



Alois Stöger
Bundesminister

Frau
Präsidentin des Nationalrates
Mag.^a Barbara Prammer
Parlament
1017 Wien

XXIV. GP.-NR

7069 /AB

16. Feb. 2011

zu 7293 /J

GZ: BMG-11001/0405-II/A/9/2010

Wien, am 14. Februar 2011

Sehr geehrte Frau Präsidentin!

Ich beantworte die an mich gerichtete schriftliche parlamentarische **Anfrage Nr. 7293/J der Abgeordneten Dr. Strutz und weiterer Abgeordneter** nach den mir vorliegenden Informationen wie folgt:

Einleitend ist festzuhalten, dass zur vorliegenden Anfrage eine Stellungnahme des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger eingeholt wurde.

Den nachfolgenden Ausführungen ist zunächst eine grundsätzliche Anmerkung voranzustellen: Wie in der Einleitung der Anfrage zum Ausdruck kommt, legen die Fragesteller eine staatsbürgerschaftsbezogene Sichtweise an („österreichische Staatsbürger haben ...“). Dies setzt sich auch in den Fragestellungen fort. Sozialversicherung hängt aber nicht von der Staatsbürgerschaft ab, sondern z.B. davon, ob eine Person (im Inland) einer versicherungspflichtigen Tätigkeit nachgeht oder, ob eine Angehörigeneigenschaft zu einer versicherten Person besteht. Dementsprechend werden bei Auswertungen die Versicherten (bzw. deren Angehörige) berücksichtigt und keine staatsbürgerschaftsbezogenen Eingrenzungen vorgenommen.

Ein Recht, einzig und allein aufgrund der Staatsbürgerschaft medizinische Versorgung zu erhalten (wie dies in staatlichen Gesundheitsdiensten allenfalls vorgesehen wäre), besteht nicht.

Frage 1:

Das Gesundheitsressort hat sich bereits vor Jahren dafür eingesetzt, dass die Statistik Austria eine regelmäßige Gesundheitsausgaben-Rechnung nach dem international vergleichbaren „System of Health Accounts“ der OECD erstellt. Die Eckzahlen aus der entsprechenden Veröffentlichung der Statistik Austria sind in der Beilage 1

dargestellt. Demnach haben sich die öffentlichen und privaten Gesundheitsausgaben im Zeitraum 1998 - 2008 ohne Berücksichtigung der Langzeitpflege um 55,4%, mit Berücksichtigung der Langzeitpflege um 55,1% erhöht. Die öffentlichen Gesundheitsausgaben sind etwas stärker gestiegen als die privaten. Der Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP hat ohne Berücksichtigung der Langzeitpflege von 8,7% im Jahr 1998 auf 9,2% im Jahr 2008 zugenommen, mit Berücksichtigung der Langzeitpflege von 10,0% auf 10,5%.

Fragen 2 und 4:

Ich verweise dazu auf die vom Hauptverband zur Verfügung gestellte beiliegende Tabelle (Beilage 2), wobei jedoch eine Einschränkung auf österreichische Staatsbürger/innen - wie bereits einleitend festgehalten - nicht möglich ist.

Dazu ist zu ergänzen, dass gemäß der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2006/2007 (ATHIS 2006/2007) Allgemeinmediziner/innen in Österreich deutlich häufiger aufgesucht werden als Fachärzte/-ärztinnen: Der Anteil der befragten Personen ab 15 Jahren, die in den vergangenen 12 Monaten eine/n Allgemeinmediziner/in aufgesucht haben, lag bei rund 80%, bei den Facharzt/inn/en deutlich niedriger (Zahnarzt/-ärztin 60%, Augenheilkunde 27%, Innere Medizin 16%, Dermatologie 14%, Orthopädie, HNO und Urologie jeweils ca. 10%).

Frage 3:

Vergleichszahlen für andere OECD-Staaten aus den OECD Health Data 2010 sind der Beilage 3 zu entnehmen. Innerhalb Europas bewegt sich die Zahl der „doctors consultations per capita“ im Jahr 2008 zwischen 2,9 (Schweden) und 12,1 (Slowakei). Österreich liegt mit 6,9 im Mittelfeld, Deutschland weist einen Wert von 7,8 auf. Auch hinsichtlich Zahnbehandlungen, zu denen relativ wenige internationale Vergleichswerte vorliegen, liegt Österreich im Mittelfeld.

Frage 5:

Ich verweise auf die vom Hauptverband übermittelte Tabelle der Leistungszahlen 2009 aus den Leistungsstatistiken der Krankenversicherungsträger (Beilage 4), wobei jedoch eine Einschränkung auf österreichische Staatsbürger/innen - wie bereits einleitend festgehalten - nicht möglich ist.

