

II/Sommer 2003

HEALTH SYSTEM WATCH

Beilage zur Fachzeitschrift **Soziale Sicherheit**

erstellt durch das Institut für Höhere Studien IHS HealthEcon

Herausgegeben vom Hauptverband der österreichischen
Sozialversicherungsträger

Ressourcenverbrauch in der EU: „Wachstumspillen“ für die Gesundheitsausgaben

SchwerpunkttHEMA: Fallpauschalen im ambulanten Sektor

Maria M. Hofmarcher, Monika Riedel, Gerald Röhrling*

Ressourcenverbrauch

In der EU scheint hohe gesamtwirtschaftliche Wertschöpfung mit hohen Ausgaben für die stationäre Versorgung einherzugehen. Das Wachstum der stationären Ausgaben ist jedoch gebremst, zumal sich die Reformen in der letzten Dekade auf diesen Leistungsbereich konzentriert haben. Die Ausgaben der ambulanten Versorgung wuchsen EU-weit unterdurchschnittlich. Eine Ausnahme bildet Österreich, das ein hohes Ausgabenniveau mit hohen Wachstumsraten kombiniert. Allerdings ist die stärkste Dynamik des Wachstums in den Ausgaben der privaten Haushalte für haus- und fachärztliche Leistungen zu erkennen. In nahezu allen Ländern wuchsen die Arzneimittelausgaben zwischen 1990 und 2000 deutlich stärker als das Bruttoinlandsprodukt, was zu einer merklichen Erhöhung des Ausgabenanteils führte. Die Wachstumsdynamik des Arzneimittelmarktes in Österreich ist besonders ausgeprägt, allerdings gehen wir von einer Konvergenz der Ausgaben aus, die für Österreich weitere Ausgabensteigerungen bedeuten könnte. Der Anteil der Arzneimittelausgaben in Prozent der gesamten Gesundheitsausgaben liegt in Österreich nach wie vor deutlich unter dem EU-Durchschnitt.

Fallpauschalen

Fallpauschalen kommen im ambulanten Sektor derzeit kaum zum Einsatz, werden aber für FachärztInnen in Deutschland geplant. Bislang werden sie nur vereinzelt und in einem krankenanstaltenähnlichen oder –nahen Umfeld und nicht flächendeckend eingesetzt. In einem deutschen Modellversuch zu ausgewählten ambulanten Operationen wurde nur bei drei von elf Operationstypen eine Substitution von stationär durch ambulant erreicht, und selbst diese erfolgte zum Teil in den Krankenanstalten-ambulanten Bereich. Bei einem einzigen Operationstyp wurde ein Rückgang der Gesamtausgaben (bei niedergelassenen Ärzten und im Krankenhaus) erzielt. Für einzelne Operationstypen stiegen die Gesamtausgaben sogar. Diese Erfahrungen zeigen die Schwierigkeiten bei der Auswahl der Eingriffe und dem Festlegen einer anreizkompatiblen Honorierung auf. In Schweden wurde eine Erweiterung des DRG-Systems für den Krankenanstalten-ambulanten Bereich entwickelt, aber noch nicht eingeführt. In zwei österreichischen Bundesländern werden bereits Fallpauschalen in Krankenanstaltenambulanzen in Österreich eingesetzt; die kurze Zeitspanne seit ihrer Einführung und insbesondere Unterschiedlichkeiten in der Datenerfassung lassen aber noch keinerlei dadurch induzierte Lenkungswirkungen erkennen.

Ressourcenverbrauch in der EU: „Wachstumspillen“ für die Gesundheitsausgaben

Die Gesundheitssysteme der EU verbrauchen etwa drei Viertel der Gesundheitsausgaben für die Leistungsbereiche stationäre Versorgung, ambulante Leistungen und medizinische Güter und Leistungen. Ziel dieses Beitrages ist es, die Wachstumsdynamik dieser Gesundheitsausgabenkomponenten für den Zeitraum 1990 bis 2000 zu analysieren.

Die Datenverfügbarkeit ist im Bereich der Arzneimittel und im stationären Sektor vergleichsweise gut. Im ambulanten Versorgungsbereich hingegen gibt es für einige EU-Länder einschließlich Österreich keine Datensätze in den internationalen Datenbanken, da die Berechnung in manchen Staaten (noch) nicht den OECD-Standards folgt.¹

Die hier präsentierte Analyse beschränkt sich daher auf jene EU-Länder, für die vollständige Datensätze vorliegen. Für die Länder Dänemark, Deutschland, Finnland, Frankreich, Italien und die Niederlande sind sowohl Zeitreihen als auch aktuelle Daten verfügbar. Für Österreich stellten wir die Ausgabenreihen aus den verfügbaren Datenquellen zusammen². Nachfolgende Tabelle zeigt die für Österreich verwendeten Ausgabenkomponenten, ihre Anteile im Jahr 2000 und Indizes zu den Basisjahren 1990 bzw. 1995.

Tabelle 1: Ausgabenkomponenten in Österreich 2000

<i>Leistungsart</i>	<i>Nominell in Euro</i>	<i>Anteile</i>	<i>Index 1995=100</i>	<i>Index 1990=100</i>
Ausgaben für stationäre Leistungen	7.238.874.700	-	117	165
Ausgaben für ambulante Leistungen	5.021.391.140	100,0	123	187
Ausgaben der Krankenversicherung	3.140.621.280	62,5	117	172
Ärztliche Hilfe und gleichgestellte Leistungen	2.457.716.765	48,9	120	177
Zahnbehandlung	491.293.213	9,8	112	158
Zahnersatz	191.611.302	3,8	100	157
Ausgaben der privaten Haushalte	1.880.769.860	37,5	132	219
Ärztliche Dienstleistungen	972.667.929	19,4	139	231
Zahnärztliche Dienstleistungen	908.101.931	18,1	125	208
Ausgaben für medizinische Güter	3.040.949.878	100,0	157	230
Ausgaben der Krankenversicherung*	2.170.794.968	71,4	176	257
Heilmittel (Arzneien)	1.968.056.147	64,7	179	275
Heilbehelfe und Hilfsmittel	202.738.821	6,7	151	158
Ausgaben der privaten Haushalte	870.154.910	28,6	123	182
Pharmazeutische Erzeugnisse	504.361.123	16,6	121	170
Andere medizinische Erzeugnisse	81.604.054	2,7	157	220
Therapeutische Geräte und Ausrüstungen	284.189.733	9,3	120	198

* einschließlich 20 Prozent Umsatzsteuer seit 1997.

Quelle: HVSV; Statistik Austria; IHS HealthEcon Berechnungen 2003.

¹ Vergleiche dazu auch die Diskussion der Vergleichbarkeit von Gesundheitsausgaben in Health System Watch #2003 (www.ihs.ac.at) und die Anhangstabellen A1 bis A3. Tabellen A2 und A3 der vorliegenden Ausgabe enthalten jedoch nur Ausgaben für hausärztliche Leistungen und Arzneimittel.

² Sämtliche Ausgabendaten für Österreich einschließlich jener in den Anhangstabellen wurden auf die Gesundheitsausgaben wie sie gemäß Statistik Austria im April 2003 für den Zeitraum 1995 bis 2002 publiziert wurden, bezogen. Für den Zeitraum 1990 bis 1995 wurden die Gesundheitsausgaben gemäß OECD Health Data 2002 verwendet.

In Absprache mit dem OECD Sekretariat erweisen sich die breitgefassten Abgrenzungen als notwendig zumal die Datenverfügbarkeit besser wird, je höher das Aggregationsniveau ist und dies außerdem die Vergleichbarkeit zwischen den Ländern ermöglicht. In den sieben ausgewählten Ländern (EU-7) lebten im Jahr 2000 62 Prozent der EU-Bevölkerung, die 66 Prozent des EU-BIPs produzierten und 71 Prozent der EU-weiten Gesundheitsausgaben verbrauchten.

Hohes Einkommen lässt stationäre Ausgaben entstehen...

Das Bruttoinlandsprodukt (BIP) pro Kopf ist ein grobes Maß für die Kaufkraft eines Landes und als Messlatte für einen Vergleich der Gesundheitsausgaben geeignet. Im Jahr 2000 betrug es - bereinigt um Kaufkraftunterschiede - im gewichteten Durchschnitt der EU-7 Länder US\$ 25.694. In Tabelle 2 sind die Länder nach den Pro-Kopf-Einkommen gereiht. Mit Ausnahme von Frankreich zeigt sich, dass die reichsten Länder die höchsten Ausgaben für stationäre Leistungen verzeichnen. Die Pro-Kopf-Ausgaben für stationäre Leistungen in Österreich lagen an vierter Stelle, während die österreichischen Pro-Kopf-Einkommen an dritter Stelle zu finden sind, sechs Prozent über dem gewichteten Durchschnitt lagen und etwas mehr als US\$ 27.000 betragen.

Tabelle 2: Bruttoinlandsprodukt und Gesundheitsausgaben nach Leistungsart, 2000

	<i>Pro Kopf, US\$ KKP</i>								<i>In Prozent des BIP</i>		
	BIP	Rang	Stationäre Leistungen	Rang	Ambulante Leistungen	Rang	Medizinische Güter	Rang	Stationäre Leistungen	Ambulante Leistungen	Medizinische Güter
Dänemark	29.050	1	1.294	1	609	2	281	7	4,5	2,1	1,0
Niederlande	27.675	2	1.105	2	331	7	333	5	4,0	1,2	1,2
Österreich	27.151	3	950	4	659	1	399	4	3,5	2,4	1,5
Deutschland	25.936	4	855	6	545	4	519	2	3,3	2,1	2,0
Italien	25.206	5	860	5	602	3	459	3	3,4	2,4	1,8
Finnland	25.078	6	663	7	506	6	309	6	2,6	2,0	1,2
Frankreich	24.847	7	1.005	3	528	5	560	1	4,0	2,1	2,3
EU-7	25.694		920		545		488		3,6	2,1	1,9

Quelle: OECD Health Data, August 2002; HVSV und Statistik Austria; IHS HealthEcon Berechnungen 2003.

...die aber nicht die sparsame Verwendung der ambulanten Leistungen garantieren.

Die Pro-Kopf-Ausgaben für ambulante Leistungen sind in Österreich hoch und belegen den ersten Rang in dieser Länderauswahl. Die Ausgaben liegen 20 Prozent über dem gewichteten Durchschnitt der EU-7 Pro-Kopf-Ausgaben für ambulante Versorgung. Dänemark und Italien folgen auf den Rängen zwei und drei. Nachdem in den Niederlanden die fachärztliche Versorgung vorwiegend im Krankenanstaltenbereich stattfindet, was sich auch in den vergleichsweise hohen Ausgaben für stationäre Leistungen niederschlagen dürfte, rangieren die Pro-Kopf-Ausgaben für ambulante Leistungen an letzter Stelle und betragen nur die Hälfte des österreichischen Vergleichswertes.

Mehr Tranquilizer bei niedrigem Einkommen...

Frankreich und Italien gelten als Länder mit einem vergleichsweise hohen Arzneimittelverbrauch, was zu den hohen Pro-Kopf-Ausgaben für medizinische Güter einschließlich Medikamenten beiträgt. Dieses Muster ist umgekehrt proportional zum Pro-Kopf-Einkommen: Das Pro-Kopf-BIP liegt in Frankreich an letzter Stelle, Italien nimmt den Rang 5 ein. Deutschland liegt mit den Pro-Kopf-Ausgaben für medizinische Güter an zweiter Stelle und belegt mit dem Pro-Kopf-BIP den vierten Platz.

...oder "cost push inflation"...

