



# Health System Watch



## Ressourcenverbrauch in der EU: Sollte Österreich westlicher werden?

### Schwerpunktthema: Die Leistungsfähigkeit der Ordenskrankenhäuser könnte „ansteckend“ sein

Maria M. Hofmarcher, Monika Riedel, Gerald Röhrling\*

#### Sollte Österreich westlicher werden?\*

Würde die Spitalsverweildauer bei Kataraktoperationen in Österreich jener in Frankreich und im Vereinigten Königreich entsprechen, könnten allein in diesem Versorgungsbereich, der etwa zwei Prozent aller Spitalsaufenthalte verursacht, 156 Betten abgebaut und etwa zwölf Millionen Euro in der stationären Versorgung frei werden. Wir analysieren die Häufigkeit der Kataraktoperationen, die europaweit stark variiert. Mittlerweile werden in allen EU-Ländern Katarakte in unterschiedlichem Umfang auch tagesklinisch oder ambulant versorgt. Österreich hat nicht nur keine nennenswerte tagesklinische Versorgung für diese häufigen Eingriffe, sondern das Risiko eines Spitalsaufenthaltes ist deutlich höher als im EU-Durchschnitt. Darüber hinaus liegen ÖsterreicherInnen bei Kataraktoperationen etwa doppelt so lange im Spital wie die durchschnittliche EU-BürgerIn und verweilen damit länger als TschechInnen, TürkinInnen und UngarInnen.

#### Die Leistungsfähigkeit der Ordenskrankenhäuser könnte „ansteckend“ sein

Würden kommunale Häuser die Produktivität von Ordenskrankenhäusern erreichen, könnten allein in Wien bis zu 170 Millionen Euro an öffentlichen Mitteln frei werden. Wir analysieren den Krankenhausmarkt in Kärnten und in Wien, wo Ordenskrankenhäuser rund ein Fünftel der akuten Krankenhausversorgung tragen, – Tendenz: steigend. An den behandelten Leiden gemessen, ist ihr Angebotsspektrum zwar gut vergleichbar und recht ähnlich verteilt wie in kommunalen Krankenhäusern, konzentriert sich aber etwas stärker auf einzelne Behandlungsbereiche. Da die Ordensspitäler mit deutlich niedrigerer Personalintensität arbeiten, ist auch ihre Arbeitsproduktivität höher und steigt zudem im Zeitablauf stärker an. Dies schlägt sich auch in der Entwicklung der Endkosten nieder. Dass der Betriebsabgang von Ordensspitalern weniger öffentliche Finanzierung erhält als jener vergleichbarer kommunaler Spitäler, dürfte die effizientere Entwicklung der konfessionellen Häuser zusätzlich unterstützen.

Sollte Österreich  
westlicher  
werden?

Die Leistungs-  
fähigkeit der  
Ordensranken-  
häuser könnte  
„ansteckend“  
sein

\* Alle: Institut für Höhere Studien, IHS HealthEcon,

Stumpfergasse 56, A-1060 Wien, Telefon: +43/1/599 91-127, E-Mail: hofmarch@ihs.ac.at.

Frühere Ausgaben von Health System Watch sind abrufbar unter der Internet-Adresse: <http://www.ihs.ac.at>

\*\*Wir bedanken uns bei Univ. Prof. Dr. Oliver Findl (Universitätsklinik für Augenheilkunde am AKH-Wien) für die hilfreichen Kommentare.





## Ressourcenverbrauch in der EU: Sollte Österreich westlicher werden?

Die Kataraktoperation gilt als eine der effektivsten Behandlungen<sup>1</sup> und als die häufigste Operation der Medizin überhaupt. Allein in Deutschland werden jährlich über 400.000 Operationen des grauen Stars durchgeführt, in Österreich über 50.000. Die Häufigkeit dieses Eingriffs erklärt sich zum Teil daraus, dass eine Trübung der Linse bei den meisten Menschen zu den nahezu unvermeidlichen Alterserscheinungen gehört<sup>2</sup> und diese Sehschwäche damit sehr verbreitet ist. In Österreich waren 2002 84,6 Prozent aller KataraktpatientInnen älter als 65 Jahre alt. Sowohl in Österreich (73,9 Jahre) als auch im Vereinigten Königreich (75,4 Jahre) liegt das durchschnittliche Operationsalter bei rund 75 Jahren.<sup>3</sup> Bei der Operation kann zwar die Linse nicht erhalten werden, daher bringt die Operation keine Heilung im eigentlichen Sinn, aber durch die Entfernung des trüben Linsengewebes und das Einsetzen einer Kunstlinse kann eine deutliche Verbesserung der Sehleistung und dadurch der Lebensqualität erreicht werden.

Obwohl die Entfernung der getrübten Linse eine seit Jahrhunderten bekannte Behandlungsform ist, wurde die Behandlung beträchtlich weiterentwickelt: In der Mehrheit der Fälle wird nunmehr die Linse nicht im Ganzen entfernt, sondern mittels Ultraschall verflüssigt und ausgespült, und eine faltbare künstliche Linse in das Auge eingesetzt. Dies reduziert die Breite des notwendigen Schnittes am Hornhautrand erheblich, was wiederum den Heilungsprozess beschleunigt und eine schnelle Rehabilitation erlaubt.<sup>4</sup> Daher konnte die Aufenthaltsdauer in der stationären Versorgung erheblich verkürzt werden. Im Jahr 1976 betrug die durchschnittliche Verweildauer im europäischen und im Durchschnitt der übrigen entwickelten Länder noch 12,5 Tage, wogegen im Jahr 2001 2,5 Tage ausreichten.<sup>5</sup>

Obwohl sich das Wissen um neue Behandlungsmethoden im Zeitalter von Internet und Videokonferenzen praktisch innerhalb von Stunden global verbreitet, weisen einzelne Charakteristika der Behandlung mitunter eine Beharrlichkeit auf, die nur verständlich wird, wenn die Rahmenbedingungen der Krankenversorgung bekannt sind. Dies versucht der vorliegende Beitrag am Beispiel der Kataraktoperationen in drei Ländern mit unterschiedlichen Gesundheitssystemen, Frankreich, dem Vereinigten Königreich und Österreich, aufzuzeigen.

### Die Häufigkeit der Kataraktoperationen variiert europaweit beträchtlich ...

Europaweit wurden im Jahr 2002 durchschnittlich 690 Operationen pro 100.000 Personen durchgeführt. Gegenüber 1999 stieg die Frequenz pro Jahr um durchschnittlich sieben Prozent. Trotz der generell steigenden Zahlen von Kataraktoperationen erfuhren einige Länder auch Rückgänge in der Operationshäufigkeit. Die Ursachen hierfür waren gesundheitspolitische Kurswechsel, staatliche oder versicherungsrechtliche Finanzierungsänderungen, aber auch der erfolgreiche Abbau von Wartelisten wie beispielsweise in Australien.<sup>6</sup> In Belgien wurden in beiden Beobachtungsjahren mehr als zweimal so viele Operationen durchgeführt wie im Durchschnitt aller europäischen Länder. Die Frequenz in Portugal hingegen erreicht nur etwa 30 Prozent des Durchschnitts.

Die Operationsfrequenz in Österreich lag im Durchschnitt. Die Diskrepanz zwischen abgerechneten Fällen und durchgeführten Eingriffen beträgt etwa 15 Prozent, was nach Expertenauskunft Resultat der LKF-Berechnungsregeln ist. In Wien (plus 50 Prozent) und in Oberösterreich (plus 12 Prozent) wird deutlich mehr, im Burgenland und in Kärnten viel weniger häufig operiert als im Bundesdurchschnitt (Standardabweichung: 194 pro 100.000). Geografische Unterschiede im Behandlungsstil werden international seit einigen Jahrzehnten beforscht. Es gilt als gesichert, dass Variationen in der medizinischen Praxis nicht nur hartnäckig weiter bestehen,<sup>7</sup> sondern dass insbesondere auch die Inzidenz nichtakuter Eingriffe in der Hauptsache von der Meinung lokal tätiger ÄrztInnen bestimmt ist und nicht von den Präferenzen der PatientInnen abhängt.<sup>8</sup>

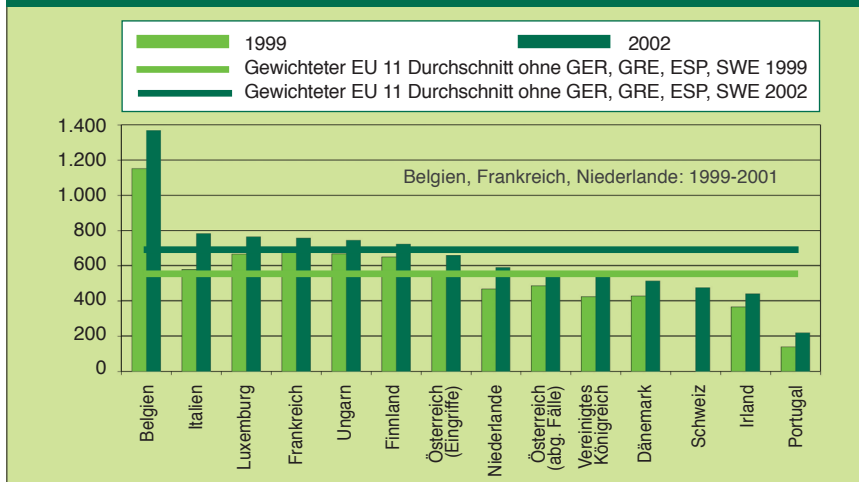
- 1 Bei 80 bis 95 Prozent der PatientInnen wird eine verbesserte Sehschärfe und/oder Funktion erreicht, vgl. Smith, Ross 2004, Patient experiences of care pathways: Cataract, hip replacement and knee arthroscopy. A review of the literature for the commission for health improvement, Nursing Research Unit Report, Kings College London.
- 2 Die Verbreitung von Katarakten nimmt mit dem Alter sukzessive zu, sodass laut Schätzungen weltweit bei 50 Prozent der Bevölkerung ab 60 Jahren und bei 100 Prozent der Bevölkerung ab 80 Jahren eine gewisse Linsentrübung vorliegt. Vgl. Hammond C (2001), The epidemiology of cataracts, OT February 2001, www.optometry.co.uk
- 3 Österreich: BMGF, HVS; Vereinigtes Königreich: Department of Health: <http://www.dh.gov.uk/Home/fs/en>
- 4 Spalton D (2000), The constant evolution of cataract surgery: It is more effective than ever but not available to many who need it, editorial, British Medical Journal 321, pp: 1.304.
- 5 McGinn P (2003): Outpatient cataract surgery overtaking inpatient care throughout Europe, Regulatory Matters, September 2003.
- 6 McGinn P (2003): op.cit.
- 7 Wennberg J E: (2004) Practice Variations And Health Care Reform: Connecting The Dots, Health Affairs, October 2004, pp: 140-144.
- 8 Weinstein J N, Bronner K K, Morgan T S, Wennberg J E: Trends and Geographic Variations in Major Surgery for Degenerative Diseases of the Hip, Knee, and Spine, Health Affairs, October 2004, pp: 81-89.

Die Häufigkeit der Kataraktoperationen variiert europaweit beträchtlich ...





