

II/Sommer 2002

# HEALTH SYSTEM WATCH



Beilage zur Fachzeitschrift **Soziale Sicherheit**

erstellt durch das Institut für Höhere Studien IHS HealthEcon

Herausgegeben vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger

---

## **Ressourcenverbrauch in der EU: Allokation ist mehr als Finanzierung – Zahlungsmechanismen in Sozialversicherungsländern**

### **Schwerpunktthema: ÄrztInnen und Großstadt: Ein dichter Verband**

Maria M. Hofmarcher, Christine Lietz, Monika Riedel\*

#### ***Ressourcenverbrauch***

Für eine optimale Gestaltung der Finanzierung des Gesundheitssystems müssen sowohl ökonomische Aspekte, als auch Gerechtigkeitsansprüche in Betracht gezogen werden. Die Art der Finanzierung gibt aber noch keine Auskunft über die Effizienz der Allokation (d.h. der Mittelverteilung). Die Mittelverteilung bzw. -verwendung wird hauptsächlich durch den Bedarf aber freilich auch durch das Angebot an Gesundheitsversorgung bestimmt. Hiefür ist wiederum der Stand der Entwicklung der Gesellschaft maßgeblich. Die meisten Ressourcen des Gesundheitssystems entwickelter Länder werden für die drei Bereiche Krankenanstalten, haus- und fachärztliche Versorgung und Arzneimittel aufgewendet. Die Versorgung in Krankenanstalten beansprucht dabei oft bis zu 50 Prozent der gesamten Gesundheitsausgaben. Einen nicht unerheblichen Einfluss auf Kosten, Effizienz und Qualität haben die Mechanismen, durch die die Anbieter der verschiedenen Gesundheitsdienste entlohnt werden.

#### ***ÄrztInnen und Großstadt***

Die Ärztedichte in Österreich, insbesondere die Kassenarztdichte, ist im Vergleich zu Deutschland und Frankreich niedrig. Auch Wien hat eine niedrigere Ärztedichte als Hamburg, Berlin, Lyon und Paris. Allerdings verfügen alle fünf Städte über eine deutlich höhere Anzahl von ÄrztInnen pro EinwohnerIn als das jeweilige restliche Staatsgebiet, und dieser Stadt/Land-Unterschied ist für Wien ausgeprägter als bei den deutschen Städten: Wien hat um 72% mehr ÄrztInnen pro Kopf als Restösterreich. Noch stärker ist der Städte-Überhang für die beiden französischen Städte Lyon und Paris; Paris hat etwa zweieinhalb mal so viel ÄrztInnen pro Kopf wie Restfrankreich. Auch die Pro-Kopf-Ausgaben der Krankenkassen für ärztliche Dienste sind in den Städten höher als am Land. Allerdings ist der Stadt/Land-Unterschied bei den Pro-Kopf-Ausgaben weniger groß als bei der Ärztedichte.

\* Wir danken Gerald Röhring für die Mitwirkung

## **Ressourcenverbrauch in der EU: Allokation ist mehr als Finanzierung – Zahlungsmechanismen in Sozialversicherungsländern**

### **Mischfinanzierung ist die Regel ohne Ausnahme**

Die öffentliche Finanzierung von Gesundheitssystemen erfolgt in keinem entwickelten Land ausschließlich aus einer Quelle. In Sozialversicherungsländern wird der größte Teil der öffentlichen Gesundheitsausgaben durch Beiträge finanziert, der Rest wird über Steuermittel aufgebracht. Die Verteilung zwischen den beiden Ausgabenträgern ist dabei recht unterschiedlich: Während in Frankreich die öffentlichen Gesundheitsausgaben fast ausschließlich (ca. 95%) durch Beiträge zur Sozialversicherung finanziert werden, beträgt der durch Beiträge finanzierte Anteil in Österreich nur etwa 66%. Deutschland liegt mit etwas unter 90% dazwischen.

Krankenversicherungsbeiträge können als eine – speziell der Finanzierung des Gesundheitswesens gewidmete – Einkommensteuer aufgefasst werden, die durch einen festen Prozentsatz des Einkommens festgelegt ist und zumeist bis zu einer Höchstgrenze eingehoben wird. Die Beiträge als Pflichtabgaben im Verbund mit den festgelegten Leistungen werden auf der Grundlage von Gesetzen fixiert. Dies entspricht einem sozialen Kontrakt, der die Bereitstellung von Sach- und/oder Geldleistungen für all jene vorsieht, die unabhängig von der konkreten Einkommenssituation einen Bedarf aufweisen.

Ein Vergleich von Beitragssätzen erweist sich als schwierig, zumal es selbst in den gesetzlichen Krankenversicherungen eine Reihe von unterschiedlichen Sätzen gibt. Während der Beitragssatz der österreichischen Krankenkassen für unselbständig Beschäftigte rund 7% beträgt (Arbeiter: 7,6%, Angestellte: 6,9%, Beamte: 7,1%), liegt er in Deutschlands öffentlichen Kassen bei durchschnittlich 14%. In Frankreich beträgt der Beitragssatz für unselbständig Beschäftigte 13,55%. In Österreich und Deutschland wird etwa die Hälfte der Beiträge von den Arbeitgebern, die andere Hälfte von den Arbeitnehmern getragen. In Frankreich beträgt der Arbeitgeberbeitrag 12,8% und der Arbeitnehmerbeitrag 0,75%. Während in Österreich und Deutschland die Beiträge durch eine Höchstbeitragsgrundlage gedeckelt sind (Österreich: € 3.226,67, Deutschland: € 3.375), gibt es in Frankreich keine solche Deckelung.

### **Ob Steuern- oder Beiträge ...**

Ein wesentliches Unterscheidungsmerkmal zwischen steuerfinanzierter und vorwiegend beitragsfinanzierter Gesundheitsversorgung ist, dass steuerfinanzierte Systeme Mittel aus dem allgemeinen Budget zugewiesen bekommen. Das Gesundheitswesen ist damit laufend dem Wettbewerb um Steuergelder ausgesetzt<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Ein Fünf-Jahres-Investitionsplan für das hauptsächlich steuerfinanzierte britische Nationale Gesundheitssystem NHS sieht eine Erhöhung des Gesundheitsbudgets um 40 Milliarden Pfund (65 Milliarden Euro) vor, um die Gesundheitsausgaben auf ein dem europäischen Durchschnitt entsprechendes Niveau zu heben. In den Diskussionen im Vorfeld wurden u.a. (eher extreme) Vorschläge unterbreitet, wie z.B. Steuergelder vom Verteidigungsbudget und vom Innenministerium in den

Krankenversicherungsbeiträge, eingehoben als Prozentsatz auf das Einkommen, haben zwar ebenso den Charakter einer Einkommensteuer, die Verwendung der Beiträge ist aber an konkrete Leistungen gebunden, und die Einhebung und Verwaltung der Mittel erfolgt in den meisten Fällen über Selbstverwaltungskörperschaften mit eigenen Bilanzierungs- und Haushaltsvorschriften. Beiträge, aber auch Leistungen, können demnach nicht durch einfache Regierungsmaßnahmen geändert werden. Jeder Beitrags- bzw. Leistungsanpassung geht ein legislativer Prozess voraus, der eine gewisse Abstimmungskultur zwischen den Interessengruppen erfordert. Die Attraktivität von Beitragszahlungen kann im Vergleich zu nicht zweckgebundenen Steuern höher sein, wenn bei der Bevölkerung das Gefühl entsteht „ihr Geld“ wird von staatsunabhängigen Organisationen zu ihren Gunsten ausgegeben und verwaltet.

Allerdings ist es bei beitragsfinanzierten Systemen zumeist so, dass erst die Anbindung an eine Beschäftigung einen Rechtstitel auf Leistungen begründet; im Gegensatz zu steuerfinanzierten Systemen gibt es kein Grundrecht auf Gesundheitsversorgung<sup>2</sup>.

### **... gesamtwirtschaftliche Konsequenzen der Finanzierung sind im Bereich des internationalen Wettbewerbes wahrscheinlich...**

Einkommens- und Verbrauchssteuern sind übliche Quellen für die Finanzierung öffentlicher Aufgaben. Das allgemeine Steueraufkommen unterliegt freilich den kurz- und langfristigen Wachstumszyklen einer Wirtschaft. In Zeiten der Rezession können Steuereinnahmen sinken und der Wettbewerb um öffentliche Mittel zunehmen. Im allgemeinen reagieren Gewinne stärker auf einen Wirtschaftsabschwung als die Lohnsumme. Der ökonomische Effekt von steuerfinanzierten Gesundheitssystemen hängt wesentlich davon ab, welche Steuer verwendet wird. In der ökonomischen Theorie wird davon ausgegangen, dass hohe Steuerbelastungen, indem sie das verfügbare Einkommen senken, das Arbeitsangebot verringern. Die empirische Evidenz weist allerdings darauf hin, dass die Einkommenselastizität des Arbeitsangebots (zumindest bei Männern) gering ist<sup>3</sup>. Hohe Arbeitskosten können aber die internationale Wettbewerbsfähigkeit eines Landes schmälern und Investitionen und Wachstum bremsen. Mit der zunehmenden Globalisierung der Wirtschaft gewinnen solche Überlegungen immer mehr an Gewicht.

Ein wichtiger sozialer Aspekt bei Fragen der Besteuerung ist, wen die Steuerbelastung trifft. Ein Steuersystem wird als vertikal gerecht empfunden, wenn Personen mit höherem Einkommen dementsprechend mehr an Steuerlast tragen. Als horizontal gerecht gilt ein Steuersystem dann, wenn Personen mit gewissen Benachteiligungen (z.B. gesundheitlichen Problemen) bei gleichem Einkommen eine niedrigere Steuerlast zu tragen haben, als jene ohne Benachteiligungen. Die vertikale Gerechtigkeit in der Steuerbelastung ist tendenziell in jenen Systemen höher, die mit Hilfe

---

Gesundheitsbereich zu verschieben. (Die Finanzierung ist derzeit über eine 1%ige Erhöhung der nationalen Versicherung geplant.). Vgl. Moore, W.: NHS to receive an extra £40bn over next five years, BMJ 2002;324:993 (27 April) und Appleby J., Boyle S.: Blair's billions: where will he find the money for the NHS?, BMJ 2000;320:865-867 (25 March).

<sup>2</sup> Ein Quasi-Grundrecht wurde im Jahr 2000 in Frankreich durch die Einführung eines umfassenden Rechtstitels auf Gesundheitsversorgung eingeführt; siehe Yukata I., Jacobzone S, Lenain P.: The Changing Health System in France, OECD Working Papers No. 269, 2000.

