

II/Sommer 1999

# HEALTH SYSTEM WATCH



Beilage zur Fachzeitschrift *Soziale Sicherheit*

erstellt durch das Institut für Höhere Studien IHS HealthEcon

Herausgegeben vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger

---

## ZUFRIEDENER dafür TEURER - RESSOURCENVERBRAUCH IN DEN GESUNDHEITSSYSTEMEN DER EU SCHWERPUNKTTHEMA: Managed Care Teil 1

Maria M. Hofmarcher, Monika Riedel\*

Beinahe jede fünfte ÖsterreicherIn zeigte sich mit dem Gesundheitswesen sehr zufrieden. Österreich rangiert damit in dieser Kategorie nach Dänemark an zweiter Stelle. Allerdings konnten für Österreich vergleichsweise stärkere Reformwünsche identifiziert werden. Die Zufriedenheit mit dem Gesundheitswesen ist offenbar umso größer, je höher die pro Kopf Ausgaben für Gesundheit ausfallen. Innerhalb der EU ist - mit Ausnahme Frankreichs - der Wunsch nach einer Veränderung der Gesundheitsversorgung in den steuerfinanzierten Ländern erheblich stärker ausgeprägt als in den Sozialversicherungsländern.

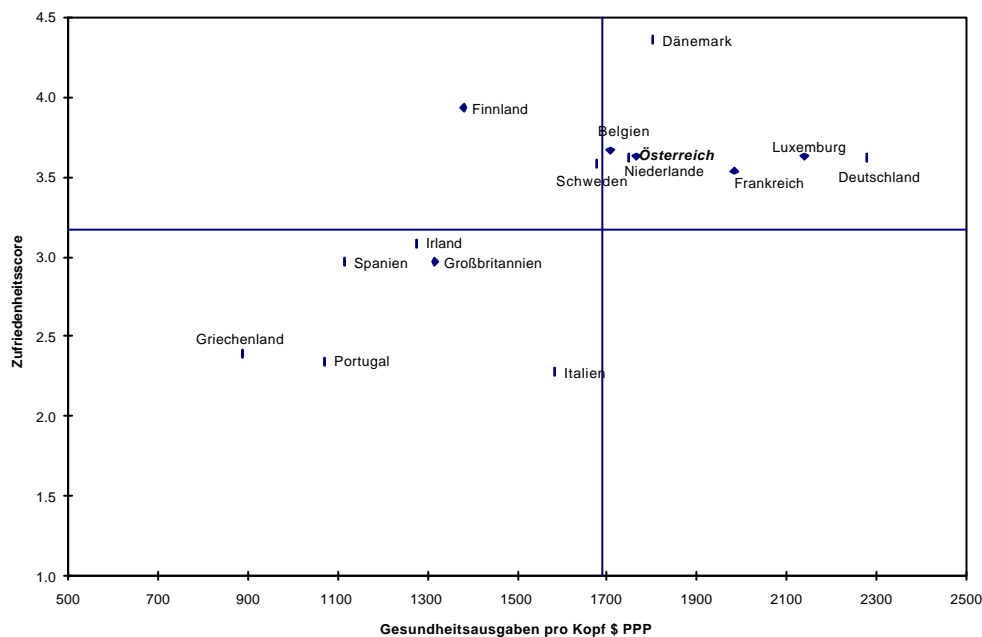
Österreich verzeichnet, gemessen am EU-Durchschnitt, überproportionale pro Kopf-Ausgaben sowohl für ärztliche Leistungen als auch für die Krankenhausversorgung. In der stationären Versorgung kombiniert Österreich eine deutlich überdurchschnittliche Krankenhaushäufigkeit mit einer unterdurchschnittlichen Verweildauer, was auf "Krankenhauszentrierung" hinweist. Die Anzahl von MRI- bzw. CT-Geräten je Million Einwohner ist in Österreich doppelt so hoch wie im EU-Durchschnitt. Die Ärztedichte in Österreich und die Zahl der Arztbesuche pro Kopf entsprechen in etwa dem EU-Durchschnitt.

\*Wir danken Jürgen Schwärzler für die Mitwirkung

### Die Zufriedenheit mit dem Gesundheitswesen steigt mit den Gesundheitsausgaben

Die Qualität der gesundheitlichen Versorgung wird häufig über den Zusammenhang zwischen der Höhe der Gesundheitsausgaben und der Lebenserwartung dargestellt bzw. wird neben der Lebenserwartungselastizität die Einkommenselastizität der Gesundheitsausgaben als Näherungsindikator für die Bedeutung bzw. für Effizienz des Gesundheitswesens, herangezogen. Gesundheitsbewußtsein, übersetzt in den Konsum von Gesundheitsleistungen, ist auf der Grundlage der relativen Beziehung zwischen Wirtschaftswachstum und Wachstum des Gesundheitswesens für die österreichische Bevölkerung ein hohes Gut<sup>1</sup>. Vergleichsweise aufwendiger als die Messung der Effizienz der Gesundheitsversorgung ist es, die *Zufriedenheit* der Bevölkerung mit dem Gesundheitswesen, das ja überwiegend über die Einkommen unselbstständig Beschäftigter bezahlt wird<sup>2</sup>, festzustellen.

Abbildung 1: Zufriedenheit mit dem Gesundheitswesen<sup>a)</sup> und Gesundheitsausgaben pro Kopf<sup>b)</sup>



- a) 1996 gewichtet, Durchschnitt bevölkerungsgewichtet  
 b) 1996 US Dollar bereinigt mit Kaufkraftparitäten, Durchschnitt bevölkerungsgewichtet

Quelle: *Citizens and health systems: main results from a Eurobarometer survey*, European Commission, DG V/F.1, 1998 und IHS HealthEcon Berechnungen 1999

In der kürzlich erschienen Eurobarometer Untersuchung wurden die Ergebnisse einer Befragung der Bevölkerungen aus dem Jahr 1996 präsentiert, die mit Hilfe einer Stichprobe in allen 15 Mitgliedstaaten der

<sup>1</sup> Vergleiche Health System Watch, Beilage zur Fachzeitschrift Soziale Sicherheit, erstellt durch das Institut für Höhere Studien IHS HealthEcon, Nr 1/Frühjahr 1999

<sup>2</sup> Auch Arbeitgeberbeiträge sind letztlich Lohnbestandteile, weil sie Teil der Lohnverhandlungen sind und damit über das Lohnniveau mitbestimmen, von möglichen Überwälzungen auf die Preise einmal abgesehen.

Europäischen Union durchgeführt wurde, und die eine Reihe von Fragen zur Funktionsfähigkeit und über den Reformbedarf des jeweiligen Gesundheitssystems enthält<sup>3</sup>.

Mit großem Abstand zeigte sich die führende Position Dänemarks: jede zweite dänische Person ist mit ihrem Gesundheitssystem *sehr zufrieden*. In der Kategorie sehr zufrieden rangiert Österreich an zweiter Stelle, allerdings im Vergleich zu Dänemark auf einem wesentlich geringeren Niveau. Dennoch, beinahe jede fünfte ÖsterreicherInnen zeigte sich mit der Gesundheitsversorgung sehr zufrieden. Insgesamt sind 90 Prozent der Dänen zufrieden (sehr zufrieden und ziemlich zufrieden) mit dem Gesundheitswesen, in Österreich sind es 63 Prozent. In anderen Untersuchungen kommt die Zufriedenheit der ÖsterreicherInnen mit dem Gesundheitssystem sogar noch akzentuierter zum Ausdruck<sup>4</sup>.

Werden die Einzelangaben zu einem Score integriert und in Beziehung zu den Gesundheitsausgaben pro Kopf gesetzt, illustriert Abbildung 1, daß die Zufriedenheit mit steigenden Pro Kopf Ausgaben steigt<sup>5</sup>, wenngleich mit abnehmendem Zuwachs auf hohem Ausgabeniveau. Außerdem zu beobachten ist eine Nord- Südteilung, mit Irland und Großbritannien dazwischen. Griechenland, Portugal und Italien demonstrieren die relativ geringste Zufriedenheit. In Italien wird pro Kopf fast so viel ausgegeben wie im EU-Durchschnitt. Es zeigt allerdings die geringste Zufriedenheit im Vergleich zu allen Ländern. In Spanien ist der größte Anteil der Bevölkerung indifferent und zeigt weder Zufriedenheit, noch Unzufriedenheit. In Dänemark ist die Zufriedenheit am ausgeprägtesten, wenngleich bei überdurchschnittlichen Ausgaben pro Kopf, die allerdings nur geringfügig höher sind als für die Gruppe der Länder Schweden und Belgien und in etwa gleich den Ausgaben in den Niederlande und in Österreich. Gemessen an den Durchschnittsausgaben ist die finnische Bevölkerung sehr zufrieden. Deutsche und Franzosen und die BewohnerInnen von Luxemburg sind relativ zu ihrem Ausgabeniveau weniger zufrieden als ÖsterreicherInnen.

### **Es gibt Reformwünsche in Österreich**

Aus der Befragung, ob etwaige Reformveränderungen vonnöten sind, zeigte sich gleichfalls, daß hohe Zufriedenheit mit geringen Reformwünschen einhergehen.