**Abbildung 1: Kataraktoperationen (ambulant und stationär), pro 100.000 EinwohnerInnen**



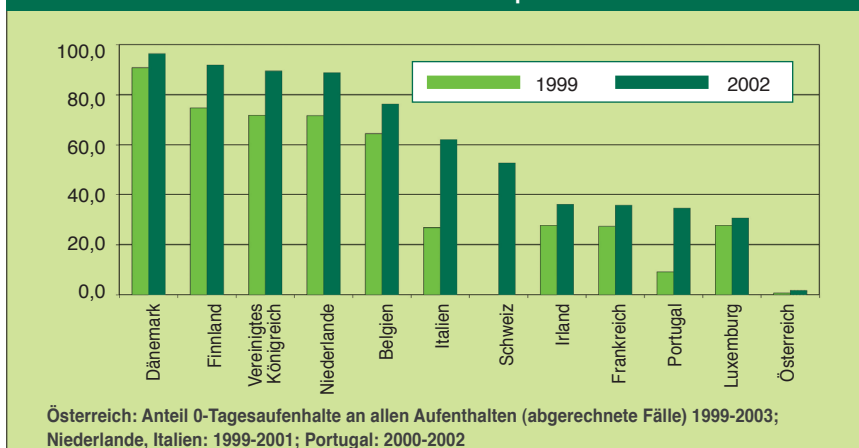
Quelle: OECD Health Data 2004, Statistik Austria, BMGF und HVSV für Österreich, IHS HealthEcon Berechnungen 2005.

Die geografischen Unterschiede bei Kataraktoperationen allein in Österreich deuten ebenso auf Unterschiede im Behandlungsstil hin, wenngleich seriöse Untersuchungen dazu noch ausständig sind. Die Unterschiede in Eingriffsfrequenzen zwischen Ländern sind jedoch wahrscheinlich nicht nur durch Unterschiede im Behandlungsstil erklärbar, sondern sind in einem hohen Maß von der Struktur der Versorgung bzw. von den Anreizen aus der jeweiligen Abrechnung von Leistungen abhängig.

### ... und die organisatorische Abwicklung der Eingriffe ebenso.

Kataraktoperationen sind planbare Eingriffe. Die verbesserte Behandlung ermöglicht, dass der Eingriff ohne Gefährdung für die PatientInnen in vielen Fällen auch ambulant durchgeführt werden kann. Britische Experten gehen davon aus, dass ambulante Kataraktoperationen gleich effektiv sind wie stationär durchgeführte Eingriffe, aber um rund 30 Prozent weniger Kosten verursachen.<sup>9</sup> In Finnland wurden 1991 nur 0,3 Prozent aller Kataraktoperationen ambulant durchgeführt, im Jahr 2002 war dies bereits bei 92 Prozent aller Eingriffe der Fall. Abbildung 2 veranschaulicht eine erhebliche Bandbreite in der ambulanten Durchführung von Katarakteingriffen. Während in Dänemark fast 100 Prozent aller Katarakte ambulant operiert werden, liegt der Anteil in Österreich bei kaum zwei Prozent. Selbst im Vergleich zu anderen Sozialversicherungsländern wie Frankreich, den Niederlanden, der Schweiz und Belgien, die allesamt eine weniger stark integrierte Versorgungskette haben als steuerfinanzierte Länder, werden Kataraktoperationen in Österreich fast ausschließlich im stationären Sektor gemacht. Das Risiko eines Spitalsaufenthalts in Österreich ist um fast siebzig Prozent höher als in der EU insgesamt (siehe Tabelle A4), und es ist seit 1995 im EU-15-Vergleich am stärksten

**Abbildung 2: Ambulant durchgeführte Kataraktoperationen, in Prozent aller Kataraktoperationen**



Österreich: Anteil 0-Tagesaufenthalte an allen Aufenthalten (abgerechnete Fälle) 1999-2003; Niederlande, Italien: 1999-2001; Portugal: 2000-2002

Quelle: OECD Health Data 2004, BMGF und HVSV für Österreich, IHS HealthEcon Berechnungen 2005.

... und die organisatorische Abwicklung der Eingriffe ebenso.



9 Smith E, Ross F (2004), op. cit., pp: 24.



gestiegen. Der hohe Durchsatz an PatientInnen führte aber zu einer deutlichen Verringerung der durchschnittlichen Verweildauer, die 2003 84 Prozent des EU-Durchschnitts erreichte (vgl. Tabelle A4). Bei Kataraktoperationen erreichte die österreichische Verweildauer im Jahr 2001 vier Tage und lag damit bei etwa 40 Prozent des Niveaus von 1990 (siehe Abbildung 3).

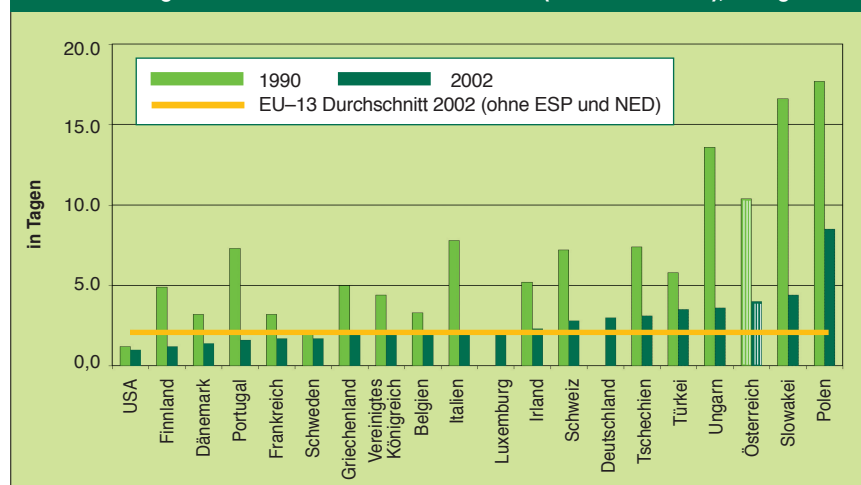
Im Gegensatz zum Vereinigten Königreich und anderen steuerfinanzierten Ländern liegen für Österreich keine Informationen über Wartezeiten für Kataraktoperationen vor. Dass aber eine stärkere Verbreitung von tagesklinischen Behandlungen die Wartezeiten für Eingriffe verkürzen kann, geht aus einer OECD-Studie<sup>10</sup> hervor. Demnach reduziert eine Erhöhung des Anteils ambulanter Behandlungen um ein Prozent die Wartezeit im Mittel um 0,7 Tage. Katarakte waren eine der zehn in dieser Untersuchung berücksichtigten Behandlungen. Von den Ländern mit Aufzeichnungen über Wartezeiten verzeichneten Finnland, das Vereinigte Königreich, Schweden und Australien die längsten Wartezeiten (um 200 Tage), PatientInnen in den Niederlanden, Spanien, Dänemark und Norwegen warten hingegen nur rund halb so lange auf eine Kataraktoperation. Für PatientInnen aus dem Vereinigten Königreich konnten die Wartezeiten aufgrund der Errichtung von Behandlungszentren deutlich reduziert werden.<sup>11</sup> Einige von diesen wurden als „Best-practice“-Beispiele angeführt.<sup>12</sup>

## Die Verweildauer bei Kataraktoperationen bettet Österreich im Osten ein

Die mittlere Verweildauer bei der Behandlung seniler Katarakte betrug 2002 im Länderdurchschnitt etwa zwei Tage. Mit vier Tagen liegen ÖsterreicherInnen in diesem Vergleich nicht nur doppelt so lange wie im EU-Durchschnitt, sondern Österreich liegt nach Ungarn und Tschechien und vor der Slowakei und Polen am oberen Ende, vgl. Abbildung 3. Darüber hinaus müssen wir davon ausgehen, dass der Ländervergleich dadurch verzerrt ist, dass in unterschiedlichem Ausmaß Kataraktoperationen tagesklinisch durchgeführt werden. Die geringere Verweildauer in den „westlichen“ EU-Ländern ist demnach die Verweildauer bei schwererem Fall-Mix. Könnten wir diesen Fall-Mix berücksichtigen wäre die österreichische Position noch unvorteilhafter. Zwischen der Verweildauer und der ambulanten Abwicklung gibt es einen leicht negativen Zusammenhang, selbst im Ländersample ohne Österreich, das ja derzeit praktisch keine nennenswerte ambulante Versorgung anbietet. Dies ist plausibel, weil davon auszugehen ist, dass das Betreiben semistationärer bzw. tagesklinischer Einheiten dazu beiträgt, die stationären Kapazitäten zu redimensionieren, aber auch die Ablauforganisation der stationären Aufenthalte zu optimieren.

Die Verweildauer bei Kataraktoperationen bettet Österreich im Osten ein

Abbildung 3: Mittlere Verweildauer ICD10: H25 (Seniler Katarakt), in Tagen



USA, AUT: 1990-2001; FRA, BEL: 1993-2001; SWE, HUN: 1992-2002; GRE, POL: 1990-1999; GER: 2001, TCH: 1994-2002  
Quelle: OECD Health Data 2004, IHS HealthEcon Berechnungen 2005.



10 Siciliani L, Hurst J (2003): Explaining waiting times variations for elective surgery across OECD countries, OECD Health Working Papers DELSA/ELSA/WD/HEA(2003)7  
11 Diese Zentren wurden von der Fachwelt nicht nur positiv aufgenommen, unter anderem wegen Befürchtungen bezüglich der weiteren Ausbildung von AugenärztInnen. Andererseits wurden andere Zentren eingerichtet, die eine hohe Zahl von Behandlungen mit hoher Qualität durchführen.  
12 Wormald R P, Foster A (2004), Cataract Surgery, Editorial, British Journal of Ophthalmology 88, pp: 601-602.



## Wäre die westliche EU eine ...

Durch die großzügige Bettenausstattung in Verbindung mit der restriktiven haus- und fachärztlichen Versorgung ist das Gesundheitssystem in Österreich traditionellerweise sehr stark auf den Krankenanstaltensektor konzentriert. Diese Konzentration hat mit der Umstellung auf die Fallpauschalenfinanzierung im Jahr 1997 noch zugenommen, zumal in Verbindung mit fehlenden ambulanten bzw. tagesklinischen Fallpauschalen die Wirkungen des Budgets, das die spitalsambulanten Kosten und etwa die Hälfte der stationären Kosten deckt, stationäre Aufenthalte auch dort „erzeugt“, wo es medizinisch und klinisch nicht (mehr) angemessen ist. Der Vergleich mit dem Vereinigten Königreich und mit Frankreich hebt die Konzentration des Leistungsgeschehens auf den stationären Sektor in Österreich nochmals hervor, vgl. Tabelle 1. Die Eingriffshäufigkeit im Vereinigten Königreich hat das geringste Niveau, wobei die ambulante Versorgung aber dominiert. Insgesamt ist die Aufnahmequote etwa halb so hoch wie in Österreich und die durchschnittliche Verweildauer um fast zwei Tage länger (siehe Tabelle A4). In Frankreich, das mehr als ein Drittel der Kataraktextraktionen ambulant oder tagesklinisch abwickelt, ist die durchschnittliche Verweildauer bei Kataraktoperationen unter dem EU-Durchschnitt und damit deutlich kürzer als jene in Österreich. Und dies, obwohl Französinnen insgesamt durchschnittlich fast drei Tage länger im Krankenhaus liegen als ÖsterreicherInnen (siehe Tabelle A4). Diese Unterschiede erklären sich teilweise durch die Anreize aus dem jeweiligen Finanzierungssystem. Im Vergleich zu Österreich hat Frankreich ein zentralisiertes Versorgungssystem, das – so wie Österreich auch – in der Hauptsache durch Beiträge und durch Selbstbehalte finanziert wird. Im Vereinigten Königreich werden Steuermittel für den Gesundheitssektor zweckgewidmet und nach definierten Kriterien an die Regionen ausgeschüttet. Budgets bringen den Anreiz, die Ablauforganisation der Leistungserbringung zu optimieren.<sup>13</sup>

Wäre die westliche EU eine Benchmark ...