<sup>3</sup> Siehe z.B. Leibfritz W., Thornton J., Bibbee A.: Taxation and Economic Performance, OECD 1997, Economics Department Working Papers No.176

einer progressiven Einkommensteuer, einschließlich jener auf Gewinne, finanziert werden. Nur diese umfassenden Steuern gewährleisten, dass die Steuerbelastung mit steigenden Einkommen steigt. Sofern Steuern von einer breiten Basis aufgebracht werden, ist im Hinblick auf die horizontale Gerechtigkeit wenig zu befürchten, weil alle miteinbezogen sind. Die horizontale Gerechtigkeit kann leiden, wenn Konsumsteuern herangezogen werden. Die Mehrwertsteuer auf Medikamente trifft beispielsweise bloß jene, die gesundheitliche Probleme haben. Zudem können Steuern auf den Konsum, wie die Umsatzsteuer, die vertikale Gerechtigkeit gefährden – Personen mit niedrigerem Einkommen geben einen größeren Teil ihres Einkommens für Konsumgüter aus, während Personen mit höherem Einkommen eine höhere Sparneigung haben. Mehr noch als im Fall von Verbrauchssteuern kann die horizontale Gerechtigkeit leiden, wenn die Mittelaufbringung zu stark dezentralisiert ist: wohlhabendere Gegenden können mehr aufbringen als ärmere Regionen. Dies hat oft zur Folge, dass es zu komplizierten Ausgleichsmechanismen seitens des Zentralstaates kommen muss. Ausgleichsmechanismen dieser Art können aber die Transparenz von budgetären Zuweisungen zum Gesundheitssektor herabsetzen.

### **...und die konkrete Auswirkung letztlich eine Frage der relativen Kräfteverhältnisse**

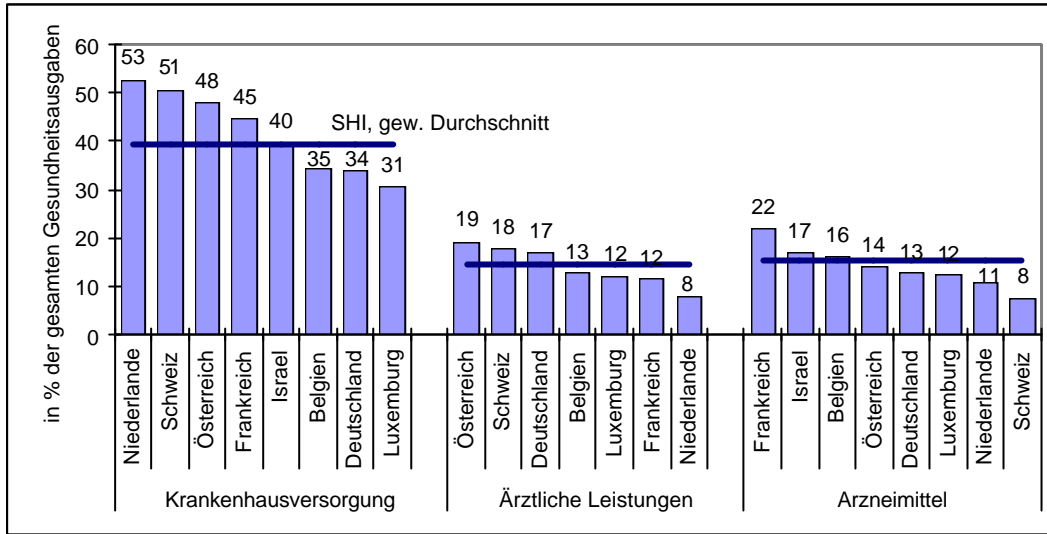
Generell zahlen die Arbeitnehmer mittelfristig den größten Anteil der Beiträge, selbst dann, wenn Arbeitgeber teilweise dafür aufkommen. Dies deshalb, weil Arbeitgeber die Lohnkosten auf die Arbeitnehmer zurückwälzen können. Der Umfang dieser Rückwälzung hängt von den Bedingungen am Arbeitsmarkt ab, bzw. vor allem von der Stärke der Gewerkschaften. Selbst wenn die vollständige Rückwälzung der Arbeitgeberbeiträge nicht gelingt, ist es wahrscheinlich, dass ein Teil in Form von höheren Preisen zurückgeholt wird. Dies wiederum kann die Wettbewerbsfähigkeit einschränken. Es ist schwierig, all diese Auswirkungen auf die Wachstumsdynamik einer Volkswirtschaft zu bewerten. Vielfach wird jedoch auch darauf hingewiesen, dass Sozialversicherungssysteme in gewissem Umfang automatische Stabilisatoren sind, die in Rezessionszeiten helfen, die Nachfrageausfälle zu kompensieren und somit den Abschwung zu dämpfen<sup>4</sup>.

### **Allokation ist mehr als Finanzierung**

Die Form der Mitteleinhebung und -verwaltung gibt noch keine Auskunft über die Effizienz der Allokation (d.h. der Mittelverteilung). Die Mittelverteilung bzw. -verwendung wird hauptsächlich durch den Bedarf aber freilich auch durch das Angebot an Gesundheitsversorgung bestimmt. Hiefür ist wiederum der Stand der Entwicklung der Gesellschaft maßgeblich.

---

<sup>4</sup> Vgl. Nbwotny, E., Scheer, C., Walther, H.: Der öffentliche Sektor: Einführung in die Finanzwirtschaft (3., neubearb. und erw. Aufl.), Springer-Verlag, Berlin, 1996

**Abbildung 1: Gesundheitsausgaben nach Funktionen, 1998 oder letztes verfügbares Jahr**

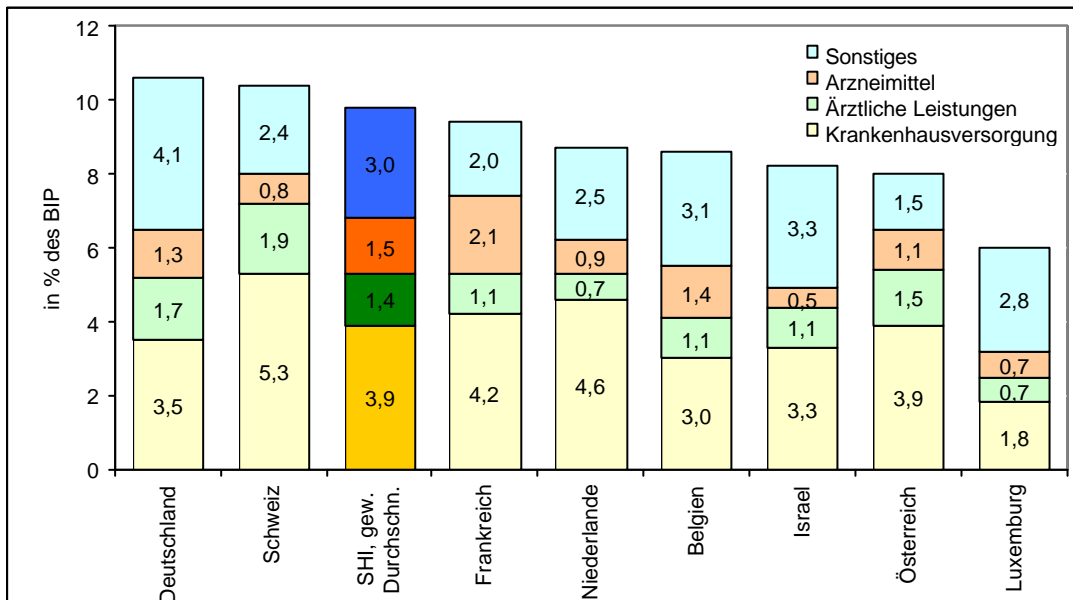
SHI = Sozialversicherungsländer (Social Health Insurance Countries)

Krankenhausversorgung: Belgien, Schweiz 1997; Österreich: Fond-Krankenhäuser; Gesundheitsausgaben gemäß offizieller Systematik nach ESG 95

Ärztliche Leistungen: Belgien: nur öffentliche Ausgaben

Arzneimittel: Belgien 1997

Quellen: WHO Health for all database, Jänner 2002; OECD Health Data, August 2001; BMAGS; Statistik Austria; IHS HealthEcon 2002.

**Abbildung 2: Gesundheitsausgaben in % des BIP, 1998 oder letztes verfügbares Jahr**

SHI = Sozialversicherungsländer (Social Health Insurance Countries)

Krankenhausversorgung: Belgien, Israel 1997; Österreich: Fond-Krankenhäuser; Israel: Spitäler und Forschung

Ärztliche Leistungen: Belgien: nur öffentliche Ausgaben; Israel: Private Ärzte (29,4%) und zahnärztl. Versorgung (70,6%), 1997

Arzneimittel: Israel: Haushaltsausgaben für Arzneimittel, 1997

Quellen: OECD Health Data, June. 2001; Israel: Central Bureau of Statistics; IHS HealthEcon 2002.

Krankenhausversorgung, ärztliche Leistungen und Arzneimittelkonsum verbrauchen in allen Gesundheitssystemen den Löwenanteil der Ressourcen. Die Krankenhausversorgung beansprucht in manchen Fällen bis zu 50% der Gesundheitsausgaben (siehe Abbildung 1) und ist immer jener Bereich, der die meisten Ressourcen bindet<sup>5</sup>. Deshalb sind Maßnahmen zur Kostendämpfung in der Gesundheitspolitik, auch auf internationaler Ebene, auf jenen Sektor konzentriert. Damit zusammenhängend ist die Verfügbarkeit von Daten und Informationen für diesen Bereich vergleichsweise sehr gut. Trotz nachhaltiger Bemühungen gelingt es bislang nicht einmal den erfahrenen internationalen Organisationen, wie z.B. der OECD, den Ressourcenverbrauch im haus- und fachärztlichen Bereich umfassend zu dokumentieren. 1999 sind lediglich für sechs EU-Länder, darunter Österreich, die Ausgaben für haus- und fachärztliche Versorgung ausgewiesen (siehe Anhangstabelle A1). Noch problematischer ist die Datenlage im Bereich von Public Health, einschließlich Gesundheitsförderung und Prävention<sup>6</sup>.

### **Sozialversicherungsländer haben Alterserscheinungen...**

Sozialversicherungsländer sind stark auf den kurativen Sektor konzentriert. Der Bereich Public Health, als Strategie zur Stärkung von Prävention und Gesundheitsförderung, ist wenig ausgeprägt. Dies ist im Hinblick auf den zeitgemäßen Bedarf an Interventionen zur Verringerung frühzeitiger Morbidität und Mortalität problematisch. Damit zusammenhängend ist die Zusammenstellung und Verwertung epidemiologischer und biostatistischer Informationen nicht nur mangelhaft, sondern in manchen Fällen, wie z.B. in Österreich, auch regional zersplittert.

Die gesetzlichen Wurzeln des österreichischen öffentlichen Gesundheitsdienstes liegen im heute noch gültigen Reichssanitätsgesetz von 1870<sup>7</sup>, das die wesentlichen Aufgaben im Bereich der sanitären Aufsicht und der Seuchenhygiene festlegt. Ein zeitgemäßer öffentlicher Gesundheitsdienst hat aber u.a. Aufgaben wie Gesundheitsberichterstattung, Gesundheitsförderung der Gesamtbevölkerung und insbesondere sozial benachteiligter Gruppen wahrzunehmen. Eine entsprechende Orientierung ist in Österreich noch im Gange.