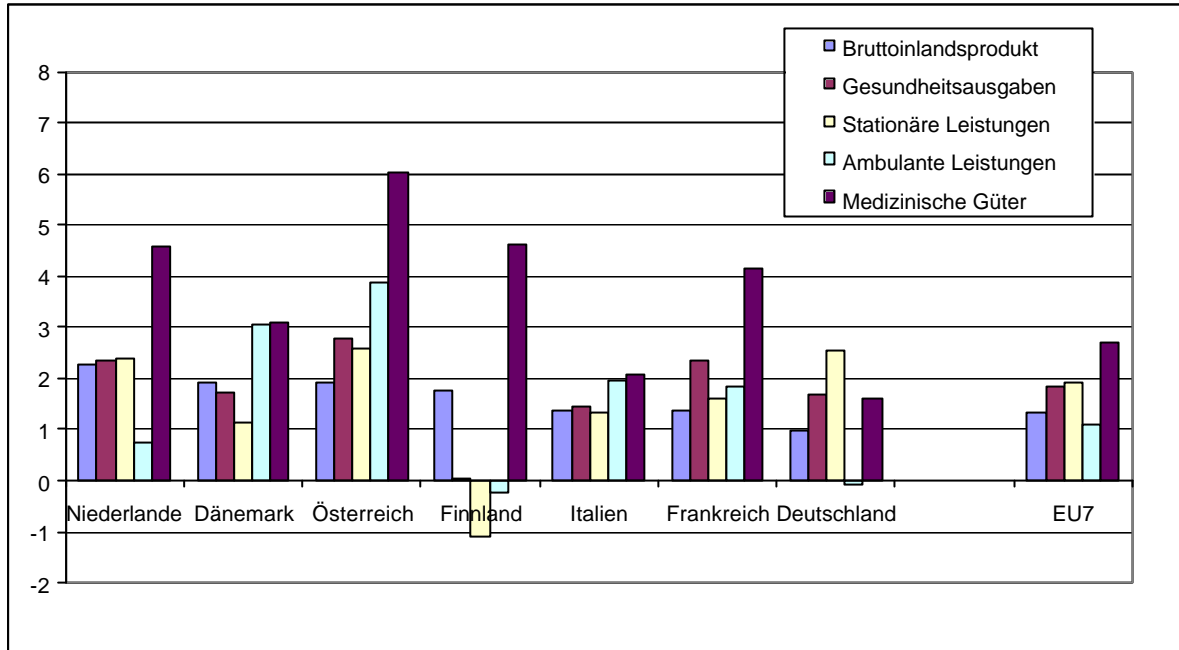
Das Wachstum der realen Pro-Kopf-Ausgaben für medizinische Güter liegt in den EU-7-Ländern deutlich über dem Wachstum des BIP pro Kopf zu Preisen 1995 und meist auch über dem Wachstum der realen Pro-Kopf-Ausgaben für die anderen Leistungsbereiche (vgl. Abbildung 1). Die Gesundheitspolitik in den meisten Ländern ist seit vielen Jahren mit dem Arzneimittelmarkt beschäftigt. In der Dynamik des Arzneimittelmarktes wird gemeinhin medizin-technische Entwicklung identifiziert: Während die Zahl der neuen chemischen Substanzen, die auf den Markt kommen, zwar seit den 60er Jahren gesunken ist³, ist die Zahl der Arzneimittel, die die Lebensqualität der Menschen erhöht, gestiegen⁴. Die Verbesserung der Lebensqualität ist jedoch nicht notwendigerweise in der realen Entwicklung der Arzneimittelausgaben abgebildet, da sie in der Konstruktion der üblicherweise verwendeten Preisindices (noch) nicht erfasst ist. So zeigt beispielsweise der Großhandelspreisindex für Österreich seit Ende der 80er-Jahre einen kontinuierlichen Preisrückgang. Allerdings beobachten wir für den Zeitraum 1980 bis 2001 ein im Vergleich zum Mengenwachstum (Verordnungen pro Kopf) stärkeres Preiswachstum (Ausgaben pro Verordnung). Diese Problematik betrifft freilich den gesamten Gesundheitssektor, dürfte aber in der Arzneimittelversorgung eine besonders große Rolle spielen.

³ Scherer F.M., The Pharmaceutical Industry, In: Culyer A.J., J.P. Newhouse, (Ed) Handbook of Health Economics, Vol. 1, Ch. 25, pp. 1298-1332, Elsevier 2000.

⁴ Lichtenberg, F.R., Are The Benefits Of Newer Drugs Worth Their Cost? Evidence From The 1996 MEPS, Health Affairs (September/October 2001): 241-51

Lichtenberg, F.R., S.Virabhak, PHARMACEUTICAL EMBODIED TECHNICAL PROGRESS, LONGEVITY, AND QUALITY OF LIFE: DRUGS AS "EQUIPMENT FOR YOUR HEALTH" National Bureau of Economic Research Working Paper 9351, <http://www.nber.org/papers/w9351>: 5.5.2003

Abbildung 1: Jahresdurchschnittliches Pro-Kopf-Wachstum 1990- 2000, zu BIP-Preisen 1995, in Prozent



Anmerkungen:

Werte für medizinische Güter in Österreich enthalten seit 1997 die Umsatzsteuer.

Wachstumsraten für Deutschland: 1992-2000: Neue Gesundheitsausgabenrechnung 2001

Quelle: OECD Health Data, August 2002; HVSV und Statistik Austria für Österreich; IHS HealthEcon Berechnungen 2003.

...oder beides

Die in der letzten Dekade durchgeführten Maßnahmen zur Dämpfung des Ausgabenwachstums im stationären Sektor dürften vergleichsweise erfolgreicher gewesen sein als Maßnahmen am Arzneimittelmarkt. Die jahresdurchschnittlichen Wachstumsraten der realen Pro-Kopf-Ausgaben für stationäre Versorgung liegen entweder gleich auf oder sogar unter der realen BIP-Entwicklung, nur Deutschland und etwas abgeschwächter Österreich weichen von diesem Muster ab. Das vergleichsweise hohe Wachstum der Arzneimittelausgaben lässt sich auf steigenden realen Verbrauch gekoppelt mit noch stärker steigenden Kosten pro Verordnung, was bei insgesamt fallenden Preisen ein Paradoxon darstellt, zurückführen. Dies liegt beispielsweise in Österreich daran, dass sich die Nachfrage auf höherpreisige Produkte verschiebt und dass manche neue innovative, meist teure Arzneimittel im Warenkorb für Arzneimittel nicht enthalten sind. Dass dies auch in anderen Ländern der Fall ist, ist wahrscheinlich.

Die Arzneimittelversorgung bekommt mehr vom Kuchen...

Abbildung 1 verdeutlicht das seit langer Zeit beobachtete Phänomen, dass der Gesundheitssektor in fast allen Ländern schneller wächst als das gesamtwirtschaftliche Einkommen⁵. Allerdings dürfte das Wachstum in der Dekade 1990 bis 2000 vorwiegend im Arzneimittelbereich entstanden sein, wobei

⁵ Reinhardt U.E, P.S. Hussey, and G.F. Anderson, "Cross-National Comparisons of Health Systems Using OECD Data, 1999," Health Affairs (May/June 2002): 169-181.

dies insbesondere zwischen 1995 und 2000 der Fall war. In diesem Zeitabschnitt gab es in den EU-7-Ländern unterdurchschnittliche reale Wachstumsraten für die stationäre, aber auch für die ambulante Versorgung. Eine Ausnahme hiervon bildet Österreich, das ein hohes Wachstum der realen Ausgaben für ambulante Leistungen aufweist. Der Abstand zum realen BIP Pro-Kopf-Wachstum betrug zwei Prozentpunkte, während die realen Pro-Kopf-Ausgaben für die ambulante Versorgung im gewichteten Durchschnitt der EU-7 Länder faktisch gleich schnell wuchsen wie das reale BIP pro Kopf (-0,2 Prozentpunkte). Zwischen 1990 und 2000 ist der Anteil der Ausgaben für stationäre Leistungen an den Gesundheitsausgaben in Österreich um 0,9 Prozentpunkte von 46,1 auf 45,2 Prozent gesunken, der gewichtete EU-7 Anteil blieb auf niedrigerem Niveau fast konstant (+0,3 Prozentpunkte) (siehe Tabelle 3).

Tabelle 3: Ausgabenkomponenten in Prozent der gesamten Gesundheitsausgaben, Österreich⁶ und EU-7

		Österreich	EU-7*
1990	stationäre Leistungen	46,1	38,3
	ambulante Leistungen	28,2	24,4
	medizinische Güter und Leistungen	13,9	16,0
1995	stationäre Leistungen	44,1	39,2
	ambulante Leistungen	29,1	23,3
	medizinische Güter und Leistungen	13,8	15,3
2000	stationäre Leistungen	45,2	38,6
	ambulante Leistungen	31,4	22,9
	medizinische Güter und Leistungen	19,0	17,1

*gewichtete an den gesamten Gesundheitsausgaben

Quelle: OECD Health Data, August 2003; HVSV und Statistik Austria für Österreich; IHS HealthEcon Berechnungen 2003.

Der Ausgabenanteil für Arzneimittelversorgung nahm zu, dies vor allem in Österreich, was teilweise durch die Einbeziehung der Umsatzsteuer von 20 Prozent seit 1997 erklärt wird. Mit Berücksichtigung der Umsatzsteuer stieg der Gesundheitsausgabenanteil für medizinische Güter und Leistungen in Österreich von 13,9 auf 19,0 Prozent, ohne Umsatzsteuer von 13,9 auf 16,3 Prozent und damit immer noch deutlich stärker als im gewichteten EU-7 Durchschnitt (+ 1,1 Prozentpunkte).

...und Österreich konvergiert gegen die EU...

Zwischen 1990 und 2000 stieg der Anteil der Arzneimittelausgaben an den gesamten Gesundheitsausgaben von 10,7 Prozent auf 15,4 Prozent (vgl. Tabelle A2). Allerdings liegt der Anteil der Arzneimittelausgaben in Österreich noch immer deutlich unter dem gewichteten EU-Durchschnitt. Das dynamische Wachstum der Versorgung mit medizinischen Gütern und Leistungen

⁶ Das Niveau der Ausgabenanteile für Österreich ist vermutlich überschätzt, zumal trotz der im April 2003 vorgelegten Revision der Gesundheitsausgaben erhebliche Ausgabenbestandteile weiterhin unberücksichtigt bleiben. Dies führt zu einer Unterschätzung der gesamten Gesundheitsausgaben von ungefähr 1,2 Mrd. Euro im Jahr 2000. Diese Unterschätzung berührt die hier vorgenommene Analyse jedoch nicht, zumal wir die Verschiebung der Ausgabenanteile und nicht das Niveau betrachten. Vergleiche auch die detaillierte Diskussion der Probleme der Gesundheitsausgabenberechnungen in Österreich in Health System Watch I-2003 (www.ihs.ac.at).