**Tabelle 1: Krankenanstaltenfinanzierung und Merkmale bei Kataraktoperationen, 2002 oder letztverfügbares Jahr**

|                               | Krankenanstalten-Finanzierung  | Merkmale bei Kataraktoperationen          |  |  |
|-------------------------------|--|---|--|--|
|                               |  | Eingriffe (stat. und amb.) pro 100.000 EW | Anteil ambulant durchgeführter Eingriffe, in Prozent | Mittlere Verweildauer (seniler Katarakt), in Tagen |
| <b>Österreich</b>             | <b>Fallpauschalen</b><br>(LKF-System seit 1997)<br>Spitalsambulanzen:<br>Kopfpauschalen und in einigen Bundesländern Fallpauschalen  | 660                                       | 1,8  | 4,0  |
| <b>Frankreich</b>             | <b>Globales Budget</b><br>(öffentliche und einige nichtgewinnorientierte private KAs)<br><b>Fee for service</b><br>(private profitorientierte KAs)<br><b>Fallpauschalen</b> ab 2004/05 | 758                                       | 35,8   | 1,7  |
| <b>Vereinigtes Königreich</b> | <b>Globales Budget</b>   | 554                                       | 89,6   | 2,0  |

Quelle: European Observatory on Health Systems and Policies: Health Care System in Transition (HiT Frankreich und Vereinigtes Königreich), OECD HealthData 2004, Statistik Austria, BMGF und HVSV; IHS HealthEcon 2005.

## ... könnten in Österreich Betten abgebaut ...

Eine Verkürzung der Verweildauer bei Kataraktoperationen für österreichische PatientInnen würde einen Abbau von 156 Betten ermöglichen. Wir beziehen die in Österreich 2003 „produzierten“ Belagstage auf die durchschnittliche Verweildauer von 1,9 Tagen, mit der PatientInnen im Vereinigten Königreich und in Frankreich bei Kataraktoperationen rechnen müssen. Dies reduziert die Anzahl der Belagstage um etwa 50.000 pro Jahr oder um 35 Prozent im Vergleich zum österreichischen Status quo. Unterstellen wir eine Normalauslastung von 85 Prozent, sollte dies allein durch die Verkürzung der Verweildauer zu einem Abbau von 156 Betten oder 0,3 Prozent der Betten in Fonds-Krankenanstalten führen. Bettenabbau durch eine Ausweitung ambulanter tagesstationärer Kataraktextraktionen ist in diesem Beispiel noch nicht berücksichtigt.

... könnten in Österreich Betten abgebaut ...

<sup>13</sup> Riedel M, Hofmarcher MM: Do recent health care reforms reflect EU targets? Proceedings of the Sixth International Conference on Strategic Issues in Health Care Management, Reforming Health Systems: Analysis and Evidence, 2.-4. September 2004, University of St Andrews, Scotland.





## ... und Mittel frei werden.

### ... und Mittel frei werden.

Durch den Abbau von 156 Betten nur für Kataraktoperationen, die etwa zwei Prozent aller Aufenthalte in österreichischen Fonds-Krankenanstalten verursachen, könnten Mittel in der Höhe von etwa zwölf Millionen Euro oder 0,16 Prozent der Kosten für Fonds-Krankenanstalten frei werden. Wir gehen dabei von der Annahme aus, dass die Kosten eines leerstehenden Betts in der stationären Versorgung etwa 82.000 Euro pro Jahr betragen, und multiplizieren diesen Betrag mit den Betten, die abgebaut werden könnten. Frei werdende Mittel, die dadurch entstehen würden, dass Katarakte vermehrt im tagesklinischen Bereich operiert werden, sind bei dieser Berechnung nicht berücksichtigt. Seit kurzem können die Spitäler tagesklinische Pauschalen für Kataraktoperationen verrechnen; allerdings sind diese Pauschalen defacto genauso hoch wie jene im stationären Bereich, sodass dadurch keine zusätzlichen Einsparungen zu erwarten sind.

## Schwerpunktthema: Die Leistungsfähigkeit der Ordenskrankenhäuser könnte „ansteckend“ sein

In Österreich besteht wie in der Krankenhauslandschaft der meisten Sozialversicherungsländer eine Trägerpluralität, wenn auch der Anteil der kommunal<sup>14</sup> geführten Häuser vergleichsweise hoch ist.<sup>15</sup> Von 272 Krankenanstalten in Österreich werden 42 von Ordensgemeinschaften verwaltet, die im Jahr 2003 10.873 oder 16 Prozent der Betten bereitstellten.<sup>16</sup> Einen ähnlich hohen Marktanteil haben Ordenskrankenanstalten in Frankreich.<sup>17</sup> Ordenskrankenanstalten sind i. d. R. Fonds-Krankenanstalten, deren laufender Betrieb über den Krankenanstalten-Finanzierungsfonds des jeweiligen Bundeslandes finanziert wird. Sie unterliegen somit der bundesweiten Planung und sind gemäß § 16 KAKuG gemeinnützig. Neben dem Gewinnerzielungsverbot und dem Aufnahmegebot bestimmt das Gesetz, dass für Ordenskrankenanstalten LKF-Gebühren gemäß § 27 Abs. 1 für gleiche Leistungen in gleicher Höhe (§ 28) festzusetzen sind. Zuzüglich zu diesen Mitteln erhalten die Ordenskrankenanstalten Subventionen aus den Landesbudgets nach Maßgabe der Gesetzeslage im jeweiligen Bundesland, sodass landesweise unterschiedliche Finanzierungsbedingungen vorliegen. Technisch-ökonomisch betrachtet begründet sich die öffentliche bzw. privat-gemeinnützige Bereitstellung von Krankenhausleistungen in dem Mangel, Größenvorteile auf einem solchen Markt zu erzielen.<sup>18</sup> Größenvorteile der Produktion sind dann gegeben, wenn die Durchschnittskosten bei steigender Größe eines Spitals fallen. Allerdings zeigt die Literatur, dass die optimale Krankenhausgröße bei 200 bis 300 Betten erreicht sein dürfte.<sup>19</sup> Im Gegensatz zu kommunalen Krankenanstalten sind Ordenskrankenhäuser zumeist Häuser der Standardversorgung und haben eine durchschnittliche Größe von 259 Betten.

Im Folgenden analysieren wir die Leistungsstruktur der Ordenskrankenhäuser in Kärnten und Wien, und stellen diese jener in den kommunalen Häusern gegenüber. Außerdem bewerten wir im Lichte der analysierten Produktivität die Höhe der Subventionszahlungen in beiden Häusersettings.<sup>20</sup>

14 Wir verwenden „kommunale Häuser“ synonym für öffentliche Fonds-Krankenanstalten, deren Träger keine Orden sind.

15 Busse R, Wörz M: Marktorientierung von Krankenhäusern: Ein Überblick über Reformen im europäischen Vergleich, in: Arnold, Klauer, Schellschmidt (Hg.): Krankenhaus Report 2002, pp: 21–30.

16 Statistik Austria, Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2003.

17 Rochaix L, Hartmann L: Public-Private Mix for Health in France, in: Maynard A: (2005) The Public-private Mix for Health, The Nuffield Trust, Radcliffe Publishing, United Kingdom 2005.

18 Arrow KJ (1963): Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care, The American Economic Review., Bd. 53, Nr. 5, pp: 942, – wir sprechen von steigenden Skalenerträgen, wenn Krankenanstalten Größenvorteile durch geografische und/oder durch Zugangsbedingungen nicht nutzen können.

19 Dranove D: (1998) Economies of scale in non-revenue producing cost centers: implications for hospital mergers, Journal of Health Economics 17, 69–83.

20 Die Grundlage für diese Arbeit bilden Projektberichte, die vom Institut für Höhere Studien, Wien, im Auftrag der IG Orden durchgeführt wurden. Vgl. Hofmarcher MM, Riedel M, Röhrling G: (2004) Ordenskrankenhäuser in Wien – ihre Leistungs- und Finanzierungsstruktur, Oktober 2004 bzw. Hofmarcher MM, Riedel M, Röhrling G, Schnabl A (2005): Ordenskrankenhäuser in Kärnten – ihre Leistungs- und Finanzierungsstruktur, Mai 2005.

21 K201 Friesach BSRD KH, K206 Klagenfurt ELISAB KH, K214 St Veit/Glan BBR KH, K218 Waiern EVANG KH, K222 Winklarn SKA

22 K903 BBR KH, K904 BSRV KH, K914 HERZ-JESU KH, K915 HARTMANNSP, K918 ST ELISAB KH, K919 ST JOSEF KH, K943 ORTHO SP, K955 GÖTTL HEILAND KH

23 K204 Gailtal KL, K205 Klagenfurt LKH, K213 Laas LKH, K215 Spittal/Drau KH, K216 Villach LKH, K219 Wolfsberg LKH

24 K906 K ELISABETH SP, K908 EVANG KH, K909 Floridsdorf KH u GZ, K910 KFJ SP, K912 HANUSCH KH, K916 Lainz KH, K917 RUDOLFST KH, K921 WILHELMINENS, K923 SMZ SOPHIENS, K928 Gersth ORTHO KH, K930 PREYER KISP, K934 SEMMELWEIS FKL, K948 Rosenh NKH, K952 ST ANNA KISP, K956 SMZ OST

25 Zur Finanzierung der öffentlichen Spitäler setzt das System der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung (LKF) an Diagnosegruppen anknüpfende Punktpauschalen ein.





