



Health System Watch



Gesundheitszustand und Erwerbstätigkeit in der EU: Verlängert Gesundheit das Erwerbsleben?

Schwerpunktthema: Anreize in der Ärztehonorierung am Beispiel von Facharztüberweisungen

Maria M. Hofmarcher, Monika Riedel, Gerald Röhrling*

Verlängert Gesundheit das Erwerbsleben?

Werden statt Prognosen über einzelne Altersgruppen jene über die zukünftige Entwicklung der Erwerbsquoten herangezogen, um den zukünftigen Anteil der Erwerbstätigen an der Gesamtbevölkerung darzustellen, verschwindet die demographische Herausforderung für die öffentlichen Finanzen weitgehend. Voraussetzung für einen derartigen Verlauf ist jedoch, dass es gelingt, entsprechend vielen Menschen Arbeitsplätze zu bieten und den Menschen einen so guten Gesundheitszustand zu bewahren, dass sie diese Arbeitsmöglichkeiten auch wahrnehmen können, zumal empirische Untersuchungen belegen, dass Änderungen des Gesundheitszustands zu wichtigen Ursachen für vorzeitigen Pensionseintritt zählen.

Anreize in der Ärztehonorierung am Beispiel von Facharztüberweisungen

Es ist empirisch belegt, dass eine Honorierung von Einzelleistungen die Anzahl durchgeführter Leistungen steigert. Wie stark die Honorierung der ÄrztInnen für Allgemeinmedizin an Einzelleistungen ausgerichtet ist, kann demnach beeinflussen, in welchem Ausmaß sie ihre PatientInnen an BehandlerInnen der höheren Versorgungsstufen überweisen. Eine gezielte Verstärkung der Einzelleistungshonorierung im Bereich Allgemeinmedizin könnte die Behandlungskontinuität fördern und den FachärztInnen mehr Spielraum für komplexere Behandlungen schaffen, setzt für eine positive Einschätzung aber voraus, dass nur Überweisungen für Leistungen vermieden werden, die auch ohne Qualitätsverlust durch HausärztInnen durchgeführt werden können. Zudem würde verstärkte Einzelleistungshonorierung voraussichtlich zu höheren Gesamtausgaben für ärztliche Versorgung führen.

Verlängert
 Gesundheit das
 Erwerbsleben?

Anreize in der
 Ärztehonorie-
 rung am Beispiel
 von Facharzt-
 überweisungen

* Alle: Institut für Höhere Studien, IHS HealthEcon,
 Stumpfergasse 56, A-1060 Wien, Telefon: +43/1/599 91-126, E-Mail: riedel@ihs.ac.at
 Frühere Ausgaben von Health System Watch sind abrufbar unter der Internet-Adresse: <http://www.ihs.ac.at>





Gesundheitszustand und Erwerbstätigkeit in der EU: Verlängert Gesundheit das Erwerbsleben?

Dass die in Zukunft zu erwartenden Verschiebungen in der Bevölkerungsstruktur die öffentlichen Kassen betreffen werden, wurde bereits oft diskutiert. Sowohl im Zusammenhang mit den Gesundheitsausgaben als auch hinsichtlich der Pensionszahlungen läuft international eine rege Diskussion, im Zuge deren unterschiedlich verfeinerte Zukunftsszenarien dargestellt und diskutiert werden. Der vorliegende Beitrag versucht einige Verbindungslinien zwischen Arbeitsmarkt, Gesundheit und demographischen Verschiebungen zu beleuchten.

Mehr ältere Menschen heißt nicht zwangsläufig weniger Erwerbstätige ...

Die Sorge um die zukünftige Finanzierbarkeit von Leistungen wie öffentlichen Pensionszahlungen und Gesundheitsversorgung entzündet sich daran, dass sich in Bevölkerungsprognosen deutlich ein Anstieg des Anteils der älteren, z. B. der über 65-jährigen Bevölkerung abzeichnet. Verbunden mit Pensionszahlungen und höheren Pro-Kopf-Ausgaben für Gesundheit in höherem Alter, führt dies dazu, dass eine schrumpfende Erwerbsbevölkerung nicht in der Lage sein wird, diese Leistungen in gewohntem oder gar steigendem Umfang auch für die zukünftigen Generationen von älteren Menschen zu erarbeiten, so die Befürchtung.

Diese Befürchtung fußt jedoch auf Annahmen, die zu stark vereinfachen. Abbildung 1 zeigt am Beispiel Österreichs, dass zwar das Zahlenverhältnis zwischen älterer Bevölkerung und jener im Erwerbsalter insbesondere in den nächsten 30 Jahren steigen wird: Heute kommen noch drei Personen im Erwerbsalter (15-60 Jahre) auf jede Person der Altersgruppe 60+, im Jahr 2035 wird das Verhältnis voraussichtlich etwa 3:2 betragen. Dies spiegelt jedoch nicht die relevante Quote wider, die die Grundlage für Berechnungen der zukünftigen finanziellen Belastungen darstellt. Es sind vielmehr gleichzeitig weitere Verschiebungen in demographischen bzw. wirtschaftlichen Kennzahlen zu berücksichtigen.

Der Anteil der Bevölkerung im Kindes- und Jugendalter geht zurück. Da mit dieser Altersgruppe ebenfalls Betreuungs- und aus Sicht der öffentlichen Hand insbesondere Bildungskosten verbunden sind, wird dies dem Belastungseffekt durch die steigende ältere Bevölkerung entgegenwirken. So sind in den letzten Jahren bereits trotz eines länger werdenden Verbleibs der jungen Menschen in Bildungsinstitutionen die gesamten öffentlichen Bildungsausgaben leicht zurückgegangen. Ob laufende Bemühungen für Life-Long Learning dazu führen werden, dass öffentliche Bildungsausgaben nicht dem Bevölkerungsanteil der Jungen entsprechend sinken, sondern stagnieren oder sogar steigen werden, ist noch nicht klar.¹

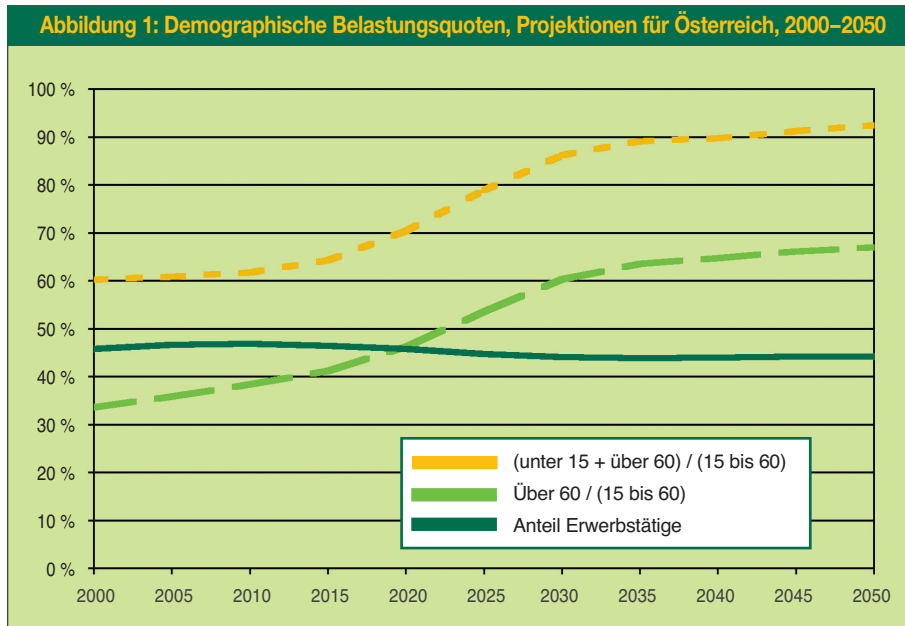
Generell erscheint es aus den genannten Gründen aussagekräftiger, die Gesamtbelastungsquote zu betrachten, also die Bevölkerung unter 15 plus jener über 60 Jahren bezogen auf die Anzahl der 15 bis 60-Jährigen. Abbildung 1 zeigt auch für diese Kennzahl einen markanten Anstieg. Dieser Anstieg beträgt jedoch „nur“ etwa die Hälfte des Ausgangswerts, während sich die Quote ohne Einrechnung der unter 15-Jährigen verdoppelt.

Die Erwerbsquoten sind gestiegen und dürften dies auch weiterhin tun. Dies ist zum einen durch das Greifen von Pensionsreformen zu erwarten und zum anderen durch die gestiegene Erwerbsbeteiligung von Frauen. Beide Effekte bewirken einen Anstieg des erwerbstätigen und Sozialversicherungsbeiträge leistenden Anteils an der Bevölkerung. Werden Prognosen über die zukünftige Entwicklung der Erwerbsquoten herangezogen, um den zukünftigen Anteil der Erwerbstätigen an der Gesamtbevölkerung darzustellen, verschwindet die demographische Herausforderung für die öffentlichen Finanzen fast vollständig. Es ist jedoch daran zu erinnern, dass medizinisch-technologischer Fortschritt und seine wachsende Verbreitung in der Fachdiskussion ohnehin als die größere zukünftige Herausforderung für das Gesundheitswesen angesehen werden.

¹ Mitteilung der Europäischen Kommission: Wirkungsvoll in die allgemeine und berufliche Bildung investieren: eine Notwendigkeit für Europa, Brüssel, 10.01.2003, KOM(2002) 779/endgültig.

Mehr ältere Menschen heißt nicht zwangsläufig weniger Erwerbstätige ...



