

III/Herbst 1999

# HEALTH SYSTEM WATCH

Beilage zur Fachzeitschrift *Soziale Sicherheit*

erstellt durch das Institut für Höhere Studien (IHS) – IHS HealthEcon

Herausgegeben vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger

---

## **Gesund und reich ist besser als krank und teuer – Entwicklung der Altersstruktur in der EU Schwerpunktthema: *Managed Care*, Teil 2**

Maria M. Hofmarcher, Monika Riedel\*

Die Bevölkerung der Europäischen Union wächst und wird älter. Bis 2030 werden in Österreich mehr als sechs Kinder bzw. Senioren auf zehn Person im erwerbsfähigen Alter entfallen. Innerhalb der EU-Länder wird die Belastungsquote in Österreich im Jahr 2010 am geringsten sein und sodann wieder ansteigen. Unsere Berechnungen deuten darauf hin, daß der steigende Anteil älterer Menschen an der Gesamtbevölkerung in Zukunft zu steigenden Pro-Kopf-Ausgaben für Gesundheitsleistungen führen wird. Allerdings können wir davon ausgehen, daß dieses Ausgabenwachstum geringer ausfallen wird, als eine reine Fortschreibung der altersgruppenspezifischen Ausgaben nahelegt, da ein Teil der altersspezifischen Ausgaben stärker durch die Nähe zum Tode als durch das Lebensalter erklärt wird, die Anzahl der Sterbefälle aber voraussichtlich deutlich langsamer wachsen wird als die Anzahl älterer Menschen.

Managed-Care-Organisationen haben das Potential, den Ressourcenverbrauch durch den Einsatz systematischer und aktiver Informationsbeschaffung, in Kombination mit der Abrechnung nach Kopfpauschalen, einzudämmen. Die effizienzsteigernde Verwendung kombinierter Anreize für die Leistungsanbieter ist am aktuellen Stand der Entwicklung von Managed Care allerdings nicht nur von Kostenüberwälzungen, sondern vor allem von Verschlechterungen der Qualität der Versorgung begleitet, sodaß es letztlich keine gesicherten Hinweise gibt, daß durch Managed Care das Wachstum der Gesundheitsausgaben bzw. jenes der Kosten insgesamt nachhaltig eingebremst wird. Als nachgewiesen und theoretisch abgesichert gilt jedoch die Tatsache, daß die Kombination von Monitoring des Leistungsgeschehens und Kopfpauschalen bzw. Budgetierungen ein sehr geeignetes Instrument zur Kontrolle des Ressourcenverbrauches ist.

\*Wir danken Jürgen Schwärzler für die Mitwirkung.

### ***Ein Blick zurück: Die EU wächst, die Gesundheitsausgaben ebenso***

Gemessen an den Einwohnerzahlen sind die Länder der heutigen EU von 1990 bis 1997 um rund 2,5 Prozent gewachsen<sup>1</sup> (vgl. Tabelle A1). Das Bevölkerungswachstum in den einzelnen Mitgliedsländern liegt in diesem Zeitraum in der Regel unter 5 Prozent; Luxemburg mit einem Wachstum von 10 Prozent bildet die einzige Ausnahme. Italien verzeichnet als einziges EU-Land während der 90er Jahre einen marginalen Bevölkerungsrückgang, der aber durch die Entwicklung bis 1992 verursacht war. Seither steigen auch die italienischen Einwohnerzahlen zumindest wieder im Ausmaß von Zehntelprozenten und liegen 1997 noch knapp unter dem Niveau von 1990. Ähnlich verlief die Entwicklung in Portugal und Spanien.

Österreich gehört mit einem Bevölkerungswachstum von 4,4 Prozent seit 1990 gemeinsam mit den Niederlanden nach Luxemburg zu den am stärksten wachsenden EU-Ländern. Die größten EU-Länder (Deutschland, Frankreich, Großbritannien) verzeichnen mit rund +3 Prozent während dieser Periode ein leicht überdurchschnittliches Wachstum, das Bevölkerungswachstum in den nächst größeren Ländern Italien und Spanien stagniert hingegen, wie oben erwähnt. Sowohl die Schweiz als auch die USA verzeichneten im selben Zeitraum ein rund dreimal so hohes Wachstum.

Ursachen für Bevölkerungswachstum können in mehreren Bereichen liegen: einerseits Zuwanderung aus anderen Ländern, andererseits ein natürlicher Bevölkerungszuwachs, der wiederum durch steigende Geburtenzahlen oder durch steigende Lebenserwartung verursacht sein kann. In Abhängigkeit von diesen Größen können sich auch Verschiebungen in der Altersstruktur der Bevölkerung ergeben. In den meisten EU-Ländern trägt die Geburtenentwicklung kaum zu einem Bevölkerungswachstum bei. So sind Dänemark und Luxemburg die einzigen EU-Länder, in denen die Zahl der Kinder pro Frau im gebärfähigem Alter zwischen 1990–1997 gestiegen ist. Beide Länder verzeichnen darüber hinaus mit rund 1,75 Kindern pro Frau eine am EU-Durchschnitt von 1,44 gemessen relativ hohe Geburtenrate, die innerhalb der EU einzig von Irland übertroffen und von Finnland, Frankreich und dem Vereinigten Königreich annähernd erreicht wird.

Die niedrigsten Kinderzahlen pro Frau in der EU verzeichnen die Länder Spanien und Italien, gefolgt von Deutschland, Griechenland und Österreich, wobei der österreichische Wert bereits ziemlich genau dem Durchschnitt der EU-Länder entspricht. Im Gegenteil dazu ist in den Vereinigten Staaten nicht nur die Kinderanzahl pro Frau um mehr als 40 Prozent höher als im EU-Durchschnitt und gleichzeitig höher als in irgendeinem EU-Land, die Kinderzahl ist während der 90er Jahre auch so stark gestiegen, daß sich der Abstand zwischen der amerikanischen

---

<sup>1</sup> Die im Jahr 1995 beigetretenen Mitgliedsländer Österreich, Finnland und Schweden machen 1997 knapp 6 Prozent der gesamten EU-Bevölkerung aus. Das Wachstum von 2,5 Prozent bezieht sich rein auf natürliche und migrationsbedingte Bevölkerungszuwächse, nicht auf den Beitritt zusätzlicher Länder.

Kinderanzahl pro Frau und dem EU-Niveau verdoppelt hat.

Die Beitrittskandidaten zur EU verzeichnen in der Regel eine stärker als im EU-Durchschnitt sinkende Kinderzahl pro Frau. Diese Tendenz zeigt sich in Estland und Tschechien besonders auffällig: 1990 lag die Kinderzahl noch um 30 Prozent (Estland) bzw. 20 Prozent (Tschechien) über dem EU-Durchschnitt, bis 1997 fiel sie aber um 10 Prozent (Estland) bzw. 17 Prozent (Tschechien) unter den EU-Durchschnitt. In Slowenien als einzigem der hier betrachteten beitragswerbenden Länder gab es bereits 1990 weniger Kinder pro Frau als in den EU-Ländern, auch in Slowenien ist die Kinderzahl pro Frau seit 1990 weiter gefallen.

Dieses Bild spiegelt sich auch größtenteils in der Bevölkerungsstruktur nach Altersgruppen wieder: Irland verzeichnet mit fast 24 Prozent (1996) einen mit deutlichem Abstand höheren Anteil junger Menschen an der Gesamtbevölkerung als irgendein anderes EU-Land, während die geburtenschwachen Länder Italien und Spanien mit rund 15 Prozent die geringsten Anteile der unter 15-Jährigen verzeichnen, gefolgt von Deutschland, Griechenland, Österreich und Portugal, die bereits in etwa das Niveau des EU-Durchschnitts aufweisen. Die USA verzeichnen entsprechend der höheren Geburtenrate einen höheren Kinderanteil an der Bevölkerung als Europa. Da die Geburtenziffern in den beitragswerbenden Ländern erst in den 90er Jahren unter den EU-Durchschnitt gefallen sind, ist der Kinderanteil an der Bevölkerung in diesen Ländern 1996 zwar noch höher als in der EU, aber in den letzten Jahren stetig gesunken und dürfte sich in der Zwischenzeit bereits noch näher an das EU-Niveau angeglichen haben.

Spiegelbildlich zum hohen Anteil junger Menschen an der Gesamtbevölkerung weist Irland auch einen deutlich geringeren Anteil älterer Menschen an der Gesamtbevölkerung auf als andere EU-Länder. Die Streuung des Anteils der über 65-Jährigen innerhalb der EU ist deutlich geringer als die Streuung des Anteils der unter 15-Jährigen. Bei beiden Altersgruppen ging die Streuung innerhalb der EU seit 1990 zurück. Die Niederlande weisen 1996 mit 13,3 Prozent den nach Irland (11,4 Prozent) geringsten Anteil auf, Schweden (17,5 Prozent) und Italien (16,3 Prozent) die höchsten Anteile. Österreich liegt sowohl bei dem Anteil der über 65-Jährigen als auch bei dem Anteil der bis zu 15-Jährigen ganz nah beim EU-Durchschnitt, der 15 Prozent bzw. 17 Prozent beträgt. In den meisten EU-Ländern stieg der Anteil der älteren Bevölkerung in den 90er Jahren, wenn auch in einigen Ländern nur um wenige Zehntelprozente. Ausnahmen von der Tendenz zu einem steigenden Anteil älterer Menschen bilden hier Irland und Schweden, also genau die EU-Länder mit dem niedrigsten bzw. höchsten Anteil älterer Menschen, sowie Dänemark und Großbritannien.

## ***Ein Blick in die Zukunft: Droht ein Anstieg der Gesundheitsausgaben durch das steigende Durchschnittsalter?***

### **Der Markt für Pflege- und Betreuungsleistungen: Einige Entwicklungstendenzen**

Die Bevölkerungsvorausschätzungen der UN führen zu dem Schluß, daß die Belastungsquote<sup>2</sup> in einigen EU-Ländern zu Beginn des dritten Jahrtausends noch fallen wird, und zwar durch weiterhin niedrige Geburtenraten einerseits und andererseits dadurch, daß der Anstieg der Lebenserwartung noch nicht zum Erliegen kommt. Außerdem haben die Angehörigen der Baby-Boom-Generation noch nicht das notwendige Alter erreicht, um in den Ruhestand überzutreten. Österreich weist 2010 in dieser Projektion mit 44,5 Prozent die niedrigste Belastungsquote unter den EU-Ländern auf. Spätestens ab 2010 aber ist mit einem Anstieg der Belastungsquote zu rechnen, da wenig junge Menschen in das Erwerbsalter nachrücken, sich gleichzeitig aber bereits geburtenstärkere Jahrgänge aus der Erwerbstätigkeit zurückziehen. Für Österreich z.B. führt diese Entwicklung bis 2030 zu einem Wert von 62 unter 15- bzw. über 64-Jährigen je 100 15- bis 65-Jährige. Damit wird Österreich jedoch nicht zu den Extrembeispielen zählen: Finnland, Schweden und die Niederlande werden mit Werten um 69 Kindern bzw. Senioren je 100 Personen im Haupterwerbsalter voraussichtlich die höchsten Belastungsquoten der heutigen EU-Länder erreichen, die geringste Belastungsquote dürfte 2030 (das heute geburtenstarke) Irland aufweisen, gefolgt von Portugal.

Die steigende Belastungsquote wird hauptsächlich durch den steigenden Anteil älterer Menschen getragen. Dieser Anstieg dürfte auch die Zahl jener Personen wachen lassen, die Pflegeleistungen in Anspruch nehmen müssen oder wollen. Wie sich ein Anstieg der Nachfrage nach Pflegeleistungen auf den formellen und den informellen Sektor verteilen wird, wird nicht nur unmittelbar von den Strukturen im Gesundheits- und Sozialwesen abhängen, sondern auch von weiteren Aspekten der demographischen Entwicklung sowie von generellen Tendenzen am Arbeitsmarkt. So dürfte z. B. ein weiterer Anstieg der Erwerbsbeteiligung der Frauen die Möglichkeiten für innerhalb der Familie organisierte Pflegeleistungen zurückgehen lassen, und damit die Nachfrage nach professioneller Pflege steigern<sup>3</sup>.

Wenn allerdings die steigende Lebenserwartung mit geringerer Morbidität verbunden ist, werden ältere Menschen Pflegeleistungen oft erst in höherem Alter benötigen als die Generationen vor ihnen. Außerdem steigt die Beteiligung der Männer an der Pflege ihrer Angehörigen<sup>4</sup>. Wenn die steigende Lebenserwartung stärker aus einer steigenden Lebenserwartung der älteren Männer als aus jener älterer Frauen resultiert, und somit der

---

<sup>2</sup> Die von der UN verwendete Definition der Belastungsquote bezieht die Anzahl der unter 15-Jährigen plus die Anzahl der 65-Jährigen und Älteren auf die Anzahl der 15- bis 65-Jährigen.