In Frankreich schuf die Gesundheitsreform 1996 einen Vorstoß in Richtung Public Health durch die Möglichkeit, Managed-Care-Netzwerke, sogenannte „réseaux“, zu bilden. Dabei übernimmt eine Gruppe von Gesundheitsanbietern, in einer koordinierten Weise, die Versorgung und die Gesundheitsförderung einer Gruppe von PatientInnen (die in der Regel durch eine gemeinsame Krankheit, z.B. Diabetes, gekennzeichnet ist). Das Gesetz ermöglicht dem Netzwerk, mit der Sozialversicherung Verhandlungen zu führen, und somit Dienste anzubieten und erstattet zu bekommen, die normalerweise nicht zum Leistungskatalog der Sozialversicherung zählen. Solche

---

<sup>5</sup> Der Anteil der Krankenhausversorgung an den gesamten Gesundheitsausgaben für Österreich (48%) ist vermutlich unterschätzt. Vgl. Pichler, E., Walter, E.: Finanzierung des österreichischen Gesundheitswesens, Industriewissenschaftliches Institut, Wien, März 2002.

<sup>6</sup> Das von der OECD entwickelte Handbuch der Gesundheitsausgabenberechnung (System of Health Accounts) sieht die Berechnung jener Ausgaben vor. Bislang haben innerhalb Europas jedoch nur Deutschland, die Niederlande und die Schweiz dieses System implementiert.

<sup>7</sup> Sablik, K.: Das Gesetz zur Organisation des öffentlichen Sanitätsdienstes in Österreich von 1870, zur Entstehungsgeschichte des Reichssanitätsgesetzes vom 30. April 1870, Mitteilungen der österreichischen Sanitätsverwaltung, 71. Jahrgang 1970, Heft 6-7.

Dienste können beispielsweise Patienteninformation und Ernährungsberatung sein. Diese gesetzliche Möglichkeit wurde aber bisher nur sehr wenig in Anspruch genommen<sup>8</sup>.

### **...und sind stark mit dem privaten Sektor verbunden**

Eines der wichtigsten Kennzeichen von Sozialversicherungsländern ist die private Produktion von ärztlichen Leistungen. Gegen Bezahlung von gesetzlich oder administrativ festgelegten Honoraren, deren Höhe zumeist das Ergebnis von Verhandlungen zwischen Krankenkassen und Anbieterorganisationen ist, erbringen ÄrztInnen Leistungen für die Bevölkerung. Das Ergebnis der Verhandlungen sind durchwegs Verträge, die gewissermaßen eine öffentlich/private Partnerschaft zwischen dem einzelnen privaten Anbieter und den öffentlichen Zahlern begründen. Dabei kommt der konkreten Gestaltung der Verträge besondere Bedeutung zu – diese sollen einerseits eine angemessene Entlohnung der ÄrztInnen, andererseits eine optimale Versorgung der PatientInnen garantieren. Eines der Hauptprobleme in diesem Zusammenhang ist die sogenannte asymmetrische Information<sup>9</sup>: die PatientInnen, bzw. die Krankenkassen als Zahler, können – da sie über kein ärztliches Fachwissen verfügen – nur eingeschränkt überprüfen was der/die ÄrztIn tut. Dem entsprechend ist nicht direkt beobachtbar, ob diese/r auch angemessene Anstrengungen unternimmt. (Gewinnmaximierende) ÄrztInnen haben dadurch einen Anreiz, eine geringere Leistung zu erbringen, als ihrer Bezahlung entspricht<sup>10</sup>.

### **Zahlungsmechanismen im Überblick**

Obwohl sich die Entwicklung der Gesundheitssysteme aus der spezifischen Geschichte eines Landes und den daraus entstandenen, normativen Grundlagen für Gesundheits- und Sozialpolitik erklärt, ist in entwickelten Staaten der relative Umfang der einzelnen Leistungsbereiche ähnlich (siehe Anhangstabellen A1-A3). Bestehende Unterschiede bestimmen sich freilich nicht zuletzt durch die Zahlungsmechanismen. Als Beispiel für verschiedene Gestaltungsmöglichkeiten gibt Tabelle 1 einen Überblick über Zahlungsmechanismen in Österreich, Deutschland und Frankreich für die drei Bereiche öffentliche Krankenanstalten, haus- und fachärztliche Versorgung und Arzneimittel.

---

<sup>8</sup> Vgl. Hofmarcher, M.M., Durand-Zelinski, I.: Contracting and Paying Providers in Social Health Insurance Countries in Western Europe, Hrsg.: European Observatory on Health Care Systems 2002, im Erscheinen

<sup>9</sup> Vgl. McGurie Th. G.: Physician Agency, in Culyer A. J., Newhouse J. P. (Ed): Handbook of Health Economics, Volume 1A: 462-517, Elsevier 2000.

<sup>10</sup> Gaynor M., Mark T.: Physician contracting with health plans: a survey of the literature, Carnegie Mellon University, Pittsburgh, Pennsylvania, June 1999.

**Tabelle 1: Zahlungsmechanismen in Österreich, Deutschland und Frankreich**

	<b>Öffentliche Krankenanstalten</b>	<b>Haus- und fachärztliche Versorgung</b>	<b>Arzneimittel</b>
<b>Österreich</b>	Fallpauschalen (LKF-System), teilweise globale Budgets	Einzelleistung gemischt mit Pauschalen, Honorare werden dezentralisiert (je Kasse) verhandelt	Degressives Schema mit Höchstaufschlagssätzen für Großhandels- und Apothekenspannen
<b>Frankreich</b>	Jährlich behördlich festgelegte globale Budgets, mit monatlicher Zuteilung an die Krankenanstalten durch die soziale Krankenversicherung	Einzelleistungen, zentral festgelegte Honorare für etwa $\frac{3}{4}$ der ÄrztInnen, $\frac{1}{4}$ setzt Preise am Markt fest	Nationale Arzneimittelbudgets, zwei Aufschlagssätze (degressiv) für Großhandels- und Apothekenspannen
<b>Deutschland</b>	Fallpauschalen, Sonderentgelte (für besondere Eingriffe) und Tagessätze Für 2003/2004 Einführung eines DRG-Systems geplant	Gesamtvergütung (Höhe bestimmt sich aus Einzelleistungen und Pauschalen) für alle KassenärztInnen eines Bundeslandes; Verteilung auf die einzelnen ÄrztInnen mittels Punktesystem (EBM)	Seit 1.1.2002 qualitative und quantitative Zielvereinbarungen zwischen Kassen und Kassenärztlichen Vereinigungen, degressives Schema mit Höchstaufschlagssätzen für Großhandels- und Apothekenspannen

Quellen:

European Observatory on Health Care Systems: Health Care Systems in Eight Countries: Trends and Challenges, April 2002  
 Rosian I., Habl C., Vogler S. Weigl M.: Arzneimittel, Steuerung der Märkte in der EU, ÖBIG, Mai 2001  
 Webpage AOK-Bundesverband: <http://212.227.33.34/bundesverband>  
 Yukata I., et al, op.cit.; IHS HealthEcon 2002.

### **Verschiedene Zahlungsmechanismen ...**

Die Art und Weise wie Anbieter von Gesundheitsleistungen für ihre Dienste entlohnt werden, kann maßgeblich deren Verhalten beeinflussen. In empirischen Studien wurde nachgewiesen, dass Zahlungsmechanismen messbaren Einfluss haben auf <sup>11</sup>

- die Art der Behandlung (z.B. medizinische versus chirurgische Behandlung),
- die Qualität und Quantität der Medikation,
- die Anzahl an Behandlungen pro Arztkonsultation oder pro Spitalsaufenthalts-tag,
- die Verweildauer im Krankenhaus,
- die Frage, ob die PatientInnen, im Falle einer bestimmten Krankheit, eher ambulant oder eher stationär behandelt werden,
- die Benennung einer Krankheit und den Schweregrad, der ihr von ÄrztInnen zugemessen wird,
- die Häufigkeit mit der PatientInnen an Spezialisten verwiesen bzw. Labortests durchgeführt werden.

<sup>11</sup> Vgl. Hsiao W.C., Roberts M.J., Berman P.A., Reich M.R.: Getting Health Reform Right, Harvard University, Oktober 2000



Im Folgenden werden die sechs im Gesundheitsbereich am häufigsten eingesetzten Zahlungsmechanismen beschrieben. In der Praxis wird so gut wie nie nur eine dieser Methoden eingesetzt, vielmehr werden diese kombiniert, um den spezifischen Anforderungen des jeweiligen Gesundheitssystems und -bereichs gerecht werden zu können.

- *Vergütung von Einzelleistungen:*  
Bezahlt werden einzelne Konsultationen oder Behandlungen, wie z.B. Spritzen, Blutdruck-Messen, Labortests, Röntgenaufnahmen, usw.
- *Fallpauschale:*  
Hier wird für ein bestimmtes „Paket von Diensten“ bezahlt. Im Fall von Spitälern wird z.B. ein Spitalsaufenthalt bezahlt, unabhängig davon, welche Behandlungen durchgeführt werden und wie lange der Aufenthalt dauert.
- *Tagessatz:*  
Tagessätze werden hauptsächlich im Spitalsbereich eingesetzt. Bezahlt wird ein bestimmter Betrag pro Aufenthaltstag.
- *Kopfpauschale:*  
Es wird eine fixe Zahlung pro PatientIn pro Zeiteinheit (z.B. ein Jahr, ein Vierteljahr oder ein Monat) geleistet, unabhängig davon, welche Behandlungen durchgeführt werden.
- *Gehalt:*  
Besonders im Spitalsbereich wird ÄrztInnen oft ein jährliches Gehalt bezahlt.
- *Globales Budget:*  
Diese Methode wird häufig für die Bezahlung der Dienstleistungen von Krankenanstalten angewandt. Diese erhalten, üblicherweise für ein Jahr, ein Budget und müssen im Gegenzug i.A. alle PatientInnen eines bestimmten Einzugsgebiets betreuen.

### **... beeinflussen das Verhalten der Anbieter auf unterschiedliche Weise**

Die verschiedenen Zahlungsmodalitäten bieten nicht nur verschiedene „Belohnungen“, sondern beeinflussen auch wer das finanzielle Risiko zu tragen hat. Bei Kopfpauschalen tragen die ÄrztInnen zum Beispiel das finanzielle Risiko des unsicheren Gesundheitszustand ihrer PatientInnen. Bricht zum Beispiel eine Grippewelle aus, müssen sie für dasselbe Honorar mehr Leistung erbringen. Bei Vergütung von Einzelleistungen tragen dagegen die PatientInnen bzw. die Kassen als Zahler dieses Risiko. Tabelle 2 und Tabelle 3 geben einen Überblick darüber, welche Anreize bei verschiedenen Zahlungsmethoden, angewandt auf Krankenanstalten bzw. ÄrztInnen, ausgelöst werden können.

**Tabelle 2: Zahlungsmechanismen für Krankenanstalten und ihre Anreize**

Zahlungsmechanismus	Anzahl PatientInnen erhöhen	Behandlungen pro vergütbarer Einheit reduzieren	Krankheit schwerer angeben als sie tatsächlich ist	Gesündere PatientInnen wählen
Vergütung von Einzelleistungen	ja	nein	ja	nein
Fallpauschale (z.B. LKF)	ja	ja	ja	ja
Tagessatz	ja	ja	nein	nein
Kopfpauschale	ja	ja	nein	ja
Globales Budget	nein	-	-	ja

Quellen: Hsiao W.C., et al, op.cit., IHS HealthEcon 2002.