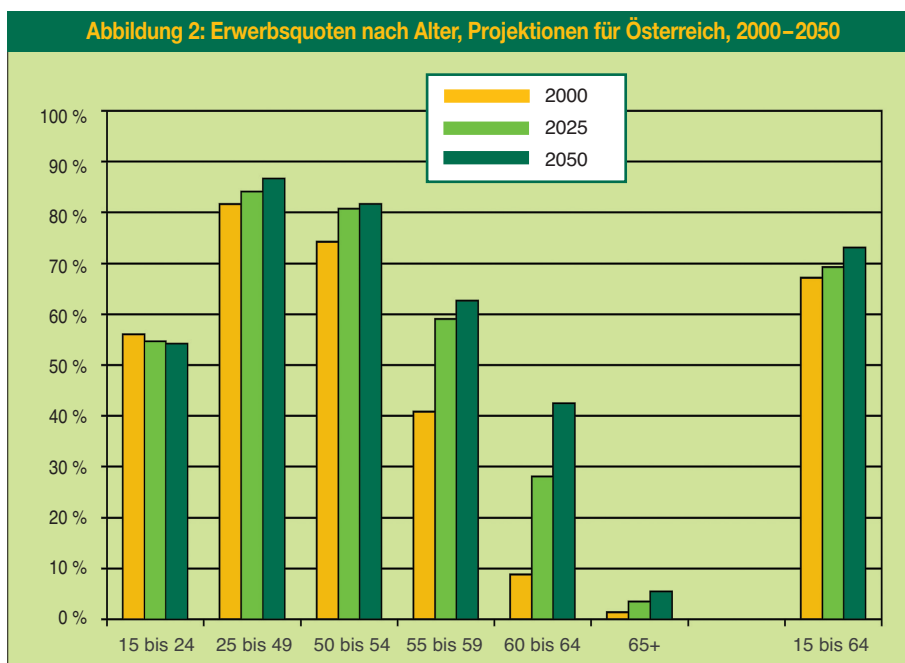


Quelle: Daten des EPC-Berichts 2001, IHS HealthEcon Berechnungen 2005.

... wenn Pensionsreformen und Arbeitsmärkte funktionieren.

Ob der in Abbildung 1 dargestellte flache Verlauf des Anteils der Erwerbstätigen tatsächlich eintreten wird, ist im Wesentlichen davon abhängig, ob es gelingt, entsprechend vielen Menschen Arbeitschancen und flexible Bedingungen zu bieten und ihnen einen so guten Gesundheitszustand zu bewahren, dass sie diese Erwerbsmöglichkeiten auch wahrnehmen können.

Für die in Abbildung 1 gezeigte Entwicklung wurde angenommen, dass die Erwerbsquoten in allen Altersgruppen über 25 Jahre ansteigen werden, siehe Abbildung 2. Lediglich die jüngste Altersgruppe wird – vor allem wegen längerer Ausbildungszeiten – mit einem leichten Rückgang rechnen müssen. Am markantesten fällt die prognostizierte Steigerung in der Erwerbsbeteiligung in den Altersgruppen 55 bis 64 aus, wo auch die Bemühungen im Zuge der Pensionsreformen ansetzen.



Quelle: Daten des EPC-Berichts 2001, IHS HealthEcon Berechnungen 2005.

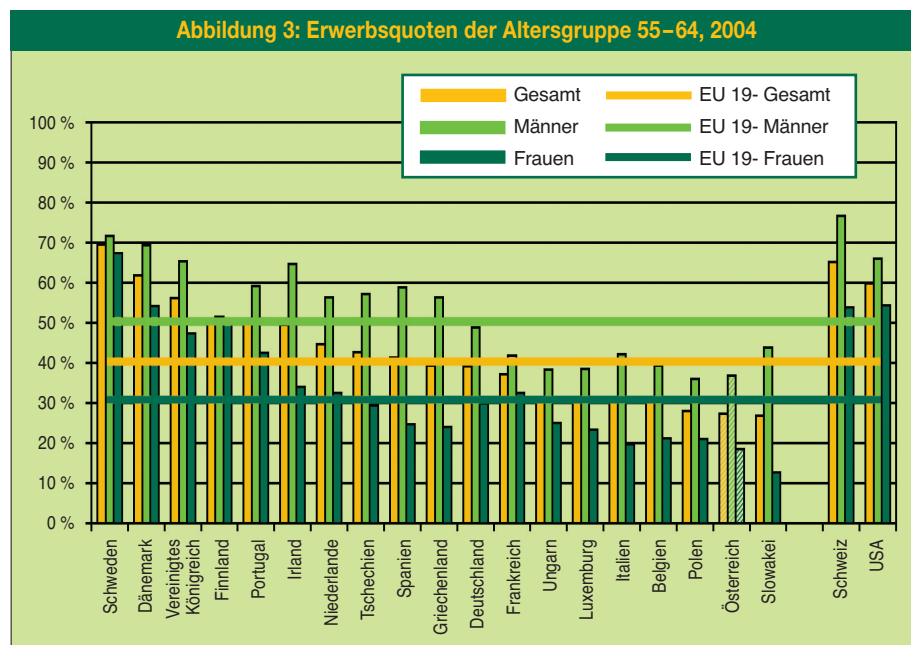
... wenn Pensionsreformen und Arbeitsmärkte funktionieren.





Für eine Anhebung der Erwerbsquote muss der Arbeitsmarkt gerade auch den älteren Menschen Beschäftigungschancen bieten, und ihr Gesundheitszustand muss eine Fortsetzung der Erwerbstätigkeit erlauben. Zudem spielen die Anreize des jeweiligen Pensionssystems eine wesentliche Rolle für die Fortsetzung oder Beendigung der Beschäftigung. Vor allem die unterschiedlichen nationalen Regeln dürften dazu führen, dass die Erwerbsquoten der über 55-Jährigen innerhalb der untersuchten EU19-Staaten erheblich variieren (Variationskoeffizient: 29,9 Prozent). Die Streuung der Erwerbsquoten nach Geschlecht ist zudem von deutlichen Unterschieden gekennzeichnet. So streuen die Erwerbsquoten der über 55-jährigen Frauen (Variationskoeffizient: 44,3 Prozent) beinahe doppelt so stark wie die entsprechenden Quoten der Männer (Variationskoeffizient: 22,8 Prozent). Schweden rangiert innerhalb der EU19 mit einer Beschäftigung der über 55-Jährigen sowohl bei den Männern (71,6 Prozent) als auch bei den Frauen (67,4 Prozent) an der Spitze, vgl. Abbildung 3. Außerhalb der EU weist nur die Schweiz bei den Männern eine noch höhere Erwerbsquote auf. Stark überdurchschnittliche Erwerbsquoten bei den Männern finden sich weiters in Dänemark, dem Vereinigten Königreich, Irland und den USA. Durch sehr hohe Frauenerwerbsquoten sind die skandinavischen Länder Schweden, Dänemark und Finnland sowie die Schweiz und die USA gekennzeichnet. Annähernd gleiche Beschäftigungsquoten bei über 55-jährigen Männern und Frauen sind nur in Finnland zu verzeichnen. Die größten Differenzen mit über 30 Prozentpunkten können in Spanien, Griechenland, der Slowakei und Irland festgestellt werden. Nur knapp mehr als ein Drittel der über 55-jährigen Österreicher geht einer Beschäftigung nach, bzw. nicht einmal jede fünfte Österreicherin über 55 Jahre bezieht noch ein Einkommen aus Erwerbstätigkeit. Damit bildet Österreich im Vergleich der ausgewiesenen EU-Länder gemeinsam mit Polen und der Slowakei das Schlusslicht.

Abbildung 3: Erwerbsquoten der Altersgruppe 55–64, 2004



Quelle: OECD Employment Outlook 2005, IHS HealthEcon Berechnungen 2005.

Der Gesundheitszustand beeinflusst den Zeitpunkt der Pensionierung ...

Nach unserem Wissensstand existiert keine Untersuchung, die den Zusammenhang zwischen Gesundheitszustand und (vorzeitiger) Pensionierung in einheitlicher Systematik auf EU-Ebene beleuchtet. Jedoch liegen eine Reihe von nationalen Untersuchungen vor.

Anhand holländischer Daten aus dem Zeitraum 1993 bis 1995 zeigen Kerkhofs et al. (1999)², dass eine endogene Beziehung zwischen dem Gesundheitszustand und der Beendigung der Erwerbskarriere besteht. Obwohl gezeigt werden kann, dass Gesundheit eine Rolle spielt, ist für eine Quantifizierung die-

2 Kerkhofs M., Lindeboom M., Theeuwes J. (1999): Retirement, financial incentives and health. Labour Economics 6, pp. 203–227.

Der Gesundheitszustand beeinflusst den Zeitpunkt der Pensionierung ...





ses Effektes wesentlich, auf welche konkrete Weise Gesundheit gemessen wird. So tendieren subjektive Gesundheitsmaße dazu, den Einfluss der Gesundheit auf die Pensionierung zu überschätzen. Laut der statistischen Analyse sind hingegen Anreize des Pensionssystems relativ unempfindlich gegenüber unterschiedlichen Gesundheitsmaßen. Wie zu erwarten hängen die Bedeutung von Gesundheit und finanziellen Anreizen davon ab, in welche Form von Pension der Übertritt erfolgt. So wird bestätigt, dass finanzielle Anreize bedeutender bei dem Übertritt in die Frühpension sind und der Gesundheitszustand bedeutender für Invaliditätspension und Pensionierungen via Arbeitslosigkeit ist.

In einer amerikanischen Arbeit³ findet sich der Hinweis, dass es weniger ein schlechter Gesundheitszustand an sich, sondern vielmehr die Verschlechterung der Gesundheit ist, die den Rückzug vom Arbeitsmarkt miterklärt. Von jenen älteren ArbeitnehmerInnen, die trotzdem weiterarbeiten, wechseln viele innerhalb weniger Jahre den Arbeitsplatz. Dies zeigt, dass ein Arbeitsplatzwechsel – zumindest unter amerikanischen Bedingungen – für ArbeitnehmerInnen auch bei schlechterer Gesundheit eine Strategie für den Verbleib im Erwerbsleben sein kann. Im europäischen Kontext könnte diese Strategie an Bedeutung gewinnen, wenn die angekündigten späteren Übertritte in den Ruhestand durchgesetzt werden.