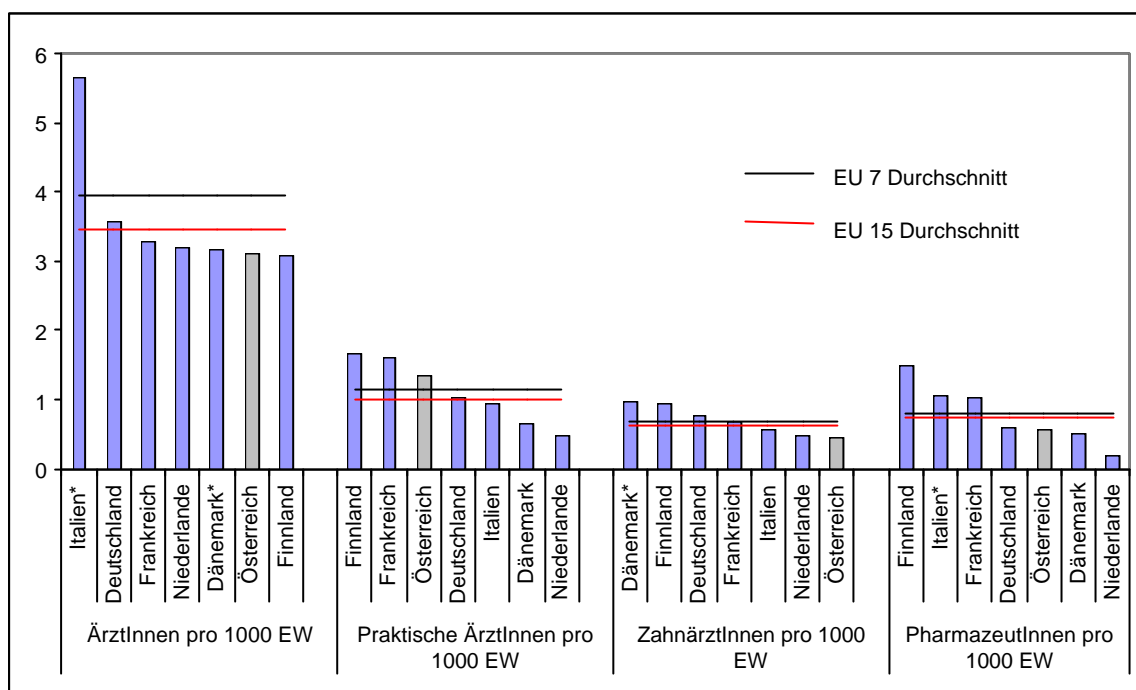
in Österreich veranschaulicht den möglichen Trend einer Konvergenz der Gesundheitsausgaben: Länder niedriger Ausgabenniveaus im Jahr 1990 haben in der Tendenz höhere Wachstumsraten der realen Pro-Kopf-Ausgaben zwischen 1990 und 2000. In den EU-7 Ländern beträgt der Korrelationskoeffizient zwischen den Niveaus der Pro-Kopf-Arzneimittelausgaben 1990 und den realen Wachstumsraten im Zeitraum 1990 bis 2000 $-0,63$ ($p=0,13$). In allen anderen Leistungsbereichen ist dieser negative Zusammenhang ebenso feststellbar, aber keineswegs so stark.

...die bei ambulanten Leistungen moderat wächst.

Bedingt durch unterdurchschnittliche Wachstumsraten in der Dekade 1990 bis 2000 kam es im EU-7 Durchschnitt zu einem leichten Rückgang des Ausgabenanteils von 24,4 Prozent auf 22,9 Prozent. In Österreich war die Entwicklung eine andere. Der Ausgabenanteil für ambulante Leistungen (einschließlich der Ausgaben für zahnärztliche Versorgung) betrug in Österreich im Jahr 2000 31,4 Prozent und war damit drei Prozentpunkte höher als 1990. Die haus- und fachärztliche Versorgung allein verbrauchte im Jahr 2000 21,4 Prozent der Gesundheitsausgaben und lag um 2,3 Prozentpunkte über dem Anteil 1990 (vgl. Tabelle A3). Mehr als ein Drittel der ambulanten Leistungen in Österreich werden von privaten Haushalten finanziert (siehe Tabelle 1). Die dynamische Entwicklung der ambulanten Leistungen ist in erster Linie auf das deutlich stärkere Wachstum der privaten Ausgaben für die fach- und zahnärztliche Versorgung zurückzuführen, wobei insbesondere (fach-)ärztliche Dienstleistungen verstärkt privat nachgefragt werden.

Führt hohes Einkommen zu weniger praktischen ÄrztInnen...

Länder mit hohem Pro-Kopf-Einkommen sind nicht automatisch mit einer hohen Anzahl von ÄrztInnen ausgestattet. Dänemark und die Niederlande haben die geringste Dichte an praktischen ÄrztInnen in den EU-7 Ländern, rangieren aber mit dem Einkommen an erster und zweiter Stelle (vgl. Tabelle 2 und Abbildung 2). Finnland und Frankreich haben hohe Dichten bei praktischen ÄrztInnen und geringe Pro-Kopf-Einkommen.

Abbildung 2: ÄrztInnendichte und PharmazeutInnendichte 2000.

*1999

Quelle: WHO Health for all database, Jänner 2003; IHS HealthEcon Berechnungen 2003.

Auch in Österreich korrespondieren die hohen Ausgaben für die ambulante Versorgung nicht mit einer hohen Dichte an ÄrztInnen⁷.

In der Literatur gibt es Hinweise, dass es eine zehnjährige Verzögerung zwischen dem Pro-Kopf-Einkommen und der Ärztedichte gibt und dass der Zusammenhang zwischen Ärztedichte und Pro-Kopf-Einkommen positiv ist⁸. In unserer Länderauswahl zeigt sich kein positiver Zusammenhang zwischen aktueller Ärztedichte und vergangenem Einkommen. Im Gegenteil, wir finden einen negativen Zusammenhang: Je höher das BIP pro Kopf ist, umso geringer ist die Ärztedichte (Korrelationskoeffizient – 0,69 (p=0,08)). Ein Grund für dieses Ergebnis kann sein, dass wir in dieser Länderauswahl einen Bias haben, zumal Deutschland, Frankreich, die Niederlande und auch Österreich als Sozialversicherungsländer eine starke Selbstregulierung im Ärzteangebot haben und die Honorierung in der Hauptsache auf Einzelleistungsvergütung abstellt (vgl. Tabelle 4). Die Kombination aus starker Selbstregulierung und Einzelleistungsvergütung könnte zur Folge haben, dass ÄrztInnen überdurchschnittlich gute Einkommen lukrieren, wenn die Marktteilnahme restriktiv gehandhabt wird⁹.

⁷ Alle niedergelassenen ÄrztInnen ohne ZahnärztInnen und ÄrztInnen in Ausbildung.

⁸ Cooper, R.A. et al, "Economic and Demographic Trends Signal an Impending Physician Shortage," Health Affairs (Jan/Feb 2002): 140-154

⁹ Für Österreich können wir mit einiger Gewißheit davon ausgehen, dass die ÄrztInnen unter den selbstständig Erwerbstätigen die höchsten EinkommensbezieherInnen sind. Vgl. Bericht des Rechnungshofes – Einkommen 1/2002, Wien.

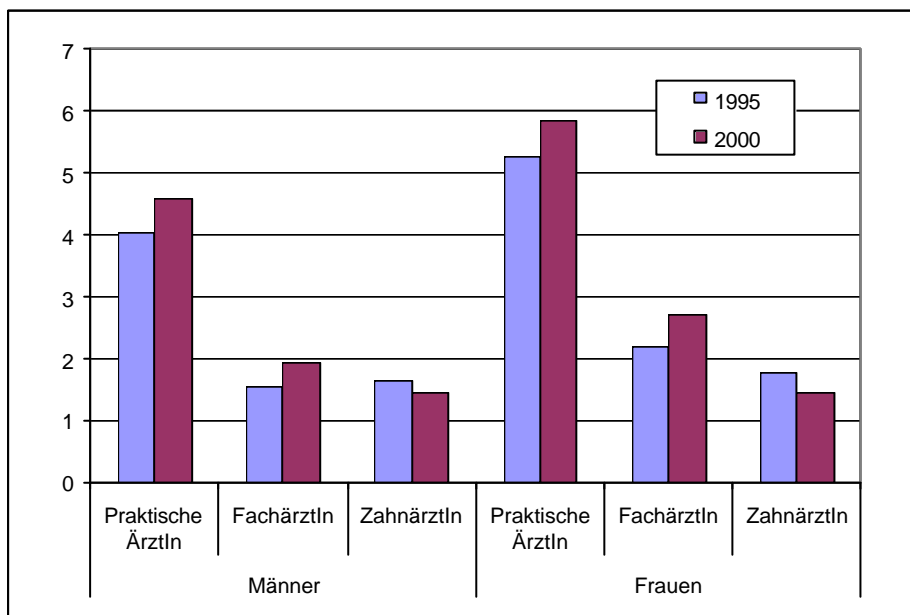
...oder versorgen weniger ÄrztInnen mehr PatientInnen

Für unsere Länderauswahl beobachten wir darüber hinaus, dass Länder mit geringer Ärztedichte hohe Inanspruchnahmeraten haben. Im EU-7 Durchschnitt werden pro Kopf und Jahr 6,3 Arztbesuche abgestattet. Die Häufigkeit der Inanspruchnahme ist aber schwach negativ mit der Dichte der praktischen ÄrztInnen korreliert (Korrelationskoeffizient $-0,27$ ($p=0,57$)). Die Inanspruchnahme in Österreich (6,7) liegt sieben Prozent über der bevölkerungsgewichteten EU-7-Rate, die Dichte der praktischen ÄrztInnen (1,3 pro 1000 Personen) 17 Prozent (vgl. Abbildung 2). Das europäische Haushaltspanel¹⁰ erlaubt, die Häufigkeit der Inanspruchnahme über die Zeit und differenziert nach sozio-ökonomischen Kriterien zu beobachten.

Die Nachfrage nach ärztlichen Leistungen steigt weniger stark als die Ausgaben

Im Jahr 2000 besuchten Frauen durchschnittlich 5,8 mal und Männer 4,6 mal eine praktische ÄrztIn. Gegenüber 1995 stieg die Arztkontakthäufigkeit um 10 Prozent bei Frauen und um 13 Prozent bei Männern (vgl. Abbildung 3).

Abbildung 3: ÄrztInnenkontakte in Österreich



Quelle: Europäisches Haushaltspanel, IHS HealthEcon Berechnungen 2003.

¹⁰ Das Europäische Haushaltspanel ist eine in 14 EU-Staaten durchgeführte Panelerhebung zur Lebens- und Einkommenssituation in Europa. In Österreich nahmen 4646 Personen sowohl bei der Erhebungswelle 1995 als auch bei jener im Jahre 2000 teil.

Die für den Bereich Gesundheit analysierten Fragestellungen lauteten:

1. „Wie oft haben Sie in den letzten 12 Monaten eine/n praktische/n Arzt/Ärztin konsultiert?“
2. „Wie oft haben Sie in den letzten 12 Monaten eine/n Facharzt/ärztin konsultiert?“
3. „Wie oft haben Sie in den letzten 12 Monaten eine/n Zahnarzt/ärztin konsultiert?“

Im selben Zeitraum lag der Ausgabenanstieg für ärztliche Leistungen, die von den privaten Haushalten bezahlt werden (+ 39 Prozent), deutlich über dem gesamten Ausgabenanstieg für ärztliche Hilfe (+ 20 Prozent). FachärztInnen werden deutlich weniger oft kontaktiert. Allerdings ist gegenüber 1995 die Arztbesuchshäufigkeit deutlicher gestiegen als bei den praktischen ÄrztInnen (+ 25 Prozent für Männer und für Frauen). Der Abstand in der Häufigkeit der Arztkontakte zwischen Männern und Frauen ist einigermaßen konstant. Sowohl Frauen als auch Männer besuchen HausärztInnen etwa zwei mal so häufig wie FachärztInnen. ZahnärztInnen werden 1,4 mal pro Jahr besucht. Obwohl die Inanspruchnahme von ZahnärztInnen seit 1995 sowohl für Männer (-13 Prozent) als auch für Frauen (-19 Prozent) gesunken ist, stiegen die nominellen Ausgaben der Krankenversicherung für Zahnbehandlungen zwischen 1995 und 2000 um 12 Prozent, jene für Zahnersatz blieben konstant. Private Haushalte gaben im Jahr 2000 für zahnärztliche Leistungen gegenüber 1995 25 Prozent mehr aus.

