



Verhaltenssteuerung im Gesundheitswesen – von Patientenpfaden, Nudging und Akzeptanz

**Verhaltenssteuerung im Gesundheitswesen –
von Patientenpfaden, Nudging und Akzeptanz**

Z
GP

Verhaltenssteuerung im Gesundheitswesen – von Patientenpfaden, Nudging und Akzeptanz

Ausgabe 3/2023

Impressum:

Die in der ZGP veröffentlichten Beiträge sind nicht unbedingt mit der Auffassung des LIG oder seines Trägers ident.

LIG – Linzer Institut für Gesundheitssystem-Forschung

Obmann: Präs. Dr. Peter Niedermoser

Geschäftsführer: Hon.-Prof. Dr. Felix Wallner

ZGP – Zeitschrift für Gesundheitspolitik

Medieninhaber, Herausgeber und Redaktion: Linzer Institut für Gesundheitssystem-Forschung, Dinghoferstraße 4, 4010 Linz

www.ligforschung.at

Coverfoto: Jorg Greuel (getty images)

Redaktion: Mag. Sabine Weißengruber-Auer, MBA, Mag. Katharina Wieser

Verleger: Verlagshaus der Ärzte GmbH, 1010 Wien

Druck: Ferdinand Berger & Söhne GmbH, 3580 Horn

Liebe Leserin, lieber Leser,

in der aktuellen gesundheitspolitischen Diskussion nimmt das Thema der Verhaltenssteuerung von Patienten immer größeren Raum ein.

Das beginnt damit, dass sich das Gesundheitsbewusstsein der Bevölkerung in den letzten Jahrzehnten stark verändert hat. Auf der einen Seite ist, wahrscheinlich auch positiv, festzustellen, dass sich die Menschen heutzutage mehr um ihre Gesundheit sorgen als früher und versuchen, gesundheitsbewusster zu leben. Auf der anderen Seite zeigt die Erfahrung vieler Ärztinnen und Ärzte, dass die Fähigkeit immer mehr verloren geht, Symptome vernünftig zu beurteilen. Harmloseste Beschwerden, mit denen früher niemand zum Arzt gegangen wäre, geschweige denn in eine Spitalsambulanz, führen heute dazu, dass sowohl niedergelassene Ärzte als auch Spitalsambulanzen, deren Ressourcen ohnehin knapp sind, mit Bagatellbeschwerden belastet werden, zumal das österreichische Gesundheitssystem aus Scheu, irgendwelche Hürden zu errichten, praktisch zum Nulltarif zur Verfügung steht.

Dazu kommt, dass in Österreich im Unterschied zu anderen Staaten immer Zurückhaltung bestand, eine Verpflichtung für Patienten einzuführen, einen Stufenbau der Inanspruchnahme einzuhalten. Theoretisch besteht natürlich Einigung, dass Patienten auf der auch ökonomisch günstigsten Stufe behandelt werden sollen. Gatekeeping-Konstruktionen, wie sie in anderen Staaten schon längst gang und gäbe sind, waren in Österreich aber nie politisch mehrheitsfähig. Dass Spitalsambulanzen außerhalb von Notfällen nur über Zuweisung aufgesucht werden dürfen, steht faktisch nur auf dem Papier. In Österreich gilt bis heute das Dogma, dass Patientinnen und Patienten prinzipiell Zugang zu allen Versorgungsstufen haben.

Mittlerweile ist dieser freie Zugang der Patientinnen und Patienten zu allen Versorgungsstufen nicht nur ein ökonomisches Problem, als das es schon immer erkannt wurde. Es ist vor allem auch ein Ressourcenproblem, weil wir in einer Zeit leben, in der Ärztinnen und Ärzte wie auch das gesamte Gesundheitspersonal knapp sind und es daher dringender als je notwendig ist, Überversorgungen zu vermeiden und Steuerungsmechanismen einzuführen, die die Patientenversorgung möglichst effizient machen. Naturgemäß können auch wir hier nicht die perfekte Lösung aufzeigen. Wir wollen aber mit dieser Ausgabe der Zeitschrift für Gesundheitspolitik Beiträge von namhaften Experten bringen, die hoffentlich für aktuelle Debatte hilfreich sein können.

Wir wünschen Ihnen viele interessante Einblicke.

Dr. Felix Wallner
Geschäftsführer LIG

Inhalt

Zusammenfassung der Kernergebnisse zur Umfrage Patient:innen-Pfade und Lenkung der Patient:innen-Ströme	9
<i>Prof. Dr. David Pfarrhofer</i>	
Moral Hazard in der Krankenversicherung und die Wirkung von monetären Anreizen	29
<i>Mag. Wolfgang Frimmel PhD</i>	
Patientenströme	49
<i>Dr. Alexander Biach, DI Regina Plas</i>	
Koordination und Inanspruchnahme von Gesundheits- und Pflegeleistungen im internationalen Vergleich	99
<i>Uni.-Prof. Dr. Claus Wendt</i>	

Prof. Dr. David Pfarrhofer

Institutsvorstand und Geschäftsführer, Market Institut Linz

Zusammenfassung der Kernergebnisse zur Umfrage Patient:innen-Pfade und Lenkung der Patient:innen-Ströme

1. Aufgabenstellung und methodischer Aufbau	10
2. Haus- und Kinderärzt:innen als erste Anlaufstelle	11
3. Beweggründe rund um die Wahl der medizinischen Versorgung	15
4. Reformbedarf im österreichischen Gesundheitssystem	19
5. Akzeptanz vorgegebener Behandlungspfade	24
6. Fazit	26

In Österreich sind Haus- und Kinderärzt:innen die bevorzugte Anlaufstelle für eine medizinische Versorgung; Notfall- und Krankenhausambulanzen werden weniger genutzt. Die Vertrautheit der Haus- und Fachärzt:innen mit ihren Patient:innen und die Zeitersparnis im Vergleich zum Krankenhaus werden geschätzt. Krankenhausbesuche locken aufgrund besserer Öffnungszeiten und umfangreicherer Untersuchungsmöglichkeiten.

Eine Mehrheit der Österreicher:innen sieht eine Gesundheitsreform als notwendig an, die vor allem eine Begrenzung der Spitalsbesuche auf Notfälle und Überweisungen sowie eine intensivere Erstberatung per Chat oder Telefon beinhalten sollte. Ein konkreter Behandlungspfad wird dabei grundsätzlich akzeptiert, insbesondere bei schneller Terminverfügbarkeit bei Hausärzt:innen.

1. Aufgabenstellung und methodischer Aufbau

Im Rahmen einer aktuellen Erhebung für das Linzer Institut für Gesundheitssystem-Forschung wurde der derzeitige Zugang der Österreicher:innen zum medizinischen Versorgungssystem ausgelotet. In diesem Zusammenhang wurden 1.053 Österreicher:innen ab 18 Jahren in einem Mix aus telefonischen Interviews (n = 503 Interviews) und Online-Interviews (n = 549 Interviews) befragt. Die maximale statistische Schwankungsbreite liegt bei $n = 1.052: \pm 3,08 \%$. Die befragten Personen entsprechen in ihrer Zusammensetzung, in quotierten und nicht quotierten Merkmalen, der österreichischen Bevölkerung ab 18 Jahren. Diese Übereinstimmung im Rahmen der statistischen Genauigkeitsgrenzen ist eine notwendige Voraussetzung dafür, dass die Ergebnisse verallgemeinert werden dürfen. Die Erhebung selbst wurde zwischen dem 25. Juli und 11. August 2023 durchgeführt.

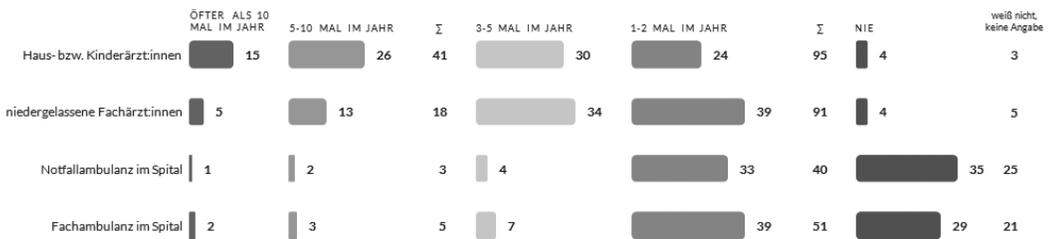
Ein Fokus der Erhebung lag dabei auf der Bereitschaft der Österreicher:innen, vorgegebene Behandlungspfade einzuhalten. Analysiert wurden weiters das Wissen um die telefonische Gesundheitsberatung 1450 sowie das Bewusstsein rund um Reformnotwendigkeiten im österreichischen Gesundheitssystem.

2. Haus- und Kinderärzt:innen als erste Anlaufstelle

Die Österreicher:innen nutzen überwiegend die Haus- und Kinderärzt:innen, aber auch niedergelassene Fachärzt:innen werden mehrheitlich mehrmals pro Jahr aufgesucht. Notfall- und Fachambulanzen im Spital werden deutlich seltener genutzt. Während 95 % der Befragten zumindest ein bis zwei Mal pro Jahr Haus- bzw. Kinderärzt:innen aufsuchen, werden Fachambulanzen im Spital nur etwa von der Hälfte der Bevölkerung jährlich aufgesucht und rund ein Drittel nutzt die Spitäler nie.

Nutzungshäufigkeit von Gesundheitseinrichtungen

i Vor allem Haus- und Kinderärzt:innen sowie Fachärzt:tinnen werden mehrmals jährlich aufgesucht!

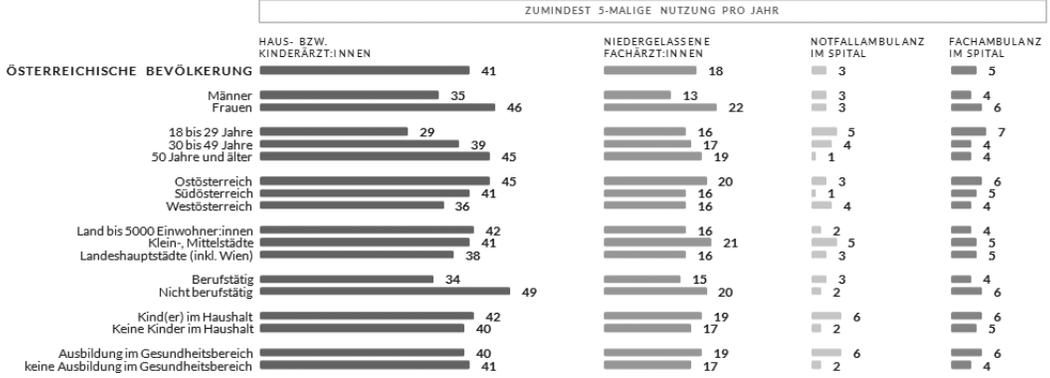


Frage: Heute haben wir einige Fragen rund um die Gesundheitsversorgung in Österreich. Gleich zu Beginn: Wie häufig nutzen Sie folgende Gesundheitseinrichtungen?