Ergänzend ist anzumerken, dass bundesweit einheitlich erhobene Daten über das Leistungsgeschehen derzeit nur für den akutstationären Bereich vorliegen, wobei nach den konservativen Leistungen und den bildgebenden Verfahren onkologische Leistungen die häufigsten innerhalb der Akut-Krankenanstalten sind (Beilage 5). Ähnlich detaillierte Daten über das Leistungsgeschehen im gesamten ambulanten Bereich werden erst nach Einführung einer bundesweit einheitlichen Diagnosen- und Leistungsdokumentation verfügbar sein, somit wird das Leistungsgeschehen insgesamt (intra- und extramural) ebenfalls erst danach abgebildet werden können.

Frage 6:

Internationale Vergleichszahlen für die Inanspruchnahme von Spitalsleistungen liegen von der OECD in Form der Spitalstage pro Kopf der Bevölkerung in der Akutversorgung vor (Beilage 6). Demnach liegt Österreich mit 1,8 Tagen pro Kopf im Jahr 2008 europaweit an der Spitze, gefolgt von Deutschland (1,6) und der Tschechischen Republik (1,5). Die niedrigsten Werte weisen Finnland (0,6), Niederlande und Spanien (jeweils 0,7) auf. Aus der „European Hospital Morbidity Database“ der WHO/EURO kann dieser Befund in Bezug auf die Krankenhaushäufigkeit (stationäre Aufenthalte pro 1.000 Einwohner/innen der Wohnbevölkerung) vollinhaltlich bestätigt werden (Beilage 7). Internationale Vergleiche zur Frequentierung des ambulanten Bereichs sind aufgrund von Datendefiziten derzeit nicht möglich. Weiters muss grundsätzlich darauf hingewiesen werden, dass internationale Vergleiche nur in sehr eingeschränktem Maß aussagekräftig sind, weil die vorgegebenen Definitionen für Daten und Indikatoren von den einzelnen Staaten aufgrund der jeweils vorhandenen Daten und Statistiken nicht strikt befolgt werden (können). Grundsätzlich ist zu beachten, dass es eine Übersicht über alle in Anspruch genommenen Leistungen des Gesundheitssystems erst geben kann, wenn alle Sektoren und Bereiche des Gesundheitssystems bzw. sämtliche Leistungsanbieter die Leistungen nach einheitlichen Dokumentationsgrundlagen erfassen. Auch auf internationaler Ebene gibt es keine derartigen Statistiken.

Fragen 7 und 8:

Dazu führt der Hauptverband in seiner Stellungnahme Folgendes aus:

„Eine genaue Beantwortung der Fragen 7 und 8 ist aus folgenden Gründen nicht möglich, zur allgemeinen Entwicklung der Arzthonorare (die nicht direkt von der Zahl der Besuche, sondern von der Vorgangsweise der Ärztinnen und Ärzte abhängen) siehe die beiliegende Tabelle (Beilage 8). Aus ihr ist die kostendämpfende Wirkung der Diskussionen bei Einführung der e-card, aber auch der Nachzieheffekt des Jahres 2006 deutlich erkennbar – über die letzten zehn Jahre hat sich allerdings im Durchschnitt (+ 2,7 %) keine Veränderung ergeben.

Für die Zeit vor Einführung des e-card-Systems fehlen vergleichbare Zahlen (man hat ja auch u.a. deswegen das e-card-System eingeführt, um hier Transparenz zu schaffen). Ein „Vorher-Nachher-Vergleich“ ist mangels „Vorher-Zahlen“ nicht möglich. Bei Betrachtung der Zahlen seit Einführung der e-card ist zu beachten, dass

- *das Einführungsjahr 2005 kein „ganzes“ Kalenderjahr umfasst, da die Ärzte erst im Laufe des Jahres ausgestattet wurden und daher auch erst ab unterschiedlichen Zeitpunkten Konsultationen erfassen konnten,*
- *in den Folgejahren bis einschließlich 2008 laut e-card-Gesamtvertrag nur die Erstkonsultationen zu erfassen waren, sodass für Vergleichszwecke nur Erstkonsultationen in Ansatz gebracht werden könnten, nicht jedoch „alle Arztbesuche“ (inklusive Folgekonsultationen), wie in der Anfrage gewünscht,*

- *das e-card-System nur Vertragsärzte und daher nicht „alle Arztbesuche“, zu denen auch die Wahlarzthilfe zählt, umfasst.*

Daraus folgt, dass

- *aus dem e-card-System Auswertungen nur für die Jahre 2006 bis 2009, eingeschränkt auf ärztliche Hilfe durch niedergelassene Vertragsärzte, durchgeführt werden können, wobei für Vergleichszwecke nur die Erstkonsultationen relevant sein können,*
- *diese Zahlen in keiner Relation zu den anderen Auswertungen stehen, da diese - wenn sie der Fragestellung folgen - auch Wahlarzthilfe umfassen müssten.*

Wie aus der beiliegenden Tabelle ersichtlich, weist ein Vergleich der in den letzten 10 Jahren bundesweit an Vertragsärztinnen/-ärzte bezahlten Honorare keine Auffälligkeiten auf.

