Health System Watch V/2019

Verlagerungspotenziale im österreichischen Gesundheitssystem

Thomas Czypionka, Markus Kraus, Christoph Stegner*

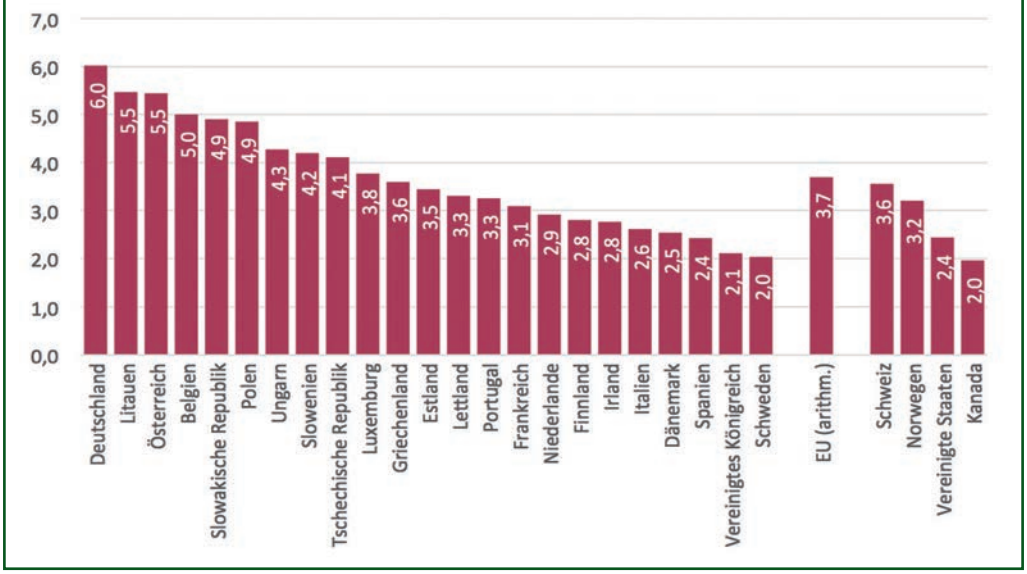
Zusammenfassung

Verlagerungspotenziale bezeichnen verschiedene Arten von Operationen und Interventionen, die auch in einem anderen Versorgungssetting durchgeführt werden könnten. Aus gesundheitspolitischen Gründen sind Verlagerungen aus dem stationären in den tagesklinischen, intramural-ambulanten oder extramuralen Bereich wünschenswert. Sie reduzieren nicht nur die Kosten, sondern sind durch die Ermöglichung kürzerer Aufenthalte auch im Interesse der Patientinnen und Patienten. Neben medizinischen Voraussetzungen und Voraussetzungen aufseiten der Patientinnen und Patienten und Gesundheitsdiensteanbieter sind auch die rechtlichen und ökonomischen Rahmenbedingungen entscheidend für die Anzahl der tagesklinisch, intramural-ambulant oder extramural erbrachten Leistungen. In Österreich ist der Anteil an tagesklinisch bzw. intramural-ambulant durchgeführten Operationen und Interventionen verglichen mit anderen Ländern relativ gering. Die Gründe dafür sind vielseitig, die hohe Krankenhauszahl und ungünstige Anreize spielen dafür aber eine zentrale Rolle.

Einleitung

Das österreichische Gesundheitswesen ist im internationalen Vergleich stark auf die Leistungserbringung in Krankenhäusern konzentriert. Mit 5,5 Akutbetten pro 1.000 Einwohnerinnen und Einwohner verfügt Österreich im Jahr 2017 über die zweitmeisten Akutbetten nach Deutschland. Der EU-Durchschnitt liegt bei 3,7 Akutbetten pro 1.000 Einwohnerinnen und Einwohner (vgl. Abbildung 1).

Abbildung 1: Akutbetten pro 1.000 Einwohnerinnen und Einwohner



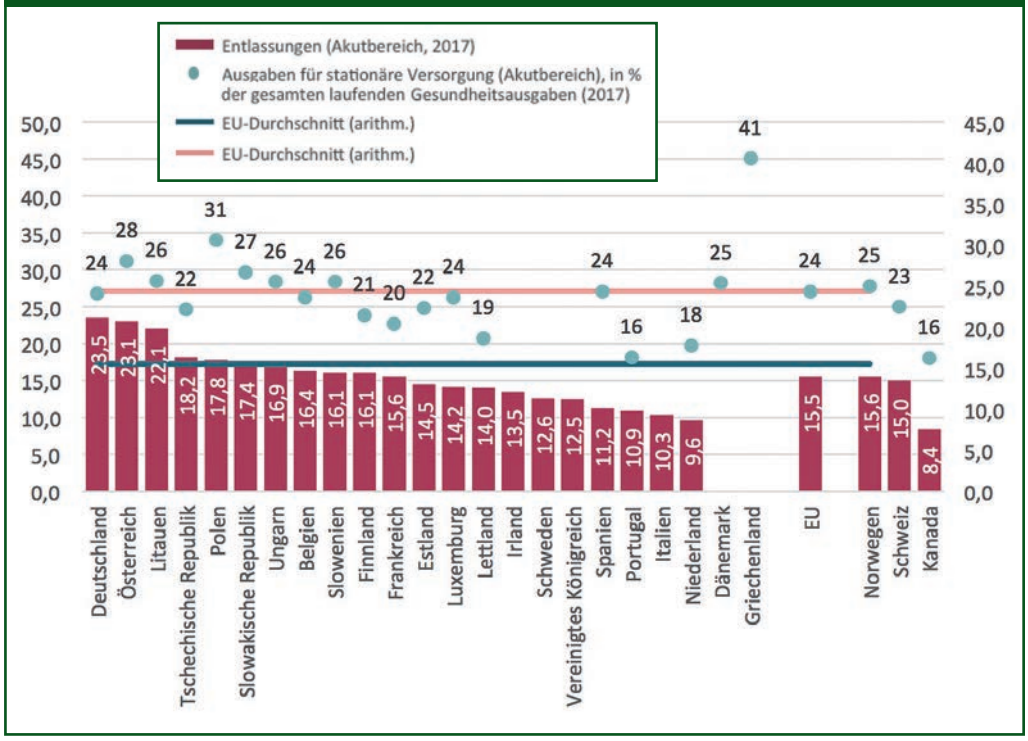
Anmerkung: Litauen: geschätzter Wert; Niederlande, Spanien: vorläufiger Wert; Belgien, Schweden, Slowenien: abweichende Berechnungsmethodik
Quelle: OECD Health Statistics 2019, Darstellung IHS 2019

* Institut für Höhere Studien; Josefstädter Straße 39, A-1080 Wien, Telefon: +43/1/599 91-127, E-Mail: health@ihs.ac.at

Frühere Ausgaben von Health System Watch sind im Internet unter www.ihs.ac.at abrufbar.

Auch bei den Krankenhausentlassungen (Akutbereich) nimmt Österreich die zweite Stelle hinter Deutschland ein und liegt mit 23,1 Entlassungen pro 1.000 Einwohnerinnen und Einwohner deutlich über dem EU-Durchschnitt von 15,5 Entlassungen pro 1.000 Einwohnerinnen und Einwohner. Ein ähnliches Bild zeichnet sich für Österreich bei einer Betrachtung der Ausgaben für stationäre Versorgung (Akutbereich), gemessen in Prozent der gesamten Gesundheitshausgaben. Hier befindet sich Österreich mit 28 % an dritter Stelle und auch über dem EU-Durchschnitt von 24 % (vgl. Abbildung 2).

Abbildung 2: Krankenhausentlassungen (Akutbereich) pro 1.000 Einwohnerinnen und Einwohner 2017 und Ausgaben für stationäre Versorgung (Akutbereich) in Prozent der gesamten laufenden Gesundheitsausgaben 2017



Entlassungen: Luxemburg, Niederlande, Spanien: vorläufiger Wert; Frankreich: Wert aus 2016
Ausgaben: Norwegen, Kanada: vorläufiger Wert
Quelle: OECD Health Statistics 2019, Darstellung IHS 2019

Die oben beschriebenen Kennzahlen verdeutlichen die vergleichsweise hohe Inanspruchnahme des stationären Bereichs im österreichischen Gesundheitswesen. Gleichzeitig ist die Inanspruchnahme des tagesklinischen, intramural-ambulanten und extramuralen Bereichs vergleichsweise sehr gering (siehe Kapitel Hintergrund, Status quo im internationalen Vergleich). In Österreich, aber auch europaweit besteht ein gesundheitspolitisches Interesse, tagesklinisch, intramural-ambulant bzw. extramural durchgeführte Operationen und Interventionen zu forcieren. Hauptgrund hierfür sind nicht zuletzt die zu erwartenden Kosteneinsparungen: Es wären weniger Nacht-, Feiertags- und Wochenenddienste notwendig, es könnten Krankenhausbetten eingespart werden und der Materialverbrauch würde sich aufgrund der kürzeren Anwesenheit von Patientinnen und Patienten im klinischen Betrieb verringern. Ein solcher Ausbau wäre zudem im Interesse des Großteils der Patientinnen und Patienten, für die sich in vielen Fällen die Aufenthaltszeit im Krankenhaus verkürzen würde.
Der Fokus dieses Beitrags liegt auf der Beantwortung folgender Fragestellung: *Welche hemmenden Einflussfaktoren führen dazu, dass im österreichischen Gesundheitswesen vergleichsweise wenige Leistungen vom stationären Bereich in den tagesklinischen, intramural-ambulanten bzw. extramuralen Bereich verlagert werden?*. Der Beitrag basiert auf einer umfassenderen Studie, die vom Institut für Höhere Studien im Auftrag des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger durchgeführt wurde (Czypionka und Kraus 2019).

Hintergrund

Um die Motivation für die oben genannte Fragestellung zu verdeutlichen, werden im Folgenden Hintergrundinformationen im Kontext der Verlagerung von Leistungen aus dem stationären Bereich in den tagesklinischen, intramural-ambulanten bzw. extramuralen Bereich präsentiert. Dabei wird zuerst darauf eingegangen, was Verlagerung im österreichischen Kontext bedeutet bzw. welche Be-

reiche sie betrifft. Anschließend wird der Status quo in Österreich bezüglich der tagesklinischen, intramural-ambulanten und extramuralen Leistungserbringung in einen internationalen Vergleich eingeordnet. Schließlich wird die aktuelle diesbezügliche politische Zielsetzung im Rahmen des Zielsteuerungsvertrags 2017–2021 beleuchtet.

Verlagerung im österreichischen Kontext

Unter Verlagerung ist die Verschiebung von Leistungserbringung (z. B. von Operationen) zwischen den Settings der Akutversorgung des österreichischen Gesundheitswesens zu verstehen. Der Begriff Akutversorgung wird hier in Abgrenzung zur Langzeitversorgung verwendet, bei der Langzeitpflege und Rehabilitation miteingeschlossen sind. Die Behandlung chronischer Krankheiten im Akutsektor des Gesundheitswesens ist hingegen in der Akutversorgung inkludiert.