Die intensiven Nutzer:innen der Gesundheitseinrichtungen

Soziodemografischer Überblick – zumindest 5-malige Nutzung pro Jahr

1 Die Österreicher:innen sind häufiger bei den Ärzt:innen; Personen unter 30 Jahren haben weniger Bezug zu niedergelassenen Ärzt:innen.



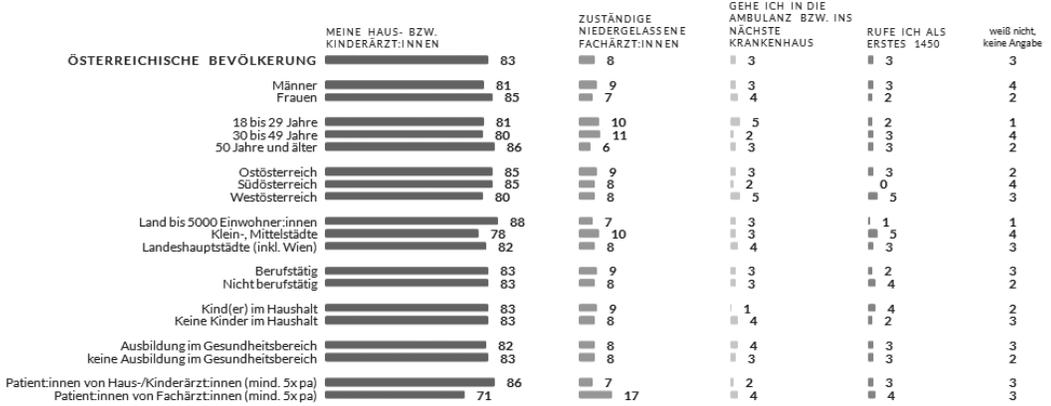
Frage: Heute haben wir einige Fragen rund um die Gesundheitsversorgung in Österreich. Gleich zu Beginn: Wie häufig nutzen Sie folgende Gesundheitseinrichtungen?

Haus- und Kinderärzt:innen werden besonders von Frauen mit 46 % und Menschen ab 50 Jahren mit 45 % aufgesucht. Aber auch unter den Männern und unter jüngeren Personen nutzt rund ein Drittel die Haus- und Kinderärzt:innen zumindest fünfmal pro Jahr. Niedergelassene Fachärzt:innen werden hingegen nur von einem knappen Fünftel zumindest fünfmal jährlich genutzt.

Grundsätzlich lässt sich aber festhalten, dass Haus- und Kinderärzt:innen die erste Anlaufstelle für ärztliche Hilfe im Alltag darstellen. 83 % der Bevölkerung wenden sich tagsüber bei ärztlichen Fragen ohne Notfall direkt an die Haus- bzw. Kinderärzt:innen, Fachärzt:innen werden in diesen Fällen nur von 8 % direkt kontaktiert.

Erste Anlaufstelle für ärztliche Hilfe – tagsüber

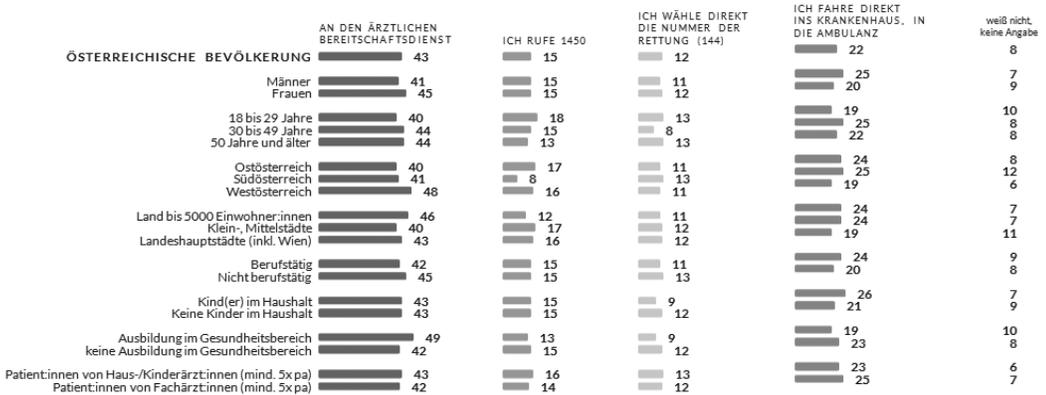
1 Haus- & Kinderärzt:innen sind die zentrale Anlaufstelle, wenn es tagsüber um ärztliche Hilfe geht.



Frage: Welches Verhalten trifft am ehesten auf Sie zu? Wenn ich tagsüber ärztliche Hilfe benötige und es sich um keinen Notfall handelt, wende ich mich an -

Erste Anlaufstelle für ärztliche Hilfe – abends/Weekende

1 Außerhalb der Ordinationszeiten wenden sich die Österreicher:innen überwiegend an den ärztlichen Bereitschaftsdienst – ein knappes Viertel geht aber auch direkt in eine Krankenhaus-Ambulanz!



Frage: Wohin wenden Sie sich, wenn Sie oder ein naher Angehöriger spät am Abend oder am Wochenende ärztliche Hilfe benötigen und es sich um keinen Notfall handelt?

Außerhalb der Ordinationszeiten wenden sich viele Österreicher:innen (43 %) an den ärztlichen Bereitschaftsdienst, aber auch das Aufsuchen von Krankenhausambulanzen (22 %) ist dann weit verbreitet. Im ländlichen Raum fährt ein Viertel am Abend oder an Wochenenden direkt in das Krankenhaus, in den Städten tut dies jede(r) Fünfte. Jede(r) Zehnte ruft abends oder am Wochenende auch direkt die Rettung.

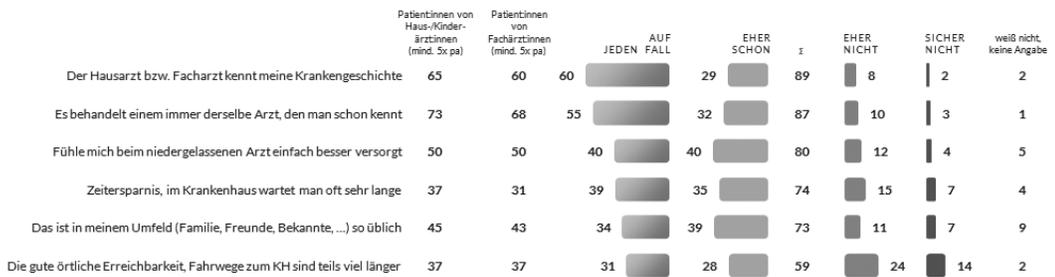
3. Beweggründe rund um die Wahl der medizinischen Versorgung

Die Beweggründe, im Falle ärztlicher Hilfe zuerst Haus- und Fachärzt:innen aufzusuchen, sind vielfältig, die Haus- und Fachärzt:innen zeichnen sich aber vor allem durch die Vertrautheit mit den Patient:innen und deren Krankengeschichte aus.



Argumente für Erstkontakt bei Fach- & Hausärzt:innen I

I Vor allem die Vertrautheit mit den Fach- und Hausärzt:innen sowie die Bekanntheit der Krankengeschichte sprechen für den Erst-Besuch bei diesen medizinischen Anlaufstellen!



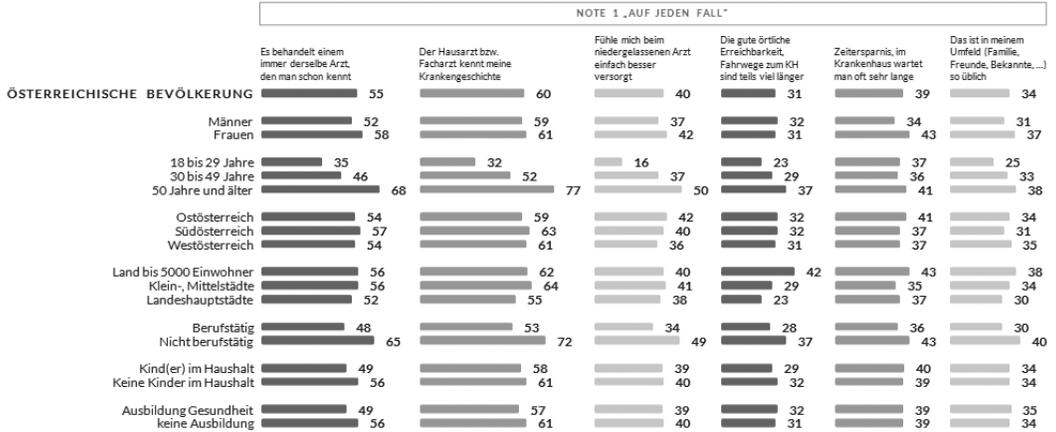
Frage: Wenn Sie ärztliche Hilfe benötigen, wie sehr sprechen die folgenden Punkte für Sie persönlich dafür zuerst zum Hausarzt bzw. zu einem niedergelassenen Facharzt zu gehen?

Neben der Vertrautheit mit der Krankengeschichte (89 %) ist auch die Vertrautheit mit der Ärztin bzw. dem Arzt für 87 % zentral. Zudem fühlen sich 80 % beim niedergelassenen Arzt bzw. Ärztin besser versorgt. Für drei Viertel ist der Weg zur Ärztin bzw. zum Arzt im Umfeld so üblich und auch die Zeitersparnis gegenüber dem Krankenhaus wird entsprechend als Pluspunkt wahrgenommen.

Argumente für Erstkontakt bei Fach- & Hausärzt:innen II

Soziodemografischer Überblick – Note 1 „auf jeden Fall“

1 Ältere Österreicher:innen sind deutlich überzeugter von „ihrem“ Erstkontakt bei Haus- oder Fachärzt:innen.