Mit Daten des „British Household Panel Survey“ 1991 bis 1998 konnte bestätigt werden, dass Verschlechterungen des Gesundheitszustands einen hohen Erklärungsbeitrag für das Ausscheiden aus dem Arbeitsmarkt liefern. Sensitivitätsanalysen zeigen, dass der jeweilige Effekt von Verschlechterungen und Verbesserungen auf Übertritte aus dem und in den Arbeitsmarkt keineswegs symmetrisch ist.⁴ Zu einem ähnlichen Ergebnis kommt Riphahn (1999)⁵. Bei 40 bis 59-jährigen deutschen Beschäftigten verdreifacht zum einen eine plötzliche gesundheitliche Verschlechterung die Wahrscheinlichkeit, aus dem Arbeitsmarkt auszuscheiden, und verdoppelt beinahe auch gleichzeitig die Wahrscheinlichkeit, arbeitslos zu werden. Höhere Schulbildung ist einerseits verbunden mit einer höheren Wahrscheinlichkeit, nach dem Gesundheitsschock Teilzeit zu arbeiten, und geht andererseits mit einem geringeren Risiko einher, arbeitslos zu werden. Finanzielle Effekte der Gesundheitsveränderung sind nach diesen Ergebnissen eher gering.

Zusammengefasst legt die bestehende Literatur nahe, dass sehr wohl eine Beziehung zwischen schlechtem oder sich verschlechterndem Gesundheitszustand und dem (vorzeitigen) Rückzug aus dem Erwerbsleben besteht. Schätzungen für die Stärke dieses Zusammenhangs hängen von den gewählten Schätzmethoden und den Maßen für den Gesundheitszustand ab, wobei hier noch nicht alle Forschungsfragen geklärt sind.⁶ Nationale Besonderheiten im Pensionsrecht erschweren zudem Verallgemeinerungen. Außerdem stehen diese statistischen Ergebnisse im (scheinbaren) Widerspruch dazu, dass in etlichen europäischen Ländern die Erwerbsquote der Älteren im selben Zeitraum gesunken ist, in dem sich der Gesundheitszustand dieser Bevölkerungsgruppe laut nationalen Befragungen sehr wohl verbessert hat. Dieser Widerspruch ist dadurch aufzulösen, dass die genannten Länderstudien ihre Ergebnisse in der Regel aus Querschnittsdaten beziehen, die weder die Veränderung in der Einstellung der Bevölkerung im Laufe der Zeit noch die Auswirkung geänderter Pensionsregelungen abbilden können. Derartige Effekte kommen in deskriptiven Darstellungen wie einer Zeitreihe des durchschnittlichen Pensionsantrittsalters hingegen voll zum Tragen.

... wodurch eine gezielte Politik der Gesundheitsförderung auch die Pensionsreformen unterstützen könnte ...

Es liegen einige Hinweise dafür vor, dass sich der Gesundheitszustand auch der älteren Bevölkerung kontinuierlich verbessert. So deuten neue Auswertungen des Europäischen Haushalts-Panels (EHP) darauf hin, dass der Bevölkerungsanteil in schlechter Gesundheit in der Altersgruppe 55 bis 64 stärker abnimmt als in anderen Altersgruppen, obwohl das EHP mit seiner relativ kurzen Laufzeit keine Hinweise dafür liefert, dass sich der allgemeine Gesundheitszustand ebenfalls generell verbessert. Außerdem sollte die Zunahme des Bevölkerungsanteils mit höheren Bildungsabschlüssen zu Verbesserungen im durchschnittlichen Gesundheitszustand führen, da ja höhere Bildung mit besserer Gesundheit asso-

3 Bound J., Schoenbaum M., Stinebricker T. R., Waidmann T. (1999): The dynamic effects of health on the labor force transitions of older workers. *Labour Economics* 6, pp. 179–202.

4 Disney R., Emmerson C., Wakefield M. (2003): III Health and Retirement in Britain: A Panel Data Based Analysis, The Institute for Fiscal Studies. WP03/02, March 2003.

5 Riphahn R. (1999): Income and Employment Effects of Health Shocks – A Test Case for the German Welfare State, *Journal of Population Economics* 12 (3), pp. 363–389.

6 Lindeboom M. (2005): Health and work of older workers. *Ecuity III Working Paper* 29, February 2005.

... wodurch eine gezielte Politik der Gesundheitsförderung auch die Pensionsreformen unterstützen könnte ...





ziert wird.⁷ Derzeit liegen keine Begründungen für die Annahme vor, dass die kontinuierliche Verbesserung des Gesundheitszustands in naher Zukunft zum Erliegen kommen wird. Diese Entwicklung sollte helfen, die von der europäischen wie auch der nationalen heimischen Politik angestrebte Anhebung des Pensionsantrittsalters umzusetzen.

Erkrankungen des Bewegungsapparates gehören seit vielen Jahren zu jenen Krankheiten, die am häufigsten zu Frühpensionierungen führen. Nach nationalen Statistiken ist der Anteil dieser Krankheitsgruppe jedoch rückläufig.⁸ Möglicherweise haben Programme zur Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz zumindest teilweise zu dieser positiven Entwicklung beigetragen.

Bemerkenswert hoch ist inzwischen in einigen Ländern der Anteil der vorzeitigen Pensionierungen, die mit psychischen Beeinträchtigungen begründet werden (z. B. Österreich: 19 Prozent, Dänemark: 29 Prozent, Schweden: 22 Prozent bei Männern, 19 Prozent bei Frauen). Zudem sind diese Krankheiten besonders bei jungen Personen relativ häufig der Grund für ein vorzeitiges Ausscheiden aus dem Berufsleben. So waren psychische Krankheiten 1999 in Österreich bei 40 Prozent aller unter 30-Jährigen, die eine Invaliditätspension zugesprochen erhielten, der Grund für die Zuerkennung der Pension.⁹ Aus dem steigenden Anteil psychischer Krankheiten an allen vorzeitigen Pensionierungen kann zwar nicht unmittelbar auf einen gleich starken Anstieg dieser Krankheiten geschlossen werden – das Bewusstsein für die Bedeutung psychischer Gesundheit nimmt zu, und die psychischen Beschwerden anhaftenden Stigma-Effekte dürften abnehmen. Dennoch dürften Maßnahmen zur Verbesserung der psychischen Gesundheit nicht nur, aber auch am Arbeitsplatz einen wesentlichen Beitrag zur Ermöglichung eines längeren Verbleibs in produktiver Beschäftigung liefern.

... aber daneben auch begleitende Maßnahmen erfordert.

Wer die aktive Erwerbsphase der Bevölkerung verlängert, muss sich nicht nur über den dadurch erzielbaren gesamtgesellschaftlichen Nutzen im Klaren sein, sondern auch über die damit einhergehenden finanziellen und sozialen Kosten. Je mehr Wochenstunden Beschäftigte in den letzten Jahren vor ihrer Pension für die Erwerbstätigkeit verwenden, umso weniger Zeit und Energie können sie für die allfällige Betreuung und Pflege von Partnern und anderen Angehörigen aufwenden. Informelle Pflege durch – in der Regel weibliche – Familienangehörige ist nach wie vor die dominierende Pflegeform in vielen EU-Ländern – insbesondere in Ländern wie Österreich, deren Wohlfahrtssysteme sich stärker am Sozialversicherungsmodell Bismarck'scher Prägung orientieren als an Beveridge-Systemen. Daher wird eine erfolgreiche Umsetzung eines höheren Pensionsantrittsalters die Nachfrage nach institutionellen oder formalen Pflegeformen weiter erhöhen.

Dieser Effekt muss bei der – sozialpolitisch an sich wünschenswerten – Durchsetzung längerer Erwerbsphasen bedacht werden, nicht zuletzt da bereits derzeit in einigen europäischen Ländern der Bedarf an unterschiedlich ausgebildeten Pflegekräften nicht mehr aus dem Inland allein gedeckt werden kann oder zumindest nicht mehr gedeckt wird.

... aber daneben auch begleitende Maßnahmen erfordert.



7 Ahn N., Gènova R, Herce J. A., Pereira J (2003): Biodemographic aspects of population ageing. Research Report No. 1 of the ENEPRI AGIR (Ageing; Health and Retirement in Europe) Project, December 2003.

8 Prinz C. (ed.) (2003): European Disability Pension Policies, 11 Country Trends 1970-2002. Ashgate – European Centre Vienna.

9 Vgl.: Prinz (2003): op. cit.



Schwerpunktthema: Anreize in der Ärztehonorierung am Beispiel von Facharztüberweisungen

Die Honorierung niedergelassener ÄrztInnen liegt immer im Spannungsfeld zwischen dem sparsamen Einsatz von knappen (öffentlichen) Mitteln und der Qualität der Leistungserbringung. Eines der Hauptprobleme in diesem Zusammenhang sind Informationsungleichgewichte:¹⁰ Die PatientInnen bzw. die Krankenkassen als Zahler können – da sie nicht im gleichen Maße über ärztliches Fachwissen verfügen – nur eingeschränkt überprüfen, was ÄrztInnen tun. Dementsprechend ist nicht direkt beobachtbar, ob diese auch angemessene Anstrengungen unternehmen.

Honorierungsformen beeinflussen das (Überweisungs-)Verhalten der AnbieterInnen ...