Bei den Settings wird zwischen nach rechtlichen Rahmenbedingungen sowie nach Finanzierung und Bezahlung unterscheidbaren Versorgungsumständen differenziert:

1. Stationärer Bereich
2. Tagesklinischer Bereich
3. Intramural-ambulanter Bereich
4. Extramuraler Bereich

Der stationäre Bereich wird aus den Landesgesundheitsfonds finanziert und über das System der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung (LKF) bezahlt.[1] Tagesklinische Behandlungen sind Leistungen aus dem LKF-Katalog für stationäre Leistungen, die auch im Tagesklinikkatalog ausgeführt sind. Das Bezahlsystem reizt die tagesklinische Erbringung an, indem der Tarif für eine Übernachtung erstattet wird. Die Tagesklinik wird häufig räumlich separat geführt, da für diese Betten keine Betreuung über Nacht angeboten wird, die Patientinnen und Patienten kehren nach einer Intervention am selben Tag heim. Die Spitalsambulanzen befinden sich im intramural-ambulanten Bereich. Bis 2018 wurden die Leistungen in Spitalsambulanzen meist über ein Globalbudget aus dem jeweiligen ortszuständigen Landesgesundheitsfonds für die einzelnen Krankenanstalten abgegolten. Mit 1.1. 2019 erfolgen die Vergütungen für Spitalsambulanzen verpflichtend über das LKF-Modell. Außerhalb des Krankenhauses, d. h. im extramuralen Bereich, besteht ein Angebot aus niedergelassenen Allgemeinärztinnen/-ärzten und Fachärztinnen/-ärzten, die über einen direkten Abrechnungsvertrag mit den Krankenversicherungsträgern verfügen. Darüber hinaus gibt es Ärztinnen und Ärzte mit privater Praxis, die über keinen solchen Vertrag verfügen (Wahlärztinnen/-ärzte).

Diese Umstände sind für die Einordnung internationaler Ergebnisse relevant, da nicht in allen Ländern eine Unterscheidung zwischen Tagesklinik und Ambulanz existiert. Außerdem ist es in vielen Ländern untypisch, fachärztliche Leistungen außerhalb des Krankenhauses in Anspruch nehmen zu können. Dementsprechend schwierig ist es, den österreichischen Kontext international einzuordnen. Nichtsdestotrotz wird im Folgenden anhand ausgewählter Daten ein grober Überblick darüber gegeben, wie sich die österreichische Situation im internationalen Vergleich darstellt.

Status quo im internationalen Vergleich

In den Gesundheitswesen von Nord- und Westeuropa sowie in Kanada und den USA sind tagesklinisch oder ambulant (intramural-ambulant oder extramural) durchgeführte Operationen gängige Praxis. Im österreichischen Gesundheitswesen hingegen sind sie eher die Ausnahme als die Regel. So wurden in Österreich im Jahr 2017 nur 2,8 % aller laparoskopischen Hernien-Operationen tagesklinisch durchgeführt. In Norwegen, Großbritannien und Kanada war der Anteil mit über 75 % deutlich höher. Der OECD-Durchschnitt lag bei 37,3 %. Ähnliches trifft für laparoskopische Cholezystektomien

Tabelle 1: Prozentsatz an tagesklinisch durchgeführten Operationen in Österreich und im OEDC-Durchschnitt 2017

Operationen	Österreich	OECD-Durchschnitt
Katarakt-Operationen	84,5 %	67,6 %
Laparoskopische Hernien-Operationen	2,8 %	37,3 %
Hernien-Operationen	4,5 %	39,5 %
Tonsillektomien	0,1 %	30,3 %
Laparoskopische Cholezystektomien	0,2 %	17,6 %
Cholezystektomien	0,2 %	15,4 %
Laparoskopische Appendektomien	0 %	1,8 %
Appendektomien	0 %	1,6 %

Quelle: OECD Health Statistics 2019

1 Das LKF-System dient der Abrechnung der stationären und seit 2018 auch der ambulanten Spitalskosten und verwendet dazu leistungsorientierte Diagnosefallgruppen.

zu: Während in Österreich im Jahr 2017 keine tagesklinischen Cholezystektomien durchgeführt wurden, betrug der Anteil in Großbritannien, Island und Kanada bis zu 62 % und der OECD-Durchschnitt 17,6 %. Auch bei Tonsillektomien ist der Anteil tagesklinisch durchgeführter Operationen mit 0,1 % verschwindend gering. Konträr dazu werden in Island fast alle (98 %) Tonsillektomien tagesklinisch durchgeführt und in Schweden und Kanada bei drei von vier Fällen. Einzig bei Katarakt-Operationen liegt Österreich mit 84,5 % an tagesklinisch durchgeführten Operationen deutlich über dem OECD-Durchschnitt (67,6 %), jedoch deutlich hinter Belgien, Estland, Großbritannien, Irland, Island, Schweden, Spanien und Kanada. In diesen Ländern werden über 95 % der Katarakt-Operationen tagesklinisch erbracht (OECD 2019).

Die Analyse der tagesklinisch oder intramural-ambulant durchgeführten Operationen in Österreich zeigt zudem deutliche Bundesländerunterschiede auf. Die Situation stellt sich jedoch nicht so dar, dass ein Bundesland besonders viele Operationen tagesklinisch bzw. intramural-ambulant durchführt und ein anderes Bundesland besonders wenige, vielmehr sind die Unterschiede von der durchgeführten Operation abhängig. Beispielsweise wurden im Jahr 2017 in Vorarlberg 100 % aller laparoskopischen Karpaltunnel-Operationen tagesklinisch durchgeführt, in der Steiermark nur 3,8 % bzw. wurden in Salzburg 81,1 % aller endovenösen Obliterationen der Venae saphenae (= Krampfadern-Operation) tagesklinisch erbracht, in Wien nur 37,7 %. Die Gründe für die bestehenden Bundesländerunterschiede können aus den verfügbaren Daten nicht nachvollzogen werden.

Sowohl der geringe Prozentsatz an tagesklinisch durchgeführten Operationen im internationalen Vergleich als auch die deutlichen Unterschiede bei tagesklinisch bzw. intramural-ambulant durchführbaren Operationen im Bundesländervergleich deuten auf ein Verlagerungspotenzial vieler Leistungen vom stationären in den tagesklinischen bzw. intramural-ambulanten Bereich hin. Ursachen für die relative Unterentwicklung des tagesklinischen und intramural-ambulanten Bereichs im österreichischen Gesundheitswesen dürften systemische Strukturen (z. B. relativ hohe Krankenhauszahl), kurze Wartelisten für Leistungen (z. B. Operationen) im Vergleich zu anderen Ländern sowie fehlende bzw. dysfunktionale finanzielle Anreize aufseiten der Leistungserbringer sein. In der Vergangenheit wurden bereits Versuche zur gezielten Anreizsetzung unternommen, die nur zum Teil Erfolge zeigten (Rechnungshof 2011, Fischer und Zechmeister-Koss 2012, Fischer und Zechmeister-Koss 2014). Das dürfte auch ein Mitgrund sein, warum der Zielsteuerungsvertrag auf Bundesebene 2017–2021 explizit ein Bündel an Interventionen definiert, die tagesklinisch oder intramural-ambulant erbracht werden können.

Politische Zielsetzung: Zielsteuerungsvertrag 2017–2021

Auf politischer Ebene gibt der zwischen Bund, Ländern und Sozialversicherung beschlossene Zielsteuerungsvertrag das grundlegendende Arbeitsprogramm für die Jahre 2017 bis 2021 vor. Er basiert auf den Vereinbarungen gemäß Artikel 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens. Eine Schwerpunktsetzung im aktuellen Zielsteuerungsvertrag liegt auf der Stärkung des ambulanten Sektors (BMASGK 2018).

Der Zielsteuerungsvertrag enthält operative Ziele, die den strategischen Zielen untergeordnet sind. Den operativen Zielen sind wiederum Messgrößen und Zielwerte bzw. Zielvorgaben zugeordnet. Dem strategischen Ziel „Stärkung der ambulanten Versorgung bei gleichzeitiger Entlastung des akutstationären Bereichs und Optimierung des Ressourceneinsatzes“ sind sieben operative Ziele in zwei Kategorien – „bedarfsgerechte Versorgungsstrukturen“ und „richtige Versorgung“ („right care“) – zugeordnet. Während die Ziele der letztgenannten Kategorie Personalvorgaben und eine optimale Versorgung von Kindern und Jugendlichen betreffen, beinhalten die Ziele der ersten Kategorie u. a. die „bedarfsgerechte Gestaltung, Abstimmung und Weiterentwicklung der ambulanten Fachversorgung“ sowie die „bedarfsgerechte Anpassung der stationären Versorgungsstrukturen“. Die dafür bestimmten Messgrößen mit entsprechenden Zielvorgaben sind etwa eine 2%ige jährliche Senkung der Krankenhaushäufigkeit und der Belagstagedichte (Belagstage pro 1.000 Einwohnerinnen und Einwohner) in Fondskrankenanstalten. Außerdem sind ausgewählte Tagesklinik-Leistungsbündel, die tagesklinisch-stationär oder ambulant erbracht werden, als Messgröße vorgesehen.

Abbildung 3 zeigt diese 14 Leistungsbündel mit dem tagesklinischen bzw. ambulanten Anteil im Jahr 2015, den zu erreichenden Mindestwert und einen internationalen Benchmark. Die medizinische Einzelleistung spezifiziert die medizinische Leistung, die im Rahmen der leistungsorientierten Krankenhausfinanzierung codiert ist. Die Mindestwerte fungieren hier als Zielwerte. Diese sind eher pessimistisch ausgelegt und beziffern in allen Leistungsbündeln einen Zielwert, der zumindest 20 Prozentpunkte unter dem internationalen Benchmark liegt. In vier Leistungsbündeln lag der Anteil im Jahr 2015 bereits über dem anzustrebenden Mindestwert. Die Bündel Adenotomie/Paracentese, Katarakt-Operationen, Eingriffe Haut mit Lappenplastik und sonstige Eingriffe Auge übertrafen die Mindestwerte um 1,2 bis 8,5 Prozentpunkte, lagen aber dennoch mindestens zehn Prozentpunkte unter dem internationalen Benchmark. Der (ungewichtete) durchschnittliche Anteil lag im Jahr 2015 mit knapp

Abbildung 3: Operative Leistungen, die tagesklinisch-stationär oder ambulant erbracht werden, im Zielsteuerungsvertrag 2017–2021

Operatives Ziel	1.3: Bedarfsgerechte Anpassung der stationären Versorgungsstrukturen
Messgröße	**(6) Ausgewählte TK-Leistungsbündel, die tagesklinisch-stationär oder ambulant erbracht werden**
Zielvorgabe	↑ (siehe leistungsspezifische Zielwerte)
Definition	Anteil tagesklinisch-stationär bzw. ambulant erbrachter ausgewählter Leistungen aus dem Tagesklinik-Katalog gemessen an der Gesamtzahl dieser Leistungen je definiertem Leistungsbündel in FKA in Aufenthalten unter 5 Belagstagen (BT) bzw. in ambulanten Besuchen. Längere Aufenthalte implizieren medizinische Notwendigkeit einer stationären Überwachung und sind dementsprechend ausgeschlossen. Aufenthalte mit mehreren Leistungen sind in der Messgröße inkludiert.
Berechnung	$\frac{\textit{Anzahl tagesklinisch – stationär und ambulant erbrachte Leistungen je Leistungsbündel}}{\textit{Gesamtzahl der Leistungen je Leistungsbündel}}$ Exkludiert sind: Leistungen, die in Aufenthalten mit mehr als 4 Belagstagen erbracht wurden. Inkludiert sind: Ambulant erbrachte Leistungen bei ambulanten Besuchen Keine Altersstandardisierung;
Format	Prozent; zielbezogen
Datengrundlage	Diagnosen- und Leistungsdokumentation, BMGF