## Methode und Daten

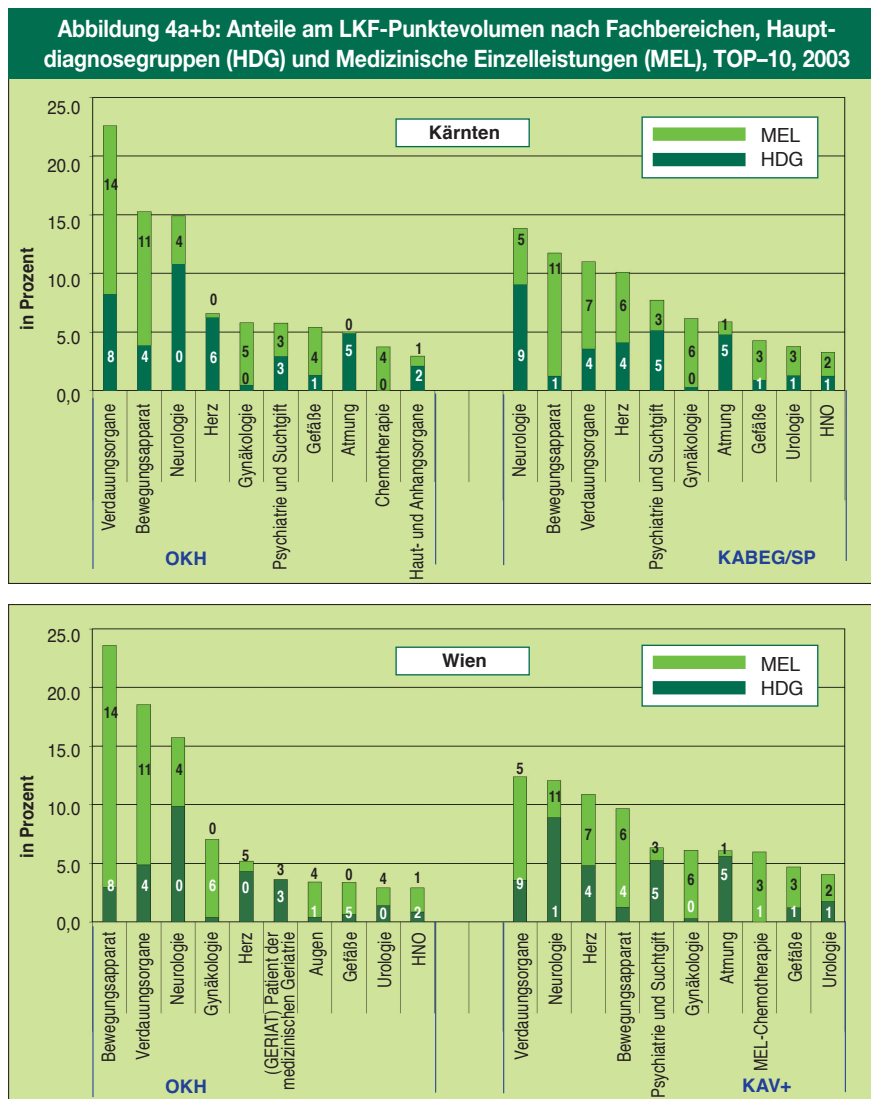
Für Kärnten und für Wien werden die Ordenskrankenhäuser (kurz: OKH-K<sup>21</sup> bzw. OKH-W<sup>22</sup>) den anderen Fonds-Krankenanstalten des jeweiligen Bundeslandes (kurz: KABEG/SP<sup>23</sup> in Kärnten und KAV+ in Wien<sup>24</sup>) gegenübergestellt. In Wien ist allerdings das Allgemeine Krankenhaus aus der Betrachtung ausgeklammert, da es aufgrund seiner Größe den Vergleich unzulässig verzerren würde. Grundlage unserer Analysen sind LKF-Daten<sup>25</sup> des Österreichischen Bundesinstituts für Gesundheitswesen (ÖBIG), die die Abrechnung der im stationären Krankenhausbereich erbrachten Leistungen auf Fallgruppenebene widerspiegeln, und Kapazitäts- und Kostenrechnungsergebnisse des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen (BMGF). Kommunale Rechnungsabschlüsse und die Kostenrechnungen verwenden wir, um finanzielle Umschichtungspotenziale zu identifizieren. Wir untersuchen Daten der Jahre 1998 und 2003. In einigen Betrachtungen werden zusätzlich die Werte für das Jahr 2002 dargestellt, da die Neukalkulation des Systems der leistungsorientierten Finanzierung in diesem Jahr erfolgte und damit Effekte der Neukalkulation zumindest näherungsweise von anderen Effekten getrennt dargestellt werden können.

## Methode und Daten

## In OKHs werden weitverbreitete Leiden behandelt ...

Die Betrachtung der Fallstruktur ermöglicht uns festzustellen, welche Leiden in den verschiedenen Settings behandelt werden. Hierzu wurden die Diagnose-Fallgruppen in einzelne Fachbereiche gruppiert und deren Anteil am gesamten Punktevolumen der jeweiligen Häusergruppen berechnet. Für Kärnten streicht Abbil-

## In OKHs werden weitverbreitete Leiden behandelt ...





dung 4a die Dominanz der Fachbereiche<sup>26</sup> „Verdauung“, „Bewegungsapparat“ und „Neurologie“ heraus. Knapp 53 Prozent (Kärnten, 58 Prozent in Wien) aller LKF-Punkte in OKHs werden 2003 über diese drei Fachbereiche erwirtschaftet. In KABEG/SP erzielen diese drei ebenfalls führenden Fächer jedoch nur rund 37 Prozent des Punktevolumens, und in den Wiener Vergleichshäusern des KAV+ 34 Prozent. In KAV+ liegen dieselben Fachbereiche aber auf den Rängen eins zwei und vier, da sich der Fachbereich „Herz“ an dritter Stelle einreicht (vgl. Abbildung 4b). Bemerkenswert ist weiters die Ähnlichkeit im Ranking der „nächstwichtigeren“ Fachbereiche in den vier untersuchten Häusergruppen, die somit eine relativ ausgeprägte Ähnlichkeit im Behandlungsspektrum dokumentieren.<sup>27</sup> Allerdings halten die kommunalen Krankenhäuser ein breiteres Fallgruppenspektrum vor; rund 11 Prozent (Wien) bzw. 13 Prozent (Kärnten) des gesamten Punktevolumens wird in Fallgruppen erwirtschaftet, die in den Ordenskrankenhäusern des Bundeslandes nicht gemacht werden. Diese vorwiegend kommunal erbrachten Leistungen sind in der Regel hoch bepunktet – die durchschnittlichen Punkte je Aufenthalt erreichen das Doppelte der durchschnittlichen Punkte je Aufenthalt in den Ordenskrankenhäusern.

**... aber die Leistungstiefe steigt.**

### ... aber die Leistungstiefe steigt.

Der Marktanteil an Kernpunkten<sup>28</sup> war in beiden Bundesländern im Jahr 2003 etwa gleich groß, 19 Prozent in Wien und 18,4 Prozent in Kärnten. Allerdings verzeichnete der Marktanteil der Ordensspitäler in Wien seit 1998 ein stärkeres Wachstum (+4 Prozentpunkte) als in Kärnten (+1 Prozentpunkte). Der gestiegene Marktanteil der Ordensspitäler wurde in einem wachsenden Markt erzielt. So stieg das Volumen der in Kärnten verrechneten LKF-Punkte um 16 Prozent und in Wien um 12 Prozent. Da die PatientInnen bzw. Aufnahmezahlen jedoch schwächer gewachsen sind (Kärnten: +14 Prozent, Wien: +10 Prozent), haben die durchschnittlichen Punkte je Aufnahme ebenfalls zugenommen (vgl. Tabelle 2).

Besonders markant kommt die stärkere Konzentration auf höherwertige Leistungen darin zum Ausdruck, dass beispielsweise in Wiener Ordenskrankenhäusern Fallgruppen, die 1998 weniger als 2.000 Punkte je Fall brachten, noch 29,4 Prozent des Punktevolumens erwirtschafteten, aber im Jahr 2003 nur mehr 21,1 Prozent. In KAV+ blieb hingegen der Anteil dieser Leistungsgruppe vergleichsweise stabil (1998: 32,2 Prozent, 2003: 29,5 Prozent). Der Ausgangswert der entsprechenden Fallgruppen lag 1998 in beiden Kärntner Häusergruppen in etwa auf gleichem Niveau, bei etwa 30,5 Prozent. Während aber der Punkteanteil dieser „niedrigpreisigen“ Fallgruppen in den OKH-K stagnierte (2003: 31,5 Prozent), reduzierten die KABEG/SP-Häuser das Punktevolumen unter 2.000 Punkten je Aufenthalt auf 27,1 Prozent.

In allen vier betrachteten Häusergruppen wurde das Leistungsangebot ausgeweitet, wie die gestiegene Anzahl behandelter Fallgruppen in Tabelle 2 verdeutlicht.<sup>29</sup> Die Entwicklungsdynamik in beiden Settings verlief aber je Bundesland durchaus unterschiedlich. Die Ordensspitäler in Wien konnten ihre Leistungstiefe am markantesten vergrößern: Ihre durchschnittlichen Punkte je Fall stiegen um 11,3 Prozent von 2.279 (1998) auf 2.536 (2003), während die Vergleichswerte der Kärntner Ordensspitäler, ausgehend von einem sehr ähnlichen Niveau wie ihre Wiener Kollegen, praktisch auf demselben Niveau verharrten. In Kärnten waren es die KABEG/SP-Häuser, die einen bescheidenen Zuwachs der durchschnittlichen Punkte je Fall verzeichneten, während die Wiener Vergleichsgruppe nur marginal zulegte. Somit verzeichneten im Jahr 2003 die Häusergruppe OKH-W die höchsten und OKH-K die niedrigsten durchschnittlichen Punkte pro Fall.

Im Vergleich zu den Ordenshäusern im jeweiligen Bundesland und in beiden Jahren ergeben sich in den kommunalen Häusern fast doppelt so viele „hochpreisige“ Fallgruppen, also Fallgruppen mit einem durchschnittlichen Punktwert über 10.000. Dieser Vorsprung der kommunalen Häuser erscheint nicht sehr groß, wenn bedacht wird, dass der gesamte Marktanteil der Ordenshäuser an der Krankenhausversorgung in diesen beiden Bundesländern etwa ein Fünftel beträgt. Die Zahl der behandelten „hoch-“ und auch der „mittelpreisigen“ Fallgruppen stieg in allen vier Häusergruppen, wenngleich in einem unterschiedlichen Ausmaß. Die Anzahl der Fallgruppen unter 2.000 Punkten hingegen ging zwar in beiden Wiener Häusergruppen zurück, stieg aber in beiden Kärntner Häusergruppen geringfügig an. Damit ist in beiden Kärnt-

26 Definition der Fachbereiche: Bewegungsapparat: HDG14 und MEL14; Verdauung: HDG8, MEL5, MEL6 und MEL29.02; Neurologie: HDG1, MEL1 und MEL2.

27 Auf Unterschiede im Behandlungsspektrum weist der letzte Abschnitt dieses Beitrags sowie Anhang 2 im Kärntner Bericht hin, vgl. Hofmarcher et al. 2005, op. cit.

28 Zur Finanzierung der öffentlichen Spitäler setzt das System der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung an Diagnosegruppen anknüpfende Punktepauschalen ein.

29 Interessant ist jedoch, dass das geltende Abrechnungssystem mehr als 800 Fallgruppen vorsieht, die Anzahl der verrechneten Fallgruppen in beiden Bundesländern jedoch deutlich darunter liegt. Wir gehen davon aus, dass die Anzahl der Fallgruppen, die in Wien abgerechnet werden, deutlich höher sind, wenn das Allgemeine Krankenhaus mitberücksichtigt ist. In Kärnten allerdings ist das Spitzenspital LKH Klagenfurt in unserer Analyse enthalten.







Tabelle 2: Fallgruppen nach LKF-Punkten je Aufenthalt, 2003

| 2003 Kärnten         |                     |                           |                      |                              |                     |                           |                      |                              |
|----------------------|---------------------|---------------------------|----------------------|------------------------------|---------------------|---------------------------|----------------------|------------------------------|
| Punkte je Aufenthalt | OKH                 |                           |                      |                              | KABEG/SP            |                           |                      |                              |
|                      | Fallgruppen absolut | Veränd. 1998-2003 absolut | Punkte je Aufenthalt | Veränd. 1998-2003 in Prozent | Fallgruppen absolut | Veränd. 1998-2003 absolut | Punkte je Aufenthalt | Veränd. 1998-2003 in Prozent |
| >30.000              | -                   | -1                        | -                    | -                            | 5                   | 1                         | 33.844               | -6,6                         |
| 10.000-30.000        | 27                  | 11                        | 14.011               | 7,4                          | 43                  | 9                         | 16.070               | -4,5                         |
| 2.000-9.999          | 125                 | 6                         | 3.341                | 0,2                          | 165                 | 9                         | 3.641                | 1,1                          |
| <2.000               | 176                 | 4                         | 1.203                | -5,1                         | 180                 | 4                         | 1.152                | -3,9                         |
| Gesamt               | 328                 | 20                        | 2.268                | 0,1                          | 393                 | 23                        | 2.453                | 2,0                          |

| 2003 Wien            |                     |                           |                      |                              |                     |                           |                      |                              |
|----------------------|---------------------|---------------------------|----------------------|------------------------------|---------------------|---------------------------|----------------------|------------------------------|
| Punkte je Aufenthalt | OKH                 |                           |                      |                              | KAV+                |                           |                      |                              |
|                      | Fallgruppen absolut | Veränd. 1998-2003 absolut | Punkte je Aufenthalt | Veränd. 1998-2003 in Prozent | Fallgruppen absolut | Veränd. 1998-2003 absolut | Punkte je Aufenthalt | Veränd. 1998-2003 in Prozent |
| >30.000              | -                   | -                         | -                    | -                            | 6                   | 1                         | 51.235               | 58,1                         |
| 10.000-30.000        | 21                  | 7                         | 12.467               | 13,3                         | 40                  | 11                        | 13.801               | 2,9                          |
| 2.000-9.999          | 164                 | 13                        | 3.468                | 5,1                          | 185                 | 27                        | 3.690                | -1,4                         |
| <2.000               | 151                 | -10                       | 1.154                | -7,8                         | 177                 | -7                        | 1.130                | -5,4                         |
| Gesamt               | 336                 | 10                        | 2.536                | 11,3                         | 408                 | 32                        | 2.338                | 0,6                          |

Quelle: BMGF, IHS Health Econ Berechnungen 2005.