<sup>3</sup> Vgl. Christoph Badelt, Andrea Holzmann, Christian Matul, August Österle, Kosten der Pflegesicherung. Strukturen und Entwicklungstrends der Altenbetreuung. Sozialpolitische Schriften 4, Böhlau, 1995.

<sup>4</sup> OECD, A caring world. The new social policy agenda. Paris 1999, S. 20.

Anteil allein lebender Älterer zugunsten von Paaren zurückgeht, kann von verstärkter gegenseitiger Pflege und somit von weniger Nachfrage nach institutionalisierter Pflege ausgegangen werden<sup>5</sup>. Daher ist zu erwarten, daß die Nachfrage nach professionellen Pflegeleistungen weniger stark als die Anzahl älterer Menschen steigen wird<sup>6</sup>.

**Tabelle 1: Projektion der Belastungsquote**

|                | 1960  | 1990  | 2000  | 2010  | 2020  | 2030  |
|----------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Österreich     | 51,90 | 47,90 | 46,00 | 44,50 | 49,00 | 62,10 |
| Belgien        | 55,00 | 49,70 | 51,00 | 49,50 | 56,80 | 68,00 |
| Dänemark       | 55,80 | 48,40 | 50,00 | 52,50 | 57,30 | 65,00 |
| Finnland       | 60,30 | 48,60 | 49,10 | 50,10 | 62,80 | 69,90 |
| Frankreich     | 61,30 | 52,10 | 52,90 | 50,50 | 59,00 | 67,50 |
| Deutschland    | 48,80 | 45,00 | 45,40 | 47,30 | 49,80 | 62,10 |
| Griechenland   | 53,20 | 49,10 | 49,50 | 52,40 | 56,00 | 62,70 |
| Irland         | 73,20 | 63,10 | 48,20 | 47,50 | 55,50 | 56,80 |
| Italien        | 51,70 | 45,30 | 46,80 | 49,70 | 54,40 | 66,90 |
| Luxemburg      | 47,40 | 44,90 | 47,80 | 49,30 | 55,00 | 64,30 |
| Niederlande    | 63,90 | 45,10 | 46,60 | 45,80 | 54,10 | 68,50 |
| Portugal       | 59,10 | 50,60 | 48,10 | 49,30 | 52,10 | 58,80 |
| Spanien        | 55,40 | 49,50 | 46,20 | 46,90 | 50,00 | 60,20 |
| Schweden       | 51,40 | 55,60 | 55,60 | 55,00 | 63,30 | 69,00 |
| Großbritannien | 53,70 | 53,50 | 52,90 | 51,10 | 57,50 | 66,10 |
| Schweiz        | 50,80 | 45,40 | 46,80 | 47,20 | 54,50 | 70,30 |
| USA            | 66,70 | 52,20 | 51,10 | 48,00 | 56,20 | 64,50 |
| OECD           | 61,60 | 51,60 | 49,60 | 48,90 | 53,80 | 60,70 |

Quelle: A Caring World, OECD 1998.

Verstärkt wird diese Tendenz dadurch, daß nicht nur der medizinische Fortschritt, sondern auch bessere Ausbildung und höheres Einkommen zu besserer Gesundheit beitragen und in Zukunft ein höherer Anteil der älteren Bevölkerung über mittlere und höhere Bildungsabschlüsse verfügen wird als heute. Außerdem werden die zukünftigen Älteren weniger stark durch Armut und Kriegsfolgen gesundheitlich in Mitleidenschaft gezogen sein als die heutigen Menschen derselben Altersgruppen. Daß die durch die Bevölkerungsentwicklung

<sup>5</sup> Darius Lakdawalla, Tomas Philipson, The rise in old age longevity and the market for long-term care. NBER Working Paper 6547, May 1998.

<sup>6</sup> Verringerung der geschlechtsspezifischen Differenz der Lebenserwartung, steigende *disability free life expectancy DFLE*, also Lebenserwartung bei Gesundheit.

bedingte Nachfrage nach Pflegeleistungen weit weniger angestiegen ist, als erwartet, wurde in einer neueren amerikanischen Studie bereits auf derartige Faktoren zurückgeführt<sup>7</sup>.

### **Demographische Entwicklung und Gesundheitsausgaben: Teures Alter oder teurer Tod?**

Im allgemeinen wird höheres Alter mit höheren Gesundheitsausgaben in Verbindung gebracht. Internationale Statistiken deuten darauf hin, daß die durchschnittlichen Gesundheitsausgaben pro Kopf zirka bis zum 60. Lebensjahr nur moderat, dann jedoch deutlich stärker ansteigen. Häufig sind die Gesundheitsausgaben für rund 70jährige bereits mehr als doppelt so hoch wie die durchschnittlichen Pro-Kopf-Ausgaben der unter 65jährigen, jene für 75-Jährige und Ältere sogar bis zu sechsmal so hoch<sup>8</sup>. Nationale Unterschiede in diesen Alterskostenprofilen sind ausgeprägt und dürften stärker auf unterschiedliche Regelungen in den Gesundheitssystemen wie auch auf die Altersstruktur der Bevölkerung<sup>9</sup> zurückzuführen sein als auf den unterschiedlichen Gesundheitszustand. Darüber hinaus ist auch die Streuung der individuellen Ausgaben sehr hoch.

Zusätzlich zum graduellen Anstieg der durchschnittlichen Gesundheitsausgaben mit zunehmendem Alter wird beobachtet, daß die Gesundheitsausgaben in den beiden letzten Lebensjahren besonders stark steigen, in den letzten Lebensmonaten sogar exponentiell. Amerikanische AutorInnen schätzen, daß der letzte Lebensmonat 40 Prozent der Behandlungskosten des letzten Lebensjahres verschlingt<sup>10</sup>, und daß der Anteil der gesamten Gesundheitsausgaben, die den Sterbefällen eines Jahres zuzurechnen sind, 20–30 Prozent des gesamten jährlichen Gesundheitsbudgets ausmacht<sup>11</sup>. Für Deutschland läßt sich belegen, daß sowohl Verweildauern wie auch Fallkosten bei PatientInnen, die im Krankenhaus versterben, durchschnittlich rund 2,5mal so hoch sind wie für jene, die nicht während des Krankenhausaufenthalts versterben<sup>12</sup>.

<sup>7</sup> Bishop, Christine E. (1999): Where are the missing elders? The decline in nursing home use, 1985 and 1995. *Health Affairs* 18/4, 146–55.

<sup>8</sup> OECD, Ageing in OECD countries. A critical policy challenge. Social policy studies no. 20, Paris 1997, 53.

<sup>9</sup> Nicht-europäische Länder mit relativ junger Bevölkerung wie Australien, Neuseeland oder die USA weisen ein steileres Alters-Ausgaben-Profil auf als Länder wie Deutschland oder Schweden mit relativ älterer Bevölkerung.

<sup>10</sup> J. D. Lubitz, G. F. Riley, Trends in Medicare payments in the last year of life. *The New England Journal of Medicine* 328, 1993, 1092–1096.

<sup>11</sup> A. A. Scitovsky, A. M. Capron (1986): Medical care and the end of life: The interaction of economics and ethics. *Annual Review of Public Health* 7, 59–75.

<sup>12</sup> Brockmann, H. : Wer will schon im Krankenhaus sterben? Die Sterbekostendebatte anders gesehen. In: Paffrath, A. M.: *Krankenhausreport 98.*, Gustav Fischer Verlag, 195–205.

## **Projektion der österreichischen Gesundheitsausgaben: Verschiedene Szenarien demographischer Effekte**

Eine Analyse der Entwicklung der österreichischen Gesundheitsausgaben in der Vergangenheit zeigt, daß Veränderungen in der demographischen Struktur nur einen Bruchteil des Ausgabenwachstums erklären, während der medizinisch-technische Fortschritt, Preisänderungen und Änderungen in den Behandlungsgewohnheiten einen größeren Beitrag zur Ausgabenentwicklung liefern<sup>13</sup>. Um unsere Überlegungen auf den demographischen Faktor konzentrieren zu können, nehmen wir an, daß weder medizinisch-technischer Fortschritt noch Preisänderungen zu Verschiebungen bei den relativen Gesundheitsausgaben führen.

Die gesundheitsökonomische Literatur ist noch zu keiner eindeutigen Antwort zu der Frage gekommen, ob der Zusammenhang zwischen Alter und Gesundheitsausgaben oder jener zwischen Sterbefällen und Gesundheitsausgaben die Wachstumsdynamik des Sektors dominiert. Die Ausgabenprojektionen wird daher unter verschiedenen Annahmen berechnet.

### **Methode**

Für Österreich liegen nur relativ alte und grob berechnete Angaben für die unterschiedliche Höhe der Gesundheitsausgaben nach Altersgruppen vor.<sup>14</sup> Daher verwenden wir für die Projektionen neben dem österreichischen Alterskostenprofil auch die neueren und detaillierteren Berechnungen, die in Vorbereitung auf den Risikostrukturausgleich zwischen den Krankenkassen in Deutschland entstanden sind. In dieser Berechnungsvariante gehen wir somit davon aus, daß die relativen Unterschiede in den Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben einzelner österreichischer Altersgruppen ident sind mit den Unterschieden zwischen deutschen Altersgruppen<sup>15</sup>. Die deutschen Daten zeigen weit ausgeprägtere Unterschiede zwischen den einzelnen Altersgruppen. So verbrauchen Deutsche der Altersgruppe unter 15 Jahren pro Kopf nur 49 Prozent der Gesundheitsausgaben des durchschnittlichen Deutschen, 80jährige und ältere hingegen 250 Prozent der Durchschnittsausgaben. Die Vergleichszahlen der älteren österreichischen Untersuchung kommen auf 68 Prozent bei unter 15-Jährigen und 177 Prozent bei 80-Jährigen und Älteren.

---

<sup>13</sup> Kytir (1997) schätzt, daß die Kosten seit dem Beginn der 60er Jahre demographisch bedingt lediglich um rund 10 Prozent gestiegen wären, während sich die realen Pro-Kopf-Ausgaben für Gesundheit seit 1970 beinahe verfünffacht haben. Vgl. Kytir, Josef, Bevölkerungsalterung und Gesundheitsausgaben. Herausforderungen für die soziale Krankenversicherung. Soziale Sicherheit 1/1997, 5–11.

<sup>14</sup> Peter Findl, Robert Holzmann, Rainer Münz, Bevölkerung und Sozialstaat, Manz, Wien, 1997.

<sup>15</sup> Zur Vergleichbarkeit und Berechnung der deutschen und österreichischen Alterskostenprofile vgl. Monika Riedel, Demographische Effekte auf die Entwicklung der Gesundheitsausgaben und der Krankenversicherungsbeiträge. Eine Projektion für Österreich, SWS Rundschau 3/1997, 353–368.

In einer Variante setzen wir voraus, daß die durchschnittliche Höhe der Gesundheitsausgaben<sup>16</sup> pro Kopf ausschließlich vom Alter der Betroffenen abhängt. In einer zweiten Variante berücksichtigen wir darüber hinaus, daß in vielen Fällen in den letzten Lebensmonaten sehr hohe Gesundheitsausgaben verursacht werden. Wir unterstellen in zwei alternativen Szenarien, daß der Anteil der durch Sterbefälle verursachten Gesundheitsausgaben 15 Prozent bzw. 40 Prozent der Gesundheitsausgaben eines Jahres beträgt, und umspannen damit eine Bandbreite, die das in einer amerikanischen Untersuchung gefundene Ergebnis von 20–30 Prozent der Gesundheitsausgaben mit einschließt.<sup>17</sup>

In zwei Szenarien sind keine Sterbekosten integriert, sondern es wird das österreichische bzw. deutsche Alterskostenprofil mit der demographischen Entwicklung in Österreich gemäß der Hauptvariante der Bevölkerungsprognose des ÖSTAT verknüpft. Die beiden anderen Szenarien verknüpfen ebenfalls das deutsche bzw. das österreichische Alterskostenprofil mit der Prognose der österreichischen Bevölkerungsstruktur, nehmen aber an, daß die Altersstruktur 1997 nur 85 Prozent bzw. 60 Prozent der Gesundheitsausgaben erklärt hat, während die restlichen 15 Prozent bzw. 40 Prozent durch die Anzahl der Todesfälle verursacht wurden. Da sich die Anzahl der Todesfälle je 1000 Einwohner im Projektionszeitraum ändert, wird die Höhe der Ausgaben je Sterbefall bzw. je Person einer Altersgruppe unter den getroffenen Annahmen konstant gehalten. Dadurch ändert sich der Anteil der Sterbeausgaben an den gesamten Gesundheitsausgaben.