**Tabelle 3: Zahlungsmechanismen für ÄrztInnen und ihre Anreize**

Zahlungsmechanismus	Anzahl PatientInnen erhöhen	Behandlungen pro vergütbarer Einheit reduzieren	Krankheit schwerer angeben als sie tatsächlich ist	Gesündere PatientInnen wählen
Vergütung von Einzelleistungen	ja	nein	ja	nein
Gehalt	nein	-	-	ja
Gehalt + Bonus für Anz. PatientInnen	ja	-	-	ja
Kopfpauschale	ja	ja	nein	ja

Quellen: Hsiao W.C., et al, op.cit., IHS HealthEcon 2002.

Wenn Einzelleistungen vergütet werden, besteht für ÄrztInnen ein Anreiz gegenüber dem/r PatientIn bzw. gegenüber der Krankenkasse, die Krankheit als schwerer anzugeben als sie tatsächlich ist, weil sich bei einer schwereren Krankheit mehr (einzeln verrechenbare) Behandlungen rechtfertigen lassen. Bei dieser Zahlungsmethode haben ÄrztInnen, im Gegensatz zu den meisten anderen Zahlungsmethoden, keine Motivation, gesündere PatientInnen zu behandeln – im Gegenteil: „kränkere“ PatientInnen brauchen mehr Behandlungen und erhöhen dadurch das Einkommen der ÄrztInnen.

Fallpauschalen werden häufig im Spitalsbereich angewandt, bezahlt wird pro Spitalsaufenthalt. Bei dieser Zahlungsmethode wird ein großer Teil des finanziellen Risikos auf die Spitäler übertragen, weil die Zahlung unabhängig von der Schwere des Falls erfolgt. Dementsprechend besteht ein Anreiz, aufwändige und teure Behandlungen weitestgehend zu reduzieren und, soweit dies möglich ist, gesündere PatientInnen zu wählen. Zudem ist eine kürzere Aufenthaltsdauer anstrebenswert, weil dadurch mehr PatientInnen, d.h. mehr verrechenbare Fälle, betreut werden können. Wenn es ähnlich definierte Fälle gibt (z.B. Manie ohne psychotische Symptome bzw. Manie mit psychotischen Symptomen), die zudem unterschiedlich entlohnt werden, besteht ein Anreiz die besser entlohten Fälle anzugeben.

Auch Tagessätze werden vorwiegend im Spitalsbereich eingesetzt. Es besteht hier ein Anreiz, die Aufenthaltsdauer pro PatientIn möglichst lang zu halten, aber teure und aufwendige Behandlungen wenn möglich zu vermeiden. Tagessätze motivieren den Ausbau von Bettenkapazitäten, damit mehr PatientInnen möglichst lange beherbergt werden können.

Bei Bezahlung von Kopfpauschalen ist es für ÄrztInnen bzw. Spitäler günstig, möglichst viele PatientInnen zu behandeln. Da sie das finanzielle Risiko für den Schweregrad der Krankheit tragen und die Anwendung von teuren und aufwendigen Behandlungen bei gesünderen PatientInnen leichter vermieden werden kann, haben sie einen Anreiz, wenn dies möglich ist, gesündere PatientInnen zu wählen.

Globale Budgets werden im Spitalsbereich häufig eingesetzt, um diese zu einem möglichst wirtschaftlichen Einsatz der Mittel zu motivieren. Allerdings tragen Spitäler bei dieser Zahlungsform das finanzielle Risiko für eine Reihe von Unsicherheitsfaktoren wie die Anzahl der Behandlungen, die Kosten der einzelnen Behandlungen, die Aufenthaltsdauer pro PatientIn, die Anzahl der PatientInnen, usw. Dementsprechend besteht für sie ein Anreiz, alle genannten Zahlen zu reduzieren.

ÄrztInnen, die ein fixes Gehalt beziehen, tragen wenig finanzielles Risiko, daher haben sie keine finanziellen Anreize, Behandlungen oder Patientenzahlen gering zu halten. Allerdings haben sie eine Motivation, ihre Arbeitszeit bzw. ihr Arbeitsleid zu reduzieren. Entsprechende Boni oder Überstundenvergütungen können hier einen Ausgleich schaffen.

Die obigen Überlegungen sind nun nicht so zu verstehen, dass ÄrztInnen immer nur auf ihren eigenen Vorteil bedacht sind und versuchen, das System, wo es nur möglich ist, auszunutzen. Natürlich liegt ihnen auch das Wohl ihrer PatientInnen am Herzen. Für die optimale Gestaltung der Zahlungsmodalitäten müssen die Kassen als Zahler der Gesundheitsdienste aber die verschiedenen Anreize, die verschiedene Zahlungsmechanismen auslösen, im Auge haben, schließlich müssen auch die altruistischsten ÄrztInnen ihren Lebensunterhalt mit ihrem Einkommen bestreiten können.

## **Schwerpunktthema: ÄrztInnen und Großstadt: Ein dichter Verband\***

Der Markt für ärztliche Versorgung, insbesondere in Sozialversicherungsländern, ist durch eine Dreiteilung – ÄrztInnen (Angebot), PatientInnen (Nachfrage) und Krankenkassen (Zahler) – gekennzeichnet. Die ÄrztInnen in ihrer Rolle als ExpertInnen beeinflussen einerseits die Nachfrage der PatientInnen nach Gesundheitsleistungen, für die sie andererseits Anbieter sind. Damit verfolgen sie zumeist nicht nur altruistische Ziele, sondern wollen auch ein Zieleinkommen erreichen. In der Beziehung zwischen PatientInnen und Krankenversicherungen besteht ein gewisser Anreiz für die PatientInnen, in ihren Ansprüchen sorgloser mit den Mitteln umzugehen als bei direkter Selbstzahlung. Aus dieser Konstellation und in Zusammenhang mit dem international beobachtbaren Anstieg der Anzahl der ÄrztInnen entsteht für die Krankenkasse als Zahler die Notwendigkeit, regulierend auf Leistungsmengen und -preise einzugreifen, will sie einer Leistungs- bzw. Kostenexplosion entgegenwirken. Eine hohe Ärztedichte kann höhere Kosten als gesamtwirtschaftlich wünschenswert nach sich ziehen. Gleichzeitig kann sie jedoch auch Garant für eine qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung der Bevölkerung sein.

Neben der Schwierigkeit der Bestimmung der optimalen Ärztedichte, stellt sich auch die Frage nach der regionalen Verteilung. Ein öffentlich organisiertes Gesundheitswesen hat die Aufgabe, ärztliche Dienste für die gesamte Bevölkerung verfügbar und regional ausgewogen zugänglich zu machen. Andererseits kann die regionale Konzentration des Angebots auf urbane Zentren gesamtwirtschaftlich sinnvoll sein, wenn eine Versorgungsfunktion für die weitere Umgebung wahrgenommen wird.

Im Vergleich zu anderen österreichischen Bundesländern gibt es in Wien relativ viele VertragsärztInnen, insbesondere FachärztInnen. Es ist daher von gesundheitspolitischem Interesse, zu prüfen, ob ein solcher Stadt/Land-Unterschied in der (vertrags-)ärztlichen Versorgung auch in anderen großen europäischen Städten feststellbar ist.

Für einen Vergleich der Wiener Ärztedichte im europäischen Kontext ist es sinnvoll, Städte bzw. Länder mit Charakteristika zu wählen, die möglichst gut mit jenen von Wien bzw. Österreich übereinstimmen. Deutschland und Frankreich sind wie Österreich Sozialversicherungsländer und haben einen ähnlich hohen Lebensstandard. Lyon und Hamburg sind zwei große Städte, die wie Wien über eine medizinische Fakultät verfügen. Zudem hat Hamburg mit etwa eineinhalb Millionen ungefähr gleich viele EinwohnerInnen wie Wien. Allerdings ist eine große Stadt nicht gleich eine große Stadt. Während Wien die einzige Stadt mit mehr als einer Million EinwohnerInnen und damit die einzige Metropole in Österreich ist, gibt es in Deutschland einige Städte, die die Millionengrenze überschreiten. Dazu kommt, dass die Wiener etwa ein Fünftel der österreichischen Bevölkerung stellen, während die Hamburger nur mit etwa 2% zur deutschen Bevölkerung beitragen. Ähnlich wie in Österreich gibt es auch in Frankreich mit Paris, das etwas über zwei Millionen EinwohnerInnen hat, nur eine einzige wirkliche Metropole. Es scheint daher sinnvoll, neben Hamburg und Lyon auch noch Berlin und Paris in den Vergleich einzubeziehen.

---

\* Dieser Beitrag ist die Zusammenfassung aus dem Gutachten: Ärztedichte im urbanen Umfeld. Wir danken der Ärztekammer für Wien.

### **Ein/e ÄrztIn ist nicht gleich ein/e ÄrztIn**

Auch beim Vergleich mit anderen Sozialversicherungsländern wie Deutschland und Frankreich, müssen beim Vergleich von Ärztedichten institutionelle Unterschiede in der Leistungserbringung berücksichtigt werden. So gilt zum Beispiel in Österreich und Deutschland das Sachleistungsprinzip. Das heißt, die gesetzlich Krankenversicherten haben Anspruch auf ärztliche Leistungen. Das wird durch Verträge zwischen den Krankenkassen und den Leistungsanbietern ermöglicht. In Frankreich dagegen gilt das Kostenerstattungsprinzip. Das heißt, die Versicherten haben das Arzthonorar zunächst selbst zu bezahlen und erhalten im Nachhinein eine (teilweise) Rückerstattung von den Kassen.

Im Gegensatz zu Deutschland und Frankreich gibt es in Österreich ein Wahlärztesystem. Das heißt, bei Konsultation von ÄrztInnen ohne Kassenvertrag können die PatientInnen die Arztrechnung bei der Krankenkasse einreichen und erhalten eine teilweise Rückerstattung der Auslagen. In Deutschland haben fast alle ambulant tätigen ÄrztInnen einen Kassenvertrag, wogegen in Österreich nur grob zwei Drittel der niedergelassenen ÄrztInnen mit (zumindest) einer der Kassen einen Vertrag abgeschlossen haben. Auch die ambulante Versorgung in den Spitalsambulanzen und in teilweise kasseneigenen Ambulatorien ist ein österreichisches Spezifikum. Im Jahr 2000 wurden etwa 15% aller ambulanten Fälle in Spitalsambulanzen und 2,4% in kasseneigenen Fachambulatorien betreut<sup>12</sup>.