Bündel	MEL	TK/amb. Anteil 2015	Mindest-wert	(internationaler) Benchmark
Adenotomie/Paracentese	CB010, FA010	41,6 %	40 %	60 %
Curettage	JK030	46,5 %	50 %	70 %
Hernien OP*	LM080, LM090	3,4 %	15 %	40 %
Karpaltunnel OP	AJ070, AJ080	61,2 %	65 %	90 %
Knie Arthroskopie	NF020	16,8 %	30 %	80 %
Metallentfernung	LZ010, MZ010, NZ010	38,5 %	40 %	60 %
Varizen OP	EK030, EK035, EK040, EK050	17,8 %	30 %	60 %
Katarakt OP	BF010, BF020	78,5 %	70 %	90 %
Eingriffe Bewegungsapparat	MJ130, MZ020, ND030, ND040, ND050, NJ080, NZ020	32,5 %	40 %	70 %
Eingriffe Haut mit Lappenplastik	HA010, QA020, QA040, QZ020, QZ030	41,2 %	40 %	70 %
sonst. Eingriffe Auge	BA010, BA020, BC010, BJ020, BJ030,	77,3 %	70 %	90 %
sonst. Eingriffe HNO	CB020, GB020	1,7 %	20 %	40 %
sonst. Eingriffe Urologie	JH010, JH020, JH040, JH120	52,2 %	60 %	90 %
sonst. Eingriffe Uterus	JK010, JK020, JK040	35,7 %	40 %	70 %

* Die Ursachen der im internationalen Vergleich sehr niedrigen tagesklinischen Rate von Hernien OP sind zu analysieren.

Quelle: Bundes-Zielsteuerungskommission 2017

39 % rund fünf Prozentpunkte unter dem Mindestwert und rund 31 Prozentpunkte unter dem internationalen Benchmark. Zu überdurchschnittlichen Abweichungen kam es bei Hernien-Operationen (36,6 Prozentpunkte Abweichung), Knie-Arthroskopien (63,2 Prozentpunkte Abweichung), Varizen-Operationen (42,2 Prozentpunkte Abweichung), Eingriffen in den Bewegungsapparat (37,5 Prozentpunkte Abweichung) und sonstigen Eingriffen in den Bereichen HNO (38,3 Prozentpunkte Abweichung), Urologie (37,8 Prozentpunkte Abweichung) sowie Uterus (34,3 Prozentpunkte Abweichung). Außerdem finden sich in Abbildung 3 Details zur Datengrundlage, Berechnung, Definition und Zuordnung.

Zur transparenten Darstellung der Maßnahmen und der Erreichung der Ziele werden seit dem Jahr 2017 verschiedene Monitoringberichte erstellt. Dazu zählt ein halbjährlich erscheinender Kurzbericht mit Ergebnissen zur Finanzzielsteuerung, ein jährlich erscheinender Hauptbericht, der zusätzlich ein Monitoring der operativen Ziele inkludiert, und ein jährlich erscheinender Statusbericht zum Fortschritt der Maßnahmen zu den Zielen im Ziele- und Maßnahmenkatalog (BMASGK 2019a).

Der aktuelle Monitoringbericht verweist auf die allgemein positive Entwicklung in den Jahren 2016 und 2017, betont jedoch zugleich die Schwierigkeit, die Ziele einzelner Leistungsbündel zu erreichen. Insbesondere Hernien-Operationen stellen mit einem Anteil von 4,2 %, einem Zielwert von 15 % und nur mäßigem Wachstum ein Problem dar. Österreichweit wurden im Jahr 2017 die Zielwerte für 2021 in acht von 14 Leistungsbündeln erreicht. Abbildung 4 stellt die Ergebnisse im Bundesländervergleich dar (Bundes-Zielsteuerungskommission 2019).

Abbildung 4: Ausgewählte Tagesklinik-Leistungsbündel, die tagesklinisch oder intramural-ambulant erbracht werden, in Prozent der durchgeführten Leistungen 2017, Vorjahreswerte (2016) in Klammer

	B	K	NÖ	OÖ	S	St	T	V	W	Ö	Ziel-wert 2021
Adenotomie/ Paracentese	41,0 (37,0)	30,2 (24,6)	54,8 (53,1)	58,5 (59,2)	13,9 (10,0)	19,4 (11,1)	38,4 (35,8)	62,9 (63,6)	40,4 (41,5)	42,3 (41,1)	40
Curettage	62,4 (64,3)	63,1 (57,7)	66,4 (64,4)	60,3 (60,8)	49,5 (32,9)	57,4 (45,2)	43,9 (36,3)	65,7 (60,8)	42,0 (40,8)	55,0 (51,2)	50
Eingriffe Bewe-gungsapparat	38,0 (34,8)	42,4 (35,7)	43,9 (43,1)	32,7 (35,0)	29,3 (17,1)	50,5 (43,6)	27,9 (24,9)	51,9 (52,4)	30,7 (26,0)	35,8 (32,9)	40
Eingriffe Haut mit Lappenplastik	42,6 (47,4)	43,8 (30,5)	26,8 (24,8)	24,7 (21,6)	35,2 (32,7)	22,1 (16,1)	62,6 (70,3)	24,9 (18,4)	52,7 (45,5)	43,3 (41,3)	40
Hernien OP	0,9 (0,4)	11,4 (3,9)	7,0 (8,5)	2,8 (3,4)	0,5 (0,7)	5,8 (3,6)	1,2 (0,6)	10,1 (12,2)	1,4 (0,7)	4,2 (3,8)	15
Karpaltunnel OP	85,9 (91,2)	84,7 (79,2)	84,8 (82,5)	76,9 (73,8)	47,5 (23,9)	66,3 (44,5)	82,8 (72,9)	68,2 (72,0)	57,7 (50,5)	73,5 (65,3)	65
Katarakt OP	99,9 (99,4)	97,3 (91,7)	93,7 (93,1)	85,9 (82,5)	89,6 (83,9)	80,4 (76,9)	86,2 (85,8)	74,5 (73,8)	86,1 (83,6)	87,1 (84,4)	70
Knie Arthroskopie	40,5 (42,2)	54,8 (34,9)	45,6 (41,2)	14,0 (13,0)	12,2 (4,7)	5,9 (1,9)	7,6 (4,7)	45,8 (43,3)	20,6 (15,2)	26,5 (22,1)	30
Metallentfernung	40,7 (37,2)	58,5 (40,7)	48,4 (45,5)	50,6 (51,1)	32,7 (27,7)	35,0 (26,8)	31,8 (29,0)	44,6 (42,7)	34,8 (33,3)	42,0 (38,8)	40
sonst. Eingriffe Auge	100,0 (99,7)	90,4 (88,0)	83,2 (77,3)	77,5 (75,5)	74,6 (62,5)	82,3 (61,5)	85,3 (90,8)	13,2 (12,8)	90,2 (88,3)	82,5 (77,8)	70
sonst. Eingriffe HNO	1,4 (0,0)	2,6 (0,8)	0,2 (1,2)	18,3 (12,1)	2,1 (2,2)	0,6 (0,3)	1,7 (2,2)	1,8 (0,7)	0,8 (0,7)	4,6 (3,1)	20
sonst. Eingriffe Urologie	44,6 (44,6)	59,5 (52,8)	67,8 (67,3)	52,9 (58,0)	62,2 (59,9)	54,8 (51,6)	40,2 (40,2)	22,8 (24,2)	47,7 (50,3)	52,9 (53,4)	60
sonst. Eingriffe Uterus	66,7 (68,4)	58,7 (52,5)	66,5 (64,1)	50,5 (48,1)	47,2 (25,4)	50,2 (42,4)	43,0 (32,6)	69,5 (59,7)	20,1 (13,9)	49,1 (43,2)	40
Varizen OP	4,6 (3,5)	51,9 (43,5)	43,3 (41,3)	23,5 (24,2)	15,8 (14,0)	22,6 (19,4)	23,0 (15,0)	37,2 (36,9)	23,7 (12,8)	28,7 (24,6)	30
Gewichteter Mittelwert (Fälle)	53,3 (52,2)	67,1 (59,6)	64,3 (62,0)	58,9 (57,5)	50,9 (41,7)	50,1 (43,0)	50,5 (48,6)	54,2 (52,6)	57,5 (53,6)	57,4 (53,7)	

Zielvorgabe: steigender Trend, leistungsspezifische Zielwerte 2021
Werte für 2018 sind aufgrund noch nicht vorliegender ambulanter Daten zum Zeitpunkt der Berichtslegung nicht verfügbar

Anmerkung: Die in der Tabelle angegebenen Prozentsätze an tagesklinisch bzw. intramural-ambulant durchgeführten Operationen differieren von den angegebenen Prozentsätzen im vorhergehenden Kapitel aufgrund einer abweichenden Berechnungsmethodik bei der Bezugsgröße, d. h. bei der Gesamtzahl der Leistungen je Leistungsbündel. Bei den in der Tabelle angeführten Prozentsätzen beschränkt sich die Bezugsgröße auf Leistungen, die in Aufenthalten mit maximal vier Belagstagen erbracht wurden. Im Gegensatz dazu beinhaltet die Bezugsgröße der Prozentwerte im vorhergehenden Kapitel die Gesamtzahl aller Leistungen.
Quelle: Bundes-Zielsteuerungskommission 2019

Entwicklung eines konzeptuellen Rahmens

Entwicklung eines konzeptuellen Rahmens

Der Fokus dieses Beitrags liegt, wie schon in der Einleitung erwähnt, auf der Ermittlung jener hemmenden Einflussfaktoren im österreichischen Gesundheitswesen, die eine vergleichsweise geringe Verlagerung von Leistungen aus dem stationären Bereich in den tagesklinischen, intramural-ambulanten bzw. extramuralen Bereich bedingen.