## Ergebnisse

Tabelle 2 und Abbildung 1 fassen die Ergebnisse der Berechnungen zusammen. In allen Szenarien steigen die Gesundheitsausgaben in Österreich noch bis 2030 stetig an und gehen erst dann zurück. Bei Unterstellung des deutschen Alterskostenprofils steigen sie zwischen 1997 und 2030 demographisch bedingt um 20 Prozent, gegeben das österreichische Altersprofil um 12 Prozent.

Werden Sterbekosten als Ursache für einen Teil der Gesundheitsausgaben angesehen, sind die gesamten berechneten Gesundheitsausgaben niedriger als bei einer reinen Fortschreibung der altersabhängigen Pro-Kopf-Ausgaben. Bei Berücksichtigung von 15 Prozent Sterbekosten sind die Gesundheitsausgaben über den Projektionszeitraum bis 2030 um 1–2 Prozentpunkte geringer, bei 40 Prozent Sterbekosten um 2-6 Prozentpunkte. Wie Tabelle 2 veranschaulicht, steigen im Gegensatz zu einem rein alterststrukturbedingten Wachstum von 20 Prozent, die um die Sterbekosten bereinigten Gesundheitsausgaben im Zeitraum bis 2030 um 18 Prozent bzw. 14 Prozent. Wird das flachere österreichische Alterskostenprofil mit unterschiedlichen

<sup>16</sup> Die Gesundheitsausgaben beziehen sich hier auf die Ausgaben der sozialen Krankenversicherung, die mehr als 50 Prozent der gesamten Gesundheitsausgaben finanzieren.

<sup>17</sup> Siehe Fußnote 11.



Annahmen über die Höhe der durch Sterbefälle verursachten Gesundheitsausgaben verknüpft, fallen die Unterschiede zwischen den Szenarien weit geringer aus. So verringert sich der er Anstieg der Gesundheitsausgaben um einen bzw. um neun Prozentpunkte von 12 Prozent rein demographisch bedingt auf 11 Prozent bei Einrechnung 15-prozentiger Sterbekosten und auf 2,6 Prozent bei Sterbekosten von 40 Prozent.

**Tabelle 2: Projektion der österreichischen Gesundheitsausgaben**

| Jahr | deutsches Alterskostenprofil    |                  |                  | österreichisches Alterskostenprofil |                  |                  |
|------|---------------------------------|------------------|------------------|-------------------------------------|------------------|------------------|
|      | demographisch bedingter Anstieg | 15% Sterbekosten | 40% Sterbekosten | demographisch bedingter Anstieg     | 15% Sterbekosten | 40% Sterbekosten |
| 1997 | 100                             | 100              | 100              | 100                                 | 100              | 100              |
| 2000 | 101,7                           | 101,1            | 100,3            | 101,3                               | 100,8            | 100,0            |
| 2005 | 104,5                           | 103,8            | 102,7            | 103,3                               | 102,8            | 101,9            |
| 2010 | 107,5                           | 106,8            | 105,7            | 105,1                               | 104,8            | 104,3            |
| 2015 | 110,8                           | 109,7            | 107,9            | 107,2                               | 106,6            | 105,8            |
| 2020 | 114,1                           | 112,6            | 110,2            | 109,0                               | 108,3            | 107,1            |
| 2025 | 117,4                           | 115,6            | 112,4            | 110,7                               | 109,8            | 108,4            |
| 2030 | 120,2                           | 118,0            | 114,3            | 112,0                               | 111,0            | 109,4            |
| 2040 | 123,3                           | 120,7            | 116,5            | 112,5                               | 111,5            | 110,0            |
| 2050 | 120,6                           | 118,5            | 115,1            | 108,8                               | 108,5            | 108,0            |

Quelle: IHS HealthEcon 1999.

Die Berechnungen legen nahe, daß eine Projektion der Gesundheitsausgaben, die allein auf die Durchschnittsausgaben je Altersgruppe abstellt, die durch die Altersstruktur bedingte Entwicklung der Gesundheitsausgaben überschätzt.

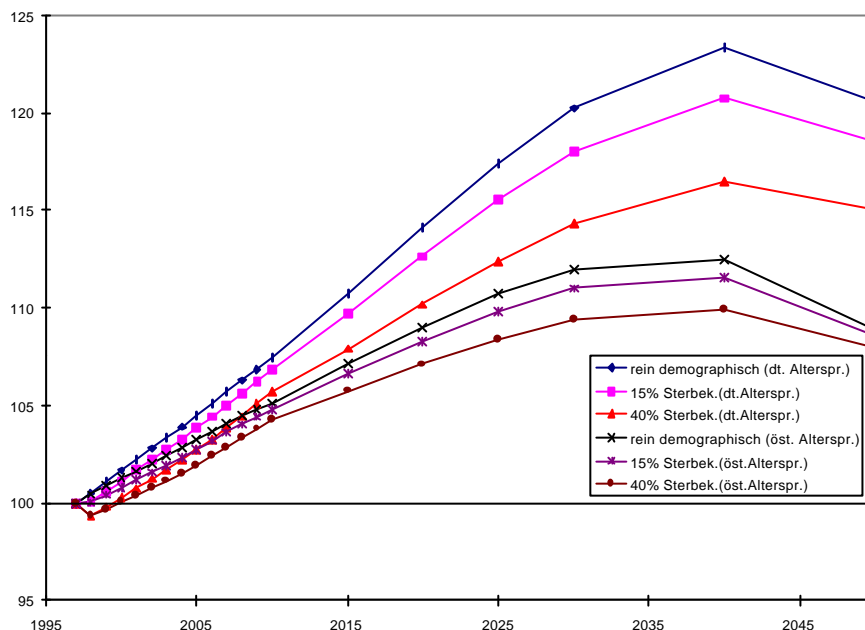
Somit ist die These, daß die steigende Nachfrage nach Gesundheitsressourcen allein durch die Entwicklung der Altersstruktur bedingt ist, relativiert bzw. sind die, in der Literatur gefundenen Hinweise auf einen schwachen Zusammenhang zwischen Ausgabendynamik und Altersstruktur bestätigt. Dies dürfte vor allem für die Geburtskohorten nach 1945 zutreffen.

Die Höhe der Sterbekosten ist im Hinblick die Bemühungen, die Allokationen innerhalb der Gesundheitsbudgets effizienter zu gestalten viel diskutiert.<sup>18</sup> Diese Diskussionen berühren normative und ethische Bereiche der gesundheitlichen Versorgung, die allein wirtschaftswissenschaftlich nicht behandelbar sind und gesellschaftlich geführt werden müssen. Weiters kann nicht davon ausgegangen werden, daß die Höhe der Sterbekosten unabhängig von den beobachtbaren Gewinnen in der Lebensqualität sind. Weil Gewinne in der Lebensqualität über längere Zeit festzustellen sind, ändert sich die Verteilung der Ausgaben,

<sup>18</sup> Siehe Fußnote 12.

ohne dass sie deshalb notwendigerweise zu hohe Kosten in den letzten Lebensjahren bzw. -monaten per se darstellt. Die Änderung der Verteilung des Ressourcenkonsums bezogen auf den Lebenszyklus muß im Hinblick auf Allokationsüberlegungen bzw. hinsichtlich der Setzung von Prioritäten berücksichtigt und empirisch festgestellt werden.

**Abbildung 1: Projektion der Gesundheitsausgaben in Österreich – Alterskostenprofil versus Sterbekosten**



Quelle: IHS HealthEcon 1999.

Für Österreich liegen keine aktuellen Angaben darüber vor, wie hoch die in Zusammenhang mit Sterbefällen entstehenden Gesundheitsausgaben im Gegensatz zu altersabhängigen Gesundheitsausgaben sind. Damit fehlt auch die Information darüber, wie realistisch die Übertragung der amerikanischen Bandbreite von 20–30 Prozent der gesamten Gesundheitsausgaben bzw. die hier verwendete erweiterte Bandbreite von 15–40 Prozent ist. Wegen des Fehlens von Informationen über die aktuellen, für Österreich realistischen altersabhängigen bzw. durch Sterbefälle verursachten Gesundheitsausgaben können die 'Kosten des Sterbens' auch nicht aus den verwendeten Alterskostenprofilen berechnet werden, sodaß das Altersgefälle überzeichnet wird. Aus diesem Grund wird in den Szenarien mit 15 Prozent bzw. 40 Prozent Sterbekosten die Berechnungsweise unter Zugrundelegung des flacheren österreichischen Alterskostenprofils als realistischer als die steilere deutsche Variante angesehen.

## NO FREE HEALTH – MACHT MANAGED CARE DIE MEDIZINISCHE VERSORGUNG TEURER? Teil 2

Im Anschluß an Teil 1 des Schwerpunktthemas<sup>19</sup> ist das Ziel der vorliegenden Diskussion, jene Elemente von Managed Care<sup>20</sup> herauszuarbeiten, die auch für Sozialversicherungsländer vor allem im Hinblick auf die Vertragsgestaltung mit niedergelassenen ÄrztInnen relevant sind. Der Gegenüberstellung von Managed Care, Quasi-Märkten und Pflichtversicherung folgt eine Zusammenschau der Vor- und Nachteile von Managed Care gegenüber traditionellen Versicherungen<sup>21</sup> hinsichtlich der Anforderung, die wichtigsten Formen von Marktversagen im Gesundheitsbereich zu mildern und damit Kosten zu senken. Den Abschluß bildet die graphische Darstellung der Kostenveränderungspotentiale von Managed Care im Vergleich zu herkömmlichen Versicherungen.

### ***Bismarck, Beveridge und Managed Care – Organisationsformen im Gesundheitsbereich im Umbruch***

Die Entwicklung und der Ausbau der Gesundheitssysteme in den Staaten der Europäischen Union (EU) basierten im wesentlichen auf zwei Versicherungsmodellen. Das sogenannte Beveridge-Modell hat seine Wurzeln in der staatlichen Gesundheitsversorgung Großbritanniens. In den nordischen Staaten entwickelte sich eine nationale Variation des Beveridge-Modells, in der allerdings viele Elemente eines Sozialversicherungssystems zu finden sind. In den südeuropäischen Ländern wurden nationale Gesundheitssysteme in den 70er und 80er Jahren eingeführt.

Im Gegensatz dazu basierte das in Deutschland etablierte Bismarck-Modell auf Pflichtversicherung. In Zentraleuropa, einschließlich Österreich, ist die Krankenversicherung Teil der auf Pflichtversicherung beruhenden Sozialversicherung, die in Österreich und einigen anderen EU-Ländern ebenso Pensionsleistungen, aber auch Arbeitslosen- und Unfallversicherungsleistungen umfaßt.

<sup>19</sup> No Free Health, Macht Managed Care die medizinische Versorgung teurer, in: Health System Watch 2/1999.

<sup>20</sup> Managed Care ist ein medizinisches Versorgungssystem, in dem die Finanzierung und die Leistungsbereitstellung integriert sind. Die Integration kann ein unterschiedliches Ausmaß annehmen, erfolgt aber in jedem Fall über vertragliche Beziehungen zwischen ausgewählten ÄrztInnen und Krankenanstalten, die für eine Gruppe von Versicherten, die eine festgelegte monatliche Prämie bezahlen, medizinische Leistungen erbringen. Vgl. Health System Watch 2/Sommer 1999.

<sup>21</sup> Unter traditioneller Versicherung wird im folgenden die auf Kostenerstattung basierende Einzelleistungsvergütung für praktizierende ÄrztInnen verstanden. In den meisten Fällen kommt bei dieser Form der Versicherung das Sachleistungsprinzip zum Tragen: ÄrztInnen rechnen direkt mit den Versicherungen nach einer, im vorhinein festgelegten Gebühr für Leistungen ab, deren Höhe angemessen und ökonomisch vernünftig sein soll. Vgl. Gaynor, M., Mark, T., (1999): Physician contracting with health plans: A survey of the literature, 2. Juni 1999, Carnegie Mellon University, Pittsburgh, Pennsylvania.

Bis in die 90er Jahre war in den zentral- und osteuropäischen Ländern das Design der Gesundheitssysteme stark an jenem in den 30er Jahren in der Sowjetunion entwickelten Semashko-Modell orientiert, das durch einen hohen Zentralisierungsgrad bzw. durch eine starke Integration von Finanzierung und Bereitstellung (Polykliniken, usw.) gekennzeichnet war. Im Zuge der Transformation wurden in fast allen zentral- und osteuropäischen Ländern Sozialversicherungssysteme bzw. Mischformen implementiert.