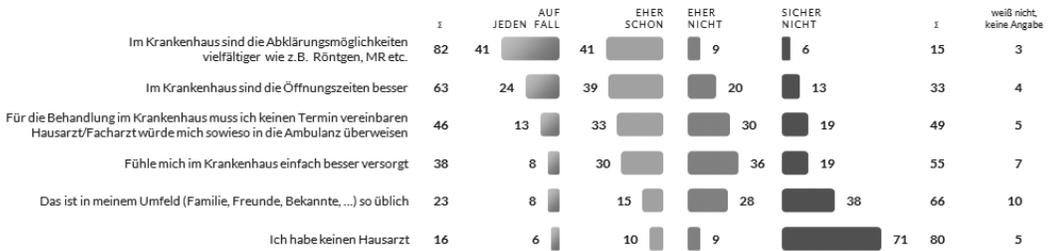
Frage: Wenn Sie ärztliche Hilfe benötigen, wie sehr sprechen die folgenden Punkte für Sie persönlich dafür zuerst zum Hausarzt bzw. zu einem niedergelassenen Facharzt zu gehen?

Die Mehrheit der älteren Personen legt besonders hohen Wert auf die Vertrautheit mit der Ärztin bzw. dem Arzt, während dies unter den bis 30-Jährigen nur rund ein Drittel als sehr wichtig einstuft. Im ländlichen Raum spielt zudem die bessere Erreichbarkeit (43 % Note 1) gegenüber den Krankenhäusern eine wichtige Rolle.

Für einen direkten Besuch im Krankenhaus bei medizinischen Anliegen sprechen, neben den besseren Öffnungszeiten (63 %), vor allem die umfangreichen Abklärungsmöglichkeiten (82 %).

Argumente für Erstkontakt in einer Spitalsambulanz I

Die Abklärungsmöglichkeiten sind bei der Spitalsambulanz ausschlaggebend!

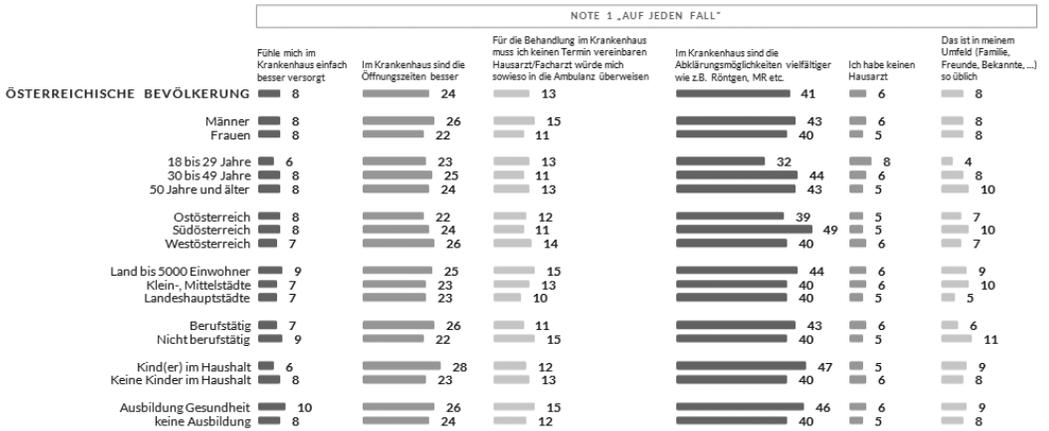


Frage: Und wie sehr sprechen die folgenden Punkte Ihrer Meinung nach dafür gleich in eine Spitalsambulanz zu gehen?

Argumente für Erstkontakt in einer Spitalsambulanz II

Soziodemografischer Überblick - Note 1 „auf jeden Fall“

Spürbar weniger Unterschiede in den Argumentationsketten zwischen jüngeren und älteren Österreicher:innen als bei niedergelassenen Ärzt:innen.



Frage: Und wie sehr sprechen die folgenden Punkte Ihrer Meinung nach dafür gleich in eine Spitalsambulanz zu gehen?

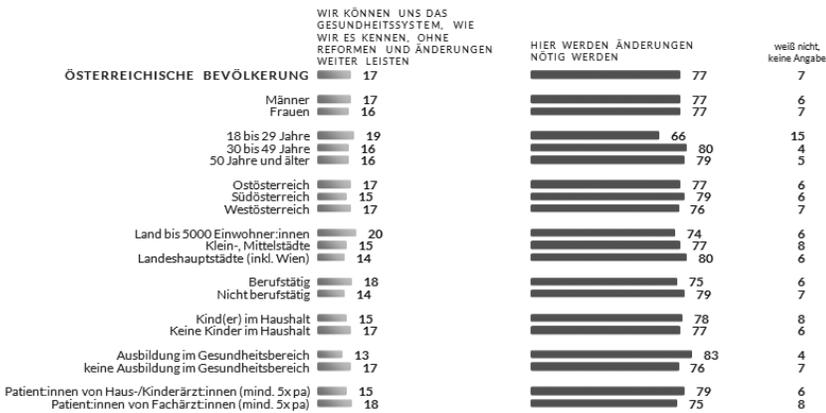
Vor allem Personen mit Kind(ern) im Haushalt (47 %) und Personen mit medizinischer Ausbildung stufen die vielfältigen Abklärungsmöglichkeiten als entscheidend ein: Eine bessere Versorgung als bei Haus- und Fachärzt:innen wird hingegen kaum erwartet (8 %).

4. Reformbedarf im österreichischen Gesundheitssystem

Eine Reform des Gesundheitssystems wird von drei Viertel der Österreicher:innen als erforderlich angesehen.

Einschätzung zum Reformbedarf im Gesundheitssystem

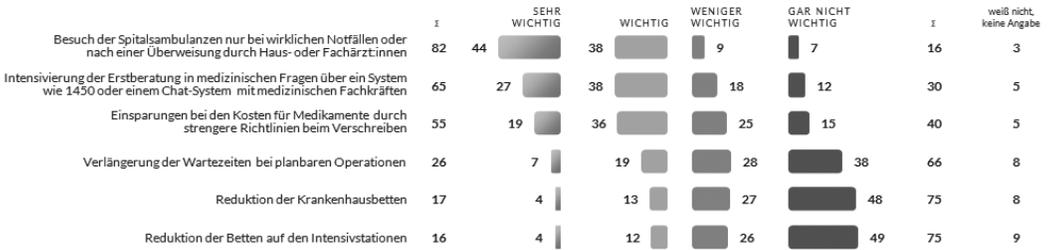
! Eine Reform des Gesundheitssystems wird von drei Viertel der Österreicher:innen als erforderlich angesehen – ohne Reformen wird dies hinkünftig sonst nicht mehr leistbar sein!



Frage: Wie schätzen Sie das ein: Werden wir uns in Österreich das Gesundheitssystem, wie wir es kennen, ohne Reformen und Änderungen weiter leisten können, oder gehen Sie davon aus, dass hier Änderungen nötig werden?

Bedeutung ausgewählter Maßnahmen I

1 Reduktionen der Besuche von Spitalsambulanzen, Intensivierung der Erstberatung sowie Einsparungen für Medikamente werden mehrheitlich als wichtige Maßnahmen betrachtet!



Frage: Hier sehen Sie verschiedene Maßnahmen. Wie wichtig sind diese Ihrer Meinung nach, damit das Gesundheitssystem, wie wir es kennen, finanzierbar bleibt?

MARKETINSTITUT
LET'S RAISE YOUR MARKET!

Ergebnisse in Prozent – B2101/Basis: Österreichische Bevölkerung ab 18 Jahren

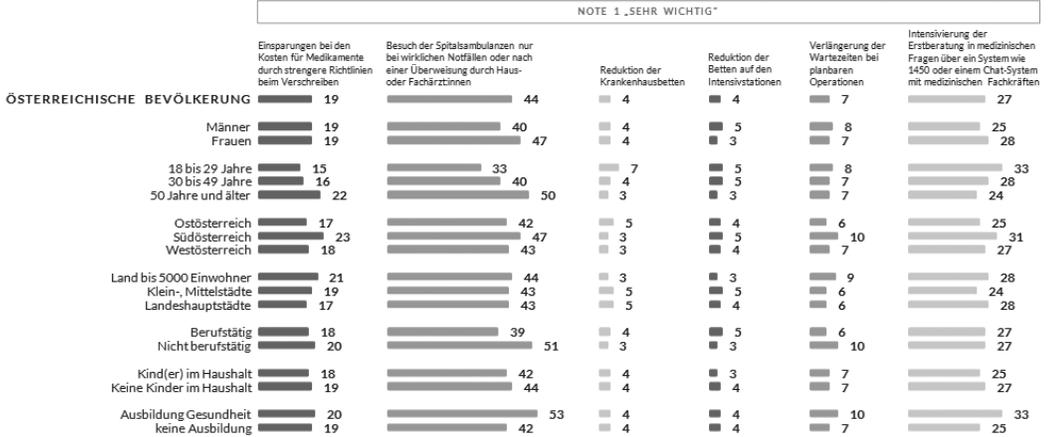
PATIENT:INNEN-PFADE

Dabei wird vor allem ein Einschränken der Besuche von Spitalsambulanzen nur auf Notfälle und Überweisungen (82 %) als zentral angesehen, aber auch eine Intensivierung der Erstberatung via Chat oder Telefon (65 %) wird als wichtig erachtet.

Bedeutung ausgewählter Maßnahmen II

Soziodemografischer Überblick – Note 1 „sehr wichtig“

1 Jüngere Österreicher:innen zeigen mehr Akzeptanz rund um die telefonische bzw. Chat-Erstberatung.

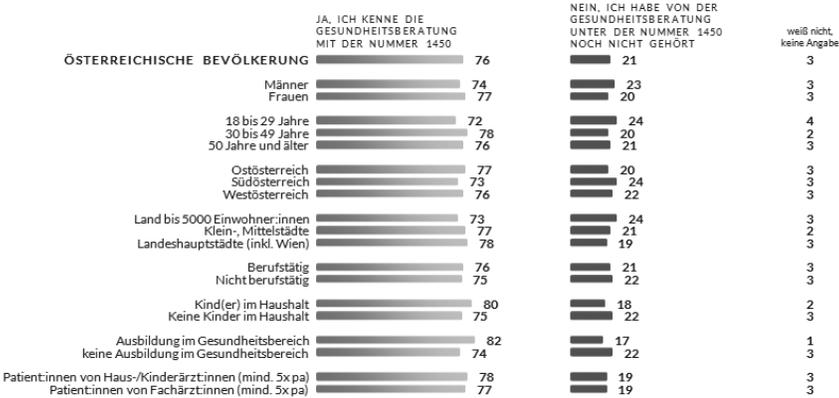


Frage: Hier sehen Sie verschiedene Maßnahmen. Wie wichtig sind diese Ihrer Meinung nach, damit das Gesundheitssystem, wie wir es kennen, finanzierbar bleibt?