Es existiert eine umfangreiche gesundheitsökonomische Literatur, die untersucht, ob und wie sich die mit verschiedenen Honorierungsformen verbundenen Anreize auf das Verhalten der AkteurlInnen auswirken. Grob gesprochen, der Honorierung von Einzelleistungen wird nachgesagt, hohe Qualität der Versorgung zu bieten oder zumindest bieten zu können. Dieser Vorteil ist jedoch gekoppelt an damit verbundene Anreize für ein hohes Ausgabenniveau, von dem nicht immer klar ist, ob es allein durch medizinisch induzierte Leistungen hervorgerufen ist: Einzelleistungen können zu Überversorgung führen. Überdies ist es schwierig, das Honorar für die Einzelleistung anreizneutral festzusetzen, also weder zu hoch noch zu niedrig, um Fehlanreize zu vermeiden. Knapper werdende Budgets und das zunehmende Kostenbewusstsein im Gesundheitswesen dürften dazu geführt haben, dass Akteure bereits stärker als in der Vergangenheit auf Kostenanreize reagieren.¹¹ Im Gegensatz dazu bieten pauschalierte Honorierungsformen (Gehälter, Kopfpauschalen) zwar den Anreiz, Leistungen effizient zu erbringen, können aber dazu führen, dass Behandlungsanstrengungen vermieden und zu wenig Einzelleistungen durchgeführt werden (Unterversorgung) oder mehr PatientInnen als medizinisch induziert an andere, in der Regel höherwertige BehandlerInnen (FachärztInnen, Ambulanzen, Spitäler ...) überwiesen werden (Fehlversorgung)¹². Um bei pauschalierter Honorierung zu häufige Überweisungen zu vermeiden, können ÄrztInnen an den durch die Überweisungen entstehenden Kosten beteiligt werden. Dies war bei den Fundholder-Praxen der Fall, die im Vereinigten Königreich Anfang der 90er Jahre eingeführt wurden.

... was grosso modo empirisch bestätigt wird

Empirisch wurden die unterschiedlichen Anreizwirkungen von Honorierungsformen in der Tendenz bestätigt. Eine Meta-Analyse von 91 Arbeiten zu Variationen von Überweisungsraten von AllgemeinmedizinerInnen zu FachärztInnen oder in stationäre Behandlung identifizierte Patientenmerkmale, Praxismerkmale, Arztmerkmale und Zugangsbedingungen zu fachärztlicher Versorgung als bestimmend für das Arztverhalten und damit für die Überweisungsfrequenz.¹³ Allerdings geht aus der gesichteten Literatur hervor, dass diese Merkmale nur rund die Hälfte der Variation in den Überweisungs-raten erklären. Konkret werden nicht einmal 40 Prozent durch Patientenmerkmale (Case-Mix) und nur bis zu zehn Prozent durch Arzt- und Praxismerkmale erklärt. Das Angebot an fachärztlicher Versorgung wirkt sich zwar auf die Variation der Überweisungs-raten aus, in welchem Umfang konnte aber nicht quantifiziert werden. Die Autorin der Meta-Analyse kommt zu dem Schluss, dass offenbar intrinsische psychologische Faktoren für die individuelle Überweisungshäufigkeit wichtig sind, wie etwa z. B. das „Risikoverhalten“ gegenüber Unsicherheit.

Honorierungs-
formen beein-
flussen das
(Überweisungs-)
Verhalten der
AnbieterInnen ...

... was grosso
modo empirisch
bestätigt wird.

10 McGurie T. G. (2000): Physician Agency. In: Culyer A. J., Newhouse J. P. (ed.): Handbook of Health Economics. Volume 1A, pp. 462–517, Elsevier.

11 Ginsburg P. B., Grossman J. M. (2005): When the price isn't right: How inadvertent payment incentives drive medical care. Health Affairs Web Exclusive W5-376–384, 9. August 2005.

12 Vgl. für eine ausführlichere Darstellung: Health System Watch 2/2002 und Hsiao W. C., Roberts M. J., Berman P. A., Reich M. R. (2000): Getting Health Reform Right. Harvard University, October 2000.

13 O'Donnell C. A. (2000): Variation in GP referral rates: what can we learn from the literature? Family Practice 17:6, pp. 462–471.





Auch eine norwegische Studie weist darauf hin, dass die Honorierungsform der ÄrztInnen deren Überweisungsverhalten beeinflussen kann. Nachdem eine Praxis-Pauschale abgeschafft und stattdessen die Festbeträge pro eingeschriebene/n PatientIn erhöht wurden, stieg die Überweisungsrate um 42 Prozent.¹⁴ In diesem Zusammenhang ist aber ungelöst, wie hoch die „richtige“ Überweisungsrate ist. Schließlich kann es nicht darum gehen, eine bestimmte Rate zu erreichen, sondern „unangemessene“ Überweisungen zu verhindern, aber gleichzeitig wiederum „angemessene“ Überweisungen zu fördern. Die (nachträgliche) Beurteilung, ob eine Überweisung angemessen war, erfordert die Kenntnis des Behandlungsergebnisses – eine Forderung, die bislang nur wenige Studien erfüllen konnten. Eine dieser wenigen Studien untersuchte das späte Entdecken von Darm- und Brustkrebs und konnte keinen Zusammenhang zur Überweisungsrate feststellen.¹⁵

Die angelsächsische Literatur diskutiert auch die Frage, ob die Variation der Überweisungsraten ein Problem zu hoher oder vielmehr zu niedriger Raten darstellt. In einer Studie wurde für nicht einmal zehn Prozent der Überweisungen befunden, dass die Überweisung nicht angemessen war.¹⁶ Dieselbe Arbeit untersucht, wie sich die Anwendung von Überweisungsrichtlinien auf die Überweisungsrate ausgewirkt hätte, und kommt zu dem Schluss, dass bei der strikten Anwendung von Richtlinien mehr Überweisungen durchgeführt worden wären. Es erscheint allerdings unzulässig, diese Argumente auf Länder wie Österreich zu übertragen, da wir hier von einem deutlich höheren Niveau an Überweisungen ausgehen müssen. Eine auf Österreich bezogene, gesamte Überweisungsfrequenz lässt sich aufgrund der Datenlage nicht eruieren. Aufgrund von Einzelanalysen und teilweise anekdotischer Evidenz gehen wir jedoch davon aus, dass AllgemeinmedizinerInnen pro Quartal vermutlich durchschnittlich 30 bis 40 Prozent ihrer PatientInnen an FachärztInnen und andere Einrichtungen überweisen. Diese Bandbreite geht jedoch nicht notwendigerweise von der Anzahl der Überweisungen aus, sondern von PatientInnen mit ein oder mehreren Überweisungen, was demnach zu einer Unterschätzung der Überweisungshäufigkeit führen kann.¹⁷ Zudem liegen Hinweise dafür vor, dass sich die ÄrztInnen in Österreich sehr stark darin unterscheiden, einen wie hohen Anteil ihrer PatientInnen sie überweisen.

Ziel dieses Beitrages ist es, eine Änderung der Honorierungsstruktur für AllgemeinmedizinerInnen mit Kassenvertrag in Österreich zu simulieren, um eine „Fehlversorgung“ zu minimieren. Die Hypothese hierbei ist, dass die Mehrheit der Überweisungen durchaus gerechtfertigt ist, dass aber ein kleinerer Anteil der Überweisungen zu FachärztInnen ohne Einbußen in der Qualität der erbrachten Leistungen vermieden werden könnte. Anlass zu dieser Hypothese bieten die erheblichen Unterschiede in der Überweisungshäufigkeit zwischen den HausärztInnen. Alle Überweisungen oder Überweisungen wegen aller Arten von fachärztlichen Leistungen zu vermeiden ist klarerweise nicht das Ziel: Die fachärztliche Qualifikation kann schließlich bei sehr vielen Arten von Leistungen nicht allein durch Engagement der/des behandelnden HausärztIn ersetzt werden. Auch unter ökonomischen Gesichtspunkten soll prinzipiell die Arbeitsteilung zwischen Haus- und FachärztInnen nicht in Frage gestellt werden, beispielsweise, um eine sinnvolle Auslastung medizinischer Geräte zu ermöglichen.

Konkret stellen wir im vorliegenden Beitrag die Frage, wie sich die gegenwärtige Honorierungsstruktur der AllgemeinmedizinerInnen im Aggregat ändern würde, wenn sie für „vermeidbare“ Überweisungen mit im Durchschnitt gleich hohen Einzelleistungstarifen wie FachärztInnen entlohnt werden. Dafür entwerfen wir drei Szenarien mit unterschiedlichen, fiktiven Überweisungsraten und gehen in allen Szenarien von der Nebenbedingung aus,

1. dass 80 Prozent der Überweisungen in allen Szenarien „gerechtfertigt“ sind und daher nicht vermieden werden und
2. dass FachärztInnen mit keinerlei Änderungen in ihrem Behandlungsstil auf die reduzierten Fallzahlen reagieren.

Da uns keine konkreten Informationen darüber vorliegen, wie viel und wofür in Österreich überwiesen

14 Vgl.: Iversen T., Luras H. (2000): The effect of capitation on GP's referral decisions. *Health Economics* 9, pp. 199–210.

15 Hippisley-Cox J., Hardy C., Pringle M. et al.: Are patients who present late with cancer registered with low referring practices? *Br J Gen Pract* 1997 47, pp. 731–732, zitiert nach O'Donnel (2000): op. cit.

16 Fertig et al. (1993) *BMJ*, zitiert nach O'Donnel (2000): op. cit.

17 Nach einer deutschen Untersuchung variierte der durchschnittliche Anteil der überwiesenen PatientInnen in den Quartalen des Studienzeitraums (Mitte 95 bis Mitte 96) zwischen 18,4 und 23,3 Prozent pro Quartal. Insgesamt stellte der Arzt 46,6 Prozent der PatientInnen im Untersuchungszeitraum mindestens eine Überweisung aus. Die Ergebnisse bezogen sich allerdings nur auf eine einzelne Praxis. Vgl.: Tabelle 4.4 in Burkowicz J. (1999): Effektivität ärztlicher Kooperationsbeziehungen – Aus den Augen, aus dem Sinn ...? Empirische Analyse auf der Basis von Patientendaten. Dissertation, vorgelegt an der Medizinischen Fakultät Charité der Humboldt-Universität zu Berlin.