Wien hingegen weist inzwischen in beiden Häusergruppen die Kategorie von 2.000 bis 9.999 Punkten am meisten Fallgruppen auf. Somit scheint die unterschiedliche Entwicklung in den beiden Bundesländern stärker durch das untere Ende der Skala bestimmt zu sein als durch die „hochpreisigen“ Fallgruppen – deren Anzahl hat sich im Bundesländervergleich recht ähnlich entwickelt.

## Die Leistungstiefe variiert mit der jeweiligen Angebotsstruktur ...

Das Angebot an medizinischer Versorgung außerhalb der Akutspitäler unterscheidet sich in den beiden Bundesländern erheblich: Wien verfügt relativ zur Bevölkerung sowohl über mehr Langzeitversorgungs-Pflegebetten<sup>30</sup> als auch über weit mehr FachärztInnen als Kärnten<sup>31</sup>, sodass sich wohl auch aus diesem Grund der Fallmix in den Akutspitälern beider Bundesländer unterscheiden müsste. Dies könnte insbesondere in den unteren Punktegruppen zu Buche schlagen. Außerdem ist die Krankenhaushäufigkeit in Kärnten (noch) höher als in Wien, was ebenfalls dafür spricht, dass die Arbeitsteilung zwischen ambulanten und stationärem Sektor in den Bundesländern unterschiedlich geregelt ist: in Kärnten etwas stärker spitalslastig. Trotzdem können wir nicht ausschließen, dass es für spitzenmedizinische Leistungen Patientenwanderungen von Kärnten in die Steiermark gibt, die in Graz die für KärntnerInnen nächstgelegene Universitätsklinik beheimatet. Dies kann ebenso dazu beitragen, dass „niedrigpreisige“ Fallgruppen in Kärnten stärker zu Buche schlagen. Allerdings ist das Niveau der „hochpreisigen“ Fallgruppen und damit korrespondierend der Preis pro Aufenthalt für diese Klasse in Kärnten höher als in Wien. Dies ist darauf zurückzuführen, dass im Setting der KAV+-Häuser das AKH nicht enthalten ist, in der Kärntner Gruppe ist jedoch das LKH Klagenfurt als Zentralkrankenanstalt mitberücksichtigt. Bedingt durch diesen Niveauunterschied, ist freilich auch der Zuwachs an „hochpreisigen“ Fallgruppen in kommunalen Spitälern in Kärnten geringer als in den Häusern des Krankenanstaltenverbundes in Wien. In Wien wiederum spielt wahrscheinlich auch das höhere Gastpatientenaufkommen eine gewisse „punktetreibende“ Rolle, wenn insbesondere PatientInnen mit komplexeren Krankheitsbildern für medizinische Behandlungen längere Anfahrtswege in Kauf nehmen.

Dass länderspezifisch unterschiedliche Codierungsgepflogenheiten zu unterschiedlichen Punktedurchschnitten führen, ist angesichts vereinheitlichter Codierungssoftware eher unwahrscheinlich. Außerdem werden sowohl in Wien als auch in Kärnten die budgetierten Mittel für die Fonds-Krankenanstalten nicht nach Kern- und Steuerungsbereich getrennt, sondern über krankenanstaltenspezifische Gewichtungsfaktoren an die Spitäler ausgeschüttet.

30 Vgl. den Bettenbericht im Jahrbuch der Gesundheitsstatistik, Statistik Österreich, laufende Jahrgänge

31 Vgl. z. B. die Anzahl von FachärztInnen mit Kassenvertrag im Statistischen Handbuch der Sozialversicherung, laufende Jahrgänge

Die Leistungstiefe variiert mit der jeweiligen Angebotsstruktur ...





## ... was auf die Entwicklung der Produktivität wirkt ...

### ... was auf die Entwicklung der Produktivität wirkt ...

Abbildung 5 zeigt, dass wir keineswegs von einer bundesländerunabhängigen Produktivität in Krankenanstalten ausgehen dürfen: Wenn wir die durchschnittliche Zahl von LKF-Punkten je Beschäftigter/m als Produktivitätsmaß akzeptieren, weisen beide Kärntner Häusergruppen höhere Produktivitäten auf als ihre Wiener Vergleichsgruppen. In beiden Bundesländern wird aber in OKHs mit niedrigerer Personalintensität gearbeitet als in kommunalen Krankenhäusern. Dies spiegelt sich in einer niedrigeren Anzahl von Beschäftigten pro tatsächlich belegten Krankenhausbett wider, und zwar in praktisch allen Qualifikationsgruppen.<sup>32</sup> Spiegelbildlich dazu kann den Beschäftigten der OKHs demnach eine höhere Produktivität als den Beschäftigten der kommunalen Häuser desselben Bundeslands bescheinigt werden. Somit ergibt sich ein Ranking, das den KAV+ - Häusern die niedrigste Produktivität aller vier Häusergruppen bescheinigt und den Kärntner Ordenshäusern die höchste.

Abbildung 5a: LKF-Punkte je ÄrztIn

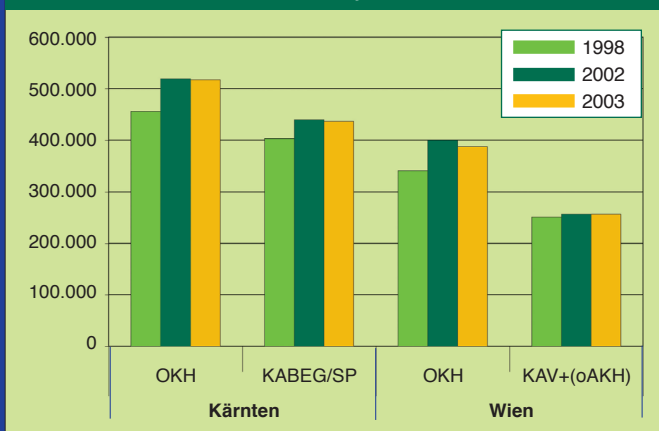
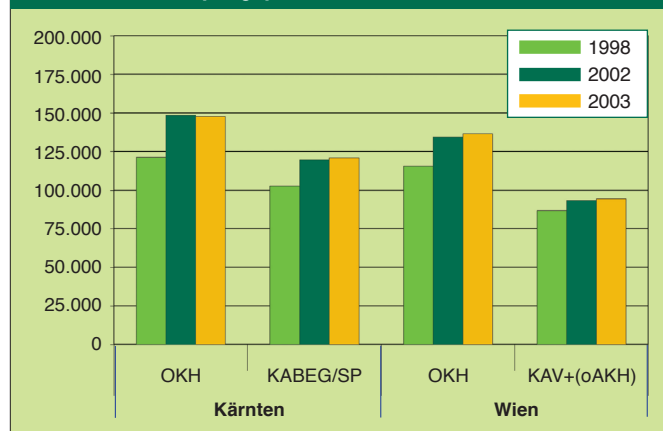


Abbildung 5b: LKF-Punkte je diplomierte Krankenpflegeperson oder Sanitätshilfskraft



Quelle: ÖBIG, BMGF, IHS HealthEcon Berechnungen 2005.

Wir gehen nicht davon aus, dass ein „leichterer Fallmix“ in Kärnten<sup>33</sup> bzw. in OKHs<sup>34</sup> eine wesentliche Ursache darstellt. Es liegen aber durchaus identifizierbare Unterschiede im jeweiligen Leistungsspektrum vor, die den Vergleich verzerren können. So widmen sich die Häusergruppen in unterschiedlichem Umfang der Betreuung von AmbulanzpatientInnen. Da die im Ambulanzbereich gebundenen Personalressourcen aber nicht quantifiziert werden können und die Ambulanztätigkeit sich – leider noch immer – nicht im Punktevolumen widerspiegelt, wird hier die Produktivität von Häusern mit überdurchschnittlich hohem Anteil von Ambulanztätigkeit an nichtstationären PatientInnen unterschätzt.

## ... und die Kosteneffizienz beeinflusst ...

### ... und die Kosteneffizienz beeinflusst ...

Personalkosten stellen die größte Kostenkomponente der Krankenanstalten dar.<sup>35</sup> Können Krankenhausleistungen mit geringerem Personaleinsatz erbracht werden (ohne die Behandlungsqualität zu verschlechtern), so führt dies unmittelbar zu einem Kostenvorteil. Abbildung 6 verdeutlicht diesen Kostenvorteil anhand der Endkosten je verrechneten Punkt, wobei jeweils die Endkosten der Ordenskrankenhäuser an jenen der kommunalen Krankenhäuser gemessen werden. In beiden Bundesländern zeigt sich der aufgrund der Personalintensitäten zu erwartende Kostenvorteil der Ordenskrankenhäuser. Besonders ausgeprägt fällt dieser Unterschied in Wien aus – der durchschnittliche in einem Ordenskrankenhaus verrechnete Punkt kostet gut die Hälfte eines kommunal verrechneten Punkts. In Kärnten liegen die Endkosten pro Punkt in Ordenshäusern bei rund drei Vierteln des KABEG/SP-Vergleichswertes. Um zu berücksichtigen, dass kommunale und konfessionelle Häuser kein identisches Leistungspaket anbieten – was auch damit

32 Vgl. die beiden diesem Aufsatz zugrunde liegenden Projektberichte, op. cit.

33 Hier wird nochmals darauf hingewiesen, dass die Werte des AKH Wien nicht in den Vergleich einfließen. Andere Wiener Großspitäler wie Wilhelminenspital oder SMZ-Ost, die klarerweise einen hohen Anteil an sehr komplexen und hochspezialisierten Behandlungen durchführen, sind zwar im Wiener KAV+Sample enthalten, allerdings enthält die Kärntner Vergleichsgruppe mit dem LKH Klagenfurt ebenfalls ein Großspital, sodass der Bundesländervergleich hierdurch unberührt sein dürfte.