Während ältere Personen eher die Reduktion der Spitalsambulanzbesuche in den Fokus stellen (50 %), sehen Personen bis 30 Jahre, mit je einem Drittel, die Intensivierung der Erstberatung in medizinischen Fragen über ein System wie 1450 oder ein Chat-System gleich wichtig wie die Reduktion der Spitalsambulanzbesuche. Eine Reduktion der Krankenhausbetten, sowohl auf den Normal- als auch auf den Intensivstation, sowie eine Verlängerung der Wartezeiten bei planbaren Operationen kommt für die Österreicher:innen hingegen eher nicht infrage.

Bekanntheit der telefonischen Gesundheitsberatung 1450

1 Drei Viertel der Österreicher:innen kennen die telefonische Gesundheitsberatung mit der Nummer 1450!

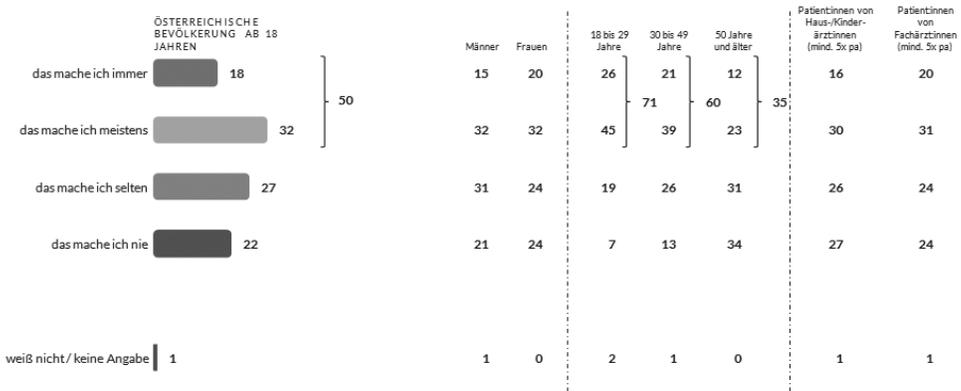


Frage: Kennen Sie die kostenlose telefonische Gesundheitsberatung mit der Nummer 1450 oder haben Sie von der Gesundheitsberatung unter der Nummer 1450 noch nicht gehört?

Die telefonische Gesundheitsberatung unter der Nummer 1450 ist den Österreicher:innen zwar grundsätzlich bereits bekannt – als erster Kontaktpunkt wird sie derzeit aber (noch) selten genutzt. Weiters gehört vor allem bei jungen Österreicher:innen die Informationseinholung im Internet bei unbekanntem Symptomen einfach dazu – knapp drei Viertel der Personen unter 30 Jahren machen dies meistens, in der Alterskohorte 50+ liegt der Anteil hingegen nur bei etwa einem Drittel.

Recherche im Internet bei ungeklärten Symptomen

1 Die Hälfte der Österreicher:innen recherchiert zumindest meistens die Symptome im Internet – vor allem jüngere Menschen sind hier aktiv!



Frage: Tendieren Sie dazu, bei ungeklärten Symptomen vor einem Arztbesuch im Internet zu recherchieren oder eher nicht? Würden Sie sagen –

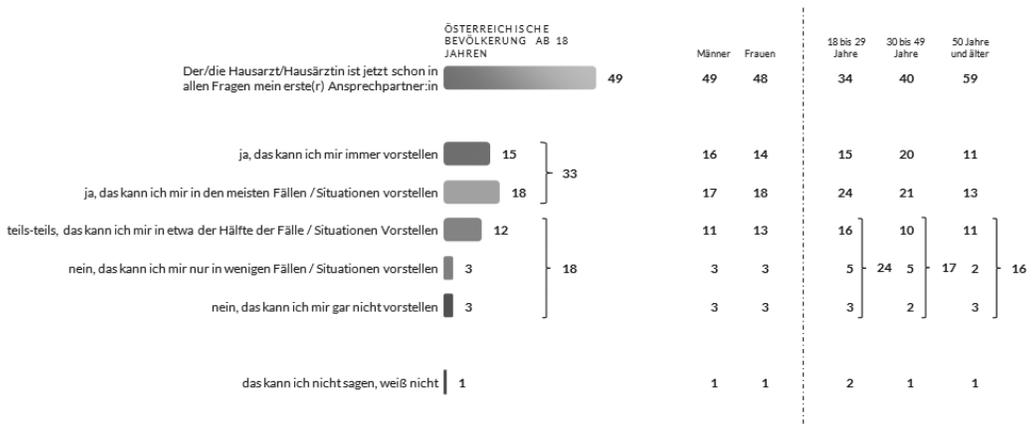
5. Akzeptanz vorgegebener Behandlungspfade

Die Einhaltung eines Behandlungspfades (z.B. mit gesundheitlichen Problemen immer zuerst zum Hausarzt zu gehen – mit Ausnahme von Kinderarzt, Gynäkologe und Augenarzt) ist für die Österreicher:innen durchaus vorstellbar. Zudem stellt der Hausarzt bzw. die Hausärztin bereits jetzt für die Hälfte der Österreicher:innen die erste Anlaufstelle dar.



Einstellung zu einem vorgegebenen Behandlungspfad

1 Die Österreicher:innen sind durchwegs bereit sich an einen vorgegebenen Behandlungspfad zu halten – für die Mehrheit der älteren Personen sind die Hausärzt:innen bereits jetzt die ersten Ansprechpartner:innen!



Frage: Können Sie sich vorstellen, sich immer an einen vorgegebenen Behandlungspfad zu halten wie z.B. mit gesundheitlichen Problemen immer zuerst zum Hausarzt zu gehen - mit Ausnahme von Kinderarzt, Gynäkologe und Augenarzt – oder nicht? Würden Sie sagen -

MARKETINSTITUT
LET'S RAISE YOUR MARKET

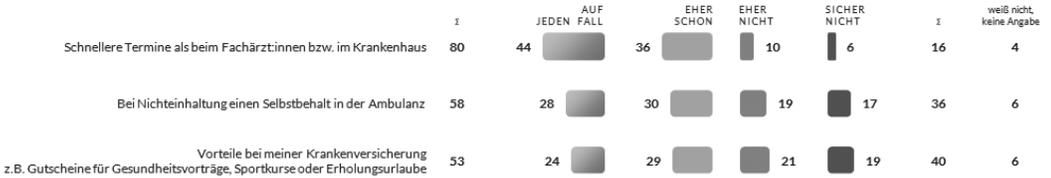
Ergebnisse in Prozent - B2101/Basis: Österreichische Bevölkerung ab 18 Jahren

PATIENT:INNEN-PFADE

Augenscheinlich ist weiters, dass die jungen Österreicher:innen deutlich wenig begeistert von derartigen Behandlungspfaden sind – hier ist die Bindung an Haus- und Fachärzt:innen spürbar geringer als bei älteren Personen.

Gründe für eine Einhaltung des Behandlungspfads

1 Vor allem die Verfügbarkeit der Hausärzt:innen spricht für die Einhaltung des Behandlungspfades!



Frage: Wie sehr wären diese Punkte für Sie ein Grund zuerst zum Hausarzt zu gehen und den Behandlungspfad einzuhalten?

Eine Attraktivierung des vorgegebenen Behandlungspfades (Erstkontakt bei Hausärzt:innen) kann vor allem durch raschere Terminvergaben erfolgen. Weiters sind auch etwaige Kosten für den Ambulanzbesuch als Steuerungselement denkbar, aber auch Vorteile bei der eigenen Krankenversicherung werden von der Hälfte als möglicher Anreiz zur Einhaltung von Behandlungspfaden betrachtet.

6. Fazit

Die Österreicher:innen nutzen überwiegend die Haus- und Kinderärzt:innen, aber auch niedergelassene Fachärzt:innen werden mehrheitlich mehrmals pro Jahr aufgesucht. Notfall- und Fachambulanzen im Spital werden deutlich seltener genutzt.

Haus- und Kinderärzt:innen stellen dementsprechend auch die erste Anlaufstelle für ärztliche Hilfe im Alltag dar. Außerhalb der Ordinationszeiten wenden sich viele Österreicher:innen an den ärztlichen Bereitschaftsdienst, aber auch die Krankenhausambulanzen werden dann vermehrt aufgesucht: Im ländlichen Raum fährt ein Viertel am Abend oder an Wochenenden direkt in das Krankenhaus.

Die Haus- und Fachärzt:innen zeichnen sich vor allem durch die Vertrautheit mit den Patient:innen aus, für den Besuch im Krankenhaus sprechen hingegen die umfangreichen Abklärungsmöglichkeiten.

Die telefonische Gesundheitsberatung unter der Nummer 1450 ist den Österreicher:innen grundsätzlich bereits bekannt – als erster Kontaktpunkt wird sie derzeit aber noch selten genutzt.

Eine Reform des Gesundheitssystems wird von drei Viertel der Österreicher:innen als erforderlich angesehen. Dabei wird vor allem ein Einschränken der Besuche von Spitalsambulanzen nur auf Notfälle und Überweisungen als zentral angesehen, aber auch eine Intensivierung der Erstberatung via Chat oder Telefon sowie Einsparungen bei der Verschreibung von Medikamenten werden als wichtig erachtet.

Die Einhaltung eines Behandlungspfades ist für die Österreicher:innen durchaus vorstellbar. Zudem stellt der Hausarzt bzw. die Hausärztin bereits jetzt für die Hälfte der Österreicher:innen die erste Anlaufstelle dar, vor allem aufgrund der schnelleren Terminverfügbarkeit. Augenscheinlich ist weiters, dass die jungen Österreicher:innen deutlich weniger begeistert von derartigen Behandlungspfaden sind – hier ist die Bindung an Haus- und Fachärzt:innen spürbar geringer als bei älteren Personen.

Eine Attraktivierung von Erstkontakten bei Haus- und Fachärzt:innen kann vor allem durch rasche Terminvergaben erfolgen, weiters sind auch etwaige Kosten für den Ambulanzbesuch als Steuerungselement denkbar.

Vor allem bei jungen Österreicher:innen gehört die Informationseinholung im Internet bei unbekanntem Symptomen einfach dazu – knapp drei Viertel der Perso-

nen unter 30 Jahren machen dies meistens, in der Alterskohorte 50+ liegt der Anteil hingegen nur bei etwa einem Drittel.