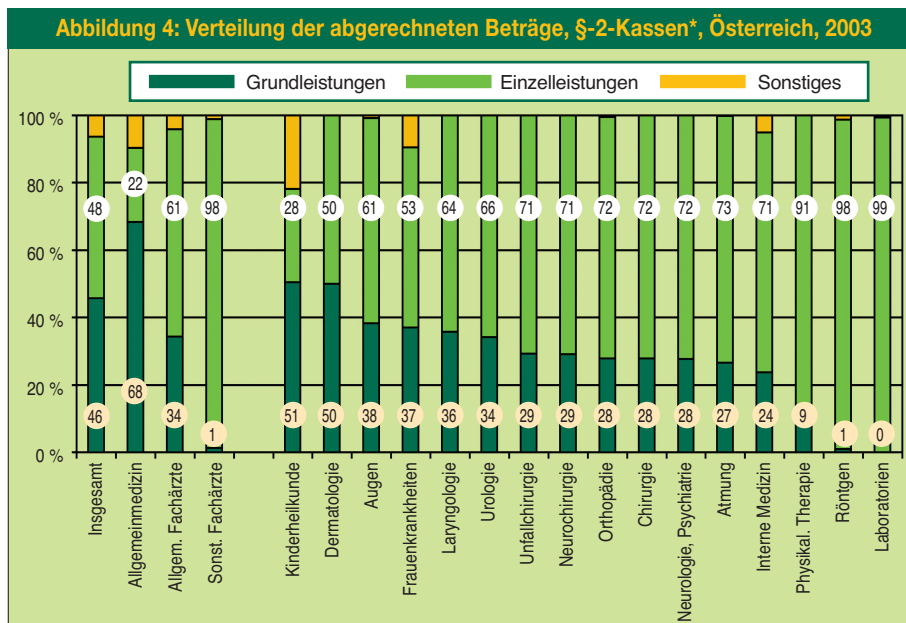




wird, ist ein Anteil von 80 Prozent „gerechtfertigten“ oder nicht sinnvoll vermeidbaren Überweisungen eine technische Annahme.

HausärztInnen werden in der Hauptsache durch Pauschalen vergütet ...

Das ASVG sieht in § 342 (2) vor, dass die Vergütung von VertragsärztInnen grundsätzlich nach Einzelleistungen zu vereinbaren ist. In der Praxis variiert der Anteil des Honorars¹⁸, der nach Einzelleistungen im Sinne der Honorarordnung abgerechnet wird, je nach Fachrichtung beträchtlich, vgl. Abbildung 4. Die Extremwerte in der Verteilung nehmen am oberen Ende die technischen Fächer ein; FachärztInnen für Radiologie und Labors rechnen fast nur Einzelleistungen ab. Bei AllgemeinmedizinerInnen hingegen beträgt der Anteil der Einzelleistungen gerade ein Fünftel. Im Durchschnitt aller so genannten allgemeinen FachärztInnen (d. h. ohne die Fächer Physikalische Medizin, Radiologie und Labor) werden 61 Prozent des Gesamthonorars, im Durchschnitt aller VertragsärztInnen 48 Prozent über Einzelleistungen abgerechnet.



*§-2-Kassen: Gebiets- und Betriebskrankenkassen, VA des österreichischen Bergbaus sowie SVA der Bauern.
Quelle: Honorarstatistik des HVSV, IHS HealthEcon Berechnungen 2005.

... was „vermeidbare“ Überweisungen begünstigen könnte.

Bei AllgemeinmedizinerInnen machen Grundleistungen den Löwenanteil des abgerechneten Honorars aus, also Fallpauschalen, Ordinationspositionen, Visitenhonorare und Ähnliches. Auf diese Leistungen entfällt bei allgemeinen FachärztInnen nur ein Drittel der abgerechneten Beträge. Wir gehen davon aus, dass der empirisch belegte Zusammenhang zwischen (Überweisungs-)Verhalten und Honorierung auch auf niedergelassene ÄrztInnen in Österreich zutrifft. Ob HausärztInnen die angemessene Menge an Leistungen in befriedigender Qualität selbst erbringen, hängt unter dieser Annahme auch von der Möglichkeit ab, Einzelleistungen verrechnen zu können, um somit Überweisungen zu vermeiden.

Abbildung 5 zeigt den Überweisungskreislauf in Österreich zwischen haus- und fachärztlicher Versorgung und Krankenanstalten; Überweisungen in andere bzw. eigene Einrichtungen der sozialen Krankenversicherung bleiben ausgeklammert. Die hinterlegte Ellipse kennzeichnet den für uns interessanten Zusammenhang: HausärztInnen überweisen an FachärztInnen.¹⁹ Da wir die Österreich-durchschnittliche Überweisungsquote nicht kennen, stellen wir die Ergebnisse für drei Szenarien dar. In Szenario 1 wird

18 Das Honorar der niedergelassenen ÄrztInnen ist nicht mit ihrem Einkommen gleichzusetzen, da daraus der Betrieb der Praxis (z. B. Miete, Strom), Gehälter von Angestellten (z. B. Sprechstundenhilfen) und andere Betriebskosten zu begleichen sind.

19 Andere Überweisungszusammenhänge sind nur der Vollständigkeit halber abgebildet. Falls es zu den in der Gesundheitsreform 2005 vorgesehenen Leistungsverschiebungen zwischen stationärer und ambulanter Versorgung kommt, dann werden Leistungen für diese PatientInnen zum Teil über den „Reformpool“ finanziert, der sich in der Anfangsphase aus etwa einem Prozent der gesamten öffentlichen Gesundheitsausgaben speisen wird.

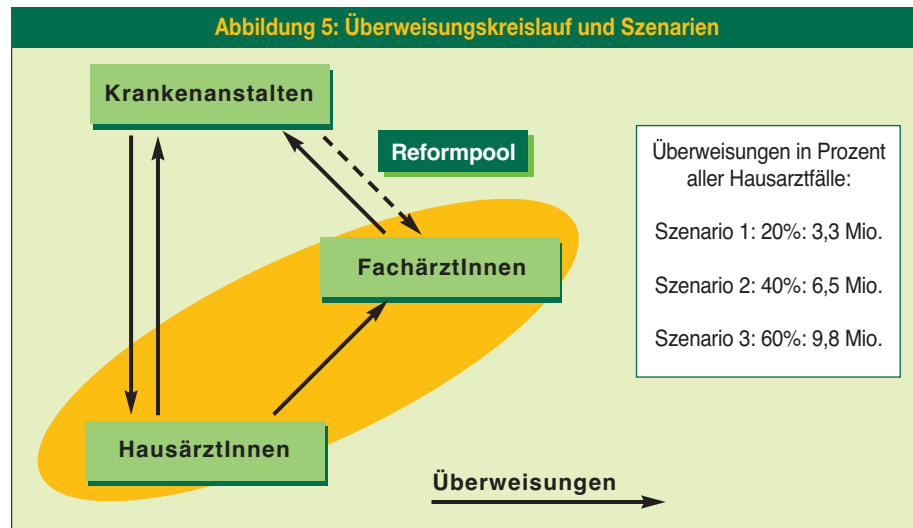
HausärztInnen werden in der Hauptsache durch Pauschalen vergütet ...

... was „vermeidbare“ Überweisungen begünstigen könnte.



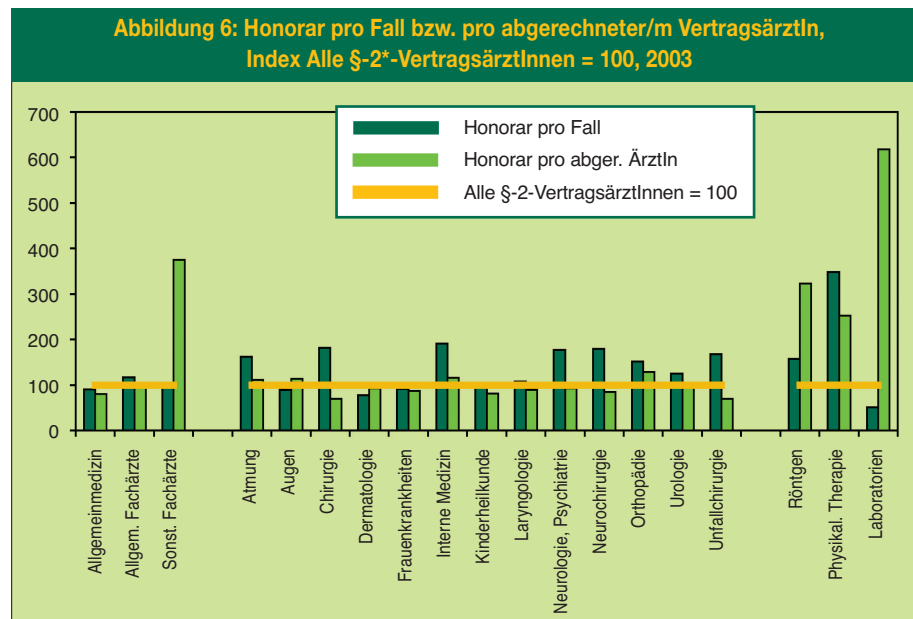


angenommen, dass von insgesamt rund 16,3 Millionen „Fällen“ (2003) 20 Prozent überwiesen werden, in Szenario 2 40 Prozent und in Szenario 3 60 Prozent. Eine Überweisungsquote von 40 Prozent etwa entspricht in Österreich 6,5 Millionen überwiesenen „Fällen“ pro Jahr. Wir müssen jedoch davon ausgehen, dass nicht alle Überweisungen „vermeidbar“ sind. Wir unterstellen daher in allen Szenarien einen Anteil von „gerechtfertigten“ Überweisungen, und zwar in der Höhe von 80 Prozent. Diese „gerechtfertigten“ Überweisungen bleiben den FachärztInnen unter gegebenen Tarifbedingungen.



Quelle: IHS HealthEcon 2005.

Für die Berechnung der Verschiebungen im Honorarvolumen von FachärztInnen zu AllgemeinmedizinerInnen verknüpfen wir das durchschnittliche Honorar pro Fall in der fachärztlichen Versorgung mit den Fällen in der hausärztlichen Versorgung. Pro allgemeinmedizinischem Fall wurden im Jahr 2003 durchschnittlich 39 Euro verrechnet. FachärztInnen erhielten durchschnittlich fast 53 Euro pro Fall. Abbildung 6 zeigt das Honorar pro Fall nach Fachrichtungen, bezogen auf das durchschnittliche Honorar pro Fall für alle VertragsärztInnen.