Der ambulante Sektor in Österreich wächst im Vergleich zu den EU-7 dynamischer (vgl. auch Tabelle 3). Allerdings dürfte es sich hier nicht um die seitens der Gesundheitspolitik gewünschte Verlagerungen von „stationär zu ambulant“ handeln, zumal die Nachfrage im stationären Sektor ungebrochen hoch ist (vgl. Tabelle A4 und auch A1). Zudem deutet die wachsende Inanspruchnahme der ambulanten Leistungen bei noch deutlicher wachsenden Ausgaben darauf hin, dass die privaten Haushalte vermehrt haus- und fachärztliche Leistungen aus dem laufenden Einkommen finanzieren, das demzufolge zu einer wichtigen Einkommensquelle für ÄrztInnen geworden ist.

Für die gegenwärtig geführte Debatte um neue Selbstbehalte ist diese Entwicklung wichtig, zumal Selbstbehalte für Vertragsärzte die Anreize, WahlärztInnen zu kontaktieren, erhöhen könnten. Darüber hinaus zeigen die Ergebnisse des Haushaltspanels, dass Frauen deutlich häufiger haus- und fachärztliche Leistungen nachfragen als Männer. Selbstbehalte pro Arztbesuch würden demgemäss Frauen vermehrt treffen. Dies ist im Hinblick auf die nachhaltig bestehenden Einkommensunterschiede zwischen Männern und Frauen¹¹ besonders zu beachten. Deshalb scheint uns in der gegenwärtigen Situation ein Überdenken bestehender Vertragsregelungen (selektives Kontrahieren und die Reform bzw. die Harmonisierung der Honorar- und Vertragsstrukturen) ein wichtiger Anknüpfungspunkt, um den fairen Zugang zu haus- und fachärztlicher Versorgung aufrecht zu erhalten und weiter auszubauen.

Der nachfolgende Abschnitt beschäftigt sich mit Honorierungsformen im ambulanten Bereich und versucht der Frage nachzugehen, ob es Länder gibt, die bereits Fallpauschalen in der haus- und fachärztlichen Versorgung als Finanzierungsinstrumente verwenden.

¹¹ Bericht über die Soziale Lage 2001 – 2002, Analysen und Ressortaktivitäten, BMSG, Wien 2002.

Schwerpunktthema: Fallpauschalen im ambulanten Sektor

Es gibt drei Grundtypen für die Honorierung der Ärzte, die in den meisten Ländern in Mischformen anzutreffen sind, Gehälter, Kopfpauschalen und Einzelleistungshonorierung, vgl. Tabelle 4. Diese Grundtypen sind mit jeweils unterschiedlichen Anreizen für und zum Teil auch gegen einen volkswirtschaftlich sinnvollen Ressourceneinsatz ausgestattet¹². Fallpauschalen kommen im ambulanten Bereich derzeit kaum zum Einsatz. Uns sind lediglich einige Einzelfälle von Fallpauschalen im ambulanten Sektor bekannt, und selbst in diesen werden sie in einem krankenanstaltenähnlichen oder –nahen Umfeld und nicht flächendeckend eingesetzt, wie in einem Modellversuch zum ambulanten Operieren in Schleswig-Holstein¹³, einem für Schweden geplanten Modell¹⁴ und in Österreich in den Krankenanstaltenambulanzen in Tirol und Niederösterreich. Auch die neue Tarifstruktur im Schweizer Gesundheitswesen, deren erster Teilbereich mit Anfang Mai 2003 nach langwierigen Vorarbeiten erprobt werden soll, beinhaltet lediglich eine Absichtserklärung, dass besonders häufige Diagnosen künftig über ambulante Fallpauschalen abgerechnet werden sollen¹⁵.

¹² vgl. Health System Watch 2/2002 und die dort zitierte Literatur (www.ihs.ac.at).

¹³ Gerber I, Roterberg C, Ambulante Fallpauschalen: Ergebnisse eines Modellversuches in Schleswig-Holstein, In: Arnold, Litsch, Schellschmidt (eds.), Krankenhaus-Report 2000: Vergütungsreform mit DRGs, Schattauer.

¹⁴ Mats Fernström, Development of a DRG system for outpatient procedures (NordDRG-O), Casemix vol 4, no 1, March 31, 2002 und Mats Fernström, A common Nordic version of NordDRG-O for One-day care. Final report from the project group for NordDRG-O, mimeo, 2003.

¹⁵ SUVA, Tarmed – die neue Tarifstruktur tritt in Kraft. Der erste Schritt zum einheitlichen Arzttarif, Bern/Luzern, Pressemitteilung 16. Dezember 2002

Tabelle 4: Vergütungsformen von praktischen ÄrztInnen und FachärztInnen in ausgewählten Ländern

	Quelle/Jahr	Vergütungstyp Praktische ÄrztInnen	Vergütungstyp Fachärzte
Osterreich	HIT 2001	Mischsystem: Fallpauschale pro Quartal und Einzelleistungsvergütung	gleich
Belgien	HIT 2000	Einzelleistungsvergütung	gleich
Dänemark	HIT 2001	Mischsystem: Kopfpauschale (1/3) und Einzelleistungsvergütung (2/3)	Einzelleistungsvergütung
Deutschland	HIT 2000	Einzelleistungsvergütung (Punktesystem)	gleich
Finnland	HIT 2001;	HausärztInnen (40%): Mischsystem: Gehalt (60%), Kopfpauschale (20%),	Fachärzte in Krankenanstalten: Gehalt,
	Mossialos/	Einzelleistungsvergütung(15%) und lokale Zuschüsse (5%)	in Privatpraxen: Einzelleistungsvergütung
	Le Grand 1999	Andere ÄrztInnen (60%): Gehalt und Einzelleistungsvergütung	
Frankreich	EOHCS 2002	Einzelleistungsvergütung	gleich
Griechenland	HIT 1996	Gehalt	gleich
Irland	Mossialos/ Le Grand 1999	Kopfpauschale (abhängig von Geschlecht, Alter und der Distanz zwischen dem Wohnort des/der PatientIn und der ÄrztInnenpraxis) und zusätzliche Entlohnung für bestimmte Leistungen	-
Italien	HIT 2001	Mischsystem: Kopfpauschale, Einzelleistungsvergütung und von induzierten Kosten abgeleitete Entlohnungskomponente	nur gleich für KinderärztInnen, FachärztInnen in Krankenanstalten: Gehalt
Luxemburg	Mossialos/ Le Grand 1999	Einzelleistungsvergütung	gleich
Niederlande	EOHCS 2002; OECD 2003	Kopfpauschale (Einzelleistungsvergütung für privatversicherte PatientInnen und öffentlich Bedienstete)	Einzelleistungsvergütung
Portugal	HIT 1999	Gehalt (in Planung: Mischsystem)	Einzelleistungsvergütung
Schweden	OECD 2003, HiT 2001	Gehalt, seit 1994 zum Teil Kopfpauschalen und Zuschläge	gleich
Spanien	OECD 2003, HiT 2000	Gehalt. Aus dem System vor 1984 gibt es noch rund 19% der Patienten mit Kopfpauschalen.	gleich
Vereinigtes Königreich	OECD 2003, HiT 1999	Kopfpauschalen plus Zuschläge für spezielle Leistungen	Gehalt
Schweiz	HiT 2000 p.68	Einzelleistungsvergütung, HMOs meist Gehalt aber 2 HMOs haben erfolgsorientierte Bezahlung mit garantiertem Mindesteinkommen.	Einzelleistungsvergütung
Norwegen	OECD 2003, HiT 2000	Gehalt (30-40% ihres Einkommens) plus Einzelleistungsvergütung für Vertragsärzte	gleich
USA	OECD 2003	Kopfpauschalen vorherrschend in Managed Care Systemen (rd 90% der Versicherten)	Einzelleistungsvergütung

Quellen: European Observatory on Health Care Systems (EOHCS), Health care systems in eight countries: trends and challenges, April 2002.

Health Care Systems in Transition (HiT), verschiedene Länderberichte; OECD, Health care systems: lessons from the reform experience, ECO/CPE/WP1(2003)4;

Mossialos E, Le Grand J: Health Care and Cost Containment in the European Union, Ashgate, Aldershot, 1999.

Allerdings hat die deutsche Gesundheitsministerin für Mai 2003 einen Gesetzentwurf zur Gesundheitsreform angekündigt, der unter dem Punkt *Weiterentwicklung des ärztlichen Vergütungssystems - Anreize für bessere und wirtschaftlichere Behandlung* vorsieht: „Die Vergütung für die hausärztliche Versorgung soll patientenorientiert gestaltet werden, für fachärztliche Behandlungen sollen Fallpauschalen eingeführt werden.“¹⁶ Über die konkrete Ausgestaltung des geplanten Systems von Fallpauschalen ist uns noch nichts bekannt¹⁷. Die Reform könnte sich jedoch an den Kritikpunkten bzw. Vorschlägen des Gutachtens des Sachverständigenrates orientieren¹⁸. Nach den dort geäußerten Vorschlägen sollten Fachärzte eine Kombination aus Fallpauschalen, Einzelleistungsvergütung und einem ergebnisorientierten Honoraranteil erhalten. Die Fallpauschale soll sich einerseits an der Hauptdiagnose orientieren und andererseits die allgemeine Morbidität berücksichtigen. Sie soll die gesamten Behandlungskosten aller Patienten abdecken. Eine Einzelleistungsvergütung soll für spezielle Diagnose- und Therapieverfahren gezahlt werden, die vom Facharzt wie vom Krankenhaus erbracht werden können.¹⁹

Unter dem Gesichtspunkt des zunehmenden internationalen Interesses für eine auf Fallpauschalen basierende Vergütung ambulanter Leistungen scheint es uns lohnend, vorhandene Erfahrungen zu sammeln und zu analysieren, um sie anderen Honorierungsformen gegenüberzustellen.

Honorierungssysteme verfolgen unterschiedliche Zielsetzungen

In den vergangenen Jahren wurden in einer Reihe von Ländern Fallpauschalensysteme im stationären Sektor eingeführt, für eine Übersicht vgl. Rochell, Roeder 2000²⁰. Die Zielsetzungen bei der Einführung waren durchaus unterschiedlich. Neben dem Einsatz für die Krankenanstaltenfinanzierung, oft verknüpft mit dem Bestreben nach einer Dämpfung des Kostenanstiegs, werden Fallpauschalensysteme auch für Krankenhausvergleiche und zur Qualitätssicherung genutzt. Werden die am häufigsten eingesetzten Formen – Diagnosis Related Groups oder DRGs – wörtlich genommen, bezeichnen sie Fallpauschalen, die auf gleiche Diagnosen, nicht notwendigerweise aber auf gleiche Behandlungsmethoden abstellen. Grundidee ist hierbei, dass Leistungsanbieter Anreize haben sollen, die Behandlung eines Leidens ressourcenschonend durchzuführen, und nicht – wie bei Einzelleistungsvergütung zu befürchten – möglichst viele Leistungseinheiten durchzuführen. Dementsprechend ist es unter dem Ziel einer gesamtwirtschaftlich optimalen Ressourcenallokation nicht sinnvoll, unterschiedliche Anbieter für die Betreuung/Behandlung von PatientInnen mit gleicher Diagnose unterschiedlich zu bezahlen. Anders gesagt, Fallpauschalensysteme sollten vor institutionellen Grenzen nicht Halt machen, wenn eine möglichst vollständige Ausschöpfung der Effizienzpotenziale dieses Honorierungssystems das Ziel ist.

¹⁶ <http://www.bundesregierung.de>, 03/04/03.

¹⁷ Auch das Glossar für Gesundheitspolitische Begriffe der deutschen SPD-Bundestagsfraktion ist nicht wesentlich informativer: Eine Fallpauschale ist ein Pauschalbetrag, mit dem alle ärztlichen Leistungen eines Behandlungsfalls abschließend honoriert werden. Die Gesamtvergütung errechnet sich bei Fallpauschalen, indem die Zahl aller Behandlungsfälle mit dem Pauschalbetrag multipliziert wird. Bei diesem Vergütungssystem tragen die Krankenkassen das Morbiditätsrisiko und die finanziellen Folgen der Mitgliederentwicklung. Die Ärzte tragen das Mengenrisiko, d.h. den Mehr- oder Minderaufwand pro Behandlungsfall. <http://www.spdfraktion.de/pa/ag/gesundheit/glossar.pdf> [12/4/03]

¹⁸ Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität, Gutachten 2003.