Dokumentation der Umfrage

MARKET Institut; Hybrid-Befragung: Mix aus telefonischen Interviews (n = 503 Interviews, durchgeführt von geschulten und kontrollierten Interviewer:innen des MARKET-Instituts) und Online Interviews (n = 549 Interviews, durchgeführt im offline rekrutierten MARKET-Online-Panel); Erhebungszeitraum: 25. Juli bis 11. August 2023; maximale statistische Schwankungsbreite bei n = 1.052: $\pm 3,08 \%$.

Mag. Wolfgang Frimmel PhD

Institut für Volkswirtschaftslehre, JKU Linz

Moral Hazard in der Krankenversicherung und die Wirkung von monetären Anreizen

1. Moral Hazard in der Krankenversicherung	30
2. Anreize zur Senkung der Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen	34
3. Bonusprogramme und Anreize für gesteigertes Präventionsverhalten	39
4. Fazit	43

Moral Hazard in der Krankenversicherung führt zu höheren Ausgaben für Gesundheitsleistungen, weil Versicherte im Krankheitsfall den Anreiz haben, viele Leistungen zu konsumieren oder zu wenig Gesundheitsprävention zu betreiben. Um Auswirkungen von Moral Hazard zu reduzieren, werden häufig finanzielle Anreize diskutiert, deren Wirksamkeit allerdings häufig überschätzt wird: Gebühren erscheinen wenig wirksam, Selbstbeteiligung der Versicherten reduziert die extramurale Inanspruchnahme – auch für notwendige und präventive Leistungen – und führt zu Verteilungseffekten.

Das Kosteneinsparungspotential von Anreizen für Gesundheitsprävention ist ebenfalls nicht belegt: Komplexe Verhaltensänderungen sind nur kurzfristig messbar, Anreize für einfache Präventionsmaßnahmen sind erfolgreicher, führen aber häufig zu Mehrkosten.

1. Moral Hazard in der Krankenversicherung

Die Krankenversicherung ist einer der wichtigsten Bausteine, um Individuen gegen gesundheitliche Risiken abzusichern. Besonders die demografische Entwicklung und Alterung der Bevölkerung in vielen Ländern Europas und die Tatsache, dass das Alter ein offenkundig entscheidender Faktor für die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen ist, lässt die Ausgaben für Krankenkassen kontinuierlich steigen. Im Zuge dieser Debatte wird auch regelmäßig auf eine Überbeanspruchung von medizinischen Ressourcen im Gesundheitssystemen hingewiesen. Dahinter steht unter anderem das aus der ökonomischen Versicherungstheorie bekannte Konzept des „Moral Hazard“. Dieses Phänomen beschreibt die Verhaltensänderung von Versicherten, sobald diese gegen bestimmte Risiken abgesichert sind. Im Falle der Krankenversicherung bedeutet das konkret, wenn Versicherte wissen, dass die Kosten für medizinische Versorgung von einer Versicherung gedeckt werden, kann Moral Hazard zu riskanteren Verhaltensweisen führen. Dabei werden vor allem zwei Mechanismen diskutiert. Erstens, Moral Hazard beeinflusst das menschliche Verhalten bereits vor tatsächlicher Erkrankung, indem Versicherte Gesundheitsprävention vernachlässigen, einen tendenziell ungesunden Lebensstil führen oder notwendige Vorsorgeuntersuchungen und ärztliche Behandlungen aufschieben.¹ Eine unerwünschte Konsequenz daraus ist eine verspätete Diagnose von Krankheiten und eine verstärkte Inanspruchnahme von medizinischer Versorgung mit langfristig höheren Behandlungskosten und schlechteren Gesundheitsergebnissen.

Ein zweiter Mechanismus von Moral Hazard auf die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen tritt nach Auftreten von gesundheitlichen Beeinträchtigungen ein. Da die Beitragszahlungen von Versicherten unabhängig von der tatsächlichen individuellen Inanspruchnahme sind, haben Versicherte den Anreiz, möglichst viele Leistungen in Anspruch zu nehmen. Jede weitere medizinische Leistung verändert die finanzielle Belastung nur wenig, und somit entstehen für Versicherte keine weiteren Nachteile durch mehr Inanspruchnahme, was zu einem Überkonsum von medizinischen Leistungen führen kann.

Moral Hazard besteht nicht nur auf Seite der Versicherten. Auch Gesundheitsanbieter wie Ärzt*innen sowie Krankenhäuser haben vor allem in Systemen mit Einzelleistungsvergütung den finanziellen Anreiz, möglichst viele Leistungen zu er-

¹ Zweifel und Manning (2000)

bringen, die möglicherweise über den medizinisch notwendigen Bedarf an Versorgung hinausgehen. Dieses Verhalten wird auch als angebotsinduzierte Nachfrage bezeichnet.² Durch bestehende Informationsasymmetrien zwischen Gesundheitsanbietern und Patient*innen können letztere weder eine korrekte Einschätzung über das notwendige Maß treffen noch haben sie einen echten Anreiz, vorgeschlagene Therapien und Leistungen abzulehnen. Daher delegieren Patient*innen die Wahl an therapeutischen Leistungen in der Regel an die betreuenden Ärzt*innen. Die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen spiegelt daher in überwiegendem Maße die Entscheidungen der Anbieter wider.³ Dieser entscheidende Faktor ist jedenfalls in der Analyse der Wirksamkeit von verhaltenssteuernden Maßnahmen bei Versicherten zu berücksichtigen.

Wie sieht nun die empirische Evidenz zu Moral Hazard in der Krankenversicherung tatsächlich aus? Um diese Frage ursächlich zu beantworten, wurde in den USA im Zeitraum von 1974 bis 1977 das Rand Health Insurance Experiment durchgeführt. Dieses Experiment untersuchte, inwiefern sich Preisänderungen für medizinische Leistungen in Form von Selbstbeteiligung auf die Nachfrage auswirken. Dabei wurden die teilnehmenden Familien randomisiert unterschiedlichen Versicherungsplänen zugeteilt, die sich primär im Grad der Selbstbeteiligung unterschieden. Der Grad der Selbstbeteiligung in Form von Zuzahlungen variierte zwischen 0 und 95 % mit einer maximalen Zahlung von 1.000 US-Dollar pro Jahr. Ein zusätzliches Szenario (Individual Deductibles Plan) sah eine Selbstbeteiligung von 96 % im niedergelassenen Bereich, aber keinen Selbstbehalt im stationären Bereich vor. Tabelle 1 fasst die zentralen Ergebnisse dieses Experiments zusammen.⁴

2 Angebotsinduzierte Nachfrage ist empirisch schwer zu dokumentieren, da prinzipiell unklar ist, wie viel an medizinischen Leistung notwendig ist. Es gibt aber empirische Evidenz, dass Ärzt*innen die Nachfrage nach ihren eigenen Leistungen schaffen. So zeigen zum Beispiel Breyer et al. (2003) für Deutschland einen signifikanten Zusammenhang zwischen Ärztedichte und Anzahl an Krankenhausbetten mit der Pro-Kopf-Inanspruchnahme von ärztlichen Leistungen. Da die Gebührensätze in der Regel einheitlich festgelegt und somit Preisänderungen aufgrund einer höheren Ärztedichte nicht möglich sind, wird das empirische Ergebnis als angebotsinduzierte Nachfrage interpretiert.

3 Breyer et al., 2003

4 Manning et al., 1987

Plan	Arzt- besu- che	Spitals- besucher (in %)	Ausgaben (in 1984 US\$)		Inanspruch- nahme gesamt (in %)	Gesamt (in 1984 US\$)
			Arzt- besuche	stationär		
Frei	4,55	12,8	340	409	86,8	749
25%	3,33	10,5	260	373	78,8	634
50%	3,03	9,2	224	450	77,2	674
95%	2,73	9,9	203	315	67,7	518
IDP	3,02	11,5	235	373	72,3	608

Tab. 1: Selbstbeteiligung und Nachfrage im Rand-Health-Insurance-Experiment

Die Ergebnisse zeigten, dass im extramuralen Bereich sowohl die Arztbesuche als auch die dazugehörigen Ausgaben substantiell mit steigendem Grad an Selbstbeteiligung sinken. Im stationären Bereich hingegen, der stärker mit dem tatsächlichen Gesundheitszustand korreliert, ist dieser Rückgang signifikant weniger ausgeprägt. Der Rückgang der Gesamtausgaben bei höherem Selbstbehalt ist daher ausschließlich auf den niedergelassenen Sektor zurückzuführen. Besonders ersichtlich ist dieses Muster im Individual Deductibles Plan (IDP), der keinen Selbstbehalt im stationären Bereich vorsieht. Hier ist der Unterschied zum Versicherungsplan ohne Selbstbehalt in der Hospitalisierungswahrscheinlichkeit nur gering, während die Wahrscheinlichkeit für die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen von 86,8 % auf 72,3 % zurückging.⁵ Die Gesundheitsauswirkungen der unterschiedlichen Versicherungspläne waren im Schnitt minimal bis nicht messbar.⁶

Eine ähnliche überzeugende Evidenz für Moral Hazard liefert die Oregon Health Study aus dem Jahr 2008, in der zufällig durch eine Lotterie ausgewählte Personen ohne Krankenversicherung mit niedrigem Einkommen in das Medicaid-Programm aufgenommen wurden. Die ein Jahr später gemessenen Effekte sind beachtlich: Im Vergleich zur Kontrollgruppe hatte die zufällig ausgewählte Gruppe demnach eine um 25 Prozentpunkte höhere Wahrscheinlichkeit einer Krankenversicherung, die Gesundheitsausgaben für Primärversorgung, Prävention und Hospitalisierung sind signifikant gestiegen und die privaten Gesundheitsausgaben gesunken. Zu-

5 Manning et al., 1987

6 Keeler et al. (1985) dokumentieren einen verbesserten Blutdruck durch regelmäßige Kontrolle, je niedriger der Selbstbehalt ausfiel.

dem ist die subjektive physische und mentale Gesundheit im Vergleich zur Kontrollgruppe signifikant gestiegen.⁷ Die empirischen Erkenntnisse aus dem RAND Health Insurance Experiment und der Oregon Health Study wurden in vielen internationalen Studien in unterschiedlichen Populationen und institutionellen Rahmenbedingungen repliziert, sodass eine durchaus breite empirische Evidenz für die Rolle von Moral Hazard im Zusammenhang mit Nachfrage nach Gesundheitsleistungen und Ausmaß an Krankenversicherung vorliegt.