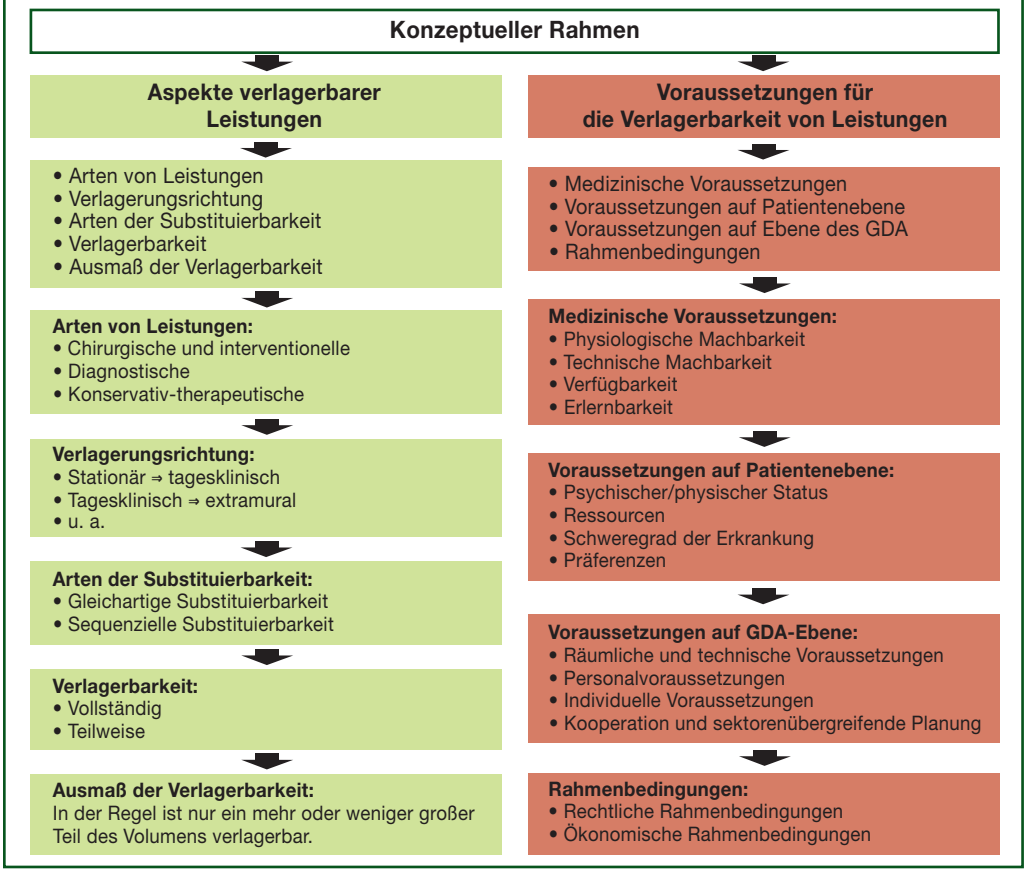
Zur Ermittlung dieser Einflussfaktoren wird ein konzeptueller Rahmen beschrieben. Dieser fußt auf einer umfassenden Recherche internationaler Literatur – durchgeführt anhand der Methode des sogenannten Scoping Reviews – und Experteninterviews.

Mithilfe des Scoping Reviews sollte untersucht werden, welche operativen und interventionellen Leistungen vom stationären in den tagesklinischen, intramural-ambulanten bzw. extramuralen Bereich verlagert werden können, welche Konsequenzen das für die Patientinnen/Patienten und das Gesundheitssystem birgt und welche Rahmenbedingungen für derartige Verlagerungen notwendig sind. Im Rahmen des Scoping Reviews konnten etliche Studien ermittelt werden, die z. B. die Möglichkeit einer Verlagerung in ein anderes Versorgungssetting, die Patientensicherheit und die Patientenzufriedenheit in unterschiedlichen Versorgungssettings vergleichen. Hingegen konnten nur wenige Studien gefunden werden, die z. B. hemmende oder fördernde Faktoren für eine Verlagerung von Operationen bzw. Interventionen aus dem stationären in den tagesklinischen oder ambulanten Bereich beleuchten. Dies dürfte zudem oft auch sehr landesspezifisch sein. Daher existiert keine Theorie zu Verlagerungspotenzialen, die auf den österreichischen Kontext anwendbar wäre.

Aus diesem Grund wurden zusätzlich auch neun Experteninterviews durchgeführt, fünf mit Fachärz-

tinnen/-ärzten ([IP1], [IP2], [IP3], [IP5], [IP6]) und vier mit Personen aus dem Krankenhausmanagement ([IP4], [IP7], [IP8], [IP9]).
Der aus dem Scoping Review und den Experteninterviews entwickelte konzeptuelle Rahmen gliedert sich einerseits in Aspekte verlagerbarer Leistungen und andererseits in Voraussetzungen für die Verlagerbarkeit von Leistungen. In Abbildung 5 ist er schematisch dargestellt.

Abbildung 5: Konzeptueller Rahmen



Quelle: IHS 2019

Ergebnisse: Aspekte zu verlagernder Leistungen

Die zu verlagernden Leistungen lassen sich nach fünf verschiedenen Kriterien kategorisieren, auf die wir in der Folge genauer eingehen: (i) Arten von Leistungen, (ii) Verlagerungsrichtung, (iii) Arten der Substituierbarkeit, (iv) vollständige oder teilweise Verlagerbarkeit und (v) Ausmaß der Verlagerbarkeit.

Arten von Leistungen

Im Allgemeinen lassen sich die folgenden Arten von Leistungen im Gesundheitswesen unterscheiden: (i) chirurgische und interventionelle Leistungen, (ii) konservativ-therapeutische Leistungen und (iii) diagnostische Leistungen.

Chirurgische und interventionelle Leistungen

Chirurgische und interventionelle Leistungen sind in der Regel durch eine erhöhte Kapitalausstattung sowie durch spezifische Hygienevorschriften gekennzeichnet. Außerdem erfordert die Behandlung einer bereits als krank diagnostizierten Person Personal mit unterschiedlichen Qualifikationen, das gleichzeitig an einem Ort verfügbar sein muss.

Konservativ-therapeutische Leistungen

Konservativ-therapeutische Leistungen bedürfen einer intramuralen Erbringung besonders dann, wenn ein hoher Schweregrad der Erkrankung vorliegt und/oder die Verabreichung über einen längeren Zeitraum erfolgt und/oder wenn Nebenwirkungen bzw. Komplikationen der Therapie abgefangen werden müssen. Ansonsten findet die Erbringung im extramuralen Bereich bzw. zu Hause statt. Beispiele sind medikamentöse Therapie, Verbände, Physiotherapie und Psychotherapie.

Diagnostische Leistungen

Die Erbringung diagnostischer Leistungen erfolgt vor allem dann nicht extramural, wenn sie erhöhte Anforderungen an Apparateausstattung, Skills und Hygiene voraussetzen. Grundsätzlich ist es bei

diagnostischen Leistungen nicht erforderlich, [viele] Personen mit unterschiedlichen Qualifikationsprofilen einzusetzen, und der Kapitalaufwand fällt geringer aus als bei operativen Leistungen. Beispiele sind Sonographie, Durchleuchtung, MR und die Bestimmung von Laborparametern.

Verlagerungsrichtung

Die Verlagerungsrichtung ist im österreichischen Kontext nach den existierenden Settings in unterschiedlichen Varianten denkbar:

Tabelle 2: Denkbare Verlagerungsrichtungen

Ursprüngliches Setting	Verlagertes Setting
Stationär	Tagesklinisch
Stationär	Intramural-ambulant
Stationär	Extramural/Hospital at Home
Tagesklinisch	Intramural-ambulant
Tagesklinisch	Extramural
Intramural-ambulant	Extramural
Betreuung im extramuralen Bereich, damit keine stationäre Aufnahme notwendig wird	
Betreuung im extramuralen Bereich, damit keine intramural-ambulante Episode notwendig wird	

Quelle: IHS 2019

Theoretisch ist auch eine Umkehrung der Richtung der Verlagerung denkbar, kommt in der Literatur jedoch kaum vor. Der Grund dafür dürfte sein, dass gemäß dem Vorsichtsprinzip für viele Interventionen zuerst die höhere Versorgungsstufe gewählt und erst dann eine Verlagerung überlegt wird. Weiters erlauben oft technische Fortschritte (z. B. Miniaturisierung) erst die Möglichkeit einer Verlagerung. Beispiele sind orale oder subkutane Chemotherapie, tragbares 24-h-EKG und Telemonitoring.

Arten der Substituierbarkeit

Bei den Arten der Substituierbarkeit wird zwischen **gleichartiger** und **sequenzieller Substituierbarkeit** unterschieden. Typischerweise basiert das meiste Verlagerungspotenzial auf einer gleichartigen Substituierbarkeit, also der gleichwertigen Durchführung einer Leistung auf einer niedrigeren Versorgungsstufe. Beispiele sind stationäre oder tagesklinische Katarakt-Operationen oder Koloskopien im Krankenhaus oder im niedergelassenen Bereich. Bei der sequenziellen Substituierbarkeit wird hingegen eine Leistung in einem Setting erbracht, das die zu verlagernde Leistung in der Konsequenz obsolet macht. Beispiele sind mikrochirurgische Behandlung der Pilonidalzyste, Röntgenschwachbestrahlung eines Fersensporns anstatt einer chirurgischen Intervention und telemedizinische Überwachung von COPD-Patientinnen und -Patienten anstatt häufiger Aufnahmen bei Exazerbation.

Verlagerbarkeit

Die Verlagerbarkeit selbst kann entweder **vollständig** oder **teilweise** sein. Während bei der vollständigen Verlagerbarkeit die ganze Leistung in einem anderen Setting erbracht wird, wird bei der teilweisen Verlagerbarkeit nur ein Teil der Leistung verlagert und ein anderer Teil verbleibt im ursprünglichen Setting. Beispiele für die vollständige Verlagerbarkeit sind Hausgeburt statt Geburt im Krankenhaus und Chirurgie in der Hausarztpraxis statt im Krankenhaus. Beispiele für die teilweise Verlagerbarkeit sind ambulante Geburt, präoperative Diagnostik im extramuralen Bereich und postoperative Beobachtung zu Hause.

Ausmaß der Verlagerbarkeit

Das Ausmaß der Verlagerbarkeit bezieht sich auf den Anteil der Leistungen, der in ein anderes Setting verlagerbar ist. Es hängt beispielsweise vom Schweregrad der Erkrankung und vom Zustand der Patientinnen und Patienten ab. Obwohl eine Verlagerung des gesamten Volumens theoretisch denkbar ist, wird in der Regel nur ein mehr oder weniger großer Teil des Volumens verlagerbar sein. Das Ausmaß der Verlagerbarkeit kann dazu auch als Benchmark dienen: Welcher Anteil an X ist in einem anderen Setting bei angemessener Qualität erbringbar? Welcher Anteil wird tatsächlich erbracht? Beispiele sind der Anteil an tagesklinisch erbringbaren Katarakt-Operationen, der Anteil an tagesklinisch erbringbaren Tonsillektomien und der Anteil an ambulant erbringbaren Geburten.

Ergebnisse – Voraussetzungen für die Nutzung von Verlagerungspotenzialen

Bei Voraussetzungen von Verlagerungen wird zwischen vier Kategorien unterschieden: (i) medizinische Voraussetzungen, (ii) Voraussetzungen auf Patientenebene, (iii) Voraussetzungen auf Ebene des Gesundheitsdiensteanbieters (GDA) und (iv) Rahmenbedingungen.

Dabei ist zu beachten, dass untereinander Bedingtheiten und Interdependenzen auftreten. So muss beispielsweise eine medizinische Technologie existieren, die eine Verlagerung ermöglicht, sie muss aber auch vom GDA vorgehalten werden.