Eine Auswertung der Niederösterreichischen Gebietskrankenkasse über Arztkontakte für den Zeitraum 1. Quartal 2004 bis 2. Quartal 2010, basierend auf den in Anspruch genommenen Ordinationen und Visiten ergibt, dass sich die durchschnittliche Anzahl der Kontakte pro Patient/in seit bzw. durch Einführung der e-card nicht wesentlich verändert hat (siehe beiliegende Tabelle, Beilage 9) sondern tendenziell sogar geringer geworden ist. Es liegen keine Hinweise vor, dass die Situation bei anderen Krankenkassen hievon stark abweichend wäre.

Die Einführung der e-card hat, soweit aus den vorliegenden Unterlagen nachvollziehbar, keine spürbaren Auswirkung auf die Häufigkeit von Arztbesuchen gehabt.“

Frage 9:

Der Hauptverband weist in diesem Zusammenhang darauf hin, dass zur Beantwortung der Frage der Begriff „Doppeluntersuchung“ näher zu definieren wäre: Nach Auffassung des Hauptverbandes ist damit gemeint, dass verschiedene Leistungsanbieter für denselben Versicherten im selben Versicherungsfall gleiche diagnostische Leistungen setzen, obwohl diese Leistungen nur einmal erforderlich wären.

Doppelgleisigkeiten in diesem Sinne können von den Versicherungsträgern - abhängig vom jeweiligen Verrechnungssystem - nicht immer erkannt werden. Beispielhaft führt der Hauptverband hier an, dass eine Patientin/ein Patient nach der stationären Aufnahme innerhalb des Krankenhauses nochmals untersucht wird, obwohl bereits ausreichende Vorbefunde aus dem niedergelassenen Bereich vorliegen. Im LKF-System wird eine derartige Leistung von den Versicherungsträgern tatsächlich mehrfach bezahlt, wobei die Spitalsfinanzierung allerdings pauschaliert (§ 447f ASVG) erfolgt; Einflussmöglichkeiten für die Träger gibt es dazu aber nicht. Aktuell gibt es in Österreich einige Projekte, die Doppelbefundungen an der Schnittstelle zwischen ambulantem und stationärem Bereich vermeiden sollen.

Andere so genannte Doppeluntersuchungen können andererseits nicht zu einer Belastung im Gesundheitssystem führen, da die Versicherungsträger diese Leistungen nicht zweimal bezahlen. Beispielsweise wird von der Sozialversicherungsanstalt der Bauern (SVB) ein Kostenzuschuss abgelehnt, wenn innerhalb desselben Quartals von zwei verschiedenen Ärztinnen/Ärzten derselben Fachrichtung dieselbe Untersuchung durchgeführt wird.

Innerhalb des Sachleistungssystems ist eine Mehrfachleistung seit Einführung des e-card-Systems erschwert, weil die Zahl der Arztbesuche limitiert ist und das per e-card auch tatsächlich effizient geregelt werden kann (vgl. § 5b MKO 2007, idF avsv Nr. 130/2006 und avsv Nr. 45/2009). Weiters kann eine parallele Abrechnung von Sachleistung und Abrechnung über die Wahlärztin/den Wahlarzt durch das Abwarten des Quartals und Herstellung einer Querverbindung, wie dies z.B. bei der SVB und anderen Kassen die Regel ist, vermieden werden.

Werden Doppeluntersuchungen von Vertragsärzt/inn/en erbracht, wird eine derartige Praxis im Nachhinein durch Prüfungen aufzeigbar. Dabei ist aber zu bedenken, dass es sich auch um eine erforderliche Nachfolgeuntersuchung handeln kann und somit keine Doppeluntersuchung im eigentlichen Sinn vorliegt.

Wie der Hauptverband ausführt, hat in einer Veranstaltung des Competence Centers „integrierte Versorgung“ am 18. November 2010 der Geschäftsführer des IGES Instituts, Dr. Martin Albrecht, über Erfahrungen aus Deutschland berichtet: Danach wurde dort im Rahmen einer Studie festgestellt, dass die Thematik der Doppelbefundungen überbewertet wird, weil bei einer genauen Prüfung der Fälle sich sehr viele dieser so genannten Doppelbefundungen als Nachfolgeuntersuchungen oder Kontrolluntersuchungen darstellen. Diese sind medizinisch beispielsweise zur Verlaufskontrolle und Überprüfung des Therapieerfolges notwendig und leistungsrechtlich gedeckt.¹

Abschließend sei noch darauf verwiesen, dass die Krankenordnung in bestimmten Konstellationen Doppeluntersuchungen auch bewusst in Kauf nimmt: Beispielsweise könnte es im Rahmen eines berechtigten Arztwechsels durchaus vorkommen, dass die/der erste Ärztin/Arzt eine bestimmte Untersuchung durchgeführt hat und nach dem zugelassenen Arztwechsel die/der zweite Ärztin/Arzt nochmals dieselbe Untersuchung anstellen muss, um die Behandlung sinnvoll fortsetzen zu können. Versicherte - von ganz wenigen Ausnahmen abgesehen - halten sich an die einschlägigen Regelungen der Krankenordnung. Soweit Doppelbehandlungen festgestellt wurden, war die Ursache dafür meist ein notwendiger bzw. begründeter Arztwechsel.