Im Angesicht des demografischen Wandels mit einer altersbedingten Zunahme der Nachfrage nach medizinischer Versorgung bei gleichzeitigem Mangel an medizinischen Fachkräften und Pflegepersonal haben die Auswirkungen von Moral Hazard auf die medizinische Versorgung und deren Finanzierung hinkünftig eine noch wesentlichere Bedeutung. Es ist daher wenig überraschend, dass in gesundheitspolitischen Diskussionen verhaltenssteuernde Maßnahmen diskutiert werden, um die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen zu reduzieren und damit Gesundheitssysteme zu entlasten. In der Vergangenheit wurden dazu häufig monetäre Anreize eingeführt, die Versicherte dazu motivieren sollen, bewusstere Entscheidungen im Hinblick auf ihre Gesundheit zu treffen, die Gesundheitsprävention zu stärken oder unnötige Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen zu vermeiden. Dies passierte allerdings nicht notwendigerweise immer evidenzbasiert. Im Konkreten fokussiert sich dieser Beitrag auf zwei Arten von monetären Instrumenten, um die eingangs erwähnten Wirkmechanismen von Moral Hazard anzusprechen:

- a) Anreize zur Senkung der Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen,
- b) Anreize zur Steigerung von Präventionsmaßnahmen.

7 Finkelstein et al., 2012

2. Anreize zur Senkung der Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen

In der ökonomischen Versicherungstheorie werden Selbstbehalte und Selbstbeteiligung als Mittel gegen die negativen Auswirkungen von Moral Hazard auf die Inanspruchnahme von Versicherungsleistungen diskutiert. Durch die Kostenbeteiligung können sich Versicherte bei weniger notwendigen Behandlungen zurückhalten oder bestimmte Leistungen verzögert in Anspruch nehmen. Gerade der zweite Punkt ist dabei durchaus problematisch und muss in der Bewertung der Effizienz dieser Maßnahmen mitberücksichtigt werden: Wenn Patient*innen notwendige Leistungen verzögert oder überhaupt nicht in Anspruch nehmen, kann diese kurzfristige Reduktion in Gesundheitsausgaben vor allem bei präventiven Leistungen mittelfristig sogar kontraproduktiv wirken.

Die finanzielle Beteiligung von Versicherten kann in der Praxis unterschiedliche Formen haben: Eine klassische Form ist die Selbstbeteiligung, wie im bereits erwähnten Rand-Health-Insurance-Experiment analysiert. Dabei muss ein prozentualer Satz der Ausgaben für medizinische Leistungen vom Versicherten privat bezahlt werden. In Österreich gilt zum Beispiel für Versicherte der BVAEB oder SVA einen Selbstbeteiligungssatz von 20 %. Eine andere Form von Kostenbeteiligung sind Zahlungen vor der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen. Beispiele dafür sind die mittlerweile abgeschaffte Praxisgebühr in Deutschland oder die in Österreich regelmäßig diskutierte Ambulanzgebühr. Auch Rezeptgebühren, Kostenbeiträge für Krankenhausaufenthalte oder Selbstbeteiligung bei bestimmten medizinischen Leistungen, wie sie in Österreich bekannt sind, sind Formen der Selbstbeteiligung von Versicherten. Diese Maßnahmen „sanktionieren“ also die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und sind somit quasi ein negativer Anreiz. Alternativ werden aber auch positive Anreize bei Selbsthalten diskutiert, wie zum Beispiel Beitragssenkungen oder Rabatte bei geringer Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen.

Die Wirkung von Selbsthalten auf das Inanspruchnahmeverhalten ist in vielen internationalen Studien belegt⁸ – erstmals im oben erwähnten RAND-Health-Insurance-Experiment. Ebenso dokumentiert ist, dass präventive Leistungen, wie

8 Siehe zum Beispiel Cockx und Brasseur (2003) für Belgien; Chiappori et al. (1998) für Frankreich; Lundin (2002) und Johansson et al. (2023) für Schweden; Zweifel (1992) für Deutschland.

Gesundheitsscreenings, mit steigendem Grad an Selbstbeteiligung ebenfalls signifikant sinken.⁹

Ein wichtiger Aspekt von Selbstbeteiligung sind allerdings Verteilungseffekte, da nicht alle Patient*innen gleichermaßen betroffen sind. Im RAND-Experiment reduzierten besonders Personen mit niedrigerem Einkommen die Nachfrage insbesondere auch für notwendige medizinische Leistungen in einem signifikant größeren Ausmaß. Eine weitere Studie aus den USA zeigt, dass vor allem Pensionist*innen mit schlechterer Gesundheit Arztbesuche und Medikamentenverschreibungen mit steigendem Grad an Selbstbeteiligung reduzierten¹⁰, andererseits reagieren chronisch kranke Personen aufgrund des Gesundheitszustands schwächer auf höhere Selbstbeteiligung und müssen dementsprechend höhere Kosten tragen¹¹. Eine Studie aus den Niederlanden zeigt, dass höhere Kostenbeteiligung vor allem bei jüngeren und älteren Versicherten sowie bei jenen aus sozial benachteiligten Stadtteilen zu höheren Reduktionen in der Inanspruchnahme führten.¹²

Die Wirkung von Selbstbehalt bei Medikamenten wird stark durch das Verschreibungsverhalten der Ärzt*innen eingeschränkt. Daher sind vor allem gesündere Patient*innen stärker in der Lage Ausgaben zu reduzieren als ältere Menschen oder chronisch Kranke, die aus Gesundheitsgründen weniger elastisch reagieren können. Die Gesamtwirkung auf die Medikamentenausgaben wird daher in Summe langfristig als gering eingeschätzt.¹³

Für den deutschsprachigen Raum ist die Evidenzlage weniger umfangreich, was auch am Prinzip der Versicherungspflicht bzw. Pflichtversicherung liegt. In einer Studie für Deutschland¹⁴ wird ein Sozialversicherungssystem mit niedrigen Selbstbeteiligungsraten mit privaten Versicherungsplänen verglichen, die entweder fixe Rabatte bei Nichtinanspruchnahme von Gesundheitsleistungen oder eine Prämienreduktion vorsieht, falls die jährlichen Ausgaben unter einer bestimmten Gesamtsumme bleiben. Die Ergebnisse für Deutschland sind dabei durchaus vergleichbar mit den Erkenntnissen aus dem angloamerikanischen Raum und zeigen ein interessantes Muster hinsichtlich der Form des Kostenbeitrags: Ein unterschiedlicher Grad an Selbstbeteiligung reduziert Moral Hazard, jedoch sind die Verhaltensänderungen bei Prämienreduktion und Rabatte signifikant schwächer ausgeprägt.

Eine weitere Form von Selbstbehalt sind fixe Gebühren vor Inanspruchnahme. Evaluierungen der 2004 in Deutschland eingeführten Praxisgebühr, ein Selbstbe-

9 Lillard et al., 1986; Solanki und Schauffler, 2000

10 Chandra et al., 2010

11 Chandra et al., 2014

12 Van Esch et al., 2017

13 Gemmill et al., 2008

14 Zweifel, 1988

halt von zehn Euro für den ersten Arztbesuch pro Quartal, zeigen nur sehr geringe Rückgänge von 3,4 %¹⁵ – primär getragen von tendenziell gesunden Patient*innen – oder keine signifikanten Änderungen bei Arztbesuchen¹⁶. In einer sehr aktuellen Studie wurde wiederum die Abschaffung der Praxisgebühr im Jahre 2012 untersucht.¹⁷ Die Autoren fokussierten hier primär auf das Verhalten älterer Patient*innen sowie auf Risikogruppen, wie chronisch kranke Menschen. Sie fanden einen kurzfristigen Anstieg in der Nachfrage nach medizinischer Versorgung nach Abschaffung der Gebühr, jedoch eine signifikante Reduktion in der längeren Frist. Zugleich reduzierten sich stationäre Behandlungen, das heißt, es kam tendenziell zu einer Substitution zwischen niedergelassenem und stationärem Bereich. Diese Form von Selbstbeteiligung erscheint also wenig effizient, um langfristig Kosten zu senken, allerdings sind leichte Lenkungseffekte zwischen niedergelassenem und stationärem Bereich messbar.

Für Österreich gibt es zur Effizienz von Selbstbeteiligung wenig kausale Evidenz. Eine Ausnahme bildet das Programm „Selbstständig gesund“ der SVA. In diesem Programm wird der Selbstbehalt von 20 auf 10 % für alle ärztlichen und zahnärztlichen Behandlungen halbiert, wenn Patient*innen Verbesserungen in den Bereichen Gewicht, Blutdruck, Bewegung, Tabak und Alkohol vorweisen können. Eingangs ist dazu eine verpflichtende Teilnahme an einer Vorsorgeuntersuchung nötig, wo der Gesundheitszustand ermittelt wird und die dementsprechenden Gesundheitsziele festgelegt werden. Nach frühestens sechs Monaten erfolgt ein Evaluierungsgespräch mit Zielüberprüfung, wonach erfolgreiche Teilnehmer*innen einen Antrag auf Reduktion des Selbsthalts stellen können.¹⁸ Eine Evaluierung dieses Programms¹⁹ zeigt eine Partizipationsrate Ende 2016 von 12,6 %, die Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen stieg um 33 %. Eine wichtige Erkenntnis aus der Evaluierung ist die starke Selektion der Teilnehmer*innen. Tabelle 2 vergleicht Zahlen aus der österreichischen Gesundheitsbefragung 2014 mit den dementsprechenden Werten aus der Erstuntersuchung für jene, die erfolgreich die vordefinierten Gesundheitsziele erreicht haben, und nicht erfolgreiche Teilnehmer*innen. Die erfolgreichen Teilnehmer*innen weisen bereits bei der Erstuntersuchung überdurchschnittlich positive Werte auf, haben einen geringeren problematischen Alkoholkonsum (0,7 % relativ zu 1,8 % der nicht erfolgreichen Teilnehmer*innen),

15 Farbmacher, 2009

16 Agurzyk et al., 2006

17 Xu und Bittschi, 2022

18 Das Programm „Selbstständig gesund“ unterscheidet sich von der klassischen Selbstbeteiligung dahingehend, dass hier ein positiver finanzieller Anreiz in Form einer Senkung des Selbsthalts geboten wird. Der Vergleich mit herkömmlichen Formen von Selbstbeteiligung als Kostenfaktor (negativer Anreiz) ist daher nicht uneingeschränkt möglich.

19 Halla et al., 2018

machen mehr Bewegung (87,5 % relativ zu 70,7 oder 50,5 %), haben ein niedrigeres Körpergewicht und sind signifikant häufiger Nichtraucher.