Tabelle A4 zeigt eine Übersicht über die Modelle der Organisation, über die Finanzierungsstrukturen und über die überwiegende Leistungsorganisation. Grundlage für die Klassifikationen in diesem Schaubild waren die Finanzierungsströme. Werden in einem Land weniger als 35 Prozent der Gesundheitsausgaben von den Sozialversicherungsträgern finanziert, wurde es als überwiegend steuerfinanziertes Land klassifiziert. Die Anwendung dieses Cut off points ergab, daß von 25 klassifizierten Ländern sieben der Bismarck-Welt zuzurechnen sind. Darunter ist auch Österreich zu finden. Werden die zentral- und osteuropäischen Länder zur Bismarck-Welt gezählt, was mittlerweile unbestritten möglich ist, halten sich die Organisationsformen die Waage. Die Organisation der Systeme wurde in den letzten Jahren mit der Einführung von *Managed-Care*-Einrichtungen komplexer. Sowohl die in *Managed Care* angestrebte vertikale Integration von Finanzierung und Leistungserbringung als auch die Implementierung "interner Märkte"<sup>22</sup> in Systemen mit nationalem Gesundheitsdienst sind Merkmale, welche die Schematisierung der Gesundheitssysteme erschweren. Darüber hinaus sind die Zuzahlungen in vielen Ländern gestiegen und die Zuzahlungsformen vielfältiger. Auf der Produktionsseite entspricht dem Versicherungsprinzip die private Leistungserbringung bzw. Mischformen, der Steuerfinanzierung die öffentliche Leistungserbringung.

Bei der Einteilung der Gesundheitswesen in die Grundtypen Sozialversicherungssystem (Bismarck-Modell) und Nationaler Gesundheitsdienst (*Beveridge*-Modell) gibt es Grenzfälle, bei denen die Zuordnung nicht ohne weiteres vorgenommen werden kann. Die Schweiz beispielsweise ist so ein Grenzfall. Obwohl in der Schweiz die Mittel mehrheitlich über die Privatkrankenversicherungen aufgebracht werden, ist die staatliche Regulierung stark und die Subventionen für die Krankenversicherung machen aus dem schweizerischen Gesundheitssystem ein Mischsystem. Obwohl die jüngste Gesetzgebung in die Richtung eines solidarischen und umfassenden Versicherungssystems geht, wurde die Schweiz in Tabelle A4 der Organisationsform *Managed Care* zugeordnet, da die jüngere Sozialgesetzgebung mit dem Entstehen und dem Ausbau von *Health-Maintenance-Unternehmen* verbunden ist.

---

<sup>22</sup> Zur Definition siehe weiter unten.

### ***Bismarck-Länder müssen Verträge mit praktizierenden ÄrztInnen gestalten ...***

Das im Hinblick auf die Relevanz von *Managed Care* für die Sozialversicherungsländer wichtigste Merkmal ist die überwiegend private Leistungserbringung im ambulanten Bereich. Diese vorwiegend private Leistungserbringung erfordert eine vertragliche Gestaltung der Beziehung zwischen Leistungsanbieter und Versicherung, deren Inhalt in der Hauptsache ein im vorhinein festgelegter Betrag für zu erbringende Leistungen ist. Weiterer inhaltlicher Bestandteil ist die ständige Anpassung dieser Verträge an den medizinischen, technologischen und administrativen Fortschritt. Die vertragliche Gestaltung zwischen ÄrztInnen und Versicherungen ist auch das Hauptelement von *Managed Care*<sup>23</sup>.

Obwohl allen Sozialversicherungsländern auf der Produktionsseite im wesentlichen die private Leistungserbringung entspricht, schwanken die Ausgaben, die Versorgungsdichte bzw. der Ressourcenverbrauch teilweise erheblich. So waren beispielsweise die maximalen Ausgaben für die stationäre Versorgung 1997 etwa vier mal so hoch wie die minimalen<sup>24</sup>. Werden nur die EU-Sozialversicherungsländer einschließlich Japan herangezogen, verringerte sich der Abstand und die maximalen Ausgaben waren zwei mal höher.

Die stationäre Auslastung streute über jedes der betrachteten Ländersample am wenigsten. Geringer als in den stationären, aber auch in den Ausgaben für Arzneimittel ist der Unterschied in der ambulanten Versorgung, deren maximaler Betrag pro Kopf den minimalen Wert um 1,4 überstieg. Pro ÄrztIn wurden im Land mit der vergleichsweise höchsten Versorgung mehr als zwei mal so viele EinwohnerInnen betreut als in dem Land mit der geringsten Dichte.

In der nachfolgenden Diskussion wird nun versucht, die Anreizstrukturen von *Managed Care* herauszuarbeiten und den Unterschied zwischen *Managed Care* und jenen Marktmechanismen, wie sie in einigen europäischen Ländern implementiert wurden, zu analysieren.

### ***... die auch die Stammzelle von Managed Care sind***

In den *Managed-Care*-Organisationen lassen sich die Abrechnungen zwischen ÄrztInnen und Versicherungen typischerweise in drei Formen<sup>25</sup> einteilen, die in Tabelle 3 veranschaulicht sind.

<sup>23</sup> Luft, H. S. (1981): *Health Maintenance Organizations: Dimensions of performance*, John Wiley and Sons, New York. 1995 waren 83 Prozent aller Ärzte in einer vertraglichen Beziehung mit zumindest einer *Managed-Care*-Organisation. Im Vergleich zu 1990 entsprach dies einer Steigerung von 36 Prozent. 1991 waren etwa ein Drittel aller ÄrztInnen in Einzelpraxen tätig, 1995 waren es nur mehr ein Fünftel Gaynor, M., Mark, T., (1999) ebenda. Die Abrechnung mit den Spitälern erfolgt vielfach nach Tagsätzen. Einige Versicherungen bezahlen die Krankenanstalten leistungsorientiert und lehnen sich dabei an den von den staatlichen Krankenversicherungen eingeführten prospektiven Zahlungsmodus an.

<sup>24</sup> Die Länder umfassen: Österreich, Belgien, Deutschland, Estland, Frankreich, Japan, Niederlande, Polen, Slowenien, Tschechische Republik, Ungarn; IHS HealthEcon Berechnungen 1999.

<sup>25</sup> Zu einer Übersicht zu den Honorierungsformen in den EU-Ländern, siehe Wieninger, P. R. (1998): Honorierungssysteme ambulanter ärztlicher Leistungen, in: *Soziale Sicherheit* 3/98, 169–193.

Die in Tabelle 3 aufgelisteten Vergütungsformen kommen in *Managed-Care-Organisationen* in allen Kombinationen zur Anwendung, sind aber oftmals von anderen finanziellen Anreizen, wie Ertragsbeteiligungen, Bonus-Zahlungen und finanziellen Sanktionen begleitet. Die finanzielle Risiken für die nach Pauschalen bezahlten ÄrztInnen sind häufig durch einen "Budgetdeckel" beschränkt. ÄrztInnen können mit mehreren *Managed-Care-Organisationen* Verträge abschließen und werden dadurch auf die unterschiedlichste Art und Weise bezahlt. Umgekehrt schließen die Versicherungen mit allen möglichen Organisationsformen, in denen die ÄrztInnen tätig sind, Verträge ab.

**Tabelle 3: ÄrztInnenhonorierung**

| Vergütung     | Formen   | Dominierender Anreiz   |
|---------------|--|--|
| Einzeleistung | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kostenerstattung der PatientInnen</li> <li>• Direktverrechnung mit der Versicherung</li> <li>• Abrechnung nach "festgelegten Listenpreise"</li> </ul>   | Je mehr Leistungen umso mehr Einkommen   |
| Kopfpauschale | <p>Fixes Budget für eine vordefinierte Gruppe von Versicherungsnehmer gemäß deren medizinischem Bedarf, und kann folgendes umfassen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Leistungen der praktischen ÄrztInnen</li> <li>• alle medizinischen Leistungen</li> <li>• alle Gesundheitsleistungen</li> </ul> | Überschreiten die Ausgaben den Erwartungswert, kommt es zu finanziellen Einbußen bzw. entsteht Ertrag, wenn der Erwartungswert der Ausgaben unterschritten wird. |
| Gehalt        | Gemäß Angestelltenverträge   | Einkommen<br>Leistungsunabhängig   |

Quelle: Gaynor, M., Mark, T., (1999) ebenda, IHS HealthEcon 1999.

Bevor nun auf die konkreten bzw. empirisch dokumentierten Auswirkungen dieser Vertragsgestaltungen eingegangen wird, wird sich der nachfolgende Abschnitt mit den Problemen der Vertragsgestaltung bzw. mit den Formen des Marktversagens näher befassen.

### ***Praktizierende ÄrztInnen als Bevollmächtigte***

Gemäß der Theorie der Sachwalterbeziehungen im Gesundheitsbereich<sup>26</sup> ist die vertragliche Beziehung zwischen den ÄrztInnen und den Versicherungen durch mehrere Merkmale gekennzeichnet, die gleichzeitig notwendige Bedingungen für das Vorliegen einer Sachwalterbeziehung darstellen:

Erstens gibt es in der Wahrnehmung der Aufgaben für die Akteure Leistungsanbieter und Versicherungen *komparative Vorteile*. Ein komparativer Vorteil liegt z. B. darin, daß die ÄrztInnen, obwohl auch sie die Verwaltung der Versicherung übernehmen können, besser beschäftigt sind, wenn sie medizinisch behandeln. Theoretisch gilt dasselbe umgekehrt. Die

<sup>26</sup> Arrow, K. J., 1963: Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care, *The American Economic Review*, Bd. 53, Nr. 5, 942–973, Arrow, K. J., 1985, "The Economics of Agency", in Pratt, J., Zeckhauser, R. J., (Hrsg.), *Principals and Agents*, Cambridge, MA: Harvard Business School.

Versicherung ist jedoch erfahrener in der Abwicklung der Versicherungsverträge. Daraus ergibt sich die Spezialisierung. Ein weitere Konsequenz ist, daß im Verbund mit der PatientInnenbetreuung, der Versicherer (principal) die ÄrztInnen (agent) beauftragt, für seine Klientel Leistungen zu erbringen.

Zweitens bestehen *unterschiedliche Zielsetzungen* der Akteure. Versicherungen können sich sowohl um die Kosten als auch um die Qualität der Leistungen kümmern. Dies werden zumeist auch alle ÄrztInnen tun. Allerdings werden sie darüber hinaus ihr Einkommen berücksichtigen. Demzufolge führen die unterschiedlichen Zielsetzungen zu einem Konflikt zwischen diesen Akteuren.

Drittens führt *unvollständige Information* zwischen den Akteuren dazu, daß der Auftraggeber, dh die Versicherung, schlechter informiert ist als der Auftragnehmer, d. h. die ÄrztInnen, und demnach das Ergebnis der Behandlungen nur indirekt beobachten kann. Hohe Kosten und/oder schlechte Behandlungsergebnisse können aber sowohl die Folge von nachlässigem Bemühen der ÄrztInnen sein (*Moral Hazard*), als auch die Folge der Verteilung der unterschiedlichen Gesundheitszustände in einer Bevölkerung.

Je nach Dauer der vertraglichen Beziehung und der Häufigkeit der Beobachtung von (Behandlungs-)Ergebnissen, verbessert sich die Informationsgrundlage der Versicherungen. Laufende, langfristige, vertragliche Beziehungen werden deshalb als die theoretisch nützlichsten erachtet<sup>27</sup>.

Auch in der Beziehung zwischen den Versicherungen und den Versicherungsnehmern (PatientInnen) führt unvollständige Information zu einer Segmentierung des Marktes (*Adverse Selection*) bzw. dazu, daß Versicherungsnehmer bei vollem Versicherungsschutz im Verhältnis zu zusätzlichem Nutzengewinn zu viele Leistungen konsumieren (*Moral Hazard*).

