Mikrozensus-Erhebung wird in wenigen Fragen auf den Gesundheitszustand der Bevölkerung eingegangen.

In den Ergebnissen der Mikrozensus-Befragung wird Gesundheit als nicht krank oder unfallversetzt definiert. Demnach waren – unter Einbezug aller Altersgruppen – im Jahr 2009

86 Prozent der Männer und 85 Prozent der Frauen in Deutschland gesund. In der GEDA-Studie 2009 wurde mehr auf das subjektive Gesundheitsempfinden abgestellt. Die Frage nach dem allgemeinen Gesundheitszustand konnten die Befragten mit sehr gut, gut, mittelmäßig, schlecht oder sehr schlecht beantworten. Es zeigte sich, dass 73 Prozent der Männer und 68 Prozent der Frauen ihre Gesundheit als sehr gut oder gut einschätzen. Bei regionaler Betrachtung zeigt sich, dass die Region Schleswig-Holstein und Hamburg überdurchschnittlich häufig einen (sehr) guten Gesundheitszustand angeben haben (vgl. Tabelle 3).

Über die Rauchprävalenz in Deutschland geben Ergebnisse der GEDA-Studie 2003 Auskunft, in der alte und neue Bundesländer getrennt betrachtet werden. Demnach haben in den alten Bundesländern 37,7 Prozent der Männer und 32,3 Prozent der Frauen geraucht. In den neuen Bundesländern war der Anteil der Raucher unter den Frauen mit 26,1 Prozent deutlich niedriger als der der Männer mit einem Anteil von 38,9 Prozent. Im Vergleich zu den Ergebnissen der GEDA-Studie aus dem Jahr 1998 ist der Nikotinkonsum – vor allem bei den Frauen – in den alten Bundesländern Deutschlands gestiegen, während er in den neuen Bundesländern gesunken ist (vgl. Tabelle 3).

Umfassende Erhebungen zum Alkoholkonsum der deutschen Bevölkerung gab es im Bundes-Gesundheitssurvey 1998. Demnach nehmen etwa 26 Prozent der erwachsenen Männer und 12 Prozent der erwachsenen Frauen in Deutschland kritische Mengen an Alkohol zu sich, worunter bei Männern 20 Gramm pro Tag und bei Frauen 10 Gramm pro Tag verstanden werden. Einer GDA-Studie aus dem Jahre 2009 zufolge konsumiert ein Drittel der befragten Männer und ein Fünftel der befragten Frauen Alkohol in einem gesundheitlich riskanten Ausmaß. Der Anteil der Nie-Trinker ist bei Frauen doppelt so hoch wie bei Männern. Beim moderaten Alkoholkonsum ist kein Unterschied zwischen den Geschlechtern zu erkennen. In der Altersgruppe 18 bis 29 Jahre ist der Anteil bei Männern (45 Prozent) und bei Frauen (30 Prozent) der Risikokonsumenten am höchsten. Mit steigendem Alter nimmt sowohl bei Männern als auch bei Frauen der Anteil der Risikokonsumenten ab (vgl. Tabelle 3).

Der Mikrozensus-Erhebung 2009 zu Folge liegt die Adipositas-Prävalenz in Deutschland bei rund 15 Prozent (vgl. Tabelle 3).

Tabelle 32: Gesundheitszustand und Gesundheitsverhalten in Deutschland

	Deutschland
Anteil Befragter, die angeben gesund – im Sinne von nicht krank oder unfallversetzt – zu sein	
- Männer (in %)	85,9
- Frauen (in %)	84,8
Einschätzung des subjektiven Gesundheitszustands als sehr gut oder gut	
- Männer (in %)	72,9
- Frauen (in %)	68,0
Rauchprävalenz	
- Männer (in %) (alte und neue Bundesländer)	37,7/38,9
- Frauen (in %) (alte und neue Bundesländer)	32,3/26,1
Alkoholkonsum	
- Männer (in %) (Nie-Trinker/Moderat/Risikokonsum)	12,9/ 53,3/33,8
- Frauen (in %) (Nie-Trinker/Moderat/Risikokonsum)	24,8/ 53,7/ 21,5
Anteil der Alkoholkonsumenten mit Konsum oberhalb definierter Grenzwerte	
- Männer (in %) (Grenzwert: mehr als 20 Gramm pro Tag)	25,9
- Frauen (in %) (Grenzwert: mehr als 20 Gramm pro Tag)	11,9
Anteil Befragter mit Body-Mass-Index ab 30	14,7

Quelle: Robert Koch Institut 2006, Bundesministerium für Gesundheit Deutschland 2010, Statistisches Bundesamt Deutschland 2010.

2. Steuerung und Planung

2.1. Planung

Auf Bundesebene sind im deutschen Gesundheitswesen der Bundestag, der Bundesrat und das Bundesministerium für Gesundheit die wichtigsten Entscheidungsträger. Diese sind durch die Abgabe von Kompetenzen im Rahmen der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen nur für die Schaffung von Rahmenbedingungen zuständig (vgl. Busse und Riesberg, 2005).

Ein weiterer wichtiger Entscheidungsträger auf Bundesebene ist der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA). Er stellt das oberste Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten, Krankenhäuser und Krankenkassen dar und zeichnet für die Bestimmung des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)²⁷ sowie für Maßnahmen zur Qualitätssicherung für den ambulanten und stationären Bereich des Gesundheitswesens verantwortlich (vgl. Busse und Riesberg, 2005).

Auf Landesebene sind die Länder die wichtigsten Entscheidungsträger. Ihnen obliegt die Verantwortung für die Planung des stationären Bereichs, also Krankenhäuser sowie Alten- und Pflegeheime. Allerdings wurde die Spitalsfinanzierung ganz im Gegensatz zu Österreich mit dem Krankenhausfinanzierungsgesetz 1972 bzgl. der laufenden Kosten auf die Krankenkassen übertragen.

2.1.1. Extramuraler Bereich

Die Bedarfsplanung im extramuralen Bereich basiert auf Grundlage der §§99-101 SGB V²⁸ sowie §§ 103-105 SGB V. Sie obliegt den Ländern und soll eine ausreichende Anzahl an Ärzten in einer bestimmten Region gewährleisten. Sie dient damit der Erfüllung des so genannten Sicherstellungsauftrages gemäß § 72 SGB V, welcher der Gesetzgeber den kassenärztlichen Vereinigungen übertragen hat. Die Bedarfsplanung erfolgt durch den „Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen“. Dieser wird paritätisch mit Vertretern der Krankenkassen und mit Vertretern der Ärzte besetzt.

²⁷ In Deutschland gibt es zwei unterschiedliche Krankenversicherungssysteme, die gesetzliche und die private Krankenversicherung. In der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sind in etwa 88 Prozent der Bevölkerung versichert, in der privaten Krankenversicherung (PKV) in etwa 10 Prozent. Die restliche Bevölkerung ist entweder unmittelbar über den Staat oder aber gar nicht versichert.

²⁸ SGB V steht für **Sozialgesetzbuch Fünftes Buch – Gesetzliche Krankenversicherung**: Darin sind alle Bestimmungen zur Gesetzlichen Krankenversicherung zusammengefasst.

Die Umsetzung der Bedarfsplanung erfolgt durch den „Zulassungsausschuss für Ärzte“, welcher ebenfalls zu gleichen Teilen von Krankenkassen und Ärzten besetzt wird. Dieser entscheidet über die Zulassungsanträge der Ärzte und Psychotherapeuten in Hamburg.

Die Bedarfsplanung erfolgt anhand sogenannter Verhältniszahlen (Einwohner pro Arzt), welche vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) im Rahne der „Bedarfsplanungs-Richtlinien Ärzte“ festgelegt werden. Das zentrale Planungskriterium stellen die Einwohner je Arzt dar. Die entsprechenden Verhältniszahlen für Hamburg sind in Tabelle 33 dargestellt. Der G-BA legt dabei die Verhältniszahlen anhand einer Raumgliederung abgestuft nach 1) große Verdichtungsräume, 2) Verdichtungsansätze, 3) ländliche Regionen und 4) Sonderregionen fest.

Das folgende **Rechenbeispiel** soll die Bedarfsplanung verdeutlichen: Der G-BA hat die Verhältniszahl im hausärztlichen Bereich mit 1.585 Einwohnern pro Arzt festgelegt. Demnach sollten den Patienten in Hamburg 1.123 Hausärzte zur Verfügung stehen, was im hausärztlichen Bereich einem Versorgungsgrad von 100 Prozent entspricht. Diese Zahl ergibt sich, indem man die Einwohnerzahl Hamburgs durch die Verhältniszahl teilt. Die „Bedarfsplanungs-Richtlinien Ärzte“ regeln, dass Neuzulassungen in diesem Fachbereich bei einem Versorgungsgrad von 110 Prozent gestoppt werden. Diese Überversorgung tritt in Hamburg bei 1.242 Ärzten ein. In diesem Fall muss der „Zulassungsausschuss für Ärzte“ weitere Zulassungen im entsprechenden Fachbereich ablehnen.

Im Falle einer Überversorgung kommt es zu Zulassungsbeschränkungen von Medizinern, welche sich niederlassen möchten. Mediziner werden nur mehr dann neu zugelassen, indem sie bereits vorhandene Praxen übernehmen, wenn die bisherigen Praxiseigentümer ihre kassenärztliche Tätigkeit beenden. Derartige vakante Praxissitze müssen dann offiziell durch eine amtliche Bekanntmachung, z. B. auf der Homepage der kassenärztlichen Vereinigung Hamburg oder im Hamburger Ärzteblatt, ausgeschrieben werden.

Im Falle einer Überversorgung kann es in Ausnahmefällen zu weiteren sogenannten Sonderbedarfszulassungen kommen. Eine derartige Sonderbedarfszulassung ist z. B. möglich, wenn ein Arzt auf eine bestimmte Leistung spezialisiert ist, welche von den anderen niedergelassenen Kollegen nicht in ausreichender Menge erbracht werden können. Ein derartiger Sonderbedarf muss dauerhaft bestehen.

Tabelle 33: Bedarfsplanung, intramuraler Bereich, rechtswirksam ab 07.01.2011

Arztgruppe	Verhältniszahl (Einwohner pro Arzt) für Hamburg (Kernstadt) lt. G-BA (Stand 01.10.2005)	Anzahl an Ärzten = Soll-Versorgungsgrad entsprechend 100 Prozent	Anzahl an Ärzten = Grenzwert Überversorgung, entsprechend 110 Prozent	Anzahl an Ärzten = praktizierende Ärzte in Hamburg	Versorgungsgrad
Anästhesisten	25.958	69	76	78	113,8
Augenärzte	13.177	135	149	149	110,3
Chirurgen	24.469	73	81	97	133,4
Fachärztlich tätige Internisten	12.276	145	160	239	164,9
Frauenärzte	6.916	257	284	282	109,6
HNO-Ärzte	16.884	105	116	120	113,8
Hautärzte	20.812	86	95	94	109,9
Kinderärzte	14.188	125	137	140	110,6
Nervenärzte	12.864	138	153	154	112,0
Orthopäden	13.242	134	148	150	111,6
Psychotherapeuten	2.577	691	760	995	144,2
Radiologen	25.533	70	77	82	117,6
Urologen	26.641	67	73	74	110,8
Hausärzte	1.585	1.123	1.236	1.242	110,6

Quelle: Kassenärztliche Vereinigung Hamburg 2011, IHS HealthEcon Darstellung 2011.

Anmerkung: Die Planung versteht sich bzgl. des Hamburger Einwohnerstandes per 30.07.2011 (Anzahl an Einwohnern = 1.779.728)

Wie aus Tabelle 33 ersichtlich ist, weist Hamburg bei allen Arztgruppen eine Überversorgung auf. Besonders stark ist diese bei fachärztlichen Internisten, Psychotherapeuten und Chirurgen.

2.1.2. Intramuraler Bereich

Die Bedarfsplanung im intramuralen Bereich liegt wie im extramuralen Bereich in der Zuständigkeit der Länder. Diese sind gemäß § 6 KHG verpflichtet Krankenhauspläne aufzustellen, welche folgende Punkte beinhalten müssen:

- Krankenhauszielplanung

Die Krankenhauszielplanung legt jene Ziele fest, welche das Land mit seiner Bedarfsplanung verfolgt und an denen sich die zuständige Landesbehörde bei einer notwendigen Auswahl zwischen mehreren Krankenhäusern orientiert. Der Gestaltungsspielraum der Zielsetzung ist durch die Vorschriften des KHG begrenzt.

- Bedarfsanalyse

Die Bedarfsanalyse eruiert den zu versorgenden Bedarf der Bevölkerung mit stationären Leistungen, welche in Krankenhäusern erbracht werden. Sie beinhaltet den gewärtig zu versorgenden sowie den zukünftigen Bedarf. Der zukünftige Bedarf wird anhand einer Bedarfsprognose ermittelt.²⁹

- Krankenhausanalyse

Die Krankenhausanalyse beinhaltet die Beschreibung der tatsächlichen Versorgungsbedingungen in den einzelnen Krankenhäusern. Sie erfordert die Ermittlung der gegenwärtigen Ausstattungen und Einrichtungen der betreffenden Krankenhäuser, insbesondere nach Standort, Bettenzahl und Fachrichtungen.

- Auswahlentscheidung

Die Auswahlentscheidung legt fest, mit welchen Krankenhäusern der festgestellte Bedarf gedeckt werden soll. Die Auswahl basiert einerseits auf der Analyse der im Krankenhausplan festgehaltenen Ziele der Krankenhausplanung und andererseits auf der Bedarfs- und Krankenhausanalyse.

Insofern dient der Krankenhausplan als Steuerungsinstrument für die Auswahl bedarfsgerechter Krankenhäuser nach gegenwärtiger und zukünftiger Aufgabenstellung, insbesondere nach Standort, Versorgungsstufe, Bettenzahl, Fachrichtungen, Versorgungsauftrag und Trägerschaft. Die gesetzlichen Vorgaben für das Verfahren zur Erstellung der Krankenhauspläne sowie die Umsetzung der Krankenhauspläne liegen im Kompetenzbereich der Länder.

In Hamburg ist die zentrale Norm hinsichtlich des Krankenhausplans § 15 HmbKHG, und die Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (BGV) zeichnet als zuständige Landesbehörde für die Erstellung des Krankenhausplans der Freien und Hansestadt Hamburg verantwortlich.

Das Planungsverfahren des Krankenhausplans 2015 gliedert sich einerseits in das **reguläre Verfahren zur Feststellung des Bettenbedarfs** und andererseits in die **Fachplanung für einzelne Fachgebiete**. Der Hauptfokus des Krankenhausplans liegt auf dem ersteren Bereich. Hierbei werden folgende Planungsansätze verfolgt:

- Als Laufzeit für den Krankenhausplan 2015 wurde der Zeitraum 01.01.2011 bis 31.12.2015 festgelegt.
- Als Planungsgegenstand werden Betten pro Fachrichtung und Krankenhaus zugrunde gelegt.

²⁹ Anmerkung: Unter dem Bedarf gemäß KHG ist der tatsächlich auftretende und zu versorgende Bedarf und nicht ein mit dem tatsächlichen Bedarf nicht übereinstimmender erwünschter Bedarf zu verstehen.

- Als Planungseinheit werden 17 Fachgebiete (Augenheilkunde, Chirurgie und Orthopädie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Haut- und Geschlechtskrankheiten, Innere Medizin, Geriatrie, Kinderheilkunde inkl. Kinderchirurgie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie, Neurochirurgie, Neurologie, Nuklearmedizin, Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Strahlenheilkunde, Urologie) angesetzt.
- Die Abschätzung des Bettenbedarfs zum Planungshorizont 31.12.2015 erfolgt mittels einer Prognose auf Basis der aktuellen Bevölkerungsvorausschätzung.
- Die Berücksichtigung weiterer über die demographische Entwicklung hinausgehender Faktoren zur Entwicklung der Leistungsmengen erfolgt anhand von Befragungen der einzelnen Fachgesellschaften und von Fachkonferenzen mit Experten aus Hamburg.
- Der Berechnung des Planbettenbedarfs wird die verweildauerabhängige Normauslastung der Fachgebiete zugrunde gelegt.³⁰
- Den Krankenhäusern wird folgende Flexibilität gewährt: Bei Beibehaltung der Gesamtkapazitäten sollen Abweichungen einzelner somatischer Fachgebiete von +/-10 Prozent zugelassen werden.

Das Planungsverfahren³¹ resultiert in einer:

- 1) Festlegung des **Planbetten-Soll zum 01.01.2011** pro Krankenhaus und Fachrichtung basierend auf der Auslastung 2009
- 2) Festlegung des **rechnerischen Planbetten-Soll zum Laufzeitende 31.12.2015 (Zielwert BSG)** pro Krankenhaus und Fachrichtung basierend auf einer Status-quo-Prognose, welcher die erbrachten Fälle und Behandlungstage in den Hamburger Planbetten im Jahr 2009, die Hamburger Bevölkerung zum 31.12.2015 gemäß der Bevölkerungsvorausschätzung bis zum Jahr 2025 sowie die Bevölkerungsentwicklung im Hamburgerischen Umland zugrunde liegen.

³⁰ Eine genaue Aufstellung der verweildauerabhängigen Normauslastung findet sich auf Seite 55/Tabelle 14 des Krankenhausplans 2015 der Freien und Hansestadt Hamburg welcher unter folgendem Link zum Download zur Verfügung steht: <http://www.hamburg.de/contentblob/2644160/data/krankenhausplan-2015.pdf>

³¹ Eine detaillierte Beschreibung des Planungsverfahrens befindet sich in Kapitel 7 des Krankenhausplans 2015 der Freien und Hansestadt Hamburg. Ebenfalls ist darin das Planungsverfahren der teilstationären Kapazitäten beschrieben.

3. Leistungserbringung

3.1. Gesundheitsförderung und Prävention

Für die Gesundheitsförderung und Prävention in Deutschland ist einerseits der öffentliche Gesundheitsdienst zuständig. Neben unterschiedlichen Aufsichtsaufgaben und der Gesundheitsberichterstattung ist er vor allem auch in den Bereichen Gesundheitserziehung und Gesundheitsberatung aktiv. Auf der anderen Seite haben auch die gesetzlichen Krankenversicherungen Leistungen auf den Gebieten Prävention und Früherkennung von Krankheiten zu erbringen. Insbesondere engagieren sich die gesetzlichen Krankenkassen für Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz (Busse und Riesberg, 2005).

Die genauen Aufgaben der Sozialversicherungen für die Bereiche Gesundheitsförderung und Prävention sind im Kapitel 3 des Sozialgesetzbuches V aufgelistet (insbesondere in den Abschnitten drei und vier). Demnach umfassen die gesetzlichen Leistungen Prävention und Selbsthilfe, Verhütung von Zahnerkrankungen, medizinische Vorsorgeleistungen und Empfängnisverhütung sowie Früherkennung von Krankheiten durch Gesundheitsuntersuchung und Kinderuntersuchung.³² Die Allgemeine Ortskrankenkasse (AOK) – unter ihr auch die selbständige AOK Rheinland/Hamburg – engagiert sich in einigen bundesweiten und regionalen Gesundheitsprojekten, bietet aber auch auf regionaler Ebene Services an, wie z. B. die Durchführung von Gesundheitskursen. Laut aktuellem Leistungsbericht der gesetzlichen Krankenversicherung (Präventionsbericht 2010) wurden 2009 vor allem Gesundheitsförderungsangebote für Kinder in Kindertagesstätten und eine Ausweitung der betrieblichen Präventionsmaßnahmen, wie etwa im Bereich gesundheitsgerechte Mitarbeiterführung oder durch in Betrieben stattfindende Gesundheitszirkel, forciert.³³ Auf der Website der AOK werden neben Informationen über Wege der Gesundheitsförderungen auch interaktive Programme angeboten, die Personen beim Umstieg auf einen gesünderen Lebensstil unterstützen sollen. So bietet etwa das Programm „*Abnehmen mit Genuss*“ online Informations- und Arbeitsunterlagen, wie z. B. ein Ernährungstagebuch, an. Überdies ist es möglich, sich über Internet-Foren mit Experten und Gleichgesinnten auszutauschen. Der Service „*AOK-Sportpartner*“ hilft dabei, via Internet Personen für gemeinsam sportliche Aktivitäten zu finden.³⁴

Der öffentliche Gesundheitsdienst setzt sich aus unterschiedlichen staatlichen und kommunalen Gesundheitsämtern oder Gesundheitsbehörden zusammen und ist auf kommunaler Ebene auch oft als Abteilung in einem Landesamt integriert. In Hamburg gibt es

³² Genauer Gesetzestext siehe hier: http://www.sozialgesetzbuch.de/gesetze/05/index.php?norm_ID=0500001

³³ Präventionsbericht 2010: http://www.aok-bv.de/imperia/md/aokbv/presse/medienservice/thema/mds_gkv-sv_pr_ventionsbericht_2010.pdf

³⁴ Näheres zu AOK Programmen: <http://www.aok.de/bundesweit/leistungen-service/leitungen-service-programme-79517.php>

in jedem Bezirk ein Fachamt für Gesundheit, das unterschiedliche Leistungen wie Mutterberatung, Impfungen und schulärztliche Dienste für die Gesunderhaltung der Bevölkerung anbietet, daneben sind diese Ämter auch für das kommunale Gesundheitsförderungsmanagement zuständig, welches die Gesundheitsberichterstattung und die Entwicklung von bezirklichen Gesundheitszielen umfasst. **Für die fachliche Steuerung der bezirklichen Gesundheitsämter, insbesondere** in den Bereichen Kinder- und Jugendgesundheit, Infektionsschutz und Gutachterwesen, ist die Gesundheitsabteilung der **Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz in Hamburg** zuständig. Vor Mai 2011 wurden diese Agenden von der Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz der Freien und Hansestadt Hamburg (BSG) wahrgenommen.³⁵

Der Pakt für Prävention – Gemeinsam für ein gesundes Hamburg!

Oben genannte, für Gesundheit zuständige Behörde agiert auch als Geschäftsstelle für den „*Pakt für Prävention*“, der 2010 zwischen dem Hamburger Stadt-Senator und 130 anderen aktiven Akteuren im Bereich der Gesundheitsförderung – wie Krankenkassen, Betrieben, Stadtteilvereinen, Kammern und Bildungseinrichtungen, Unfallversicherungsträger – auf lokaler Ebene geschlossen wurde. Diese Verantwortungs-, und Kooperationspartnerschaft hat zum Ziel, bereits existierende Maßnahmen und Projekte zu Gesundheitsförderung und Prävention in Hamburg besser aufeinander abzustimmen und für eine bessere Vernetzung unter den Akteuren zu sorgen. Die Pakt-Teilnehmer haben sich für den Zeitraum von drei Jahren zur gemeinsamen Förderung der Gesundheit folgende thematischen Schwerpunkte gesetzt: „*Gesund aufwachsen in Hamburg*“ (ab 2010), „*Gesund alt werden in Hamburg*“ (ab 2011), und „*Gesund leben und arbeiten in Hamburg*“ (ab 2012). Dabei sollen jeweils die Themen gesundheitsfördernde Bewegung, gesunde Ernährung und psychosoziales Wohlbefinden mitberücksichtigt werden.³⁶

Nachfolgend sind einige Projekte und Initiativen aufgelistet, die von der Hamburger Gesundheitsbehörde unterstützt bzw. im Rahmen des Pakts für Prävention von unterschiedlichen Akteuren im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention durchgeführt und finanziert werden.

Bereich Kinder und Familien

Für den Bereich der Gesundheitsförderung von Kindern und Jugendlichen wurden von der Stadt Hamburg mehrere Initiativen gesetzt. So wurde etwa 2010 ein zweijähriges Modellprojekt initiiert, das durch ein mehrstufiges Erinnerungs- und Meldewesen erreichen will, dass möglichst alle Eltern mit ihren Kindern das Angebot der kostenfreien Früherkennungsuntersuchungen U6 und U7 nutzen (<http://www.hamburg.de/untersuchungen/2526310/u6-u7.html>). Unter dem Schlagwort „*Gesundheitsförderung von*

³⁵ Behörde für Gesundheit u. Verbraucherschutz: <http://www.hamburg.de/bgv/wir-ueber-uns/1627182/g-3.html>

³⁶ Kooperationsvereinbarung <http://www.hamburg.de/contentblob/2346800/data/pfp-kooperationsvereinbarung.pdf>

Anfang an“ begleitet der schulärztliche Dienst Kinder durch die gesamte Schulzeit. Er führt rechtzeitig vor Schulbeginn Untersuchungen des Gesundheitszustands durch und bietet individuelle Beratung und Betreuung <http://www.hamburg.de/impfen/123362/faltblatt-schulaerztlicher-dienst.html>. 2007 wurde mit dem „Hamburger Netzwerk Schulverpflegung“ eine Ernährungsoffensive gestartet, die durch Informations- und Erfahrungsaustausch gesunde Ernährung in den Schulen unterstützt (<http://www.hamburg.de/schulverpflegung/72944/hamburger-netzwerk-schulverpflegung.html>).

Gesundheit im Alter

Um insbesondere ältere Personen vor gefährlichen Unfällen zu schützen, wurde das Präventionsprojekt „*Bewegung – aber sicher*“ ins Leben gerufen. Dazu wurde von der Hamburger Gesundheitsbehörde unter anderem die Arbeitsgruppe Sturzprävention eingerichtet, welche mit verschiedenen Einrichtungen, die von Senioren genutzt werden, zusammen arbeitet. Im Rahmen des Kooperationsprojekts werden neben Informationsveranstaltungen für Betroffene und Multiplikatoren auch Bewegungs- und Koordinationstrainings für ältere Menschen angeboten, und es wird versucht, häufige Stolperfallen zu beseitigen. Die Broschüre „Sicher gehen – weiter sehen“ fungiert als Ratgeber für ältere Personen und beinhaltet einen Selbsttest für mehr Gangsicherheit und Mobilität (<http://www.hamburg.de/gesundheit-im-alter/122846/sturzpraevention.html>).

Selbsthilfe

Die Gesundheitsbehörde in Hamburg fördert auch gezielt Strukturen und Eigeninitiativen zur gesundheitlichen Selbsthilfe. Der Landesverband Hamburg ist Träger der Kontakt- und Informationsstelle für Selbsthilfegruppen (Kiss), die Selbsthilfegruppen beim Aufbau unterstützt, und alle interessierten Personen über bestehende Gruppen und Projekte im Bereich der Selbsthilfe informiert und berätet (siehe <http://www.kiss-hh.de/> oder <http://www.hamburg.de/selbsthilfe/>).

Mit Migranten für Migranten – MiMi-Hamburg

Im Projekt MiMi-Hamburg wird versucht, mithilfe interkultureller Gesundheits-Mediatoren den Zugang von Migranten zum deutschen Gesundheitssystem zu verbessern. Gut integrierte Migranten informieren Personen aus demselben Sprach- und Kulturraum über den Aufbau und die Angebote des der Gesundheitssystems bzw. bieten Übersetzungen oder individuelle Unterstützung in unterschiedlichen gesundheitlichen Kontexten an (<http://www.mimi-hamburg.de/mimi-hamburg.html>).

Informationskampagnen

Hamburg führt aktuell auch Informationskampagnen im Bereich Medikamentenmissbrauch und Darmkrebsvorsorge durch. Die Kampagne „*MIT-DENKEN*“ für einen bewussten Umgang mit Medikamenten wurde Anfang 2011 von der Gesundheitsbehörde in Kooperation mit der Ärzte- und Apothekerkammer sowie der Hamburgischen Landessstelle für Suchtfragen gestartet und richtet sich sowohl an behandelnde Ärzte bzw. medizinische Fachkräfte, aber auch an die Verbraucher. Ziel ist es, Medikamentenmissbrauch zu reduzieren und über verschiedene Aspekte eines bewussten Umgangs mit Medikamenten zu informieren. Dabei wird versucht, in Informationsveranstaltungen unterschiedliche Zielgruppen anzusprechen (<http://www.mitdenken-hamburg.de/index.php/kampagne.html>). Mit der Aktion „*Hamburg gegen Darmkrebs*“ versucht die Behörde gemeinsam mit der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg, der Ärztekammer, den Krankenkassen und anderen Partnern auf die Möglichkeiten zur Vorbeugung und Früherkennung von Darmkrebs hinzuweisen (<http://www.hamburg.de/gesundheitsfoerderung/1201664/darmkrebs.html>).

Nichtraucherschutz

Hinzuweisen ist auch auf den Nichtraucherschutz in Hamburg und damit zusammenhängende Hilfsangebote. Seit dem 1. Januar 2008 ist das Rauchen in allen öffentlichen Gebäuden Hamburgs verboten, mit 1. Januar 2010 wurden weitere Regelungen eingeführt, die das Verbot u. a. auch auf Einrichtungen wie Schulen, Behörden, Sporthallen, Kinos, Einzelhandelsgeschäfte und Diskotheken ausweiteten. Die gesetzliche Veränderung sollen auch Arbeitgeber und Beschäftigte auch zu einem konsequenten Nichtraucherschutz in den eigenen Unternehmen anregen. Um von Betrieben zu lernen, die bereits gute Erfahrungen bei der Umsetzung von wirksamem Nichtraucherschutz oder der Etablierung von Maßnahmen zur Rauchentwöhnung gesammelt haben, wird vom Amt für Arbeitsschutz eine Liste von Ansprechpersonen geführt, bei denen man sich informieren kann (<http://www.hamburg.de/nichtraucherschutz/>).

3.2. Extramurale Versorgung

Die extramurale Versorgung in Hamburg erfolgt durch:

- 1) niedergelassene Ärzte, welche an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen
- 2) niedergelassene Ärzte, welche nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen

Die **niedergelassenen Ärzte, welche an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen**, sind im Wesentlichen entweder in **Einzelpraxen** oder in **Medizinischen Versorgungszentren** tätig. Sie werden durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und ihre 17 Länderorganisationen, die kassenärztlichen Vereinigungen (KVen), vertreten, welche für die vertragliche Ausgestaltung der extramuralen Versorgung zuständig sind und den Status von Körperschaften öffentlichen Rechts haben. Zahnärzte gehören analog den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen (KZVen) an. Die KBV handelt mit den Spitzen der gesetzlichen Krankenkassen sogenannte Bundesmantelverträge aus. Diese regeln die vertragsärztliche Versorgung und bilden den Rahmen für die auf Länderebene gestalteten Generalverträge (Busse und Riesberg, 2005, HSW II, 2006).

Vorgaben zur medizinischen Versorgung werden auch vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), einem Gremium der Leistungserbringer und Kostenträger, erarbeitet. Neben den Ärztevertretern und Krankenkassen wird der G-BA auch mit Vertretern der Psychotherapeuten und Krankenhäuser beschiedt, zusätzlich werden weitere neutrale Mitglieder und Mitglieder aus PatientenInnenvertretungen miteinbezogen (Busse und Riesberg, 2005, HSW II, 2006).

Die **niedergelassenen Ärzte welche nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen**, spielen in der extramuralen Versorgung der Hamburger Bevölkerung nur eine sehr untergeordnete Rolle. Weniger als sieben Prozent der niedergelassenen Ärzte nehmen in Hamburg nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teil. Daher wird in Folge nicht näher auf diese Ärzte eingegangen.

Der extramurale Bereich in Deutschland verfügt über kein Gatekeeping-System. Die GKV-Versicherten verfügen über freie Arztwahl unter allen niedergelassenen an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten. Laut § 76 SGB V sind die GKV-Versicherten aufgefordert, einen Hausarzt zu wählen, welchen sie innerhalb eines Abrechnungsquartals nicht wechseln sollten. Die Einhaltung dieser Regelung wird jedoch nicht kontrolliert. Vielmehr ist es gängige Praxis, dass Patienten niedergelassene Fachärzte ohne eine hausärztliche Überweisung konsultieren (vgl. Busse und Riesberg 2005).

3.2.1. Kapazitäten

Im Jahr 2010 gab es in Hamburg insgesamt 4.413 niedergelassene Ärzte, was einer Ärztedichte von 248,2 Ärzten pro 100.000 Einwohner entspricht. Die überwiegende Mehrheit der niedergelassenen Ärzte (84,2 Prozent) nahm an der vertragsärztlichen Versorgung teil. Insofern belief sich das Versorgungsniveau mit Vertragsärzten auf 208,9 Ärzte pro 100.000 Einwohner (vgl. Tabelle 5).