¹⁹ Detlef Haffke, Niedersächsisches Ärzteblatt 1/03 <http://www.haeverlag.de> [8/4/03]

²⁰ Rochell B, Roeder N, DRG-basierte Entgeltsysteme in Europa, In: Arnold, Litsch, Schellschmidt (eds.), Krankenhaus-Report 2000: Vergütungsreform mit DRGs, Schattauer.

In Österreich wurde eine Ausdehnung des Honorierungssystems für stationäre Leistungen auch auf den krankenanstalten-ambulanten Bereich bereits mehrfach eingemahnt²¹ und ist derzeit eines der Schwerpunktthemen für die Weiterentwicklung des leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierungssystems²². Allerdings ist anzumerken, dass das österreichische LKF-System nur teilweise dem Idealtyp eines auf *Diagnosegruppen* beruhenden Systems entspricht, wie es ja auch die Bezeichnung *leistungsorientiert* nahelegt. Ein Blick auf die Baumstruktur der Gruppengliederung im LKF-System zeigt, dass nur der eine Zweig auf Diagnosegruppen, der zweite Zweig hingegen auf Einzelleistungsgruppen (und damit Leistungen) beruht. Diese Unterscheidung ist nicht rein akademisch, da beide Honorierungsformen, Fallpauschalen und Einzelleistungen, unterschiedliche Anreizwirkungen auf die Leistungserbringer ausüben, und Fallpauschalen unter dem Ziel der Effizienzsteigerung in der Regel die besseren Eigenschaften zugeschrieben werden²³.

Fallpauschalen existieren vereinzelt für ‚Outpatients‘

Design des Modellversuchs Schleswig-Holstein²⁴ ...

Für eine Auswahl von 20 Operationen wurde in Schleswig-Holstein ein mehrjähriger Modellversuch gestartet, in dem ein Fallpauschalensystem mit der Zielsetzung entwickelt und genutzt wurde, ambulantes Operieren in jenen Fällen zu fördern, wo kein stationärer Aufenthalt medizinisch notwendig ist, und damit stationäre Leistungen durch gleichwertige ambulante zu substituieren. Zusätzlich sollten auch finanzielle Einsparpotenziale bei den ausgewählten Operationen festgestellt werden. Aus Qualitätsüberlegungen waren die im Modellversuch entwickelten und eingesetzten Pauschalen nur von Arztpraxen verrechenbar, die eine jährliche Mindestoperationsleistung erbringen. Krankenhäuser waren explizit nicht mit einbezogen. In dieser Hinsicht unterscheidet sich der deutsche Modellversuch grundlegend von den nachfolgend besprochenen Modellen in Schweden und Österreich, die ja auf ambulante Patientenbehandlung in Krankenanstalten abstellen.

Die Fallpauschalen des deutschen Modellversuchs wurden kostenorientiert berechnet und neu kalkuliert. Als Hauptunterschiede im Vergleich zur Kalkulation stationärer Pauschalen ergab sich, dass neue Module eingeführt, fallweise neue Verrechnungssätze für die Kostenarten einzelner Module geschaffen, Kostenarten wie z. B. Investitionskosten in die Berechnung aufgenommen und einige Kalkulationsbestandteile der stationären Berechnung herausgenommen wurden. Als Ergebnis der Kalkulation ergaben sich Fallpauschalen, die sowohl sämtliche Personal- als auch Sachkosten am Tag der Operation enthalten.

Obwohl nur 20 Operationsarten vom Modellversuch erfasst waren, bilden diese doch das erhebliche Substitutionspotenzial von 22,4 Prozent aller stationären OP-Fälle ab. Um unsichere Ergebnisse

²¹ Österreichischer Rechnungshof, Wahrnehmungsbericht des Rechnungshofs über die Reform des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung, 12. Juli 2000 und Stepan A., Sommersguter-Reichmann M (2001): Analyse des neuen leistungsorientierten Krankenanstalten-Finanzierungssystems in Österreich. Arbeitspapier, TU Wien / Donau Universität Krems / Karl-Franzens-Universität Graz

²² Embacher G., Schneider R. (2002), The Austrian Procedures and Diagnosis Oriented Hospital Financing System, Proceedings of the 18th Patient Classification Systems/Europe Conference, Innsbruck/Austria, October 2-5, 2002

²³ Hsiao W.C., Roberts M.J., Berman P.A., Reich M.R.: Getting Health Reform Right, Harvard University, Oktober 2000

²⁴ Gerber I, Roterberg C, Ambulante Fallpauschalen: Ergebnisse eines Modellversuches in Schleswig-Holstein, In: Arnold, Litsch, Schellschmidt (eds.), Krankenhaus -Report 2000: Vergütungsreform mit DRGs, Schattauer.

aufgrund geringer Fallzahlen zu vermeiden, wurde die weitere Analyse auf 11 häufige Operationen eingeschränkt, die allerdings über 90 Prozent aller Fälle der 20 Modell-Operationen repräsentieren.

...und seine Ergebnisse

Die vereinbarten Pauschalen liegen über den zuvor vergüteten Sätzen für niedergelassene Ärzte, die sich aus dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) ergeben. Daher führte dieser finanzielle Anreiz zu einer Erhöhung der vertragsärztlichen Leistungen, und zwar um 896 Operationen oder 13,5 Prozent gegenüber dem Vergleichszeitraum. Rund ein Drittel dieses Zuwachses stammt allerdings von Arztpraxen, die nicht am Modellversuch teilgenommen haben: Da für die Teilnahme eine Mindestzahl an Operationen notwendig war, vermuten die StudienautorInnen, dass diese Praxen offenbar darauf abzielten in den Modellvertrag aufgenommen zu werden. Über alle Leistungen kam es nur zu einer mengenmäßigen Reduktion der stationären Haupt- und Belegabteilungsfälle, die unter drei Prozent lag (minus 513 Fälle).

Wird die ambulante Versorgung durch Krankenhäuser jedoch mit der stationären zusammengefasst, bleibt lediglich ein Substitutionsvolumen von 168 Operationen oder 0,8 Prozent. Der Rückgang der stationär behandelten Fälle wurde nämlich nur zum Teil durch eine Verlagerung in Arztpraxen erreicht, und zum Teil auch durch vermehrte ambulante Operationen am Krankenhaus; diese waren ja nicht im Rahmen des Modellvertrags erfasst. Bei belegärztlicher Tätigkeit hingegen dürfte eine teilweise Verlagerung vom Krankenhaus in die Praxis stattgefunden haben.

In der Gesamtschau zeigen sich keine finanziellen Einsparungen für die betrachteten Operationen. Die Krankenhausleistungen (ambulant und stationär) sind zwar gesunken, der Anstieg der vertragsärztlichen Kosten machte jedoch mehr als das Doppelte aus. Die bessere Vergütung der Modelleleistungen und die Fallzahlsteigerung im vertragsärztlichen Bereich dürften die geringeren Kosten im stationären Bereich überkompensiert haben. Bei Betrachtung der einzelnen Leistungen ergibt sich jedoch ein differenzierteres Bild. Lediglich bei einer einzigen Modelleleistung (Abrasio der Gebärmutter) ergab sich ein finanzielles Einsparpotenzial, obwohl bei dieser Leistung die Substitution sowohl in den Krankenhaus-ambulantem als auch in den vertragsärztlichen Bereich stattgefunden haben dürfte und nicht vornehmlich in letzteren. Bei Kataraktoperationen hingegen fand eine Verlagerung von Eingriffen auf den ambulanten Bereich bei konstanter Gesamtfallzahl statt. Finanzielle Einsparungen traten dennoch nicht auf, da die Modellärzte nicht nur die zusätzlichen, sondern sämtliche Kataraktoperationen im Modell mit der Pauschale abrechneten, die um ca. 400 DM (205 Euro) über der vorherigen EBM-Vergütung je Fall lag. Bei anderen Operationen blieb eine Verlagerung in den ambulanten Sektor aus, bzw. fand ein stärkerer Anstieg ambulanter als stationärer Eingriffe statt. Wie im Fall der Katarakte, führt die geänderte (= erhöhte) vertragsärztliche Vergütung bei ausbleibender Substitution tendenziell zu überproportional steigenden Ausgaben.

Die StudienautorInnen schließen aus diesen Beobachtungen, dass die offenbar auch in Deutschland praktizierte strenge sektorale Trennung zwischen ambulantem und stationärem Bereich einer mengenmäßigen und insbesondere einer finanziellen Substitution entgegenwirkt. Sie empfehlen eine sektorübergreifende Förderung des ambulanten Operierens; die Krankenhäuser sollten ebenso wie die niedergelassenen Leistungserbringer in den entsprechenden Vertrag mit einbezogen werden.

Außerdem weisen sie darauf hin, dass die Diagnosen- bzw. Therapiedefinition nicht das einzige entscheidende Kriterium für die ambulante Durchführung einer Operation darstellt. Vielmehr sollten familiäres und soziales Umfeld des Patienten mitberücksichtigt werden, und ambulante Versorgungsanteile je Operation mit integrierten Leistungsanbietern verhandelt werden.

Wieweit die erzielten Ergebnisse von der Höhe der (nunmehr höheren) Vergütung im Modellversuch abhängen, wird im Artikel nicht diskutiert. Offen bleibt damit, ob in einzelnen Fällen die vereinbarte Vergütung zu hoch angesetzt worden sein könnte. Das wäre dann der Fall, wenn es ein Honorarniveau zwischen EBM-Niveau und dem im Modellversuch tatsächlich vereinbarten gibt, das noch hoch genug ist, um Anreize für eine Verlagerung in den ambulanten Bereich zu bieten (zumal ja alle Fälle mit gleicher Diagnose damit abgegolten werden, auch jene, die nie für eine stationäre Behandlung in Betracht gezogen worden wären), aber niedrig genug, um die Steigerung der gesamten ambulanten Kosten nicht über die Einsparung im stationären Bereich anwachsen zu lassen. Gerade die erzielten heterogenen Ergebnisse und offenen Fragen zeigen aber auf, wie diffizil die Frage von Fallpauschalen als Lenkungsinstrument ist.

DRGNord-O: Fallpauschalen für tagesklinische Eingriffe in Schweden²⁵

Eine grundsätzlich andere Zielsetzung verfolgt ein in Schweden entwickeltes Modell, da dort speziell auf tageschirurgische und endoskopische Leistungen in Krankenhäusern abgestellt wird. Für die nordischen Länder einschließlich Schweden wurde bereits in den 90er Jahren in Anlehnung an das amerikanische DRG-System NordDRG entwickelt. Dieses System ist zwar für den stationären Bereich gedacht, wird aber in einigen Verwaltungsbezirken (county councils) auch im ambulanten Bereich eingesetzt, insbesondere für die Tageschirurgie. Nach den schwedischen Erfahrungen werden tageschirurgische Leistungen in 50-60 Prozent der Fälle gut durch die DRGs für den stationären Bereich beschrieben, nämlich bei Operationen. Bei den verbleibenden Fällen ist die Verwendung von NordDRG wenig zielführend, sodass der Beschluß gefaßt wurde, im Hinblick auf den ambulanten Bereich eine adaptierte Version, NordDRG-O (O für Outpatient), zu entwickeln; dieses System soll für ambulante Patienten und für stationäre Ein-Tages-Patienten gleichermaßen Anwendung finden. Da auf die Abbildung tagesklinischer Leistungen abgezielt wurde, wurden alle DRGs ausgeklammert, die keine Eingriffe (procedures) enthalten; dies reduziert die Anzahl von DRGs auf rund die Hälfte. In der Vergangenheit waren nur bei einem Zehntelprozent der ambulanten PatientInnen Komplikationen oder Nebendiagnosen (comorbidities) verzeichnet worden. Daher wurde diese Thematik als irrelevant für den ambulanten Bereich eingestuft und in der Entwicklung von NordDRG-O ebenfalls ausgeklammert, was die Zahl der DRGs weiter reduzierte. DRGs, die heute vorwiegend oder ausschließlich für stationäre PatientInnen vergeben werden, wurden hingegen beibehalten. Damit soll verhindert werden, dass Adaptionen des Systems notwendig werden, wenn der medizin-technologische Fortschritt eine ambulante Behandlung ermöglicht.