* §-2-Kassen: Gebiets- und Betriebskrankenkassen, VA des österreichischen Bergbaus sowie SVA der Bauern.

Quelle: Honorarstatistik des HVSV, IHS HealthEcon Berechnungen 2005.

FachärztInnen erzielen im Vergleich ein höheres Honorar pro Fall als HausärztInnen, was mit dem Fall-





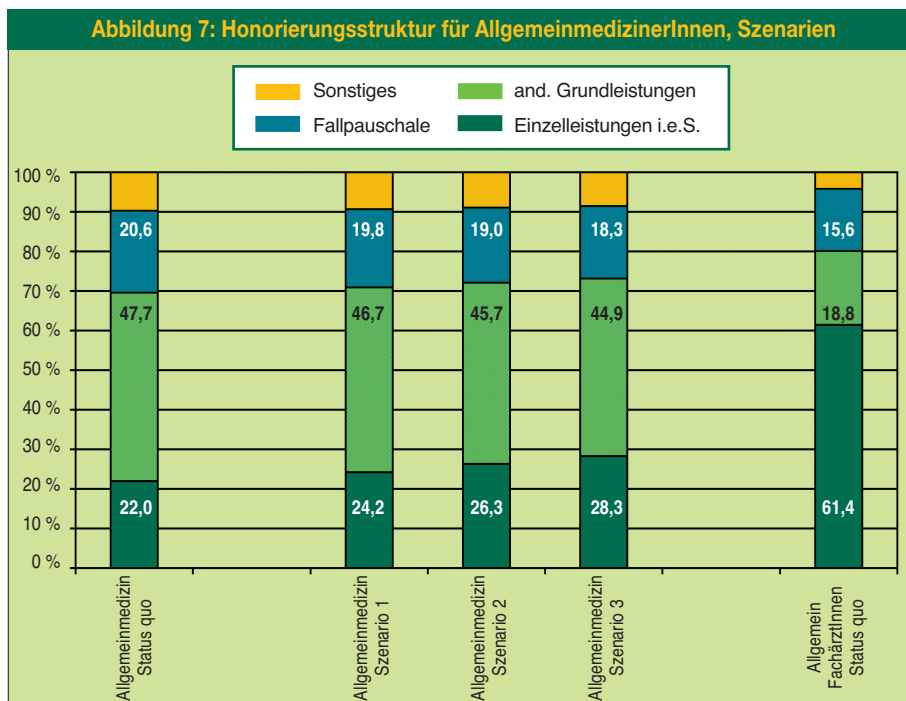
mix und damit wohl auch mit der notwendigen Praxisausstattung zusammenhängt. Wenn nun HausärztInnen ihr Überweisungsverhalten verändern (sollen) und damit in der Tendenz einen schwereren Fallmix in ihrer Praxis zu versorgen haben, müssen sie auch den Anreiz haben dies zu tun. In unseren Modellrechnungen erhalten sie pro vermiedenen Überweisungsfall jenen Betrag, den FachärztInnen durchschnittlich für Einzelleistungen verrechnen. Einzelleistungen im Sinne der Honorarstatistik des Hauptverbandes belaufen sich auf knapp neun Euro (AllgemeinmedizinerInnen) und 32 Euro (FachärztInnen) pro Fall. Dieser Unterschied in den Beträgen, die durchschnittlich pro Fall für Einzelleistungen verrechnet werden, wäre ein starker Anreiz Überweisungen zu vermeiden.

Beachten wir, dass die in der Honorarstatistik des Hauptverbandes unter „Grundleistungen“ subsumierten Entgelte für Ordinationen, Visiten u. Ä. von ihrer Anreizwirkung her in einem weiteren Sinn ebenfalls als Einzelleistungen eingestuft werden könnten, relativiert sich der Unterschied in der Honorarstruktur der Haus- und der FachärztInnen. Fallpauschalen machen in beiden Ärztgruppen zwar einen ähnlichen Betrag pro Fall aus (8,06 Euro Allgemeinmedizinerinnen, 8,25 Euro FachärztInnen). Andere Grundleistungen werden aber durch hausärztliche Praxen in weit größerem Umfang (18,62 Euro pro Fall) erbracht als durch fachärztliche Praxen (9,90 Euro). Werden Überweisungen zu FachärztInnen vermieden, entfallen aus Sicht der Krankenkassen jedenfalls die fachärztlichen Fallpauschalen. Andere, ansonsten vom Facharzt/von der Fachärztin verrechnete Grundleistungen dürften großteils statt über die fachärztliche nunmehr über die hausärztliche Versorgung verrechnet werden; diese Beträge würden daher nicht oder nur teilweise entfallen. Daher schlagen wir in unserer Modellrechnung den HausärztInnen für vermiedene Überweisungen nicht nur den Wert der Einzelleistungen im engeren Sinn, sondern auch den Wert der Grundleistungen (außer Fallpauschalen) zu.

Wenn HausärztInnen mehr Einzelleistungen honoriert bekommen ...

Abbildung 7 zeigt in den drei Szenarien, wie sich die Honorierungsstruktur ändert, wenn bei HausärztInnen für „vermiedene“ Überweisungen der Tarif von FachärztInnen zur Anwendung kommt. Im Vergleich zum Status quo würde der Honoraranteil aus der Vergütung von Einzelleistungen i. e. S. um bis zu sechs Prozentpunkte steigen, aber noch immer deutlich unter dem Einzelleistungs-Honoraranteil der FachärztInnen liegen.

Wenn HausärztInnen mehr Einzelleistungen honoriert bekommen ...



Quelle: Honorarstatistik des HVSV, IHS HealthEcon Berechnungen 2005.

Im Szenario 1 reduziert sich das Honorar für FachärztInnen um etwas mehr als sechs Prozent, jenes für HausärztInnen steigt um vier Prozent, siehe Tabelle 1. Im extremen Szenario 3, das unterstellt, dass





HausärztInnen bei zwölf Prozent ihrer Fälle Überweisungen „vermeiden“, reduziert sich das Honorar für FachärztInnen um 19 Prozent und steigt für HausärztInnen um 13 Prozent. Zu beachten ist jedoch die Annahme, dass 80 Prozent der Überweisungen gerechtfertigt bzw. nicht vermeidbar sind. Da wir keine entsprechende Information darüber haben, aber die Variation der Überweisungsquote zwischen den ÄrztInnen sehr hoch ist, könnte der „wahre“ Anteil unvermeidbarer Überweisungen auch darunter liegen. Bei 60 Prozent etwa wären die Effekte doppelt so stark wie in Abbildung 7 und Tabelle 1 dargestellt.

Tabelle 1: Indizierte Honorarverschiebungen nach Überweisungs-Szenarien

	Allgemein- medizinerInnen Status quo	Szenarien			Fach- ärztInnen Status quo
		S1	S2	S3	
Überweisungsrate, in Prozent		20,0	40,0	60,0	
Überweisungen, Fälle		3.265.059	6.530.118	9.795.177	
Vermiedene Überweisungen, Fälle		653.012	1.306.024	1.959.035	
Fallwert, AllgemeinmedizinerInnen	39,0	40,7	42,4	44,1	
Fallwert, FachärztInnen		52,8	52,8	52,8	52,8
Veränderung des Honorars in %, Allgemeinmed.		4,3	8,7	13,0	
Veränderung des Honorars in %, FachärztInnen		-6,4	-12,7	-19,1	
Frei werdendes Honorarvolumen in % d. ges. Marktes		-0,6	- 1,2	- 1,7	

Quelle: Honorarstatistik des HVS, IHS HealthEcon Berechnungen 2005.

... was erwartet uns dann?

... was erwartet uns dann?

Tabelle 1 weist für die berechneten Szenarien ein kleines frei werdendes Honorarvolumen für die Krankenkasse aus. Die AllgemeinmedizinerInnen können für jene PatientInnen, deren Überweisung durch „selbst behandeln/diagnostizieren“ vermieden wird, der Krankenkasse zwar die entsprechenden Einzelleistungen verrechnen; die Grundleistungen hingegen, die Fachärztin/der Facharzt verrechnet hätte, dürften nur noch teilweise anfallen. Ob derartige Einsparungen aber tatsächlich anfallen oder ob es ganz im Gegenteil zu einer Steigerung des Honorarvolumens für die allgemeinmedizinische plus fachärztliche Versorgung kommt, hängt wesentlich davon ab, auf welche Weise das Einzelleistungsvolumen der AllgemeinmedizinerInnen vergrößert wird und welche begleitenden Effekte dadurch ausgelöst werden.

Eine Steigerung des Einzelleistungsvolumens ist prinzipiell möglich:

◆ Indem die **bestehenden Tarife für AllgemeinmedizinerInnen erhöht** werden: Damit steigt die Attraktivität des „Selbermachens“ bei jenen Leistungen, die alternativ in der eigenen Praxis durchgeführt oder überwiesen werden können, und es steigt vermutlich die Frequenz ganz allgemein – also auch über jene Fälle hinaus, die sonst überwiesen oder selbst behandelt worden wären. Kommt dieselbe Preissteigerung auch im Fachärztemarkt zur Anwendung, erhöht sie auch dort das entsprechende Honorarvolumen, sowohl durch den unmittelbaren Preiseffekt als möglicherweise auch durch einen induzierten Mengeneffekt.

◆ Indem der **bestehende Einzelleistungskatalog selektiv ausgeweitet** wird. Die wesentliche Frage in unserem Zusammenhang ist hier, ob sich vermeidbare Überweisungen bei Leistungen konzentrieren, für die es keine Abrechnungsposition für AllgemeinmedizinerInnen gibt, obwohl sie zu dieser und den damit zusammenhängenden Leistungen wie etwa Befundungen befähigt wären.