Tabelle 34: Niedergelassene Ärzte (exkl. Zahnärzte) pro 100.000 Einwohner, Hamburg, 2010

	Gesamt	Ärzte pro 100.000 Einwohner
Niedergelassene Ärzte	4.413	248,2
Niedergelassene an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte	3.714	208,9

Quelle: Ärzte-Statistik der Kassenärztlichen Bundesvereinigung 2011.

Die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte lassen sich in vier große Gruppen unterteilen:

- 1) Vertragsärzte
- 2) Partner-Ärzte
- 3) Angestellte Ärzte
- 4) Ermächtigte Ärzte

Mit 3.351 Ärzten bzw. 188,5 Ärzten pro 100.000 Einwohner nehmen die Vertragsärzte in Hamburg die größte Gruppe ein. Unter Vertragsärzten sind Ärzte zu verstehen, welche in einem direkten singulären Vertragsverhältnis zu ein oder mehreren Krankenkassen stehen. Die zweitgrößte Gruppe bilden mit 234 Ärzten bzw. 13,2 Ärzten pro 100.000 Einwohner die angestellten Ärzte in Einzelpraxen oder Medizinischen Versorgungszentren. Für Vertragsärzte besteht die Möglichkeit drei teil- oder vollzeitbeschäftigte Ärzte in ihrer Praxis auf Dauer anzustellen, vorausgesetzt, dass sich der Leistungsumfang der Praxis nicht um mehr als drei Prozent vergrößert. Eine exakte Definition zu sämtlichen Arztgruppen befindet sich in der Legende zu Tabelle 35.

Eine Besonderheit in der extramuralen Versorgung in Deutschland besteht in der expliziten Trennung zwischen hausärztlicher und fachärztlicher Versorgung. Generell nehmen an der hausärztlichen Versorgung in Deutschland Allgemeinärzte, praktische Ärzte, hausärztlich tätige Internisten sowie hausärztlich tätige Kinderärzte teil. Da die Finanzierung der Hausärzte und Vertragsärzte aus unterschiedlichen Töpfen stammt, werden Internisten bzw.

Kinderärzte, welche an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen möchten, dazu verpflichtet sich zu entscheiden, ob sie hausärztlich oder fachärztlich tätig sein wollen.

Von den an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten waren 1.441 (81,0 pro 100.000 Einwohner) hausärztlich und 2.273 (127,8 pro 100.000 Einwohner) fachärztlich tätig.

Ein Vergleich der fachärztlich tätigen Ärzten zeigt, dass in Hamburg die Versorgungsdichte mit Frauenärzten mit 18,4 Ärzten pro 100.000 Einwohner am höchsten ist. Dahinter folgen Internisten (14,0 Ärzte pro 100.000 Einwohner), Nervenärzte/Neurologen/Psychiater (11,8 Ärzte pro 100.000 Einwohner) und ärztliche Psychotherapeuten (10,6 Ärzte pro 100.000 Einwohner). Eine relativ geringe Dichte an fachlicher Versorgung gibt es hingegen unter den Lungenärzten, statistisch gesehen kommt weniger als ein Lungenarzt (0,6) auf 100.000 Einwohner (vgl. Tabelle 35).

Tabelle 35: An der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte nach ihrem Teilnahmestatus (in Arztpraxen und medizinischen Versorgungszentren), Hamburg, 31.12.2010

	Teilnehmende Ärzte		Teilnehmende Ärzte davon				
			Vertragsärzte		Partner-Ärzte	Angestellte Ärzte	Ermächtigte Ärzte
	Gesamt	Pro 100.000 Einwohner	Gesamt	Pro 100.000 Einwohner	Gesamt	Gesamt	Gesamt
Allgemeinärzte	697	39,2	649	36,5	1	47	0
Anästhesisten	94	5,3	80	4,5	2	6	6
Augenärzte	155	8,7	146	8,2	1	8	0
Chirurgen	115	6,5	98	5,5	1	6	10
Frauenärzte	327	18,4	287	16,1	2	19	19
HNO-Ärzte	132	7,4	120	6,7	1	8	3
Hautärzte	114	6,4	95	5,3	2	13	4
Internisten	651	36,6	585	32,9	5	40	21
davon fachärztlich tätig	249	14,0	230	12,9	5	14	0
davon hausärztlich tätig	402	22,6	355	20,0	0	26	21
Kinderärzte	170	9,6	145	8,2	2	12	11
Kinder- und Jugendpsychiater	44	2,5	40	2,2	0	3	1
Laborärzte	48	2,7	45	2,5	0	0	3
Lungenärzte	11	0,6	11	0,6	0	0	0
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen	52	2,9	47	2,6	0	3	2
Nervenärzte/Neurologen/ Psychiater	209	11,8	197	11,1	1	7	4
Neurochirurgen	27	1,5	22	1,2	0	4	1
Nuklearmediziner	34	1,9	27	1,5	0	7	0
Orthopäden	173	9,7	151	8,5	5	16	1
Pathologen	34	1,9	25	1,4	0	8	1

Ärztliche Psychotherapeuten	189	10,6	187	10,5	0	2	0
Radiologen/Diagnostische Radiologen	117	6,6	103	5,8	0	6	8
Urologen	80	4,5	72	4,0	2	5	1
Übrige Arztgruppen ¹	28	1,6	24	1,3	0	2	2
<hr/>							
Praktische Ärzte ²	213	12,0	195	11,0	0	12	6
<hr/>							
Darunter Hausärzte ³	1441		1.342		3	96	0

Quelle: Ärzte-Statistik der Kassenärztlichen Bundesvereinigung 2011, IHS HealthEcon Berechnungen 2011.

Definitionen: **Teilnehmende Ärzte:** „Teilnehmende Ärzte (vollständige Bezeichnung: an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte) sind Ärzte, die Patienten der gesetzlichen Krankenkassen ambulant behandeln dürfen. Sie können Vertragsärzte, Partner-Ärzte, angestellte Ärzte oder ermächtigte Ärzte sein.“ **Vertragsarzt:** „Jeder Vertragsarzt ist Mitglied einer Kassenärztlichen Vereinigung, die die von den Krankenkassen zur Verfügung gestellte Gesamtvergütung als Honorare an die Mitglieder auszahlt. Will sich ein Arzt als Vertragsarzt niederlassen, so darf er dies nur in offenen Planungsbereichen.“ **Partner-Arzt:** „Ein Arzt kann sich auch in einem geschlossenen Planungsbereich niederlassen, wenn er in einer Berufsausübungsgemeinschaft (ehemals Gemeinschaftspraxis) der Partner eines bereits zugelassenen Kollegen wird. Beide müssen sich aber dazu verpflichten, gemeinsam nicht wesentlich mehr Leistungen zu erbringen, als es der bereits zugelassene Kollege bisher getan hat (§ 101 Abs. 1 Nr. 4 SGB V).“ **Angestellte Ärzte:** „Vertragsärzte dürfen drei teil- oder vollzeitbeschäftigte Ärzte in ihrer Praxis auf Dauer anstellen. Bei medizinisch-technischen Leistungen dürfen vier teil- oder vollzeitbeschäftigte Ärzte angestellt werden, auf Antrag können auch mehr Mediziner angestellt werden. Voraussetzung der Arztanstellung in geschlossenen Planungsbereichen ist, dass sich der Leistungsumfang der Praxis nicht um mehr als drei Prozent vergrößert. Medizinische Versorgungszentren (MVZ) dürfen ebenfalls angestellte Ärzte beschäftigen.“ **Ermächtigte Ärzte:** „Gesetzlich krankenversicherte Patienten werden ambulant in der Regel von sogenannten Vertragsärzten versorgt. An der vertragsärztlichen Versorgung können aber auch andere Mediziner teilnehmen: ermächtigte Ärzte. Der Zulassungsausschuss, ein von der örtlichen Kassenärztlichen Vereinigung und von den Krankenkassen besetztes Gremium, kann Ärzte ermächtigen, gesetzlich Versicherte zu behandeln, wenn z. B. eine Unterversorgung der Bevölkerung besteht oder droht. Dabei legt der Ausschuss genau fest, wie lange, wo und in welchem Umfang der Arzt tätig sein darf. Auch ausländische Mediziner, Krankenhaus-Ärzte und Institutionen können ermächtigt werden.“ (Bundesarztregister der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zitiert nach Gesundheitsberichtserstattung des Bundes).

Anmerkung: ¹ Arbeitsmediziner, Ärzte für öffentliches Gesundheitswesen, Ärzte für Physikalische und Rehabilitative Medizin, Biochemiker, Fachwissenschaftler der Medizin, Fachzahnärzte, Humangenetiker, Hygieniker, Mikrobiologen, Pharmakologen, Physiotherapeuten, Rechtsmediziner und Transfusionsmediziner; ² Seit 01.01.2006 ist der Erwerb des Facharztstitels Voraussetzung für eine Teilnahme an der vertragsärztlichen. Bis dahin war es auch möglich als Praktischer Arzt (Arzt ohne abgeschlossene Weiterbildung zum Facharzt) an der vertragsärztlichen Versorgung teilzunehmen; ³ lt. § 73 (1) SGB V gliedert sich die vertragsärztliche Versorgung in die **hausärztliche** und die **fachärztliche** Versorgung; lt. § 73 (1a) SGB V nehmen an der hausärztlichen Versorgung 1) Allgemeinärzte, 2) Kinderärzte, 3) Internisten ohne Schwerpunktbezeichnung, die die Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung gewählt haben, 4.) Ärzte, die nach § 95a Abs. 4 und 5 Satz 1 in das Arztregister eingetragen sind und 5) Ärzte, die am 31. Dezember 2000 an der hausärztlichen Versorgung teilgenommen haben teil.

Exkurs: Medizinische Versorgungszentren (MVZ)

Unter einem medizinischen Versorgungszentrum ist lt. § 95 SGB V „eine fachübergreifende ärztlich geleitete Einrichtung“ zu verstehen. Die Kooperationsform ist seit 2004 in der extramuralen Versorgung in Deutschland möglich um durch eine strukturierte Zusammenarbeit mehrere ärztlicher Fachgebiete eine patientenorientierte Versorgung aus einer Hand ermöglichen.

Für medizinische Versorgungszentren gelten folgende Grundsätze:

- Sie sind fachübergreifende Einrichtungen. Aufgrund dessen müssen in einem medizinischen Versorgungszentrum mindestens zwei Ärzte mit verschiedenen Facharzt- oder Schwerpunktbezeichnungen tätig sein.
- Sie müssen ärztlich geleitet werden. Wenn in einem medizinischen Versorgungszentrum unterschiedliche ärztliche Berufsgruppen gemeinsam tätig sind, kann es auch in kooperativer Leitung geführt werden.
- In einem medizinischen Versorgungszentrum können Vertragsärzte und/oder angestellte Ärzte tätig werden.

Im 2. Quartal 2010 gab es deutschlandweit insgesamt 1.567 medizinische Versorgungszentren. In diesen waren 7.889 Ärzte tätig, wovon 1.355 Vertragsärzte und 6.534 angestellte Ärzte waren. Im Durchschnitt sind in einem medizinischen Versorgungszentrum fünf Ärzte tätig. Die am häufigsten vertretenen Facharztgruppen sind: Hausärzte, Internisten und Chirurgen. Die medizinischen Versorgungszentren befinden sich vorwiegend unter der Trägerschaft von Vertragsärzten (47,3 Prozent) oder unter der Trägerschaft von Krankenhäusern (38,5 Prozent) und werde vorwiegend in Form von Gesellschaften mit beschränkter Haftung (GmbH) und Gesellschaften bürgerlichen Rechts (GbR) geführt.

Im 2. Quartal 2010 gab es in Hamburg 51 medizinische Versorgungszentren, davon standen 13 unter der Trägerschaft von Krankenhäusern.

3.3. Intramurale Versorgung

3.3.1. Kapazitäten

Insgesamt standen zum Stichtag 01.07.2010 59 Krankenanstalten bzw. 11.785 Betten für die stationäre Versorgung in Hamburg zur Verfügung. Davon befanden sich 55 Krankenanstalten auf Hamburger Stadtgebiet und vier Krankenanstalten im schleswig-holsteinischen Umland, welche nur mit einem Teil ihrer Betten in den Hamburger Krankenhausplan aufgenommen sind. Von den insgesamt 59 Krankenanstalten waren 34 Krankenanstalten in den Hamburger Krankenhausplan aufgenommen und 25 Krankenanstalten nicht. Bei 24 der 25 nicht in den Krankenhausplan aufgenommen Häusern handelt es sich um kleine bzw. kleinere Privatkliniken (vgl. Tabelle 36).

Von den 34 Plankrankenhäusern standen jeweils 16 unter privater und unter freigemeinnütziger Trägerschaft, nur 2 Krankenanstalten befanden sich unter öffentlicher Trägerschaft (vgl. Tabelle 36).

Der Großteil der Betten (11.183 bzw. 95 Prozent) wird von Plankrankenhäusern zur Verfügung gestellt. Innerhalb der Plankrankenhäuser sind die privaten Krankenanstalten mit 6.210 Betten die größten Bettenanbieter. Das entspricht 53 Prozent aller Betten bzw. 56 Prozent aller Betten in Plankrankenhäusern. Der zweitgrößte Bettenanbieter sind die freigemeinnützigen Krankenanstalten. Sie verfügen mit 3.602 Betten über 31 Prozent aller Betten bzw. 32 Prozent aller Betten in Plankrankenhäusern.

Betrachtet man die Krankenanstalten außerhalb des Krankenhausplans so ist besonders augenscheinlich, dass es zwar außerhalb des Krankenhausplans mit einer Anzahl von 25 nur geringfügig weniger Anstalten als im Bereich der Plankrankenhäuser (34) gibt, diese aber nur über 5 Prozent der gesamten Bettenkapazität verfügen. Insbesondere konzessionierte Krankenhäuser gemäß §108 SGB V haben von allen Rechtsträgern mit 24 Anstalten eine besonders hohe Anzahl an Einzelanstalten: 41 Prozent aller Krankenanstalten in Hamburg werden unter dieser Rechtsordnung geführt (vgl. Tabelle 36). Hierbei handelt es sich, wie bereits oben erwähnt, um kleine bzw. kleinere Privatkliniken mit durchschnittlich 12 Betten. Sie entsprechen von ihrer Ausrichtung und ihrem Tätigkeitsfeld eher Ambulatorien als Krankenhäusern und sind vor allem in den Bereichen plastische und ästhetische Chirurgie, Anti-Aging-Medizin, Zahnsanierung, Zahnsanierung und Implantologie, Augenlaserbehandlungen angesiedelt. Zudem werden derartige Einrichtungen auch als Erweiterung zu bereits bestehenden Krankenhäusern wie z. B. der Asklepios Klinik Altona oder des Asklepios Westklinikums Hamburg errichtet mit dem Zweck, eine medizinische Behandlung in komfortabler Hotelatmosphäre zu ermöglichen.

Tabelle 36: Anzahl an Krankenanstalten und Betten nach Rechtsträger, Hamburg, 2010

Krankenanstaltentyp	Krankenanstalten- gesamt	In % der Krankenanstalten gesamt	Betten-Ist (01.07.2010)- gesamt	In % der Betten gesamt
<i>Plankrankenhäuser (im Hamburger Stadtgebiet und Hamburger Umland)¹²</i>				
Öffentliche Krankenhäuser	2	3	1.371	12
Freiwillige Krankenhäuser	16	27	3.602	31
Private Krankenhäuser	16	27	6.210	53
Summe	34	57	11.183	95
<i>Krankenhäuser außerhalb des Krankenhausplans</i>				
Krankenhäuser mit Versorgungsvertrag gemäß § 108 SGB V	1	2	316	3
Konzessionierte Krankenhäuser nach § 30 Gewerbeordnung	24	41	286	2
Summe	25	43	602	5
<i>Krankenhäuser gesamt</i>				
Summe	59	100	11.785	100

Quelle: Krankenhausplan 2015 der Freien und Hansestadt Hamburg, IHS HealthEcon Darstellung 2011.

Anmerkung: 1 inkl. der 2 Krankenhäuser im Hamburger Stadtgebiet, welche nur mit einem Teil der Bettenkapazitäten in den Hamburger Krankenhausplan aufgenommen sind; 2 inkl. der 4 Krankenhäuser im Hamburger Umland, welche nur mit einem Teil der Bettenkapazitäten in den Hamburger Krankenhausplan aufgenommen sind.

In Tabelle 37 ist die Größenstruktur der Hamburger Plankrankenhäuser abgebildet und stellt sich wie folgt dar: 2 Plankrankenhäuser verfügen über 1.000 und mehr Betten, 8 Plankrankenhäuser zwischen 500 und 999 Betten, 13 Plankrankenhäuser zwischen 200 und 499 Betten und 12 Plankrankenhäuser zwischen 1 und 199 Betten.

Tabelle 37: Größenstruktur der Plankrankenhäuser, Hamburg, 2011

1.000 Betten und mehr	2
500 bis 999 Betten	8
300 bis 499 Betten	5
200 bis 299 Betten	8
100 bis 199 Betten	5
1 bis 99 Betten	6
Summe Plankrankenhäuser	34

Quelle: Krankenhausverzeichnis 2011.

Anmerkung: Die Reihung der Krankenhäuser erfolgte nach der Anzahl der gesamten Betten und nicht nach der Anzahl der Plan-Betten.

In Tabelle 38 sind die Planbetten untergliedert nach Fachrichtungen bzw. Spezialbereichen dargestellt. Unter Planbetten sind jene Betten zu verstehen, welche in Plankrankenhäusern aufgestellt sind. Per Stichtag 31.12.2009 standen in der Fachrichtung Innere Medizin die meisten Betten zur Verfügung (2.867 Betten bzw. 161,2 Betten pro 100.000 Einwohner). Auch die Fachrichtung Chirurgie und Orthopädie hat mit einer Anzahl von 149,1 Betten pro 100.000 Einwohner einen relativ großen Anteil an der gesamten Planbettenanzahl. Mit 1.373 Betten bzw. 77,2 Betten pro 100.000 Einwohner sind im Fachbereich Psychiatrie und Psychotherapie die drittmeisten Betten aufgestellt. Über vergleichsweise wenige Betten verfügen die Fachbereiche Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie sowie Strahlenheilkunde (jeweils rund 4 Betten pro 100.000 Einwohner). Setzt man die Gesamtzahl der tatsächlich aufgestellten Planbetten aller Fachgebiete der Einwohnerzahl von Hamburg gegenüber, so kommen insgesamt 614,9 Betten auf 100.000 Personen (siehe Tabelle 38).

Tabelle 38: Planbetten-Ist nach Fachrichtungen pro 100.000 Einwohner, Hamburg, 31.12.2009

Fachrichtung bzw. spezieller Bereich	Planbetten-Ist (31.12.2009)-gesamt	Planbetten-Ist (31.12.2009) pro 100.000 Einwohner
<i>Fachgebiete</i>		
Augenheilkunde	182	10,2
Chirurgie und Orthopädie	2.652	149,1
Gynäkologie und Geburtshilfe	570	32,1
Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	286	16,1
Haut- und Geschlechtskrankheiten	109	6,1
Innere Medizin	2.867	161,2
Geriatric	781	43,9
Kinderheilkunde inkl. Kinderchirurgie	585	32,9
Kinder- und Jugendpsychiatrie	142	8,0
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	76	4,3
Neurochirurgie	220	12,4
Neurologie	549	30,9
Nuklearmedizin	16	0,9
Psychiatrie und Psychotherapie	1.373	77,2
Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	112	6,3
Strahlenheilkunde	66	3,7
Urologie	347	19,5
Summe	10.933	614,9
<i>Schwerpunkte</i>		
Schwerbrandverletzte	11	0,6
Querschnittgelähmtenzentrum	94	5,3
Frührehabilitation	139	7,8
Summe	244	13,7

Quelle: Krankenhausplan 2015 der Freien und Hansestadt Hamburg, IHS HealthEcon Berechnungen 2011.

3.3.2. Inanspruchnahme

Stationäre Aufenthalte

Im Jahr 2008 stellten Krankheiten des Kreislaufsystems (13,5 Prozent), Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen (9,3 Prozent), Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (9,1 Prozent), Krankheiten des Verdauungssystems (9,0 Prozent) sowie bösartige Neubildungen (8,6 Prozent) die häufigsten Ursachen für stationäre Aufenthalte in Hamburger Krankenhäusern dar. Diese

fünf Krankheitsgruppen alleine zeichnen für mehr als 50 Prozent aller stationären Aufenthalte verantwortlich. Psychische und Verhaltensstörungen verursachen 5,7 Prozent, Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett 5,4 Prozent und Krankheiten des Urogenitalsystems 5,0 Prozent aller stationären Aufenthalte (vgl. Tabelle 39).

Eine Betrachtung der stationären Aufenthalte im Zeitraum zwischen 2004 und 2008 zeichnet folgendes Bild: In diesem Zeitraum sind Aufenthalte aufgrund bestimmter Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben (+37 Prozent) und aufgrund von Symptomen und abnormen klinischen Laborbefunden, die andererseits nicht klassifiziert sind (18 Prozent), besonders stark angestiegen. Auch Krankheiten der Haut und der Unterhaut führten 2008 häufiger zu stationären Aufenthalten als 2004 (+11 Prozent), genauso wie Aufenthalte aufgrund bestimmter infektiöser und parasitärer Krankheiten (+9 Prozent). Gesunken sind hingegen Aufenthalte bedingt durch Krankheiten des Ohres und des Wurmfortsatzes (-22 Prozent) oder durch die Krankheitsgruppe 20 (-17 Prozent). Insgesamt sind Krankenhausaufenthalte in Hamburg zwischen 2004 und 2008 um 2 Prozent bzw. um rund 17.000 Fälle angestiegen (vgl. Tabelle 39).

Tabelle 39: Aus Krankenhäusern in Hamburg entlassene vollstationäre Patienten (einschließlich Sterbefälle und Stundenfälle)

ICD-10 Gliederung	2004		2005		2006		2007		2008			Stat. Fälle pro 100.000 Einwohner - Index: 2004=100
	Stat. Aufenthalte insgesamt	Stat. Aufenthalte pro 100.000 EW	Stat. Aufenthalte insgesamt	Stat. Aufenthalte pro 100.000 EW	Stat. Aufenthalte insgesamt	Stat. Aufenthalte pro 100.000 EW	Stat. Aufenthalte insgesamt	Stat. Aufenthalte pro 100.000 EW	Stat. Aufenthalte insgesamt	Stat. Aufenthalte pro 100.000 EW	In Prozent aller Diagnosen	
Alle Diagnosen	412.218	23.742,5	396.940	22.819,8	407.228	23.289,5	421.161	23.906,4	429.151,0	24.224,9	-	102
I. Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	10.176	586,1	10.180	585,2	10.931	625,1	11.492	652,3	11.343,0	640,3	2,6	109
II. Neubildungen	46.611	2.684,7	44.398	2.552,4	47.590	2.721,7	47.678	2.706,3	46.846,0	2.644,4	10,9	98
Davon Bösartige Neubildungen	37.692	2.170,9	35.737	2.054,5	38.385	2.195,3	37.922	2.152,6	36.859,0	2.080,6	8,6	96
III. Krankheiten des Blutes u. der blutbildenden Organe	2.576	148,4	2.603	149,6	2.587	148,0	2.715	154,1	2.715,0	153,3	0,6	103
IV. Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	9.733	560,6	9.240	531,2	9.784	559,6	9.643	547,4	9.689,0	546,9	2,3	98
V. Psychische und Verhaltensstörungen	22.869	1.317,2	22.110	1.271,1	21.932	1.254,3	22.864	1.297,8	24.322,0	1.372,9	5,7	104
VI. Krankheiten des Nervensystems	16.754	965,0	16.412	943,5	16.301	932,3	17.054	968,0	18.313,0	1.033,7	4,3	107
VII. Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde	13.192	759,8	12.705	730,4	13.168	753,1	12.623	716,5	13.108,0	739,9	3,1	97
VIII. Krankheiten des Ohres und des Wurmfortsatzes	4.195	241,6	3.568	205,1	3.347	191,4	3.370	191,3	3.345,0	188,8	0,8	78
IX. Krankheiten des Kreislaufsystems	59.482	3.426,0	55.662	3.200,0	54.817	3.135,0	57.395	3.257,9	57.918,0	3.269,4	13,5	95
X. Krankheiten des Atmungssystems	25.215	1.452,3	24.717	1.421,0	25.050	1.432,6	26.379	1.497,4	26.574,0	1.500,1	6,2	103
XI. Krankheiten des Verdauungssystems	38.300	2.206,0	36.407	2.093,0	36.664	2.096,8	37.308	2.117,7	38.480,0	2.172,1	9,0	98
XII. Krankheiten der Haut und der Unterhaut	5.221	300,7	5.170	297,2	5.533	316,4	5.823	330,5	5.898,0	332,9	1,4	111
XIII. Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	36.931	2.127,1	34.448	1.980,4	35.679	2.040,5	38.321	2.175,2	38.951,0	2.198,7	9,1	103

XIV. Krankheiten des Urogenitalsystems	19.815	1.141,3	19.142	1.100,5	20.234	1.157,2	21.248	1.206,1	21.346,0	1.204,9	5,0	106
XV. Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	22.602	1.301,8	23.072	1.326,4	23.654	1.352,8	24.655	1.399,5	23.296,0	1.315,0	5,4	101
XVI. Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben	4.174	240,4	4.793	275,5	5.659	323,6	5.893	334,5	5.843,0	329,8	1,4	137
XVII. Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien	3.862	222,4	3.838	220,6	3.457	197,7	3.630	206,0	3.595,0	202,9	0,8	91
XVIII. Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderorts nicht klassifiziert sind	12.045	693,8	11.269	647,8	12.504	715,1	13.633	773,8	14.505,0	818,8	3,4	118
XIX. Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen	38.111	2.195,1	37.347	2.147,1	38.467	2.199,9	39.776	2.257,8	40.087,0	2.262,8	9,3	103
XX. Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen	20.177	1.162,1	19.859	1.141,7	19.813	1.133,1	19.183	1.088,9	17.178,0	969,7	4,0	83
XXI. Ohne Diagnoseangabe	177	10,2	-	-	57	3,3	478	27,1	5.799,0	327,3	1,4	3211

Quelle: Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein.

Anmerkung: Bei den angeführten Zahlen handelt es sich um Behandlungsfälle; Personen, die mehrmals im Jahr in einem Krankenhaus behandelt werden, werden auch mehrfach gezählt

Gastpatienten³⁷

Insgesamt wurden im Jahr 2009 302.385 Patienten aus Hamburger Krankenhäusern entlassen. Der Großteil davon (70 Prozent) hatte seinen Wohnsitz in Hamburg. Relativ häufig werden jedoch auch Patienten aus dem Einzugsgebiet Schleswig-Holstein (18 Prozent), Niedersachsen (9 Prozent) oder Mecklenburg-Vorpommern (0,7 Prozent) behandelt. Aus den restlichen Bundesländern stammen rund 2 Prozent der Patienten. Lediglich 0,3 Prozent der aus den Hamburger Krankenhäusern entlassenen Patienten kommen aus dem Ausland.

Tabelle 40: Aus Hamburger Krankenhäusern entlassene Patienten nach Einzugsgebiet der Krankenhäuser, 2009

	Patienten-gesamt	In % der Patienten-gesamt
Gesamt	429.727	100,0
<i>davon Wohnsitz in Hamburg</i>		
	302.385	70,4
<i>davon Wohnsitz NICHT in Hamburg</i>		
Schleswig-Holstein	76.037	17,7
Mecklenburg-Vorpommern	3.029	0,7
Niedersachsen	36.968	8,6
Restliche Bundesländer	8.971	2,1
Ausland	1.332	0,3

Quelle: Statistisches Jahrbuch Hamburg 2010/2011.

Besonders hoch war der Anteil der Gastpatienten bei Behandlungen aufgrund von Krankheiten des Auges (46 Prozent), des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (41 Prozent) und Neubildungen (hauptsächlich bösartige) (36 Prozent). Dagegen war der Anteil von Gastpatienten wegen Schwangerschaft und Geburt mit lediglich 19 Prozent und wegen psychischer und Verhaltensstörungen mit nur 17 Prozent relativ gering (Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein 2011).

3.3.3. Personal

Im Jahr 2010 waren in Hamburg insgesamt 5.220 Ärzte stationär tätig, was einer Ärztedichte von 293,6 pro 100.000 Einwohner entspricht. Etwas mehr als die Hälfte der Ärzte in Krankenhäusern verfügen über eine abgeschlossene Facharztausbildung (53 Prozent), was einer Versorgungsdichte mit Fachärzten von 154,3 pro 100.000 Einwohner gleichkommt (vgl. Tabelle 40). Am größten ist die Versorgungsdichte mit stationär tätigen Fachärzten in den

³⁷ Unter Gastpatienten sind Patienten ohne Wohnsitz in Hamburg zu verstehen.

Bereichen Innere Medizin, Chirurgie, und Anästhesiologie, wie die Indexwerte pro 100.000 Einwohner in Tabelle 40 zeigen. Die nächsthöheren Indexwerte pro 100.000 Einwohner weisen mit 9,8 die Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin und mit 8,9 die Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe auf.

Tabelle 41: Stationär tätige Ärzte nach Gebietsbezeichnungen, Hamburg, 31.12.2010

	Stationär tätige Ärzte-gesamt	Ärzte pro 100.000 Einwohner
Fachärzte		
Allgemeinmedizin	44	2,5
Anästhesiologie	466	26,2
Anatomie	5	0,3
Arbeitsmedizin	7	0,4
Augenheilkunde	42	2,4
Biochemie	1	0,1
Chirurgie	531	29,9
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	158	8,9
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	58	3,3
Haut- und Geschlechtskrankheiten	36	2,0
Humangenetik	2	0,1
Hygiene und Umweltmedizin	0	0,0
Innere Medizin	557	31,3
Kinder- und Jugendmedizin	174	9,8
Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	19	1,1
Laboratoriumsmedizin	12	0,7
Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie	15	0,8
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	12	0,7
Nervenheilkunde	47	2,6
Neurochirurgie	51	2,9
Neurologie	80	4,5
Nuklearmedizin	7	0,4
Öffentliches Gesundheitswesen	1	0,1
Pathologie	30	1,7
Pharmakologie	7	0,4
Physikalische und Rehabilitative Medizin	16	0,9
Physiologie	2	0,1
Psychiatrie und Psychotherapie	124	7,0
Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	18	1,0
Radiologie	112	6,3
Rechtsmedizin	8	0,4
Strahlentherapie	7	0,4
Transfusionsmedizin	15	0,8
Urologie	79	4,4
Sonstige Gebietsbezeichnungen	0	0,0
Summe	2.743	154,3
Sonstige Ärzte - Ohne Gebietsbezeichnung¹⁾	2.477	139,3
Summe - Ärzte gesamt	5.220	293,6

Quelle: Ärzte-Statistik der Kassenärztlichen Bundesvereinigung 2011, IHS HealthEcon Berechnungen 2011.

Anmerkung: ¹⁾ Ärzte ohne Gebietsbezeichnung verfügen über keine abgeschlossene Weiterbildung zum Facharzt.

Im Jahr 2008 belief sich das nicht-ärztliche Personal in den Hamburger Krankenhäusern auf 21.143 Personen. Hiervon waren 10.444 Personen (49,4 Prozent) im Rahmen des Pflegedienstes, 4.006 Personen (18,9 Prozent) im Rahmen des medizinisch-technischen Dienstes, 3.193 (15,1 Prozent) im Rahmen des Funktionsdienstes und 1.802 (8,5 Prozent) im Rahmen des Verwaltungsdienstes beschäftigt. Das restliche Personal verteilt sich auf die Berufsgruppen klinisches Hauspersonal, Wirtschafts- und Versorgungsdienst, technischer Dienst, sonstige Dienste und sonstiges nicht-ärztliches Personal (vgl. Tabelle 42).