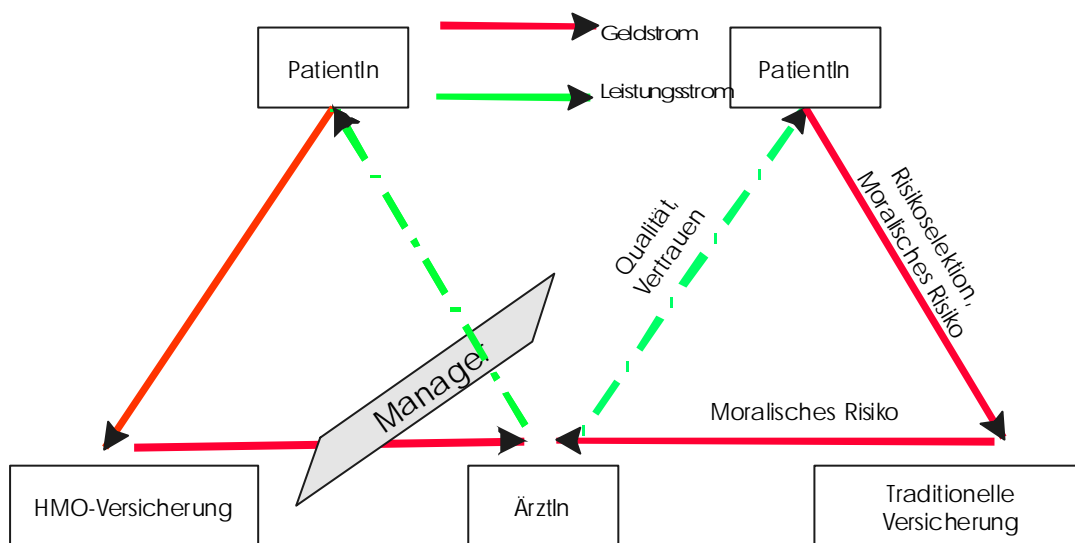
Sowohl im Fall der Beziehung Arzt/Versicherung, als auch im Fall der Arzt-Patienten-Beziehung sind die ÄrztInnen Auftragnehmer. Genau genommen ist die PatientIn Auftraggeber für die von der Versicherung beauftragten ÄrztInnen. Gegen Honorierung bzw. für die Bezahlung der Versicherung erbringt der Arzt eine Leistung am Patienten. Dieser wiederum erwirbt einen Titel zur Behandlung aus dem Versicherungsbeitrag, einem Lohnbestandteil, der von der Versicherung für die Remunerierung der Vertragspartner verwaltet wird. Wie Abbildung 2 zeigt, ist nun das spezielle Merkmal von *Managed Care*, daß ein "Manager" sowohl auf den Leistungsstrom, der zwischen ÄrztIn und PatientIn stattfindet, als auch auf den Kompensationsmechanismus zwischen Versicherung und den ÄrztInnen versucht Einfluß zu nehmen. In Abbildung 2 sind neben den Geld- und Leistungsströmen alle Formen von Marktversagen im Gesundheitsbereich zu erkennen.

---

<sup>27</sup> Gaynor, M., Mark, T. (1999), ebenda.

Risikoselektion, moralisches Risiko, sowohl in der Beziehung PatientIn und Versicherung als auch in der Beziehung ÄrztIn und Versicherung, und Unsicherheit auf Seiten der Beziehung zwischen ÄrztIn und PatientIn, die neben dem Wunsch nach "Cadillac-Qualität" der Leistungen, außerdem durch eine aus der Abhängigkeit entstehende Hoffnung nach einer Vertrauensbeziehung geprägt ist, sind die markantesten Merkmale auf diesem Markt.

**Abbildung 2: Sachwalterbeziehungen in Managed Care und in traditioneller Versicherung**



Quelle: IHS HealthEcon 1999.

Diese Formen von Marktversagen im Gesundheitswesen, die in allen Gesundheitssystemen, abhängig vom ökonomischen, demokratischen, kulturellen und organisatorischen Entwicklungsgrad mehr oder weniger ausgeprägt sind, haben dazu geführt, daß die Kernbereiche der gesundheitlichen Versorgung zumeist staatlich bzw. über Versicherungspflicht bzw. nicht-gewinnorientiert organisiert sind.

Die laufenden Debatten über *Managed Care*<sup>28</sup>, ihre rasante Weiterentwicklung<sup>29</sup> und das stark gestiegene akademische Interesse an diesen Veränderungen läßt erkennen, daß *Managed*

<sup>28</sup> Jeffery, N. A., Who's Crowding Emergency Rooms Now? Managed Care Patients, The Wall Street Journal, July 20, 1999. Jeffery, N. A., Rundle, R., L., Dumped, Redumped by a Medicare HMO, The Wall Street Journal, July 20, 1999. McGregor, D., On the critical list, Financial Times, July 28, 1999. Besharov, D. J., Smith, K.W., Getting Old Ain't What it Used to be, The Washington Post, August 1, 1999. Allam, H., Health Insurance Headaches, HMO's Retreat Leaves Rural Retirees Uncovered, The Washington Post, August 8, 1999.

<sup>29</sup> 1993 war gegenüber 1985 der Anteil der *Managed-Care*-Versicherten an allen Versicherten 3,5 mal höher. Glied, S., Managed Care, National Bureau of Economic Research Working Paper 7205, July 1999, Zum Wachstum von *Managed Care* in den staatlichen Sozialversicherungen Medicare und Medicaid vgl. auch Health System Watch II/Sommer 1999.



*Care* die normativen Grundlagen der gesundheitlichen Versorgung herausfordert. Diese normativen Grundlagen, die sich durch das Wirken von Marktversagen etabliert haben und die in der Hauptsache Vertrauen, Fairneß und Solidarität umfassen, sind durch den Eingriff von *Managed-Care*-Organisationen, das heißt konkret durch den Eingriff von Managern als Intermediäre bzw. als "Zwischenhändler", variabler Bestandteil des individuellen Behandlungsablaufes geworden, der somit einer laufenden Anpassung an Marktbedingungen ausgesetzt ist. Freilich hängen auch diese Anpassungen vom jeweiligen Verwertungsinteresse und von den operativen Zielsetzungen der *Managed-Care*-Organisationen ab<sup>30</sup>.

### ***Quasi-Märkte, Interne Märkte, geplante Märkte – das europäische Pendant zu Managed Care***

Die Entwicklung zu marktorientierten Gesundheitssystemen in Europa nahm ihren Ausgang in den steuerfinanzierten Ländern. Die Implementierung bzw. die Adaptierung von Marktanzügen in europäische Versicherungssysteme hat der Theorie der Konvergenz der gesundheitlichen Versorgung in den entwickelten Ländern starken Vorschub geleistet<sup>31</sup>. Beginnend mit den Reformen des Wohlfahrtsstaats in Großbritannien wurde auch in anderen steuerfinanzierten Ländern wie in Finnland und Schweden, aber auch in den Niederlanden und in den meisten Zentral- und Osteuropäischen Gesundheitssystemen, die weitgehend auf Pflichtversicherung beruhen, "Quasi-Märkte" eingeführt. Quasi-Märkte entstehen, wenn die Integration von Finanzierung und Bereitstellung, die sich in den meisten steuerfinanzierten Ländern auf alle Versorgungsebenen erstreckt hat, gleichsam staatlich aufgelöst wird. Erste Schritte in diese Richtung waren im Fall von Großbritannien z. B. der Zukauf von Wäscheservice bzw. Küchenleistungen über den Markt<sup>32</sup>.

Der markanteste Unterschied dieser Marktformen zu einem herkömmlichen Markt liegt auf der Nachfrageseite. Entscheidet in einem herkömmlichen Markt im wesentlichen die Zahlungsbereitschaft bzw. die Kaufkraft für das Zustandekommen eines Tausches, ist im Fall von Quasi-Märkten, vor allem aber bei *Managed Care*, ein Zwischenhändler eingeschaltet, der den Tausch von Leistung und Bezahlung lenkt. Der Zwischenhändler kann eine reale Person

<sup>30</sup> Center for Studying Health System Change, Market in Turmoil, As Physician Organizations Stumble, Community Report, Orange County, Calif., Spring 1999, und Competition Intensifies After Proposed Merger Fails, Community Report, Greenville S. C., Spring 1999.

<sup>31</sup> Comas-Herrera, A. 1999: Is there convergence in the health expenditures of the EU member states?, in: Mossialos, E., LeGrand, J. 1999: Health Care and Cost Containment in the European Union, Asghate, Aldershot. Allerdings ist die Theorie der Konvergenz durch die Tatsache relativiert, daß trotz der Verwendung ähnlicher Marktinstrumente in unterschiedlichen Ländern, unterschiedliche gesundheitspolitische Ziele, die in dem Spektrum von kostenbewußten Zahlern (Großbritannien), qualitätsbewußten Patienten (Schweden) bis zu optimierenden Konsumenten (Niederlande) angesiedelt sind, verfolgt wurden und in starke inhaltliche Divergenzen mündeten. Vgl. Jacobs, A., Seeing Difference: Market Health Reform in Europe, Journal of Health Politics, Policy and Law, Bd. 23, Nr. 1, February 1998 1–33.

<sup>32</sup> Le Grand, J., Quasi-Markets and Social Policy, The Economic Journal, 101 (September 1991), 1256–1267.

sein, ein Manager, aber auch eine Institution bzw. eine Bürokratie. Im Fall der Pflichtversicherung entfällt die aktive Organisation des individuellen Tausches. An ihre Stelle tritt das kollektive Verhandeln von Gebühren und Honorierungen für zu erbringende Leistungen durch Dritte. Diese Verhandlungen werden zumeist auf regionaler Ebene geführt. Um die Informationsungleichgewichte zwischen Versicherungen und medizinische Anbieter in diesem System zu balancieren wird der Marktzutritt selektiv beschränkt bzw. müssen sich potentielle Wettbewerber einer Bedarfsprüfung unterziehen.

In Quasi-Märkten bzw. in internen Märkten und in geplanten Märkten wird versucht gesundheitspolitische Ziele mit Hilfe von Preismechanismen, die bürokratische Mechanismen wie Marktzutrittsbeschränkungen, Bedarfsprüfung und Planung selektiv ersetzen, zu erreichen. Im Gegensatz zu regulierten Märkten, wie es der *Managed-Care*-Markt ist, umfaßt diese Marktform in der Hauptsache Organisationen bzw. Unternehmen im öffentlichen Eigentum, die die Einflußnahme der (gesundheits-)politischen Entscheidungsträger bei gleichzeitiger Limitierung der Auswirkungen des Kapitalmarktes sicherstellen.

Obwohl in geplanten Märkten bürokratisch-administrative Mechanismen durch Marktanreize bzw. durch Marktpreise selektiv ersetzt werden, besteht ein entscheidender Unterschied zu regulierten Märkten darin, daß die operativen Ziele weiter politischen Vorgaben genügen. Der Staat kreiert somit den Markt, bevor dieser vorhanden ist, und wird nicht erst retrospektiv tätig, wenn ein Marktergebnis nach Regulierung bzw. Kontrolle verlangt<sup>33</sup>.

---

<sup>33</sup> Vgl. Saltman, R. B, Otter, v. C. (1992): *Planned markets and public competition. Strategic reform in northern European health systems*, Open University Press, Buckingham, Philadelphia.  
Saltman, R. B, Otter, v. C., (1995): *Implementing planned markets in health care*, Open University Press, Buckingham, Philadelphia.

Tabelle 4: Typologie von Marktformen im Gesundheitsbereich

|                  | <i>Quasi-Markt</i>  | <i>Managed Care</i>  | <i>Pflichtversicherung</i>  |
|------------------|---|--|---|
| <b>Nachfrage</b> | “Voucher” = “Betreuungsscheck” <sup>34</sup> , manchmal ist ein Manager involviert.   | Manager organisiert, verfolgt, steuert und kontrolliert den Behandlungsablauf  | Rechtstitel zur Behandlung, Wahlfreiheit, Sachleistungen  |
| <b>Angebot</b>   | Nicht-gewinnorientierte Unternehmen stehen um öffentliche Auf- und Verträge in Preiswettbewerb zu einander und manchmal auch zu gewinnorientierten Unternehmen. | Teilweise integriertes Versorgungsnetzwerk, Versicherungen und Einzelunternehmen stehen im Preiswettbewerb zu einander | Vorwiegend nicht-gewinnorientierte private und/oder öffentliche Unternehmen stehen im Qualitätswettbewerb. Der Markteintritt ist teilweise reguliert. |

Quellen: Le Grand, J. (1991), ebenda, Getzen, Th. E., USA in Stepan (Hrsg.), Finanzierungssysteme im Gesundheitswesen, Manz 1997, IHS HealthEcon 1999.

Während *Managed Care* die ausdrückliche Bemühung von Versicherungen umfaßt, den Ressourcenverbrauch über vertragliche Beziehungen mit den Leistungsanbietern zu beeinflussen und damit in der Folge eine Integration von Finanzierung und Leistungserbringung herzustellen, geht das Bemühen, Quasi-Märkte einzurichten, dahin, eine vormals bestehende Integration aufzulösen. Allerdings erfolgt die Auflösung bei gleichzeitigem Einsatz von Marktmechanismen, die wiederum jenen, die in *Managed Care* zur Anwendung kommen, nicht unähnlich, jedoch vergleichsweise “politisiert” sind.

Nachdem in dieser Ausgabe schwerpunktmäßig die Frage untersucht werden soll, ob *Managed Care* die gesundheitliche Versorgung effizienter macht, soll nun im folgenden detaillierter das Potential von *Managed Care* in der Milderung der wichtigsten Formen von Marktversagen und damit im Bremsen des Ausgabenwachstums beschrieben werden.

### **Wieviel Vorteil ist Risikoselektion?**

Ausgangspunkt für die nachstehende Auflistung ist, daß sowohl in der traditionellen Kostenerstattungsversicherung als auch in der Marktform *Managed Care* alle Formen von Marktversagen wirken bzw. zusammenwirken. Um beurteilen zu können, ob *Managed Care* die gesundheitliche Versorgung im Sinne der Milderung der Formen von Marktversagen effizienter bzw. kostengünstiger macht, wurden die Vor- und Nachteile hinsichtlich der Hauptformen von Marktversagen tabellarisch aufgelistet.