Umgekehrt konnte der größte Reformbedarf für Italien identifiziert werden, jenes Land, in dem die Zufriedenheit mit der gesundheitlichen Versorgung im Verhältnis zu den Ausgaben am geringsten war. Im

<sup>3</sup> Citizens and health systems: main results from a Eurobarometer survey, European Commission, DG V/F.1, 1998. Die hier präsentierten Ergebnisse beziehen sich auf die Frage: "Sind Sie mit dem Gesundheitswesen in ihrem Land im allgemeinen sehr zufrieden, ziemlich zufrieden, weder zufrieden, noch unzufrieden, ziemlich unzufrieden, sehr unzufrieden". Die jeweiligen Prozentangaben wurden mit einem "Notensystem" 5 bis 1 gewichtet und zu einem Gesamtscore integriert. Dieser Gesamtscore wurde zu den um Dollar Kaufkraftunterschiede bereinigten Gesundheitsausgaben pro Kopf 1996 in Beziehung gesetzt und dargestellt (vgl. Abbildung 1).

<sup>4</sup> Vgl. IFES/Fessel-GfK: Studie Sozialversicherung, Befragung im Auftrag des Hauptverbandes der SV-Träger, Dezember 1997 sowie IMD - International Institute for Management Development, World Competitiveness Yearbook 1999, Switzerland 1999.

<sup>5</sup> Die Gesundheitsausgaben pro Kopf erklären bei einer OLS-Regression 42 Prozent der Varianz des Zufriedenheitsscore.

bevölkerungsgewichteten EU-Durchschnitt befand etwa jede zweite Person, es seien nur geringfügige Änderungen im Gesundheitswesen erforderlich. Immerhin, 40 Prozent sahen einen großen Reformbedarf.

Tabelle1: Reformwünsche im Gesundheitsbereich<sup>a)</sup>

	Kaum Änderungen erforderlich <sup>b)</sup>	Große Änderungen erforderlich <sup>b)</sup>	Gesundheitsausgaben pro Kopf <sup>c)</sup>
Dänemark	91,6%	7,5%	1802
Finnland	90,5	7,7	1380
Luxemburg	75,8	15,8	2139
Deutschland	76,1	18,9	2278
Belgien	75,7	19,4	1708
Niederlande	77,0	21,1	1766
<b>Österreich</b>	<b>73,7</b>	<b>21,3</b>	<b>1748</b>
Schweden	72,6	25,2	1675
Frankreich	66,5	29,6	1983
Irland	50,1	45,2	1276
Spanien	44,5	47,5	1115
Großbritannien	42,0	56,0	1317
Griechenland	29,3	69,2	888
Portugal	23,0	70,1	1071
Italien	18,5	76,9	1584
<b>EU-15<sup>d)</sup></b>	<b>54,4</b>	<b>41,4</b>	<b>1689</b>

a) Reihung gemäß der Kategorie: "Große Änderungen erforderlich"

b) Ausgenommen der Kategorie: "Anderes"; deshalb addieren die Zahlen nicht auf 100.

c) 1996 US-Dollar, bereinigt um Kaufkraftunterschiede

d) Bevölkerungsgewichteter Durchschnitt

Quellen: *Citizens and health systems: main results from a Eurobarometer survey*, European Commission, DG V/F.1, 1998, IHS HealthEcon Berechnungen 1999

Jene Ländergruppe, in die auch die österreichischen Zufriedenheit hineinfiel, hatte im Vergleich zu den Ländern an den Spitzenplätzen einen etwa zwei bis dreifach so starken Reformbedarf. Österreich liegt, gereiht nach der Kategorie "Große Änderungen erforderlich", an siebenter Stelle. Von jenen Personen, die Änderungen wünschten, hielten allerdings nur 3,3 Prozent einen vollständigen Umbau des Gesundheitssystems für notwendig. Interessant festzustellen ist jedenfalls, daß es neben der Nord- Südteilung in der Zufriedenheitsskala, im Bereich der Reformwünsche eine Teilung in steuerfinanzierte Systeme und in Sozialversicherungssysteme gibt. Mit der hervorstechenden Ausnahme von Dänemark und Finnland, sind die Sozialversicherungsländer Luxemburg, Deutschland, Belgien, Niederlande, Österreich und Frankreich hinsichtlich der Reformwünsche im Vergleich zu den steuerfinanzierten Ländern Irland, Spanien,

Großbritannien, Griechenland, Portugal und Italien sehr zurückhaltend. Schweden als steuerfinanziertes Land bildet eine Ausnahme und liegt vor Frankreich, ein klassisches Sozialversicherungsland.

### ***Ausgabenstruktur - Mittelverwendung im internationalem Vergleich***

Deutschland, Luxemburg und Frankreich weisen zwar die mit Abstand höchsten gesamten Gesundheitsausgaben auf (pro Kopf in US \$, bereinigt nach Kaufkraftparitäten, vgl. Abbildung 1), jedoch Dänemark, Niederlande, Österreich und Frankreich die höchsten stationären pro Kopf-Ausgaben und Luxemburg, Deutschland und Italien die höchsten Ausgaben für ärztliche Leistungen (vgl. Tabelle A1 und A2). In Griechenland, Portugal und Spanien sind nicht nur die gesamten Gesundheitsausgaben auf pro Kopf-Basis am niedrigsten, sondern ebenfalls die stationären Ausgaben. In den Bereichen ärztliche Leistungen sind die Ausgaben dieser Länder zwar auch unterdurchschnittlich, aber in einer ähnlichen Größenordnung wie in Irland, Dänemark oder den Niederlanden.

### **Konvergieren die Ausgaben für die stationäre Versorgung?**

Während der 90er Jahre kann eine Tendenz zur Konvergenz der pro Kopf-Ausgaben für stationäre Versorgung verzeichnet werden: Außer Österreich liegen lediglich Finnland, Großbritannien und Spanien 1996 noch weiter unter dem EU15-Durchschnitt als 1990, wobei zu Finnland anzumerken ist, daß sich der in Prozent gemessene Abstand zum EU-Durchschnitt nicht nur vergrößert hat, sondern sich auch seine Richtung umgekehrt hat. Es liegt nahe, die Konvergenz der anderen Länder als Auswirkung der generellen Bemühungen um Konvergenz in Hinblick auf die Maastricht-Kriterien zu interpretieren, zumal ja der Anteil der öffentlichen Ausgaben im stationären Bereich in der Regel höher als bei der extramuralen Versorgung ist. Darüber hinaus verzeichnen die europäischen Länder ähnliche Ziele in ihrer Gesundheitspolitik (mikro- und makroökonomische Effizienz), da das primäre Ziel der Versorgung eines möglichst umfassenden Bevölkerungsanteils in den EU-Ländern bereits erreicht ist. Und schließlich haben sich die meisten Länder ähnlicher Mittel bedient, um dem Ziel einer Einbremsung des Ausgabenwachstums im Gesundheitswesen näher zu kommen, nämlich fester Budgets und der Einführung von Quasimärkten<sup>6</sup>. Die Konvergenz der stationären Ausgaben ist aber nicht auf die EU-Länder beschränkt, auch im Vergleich mit den USA und der Schweiz findet eine Angleichung statt. Es ist zusätzlich zu vermuten, daß sich - zumindest innerhalb ähnlich reicher Länder - Informationen über neue Behandlungsmethoden und -standards nicht zuletzt durch den immer selbstverständlicher werdenden Einsatz neuer Medien rascher verbreiten können. Somit können sie auch schneller nachgefragt und eingesetzt werden, und durch ähnlicher werdende Behandlung gleichen sich schlußendlich auch die Ausgaben an. Mit dieser 'Globalisierungsthese' als Erklärungsansatz steht auch die Beobachtung in Einklang, daß zwar ebenfalls im Bereich der Arzneimittelausgaben, kaum aber bei den Ausgaben für die niedergelassenen Ärzte ähnliche Entwicklungen zu verzeichnen sind.

---

<sup>6</sup> Zu verschiedenen Begründungen für und gegen Konvergenz der Gesundheitsausgaben vgl. Comas-Herrera, Is there convergence in the health expenditures of the EU member states? In Mossialos, LeGrand (Hrsg.): Health care and cost containment in the European Union, Ashgate, 1999, 197-218

Hohe pro Kopf-Ausgaben für stationäre Behandlung können durch häufige (z.B. Österreich und Frankreich) oder langdauernde (z.B. Niederlande) Krankenhausaufenthalte oder durch kostenintensive Behandlung während des Aufenthalts (z.B. Dänemark) verursacht sein. Aufnahmezeiten unter dem EU-Durchschnitt sind in der Regel in Ländern zu verzeichnen, deren gesamte Gesundheitsausgaben pro Kopf unter dem EU-Durchschnitt liegen, nicht notwendigerweise aber auch die stationären pro Kopf-Ausgaben. Die Niederlande stellen in dieser Hinsicht eine Ausnahme dar, da dort eine sehr niedrige Aufnahmezeit gemeinsam mit überdurchschnittlichen Gesamtausgaben, aber noch stärker überdurchschnittlichen stationären pro Kopf-Ausgaben auftreten. Die hohen stationären Ausgaben resultieren aus dem niederländischen 'Spitzenplatz' in bezug auf die durchschnittlichen Verweildauern, die mehr als doppelt so hoch sind wie in Luxemburg, dem EU-Land mit der zweitlängsten Verweildauer.

Während eine schwache positive Beziehung zwischen Aufnahmezeiten und Zufriedenheit mit dem Gesundheitssystem festgestellt werden kann, ist ein ähnlicher Zusammenhang zwischen Verweildauer und Zufriedenheit nicht zu beobachten. Insbesondere kann nicht behauptet werden, daß unterdurchschnittliche Verweildauern zu geringer Zufriedenheit mit dem Gesundheitssystem führen. Dies läßt sich mit der puncto Zufriedenheit führenden Dänemark belegen, die im EU-Vergleich die zweitniedrigste Verweildauer aufweist.