Hierzu ist zu ergänzen, dass eine sektorenübergreifende Analyse der Häufigkeit von Doppel-/Mehrfach-Untersuchungen erst dann möglich sein wird, wenn die bereits erwähnte Voraussetzung erfüllt ist, dass die Leistungen sämtlicher Leistungserbringer nach einheitlichen Dokumentationsgrundlagen vergleichbar gemacht werden können

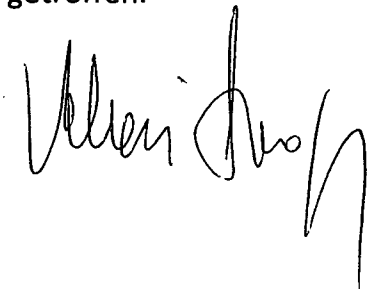
¹ Siehe dazu: *Albrecht M, Freytag A, Gottberg A, Storz P.: Effiziente Strukturen ärztlicher Versorgung. Die Entwicklung fachärztlicher Leistungen im deutschen Gesundheitssystem. ISBN 978-3-8329-3214-5, Nomos Verlagsgesellschaft. Abstract: http://www.iges.de/publikationen/schriftenreihe/band_1/index_ger.html .*

und es außerdem gelingt, die Datenbestände für den intra- und extramuralen Versorgungsbereich einer gemeinsamen Analyse zu unterziehen. Entsprechende vorbereitende Schritte dazu werden während der Laufzeit der derzeit geltenden Vereinbarung gem. Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens (2008 bis 2013) im Rahmen der Arbeiten der Bundesgesundheitsagentur (Erarbeitung eines Katalogs ambulanter Leistungen – KAL, Pilotprojekte in einigen Bundesländern) geleistet.

Frage 10:

Eine Auswertung der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse (Beilage 10) zeigt, dass eine Inanspruchnahme mehrerer Fachärztinnen/Fachärzte (Fächer) die Ausnahme und in dieser Frequenz medizinisch durchaus plausibel ist. Eine abweichende Statistik darüber ist dem Hauptverband nicht bekannt.

Patient/inn/en, die mehrere Allgemeinmediziner/innen in Anspruch nehmen, werden im Hinblick auf missbräuchliche Verordnungen analysiert, bei bestätigtem Verdacht werden anschließend die Ärztinnen/Ärzte informiert und auch Kontakt mit den Versicherten aufgenommen. Auch derartige missbräuchliche Verordnungen sind Ausnahmen, ihr Auftreten wird aber nachverfolgt und entsprechende Maßnahmen getroffen.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Wolfgang Hofmann', written in a cursive style.

Beilage

Parl. Anfrage 7293/J

Beilagen 1 - 10

PA 7293/J - Beilage 1

Gesundheitsausgaben in Österreich laut System of Health Accounts (OECD) 1998 - 2008, in Mio. EUR

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	1998-2008
Gesundheitsausgaben ohne Ausgaben für Langzeitpflege												
Gesundheitsausgaben insgesamt	16.624	17.470	18.004	18.746	19.362	20.109	21.194	22.183	23.050	24.448	25.830	55,4%
Öffentliche Gesundheitsausgaben	12.429	13.193	13.639	14.074	14.495	15.008	15.876	16.726	17.310	18.462	19.634	58,0%
Private Gesundheitsausgaben	4.195	4.276	4.365	4.672	4.866	5.101	5.318	5.456	5.740	5.986	6.196	47,7%
Gesundheitsausgaben insgesamt, in % des BIP	8,7	8,8	8,7	8,8	8,8	9,0	9,1	9,1	9,0	9,0	9,2	
Gesundheitsausgaben inkl. Ausgaben für Langzeitpflege ¹⁾												
Gesundheitsausgaben, insgesamt	19.055	20.033	20.642	21.438	22.134	22.980	24.230	25.340	26.369	27.924	29.549	55,1%
Öffentliche Gesundheitsausgaben	14.484	15.375	15.860	16.313	16.777	17.356	18.341	19.294	20.038	21.331	22.724	56,9%
Private Gesundheitsausgaben	4.571	4.658	4.782	5.125	5.357	5.625	5.889	6.046	6.331	6.593	6.826	49,3%
Gesundheitsausgaben insgesamt, in % des BIP	10,0	10,1	9,9	10,1	10,1	10,3	10,4	10,4	10,3	10,3	10,5	

¹⁾ Aufgrund der unzureichenden Datenlage über Langzeitpflege mussten in weiten Bereichen Schätzungen für diese Ausgabenposition herangezogen werden.