Medizinische Voraussetzungen

Zu den medizinischen Voraussetzungen zählen die **physiologische Machbarkeit,** die **technische Machbarkeit,** die **Verfügbarkeit** und die **Erlernbarkeit.** Aus physiologischen Gegebenheiten heraus sind etwa Operationen am offenen Herzen oder größere Eingriffe an multimorbiden Patientinnen und Patienten im hohen Alter in Arztpraxen nicht durchführbar. Für die technische Machbarkeit ist es notwendig, dass bestimmte Gerätschaften und Technologien nicht nur ambulant einsetzbar, sondern auch hinreichend günstig, klein und einfach bedienbar sind. Beispiele sind heutige Sonographiegeräte mit Doppler- und Duplexfunktionalität, die von niedergelassenen Fachärztinnen/-ärzten verschiedener Disziplinen bedient werden können. Eng damit verbunden sind Produktinnovationen (z. B. Miniaturisierung, günstigere Varianten) und Prozessinnovationen (z. B. Operationstechniken). Beispiele für Produktinnovationen sind Herzschrittmacher, die telemedizinisch überwachbar sind, und orale Antineoplastika. Im österreichischen Kontext geht es in der Frage der Verfügbarkeit hauptsächlich um die Bereitschaft von GDA diverse Geräte anzuschaffen, z. B. Computertomographen als Voraussetzung für eine Computertomographie-geführte Instillation von Anästhetika/Cortisol in z. B. die Bandscheibe. Medizinische Vorgänge können wiederum einfacher oder komplexer und somit in unterschiedlichem Ausmaß von fachkundigem Personal erlernbar sein. Ein Beispiel ist die Pit-Picking-Technik bei der Pilonidalzyste, die keinen Krankenhausaufenthalt und nur einen kurzen Krankenstand erfordert.[2]

[IP3]: Ein Herzkatheter kann heute auch von der distalen Arteria radialis (Speichenarterie) aus durchgeführt werden statt von der Arteria femoralis (Oberschenkelarterie). Dies ermöglicht ein sofortiges Heimgehen statt eine stationären Aufnahme. Denn bei Verwendung der Arteria femoralis muss diese noch mindestens sechs Stunden im Liegen mit einem Druckgerät oder Sandsack beschwert werden.

Voraussetzungen auf Patientenebene

Eine zentrale Voraussetzung, die in sehr vielen Studien angesprochen wird, ist die sorgfältige Auswahl der Patientinnen und Patienten. Nicht alle Patientinnen und Patienten eignen sich für eine tagesklinische/ambulante Durchführung einer Operation. Die Verlagerbarkeit von Leistungen erfordert auf Patientenebene die Berücksichtigung folgender Faktoren: (i) physischer Status der Patientinnen und Patienten (Allgemeinzustand, Alter, Komorbiditäten), (ii) psychischer Status der Patientinnen und Patienten, (iii) Ressourcen (individuell und in der Umwelt), (iv) Schweregrad der Erkrankung und (v) Präferenzen, kulturelle Faktoren und Sozialisation.

Der **Allgemeinzustand** einer Person kann ausreichend sein, um von einer Verlagerung abzusehen. Besonders die im Alter verminderte Heilungsfähigkeit und verlängerte Rekonvaleszenz sowie Komorbiditäten sind oft Argumente für eine stationäre Aufnahme. Bei der Auswahl der Patientinnen und Patienten auf Basis des physischen Zustands ist sowohl die chirurgische als auch die anästhesiologische Sichtweise zu berücksichtigen. Deshalb sollte dieser Auswahlprozess immer in enger Abstimmung zwischen Chirurginnen/Chirurgen und Anästhesistinnen/Anästhesisten erfolgen. Die sorgfältige Auswahl der Patientinnen und Patienten soll vor allem dazu beitragen, Komplikationen zu vermeiden, die z. B. einen ungeplanten stationären Aufenthalt mit sich bringen.

Bei **psychischen** Voraussetzungen wird zwischen noopsychischen (kognitiven) – z. B.: Ist die Patientin/der Patient in der Lage, Termine wahrzunehmen und sich nach der Operation zu Hause zurechtzufinden? – und thymopsychischen (emotionalen) – z. B.: Können Depressionen oder Angststörungen einen stationären Aufenthalt trotz sonstiger ambulanter Erbringbarkeit nötig machen? – Voraussetzungen unterschieden. Weiters spielen auch die **Ressourcen** der Patientinnen und Patienten eine Rolle. Also etwa ob eine Betreuungsperson bzw. sonstige soziale Unterstützung nach der Entlassung zur Verfügung steht oder ob die Wohnung adaptierbar ist. Wenn derartige Ressourcen nicht vorhanden sind, ist eine tagesklinische bzw. ambulante Durchführung von Operationen oft nicht möglich oder sinnvoll.

[IP6] berichtet von Patientinnen und Patienten, die zwar medizinisch ohne weiteres im niedergelassenen oder Ambulanzbereich zu versorgen wären, bei denen aber die sozialen Voraussetzungen dafür manchmal nicht gegeben seien. Umgekehrt werde dann ein stationärer Aufenthalt dazu genutzt, weitere Beschwerden abklären zu lassen.

Der **Schweregrad** der zu behandelnden Krankheit ist insofern relevant, als bei weit fortgeschrittenen Krankheiten die Wahrscheinlichkeit von Komplikationen höher ist.

2 Siehe die entsprechende S3-Leitlinie der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. aus dem Jahr 2014 (https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/081-009l_S3_Sinus_pilonidalis_2017-04-abgelaufen.pdf).

Schließlich spielen noch **Präferenzen,** die im Unterschied zum psychischen Status auf einer subjektiven Wahrnehmung und keiner objektiven Zustandsbeschreibung der Patientinnen und Patienten beruhen, eine Rolle. Unter anderem geht es dabei um die Akzeptanz seitens der Patientinnen und Patienten, kurz nach der Operation entlassen zu werden und sich als frisch operierte Patientin/frisch operierter Patient zu Hause von der Operation zu erholen. Um dies zu gewährleisten, ist eine umfassende präoperative Aufklärung der Patientinnen und Patienten und gegebenenfalls deren Angehöriger notwendig. Gegenstand dieser Aufklärung sollte u. a. sein, was eine tagesklinische bzw. ambulante Durchführung einer Operation und eine unmittelbar danach stattfindende Entlassung bedeutet, wie eine „richtige" Erholung nach der Operation zu Hause aussieht und welche Vorkehrungen gegebenenfalls im Eigenheim zu treffen sind. Auch mit einer Verlagerung verbundene Unannehmlichkeiten, z. B. zusätzliche Wegzeiten, spielen in diesem Kontext eine Rolle. Präferenzen müssen nicht zwingenderweise berücksichtigt werden, Prozesse sollten aber so gestaltet werden, dass sie für Patientinnen und Patienten praktikabel und annehmbar sind.

Viele [IP] schildern die Präferenz für ein One-Stop-Shop-Prinzip. [IP1] schildert die mangelnde Bereitschaft von Patientinnen und Patienten, ambulante Infusionstherapien im niedergelassenen Bereich in Anspruch zu nehmen. An mehreren Tagen in Folge wolle man die Fahrzeit nicht auf sich nehmen und bevorzuge eine stationäre Aufnahme. [IP2] und [IP7] schildern die völlig unterschiedlichen Erfahrungen in einem Flächenbundesland gegenüber Wien. […] Aufgrund der größeren Entfernungen und Fahrzeiten würden viele Dinge im Flächenbundesland selbstverständlich im extramuralen Bereich erledigt, wohingegen in Wien wie selbstverständlich Patientinnen und Patienten rascher eine Ambulanz aufsuchten, aber auch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte schon für die Diagnostik schneller in die Krankenanstalt überwiesen.

Voraussetzungen auf Ebene der GDA

Für GDA unterscheiden wir sechs verschiedene Voraussetzungen: (i) räumliche Voraussetzungen, (ii) technische/apparative Voraussetzungen, (iii) Prozessvoraussetzungen, (iv) Personalvoraussetzungen, (v) individuelle Voraussetzungen (Wissen, Beherrschen der Technik) und (vi) Kooperation und sektorenübergreifende Planung.

Der GDA muss einerseits über die geeigneten **Räumlichkeiten** (z. B. eine tagesklinische Abteilung) und andererseits über die notwendigen **Gerätschaften** verfügen. Letzteres ist vor allem für den niedergelassenen Bereich schwierig, weil die stark ausgeprägte Einzelpraxisstruktur in Österreich eine wirtschaftliche Nutzung der Gerätschaften erschwert. Im Anschluss daran ist auch die Etablierung von **Prozessen,** die es ermöglichen, eine Tagesklinik zu betreiben oder die Wartezeiten in einer niedergelassenen Praxis gering zu halten, erforderlich.

Viele [IP], insbesondere [IP4], [IP6], [IP8] und [IP9], meinen, dass viel mehr Leistungen ambulant oder tagesklinisch erbracht werden können, aber die räumlichen Voraussetzungen schlicht nicht gegeben seien. Es müsse hier nicht nur in die Räume und die technische Infrastruktur investiert werden, sondern auch die Prozesse entsprechend implementiert werden, was arbeitsintensiv sei.

Neben der Einhaltung des im Österreichischen Strukturplan Gesundheit (BMASGK 2019b) vorgeschriebenen Personalstands und -schlüssels bezüglich **Qualifikation und Quantität des Personals** ist es auch unerlässlich, dass das Individuum über das nötige Wissen verfügt, in welchen Fällen eine ambulante oder extramurale Leistungserbringung möglich ist.

Berichtet wird beispielsweise von [IP5] über Erstaufnahmen, die oft von Kolleginnen und Kollegen besetzt seien, die einerseits nicht ausreichend Erfahrung hätten, um die notwendige Triagierung (qualifizierte Ersteinschätzung) durchzuführen; andererseits mangle es aber auch an den „breiten Schultern", also der Fähigkeit, seine Entscheidung zu verteidigen und Risiken auf sich zu nehmen, wodurch viele Patientinnen und Patienten, die eigentlich in einer niedrigeren Versorgungsstufe zu versorgen wären, stationär aufgenommen würden oder in einer Ambulanz landeten. Laut [IP6] führt auch die mangelnde administrative und pflegerische Ausstattung von Ambulanzen und Tageskliniken zu dem Anreiz, Patientinnen und Patienten lieber gleich aufzunehmen. In den Ambulanzen müssten viele Schritte der Dokumentation und Anmeldung und sogar bisweilen kleinere Patiententransporte vom ärztlichen Personal erledigt werden. Gleichzeitig erschwere die Ausbildung beispielsweise eine onkologische Nachbetreuung im niedergelassenen Bereich. Es würden nicht nur onkologische Kassenstellen fehlen, auch die Allgemeinmedizinerinnen und -mediziner seien oft nicht ausreichend ausgebildet und Patientinnen und Patienten würden sich nicht ausreichend betreut fühlen, was sie in die Spitalsbetreuung zurückkehren lasse.
[IP8] weist auf eine Problematik auch im Bereich der Pflegeheime hin. Wenn diese aus Personalmangel zu wenige pflegerische Kapazitäten vorhalten können, landen die Bewohnerinnen und Bewohner von Pflegeheimen häufig im stationären Bereich. Hingegen sei im Pflegeheim oft die Versorgung durch die niedergelassenen Allgemeinmedizinerinnen und -mediziner ausreichend, aber die Bereitschaft zu Visiten sei begrenzt. Gute medizinische Versorgung in Pflegeheimen könne

aber Aufnahmen verhindern, das Problem liege aber nicht nur darin, das zu organisieren bzw. vonseiten der Kasse zu bezahlen, sondern auch die Personalknappheit anzugehen. Im Bereich Katarakt-Operationen würden manche Spitäler die Leute für einen Tag behalten, um am nächsten Tag die Kontrolle durchzuführen, weil z. B. an deren Wohnort die Verfügbarkeit augenärztlicher Versorgung nicht gegeben sei oder die Nachkontrolle nicht organisiert werden könne.