Tabelle 42: Nicht-ärztliches Personal in Krankenanstalten pro 100.000 Einwohner, 2008

	Stationär tätiges nicht-ärztliches Personal	Nicht-ärztliches Personal pro 100.000 Einwohner
Pflegedienst	10.444	589,5
Medizinisch-technischer Dienst ¹⁾	4.006	226,1
Funktionsdienst ²⁾	3.193	180,2
Klinisches Hauspersonal	218	12,3
Wirtschafts- und Versorgungsdienst ³⁾	480	27,1
Technischer Dienst	256	14,5
Verwaltungsdienst	1.802	101,7
Sonstige Dienste	131	7,4
Sonstiges nicht-ärztliches Personal ⁴⁾	613	34,6
Summe	21.143	1.193,5

Quelle: Statistisches Jahrbuch Hamburg 2010/2011, IHS HealthEcon Berechnungen 2011.

Anmerkung: ¹⁾ z. B. medizinisch-technische Assistenten, Radiologieassistenten, Laboratoriumsassistenten, Apothekenpersonal, Krankengymnasten, Masseur, Psychologen, Sozialarbeiter; ²⁾ z. B. Personal im Operationsdienst, in der Anästhesie, in der Ambulanz und im Krankentransport, Hebammen; ³⁾ z. B. Personal in der Küche und Wäscherei; ⁴⁾ z. B. Zivildienstleistende

Teilstationäre Versorgung

Unter einer teilstationären Behandlung ist eine Krankenhausleistung zu verstehen, welche eine regelmäßige Aufenthaltsdauer von weniger als 24 Stunden umfasst und in Tages- oder Nachtkliniken angeboten wird. Die Patienten verbringen dort den Tag (in der Regel von 08:00 bis 16:00 Uhr) oder nur die Nacht, die restliche Zeit verbringen sie außerhalb des Krankenhauses. Eine teilstationäre Behandlung kann entweder im Anschluss an eine vollstationäre Behandlung sinnvoll und/oder notwendig erscheinen oder eine vollstationäre Behandlung ersetzen (vgl. Krankenhausplan 2015 der Freien und Hansestadt Hamburg).

In Hamburg standen zum Stichtag 01.07.2010 in den Plankrankenhäusern 936 teilstationäre Behandlungsplätze zur Verfügung. Die Mehrheit der Plätze (62,5 Prozent) wurde in privaten

Krankenhäusern angeboten, ein Viertel in freigemeinnützigen Krankenhäusern und rund 12 Prozent in öffentlichen Krankenhäusern (vgl. Tabelle 43).

Tabelle 43: Teilstationäre Behandlungsplätze in den Hamburger Plankrankenhäusern

Krankenanstaltentyp	Teilstationären Plätze-Ist (01.07.2010)-gesamt	In % der teilstationären Plätze gesamt
Öffentliche Krankenhäuser	111	11,9
Freigemeinnützige Krankenhäuser	240	25,6
Private Krankenhäuser	585	62,5
Summe	936	100,0

Quelle: Krankenhausplan 2015 der Freien und Hansestadt Hamburg, IHS HealthEcon Darstellung 2011.

Wie in Tabelle 44 abzulesen ist, entfallen fast die Hälfte (48,1 Prozent) der 936 teilstationären Behandlungsplätze in Hamburg in den Fachbereich Psychiatrie und Psychotherapie. Einen relativ hohen Anteil an den teilstationären Plätzen weist mit rund 19 Prozent auch der Fachbereich Geriatrie auf, gefolgt vom Fachbereich Innere Medizin (11 Prozent). Ähnlich verhält es sich bei den Tageskliniken: Die meisten Tageskliniken sind in den Bereichen Psychiatrie und Psychotherapie mit 24 Prozent, Geriatrie mit 21 Prozent und Innere Medizin mit 17 Prozent zu finden.

Tabelle 44: Fachabteilungen mit Tageskliniken und teilstationären Behandlungsplätzen in den Hamburger Plankrankenhäusern

Fachrichtung bzw. spezieller Bereich	Tageskliniken (01.07.2010)-gesamt	In % der Tageskliniken-gesamt	Teilstationäre Plätze (01.07.2010)-gesamt	In % der teilstationären Plätze-gesamt
Chirurgie und Orthopädie	1	2,4	4	0,4
Gynäkologie und Geburtshilfe	1	2,4	6	0,6
Haut- und Geschlechtskrankheiten	2	4,8	35	3,7
Innere Medizin	7	16,7	105	11,2
Geriatric	9	21,4	174	18,6
Kinderheilkunde inkl. Kinderchirurgie	3	7,1	37	4,0
Kinder- und Jugendpsychiatrie	3	7,1	37	4,0
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	1	2,4	2	0,2
Neurologie	2	4,8	8	0,9
Psychiatrie und Psychotherapie	10	23,8	450	48,1
Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	1	2,4	43	4,6
Ohne abgegrenzte Fachabteilung	2	4,8	35	3,7
Summe	42	100,0	936	100,0

Quelle: Krankenhausplan 2015 der Freien und Hansestadt Hamburg, IHS HealthEcon Darstellung 2011.

Wie auch deutlich aus Tabelle 44 ersichtlich ist, liegt lt. dem Krankenhausplan 2015 der Freien und Hansestadt Hamburg ein wesentlicher Schwerpunkt des tagesklinischen Angebots in Hamburg in den Bereichen Psychiatrie, zum Teil auch Kinder und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Geriatric. Diese Tageskliniken bieten Konzepte mit einer entsprechenden Tagesstruktur mit Gruppen und Einzeltherapien an.

3.4. Versorgung mit medizinisch-technischen Großgeräten (GG)

Die Anzahl der verwendeten medizinisch-technischen Großgeräte (GG) wird in Hamburg lediglich für den stationären Bereich erfasst³⁸. Dabei werden fünf Kategorien von Geräten unterschieden:

- Computertomographiegeräte (CT),
- Magnetresonanz-Tomographiegeräte (MR),
- Coronarangiographische Arbeitsplätze (Herzkatheterarbeitsplätze; COR),
- Strahlen- bzw. Hochvolttherapiegeräte (STR; Linearbeschleuniger, Gamma-Knife),
- Positronen-Emissions-Tomographiegeräte (PET; inkl. PET-CT).

Das Versorgungsniveau mit GG in den Hamburger Krankenhäusern ist in Tabelle 22 dargestellt. Die Versorgungsdichte mit CTs liegt bei 1,7 Geräten pro 100.000 Einwohner, jene mit MRs bei 1,5 pro 100.000 Einwohner und jene mit COR bei 1,3 pro 100.000 Einwohner. Die Verteilung der GG über die einzelnen Krankenanstaltenträger ist ebenfalls in Tabelle 22 dargestellt.

Tabelle 45: Medizinisch-technische Großgeräte (GG) in Krankenhäusern pro 100.000 Einwohner, Hamburg, 2009

	GG-gesamt	GG pro 100.000 Einwohner	GG davon in		
			öffentlichen Krankenhäusern	freigemeinnützigen Krankenhäusern	privaten Krankenhäusern
CT	31	1,7	6	9	16
MR	27	1,5	6	6	12
COR	23	1,3	0	5	18
STR	8	0,4	4	0	4
PET	1	0,1	1	0	0

Quelle: Gesundheitsberichtserstattung des Bundes 2011, IHS HealthEcon Berechnungen 2011.

Anmerkung: Die Gesamtsumme versteht sich ohne die GG in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen

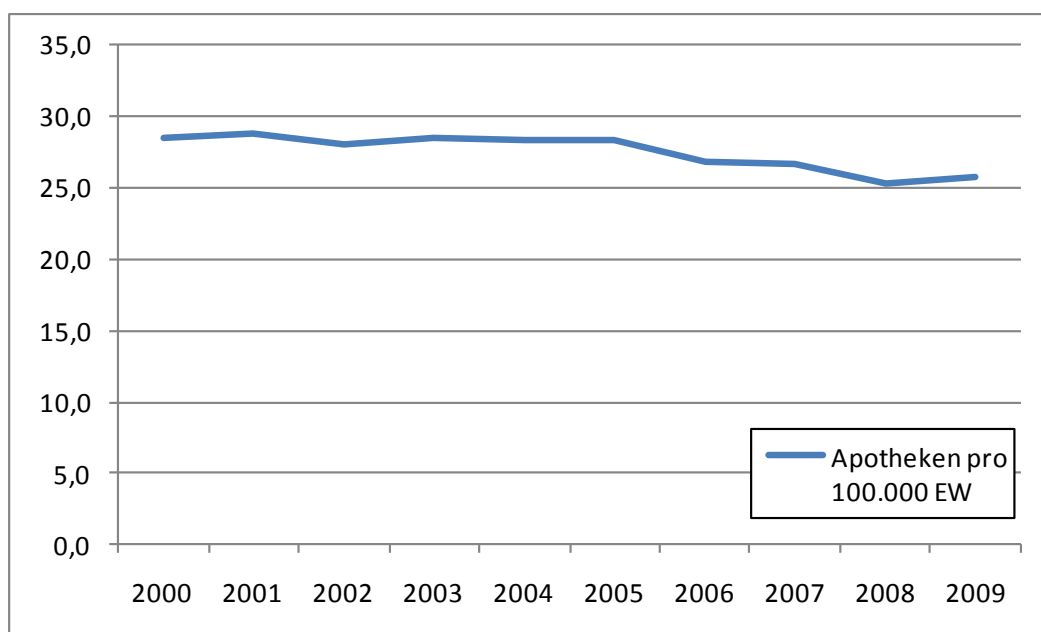
³⁸ Diese Information beruht auf den Angaben von Thorsten Erdmann vom Statistischen Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein.

3.5. Weitere Leistungsanbieter

3.5.1. Apotheken

Im Jahr 2009 gab es 459 öffentliche Apotheken in Hamburg, was einer Versorgungsdichte von 25,9 Apotheken pro 100.000 Einwohner entspricht. Von den öffentlichen Apotheken waren 393 Haupt-/Einzelapotheken mit einer Betriebserlaubnis nach § 2 Apothekengesetz und 66 Filialapotheken (ABDA – Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände 2009). Zwischen 2000 und 2009 ist das Versorgungsdichte mit Apotheken von 28,5 pro 100.000 Einwohner auf 25,8 pro 100.000 Einwohner zurückgegangen.

Abbildung 26: Öffentliche Apotheken pro 100.000 Einwohner, 2000-2009



Quelle: Gesundheitsberichtserstattung des Bundes 2011

4. Finanzierung und Reformdynamik

Das Hamburger Gesundheitssystem lässt sich in diesem Punkt nur eingeschränkt mit dem Wiener Gesundheitssystem vergleichen. In Deutschland sind die Krankenkassen für die Finanzierung des gesamten Gesundheitsbereichs inklusive der laufenden Spitalskosten betraut. Insofern wären Gesundheitsausgaben der Stadt Hamburg auch nicht vergleichbar. Zudem besteht freie Kassenwahl bei Versicherungspflicht. Es besteht kein Preiswettbewerb mehr zwischen den Versicherern im gesetzlichen Sektor. Bestimmte Berufsgruppen und Einkommensschichten können aus dem gesetzlichen Versicherungssystem herausoptieren und eine private Vollversicherung wählen. Das hat aber zur Folge, dass die Umverteilungswirkung und solidarische Finanzierung verringert wird. Die höchsten Einkommensperzentile zahlen nur marginal in das öffentliche Gesundheitswesen (Es werden vom deutschen Staat den Krankenversicherern die Mitversicherung von Kindern sowie Public-Health-Aufgaben aus Steuermitteln ersetzt. Zudem sind die Fixkosten der Spitäler steuerfinanziert.

Der momentane Krankenversicherungssatz beträgt in Deutschland daher 15,4 Prozent (Österreich: 7,65 Prozent) des Bruttoeinkommens. Die völlig paritätische Finanzierung wurde in Deutschland aufgegeben, sodass die Arbeitgeber etwas weniger als die Arbeitnehmer zahlen. Die Mittel werden nach einer Risikoadjustierung an die jeweiligen Versicherungsunternehmen verteilt, nachdem die bundesstaatlichen Zuschüsse zugeführt wurden.

Da das Gesundheitswesen stärker versicherungsbasiert ist als in Österreich, macht eine regionale Abgrenzung auf Hamburg kaum Sinn. Es ist davon auszugehen, dass die Versicherten in Hamburg höhere Einkommen und eine niedrigere Krankheitslast haben und daher Versicherungsmittel in andere Bundesländer in Deutschland umverteilt werden. Der Vorteil des Versicherungssystems ist, dass die Gesundheitsversorgung von Bundeslandgrenzen unabhängig wird. Gleichzeitig sind die deutschen Versicherer zumindest theoretisch besser in der Lage, die Versorgung zu integrieren und zu optimieren, da sie alle Settings finanzieren. Allerdings bestehen durch die starke ärztliche Vertretung vorwiegend kollektive Verhandlungen, und bis vor wenigen Jahren waren daher die Budgets für intra- und extramurale ärztliche Versorgung getrennt. Dies wird nun schrittweise dynamisiert.

Das drängendste Problem im deutschen Gesundheitswesen sind die stark steigenden Kosten. Deutschland weist eine stärker alternde Bevölkerung auf als Österreich, und die Beitragssätze, die für eine ausgeglichene Geburtenrate festgesetzt werden, wurden immer wieder erhöht. Auch ein Preiswettbewerb, der etwas mehr als ein Jahrzehnt existierte, führte nicht zu substantiellen Kostendämpfungen sondern zu Verwerfungen, weil die wechselbereitesten Bevölkerung jene ist, die jung und gut informiert ist, aber das Gesundheitssystem nicht in Anspruch nimmt. Es bestanden also die sattem bekannten

Probleme der Risikoselektion, sodass der Preiswettbewerb wieder aufgegeben wurde. Die neue CDU-FDP-Regierung führte sozial gestaffelte Zusatzbeiträge ein, die Krankenkassen einheben können, die nicht mit ihren Mitteln aus dem zentralen Gesundheitsfonds auskommen. Auch dieses System ist aus unserer Sicht nicht optimal, da die Einführung solcher Zusatzbeiträge die wechselbereiten Versicherten mit geringen Gesundheitsproblemen und hohem Einkommen sofort zum Wechsel bewegen. In der Kasse verbleiben die ungünstigen Risiken mit geringem Einkommen, der Zusatzbeitrag steigt und führt zu einer Negativspirale, die vor kurzem die Berliner City-BKK in den Ruin trieb.

Die Lösung der Probleme der Versicherungsbeiträge liegt sicher eher auf der (wohlorganisierten) Leistungserbringerseite, indem der Wettbewerb dort forciert wird, anstatt den Anreiz zu setzen, um die (unorganisierten) Versicherten zu konkurrieren.

B3. Beispiel eines urbanen Gesundheitssystems: Stockholm

1. Demographie, Gesundheitszustand und Mortalität

Nachfolgend werden zentrale Kennzahlen zu Demographie, Mortalität und Gesundheitszustand der Stockholmer Bevölkerung im Vergleich zu Schweden beschrieben.

1.1. Demographie und Wirtschaft

Tabelle 1 zeigt, dass die Bevölkerung im Verwaltungsbezirk Stockholm (Stockholms län) zwischen den Jahren 2000 und 2009 um mehr als 10 Prozent gewachsen ist, das Bevölkerungswachstum in Gesamtschweden fiel mit 5 Prozent etwas geringer aus. Auch die Bevölkerungsdichte ist in Stockholm mit einem Wert von 4.410 Personen pro km² im Vergleich zu Gesamtschweden, wo auf einen km² im Schnitt nur 20 Einwohner kommen, relativ hoch. Der Altersdurchschnitt der Stockholmer beträgt 2009 39 Jahre und liegt damit um zwei Jahre unter dem Durchschnitt für Gesamtschweden. Dementsprechend ist auch der Anteil älterer Personen ab 65 Jahren in Stockholm geringer als in Gesamtschweden (14,5 Prozent vs. 18 Prozent). Während in Schweden gleich viele Männer wie Frauen wohnen, beträgt der Frauenanteil in Stockholm 51 Prozent. Der Anteil der Personen mit ausländischer Staatsbürgerschaft liegt in Stockholm im Jahr 2009 bei rund 9 Prozent, ausländischer Herkunft sind jedoch mit einem Anteil von 28 Prozent deutlich mehr Personen. Der Ausländeranteil ist in Gesamtschweden deutlich geringer aber im Beobachtungszeitraum jedoch vergleichsweise stärker gestiegen als in Stockholm: Der Anteil der Personen mit ausländischer Staatsbürgerschaft ist seit 2000 in Schweden um 20 Prozent (+ 1 Prozent in Stockholm) und der Anteil der Personen mit ausländischer Herkunft um 22 Prozent (+ 15 Prozent in Stockholm) angestiegen.

Stockholm ist wirtschaftlich im Vergleich zu Gesamtschweden von einer besonders hohen Produktivität gekennzeichnet. Das Bruttoregionalprodukt pro Kopf liegt 2008 bei 51.959 Euro und ist seit 2000 sowohl in Stockholm als auch in Gesamtschweden um mehr als ein Drittel gewachsen. Die Arbeitslosenquote laut nationaler Definition ist in Stockholm mit einem Anteil von 3,2 Prozent etwas geringer als in Gesamtschweden, wo 2009 4,1 Prozent arbeitslos gemeldet waren.

Was den Bildungsstand betrifft, zeigt sich, dass die Bevölkerung in Stockholm im Vergleich zu Gesamtschweden ein deutlich höheres Bildungsniveau aufweist. Mehr als ein Viertel der Stockholmer (26 Prozent) weisen 2008 einen Hochschulabschluss auf, während es in Gesamtschweden 18 Prozent sind. Insgesamt ist das Bildungsniveau in Schweden zwischen 2001 und 2008 stark gestiegen (tertiärer Bereich um +21 Prozent) (vgl. Tabelle 1).

Tabelle 46: Soziodemografische Faktoren und Bevölkerungsentwicklung, 2009

	Stockholm		Schweden		Index: Schweden = 100
		Index: 2000= 100		Index: 2000= 100	
Wohnbevölkerung	1.963.255	111	9.415.470	105	21
- Anteil Frauen (in %)	51	99	50	99	102
- Anteil Personen ab 65 Jahre (in %)	14,5	103	18	105	80
- Anteil Personen ohne Schwedische Staatsbürgerschaft (in %)	9,3	101	6,5	120	145
- Anteil Personen mit ausländischem Hintergrund (in %)	28	115 ¹⁾	19	122 ¹⁾	149
Bevölkerungsdichte (Bevölkerung pro km ²)	4.410 ²⁾	n.a.	22,8	106	19.342
Gesamtfertilitätsrate 2009 (Ø Anzahl Kinder pro Frau)	1,9	n.a.	1,9	n.a.	100
Durchschnittsalter (in Jahren)	39,1	n.a.	41,0	n.a.	n.a.
Bruttoregionalprodukt je Einwohner (in €)	51.959 ³⁾	134	36.900 ³⁾	136	137
Arbeitslosenquote (nationale Definition)	3,2	n.a.	4,1	n.a.	78
Arbeitslosenquote (internationale Definition)	n.a.	n.a.	n.a.	8,3	n.a.
Höchster Bildungsabschluss der 25 bis 64-Jährigen ⁴⁾					
- Pflichtschule(in %)	19	91	23	85	83
- Sekundarabschluss (in %)	55	96	59	100	94
- Tertiärabschluss (in %)	26	121	18	129	139

Quellen: Statistik Schweden

(<http://www.ssd.scb.se/databaser/makro/SaveShow.asp>) [letzter Zugriff: 16. Juni 2011].

National Board of Health

(<http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2011/2011-3-22>) [letzter Zugriff: 16. Juni 2011].

IHS HealthEcon Berechnungen 2011.

Anmerkungen: 1) Der Index bezieht sich jeweils auf 2002

2) Bevölkerungsdichte ist bezogen auf die Gemeinde Stockholm

3) Das Bruttoregionalprodukt bezieht sich auf 2008

4) Der Bildungsstand bezieht sich auf 2008, der Index auf 2001 (damit ist die Vergleichbarkeit mit Wien und Hamburg gewährt)

1.2. Mortalität

Die Lebenserwartung ist in den letzten Jahren sowohl in Stockholm als auch in Gesamtschweden angestiegen. Laut den letzten Berechnungen, die auf die Jahre 2006-2010 Bezug nehmen, können Frauen in Stockholm mit einer Lebenszeit von 83,5 Jahren rechnen. Männer in Stockholm haben mit einem Durchschnittswert von rund 79

Jahren eine deutlich geringere Lebenserwartung. Die Lebenserwartung der Männer und Frauen in Gesamtschweden insgesamt liegt mit 77,5 Jahren bzw. 82 Jahren jeweils darunter. Die Säuglingssterblichkeitsrate, welche sich auf gestorbene Säuglinge pro 1.000 Lebendgeborene bezieht, ist sowohl in Stockholm als auch in Gesamtschweden mit Werten von 2,4 bzw. 2,5 sehr gering. Sie war, wie auch die Gesamtsterberate, in den letzten Jahren rückläufig. Im Jahr 2009 kommen in Stockholm rund 8 Sterbefälle auf 1.000 Einwohner, in Gesamtschweden sind es rund 10 Sterbefälle (vgl. Tabelle 47).

Insgesamt wurden 2009 in Stockholm 15.186 Gestorbene verzeichnet. Die beiden häufigsten Todesursachen sind sowohl in Stockholm als auch in Gesamtschweden Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems sowie bösartige Neubildungen (Krebs). Während Herz-Kreislauf-Erkrankungen in Stockholm im Vergleich zu Gesamtschweden einen vergleichsweise kleineren Anteil an den Todesursachen haben (37 Prozent vs. 40 Prozent), werden Todesfälle aufgrund von bösartigen Neubildungen in Stockholm etwas häufiger als in Gesamtschweden verzeichnet (26 Prozent vs. 25 Prozent). Zwischen den Jahren 2000 und 2009 ist der relative Anteil von bösartigen Neubildungen als Todesursache sowohl in Stockholm als auch in Gesamtschweden angestiegen, während Herz-Kreislauf-Erkrankungen als Todesursache abgenommen haben. Deutlich angestiegen sind in Schweden im Beobachtungszeitraum auch Krankheiten des Nervensystems, in Stockholm hat sich der relative Anteil dieses Krankheitsbildes an allen Todesursachen sogar verdoppelt und liegt nun bei 5 Prozent. Psychische und Verhaltensstörungen haben in Schweden als Todesursache ebenfalls zugenommen, wobei der relative Anteil in Stockholm mit einem Plus von 9 Prozent etwas weniger stark gestiegen ist als in Gesamtschweden. Zurück gegangen sind unter den Todesursachen jeweils Krankheiten der Atmungsorgane (vgl. Tabelle 47).

Tabelle 47: Lebenserwartung und Mortalität, 2009

	Stockholm		Schweden		Index: Schweden = 100
		Index: 2000= 100		Index: 2000= 100	
Lebenserwartung bei Geburt in Jahren ¹⁾					
- Männer	79,3	102	77,5	102	102
- Frauen	83,5	101	82,3	101	101
Säuglingssterblichkeit (auf 1.000 Lebendgeborene) ²⁾	2,4	n.a.	2,5	n.a.	93
Sterberate (Gestorbene auf 1.000 der Bevölkerung)	7,7	87	9,7	92	80
Anzahl der Gestorbenen und Todesursachen (in %)	15186	96	90177	96	17
- Krankheiten des Herz-Kreislauf-systems (in %)	37	86	40	87	92
- Bösartige Neubildungen (Krebs) (in %)	26	105	25	106	106
- Krankheiten der Atmungsorgane (in %)	6	89	6	89	99
- Verletzungen und Vergiftungen (in %)	6	105	5	115	111
- Krankheiten des Nervensystems (in %)	5	206	4	179	134
- Psychische und Verhaltensstörungen (in %)	5	109	5	123	89
- Sonstige Krankheiten (in %)	14	116	14	117	104

Quelle: Statistik Schweden

(<http://www.ssd.scb.se/databaser/makro/SaveShow.asp>) [letzter Zugriff: 16. Juni 2011]. National Board of Health:

(<http://192.137.163.40/epcfs/index.asp?kod=engelska>) [letzter Zugriff: 16. Juni 2011].

(http://www.scb.se/statistik/publikationer/BE0101_2009A01_BR_09_BE0110TAB.pdf)

[letzter Zugriff: 16. Juni 2011].

IHS HealthEcon Berechnungen 2011.

Anmerkungen:

1) Die letzte Berechnung der Lebenserwartung bezieht sich auf die Jahre 2006/10, für den Index wird die Berechnung basierend auf den Jahren 2000/2004 herangezogen.

2) Säuglingssterblichkeitsrate bezieht sich auf die Jahre 2005 bis 2009

1.3. Gesundheitszustand und Gesundheitsverhalten

Informationen über die Gesundheit der Bevölkerung in Schweden und ihre gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen werden auch in Schweden durch Personenbefragungen gewonnen. Den letzten Daten zufolge (Befragung 2006-2009) schätzen 73 Prozent der Stockholmer Männer und 70 Prozent der Stockholmer Frauen ihren Gesundheitszustand als gut ein. In Gesamtschweden sind es mit 74 Prozent geringfügig mehr Männer und etwas weniger Frauen (68 Prozent), die dies angeben (vgl. Tabelle 48).

12 Prozent der Männer und 14 Prozent der Frauen in Stockholm rauchen täglich, in Gesamtschweden zählen mit 15 Prozent sogar noch etwas mehr Frauen zu dieser Gruppe. Riskante Mengen von Alkohol konsumieren hingegen jeweils mehr Männer als Frauen. In Stockholm haben laut Umfragedaten 17 Prozent der Männer und 13 Prozent der Frauen ein riskantes Alkoholverhalten. Im Vergleich zu Gesamtschweden sind es in Stockholm überdurchschnittlich viele Frauen, deren Gesundheit durch riskanten Alkoholkonsum gefährdet ist. Bei der Adipositas-Prävalenz zeigen sich in Stockholm keine Unterschiede nach Geschlecht, jeweils 11 Prozent haben einen Body-Mass-Index größergleich 30. In Gesamtschweden trifft dies mit 12 Prozent der Männer und 13 Prozent der Frauen auf etwas größere Anteile unter den Einwohnern zu (vgl. Tabelle 48).

Tabelle 48: Gesundheitszustand und Gesundheitsverhalten

	Stockholm	Schweden	Differenz in Prozentpunkten
Einschätzung des subjektiven Gesundheitszustands als gut (2006-2009)			
- Männer (in %)	73	74	-1
- Frauen (in %)	70	68	2
Rauchprävalenz (2006-2009)			
- Männer (in %)	12	12	0
- Frauen (in %)	14	15	-1
Anteil Befragter mit riskantem Alkoholkonsum (2006-2009)			
- Männer (in %)	17	18	-1
- Frauen (in %)	13	10	3
Anteil Befragter mit Body-Mass-Index ab 30 (2007-2010)			
- Männer (in %)	11	12	-1
- Frauen (in %)	11	13	-2

Quellen: The Swedish National Institute of Public Health:

(<http://app.fhi.se/pxweb/Database/kbf/databasetree.asp>) [letzter Zugriff: 16. Juni 2011].

National Board of Health:

(http://www.scb.se/statistik/publikationer/BE0101_2009A01_BR_09_BE0110TAB.pdf)

[letzter Zugriff: 16. Juni 2011].

2. Leistungserbringung

Im Schwedischen Gesundheitssystem teilt sich die Verantwortung für die Gesundheits- und Krankenpflege auf folgende drei Ebenen auf:

- 1) die nationale Regierung
- 2) die Provinziallandtage
- 3) die Gemeinden

Es ist dabei für den Vergleich mit Österreich ganz wesentlich festzuhalten, dass Schweden ein unitärer, und kein föderaler Staat ist. Das heißt, es gibt nur eine gesetzgebende Körperschaft. Die Regierungen der Provinzen (*län*), die für die meisten Angelegenheiten zuständig sind, sind von der Zentralregierung eingesetzt. Auf Provinzebene gewählt wird der „landsting“, dessen Hauptaufgaben im Gesundheitswesen liegen. Dadurch erhalten diese Körperschaften fast den Charakter von Sozialversicherungen mit direkt gewählten Entscheidungsträgern.

Der **nationalen Regierung** obliegt die Aufgabe Grundsätze und Richtlinien aufzustellen sowie die politische Agenda für die Gesundheits- und Krankenpflege festzulegen. Dabei nutzt sie die geltenden Gesetze und Verordnungen oder trifft Vereinbarungen mit der Schwedischen Vereinigung von Kommunen und Regionen (*SALAR*), welche die Provinziallandtage und Gemeinden repräsentieren. Die Kompetenzen der **Provinziallandtage** und **Gemeinden** sind im Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (*Hälso- och sjuk- vardslagen, HRS*) geregelt.

Die **21 schwedischen Provinziallandtage (landsting)** sind vor allem für die Sicherstellung der Gesundheitsversorgung zuständig, indem sie die ambulante und stationäre medizinische Versorgung (inkl. zahnärztlicher Versorgung) bereitstellen und finanzieren. Damit ist in ihrer Hand die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens vereinigt. Die Ausgaben für die zu erbringende Gesundheitsversorgung werden zum größten Teil aus Steuereinnahmen, welche die Provinziallandtage selbst einheben können, beglichen. Der Fehlbetrag wird durch staatliche Zuschüsse und Selbstbehalte abgedeckt. Da die Provinziallandtage weitgehend selbstständig sind, ist das Gesundheitswesen von einer starken Dezentralisierung gekennzeichnet.

Die **290 schwedischen Gemeinden** zeichnen vor allem für die ambulante und stationäre (inkl. Errichtung und Erhaltung von Pflegeheimen) Pflege und Betreuung älterer Personen verantwortlich. Außerdem sind die Gemeinden für die Betreuung von Personen mit physischer oder psychischer Behinderung sowie für die schulische Gesundheitspflege verantwortlich. Die Finanzierung erfolgt hauptsächlich aus eigenen Steuereinnahmen und teilweise aus staatlichen Zuschüssen.

Zwischen den Provinziallandtagen und Gemeinden existieren keine hierarchischen Verhältnisse: Alle verfügen über ihre selbstverwalteten örtlichen Behörden, welche für verschiedene Aktivitäten zuständig sind.

Die Stadt Stockholm selbst hat keinerlei Kompetenzen im Gesundheitswesen, diese obliegen dem Provinziallandtag von Stockholm (*Stockholms Läns Landsting SLL*).

2.1. Gesundheitsförderung und Prävention

Gesundheitsförderung und Prävention wird in Schweden vorwiegend auf Ebene der Provinziallandtage und Gemeinden betrieben. Die Regierung unterstützt dabei die Gesundheitsförderungs- und Präventionsmaßnahmen der Provinziallandtage und Gemeinden mit jährlichen Transferleistungen.

Zwei wichtige Akteure in der Gesundheitsförderung und Prävention von Schweden sind das Nationale Institut für Public Health und das Zentrum für Epidemiologie. Beide sind auf nationaler Ebene angesiedelt:

- Das Nationale Institut für Public Health (<http://www.fhi.se/en/About-FHI/>) lenkt und überwacht die Public-Health-Maßnahmen der einzelnen Provinziallandtage und Gemeinden.
- Das Zentrum für Epidemiologie (EpC) ist Teil des National Board of Health and Welfare (Socialstyrelsen) und ist für das Monitoring und die Analyse des Gesundheits- und Sozialstatus der schwedischen Bevölkerung verantwortlich. In Zusammenarbeit mit der WHO hat es eine Datenbank, welche epidemiologische und soziale Informationen auf nationaler, regionaler und lokaler Ebene enthält, entwickelt.

Einen zentralen Punkt in der Prävention stellen **Mütterfürsorge, Säuglings- und Kleinkindfürsorge** sowie die **Kinder- und Jugendfürsorge** dar.

- In den Zuständigkeitsbereich der **Müttervorsorge** fallen vor allem Beratung in Bezug auf Verhütungsmittel, Schwangerschaftstests sowie Untersuchungen und Kontrollen während der Schwangerschaft. Die Beratungen, Untersuchungen und Kontrollen erfolgen in der Regel durch Hebammen und nicht durch Ärzte und sind für die Frauen kostenlos. Es besteht jedoch in jeder Müttervorsorgestelle auch die Möglichkeit einen Arzt zu konsultieren. Die Mütterfürsorge ist gratis und beruht auf Freiwilligkeit.
- In den Zuständigkeitsbereich der **Säuglings- und Kleinkindfürsorge** fallen die Mutter-Kind-Pass-Kontrollen sowie Information und Beratung hinsichtlich der Entwicklung des Kindes im ersten Lebensjahr. Bis zum vollendeten ersten Lebensjahr kann im Falle einer Erkrankung

des Kindes ebenfalls die Säuglings- und Kinderfürsorgestelle aufgesucht werden. Die Beratung und Versorgung in den Säuglings- und Kleinkindfürsorgestellen erfolgt normalerweise durch Krankenpflegekräfte. Die Krankenpflegekräfte machen nach telefonischer Vereinbarung auch Hausbesuche. Die Inanspruchnahme der Säuglings- und Kleinkindfürsorge ist nicht verpflichtend.