	Gesundheitsbefragung	Erstuntersuchung Selbstständig gesund	
		Erfolgreich	Nicht erfolgreich
	2014		
Problematischer Alkoholkonsum		0,7	1,8
Regelmäßige Bewegung	50,5	87,5	70,7
Normalgewicht	50,4	76,8	36,9
Raucher	24,3	2,9	28,9

Tab. 2: Gesundheitswerte im Vergleich (Halla et al., 2018)

Ein Blick auf die mittelfristigen Ausgaben für medizinische Leistungen ist allerdings ernüchternd. Erfolgreiche Teilnehmer*innen hatten jährlich im Schnitt 46,9 Euro an Mehrausgaben für ärztliche Hilfe im Vergleich zu den Versicherten der SVA ohne Halbierung des Selbstbehalts. Bei Medikamentenverschreibungen, Ausgaben für Heilbehelfe oder Spitalstagen sind keine Unterschiede festzustellen, sodass auch keine längerfristigen Gesundheitseffekte messbar sind. Das Kosteneinsparungspotential ist aufgrund der extramuralen Ausgabensteigerungen daher nicht gegeben.

Zusammengefasst lässt sich feststellen, dass eine Kostenbeteiligung die Inanspruchnahme nachweislich reduzieren kann. Die Effizienz im Sinne einer nachhaltigen Reduktion der Kosten für medizinische Leistungen ist weniger eindeutig. Da Patient*innen nicht notwendigerweise alle Informationen und das Wissen haben, um rational zu entscheiden, welche medizinische Leistung unnötig ist, betrifft die Reduktion nicht nur unnötige medizinische Leistungen (was im Sinne des Moral Hazard erwünscht ist), sondern auch notwendige medizinische Leistungen oder präventive Maßnahmen. Die Stärke dieses Effektes hängt klar mit der Höhe der Eigenbeteiligung zusammen. Weiters muss bei der Selbstbeteiligung der Verteilungsaspekt mitberücksichtigt werden. Kostenbeteiligung wird oftmals als „Besteuerung der Kranken“ bezeichnet, da diese einen hohen Anteil an medizinischen Leistungen konsumieren und daher überproportional von einer Kostenbeteiligung betroffen sind. Ein ähnliches Argument gilt für Versicherte mit niedrigerem sozioökonomischen Status, die ebenfalls einen im Schnitt geringeren Gesundheitszustand aufweisen.²⁰ Ausnahmen für vulnerable Gruppen, wie zum Beispiel die Rezeptgebührenbefreiung in Österreich, reduzieren klarerweise das Verteilungs-

²⁰ Thomson et al., 2010

problem, mindern aber konsequenterweise auch die Effizienz der Selbstbeteiligung an sich.

Somit sind die Auswirkungen auf die Gesamtausgaben für medizinische Leistungen letzten Endes unklar. Jedenfalls fehlt die klare Evidenz, dass es langfristig tatsächlich zu geringeren Ausgaben kommt. Obwohl das RAND-Health-Insurance-Experiment einen Rückgang mit höherer Kostenbeteiligung vermuten lässt, zeigen die meisten Studien tendenziell eine langfristige Erhöhung der Gesamtausgaben.²¹

21 Mossialos et al., 2017

3. Bonusprogramme und Anreize für gesteigertes Präventionsverhalten

Moral Hazard wird auch mit einem reduzierten Präventionsverhalten von Versicherten assoziiert. Um dies zu verbessern, werden ebenfalls Bonusprogramme und monetäre Anreize als Möglichkeit der Verhaltenssteuerung diskutiert. Hierbei ist aber die Komplexität der erwünschten Verhaltensänderung zu berücksichtigen. Eine einmalige Präventionsmaßnahme, wie zum Beispiel eine Impfung oder eine Vorsorgeuntersuchung, sind weniger komplex als langfristige Verhaltensanpassungen wie Änderungen im Lebensstil, Raucherentwöhnung oder Gewichtsreduktion. Die Wirksamkeit von finanziellen Anreizen kann sich daher je nach Ziel erheblich unterscheiden. Komplexe Verhaltensänderungen, wie bei Alkohol- oder Zigarettenkonsum und Ernährung, sind oft schwer zu überprüfen und basieren zu meist auf subjektive Angaben. Das bereits erwähnte Programm der SVA „Selbstständig gesund“ bietet für Gewichtsreduktion und Reduktion des Alkohol- und Zigarettenkonsums bei Zielerreichung eine Halbierung des Selbstbehalts an, mit dem Ziel, nachgelagert mittelfristig geringere Ausgaben für medizinische Leistungen zu haben. Letzteres ist empirisch nicht nachweisbar.

Eine Reihe von kausalen Studien untersucht die Wirkung von Anreizen zur Körpergewichtsreduktion, da Körpergewicht einerseits ein relevanter Gesundheitsfaktor ist, andererseits auch Veränderungen gut messbar sind. So wurde in einem weiteren Feldexperiment in Zusammenarbeit mit der SVA in Österreich die Effektivität von finanziellen Anreizen für Körpergewichtsreduktion getestet.²² Versicherte der SVA mit einem Body Mass Index von mehr als 25 bekamen randomisiert Gutscheine in unterschiedlicher Höhe, wenn sie eine erfolgreiche Reduktion des Körpergewichts um 5 % innerhalb von fünf Monaten erreicht hatten. Dabei wurden Versicherte randomisiert einer Kontrollgruppe sowie einer Gruppe mit einem finanziellen Anreiz von 150 Euro bei Zielerreichung und einer Gruppe mit einem Anreiz von 300 Euro bei Erreichen zugeteilt.

22 Halla und Pruckner, 2016

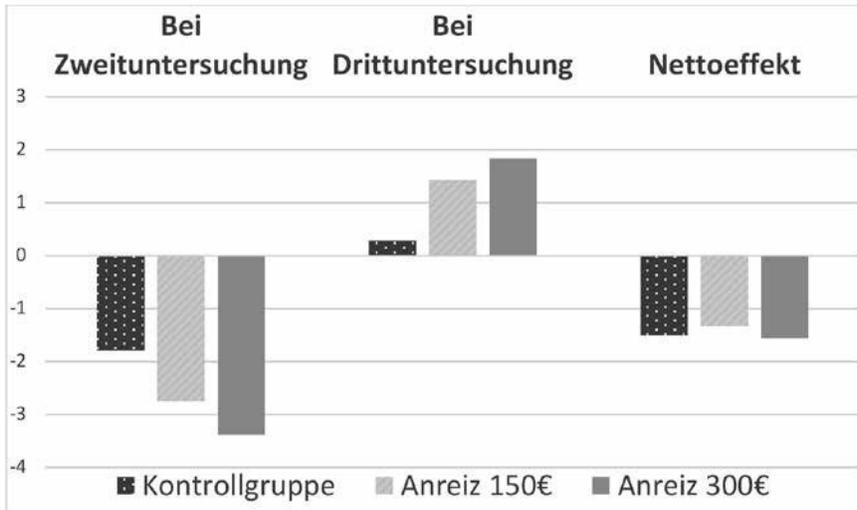


Abb. 1: Gewichtsänderung in Kilogramm bei zweitem und drittem Termin bzw. Nettoeffekt²³

Abbildung 1 zeigt das zentrale Ergebnis dieser Studie. Während in der Kontrollgruppe nur 17 % der Teilnehmer die Reduktion des Körpergewichts um 5 % erreichten, steigt dieser Anteil bei den Gruppen mit finanziellem Anreiz auf 31 bzw. 50 %. Die durchschnittliche Reduktion des Gewichts belief sich dabei auf 1,8 kg bei der Kontrollgruppe relativ zu 2,7 kg bzw. 3,4 kg bei der Gruppe mit Gutscheinen. Die kurzfristigen Effekte sind also signifikant und steigen mit dem finanziellen Anreiz. Allerdings ist die Körpergewichtsreduktion nur temporär: Bei einem dritten Untersuchungstermin erhöhte sich das Gewicht wieder, sodass der Nettoeffekt wesentlich geringer ist. Das bedeutet, dass einmalige finanzielle Anreize für Änderungen im Lebensstil nicht notwendigerweise langfristig wirken. Es wurde auch kein Einfluss auf die Höhe der extramuralen Gesundheitsausgaben festgestellt. Ähnliche Studien aus Deutschland und den USA kommen zu vergleichbaren Ergebnissen mit kurzfristigen Reduktionen von durchschnittlich 5 % des ursprünglichen Körpergewichts.²⁴ Obwohl also kurzfristige positive Effekte des finanziellen Anreizes messbar sind, sind diese Erfolge nicht nachhaltig: In der Regel kommt es wieder zu signifikanten Gewichtszunahmen, sodass in der längeren Frist die positiven Effekte verschwinden.²⁵

Während die Evidenz zur Wirksamkeit von finanziellen Anreizen bei komplexen Verhaltensänderungen wenig langfristiges Kosteneinsparungspotential nach-

²³ Halla und Pruckner, 2016

²⁴ Augurzyk et al., 2012; Finkelstein et al., 2017

²⁵ Paloyo et al., 2014

weist, muss das nicht notwendigerweise für einfache Verhaltensänderungen wie einmalige Impfungen oder Teilnahme an präventiven Untersuchungen gelten. In einem Feldexperiment in Oberösterreich zeigte sich, dass finanzielle Anreize die Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen signifikant erhöhen können.²⁶ Im Rahmen des Programms „Gesundheits-Check Junior“ bekam eine randomisierte Gruppe von Kindern und Jugendlichen im durchschnittlichen Alter von ungefähr 13 Jahren einen Einkaufsgutschein in der Höhe von 40 Euro, wenn sie an einer Vorsorgeuntersuchung teilnahm. Dadurch konnte die Teilnehmerate verdoppelt werden, wenn auch von einem geringen Ausgangswert von 6 %. Eine wichtige Erkenntnis sind signifikante Selektionseffekte bei der Inanspruchnahme, da überwiegend Jugendliche aus Haushalten mit höherem Einkommen und sozialer Herkunft – also einer Gruppe, die grundsätzlich als gesünder gilt und mehr Gesundheitsprävention betreibt – wesentlich stärker auf den Anreiz reagierten. Diese Selektion nach sozioökonomischem Status und Gesundheitsverhalten reduziert klarerweise die Effektivität der Maßnahme erheblich. Ein ähnliches Muster ist in einer Analyse eines Anreizprogrammes des Landes Oberösterreich für Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen erkennbar.²⁷ Für die Teilnahme an postnatalen Untersuchungen von Kindern, die nach dem 1. Jänner 2000 geboren wurden, wurde ein finanzieller Anreiz in der Höhe von 185 Euro gewährt. Der finanzielle Anreiz konnte die Teilnahme an den postnatalen Untersuchungen um 14 Prozentpunkte steigern. Auch hier sind die oben beschriebenen Selektionseffekte messbar, da Gruppen mit niedrigerem Einkommen schwächer auf den Anreiz reagierten, Mütter mit Migrationshintergrund sogar deutlich weniger. Wie sich in der Studie allerdings zeigt, ist das mittelfristige Kosteneinsparungspotential dieser Maßnahme gering, weil das Programm die kurzfristigen Ausgaben für Folgeuntersuchungen signifikant um 400 Euro für ärztliche Hilfe erhöhte und mittel- und langfristig keine Ausgabeneinsparungen festgestellt wurden. Dieses Ergebnis ist konsistent mit der Evidenz, dass Vorsorgeuntersuchungen stark selektierte Teilnehmer*innen haben und vor allem die extramuralen Gesundheitsausgaben tendenziell ansteigen.²⁸