### **Die Ärztedichte in Österreich ist vergleichsweise niedrig ...**

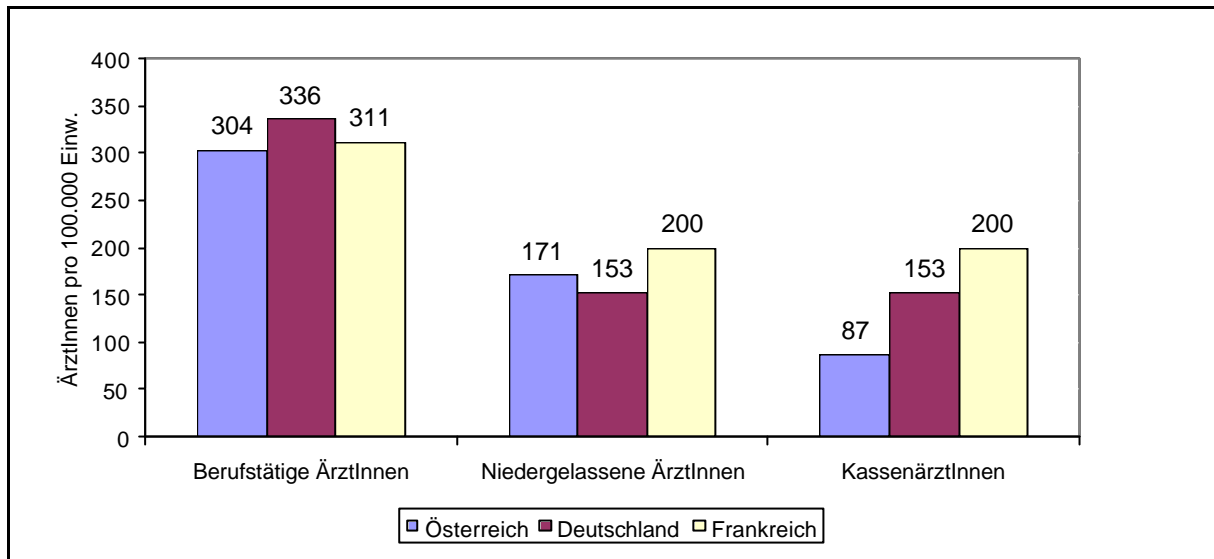
Österreich hat mit 304 ÄrztInnen pro 100.000 EinwohnerInnen, auf Ebene aller berufstätigen ÄrztInnen, eine niedrigere Ärztedichte als Deutschland mit 336 und Frankreich mit 311. Auch die Kassenarztdichte ist in Österreich mit 87 ÄrztInnen pro 100.000 EinwohnerInnen deutlich niedriger als in Deutschland mit 153 (siehe Abbildung 3). Dieser deutliche Unterschied in der Kassenarztdichte kann durch die oben erwähnten Unterschiede im Gesundheitssystem wahrscheinlich nur zum Teil erklärt werden.

In Frankreich gibt es keine KassenärztInnen in dem Sinn, da (wie oben erwähnt) keine Verträge zwischen ÄrztInnen und Kassen abgeschlossen werden. Die in Abbildung 3 angegebenen 200 ÄrztInnen pro 100.000 EinwohnerInnen beziehen sich daher auf die niedergelassenen ÄrztInnen. Ein Vergleich mit den österreichischen bzw. deutschen KassenärztInnen scheint sinnvoll, weil die französischen PatientInnen freie Arztwahl haben, und daher den französischen niedergelassenen ÄrztInnen eine ähnliche Versorgungswirksamkeit zukommt wie den KassenärztInnen in Österreich und Deutschland. Ganz außer Acht gelassen werden dürfen die Systemunterschiede bei einem solchen Vergleich aber nicht<sup>13</sup>.

---

<sup>12</sup> Zur Schwierigkeit, Fälle bzw. Fallzahlen der einzelnen Settings zu vergleichen, siehe Hofmarcher, M.M., Riedel, M.: Health System Watch IV, Winter 2001/2002: Gesundheitszustand in der EU: Die EU wächst zusammen. Schwerpunktthema: Arztpraxis oder Spitalsambulanz: Ein Fall ist nicht ein Fall.

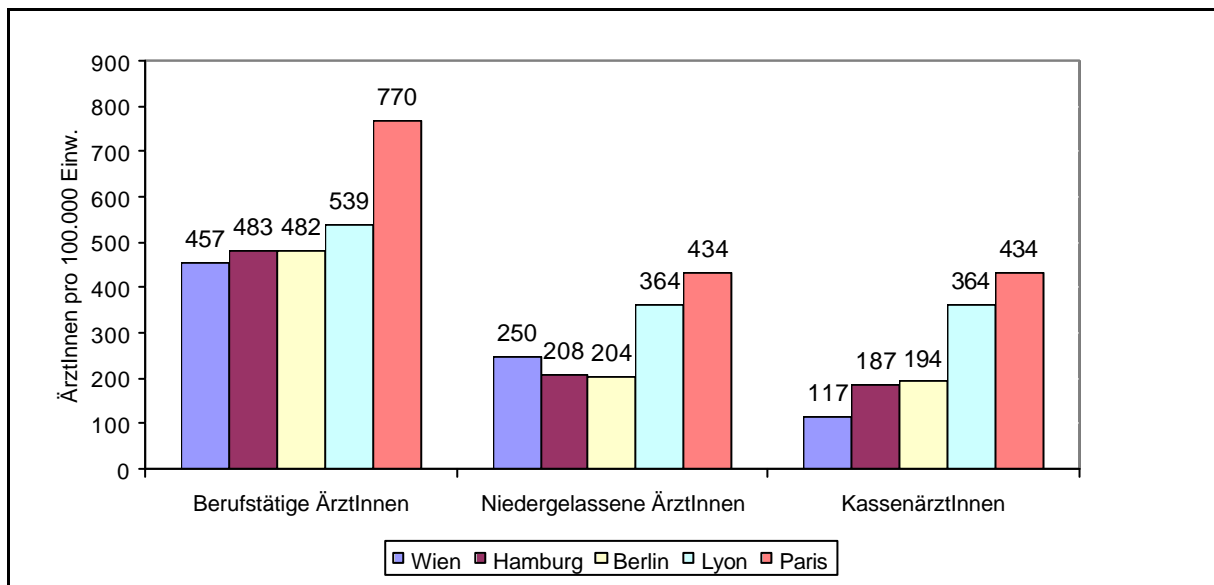
<sup>13</sup> Bei den 200 französischen niedergelassenen ÄrztInnen bzw. KassenärztInnen pro 100.000 EinwohnerInnen handelt es sich per Definition um dieselbe Zahl. Bei den deutschen niedergelassenen ÄrztInnen bzw. KassenärztInnen handelt es sich zwar nicht um exakt denselben Personenkreis, da es aber, wie erwähnt, nur sehr wenige niedergelassene ÄrztInnen ohne Kassenvertrag gibt, ergibt sich fast genau dieselbe Ärztedichte (153) für die beiden Bereiche.

**Abbildung 3: Ärztedichte in Österreich, Deutschland und Frankreich**

Quellen: Österreich: OBIG, Verband der Versicherungsunternehmen Österreichs, Statistik Austria, Deutschland: KBV, Bundesärztekammer, Frankreich: STATISS (DRASS, DREES), Beobachtungsjahr: 1999, IHS HealthEcon 2002.

### ... und dies gilt auch für Wien

Wien hat weniger berufstätige ÄrztInnen pro Kopf als Hamburg, Berlin, Lyon und Paris. Besonders bei den KassenärztInnen (insbesondere bei den KassenfachärztInnen) bleibt Wien deutlich hinter Hamburg und Berlin zurück. Die beiden französischen Städte haben eine höhere Ärztedichte als die anderen Städte, wobei Paris besonders hervorsteht (siehe Abbildung 4).

**Abbildung 4: Ärztedichte in Wien, Hamburg, Berlin, Lyon und Paris**

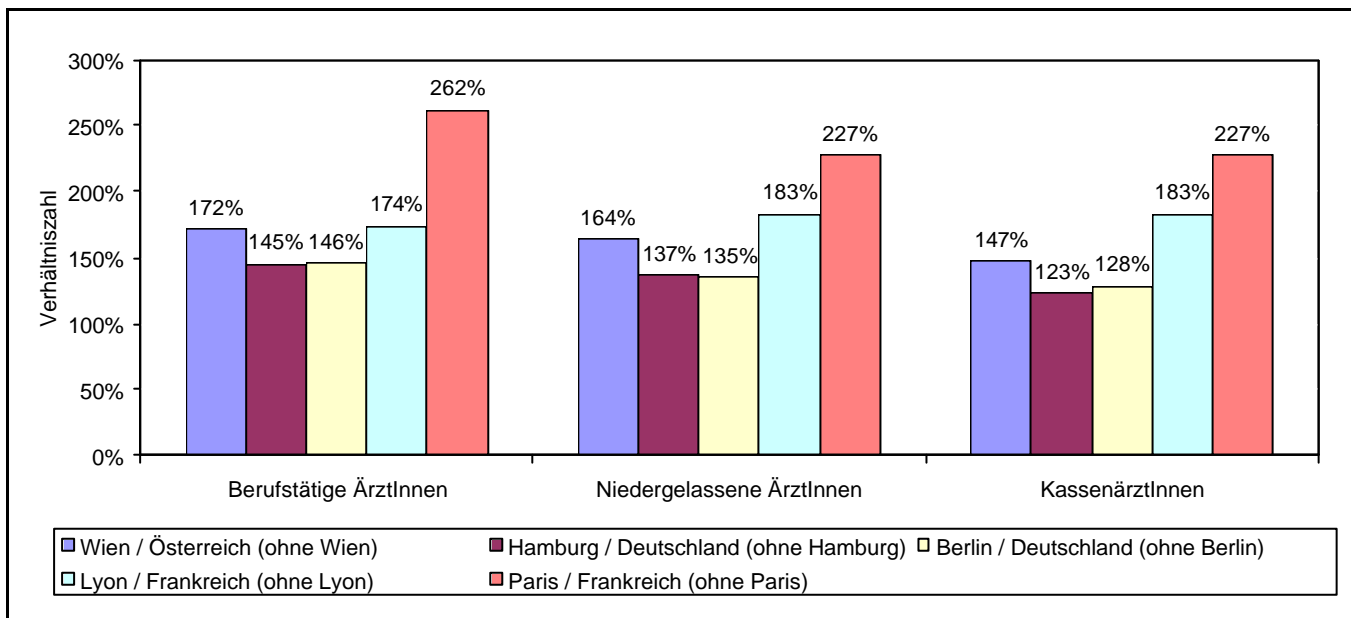
Quellen: Österreich: OBIG, Verband der Versicherungsunternehmen Österreichs, Statistik Austria, Deutschland: KBV, Bundesärztekammer, Frankreich: STATISS (DRASS, DREES), DDASS du Rhône; Beobachtungsjahr: 1999, IHS HealthEcon 2002.

## Die Ärztedichte in den Städten ist höher ...

Die Ärztedichte ist in allen fünf Städten beträchtlich höher als die des jeweiligen Umlands bzw. Staates. Paris nimmt, mit mehr als zweieinhalbmal so vielen berufstätigen ÄrztInnen pro Kopf wie Frankreich, die Spitze ein. An zweiter Stelle folgt Lyon. Wien liegt an dritter Stelle, nach den beiden französischen Städten, aber deutlich vor Hamburg und Berlin. In Wien gibt es um 72% mehr berufstätige ÄrztInnen pro Kopf als in Österreich, in Hamburg und Berlin jeweils ca. um 45% mehr als in Deutschland. Auf Kassennarztebene ist der Überhang weniger ausgeprägt, aber mit 47% mehr ÄrztInnen pro Kopf in Wien immer noch deutlich (Hamburg: 23%, Berlin: 29%) (siehe Abbildung 5).