- Mit Schuleintritt übernimmt die schulische Krankenpflege die **Kinder- und Jugendfürsorge**. Zu den Zuständigkeiten der schulischen Krankenpflege gehören unter anderem die Dokumentation der Entwicklung der Schüler, die Erhaltung und Verbesserung der physischen und psychischen Gesundheit der Schüler sowie der Einsatz für gesunde Lebensgewohnheiten der Schüler. Dies geschieht unter anderem durch Informationen und Ausbildungen in Bezug auf Ernährung, Missbrauch, Sexualkunde und Zusammenleben. Außerdem verfolgt die schulische Krankenpflege auch die Abwesenheit durch Krankheit, bietet unterstützende Gespräche an. Eine der wichtigsten Aufgaben der schulischen Krankenpflege ist es, den Schülern eine gute Lernsituation und ein gutes Lernklima zu bieten, die an die Voraussetzungen und Bedürfnisse der Schüler angepasst sind. Eine besondere Verantwortung hat die schulische Krankenpflege für Schüler mit besonderen Bedürfnissen wie z. B. Schüler mit chronischen Erkrankungen, Funktionsstörungen oder Lernschwierigkeiten.

In der schulischen Krankenpflege sind sowohl Ärzte als auch Krankenpflegekräfte tätig. Der Schularzt ist meistens Facharzt für Kinderheilkunde oder für Allgemeinmedizin. Die Krankenpflegekraft ist häufig eine Kinderkrankenschwester oder Bezirkskranken-schwester. Die schulische Krankenpflege steht jedem Schüler ab der ersten Vorschulklasse (5- bis 6-jährige) bis zum Abschluss der Grundschule (9 Schulstufen) kostenlos zur Verfügung.

Für eine detaillierte Beschreibung der Aufgaben und Zuständigkeiten der schulischen Krankenpflege in Schweden siehe Czypionka et al. 2011: *Health Workforce: Status quo und neue Berufsbilder*.

Einen weiteren zentralen Punkt in der Prävention stellt die **betriebliche Gesundheitspflege** dar.

Die betriebliche Gesundheitspflege ist gesetzlich verankert. Der Gesundheitsgesetzgebung zufolge ist jeder Arbeitgeber verpflichtet, seinen Arbeitnehmern eine betriebliche Krankenpflege anzubieten. Wenn ein Arbeitgeber nicht in der Lage sein sollte, eine eigene betriebliche Gesundheitspflege anzubieten, muss er diese extern zukaufen. Der Arbeitsrechtgesetzgebung zufolge hat jeder Arbeitnehmer das Recht auf ein gutes Arbeitsumfeld/-milieu und auf die Vorbeugung gegen Krankheiten und Unfälle. Die meisten Betriebe verfügen über eine eigene betriebliche Gesundheitspflege bzw. haben Verbindungen zu anderen Betrieben mit betrieblicher Gesundheitspflege. Die betriebliche Gesundheitspflege ist privat und daher zur Gänze vom Arbeitgeber zu bezahlen.

Zu den Aufgaben der betrieblichen Gesundheitspflege zählen:

- Verbesserung des Arbeitsumfelds/-platzes (z. B. Verbesserung der Lärmbelästigung, Verbesserung einer möglichen schlechten Ventilation, Erläuterung der sicheren Handhabung mit Chemikalien)
- Beratung der Arbeitnehmer durch Arbeitstherapeuten (z. B. Anpassung von Arbeitsgeräten um Haltungsschäden zu vermeiden)
- Durchführung von ärztlichen Untersuchungen (bei Bedarf) sowie Gesundenuntersuchungen, Hilfeleistung bei Krisen, Missbrauch und Stress am Arbeitsplatz
 - Unterstützung des Betriebes um den Gesundheitszustand der Arbeitnehmer zu verbessern

Im Rahmen der betrieblichen Gesundheitspflege sind Krankenpflegepersonal, Ärzte, Arbeitstherapeuten, Ingenieure für Betriebsmilieu und Verhaltensberater tätig.

Im Folgenden werden exemplarisch Projekte im Rahmen der Gesundheitsförderung und Prävention dargestellt.

Das Österaker-Projekt (Stockholm County Implementation Programm, SCIP-School)

Das „*Österaker-Projekt*“ wurde von der Gemeinde Österaker³⁹ initiiert. Ziel des Projektes ist es gemeinsam mit der Schule die Essgewohnheiten, die physische Aktivität und das Selbstbewusstsein der Kinder zu verbessern und dadurch bei Kindern/Jugendlichen zwischen 6 und 16 Jahren eine normale Gewichtsentwicklung zu bewirken. Der Schwerpunkt des Projekts besteht darin, den Schulen Werkzeuge zur selbstständigen Identifizierung, Priorisierung, Planung, Implementierung, Auswertung und Instandhaltung einer Veränderungsarbeit zu vermitteln. Das Projekt startete im Jahr 2008 und endet im Jahr 2012. Nach Projektende sollen die Methoden und Werkzeuge, welche im Rahmen dieses Projektes entwickelt und verwendet wurden/werden, im Verwaltungsbezirk Stockholm verbreitet werden.

Neun Schulen der Gemeinde Österaker nehmen an dem Projekt teil. Die Volksgesundheitsakademie des Karolinska Institutes begleitet das Projekt und hilft bei der Auswertung der Ergebnisse.

³⁹ Österaker ist eine Gemeinde in der schwedischen Provinz Stockholm län.

Stockholm – die gesündeste Stadt der Welt

Das Projekt „*Stockholm – die gesündeste Stadt der Welt*“ basiert auf einer Initiative des Vereins „Friskis&Svettis“ (Gesund&Verschwitzt). Ziel des Projekts ist es, gemeinsam mit der Stockholmer Apotheke „Apoteket“ die Einwohner Stockholms zu mehr Bewegung/Sport (Bewegung/Sport mindestens zweimal pro Woche) zu motivieren. Der Volksgesundheitsrapport des Verwaltungsbezirks Stockholm aus dem Jahr 2007 attestiert, dass sich 350.000 von 634.000 Einwohnern zwischen 18 und 84 Jahren weniger als zweimal pro Woche bzw. gar nicht bewegen/keinen Sport betreiben.

Im Rahmen des Projekts übernimmt der Verein Friskis&Svettis die Motivation der Stockholmer Bürger dazu, sich mehr zu bewegen bzw. Sport zu treiben, und die Apotheke übernimmt den Gesundheitscheck von beteiligten Personen (chronisch Kranke ausgeschlossen) mit Fragebögen, Kontrolle des Blutdruckes, der Cholesterinwerte, des Taillenumfanges sowie Informationen über einen gesünderen Lebensstil. Ziel ist es, die Stockholmer Bürger zu mehr Eigenverantwortung in Bezug auf ihre Gesundheit zu bewegen und somit das Risiko für Herz- und Gefäßkrankungen zu vermindern. Friskis&Svettis hat in Stockholm derzeit ca. 66 000 Mitglieder.

2.2. Extramurale Versorgung

Die Verantwortung der Ausgestaltung der extramuralen/ambulanten Versorgung liegt im Zuständigkeitsbereich der Provinziallandtage. Aufgrund dessen ist die extramurale/ambulante Versorgung in Schweden sehr heterogen organisiert.

Die extramurale/ambulante Versorgung findet in Schweden zum Großteil in so genannten Gesundheitszentren (Vårdcentral) statt. In diesen Zentren arbeiten in der Regel Ärzte⁴⁰, Krankenschwestern, Hebammen, Physiotherapeuten und andere Gesundheitsexperten unter einem Dach, was die Behandlung der Patienten vereinfacht und die Zusammenarbeit zwischen den einzelnen Professionen erleichtert.

Diese Gesundheitszentren sind die erste Anlaufstelle für die Patienten. In diesen Zentren treffen die Patienten zuerst auf die Bezirkskrankenschwester, welche in der Primärversorgung eine zentrale Rolle einnimmt. Sie führt in der Regel die Erstuntersuchung durch, überweist in Abhängigkeit von der Schwere der Erkrankung die Patienten entweder zu dem im Gesundheitszentrum tätigen Allgemeinmediziner oder in ein Krankenhaus und

⁴⁰ In der Regel sind in den ambulanten Gesundheitszentren nur Allgemeinmediziner, welche seit 1995 über eine Facharztausbildung (Fachärzte für Allgemeinmedizin) verfügen müssen, tätig.

verschreibt Medikamente (sie kann nur in einem deutlich geringeren Umfang Medikamente verschreiben als Ärzte).⁴¹ Die Patienten haben jedoch auch die Möglichkeit, „ohne Umweg über die Bezirkskrankenschwester“ den Allgemeinmediziner im ambulanten Gesundheitszentrum zu konsultieren. Sowohl die Bezirkskrankenschwester als auch der Allgemeinmediziner agieren als eine Art „Gatekeeper“.

Die ambulanten Gesundheitszentren werden in der Primärversorgung von Mütterfürsorgezentren (Mödravårdscentraler), Säuglings- und Kleinkindfürsorgezentren (Barnavårdscentraler) und Kinder- und Jugendfürsorgezentren ergänzt. Diese Zentren sind entweder selbstständige Einheiten oder an ein ambulantes Gesundheitszentrum angegliedert. Zudem stehen außerhalb der regulären Öffnungszeiten der ambulanten Gesundheitszentren den Patienten sogenannte lokale Notaufnahmen (Närakut) zur Verfügung.

Im Bereich der extramuralen Versorgung hat sich in Schweden insbesondere Stockholm zu einer Stärkung der privaten Anbieter entschieden. Dies ist insofern bemerkenswert, als die Leistungserbringung lange Zeit durch rein staatliche Organisationen durchgeführt wurde. Im extramuralen Bereich (Primärversorgungszentren, Zahnärzte, Physiotherapie, ...) steigt der Anteil privater Anbieter, die einen Vertrag mit dem öffentlichen Gesundheitswesen haben, und macht je nach Disziplin bis zu knapp 50 Prozent aus.

Die ambulante Versorgung mit Fachärzten findet im schwedischen Gesundheitssystem anders als im Österreichischen und Deutschen ausschließlich in Krankenhausambulanzen statt, d. h. es gibt keine niedergelassenen Fachärzte in Ordinationen oder Gesundheitszentren. Die Patienten sind angehalten, die Fachärzte nur mit einer Überweisung von einer Bezirkskrankenschwester bzw. einem Allgemeinmediziner zu konsultieren, sie können jedoch auch ohne eine Überweisung einen Facharzt aufsuchen. Der genaue Modus Vivendi der Konsultation eines Facharztes ist von Provinziallandtag zu Provinziallandtag verschieden.

Die Wahlfreiheit erfuhr – zumindest bei der Primärversorgungseinrichtung – zwei Reformwellen (Saltman/Vrangbäck 2009). Ende der 1980er Jahre wurde in Stockholm die Wahlfreiheit des Versorgungszentrums erleichtert, d. h. man konnte wählen, welches Versorgungszentrum für einen zuständig ist, aber nicht den Arzt. Derzeit laufende Reformen zielen darauf ab, dass die Stockholmer auch den Allgemeinmediziner wählen können.

⁴¹ Für eine genaue Beschreibung der Zuständigkeiten der Bezirkskrankenschwester vgl. Cypionka et al. 2011: *Health Workforce: Status quo und neue Berufsbilder*.

2.2.1. Kapazitäten

Aktuell stehen in Stockholm Läns Landsting 198 Gesundheitszentren, 17 lokale Notaufnahmen, 69 Müttervorsorgezentren, 119 Säuglings- und Kleinkindfürsorgezentren sowie 35 Kinder- und Jugendfürsorgezentren für die extramurale/ambulante Versorgung zur Verfügung (vgl. Tabelle 49).

Tabelle 49: Anzahl an extramuralen/ambulanten Versorgungseinheiten

	Gesamt
Gesundheitszentren (Vårdcentral)	198
Lokale Notaufnahmen (Närakut)	17
Mütterfürsorgezentren (Mödravårdscentraler)	69
Säuglings- und Kleinkindfürsorgezentren (Barnavårdscentraler)	119
Kinder- und Jugendfürsorgezentren	35

Quelle: Stockholms Läns Landsting 2011 – E-Mail-Korrespondenz mit Kajsa WESTLING.

2.2.2. Inanspruchnahme

Bei der Inanspruchnahme von extramuralen/ambulanten Leistungen sind im schwedischen Gesundheitssystem Selbstbehalte/private Zuzahlungen ein integrativer Bestandteil. Die Höhe der Selbstbehalte/privaten Zuzahlungen ist in Tabelle 50 dargestellt.

Tabelle 50: Selbstbehalte/private Zuzahlungen in der extramuralen/ambulanten Versorgung

Medizinische Grundversorgung (Primärvård)	
Besuch eines Hausarztes/Amtsarztes (Behandlungszentrum für ambulante Behandlungen), Facharztes für Allgemeinmedizin	150 SEK ⁴² (ca. 15 EUR)
Besuch einer Notaufnahme (Närakut, hierbei handelt es sich um kein Krankenhaus sondern um eine Ordination)	150 SEK (ca. 15 EUR)
Besuch einer Bezirksschwester in einer Sprechstunde/Hausbesuch einer Bezirksschwester	70 SEK (ca. 8 EUR)
Besuch bei anderem medizinischen Personal außer eines Arztes	70 SEK (ca. 8 EUR)
Erstbehandlung/Erstbesuch bei einem Beschäftigungstherapeuten, Diätassistenten, Kurator, Logopäden, Psychologen oder Physiotherapeuten (gilt auch im Krankenhaus) ¹	150 SEK (ca. 15 EUR)
Folgebehandlung/Folgebesuch bei einem Beschäftigungstherapeuten, Diätassistenten, Kurator,	70 SEK (ca. 8 EUR)

⁴² Anmerkung: Umgerechnet mit dem Kurs vom 14. Juni 2011 (1 EUR = 0,1098 SEK)

Logopäden, Psychologen oder Physiotherapeuten (gilt auch im Krankenhaus) ¹	
Medizinische Spezialversorgung/Facharztbehandlung (Specialistvård)	
Besuch eines Facharztes	320 SEK (ca. 35 EUR)
Besuch eines Geriaters	150 SEK (ca. 15 EUR)
Erstbesuch eines Facharzt, aufgrund einer Überweisung eines Hausarztes bzw. Facharztes für Allgemeinmedizin	170 SEK (ca. 19 EUR)
Besuch einer Notaufnahme in einem Krankenhaus/ Schwerpunktnotaufnahme mit Ambulanzcharakter	350 SEK (ca. 39 EUR)
Besuch einer Notaufnahme in einem Krankenhaus für Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren mit Ambulanzcharakter	120 SEK (13 EUR)
Besuch bei anderen medizinischen Personal außer eines Arztes (z. B. auf Diabetes spezialisierte Krankenschwester)	70 SEK (ca. 8 EUR)
Erstbehandlung/Erstbesuch bei einem Beschäftigungstherapeuten, Diätassistenten, Kurator, Logopäden, Psychologen oder Physiotherapeuten (gilt auch im Krankenhaus) ¹	150 SEK (ca. 15 EUR)
Folgebehandlung/Folgebesuch bei einem Beschäftigungstherapeuten, Diätassistenten, Kurator, Logopäden, Psychologen oder Physiotherapeuten (gilt auch im Krankenhaus) ¹	70 SEK (ca. 8 EUR)
Gezielte Gesundheitskontrolle (gültig bei Einberufung durch den Provinziallandtag)	
Mammographie-Screening	140 SEK (ca. 15 EUR)
Bauchorta-Screening	140 SEK (ca. 15 EUR)
Sonstige	
Besuch einer Tagesklinik	150 SEK (ca. 15 EUR)
Besuch eines vom Provinziallandtag unter Vertrag genommenen dipl. Chiropraktiker (max. 5 Besuche per Jahr)	260 SEK (ca. 22 EUR)
Hausbesuch eines Arztes (zusätzliche Abgabe)	60 SEK (ca. 7 EUR)
Besuch einer Sehzentrale (ab 18 Jahren)	70 SEK (ca. 8 EUR)
Besuch einer Röntgenabteilung/eine Physiologischen-, Neurologischen Labors/gewisse Endoskopie-Untersuchungen (ab 18 Jahren)	200 SEK (ca. 22 EUR)
Inkontinenzhilfsmittel (per 12 Monate/Periode)	200 SEK (ca. 22 EUR)

Quelle: Stockholms Läns Landsting 2011.

Anmerkung:¹ Diese Personalkategorien sind sowohl in der medizinischen Grundversorgung als auch in der medizinischen Spezialversorgung tätig.

2.2.3. Personal

Zum Stichtag 30.09.2011 waren insgesamt 6.377 Ärzte bei der Provinz Stockholms Läns Landsting beschäftigt. Hiervon waren 950 Ärzte in der Primärversorgung (Gesundheitszentren, lokalen Notaufnahmen, Mütterfürsorgezentren, Säuglings- und Kleinkindfürsorgezentren, Kinder- und Jugendfürsorgezentren) tätig. Das entspricht einer Ärztedichte von 47,0 Ärzten pro 100.000 Einwohner in der Primärversorgung. Unter den 950 Ärzten befanden sich 914 Ärzte für Allgemeinmedizin (= 45,3 pro 100.000 Einwohner) und 36 Fachärzte (= 1,8 pro 100.000 Einwohner) (vgl. Tabelle 51).

Tabelle 51: Angestellte Ärzte bei der Provinz Stockholms Läns Landsting 2011, welche in der Primärversorgung tätig sind

	Gesamt	Ärzte pro 100.000 Einwohner
Ärzte für Allgemeinmedizin	914	45,3
Fachärzte	36	1,8

Quelle: Stockholms Läns Landsting 2011 – E-Mail-Korrespondenz mit Mats PERMING, IHS HealthEcon Berechnungen 2011.

Zum Stichtag 30.09.2011 waren 36 bei der Provinz Stockholms Läns Landsting angestellte Fachärzte in der Primärversorgung tätig. In Tabelle 52 sind diese nach Fachrichtungen dargestellt.

Tabelle 52: Angestellte Fachärzte der Provinz Stockholms Läns Landsting 2011, welche in der Primärversorgung tätig sind, nach Fachrichtungen

	Gesamt	Ärzte pro 100.000 Einwohner
Allgemeinchirurgie	1	0,0
Geriatric	13	0,6
Gynäkologie und Geburtshilfe	2	0,1
Interne Medizin	8	0,4
Onkologie	4	0,2
Psychiatrie	7	0,3
Urologie	1	0,0

Quelle: Stockholms Läns Landsting 2011 – E-Mail-Korrespondenz mit Mats PERMING, IHS HealthEcon Berechnungen 2011.

Zum Stichtag 30.09.2011 waren 1.118 Pflegekräfte (= 55,4 pro 100.000 Einwohner), 300 Pflegehilfskräfte (= 14,9 pro 100.000 Einwohner), 272 Physiotherapeuten (= 13,5 pro 100.000 Einwohner), 20 Psychologen (= 1,0 pro 100.000 Einwohner), 213 Hebammen (= 10,5 pro 100.000 Einwohner), 37 Diätologen (= 1,8 pro 100.000 Einwohner), 147

Beschäftigungstherapeuten (= 7,3 pro 100.000 Einwohner) und 64 Sprachtherapeuten (= 3,2 pro 100.000 Einwohner) in der Primärversorgung tätig (vgl. Tabelle 53).

Tabelle 53: Angestelltes nicht-ärztliches Personal bei der Provinz Stockholms Läns Landsting 2011, welches in der Primärversorgung tätig ist

	Gesamt	Nicht-ärztliches Personal pro 100.000 Einwohner
Pflegekräfte	1.118	55,4
Pflegehilfskräfte	300	14,9
Physiotherapeuten	272	13,5
Psychologen	20	1,0
Hebammen	213	10,5
Diätologen	37	1,8
Beschäftigungstherapeuten	147	7,3
Sprachtherapeuten	64	3,2

Quelle: Stockholms Läns Landsting 2011 – E-Mail-Korrespondenz mit Mats PERMING, IHS HealthEcon Berechnungen 2011.

Im Vergleich zum Wiener wie auch zum Hamburger Gesundheitswesen erscheint es ungewöhnlich, dass im Stockholmer Gesundheitswesen eine nicht unbeträchtliche Anzahl von Pflegekräften und Pflegehilfskräften in der Primärversorgung tätig sind. Dieser Umstand ist darauf zurückzuführen, dass die Primärversorgung, wie bereits oben erwähnt, nicht bei den für Österreich und auch Deutschland typischen niedergelassen (Fach-)Ärzten stattfindet, sondern in Gesundheitszentren, lokalen Notaufnahmen, Mütterfürsorgezentren, Säuglings- und Kleinkindfürsorgezentren, Kinder- und Jugendfürsorgezentren. In all diesen Zentren ist die Bezirkskrankenschwester die erste und zentrale Ansprechperson. Das erklärt die hohe Anzahl an in der Primärversorgung tätigen Pflege- und Pflegehilfskräften.

2.3. Intramurale Versorgung

2.3.1. Kapazitäten

Im Jahr 2009 standen in Stockholm insgesamt acht Akutkrankenanstalten mit 2.994 Betten (= 148,3 pro 100.000 Einwohner) für die Akutversorgung zur Verfügung (vgl. Tabelle 54/Tabelle 54).

Zusätzlich standen im Jahr 2009 noch 792 psychiatrische Betten (= 39,2 Betten pro 100.000 Einwohner) für die psychiatrische Versorgung bereit. Diese Betten werden von Einrichtungen, welche im Eigentum von Stockholms Läns Landsting stehen, zur Verfügung gestellt.

Tabelle 54: Akutkrankenanstalten, Stockholm, 2009

Akutkrankenanstalten	Betten gesamt	In % der Betten gesamt
<i>Öffentliche Krankenanstalten</i>		
Karolinska Universitetssjukhuset	1.408	
Karolinska Universitetssjukhuset Huddinge	n/a	
Karolinska Universitetssjukhuset Solna	n/a	
Södersjukhuset	581	
Danderyds sjukhus	429	
Södertälje sjukhus	172	
Norrtälje sjukhus	96	
S:t Eriks ögonsjukhus ¹⁾	16	
Summe	2.702	90,2
<i>Private Krankenanstalten</i>		
S:t Görans sjukhus	292	
Summe	292	9,8
<i>Krankenanstalten gesamt</i>		
Summe	2.994	100

Quelle: Stockholms Läns Landsting 2011, IHS HealthEcon Berechnungen 2011.

Anmerkung: ¹⁾ Beim S:t Eriks ögonsjukhus handelt es sich um eine Sonderkrankenanstalt für Augenheilkunde.

In Stockholm und in Schweden stehen alle Krankenanstalten prinzipiell unter öffentlicher Trägerschaft. Insgesamt gibt es in ganz Schweden nur zwei (!) private Krankenanstalten. Eine davon (*Sophiahemmet*) steht in Stockholm. Diese verfügt über 32 Kurzzeitpflegebetten und wird nicht zu den Akutkrankenanstalten gezählt. Die Stockholmer Krankenanstalt S:t Görans steht zwar auch unter öffentlicher Trägerschaft, verfügt jedoch über ein privatisiertes Management.

In Tabelle 55 ist die Größenstruktur der Stockholmer Akutkrankenanstalten nochmals dargestellt. Demnach verfügt Stockholm über kein (!) Akutkrankenhaus mit über 1.000 Betten, über 3 Akutkrankenhäuser zwischen 500 und 999 Betten, über je ein Akutkrankenhaus im Bereich zwischen 300 und 499 Betten, zwischen 200 und 299 Betten und zwischen 100 und 199 Betten sowie über 2 Akutkrankenhäuser zwischen 1 und 99 Betten (vgl. Tabelle 55).

Tabelle 55: Größenstruktur der Akutkrankenhäuser, Stockholm, 2009

1.000 Betten und mehr	0
500 bis 999 Betten	3
300 bis 499 Betten	1
200 bis 299 Betten	1
100 bis 199 Betten	1
1 bis 99 Betten	2
Summe Akutkrankenhäuser	8

Quelle: Stockholms Läns Landsting 2011, IHS HealthEcon Darstellung 2011.

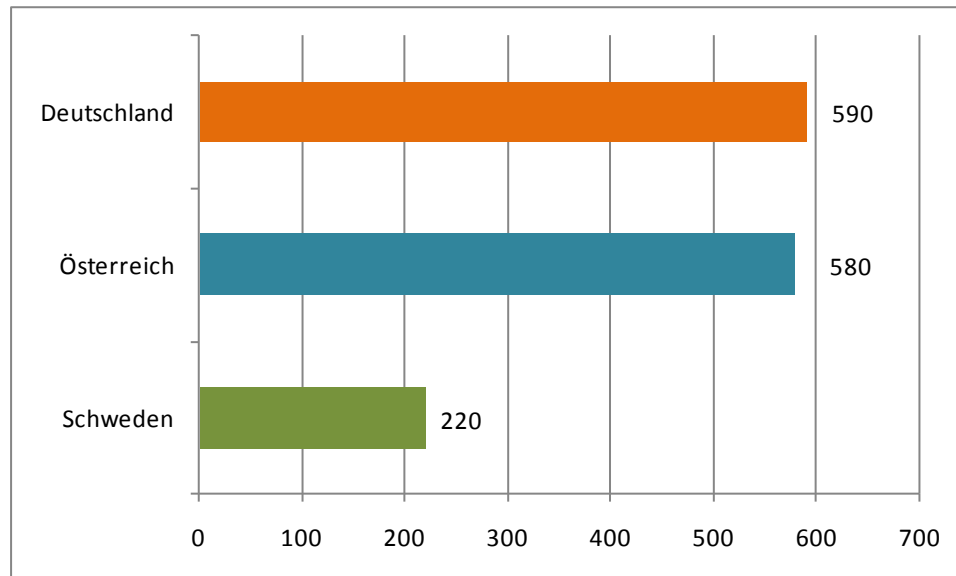
In Tabelle 56 sind die Akutbetten im Jahr 2009 untergliedert nach Fachrichtungen dargestellt. Die meisten Betten (407 Betten bzw. 20,2 Betten pro 100.000 Einwohner) standen in der Fachrichtung Innere Medizin zur Verfügung, gefolgt von der Fachrichtung allgemeine Chirurgie mit 362 Betten bzw. 17,9 Betten pro 100.000 Einwohner und orthopädische Chirurgie mit 285 Betten bzw. 14,1 Betten pro 100.000 Einwohner. Bei der Betrachtung der Betten nach Fachrichtungen in Stockholm zeigt sich, dass keine stationären Kapazitäten für die Fachrichtung Haut- und Geschlechtskrankheiten vorgesehen sind.

Tabelle 56: Akutbetten nach Fachrichtungen pro 100.000 Einwohner, Stockholm, 2009

Fachrichtung	Akutbetten2009 - gesamt	Akutbetten 2009 pro 100.000 Einwohner
Allgemeinchirurgie	362	17,9
Augenheilkunde	16	0,8
Geburtshilfe	187	9,3
Gynäkologie	110	5,4
Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde	63	3,1
Haut- und Geschlechtskrankheiten	0	0,0
Infektiöse Krankheiten	148	7,3
Innere Medizin	407	20,2
Kinderchirurgie	51	2,5
Kinderheilkunde	175	8,7
Medizinische Rehabilitation	43	2,1
Neurologie	119	5,9
Onkologie	72	3,6
Orthopädische Chirurgie	285	14,1
Urologische Chirurgie	81	4,0
Andere chirurgische Bereiche	162	8,0
Andere interne Bereiche	363	18,0
Andere chirurgische Kurzzeitpflege	30	1,5
Andere medizinische Kurzzeitpflege	97	4,8
Pflege - Kurzzeitpflege	27	1,3
Pflege - Langzeitpflege	196	9,7
Summe	2.994	148,3

Quelle: Stockholms Läns Landsting 2011, IHS HealthEcon Berechnungen 2011.

Die Betrachtung der Bettendichte von Stockholm im Vergleich zu Wien und Hamburg spiegelt ein Charakteristikum der intramuralen Versorgung von Schweden wider: **die deutlich geringe Akutbettendichte**. Im Jahr 2005 gab es in Schweden 220 Akutbetten pro 100.000 Einwohner, in Österreich hingegen 580 und in Deutschland 590 (vgl. OECD Gesundheitsdaten 2010, Juni). Damit verfügt Schweden über weniger als halbsoviele Akutbetten wie Österreich bzw. Deutschland. Dieser Umstand ist vor allem auf die Bemühungen der schwedischen Provinziallandtage zurückzuführen, die Behandlung der Patienten soweit wie möglich vom kostenintensiveren stationären Bereich in den kostengünstigeren ambulanten Bereich (z. B. durch die Forcierung von tageschirurgischen Eingriffen) zu verlagern. Durch diese Bemühungen konnten die Akutbetten von 510 Betten pro 100.000 Einwohner im Jahr 1980 auf 220 Betten pro 100.000 Einwohner im Jahr 2005 reduziert werden (vgl. Saltman 2000, OECD Gesundheitsdaten 2010, Juni) (vgl. Abbildung 27).

Abbildung 27: Akutbetten pro 100.000 Einwohner in Schweden, Österreich und Deutschland

Quelle: OECD Gesundheitsdaten 2010, Juni

2.3.2. Inanspruchnahme

In Stockholm kann das Krankenhaus frei gewählt werden, nachdem man eine Überweisung erhalten hat. Es ist außer in Notfällen nicht möglich, beispielsweise ambulante Krankenhausleistungen in Anspruch zu nehmen.

Stationäre Aufenthalte

Im Jahr 2008 stellten Krankheiten des Kreislaufsystems (15,1 Prozent), Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (10,8 Prozent), Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen (10,5 Prozent), psychiatrische und Verhaltensstörungen (9,5 Prozent) und Neubildungen (8,9 Prozent) die häufigsten Ursachen für stationäre Aufenthalte in Krankenhäusern von Stockholms Läns Landsting dar. Diese fünf Krankheitsgruppen sind für mehr als 50 Prozent aller stationären Aufenthalte verantwortlich. Krankheiten des Verdauungssystems verursachen 7,9 Prozent, Krankheiten des Atmungssystems 6,6 Prozent und Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes 6,1 Prozent aller stationären Aufenthalte (vgl. Tabelle 57).

Eine Betrachtung der stationären Aufenthalte im Zeitraum zwischen 2004 und 2008 zeichnet folgendes Bild: In diesem Zeitraum sind Aufenthalte aufgrund von Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe um 29 Prozent, endokrine, Ernährungs- und

Stoffwechselkrankheiten um 22 Prozent und bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten um 21 Prozent gestiegen. Gesunken sind hingegen Aufenthalte aufgrund bestimmter Zustände, die ihrer Ursprung in der Perinatalperiode haben (-25 Prozent), Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde (-8 Prozent) und Neubildungen und Krankheiten des Verdauungssystems (jeweils -3 Prozent). Insgesamt sind die Krankenhausaufenthalte in Stockholms län landsting zwischen 2004 und 2008 um 4 Prozent gestiegen (vgl. Tabelle 57). Der Vergleich dieser Zahlen mit Wien ist aufgrund der unterschiedlichen Erfassungsmethodik nicht möglich. In Österreich werden die einzelnen stationären Aufenthalte pro Kalenderjahr aufsummiert. In Schweden hingegen werden die einzelnen Personen aufsummiert, welche zumindest einen stationären Aufenthalt im Kalenderjahr hatten.