### **Divergenz bei den Ausgaben für ärztliche Leistungen?**

Die Leistungen der niedergelassenen ÄrztInnen entsprechen geradezu klassisch dem Bild standortgebundener Dienstleistungen, sodaß Wettbewerb hauptsächlich lokal auftritt, und der Einfluß nationaler Regelungen ausgeprägt ist. Anders als im Arzneimittelbereich fehlt für den Bereich der ärztlichen Versorgung internationaler Wettbewerb und demnach die Tendenz zur Angleichung der Pro-Kopf Ausgaben. Allerdings muß auch konzediert werden, daß allfällige Konvergenztendenzen aufgrund der meist schlechteren und weniger einheitlichen Gesundheitsstatistiken für den extramuralen Bereich schwerer festgestellt werden können als im stationären Bereich oder bei Arzneimitteln.

Im allgemeinen weisen vorwiegend über Steuern finanzierte Gesundheitssysteme unterdurchschnittliche pro Kopf-Ausgaben für ärztliche Leistungen auf. Eine Ausnahme bildet hier Italien, das rund ein Drittel über dem EU-Durchschnitt liegt. Daß Italien die höchste Ärztedichte der EU aufweist, dürfte in diesem Zusammenhang ebenso eine Rolle spielen wie der damit zusammenhängende relativ große private Gesundheitssektor<sup>7</sup>.

Eine Untersuchung zur Konvergenz der gesamten öffentlichen Gesundheitsausgaben in den EU-Ländern kommt zu dem Schluß, daß für den gesamten Zeitraum seit 1960 weder Divergenz noch Konvergenz festgestellt werden kann, für den Zeitraum seit 1990 und eingeschränkt auf Länder mit vorwiegend steuerfinanziertem Gesundheitssystem hingegen schon<sup>8</sup>.

---

<sup>7</sup> Fattore, G., Cost containment in the Italian National Health Service. In Mossialos, LeGrand 1999, ebenda, 513 - 546

<sup>8</sup> Comas-Herrera 1999, ebenda

## **Die Position Österreichs**

Österreich verzeichnet, gemessen am EU-Durchschnitt, überproportionale pro Kopf-Ausgaben für ärztliche Leistungen für Krankenhausversorgung, wobei die analysierten Ausgaben für Krankenhausversorgung für den Zeitraum 1993 bis 1996 auf die Fondskrankenanstalten beschränkt sind, die allerdings etwa drei Viertel der gesamten Bettenkapazität und mehr als vier Fünftel des Personal umfassen. In Zusammenhang mit den überproportionalen pro Kopf-Ausgaben für ärztliche Dienste ist erwähnenswert, daß die Ärztedichte und die Anzahl der Arztbesuche pro Kopf in Österreich den EU-Durchschnitt zwar geringfügig übersteigen, diese Überschreitung aber statistisch nicht abgesichert ist<sup>9</sup> (vgl. Tabelle A3). In der stationären Versorgung hingegen kombiniert Österreich eine deutlich überdurchschnittliche Krankenhaushäufigkeit mit einer unterdurchschnittlichen Verweildauer, was als Indiz dafür interpretiert werden kann, daß relativ viele 'leichte' Fälle in stationäre Behandlung gelangen. Daß manche dieser leichten Fälle kostengünstiger ambulant versorgt werden könnten, ohne die Behandlungsqualität zu beeinträchtigen, ist zu vermuten, bedarf aber genauerer Untersuchungen. Bei der Beurteilung der leicht unterdurchschnittlichen Personalintensität pro Bett muß berücksichtigt werden, daß die Bettendichte vergleichsweise hoch ist.

Die in den Medien häufig diskutierte großzügige technische Ausstattung österreichischer Spitäler kommt auch in den Statistiken über die Anzahl von MRI- bzw. CT-Geräten je Million Einwohner zum Ausdruck. Bei beiden Kennzahlen liegt der österreichische Wert beim Doppelten des EU-Durchschnittes, und höher als in jedem anderen EU-Land. Daß großzügige technische Ausstattung nicht notwendigerweise den Präferenzen der PatientInnen entsprechen muß, kommt darin zum Ausdruck, daß einerseits die gut beurteilten Versorgungssysteme in Dänemark und Finnland mit stark unterdurchschnittlicher Großgerätedichte das Auslangen finden, und andererseits das wenig zufriedenstellende italienische System vergleichsweise gut ausgestattet ist.

---

<sup>9</sup> Die mittlere Ärztedichte bewegte sich 1996 mit 95%iger Wahrscheinlichkeit in einem Vertrauensbereich von 2,9 bis 3,9 pro 1000 EinwohnerInnen, die mittlere Anzahl der Arztkontakte zwischen 5.2 und 6.8 pro Kopf.

## **Schwerpunktthema: No Free Health - Macht Managed Care die medizinische Versorgung teurer? - Teil 1**

### ***Zusammenfassung***

Da für Österreich als klassischem Sozialversicherungsland die Funktionsfähigkeit von Managed Care innerhalb der Krankenversicherung von besonderem Interesse ist, steht in Teil 1 der Serie zu den Schwerpunktthemen, die Beschreibung der US-amerikanischen Managed Care-Strukturen in den staatlichen Versicherungsprogrammen im Vordergrund der Analyse. Mehr als ein Drittel der amerikanischen Bevölkerung ist über die staatlichen Versicherungsprogramme krankenversichert. Das Ziel der Implementierung von Managed Care in den staatlichen Krankenversicherungen war die Ausweitung des Versicherungsschutzes und die Erleichterung des Zuganges zu Versorgung. Beide Ziele konnten bislang in keinem befriedigendem Umfang erreicht werden. In der größten Versicherung - Medicaid, die die Versorgung der Bedürftigen sicherstellt, sind mehr als drei mal soviel Versicherte in Managed Care Organisationen registriert als in Medicare, der Versicherung für die "Alten".

Die Wachstumsrate der Gesundheitsausgaben ist auf einem historischen Tief, wofür allerdings die Managed Care Revolution wahrscheinlich nur teilweise verantwortlich zeichnet. Der Krankenhaussektor, der - wie auch in der EU - den größten Teil der Gesundheitsausgaben verbraucht und dessen Kosten zur Hälfte von den staatlichen Versicherungen finanziert werden, weist nach wie vor erhebliche Überkapazitäten auf. Die dennoch stattfindende Konsolidierung wird nicht so sehr mit der Prävalenz von Managed Care erklärt, sondern es werden andere Faktoren einschließlich der Auswirkungen aus der Honorierungsform für ÄrztInnen (Relative Value Scale) dafür verantwortlich gemacht. Die erhebliche Eindämmung der Wachstumsraten der Ärzteneinkommen wird allerdings zu einem Großteil der Preisverhandlungs-Effektivität von Managed Care Organisationen zugeschrieben, die durch Anbieterwettbewerb entstehen dürfte. Beginnend mit 1998 wird wieder ein Anstieg der Gesundheitsausgaben erwartet, der nahezu ausschließlich vom privaten Sektor ausgehen dürfte.

Im zweiten Teil der Serie: "No Free Health - macht Managed Care die medizinische Versorgung teurer?" in der dritten Nummer des Bulletins Health System Watch wird der Versuch im Vordergrund stehen, die Potentiale zur Kostendämpfung durch die Organisationsform Managed Care zu identifizieren und im Hinblick auf ihre Relevanz für europäischen Gesundheitssysteme und darunter insbesondere für die Sozialversicherungssysteme, abzuschätzen.



### **Vorbemerkung**

1973 wurde in den Vereinigten Staaten unter der Nixon-Administration ein Gesetz zur Regulierung von Health Maintenance Organizations (HMO's) verabschiedet<sup>10</sup>. Hintergrund dafür war die durch die Ausweitung der Sozialversicherungsleistungen im noch relativ jungen Medicare-Programm vorgeblich verursachte finanzielle Krise des amerikanischen Gesundheitssystems.

Ein spürbare Verbreitung von HMO, die der medizinischen Versorgung ein gänzlich anderes Gesicht gab und die Philosophie der Bereitstellung völlig änderte, trat allerdings erst Anfang der 80er Jahre ein. Dies wird vielfach damit begründet, daß die zweistelligen Wachstumsraten der Gesundheitsausgaben Anfang der 80er Jahre die Arbeitgeber veranlaßten, nach Alternativen in der Bereitstellung von Versicherungen für die Angestellten zu suchen<sup>11</sup>.

Die Verabschiedung des Gesetzes zur Regulierung von HMO's bildet jedenfalls die Grundlage für die Entwicklung von Managed Care, das mittlerweile in vielfältigen organisatorischen Ausprägungen, das Angebot von Leistungen und die Nachfrage nach Gesundheitsversorgung steuert.

### **Was ist Managed Care**

Managed care ist ein medizinisches Versorgungssystem, in dem die Finanzierung und die Leistungsbereitstellung integriert sind. Das Ausmaß der Integration variiert allerdings stark. Die Integration erfolgt über vertragliche Beziehungen zwischen ausgewählten Ärzten und Krankenanstalten, die für eine Gruppe von Versicherten, die eine festgelegte monatliche Prämie bezahlen, medizinische Leistungen erbringen. In jeder organisatorische Ausprägung von Managed Care liegt das Hauptbestreben darin, Kostenkontrolle über die Regulierung des "Arztverhaltens" zu erreichen<sup>12</sup>. Die Intervention in die von Ärzten und PatientInnen getroffenen Behandlungsentscheidungen beinhaltet zumeist die Limitierung bestimmter Behandlungen oder die Limitierung des Zugangs zu bestimmten Anbietern. Die meisten Managed Care Organisationen versuchen demnach, die "freie Arztwahl" für ihre Versicherten einzuschränken. Ein weiteres Merkmal ist, daß Managed Care Organisationen der Rolle der praktische Ärzte ein starkes Gewicht geben und somit mehr praktische ÄrztInnen als FachärztInnen unter Vertrag genommen werden. Dieses Merkmal von Managed Care in Verbindung mit der eingeschränkten Arztwahl für die jeweiligen Versicherten-Gruppen bedeutet für die FachärztInnen ein erhöhtes Risiko, weil die Wahrscheinlichkeit, daß sie von einer Managed Care Organisation unter Vertrag genommen werden geringer ist, als dies für die praktischen Ärzte der Fall ist.