Die schwedischen Experten gehen davon aus, dass es nicht möglich ist, vollständige Kompatibilität zwischen stationären und ambulanten DRGs zu erzielen. Während Fälle mit einer Operation in beiden Settings identisch codiert werden sollten, sind bei ambulanten Fällen oft Faktoren für die Codierung maßgeblich, die im stationären Zusammenhang irrelevant sind. Die unterschiedliche

²⁵ Dieser Abschnitt beruht auf Informationen aus Fernström, op. cit.

Relevanz stammt hierbei vor allem aus unterschiedlicher Komplexität und daraus resultierenden unterschiedlichen Kosten im stationären und im ambulanten Bereich. Im ambulanten Setting können verschiedene Faktoren Kostenunterschiede bewirken und dementsprechend zu unterschiedlicher Codierung führen, während dieselben Kostenunterschiede in einer stationären Behandlung bereits vernachlässigbar sind, weil die Durchschnittskosten weit höher liegen.

Daher wurden einige neue Gruppen in NordDRG-O eingefügt, im Wesentlichen für Endoskopie und für DRGs ohne *procedures*. Endoskopische Eingriffe fallen zwar nicht unter Chirurgie, sollten aufgrund von Häufigkeit und Kosten aber jedenfalls berücksichtigt werden. Eine Klassifikation nach stationären DRGs wurde für den tagesklinischen Bereich als inkonsistent angesehen, da der operative Aspekt fehlt. Schließlich wurden 18 neue DRGs für ambulante Endoskopien entwickelt. DRGs ohne *procedures* werden nach medizinischen, konservativen Kriterien und der Logik des ursprünglichen NordDRG-Systems zusammengefasst.

Die Projektgruppe legt den Abschlussbericht für die Entwicklung von NordDRG-O im Frühjahr 2003 vor. Das System ist daher noch nicht implementiert, und es konnten noch keine Erfahrungen damit gesammelt werden

Ergebnisse für Österreich stehen noch aus

In zwei Bundesländern sind bereits Fallpauschalensysteme für den Bereich der Ambulanzen in Fondsspitalern im Einsatz, in Tirol seit Einführung des LKS-Systems und seit 1999 auch in Niederösterreich.

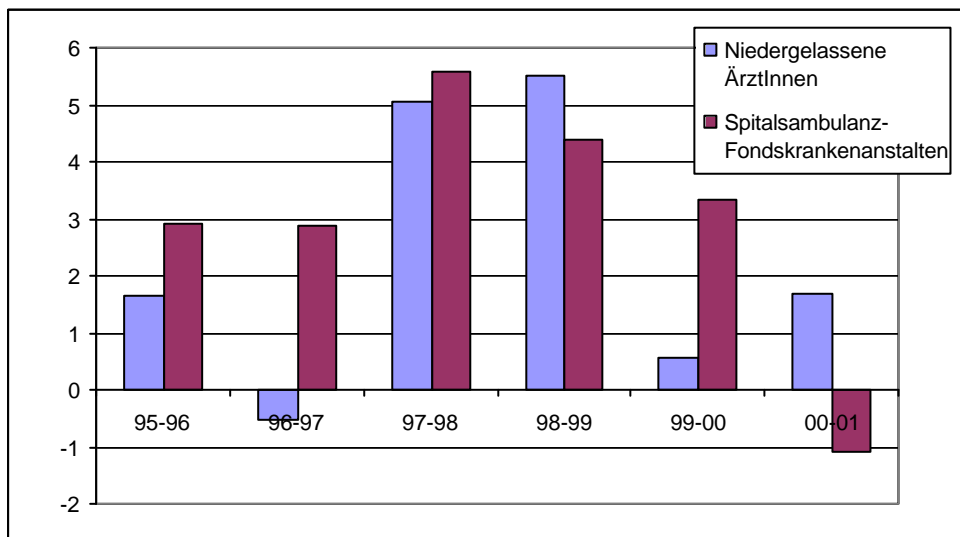
In Tirol beispielsweise sind für die Honorierung des ambulanten Bereichs – nach einer Reihe von Abzügen - 12,5 Prozent der Fondsmittel vorgesehen, für den stationären Bereich 82 Prozent und für Nebenkostenstellenbereiche 5,5 Prozent. Entsprechend der Regel für den stationären Bereich werden die auf den ambulanten Bereich entfallenden Mittel auf die Fondskrankenanstalten entsprechend der Anzahl der fondsrelevanten Ambulanzpunkte aufgeteilt; der konkrete Punktwert ergibt sich erst nachträglich. Einzelne Leistungsbereiche unterliegen einer Gewichtung; der Gewichtungsfaktor für das a.ö. Landeskrankenhaus Innsbruck (Universitätskliniken) beträgt 1,2, jener für alle anderen Fondskrankenanstalten beträgt 1,0²⁶. Der ambulante Leistungskatalog umfasst so unterschiedliche Leistungen wie beispielsweise MR-, CT-, konventionelle und interventionelle Radiologieleistungen, Laboranalysen, Dialysen, Endoskopien, Strahlentherapie, Zahnbehandlungen, Psychotherapie und -diagnostik oder Therapien aus Bereichen wie Heilgymnastik, Logopädie und Ergotherapie²⁷.

²⁶ Richtlinien des Tiroler Krankenanstaltenfinanzierungsfonds für das Jahr 2003, tkf_richtlinien2003_beschluss.pdf, <http://www.tirol.gv.at/themen/gesundheit/krankenanstalten/downloads.shtml> [04/04/2003]

²⁷ Erfassung der Ambulanzleistungen für die Krankenanstalten-Statistik und die Abrechnung mit dem Tiroler Krankenanstaltenfinanzierungsfonds, lkf_amb2003.xls, <http://www.tirol.gv.at/themen/gesundheit/krankenanstalten/downloads.shtml> [04/04/2003]

Derzeit können aus den Erfahrungen der beiden Bundesländer noch keine Rückschlüsse auf Anreizwirkungen des Fallpauschalensystems im ambulanten Sektor gezogen werden. Zum einen zeigen sich keine auffälligen Unterschiede in den Entwicklungsmustern, siehe Abbildung 4 und 5. Zusätzlich bestehen nach wie vor Unterschiede in Datenqualität und –erfassung im spitalsambulanten Bereich, die sich sowohl auf Fall- und Frequenzstatistiken als auch auf Kostendaten beziehen. Da Interdependenzen mit der Betreuung durch niedergelassene Ärzte zu vermuten sind, ist es sinnvoll, diese beiden Bereiche gemeinsam zu betrachten. Eine Gegenüberstellung der Entwicklung der Fallzahlen beider Bereiche in Tirol²⁸ einerseits und Österreich ohne die beiden Bundesländer mit Ambulanzpauschalen andererseits zeigt weder bedeutende quantitative noch qualitative Unterschiede. Im zweiten und dritten LKF-Jahr wurden sowohl bei niedergelassenen Ärzten als auch in Fonds-Spitalsambulanzen höhere Wachstumsraten verzeichnet als in den beiden vorangegangenen oder den beiden nachfolgenden Jahren. Dies muss kein realer Effekt sein, sondern könnte auch lediglich widerspiegeln, dass infolge des österreichweit geänderten Honorierungssystems die Aufzeichnung der Ambulanzfälle nach einer Gewöhnungsphase im ersten LKF-Jahr genauer geworden ist. Andererseits erklärt dies nicht den parallelen Anstieg der Fallzahlen bei niedergelassenen Ärzten. Dieser wiederum dürfte zumindest im Jahr 1998 unabhängig von Entwicklungen in den Ambulanzen zu sehen sein: Mit der Einführung der Krankenscheingebühr kam es im Jahr 1997 vorübergehend zu größerer Zurückhaltung der Patienten bei Arztbesuchen, die aber nach wenigen Quartalen abflachte und von einer Rückkehr zum vorherigen Inanspruchnahmeverhalten, bzw. sogar durch eine Art kurzfristigen Aufholeffekt abgelöst wurde.

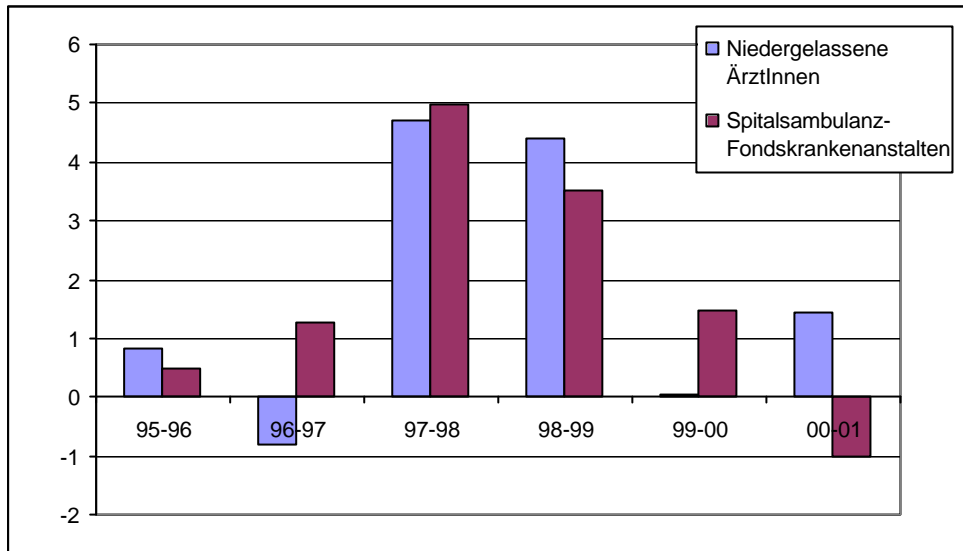
Abbildung 4: Jährliche Wachstumsraten der ambulanten Fälle, Tirol, in Prozent



Quelle: Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen, IHS HealthEcon Berechnungen 2003.

²⁸ Eine Darstellung der niederösterreichischen Zahlen unterbleibt hier, da die Einführung noch später erfolgte und daher Schlüsse noch vorsichtiger zu ziehen sind.

Abbildung 5: Jährliche Wachstumsraten der ambulanten Fälle, Österreich ohne Tirol und Niederösterreich, in Prozent



Quelle: Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen, IHS HealthEcon Berechnungen 2003.

Warum gibt es noch keine Fallpauschalen im niedergelassenen Sektor?