Dass gerade Wien und Paris eine besonders überdurchschnittliche Ärztedichte aufweisen, dürfte in engem Zusammenhang mit dem „Metropoleneffekt“ stehen, d.h. beiden Städte sind die jeweils einzige Stadt vergleichbarer Größenordnung im jeweiligen Land.

**Abbildung 5: Ärztedichte im Stadt/Staat-Vergleich**



Quellen:

Österreich: ÖBIG, Verband der Versicherungsunternehmungen Österreichs, Statistik Austria

Deutschland: KBV, Bundesärztekammer

Frankreich: STATISS (DRASS, DREES), DDASS du Rhône

IHS HealthEcon 2002

Beobachtungsjahr: 1999

## ... auch bei Berücksichtigung der Mitversorgung des Umlands

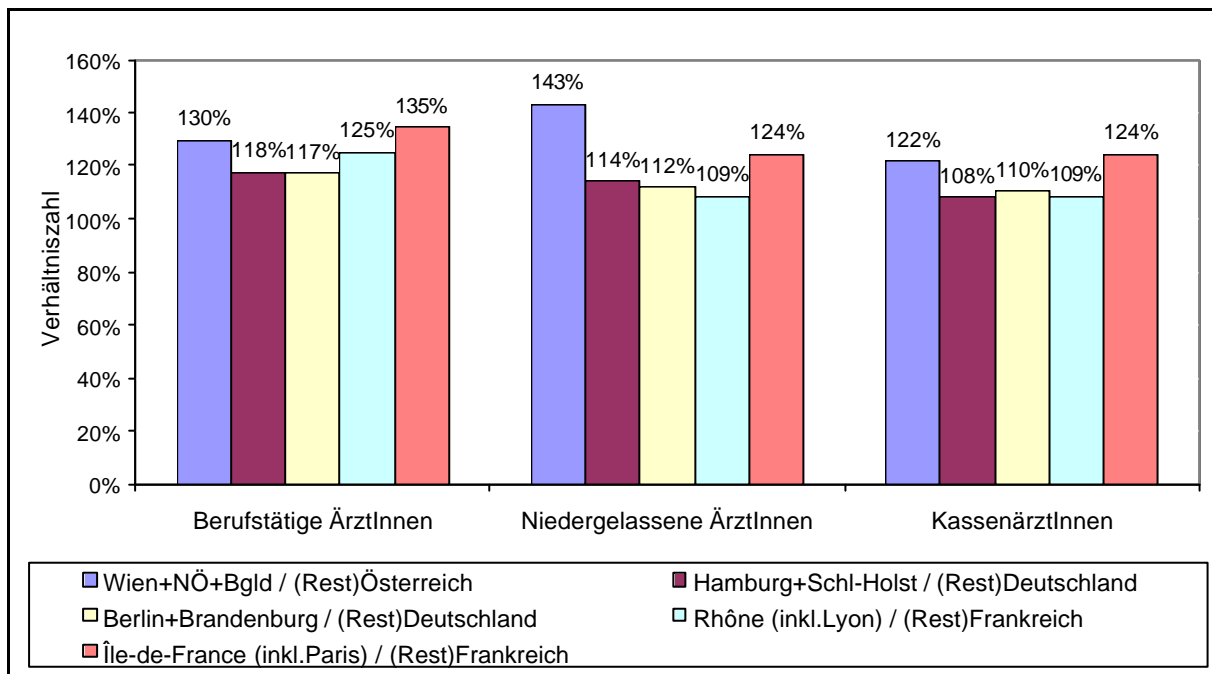
Der Annahme, dass die höhere Ärztedichte in Städten zumindest zum Teil darauf beruht, dass diese ihr Umland mitversorgen, kann anhand eines Umland/Staat-Vergleichs nachgegangen werden. Wenn das Mitversorgungsargument voll und ganz zutrifft, so muss die Ärztedichte der Stadt inklusive ihres Umlandes dieselbe sein wie die des Reststaates<sup>14</sup>. Im Falle Österreichs müsste also, wenn man Niederösterreich und Burgenland als Ärzteeinzugsgebiet für Wien definiert, die Ärztedichte von

<sup>14</sup> Dabei wird implizit angenommen, dass die Stadt *nur* ihr Umland mitversorgt und nicht z.B. auch die Vorarlberger Bevölkerung Wiener SpezialistInnen aufsucht. Allerdings dürfte die Mitversorgung über das Umland hinaus für den niedergelassenen Bereich keine allzu große Rolle spielen.

Wien, Niederösterreich und Burgenland der von Westösterreich (Österreich ohne Wien, Niederösterreich und Burgenland) entsprechen.

Abbildung 6 zeigt, dass die höhere Ärztedichte der Städte kaum alleine durch die Mitversorgung des Umlands erklärt werden kann. In Wien inklusive Umland (Niederösterreich und Burgenland) gibt es pro Kopf um 30% mehr berufstätige ÄrztInnen und um 22% mehr KassenärztInnen als im restlichen Österreich. Ähnliches gilt für das Pariser Umland. Für die deutschen Städte (plus Umland) ist der Überhang weniger ausgeprägt, aber doch deutlich vorhanden. Das heißt, trotz des relativ großzügigen Umlandbegriffs – Niederösterreich und Burgenland sind z.B. ein recht großes Ärzteeinzugsgebiet für Wien – gleicht sich die höhere Ärztedichte der Städte nicht aus.

**Abbildung 6: Mitversorgung des Umlands: Ärztedichte im Umland/Staat-Vergleich**



Quellen:

Österreich: ÖBIG, Verband der Versicherungsunternehmungen Österreichs, Statistik Austria

Deutschland: KBV, Bundesärztekammer

Frankreich: STATISS (DRASS, DREES), DDASS du Rhône

IHS HealthEcon 2002

Beobachtungsjahr: 1999

### Andere mögliche Gründe für den Städte-Überhang

Stadt/Land-Unterschiede in der Ärztedichte hängen wesentlich von der individuellen Standortwahl eines Arztes ab. Unterschiedliche Motivationen und Rahmenbedingungen können dem zugrunde liegen: Eine größere Nachfrage nach ärztlichen Diensten, durch eine größere Anzahl an potentiellen PatientInnen an einem Standort, macht eine höhere Ärztedichte sinnvoll. Je besser die medizinische Infrastruktur (z.B. Universitätsklinik, Weiterbildungsangebote) ist, umso größer ist der Anreiz, sich an einem Standort nieder zu lassen.

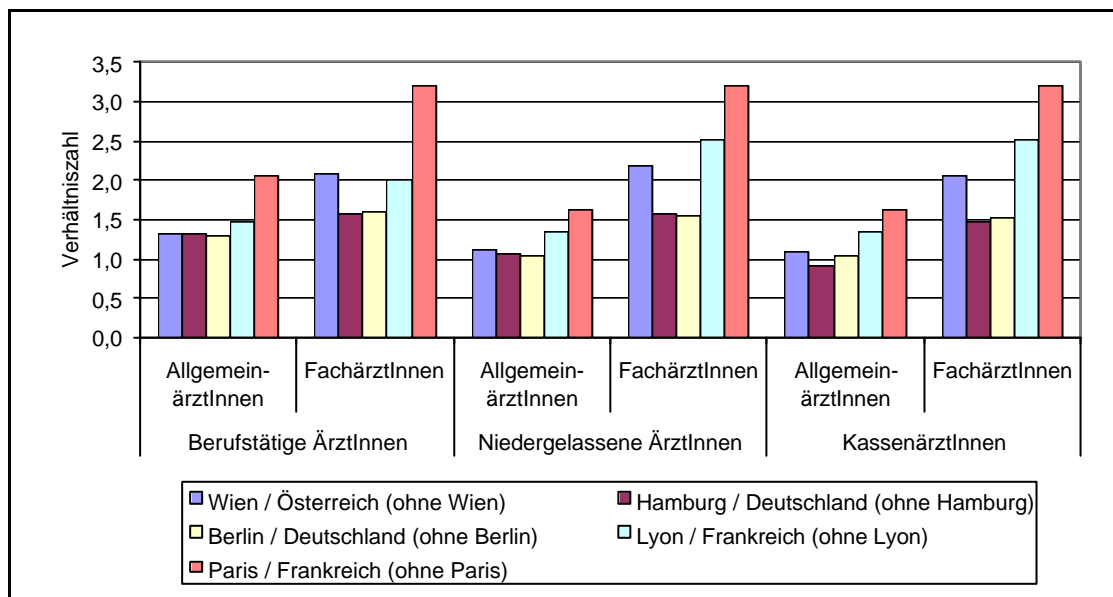


Auch die persönliche Lebensqualität, die ÄrztInnen an einem bestimmten Standort vorfinden, spielt eine Rolle. LandärztInnen haben oft ein relativ großes Einzugsgebiet alleine zu betreuen, während sich ÄrztInnen in Städten Bereitschafts- und Notdienste teilen können. Schließlich ist auch die Wohnqualität einer Region nicht ohne Bedeutung. In Frankreich weisen zum Beispiel das Küstengebiet und große Städte eine sehr hohe Ärztedichte auf, während in einigen ländlichen Gebieten fast von einer Unterversorgung gesprochen werden kann.

### Der Überhang in den Städten erklärt sich fast ausschließlich aus dem Überhang bei FachärztInnen ...

Wien hat doppelt so viele FachärztInnen pro Kopf wie Österreich. In Paris ist die Fachärztedichte sogar dreimal, in Lyon zweieinhalbmal so hoch wie in Frankreich. Hamburg und Berlin verfügen über jeweils etwa eineinhalbmal so viele FachärztInnen pro Kopf wie Deutschland. Die Allgemeinärztedichte ist dagegen in den Städten (zumindest in Wien, Hamburg und Berlin) nicht sehr viel höher als im jeweiligen restlichen Staatsgebiet (siehe Abbildung 7).

**Abbildung 7: Allgemein- und Fachärztedichte im Stadt/Staat-Vergleich**



Quellen:  
 Österreich: ÖBIG, Verband der Versicherungsunternehmungen Österreichs, Statistik Austria  
 Deutschland: KBV, Bundesärztekammer  
 Frankreich: STATISS (DRASS, DREES), DDASS du Rhône  
 IHS HealthEcon 2002  
 Beobachtungsjahr: 1999

### **... und zieht sich durch alle Fächer**

Die höhere Fachärztedichte Wiens im Vergleich zu Österreich zieht sich praktisch durch alle Fächer. Mit Ausnahme der Neurologie und Psychiatrie gibt es in Wien in allen Fächern mindestens eineinhalbmals so viele KassenfachärztInnen pro Kopf wie in Österreich. Vergleichsweise besonders gut versorgt ist Wien bei den Fächern Physikalische Medizin, wo es pro Kopf fast zehnmal so viele KassenärztInnen aufweist, sowie Radiologie und Orthopädie, wo es eine über dreimal so hohe Kassenärztdichte aufweist wie Österreich. Beim mengenmäßig bedeutendsten Fach, der Zahnheilkunde, gibt es in Wien um 70% mehr KassenärztInnen pro Kopf als in Österreich.