<sup>10</sup> Durch dieses Gesetz wurden gesetzliche Einschränkungen in den Bundesstaaten aufgehoben, Auflagen zur Führung einer HMO's erlassen, Qualitätsstandards vorgegeben und für bestimmte Arbeitgeber wurde vorgesehen, daß sie sowohl HMO-Versicherungen anbieten können, als auch die herkömmliche Krankenversicherung.

<sup>11</sup> Paul Ellwood, MD zitiert in A Quarter Century of Health Maintenance, Medical News & Perspective - December 23/30. JAMA.1998; 280:2059-2060.

<sup>12</sup> "HMO is a misnomer...What you do have are these amorphous creatures that are basically organizations that regulate the patient-doctor relationship. HMOs are private-sector health care regulators". U. Reinhardt in JAMA.1998; 280:2059-2060.

### **Hauptformen von Managed Care Organisationen und Versicherungsschutz**

Zwei Kategorien von Managed Care Organisationen dominieren. In der ursprünglichen Form der Health Maintenance Organizations (HMO) erhalten die Versicherten von spezifizierten praktischen Ärzten die notwendigen Leistungen. Darüber hinaus besteht Versicherungsschutz nur bei Inanspruchnahme von Leistungen bei einer vordefinierten Gruppe von Anbietern. Der Versicherungsschutz für das Klientel von Preferred Provider Organizations (PPO) umfaßt Leistungen eines unabhängigen Netzwerkes von Anbietern, die für die PPO-Versicherten zu verbilligten Raten erbracht werden.

77,3 Prozent der amerikanischen Bevölkerung waren 1997 entweder über einen privaten Arbeitgeber versichert (43,1 Prozent) oder sozialversichert (34,2 Prozent), 7,1 Prozent bezahlten ihre Versicherung aus dem laufenden Einkommen und 15,6 Prozent verfügten über keine Versicherung<sup>13</sup>.

### **Finanzierung der Gesundheitsausgaben**

1997 betragen die Gesundheitsausgaben in Prozent des Bruttoinlandsproduktes 13,5. Der BIP-Anteil der Gesundheitsausgaben blieb im wesentlichen seit 1994 unverändert. Die öffentlichen Gesundheitsausgaben in den USA, die sich in der Hauptsache aus Medicare, der Versicherung für die Gruppe der über 65jährigen und Medicaid, der Versicherung für die Bedürftigen, zusammensetzen, erreichten 1997 einen Wert von 4,8 Prozent des Bruttoinlandsproduktes<sup>14</sup>. 1997 betrug die Wachstumsrate der Gesundheitsausgaben 4,8 Prozent und war auf dem niedrigsten Niveau seit 35 Jahren. Der öffentlich finanzierte Anteil der Gesundheitsausgaben betrug 1997 46 Prozent, was gegenüber 1990 um 6 Prozentpunkte höher war. Demgemäß verringerte sich der privat finanzierte Anteil von 60 Prozent 1990 auf 54 Prozent 1997.<sup>15</sup> 1997 wurden von den staatlichen Versicherungsprogrammen Medicare und Medicaid etwa 34 Prozent der Gesundheitsausgaben finanziert. Medicare und Medicaid sind obligatorische öffentliche Ausgaben.

Anteilig am Bundesbudget betragen die obligatorischen Ausgaben 1998 57 Prozent. Unter konstanten Politikbedingungen wird erwartet, daß jener Ausgabenanteil im Jahr 2002 auf 63 Prozent gestiegen sein wird, 2009 wird er 73 Prozent der gesamten Budgetausgaben verschlingen. Der Anteil der Medicare und Medicaid Ausgaben zusammen ergab 1998 33,2 Prozent der obligatorischen Ausgaben, 2002 wird - gemäß Prognose der Anteil auf 34,5 Prozent gestiegen sein und 2006 um 7 Prozentpunkte auf 40,3 Prozent. Werden die Ausgaben für Medicare, Medicaid und jene für die staatliche Pensionsversicherung auf die obligatorischen Ausgaben bezogen, so betrug der Anteil 1998 73,3 Prozent. Die Sozial- und Gesundheitsausgaben bezogen auf das gesamte Bundesbudget betragen demnach 41,7 Prozent. Gemäß Prognose steigt bis 2002 der Anteil der Sozial- und Gesundheitsausgaben am Bundesbudget auf 46,3 Prozent und bis zum Jahr 2009 um 14

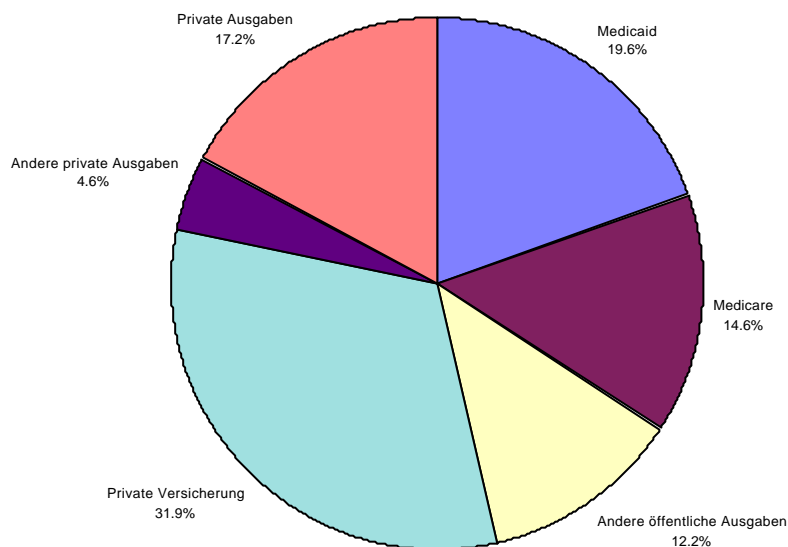
<sup>13</sup> Carrasquillo O., Himmelstein D. U, Woolhandler, S., Bor D.H.: A Reappraisal of Private Employers' Role in Providing Health Insurance, NEngJMed January 14, 1999, Vol 340:109-114, No 2; Carrasquillo et al bereinigten die Berechnungen des US-Bureau of Census um die Mehrfachversicherten. Diese Bereinigungen führten dazu, daß der Anteil der sozialversicherten Personen relativ stärker zu Buche schlägt als dies von der Behörde ermittelt wurde.

<sup>14</sup> Die öffentlichen Gesundheitsausgaben in Österreich betragen 1997 6,0 Prozent des BIP.

<sup>15</sup> Iglehart, J.K. The American Health Care System - Expenditures; NEngJMed, January 7, 1999, Vol 340:70-76, No 1.

Prozentpunkte auf 56,3 Prozent.<sup>16</sup> Die Zentralversicherungsanstalt Health Care Financing Administration (HCFA) prognostiziert, daß der BIP-Anteil der Gesundheitsausgaben im Jahr 2007 auf 16,6 Prozent steigen wird, wofür hauptsächlich Kostensteigerungen im privaten Sektor verantwortlich gemacht werden<sup>17</sup>.

Abbildung 2: Finanzierung der Gesundheitsausgaben, 1997



Quelle: Health Care Financing Administration 1998 und IHS-HealthEcon 1999

Tabelle 2: Prognose der Gesundheitsausgaben	1998	2002	2009
Pflichtausgaben am Gesamtbudget	57,0%	63,2%	72,8%
• Medicare und Medicaid an den gesamten Pflichtausgaben	33,2	34,5	40,3
Medicare und Medicaid am Gesamtbudget	18,9	21,8	29,3
Sozial- und Gesundheitsausgaben am Gesamtbudget	41,7	46,3	56,3
Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt	13,7	14,5 <sup>a)</sup>	16,6 <sup>b)</sup>

a) 2001, b) 2007

Quellen: A CBO Report: The Economic and Budget Outlook: Fiscal Years 2000-2009, January 1999, The Congress of United States, Congressional Budget Office, Washington DC, Smith S, Freeland M, Heffler S, McKusick K; Health Expenditures Projection Team. The next ten years of health spending: what does the future hold? Health Aff (Millwood) 1998; 17(5):128-40 und IHS HealthEcon Berechnungen 1999.

<sup>16</sup> A CBO Report: The Economic and Budget Outlook: Fiscal Years 2000-2009, January 1999, The Congress of United States, Congressional Budget Office, Washington DC

<sup>17</sup> Smith S, Freeland M, Heffler S, McKusick K; Health Expenditures Projection Team. The next ten years of health spending: what does the future hold? Health Aff (Millwood) 1998; 17(5):128-40. Ginzberg E, The Uncertain Future of Managed Care, Sounding Board, NEngJMed, January 14, 1999, Vol 340:144-146, No 2.