Verlagerungen können auch **sektorenübergreifende Prozesse** darstellen. In diesem Fall müssen mehrere GDAs zusammenarbeiten und Prozesse sektorenübergreifend gestalten, was in Österreich oft schwierig ist.

[IP1] berichtet, dass in manchen Gemeinden, wo es nur eine einzige Allgemeinmedizinerin/einen einzigen Allgemeinmediziner gibt, diese/dieser nur einmal in der Woche Blut abnimmt, weshalb eine Aufnahme zum Chemotherapiezyklus bei nicht ausreichenden Blutwerten unter Umständen nicht verhindert werden könnte. Die Feststellung, dass kein Zyklus durchgeführt werden könne, erfolge somit erst nach der Aufnahme.
[IP7] bestätigt, dass es auf dem Land viele derartige Koordinationsprobleme gibt. Prozesse könnten so nur schwer sektorenübergreifend geplant werden. Die mangelnde Abstimmung zwischen Krankenanstalt und niedergelassenem Bereich verhindere in etlichen Fällen die effizientere Nutzung der jeweils adäquaten Struktur. Ambulanzen in Krankenanstalten könnten sich gerade bei Notfallaufnahmen mitunter nicht darauf verlassen, dass die Patientinnen/Patienten zur Nachsorge rasch einen Termin im niedergelassenen Bereich bekämen, und würden diese daher wieder ins Spital bestellen.
[IP3] weist darauf hin, dass der Einsatz interventioneller Kardiologie im niedergelassenen Bereich zwar möglich sei, aber bei Komplikationen sollte idealerweise eine Krankenanstalt als Kooperationspartnerin zur Verfügung stehen.

Ebenfalls im Zusammenhang mit der Prozesskomponente stehen organisatorische Überlegungen bei tagesklinisch bzw. ambulant durchgeführten Operationen. Diese müssen in der Früh oder am Vormittag (bis spätestens 13 Uhr) durchgeführt werden, damit den Patientinnen und Patienten ausreichend Zeit für die postoperative Erholung zur Verfügung steht und eine Entlassung am selben Tag gewährleistet werden kann. Dem gegenüber steht oftmals der Wunsch bzw. die Präferenz der Chirurginnen/Chirurgen, komplexe Operationen, die in der Regel einen stationären Krankenhausaufenthalt mit sich bringen, in der Früh und weniger komplexe Operationen, die tagesklinisch bzw. ambulant erbracht werden, zu Mittag oder am Nachmittag durchzuführen. Dieser Umstand führt dazu, dass die postoperativ notwendige Erholungszeit für Patientinnen und Patienten mit tagesklinisch bzw. ambulant durchgeführten Operationen in den Abend bzw. die Nacht hineinreicht und sie nicht wie geplant am selben Tag entlassen werden können.

Rahmenbedingungen

Bei den Rahmenbedingungen zur Ermöglichung der Verlagerung lässt sich wiederum zwischen

- rechtlichen Rahmenbedingungen einschließlich
  - technischer Anforderungen,
  - Personalanforderungen und
  - Haftungsfragen und
- ökonomischen Rahmenbedingungen einschließlich
  - Kapital und Infrastruktur,
  - Bezahlungssystemen für den GDA,
  - Finanzierung der Leistungen bzw. Kostentragung und
  - institutioneller und politökonomischer Faktoren

unterscheiden.

Rechtliche Rahmenbedingungen

Die rechtlichen Rahmenbedingungen sind insbesondere für GDA relevant, da sie sich an Strukturqualitätskriterien halten müssen. Dies betrifft **technische** und **personelle** Vorgaben, die eine gewisse Trägheit aufweisen, weil sie sich immer nur an einem vergangenen technischen Stand orientieren und damit die Umsetzung von Innovationen behindern können. Beispiele sind Fast-Track-Chirurgie mit niedrigeren Liegezeiten als vorgesehen und neue Versorgungslösungen, die aber strukturell oder von der Bezahlung her nicht in die derzeitige Gesetzeslage passen.
In diesem Zusammenhang erweisen sich auch oft Haftungskriterien als Hindernis für Verlagerungen in den tagesklinischen bzw. ambulanten Bereich. Die Agierenden handeln in der Regel risikoavers, um große oder unklare Haftungsrisiken zu umgehen.

Die Haftungsrisiken sind somit nicht nur in der internationalen Literatur geläufige Hemmnisse, auch praktisch alle [IP] nennen das Thema als wichtigen Hemmschuh für Verlagerungen. Man greife rasch auf höhere Versorgungsstufen zu, da man sich so nicht Kritik oder rechtlicher Unsicherheit aussetze.

Ein konkretes Beispiel unter vielen ist laut [IP9] die Polypektomie. Im niedergelassenen Bereich scheue man häufig davor zurück, Polypen im Zuge einer Koloskopie zu entfernen. Die Folge sei eine Zuweisung ins Spital, wo dann eine zweite, eigentlich unnötige Koloskopie durchgeführt werde.
[IP5] berichtet von Problemen in der Erstaufnahme, wo Kolleginnen/Kollegen oft das Risiko scheuten, auch im extramuralen Bereich behandelbare Patientinnen und Patienten wegzuschicken.

Aus ökonomischer Sicht besteht außerdem die Gefahr einer „Maximumfalle“: Die Handelnden, z. B. in der Gesetzgebung, werden gerne Maximalkriterien an die Strukturqualität vorgeben, obwohl dies nicht gesellschaftlich effizient ist. Das gesellschaftliche Optimum befindet sich hingegen dort, wo eine Qualitätssteigerung mit verhältnismäßigem Ressourceneinsatz erreichbar ist. Es liegt typischerweise unter den Maximalkriterien, da an dieser Stelle Verbesserungen nur noch mit einem überproportional hohen Ressourceneinsatz möglich wären (abnehmender Qualitätszuwachs). Geht man von einer Qualitätsproduktionsfunktion mit abnehmender Grenzqualitätsproduktion aus, liegt das Optimum nicht bei maximaler Qualität, sondern dort, wo der marginale Zuwachs an Qualität dem marginalen Kostenanstieg entspricht. Durch die fallende Grenzqualitätsproduktionsfunktion sind weitere Qualitätssteigerungen nur mit überproportionalen Ausgaben möglich. Im Optimum ist eine Qualitätssteigerung hingegen mit verhältnismäßigem Ressourceneinsatz erreichbar. Beispiele sind Verlagerungen von diversen kleineren chirurgischen Eingriffen, die daran scheitern, dass niedergelassene Ärztinnen und Ärzte maximale Anforderungen an die Strukturqualität nicht erfüllen wollen oder können, und die stärkere Bedrohung durch Haftungsrisiken für niedergelasse Ärztinnen und Ärzte im Vergleich zu Krankenhäusern.
Ein weiteres Hemmnis für Verlagerung ist ein durch die Fragmentierung der Kompetenzen hervorgerufenes „Gefangenendilemma“. Maßnahmen, die gesamtgesellschaftlich Kosten einsparen würden, werden nicht durchgeführt, weil sie für einen Systempartner mit höheren Kosten verbunden sind und der andere nicht dazu bereit ist, ihn vollständig zu kompensieren.

[IP3] berichtet, dass Verhandlungen zur Durchführung von Herzkatheter-Untersuchungen auch daran scheitern würden, weil es den Krankenversicherungsträgern nicht unrecht sei, dass diese Leistungen zulasten des Spitals erbracht würden. Aber auch die Berichte zum Bezahlsystem oder zur Stellenausstattung deuten in diese Richtung: Nicht existente Stellen oder Honorarpositionen im niedergelassenen Bereich führen zu einem Abfluss von Patientinnen und Patienten in den Spitalsbereich bzw. behindern die Verlagerung aus dem Spital heraus.

Ökonomische Rahmenbedingungen

Bei den ökonomischen Rahmenbedingungen in Hinblick auf Kapital und Infrastruktur steht die Investitionsgeschichte von GDA im Mittelpunkt. Ein GDA, der gerade in einen neuen Bettenturm investiert hat, wird beispielsweise keinen großen Anreiz haben, die Leistungserbringung in den ambulanten Bereich zu verlagern. Darüber hinaus besteht das Phänomen der sprungfixen Kosten. Das bedeutet, dass erst eine größere Menge eingesparter Betten an einem Standort tatsächlich zu einer Kostenreduktion führt.

[IP7] berichtet beispielsweise, dass die Empfehlungen diverser Seiten sei, eigene Bereiche für Tagesskliniken einzurichten. Dies sei aber mit Investitionen verbunden, und einige Spitäler hätten zuletzt gerade viel in den stationären Bereich investiert. Auch die Betriebsgröße spiele eine Rolle, sinnvollerweise könnten nur größere Spitäler, von denen es aber in der österreichischen Spitalslandschaft nicht viele gebe, in solche Einheiten investieren.
[IP9] hält eigene Tagesklinikstrukturen zwar für notwendig, das sei aber, dass die Patientinnen und Patienten nach und nach operiert und dann auch nach und nach entlassen würden. Das binde Personal über einen längeren Zeitraum in der Tagesklinik, das in den Operationssälen oder im stationären Bereich fehle und lohne sich somit nur bei größeren Volumina.
[IP8] bezweifelt teilweise die Einsparungsmöglichkeiten durch Tageskliniken, insbesondere, wenn diese nur in kleinerem Umfang oder in kleineren Spitälern umgesetzt werden, da Kostenreduktionen nur in Sprüngen möglich seien, wenn beispielsweise so viele stationäre Betten wegfielen, dass der stationäre Personalstand verringert werden könne.

Im niedergelassenen Bereich stellt währenddessen erneut die Einzelpraxisstruktur ein Hindernis dar. Die notwendige Infrastruktur kann dadurch betriebswirtschaftlich nicht so sinnvoll genutzt werden wie etwa in Gemeinschaftspraxen oder in Medizinischen Versorgungszentren.
Die **Bezahlungssysteme für den GDA** bieten starke Anreize für das Handeln im Gesundheitswesen. Oftmals setzen die existierenden Bezahlschemata falsche Anreize, indem sie eine stationäre Durchführung der Operation gegenüber einer tagesklinischen bzw. ambulanten begünstigen. Dieser Bereich steht in enger Verbindung mit der Fragmentierung im Gesundheitswesen und umfasst mehrere Punkte:

Nichtexistenz einer Abrechnungsposition

Ein GDA wird eine Leistung nur dann erbringen, wenn diese auch abrechenbar ist. Das mag oberflächlich klingen, spielt in den Interviews aber durchaus eine Rolle.

[IP1] berichtet, dass die Kosten für die Bestimmung von BNP und NT-proBNP, die der Diagnose und Verlaufskontrolle von Herzinsuffizienz dient, von manchen Kassen bei Linksherzinsuffizienz erstattet würden, aber bei Rechtsherzinsuffizienz nicht. Die Folge sei, dass Patientinnen und Patienten mit pulmonaler Hypertonie für diese Untersuchung von Pulmologinnen/Pulmologen in die Ambulanzen geschickt werden.