Unseres Wissens gibt es kein Land, in dem die Leistungsanbieter im niedergelassenen Bereich bereits über ein Fallpauschalensystem honoriert werden. Folgende Gründe mögen hierfür verantwortlich sein:

- Im Zuge einer Diagnose bzw. der dann notwendigen Behandlung ist häufig die Zusammenarbeit mehrerer ärztlicher oder nichtärztlicher SpezialistInnen erforderlich. Im niedergelassenen Bereich sind diese in der Regel nicht in derselben Praxis tätig. Wird über ein Fallpauschalensystem honoriert, müssen auch die Finanzströme zwischen den Anbietern geregelt werden. Dies ist innerhalb einer wirtschaftlichen Einheit wie einem Krankenhaus oder einer fächerübergreifenden Gruppenpraxis einfacher praktikabel als in einem Netzwerk kooperierender, aber getrennt abrechnender Anbieter, wie es im ambulanten Sektor vieler Länder einschließlich Österreichs Realität ist. Die Zusammenarbeit unterschiedlicher Berufsgruppen wie TherapeutInnen und ÄrztInnen erfordert hierbei zusätzlichen Koordinierungsaufwand. Bei heterogener Anbieterstruktur ist bereits die Definition eines Behandlungsfalles keine triviale Aufgabe mehr²⁹. Umso schwieriger wird sie, wenn eine kostenorientierte Behandlungspauschale daran geknüpft ist, die zur Entlohnung aller beteiligten Anbieter herangezogen werden soll.
- Die Entwicklung und Wartung von DRG-Systemen ist aufwändiger als die eines Einzelleistungssystems³⁰, und erst recht aufwändiger als die eines Kopfpauschalens- oder

²⁹ Vgl. Health System Watch 4/2001(www.ihs.ac.at).

³⁰ Dies ist leicht dadurch zu veranschaulichen, dass etliche Versicherungen – geschweige denn Länder - ihr eigenes Einzelleistungssystem führen, aber in den meisten Ländern Varianten desselben DRG-Systems zum Einsatz kommen, sofern überhaupt ein Fallpauschalensystem verwendet wird.

Gehaltssystemen. Die Berechnung von DRG-Pauschalen erfordert ja nicht nur Erhebungen über den (effizienten) Ressourcenverbrauch pro Leistung, sondern es muss jeweils auch eine Regelbehandlung oder typische Patientenkarriere definiert werden. Da der Krankenanstaltensektor in der Regel ausgabenintensiver ist als die niedergelassene medizinische Versorgung – vergleiche die Anhangtabellen A1-A3 –, ‚lohnt‘ hier der Aufwand eher. Verstärkt wird dieses Argument dadurch, dass das Honorar pro Diagnose im niedergelassenen Bereich im Durchschnitt kleiner ist als im stationären Sektor, aber stark variieren dürfte, wie die Unterscheidung zwischen akuten und chronischen ambulanten Fällen klar macht.

Der deutsche Sachverständigenrat hat in seinem jüngsten Jahresgutachten seine Forderung des Jahresgutachtens 1997 nach einem Mischsystem der Ärztehonourierung wiederholt³¹. Die Intention ist es hierbei, die Honorarkomponenten so zu kombinieren, dass die jeweiligen Fehlanreize einander entgegenwirken: Unter der Hypothese, dass Ärzte auf die ökonomischen Anreize ihrer Honorierungsform mit Änderungen des Behandlungsstils reagieren, dürften die Vergütungsformen Gehalt und Kopfpauschalen tendenziell mit Unterversorgung, die Einzelleistungsvergütung mit Überversorgung einhergehen. Diagnoseorientierte Fallpauschalen könnten dann eine Mischform von Einzelleistungsvergütung und Kopfpauschale darstellen, die zu einer Versorgung zwischen diesen beiden Polen führt. Diese Kombination von Honorierungsformen hat den Vorteil, dass die oben genannten Schwierigkeiten an Gewicht verlieren, da die Fallpauschalen nicht mehr den gesamten Behandlungsaufwand pro Fall abdecken müssen (es gibt ja eine Basisvergütung), daher stärker aggregiert werden können und leichter administrierbar sind. Das Problem der anbieterübergreifenden Fälle wird dadurch ebenfalls vermindert, aber noch nicht gelöst.

... und was sagt der Trend?

Werden die Reformen im Gesundheitswesen mehrerer entwickelter Länder gegenübergestellt, lassen sich mehrere Phasen ausmachen³². Die erste Reformwelle zielte darauf ab, den Zugang zu Gesundheitsleistungen zu verbessern oder für breite Bevölkerungsteile überhaupt erst zu schaffen. Mit zunehmendem Leistungsumfang entstand der Eindruck, dass die fehlende Regulierung eine ineffiziente Mittelverwendung in den Gesundheitssystemen begünstigte. Der Schwerpunkt der Reformen verlagerte sich dementsprechend in der zweiten Reformwelle von der Leistungsausweitung zur Kostendämpfung. Budgetkontrollen und Rationierungen als vorwiegend eingesetzte Instrumente verbesserten jedoch im Grunde nicht die Anreize für eine effizientere Nutzung der vorhandenen Ressourcen, sodass nach rund einem Jahrzehnt geringer Ausgabensteigerungen der finanzielle Druck wieder zunahm.

In einer dritten Welle von Reformen vertraut die Gesundheitspolitik daher stärker darauf, den beteiligten Akteuren Anreize für effizientes Verhalten zu bieten, die oft Wettbewerbselemente aufweisen³³. Besonders die Managed Care Revolution beeinflusste dabei die Honorargestaltung der Anbieter, wobei eine Vielzahl von Methoden eingesetzt wurde, von selektivem Kontrahieren zu

³¹ Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, Finanzierung, Nutzenorientierung und Qualität, Gutachten 2003, Seite 528-529

³² David M Cutler, Equality, Efficiency, and Market Fundamentals: The Dynamics of International Medical-Care Reform, Journal of Economic Literature vol XL, September 2002, 881-906.

³³ Cutler 2002, op.cit, S. 903.

Kopfpauschalen und intensiver verhandelten Preisen. Die kumulierten Ineffizienzen der vorangegangenen Jahre ließen offenbar genug Spielraum dafür, dass Managed Care Maßnahmen Ausgabensenkungen ohne nennenswerte Beeinträchtigung der Outcomes ermöglichten³⁴. Elemente des Wettbewerbs wurden nicht nur im Sinne eines Wettbewerbs zwischen Versicherungsträgern eingeführt (z.B. Deutschland, Niederlande), sondern auch zwischen Leistungserbringern³⁵. Bezogen auf die Rolle und Honorierung niedergelassener Ärzte sind hier die britischen Fundholder hervorzuheben. Fundholder sind Ärzte für Allgemeinmedizin, die mit ihrem Budget für ihre eingeschriebenen Patienten/Versicherten auch z. B. einzelne chirurgische Leistungen oder Medikamente zukaufen, und dafür zum Teil selbst Preise ausverhandeln können. Ihr Anreiz zu effizientem Leistungszukauf liegt in der Möglichkeit, erwirtschaftete Überschüsse in die Praxis zu reinvestieren. Erfolge dieses Modells lagen in niedrigeren Spitaltarifen für Fundholder und in kürzeren Wartezeiten für ihre Patienten³⁶. Das System ist aber in Weiterentwicklung begriffen. So wurden die Fundholder unter der Labour Regierung durch ähnlich strukturierte Primary Care Groups ersetzt. Bis 2004 sollen Primary Care Trusts (England) und Local Health Groups (Wales) die wesentlichsten Einkäufer von Gesundheitsleistungen sein³⁷.

³⁴ R Miller, H Luft, Does Managed Care lead to better or worse quality of care? Health Affairs 16:5, 1997, 7-25 und Cutler 2002, op.cit.

³⁵ Der direkte Wettbewerb zwischen Anbietern wird als erfolgreicher eingestuft als der indirekte Wettbewerb über Versicherungsträger, bei dem darauf gebaut wird, dass Versicherungen unter Wettbewerbsdruck effizienzfördernde Verträge mit den Leistungserbringern abschließen, vgl. Richard Saltman, The Western European Experience with Health Care Reform, April 2002, http://www.who.dk/observatory/Studies/20021223_2, [25/04/03]

³⁶ Cutler, 2002, op.cit.

³⁷ European Observatory on Health Care Systems, Health care systems in eight countries: trends and challenges, April 2002.

Tabelle 5: Reformen der Ärztevergütung in den G7-Ländern

<i>Land</i>	<i>Einführung</i>	<i>Maßnahme</i>
Canada	1984	Ärzte müssen staatlichen Tarif als Gesamtbezahlung akzeptieren
Deutschland	1977	Ausgabendeckelung: Gesamtbudget für Bundesärztliche Kassenvereinigung
	1993	Arzneimittelbudgets für Ärzte
Frankreich	1997	Praxisbudgets für Ärzte
	1979	Straffung/Verschärfung der Tarifstruktur
	1996	Verstärkte Ausgabenkontrolle
Italien	1992, 1999	Übergang von Einzelleistung zu Mischsystem
Japan	Anfang 80er Jahre	Straffung/Verschärfung der Tarifstruktur
U.K.	Ende 40er Jahre	Gehälter in NHS eingeführt
	1990	GPs können Fundholder werden (Kopfpauschalen)
	1998	Primary Care Groups ersetzen Fundholder
U.S.	1992	Tarifstruktur für Ärzte (RBRVS in Medicare)

Quelle: adaptiert nach Cutler (2002).

Tabelle A1: Ausgaben für stationäre Leistungen in Prozent der gesamten Gesundheitsausgaben								Index EU15=100			
	1990	1995	1996	1997	1998	1999	2000	1990	1995	1996	1997
Österreich***	46,1 ^{d)}	44,1	42,7	46,7	45,5	45,0	45,2	119	116	115	124
Belgien	32,8	33,5	34,8	35,0	n.v.	n.v.	n.v.	85	88	94	93
Dänemark	56,7	55,0	55,3	54,7	54,3	53,9	53,5	147	145	149	145
Deutschland	28,6 ^{c)}	30,0	30,2	31,1	31,5	31,1	31,1	74	79	82	83
Finnland	44,7	42,0	41,8	41,4	41,1	40,5	39,9	116	111	113	110
Frankreich	46,0	45,5	45,5	45,4	44,6	43,6	42,8	119	120	123	121
Griechenland	28,4	24,8 ^{b)}	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	74	65	n.v.	n.v.
Irland**	53,5	54,3	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	49,0	139	143	n.v.	n.v.
Italien	42,7	44,8	41,7	42,5	41,5	41,7	42,3	111	118	113	113
Luxemburg	26,4	31,3	32,4	36,0	30,7	29,8	n.v.	68	83	88	96
Niederlande	49,2	49,1	49,6	49,9	49,9	49,5	49,2	127	130	134	133
Portugal**	29,5	31,0	32,0	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	76	82	87	n.v.
Schweden**	49,8	42,1	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	129	111	n.v.	n.v.
Spanien	44,1	43,6	43,6	43,3	42,8	42,3	n.v.	114	115	118	115
Vereinigtes Königreich**	29,1	29,2	25,1	25,6	n.v.	n.v.	n.v.	75	77	68	68
EU15*	38,6	37,9	37,0	37,6	n.v.	n.v.	n.v.	100	100	100	100
EU12*	39,3	38,7	39,6	40,4	n.v.	n.v.	n.v.	102	102	107	107
Schweiz	47,9	44,4	45,0	45,0	44,3	43,9	44,2	124	117	122	120
USA	44,9	43,0	42,6	42,2	41,5	40,4	39,6	61	113	115	112
Bulgarien	53,0	59,0	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	137	156	n.v.	n.v.
Estland	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	35,4	36,2	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.
Lettland	78,0	62,0	58,0	56,7	51,6	51,9	57,2	202	164	157	151
Litauen	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	41,6	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.
Malta	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.
Polen	44,8	46,9	47,2	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	116	124	128	n.v.
Rumänien	n.v.	59,0	58,0	63,0	n.v.	n.v.	53,0 ^{a)}	n.v.	156	157	167
Slowakei	32,1	43,0	44,0	44,8	48,2	47,0	n.v.	83	113	119	119
Slowenien	42,9	49,1	49,7	48,9	47,2	47,4	47,8	111	130	134	130
Tschechien	n.v.	29,6	33,8	35,6	35,4	30,8	32,0	n.v.	78	91	95
Türkei	33,4	28,7	28,2	28,8	29,3	n.v.	n.v.	86	76	76	77
Ungarn	59,7	54,8	52,4	n.v.	28,8	29,1	28,7	155	145	142	n.v.
Zypern	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.