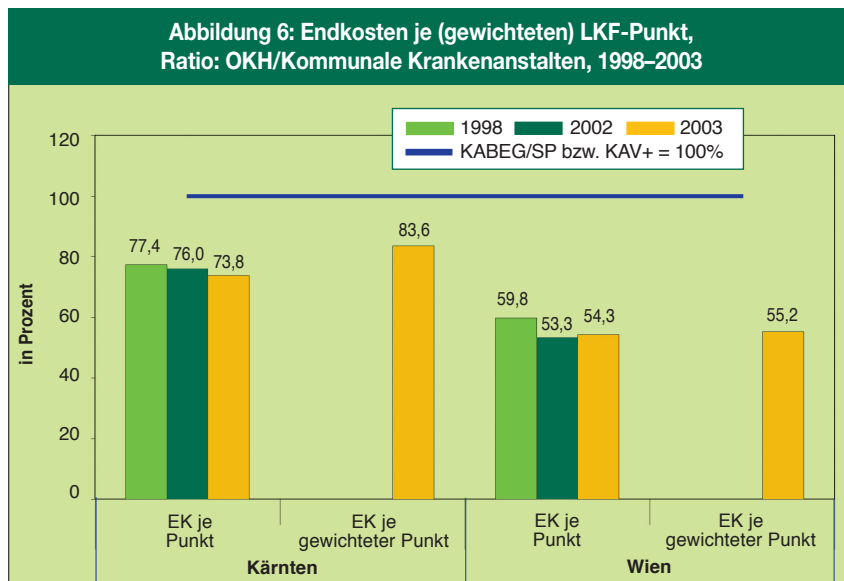
34 Vgl. Tabelle 2 Punkte je Aufenthalt (Seite 9)

35 Laut den Kostenrechnungsergebnissen des BMGF machen im Jahr 2003 Personalkosten 52 Prozent der Primärkosten in den österreichischen Fonds-Krankenanstalten aus, vgl. Überregionale Auswertung der Kostenrechnungsergebnisse 2003 des BMGF.





zusammenhängen dürfte, dass es keine konfessionellen Großspitäler gibt –, bedienen wir uns der Gewichtung je Punkt, die auch von den Krankenanstaltenfonds zur Ermittlung der Abrechnungspunkte herangezogen wird.<sup>36</sup> Abbildung 6 veranschaulicht, dass diese Gewichtung den errechneten Kostenvorteil der Ordenshäuser in Wien praktisch unberührt lässt, jenen in Kärnten zwar merklich verringert, aber keineswegs aufzehrt.



Quelle: ÖBIG, IHS HealthEcon Berechnungen 2005.

Die betriebswirtschaftliche Motivation für Kosteneffizienz ist umso höher, je stärker eigene Budgets von allfälligen Defiziten oder Abgängen betroffen sind. Das Kärntner Landesrecht<sup>37</sup> sieht für 98 Prozent des Abgangs von Ordenskrankenanstalten eine Finanzierung aus Zuschüssen des Landes vor. Für die konfessionellen Häuser in Wien wurden hingegen Zuschüsse vereinbart, die einen weit geringeren Anteil der Betriebsabgänge abdecken (umgerechnet beliefen sich 2003 die öffentlichen Zuschüsse auf 33 Cent je Punkt in Kärnten und auf 12 Cent je Punkt in Wien). Freilich ist zu berücksichtigen, dass die Ordenskrankenhäuser in beiden Bundesländern recht unterschiedliche Rollen in der Gesundheitsversorgung innehaben. Der disziplinierende Effekt bezüglich der Kosteneffizienz bleibt aber offenbar erhalten, wie der Vergleich mit den kommunalen Fonds-Krankenanstalten des jeweiligen Bundeslandes zeigt.

Fraglich ist, ob die höhere Kosteneffizienz alleine an den Managementqualitäten in den OKHs liegt. So sieht sich das Management in Kärntner Ordensspitälern einer Vorgabe von Obergrenzen für die Beschäftigten je Qualifikationsstufe gegenüber. Bei hoher Nachfrage und ausgelasteten Kapazitäten können demnach Steigerungen der „Produktion“ nur dann erzielt werden, wenn die Arbeitsproduktivität erhöht wird, also jede/r Beschäftigte mehr PatientInnen versorgt. Die einzig mögliche andere Reaktion, nämlich eine Beschränkung der Anzahl aufgenommener PatientInnen widerspricht dem Versorgungsauftrag. Darüber hinaus dürften für PatientInnen auf einem städtischen „Markt“ wie Wien mit vergleichsweise kurzen Distanzen, einem ausgebauten Netz öffentlicher Verkehrsmittel und dem schon angesprochenen breiteren Angebot an medizinisch-pflegerischer Versorgung außerhalb von Akutspitälern Behandlungsalternativen leichter zugänglich sein als für PatientInnen aus dem ländlichen Raum.

In Kärnten sind die OKHs stärker als in Wien in den Versorgungsauftrag integriert. Dies ist durch die Subventionsregelung berücksichtigt; die Eigenbeteiligung der OKHs beträgt lediglich zwei Prozent des Betriebsabgangs. Für Wiener OKHs hingegen sind die Subventionen pauschaliert und deutlich niedriger. Da die Wiener OKHs nicht so stark in den Versorgungsauftrag einbezogen sind, haben sie mehr Möglichkeiten zur Spezialisierung. Während in Kärnten durch die Vorgabe von Personalobergrenzen der Leis-

<sup>36</sup> Gewichtung Kärnten: LKH Klagenfurt: 1,2, LKH Villach: 1,1, andere Kärntner Fonds-Krankenanstalten: 1,0. Gewichtung Wien: Da uns die Punktevolumina je Spital nicht vorliegen, wurde der durchschnittliche so genannte Mischfaktor aller KAV+Häuser (OKHs) mit ihrer Punktesumme multipliziert. Da die Mischfaktoren in Wien weniger breit streuen (OKHs: 0,88–1,00; KAV+ 0,81–1,04) als die Gewichtungen in Kärnten, dürfte dieses Vorgehen nur minimale Verzerrungen bewirken.

<sup>37</sup> Nach § 68 der Krankenanstaltenordnung, LGBl. Nr. 26/1999, werden bei konfessionellen Krankenanstalten zwei Prozent der Betriebsabgänge von den Rechtsträgern selbst und 98 Prozent der Betriebsabgänge aus öffentlichen Mitteln in Form von Landesbeiträgen abgedeckt.



tungsumfang der Spitäler weitgehend begrenzt ist, wird die Genehmigung von Dienstpostenplänen in Wien nicht in diesem Umfang zur Begrenzung des Leistungsangebotes eingesetzt. Diese Unterschiede dürften dazu beitragen, dass die Kärntner Ordensspitäler die höchste (Arbeits-)Produktivität aufweisen und auch kommunale Kärntner Spitäler ihre Wiener „Kollegen“ übertreffen dürften. Da andererseits der Effizienzabstand zwischen den beiden Wiener Häusergruppen ausgeprägter ist als der Effizienzabstand in Kärnten, muss auch der bei Wiener Ordenskrankenhäusern angewandten Regulierungsvariante – vergleichsweise niedrige öffentliche Zuschüsse im Verein mit einem Wettbewerbsmarkt, der höhere Spezialisierung ermöglicht – eine hohe Wirksamkeit in Bezug auf produktive Leistungserbringung zugesprochen werden.

### **... die auf einen Spielraum für die Umverteilung öffentlicher Mittel hinweist.**

Unsere Berechnungen, die zudem auch modellgestützt bestätigt werden,<sup>38</sup> weisen darauf hin, dass in den letzten Jahren die Produktivität in OKHs nicht nur höher war, sondern auch deutlicher gestiegen ist als in kommunalen Krankenanstalten. Daher bietet es sich an, die Leistungsfähigkeit der Ordenskrankenhäuser als Messlatte für die Finanzierung des Betriebsabgangs im gesamten Markt heranzuziehen. In einer Modellrechnung setzen wir die Subventionen für die kommunalen Häuser auf das Niveau der Subvention für OKHs. Dies allein wäre freilich unfair, da kommunale Häuser Leistungen erbringen (müssen), die von OKHs nicht erbracht werden (Kärnten: 13 Prozent aller Punkte, Wien: 11 Prozent). Außerdem werden in kommunalen Spitalern 95 Prozent der spitalsambulanten Fälle behandelt. Wir geben daher den kommunalen Häusern Zuschläge für das unterschiedliche bzw. größere Leistungsangebot und ermitteln fiktive Subventionen pro LKF-Punkt. Unter der Annahme, dass der Output der kommunalen Häuser mit der Produktivität der OKHs erwirtschaftet wird, identifizieren wir ein frei werdendes Subventionsvolumen in der Höhe von etwa 170 Millionen Euro in Wien und von 17 Millionen Euro in Kärnten. Anteilig an den gesamten Kosten der Krankenanstalten entspricht dieses Volumen drei Prozent in Kärnten und acht Prozent in Wien. Es liegen Untersuchungen vor, die aus Effizienzvergleichen österreichischer Standardversorgungskrankenhäuser ein hypothetisches Umschichtungspotenzial von etwa 20 Prozent der Inputkosten ableiten.<sup>39</sup> Umgelegt auf Wien, betragen 20 Prozent der stationären Kosten rund eine halbe Milliarde Euro, bezogen auf Kärnten 90 Millionen Euro. Somit könnten in Wien Effizienzgewinne in der Höhe von etwa einem Drittel und in Kärnten von einem Fünftel dieses Einsparpotenzials erreicht werden, falls in den kommunalen Häusern das Niveau der Produktivität in OKHs erzielt wird.

... die auf einen Spielraum für die Umverteilung öffentlicher Mittel hinweist.



<sup>38</sup> Siehe die zugrundeliegenden Projektberichte, Fußnote 20

<sup>39</sup> Hofmarcher M M, Lietz C, Schnabl A: Inefficiency in Austrian inpatient care: Identifying ailing providers using DEA, Central European Journal of Operations Research, to be published.



Tabelle A1:

| Ausgaben für Krankenhausversorgung, in Prozent der gesamten Gesundheitsausgaben | Ausgaben für Krankenhausversorgung, in Prozent der gesamten Gesundheitsausgaben |      |                    |      |      |      | Index EU25=100 |      |      |      |      |
|---|---|------|--------------------|------|------|------|----------------|------|------|------|------|
|   | 1990  | 1995 | 2000               | 2001 | 2002 | 2003 | 1990           | 1995 | 2000 | 2001 | 2002 |
| Österreich***   | 42,8 <sup>a)</sup>  | 41,8 | 45,7               | 47,2 | 47,1 | 47,2 | 105            | 106  | 125  | 125  | 125  |
| Belgien   | 32,8  | 33,5 | 32,0               | n.v. | n.v. | n.v. | 81             | 85   | 87   | n.v. | n.v. |
| Dänemark  | 56,7  | 55,0 | 53,2               | 51,9 | 51,1 | n.v. | 140            | 140  | 145  | 137  | 136  |
| Deutschland   | 35,8 <sup>b)</sup>  | 36,9 | 36,6               | 36,1 | 36,1 | n.v. | 88             | 94   | 100  | 95   | 96   |
| Estland   | n.v.  | n.v. | 36,2               | 29,6 | 30,5 | n.v. | n.v.           | n.v. | 99   | 78   | 81   |
| Finnland  | 44,7  | 42,0 | 39,9               | 39,3 | 39,2 | n.v. | 110            | 107  | 109  | 104  | 104  |
| Frankreich  | 45,7  | 45,1 | 42,3               | 41,7 | 41,3 | n.v. | 113            | 115  | 115  | 110  | 110  |
| Griechenland  | n.v.  | n.v. | n.v.               | n.v. | n.v. | n.v. | n.v.           | n.v. | n.v. | n.v. | n.v. |
| Irland**  | 57,6  | 57,5 | 52,0               | n.v. | n.v. | n.v. | 142            | 146  | 142  | n.v. | n.v. |
| Italien   | 42,7  | 44,8 | 41,4               | 41,5 | 41,5 | 41,8 | 105            | 114  | 113  | 110  | 110  |
| Lettland  | 78,0  | 62,0 | 57,2               | 56,6 | 56,0 | 60,3 | 192            | 158  | 156  | 149  | 149  |
| Litauen   | n.v.  | n.v. | n.v.               | n.v. | n.v. | n.v. | n.v.           | n.v. | n.v. | n.v. | n.v. |
| Luxemburg   | 26,4  | 31,3 | 41,2               | 39,5 | 40,3 | n.v. | 65             | 80   | 112  | 104  | 107  |
| Malta   | n.v.  | n.v. | n.v.               | n.v. | n.v. | n.v. | n.v.           | n.v. | n.v. | n.v. | n.v. |
| Niederlande   | 49,2  | 49,1 | 39,8               | 40,5 | 40,8 | n.v. | 121            | 125  | 108  | 107  | 108  |
| Polen**   | 34,8 <sup>a)</sup>  | 33,7 | 28,8               | 29,3 | 30,0 | n.v. | 86             | 86   | 78   | 77   | 80   |
| Portugal  | 32,3  | 33,9 | n.v.               | n.v. | n.v. | n.v. | 80             | 86   | n.v. | n.v. | n.v. |
| Schweden  | 49,0 <sup>c)</sup>  | 49,0 | 46,3               | 31,6 | 31,2 | n.v. | 121            | 125  | 126  | 83   | 83   |
| Slowakei  | n.v.  | n.v. | 26,4               | 28,7 | 35,0 | n.v. | n.v.           | n.v. | 72   | 76   | 93   |
| Slowenien   | 42,9  | 49,1 | 47,8               | 47,3 | n.v. | n.v. | 106            | 125  | 130  | 125  | 0    |
| Spanien   | 44,1  | 31,0 | 28,2               | 27,9 | 27,6 | n.v. | 109            | 79   | 77   | 74   | 73   |
| Tschechien  | n.v.  | 29,6 | 34,6               | 36,6 | 37,8 | 36,2 | n.v.           | 75   | 94   | 97   | 100  |
| Ungarn  | 65,2 <sup>a)</sup>  | 54,8 | 29,3               | 28,1 | 29,0 | n.v. | 161            | 139  | 80   | 74   | 77   |
| Vereinigtes Königreich**  | 29,1  | 29,2 | 25,4 <sup>d)</sup> | n.v. | n.v. | n.v. | 72             | 74   | 69   | n.v. | 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. |
| EU25*   | 40,6  | 39,3 | 36,7               | 37,9 | 37,6 | n.v. | 100            | 100  | 100  | 100  | 100  |
| EU15* „alte“ EU-Mitglieder  | 40,4  | 39,4 | 37,0               | 37,9 | 37,6 | n.v. | 99             | 100  | 101  | 100  | 100  |
| EU10* „neue“ EU-Mitglieder  | 46,0  | 38,0 | 31,6               | 32,0 | 31,9 | n.v. | 113            | 97   | 86   | 84   | 85   |
| EU12* (Euro-Zone)   | 41,4  | 40,4 | 38,5               | 38,3 | 38,0 | n.v. | 102            | 103  | 105  | 101  | 101  |
| Bulgarien   | 53,0 <sup>b)</sup>  | 59,0 | n.v.               | n.v. | n.v. | n.v. | 131            | 150  | n.v. | n.v. | n.v. |
| Rumänien  | 57,0 <sup>b)</sup>  | 59,0 | n.v.               | 53,0 | n.v. | n.v. | 140            | 150  | n.v. | 140  | n.v. |
| Türkei  | 33,4  | 28,7 | 19,9               | n.v. | n.v. | n.v. | 82             | 73   | 54   | n.v. | n.v. |
| Schweiz   | 47,9  | 47,9 | 46,8               | 47,3 | 48,1 | n.v. | 118            | 122  | 127  | 125  | 128  |
| USA   | 36,1  | 32,2 | 28,4               | 28,0 | 27,6 | n.v. | 89             | 82   | 77   | 74   | 73   |

\* gewichtet mit den gesamten Gesundheitsausgaben

\*\* nur öffentliche Ausgaben

\*\*\* Ausgaben für Fonds-Krankenanstalten

<sup>a)</sup> 1991; <sup>b)</sup> 1992; <sup>c)</sup> 1993; <sup>d)</sup> 1997

Quelle: WHO Health for all database, Jänner 2005; BMGF für Österreich; OECD Health Data 2004 für Irland, Polen, Vereinigtes Königreich und USA; IHS HealthEcon Berechnungen 2005.

**Ausgaben für Krankenhausversorgung, in Prozent der gesamten Gesundheitsausgaben**





## Ausgaben für Arzneimittel, in Prozent der gesamten Gesundheitsausgaben

Tabelle A2:

| Ausgaben für Arzneimittel, in Prozent der gesamten Gesundheitsausgaben | Ausgaben für Arzneimittel, in Prozent der gesamten Gesundheitsausgaben |                    |                    |      |      |      | Index EU25=100 |      |      |      |      |
|--|--|--------------------|--------------------|------|------|------|----------------|------|------|------|------|
|  | 1990   | 1995               | 2000               | 2001 | 2002 | 2003 | 1990           | 1995 | 2000 | 2001 | 2002 |
| Österreich   | 10,7   | 11,2               | 16,6               | 16,9 | 17,1 | 17,9 | 67             | 70   | 96   | 95   | 93   |
| Belgien  | 15,5   | 16,3               | 16,2 <sup>a)</sup> | n.v. | n.v. | n.v. | 97             | 102  | 94   | n.v. | n.v. |
| Dänemark   | 7,5  | 9,1                | 8,7                | 8,8  | 9,2  | n.v. | 47             | 57   | 50   | 49   | 50   |
| Deutschland  | 14,7 <sup>b)</sup>   | 12,7               | 13,6               | 14,3 | 14,5 | n.v. | 92             | 80   | 79   | 80   | 79   |
| Estland  | n.v.   | 17,0 <sup>c)</sup> | 22,3               | 25,1 | 26,3 | n.v. | n.v.           | 107  | 129  | 141  | 143  |
| Finnland   | 9,4  | 14,1               | 15,5               | 15,7 | 15,9 | n.v. | 59             | 88   | 90   | 88   | 86   |
| Frankreich   | 16,9   | 17,6               | 20,3               | 20,9 | 20,8 | n.v. | 106            | 110  | 118  | 117  | 113  |
| Griechenland   | 14,3   | 15,7               | 15,4               | 15,6 | 15,3 | n.v. | 90             | 98   | 89   | 87   | 83   |
| Irland   | 12,2   | 10,4               | 10,6               | 10,3 | 11,0 | n.v. | 77             | 65   | 62   | 58   | 60   |
| Italien  | 21,2   | 20,9               | 22,3               | 22,4 | 22,4 | 21,9 | 133            | 131  | 129  | 125  | 122  |
| Lettland   | 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. |
| Luxemburg  | 14,9   | 12,0               | 12,0               | 12,0 | 11,6 | n.v. | 94             | 75   | 70   | 67   | 63   |
| Malta  | n.v.   | n.v.               | n.v.               | n.v. | n.v. | n.v. | n.v.           | n.v. | n.v. | n.v. | n.v. |
| Niederlande  | 9,6  | 11,0               | 10,8               | 10,6 | 10,4 | n.v. | 60             | 69   | 63   | 59   | 57   |
| Polen  | n.v.   | n.v.               | n.v.               | n.v. | n.v. | n.v. | n.v.           | n.v. | n.v. | n.v. | n.v. |
| Portugal   | 24,9   | 23,6               | 23,4 <sup>d)</sup> | n.v. | n.v. | n.v. | 157            | 148  | 136  | n.v. | n.v. |
| Schweden   | 8,0  | 12,5               | 13,9               | 13,3 | 13,1 | n.v. | 50             | 78   | 81   | 75   | 71   |
| Slowakei   | n.v.   | n.v.               | 34,0               | 34,0 | 37,3 | n.v. | n.v.           | n.v. | 197  | 190  | 203  |
| Slowenien  | 10,4   | 18,9               | 19,6               | 20,8 | n.v. | n.v. | 65             | 119  | 114  | 117  | n.v. |
| Spanien  | 17,8   | 19,2               | 21,3               | 21,2 | 21,5 | n.v. | 112            | 120  | 124  | 119  | 117  |
| Tschechien   | 21,0   | 25,6               | 22,0               | 21,9 | 24,8 | 24,0 | 132            | 161  | 128  | 123  | 135  |
| Ungarn   | 27,6 <sup>e)</sup>   | 25,0               | n.v.               | 28,5 | 27,6 | n.v. | 173            | 157  | n.v. | 160  | 150  |
| Vereinigtes Königreich   | 13,5   | 15,3               | 15,8 <sup>d)</sup> | n.v. | n.v. | n.v. | 85             | 96   | 92   | n.v. | 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. |
| EU25*  | 15,9   | 15,9               | 17,2               | 17,8 | 18,4 | n.v. | 100            | 100  | 100  | 100  | 100  |
| EU15* „alte“ EU-Mitglieder   | 15,7   | 15,7               | 17,1               | 17,5 | 18,0 | n.v. | 99             | 98   | 99   | 98   | 98   |
| EU10* „neue“ EU-Mitglieder   | n.v.   | n.v.               | n.v.               | n.v. | n.v. | n.v. | n.v.           | n.v. | n.v. | 144  | n.v. |
| EU12* (Euro-Zone)  | 16,4   | 16,0               | 17,6               | 21,8 | 23,0 | n.v. | 103            | 100  | 102  | 122  | 125  |
| Bulgarien  | n.v.   | n.v.               | n.v.               | n.v. | n.v. | n.v. | n.v.           | n.v. | n.v. | n.v. | n.v. |
| Rumänien   | 11,0 <sup>a)</sup>   | 17,0               | 20,0 <sup>e)</sup> | n.v. | n.v. | n.v. | 69             | 107  | 116  | n.v. | n.v. |
| Türkei   | 20,5   | n.v.               | 24,8               | n.v. | n.v. | n.v. | 129            | n.v. | 144  | n.v. | n.v. |
| Schweiz  | 10,2   | 10,0               | 10,7               | 10,6 | 10,3 | n.v. | 64             | 63   | 62   | 59   | 56   |
| USA  | 9,2  | 8,9                | 11,9               | 12,4 | 12,8 | n.v. | 58             | 56   | 69   | 69   | 70   |

\* gewichtet mit den gesamten Gesundheitsausgaben

<sup>a)</sup> 1991; <sup>b)</sup> 1992; <sup>c)</sup> 1996; <sup>d)</sup> 1997; <sup>e)</sup> 1998

Quelle: WHO Health for all database, Jänner 2005; Statistik Austria und HVSU für Österreich; OECD Health Data 2004 für die USA; IHS HealthEcon Berechnungen 2005.