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, erstellt am 13.01.2010, Abruf am 28.12.2010
www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/gesundheitsausgaben/index.html#index1

BEILAGE 1

Fragen 2 und 4**Arztbesuche 2009**

(Erst- und Folgekonsultationen E-card; Quelle: SVC)

Bezeichnung	Arztbesuche 2009	
	absolut	je Anspruchsberechtigten
Vertragsärzte (kurativ) insgesamt	92.908.997	11,4
Ärzte für Allgemeinmedizin	65.043.771	8,0
Fachärzte	27.865.226	3,4
Vertragszahnärzte, -dentisten	10.613.436	1,3
Anspruchsberechtigte Krankenversicherung		8.085.295

BEILAGE 2

PA 7293/J

Konsultationen von Ärzten und Zahnärzten/Dentisten im internationalen Vergleich, 2007 und 2008

	Doctors consultations Number per capita		Dentists consultations Number per capita	
	2007	2008	2007	2008
Austria ¹⁾	6,8	6,9	1,2	1,2
Belgium	7,6	n/a	2,1	n/a
Czech Republic	12,6	11,4	2,0	1,9
Denmark	8,7	8,9	0,9	0,9
Estonia	6,6	6,5	1,5	4,5
Finland	4,2	4,3	1,3	1,3
France	7,0	6,9	1,7	n/a
Germany	7,5	7,8	1,3	1,4
Greece	n/a	n/a	n/a	n/a
Hungary	10,8	11,3	0,8	0,8
Ireland	n/a	n/a	n/a	n/a
Italy	n/a	n/a	n/a	n/a
Luxembourg	6,1	n/a	0,6	n/a
Netherlands	5,7	5,9	1,9	2,2
Poland	6,8	6,8	0,8	0,8
Portugal	4,1	n/a	n/a	n/a
Slovak Republic	11,2	12,1	1,2	1,5
Slovenia	6,7	6,7	n/a	n/a
Spain	n/a	n/a	n/a	n/a
Sweden	2,8	2,9	n/a	n/a
United Kingdom	5,0	5,9	0,7	n/a
Norway	n/a	n/a	n/a	n/a
Switzerland	4,0	n/a	1,2	n/a
Japan	13,4	n/a	3,2	n/a
Korea	n/a	13,0	n/a	1,6
Australia	6,3	6,4	n/a	1,4
United States	4,0	n/a	1,0	n/a

Quelle: OECD HEALTH DATA 2010, October

1) Die Zahlen für Österreich entsprechen den Angaben im Statistischen Handbuch der österreichischen Sozialversicherung 2010, Tabelle 2.25. Für 2009 wird darin ein Wert von 6,93 für vertragsärztliche Hilfe und von 1,15 für Zahnbehandlung ausgewiesen.

Frage 5**Leistungszahlen 2009**

(Quelle: Leistungsstatistiken der Krankenversicherungsträger)

Bezeichnung	Leistungszahlen 2009	
	absolut	je Anspruchsberechtigten
Medikamentenverordnungen	117.080.832	4,4
Heilbehelfeverordnungen	5.792.785	0,7
Einzelleistungen Zahnbehandlung	30.008.468	3,7
Spitaltage	16.373.899	2,0
Anspruchsberechtigte Krankenversicherung		8.085.295

BEILAGE 4

BEILAGE 5

PA 7293/J

Operative und nichtoperative medizinische Leistungen bei Spitalsentlassungen 2009 nach Kapiteln des Leistungskatalogs

Medizinische Leistungen Kapitel	Kapitel	Leistungen nach Geschlecht		
		insgesamt	männlich	weiblich
Insgesamt	1-22	4.424.693	2.154.670	2.270.023
Operative Leistungen	1-11	984.207	400.646	583.561
Nichtoperative Leistungen	12-22	3.440.486	1.754.024	1.686.462
Nervensystem, Gehirnschädel, Wirbelsäule	01	62.582	27.143	35.439
Augen und Orbita	02	124.895	51.881	73.014
Ohren, Nase, Mundhöhle, Rachen, Gesicht, Gesichtsschädel, Hals	03	114.391	66.122	48.269
Atmungssystem, Thorax	04	9.111	5.619	3.492
Herz und Kreislaufsystem	05	83.079	39.595	43.484
Endokrine Drüsen	06	10.711	2.781	7.930
Verdauungstrakt, Abdomen	07	133.499	71.222	62.277
Urogenitaltrakt, Geburtshilfe	08	259.880	50.641	209.239
Haut und Anhangsgebilde	09	98.606	43.044	55.562
Bewegungsapparat	10	86.260	41.824	44.436
Organtransplantationen	11	1.193	774	419
Bildgebende Diagnostik und Interventionen	12	1.147.454	585.923	561.531
Strahlentherapie	13	389.976	226.989	162.987
Nuklearmedizinische Diagnostik und Therapie	14	59.340	26.253	33.087
Endoskopische Diagnostik und Therapie	15	90.495	53.145	37.350
Kardiologische Diagnostik und Therapie	16	130.699	85.789	44.910
Dialyseverfahren	17	85.074	52.451	32.623
Sonstige diagnostische und therapeutische Verfahren	18	951.171	435.157	516.014
Neonatologische/Pädiatrische Intensivleistungen	19	79.717	46.046	33.671
Therapie auf Spezialabteilungen	20	188.042	84.980	101.062
Onkologische Therapie und andere Pharmakotherapie	21	320.344	157.226	163.118
Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden	22	174	65	109