Tabelle 57: Aus Stockholms län Krankenhäusern entlassene vollstationäre Patienten

ICD-10 Gliederung	2004		2005		2006		2007		2008			Stat. Fälle pro 100.000 Einwohner - Index: 2004=100
	Stat. Aufenthalte insgesamt	Stat. Aufenthalte pro 100.000 EW	Stat. Aufenthalte insgesamt	Stat. Aufenthalte pro 100.000 EW	Stat. Aufenthalte insgesamt	Stat. Aufenthalte pro 100.000 EW	Stat. Aufenthalte insgesamt	Stat. Aufenthalte pro 100.000 EW	Stat. Aufenthalte insgesamt	Stat. Aufenthalte pro 100.000 EW	In Prozent aller Diagnosen	
Alle Diagnosen	268.490	14.381,7	270.141	14.358,3	276.391	14.516,2	282.766	14.622,2	294.771	14.998,1	-	104
I. Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	8.316	445,5	8.447	449,0	9.348	491,0	9.744	503,9	10.626	540,7	3,6	121
II. Neubildungen	25.795	1.381,7	25.471	1.353,8	25.672	1.348,3	25.200	1.303,1	26.282	1.337,2	8,9	97
III. Krankheiten des Blutes u. der blutbildenden Organe	2.004	107,3	2.222	118,1	2.322	122,0	2.603	134,6	2.715	138,1	0,9	129
IV. Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	4.912	263,1	4.814	255,9	5.164	271,2	5.446	281,6	6.326	321,9	2,1	122
V. Psychische und Verhaltensstörungen	25.255	1.352,8	24.551	1.304,9	25.206	1.323,8	26.780	1.384,8	27.858	1.417,4	9,5	105
VI. Krankheiten des Nervensystems	7.282	390,1	7.488	398,0	7.847	412,1	8.134	420,6	8.284	421,5	2,8	108
VII. Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde	1.329	71,2	1.165	61,9	1.170	61,5	1.240	64,1	1.288	65,5	0,4	92
VIII. Krankheiten des Ohres und des Wurmfortsatzes	1.930	103,4	1.957	104,0	1.806	94,9	1.892	97,8	2.017	102,6	0,7	99
IX. Krankheiten des Kreislaufsystems	41.888	2.243,7	41.368	2.198,8	42.514	2.232,9	43.729	2.261,3	44.429	2.260,6	15,1	101
X. Krankheiten des Atmungssystems	16.232	869,5	17.720	941,8	17.086	897,4	18.201	941,2	19.359	985,0	6,6	113
XI. Krankheiten des Verdauungssystems	22.819	1.222,3	22.154	1.177,5	22.341	1.173,4	22.625	1.170,0	23.279	1.184,5	7,9	97
XII. Krankheiten der Haut und der Unterhaut	2.224	119,1	2.309	122,7	2.222	116,7	2.342	121,1	2.434	123,8	0,8	104
XIII. Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	14.563	780,1	15.003	797,4	15.597	819,2	15.979	826,3	18.104	921,1	6,1	118

XIV. Krankheiten des Urogenitalsystems	11.978	641,6	12.217	649,4	12.704	667,2	12.363	639,3	13.400	681,8	4,5	106
XV. Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	30.117	1.613,2	30.246	1.607,6	30.766	1.615,8	31.419	1.624,7	31.694	1.612,6	10,8	100
XVI. Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben	3.259	174,6	3.092	164,3	3.316	174,2	3.381	174,8	2.566	130,6	0,9	75
XVII. Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien	1.755	94,0	1.753	93,2	1.809	95,0	1.964	101,6	2.026	103,1	0,7	110
XVIII. Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderorts nicht klassifiziert sind	18.968	1.016,0	19.585	1.041,0	20.843	1.094,7	20.910	1.081,3	21.163	1.076,8	7,2	106
XIX. Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen	27.864	1.492,5	28.579	1.519,0	28.658	1.505,1	28.814	1.490,0	30.921	1.573,3	10,5	105

Quelle: Socialstyrelsen 2011. Anmerkung: Da nur Aufnahmen mit gültiger Personenidentifikationsnummer in diese Statistik berücksichtigt werden, ist sie unvollständig.

Gastpatienten⁴³

Im Jahr 2010 wurden in den Krankenhäusern von Stockholms Läns Landsting insgesamt 335.102 Patienten behandelt. Hiervon hatten 4,2 Prozent keinen Wohnsitz in Stockholms län, waren also Gastpatienten (vgl. Tabelle 58).

Tabelle 58: Aus Stockholms län landsting Krankenhäusern entlassene Patienten nach Einzugsgebiet der Krankenhäuser, 2010

	Patienten-gesamt	In % der Patienten-gesamt
Gesamt	335.102	100
<i>davon Wohnsitz in Stockholm</i>		
	320.897	95,8
<i>davon Wohnsitz NICHT in Stockholm</i>		
	14.205	4,2

Quelle: Stockholms Läns Landsting 2011.

2.3.3. Personal

Zum Stichtag 30.09.2011 waren bei der Provinz Stockholms Läns Landsting insgesamt 6.377 Ärzte beschäftigt. Hiervon waren 4.539 Ärzte in der Sekundärversorgung (= Krankenanstalten) tätig, was einer Ärztedichte von 224,8 Ärzten pro 100.000 Einwohner entspricht.

Tabelle 59: Angestellte Ärzte bei der Provinz Stockholms Läns Landsting 2011, welche in der Sekundärversorgung/im Krankenhaus tätig sind

	Gesamt	Ärzte pro 100.000 Einwohner
Ärzte	4.539	224,8

Quelle: Stockholms Läns Landsting 2011 – E-Mail-Korrespondenz mit Mats PERMING, IHS HealthEcon Berechnungen 2011.

In Tabelle 60 sind die bei der Provinz Stockholm Läns Landsting anstellten Fachärzte der Sekundärversorgung nach Fachrichtungen dargestellt. Am größten ist die Versorgungsdichte mit Fachärzten in den Bereichen Innere Medizin, Chirurgie, Anästhesie und Intensivmedizin,

⁴³ Unter Gastpatienten sind Patienten ohne Wohnsitz in Stockholms läns landsting zu verstehen.

Gynäkologie und Geburtshilfe, Radiologie sowie Kardiologie, wie die Indexwerte pro 100.000 Einwohner in Tabelle 60 zeigen.

Tabelle 60: Angestellte Ärzte bei der Provinz Stockholms Läns Landsting 2011, welche in der Sekundärversorgung/im Krankenhaus tätig sind, nach Fachrichtung

	Gesamt	Ärzte pro 100.000 Einwohner
Allergologie	16	0,8
Anästhesie und Intensivmedizin	399	19,8
Augenheilkund	79	3,9
Chirurgie	436	21,6
Endokrinologie	85	4,2
Geriatric	76	3,8
Gynäkologie und Geburtshilfe	292	14,5
Hämatologie	74	3,7
Haut- und Geschlechtskrankheiten	68	3,4
HNO	96	4,8
Infektionskrankheiten	120	5,9
Innere Medizin	702	34,8
Kardiologie	211	10,4
Neonatologie	50	2,5
Neurologie	167	8,3
Onkologie	158	7,8
Orthopädie	197	9,8
Pathologie	86	4,3
Psychiatrie	24	1,2
Pulmologie	49	2,4
Radiologie	232	11,5
Rheumatologie	75	3,7
Urologie	76	3,8
Weitere Fachgebiete	771	38,2

Quelle: Stockholms Läns Landsting 2011 – E-Mail-Korrespondenz mit Mats PERMING, IHS HealthEcon Berechnungen 2011.

Zum Stichtag 30.09.2011 waren 9.890 Pflegekräfte, 6.033 Pflegehilfskräfte, 357 Physiotherapeuten, 150 Psychologen, 966 Hebammen, 99 Diätologen, 202 Beschäftigungstherapeuten, 123 Sprachtherapeuten und 176 Chemiker/Physiker bei der Provinz Stockholms Läns Landsting beschäftigt und in der Sekundärversorgung tätig (vgl. Tabelle 61).

Tabelle 61: Angestelltes nicht-ärztliches Personal bei der Provinz Stockholms Läns Landsting 2011, welches in der Sekundärversorgung/im Krankenhaus tätig ist

	Gesamt	Nicht-ärztliches Personal pro 100.000 Einwohner
Pflegekräfte	9.890	489,8
Pflegehilfskräfte	6.033	298,8
Physiotherapeuten	357	17,7
Psychologen	150	7,4
Hebammen	966	47,8
Diätologen	99	4,9
Beschäftigungstherapeuten	202	10,0
Sprachtherapeuten	123	6,1
Chemiker/Physiker	176	8,7

Quelle: Stockholms Läns Landsting 2011 – E-Mail-Korrespondenz mit Mats PERMING, IHS HealthEcon Berechnungen 2011.

3. Versorgung mit medizinisch-technischen Großgeräten (GG)

Laut unserer Auskunftsperson bei Stockholms Läns Landsting werden die medizinisch-technischen Großgeräte in Stockholms Läns Landsting nicht systematisch erfasst. Aufgrund dessen ist eine genaue Darstellung deren Kapazitäten analog zu Wien und Hamburg nicht möglich.

4. Finanzierung und Reformdynamik

Das schwedische Gesundheitssystem ist ein staatliches Gesundheitswesen „nordischen“ Typs. Allerdings weichen die nordischen Gesundheitssysteme in letzter Zeit stärker voneinander ab.

Im Vergleich zu Deutschland und Österreich ist Schweden ein unitärer und kein föderaler Staat, und der Großteil der Mittel im Gesundheitswesen stammt aus Steuern. Anders als Norwegen und Dänemark, die ihre Gesundheitssysteme stärker zentralisiert haben, wobei die fünf Gesundheitsregionen in Dänemark bzw. die vier norwegischen Gesundheitsagenturen keine eigenen Steuermittel einheben, ist dies in Schweden nicht der Fall. Die schwedischen Provinzen heben einen großen Teil der Mittel im Gesundheitswesen selbst ein. Dabei ist zu beachten, dass anders als in Österreich rund 92 % der Mittel der Provinziallandtage in das Gesundheitswesen fließen. Wie in Dänemark, aber anders als in Norwegen, sind diese Provinziallandtage gewählte administrative Organe. Somit muss Stockholm politisch für eine Mittelaufbringung im Gesundheitswesen direkt Verantwortung übernehmen, auch wenn es notwendigerweise einen gewissen Finanzausgleich zwischen den Provinzen gibt. Auch in Schweden gibt es Bestrebungen, bis 2015 die Zahl der Provinzen wenigstens zu halbieren, um *economies of scale* zu lukrieren.

In den letzten Jahren gab es in Stockholm einige wesentliche Reformen. Stockholm ist eine der wenigen Provinzen, die einen sogenannten Purchaser-Provider-Split eingeführt haben. Das heißt, dass Spitäler und Gesundheitszentren nicht unmittelbar budgetiert werden, sondern die Provinziallandtage den Leistungserbringern als Einkäufer gegenüberstehen. Allerdings sind von den 18 Spitälern in Stockholm 17 ebenfalls in öffentlicher Hand. In einem Spital, St. Gorans, wurde das Management einer privaten Betreibergesellschaft übertragen.

Im extramuralen Bereich versuchte Stockholm von der rein öffentlichen Leistungserbringung auf einen öffentlich-privaten Mix umzustellen, indem es zum Beispiel Primärversorgungszentren privatisierte, welche nun als Vertragspartner dem Provinziallandtag gegenüberstehen.

Selbstverständlich macht dies nur Sinn, wenn die Patienten auch wählen können. Dementsprechend wurde die Wahlfreiheit erhöht. Es ist hierbei wesentlich zu verstehen, dass in staatlichen Gesundheitssystemen früher in aller Regel KEINE freie Wahl der Leistungserbringer bestand. Davon gehen die meisten staatlichen Gesundheitssysteme ab, und so auch Stockholm. In Stockholm hat man sich wiederum für den richtigen Schritt entschieden, den Patienten Qualitätsinformationen zur Verfügung zu stellen, um diese Wahl überhaupt treffen zu können.

B4. Vergleichende Analyse der Gesundheitssysteme von Wien, Hamburg und Stockholm

In diesem Berichtsteil werden die urbanen Gesundheitssysteme von Hamburg und Stockholm dem von Wien gegenübergestellt. Diese Analyse teilt sich in zwei große Bereiche: 1) extramuraler Bereich und 2) intramuraler Bereich. Im extramuralen Bereich erfolgt ein Vergleich der Kapazitäten anhand der niedergelassenen (Vertrags-)Ärzte. Im intramuralen Bereich erfolgt ein Vergleich der Kapazitäten auf Basis der verfügbaren Krankenanstalten und Betten, ein Vergleich der Inanspruchnahme auf Grundlage der stationären Aufenthalte und des Anteils der Gastpatienten und ein Vergleich des Personals basierend auf in Krankenanstalten tätigen Ärzten.

Dieser Vergleich erscheint durchaus gerechtfertigt:

- Wien als auch Hamburg sind jeweils Landeshauptstadt und Bundesland zugleich; ähnliches gilt für Stockholm als Provinz.
- Wien und Hamburg sind hinsichtlich der Bevölkerungsgröße ähnlich, die jahresdurchschnittliche Bevölkerung betrug in Jahr 2009 in Wien 1.692.067 und in Hamburg 1.778.107. Auch die Provinz Stockholm, die die Verwaltungseinheit für das Gesundheitssystem darstellt, hat rund 1,9 Mio. Einwohner.
- Wien, Hamburg und Stockholm haben eine Metropolenfunktion, d. h. sie besitzen auch eine Versorgungsfunktion für das Umland.
- Österreich und Deutschland sind beides Sozialversicherungsländer.
- Wien und Hamburg weisen keine nennenswerten Unterschiede in den sozio-demographischen Faktoren (wie z. B. Altersstruktur, Bevölkerungsdichte, Einkommen, Bildung, usw.) auf.

Wichtige Unterschiede, die für die Analyse von hohem Wert sind:

- Schweden weist ein staatliches Gesundheitswesen skandinavisches Typs auf.
- Große Teile der Leistungserbringung sind daher in Stockholm durch staatliche Einrichtungen mit angestellten Ärzten sichergestellt.
- In Deutschland stehen die Kassen in Wettbewerb und finanzieren auch die laufenden Spitalskosten über Fallpauschalen.

Metropolenregion Wien, Hamburg und Stockholm

Um eine generelle Vergleichbarkeit von Metropolenregionen über nationale Grenzen gewährleisten zu können bedarf es einer international gültigen regionalen Gebietsabgrenzung. Dazu wurde die OECD-Definition für Metropolregionen ausgewählt, da diese diesem Anspruch gerecht wird und eine international vergleichbare Methodologie (OECD-Region) darstellt. Innerhalb der OECD-Region wird eine regionale Einteilung angewendet, welche die Mitgliedsstaaten des OECD-Raums in folgende zwei territoriale Ebenen gliedert:

- TL2 – Territorial Level 2: höhere Ebene, Makro-Regionen – 335 Großregionen
- TL3 – Territorial Level 3: niedrigere Ebene, Mikro-Regionen – 1679 Kleinregionen

Alle diese durch die OECD definierten Regionen orientieren sich an Staatsgrenzen und korrespondieren in den meisten Fällen mit administrativen Einheiten. Für europäische Länder ist die Klassifizierung, um die Vergleichbarkeit zu erleichtern, weitgehend mit der Eurostat-Klassifizierung (NUTS) ident. Inzwischen hat sich die OECD-Einteilung allerdings ebenfalls gut etabliert und wird in vielen Ländern als Basis für eigene regionale Einteilungen herangezogen. Die TL2- und TL3-Gliederung für Österreich, Deutschland und Schweden ist in Tabelle 62 dargestellt.

Tabelle 62: TL2 und TL3 Gliederung von Österreich, Deutschland und Schweden

	TL2	TL3
Österreich	9 Bundesländer	35 Gruppen von politischen Bezirken
Deutschland	16 Länder	96 Spatial Planning Regions
Schweden	8 Riksomraden (Reichsgebiet)	21 Län (Provinzen)

Quelle: OECD (o.J. (a))

Aufbauend auf dieser generellen Klassifizierung stellt die OECD eine Datenbank wirtschaftlicher und sozioökonomischer Indikatoren für Metropolregionen zur Verfügung. Die OECD Metropolitan Database bedient sich einer „gemischt-funktionalen“ Definition von Metropolregionen, welche sich aus TL3-Regionen (OECD Regional Database) zusammensetzen. Die 90 Metropolregionen, welche im ganzen OECD-Bereich konstituiert wurden, entsprechen somit entweder direkt einer TL3-Region oder sind Aggregate aus einer deren Gruppen. Folgende Kriterien müssen erfüllt sein:

- 1) Bevölkerungsdichte: Eine TL3-Region gilt dann als vorwiegend urban, wenn weniger als 15 Prozent der Bevölkerung in Gemeinden (territorialen Einheiten kleiner als TL3) mit einer geringeren Bevölkerungsdichte als 150 Einwohner/km² leben.

- 2) Bevölkerung im Kernbereich: Mindestens eine Million Menschen leben in der vorwiegend urbanen Region.
- 3) Pendlerquote: Pendler müssen zumindest 10 Prozent der Arbeitskräfte der urbanen Region (> 1. Mio. Einwohner) ausmachen. Ist dem nicht der Fall und liegt die Pendlerquote unter diesem Schwellenwert, gilt die Region als in sich geschlossen. Im anderen Fall besteht ein signifikanter Arbeitskräfteaustausch, was eine Integration weiterer TL3-Regionen in die Metropolregion bedingt.
- 4) Bevölkerungszahl: Der finale Schritt ist die Berechnung der Gesamtbevölkerung der Region, welche durch die drei vorhergehenden Kriterien definiert wird. Liegt diese Gesamtbevölkerung über 1,5 Millionen gilt die Region als Metropolregion.

Die Bevölkerungszahlen für die Metropolregionen Wien und Hamburg sind in Tabelle 63 dargestellt:

Tabelle 63: Bevölkerungszahlen der Metropolregion Wien, Hamburg und Stockholm

	TL3	Metropolregion	Faktor
Wien	1,69 Mio. (2009)	2,31 Mio. (2009)	1,37
Hamburg	1,77 Mio. (2008)	3,18 Mio. (2008)	1,80
Stockholm	1,98 Mio. (2009)	1,98 Mio. (2009)	1,00

Quelle: OECD (o.J.(b))

1. Vergleich ausgewählter demographischer und gesundheitsbezogener Indikatoren der Städte Wien, Hamburg und Stockholm

Um Ähnlichkeiten und mögliche Unterschiede in den Strukturmerkmalen der drei Städte Wien, Hamburg und Stockholm Demographie festzuhalten, werden nachfolgend zentrale Kennzahlen zu Demographie, Mortalität und Gesundheitszustand verglichen.

1.1. Demographie und Wirtschaft

Tabelle 1 zeigt, dass es in Hamburg und Stockholm (Verwaltungsbezirk) 2009 zwar absolut gesehen mehr Einwohner gibt als in Wien, die Bevölkerungsdichte in Wien ist jedoch mit 4.078 Personen pro km² am höchsten. In Hamburg kommen auf einen km² fast halb so viele Personen (2.349) wie in Wien, auch in Stockholm liegt die Bevölkerungsdichte im urbanen Gebiet mit 3.318 Personen pro km² unter dem Wiener Wert. Dies senkt die Wegekosten und impliziert somit eine höhere Inanspruchnahme in Wien. Im Beobachtungszeitraum 2000 bis 2009 ist die Anzahl der Einwohner vor allem in Stockholm (plus elf Prozent) und Wien (plus neun Prozent) stark angestiegen, in Hamburg ist die Bevölkerung mit einem Plus von vier Prozent hingegen etwas weniger stark gewachsen. Der etwas höhere Zuwachs in den beiden ersteren Städten lässt sich zum Teil auf die Zuwanderung ausländischer Personen zurückführen: Während der Ausländeranteil (laut Staatsbürgerschaft) in Hamburg seit 2000 zurückgegangen ist und derzeit bei 14 Prozent liegt, ist er in Wien um ein Viertel angestiegen und beträgt 2009 21 Prozent. Stockholm hat mit 9 Prozent einen stagnierenden und weniger großen Ausländeranteil, wenngleich der Anteil der Personen mit ausländischem Hintergrund deutlich höher ist. In diesem Bereich würden wir davon ausgehen, dass sich ein höherer Ausländeranteil negativ auf die Inanspruchnahme auswirkt, da sprachliche Barrieren und andere soziokulturelle Hintergründe als Zutrittshindernis wirken. Gleichzeitig erfordert dieser Umstand höhere Investitionen in Gesundheitsprogramme, die speziell Migranten ansprechen.

Bei der Altersstruktur liegt Wien mit einem Durchschnittsalter von 41 Jahren zwischen Hamburg (rund 42 Jahre) und Stockholm (rund 39 Jahre). Hamburg weist mit 20 Prozent in Vergleich zu Wien (17 Prozent) einen relativ hohen Anteil an älteren Personen ab 65 Jahre auf, in Stockholm ist der Anteil der über 64-Jährigen mit 14,5 Prozent relativ gering. Dies hängt unter anderem auch mit der Fertilität zusammen. Eine Frau in Stockholm hat durchschnittliche 1,8 Kinder, während die Gesamtfertilitätsrate in Wien bei 1,4 Kindern pro Frau liegt. Aus diesen Zahlen wäre also in Hamburg mit der höchsten, in Stockholm mit der niedrigsten Krankheitslast zu rechnen.

In allen drei Vergleichsstädten gibt es geringfügig mehr Frauen als Männer. In Wien ist der Frauenanteil mit 52 Prozent am höchsten, was einerseits durch einen relativ hohen Frauenanteil unter den älteren Personen, andererseits aber auch durch einen (studienbedingten) Überschuss an jungen Frauen zwischen 20 und 30 Jahren, zu erklären ist (vgl. Regionaler Strukturplan Gesundheit Wien 2015).

In wirtschaftlicher Hinsicht hat Wien mit einem BIP pro Kopf in Höhe von 43.300 Euro eine etwas höhere Produktivität als Hamburg, wo im Jahr 2009 pro Person 40.440 Euro erwirtschaftet wurden. Stockholm ist jedoch mit einem BIP pro Kopf von 51.959 Euro in wirtschaftlicher Hinsicht Spitzenreiter unter den drei Städten. Die Arbeitslosenquote ist in Hamburg mit einem Wert von 8,6 kaum höher als in Wien (8,5 Prozent), ging seit 2000 jedoch zurück, während sie in Wien angestiegen ist. Stockholm hat mit einer Register-Arbeitslosenquote von 3,2 (nationale Definition) insgesamt, aber auch im Vergleich zu Gesamtschweden eine besonders geringe Arbeitslosigkeit, auch die internationale Arbeitslosenquote für Schweden ist mit einem Wert von 8,3 geringer als in Österreich und Deutschland. Was den Bildungsstand betrifft, zeigt sich, dass sowohl die Bevölkerung in Hamburg als auch in Stockholm ein insgesamt höheres Bildungsniveau aufweist als in Wien. Insbesondere der Akademikeranteil ist im Jahr 2008 in Hamburg mit 28 Prozent und in Stockholm mit 26 Prozent deutlich höher als in Wien (21 Prozent).

Tabelle 64: Soziodemografische Faktoren und Bevölkerungsentwicklung, 2009

	Wien		Hamburg		Stockholm		Vgl. Hamburg	Vgl. Stockholm
		Index: 2000=100		Index: 2000=100		Index: 2000=100	Index: Wien=100	Index: Wien=100
Wohnbevölkerung in Tausend	1.692	109	1.778	104	1.963	111	105	116
- Anteil Frauen (in %)	52	107	51	99	51	99	98	98
- Anteil Personen ab 65 Jahre (in %)	17	113	20	112	15	103	116	86
- Anteil ausländischer Personen (laut Staatsbürgers.) (in %)	21	126	14	88	9,3	101	65	135
Bevölkerungsdichte (Bevölkerung pro km ²)	4.078	109	2.349	103	4.410	n.a.	58	81
Durchschnittsalter (in Jahren)	41,0	106	41,8	101	39,1	n.a.	102	95
Bruttoregionalprodukt je Einwohner (in €)	43.300	123	40.440	121	51.959	134	93	120
Arbeitslosenquote	8,5	118	8,6	97	3,2.	n.a.	101	n.a.
Höchster Bildungsabschluss der 25 bis 64-Jährigen ¹⁾	100	100	100	100	100	100	100	100
- Pflichtschule (in %)	21	78	17	89	19	91	81	89
- Sekundarabschluss (in %)	57	99	55	100	55	96	97	97
- Tertiärabschluss (in %)	21	135	28	108	26	121	131	122

Quellen: Siehe Angaben in Tabelle 1 (Wien-Teil), Tabelle 30 (Hamburg-Teil), Tabelle 46 (Stockholm); IHS HealthEcon Berechnungen 2011.

Während das BIP pro Kopf kaum einen nennenswerten Einfluss auf die Inanspruchnahme haben dürfte (da der Zusammenhang zwischen BIP und Gesundheit auf diesem Niveau sehr flache Steigung aufweist), hat dies jedoch für die Aufkommenseite Bedeutung, wenn auch durch die Finanzausgleiche eine gewisse Nivellierung mit dem Rest des jeweiligen Landes einhergeht. Es besteht ein Zusammenhang zwischen Soziodemographie und Gesundheit. Aus diesem Grund würden wir den besten Gesundheitszustand und damit die geringste Inanspruchnahme in Stockholm vermuten, gefolgt von Hamburg und schließlich Wien. Dies wird sich auch in der Lebenserwartung zeigen.

1.2. Mortalität

Die Lebenserwartung bei Geburt liegt in Wien vor allem bei den Männern unter dem Durchschnitt von Hamburg und Stockholm. Während sie in Wien mit einem Lebensalter von 76 Jahren rechnen könnten, liegt die Lebenserwartung der Männer in Hamburg bei rund 78 Jahren und in Stockholm bei 79 Jahren. Die Lebenserwartung der Frauen ist in Wien und Hamburg mit rund 82 Jahren in etwa gleich hoch, in Stockholm liegt sie mit einem Wert von

83,5 um eineinhalb Jahre darüber. Im Zeitvergleich ist die Lebenserwartung jedoch in allen drei Städten und bei beiden Geschlechtern gestiegen. Gleichzeitig hat sich die Säuglingssterblichkeit reduziert. Die Säuglingssterblichkeitsrate ist in Wien mit einem Wert von 5,5 etwas höher als in Hamburg, wo auf 1.000 Lebendgeborene 3,8 gestorbene Säuglinge kommen. In Stockholm gibt es mit einem Wert von 2,4 die geringste Säuglingssterblichkeit. Die allgemeine Sterberate weist in Hamburg einen leicht höheren Wert auf als in Wien (9,7 vs. 9,3) und ist dort in den letzten Jahren auch weniger stark zurückgegangen. Mit Abstand die geringste und am stärksten rückläufige Sterblichkeitsrate weist jedoch Stockholm mit einem Wert von 7,7 auf (vgl. Tabelle 65).

Sowohl in Wien als auch in Hamburg zählen Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems zu den häufigsten Todesursachen. In Wien sind mit einem relativen Anteil von 44 Prozent jedoch besonders viele Personen aufgrund dieses Krankheitsbilds gestorben, der Anteil in Hamburg liegt bei rund 38 Prozent, der Anteil in Stockholm bei 37 Prozent. Jeweils ein Viertel aller Todesfälle ist in den drei Städten auf bösartige Neubildungen (Krebs) zurückzuführen, wobei sich der relative Anteil in Hamburg seit dem Jahr 2000 reduzierte, während er in Wien und Stockholm angestiegen ist. Was andere Krankheitsbilder betrifft, zeigt sich, dass psychische und Verhaltensstörungen sowie Krankheiten des Nervensystems in Wien besonders selten zum Tod geführt haben. Im Vergleich zu Stockholm, wo mit Anteilen von jeweils 5 Prozent relativ viele Personen aufgrund der eben genannten Krankheitsbilder sterben, sind in Wien nur halb so viele Todesfälle auf Krankheiten des Nervensystems zurückzuführen (2 Prozent), und dreimal so wenige Todesfälle auf psychische und Verhaltensstörungen (1,5 Prozent) (vgl. Tabelle 65).

Tabelle 65: Lebenserwartung und Mortalität, 2009

	Wien		Hamburg		Stockholm		Vgl. Hamburg	Vgl. Stockholm
		Index: 2000=100		Index: 2000=100		Index: 2000=100	Index: Wien=100	Index: Wien=100
Lebenserwartung bei Geburt in Jahren								
- Männer	76,4	103	77,5	102	79,3	102	101	104
- Frauen	81,9	102	82,3	101	83,5	101	100	102
Säuglingssterblichkeit (auf 1.000 Lebendgeborene)	5,5	94	3,8	84	2,4	n.a.	69	44
Sterberate (Gestorbene auf 1.000 der Bevölkerung)	9,3	85	9,7	96	7,7	87	104	83
Anzahl der Gestorbenen und Todesursachen	16.332	89	17.188	101	15.186	96	105	93
- Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems (in %)	44,0	82	37,8	98	36,9	86	86	84
- Bösartige Neubildungen (Krebs) (in %)	25,3	107	27,2	97	26,3	105	108	104
- Krankheiten der Atmungsorgane (in %)	5,1	107	5,4	95	6,3	89	105	124
- Krankheiten der Verdauungsorgane (in %)	4,7	100	5,1	104	3,4	102	109	72
- Verletzungen und Vergiftungen (in %)	4,7	88	4,7	108	5,8	105	100	123
- Krankheiten des Nervensystems (in %)	2,3	154	2,0	106	4,9	206	87	216
- Psychische und Verhaltensstörungen (in %)	1,5	344	3,7	114	4,9	109	243	318

Quellen: Siehe Angaben in Tabelle 2 (Wien-Teil), Tabelle 31 (Hamburg-Teil), Tabelle 47 (Stockholm); IHS HealthEcon Berechnungen 2011.

1.3. Gesundheitszustand und Gesundheitsverhalten

Informationen über den Gesundheitszustand der Bevölkerung werden in den drei Vergleichsstädten in sehr unterschiedlichem Ausmaß anhand von Personenbefragungen erhoben und zu Verfügung gestellt, was einen direkten Vergleich schwierig macht. Es lassen sich also aufgrund der unterschiedlicher Erhebungsinstrumente-, Zeiten und Stichproben nur Tendenzen feststellen. Bei der Frage nach dem allgemeinen Gesundheitszustand scheinen Wiener im Vergleich zur Hamburger und Stockholmer Bevölkerung ihre Gesundheit besonders häufig als gut einzuschätzen. Beim Raucheranteil liegt Wien mit einem Gesamtanteil von 25 Prozent ungefähr im Mittelfeld zwischen Stockholm und Hamburg. Einen riskanten Alkoholkonsum oberhalb definierter Grenzwerte weisen, den jeweiligen nationalen Studien nach, besonders häufig Frauen in Stockholm und Männer in Deutschland auf. Die Adipositas-Prävalenz ist in Stockholm mit einem Anteil von 11 Prozent am geringsten, in Wien haben rund 13 Prozent und in Deutschland 15 Prozent der Einwohner einen Body-Mass-Index von über 29.

Diese Vergleiche lassen bereits folgende zwei Schlussfolgerungen zu:

- 1) Die gesundheitlichen Outcomes und Risikofaktoren sind in Stockholm etwas besser als in Hamburg oder Wien. Dies ist zum Teil durch die soziodemographischen Faktoren zu erklären, aber sicher auch durch entsprechende Public Health-Maßnahmen (z. B. strengere Rauchgesetzgebung, Aufklärung, Primärversorgung).
- 2) Die höhere Krankheitslast und Bevölkerungsdichte lässt erwarten, dass in Wien das Gesundheitswesen am stärksten in Anspruch genommen wird. Einzig der Ausländeranteil würde einen gegenteiligen Effekt zeitigen.

2. Extramuraler Bereich

2.1. Kapazitäten

Ein Vergleich der extramuralen Kapazitäten zwischen Wien und Hamburg zeichnet folgendes Bild: Wien verfügt über 37 Prozent mehr niedergelassene Ärzte pro 100.000 Einwohner als Hamburg. Beschränkt man die Betrachtung auf die niedergelassenen Vertragsfachärzte, so dreht sich das Bild. Wien weist eine Versorgungsdichte mit niedergelassenen Vertragsärzten von 118,1 pro 100.000 Einwohner auf und Hamburg eine von 188,5 pro 100.000 Einwohner. Damit liegt das Versorgungsniveau mit niedergelassenen Vertragsärzten um 37 Prozent unter jenem von Hamburg (vgl. Tabelle 66).