Ähnliche Berichte kommen auch von anderen [IP], beispielsweise zur interventionellen Kardiologie oder Onkologie ([IP2] und [IP6]). Einige heutige Onkologika seien subkutan oder oral verabreichbar, ihre Nebenwirkungen gering bzw. beherrschbar, sie könnten aber im niedergelassenen Bereich nicht abgerechnet werden. Gleichzeitig bestünden aber auch zu wenige Kapazitäten bzw. zu große Ausbildungsdefizite.

Degressionsregeln

Gibt es für den extramuralen Bereich Degressionsregeln (= Kürzung der Vergütung ab einer bestimmten Anzahl an ärztlichen Leistungen) im Tarifsystem, für den intramuralen Bereich aber keine, so wird die Verlagerung möglicherweise entgegen dem gesellschaftlichen Optimum angereizt.

[IP1] berichtet, dass Blutgasbestimmungen pro Patientin/Patient nur einmal bezahlt werden. Für eine Einstellung der Sauerstofftherapie werden aber vier Werte benötigt (in Ruhe, bei Belastung, beides mit und ohne Sauerstoff). Daher würden die Patientinnen und Patienten gleich in die Spitalsambulanz geschickt, wo eine solche Limitation kein Thema ist. Ähnliche Probleme gebe es bei der Bodyplethysmographie, die diagnostisch wertvoll sei. Diagnostische Schritte würden dadurch in das Spital verlagert, wo es keine solchen Grenzen gebe. Mitunter würden auch „Tricks" angewandt, um Patientinnen und Patienten die aus medizinischer Sicht notwendige Diagnostik zukommen zu lassen, indem z. B. bei einer PET (Positronen-Emissions-Tomographie) eine Zuweisung in ein kleines Spital erfolgt, das über keine PET-Einheit verfügt, und dieses weist dann in ein Spital mit einer solchen Einheit zu. Dadurch würden Einschränkungen bei Zuweisungen aus dem niedergelassenen Bereich umgangen.

Kostendeckung bzw. Marge

Eine Leistung wird nur dann im gewünschten Setting erbracht werden, wenn die Marge des GDA-Tarifs als ausreichend betrachtet wird.

[IP2] berichtet, dass diverse Infusionstherapien im niedergelassenen Bereich durchgeführt werden könnten. Sie erforderten jedoch in der Regel die Möglichkeit, sich hinzulegen, und gegebenenfalls eine zeitweise Aufsicht. Die ist jedoch nicht in den Tarif einkalkuliert, die Patientinnen und Patienten würden daher ins Spital geschickt.

[IP9] berichtet von Mängeln im LKF-Modell für den spitalsambulanten Bereich. Wenn sich Infusionen über einen längeren Zeitraum erstrecken und z. B. eine Verpflegung während des Aufenthalts notwendig machen, das sei aber nicht einkalkuliert. Generell sei der Punktwert im Ambulanzbereich gering und somit der Anreiz, die Leistungen dorthin zu verlagern, klein.

Entgelte privater Zusatzversicherungen

Sonderklasseentgelte stellen private Honorare von Ärztinnen/Ärzten dar, deren Patientinnen und Patienten privat zusatzversichert sind. Einerseits dürften diese einen bedeutenden Teil der Einkünfte der Ärztinnen/Ärzte in öffentlichen Krankenhäusern (vgl. Czypionka et al. 2018, Czypionka et al. 2019) ausmachen und andererseits erhält das Krankenhaus bei stationären Aufenthalten ein Entgelt von der Privatversicherung für die „Hotelkomponente" sowie oft von den Ärztinnen/Ärzten einen „Rücklass" für die Nutzung der Einrichtung für deren selbständige Einkünfte. Eine Verlagerung in ein Setting mit geringerem Aufwand würde zu einer Reduktion der Einkünfte führen. In der Tat besteht für Krankenhäuser sogar ein doppelt negativer Anreiz, da sie bei Wegfall der Sonderklasseentgelte nicht nur die Einkünfte über die Hotelkomponente und über den Hausrücklass verlieren, sondern auch mit höheren Lohnforderungen der Ärztinnen/Ärzte rechnen müssen.

Tatsächlich wird dieses Problem von [IP3], [IP6] und [IP9] als eindeutiges Hemmnis genannt.

Auch die **Finanzierung der Leistungen bzw. die Kostentragung** ist eng mit der fragmentierten Finanzierung verbunden. Die Leistungsverschiebung in den extramuralen Bereich belastet anstelle der Länder die Sozialversicherung und erfordert einen Mitteltransfer. Dieser ist mit den „virtuellen Töpfen" (= gemeinsame Verwaltung der Gelder von Bund, Ländern, Gemeinden und Sozialversicherung) der Zielsteuerung grundsätzlich möglich. Als problematisch erweist sich aber, dass die Vertragspartner im extramuralen Bereich einen Tarif erwarten, der neben den variablen Kosten auch einen Deckungsbeitrag enthält. Das Land kann jedoch die Fixkosten nicht umgehend abbauen und ist daher nur zum Mitteltransfer der variablen Kosten bereit. Durch längerfristige Planung und Berücksichtigung der Up-Front-Kosten könnte dieses Hemmnis überwunden werden.

Laut [IP9] konnte im Bundesland die Onkologie verstärkt im ambulanten Bereich verankert werden, weil die Krankenversicherung bereit war, sich finanziell zu beteiligen.

Ebenso sind **institutionelle und politökonomische Faktoren** im Zusammenhang mit Verlagerungen von Bedeutung. Hier stellt sich die Frage, wie gut im organisatorischen Rahmen Änderungen der Abläufe durchgeführt bzw. auch durchgesetzt werden können.

[IP4], [IP7] und [IP9] meinen, dass für tatsächliche Veränderungen intensive Bemühungen der jeweiligen Spitalsträger im Bereich der Infrastruktur, der Qualitätssicherung und Schulung bzw. der Information von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern erforderlich seien.

Dem gegenüber stehen Eigeninteressen von Politik, Administration, Management und Belegschaft. Gemäß der politökonomischen Theorie könnten die Eigeninteressen Anreize setzen, um Widerstand gegen eine Verlagerung zu leisten. Die Eigeninteressen selbst sind durchaus verschiedener Natur. Seitens der Belegschaft kann etwa die Befürchtung, Jobs zu verlieren, zu einer entsprechenden Reaktion führen.

[IP5] äußert sich zur Wartung von Herzschrittmachern. Modernere Modelle können entweder über kurze Distanzen kabellos oder über Mobilfunk ausgelesen werden. Eine Kontrolle sei also ohne weiteres in der niedergelassenen Praxis, bei einem Hausbesuch oder vereinzelt sogar telemedizinisch möglich. Da die medizinisch-technischen Assistentinnen/Assistenten aber um ihre Position bangen, würden sie die Patientinnen und Patienten weiter in die Ambulanz einbestellen.

Das Management bezieht Prestige aus dem von ihm verwalteten Personal und Budget. Eine Verlagerung von Betten hin zu Tageskliniken kann somit Widerstand hervorrufen.

[IP3] berichtet vom Bestreben, Herzkatheter-Untersuchungen vermehrt tagesklinisch anzubieten. Die Pflegedirektion stellt sich jedoch dagegen, da dadurch eine Pflegeplanstelle abgebaut würde.

Auch politische und administrative Einheiten sind nicht frei von solchen Eigeninteressen. In mehreren Interviews wurde Kritik an diversen Stakeholdern, namentlich Krankenversicherungsträgern, Landesverwaltungen und der Bundesgesundheitsagentur, geäußert.

Ein besonders eindrückliches Beispiel schildert [IP9]. Man habe einem zuständigen Verwaltungskörper zahlreiche Vorschläge zur tagesklinischen Erbringbarkeit von Leistungen gemacht. Dieser habe aber sämtliche Vorschläge abgelehnt mit Verweis darauf, dass man nur die bereits im Zielsteuerungsvertrag vereinbarten Leistungen berücksichtigen wolle.

Exkurs: Synergien und Fallbeispiel Geburt

Ein nicht zu vernachlässigender Punkt bei der Diskussion um Verlagerungspotenziale ist das Phänomen, dass es viele Einflussfaktoren gibt, die synergistisch zusammenwirken und so Verlagerungen behindern können. Sind im niedergelassenen Bereich beispielsweise keine Kapazitäten oder Honorarpositionen vorhanden, finden sich die Patientinnen und Patienten in der Ambulanz eines Krankenhauses wieder. Als Fallbeispiel, bei dem sehr viele Einflussfaktoren gleichzeitig wirken, dient hier die natürliche Geburt.
In Österreich wird die natürliche Geburt großteils im Krankenhaus und stationär durchgeführt. In anderen Ländern wie etwa den Niederlanden werden hingegen deutlich mehr ambulante Geburten oder Hausgeburten durchgeführt. Die verschiedenen Einflussfaktoren sollen anhand einer Gegenüberstellung der Alternativen verdeutlicht werden.

Geburt im Krankenhaus

Patientinnenseite

Die Geburt im Krankenhaus ist kostenlos, sie ist sogar vom allgemeinen Selbstbehalt bei stationärem Aufenthalt befreit (§ 27a Abs. 3 Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz). Verpflegung sowie Heilbehelfe und Reinigung sind ebenfalls kostenlos. Die Mutter wird bei der Pflege des Kindes unterstützt. Je nach Verfügbarkeit und Aufenthaltsdauer ist es auch möglich, die im Mutter-Kind-Pass vorgeschriebenen Untersuchungen (insbesondere Hörtest und Hüftultraschall) bereits im Krankenhaus durchzuführen. Durch diese Maximalversorgung werden auch Ängste verringert.

GDA-Seite

Aufseiten des Krankenhauses tragen die Geburten zur Auslastung bei. Im Falle von privatversicherten Patientinnen erzielt sowohl das Krankenhaus als auch die Belegschaft zusätzliche Einkünfte. Zusatzeinnahmen sind auch durch das Angebot von Familienzimmern sowie vorab durch Ersttrimesterscreening und Organscreening zu erzielen.

Zahlerseite

Einerseits muss das Land für seinen Anteil an den Krankenhauskosten aufkommen, andererseits punktet es politisch durch eine gute Versorgung werdender Mütter. Zusatzeinnahmen durch Privatversicherungen verringern die zu tragenden Kosten. Bei einer Geburt im Krankenhaus entstehen für die Krankenversicherung nur geringe Kosten, da die Nachbetreuung durch eine Hebamme nur für die Zeit außerhalb des Krankenhauses zu zahlen ist und zum Teil durch Wahlhebammen erfolgt.