Q: STATISTIK AUSTRIA, Spitalsentlassungsstatistik. - Erstellt am 15.11.2010.

http://www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/stationaere_aufenthalte/index.html

BEILAGE 6

PA 7293/J

Spitalstage der Akutversorgung pro Kopf im internationalen Vergleich, 2007 und 2008

	2007	2008
Austria ¹⁾	1,8	1,8
Belgium	1,2	1,2
Czech Republic	1,6	1,5
Denmark	n/a	n/a
Estonia	1,0	1,0
Finland	0,7	0,6
France	1,0	1,0
Germany	1,6	1,6
Greece	n/a	n/a
Hungary	1,2	1,2
Ireland	0,9	0,9
Italy	0,9	n/a
Luxembourg	1,3	n/a
Netherlands	0,7	0,7
Poland	n/a	n/a
Portugal	0,8	n/a
Slovak Republic	1,2	1,2
Slovenia	1,0	1,0
Spain	0,8	0,7
Sweden	n/a	n/a
United Kingdom	0,8	0,8
Norway	0,9	0,8
Switzerland	1,1	1,1
Japan	2,0	2,0
Korea	n/a	n/a
Australia	n/a	n/a
United States	0,6	0,6

Quelle: OECD HEALTH DATA 2010, October

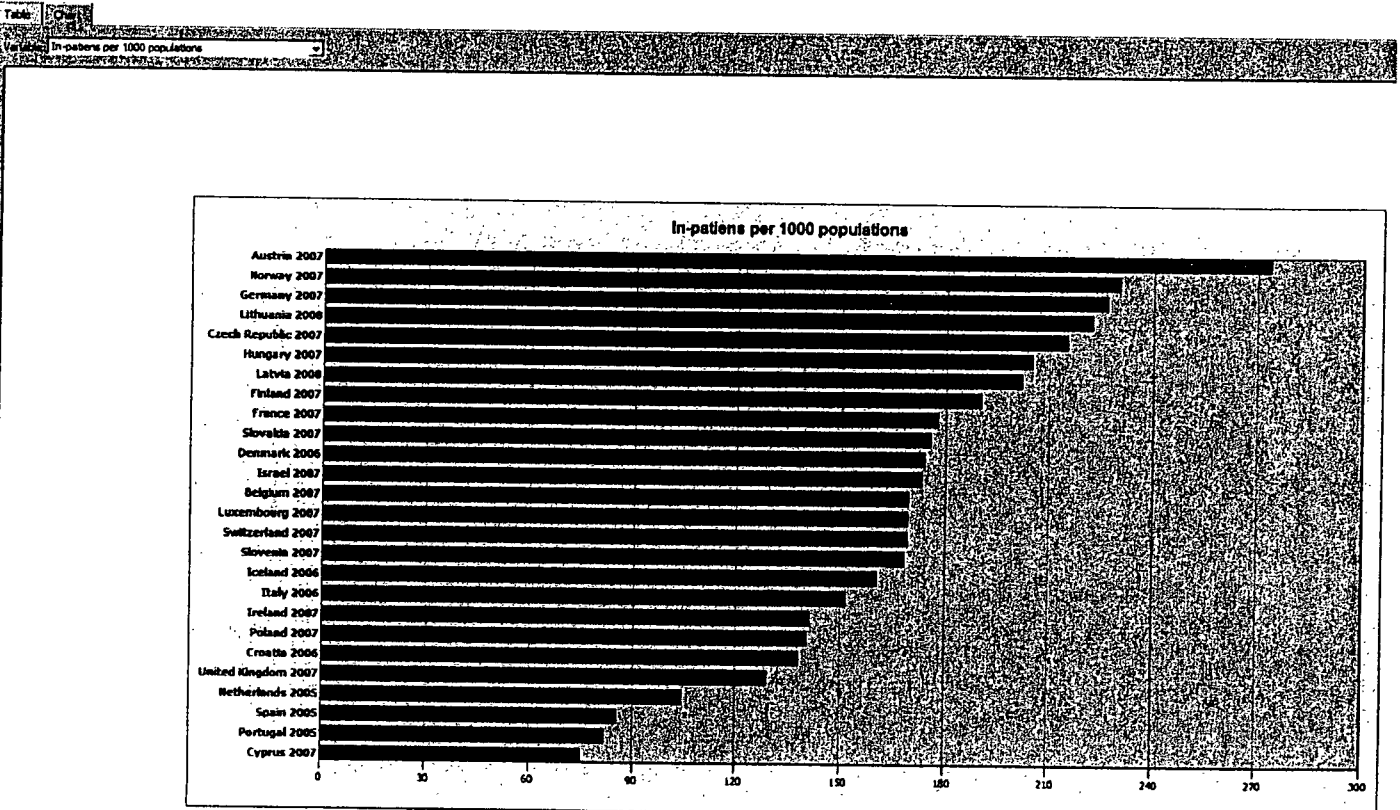
1) Gemäß den Daten des BMG betrug der entsprechende Wert für Österreich im Jahr 2009 ebenfalls 1,8.