**Tabelle A3:**

**Ausgaben für ärztliche Hilfe, in Prozent der gesamten Gesundheitsausgaben**

|                           | 1990               | 1995               | 2000              | 2001 | 2002 | 2003 |
|---------------------------|--------------------|--------------------|-------------------|------|------|------|
| Österreich                | 19,1               | 18,2               | 20,7              | 21,5 | 21,8 | 21,6 |
| Belgien                   | n.v.               | n.v.               | n.v.              | n.v. | n.v. | n.v. |
| Dänemark                  | 15,8               | 16,0               | 15,1              | 14,9 | 14,8 | 14,8 |
| Deutschland               | 11,2 <sup>a)</sup> | 10,4               | 10,2              | 10,1 | 10,1 | n.v. |
| Estland                   | n.v.               | n.v.               | n.v.              | n.v. | n.v. | n.v. |
| Finnland                  | 25,1               | 24,8               | 24,2              | 24,0 | 23,8 | n.v. |
| Frankreich                | 12,8               | 13,0               | 12,7              | 12,4 | 12,5 | n.v. |
| Griechenland              | n.v.               | n.v.               | n.v.              | n.v. | n.v. | n.v. |
| Irland                    | 16,3 <sup>a)</sup> | n.v.               | n.v.              | n.v. | n.v. | n.v. |
| Italien                   | 19,8               | 21,8 <sup>b)</sup> | n.v.              | n.v. | n.v. | n.v. |
| Lettland                  | 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. |
| Luxemburg                 | 21,6               | 14,2               | 19,9              | 19,6 | 19,0 | n.v. |
| Malta                     | n.v.               | n.v.               | n.v.              | n.v. | n.v. | n.v. |
| Niederlande               | 9,6                | 8,6                | 8,3 <sup>c)</sup> | n.v. | n.v. | n.v. |
| Polen                     | n.v.               | n.v.               | n.v.              | n.v. | n.v. | n.v. |
| Portugal                  | n.v.               | n.v.               | n.v.              | n.v. | n.v. | n.v. |
| Schweden                  | 14,4               | 12,1 <sup>b)</sup> | n.v.              | n.v. | n.v. | n.v. |
| Slowakei                  | 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. |
| Spanien                   | n.v.               | n.v.               | n.v.              | n.v. | n.v. | n.v. |
| Tschechien                | n.v.               | 24,5 <sup>c)</sup> | 22,8              | 22,6 | 20,4 | n.v. |
| Ungarn                    | n.v.               | 4,7 <sup>d)</sup>  | 4,1               | 3,9  | 4,0  | n.v. |
| Vereinigtes Königreich    | 14,9               | 14,7 <sup>b)</sup> | n.v.              | n.v. | n.v. | n.v. |
| Zypern                    | n.v.               | n.v.               | n.v.              | n.v. | n.v. | n.v. |
| EU25                      | n.v.               | n.v.               | n.v.              | n.v. | n.v. | n.v. |
| EU15 „alte“ EU-Mitglieder | n.v.               | n.v.               | n.v.              | n.v. | n.v. | n.v. |
| EU10 „neue“ EU-Mitglieder | n.v.               | n.v.               | n.v.              | n.v. | n.v. | n.v. |
| EU12 (Euro-Zone)          | n.v.               | n.v.               | n.v.              | n.v. | n.v. | n.v. |
| Bulgarien                 | 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. |
| Türkei                    | n.v.               | n.v.               | 24,6              | n.v. | n.v. | n.v. |
| Schweiz                   | 14,3               | 14,2               | 14,3              | 14,0 | 13,8 | n.v. |
| USA                       | 23,1               | 22,7               | 22,7              | 22,7 | 22,4 | n.v. |

<sup>a)</sup> 1992; <sup>b)</sup> 1994; <sup>c)</sup> 1997; <sup>d)</sup> 1998;

Quelle: OECD Health Data 2004; Statistik Austria und HVSV für Österreich; IHS HealthEcon Berechnungen 2005.

**Ausgaben für ärztliche Hilfe, in Prozent der gesamten Gesundheitsausgaben**



## Charakteristika der stationären Versorgung 2003

Tabelle A4:

### Charakteristika der stationären Versorgung 2003

|                            | Aufnahmerate in Prozent |                 |                  | Durchschn. Verweildauer in Tagen |                 |                  | Betten pro 1.000 EW |                 |                  | Krankenpflegepersonal pro 1.000 EW |                 |                  |
|----------------------------|-------------------------|-----------------|------------------|----------------------------------|-----------------|------------------|---------------------|-----------------|------------------|------------------------------------|-----------------|------------------|
|                            | 2003                    | Index EU 25=100 | Index 1995 = 100 | 2003                             | Index EU 25=100 | Index 1995 = 100 | 2003                | Index EU 25=100 | Index 1995 = 100 | 2003                               | Index EU 25=100 | Index 1995 = 100 |
| Österreich                 | 31,2                    | 168             | 126              | 8,0                              | 84              | 73               | 8,3                 | 137             | 90               | 6,0                                | 75              | 116              |
| Belgien                    | 19,7 <sup>a)</sup>      | 106             | 100              | 11,5 <sup>d)</sup>               | 121             | 100              | 7,0 <sup>b)</sup>   | 115             | 95               | 10,8 <sup>d)</sup>                 | 135             | 98               |
| Dänemark                   | 19,7                    | 106             | 109              | 5,4                              | 57              | 81               | 4,1 <sup>a)</sup>   | 68              | 85               | 7,2 <sup>a)</sup>                  | 90              | 112              |
| Deutschland                | 23,8 <sup>a)</sup>      | 128             | 109              | 10,9 <sup>a)</sup>               | 115             | 81               | 8,9 <sup>a)</sup>   | 147             | 92               | 9,9 <sup>a)</sup>                  | 124             | 108              |
| Estland                    | 19,1 <sup>a)</sup>      | 103             | 103              | 8,4 <sup>d)</sup>                | 88              | 66               | 6,0 <sup>b)</sup>   | 98              | 71               | 6,4 <sup>d)</sup>                  | 80              | 95               |
| Finnland                   | 26,0                    | 140             | 105              | 10,2                             | 107             | 84               | 7,2                 | 119             | 90               | 21,4                               | 268             | 102              |
| Frankreich                 | 23,0 <sup>d)</sup>      | 124             | 101              | 10,8 <sup>d)</sup>               | 114             | 96               | 7,8 <sup>a)</sup>   | 128             | 89               | 7,0                                | 88              | 116              |
| Griechenland               | 15,9 <sup>d)</sup>      | 86              | 111              | 8,3 <sup>d)</sup>                | 87              | 98               | 4,9 <sup>c)</sup>   | 80              | 98               | n.v.                               | n.v.            | n.v.             |
| Irland                     | 14,5                    | 78              | 97               | 7,6                              | 80              | 99               | 3,5                 | 58              | 93               | 18,5                               | 232             | 130              |
| Italien                    | 15,7 <sup>a)</sup>      | 85              | 94               | 7,6 <sup>a)</sup>                | 80              | 75               | 4,1                 | 68              | 73               | n.v.                               | n.v.            | n.v.             |
| Lettland                   | 20,5                    | 110             | 95               | 10,8                             | 113             | 72               | 7,8                 | 129             | 70               | 5,2                                | 65              | 86               |
| Litauen                    | 23,5                    | 127             | 111              | 10,3                             | 108             | 70               | 8,7                 | 143             | 78               | 7,6                                | 95              | 80               |
| Luxemburg                  | n.v.                    | n.v.            | n.v.             | 15,3 <sup>d)</sup>               | 161             | 100              | 6,8                 | 111             | 63               | 9,2                                | 115             | 130              |
| Malta                      | n.v.                    | n.v.            | n.v.             | n.v.                             | n.v.            | n.v.             | 4,8                 | 79              | 89               | 5,8                                | 72              | 154              |
| Niederlande                | 9,3 <sup>b)</sup>       | 50              | 93               | 12,5 <sup>b)</sup>               | 132             | 88               | 4,6 <sup>a)</sup>   | 75              | 87               | 13,7                               | 171             | 108              |
| Polen                      | 17,5 <sup>a)</sup>      | 94              | 131              | 7,9 <sup>a)</sup>                | 83              | 73               | 5,6 <sup>a)</sup>   | 92              | 89               | 4,9 <sup>a)</sup>                  | 61              | 89               |
| Portugal                   | 11,6 <sup>a)</sup>      | 62              | 103              | 8,7 <sup>a)</sup>                | 92              | 89               | 3,6 <sup>a)</sup>   | 60              | 90               | 4,0 <sup>a)</sup>                  | 50              | 121              |
| Schweden                   | 15,4                    | 83              | 83               | 6,5                              | 68              | 83               | 5,2 <sup>f)</sup>   | 86              | 86               | 10,2 <sup>a)</sup>                 | 127             | 107              |
| Slowakei                   | 18,5                    | 100             | 97               | 9,1                              | 96              | 78               | 7,3                 | 121             | 86               | 6,8                                | 85              | 96               |
| Slowenien                  | 16,9                    | 91              | 108              | 7,4                              | 78              | 71               | 5,0                 | 82              | 86               | 7,2 <sup>a)</sup>                  | 90              | 112              |
| Spanien                    | 11,9 <sup>b)</sup>      | 64              | 110              | 8,8 <sup>b)</sup>                | 93              | 84               | 3,6 <sup>b)</sup>   | 59              | 91               | 3,7 <sup>c)</sup>                  | 46              | 124              |
| Tschechien                 | 21,8                    | 117             | 108              | 11,2                             | 118             | 85               | 8,6                 | 141             | 93               | 9,7                                | 122             | 109              |
| Ungarn                     | 25,0                    | 135             | 115              | 8,4                              | 88              | 77               | 7,8                 | 129             | 89               | 8,6                                | 108             | 108              |
| Vereinigtes Königreich     | 15,3 <sup>a)</sup>      | 83              | 96               | 9,8 <sup>a)</sup>                | 103             | 99               | 4,2 <sup>f)</sup>   | 69              | 93               | n.v.                               | n.v.            | n.v.             |
| Zypern                     | 8,1 <sup>a)</sup>       | 43              | 101              | n.v.                             | n.v.            | n.v.             | 4,4 <sup>a)</sup>   | 72              | 86               | 4,2 <sup>b)</sup>                  | 53              | 97               |
| EU25*                      | 18,6                    | 100             | 105              | 9,5                              | 100             | 85               | 6,1                 | 100             | 88               | 8,0                                | 100             | 110              |
| EU15* „alte“ EU-Mitglieder | 18,4                    | 99              | 102              | 9,7                              | 102             | 87               | 6,0                 | 98              | 89               | 8,5                                | 106             | 113              |
| EU10* „alte“ EU-Mitglieder | 19,5                    | 105             | 117              | 8,7                              | 92              | 75               | 6,6                 | 109             | 87               | 6,4                                | 80              | 96               |
| EU12* (Euro Zone)          | 19,1                    | 103             | 104              | 9,8                              | 103             | 85               | 6,4                 | 105             | 88               | 8,4                                | 105             | 114              |
| Bulgarien                  | 17,5                    | 94              | 99               | 8,8                              | 93              | 65               | 6,3                 | 104             | 61               | 3,8                                | 47              | 62               |
| Rumänien                   | 24,9                    | 134             | 121              | 8,0                              | 84              | 73               | 6,6                 | 108             | 86               | 4,0                                | 50              | 92               |
| Türkei                     | 8,1                     | 44              | 129              | 5,8                              | 61              | 91               | 2,6                 | 42              | 104              | 2,4 <sup>d)</sup>                  | 31              | 109              |
| Schweiz                    | 16,9 <sup>a)</sup>      | 91              | 113              | 12,7 <sup>a)</sup>               | 134             | 86               | 6,0 <sup>b)</sup>   | 99              | 71               | 8,3 <sup>b)</sup>                  | 104             | n.v.             |
| USA                        | n.v.                    | n.v.            | n.v.             | 6,6 <sup>a)</sup>                | 69              | 85               | 2,9 <sup>**a)</sup> | 48              | 88               | 7,9 <sup>b)</sup>                  | 99              | 100              |

\* gewichtet mit der Bevölkerung 2003; \*\*nur Akutbetten

<sup>a)</sup> 2002; <sup>b)</sup> 2001; <sup>c)</sup> 2000; <sup>d)</sup> 1999; <sup>e)</sup> 1998; <sup>f)</sup> 1997; <sup>g)</sup> 1996

Quelle: WHO Health for all database, Jänner 2005, OECD Health Data 2004 für die USA, IHS HealthEcon Berechnungen 2005.