Die hohe Zahl niedergelassener Ärzte in Wien ist zum einen insofern nicht verwunderlich, als Deutschland traditionell einen Ärztemangel, Österreich über lange Jahre einen Ärzteüberschuss aufwies, woraus sich die große Zahl niedergelassener Ärzte erklärt. Bei den Vertragsärzten hingegen ist zum anderen die österreichische Sozialversicherung zusammen mit der Ärztekammer offensichtlich deutlich restriktiver, es findet auch mehr ambulante Versorgung in den Spitalsambulanzen statt.

Tabelle 66: Niedergelassene Ärzte (exkl. Zahnärzte) pro 100.000 Einwohner, 2009 (Wien), 2010 (Hamburg)

	Wien		Hamburg		Ärzte pro 100.000 Einwohner - Index: Hamburg= 100
	Gesamt	Ärzte pro 100.000 Einwohner	Gesamt	Ärzte pro 100.000 Einwohner	
Niedergelassene Ärzte ¹⁾	4.676	276,3	3.587	201,7	137
Niedergelassene Vertragsärzte ²⁾	1.998	118,1	3.351	188,5	63

Quelle: Wien: Statistik Austria 2010, Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger 2010; Hamburg: Ärzte-Statistik der Kassenärztlichen Bundesvereinigung 2011; IHS HealthEcon Berechnungen 2011.

Anmerkung: ¹⁾ Wien, Hamburg: Die niedergelassenen Ärzte beinhalten alle niedergelassenen nicht angestellten Ärzte; ²⁾ Wien: Gesamtzahl der Vertragsärzte, die mit einem oder mehreren Krankenversicherungsträger(n) einen Vertrag abgeschlossen haben.

Bei einer Betrachtung der Vertragsärzte nach Spezialisierung (Ärzte für Allgemeinmedizin/Hausärzte bzw. Fachärzte) stellt sich das Bild wie folgt dar: Wien verfügt über eine Versorgungsdichte mit niedergelassenen Ärzten für Allgemeinmedizin von 49,0 pro 100.000 Einwohner und mit Fachärzten von 69,1 pro 100.000 Einwohner. Das

Versorgungsniveau mit Hausärzten liegt in Hamburg bei 75,5 pro 100.000 Einwohner und jenes mit Fachärzten bei 113,0 pro 100.000 Einwohner. Damit verfügt Wien im Vergleich zu Hamburg um 35 Prozent weniger niedergelassene Ärzte für Allgemeinmedizin und um 39 Prozent weniger niedergelassene Fachärzte (vgl. Tabelle 67).

Tabelle 67: Niedergelassene Vertragsärzte pro 100.000 Einwohner nach Spezifikation, 2009 (Wien), 2010 (Hamburg)

	Wien		Hamburg		Ärzte pro 100.000 Einwohner - Index: Hamburg=100
	Gesamt ¹⁾	Ärzte pro 100.000 Einwohner	Gesamt	Ärzte pro 100.000 Einwohner	
Ärzte für Allgemeinmedizin/Hausärzte	829	49,0	1.342	75,5	65
Fachärzte	1.169	69,1	2.009	113,0	61

Quelle: Wien: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger 2010; Hamburg: Ärzte-Statistik der Kassenärztlichen Bundesvereinigung 2011; IHS HealthEcon Berechnungen 2011.

Anmerkung: ¹⁾ Gesamtzahl der Vertragsärzte und -zahnärzte, die mit einem oder mehreren Krankenversicherungsträger(n) einen Vertrag abgeschlossen haben.

Auffällig ist, dass in beiden Städten die Versorgungsdichte mit niedergelassenen Vertragsfachärzten deutlich höher ist als mit niedergelassenen Vertragsärzten für Allgemeinmedizin bzw. Hausärzten. Dieser Umstand könnte darauf zurückzuführen sein, dass sowohl Wien als auch Hamburg eine wichtige Umlandversorgungsfunktion innehaben, welche bei der fachärztlichen Versorgung schlagend wird. Hingegen wird bei der Planung des niedergelassenen Bereichs prinzipiell darauf Bedacht genommen, dass die Versorgung mit Ärzten für Allgemeinmedizin/Hausärzten möglichst wohnortnah erfolgt.

Tabelle 68 vergleicht den Versorgungsgrad der Vertragsfachärzte nach Fachrichtungen. Insgesamt liegt die Versorgungsdichte mit Vertragsfachärzten, wie schon aus Tabelle 67 ersichtlich ist, um 39 Prozent unter jener von Hamburg. Noch stärker ist dieser Unterschied in den Fachbereichen Chirurgie, Frauenheilkunde und Geburtshilfe sowie Innere Medizin ausgeprägt. Hier liegt das Versorgungsniveau um 62, 60 bzw. 54 Prozent unter jenem von Hamburg. Ein Mitgrund für diese besonders starken Unterschiede im Bereich der Chirurgie und Inneren Medizin könnte sein, dass Hamburg in diesen beiden Bereichen über eine deutliche Überversorgung mit Vertragsfachärzten verfügt.

Tabelle 68: Ausgewählte Vertragsfachärzte pro 100.000 Einwohner nach Fachrichtung, 2009 (Wien), 2010 (Hamburg)

	Wien ¹⁾	Hamburg	Ärzte pro 100.000 Einwohner - Index: Hamburg= 100
	Ärzte pro 100.000 Einwohner	Ärzte pro 100.000 Einwohner	
Augenheilkunde	5,2	8,2	63
Chirurgie	2,1	5,5	38
Haut- u. Geschlechtskrankheiten	4,6	5,3	87
Frauenheilkunde u. Geburtshilfe	6,4	16,1	40
Innere Medizin	5,9	12,9	46
Kinder- u. Jugendheilkunde	5,3	8,2	65
Hals-, Nasen- u. Ohrenkrankheiten	3,7	6,7	55
Orthopädie	5,1	8,5	60
Urologie	2,7	4,0	68
Radiologie	3,2	5,8	55

Quelle: Wien: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (Ärztelkosten – Jahresstatistik 2009) 2010; Hamburg: Ärzte-Statistik der Kassenärztlichen Bundesvereinigung 2011; IHS HealthEcon Berechnungen 2011.

Anmerkung: ¹⁾ die angeführte Ärztedichte bezieht sich auf Ärzte alle Verrechnungsstellen der § 2-Kassen.

Insgesamt zeigt sich bei der Betrachtung der obigen Tabellen, dass die Versorgungsdichte mit niedergelassenen Vertragsärzten in Wien im Vergleich zu Hamburg deutlich nach unten abweicht. Das trifft sowohl auf die niedergelassenen Vertragsärzte für Allgemeinmedizin/Hausärzte als auch auf die niedergelassenen Vertragsfachärzte zu.

Ein Vergleich mit Stockholm ist hier nicht möglich, weil sich die Organisation der Primärversorgung in Schweden deutlich von jener in Österreich und Deutschland unterscheidet. Das Stockholmer Gesundheitssystem sieht fachärztliche Betreuung vorwiegend in Krankenhausambulanzen vor. Eine doppelte Facharztschiene wie in Österreich oder Deutschland, also Fachärzte im Krankenhaus und im niedergelassenen Bereich, existiert dort nicht.

3. Intramurale Versorgung

3.1. Kapazitäten

Bei einer Gegenüberstellung der Krankenanstalten von Wien und Hamburg nach Trägerschaft ist besonders augenfällig, dass Wien über deutlich mehr öffentliche Krankenanstalten als Hamburg verfügt. In Wien befinden sich 56 Prozent aller Krankenanstalten unter öffentlicher Trägerschaft, in Hamburg lediglich 6 Prozent (vgl. Tabelle 69).

Dieser Umstand ist darauf zurückzuführen, dass im deutschen Gesundheitswesen seit der letzten Dekade eine verstärkte Privatisierungswelle im Krankenhaussektor zu beobachten ist. Öffentliche Krankenanstalten werden zunehmend in private Trägerschaften überführt. Zu den größten Klinik-Betreibergruppen zählen in Deutschland Asklepios, Fresenius Helios, Röhn, Sana. Busse und Riesberg (2005) nennen für die verstärkte Privatisierung drei Gründe: 1) Abnahme der öffentlichen Investitionen aufgrund knapper öffentlicher Budgets, was zu einer privaten Beschaffung des benötigten Investitionskapitals führt, 2) Vereinbarungen zwischen Gewerkschaften und Arbeitgebern sind im öffentlichen Sektor oftmals unflexibler und teurer als vertragliche Vereinbarungen im privaten Sektor und 3) stetige Verteuerung der öffentlich finanzierten Rentenzusatzversicherung aufgrund der demographischen Entwicklung.

Diese Privatisierungswelle ist in Hamburg besonders stark ausgeprägt. Rund die Hälfte der Krankenhäuser befindet sich in Hamburg bereits unter privater Trägerschaft. In Wien sind es im Vergleich dazu nur 15 Prozent. In Hamburg werden die meisten privaten Krankenhäuser von der Asklepios Gruppe betrieben.

Auch der Österreichische Krankenhaussektor hat in der letzten Dekade eine Art Privatisierung erfahren. Das Management der öffentlichen Spitäler wurde in allen Bundesländern bis auf Wien und Niederösterreich in sogenannten Krankenhausbetriebsgesellschaften zusammengefasst. Es hat also eine sogenannte Organisationsprivatisierung stattgefunden. Da die Krankenhausbetriebsgesellschaften aber im Allein- bzw. Mehrheitseigentum (direkt oder indirekt) der jeweiligen Bundesländer stehen, kann von keiner Privatisierung im eigentlichen Sinn gesprochen werden und die Krankenanstalten, welche unter der Trägerschaft der Betriebsgesellschaften stehen, verfügen nach wie vor über einen öffentlichen Status. Auch eine Entpolitisierung ist, wie die immer wieder aufflammenden Debatten über Spitalsstandorte zeigen, dadurch keinesfalls erreicht worden.

Beim Vergleich der Krankenanstalten nach von Wien und Stockholm nach Trägerschaft zeigt sich, dass Wien über um 44 Prozent weniger öffentliche Krankenanstalten als Stockholm verfügt (vgl. Tabelle 69).

Diese Gegebenheit ist darauf zurückzuführen, dass in Schweden und so auch in Stockholm Krankenanstalten prinzipiell unter öffentlicher Trägerschaft stehen, was typisch für ein staatliches Gesundheitswesen des skandinavischen Typs ist. Wie bereits im Städteportrait von Stockholm erwähnt, gibt es in ganz Schweden nur zwei (!) private Krankenanstalten, wovon eine (*Sophiahemmet*) in Stockholm steht. Diese nimmt allerdings nicht an der Akutversorgung teil.

Tabelle 69: Anzahl an Krankenanstalten nach Rechtsträger, 2009 (Wien, Stockholm), 2010 (Hamburg)

Krankenanstaltentyp	Wien		Hamburg ¹⁾		In % der Krankenanstalten - Index: Hamburg = 100	Stockholm ²⁾		In % der Krankenanstalten - Index: Stockholm = 100
	Krankenanstalten-gesamt	In % der Krankenanstalten-gesamt	Krankenanstalten-gesamt	In % der Krankenanstalten-gesamt		Krankenanstalten-gesamt	In % der Krankenanstalten-gesamt	
Öffentliche Krankenhäuser	23	56	2	6	933	8	100	56
Freigemeinnützige Krankenhäuser	12	29	16	46	63	0	0	-
Private Krankenhäuser	6	15	17	49	31	0	0	-
Summe	41	100	35	100		8	100	

Quelle: Wien: Statistik Austria 2010; Hamburg: Krankenhausplan 2015 der Freien und Hansestadt Hamburg; Stockholm: Stockholms Läns Landsting 2011; IHS HealthEcon Darstellung 2011.

Anmerkung: ¹⁾ In der Aufstellung für Hamburg sind die konzessionierten Krankenhäuser nach § 30 Gewerbeordnung nicht enthalten, ²⁾ in der Aufstellung für Stockholm sind nur die Akutkrankenhäuser enthalten.

Beim Vergleich der Größenstruktur der Wiener, der Hamburger und der Stockholmer Krankenanstalten zeigt sich, dass Wien bei der stationären Versorgung einerseits auf große Anstalten mit über 1.000 Betten und andererseits auf eher kleinere Einrichtungen mit weniger als 200 Betten setzt (vgl. Tabelle 70). Auch auf eine reine Betrachtung der Fonds-Krankenanstalten trifft diese Aussage zu, 4 der 22 Fonds-Krankenanstalten verfügen über mehr als 1.000 Betten und 8 der 22 Wiener Fonds-Krankenanstalten verfügen über weniger als 200 Betten.

In Hamburg hingegen liegt der Schwerpunkt der stationären Versorgung eher auf mittelgroßen Anstalten zwischen 200 und 1.000 Betten. In diesem Zusammenhang ist anzumerken, dass keines der acht Krankenhäuser aus der Kategorie 500-999 Betten-Krankenhaus über mehr als 780 Betten verfügt. Die Aufstellung der Hamburger Krankenhäuser nach Größe (Tabelle 70) beinhaltet nicht die 24 konzessionierten

Krankenhäuser nach § 30 Gewerbeordnung. Diese verfügen im Durchschnitt über 12 Betten und entsprechen von ihrer Ausrichtung her mehr einem Ambulatorium als einer Krankenanstalt. Aufgrund dessen fließen sie nicht in die Gegenüberstellung in Tabelle 70 ein.

In Stockholm liegt das Hauptaugenmerk in der stationären Versorgung auf kleineren bis mittelgroßen Anstalten (vgl. Tabelle 70).

Somit weisen Krankenhäuser von Hamburg und Stockholm eine idealere Größe auf als jene von Wien. Die Literatur zur Spitalseffizienz zeigt, dass bei 200-300 Betten noch steigende Skalenerträge zu erwarten sind. Zu große Krankenhäuser weisen wiederum sinkende Skalenerträge auf. Da im urbanen Raum weniger Flächenversorgung notwendig ist, sollten Abteilungen mit hohen Skaleneffekten zusammengelegt werden. Dies sieht letztendlich auch der neue Spitalsplan für Wien vor.

Tabelle 70: Größenstruktur der Krankenhäuser, 2009 (Stockholm), 2010 (Wien), 2011 (Hamburg)

	Wien ¹⁾	Hamburg	Krankenanstalten - Index: Hamburg = 100	Stockholm	Krankenanstalten - Index: Stockholm = 100
1.000 Betten und mehr	4	2	200	0	-
500 bis 999 Betten	3	8	38	3	100
300 bis 499 Betten	3	6	50	1	300
200 bis 299 Betten	7	8	88	1	700
100 bis 199 Betten	19	5	380	1	1900
1 bis 99 Betten	4	6	67	2	200
Summe	40	35		8	

Quelle: Wien: Bundesministerium für Gesundheit 2010; Hamburg: Krankenhausverzeichnis 2011; Stockholm: Stockholms Läns Landsting 2011; IHS HealthEcon Darstellung 2011.

Anmerkung: ¹⁾ Ohne Geriatriezentrum Klosterneuburg aufgrund fehlender Bettenzahlen

Ein Vergleich der intramuralen Kapazitäten (Betten) zwischen Wien, Hamburg und Stockholm stellt sich wie folgt dar: Wien verfügt über 863,2 Betten (systematisierte Betten) pro 100.000 Einwohner, Hamburg über 662,8 Betten pro 100.000 Einwohner und Stockholm über 148,3 Betten (Akutbetten, ohne psychiatrische Betten) bzw. über 187,5 Betten (Akutbetten, mit psychiatrischen Betten) pro 100.000 Einwohner. Damit liegt das Versorgungsniveau mit Betten in Wien deutlich (30 Prozent) über jenem von Hamburg und sehr deutlich (380 Prozent bzw. 360 Prozent(!)) über jenem von Stockholm.

Eine Gegenüberstellung der Betten nach Fachrichtungen zwischen Wien und Hamburg zeigt, dass die Versorgungsdichte in Abhängigkeit der Fachrichtung deutlich variiert.

Besonders hoch ist das Versorgungsniveau von Wien im Vergleich zu Hamburg in den Bereichen Dermatologie, Neurologie, Innere Medizin, Nuklearmedizin und Augenheilkunde (vgl. Tabelle 71).

Ein Vergleich der Betten nach Fachrichtungen zwischen Wien und Stockholm veranschaulicht, dass Wien in allen vergleichbaren Fachrichtungen ein überaus deutlich höheres Versorgungsniveau aufweist als Stockholm (vgl. Tabelle 71). Diese Gegebenheit basiert, wie schon im Städteportrait von Stockholm angeführt, vor allem auf den Bemühungen der schwedischen Provinziallandtage, die Behandlung der Patienten soweit wie möglich vom kostenintensiveren stationären Bereich in den kostengünstigeren ambulanten Bereich (z. B. durch die Forcierung von tageschirurgischen Eingriffen) zu verlagern. Durch diese Bemühungen konnten die Akutbetten von 510 Betten pro 100.000 Einwohner im Jahr 1980 auf 220 Betten pro 100.000 Einwohner im Jahr 2005 reduziert werden (vgl. Saltman 2000, OECD Gesundheitsdaten 2010, Juni).

Es läge hier nahe:

- 1) die Auslastung der Fachrichtungen in Wien zu überprüfen,
- 2) Modelle für Wien, aber auch Österreich zu entwickeln und implementieren, welche die Verlagerung der Behandlung von Patienten in den kostengünstigeren ambulanten Sektor forcieren.

Tabelle 71: Systematisierte Betten/Planbetten/Akutbetten pro 100.000 Einwohner nach ausgewählten Fachrichtungen, 2009 (Wien, Hamburg, Stockholm)

Fachrichtung bzw. spezieller Bereich	Wien		Hamburg ²⁾		Systematisierte Betten/ Planbetten pro 100.000 Einwohner - Index: Hamburg =100	Stockholm ³⁾		Systematisierte Betten/ Akutbetten pro 100.000 Einwohner – Index: Stockholm =100
	Systematisierte Betten ¹⁾ - gesamt	Systematisierte Betten pro 100.000 Einwohner	Planbetten- Ist ¹⁾ - gesamt	Planbetten pro 100.000 Einwohner		Akutbetten – gesamt	Akutbetten pro 100.000 Einwohner	
Augenheilkunde	274	16,2	182	10,2	159	16	0,8	2025
Chirurgie und Orthopädie	2.406	142,2	2.652	149,1	95	-	-	
Dermatologie	310	18,3	109	6,1	300	-	-	
Gynäkologie und Geburtshilfe	733	43,3	570	32,1	135	-	-	
Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde	313	18,5	286	16,1	115	63	3,1	597
Innere Medizin	4.624	273,3	2.867	161,2	170	407	20,2	1353
Kinder- und Jugendheilkunde inkl. Kinder- und Jugendchirurgie	668	39,5	585	32,9	120	-	-	
Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie	42	2,5	76	4,3	58	-	-	

Neurochirurgie	161	9,5	220	12,4	77	-	-	
Neurologie	908	53,7	549	30,9	174	119	5,9	910
Nuklearmedizin	25	1,5	16	0,9	164	-	-	
Urologie	359	21,2	347	19,5	109	-	-	

Quelle: Wien: Statistik Austria 2010; Hamburg: Krankenhausplan 2015 der Freien und Hansestadt Hamburg; Stockholm: Stockholms Läns Landsting 2011; IHS HealthEcon Berechnungen 2011.

Anmerkung: ¹⁾ Systematisierte Betten und Planbetten sind als Äquivalente zu betrachten; ²⁾ die Planbetten beziehen sich nur auf die Plankrankenhäuser, welche insgesamt 95 Prozent der Hamburger Bettenkapazität zu Verfügung stellen; ³⁾ aufgrund der unterschiedlichen Abgrenzungen der Fachrichtungen zwischen Wien/Hamburg und Stockholm ist hier nur ein eingeschränkter Vergleich möglich.

3.2. Inanspruchnahme

Die Inanspruchnahme von stationären Leistungen in Wien und Hamburg stellt sich wie folgt dar: Im Jahr 2008 wurden in Wien insgesamt 661.542 stationäre Aufenthalte (39.374 pro 100.000 Einwohner) und in Hamburg insgesamt 429.151 (24.225 pro 100.000 Einwohner) verzeichnet. Diese Gegenüberstellung zeigt, dass in Wiener Krankenanstalten rund zwei Drittel mehr Patienten pro 100.000 Einwohner behandelt wurden als in Hamburger Krankenanstalten (vgl. Tabelle 39). Besonders ausgeprägt ist dieser Unterschied bei folgenden Diagnosen: Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde (+198 Prozent), Neubildungen (+171 Prozent), Krankheiten des Ohres und des Wurmfortsatzes (+137 Prozent), Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe (+122 Prozent) sowie endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (+103 Prozent) (vgl. Tabelle 39).

Ein Vergleich der Inanspruchnahme von stationären Leistungen mit Stockholm ist hier aufgrund einer unterschiedlichen Erfassungsmethodik der stationären Aufenthalte in Schweden im Vergleich zu Österreich und Deutschland nicht möglich.

Dieser Umstand spiegelt wider, dass Österreich auch insgesamt im Vergleich zu Deutschland und zum EU-Durchschnitt einen sehr hohen Bettenumschlag hat, also die Anzahl der stationären Patienten in Bezug auf die Akutbetten (Für eine nähere Analyse des Spitalswesens in Österreich siehe Czypionka et al. 2008, Czypionka/Kraus/Röhring 2008a,b). Es geht aus diesen Analysen unter anderem hervor, dass dieser hohe Umschlag unter anderem zur Kompensation seit Umstellung auf Fallpauschalenvergütung eingesetzt wird. Ein nachhaltiger Kostendämpfungseffekt geht vom österreichischen System LKF nicht aus, da falsch Anreize gesetzt werden. Das deutsche DRG-System gruppiert auch zusammenhängende Aufenthalte stärker. Schon alleine dies würde nahelegen, dass statistisch weniger Aufenthalte verzeichnet werden. Hinzu kommt aber, dass Hamburg an sich ein noch bevölkerungsreicheres Umland versorgt. Es wäre also eher eine höhere

Spitalsinanspruchnahme zu erwarten. Insgesamt also zeigt sich auf der kleineren Ebene Wien wieder der ungünstige Effekt der hiesigen Spitalsfinanzierung. Auch der Wettbewerb der privaten Anbieter um die mit den Kassen zu verhandelnden Elektivkontingente wird das seine dazu beitragen. Hinzuzufügen ist diesem Vergleich, dass schon Deutschland zu den Ländern mit einem zu großen Spitalssektor gezählt wird.

Tabelle 72: Aus Krankenhäusern in Wien und Hamburg entlassene vollstationäre Patientinnen und Patienten (einschließlich Sterbefälle und 0-Tages-Aufenthalte/Stundenfälle), 2008

ICD-10 Gliederung	Wien			Hamburg			Stat. Fälle pro 100.000 Einwohner - Index: Hamburg=100
	Stat. Aufenthalte insgesamt	Stat. Aufenthalte pro 100.000 EW	In Prozent aller Diagnosen	Stat. Aufenthalte insgesamt	Stat. Aufenthalte pro 100.000 EW	In Prozent aller Diagnosen	
Alle Diagnosen	661.542	39.374		429.151	24.225	-	163
I. Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	12.230	728	2,0	11.343	640	2,6	114
II. Neubildungen	120.245	7.157	19,7	46.846	2.644	10,9	271
Davon Bösartige Neubildungen	-	-	-	36.859	2.081	8,6	-
III. Krankheiten des Blutes u. der blutbildenden Organe	5.714	340	0,9	2.715	153	0,6	222
IV. Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	18.692	1.113	3,1	9.689	547	2,3	203
V. Psychische und Verhaltensstörungen	26.863	1.599	4,4	24.322	1.373	5,7	116
VI. Krankheiten des Nervensystems	25.791	1.535	4,2	18.313	1.034	4,3	148
VII. Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde	37.034	2.204	6,1	13.108	740	3,1	298
VIII. Krankheiten des Ohres und des Wurmfortsatzes	7.515	447	1,2	3.345	189	0,8	237
IX. Krankheiten des Kreislaufsystems	66.062	3.932	10,8	57.918	3.269	13,5	120
X. Krankheiten des Atmungssystems	32.243	1.919	5,3	26.574	1.500	6,2	128
XI. Krankheiten des Verdauungssystems	45.259	2.694	7,4	38.480	2.172	9	124
XII. Krankheiten der Haut und der Unterhaut	8.919	531	1,5	5.898	333	1,4	159

XIII. Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	67.542	4.020	11,0	38.951	2.199	9,1	183
XIV. Krankheiten des Urogenitalsystems	36.230	2.156	5,9	21.346	1.205	5	179
XV. Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	27.769	1.653	4,5	23.296	1.315	5,4	126
XVI. Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben	2.713	161	0,4	5.843	330	1,4	49
XVII. Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien	4.729	281	0,8	3.595	203	0,8	139
XVIII. Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderorts nicht klassifiziert sind	21.665	1.289	3,5	14.505	819	3,4	157
XIX. Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen	43.164	2.569	7,1	40.087	2.263	9,3	114
XX. Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen	1.163	69	0,2	17.178	970	4	7
XXI. Ohne Diagnoseangabe	-	-	-	5.799	327	1,4	-

Quelle: Wien: Statistik Austria 2010; Hamburg: Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein 2010; IHS HealthEcon Berechnungen 2011.

Anmerkung: Bei den angeführten Zahlen handelt es sich um Behandlungsfälle; Personen, die mehrmals im Jahr in einem Krankenhaus behandelt werden, werden auch mehrfach gezählt.

Ein Vergleich des Anteils der Gastpatienten von Wiener und Hamburger Krankenhäuser zeigt, dass der Anteil der Gastpatienten in Wiener Krankenhäusern um 10 Prozent geringer ist als jener in Hamburger Krankenhäusern. Der Gastpatientenanteil lag in Wiener Krankenanstalten bei 20 Prozent und in Hamburger Krankenanstalten bei 30 Prozent (vgl. Tabelle 73). Eine genauere Aufschlüsselung der Herkunft der Gastpatienten ist für Wien in Tabelle 19 und für Hamburg in Tabelle 40 dargestellt. Bei der Interpretation muss die um rund 800.000 Menschen größere Metropolregion Hamburgs gegenüber Wien (bei ähnlich großer Stadtbevölkerung) mitberücksichtigt werden. Dies erklärt den höheren Anteil an Gastpatienten sehr gut. Und trotzdem weist Hamburg die wesentlich geringere Zahl an stationär behandelten Patienten auf!

Eine Gegenüberstellung des Anteils der Gastpatienten in den Krankenanstalten von Wien und Stockholm zeigt, dass der Gastpatientenanteil in Wien um 16 Prozentpunkte höher ist als in Stockholm (vgl. Tabelle 73). Dies ist vor allem darauf zurückzuführen, dass in einem regionalisierten Gesundheitssystem wie jenem vom Schweden Gastpatienten im Grunde nicht vorgesehen sind. Dieser Umstand erscheint nicht ganz unproblematisch, da es Wettbewerb verhindert und die Wahlfreiheit einschränkt. Außerdem stellt es gerade in Schweden auch ein Gerechtigkeitsproblem dar: Beispielsweise sind dadurch Wartezeiten auf Operationen vom eigenen Wohnort abhängig.

Tabelle 73: Anteil der Gastpatienten an allen Patienten, 2008 (Wien), 2009 (Hamburg), 2010 (Stockholm)

	Wien			Hamburg			Stockholm		
	Patienten-gesamt	In % der Patienten-gesamt	Patienten pro 100.000 EW	Patienten-gesamt	In % der Patienten-gesamt	Patienten pro 100.000 EW	Patienten-gesamt	In % der Patienten-gesamt	Patienten pro 100.000 EW
Gesamt	528.369	100,0	31.447,4	429.727	100,0	24.167,7	335.102	100,0	16.595,9
davon Hauptwohnsitz in Wien/Hamburg/Stockholm	424.531	80,4	25.267,1	302.385	70,4	17.006,0	320.897	95,8	15.892,4
davon Hauptwohnsitz NICHT in Wien/Hamburg/Stockholm	103.838	19,6	6.180,2	126.337	29,4	7.105,1	14.205	4,2	703,5

Quelle: Wien: Wiener Gesundheitsfonds 2010; Hamburg: Statistisches Jahrbuch Hamburg 2010/2011; Stockholm: Stockholms Läns Landsting 2011; IHS HealthEcon Berechnungen 2011.

In Summe kann also konstatiert werden, dass Hamburg viel stärker auf den niedergelassenen Bereich setzt und offenbar sparsamer mit stationären Ressourcen umgeht. Dies ist gesundheitswissenschaftlich gesehen der bessere Weg, nämlich im (noch mobilen) ambulanten Bereich Krankheiten zu verhindern, anstatt im stationären Bereich zu kurieren.

3.3. Personal

Die Gegenüberstellung der in Krankenhäusern tätigen Ärzte von Wien und Hamburg verdeutlicht, dass das Versorgungsniveau von Ärzten insgesamt als auch von Fachärzten in Wien über jenem von Hamburg liegt. In den Wiener Krankenanstalten sind um 22 Prozent mehr Ärzte insgesamt gesehen und um 32 Prozent mehr Fachärzte als in den Hamburger Krankenhäusern tätig. Der Vergleich der Fachärzte erfolgt, um eine homogenen Vergleichsgruppe zu gewährleisten, ohne (Fach-)Ärzte für Allgemeinmedizin, weil es im österreichischen anders als im deutschen Gesundheitssystem keinen Facharzt für Allgemeinmedizin gibt. Vom Tätigkeitsbereich her entsprechen die Fachärzte für Allgemeinmedizin in Deutschland den Ärzten für Allgemeinmedizin in Österreich. In Deutschland ist allerdings die Ausbildung umfangreicher, sodass daraus ein Facharztsanspruch resultiert (vgl. Tabelle 74). Ein Grund für den höheren Personalstand an Ärzten in den Wiener Krankenanstalten könnte sein, dass die Krankenanstalten in Wien, wie bereits erwähnt, in weit größerem Maße in die ambulante Versorgung eingebunden sind als die Hamburger Krankenhäuser. Dieser Umstand bedingt auch einen erhöhten Bedarf an in Krankenhaus tätigen Ärzten.

Der Vergleich der in Krankenhäusern tätigen Ärzte von Wien und Stockholm zeigt, dass die Versorgungsdichte von Ärzten in Wien um 60 Prozent über jenem von Stockholm liegt (vgl. Tabelle 74). Bei der Interpretation dieses Vergleiches muss zusätzlich berücksichtigt werden, dass in Stockholm sowie in ganz Schweden eine fachärztliche Behandlung (sowohl stationär als auch ambulant) ausschließlich in einem Krankenhaus stattfindet. Insofern kann für die Wiener Krankenanstalten eine deutliche Überausstattung mit Ärzten attestiert werden, weil in Wien sowie in ganz Österreich, wie bereits oben erwähnt, eine doppelte Facharztschiene existiert.

Tabelle 74: Ärzte in Krankenanstalten pro 100.000 Einwohner, 2009 (Wien), 2010 (Hamburg), 2011 (Stockholm)

	Wien		Hamburg		Ärzte in Krankenanstalten pro 100.000 EW - Index: Hamburg=100	Stockholm		Ärzte in Krankenanstalten pro 100.000 EW - Index: Stockholm=100
	Gesamt	Ärzte pro 100.000 EW	Gesamt	Ärzte pro 100.000 EW		Gesamt	Ärzte pro 100.000 EW	
Insgesamt	6.078	359,2	5.220	293,6	122	4.539	224,8	160
davon Fachärzte (ohne Fachärzte für Allgemeinmedizin)	3.393	200,5	2.699	151,8	132	NA	NA	NA

Quelle: Wien: Statistik Austria 2010; Hamburg: Ärzte-Statistik der Kassenärztlichen Bundesvereinigung 2011; Stockholm: Stockholms Läns Landsting 2011 – E-Mail-Korrespondenz mit Mats PERMING; IHS HealthEcon Berechnungen 2011.