<sup>34</sup> Die Idee des Betreuungsschecks ist, mit Hilfe einer Geldsumme Leistungen von Anbietern zu beziehen, die im Wettbewerb zueinander stehen. Im Gegensatz dazu ist der Krankenschein ein Bezugszertifikat für eine Sachleistung.

Die Vorstellung, daß die Segmentierung des Marktes ein Vorteil ist, basiert auf der grundlegenden Annahme, daß sich die Individuen sowohl hinsichtlich ihrer Präferenzen ganz allgemein, als auch hinsichtlich ihrer Gesundheitszustände teilweise erheblich voneinander unterscheiden. *Managed Care* mit einer Fülle von Versicherungsoptionen für unterschiedliche Personengruppen mit unterschiedlichen Präferenzen in ihrer gesundheitlichen Versorgung ist demnach die materielle Antwort auf die gesellschaftliche Philosophie des Individualismus, in dem die Fähigkeit und Notwendigkeit attestiert ist, daß alle Personen in der Lage sind, ihr Risikoprofil adäquat einzuschätzen bzw. ihre Präferenzen zu kennen. Die Fähigkeit zur Segmentierung des Marktes führte zu Kostensenkungen für viele *Managed-Care*-Organisationen. In der Literatur konnte gezeigt werden, daß unter dem Preisdruck von *Managed Care* großzügigere Versicherungen den Markt verlassen und damit Gruppen, die im Vergleich zur *Managed-Care*-Klientele mehr und umfassendere Versicherung benötigen, nicht bedient werden. Außerdem konnten keine Hinweise festgestellt werden, daß die Beschaffung von privater Information, eine Voraussetzung für die Wahrnehmung von Preis- bzw. Prämienvorteile, gestiegen ist. Selektion bzw. Segmentierung führt jedoch zu höheren gesamten Kosten, weil Überwälzungen stattfinden<sup>35</sup>.

Herkömmliche Versicherungen begegnen dem moralischen Risiko hauptsächlich mit Kostenbeteiligungen auf der Nachfrageseite. Die Kombination von Kostenbeteiligungen der PatientInnen und vielfältige Formen von angebotsseitigen Mechanismen sind die üblichen Mittel für *Managed Care* diese Form von Marktversagen zu internalisieren. Neben den Möglichkeiten die finanziellen Anreize, wie sie in Tabelle 3 zusammengefaßt sind, zu kombinieren, ist die Entwicklung und Ausweitung der Kontrolle des Ressourcenverbrauches durch aktive Informationsbeschaffung ein entscheidender Vorteil von *Managed Care*.

---

<sup>35</sup> Glied, S., (1999) ebenda und weiter unten.

**Tabelle 5: Vorteile und Nachteile von *Managed Care* gegenüber traditioneller Versicherungen**

|   | Vorteile  | Nachteile   |
|---|---|---|
| <i>Unvollständige Information</i>   |   |   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Risikoselektion (adverse selection)</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ Orientierung nach Präferenzen der Versicherungsnehmer basierend auf subjektiven Risikoeinschätzungen und Höhe des Ressourcenverbrauchs</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ Ideologisch bestimmte Annahme, daß das Risiko(-Verhalten) gleichverteilt ist.</li> <li>⇒ Risiko, daß großzügige Versicherungen den Markt verlassen.</li> <li>⇒ Kostenüberwälzungen auf andere Versicherer</li> </ul>                     |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Moralisches Risiko (moral hazard)</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ Kontrolle des Ressourcenverbrauchs vor allem durch aktive Informationsbeschaffung</li> <li>⇒ Monitoring der Leistungsanbieter</li> <li>⇒ Kein Anreiz zur Leistungsausweitung durch die Anbieter</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ Hohe Kontrollkosten</li> <li>⇒ Kostenüberwälzungen auf andere Versicherer</li> <li>⇒ Preisanstiege für Non-Managed Care Patienten</li> <li>⇒ Verlangsamung der Innovationsrate</li> <li>⇒ Steigende Unsicherheit der Anbieter</li> </ul> |
| <i>Qualität der Leistungen</i>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ Verstärkte Möglichkeit der Beobachtung von Prozeß- und Ergebnisqualität</li> <li>⇒ Qualitätsreporate</li> <li>⇒ Entwicklung von Markennamen</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ Hohe Kontrollkosten, dh die Qualität der Berichterstattung über die Qualität der Leistungen muß kontrolliert werden.</li> </ul>  |
| <i>Fehlender Wettbewerb</i>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ (Preis-)Wettbewerb anstelle von Qualitätswettbewerb</li> <li>⇒ Eindämmung von Angebotsmonopolen</li> <li>⇒ Verhandlung von Diskonten</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ Hohe Suchkosten bei Werbeverbot</li> <li>⇒ Preissteigerungen für andere, großzügigere Versicherungen</li> </ul>  |

Quellen: Glied, S., (1999) ebenda, Gaynor, M., Mark, T., (1999) ebenda, IHS HealthEcon 1999.

Die kontinuierliche Überwachung (Monitoring) des Ressourcenkonsums von *Managed Care* in Verbindung mit dem Einsatz von Kopfpauschalen korrespondiert außerdem eng mit den Ergebnissen der theoretischen Literatur zur optimalen Vertragsgestaltung bzw. zur Kontrolle des moralischen Risikos<sup>36</sup>.

Ein weiterer Vorteil von *Managed Care* ist die Notwendigkeit der systematischen Informationsaufbereitung über die Qualität der Leistungen, um Entscheidungen für Individuen bzw. Arbeitgeber bzw. für die Zentralversicherungsanstalt zu erleichtern, welche Versicherung gewählt werden soll. Dabei ist sowohl die Prozeß- als auch die Ergebnisqualität gleichermaßen Gegenstand laufender Beobachtung<sup>37</sup>. Wie konsistent und zuverlässig die einzelnen Berichte

<sup>36</sup> Gaynor, M., Mark, T., (1999) ebenda. Die Kombination aus angebotsseitigen Kostenbeteiligungen und Monitoring des Ressourcenverbrauchs als Antwort von *Managed Care* auf das moralische Risiko wird außerdem für das Wachstum dieser Organisationsform verantwortlich gemacht. Vgl: Glied, S., (1999) ebenda.

<sup>37</sup> Der Einsatz kostensparender und qualitätsverbesserender Technologien in den Verwaltungen wird als ein Grund für das rasante Wachstum von *Managed Care* angesehen. Vgl: Glied, S., (1999) ebenda.

über die Qualität sind, ist Gegenstand zahlreicher Debatten<sup>38</sup> und erheblicher Forschungsbemühungen<sup>39</sup>. Läßt sich vielleicht im Hinblick auf die Streuung von Präferenzen und dem Potential von *Managed Care* zur Marktsegmentierung ein relativer Vorteil identifizieren, so ist die offenbar gleichzeitig stattfindende Minderung der Qualität, die in allen Untersuchungen gefunden wurde, ein entscheidender Nachteil. Mehr noch, es wurde herausgefunden, daß die Qualität der medizinischen Versorgung in *Managed-Care*-Organisationen vor allem für die Schwerkranken, die zudem noch arm sind, besonders fragwürdig ist<sup>40</sup>.

Im Hinblick auf den in Gesundheitsmärkten fehlenden Wettbewerb hat *Managed Care* gegenüber der traditionellen Versicherung den Vorteil, daß der Qualitätswettbewerb einschränkt wird und über den Preiswettbewerb Wohlfahrtsgewinne lukriert werden können<sup>41</sup>. Demgegenüber steht jedoch der entscheidende Nachteil, daß nicht nur hohe Suchkosten für PatientInnen entstehen, sondern daß ebenfalls Kostenüberwälzungen auftreten können. Dies wiederum kann zur Folge haben, daß die Gesamtkosten nicht sinken bzw. daß sie sogar steigen. In der laufenden Verbreitung von *Managed Care* liegen die Vorteile auch in dem Potential der flächendeckenden Wahrnehmung des Monitorings bzw. des Einsatzes von Behandlungsrichtlinien und den damit zusammenhängenden Größen- bzw. Verbundvorteilen (*economies of scale bzw. scope*)<sup>42</sup>.

### ***Geringere Qualität wird von Kostenüberwälzungen begleitet – empirische Ergebnisse zum Kostendämpfungspotential von Managed Care***

Das nachfolgende Schaubild dient dazu, die wichtigsten empirischen Ergebnisse zu den Auswirkungen von *Managed Care* auf die Merkmale von Marktversagen bzw. auf Ressourcenverbrauch, Qualität, Spillover-Effekte und Kostenwachstum zusammenzufassen.

Im Hinblick auf die Veränderung der Ressourcennutzung durch die Zusammensetzung der Klientele konnten eindeutige Vorteile in *Managed-Care*-Organisationen identifiziert werden. Dies führte zu Kostensenkungen für die relevante *Managed-Care*-Organisation bzw. ihre Mitbewerber, aber in der Folge kam es auch zu Kostenüberwälzungen, die dazu führten, daß bislang kein

<sup>38</sup> Die kürzlich heftig geführten Diskussionen um PatientInnenrechte zirkulierten um Qualitätsprobleme. Vgl. z. B. "Patient's Bill of Rights", The Washington Post, July 13, 1999.

<sup>39</sup> Das National Committee of Quality Assurance (NCQA), eine Arbeitgeberinitiative, recherchiert und zertifiziert HMOs nach ihrer Performance; auch die Health Care Financing Administration hat sich mittlerweile bei der NCQA an der Erarbeitung von Qualitätsstandards aktiv beteiligt.

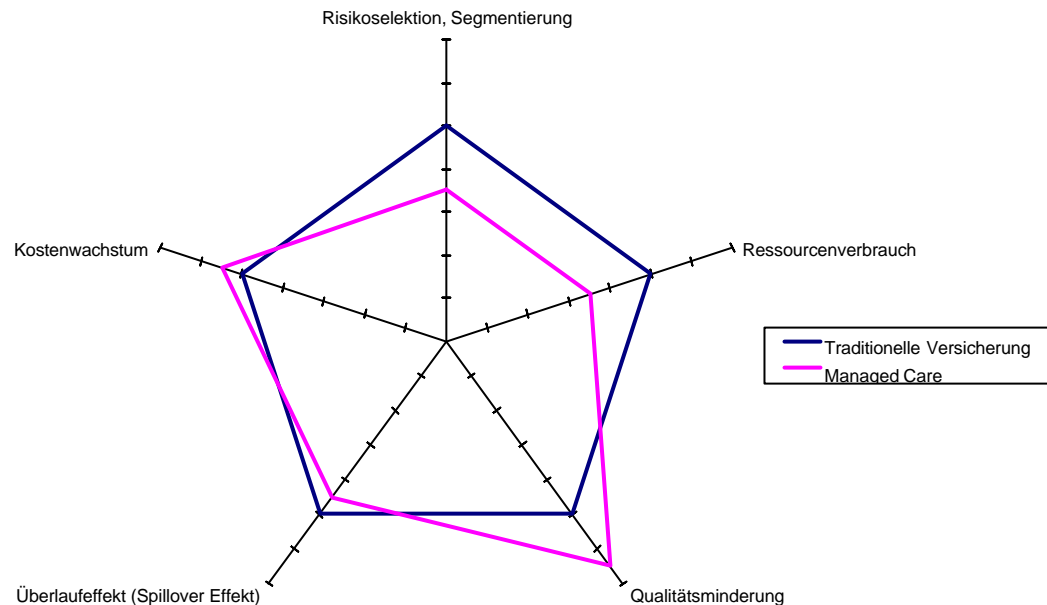
<sup>40</sup> Glied, S., (1999), ebenda.

<sup>41</sup> Kessler, D. P., McClellan, M. B., Is Hospital Competition Socially Wasteful? National Bureau of Economic Research Working Paper 7266 July 1999.

<sup>42</sup> Größenvorteile konnten bei einer Versichertenzahl bis zu 115 000 festgestellt werden. 1997 hatte eine HMO im Median 40 000 Versicherte. Vgl. Glied, S., (1999) ebenda.

eindeutiger Nachweis erbracht werden konnte, daß *Managed Care* das Kostenwachstum bremste.

**Abbildung 3: Empirische Effekte von Managed Care<sup>43</sup>**



Quellen: Glied, S., (1999) ebenda, Gaynor, M., Mark, T., (1999) ebenda, IHS HealthEcon 1999

In bezug auf den Ressourcenverbrauch insgesamt konnte eine vergleichsweise eindeutige Eindämmung in den Aufnahmezeiten, in den Verweildauern und in den gesamten stationären Kosten festgestellt werden<sup>44</sup>. Obwohl Spillover-Effekte nicht eindeutig nachweisbar waren, gibt es viele Indizien bzw. eine neue Untersuchung, die darauf hinweist, daß in Bereichen, wo der Marktanteil von *Managed-Care*-Organisationen hoch ist, dies die Ausgaben für die in *Medicare* und *Medicaid* Versicherten senkte<sup>45</sup>.