◆ Indem die Honorierung für **Grundleistungen reduziert** wird. Wenn ÄrztInnen auf das Erreichen eines Mindesthonorars abzielen, müssten sie als Reaktion auf niedrigere relative Preise in einem Bereich mit einer Frequenzsteigerung in jenen Bereichen reagieren, deren relative Preise dadurch automatisch gestiegen sind. Diese Variante dürfte aber schwerer steuerbar sein.

Es ist zu erwarten, dass die verschiedenen Varianten, das Einzelleistungsvolumen der AllgemeinmedizinerInnen zu erhöhen, mit zum Teil unterschiedlichen Nebeneffekten verbunden sind; Tabelle 2 gibt einen Überblick:

◆ Werden Preise von bestehenden Einzelleistungen angehoben, ist dieser Preis natürlich auf alle entsprechenden Einzelleistungen bzw. PatientInnen anzuwenden, nicht nur auf jene, die sonst zur Fachärztin/zum Facharzt überwiesen worden wären. Unser Rechenmodell bildet demnach diesen Fall nicht ab (es müsste der durchschnittliche Einzelleistungsbetrag bei nicht überwiesenen PatientInnen ebenfalls steigen), sondern zielt auf eine Erweiterung des Einzelleistungskatalogs ab. Betrifft die Preiserhöhung ebenfalls die von FachärztInnen verrechneten Einzelleistungen, steigen auch die Facharzt-Honorare aus dieser Position entsprechend (Preiseffekt); dem dürfte aber ein Mengeneffekt aus den vermiedenen Überweisungen entgegenwirken.

◆ Werden systematisch weniger Fälle von AllgemeinmedizinerInnen zu FachärztInnen überwiesen, kann es zusätzlich zu einer budgetwirksamen Reaktion der betroffenen FachärztInnen kommen:





- Für jene FachärztInnen, die vorher mehr als ihr Zieleinkommen erreicht haben, wird sich (ohne ihr Zutun) der Case-Mix ändern, was möglicherweise auch die abgerechneten Beträge pro Fall beeinflussen, i. e. steigern könnte: Werden jene PatientInnen nicht mehr überwiesen, die zuvor unterdurchschnittliche Abrechnungen pro Fall ausmachten, steigert dies den Betrag pro Fall, ohne dass die Ärztin/der Arzt Nachfrage nach höherwertigen Leistungen induzieren müsste.
- Für jene FachärztInnen, die vorher maximal ihr Zieleinkommen erreicht haben, wird aus dem Mengeneffekt (weniger Überweisungen) die allfällige Differenz zum Zieleinkommen größer. Wenn der Mengeneffekt einen allfälligen gegenläufigen Preiseffekt überwiegt, kann dies ein Anreiz sein zusätzliche Nachfrage nach dieser oder anderen Leistungen zu induzieren.
- ◆ Werden zusätzliche Einzelleistungen abrechenbar, ist darauf zu achten, ob diese Einzelleistungen technische Ausrüstung verlangen. Fallen Investitionskosten an, kann dies einen zusätzlichen Anreiz darstellen die entsprechenden Einzelleistungen sehr oft durchzuführen, sodass die Häufigkeit, mit der AllgemeinmedizinerInnen die jeweilige Leistung abrechnen, über die „vermiedenen Überweisungen“ hinaus steigt.
- ◆ Neben betriebswirtschaftlichen Gründen (Geräteauslastung) spricht auch das Erhalten von Qualitätsstandards dafür, Leistungen auf Anbieter mit ausreichend hoher Frequenz zu beschränken.

Tabelle 2: Mögliche Effekte einer Ausweitung der allgemeinmedizinischen Einzelleistungshonorierung		
	Ausweitung des Einzelleistungskatalogs für AllgemeinmedizinerInnen	Preiserhöhung von Einzelleistungen (EL)
Reaktion der AllgemeinmedizinerInnen (AM)	Mengeneffekt: Frequenz der EL ↑ => AM-Honorar ↑ Überweisungen zu FÄ und Spitälem ↓	Preiseffekt: Betrag pro EL ↑ => AM-Honorar ↑ Mengeneffekt: Frequenz der EL ↑ => AM-Honorar ↑ Überweisungen zu FÄ und Spitälem ↓
Reaktion der FachärztInnen (FÄ)	Mengeneffekt: Frequenz der überw. PatientInnen ↓ => FÄ-Honorar ↓ Wenn über Zieleinkommen: Casemix steigt => evtl. FÄ-Honorar ↑ Wenn unter Zieleinkommen: evtl. Nachfrageinduzierung => FÄ-Honorar ↑	Preiseffekt: Betrag pro EL ↑ => FÄ-Honorar ↑ Mengeneffekt: Frequenz der überw. PatientInnen ↓ => FÄ-Honorar ↓ Wenn über Zieleinkommen: Casemix steigt => evtl. Betrag pro EL ↑ => FÄ-Honorar ↑ Wenn unter Zieleinkommen: evtl. Nachfrageinduzierung => FÄ-Honorar ↑

Quelle: IHS HealthEcon 2005.

Fazit

Änderungen im Gefüge von Honorarkomponenten können nicht nur bei den unmittelbar betroffenen AnbieterInnen, sondern auch auf anderen Stufen der Versorgungskette zu Reaktionen führen. So ist es nicht unwahrscheinlich, dass erhöhte Anreize für AllgemeinmedizinerInnen, mehr Einzelleistungen selbst zu erbringen (statt dafür zu überweisen), auch eine Ausweitung des gesamten Honorarvolumens für ÄrztInnen bewirken. Wenn FachärztInnen ursprünglich bereits sehr ausgelastet waren, dürfte eine Umschichtung von PatientInnen zu den AllgemeinmedizinerInnen zwar die Wartezeit auf Facharzt-Termine verkürzen, aber nicht notwendigerweise die an FachärztInnen bezahlten Honorarsummen sinken lassen. Zudem brächte – bei einer treffgenauen Anpassung des Einzelleistungskatalogs bzw. der Tarife – die Entlastung der FachärztInnen ihnen mehr zeitlichen Spielraum, sich ihren „schweren Fällen“ und der Fortbildung zu widmen. Aus Patientensicht könnten reduzierte Überweisungen den Vorteil einer stärkeren Kontinuität in der Behandlung mit sich bringen. Voraussetzung für die Vorteilhaftigkeit von reduzierten Überweisungs-raten ist jedoch, dass hierzu gesetzte Maßnahmen auch tatsächlich bei Überweisungen für solche Interventionen greifen, die ohne Qualitätsverlust von der fachärztlichen in die hausärztliche Praxis verlegt werden können, sodass reduzierte Überweisungs-raten für die PatientInnen keine Verschlechterung der medizinischen Betreuung bewirken. Hierzu wäre es notwendig festzustellen, in welchem Ausmaß und für welche Leistungen bzw. in welchem Behandlungszusammenhang in Österreich Facharztüberweisungen stattfinden. Es bleibt die Schwierigkeit, zu erwartende Qualitätsgewinne bei Veränderungen in der Honorierungsstruktur gegenüber den rein budgetären Wirkungen abzuwägen. Wie schwierig derartige Fragen sind, zeigt auch ein Blick in die internationale Literatur: Ein neuerer Aufsatz über den Einfluss der Finanzierungsformen auf die Effizienz der ärztlichen Versorgung stellt fest, dass zwar die Wirkungen auf Produktivität und Behandlungsmenge beforscht wurden, dass aber kaum Ergebnisse darüber vorliegen, wie sich die Honorierungsformen auf Kosten und Outcome der Gesundheitsversorgung auswirken.²⁰

20 Simoens S., Giuffrida A. (2004): The impact of physician payment methods on raising the efficiency of the healthcare system. An international comparison. Appl Health Econ Health Policy 2004; 3(1), 39–46.





Gesamtbevölkerung in 1.000

Tabelle A1:

	Gesamtbevölkerung in 1.000						Index 1990 = 100						Anteil an EU25
	1990	1995	2000	2001	2002	2003	1990	1995	2000	2001	2002	2003	2003
Österreich	7.729	8.047	8.110	8.132	8.053	8.118	100	104	105	105	104	105	1,8
Belgien	9.967	10.137	10.161	10.263	10.333	10.376	100	102	102	103	104	104	2,3
Dänemark	5.140	5.228	5.337	5.355	5.376	5.387	100	102	104	104	105	105	1,2
Deutschland	79.984 ^{a)}	81.661	82.188	82.340	81.990	82.476	100	102	103	103	103	103	18,1
Estland	1.569	1.437	1.370	1.364	1.359	1.354	100	92	87	87	87	86	0,3
Finnland	4.986	5.108	5.176	5.188	5.201	5.213	100	102	104	104	104	105	1,1
Frankreich	56.735	58.139	58.896	59.193	59.670	60.144	100	102	104	104	105	106	13,2
Griechenland	10.161	10.634	10.917	10.950	10.988	11.024	100	105	107	108	108	108	2,4
Irland	3.503	3.601	3.790	3.847	3.917	3.979	100	103	108	110	112	114	0,9
Italien	57.661	57.301	57.762	56.996	57.157	57.605	100	99	100	99	99	100	12,7
Lettland	2.663	2.485	2.373	2.355	2.339	2.325	100	93	89	88	88	87	0,5
Litauen	3.698	3.629	3.500	3.481	3.469	3.454	100	98	95	94	94	93	0,8
Luxemburg	382	410	439	442	446	450	100	107	115	116	117	118	0,1
Malta	354	371	386	393	396	399	100	105	109	111	112	113	0,1
Niederlande	14.952	15.459	15.926	16.046	16.149	16.225	100	103	107	107	108	109	3,6
Polen	38.119	38.588	38.646	38.641	38.232	38.195	100	101	101	101	100	100	8,4
Portugal	9.983	10.030	10.226	10.293	10.368	10.441	100	100	102	103	104	105	2,3
Schweden	8.559	8.827	8.872	8.896	8.925	8.958	100	103	104	104	104	105	2,0
Slowakei	5.298	5.364	5.401	5.379	5.379	5.402	100	101	102	102	102	102	1,2
Slowenien	2.000	1.983	1.977	1.992	1.996	1.997	100	99	99	100	100	100	0,4
Spanien	38.959	39.210	40.174	40.614	41.314	41.061	100	101	103	104	106	105	9,0
Tschechien	10.363	10.331	10.273	10.224	10.201	10.202	100	100	99	99	98	98	2,2
Ungarn	10.374	10.329	10.211	10.188	10.159	10.130	100	100	98	98	98	98	2,2
Vereinigtes Königreich	57.237	58.025	58.886	59.113	59.322	59.554	100	101	103	103	104	104	13,1
Zypern	579	651	694	701	710	721	100	112	120	121	122	124	0,2
EU25	440.956	446.982	451.688	452.387	453.447	455.188	100	101	102	103	103	103	100,0
EU15	365.939	371.816	376.859	377.668	379.209	381.010	100	102	103	103	104	104	83,7
EU10	75.017	75.166	74.829	74.718	74.238	74.177	100	100	100	100	99	99	16,3
EU12	295.003	299.736	303.763	304.304	305.586	307.111	100	102	103	103	104	104	67,5
Schweiz	6.712	7.041	7.209	7.260	7.314	7.169	100	105	107	108	109	107	
USA	249.623	266.278	282.178	285.094	287.974	290.810	100	107	113	114	115	116	
Bulgarien	8.991	8.406	8.170	7.913	7.869	7.824	100	93	91	88	88	87	
Rumänien	23.207	22.681	22.435	22.408	21.795	21.734	100	98	97	97	94	94	
Türkei	56.154	61.737	67.420	68.529	69.626	70.712	100	110	120	122	124	126	