4. Versorgung mit medizinisch-technischen Großgeräten (GG)

Ein Vergleich der Versorgungsdichte mit Großgeräten in Krankenhäusern zwischen Wien und Hamburg zeichnet folgendes Bild: Wien verfügt über 1,9 CTs pro 100.000 Einwohner, 1,3 MRs pro 100.00 Einwohner. Damit verfügen die Wiener Krankenanstalten um 12 Prozent (= 1 Gerät) mehr CTs, aber um 13 Prozent (= 5 Geräte) weniger MRs als die Hamburger Krankenhäuser (vgl. Tabelle 75). Die oftmals zitierte überdurchschnittlich gute Ausstattung mit CTs und MRs in Österreich kann im stationären Bereich für Wien im Vergleich zu Hamburg nicht unmittelbar bestätigt werden, was allerdings nur heißt, dass beide relativ gut ausgestattet sind.

Beim Versorgungsgrad mit coronarangiographischen Arbeitsplätzen (COR) liegt Wien deutlich (= 38 Prozent) unter jenem von Hamburg. Der Versorgungsgrad mit Strahlentherapiegeräten (STR) (z. B. Gamma-Knife) und PETs hingegen bewegt sich in Wien hingegen deutlich (= 100 Prozent) über jenem von Hamburg, was allerdings auch daran liegt, dass Wien Standort des Gamma-Knife ist, welches eine Versorgungsfunktion für rund 10 Mio. Menschen übernimmt. In diesem Zusammenhang ist gleichzeitig festzuhalten, dass das Versorgungsniveau in Wien mit diesen beiden Arten von Großgeräten (STR und PET) am unteren Plansoll laut Planungsrichtwerten des ÖSG liegt.

Aufgrund der nicht systematischen Erfassung der medizinisch-technischen Großgeräte in Stockholms Läns Landsting kann hier kein Vergleich zwischen Wien und Stockholm angestellt werden.

Tabelle 75: Medizinisch-technische Großgeräte (GG) in Krankenhäusern, 2009 (Wien, Hamburg)

	Wien		Hamburg		Stationär verfügbare Großgeräte pro 100.000 Einwohner – Index: Hamburg
	GG-gesamt	GG pro 100.000 Einwohner	GG-gesamt	GG pro 100.000 Einwohner	
CT	32	1,9	31	1,7	112
MR	22	1,3	27	1,5	87
COR	13	0,8	23	1,3	62
STR	13	0,8	8	0,4	200
PET	4	0,2	1	0,1	200

Quelle: Wien: Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2010; Hamburg: Gesundheitsberichtserstattung des Bundes 2011; IHS HealthEcon Berechnungen 2011.

5. Finanzierung und Reformen

Den drei urbanen Gesundheitssystemen liegen unterschiedliche staatsorganisatorische Prinzipien zugrunde, die sich in Finanzierung und Reformen niederschlagen. Wir werden einige grundsätzliche Unterscheidungen treffen und dann die klassischen Gesundheitsfinanzierungsfunktionen Revenue Collection, Pooling und Purchasing sowie die Systemgovernance vergleichen und in einen größeren Kontext stellen, da nicht alle möglichen Systeme der Gesundheitsfinanzierung repräsentiert sind, wobei Erfahrungen anderer Länder ebenfalls hilfreich sein können.

5.1. Staatsorganisation

Deutschland und Österreich sind föderale Staaten, wobei sich die Größe der Bundesländer beträchtlich unterscheidet. Das „durchschnittliche“ deutsche Bundesland umfasst 5,4 Mio Einwohner. Die föderale Einheit ist somit um einiges bzw. technisch ausgedrückt um eine NUTS-Ebene größer. Die Rolle der Bundesländer, und damit auch der Bundesländer/Provinzen Wien, Hamburg und Stockholm, ist unterschiedlich. In Deutschland erfordern Änderungen in der Gesundheitsgesetzgebung die Zustimmung des Bundesrates, während in Österreich sogar ein Teil der gesamten Gesetzgebung in der Ausführung bei den Bundesländern liegt. Der Aufgabenvollzug des Spitalwesens liegt zwar auch in Deutschland bei den Bundesländern, diese haben aber die Finanzierung der Spitäler, was die laufenden Kosten betrifft, bereits in den siebziger Jahren, an die Krankenkassen delegiert.

In Schweden gibt es nur eine gesetzgebende Ebene, die meisten Aufgaben werden von den regionalen Provinzregierungen umgesetzt, die von der gesamtstaatlichen Administration bestimmt werden. Der Gesundheitsbereich und einige wenige andere Bereiche wie der öffentliche Nahverkehr liegen bei gewählten Administrationen, den Provinziallandtagen.

5.2. Revenue Collection

Die erste Gesundheitsfinanzierungsfunktion in der Systematik der WHO ist die Mittelaufbringung. Diese erfolgt für die Wiener Bevölkerung zum einen über die zuständigen Krankenversicherungsträger, zum anderen über gemeinsame Bundesabgaben. Das Land Wien wird selbst NICHT als „Verursacher“ hoher Beiträge oder Steuern angesehen, was man als Fiskalillusion bezeichnet. Diese wird dadurch verstärkt, dass die weiteren Mittelflüsse in hohem Maße undurchsichtig bleiben. Sämtliche Steuereinnahmen Wiens sind somit nicht politisch zu verantworten. Dies steht in starkem Gegensatz zu Stockholm, wo (bis

auf den Finanzausgleich und einige Bundesmittel) die Bevölkerung die steuerliche Belastung direkt zu spüren bekommt. Das ist sicher miterklärend für die bei weitem geringeren Kapazitäten und Ausgaben. Die Hamburger Bevölkerung kennt ihren Beitrag zur Gesundheit ebenfalls besser, da die Krankenversicherungsbeiträge die meisten Gesundheitskosten abdecken. Zudem können die Hamburger zum einen in der Sozialwahl ihre Kassenvertreter relativ direkt bestimmen, während dies in Österreich nur sehr indirekt in den Kammerwahlen erfolgt, zum anderen können sie auch die Kasse wechseln. Demokratische Prinzipien nach Hirsch sind also in beiden Städten wesentlich ausgeprägter vorhanden: Die Bürger haben *voice option* (Hamburg, Stockholm, nur sehr indirekt in Wien), sowie *exit-* bzw. *choice*-Option (nur Hamburg).

5.3. Pooling

Die Zusammenführung der Mittel soll einerseits dem Solidargedanken Rechnung tragen und so unterschiedliche Risikogruppen und Einkommen zusammenfassen, aber auch die Mittel zusammenführen, damit der spätere Einkauf nach dem Prinzip „Geld folgt Leistung“ erfolgen kann.

Die Zusammenführung der Mittel erfolgt in Stockholm am stärksten. Alle Mittel stehen den Provinziallandtagen zur Verfügung. Ein Finanzausgleich sorgt für eine gewisse Solidarität, auch wenn diese umfassender sein könnte. In Wien erfolgt das Pooling funktionell nicht und in Hinblick auf Equity-Ziele nur eingeschränkt. Zum einen bleiben die Mittel für den intramuralen Bereich abgetrennt von jenen im extramuralen Bereich. Zum anderen erfolgt kein Ausgleich der Einkommensunterschiede im Bereich der Krankenkassen, da es in Österreich keinen Risikostrukturausgleich gibt.⁴⁴ Für den Wiener Kontext gilt, dass die WGKK ein weites Spektrum an Einkommen und Risiken erfasst. Beispielsweise sind aber die vergleichsweise gut verdienenden Beamten der Stadt Wien in der KFA Wien versichert, und nicht in der WGKK. Ähnliches gilt für die Selbständigen, die SVA-Versicherte sind. In Hamburg gilt der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich der Krankenkassen, der ein wesentlicher, wenn auch nicht perfekter Ansatz ist, über Einkommen und Risiken zu poolen. Großes Manko ist die *opting-out*-Möglichkeit für gut Verdienende, die auf diese Weise nur marginal zum öffentlichen Gesundheitssystem beitragen. Funktionell bleiben nur kleine Bereiche des Gesundheitswesens ausgespart, nämlich die Krankenhausinvestitionen und Bereiche öffentlicher Gesundheit.

⁴⁴ Der Risikostrukturausgleich nach §447a erfolgt nur innerhalb der Gebietskrankenkassen und umfasst nur 2 Prozent der Mittel.

5.4. Purchasing

Eine starke Einkaufsfunktion von Leistungen stellt die Effizienz der eingesetzten Mittel sicher. In Stockholm ist dies bisher nur sehr wenig ausgeprägt. Dem versuchten Purchaser-Provider-Split fehlen im Wesentlichen die konkurrierenden Anbieter, die vor allem im Spitalswesen ausschließlich öffentlich sind. Die Einkaufsfunktion und der Wettbewerb ist auch dadurch stark behindert, dass die Bevölkerung im Grunde angehalten ist, nur innerhalb Stockholms Anbieter aufzusuchen. Die Grenzen bilden also gewisse Barrieren, die nur dann durchbrochen werden, wenn die Wartezeiten nicht zumutbar sind.

In Hamburg besteht dieses Problem nicht. Die Versicherten der jeweiligen Krankenkassen können alle Vertragspartner in ganz Deutschland wählen. Der Wettbewerb unter den Vertragspartnern ist wesentlich stärker als in Österreich, auch wenn noch deutlich kollektive Verhandlungen bei den Tarifen überwiegen. Die Einkaufsmacht der Krankenkassen wird also noch teilweise durch Regulation gezügelt.

In Wien bestehen große Hindernisse im Bereich des strategischen Einkaufs. Die Krankenkassen sind an enge gesetzliche Vorgaben gebunden. Im Spitalsbereich besteht mit dem Landesgesundheitsfonds kein echter Einkäufer zur Verfügung, da dort das Land Wien als Betreiber der überwiegenden Zahl der Spitäler seine eigenen Regiebetriebe als „Vertragspartner hat“. Die Möglichkeit, die privaten Spitalsbetreiber für „yardstick competition“ zu nutzen, wird nicht ergriffen, sondern politisch eher abgelehnt. Einzig die hohe Wahlfreiheit bei den Patienten ist vorhanden. Es fehlt den Patienten dabei aber an Qualitätsinformation, um diese Wahlfreiheit auch entsprechend auszunutzen.

5.5. Governance

Die Governance-Funktion ist die übergeordnete Funktion der Steuerung im Gesundheitswesen. Sie besteht aus den Subfunktionen Zielsetzung, Leistungskontrolle und Accountability. Eine eigentliche Zielsetzungsfunktion ist nur in wenigen Gesundheitssystemen gut etabliert, da sie historisch gewachsene Entitäten darstellen, verstärkt sich aber in allen betrachteten Ländern bzw. Städten. Sie besteht vor allem implizit in Regulation (Gesetze, Verordnungen) und Planungsvorgaben. In Deutschland werden vom Gesundheitsministerium per Gesetz sowie in der Selbstverwaltung im Gemeinsamen Bundesausschuss zum Teil klare Vorgaben gemacht und die Möglichkeitenvielfalt in der Leistungserbringung erweitert. Größere Spielräume wurden in den letzten Reformen bzgl. der vertraglichen Möglichkeiten eröffnet. In Schweden, anders als in Dänemark oder Norwegen, sind zentrale Vorgaben aufgrund der starken Dezentralisierung schwierig durchzusetzen. Es gibt aber Pläne, den Provinziallandtagen stärker zentrale Dienstleistungen zur Verfügung zu stellen, die regional angepasst werden können. In

Österreich bestehen nur schwache zentrale Zielvorgaben, wenn auch derzeit politisch daran gearbeitet wird. Das Gesundheitswesen wird stark geplant. Im Sozialversicherungswesen sind zentrale Vorgaben ebenfalls nur schwach ausgeprägt, da der Hauptverband der Sozialversicherungsträger nur eine gemeinsame Dachorganisation darstellt.

Auf Ebene der Leistungskontrolle schneidet Wien sicherlich am schlechtesten ab. Es gibt, für den Bürger wie auch den Patienten, de facto kaum eine Information zur Leistungsfähigkeit und Qualität. In Deutschland wird zumindest interne Transparenz hergestellt, indem für Spitäler und niedergelassene Ärzte Qualitätsmanagement sowie für die Spitäler die Teilnahme an einem gemeinsamen Benchmarking zwingend vorgeschrieben sind. In Stockholm soll die gesteigerte Wahlfreiheit mit entsprechend verbesserter Qualitätsinformation unterstützt werden.

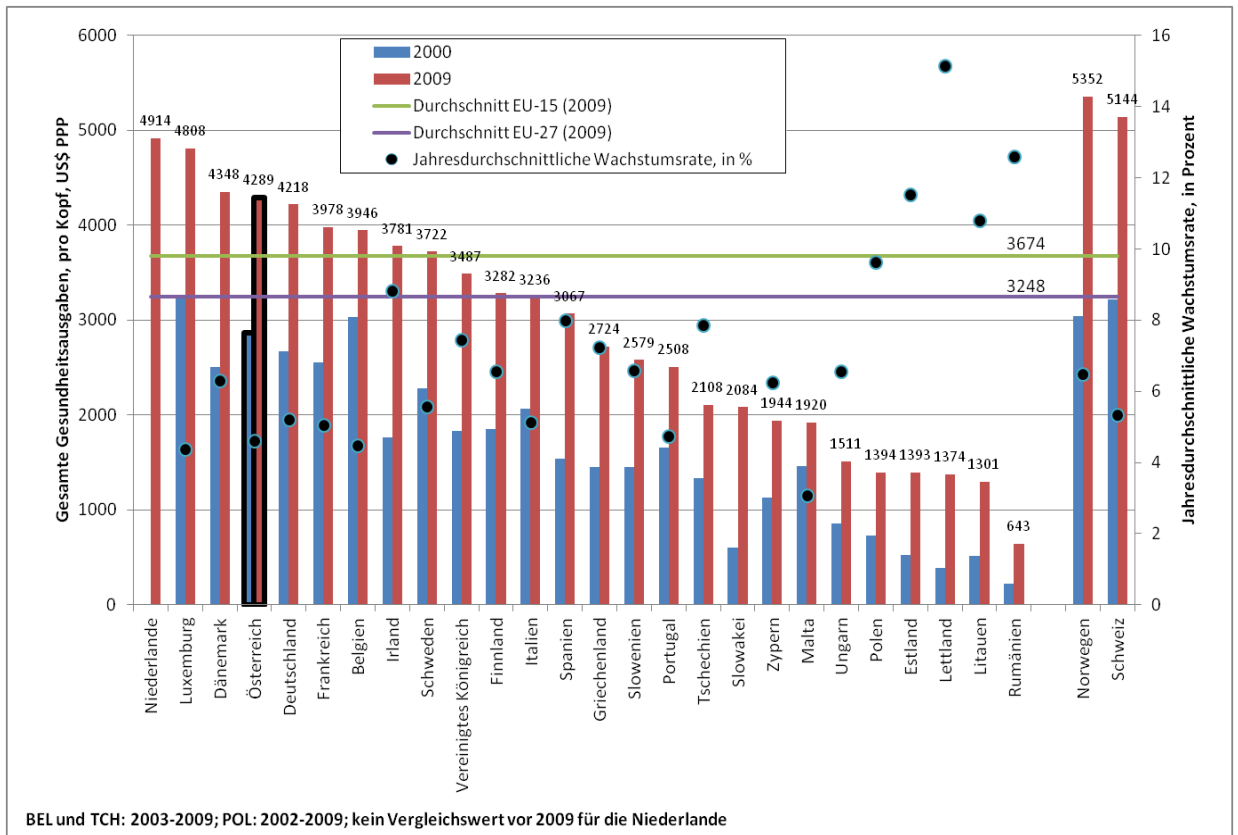
Was die Accountability betrifft, ist diese in Deutschland wie in Schweden wie schon angesprochen wesentlich besser ausgeprägt als in Österreich. Durch die intransparente Finanzierung und Aufgabenverteilung ist kaum zuordenbar, wer für die Ergebnisse im Gesundheitswesen verantwortlich ist. Im Bereich der Gebietskörperschaften besteht Fiskalillusion, während im Kassenbereich einerseits keine Wahlfreiheit besteht, andererseits aber die demokratischen Strukturen im Vergleich nicht gut ausgeprägt sind.

5.6. Kostenvergleiche

Die drei urbanen Gesundheitssysteme können hinsichtlich des realen Ressourcenaufwands durchaus miteinander verglichen werden: Das Wiener Gesundheitswesen weist den höchsten Ressourcenverbrauch auf, dasjenige in Stockholm den geringsten (siehe die Vorkapitel). Hinsichtlich nomineller Kosten zu vergleichen ist jedoch nicht möglich, da mehrere Faktoren dagegen sprechen. Hinderlich sind Wechselkurse (Schwedische Krone vs. Euro) sowie unterschiedliche Kaufkraft, wofür aber noch zu korrigieren wäre. Die eigentliche Problematik liegt darin, dass die Finanzierungsströme sich nur in Stockholm auch weitgehend an die Provinzgrenzen halten. In Hamburg muss bedacht werden, dass die Krankenkassen sowohl alle extramuralen Kosten als auch die laufenden Spitalskosten zu tragen haben, jedoch nicht für die Einwohner Hamburgs, sondern für die jeweiligen Versicherten. Ungeachtet des Wohnorts des Versicherten und des Orts der Inanspruchnahme von Leistungen kann das Stadtgebiet Hamburg als solches nicht abgegrenzt werden, da es für beide genannten Aspekte weitgehend irrelevant ist. Jedoch haben die Deutschen Versicherten durch die weitgehende Beitragsfinanzierung zumindest eine gute Übersicht über die jeweils individuell Anfallenden Kosten des Systems: Über den Krankenversicherungsbeitrag werden bis auf gewisse Zuschüsse für öffentliche Aufgaben von Seiten des Staates sowie die Krankenhausinvestitionen alle Kosten bestritten. In Österreich ist die Finanzierung ebenso nicht abgrenzbar. Die Wiener Gebietskrankenkasse

versichert alle Arbeitnehmer mit Arbeitsplatz in Wien, ungeachtet ihres Wohnortes, sowie deren nahe Angehörige, solange diese nicht bei einem anderen Versicherungsträger zu versichern sind (z. B. SV der gewerblichen Wirtschaft). Die Inanspruchnahme erfolgt dementsprechend z. B. auch in Niederösterreich und im Burgenland für einen Versichertenkreis, der die Wiener zum Teil erfasst und umgekehrt viele Nicht-Wiener beinhaltet. Die Stadt Wien bezahlt Einrichtungen der öffentlichen Gesundheit, Verwaltung und Spitäler *des Bundeslandes* sowie über den Finanzausgleich auch Leistungen in anderen Bundesländern. Daher kann wie in Deutschland kein einheitliches Aggregat an Personen gebildet werden, deren Gesundheitskosten als Ausgangspunkt für eine Wechselkurs- und Kaufkraftbereinigung herangezogen werden können. Die beste Näherung für einen solchen Vergleich stellen daher nur Kosten auf landesweiter Ebene dar. In der folgenden Darstellung sind die Ausgaben nach dem einheitlichen und weitgehend vergleichbaren System of Health Accounts vergleichbar erfasst und auf die Bevölkerung gerechnet. Im Hintergrund muss beachtet werden, dass vor allem die Bevölkerungsstruktur Deutschlands älter, also „ungünstiger“ ist. Dennoch weist es etwas geringere Gesundheitsausgaben auf als Österreich. Hinzu kommt, dass durch das wettbewerbliche System in Deutschland eher mit höheren Kosten zu rechnen wäre, da wettbewerbliche Systeme aufgrund der höheren Transaktionskosten derzeit teurer zu sein scheinen. Schweden weist weitaus geringere Kosten auf als Österreich und Deutschland. Alle Zahlen sind dabei kaufkraftbereinigt ausgewiesen.

Abbildung 28: Gesundheitsausgaben pro Kopf, kaufkraftparitätenbereinigt



BEL und TCH: 2003-2009; POL: 2002-2009; kein Vergleichswert vor 2009 für die Niederlande

Quelle: OECD HealthData 2011, IHS HealthEcon 2011.

C. Literatur

Branca, F.; H. Nikogosian, H.; Lobstein T. (Hrg.) (2007): The challenge of obesity in the WHO European Region and the strategies for response. WHO.

Bundesministerium für Gesundheit (2011): Übersicht über Reformpoolprojekte.

Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2010): Das österreichische LKF-System, Wien, Juli 2010.

Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2010): Krankenanstalten in Zahlen, Überregionale Auswertung der Dokumentation der landesgesundheitsfondsfinanzierten Krankenanstalten, Österreich 2009.

Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2010): Krankenanstaltenverzeichnis 3/2010.

Bundesministerium für Gesundheit Deutschland (2010): Daten des Gesundheitswesens 2010.

Bundesministerium für Gesundheit für Gesundheit, Jugend und Familie (BMGFJ) (2008): Selbstständige Ambulatorien in Österreich.

Burge, P. (2004): Sick Building Syndrome. In: Occupational and Environmental Medicine. Vol. 61, S. 185-190.

Busse R.; Riesberg, A. (2005): Gesundheitssysteme im Wandel: Deutschland. Kopenhagen, WHO Regionalbüro für Europa im Auftrag des Europäischen Observatoriums für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik.

CNU - The Congress for the New Urbanism: Charta of the new Urbanism. Online unter: <http://www.cnu.org/charter>.

Czypionka, T.; Kraus, M.; Röhrling, G. (2008a): Messung von Effizienz und Qualität im Spitalswesen. Internationale Aspekte. Endbericht. IHS Wien.

Czypionka, T.; Kraus, M.; Röhrling, G. (2008b): Efficiency in the hospital sector: Much remains to be done...: Quality in the hospital sector: More or less transparent/(cy)? Health System Watch, III/Autumn.

Czypionka, T.; Riedel, M.; Röhrling, G. (2009): Qualitätssicherung in Praxen: Eine europäische Perspektive. Health System Watch 2/2006.

- Cypionka, T.; Riedel, M.; Röhrling, G.; Eichwalder, S. (2009): Finanzierung aus einer Hand: Reformoptionen für Österreich. Endbericht. IHS Wien.
- Cypionka, T.; Riedel, M.; Röhrling, G.; Eichwalder, S. (2009): Finanzierung aus einer Hand: Reformoptionen für Österreich. Endbericht. IHS Wien.
- Cypionka, T.; Röhrling, G. (2009): Analyse der Reformpool-Aktivität in Österreich: Wie viel Reform ist im Reformpool? Health System Watch 2/2009.
- Cypionka, T.; Röhrling, G. (2009): Analyse der Reformpool-Aktivität in Österreich: Wie viel Reform ist im Reformpool? Health System Watch 2/2009.
- Cypionka, T.; Röhrling, G.; Kraus, M.; Schnabl, A.; Eichwalder S. (2008): Fondsspitäler in Österreich: ein Leistungs- und Finanzierungsvergleich. Endbericht. IHS Wien.
- EEA (European Environment Agency) (2006): Urban sprawl in Europe – The ignored challenge, Dänemark.
- EU (1994): Charter of European Cities & Towns Towards Sustainability. Europäische Konferenz über zukunftsbeständige Städte und Gemeinden. Aalborg.
- EU (2007): State of European Cities Report. Adding value to the European Urban Audit.
- Europäische Kommission (2008): Quality in and Equality of access to healthcare services. Directorate-General for Employment, Social Affairs and Equal Opportunities.
- Freie und Hansestadt Hamburg (2010): Krankenhausplan 2015 der Freien und Hansestadt Hamburg.
- Freie und Hansestadt Hamburg (2011): Krankenhausverzeichnis 2011.
- Frumkin, H. (2002): Urban Sprawl and Public Health. In: Public Health Reports. Vol. 117, S. 201-217.
- Galea, S.; Freudenberg, N.; Vlahov, D. (2005): Cities and population health. In: Social Science & Medicine. Vol. 60, S. 1017-1033.
- Galea, S.; Vlahov, D. (2005): Handbook of urban Health: populations, methods, and practice. Springer.

Gesundheit Österreich GmbH (2009): Gesundheit und Krankheit in Österreich, GESUNDHEITSBERICHT ÖSTERREICH 2009 (GBÖ 2009)

Gesundheit Österreich GmbH (2009): Regionaler Strukturplan Gesundheit Wien 2015, Ambulante Versorgungsplanung.

Gesundheit Österreich GmbH (2010): Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2010 ÖSG 2010 (inkl. Großgeräteplan).

Gesundheitsberichtserstattung des Bundes (2011): Medizinisch-technische Großgeräte in Krankenhäusern und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen (Anzahl, Einwohner je Gerät), Deutschland, ab 1994. URL:<https://http://www.kvhh.net/kvhh/pages/index/p/156> [letzter Zugriff: 04. Mai 2011].

Gesundheitsberichtserstattung des Bundes (2011): Öffentliche Apotheken und Krankenhausapotheken (Anzahl). URL:<https://http://www.kvhh.net/kvhh/pages/index/p/156> [letzter Zugriff: 04. Mai 2011].

Green, G.; Tsouros, A. (2008): City leadership for health. Summary evaluation of Phase IV of the WHO European Healthy Cities Network, World Health Organisation.

Hancock, T. (1996): Planning and creating healthy and sustainable cities: The challenge for the 21st century. In: Price, C.; A. Tsouros (Hrg.): Our Cities, our future: Policies and Action Plans for Health and Sustainable Development. WHO Healthy Cities Project Office, Kopenhagen.

Hancock, T. (2000): Urban Ecosystems and Human Health. Dokument vorhanden bei: International Development Research Centre, online unter: http://www.idrc.ca/en/ev-22828-201-1-DO_TOPIC.html.

Handy, S.; Boarnet M.; Ewing, R.; Killingsworth, R. (2002): How the Built Environment Affects Physical Activity – Views from Urban Planning. In: American Journal of Preventive Medicine. Vol. 2, S. 64-73.

Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (2001): Ärztekosten – Jahresstatistik, Abrechnungsjahr: 2000.

Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (2001): Statistisches Handbuch der Österreichischen Sozialversicherung 2001.

- Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (2005): Ärztekosten – Jahresstatistik, Abrechnungsjahr: 2004.
- Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (2006): Statistisches Handbuch der österreichischen Sozialversicherung 2006.
- Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (2010): Ärztekosten – Jahresstatistik, Abrechnungsjahr: 2009.
- Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (2010): Statistisches Handbuch der Österreichischen Sozialversicherung 2010.
- Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (2011): Gebahrungsvorschau.
- Jones, C. I.; Klenow, P. J. (2010): Beyond GDP? Welfare across Countries and Time. Working Paper 16352, National Bureau of Economic Research.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (2011): Ärzte-Statistik der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Stand: 31.12.2010.
- Kassenärztliche Vereinigung Hamburg (2011): Bedarfsplanung. URL:<https://http://www.kvhh.net/kvhh/pages/index/p/156> [letzter Zugriff: 12. Mai 2011].
- Lafond, L.; Heritage, Z.; Farrington, J.; Tsouros, A. (2003): National healthy cities networks. A powerful force for health and sustainable development in Europe. Regional Office for Europe, WHO .
- Lawrence, R. J.; Fudge C. (2009): Healthy Cities in a global and regional context. In: Health Promotion International. Vol. 24, No. S1, S. 11-18.
- Leviton, L.; Snell, E.; McGinnis, M. (2000): Urban Issues in Health Promotion Strategies. In: American Journal of Public Health. Vol.90, No. 6, S. 863-866.
- Mackenbach, J. (2006): Health Inequalities: Europe in Profile. Europäische Kommission -An independent, expert report commissioned by the UK Presidency of the EU (February 2006).
- Mackenbach, J. W.; Meerding, W.; Kunst, A. (2007): Economic implications of socio-economic inequalities in health in the European Union. European Commission.

Magistratsabteilung 24 – Gesundheits- und Sozialplanung (2011): Stabsstelle Öffentlichkeitsarbeit und Grundlagen.

Magnussen, J.; Vrangbaek, K.; Saltman, R. B.: Nordic healthcare systems. Recent reforms and current policy changes. Mc Graw Hill/Open University Press 2009.

Marmot, A.; Eley, J.; Stafford S.; Warwick E.; Marmot M. (2006): Building health: an epidemiological study of “sick building syndrome” in the Whitehall II study. In: Occupational and Environmental Medicine. Vol. 60, S. 283-289.

Moore, M.; Gould, P.; Keary, B. S. (2003): Global urbanization and impact on health. In: International Journal of Hygiene and Environmental Health. Vol. 206, S. 269-278.

OECD (2010): OECD Health Data, Juni 2010.

OECD (2011): OECD Health Data, Juni 2011.

OECD (o.J. (a)): Territorial Grids of OECD Member Countries. Directorate of Public Governance and Territorial Development. <http://www.oecd.org/dataoecd/19/29/43428422.pdf> (letzter Zugriff: 14 Dezember 2011)

OECD (o.J. (b)): OECD Methodology for the Definition of Metropolitan Regions. <http://www.oecd.org/dataoecd/41/37/45511614.pdf> (letzter Zugriff: 14 Dezember 2011)

Österreichische Apothekerkammer (2010): Apotheken in Österreich, Stand: 31.12.2009.

Österreichische Apothekerkammer (2011): Apotheken in Wien, 15.03.2011.

Robert Koch Institut (2006): Zahlen und Trends aus der Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2006.

Saltman, R.; Vrangbaek, K. (2009): Future policy issues in Nordic healthcare systems. In: Magnussen/Vrangbaek/Saltman.

Socialstyrelsen (2011): The Health and Welfare Statistical Database 2011.

Statistik Austria (2002): Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2000.

Statistik Austria (2006): Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2005.

Statistik Austria (2007): Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007.

Statistik Austria (2009): Statistisches Jahrbuch Österreichs 2010.

Statistik Austria (2010): Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2009.

Statistik Austria (2011): Pressemitteilung: Erforderliche Reklassifikationen führen zu deutlichen Anpassungen von Defizit- und Schuldenstand in Österreich. Abrufbar unter http://www.statistik.at/web_de/presse/055883.

Statistische Ämter des Bundes und der Länder (2011): Internationale Bildungsindikatoren im Ländervergleich.

Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein (2006): Die Krankheiten der Krankenhauspatientinnen und –patienten in Hamburg und Schleswig-Holstein im Jahr 2004.

Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein (2008): Die Krankheiten der Krankenhauspatientinnen und –patienten in Hamburg und Schleswig-Holstein im Jahr 2005.

Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein (2009): Die Krankheiten der Krankenhauspatientinnen und –patienten in Hamburg und Schleswig-Holstein im Jahr 2006.

Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein (2010): Die Krankheiten der Krankenhauspatientinnen und –patienten in Hamburg und Schleswig-Holstein im Jahr 2007.

Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein (2010): Die Krankheiten der Krankenhauspatientinnen und –patienten in Hamburg und Schleswig-Holstein im Jahr 2008.

Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein (2010): Die Gestorbenen 2008 in Hamburg und Schleswig-Holstein nach Todesursachen, Geschlecht und Altersgruppen.

Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein (2011): Statistisches Jahrbuch Hamburg 2010/2011.

Statistisches Bundesamt Deutschland (2010): Mikrozensus - Fragen zur Gesundheit 2009.

Statistisches Bundesamt Deutschland (2010): Statistisches Jahrbuch 2010.

Stockholms Läns Landsting (2011): E-Mail-Korrespondenz mit Kajsa WESTLIG.

Stockholms Läns Landsting (2011): E-Mail-Korrespondenz mit Mats PERMING.

Stockholms Läns Landsting (2011): Genomsnittligt antal disponibla vårdplatser, per sjukhus och specialitet 2009.

Stockholms Läns Landsting (2011): Slutenvård. Utskrivna vårdtillfällen. 2011-05-30.

Stockholms Läns Landsting (2011): Vardguiden. URL: <http://www.vardguiden.se/> [letzer Zugriff: 19. April 2011].

UNO (1992): AGENDA 21. Konferenz der Vereinten Nationen für Umwelt und Entwicklung. Rio de Janeiro.

Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens 2008–2013.

Vlahov, D.; Freudenberg, N.; Proietti, F.; Ompad, D.; Quinn, A.; Nandi, V.; Galea, S. (2007): Urban as a Determinant of Health. In: *Journal of Urban Health_ Bulletin of the New York Academy of Medicine*, Vol. 84, No. 1, S. 16-26.

Vlahov, D.; Galea S.; Freudenberg N. (2005): The Urban Health "Advantage". In: *Journal of Urban Health: Bulletin if the New York Academy of Medicine*, vol. 82, no. 1.