In allen Fällen konnte ausnahmslos im Vergleich zur traditionellen Versicherung eine Minderung der Qualität der medizinischen Versorgung festgestellt werden, die nicht nur eine

<sup>43</sup> Leseart: Die Effekte der herkömmlichen Versicherungen wurden auf 100 normiert. Dies bedeutet jedoch nicht, daß sie Optimalitätskriterien sind, sondern es soll lediglich der Verdeutlichung der Auswirkungen von *Managed Care* dienen.

<sup>44</sup> Glied, S., (1999), ebenda.

<sup>45</sup> Baker, L. C., Association of Managed Care Market Share and Health Expenditures for Fee-for-Service Medicare Patients, JAMA, February 3, 1999, Bd. 281, Nr. 5, 432–37.

Verringerung bei niedrigeren Kosten war, sondern die vor allem jene betraf, die sehr krank und arm waren.



### ***Österreich und Managed Care – gibt es etwas zu lernen?***

Im letzten Abschnitt soll nun der Frage nachgegangen werden, ob die Organisationsform Managed Care Elemente enthält, die Sozialversicherungsländern, wie es Österreich eines ist, im Hinblick auf Kostendämpfungsbemühungen dienlich sein können.

Risikoselektion, Segmentierung und etwaige Überlauf Effekte sind bei bestehender Pflichtversicherung irrelevante Quellen zur Kostendämpfung.

Anders ist dies im Bereich des Ressourcenverbrauches. Ein Hauptfunktion der HausärztInnen und der ÄrztInnen für Allgemeinmedizin ist es, die Rolle eines *Gate Keepers* zu übernehmen. Die PatientInnen werden entsprechend der Ergebnisse der Erstkonsultation an die zuständigen SpezialistInnen überweisen. Dadurch ergibt sich die formelle Struktur für die Einholung einer zweiten medizinischen Meinung, selbst wenn seitens der PatientInnen oft direkt FachärztInnen kontaktiert werden. Die Position der HausärztInnen könnte durch kreative Tarifmodelle, dafür kombiniert mit einer laufenden Kontrolle des Ressourcenverbrauches, stark aufgewertet werden.

Darüber hinaus ist die Rolle der ChefärztInnen jene von Manager des Ressourcenverbrauches und könnte im Hinblick auf eine Verstärkung des Monitoring weiter aufgewertet werden. Diese Aufwertung könnte in der Folge helfen, das moralische Risiko, das von Seiten der ÄrztInnen ausgeht ("Über- bzw. Unterbehandlung" bzw. Behandlung am Bedarf vorbei), verstärkt zu kontrollieren.

Die Möglichkeiten der Evaluierung von Qualitätsveränderungen im österreichischen Gesundheitswesen bauen auf mehreren Initiativen auf.<sup>46</sup>

Diese Maßnahmen, die von den konzeptionellen Ansätzen her, internationalen Standards genügen, sind jedoch erst dann umfassend nützlich, wenn entsprechend öffentlich zugängliche Informationen und Daten zur Auswertung zur Verfügung stehen. Dem kurzfristig möglichen Nutzen, daß durch verbesserte Beobachtung und Dokumentationen des Behandlungsgeschehens eine Verfeinerung der Gesundheitsstatistik erzielt werden kann, folgt der Vorteil, daß mit Hilfe von Evaluationsinstrumenten Behandlungsunterschiede transparent gemacht werden können. Dies ist nicht nur im Hinblick auf etwaig vermeidbare Spitalsaufenthalte relevant, sondern vor allem für die Entwicklung medizinischer und technologischer Standards, deren Zweck es sein muß, den Ressourcenverbrauch nicht am Angebot von Einrichtungen und/oder medizinischem Personal, sondern am Bedarf zu orientieren.

---

<sup>46</sup> Hostasch, L.: Patientenrecht ist Menschenrecht, 9 Punkte zur Stärkung der Qualität im Gesundheitswesen, Presseunterlage, BMAGS, 8. August 1999.

| Tabelle A1: Gesamtbevölkerung in 1000 |        |        |        |        |        |        |        |        | Index 1990=100 |      |      |      |      |      |      |      | Anteil an EU15 |
|---------------------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|----------------|------|------|------|------|------|------|------|----------------|
|                                       | 1990   | 1991   | 1992   | 1993   | 1994   | 1995   | 1996   | 1997   | 1990           | 1991 | 1992 | 1993 | 1994 | 1995 | 1996 | 1997 | 1997           |
| Österreich                            | 7729   | 7813   | 7914   | 7991   | 8030   | 8047   | 8059   | 8072   | 100            | 101  | 102  | 103  | 104  | 104  | 104  | 104  | 2,16           |
| Belgien *                             | 9961   | 10001  | 10045  | 10084  | 10116  | 10137  | 10157  | 10185  | 100            | 100  | 101  | 101  | 102  | 102  | 102  | 102  | 2,72           |
| Dänemark                              | 5140   | 5154   | 5170   | 5189   | 5205   | 5228   | 5262   | 5284   | 100            | 100  | 101  | 101  | 101  | 102  | 102  | 103  | 1,41           |
| Deutschland                           | 79364  | 79984  | 80594  | 81179  | 81422  | 81661  | 81896  | 82052  | 100            | 101  | 102  | 102  | 103  | 103  | 103  | 103  | 21,92          |
| Finnland                              | 4986   | 5014   | 5042   | 5066   | 5088   | 5108   | 5125   | 5140   | 100            | 101  | 101  | 102  | 102  | 102  | 103  | 103  | 1,37           |
| Frankreich                            | 56735  | 57055  | 57374  | 57654  | 57900  | 58139  | 58377  | 58543  | 100            | 101  | 101  | 102  | 102  | 102  | 103  | 103  | 15,64          |
| Griechenland                          | 10161  | 10247  | 10322  | 10380  | 10426  | 10454  | 10476  | 10522  | 100            | 101  | 102  | 102  | 103  | 103  | 103  | 104  | 2,81           |
| Großbritannien                        | 57411  | 57794  | 57998  | 58191  | 58394  | 58606  | 58802  | 59009  | 100            | 101  | 101  | 101  | 102  | 102  | 102  | 103  | 15,76          |
| Irland                                | 3503   | 3526   | 3553   | 3572   | 3586   | 3601   | 3626   | 3559   | 100            | 101  | 101  | 102  | 102  | 103  | 104  | 102  | 0,95           |
| Italien                               | 57661  | 57252  | 56859  | 57049  | 57204  | 57301  | 57380  | 57496  | 100            | 99   | 99   | 99   | 99   | 99   | 100  | 100  | 15,36          |
| Luxemburg                             | 382    | 387    | 393    | 398    | 404    | 410    | 416    | 421    | 100            | 101  | 103  | 104  | 106  | 107  | 109  | 110  | 0,11           |
| Niederlande                           | 14952  | 15070  | 15184  | 15290  | 15383  | 15459  | 15531  | 15611  | 100            | 101  | 102  | 102  | 103  | 103  | 104  | 104  | 4,17           |
| Portugal                              | 9896   | 9867   | 9862   | 9876   | 9902   | 9917   | 9928   | 9946   | 100            | 100  | 100  | 100  | 100  | 100  | 100  | 101  | 2,66           |
| Schweden                              | 8559   | 8614   | 8668   | 8719   | 8781   | 8827   | 8841   | 8846   | 100            | 101  | 101  | 102  | 103  | 103  | 103  | 103  | 2,36           |
| Spanien                               | 38959  | 39025  | 39006  | 39086  | 39150  | 39210  | 39220  | 39718  | 100            | 100  | 100  | 100  | 100  | 101  | 101  | 102  | 10,61          |
| EU15                                  | 365399 | 366802 | 367984 | 369726 | 370989 | 372103 | 373093 | 374404 | 100            | 100  | 101  | 101  | 102  | 102  | 102  | 102  | 100,00         |
| EU11                                  | 284129 | 284993 | 285825 | 287247 | 288183 | 288988 | 289713 | 290743 | 100            | 100  | 101  | 101  | 101  | 102  | 102  | 102  | 77,65          |
| Schweiz *                             | 6796   | 6873   | 6943   | 6989   | 7037   | 7081   | 7108   | 7159   | 100            | 101  | 102  | 103  | 104  | 104  | 105  | 105  | 1,91           |
| USA *                                 | 249911 | 252643 | 255407 | 258120 | 260682 | 263168 | 265557 | 267735 | 100            | 101  | 102  | 103  | 104  | 105  | 106  | 107  | 71,51          |
| Estland                               | 1571   | 1566   | 1544   | 1517   | 1499   | 1484   | 1469   | 1458   | 100            | 100  | 98   | 97   | 95   | 94   | 94   | 93   | 0,39           |
| Polen                                 | 38119  | 38245  | 38365  | 38459  | 38544  | 38588  | 38618  | 38636  | 100            | 100  | 101  | 101  | 101  | 101  | 101  | 101  | 10,32          |
| Slowenien                             | 2000   | 1999   | 1994   | 1989   | 1989   | 1983   | 1991   | 1980   | 100            | 100  | 100  | 99   | 99   | 99   | 100  | 99   | 0,53           |
| Tschechien                            | 10363  | 10309  | 10318  | 10331  | 10336  | 10331  | 10315  | 10304  | 100            | 99   | 100  | 100  | 100  | 100  | 100  | 99   | 2,75           |
| Ungarn                                | 10365  | 10346  | 10324  | 10294  | 10261  | 10229  | 10193  | 10135  | 100            | 100  | 100  | 99   | 99   | 99   | 98   | 98   | 2,71           |

Quelle: WHO Health for all database, \* OECD Health Data, IHS HealthEcon Berechnungen.

| Tabelle A2: Anteil unter 15-jährigen an der Gesamtbevölkerung in % | EU15=100 |      |      |      |      |      |       |      |      |      |      |      |      |      |
|--|----------|------|------|------|------|------|-------|------|------|------|------|------|------|------|
|  | 1990     | 1991 | 1992 | 1993 | 1994 | 1995 | 1996  | 1990 | 1991 | 1992 | 1993 | 1994 | 1995 | 1996 |
| Österreich   | 17,4     | 17,4 | 17,5 | 17,6 | 17,6 | 17,5 | 17,4  | 96   | 97   | 98   | 99   | 100  | 101  | 101  |
| Belgien *  | 18,1     | 18,1 | 18,2 | 18,2 | 18,1 | 17,9 | 17,7  | 100  | 101  | 102  | 102  | 103  | 103  | 102  |
| Dänemark   | 17,0     | 16,9 | 17,0 | 17,1 | 17,2 | 17,4 | 17,6  | 94   | 94   | 95   | 96   | 98   | 100  | 102  |
| Deutschland  | 16,1     | 16,3 | 16,3 | 16,4 | 16,4 | 16,2 | 16,2  | 89   | 90   | 91   | 92   | 93   | 93   | 94   |
| Finnland   | 19,3     | 19,3 | 19,2 | 19,1 | 19,1 | 19,0 | 18,9* | 107  | 107  | 107  | 108  | 109  | 109  | 109  |
| Frankreich   | 19,4     | 19,4 | 19,3 | 19,2 | 19,0 | 18,8 | 19,3* | 107  | 108  | 108  | 108  | 108  | 108  | 111  |
| Griechenland   | 19,3     | 18,8 | 18,3 | 17,8 | 17,3 | 16,9 | 16,4  | 107  | 105  | 103  | 101  | 99   | 97   | 95   |
| Großbritannien   | 19,0     | 19,1 | 19,3 | 19,4 | 19,5 | 19,4 | 19,3  | 105  | 106  | 108  | 110  | 111  | 111  | 112  |
| Irland   | 27,3     | 26,7 | 26,2 | 25,7 | 25,1 | 24,4 | 23,7* | 151  | 148  | 147  | 145  | 143  | 140  | 137  |
| Italien  | 16,5     | 16,0 | 15,7 | 15,4 | 15,2 | 15,0 | 15,2* | 91   | 89   | 88   | 87   | 86   | 86   | 88   |
| Luxemburg  | 17,4     | 17,6 | 17,8 | 18,0 | 18,2 | 18,4 | 18,5  | 96   | 98   | 100  | 102  | 103  | 106  | 107  |
| Niederlande  | 18,2     | 18,3 | 18,3 | 18,3 | 18,4 | 18,4 | 18,4  | 101  | 102  | 102  | 103  | 104  | 106  | 106  |
| Portugal   | 20,4     | 19,7 | 19,1 | 18,7 | 18,2 | 17,8 | 17,4  | 113  | 109  | 107  | 105  | 104  | 102  | 101  |
| Schweden   | 17,9     | 18,1 | 18,4 | 18,6 | 18,8 | 18,9 | 18,8  | 99   | 101  | 103  | 105  | 107  | 108  | 109  |
| Spanien  | 19,7     | 19,1 | 18,3 | 17,8 | 17,2 | 16,6 | 15,3* | 109  | 106  | 103  | 100  | 98   | 96   | 88   |
| EU15 **  | 18,1     | 18,0 | 17,9 | 17,7 | 17,6 | 17,4 | 17,3  | 100  | 100  | 100  | 100  | 100  | 100  | 100  |
| EU11 **  | 17,9     | 17,7 | 17,6 | 17,4 | 17,2 | 17,0 | 16,9  | 99   | 99   | 98   | 98   | 98   | 98   | 98   |
| Schweiz *  | 17,6     | 17,5 | 17,6 | 17,6 | 17,6 | 16,5 | 16,1  | 97   | 97   | 99   | 99   | 100  | 95   | 93   |
| USA *  | 21,3     | 21,4 | 21,5 | 21,6 | 21,6 | 21,0 | 20,9  | 118  | 119  | 120  | 122  | 123  | 121  | 121  |
| Estland  | 22,2     | 22,1 | 21,8 | 21,3 | 20,9 | 20,5 | 20,0  | 122  | 123  | 122  | 120  | 119  | 118  | 116  |
| Polen  | 25,1     | 24,8 | 24,4 | 23,9 | 23,4 | 22,8 | 22,2  | 139  | 138  | 136  | 135  | 133  | 131  | 128  |
| Slowenien  | 20,6     | 20,1 | 19,6 | 19,1 | 18,5 | 18,0 | 17,8  | 114  | 112  | 110  | 107  | 105  | 103  | 103  |
| Tschechien   | 21,5     | 20,8 | 20,3 | 19,7 | 19,2 | 18,6 | 18,1  | 119  | 116  | 114  | 111  | 109  | 107  | 105  |
| Ungarn   | 20,2     | 19,7 | 19,2 | 18,8 | 18,4 | 18,1 | 17,9  | 112  | 109  | 108  | 106  | 105  | 104  | 103  |