BEILAGE 7

Inter-country comparison of hospital in-patient admission rates, average length of stay and day-cases
 Main diagnosis: All causes
 ICD codes: ISHMT: TOT
 Age: All ages
 Sex: Both male and female

Country	Year	Rate (%)	Admissions	ALOS	Day-cases	Population	Number of hospitals	Number of beds	Number of day-cases	Number of admissions	Number of deaths	Number of discharges
Austria	2007	98%	273.6396	100	8.9586	49.876	100	15.4169	2275417	20384560	414738	237.7904
Belgium	2007	105%	169.4034	100	7.2033	130.7157	100	43.5546	1800030	12966074	1388946	153.1891
Croatia	2006	81%	137.9894	100	9.8043	3.2543	100	2.304	612676	6006878	14449	125.6151
Cyprus	2007	83%	74.8737	100	6.2326	7.4788	100	9.0815	58797	364458	5873	74.1647
Czech Republic	2007	100%	214.918	100	9.961	3.7871	100	1.7316	2218532	22098863	39093	203.7311
Denmark	2006	114%	174.116	100	5.2507	50.3334	100	22.4253	946245	4968427	273540	157.9523
Finland	2007	77%	190.0757	100	12.8939	54.2997	100	22.2198	1005257	12961714	287176	155.8549
France	2007	95%	177.7857	100	5.7089	97.5814	100	35.4394	10906385	62263646	5988869	165.2358
Germany	2007	97%	226.4302	100	10.0439	5.9919	100	2.578	1866452	187483825	493957	200.2914
Hungary	2007	98%	204.7583	100	7.7929	8.2598	100	3.8775	2065410	16095605	83317	194.5867
Iceland	2006	100%	160.2417	100	5.4875	0	100	0	48767	267608	0	157.0979
Ireland	2007	97%	141.2262	100	6.2335	169.9471	100	54.5565	598775	3732450	718851	138.2412
Israel	2007	94%	173.3501	100	4.7741	29.7366	100	14.6423	1222761	5837529	209753	174.859
Italy	2006	105%	151.5401	100	7.4552	66.4377	100	30.4791	8932003	65589726	3915925	135.466
Latvia	2008	90%	202.0034	100	8.8478	5.2542	100	2.5351	459780	4068034	11959	191.5178
Lithuania	2008	93%	222.1824	100	9.8599	15.99	100	6.7136	750003	7394949	53976	214.7777
Luxembourg	2007	107%	169.1375	100	7.3214	63.7258	100	27.3662	81185	594387	3088	0.1546
Netherlands	2005	99%	104.1403	100	6.8165	88.5661	100	45.9591	1699571	11585117	1445400	98.1742
Norway	2007	119%	230.0458	100	3.8912	77.4465	100	25.1865	1072169	4172043	360953	211.8733
Poland	2007	92%	140.1921	100	6.9381	29.0285	100	17.1542	5343556	37074126	1106448	139.7702
Portugal	2005	71%	81.8622	100	7.3477	9.8115	100	10.7026	859714	6316890	103040	73.4005
Slovakia	2007	93%	175.657	100	7.9637	0	100	0	946647	7538660	0	180.4169
Slovenia	2007	94%	168.2584	100	7.5321	22.3343	100	11.7183	339782	2559287	45102	164.5602
Spain	2005	73%	85.3633	100	7.4622	26.2644	100	23.5285	3704614	27644553	1139826	75.5657
Switzerland	2007	107%	169.1092	100	10.2881	31.4432	100	15.6783	1276963	13137577	237431	154.1582
United Kingdom	2007	107%	128.7424	100	7.8578	132.9302	100	50.8002	7850111	61683158	8105464	117.0523

Inter-country comparison of hospital in-patient admission rates, average length of stay and day-cases
 Main diagnosis: All causes
 ICD codes: ISHMT: TOT
 Age: All ages
 Sex: Both male and female



Quelle: „European Hospital Morbidity Database“ der WHO/EURO
<http://data.euro.who.int/hmdb/index.php>

Honorare Vertragsärzte
Krankenversicherung 2000 - 2009

Jahr	Honorare Vertragsärzte	
	in Mio. Euro	Steigerung ggü. Vorjahr in %
2000	1.631	+ 1,9
2001	1.679	+ 2,9
2002	1.728	+ 2,9
2003	1.780	+ 3,0
2004	1.825	+ 2,5
2005	1.846	+ 1,2
2006	1.924	+ 4,2
2007	1.994	+ 3,6
2008	2.043	+ 2,5
2009	2.098	+ 2,7