Vlahov, D.; Galea, S. (2002): Urbanisation, Urbanicity and Health. In: *Journal of Urban Health -Bulletin of the New York Academy of Medicine*, Vol. 79, No. 4, Supplement 1, S. 1-12.

Von Schirnding, Y. (2002): Health in Sustainable Development Planning: The role of indicators. WHO.

Webster, P.; Lipp, A. (2009): The evolution of the WHO city health profiles: a content review. In: *Health Promotion International*, Vol. 24, No. S1, S. i56-i60.

WHO (1986): Ottawa Charta zur Gesundheitsförderung. Internationale Konferenz zur Gesundheitsförderung

WHO (2001): A working tool on City Health development planning. Concept, process, structure, and content. WHO Centre for Urban Health.

WHO (2008): City leadership for health. Summary evaluation of Phase IV of the WHO European Cities Network. WHO Regional Office for Europe, Dänemark.

WHO (2009): Phase V (2009-2013) des Gesunde-Städte-Netzwerks der Europäischen Region der WHO: Ziele und Anforderungen. Europäisches Netzwerk gesunder Städte der WHO

WHO (2010): Adelaide Erklärung zu Gesundheit in allen Politikbereichen. Auf dem Weg zu einer gemeinsamen Verantwortung und Steuerung für Gesundheit und Wohlbefinden. Bericht der internationalen Tagung zu Gesundheit in allen Bereichen der Politik (International Meeting on Health in All Policies), Adelaide.

Wiener Gesundheitsfonds (2010): Wiener Gesundheitsfonds, Tätigkeitsbericht 2008.

D. Anhang

Tabelle 76: Wiener Krankenanstalten 2009, gereiht nach Rechtsträger und Größe

Krankenanstalt	Öffentlich- keitsrecht	Gemein- nützig	Fondszugehörigkeit	Tatsächlich aufgestellte Betten	Rechtsträger
<i>Bund</i>					
Heeresspital Wien	Nein	Nein	Sonstige	116	BM für Landesverteidigung, Kommando Einsatzunterstützung, Abt. Militärisches Gesundheitswesen
Sonderkrankenanstalt Justizanstalt Wien-Josefstadt	Nein	Nein	Sonstige	90	Bundesministerium für Justiz, Sektion V/1
<i>Länder, -gesellschaften</i>					
Allgemeines Krankenhaus der Stadt Wien	Ja	Ja	Landesfonds	1838	Magistrat der Stadt Wien, Wiener Krankenanstaltenverbund, Direktion der Teilunternehmung Krankenanstalten und Pflegeheime
Sozialmedizinisches Zentrum Baumgartner Höhe - Otto Wagner-Spital mit Pflegezentrum	Ja	Ja	Landesfonds	1055	Magistrat der Stadt Wien, Wiener Krankenanstaltenverbund, Direktion der Teilunternehmung Krankenanstalten und Pflegeheime
Krankenhaus Hietzing mit Neurologischem Zentrum Rosenhügel	Ja	Ja	Landesfonds	1052	Magistrat der Stadt Wien, Wiener Krankenanstaltenverbund, Direktion der Teilunternehmung Krankenanstalten und Pflegeheime
Wilhelminenspital der Stadt Wien	Ja	Ja	Landesfonds	1015	Magistrat der Stadt Wien, Wiener Krankenanstaltenverbund, Direktion der Teilunternehmung Krankenanstalten und Pflegeheime
Sozialmedizinisches Zentrum Ost der Stadt Wien - Donauspital	Ja	Ja	Landesfonds	950	Magistrat der Stadt Wien, Wiener Krankenanstaltenverbund, Direktion der Teilunternehmung Krankenanstalten und Pflegeheime
Sozialmedizinisches Zentrum Süd, Kaiser-Franz-Josef-Spital mit Gottfried von Preyer'schem Kinderspital	Ja	Ja	Landesfonds	714	Magistrat der Stadt Wien, Wiener Krankenanstaltenverbund, Direktion der Teilunternehmung Krankenanstalten und Pflegeheime
Krankenanstalt Rudolfstiftung der Stadt Wien inklusive Standort Semmelweis-Frauenklinik	Ja	Ja	Landesfonds	706	Magistrat der Stadt Wien, Wiener Krankenanstaltenverbund, Direktion der Teilunternehmung Krankenanstalten und Pflegeheime
Kaiserin Elisabeth-Spital der Stadt Wien	Ja	Ja	Landesfonds	240	Magistrat der Stadt Wien, Wiener Krankenanstaltenverbund, Direktion der Teilunternehmung Krankenanstalten und Pflegeheime
Geriatrizentrum der Stadt Wien - St. Andrä	Nein	Nein	Sonstige	190	Magistrat der Stadt Wien, Wiener Krankenanstaltenverbund, Direktion der Teilunternehmung Krankenanstalten und Pflegeheime
Sozialmedizinisches Zentrum Floridsdorf, Krankenhaus und Geriatrizentrum	Ja	Ja	Landesfonds	177	Magistrat der Stadt Wien, Wiener Krankenanstaltenverbund, Direktion der Teilunternehmung Krankenanstalten und Pflegeheime
Therapiezentrum Ybbs	Ja	Ja	Sonstige	145	Magistrat der Stadt Wien, Wiener Krankenanstaltenverbund, Direktion der Teilunternehmung Krankenanstalten und Pflegeheime

Orthopädische Krankenanstalt der Stadt Wien - Gersthof	Ja	Ja	Landesfonds	102	Magistrat der Stadt Wien, Wiener Krankenanstaltenverbund, Direktion der Teilunternehmung Krankenanstalten und Pflegeheime
Sozialmedizinisches Zentrum Sophienspital der Stadt Wien	Ja	Ja	Landesfonds	91	Magistrat der Stadt Wien, Wiener Krankenanstaltenverbund, Direktion der Teilunternehmung Krankenanstalten und Pflegeheime
Geriatrizentrum Klosterneuburg	Nein	Nein	Sonstige	k.A.	Magistrat der Stadt Wien, Wiener Krankenanstaltenverbund, Direktion der Teilunternehmung Krankenanstalten und Pflegeheime
<i>Krankenkassen u. Fürsorgeverbände</i>					
Hanusch-Krankenhaus Wien	Ja	Ja	Landesfonds	457	Wiener Gebietskrankenkasse
Sanatorium Hera	Nein	Nein	PRIKRAF	138	Krankenfürsorgeanstalt der Bediensteten der Stadt Wien
<i>Unfall- und Pensionsversicherungsanstalt</i>					
Unfallkrankenhaus Meidling	Nein	Ja	Sonstige	142	Allgemeine Unfallversicherungsanstalt, Medizinische Direktion
Lorenz Böhler-Krankenhaus	Nein	Ja	Sonstige	128	Allgemeine Unfallversicherungsanstalt, Medizinische Direktion
Neurologisches Rehabilitationszentrum Rosenhügel	Nein	Nein	Sonstige	122	Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft
Rehabilitationszentrum Meidling	Nein	Ja	Sonstige	52	Allgemeine Unfallversicherungsanstalt, Medizinische Direktion
<i>Geistliche Orden, Glaubensgemeinschaften, -gesellschaften</i>					
Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Wien	Nein	Ja	Landesfonds	393	Konvent der Barmherzigen Brüder Wien
Haus der Barmherzigkeit Seeböckgasse	Nein	Ja	Sonstige	351	Institut Haus der Barmherzigkeit
Haus der Barmherzigkeit Tokiostraße	Nein	Ja	Sonstige	276	Institut Haus der Barmherzigkeit
Krankenhaus Göttlicher Heiland	Nein	Ja	Landesfonds	275	Krankenhaus Göttlicher Heiland Gesellschaft mbH
Orthopädisches Spital Wien	Ja	Ja	Landesfonds	253	Orthopädische Spital Speising Gesellschaft mbH
Evangelisches Krankenhaus Wien	Nein	Ja	Landesfonds	236	Evangelisches Krankenhaus Wien gemeinnützige Betriebsgesellschaft mbH
Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern	Nein	Ja	Landesfonds	209	Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern Wien Betriebsgesellschaft mbH
Hartmannspital Wien	Nein	Ja	Landesfonds	162	Kongregation der Schwestern des 3. Ordens des Heiligen Franziskus
St. Josef-Krankenhaus	Nein	Ja	Landesfonds	155	St. Josef-Krankenhaus Gesellschaft mbH

Herz Jesu-Krankenhaus	Nein	Ja	Landesfonds	139	Herz Jesu Krankenhaus Gesellschaft mbH
Krankenhaus St. Elisabeth	Nein	Ja	Landesfonds	127	Konvent der Elisabethinen Wien
<i>Vereine, Stiftungen</i>					
Anton-Proksch-Institut Wien, Sonderheilanstalt für Alkoholranke und Drogenabhängige Wien-Kalksburg	Nein	Ja	Sonstige	253	Stiftung Genesungsheim Kalksburg
Kranken- und Entbindungsanstalt 'Goldenes Kreuz' Wien	Nein	Nein	PRIKRAF	104	Österreichische Gesellschaft vom Goldenen Kreuz Wien
<i>Privatpersonen, -gesellschaften</i>					
Privatklinik Döbling, International Vienna Health Center	Nein	Nein	PRIKRAF	160	Privatklinik Döbling Gesellschaft mbH
Privatkrankenhaus Rudolfinerhaus	Nein	Nein	PRIKRAF	154	Rudolfinerhaus Betriebsgesellschaft mbH
Wiener Privatklinik	Nein	Nein	PRIKRAF	140	Wiener Privatklinik Betriebsgesellschaft mbH & Co KG
Sanatorium Liebhartstal Wien	Nein	Nein	PRIKRAF	137	Formanek Gesellschaft mbH Wien
St. Anna-Kinderspital, Zentrum für Kinder- und Jugendheilkunde	Nein	Ja	Landesfonds	118	St. Anna Kinderspital Gesellschaft mbH
Confraternität - Privatklinik Josefstadt	Nein	Nein	PRIKRAF	96	Privatklinik Josefstadt Gesellschaft mbH

Quelle: Statistik Austria 2010, IHS HealthEcon Darstellung 2011.

Tabelle 77: Wiener Krankenanstalten 2010, gereiht nach Fondszugehörigkeit und Größe

Krankenanstalt	Öffentlich- keitsrecht	Gemein- nützig	Fondszugehörigkeit	Tatsächlich aufgestellte Betten	Bettenführende Stationen
<i>Fonds-Krankenanstalten</i>					
Allgemeines Krankenhaus der Stadt Wien	Ja	Ja	Landesfonds	1838	AU, CH, DER, GEM, GGH, HNO, IM, KCH, KI, KJP, MKG, NC, NEU, NEU-ANB, NUK, OR, PAL, PCH, PSO, PSY, PUL, STR/RAD, UC, URO
Sozialmedizinisches Zentrum Baumgartner Höhe - Otto Wagner-Spital mit Pflegezentrum	Ja	Ja	Landesfonds	1055	AG/R, IM, NEU, NEU-ANB, OR, PSY, PUL
Krankenhaus Hietzing mit Neurologischem Zentrum Rosenhügel	Ja	Ja	Landesfonds	1052	AG/R, AU, CH, DER, GGH, HNO, IM, KJP, NEU, NEU-ANB, PAL, PSY, PUL, STR/RAD, URO
Wilhelminenspital der Stadt Wien	Ja	Ja	Landesfonds	1015	CH, DER, GEM, GGH, IM, KI, NEU, NEU-ANB, PCH, PSO, UC, URO
Sozialmedizinisches Zentrum Ost der Stadt Wien - Donauspital	Ja	Ja	Landesfonds	950	AG/R, AU, CH, DER, GGH, HNO, IM, KCH, KI, NC, NEU, NEU-ANB, NUK, OR, PSY, STR/RAD, UC, URO, ZMK
Sozialmedizinisches Zentrum Süd, Kaiser-Franz-Josef-Spital mit Gottfried von Preyer'schem Kinderspital	Ja	Ja	Landesfonds	714	AG/R, CH, GGH, HNO, IM, KI, NEU, NEU-ANB, PSY, URO
Krankenanstalt Rudolfstiftung der Stadt Wien inklusive Standort Semmelweis-Frauenklinik	Ja	Ja	Landesfonds	706	AU, CH, DER, GEM, GGH, HNO, IM, KI, NC, NEU, NEU-ANB, PCH, URO
Hanusch-Krankenhaus Wien	Ja	Ja	Landesfonds	457	AU, CH, GGH, HNO, IM, UC, URO
Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Wien	Nein	Ja	Landesfonds	393	AG/R, AU, CH, GGH, HNO, IM, Inquisitenspital, NEU, NEU-ANB, URO
Krankenhaus Göttlicher Heiland	Nein	Ja	Landesfonds	275	AG/R, CH, GGH, IM, NEU, NEU-ANB, PAL, URO
Orthopädisches Spital Wien	Ja	Ja	Landesfonds	253	OR
Kaiserin Elisabeth-Spital der Stadt Wien	Ja	Ja	Landesfonds	240	CH, IM
Evangelisches Krankenhaus Wien	Nein	Ja	Landesfonds	236	CH, GEM, IM, MKG, NEU, OR
Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern	Nein	Ja	Landesfonds	209	CH, IM, OR, PAL, PSO
Sozialmedizinisches Zentrum Floridsdorf, Krankenhaus und Geriatriezentrum	Ja	Ja	Landesfonds	177	AG/R, CH, IM
Hartmannspital Wien	Nein	Ja	Landesfonds	162	AG/R, CH, IM
St. Josef-Krankenhaus	Nein	Ja	Landesfonds	155	CH, GGH, IM
Herz Jesu-Krankenhaus	Nein	Ja	Landesfonds	139	AG/R, CH, IM, OR

Krankenhaus St. Elisabeth	Nein	Ja	Landesfonds	127	CH, IM, PAL
St. Anna-Kinderspital, Zentrum für Kinder- und Jugendheilkunde	Nein	Ja	Landesfonds	118	HNO, KI
Orthopädische Krankenanstalt der Stadt Wien - Gersthof	Ja	Ja	Landesfonds	102	OR
Sozialmedizinisches Zentrum Sophienspital der Stadt Wien	Ja	Ja	Landesfonds	91	AG/R
<i>Andere Krankenanstalten</i>					
Haus der Barmherzigkeit Seeböckgasse	Nein	Ja	Sonstige	351	Pflegeanstalt chronisch Kranker
Haus der Barmherzigkeit Tokiostraße	Nein	Ja	Sonstige	276	Pflegeanstalt chronisch Kranker
Anton-Proksch-Institut Wien, Sonderheilanstalt für Alkoholranke und Drogenabhängige Wien-Kalksburg	Nein	Ja	Sonstige	253	PSY
Geriatrizentrum der Stadt Wien - St. Andrä	Nein	Nein	Sonstige	190	IM
Privatklinik Döbling, International Vienna Health Center	Nein	Nein	PRIKRAF	160	GEM
Privatkrankenhaus Rudolfinerhaus	Nein	Nein	PRIKRAF	154	CH, GEM, GGH, IM
Therapiezentrum Ybbs	Ja	Ja	Sonstige	145	PSY
Unfallkrankenhaus Meidling	Nein	Ja	Sonstige	142	UC
Wiener Privatklinik	Nein	Nein	PRIKRAF	140	CH, IM
Sanatorium Hera	Nein	Nen	PRIKRAF	138	AU, CH, DER, GEM, GGH, HNO, IM, NC, NEU, OR, PCH, UC, URO, ZMK
Sanatorium Liebhartstal Wien	Nein	Nein	PRIKRAF	137	IM
Lorenz Böhler-Krankenhaus	Nein	Ja	Sonstige	128	UC
Neurologisches Rehabilitationszentrum Rosenhügel	Nein	Nein	Sonstige	122	NEU
Heeresspital Wien	Nein	Nein	Sonstige	116	CH, DER, HNO, IM
Kranken- und Entbindungsanstalt 'Goldenes Kreuz' Wien	Nein	Nein	PRIKRAF	104	CH, GEM, GGH, IM
Confraternität - Privatklinik Josefstadt	Nein	Nein	PRIKRAF	96	GEM
Sonderkrankenanstalt Justizanstalt Wien-Josefstadt	Nein	Nein	Sonstige	90	IM
Rehabilitationszentrum Meidling	Nein	Ja	Sonstige	52	NEU
Geriatrizentrum Klosterneuburg	Nein	Nein	Sonstige	k.A.	IM, Pflegeanstalt chronisch Kranker

Quelle: Bundesministerium für Gesundheit 2010, IHS HealthEcon Darstellung 2011.

Tabelle 78 Wiener Fonds-Krankenanstalten 2010, gereiht nach Versorgungsfunktion und Größe

Krankenanstalt	Öffentlichkeitrecht	Gemeinnützig	Fondszugehörigkeit	Tatsächlich aufgestellte Betten	Bettenführende Stationen
<i>Zentralversorgungsfunktion</i>					
Allgemeines Krankenhaus der Stadt Wien	Ja	Ja	Landesfonds	1838	AU, CH, DER, GEM, GGH, HNO, IM, KCH, KI, KJP, MKG, NC, NEU, NEU-ANB, NUK, OR, PAL, PCH, PSO, PSY, PUL, STR/RAD, UC, URO
Krankenhaus Hietzing mit Neurologischem Zentrum Rosenhügel	Ja	Ja	Landesfonds	1052	AG/R, AU, CH, DER, GGH, HNO, IM, KJP, NEU, NEU-ANB, PAL, PSY, PUL, STR/RAD, URO
St. Anna-Kinderspital, Zentrum für Kinder- und Jugendheilkunde	Nein	Ja	Landesfonds	118	HNO, KI
<i>Schwerpunktversorgungsfunktion</i>					
Wilhelminenspital der Stadt Wien	Ja	Ja	Landesfonds	1015	CH, DER, GEM, GGH, IM, KI, NEU, NEU-ANB, PCH, PSO, UC, URO
Sozialmedizinisches Zentrum Ost der Stadt Wien - Donauspital	Ja	Ja	Landesfonds	950	AG/R, AU, CH, DER, GGH, HNO, IM, KCH, KI, NC, NEU, NEU-ANB, NUK, OR, PSY, STR/RAD, UC, URO, ZMK
Sozialmedizinisches Zentrum Süd, Kaiser-Franz-Josef-Spital mit Gottfried von Preyer'schem Kinderspital	Ja	Ja	Landesfonds	714	AG/R, CH, GGH, HNO, IM, KI, NEU, NEU-ANB, PSY, URO
Krankenanstalt Rudolfstiftung der Stadt Wien inklusive Standort Semmelweis-Frauenklinik	Ja	Ja	Landesfonds	706	AU, CH, DER, GEM, GGH, HNO, IM, KI, NC, NEU, NEU-ANB, PCH, URO
Hanusch-Krankenhaus Wien	Ja	Ja	Landesfonds	457	AU, CH, GGH, HNO, IM, UC, URO
Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Wien	Nein	Ja	Landesfonds	393	AG/R, AU, CH, GGH, HNO, IM, Inquisitenspital, NEU, NEU-ANB, URO
Orthopädische Krankenanstalt der Stadt Wien - Gersthof	Ja	Ja	Landesfonds	102	OR
<i>Standardversorgungsfunktion</i>					
Krankenhaus Göttlicher Heiland	Nein	Ja	Landesfonds	275	AG/R, CH, GGH, IM, NEU, NEU-ANB, PAL, URO
Kaiserin Elisabeth-Spital der Stadt Wien	Ja	Ja	Landesfonds	240	CH, IM
Evangelisches Krankenhaus Wien	Nein	Ja	Landesfonds	236	CH, GEM, IM, MKG, NEU, OR
Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern	Nein	Ja	Landesfonds	209	CH, IM, OR, PAL, PSO
Sozialmedizinisches Zentrum Floridsdorf, Krankenhaus und Geriatriezentrum	Ja	Ja	Landesfonds	177	AG/R, CH, IM

Hartmannspital Wien	Nein	Ja	Landesfonds	162	AG/R, CH, IM
St. Josef-Krankenhaus	Nein	Ja	Landesfonds	155	CH, GGH, IM
Herz Jesu-Krankenhaus	Nein	Ja	Landesfonds	139	AG/R, CH, IM, OR
Krankenhaus St. Elisabeth	Nein	Ja	Landesfonds	127	CH, IM, PAL
<i>Sonderversorgungsfunktion</i>					
Sozialmedizinisches Zentrum Baumgartner Höhe - Otto Wagner-Spital mit Pflegezentrum	Ja	Ja	Landesfonds	1055	AG/R, IM, NEU, NEU-ANB, OR, PSY, PUL
Orthopädisches Spital Wien	Ja	Ja	Landesfonds	253	OR
Sozialmedizinisches Zentrum Sophienspital der Stadt Wien	Ja	Ja	Landesfonds	91	AG/R

Quelle: Bundesministerium für Gesundheit 2010, IHS HealthEcon Darstellung 2011.

Tabelle 79: Wiener Fonds-Krankenanstalten 2010, gereiht nach Anzahl der Betten

Krankenanstalt	Öffentlich- keitsrecht	Gemein- nützig	Fondszugehörigkeit	Tatsächlich aufgestellte Betten	Bettenführende Stationen
<i>1.000 Betten und mehr</i>					
Allgemeines Krankenhaus der Stadt Wien	Ja	Ja	Landesfonds	1838	AU, CH, DER, GEM, GGH, HNO, IM, KCH, KI, KJP, MKG, NC, NEU, NEU-ANB, NUK, OR, PAL, PCH, PSO, PSY, PUL, STR/RAD, UC, URO
Sozialmedizinisches Zentrum Baumgartner Höhe - Otto Wagner-Spital mit Pflegezentrum	Ja	Ja	Landesfonds	1055	AG/R, IM, NEU, NEU-ANB, OR, PSY, PUL
Krankenhaus Hietzing mit Neurologischem Zentrum Rosenhügel	Ja	Ja	Landesfonds	1052	AG/R, AU, CH, DER, GGH, HNO, IM, KJP, NEU, NEU-ANB, PAL, PSY, PUL, STR/RAD, URO
Wilhelminenspital der Stadt Wien	Ja	Ja	Landesfonds	1015	CH, DER, GEM, GGH, IM, KI, NEU, NEU-ANB, PCH, PSO, UC, URO
<i>500-999 Betten</i>					
Sozialmedizinisches Zentrum Ost der Stadt Wien - Donauspital	Ja	Ja	Landesfonds	950	AG/R, AU, CH, DER, GGH, HNO, IM, KCH, KI, NC, NEU, NEU-ANB, NUK, OR, PSY, STR/RAD, UC, URO, ZMK
Sozialmedizinisches Zentrum Süd, Kaiser-Franz-Josef-Spital mit Gottfried von Preyer'schem Kinderspital	Ja	Ja	Landesfonds	714	AG/R, CH, GGH, HNO, IM, KI, NEU, NEU-ANB, PSY, URO
Krankenanstalt Rudolfstiftung der Stadt Wien inklusive Standort Semmelweis-Frauenklinik	Ja	Ja	Landesfonds	706	AU, CH, DER, GEM, GGH, HNO, IM, KI, NC, NEU, NEU-ANB, PCH, URO
<i>300-499 Betten</i>					
Hanusch-Krankenhaus Wien	Ja	Ja	Landesfonds	457	AU, CH, GGH, HNO, IM, UC, URO
Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Wien	Nein	Ja	Landesfonds	393	AG/R, AU, CH, GGH, HNO, IM, Inquisitenspital, NEU, NEU-ANB, URO
<i>200-299 Betten</i>					
Krankenhaus Göttlicher Heiland	Nein	Ja	Landesfonds	275	AG/R, CH, GGH, IM, NEU, NEU-ANB, PAL, URO
Orthopädisches Spital Wien	Ja	Ja	Landesfonds	253	OR
Kaiserin Elisabeth-Spital der Stadt Wien	Ja	Ja	Landesfonds	240	CH, IM
Evangelisches Krankenhaus Wien	Nein	Ja	Landesfonds	236	CH, GEM, IM, MKG, NEU, OR

Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern	Nein	Ja	Landesfonds	209	CH, IM, OR, PAL, PSO
<i>100-199 Betten</i>					
Sozialmedizinisches Zentrum Floridsdorf, Krankenhaus und Geriatriezentrum	Ja	Ja	Landesfonds	177	AG/R, CH, IM
Hartmannspital Wien	Nein	Ja	Landesfonds	162	AG/R, CH, IM
St. Josef-Krankenhaus	Nein	Ja	Landesfonds	155	CH, GGH, IM
Herz Jesu-Krankenhaus	Nein	Ja	Landesfonds	139	AG/R, CH, IM, OR
Krankenhaus St. Elisabeth	Nein	Ja	Landesfonds	127	CH, IM, PAL
St. Anna-Kinderspital, Zentrum für Kinder- und Jugendheilkunde	Nein	Ja	Landesfonds	118	HNO, KI
Orthopädische Krankenanstalt der Stadt Wien - Gersthof	Ja	Ja	Landesfonds	102	OR
<i>1-99 Betten</i>					
Sozialmedizinisches Zentrum Sophienspital der Stadt Wien	Ja	Ja	Landesfonds	91	AG/R

Quelle: Bundesministerium für Gesundheit 2010, IHS HealthEcon Darstellung 2011.

Tabelle 80: Wiener Fonds-Krankenanstalten 2010, gereiht nach Versorgungsregionen

Krankenanstalt	Öffentlich- keitsrecht	Gemein- nützig	Fondszugehörigkeit	Tatsächlich aufgestellte Betten	Bettenführende Stationen
<i>VR 91 (1., 2., 3., 4., 5., 6., 7., 8., 9., 10., 11., 20. Bezirk)</i>					
Allgemeines Krankenhaus der Stadt Wien	Ja	Ja	Landesfonds	1838	AU, CH, DER, GEM, GGH, HNO, IM, KCH, KI, KJP, MKG, NC, NEU, NEU-ANB, NUK, OR, PAL, PCH, PSO, PSY, PUL, STR/RAD, UC, URO
Hartmannspital Wien	Nein	Ja	Landesfonds	162	AG/R, CH, IM
Herz Jesu-Krankenhaus	Nein	Ja	Landesfonds	139	AG/R, CH, IM, OR
Krankenanstalt Rudolfstiftung der Stadt Wien inklusive Standort Semmelweis-Frauenklinik	Ja	Ja	Landesfonds	706	AU, CH, DER, GEM, GGH, HNO, IM, KI, NC, NEU, NEU-ANB, PCH, URO
Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Wien	Nein	Ja	Landesfonds	393	AG/R, AU, CH, GGH, HNO, IM, Inquisitenspital, NEU, NEU-ANB, URO
Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern	Nein	Ja	Landesfonds	209	CH, IM, OR, PAL, PSO
Krankenhaus St. Elisabeth	Nein	Ja	Landesfonds	127	CH, IM, PAL
Sozialmedizinisches Zentrum Sophienspital der Stadt Wien	Ja	Ja	Landesfonds	91	AG/R
Sozialmedizinisches Zentrum Süd, Kaiser-Franz-Josef-Spital mit Gottfried von Preyer'schem Kinderspital	Ja	Ja	Landesfonds	714	AG/R, CH, GGH, HNO, IM, KI, NEU, NEU-ANB, PSY, URO
St. Anna-Kinderspital, Zentrum für Kinder- und Jugendheilkunde	Nein	Ja	Landesfonds	118	HNO, KI
<i>VR 92 (12., 13., 14., 15., 16., 17., 18., 19., 23. Bezirk)</i>					
Evangelisches Krankenhaus Wien	Nein	Ja	Landesfonds	236	CH, GEM, IM, MKG, NEU, OR
Hanusch-Krankenhaus Wien	Ja	Ja	Landesfonds	457	AU, CH, GGH, HNO, IM, UC, URO
Kaiserin Elisabeth-Spital der Stadt Wien	Ja	Ja	Landesfonds	240	CH, IM
Krankenhaus Göttlicher Heiland	Nein	Ja	Landesfonds	275	AG/R, CH, GGH, IM, NEU, NEU-ANB, PAL, URO
Krankenhaus Hietzing mit Neurologischem Zentrum Rosenhügel	Ja	Ja	Landesfonds	1052	AG/R, AU, CH, DER, GGH, HNO, IM, KJP, NEU, NEU-ANB, PAL, PSY, PUL, STR/RAD, URO
Orthopädische Krankenanstalt der Stadt Wien - Gersthof	Ja	Ja	Landesfonds	102	OR
Orthopädisches Spital Wien	Ja	Ja	Landesfonds	253	OR

Sozialmedizinisches Zentrum Baumgartner Höhe - Otto Wagner-Spital mit Pflegezentrum	Ja	Ja	Landesfonds	1055	AG/R, IM, NEU, NEU-ANB, OR, PSY, PUL
St. Josef-Krankenhaus	Nein	Ja	Landesfonds	155	CH, GGH, IM
Wilhelminenspital der Stadt Wien	Ja	Ja	Landesfonds	1015	CH, DER, GEM, GGH, IM, KI, NEU, NEU-ANB, PCH, PSO, UC, URO
<i>VR 93 (21., 22. Bezirk)</i>					
Sozialmedizinisches Zentrum Floridsdorf, Krankenhaus und Geriatriezentrum	Ja	Ja	Landesfonds	177	AG/R, CH, IM
Sozialmedizinisches Zentrum Ost der Stadt Wien - Donauspital	Ja	Ja	Landesfonds	950	AG/R, AU, CH, DER, GGH, HNO, IM, KCH, KI, NC, NEU, NEU-ANB, NUK, OR, PSY, STR/RAD, UC, URO, ZMK

Quelle: Bundesministerium für Gesundheit 2010, IHS HealthEcon Darstellung 2011.

Tabelle 81: Spitäler, Geriatriezentren und Pflegewohnhäuser des Wiener Krankenanstaltenverbunds 2011

<i>Spitäler des Wiener Krankenanstaltenverbunds</i>
Allgemeines Krankenhaus der Stadt Wien – Medizinischer Universitätscampus
Kaiserin Elisabeth-Spital der Stadt Wien
Krankenanstalt Rudolfstiftung der Stadt Wien inklusive Standort Semmelweis-Frauenklinik
Orthopädische Krankenanstalt der Stadt Wien - Gersthof
Orthopädisches Spital Wien
Sozialmedizinisches Zentrum Baumgartner Höhe - Otto Wagner-Spital mit Pflegezentrum
Sozialmedizinisches Zentrum Floridsdorf, Krankenhaus und Geriatriezentrum
Sozialmedizinisches Zentrum Ost der Stadt Wien - Donauspital
Sozialmedizinisches Zentrum Sophienspital der Stadt Wien
Sozialmedizinisches Zentrum Süd, Kaiser-Franz-Josef-Spital mit Gottfried von Preyer'schem Kinderspital
Therapiezentrum Ybbs - Psychiatrisches Krankenhaus
Wilhelminenspital der Stadt Wien
<i>Geriatriezentren des Wiener Krankenanstaltenverbunds</i>
Geriatriezentrum Am Wienerwald
Geriatriezentrum Baumgarten
Geriatriezentrum Klosterneuburg
Geriatriezentrum Liesing
Geriatriezentrum St. Andrä/Traisen
Sozialmedizinisches Zentrum Sophienspital - Geriatriezentrum
Sozialmedizinisches Zentrum Baumgartner Höhe - Otto Wagner-Pflegezentrum - Geriatisches Zentrum
Sozialmedizinisches Zentrum Floridsdorf - Geriatriezentrum
Sozialmedizinisches Zentrum Ost - Geriatriezentrum Donaustadt

Sozialmedizinisches Zentrum Süd - Geriatriezentrum Favoriten
Therapiezentrum Ybbs - Geriatriezentrum
<i>Pflegewohnhäuser des Wiener Krankenanstaltenverbunds</i>
Pflegewohnhaus Leopoldstadt mit sozialmedizinischer Betreuung

Quelle: Wiener Krankenanstaltenverbund 2011.

Autoren: Thomas Cypionka, Markus Kraus, Gerald Röhrling, Julia-Rita Warmuth

Titel: Wissenschaftliche Analysen zum Wiener Gesundheitswesen

Endbericht

© 2012 Institute for Advanced Studies (IHS),
Stumpergasse 56, A-1060 Vienna • ☎ +43 1 59991-0 • Fax +43 1 59991-555 • <http://www.ihs.ac.at>