*gewichtet an den gesamten Gesundheitsausgaben
**nur öffentliche Ausgaben
***Ausgaben für Fonds-Krankenanstalten
a)2001, b)1994, c)1992, d)1991
Quellen: WHO Health for all database, Jänner 2003; OECD Health Data, August 2002 für Irland, Portugal, Schweden, Vereinigtes Königreich und USA; Health Care Systems in Transition (HIT) für Litauen, Polen und Slowakei; Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen und Statistik Austria für Österreich; IHS HealthEcon Berechnungen 2003.

Tabelle A2: Ausgaben für Arzneimittel in Prozent der gesamten Gesundheitsausgaben								Index EU15=100						
	1990	1995	1996	1997	1998	1999	2000	1990	1995	1996	1997	1998	1999	
Österreich	10,7	10,8	10,7	13,6	14,3	15,3	15,4	68	69	68	85	89	90	
Belgien	15,5	16,3	15,6	16,3	n.v.	n.v.	n.v.	99	105	100	102	n.v.	n.v.	
Dänemark	7,5	9,1	8,9	9,0	9,2	9,0	9,2	48	59	57	56	57	53	
Deutschland	14,7 ^{a)}	12,5	12,6	12,7	13,2	13,5	13,6	93	81	81	80	82	80	
Finnland	9,4	14,0	14,4	14,8	14,6	15,1	15,5	60	90	92	93	90	89	
Frankreich	16,8	17,5	17,5	17,9	18,5	19,2	20,1	107	113	112	112	114	113	
Griechenland	14,5	17,3	17,9	17,1	14,0	15,8	18,4	92	112	114	107	87	93	
Irland	11,3	9,7	9,6	9,3	9,7	9,9	9,6	72	63	61	58	60	58	
Italien	21,2	20,9	21,1	21,3	21,8	22,2	22,6	135	135	135	133	135	131	
Luxemburg	14,9	12,0	11,5	12,6	12,3	11,7	n.v.	95	77	73	79	76	69	
Niederlande	9,6	11,0	11,0	11,0	11,4	11,6	11,8	61	71	70	69	71	68	
Portugal	24,9	23,2	23,6	23,5	23,5	n.v.	n.v.	158	150	151	147	145	n.v.	
Schweden	8,0	12,5	12,9	12,8	n.v.	n.v.	n.v.	51	81	82	80	n.v.	n.v.	
Spanien	17,8	17,7	18,2	19,0	n.v.	n.v.	n.v.	113	114	116	119	n.v.	n.v.	
Vereinigtes Königreich	13,5	15,3	15,6	15,9	n.v.	n.v.	n.v.	86	99	100	100	n.v.	n.v.	
EU15*	15,7	15,5	15,6	16,0	16,2	17,0	n.v.	100	100	100	100	100	100	
EU12*	16,5	15,7	15,9	16,2	16,3	17,2	n.v.	105	101	101	101	101	101	
Schweiz	10,2	10,0	10,0	10,3	10,2	10,5	10,7	65	64	64	65	63	62	
USA	9,2	8,9	9,2	9,7	10,3	11,3	12,0	58	57	59	61	64	67	
Bulgarien	12,3	17,4	23,5	23,4	23,8	n.v.	n.v.	78	112	150	147	147	n.v.	
Estland	n.v.	n.v.	17,0	17,0	18,7	19,4	22,3	n.v.	n.v.	109	107	116	114	
Lettland	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	
Litauen	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	
Malta	16,0	15,0	15,0	22,0	n.v.	n.v.	n.v.	102	97	96	138	n.v.	n.v.	
Polen	12,6	15,6	8,9	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	80	101	57	n.v.	n.v.	n.v.	
Rumänien	11,0	17,0	19,0	17,0	20,0	n.v.	n.v.	70	110	121	107	124	n.v.	
Slowakei	16,8	28,0	30,1	29,7	28,7	28,3	n.v.	107	181	192	186	178	167	
Slowenien	10,4	18,9	17,4	17,9	18,9	19,0	19,6	66	122	111	112	117	112	
Tschechien	21,0	25,6	25,5	25,3	25,5	26,5	25,2	134	165	163	159	158	156	
Türkei	20,5	30,1	26,3	27,8	34,7	n.v.	n.v.	130	194	168	174	215	n.v.	
Ungarn	5,0	24,1	24,8	24,8	32,7	32,1	33,2	32	155	158	155	202	189	
Zypern	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	

^{a)}1992

*gewichtet an den gesamten Gesundheitsausgaben

Quellen: WHO Health for all database, Jänner 2003; Oecd Health Data, August 2002 für die USA; Health Care Systems in Transition (HIT) für Bulgarien, Malta, Polen und Slowakei; HVSU und Statistik Austria für Österreich; IHS HealthEcon Berechnungen 2003.

Tabelle A3: Ausgaben für ärztliche Leistungen in Prozent der gesamten Gesundheitsausgaben

	1990	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Österreich	19,1	19,5	19,5	21,4	21,5	21,4	21,4
Belgien	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.
Dänemark	15,8	16,0	15,7	15,7	15,7	15,2	15,2
Deutschland*	9,9 ^{a)}	9,8	9,7	9,9	9,9	9,9	9,9
Finnland	25,1	24,7	24,6	24,2	24,4	24,3	24,2
Frankreich	12,8	12,9	12,7	12,8	12,8	12,7	12,5
Griechenland	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.
Irland	15,2	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.
Italien	19,8	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.
Luxemburg	21,6	14,2	12,6	13,2	12,2	n.v.	n.v.
Niederlande	9,6	8,6	8,5	8,3	8,2	8,2	8,2
Portugal	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.
Schweden	14,4	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.
Spanien	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.
Vereinigtes Königreich	14,9	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.
EU15	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.
EU12	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.
Schweiz	14,9	14,2	14,0	14,1	14,5	14,5	14,2
USA	23,1	22,7	22,4	22,5	22,7	22,7	22,5
Bulgarien	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.
Estland	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.
Lettland	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.
Litauen	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.
Malta	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.
Polen	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.
Rumänien	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.
Slowakei	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.
Slowenien	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.
Tschechien	n.v.	n.v.	n.v.	24,5	22,9	n.v.	n.v.
Türkei	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.
Ungarn	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.
Zypern	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.

*1992-2000: Neue Gesundheitsausgabenrechnung 2001

^{a)}1992

Quelle: OECD Health Data, August 2002; HVSU und Statistik Austria für Österreich; IHS HealthEcon Berechnungen 2003.

Tabelle A4: Charakteristika der Versorgung, 2000 oder letztverfügbares Jahr

	Aufnahme= rate in Prozent	durchschn. Verweildauer in Tagen	Behandelte Fälle/Bett	ÄrztInnen pro 1.000 Einwohner	ZahnärztInnen pro 1.000 Einwohner	Pharma-zeitInnen pro 1.000 Einwohner	Krankenpflegepersonal pro 1.000 Einwohner	Arztbesuche pro Kopf
Österreich	29,2	7,6	43,9	3,1	0,5	0,6	5,8	6,7
Belgien	19,7 ^{b)}	11,4 ^{b)}	38,1 ^{c)}	4,1	0,7 ^{b)}	1,4 ^{b)}	10,8 ^{d)}	7,4
Dänemark	19,4	6,6	57,2 ^{a)}	3,2 ^{a)}	1,0 ^{a)}	0,5	13,5 ^{a)}	7,0 ^{b)}
Deutschland	23,5	11,9	30,8	3,6	0,8	0,6	9,3	6,5 ^{d)}
Finnland	26,7	10,3	30,8 ^{e)}	3,1	0,9	1,5	21,8	4,3
Frankreich	23,0 ^{a)}	10,8 ^{c)}	48,9 ^{a)}	3,3	0,7	1,0	6,7	6,5 ^{d)}
Griechenland	15,4 ^{b)}	8,3 ^{b)}	36,1 ^{c)}	4,4 ^{a)}	1,2 ^{a)}	n.v.	2,6 ^{h)}	n.v.
Irland	14,8	7,4	47,6	2,2	0,5	0,8	16,8	n.v.
Italien	16,5	7,6	36,2 ^{b)}	5,7 ^{a)}	0,6	1,0 ^{a)}	n.v.	6,0 ^{a)}
Luxemburg	19,4 ^{f)}	15,3 ^{d)}	n.v.	2,5	0,6	0,7	7,6	2,8 ^{b)}
Niederlande	9,4	12,9	26,8	3,2	0,5	0,2	13,0	5,9
Portugal	12,0 ^{b)}	9,0 ^{b)}	37,8 ^{b)}	3,2	0,4	0,8	3,7	3,4 ^{b)}
Schweden	16,5	6,4	42,0 ^{d)}	2,9 ^{a)}	1,5 ^{c)}	0,6	8,4 ^{a)}	2,8 ^{c)}
Spanien	11,5 ^{c)}	9,6 ^{d)}	36,5 ^{c)}	3,3	0,4	0,8	3,7	n.v.
Vereinigtes Königreich	15,1 ^{b)}	9,8 ^{d)}	50,0	1,6 ^{g)}	0,4 ^{h)}	0,6 ^{h)}	n.v.	5,4 ^{b)}
EU 15*	18,4	10,0	39,6	3,5	0,6	0,8	7,9	6,0
EU 12*	19,1	10,2	37,1	3,9	0,6	0,8	7,8	6,2
Schweiz	16,9 ^{b)}	13,0	21,5 ^{j)}	3,5	0,5	0,6	7,8 ^{j)}	11,0 ^{h)}
USA	12,4	7,0 ^{a)}	40,1	2,8 ^{a)}	0,6 ^{a)}	0,7 ^{d)}	8,3 ^{a)}	5,8 ^{d)}
Bulgarien	15,4	11,5	21,1 ^{a)}	3,4	0,8	0,1	4,7	5,4 ^{a)}
Estland	20,4	9,2	28,2 ^{a)}	3,2	0,7	0,6	6,3	6,7
Lettland	22,1	11,4	25,4 ^{a)}	3,2	0,5	n.v.	5,2	4,8
Litauen	24,7	11,2	28,1 ^{a)}	4,0	0,7	0,6	8,0	6,3
Malta	20,2 ^{c)}	4,6 ^{c)}	n.v.	2,7	0,4	1,9	3,7	n.v.
Polen	15,5	8,9	26,1 ^{a)}	2,2	0,3	0,6	5,3 ^{j)}	5,4
Rumänien	22,4	8,9	n.v.	1,9	0,2	0,1	4,0	5,1
Slowakei	19,9	10,2	30,0	3,2	0,5	0,4	7,5	15,7
Slowenien	16,8	8,6	30,9 ^{a)}	2,2	0,6	0,4	7,0	6,8
Tschechien	20,0	11,6	31,3	3,4	0,6	0,5	9,2	14,8
Türkei	7,8	5,9	37,6	1,2	0,2	0,4	2,4	2,4
Ungarn	25,6	8,9	34,6	3,6 ^{a)}	0,6 ^{a)}	0,5	2,8	21,8
Zypern	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.
Beitritt13*	14,8	8,2	32,1	2,1	0,4	0,4	4,2	6,1
MOEL10*	19,2	9,6	27,8	2,6	0,4	0,4	5,4	8,5

a)1999, b)1998, c)1997, d)1996, e)1995, f)1994, g)1993, h)1992, i)1991, j)1990; *gewichtet an der Bevölkerung 2000.

Quellen: WHO Health for all database, Jänner 2003; OECD Health Data, August 2002 für Fälle pro Bett und alle Kennzahlen für die USA; IHS HealthEcon Berechnungen 2003.