## Medicaid - die Versicherung für die Bedürftigen

Medicaid ist der größte Versicherer im Gesundheitswesen in den Vereinigten Staaten. 1997 waren 41,3 Millionen Personen für die Inanspruchnahme von akutmedizinischen und Langzeitpflege-Leistungen, einschließlich Arzneimittel in Medicaid versichert. Gegenüber 1993 ist die Versichertenzahl um fast 70 Prozent gestiegen. Für Spitalsbehandlung und Langzeitpflegeleistungen wurden 1996 etwa 85 Prozent der gesamten Medicaid Ausgaben verbraucht. Bis 1995 verfügten alle "Bedürftigen" über Rechtstitel für die Medicaid Versicherung. Im Zuge des Balanced Budget Acts von 1997 wurde einhergehend mit einer Bundesstaatenreform der Rechtsanspruch in einen fakultativen Anspruch, der beantragt werden muß, umgewandelt. Diese Veränderung in Verbindung mit dem hohen administrativen Aufwand, sowohl für die Versicherungsnehmer als auch für die Anbieter erhöhte die Zahl jener, die zwar aufgrund ihrer Einkommenssituation für Medicaid Leistungen qualifiziert sind, sie aber nicht in Anspruch nehmen.<sup>18</sup>

Die Ausgaben für Medicaid wuchsen 1998 etwa sechs Prozent, was gegenüber 1996 drei Prozentpunkte und gegenüber 1997 zwei Prozentpunkte höher war. Das Wachstum der Medicaid-Ausgaben, deren Aufbringung auf die Bundesstaaten und den Zentralstaat aufgeteilt ist, wird gemäß den jüngsten Prognosen im Jahr 2000 7 Prozent betragen und sich bis 2009 auf etwas über 8 Prozent einpendeln<sup>19</sup>. Die erwarteten höheren Wachstumsraten für Medicaid begründen sich durch die von der Zentralversicherungsanstalt (HCFA) vorgesehene Freigabe bzw. die Verpflichtung vermehrt Medicaid-Versicherte in Managed Care Organisationen zu registrieren. Darüber hinaus wird erwartet, daß die Lohnkosten im Bereich der Langzeitpflege steigen werden. Letztlich wird darauf hingewiesen, daß die laufenden Veränderungen in der Gesetzgebung und in der Durchführung der Versorgung Bedürftiger die Verwaltungskosten steigen lassen. Andererseits wird erwartet, daß die gute Konjunktur einen dämpfenden Effekt auf die Medicaid-Ausgaben hat.

## Medicaid Manged Care

1997 boten 49 Bundesstaaten den Medicaid Versicherten die Gesundheitsversorgung über Managed Care Organisationen an. Die Anzahl der Medicaid Managed Care Versicherten ist gegenüber 1993 um das 10 fache gestiegen und betrug 1997 48 Prozent<sup>20</sup>. Die Bundesstaaten sind in drei Formen von Managed Care involviert: Erstens werden vertragliche Beziehungen zu praktischen Ärzten abgeschlossen, die die Rolle von "gatekeeper" haben und die Leistungserbringungen gegen ein fixes Honorar beobachten und überwachen. Zweitens werden die Versicherten in HMO's aufgenommen, die für die Bereitstellung eines umfassenden Leistungspakets das gesamte finanzielle Risiko übernehmen und drittens werden für die Versicherten Verträge mit Kliniken und/oder Gruppenpraxen abgeschlossen, die sämtliche Leistungen erbringen, aber nicht das gesamte finanzielle Risiko übernehmen. In jenen Regionen, in denen die HMO's so weit entwickelt sind, daß sie das gesamte finanzielle Risiko der Medicaid-Mitgliedschaft übernehmen, wählen die Bundesstaaten bevorzugterweise diese Form<sup>21</sup>.

<sup>18</sup> Iglehart, J.K. The American Health Care System - Medicaid; NEngJMed, February 4, 1999, Vol 340:403-408, No 5

<sup>19</sup> A CBO Report, ebenda.

<sup>20</sup> U.S. Department of Health and Human Services Health Care Financing Administration: Financial Report, Fiscal Year 1997, Baltimore 1998.

<sup>21</sup> Iglehart, J.K. The American Health Care System - Medicaid; NEngJMed, February 4, 1999, Vol 340:403-408, No 5.

Von 36,2 Millionen Medicaid Versicherten 1997 waren 50 Prozent Kinder, 19 Prozent bedürftige Erwachsene, 19 Prozent Behinderte und 12 Prozent ältere Personen<sup>22</sup>. Kinder mit ihren Müttern zusammen stellen 70 Prozent der Versicherten im Medicaid Programm. Allerdings wird von jener Gruppe lediglich etwa 30 Prozent der Ausgaben für Medicaid konsumiert. Das kritische Moment in der Medicaid Managed Care Revolution ist demnach, ob die gewinnorientierten Versicherer in der Lage und Willens sind, die Älteren, die chronisch Kranken und/oder Behinderten aufzunehmen, die zusammen 70 Prozent der Ausgaben konsumieren<sup>23</sup>.

Das Ziel von Medicaid Managed Care war, den Zugang zur Gesundheitsversorgung zu erweitern und das Wachstum der Ausgaben zu kontrollieren. Jüngsten Einschätzungen zufolge sind diese Ziele nur beschränkt erreicht worden. Medicaid Managed Care ist im wesentlichen auf die Zielgruppe Kinder und Frauen mit Kindern beschränkt geblieben. Die Leistungsvergütung für Medicaid Versicherte ist traditionellerweise relativ kostengünstig, sodaß es für die Bundesstaaten schwierig ist, die Kopfpauschalen der HMO's zu drücken und Rabatte zu verhandeln. Die Kombination von niedrigen Kopfpauschalen und einen bestimmten, von den meisten Bundesstaaten finanziell abgesicherten Gebietsschutz für bestehende Wohlfahrtseinrichtungen, haben in einigen Staaten die Bereitschaft vieler kommerzieller HMO's beschränkt, Verträge abzuschließen. Dadurch ist das Ziel der Ausdehnung des Zugangs zu Versorgungseinrichtungen konterkariert<sup>24</sup>.

### **Medicare - die Versicherung für die "Alten"**

Medicare ist eine Kombination aus zwei Versicherungen mit jeweils unterschiedlicher Mitgliedsstruktur, Versicherungsschutz und Finanzierung. Medicare Teil A ist die Versicherung für Krankenhausaufenthalte, Teil B ist eine Art freiwillige Zusatzversicherung, die jedoch fast alle Medicare Versicherten in Anspruch nehmen und die im wesentlichen die Leistungserbringung der niedergelassenen ÄrztInnen und jene Leistungen, die in den Spitalsambulanzen erbracht werden, abdeckt.

Medicare Teil A und Teil B werden aus vier verschiedenen Quellen finanziert. Die Krankenhausversicherung wird zu 88 Prozent von Arbeitgeber und Arbeitnehmerbeiträgen gespeist, zu 7 Prozent aus Zinserträgen und zu 5 Prozent aus dem allgemeinen Steueraufkommen bzw. aus Zuzahlungen der Versicherten<sup>25</sup>. Die freiwillige Zusatzversicherung (Medicare Teil B) wird zu 73 Prozent vom Kongress finanziert und zu 24 Prozent von Prämien gespeist; der Rest sind Zinserträge. Die Verhandlungen um ein ausgeglichenes Budget 1997 (Balanced Budget Act) führten im Jänner 1999 zur Etablierung einer dritten Versicherung, Medicare+Choice, die in erster Linie dazu verhelfen soll, Medicare Managed Care mit Hilfe von kreativen Finanzierungsformen zu restrukturieren.

Die Ausgaben für Medicare wuchsen in den 90er Jahren durchschnittlich 10 Prozent pro Jahr. Für die kommende Dekade ist ein jahresdurchschnittliches Wachstum von 7,3 Prozent pro Jahr prognostiziert. 60

---

<sup>22</sup> 1997 HCFA-Financial Report

<sup>23</sup> Ginzberg E, ebenda.

<sup>24</sup> Holahan J, Wiener J, Wallin S. Health Policy for the low income population: major findings from the Assessing the New Federalism case studies. Occasional paper no. 18. Washington, D.C.: Urban Institute, 1998.

<sup>25</sup> 1997 HCFA Financial Report

Prozent des prognostizierten Wachstums der Medicare Ausgaben in den nächsten 10 Jahren werden durch eine höhere Versichertenzahl und durch Indexanpassungen erwartet. Technologische Veränderungen im klinischen, wie auch im administrativen Bereich, aber auch die Altersverteilung der Versicherten werden für die restlichen 40 Prozent verantwortlich gemacht<sup>26</sup>.

### **Medicare Managed Care**

1997 waren 39 Millionen Personen im Versichertenprogramm Medicare. Gegenüber 1967 entspricht dies einer Steigerung von etwa 100 Prozent. Der Anteil der über 85-jährigen Versicherten hat sich zwischen 1966 und 1995 verdoppelt. 1997 waren noch immer 33 Millionen Personen traditionell sozialversichert. Die Vertragspartner für dieses Segment werden nach wie vor nach Einzelleistungen vergütet. 5,7 Millionen oder 14,2 Prozent aller Versicherten in Medicare waren 1997 in einer HMO versichert. Dies verursachte Ausgaben für Medicare Managed Care von etwa \$ 25,7 Mrd. oder 12,4 Prozent der Gesamtausgaben für Medicare<sup>27</sup>.