Quelle: Rechnungsabschlüsse der
Krankenversicherungsträger

BEILAGE 8

BEILAGE 9

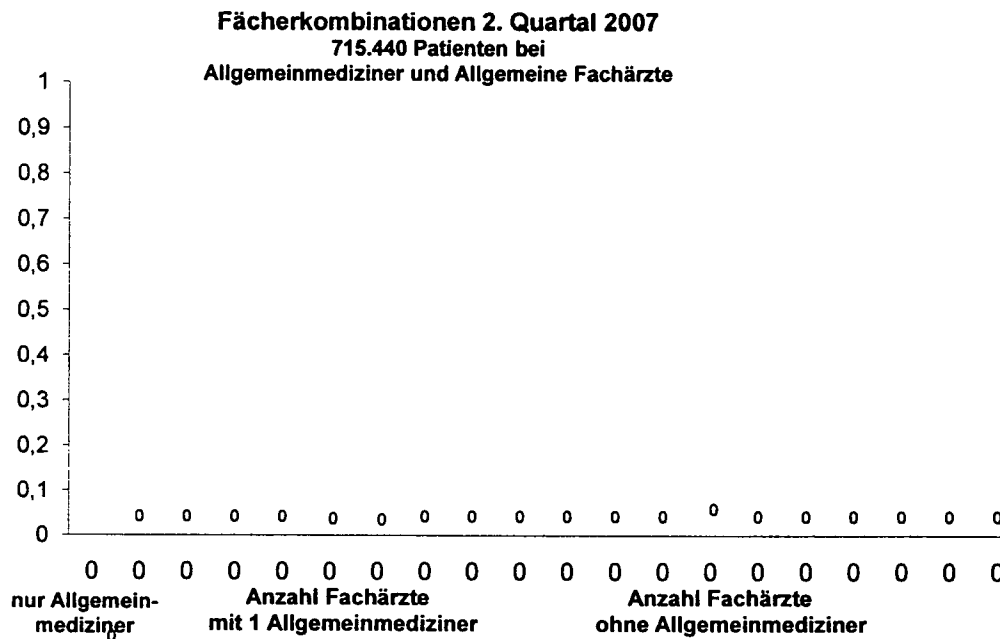
Quartal	Kontakte	Patienten/Patientinnen	Kontakte pro Patient/in
2004Q1	3.233.123	681.533	4,74
2004Q2	3.105.884	665.540	4,67
2004Q3	2.867.694	645.527	4,44
2004Q4	3.165.493	672.210	4,71
2005Q1	3.221.857	698.056	4,62
2005Q2	3.246.380	680.014	4,77
2005Q3	2.819.290	648.938	4,34
2005Q4	3.021.565	673.598	4,49
Quartal	Kontakte	Patienten/Patientinnen	Kontakte pro Patient/in
2006Q1	3.181.304	696.657	4,57
2006Q2	3.043.492	683.657	4,45
2006Q3	2.762.909	654.325	4,22
2006Q4	3.084.910	679.438	4,54
2007Q1	3.376.745	718.978	4,7
2007Q2	3.099.376	690.445	4,49
2007Q3	2.821.771	662.286	4,26
2007Q4	3.161.693	691.692	4,57
2008Q1	3.119.355	691.045	4,51
2008Q2	2.981.587	670.479	4,45
2008Q3	2.741.195	644.829	4,25
2008Q4	3.047.799	672.535	4,53
2009Q1	3.164.428	706.869	4,48
2009Q2	2.957.842	668.765	4,42
2009Q3	2.776.357	651.263	4,26
2009Q4	3.109.007	690.021	4,51
2010Q1	3.049.310	686.254	4,44
2010Q2	3.029.621	678.229	4,47

2.Quartal 2007 (ohne Vertreter, FOKOII, Auszählung über LeiDat und VersNr)

Fächerkombinationen Anzahl Allgemeine Fachärzte und Allgemeinmediziner

da Doppelbesuche bei ein und derselben Fachgruppe sind nicht erfasst!!! (also: zweimal zu verschiedene PRA oder zweimal zu verschiedenen Augenärzten etc.)

Anteil	Patienten absolut	Anzahl FÄ	PRA (0=nein, 1=ja)
57,212%	409.317	0	1
21,380%	152.962	1	1
5,224%	37.375	2	1
1,146%	8.202	3	1
0,238%	1.702	4	1
0,049%	353	5	1
0,010%	71	6	1
0,001%	10	7	1
0,000%	3	8	1
12,551%	89.794	1	0
1,877%	13.431	2	0
0,260%	1.858	3	0
0,041%	291	4	0
0,009%	65	5	0
0,000%	3	6	0
0,000%	2	7	0
0,000%	1	8	0
	715.440		



66.875 Patienten waren bei keinem Facharzt und/oder Pra, jedoch bei einem RAD, LAB und/oder Zahnarzt

BEILAGE NO