### **Ist Wien überversorgt oder Österreich unterversorgt?**

Trotz des Überhangs gegenüber Österreich hat Wien eine niedrigere Ärztedichte als Hamburg und Berlin. Dies kann darauf hinweisen, dass Österreichs ländliche Gebiete im Vergleich zu Deutschlands ländlichen Gebieten über deutlich weniger KassenfachärztInnen pro Kopf verfügen. So hat das deutsche Bundesland Schleswig-Holstein zum Beispiel eine beinahe dreimal so hohe Kassenfachärztdichte wie Niederösterreich und Burgenland.

### **Die Ausgaben pro Kopf für ärztliche Hilfe sind in den Städten höher ...**

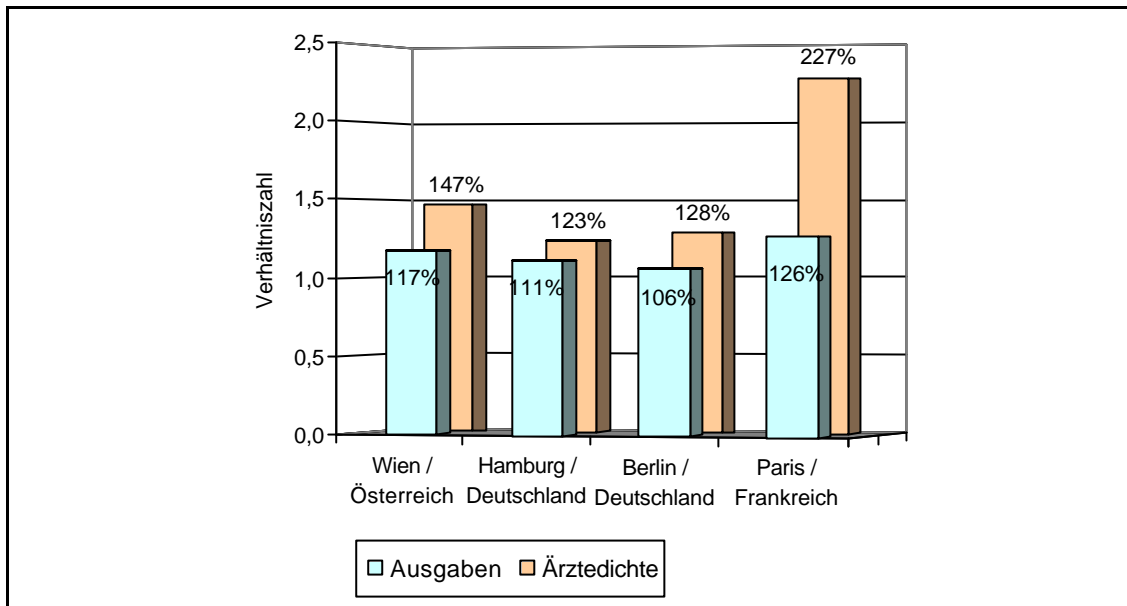
Die Ausgaben der Krankenkassen<sup>15</sup> pro Kopf für ärztliche Hilfe sind in den Städten höher als am Land. In Wien sind die Ausgaben pro Kopf um 17% höher als in Österreich. Wien liegt damit an zweiter Stelle nach Paris mit 26%. In Hamburg sind die Ausgaben um 11%, in Berlin um 7% höher als in Deutschland (siehe Abbildung 8).

### **... aber weniger überproportional als die Ärztedichte ...**

Die Kassenausgaben pro Kopf für ärztliche Hilfe sind weniger überproportional als die Kassenärztedichte. Wien hat eine um 47% höhere Ärztedichte, die Krankenkasse gibt aber pro Kopf „nur“ um 17% mehr für ärztliche Hilfe aus als in Österreich (siehe Abbildung 8).

---

<sup>15</sup> Für Österreich beziehen sich die Angaben auf die Ausgaben der neun Gebietskrankenkassen. Die Gebietskrankenkassen sind für ca. 80% der österreichischen Versicherten zuständig. Für Deutschland werden die Ausgaben der Allgemeinen Ortskrankenkassen (AOKs) verwendet. Mit fast 40% gehört den AOKs von allen Krankenversicherungen der größte Teil der gesetzlich Krankenversicherten an. Für Frankreich beziehen sich die Angaben auf die Ausgaben des „Régime Général“, der Krankenkasse für die unselbständig Beschäftigten, der etwa 80% der Bevölkerung angehören. Dem Umstand entsprechend, dass Ausgaben von Krankenkassen dargestellt werden, beziehen sich die Pro-Kopf-Berechnungen auf „Versicherterköpfe“ dieser Krankenkassen.

**Abbildung 8: Ausgaben für ärztliche Hilfe versus Ärztedichte im Stadt/Land-Vergleich**

Quellen Ausgaben:

Österreich: Jahresberichte der GKK, Statistisches Handbuch der österreichischen Sozialversicherung

Deutschland: Gesundheitsberichterstattung des Bundes

Frankreich: CREDES: Eco-Santé 2001 (Demoversion)

Beobachtungsjahr: 1998; Frankreich: Hochrechnung aus den Jahren 1990–1995

Quellen Kassenärztedichte: Österreich: ÖBIG; Deutschland: KBV; Frankreich: STATISS (DRASS, DREES)

Beobachtungsjahr: 1999

### ... die gute Gründe hat

Die höhere Fachärztedichte in Großstädten hat gute Gründe, insbesondere wenn es sich – wie in Wien - um Städte mit einer medizinischen Fakultät handelt. Schließlich arbeiten in Österreich rund zwei Drittel der in Universitätskliniken forschenden ÄrztInnen in Wien, und mehr als die Hälfte der MedizinstudentInnen werden in Wien ausgebildet. Die räumliche Nähe zu Forschungsstätten macht den Standort Wien nicht nur für selbst forschende MedizinerInnen attraktiv, sondern auch für ihre praktizierenden KollegInnen, die z.B. von den angebundenen Weiterbildungsmöglichkeiten profitieren können. Zudem mögen soziale Netzwerke aus der Studien- und Ausbildungszeit den professionellen Erfahrungsaustausch erleichtern. Nicht zuletzt bietet die universitäre Infrastruktur leichteren Zugang zu modernster medizin-technologischer Ausrüstung; beispielsweise steht rund ein Drittel der medizinischen Großgeräte Österreichs in Wien.

Derartiges erleichtert nicht nur die berufliche Tätigkeit der ÄrztInnen, sondern kann durch hohe Versorgungsqualität auch den Patienten zu Gute kommen. Der Nachteil einer höheren Ärztedichte ist, wie empirisch auch in anderen Ländern nachgewiesen, höhere Kosten des Gesundheitswesens pro Kopf. Dieses Phänomen ist zum Teil sicher auch auf das Problem der anbieterinduzierten Nachfrage zurückzuführen.

	Tabelle A1: Ausgaben für Krankenhausversorgung in Prozent der gesamten Gesundheitsausgaben						Index EU15=100		
	1990	1995	1996	1997	1998	1999	1990	1995	1996
Österreich***	43,4	44,6	43,4	49,0	48,2	48,6	108	113	112
Belgien	32,8	33,3	34,4	34,6	n.v.	n.v.	82	84	89
Dänemark	56,7	55,0	55,3	54,7	54,3	53,9	141	139	143
Deutschland	34,7	34,7	34,1	33,6	34,0	n.v.	87	88	88
Finnland	44,7	42,0	41,8	41,4	41,1	40,7	112	106	108
Frankreich	46,0	45,5	45,5	45,4	44,6	43,8	115	115	118
Griechenland	28,4	24,8 <sup>3)</sup>	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	71	63	n.v.
Irland**	52,4	53,3	52,0	52,3	50,1	n.v.	131	135	135
Italien	42,7	44,8	41,7	42,6	41,4	41,3	107	113	108
Luxemburg	26,4	31,3	32,4	36,0	30,7	29,8	66	79	84
Niederlande	50,5	50,6	51,1	52,8	52,8	52,7	126	128	132
Portugal**	29,5	33,6	35,7	n.v.	n.v.	n.v.	74	85	93
Schweden**	49,8	42,1	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	124	106	n.v.
Spanien	44,1	45,2	44,8	n.v.	n.v.	n.v.	110	114	116
Vereinigtes Königreich**	29,2	29,5	25,3	26,1	n.v.	n.v.	73	74	66
EU15*	40,1	39,6	38,6	n.v.	n.v.	n.v.	100	100	100
EU12*	41,1	40,7	40,3	n.v.	n.v.	n.v.	102	103	105
Schweiz	49,5	50,7	50,9	50,8	50,3	n.v.	124	128	132
USA	44,9	43,1	42,7	42,1	41,3	40,5	112	109	111
Bulgarien	53,0 <sup>2)</sup>	59,0	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	132	149	n.v.
Estland	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	35,4	n.v.	n.v.	n.v.
Lettland	78,0	62,0	58,0	56,7	51,6	51,9	195	157	150
Litauen	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	41,6	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.
Malta	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.
Polen**	34,8 <sup>1)</sup>	33,7	33,1	34,7	31,7	31,3	n.v.	85	86
Rumänien	n.v.	59,0	58,0	63,0	n.v.	n.v.	n.v.	149	150
Slowakei	32,1	43,0	44,0	44,8	48,2	47,0	80	109	114
Slowenien	42,9	49,1	49,7	48,9	47,2	47,7	107	124	129
Tschechien	n.v.	29,6	33,8	35,6	35,4	35,1	n.v.	75	88
Türkei	33,4	28,7	28,2	28,8	29,3	n.v.	83	72	73
Ungarn	59,7	54,8	53,1	n.v.	n.v.	n.v.	149	138	138
Zypern	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.

\*Durchschnitt gewichtet an den gesamten Gesundheitsausgaben

\*\*Nur öffentliche Ausgaben

\*\*\* Ausgaben für Fondskrankenanstalten

<sup>1)</sup>1991, <sup>2)</sup>1992, <sup>3)</sup>1994

Quellen: WHO Health for all database, Jänner 2002; OECD Health Data, August 2001 für Irland, Portugal, Schweden, Vereinigtes Königreich, USA und Polen; Health Care Systems in Transition (HiT) für Litauen und die Slowakei; Österreich: Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen, Gesundheitsausgaben laut Statistik Austria, Jänner 2002; IHS HealthEcon 2002.