Die Etablierung der Medicare+Choice Versicherung im Jänner 1999, die die Zentralversicherung - veranlaßt durch den republikanisch dominierten Kongress - verpflichtete, eine Palette von Versicherungsmöglichkeiten anzubieten und Anpassungen der geographisch unterschiedlichen Pauschalen für die Leistungserbringung vorzunehmen, brachte bereits im Vorfeld große Probleme mit sich. 43 von 347 HMOs, die mit Medicare einen Vertrag hatten, wollten nach Bekanntwerden der Tarifreformen die Verträge nicht mehr verlängern. Finanzielle Verluste wurden als der Hauptgrund genannt. Weitere 54 HMOs kündigten an, die Zahl der Regionen, in denen sie tätig waren zu reduzieren<sup>28</sup>. Von diesen Veränderungen waren etwa 500 000 Versicherte betroffen. Schätzungen zufolge sind 87 Prozent der Betroffenen in gewinnorientierten HMOs versichert. Im Gegensatz dazu sind insgesamt 68 Prozent der 5,7 Millionen Medicare Versicherten in gewinnorientierten HMOs krankenversichert<sup>29</sup>. Die Leistungsvergütung schwankt über die Regionen sehr stark, sodaß beobachtet wurde, daß HMO verstärkt in den gut bezahlten Regionen operieren und aus "Grenz-Gewinn-Zonen" abziehen. Seitens der Zentralversicherung wird daher die Zuverlässigkeit und Kontinuität der HMOs stark in Frage gestellt<sup>30</sup>.

### **Ausgaben der Privaten Haushalte**

Private Haushalte finanzierten über die arbeitsplatzbezogenen Versicherungen 31,9 Prozent der Gesundheitsausgaben, über Selbstbehalte, Zuzahlungen und andere Haushaltsausgaben wurden 1997 21,8 Prozent finanziert. 90 Prozent der privat versicherten Personen verfügten 1997 über eine arbeitsplatzbezogene Versicherung<sup>31</sup>. 70 Prozent der Personen, die über den Arbeitsplatz geschützt sind, wurden von privaten Arbeitgebern versichert. Die über private Arbeitgeber versicherten Personen umfassen hauptsächlich nicht-alte,

<sup>26</sup> A CBO Report, ebenda

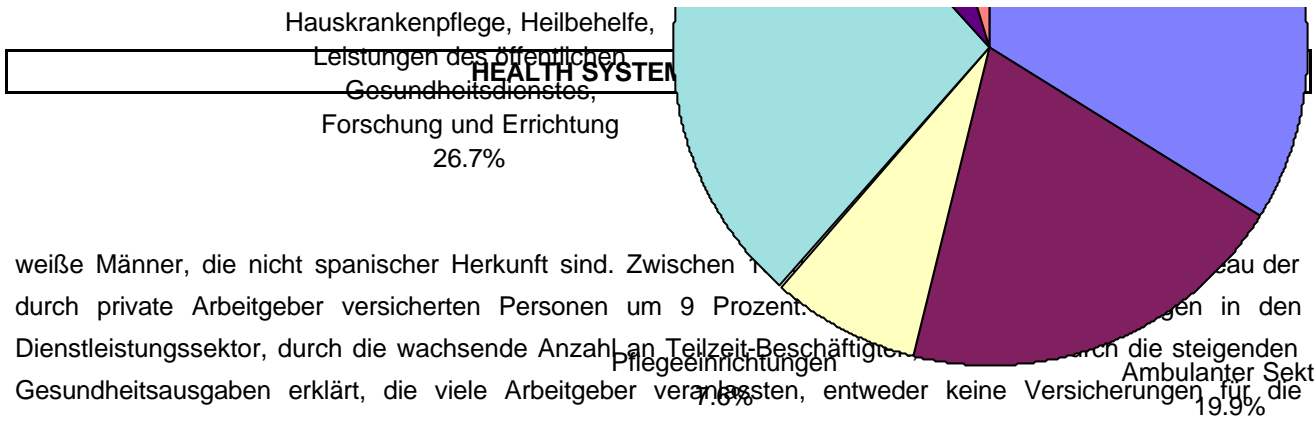
<sup>27</sup> 1997 HCFA Financial Report

<sup>28</sup> Iglehart, J.K. The American Health Care System - Medicare; NEnglJMed, January 28, 1999, Vol 340:327-332, No 4.

<sup>29</sup> Neuman P, Langwell K, Medicare's choice explosion? Implications for beneficiaries. Health Aff(Millwood) 1999, 18(1):150-60.

<sup>30</sup> Dr. Robert A. Berenson, Direktor der HCFA Center of Health Plans and Providers in Igelhart, JK, ebenda

<sup>31</sup> Kuttner, R, The American Health Care System - Employer-Sponsored Health Coverage; NEnglJMed, January 21, 1999, Vol 340:248-252, No 3.

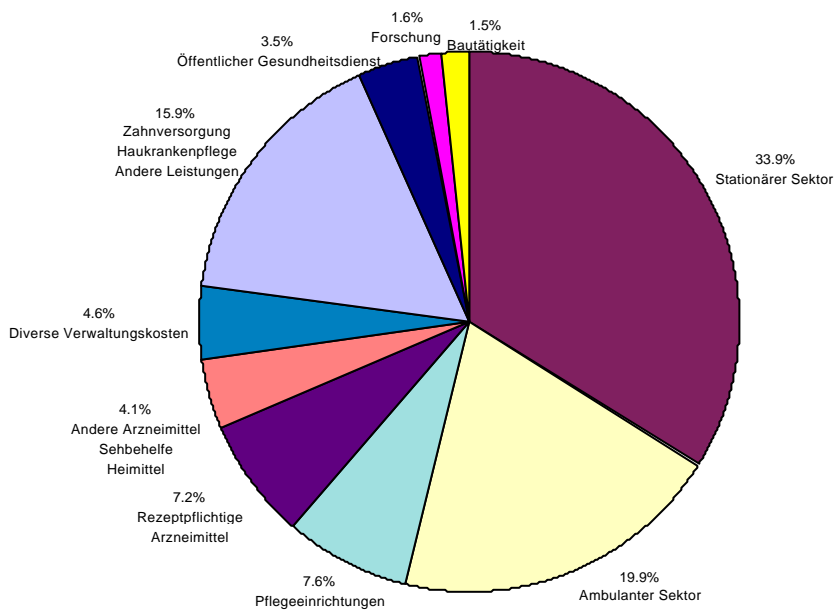


weiße Männer, die nicht spanischer Herkunft sind. Zwischen 1990 und 1997 stieg der Anteil der durch private Arbeitgeber versicherten Personen um 9 Prozent. Der Anstieg der Ausgaben in den Dienstleistungssektor, durch die wachsende Anzahl an Teilzeit-Beschäftigten, wird durch die steigenden Gesundheitsausgaben erklärt, die viele Arbeitgeber veranlassen, entweder keine Versicherungen für die Arbeitnehmer abzuschließen oder die Beiträge für die Beschäftigten zu heben. Dies führte bei Beziehern niedriger Einkommen zu erhöhten drop outs<sup>32</sup>.

### Mittelverwendung

61,5 Prozent der gesamten Gesundheitsausgaben 1997 wurden von Krankenanstalten (34,0 Prozent), von Pflegeeinrichtungen (7,6 Prozent) und von ärztlichen Leistungen einschließlich Leistungen von Tageskliniken (19,9 Prozent) verbraucht. Für verordnete Arzneimittel wurden 7,2 Prozent ausgegeben, Forschung (1,65 Prozent) und Bautätigkeit (1,55 Prozent) konsumierten zusammen 3,20 Prozent.

Abbildung 3: Mittelverwendung im Gesundheitswesen, 1997



Quelle: Health Care Financing Administration 1998 und IHS HealthEcon 1999

Etwas mehr als drei Fünftel der Gesundheitsausgaben werden im stationären und ambulanten Bereich verbraucht.

<sup>32</sup> Carrasquillo et.al ebenda.

## Stationärer Sektor

Medicaid und Medicare zusammen finanzieren etwa die Hälfte der Ausgaben für die Krankenanstalten, ein Drittel wird von den Privatversicherungen bezahlt und etwa 3 Prozent von den privaten Haushalten. Der Rest verteilt sich auf das Verteidigungsministerium, auf Subventionen und auf private Spenden<sup>33</sup>. Gemäß der aktuellen Prognose der Zentralversicherungsanstalt<sup>34</sup> werden die Ausgaben für den stationären Sektor als Anteil an den Gesamtausgaben 2001 auf 32 Prozent sinken. Dies wird in der Hauptsache auf die Einsparungen im Versicherungsprogramm Medicare in Verbindung mit den Vorgaben für das ausgeglichene Budget zurückgeführt. Darüber hinaus wird erwartet, daß mit der wachsenden Anzahl der Medicare-Versicherten in Managed Care Organisationen, verstärkt die Substitution von stationären zu ambulanten Leistungen erfolgt und somit die Medicare Ausgaben für Krankenhausversorgung gebremst werden.

Die Eigentumsverhältnisse des Krankenanstaltenwesens haben sich in den 90er Jahren häufig verändert. Zwischen 1994 und 1996 waren etwa 41 Prozent der 5 200 nicht-öffentlichen Krankenanstalten in Transaktionen involviert, die die Eigentumsverhältnisse verändert haben. Von 1985 bis 1995 verringerte sich die Anzahl der Akutspitäler um 9 Prozent und fiel von 5732 auf 5194, die Anzahl der Betten fiel um 13 Prozent von 1 Million auf 873 000. Allerdings ist die durchschnittliche Auslastung weiter gefallen von 64,5 Prozent 1990 auf 59,7 Prozent 1995. Interessant aber ist, daß der Anteil der gewinnorientierten Krankenanstalten mit etwa 14 Prozent zwischen 1985 und 1995 konstant blieb<sup>35</sup>.