^{a)}1991

Quellen: WHO Health for all database, Juni 2005; OECD Health Data, Juni 2005 für die USA;

IHS HealthEcon Berechnungen 2005.





Tabelle A2:

	Anteil der unter 15-Jährigen an der Gesamtbevölkerung, in Prozent						Index EU25=100					
	1990	1995	2000	2001	2002	2003	1990	1995	2000	2001	2002	2003
Österreich	17,5	17,8	17,0	16,8	16,6	16,4	91	98	100	100	100	100
Belgien	18,1	18,0	17,6	17,5	17,5	17,3	95	99	103	104	105	105
Dänemark	17,1	17,4	18,5	18,7	18,8	18,8	89	96	108	111	113	114
Deutschland	16,3 ^{a)}	16,2	15,6	15,4	15,2	14,9	85	89	91	91	91	91
Estland	22,3	20,7	18,0	17,5	16,9	16,3	116	114	106	104	101	99
Finnland	19,3	19,0	18,2	18,0	17,9	17,6	101	105	107	107	107	107
Frankreich	20,1	19,5	18,8	18,8	18,7	18,6	105	108	110	112	112	113
Griechenland	19,3	17,4	15,3	15,0	14,7	14,6	101	96	90	89	88	89
Irland	27,1	24,2	21,8	21,4	21,1	20,9	142	134	128	127	127	127
Italien	16,6	14,7	14,3	14,2	14,2	14,2	87	81	84	84	85	86
Lettland	21,4	20,7	17,7	17,0	16,3	15,7	112	114	104	101	98	95
Litauen	22,6	21,8	20,0	19,3	18,6	18,0	118	120	117	115	112	109
Luxemburg	17,3	18,3	19,0	19,0	18,8	18,9	90	101	111	113	113	115
Malta	23,5	21,8	20,1	19,5	19,0	18,5	123	120	118	116	114	112
Niederlande	18,2	18,4	18,6	18,6	18,6	18,6	95	102	109	110	112	113
Polen	25,1	22,8	19,3	18,7	18,1	17,5	131	126	113	111	109	106
Portugal	20,3	17,7	16,1	15,9	15,8	15,8	106	98	94	94	95	96
Schweden	17,9	18,9	18,4	18,3	18,1	17,9	93	104	108	109	109	109
Slowakei	25,2	22,6	19,5	19,0	18,4	17,8	132	125	114	113	110	108
Slowenien	20,6	18,0	15,9	15,6	15,2	14,8	107	99	93	92	91	90
Spanien	19,9	16,6	14,8	14,6	14,5	14,5	104	92	87	87	87	88
Tschechien	21,5	18,6	16,4	16,1	15,7	15,4	112	103	96	96	94	94
Ungarn	20,2	18,2	16,8	16,5	16,2	16,0	106	101	99	98	97	97
Vereinigtes Königreich	18,9	19,4	19,0	18,8	18,6	18,3	99	107	111	112	112	111
Zypern	n.v.	n.v.	22,3	21,5	20,9	20,4	n.v.	n.v.	131	128	125	124
EU25*	19,1	18,1	17,1	16,9	16,7	16,5	100	100	100	100	100	100
EU15*	18,3	17,5	16,8	16,6	16,5	16,4	95	97	98	99	99	99
EU10*	23,5	21,3	18,5	18,0	17,4	16,9	123	117	108	107	105	103
EU12*	18,2	17,1	16,3	16,1	16,0	15,9	95	94	95	96	96	97
Schweiz	17,1	17,6	17,4	17,2	16,9	16,6	89	97	102	102	101	101
USA	21,7	21,9	21,4	21,2	21,1	20,9	113	121	125	126	127	127
Bulgarien	20,4	17,9	15,7	15,2	14,8	14,4	107	99	92	90	89	87
Rumänien	23,6	20,5	18,3	17,8	17,3	16,7	123	113	107	106	104	102
Türkei	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	29,4	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	179

*bevölkerungsgewichteter Durchschnitt;

^{a)}1991

Quellen: OECD Health Data, Juni 2005; WHO Health for all database, Juni 2005 für CYP, EST, LAT, LIT, MTA, SLO, BUL, ROM; IHS HealthEcon Berechnungen 2005.

Anteil der unter 15-Jährigen an der Gesamtbevölkerung, in Prozent



Anteil der über 65-Jährigen an der Gesamtbevölkerung, in Prozent

Tabelle A3:

	Anteil der über 65-Jährigen an der Gesamtbevölkerung, in Prozent						Index EU25=100					
	1990	1995	2000	2001	2002	2003	1990	1995	2000	2001	2002	2003
Österreich	14,9	15,1	15,4	15,5	15,5	15,5	106	101	97	97	96	95
Belgien	14,9	15,9	16,8	16,9	17,0	17,1	106	106	106	105	105	104
Dänemark	15,6	15,2	14,8	14,8	14,8	14,9	111	102	94	92	91	91
Deutschland	15,0 ^{a)}	15,5	16,4	16,9	17,3	17,7	107	104	104	105	107	108
Estland	11,6	13,5	15,1	15,3	15,7	16,0	83	91	95	95	97	98
Finnland	13,4	14,2	14,9	15,1	15,2	15,6	96	95	94	94	94	95
Frankreich	14,0	15,2	16,1	16,2	16,3	16,3	100	102	102	101	100	100
Griechenland	13,8	15,1	16,6	17,0	17,4	17,7	98	101	105	106	107	108
Irland	11,4	11,4	11,2	11,2	11,1	11,1	81	76	71	70	68	68
Italien	14,9	16,7	18,3	18,6	18,9	19,1	106	112	116	116	117	117
Lettland	11,8	13,6	15,0	15,4	15,7	16,0	84	91	95	96	97	98
Litauen	10,9	12,3	13,9	14,3	14,6	14,9	78	83	88	89	90	91
Luxemburg	13,4	13,9	14,0	13,8	13,9	14,0	96	93	89	86	86	85
Malta	10,4	11,0	12,2	12,5	12,7	12,9	74	74	77	78	78	79
Niederlande	12,8	13,2	13,6	13,6	13,7	13,8	91	88	86	85	84	84
Polen	10,1	11,1	12,2	12,5	12,7	12,9	72	74	77	78	78	79
Portugal	13,4	14,9	16,2	16,4	16,6	16,7	96	100	103	102	102	102
Schweden	17,8	17,5	17,3	17,2	17,2	17,2	127	117	109	107	106	105
Slowakei	10,2	10,9	11,4	11,4	11,4	11,5	73	73	72	71	70	70
Slowenien	10,8	12,5	14,1	14,3	14,6	14,9	77	84	89	89	90	91
Spanien	13,6	15,3	16,8	17,0	16,9	16,9	97	102	106	106	104	103
Tschechien	12,6	13,2	13,8	13,9	13,9	13,9	90	88	87	87	86	85
Ungarn	13,4	14,2	15,1	15,2	15,3	15,4	96	95	96	95	94	94
Vereinigtes Königreich	15,6	15,7	15,6	15,9	15,9	16,0	111	105	99	99	98	98
Zypern	n.v.	n.v.	11,3	11,7	11,8	11,9	n.v.	n.v.	71	73	73	72
EU25*	14,0	14,9	15,8	16,1	16,2	16,4	100	100	100	100	100	100
EU15*	14,6	15,5	16,4	16,6	16,8	16,9	104	104	103	103	103	103
EU10*	11,1	12,0	13,0	13,2	13,4	13,6	79	81	82	82	83	83
EU12*	14,3	15,4	16,5	16,8	17,0	17,1	102	103	104	104	105	105
Schweiz	14,6	14,7	15,3	15,4	15,5	15,7	104	98	97	96	96	96
USA	12,5	12,7	12,4	12,4	12,4	12,4	89	85	78	77	76	76
Bulgarien	13,0	15,0	16,3	16,8	17,0	17,1	93	101	103	105	105	104
Rumänien	10,4	12,0	13,3	13,6	14,0	14,3	74	80	84	85	87	87
Türkei	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	3,9	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	24

*bevölkerungsgewichteter Durchschnitt;

^{a)}1991

Quellen: OECD Health Data, Juni 2005; WHO Health for all database, Juni 2005 für CYP, EST, LAT, LIT, MTA, SLO, BUL, ROM; IHS HealthEcon Berechnungen 2005.