Quelle: WHO Health for all database, \* OECD Health Data, IHS HealthEcon Berechnungen.

\*\* Bevölkerungsgewichteter Durchschnitt.

| Tabelle A3: Anteil der 65-jährigen und älteren an der Gesamtbevölkerung in % |      |      |      |      |      |      |       | EU15=100 |      |      |      |      |      |      |      |  |
|--|------|------|------|------|------|------|-------|----------|------|------|------|------|------|------|------|--|
|  | 1990 | 1991 | 1992 | 1993 | 1994 | 1995 | 1996  | 1990     | 1991 | 1992 | 1993 | 1994 | 1995 | 1996 | 1997 |  |
| Österreich   | 14,9 | 15,0 | 14,9 | 14,9 | 15,0 | 15,1 | 15,3  | 102      | 101  | 99   | 98   | 101  | 97   | 98   | 102  |  |
| Belgien *  | 15,0 | 15,3 | 15,4 | 15,6 | n.v. | 15,8 | 15,9  | 102      | 103  | 103  | 103  | n.v. | 101  | 102  | 102  |  |
| Dänemark   | 15,6 | 15,6 | 15,6 | 15,5 | 15,4 | 15,3 | 15,1  | 107      | 105  | 104  | 102  | 103  | 98   | 97   | 107  |  |
| Deutschland  | 15,0 | 15,0 | 15,0 | 15,1 | 15,2 | 15,5 | 15,6  | 102      | 101  | 100  | 100  | 102  | 99   | 100  | 102  |  |
| Finnland   | 13,4 | 13,5 | 13,7 | 13,8 | 14,0 | 14,2 | 14,4* | 91       | 91   | 91   | 91   | 94   | 91   | 93   | 91   |  |
| Frankreich   | 14,5 | 14,7 | 14,9 | 15,1 | 15,3 | 15,6 | 15,4* | 99       | 99   | 99   | 100  | 103  | 100  | 99   | 99   |  |
| Griechenland   | 13,8 | 14,1 | 14,4 | 14,8 | 15,2 | 15,6 | 16,0  | 94       | 95   | 96   | 97   | 102  | 100  | 103  | 94   |  |
| Großbritannien   | 15,7 | 15,7 | 15,8 | 15,8 | 15,7 | 15,7 | 15,7  | 107      | 106  | 105  | 104  | 105  | 101  | 101  | 107  |  |
| Irland   | 11,4 | 11,4 | 11,4 | 11,4 | 11,4 | 11,4 | 11,4* | 78       | 77   | 76   | 75   | 76   | 73   | 73   | 78   |  |
| Italien  | 14,7 | 15,1 | 15,6 | 16,0 | 16,3 | 16,6 | 16,3* | 100      | 102  | 104  | 105  | 109  | 107  | 105  | 100  |  |
| Luxemburg  | 13,4 | 13,5 | 13,6 | 13,7 | 13,8 | 14,0 | 14,2  | 92       | 91   | 90   | 90   | 93   | 90   | 91   | 92   |  |
| Niederlande  | 12,8 | 12,9 | 13,0 | 13,1 | 13,1 | 13,2 | 13,3  | 88       | 87   | 87   | 86   | 88   | 85   | 86   | 88   |  |
| Portugal   | 13,4 | 13,7 | 13,9 | 14,1 | 14,3 | 14,6 | 14,8  | 92       | 93   | 93   | 93   | 96   | 94   | 95   | 92   |  |
| Schweden   | 17,8 | 17,8 | 17,7 | 17,6 | 17,5 | 17,5 | 17,5  | 121      | 120  | 118  | 116  | 117  | 112  | 112  | 121  |  |
| Spanien  | 13,4 | 13,7 | 14,1 | 14,6 | 14,9 | 15,3 | 15,5* | 92       | 92   | 94   | 96   | 100  | 98   | 100  | 92   |  |
| EU15 **  | 14,6 | 14,8 | 15,0 | 15,2 | 14,9 | 15,6 | 15,6  | 100      | 100  | 100  | 100  | 100  | 100  | 100  | 100  |  |
| EU11 **  | 14,4 | 14,6 | 14,8 | 15,0 | 14,7 | 15,5 | 15,5  | 98       | 98   | 99   | 99   | 98   | 99   | 99   | 98   |  |
| Schweiz *  | 14,4 | 14,4 | 14,4 | 14,5 | 14,6 | 14,7 | 14,9  | 98       | 97   | 96   | 95   | 98   | 94   | 95   | 98   |  |
| USA *  | 12,6 | 12,7 | 12,8 | 12,8 | 12,8 | 12,7 | 12,7  | 86       | 86   | 85   | 84   | 86   | 82   | 82   | 86   |  |
| Estland  | 11,6 | 11,8 | 12,2 | 12,6 | 12,9 | 13,2 | 13,6  | 79       | 80   | 81   | 83   | 87   | 85   | 87   | 79   |  |
| Polen  | 10,1 | 10,2 | 10,4 | 10,6 | 10,8 | 11,1 | 11,3  | 69       | 69   | 69   | 70   | 73   | 71   | 73   | 69   |  |
| Slowenien  | 10,8 | 11,1 | 11,4 | 11,7 | 12,1 | 12,5 | 12,7  | 74       | 75   | 76   | 77   | 81   | 80   | 82   | 74   |  |
| Tschechien   | 12,5 | 12,7 | 12,8 | 12,9 | 13,1 | 13,2 | 13,4  | 85       | 86   | 85   | 85   | 88   | 85   | 86   | 85   |  |
| Ungarn   | 13,4 | 13,5 | 13,7 | 13,8 | 14,0 | 14,1 | 14,3  | 91       | 91   | 91   | 91   | 93   | 91   | 92   | 91   |  |

Quelle: WHO Health for all database, \* OECD Health Data, IHS HealthEcon Berechnungen.

\*\* Bevölkerungsgewichteter Durchschnitt, n. v. nicht verfügbar.

Tabelle A4: Organisationsformen der Gesundheitssysteme

| Modell                          | Land     | Finanzierungsquellen in Prozent der Gesamtausgaben |                                     |   |                              | Überwiegende Leistungsorganisation  |  |
|---------------------------------|----------|--|-------------------------------------|---|------------------------------|---|--|
|                                 |          | Privat<br>(Unternehmer-<br>bezahlte Vers.)         | Sozial-<br>versicherung/<br>Steuern | Selbstversicherun-<br>g                 | keine<br>Versicherung        |   |  |
| Managed Care und<br>Mischformen | USA      | 43,1   | 34,2                                | 7,1                                     | 15,6                         | private Leistungserstellung,<br>Managed Care Organisationen                 |  |
|                                 | CH       | 6,7  | 68,0                                | -                                       | -                            | ambulant privat, stationär teils öffentlich,<br>Managed Care Organisationen |  |
| Modell                          | Land     | Steuern  | Sozial-<br>versicherung             | Freiwillige<br>Kranken-<br>versicherung | Zuzahlungen<br>Selbstbehalte | Andere  | Überwiegende Leistungsorganisation   |
| Bismarck                        | D        | 11,0   | 64,8                                | 7,1                                     | 7,3                          | 9,8   | ambulant privat, stationär, teils öffentlich   |
|                                 | J        |  |                                     |   |                              |   | private Leistungserstellung  |
|                                 | NL       | 10,0   | 68,0                                | 15,0                                    | 7,1                          | 0,0   | überwiegend privat   |
|                                 | A        | 24,0   | 54,0                                | 7,5                                     | 14,0                         | 0,0   | ambulant überw. privat, stationär überw.<br>öffentlich                                 |
|                                 | F        | 3,6  | 71,6                                | 7,0                                     | 16,5                         | 1,3   | ambulant privat, stationär überwiegend<br>öffentlich                                   |
|                                 | B<br>LUX | 38,0<br>30,0                                       | 36,0<br>49,8                        | 0,0<br>2,0                              | 17,0<br>7,9                  | 9,0<br>2,8  | ambulant privat, stationär teils öffentlich<br>überwiegend private Leistungserstellung |
| Beveridge und Mischformen       | P        | 55,2   | 6,0                                 | 1,4                                     | 37,4                         | 0,0   | überwiegend öffentlich   |
|                                 | GR       | 33,3   | 24,1                                | 2,1                                     | 40,4                         | 0,0   | überwiegend öffentlich   |
|                                 | E        | 59,3   | 15,3                                | 7,0                                     | 16,3                         | 1,7   | überwiegend öffentlich   |
|                                 | CAN      | 64,3   | -                                   | -                                       | 30,5                         | 5,2   | ambulant privat, stationär öffentlich  |
|                                 | I        | 64,6   | 0,0                                 | 2,6                                     | 31,2                         | 2,4   | überwiegend öffentlich   |
|                                 | IRL      | 68,1   | 7,3                                 | 8,6                                     | 13,9                         | 2,1   | überwiegend privat   |
|                                 | UK       | 78,8   | 12,3                                | 5,6                                     | 3,2                          | 0,0   | überwiegend öffentlich   |
|                                 | S        | 69,7   | 13,4                                | 0,0                                     | 16,9                         | 0,0   | überwiegend öffentlich   |
|                                 | DK       | 80,7   | 0,0                                 | 1,9                                     | 17,4                         | 0,0   | überwiegend öffentlich   |
|                                 | FIN      | 62,2   | 13,0                                | 2,2                                     | 20,8                         | 1,8   | -  |
|                                 | N        | Nationaler Gesundheitsdienst, interner Markt       |                                     |   |                              |   | -  |
| Semashko-Bismarck               | PL       | -  | -                                   | -                                       | -                            | -   |  |
|                                 | EST      | 12,0   | 85,0                                | 3,0                                     | 0,0                          | 0,0   | überwiegend öffentlich   |
|                                 | HUN      | -  | -                                   | 5,0                                     | -                            | -   | überwiegend öffentlich   |
|                                 | SLO      | 2,5  | 87,0                                | 10,5                                    | 0,0                          | 0,0   | überwiegend öffentlich   |
|                                 | CZE      | -  | 70,0                                | -                                       | 5,0                          | -   | ambulant überw. privat, stationär überw.<br>Öffentlich                                 |

Quellen: Schneider, Beckmann et al., Gesundheitssysteme im internationalen Vergleich, BASYS 1998, BMAGS: Gesundheit und EU Erweiterung, 1999, Mossialos, Le Grand, Health Care and Cost Containment in the European Union, 1999, Carrasquillo et al., A Reappraisal of Private Employers' Role in Providing Health Insurance, N Eng J Med, Jänner 1999, Bundesamt für Statistik – Schweiz 1998, Health Care Systems in Transition (HiT) - Estonia, WHO 1998, Davis, Finance – Cost Control/Different Methods of Health Insurance Collection – Presentation to Inter University Centre Dubrovnik Summer School, Sept. 6-11, 1998, eigene Ergänzungen IHS HealthEcon 1999.