Zwischen 1985 und 1993 verringerten sich insgesamt die Belagstage pro Kopf in der Akutversorgung um 9 Prozent. Allerdings wurde diese Verringerung lediglich geringfügig durch die Ausbreitung und durch die wachsende Bedeutung von HMO erklärt. Darüber hinaus waren alle anderen Kennzahlen für die Inanspruchnahme mit der Verbreitung von Managed Care kaum assoziiert. Demzufolge wurde der Schluß gezogen, daß für die Veränderung der Inanspruchnahme von Leistungen bzw. für den Rückgang der Belagstage pro Kopf eine Vielzahl anderer, sozio-demographischer, ökonomischer, technologischer und zeitabhängiger Faktoren einschließlich der Honorierungsformen für die ÄrztInnen (Relative Value Scale) verantwortlich waren<sup>36</sup>.

Welche Faktoren auch immer den Rückgang der Belagstage verursachten, ist im allgemeinen ein Trend zu horizontalen Zusammenlegungen infolge dieser Entwicklung zu beobachten<sup>37</sup>. Diese effizienzsteigerende Strategie hat ihren Ursprung offenbar in der Tatsache, daß der stationäre Sektor erhebliche Überkapazitäten aufwies und noch aufweist. 1995 wurden die Kosten für ein leerstehendes Bett in der Akutversorgung auf \$ 48 826 Dollar, das sind etwa ATS 500 000 (Euro 39 032) pro Jahr, geschätzt. Dieses Ergebnis hält selbst unter Berücksichtigung der Reservekapazität. Weiters wurde ermittelt, daß, wenn die Bettenzahl soweit reduziert

<sup>33</sup> Iglehart, J.K. The American Health Care System - Expenditures; NEnglJMed, January 7, 1999, Vol 340:70-76, No 1.

<sup>34</sup> Smith, S, Freeland M, Heffler S, McKusick K; Health Expenditures Projection Team, ebenda.

<sup>35</sup> Gaynor, M. Haas-Wilson, D. Change, Consolidation, and Competition in Health Care Markets, Working Paper W 6706, National Bureau of Economic Research 1998.

<sup>36</sup> Bokhari, F, Caulkins, J.P, Gaynor, M.S, Does Managed Care Matter? Hospital Utilization in the U.S Between 1985 and 1993, Working Paper of the H. John Heinz III School of Public Policy and Management, Carnegie Mellon University, Pittsburgh, November 1998.

<sup>37</sup> Gaynor, M. Haas-Wilson, D. (1998) ebenda



wird, daß die durchschnittliche Auslastung von 59 auf 79 Prozent steigt, dies zu einer 9%igen Verringerung der Betriebskosten pro PatientIn führen könnte<sup>38</sup>.

Allerdings wurde empirisch auch dokumentiert, daß steigende Konzentration im Spitalssektor, also Zusammenlegungen von Häusern, mit steigenden Preisen für Leistungen einher ging. Dies konnte selbst für den Bereich der gemeinnützigen Krankenanstalten festgestellt werden. Andererseits wurde empirisch beobachtet, daß es zwischen steigendem Wettbewerb und Mortalität bzw. Wiederaufnahmeraten einen positiven Zusammenhang gibt bzw. wurde belegt, daß steigender Wettbewerb von einer Verringerung des Qualitätswettbewerbs begleitet war<sup>39</sup>. Die kürzlich vorgenommene und im Kontext des Balanced Budgets Acts stattgefundene Medicare - Tarifreform verursachte Druck auf die Pflegeeinrichtungen (Nursing Homes) und führte bereits in Einzelfällen zu Abweisungen von multimorbiden, kostspieligen PatientInnen.<sup>40</sup> Die Risikoverlagerung von den Versicherern zu den Anbieter, aber auch größeres Preis- und Qualitätsbewußtsein auf seiten der Käufer von Leistungen und selektive Verträge durch die Managed Care Organisationen werden für die horizontale Konsolidierung in der Krankenhausversorgung verantwortlich gemacht.

### Ärztliche Versorgung

Für ärztliche Versorgung wurde 1997 19,7 Prozent ausgegeben. Etwa die Hälfte dieses Anteils sind direkt zurechenbare Einkommen, die rund 4 mal so hoch sind wie das Nettoeinkommen von ÄrztInnen in Finnland, Norwegen und Schweden<sup>41</sup>. Gegenüber dem Durchschnittseinkommen in den USA ist das Netto-ÄrztInneneinkommen mehr als 6 mal höher, gegenüber dem Durchschnittseinkommen in Deutschland 4 mal höher und gegenüber dem britischen etwa 3 mal höher<sup>42</sup>. Vorwiegend infolge der Auswirkungen von Managed Care verringerte sich die jahresdurchschnittliche Wachstumsrate des durchschnittlichen Netto-Ärztteeinkommens von 7,1 Prozent für den Zeitraum 1986 bis 1992 auf 1,7 Prozent in der Periode 1993 bis 1996<sup>43</sup>.

Managed Care hat über die Zeit zur Etablierung von Ärztenetzwerken geführt, wobei einzeln praktiziert wird, aber kollektiv mit der jeweiligen Versicherung Verträge abgeschlossen werden. Der Anteil der ÄrztInnen mit Einzelpraxis verringerte sich gegenüber 1991 um fünf Prozentpunkte und betrug 1995 etwa 25 Prozent, die Anzahl angestellter Ärzte in den Spitälern bzw. in den Versicherungen stieg hingegen um 8 Prozentpunkte von 22 Prozent 1991 auf 30 Prozent 1995. Weiters war im Zuge der Managed Care Ausweitung, sowohl eine

<sup>38</sup> Gaynor, M. Anderson, G.F.(1995) Uncertain Demand, the Structure of Hospital Cost, and the Cost of Empty Hospital Beds, Journal of Health Economics, 14:291-317.

<sup>39</sup> Gaynor, M. Haas-Wilson, D (1998) ebenda.

<sup>40</sup> Laurie McGinley, "As Nursing Homes Say 'No,' Hospitals Feel Pain," Wall Street Journal, May 26, 1999.

<sup>41</sup> Anderson, G.F., Poullier, J.P. Health Spending, Access, And Outcomes: Trends In Industrialized Countries, Health Aff(Millwood) 1999, 18(3):178-192.

<sup>42</sup> Hsiao, W.C.L, Vortrag im Rahmen der Veranstaltung: Honorierungssysteme für Ärztliche Leistungen, St. Wolfgang Gespräche 1998, Verband der Versicherungsunternehmen.

<sup>43</sup> Iglehart, J.K. The American Health Care System - Expenditures; NEngJMed, January 7, 1999, Vol 340:70-76, No 1.

steigende Neigung für als auch eine wachsende Anzahl von Gruppenpraxen, deren "optimale Betriebsgröße" mit drei bis fünf ÄrztInnen ermittelt wurde<sup>44</sup>, zu beobachten.

Eine weitere Reaktion auf die Expansion von Managed Care seitens der Ärzteschaft betrifft ihren Organisationsgrad in den Gewerkschaftsverbänden, die heftig um das neue Klientel werben. Es wird erwartet, daß die Anzahl der ÄrztInnen in den Gewerkschaften jahresdurchschnittlich um 15 Prozent wächst. Etwa 90 Prozent der US-amerikanischen Ärzte verfügen über wenigstens einen Vertrag mit einer Managed Care Organisation, fünf Prozent der gesamten Ärzte in den USA sind gewerkschaftlich organisiert und werden mit diesem Streben neuerdings auch von der American Medical Association unterstützt<sup>45</sup>.

### **Arzneimittelausgaben**

Die Ausgaben für rezeptpflichtige Arzneimittel weisen seit Jahren zweistellige Wachstumsraten auf. 1995 wuchsen sie 10,6 Prozent, 1996 13,2 Prozent und 1997 14,1 Prozent. Als Grund dafür wird die Ausweitung des Versicherungsschutzes für die Konsumtion von Arzneimittel angenommen, aber auch die wachsende Anzahl an verfügbaren Arzneimittel in Verbindung mit der Zulassungspolitik der staatlichen Zulassungsbehörde. Diese Faktoren führten und führen verstärkt zu einem Anstieg der Versicherungsprämien<sup>46</sup>.

---

<sup>44</sup> Gaynor, M. Haas-Wilson, D (1998) ebenda.

<sup>45</sup> Steven Greenhouse, "Angered by HMO's Treatment, More Doctors Are Joining Unions," New York Times, February 4, 1999.

<sup>46</sup> Iglehart, J.K. The American Health Care System - Expenditures; NEngJMed, January 7, 1999, Vol 340:70-76, No 1.