	Tabelle A2: Ausgaben für Arzneimittel in Prozent an den gesamten Gesundheitsausgaben						Index EU15=100				
	1990	1995	1996	1997	1998	1999	1990	1995	1996	1997	1998
Österreich	13,2	10,4	10,6	12,9	14,1	n.v.	81	64	65	78	84
Belgien	15,5	16,2	15,4	16,1	n.v.	n.v.	95	100	94	97	n.v.
Dänemark	7,5	9,1	8,9	9,0	9,2	9,0	46	56	55	54	55
Deutschland	14,3	12,3	12,4	12,2	12,7	n.v.	88	76	76	74	76
Finnland	9,4	14,0	14,4	14,8	14,6	15,1	58	86	88	89	87
Frankreich	20,0	21,0	21,0	21,3	21,9	22,8	123	129	129	129	130
Griechenland	14,5	17,3	17,9	17,2	14,7	13,5	89	107	110	104	87
Irland	11,1	9,5	9,5	9,3	9,9	n.v.	68	59	58	56	59
Italien	21,2	20,9	21,1	21,4	21,9	22,1	130	129	129	129	130
Luxemburg	14,9	12,0	11,5	12,6	12,3	11,7	91	74	70	76	73
Niederlande	9,1	10,4	10,4	10,3	10,8	11,0	56	64	64	62	64
Portugal	24,9	25,2	26,3	26,9	25,8	n.v.	153	155	161	162	153
Schweden	8,0	12,5	12,9	12,8	n.v.	n.v.	49	77	79	77	n.v.
Spanien	17,8	19,6	20,0	20,7	n.v.	n.v.	109	121	122	125	n.v.
Vereinigtes Königreich	13,6	15,4	15,7	16,3	n.v.	n.v.	83	95	96	98	n.v.
EU15*	16,3	16,2	16,3	16,6	16,8	n.v.	100	100	100	100	100
EU12*	17,2	16,6	16,7	16,9	17,0	n.v.	105	102	102	102	101
Schweiz	8,2	7,7	7,6	7,7	7,6	n.v.	50	47	47	46	45
USA	9,2	8,9	9,2	9,6	10,1	11,0	56	55	56	58	60
Bulgarien	12,3	17,4	23,5	23,4	23,8	n.v.	75	107	144	141	141
Estland	n.v.	n.v.	17,0	17,0	16,6	22,7	n.v.	n.v.	104	103	99
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.
Malta	16,0	15,0	15,0	22,0	n.v.	n.v.	98	92	92	133	n.v.
Polen	12,6	15,6	8,9	n.v.	n.v.	n.v.	77	96	55	n.v.	n.v.
Rumänien	11,0 <sup>1)</sup>	17,0	19,0	17,0	20,0	n.v.	68	105	116	103	119
Slowakei	16,8	28,0	30,1	29,7	28,7	28,3	103	173	184	179	171
Slowenien	10,4	18,9	17,4	17,9	18,9	19,0	64	116	107	108	112
Tschechien	21,0	25,6	25,5	25,3	25,5	27,0	129	158	156	153	152
Türkei	20,5	30,1	26,3	27,8	34,7	n.v.	126	186	161	168	207
Ungarn	5,0	25,0	26,3	26,4	26,5	25,5	31	154	161	159	158
Zypern	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.

\*Durchschnitt gewichtet an den gesamten Gesundheitsausgaben

<sup>1)</sup>1992

Quellen: WHO Health for all database, Jänner 2002; OECD Health Data, August 2001 für die USA;  
Health Care Systems in Transition (HiT) für Bulgarien, Malta, Polen und Slowakei; IHS HealthEcon 2002.

Tabelle A3: Ausgaben für ärztliche Leistungen in Prozent an den gesamten Gesundheitsausgaben

	1990	1995	1996	1997	1998	1999
Österreich	18,3	18,2	17,7	19,4	19,2	19,0
Belgien**	18,6	15,3	15,9	n.v.	12,8	12,8
Dänemark	15,8	16,0	15,7	15,7	15,7	15,2
Deutschland	17,7	16,7	16,4	17,0	17,0	n.v.
Finnland	25,1	24,7	24,6	24,2	24,4	24,4
Frankreich	11,8	11,7	11,6	11,7	11,7	11,7
Griechenland	12,4	10,8 <sup>3)</sup>	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.
Irland	15,1 <sup>2)</sup>	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.
Italien	19,7	21,8 <sup>3)</sup>	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.
Luxemburg	21,6	14,2 <sup>3)</sup>	12,6	13,2	12,2	n.v.
Niederlande	9,1	8,1 <sup>3)</sup>	8,0	7,8	7,7	7,8
Portugal	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.
Schweden	14,4	12,4 <sup>3)</sup>	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.
Spanien	16,2 <sup>1)</sup>	15,5 <sup>2)</sup>	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.
Vereinigtes Königreich	14,9	14,8 <sup>3)</sup>	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.
EU15*	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.
EU12*	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.
Schweiz	17,5	17,5	17,3	17,5	17,7	n.v.
USA	23,1	22,7	22,5	22,4	22,6	22,7
Bulgarien	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.
Estland	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.
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.
Malta	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.
Polen	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.
Rumänien	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.
Slowakei	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.
Slowenien	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.
Tschechien	n.v.	n.v.	n.v.	24,5	22,9	22,0
Türkei	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.
Ungarn	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.
Zypern	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.

<sup>1)</sup>1991, <sup>2)</sup>1992, <sup>3)</sup>1994

\* gewichtet an den gesamten Gesundheitsausgaben; \*\* nur öffentliche Ausgaben

Quelle: OECD Health Data, August 2001; IHS HealthEcon 2002.

Tabelle A4: Charakteristika der Versorgung, 1999 oder letzter verfügbares Jahr								
	Aufnahme- rate in Prozent	durchschn. Verweildauer in Tagen	Behandelte Fälle/Bett	FTE Angestellte pro Bett	ÄrztInnen pro 1.000 Einwohner	Zahn- ärztInnen pro 1.000 Einwohner	Pharma- zeitInnen pro 1.000 Einwohner	Arztbesuche pro Kopf
Österreich	27,7 <sup>a)</sup> **	7,9	42,5	2,1	3,0	0,5	0,5	6,7
Belgien	19,8 <sup>c)</sup>	11,4 <sup>a)</sup>	38,1 <sup>b)</sup>	1,5 <sup>h)</sup>	4,1	0,7 <sup>a)</sup>	1,4 <sup>a)</sup>	7,9
Dänemark	19,0 <sup>a)</sup>	7,3 <sup>a)</sup>	54,9 <sup>a)</sup>	3,5 <sup>b)</sup>	2,8	0,9	0,5	5,8
Deutschland	21,6 <sup>a)</sup>	12,0 <sup>a)</sup>	30,1	1,5	3,5	0,8	0,6	6,5 <sup>c)</sup>
Finnland	27,3	10,5	30,8 <sup>d)</sup>	2,1 <sup>g)</sup>	3,1	0,9	1,5	4,3
Frankreich	22,8 <sup>d)</sup>	10,8 <sup>b)</sup>	48,9	1,1	3,2	0,7	1,0	6,5 <sup>c)</sup>
Griechenland	15,0 <sup>d)</sup>	8,6 <sup>b)</sup>	30,9 <sup>i)</sup>	1,4 <sup>e)</sup>	4,3	1,1	n.v.	n.v.
Irland	14,8 <sup>a)</sup>	7,6	46,6	3,1	2,3	0,5	0,8	n.v.
Italien	17,6 <sup>a)</sup>	8,0 <sup>a)</sup>	36,2 <sup>a)</sup>	2,2 <sup>a)</sup>	5,7	0,6	1,0	6,0
Luxemburg	19,4 <sup>e)</sup>	15,3 <sup>c)</sup>	n.v.	n.v.	2,5	0,6	0,7 <sup>a)</sup>	2,8 <sup>a)</sup>
Niederlande	9,6 <sup>a)</sup>	13,1	26,8 <sup>a)</sup>	2,5 <sup>b)</sup>	3,1	0,5	0,2	5,8
Portugal	12,0 <sup>a)</sup>	9,0 <sup>a)</sup>	37,8 <sup>a)</sup>	3,1 <sup>a)</sup>	3,2	0,4 <sup>b)</sup>	0,8	3,4 <sup>a)</sup>
Schweden	18,0 <sup>c)</sup>	7,5 <sup>c)</sup>	42,0 <sup>c)</sup>	n.v.	3,1	1,5 <sup>a)</sup>	0,7	2,8 <sup>b)</sup>
Spanien	11,4 <sup>c)</sup>	10,0 <sup>c)</sup>	35,5 <sup>c)</sup>	1,6 <sup>c)</sup>	3,1 <sup>b)</sup>	0,4 <sup>g)</sup>	0,7	n.v.
Vereinigtes Königreich	15,1 <sup>a)</sup>	9,8 <sup>c)</sup>	60,2 <sup>a)</sup>	3,7 <sup>a)</sup>	1,6 <sup>f)</sup>	0,4	0,6 <sup>g)</sup>	5,4 <sup>a)</sup>
EU 15*	18,1	10,2	40,7	2,1	3,4	0,6	0,8	6,0
EU 12*	18,7	10,4	36,6	1,7	3,8	0,6	0,8	6,2
Schweiz	17,0 <sup>a)</sup>	14,0 <sup>a)</sup>	21,5 <sup>i)</sup>	2,0 <sup>g)</sup>	3,4	0,5 <sup>a)</sup>	0,6 <sup>a)</sup>	11,0 <sup>g)</sup>
USA	12,5	7,0	38,9	4,6	2,7 <sup>a)</sup>	0,6 <sup>a)</sup>	0,7 <sup>c)</sup>	5,8 <sup>c)</sup>
Bulgarien	15,8	11,9	21,1	n.v.	3,4	0,6	0,2	5,7
Estland	19,6	9,9	28,2	n.v.	3,1	0,7	0,6	6,3
Lettland	22,1	11,8	25,4	n.v.	3,1	0,5	n.v.	7,0
Litauen	24,5	11,3	28,1	n.v.	3,9	0,6	0,6	4,5
Malta	20,2 <sup>b)</sup>	4,6 <sup>b)</sup>	n.v.	n.v.	2,6	0,4	1,8	n.v.
Polen	13,8 <sup>a)</sup>	9,3	26,1	n.v.	2,3	0,3	0,5	5,3
Rumänien	20,7	9,5	n.v.	n.v.	1,9	0,2	0,1	8,0
Slowakei	19,4	10,4	26,0	n.v.	3,2	0,5	0,4	13,5
Slowenien	16,6	9,0	30,9	n.v.	2,2	0,6	0,3	6,8
Tschechien	19,4	11,6	30,4	n.v.	3,1	0,6	0,5	12,3
Türkei	7,6	6,0	36,4	1,5	1,3	0,2	0,3	2,1
Ungarn	25,4	9,2	33,5	1,3	3,6	0,6	0,5	21,1
Zypern	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.
Beitritt13*	14,1	8,4	31,3	n.v.	2,1	0,3	0,4	6,1
MOEL10*	18,1	9,9	27,3	n.v.	2,6	0,4	0,4	8,6

a) 1998; b) 1997; c) 1996; d) 1995; e) 1994; f) 1993; g) 1992; h) 1991; i) 1990

\*Durchschnitt gewichtet an der Bevölkerung 1999, \*\*Fälle

Quellen: WHO health for all database, Jänner 2002; OECD Health data, August 2001 für Fälle/Bett, FTE Angestellte und Arztbesuche und USA alle Kennzahlen

Health Care Systems in Transition (HiT) für Aufnahme- und durchschn. Verweildauer auf Malta;

M. Schneider, G. Cerniauskas, L. Murauskiene: Health Systems of Central and Eastern Europe für behandelte Fälle und Arztbesuche in BUL, EST, LAT, LIT, POL, ROM, SLK und SLO; IHS HealthEcon 2002.