Ambulante Geburt

Patientinnenseite

Die ambulante Geburt ist selbst ebenfalls kostenlos, allerdings ist für die Nachbetreuung die Verpflichtung einer Hebamme notwendig. Im Jahr 2017 standen in Wien beispielsweise 20.576 Lebendgeburten (Statistik Austria 2019) 24 Kassenhebammenstellen gegenüber. Somit ist ein Großteil der Eltern im ambulanten Bereich tatsächlich auf Wahlhebammen angewiesen. Es fällt ihnen also in dem Fall nicht nur der Organisationsaufwand zur Last, es werden auch für jeden Hebammenbesuch Selbstbehalte fällig. Um die Pflege des Säuglings, Verpflegung und Heilbehelfe (wie Wochenbetteinlagen und Wäsche) müssen sich die Eltern in den Tagen nach der Geburt selbst kümmern, die Kosten müssen sie selbst tragen. Die kinderärztlichen Nachuntersuchungen müssen selbst organisiert werden – auch hier scheinen laut [IP6] Engpässe zu bestehen – und das Kind zur Untersuchung gebracht werden, was im ländlichen Bereich noch zeitaufwendiger sein dürfte als im städtischen. Auch für die Hebammen fallen Fahrzeiten an. Darüber hinaus sehen sich die Eltern einer erhöhten Eigenverantwortung gegenüber.

GDA-Seite

Sowohl für das Krankenhaus als auch für die behandelnden Ärztinnen/Ärzte bestehen bei ambulanten Geburten viel weniger Möglichkeiten Erlöse zu erzielen. Außerdem ist wegen der niedrigen Anzahl an ambulanten Geburten und Hausgeburten die Erfahrung der Belegschaft damit geringer. Dies sorgt für einen Anreiz, Patientinnen eher stationär zu behalten. Das Risiko, dass nach der Entlassung doch eine Komplikation auftritt und man unter Umständen Vorwürfen ausgesetzt ist, lässt sich damit umgehen.

Zahlerseite

Die Krankenhäuser haben geringere Aufwände und es entgehen ihnen – besonders bei Privatversicherten – Zusatzentgelte. Für die Krankenversicherung ist die ambulante Geburt mit höheren Aufwänden verbunden, da die Hebammennachbetreuung eine Kassenleistung ist, die aber offenbar vielfach über Wahlhebammen durchgeführt wird.

Das Fallbeispiel Geburt soll deutlich machen, wie zahlreiche Anreize gleichzeitig wirken und ein Hemmnis für Verlagerungen darstellen. Die Präferenzen der Patientinnen für eine stationäre Geburt aufgrund des geringeren persönlichen und monetären Aufwands finden ihre Entsprechung in den Anreizen aufseiten der GDA bzw. Zahler, während insbesondere bei Zusatzversicherten die höheren Kosten, die in erster Linie für das Land schlagend werden, mitigiert werden. In Österreich wurden sowohl Patientinnen als auch das Personal in erster Linie mit stationären Geburten sozialisiert, auch Hebammen haben kaum Gelegenheit, mit ambulanten Geburten und Hausgeburten Erfahrung zu sammeln. Die bestehenden Kapazitäten im stationären Bereich sollen nicht leer stehen, umgekehrt scheint es im extramuralen Bereich Engpässe zu geben, die es auch aufwendiger machen, die medizinische Nachbetreuung zu organisieren. Sowohl für Patientinnen als auch für GDA ist die stationäre Geburt die subjektiv risikoärmere Variante.
Eine Änderung dieses Feldes wird somit eher durch Druck von außen erzwungen: Die Geburtenrate in Österreich ist seit einiger Zeit wieder im Steigen begriffen, sodass die ambulante Geburt schon aus Kapazitätsgründen eine Option darstellt.

Fazit

Die internationale Literatur zeigt zahlreiche Operationen und Interventionen auf, für die im österreichischen Gesundheitswesen ein großes Verlagerungspotenzial vorliegt. Besonders auffällig ist dabei einerseits der große Unterschied in der tatsächlichen (z. B. tagesklinischen) Leistungserbringung zwischen Österreich und anderen Ländern, denn bei vielen Eingriffen wird in Österreich eine tagesklinische bzw. intramural-ambulante Durchführung derzeit noch nicht angedacht, wie z. B. bei laparoskopischer Cholezystektomie oder interventioneller Kardiologie; andererseits die Tatsache, dass Österreich auch bei Katarakt-Operationen, die bereits erfolgreich verlagert wurden, im Vergleich zu anderen Ländern noch deutlich zurückliegt. Abgesehen davon fällt auch auf, dass innerhalb von Österreich massive regionale Unterschiede in der Nutzung von Verlagerungspotenzialen bestehen. Insgesamt kann in diesem Zusammenhang festgehalten werden, dass das österreichische Gesundheitswesen derzeit einen Großteil des Potenzials an tagesklinisch oder ambulant durchführbaren Operationen ungenutzt lässt.
Wichtige Voraussetzung für die Verlagerung von Operationen bzw. Interventionen an konkreten Patientinnen und Patienten ist deren sorgfältige Auswahl, sowohl nach medizinischen (z. B. Schweregrad der Erkrankung, Komorbiditäten, Alter) als auch nach psychischen Kriterien. Eine große Rolle spielt dabei im österreichischen Gesundheitswesen die Sozialisation – die Patientinnen und Patien-

ten erwarten, für Operationen bzw. Interventionen stationär aufgenommen zu werden. Deshalb ist es zusätzlich notwendig, die Sicherheit und die Vorteile einer tagesklinischen bzw. intramural-ambulanten Durchführung gezielt zu kommunizieren. Auch wenn die hohe Bequemlichkeit, im Krankenhaus alles unter einem Dach erledigen zu können, oft nicht ökonomisch ist, müssen Patientenpräferenzen in der Planung von Projekten zur Verlagerung von Leistungen Berücksichtigung finden, da diese umso eher gelingen dürften, je höher die Akzeptanz ist.

Abgesehen von Operationen müssen, z. B. im Bereich der Diagnostik, funktionierende Prozesse bzw. Patientenpfade im extramuralen Bereich etabliert werden, damit der Unterschied zum One-Stop-Shop im Krankenhaus nicht als zu groß wahrgenommen wird. Dies stellt große Anforderungen an das Change Management und die Kooperationsbereitschaft der einzelnen Leistungserbringer, besonders dann, wenn – wie im Falle der Onkologie oder der interventionellen Kardiologie – eine Zusammenarbeit auch zwischen extramuralem Bereich und Krankenhaus notwendig wird. Hier wird – wie so oft – das Problem der Fragmentierung im österreichischen Gesundheitswesen schlagend. Es treffen hier nicht nur unterschiedliche Organisationen aufeinander, sondern auch teilweise gegenläufige finanzielle Interessen.

Aufseiten der GDA gilt es Ausbildungsdefizite und Eigeninteressen, auch finanzieller Natur, sowie ebenfalls Sozialisationen zu beachten. Ambulante Operationstechniken müssen nicht nur technisch möglich sein, sondern auch vom Personal beherrscht werden. Die Kostenträger könnten hier davon profitieren, dass Möglichkeiten erweitert werden, neue, kostensparende Techniken zu erlernen. Die stationäre Aufnahme von Patientinnen und Patienten wird auch durch das derzeitige System der Sonderklasseentgelte angereizt, ebenso scheint die umfangreichere Personalausstattung der Stationen ein angenehmeres Umfeld zu bieten. Auch die angesichts der demografischen Entwicklung eher unbegründete Angst vor dem Verlust von Arbeitsplätzen im Bereich des medizinischen Personals scheint stationäre Aufnahmen zu begünstigen und sollte adressiert werden.

Der vorausschauenden Organisation kommt also sowohl im Bereich der Verlagerung vom stationären zum intramural-ambulanten Bereich als auch vom Krankenhaus in den extramuralen Bereich hohe Bedeutung zu. Ohne die Kapazitäten im extramuralen Bereich, z. B. in der Onkologie, kann eine Betreuung dort nicht gewährleistet werden. Weiters müssen Operationen zeitlich so geplant werden, dass sich die Patientinnen und Patienten vor Ende der Tageskliniköffnungszeiten ausreichend erholt haben. Besonderes Augenmerk verdient auch die Problematik, dass viele der Anreize bzw. Einflussfaktoren synergistisch gegen eine Verlagerung wirken. Ebenso synergistisch müssen die Lösungsansätze sein, was eine wichtige Aufgabe im Rahmen der regionalen Realisation der Zielsteuerung-Gesundheit ist.

LITERATURVERZEICHNIS

BMASGK (2018): Zielsteuerungsvertrag 2017–2021. Online verfügbar unter https://www.sozialministerium.at/site/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitsreform/Zielsteuerungsvertrag_2017_bis_2021 [zuletzt abgerufen am 12.11.2019].

BMASGK (2019a): Zielsteuerung-Gesundheit – Monitoringberichte. Online verfügbar unter https://www.sozialministerium.at/site/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitsreform/Zielsteuerung_Gesundheit_Monitoringberichte [zuletzt abgerufen am 12.11.2019].

BMASGK (2019b): Österreichischer Strukturplan Gesundheit. Online verfügbar unter https://www.sozialministerium.at/cms/site/attachments/1/0/1/CH3967/CMS1136983382893/oesg_2017_-_textband,_stand_27.09.2019.pdf [zuletzt abgerufen am 11.11.2019].

Bundes-Zielsteuerungskommission (2017): Zielsteuerungsvertrag auf Bundesebene. Zielsteuerung-Gesundheit: 2017 bis 2021. Online verfügbar unter https://www.sozialministerium.at/cms/site/attachments/2/8/6/CH3973/CMS1501063225561/zielsteuerungsvertrag_2017-2021,_urschrift.pdf [zuletzt abgerufen am 12.11.2019].

Bundes-Zielsteuerungskommission (2019): Monitoringbericht Zielsteuerung-Gesundheit. Berichtsjahr 2018. Online verfügbar unter https://www.sozialministerium.at/cms/site/attachments/9/1/9/CH3973/CMS1405074131923/monitoringbericht_2019_final_nach_bzk.pdf [zuletzt abgerufen am 12.11.2019].

Czypionka, T., Kraus, M. (2019): Verlagerungspotentiale im Gesundheitswesen. Studie im Auftrag des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger. Institut für Höhere Studien.

Czypionka, T., Pock, M., Reiss, M. (2018): ÄrztInneneinkünfte in Österreich: Eine Analyse anhand von Lohn- und Einkommensdaten. Studie im Auftrag des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger. Institut für Höhere Studien.

Czypionka, T., Pock, M., Reiss, M. (2019): Einkünfte von Ärztinnen und Ärzten in Österreich. Health System Watch II/2019. Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger.

Fischer, S., Zechmeister-Koss, I. (2012): Tageschirurgie: Systematischer Review. HTA-Projektbericht Nr. 64. Wien: Ludwig Boltzmann Institut für Health Technology Assessment.

Fischer, S., Zechmeister-Koss, I. (2014): Kosten tageschirurgischer Leistungen in Österreich: Daten- und Methodenanalyse am Beispiel Varizenoperation. Endbericht. HTA-Projektbericht Nr. 71. Wien: Ludwig Boltzmann Institut für Health Technology Assessment.

OECD Health Statistics 2019. Datenbank online verfügbar unter https://stats.oecd.org/Index.aspx?ThemeTreeId=9 [zuletzt abgerufen am 13.11.2019].

Rechnungshof (2011): Tagesklinische Leistungserbringung am Beispiel des Landes Steiermark. Bericht des Rechnungshofes.

Statistik Austria (2019): Lebendgeborene seit 2006 nach Ereignismonaten und Bundesländern. Online verfügbar unter https://www.statistik.at/wcm/idc/idcplg?IdcService=GET_PDF_FILE&RevisionSelectionMethod=LatestReleased&dDocName=024809 [zuletzt abgerufen am 26.11.2019]