Tabelle A1:	Ausgaben für Krankenhausversorgung pro Kopf													
	US-Dollar, Kaufkraftparitäten							EU15=100						
	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996
<b>Österreich<sup>a)</sup></b>	<b>634</b>	<b>677</b>	<b>756</b>	<b>799</b>	<b>864</b>	<b>897</b>	<b>940</b>	<b>125</b>	<b>120</b>	<b>123</b>	<b>126</b>	<b>131</b>	<b>130</b>	<b>n.v.</b>
Belgien	410	461	516	563	586	613	692	81	81	84	89	89	89	n.v.
Dänemark	866	868	900	973	1032	1067	1131	171	153	146	153	156	155	n.v.
Deutschland	444	551	621	656	709	737	796	88	97	101	103	107	107	n.v.
Finnland	571	621	599	548	526	552	564	113	110	97	86	80	80	n.v.
Frankreich	684	727	785	812	838	876	904	135	128	127	128	127	127	n.v.
Griechenland	199	208	233	247	261	n.v.	n.v.	39	37	38	39	39	n.v.	n.v.
Großbritannien	419	455	498	499	512	521	n.v.	83	80	81	79	77	76	n.v.
Irland <sup>b)</sup>	417	470	578	622	660	692	692	82	83	94	98	100	100	n.v.
Italien	598	671	721	705	735	707	743	118	119	117	111	111	103	n.v.
Luxemburg	395	421	469	530	536	650	703	78	74	76	84	81	94	n.v.
Niederlande	693	745	802	839	865	941	925	137	132	130	132	131	136	n.v.
Portugal	198	241	282	319	346	371	n.v.	39	43	46	50	52	54	n.v.
Schweden <sup>b)</sup>	744	717	663	652	637	665	n.v.	147	127	108	103	96	96	n.v.
Spanien	360	414	447	473	472	471	501	71	73	73	75	71	68	n.v.
EU15 <sup>d)</sup>	507	566	616	634	661	689	n.v.	100	100	100	100	100	100	n.v.
EU11 <sup>d)</sup>	522	591	647	669	700	717	768	103	104	105	105	106	104	n.v.
Schweiz	871	996	1086	1130	1178	1219	1231	173	177	178	179	179	178	160
Vereinigte Staaten	1230	1344	1439	1508	1560	1603	1646	245	239	235	239	238	234	214
Estland	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.
Polen	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.
Slowenien	134	162	205	296	331	n.v.	n.v.	27	29	34	47	50	n.v.	n.v.
Tschechien	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	176	252	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	26	33
Ungarn	n.v.	n.v.	n.v.	127	142	136	179	n.v.	n.v.	n.v.	20	22	20	23

a) 1990 bis 1992: BASYS 1997 Gesundheitssysteme im internationalen Vergleich - Übersichten ; 1993 bis 1996 Ausgaben für die Fonds Krankenanstalten inkl. Afa: BMAGS 1999

b) nur öffentliche Ausgaben

d) bevölkerungsgewichteter Durchschnitt

Quelle: WHO Health for all database; OECD Health Data 98 für Irland, Schweden, USA; OECD Economic Surveys 1999 für Ungarn, Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales, IHS HealthEcon Berechnungen 1999.

Tabelle A2:	Ausgaben für ärztliche Leistungen pro Kopf											
	US-Dollar, Kaufkraftparitäten							EU15=100				
	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1990	1991	1992	1993	1994
<b>Österreich</b>	<b>220</b>	<b>242</b>	<b>264</b>	<b>291</b>	<b>311</b>	<b>n.v.</b>	<b>n.v.</b>	<b>108</b>	<b>111</b>	<b>111</b>	<b>115</b>	<b>118</b>
Belgien <sup>a)</sup>	202	220	241	241	242	n.v.	n.v.	99	101	102	95	92
Dänemark	99	110	120	127	132	n.v.	n.v.	49	50	50	50	50
Deutschland	226	272	309	320	340	354	375	110	124	130	126	129
Finnland	227	253	244	248	242	n.v.	n.v.	111	116	103	98	92
Frankreich	241	259	276	279	278	n.v.	n.v.	118	119	116	110	105
Griechenland	87	90	102	107	114	n.v.	n.v.	43	41	43	42	43
Großbritannien	145	157	172	180	184	n.v.	n.v.	71	72	73	71	70
Irland <sup>a)</sup>	69	83	160	113	120	n.v.	n.v.	34	38	67	45	46
Italien	255	276	296	306	322	312	321	125	126	125	121	122
Luxemburg	323	347	393	431	421	n.v.	n.v.	158	159	166	170	160
Niederlande	130	138	146	143	145	153	154	64	63	62	56	55
Portugal <sup>b)</sup>	179	187	193	189	200	n.v.	n.v.	87	86	81	75	76
Schweden	215	213	192	158	188	n.v.	n.v.	105	97	81	62	71
Spanien	n.v.	145	150	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	67	63	n.v.	n.v.
EU15 <sup>d)</sup>	205	218	237	253	264	n.v.	n.v.	100	100	100	100	100
EU11 <sup>d)</sup>	200	237	258	251	261	n.v.	n.v.	98	108	109	99	99
Schweiz	312	330	362	368	394	422	n.v.	152	151	152	145	150
Vereinigte Staaten	586	642	689	711	730	746	761	286	294	290	281	277
Estland	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.
Polen	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.
Slowenien	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.
Tschechien	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.
Ungarn	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.

a) nur öffentliche Ausgaben

b) nur Daten des National Health Service (NHS)

c) Schätzung

d) bevölkerungsgewichteter Durchschnitt

Quelle: OECD Health Data 98, MOSSIALOS, E., LE GRAND, J., (1999), Health Care and Cost Containment in the European Union, Asghate, Aldershot, Gesundheitssysteme im internationalen Vergleich - Übersichten 1997, Basys, Augsburg, IHS HealthEcon Berechnungen 1999.

Tabelle A3:	Charakteristika der Versorgung, 1996							
	Aufnahmerate in Prozent <sup>a)</sup>	durchschn. Verweildauer in Tagen <sup>a)</sup>	Behandelte Fälle/Bett	MRI pro 1 Million Einwohner	CT pro 1 Million Einwohner	FTE Angestellte pro Bett (b)	Ärzte pro 1000 Einwohner	Arztbesuche pro Kopf <sup>b</sup>
<b>Österreich</b>	<b>25,1</b>	<b>10,5</b>	<b>35,9</b>	<b>7,4</b>	<b>23,9</b>	<b>1,9</b>	<b>3,52<sup>i)</sup></b>	<b>6,30</b>
Belgien	20,0	11,3	26,7 <sup>b)</sup>	3,3 <sup>b)</sup>	16,7 <sup>c)</sup>	1,5 <sup>d)</sup>	3,40 <sup>c)</sup>	8,0 <sup>e)</sup>
Dänemark	19,5	7,3	43,7 <sup>b)</sup>	2,5 <sup>e)</sup>	5,8 <sup>e)</sup>	3,2 <sup>c)</sup>	2,90	5,40
Deutschland	20,9	14,3	27,0	5,7	16,4	1,5	2,80	4,10
Finnland	25,7	11,6	30,8 <sup>b)</sup>	2,4	9,0 <sup>e)</sup>	2,1 <sup>c)</sup>	2,90	6,5 <sup>e)</sup>
Frankreich	22,5	11,2	46,0	2,3	9,4	1,1	3,40	6,40
Griechenland	15,0 <sup>b)</sup>	8,2	n.v.	1,2	6,1	1,4 <sup>c)</sup>	3,9 <sup>b)</sup>	n.v.
Großbritannien	16,0	9,8	49,5 <sup>c)</sup>	3,4 <sup>b)</sup>	6,3 <sup>g)</sup>	3,5	2,10	n.v.
Irland	15,2	7,0	30,6 <sup>c)</sup>	0,3	14,3	1,8	5,50	n.v.
Italien	16,2 <sup>b)</sup>	9,8	30,8 <sup>b)</sup>	3,5 <sup>b)</sup>	17,5 <sup>b)</sup>	2,2	2,2 <sup>b)</sup>	n.v.
Luxemburg	19,0	15,3	n.v.	2,6	15,7 <sup>e)</sup>	n.v.	2,6 <sup>f)</sup>	5,70
Niederlande	11,1	32,5	26,7	3,9 <sup>b)</sup>	9,0 <sup>g)</sup>	2,2	3,00	3,20
Portugal	11,4	9,8	32,9	2,8	12,0 <sup>f)</sup>	2,6	4,20	n.v.
Schweden	18,1	7,5	42,0	6,8 <sup>b)</sup>	13,7 <sup>g)</sup>	n.v.	3,10	3,00
Spanien	10,0	11,0	32,6 <sup>c)</sup>	3,2	9,0	2,6 <sup>c)</sup>	1,70	5,90
EU15 <sup>h)</sup>	17,7	12,0	36,0	3,8	12,2	2,1	3,40	6,03
EU11 <sup>h)</sup>	18,1	12,8	32,9	3,9	13,7	1,8	3,74	6,22
Schweiz	15,00	15,0	21,5 <sup>e)</sup>	7,4 <sup>g)</sup>	17,7 <sup>g)</sup>	2,0 <sup>i)</sup>	3,20	n.v.
USA	12,20	7,8	33 <sup>b)</sup>	16,0 <sup>b)</sup>	26,9 <sup>g)</sup>	3,9	2,60	6,00
Estland	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	2,90	n.v.
Polen	11,6 <sup>b)</sup>	10,6	n.v.	0,2	0,4	1,0	n.v.	n.v.
Slowenien	15,8 <sup>c)</sup>	10,6 <sup>c)</sup>	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	4,2 <sup>b)</sup>	14,80
Tschechien	22,30	12,3	29,6	1,1	7,1	1,6	2,40	5,40
Ungarn	23,4 <sup>b)</sup>	10,8	33,3	1,4	5,1	0,5 <sup>c)</sup>	n.v.	n.v.

MRI...Magnetresonanz, CT...Computertomographie, FTE...Vollzeitäquivalent (full time equivalent), n.v. nicht verfügbar, a) akut und nicht akut, b) 1995, c) 1994, d) nur öffentliche Ausgaben, e) 1996, f) 1990, g) 1993 h) Bevölkerungsgewichteter Durchschnitt i) Berufsausübende Ärzte insgesamt, ohne Zahnärzte; gemäß OECD Health Data werden die Ärztezahlen zumeist ohne "Ärzte in Ausbildung" berechnet, sodaß der Wert für Österreich laut OECD 2,8 pro Tausend EW beträgt.

Quellen: OECD Health Data 1998, WHO Health For ALL 1998, Gesundheitsstatistisches Jahrbuch 1995/96, ÖSTAT Jänner 98, IHS HealthEcon 1999