Besonders umfangreich ist die Evidenz zur Effektivität von finanziellen Anreizen für Impfungen. Viele aktuelle Studien zu HPV-Impfungen oder Covid-19-Impfungen zeigen für unterschiedliche institutionelle Rahmenbedingungen einen positiven Effekt von finanziellen Anreizen auf Impfquoten.²⁹ Die finanziellen Anreize müssen allerdings substantiell sein, um die Impfbereitschaft tatsächlich spürbar

26 Halla et al. 2019

27 Halla et al (2016)

28 Hackl et al., 2015

29 Kluever et al., 2021; Serra-Garcia und Szech, 2021; Campos-Mercade et al., 2021a

zu erhöhen, da eine zu niedrige Kompensation die intrinsische Motivation von Versicherten reduzieren kann.³⁰

Neueste Arbeiten zu HPV-Impfungen zeigen außerdem, dass die Wirkung von Anreizen sehr stark vom institutionellen und gesellschaftlichen Kontext abhängen kann. Während in den USA, zum Beispiel, die kostenfreie HPV-Impfung im Vergleich zu einem Selbstbehalt die Impfquote zwischen drei und sechs Prozentpunkte erhöhte³¹, konnte ein staatliches Impfprogramm für eine Gratis HPV-Impfung in Dänemark die tatsächliche Inanspruchnahme um 58 Prozentpunkte oder 340 % für Erwachsene³² und zwischen 53 und 65 Prozentpunkte unter Jugendlichen³³ steigern. Allerdings sind wiederum signifikante Selektionseffekte feststellbar, da der enorme Anstieg an Impfungen vor allem von Frauen getrieben ist, die bereits zuvor mehr in ihre Gesundheit investiert haben. Finanzielle Anreize sind auch signifikant geringer in Gesellschaften mit grundsätzlich zögernder Impfbereitschaft – in Gesellschaften mit hoher Impfskepsis mitunter sogar ineffizient und wirkungslos. Auch die Form des finanziellen Anreizes ist wichtig, so wirken Lotterien mit geringen Gewinnchancen weniger als garantierte Kompensationen.³⁴ Abseits davon spielen auch nicht monetäre Aspekte eine zentrale Rolle: Wenn Impfungen als sicher, notwendig und prosozial wahrgenommen werden, aber auch bei Impfempfehlungen von Ärzt*innen oder Gesundheitsbehörden steigt die Impfbereitschaft auch in Abwesenheit von finanziellen Anreizen.³⁵

30 Serra-Garcia und Szech, 2021

31 Churchill and Henkhaus, 2022

32 Morthorst, 2023

33 Humlum et al., 2022

34 Campos-Mercade et al. 2021b

35 Sprengholz et al., 2021; Hirani and Wüst, 2022; Hirani and Wüst, 2023; Churchill, 2021; Lawler, 2017

4. Fazit

Moral Hazard in der Krankenversicherung ist ein komplexes Phänomen mit Auswirkungen auf individuelles Verhalten und auf das Gesundheitssystem insgesamt. Dabei werden häufig verhaltenssteuernde finanzielle Anreize als Strategien diskutiert, um den negativen Effekten von Moral Hazard entgegenzuwirken und gleichzeitig eine bessere Gesundheitsvorsorge zu fördern. In Summe zeigt eine umfangreiche Literatur nur ein geringes Kosteneinsparungspotential dieser Maßnahmen.

Eine Kostenbeteiligung in Form von Selbstbehalten bei Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen führt tatsächlich zu einer geringeren Inanspruchnahme bei höherem Selbstbehalt. Reduktionen bei Prämien oder Selbstbehalte bzw. Rabatte führen hingegen zu signifikant geringeren Verhaltensänderungen. Das mittelfristige Einsparungspotential ist insofern nicht gegeben, da Selbstbehalte überdurchschnittlich Personen betreffen, die aufgrund ihres Gesundheitszustands kaum reagieren können, zum Beispiel chronisch Erkrankte und ältere Personen. Selbstbehalte haben also erhebliche Verteilungseffekte, die nur durch Ausnahmeregelungen sozial abgefedert werden können. Letztere sind in einem solidarischen Gesundheitssystem unerlässlich, die Verhaltensteuerungseffekte werden dadurch aber erheblich reduziert. Weiters werden nicht nur unnötige medizinische Leistungen reduziert, sondern auch präventive Maßnahmen, und medizinisch sinnvolle Untersuchungen werden in geringerem Ausmaß in Anspruch genommen und verschoben. Die durch verspätete Diagnostik entstehenden Mehrkosten reduzieren die Wirksamkeit dieser Maßnahmen zusätzlich.

Die Evaluierung von finanziellen Anreizen für mehr Präventivleistungen, um dadurch eine zukünftige Inanspruchnahme zu reduzieren, fällt ebenfalls zwiespältig aus. Einerseits kann die Inanspruchnahme von Präventivleistungen durch monetäre Anreize erhöht werden, andererseits sind üblicherweise Selektionseffekte festzustellen, sodass primär gesundheitsbewusstere und gesündere Menschen stärker auf Anreize für Prävention reagieren, das heißt Gruppen, die am meisten profitieren würden, sind mit diesen Mitteln schwerer erreichbar. Auch die quantitativen Effekte sind kontextabhängig und bewirken Änderungen von oftmals geringen Ausgangsniveaus. Pauschale Statements zum Kostensenkungspotenzial präventiver Maßnahmen scheinen daher überzogen, und Maßnahmen, die auf Populationen mit einem höheren Risiko abzielen, erscheinen typischerweise effizienter.³⁶

36 Halla et al., 2016

Trotz der ernüchternden Evidenzlage ist in diesem Kontext sehr wohl auch zu bedenken, dass der individuelle Einfluss der Versicherten auf das Leistungsgeschehen nicht überbewertet werden darf. Monetäre Anreize können zwar die Wahrscheinlichkeit einer Inanspruchnahme verändern – zum Beispiel ein Mehr an Präventionsmaßnahmen –, aber während der ärztlichen Betreuung wird das Leistungsgeschehen erheblich von Ärzt*innen bestimmt. Der Spielraum für nachhaltige Änderungen im Leistungsgeschehen durch finanzielle Anreize für Versicherte wird dadurch stark eingeschränkt und kann unter Umständen sogar in Mehrkosten umgekehrt werden.

Literatur:

- Augurzky B, et al., 2006, Copayments in the German Health System. Does it Work? IZA DP No. 2290.
- Augurzky, B. et al., 2018, Habit Formation, obesity, and cash rewards, Ruhr Economic Papers No. 750.
- Breyer, F. et al., 2003, Gesundheitsökonomie, 4. Auflage.
- Campos-Mercade P. et al., 2021a, Monetary incentives increase COVID-19 vaccinations, Science 374(6569), 879-882.
- Campos-Mercade P. et al., 2021b, Prosociality predicts health behaviors during the COVID-19 pandemic, Journal of Public Economics 195.
- Chandra, A. et al., 2010, Patient Cost-Sharing and Hospitalization Offsets in the Elderly, American Economic Review 100(1), 193-213.
- Chandra, A., et al., 2014, The impact of patient cost-sharing on low-income populations: Evidence from Massachusetts, Journal of Health Economics 33, 57-66.
- Chiappori, P-A, et al., 1998, Moral Hazard and the demand for physician services: First lessons from a French natural experiment, European Economic Review 42, 499-511.
- Churchill, B., 2021, Insurance Coverage, Provider Contact and Take-up of the HPV Vaccine, American Journal of Health Economics 7(2), 222-247.
- Churchill, B. and Henkhaus L., 2022, The roles of Cost and Recommendations in Driving Vaccine Take-up: Evidence from the Herpes Zoster Vaccine for Shingles Prevention., forthcoming in American Journal of Health Economics
- Cockx B. and Brasseur C., 2003, The demand for physician services: Evidence from a natural experiment, Journal of Health Economics 22, 881-913.
- Farbmacher H., 2009, Copayments for doctor visits in Germany and the probability of visiting a physician – Evidence from a natural experiment, Munich Discussion Paper No. 2009-10.
- Finkelstein, A., et al., 2012, The Oregon Health Insurance Experiment: Evidence from the First Year, The Quarterly Journal of Economics, Vol .127(3), 1057-1106.
- Finkelstein, E. et al., 2017, Applying economic incentives to increase effectiveness of an outpatient weight loss program (TRIO) – A randomized controlled trial, Social Science & Medicine 185, 63-70.
- Gemmill, M.C. et al., 2008, What impact do prescription drug charges have on efficiency and equity? Evidence from high-income countries, International Journal for Equity in Health 7.

- Hackl, F. et al, 2015, The Effectiveness of Health Screening, *Health Economics* 24(8), 913-935
- Halla, M. et al., 2016, Cost savings of developmental screenings: Evidence from nationwide program, *Journal of Health Economics* 49, 120-135.
- Halla, M. und Pruckner G.J., 2016, Monetäre Anreize zur Gewichtsreduktion, *Keynote von Gerald J. Pruckner, DGGÖ Jahrestagung 2019*
- Halla, M. et al., 2018, Evaluierung Vorsorgeprogramm der SVA: Selbstständig Gesund, *Keynote von Gerald J. Pruckner, DGGÖ Jahrestagung 2019.*
- Halla, M. et al., 2019, Paying Adolescents for Health Screenings Works, *American Journal of Health Economics* 8(4).
- Hirani, J. und Wüst, M., 2022, Nurses and infant vaccination coverage, *Journal of Economic Behavior & Organization* 196, 402-428
- Hirani, J. und Wüst, M., 2023, Reminder Design and Childhood Vaccination Coverage, *IZA Discussion Papers* 15877.
- Humlum, M.K. et al, 2022, Sibling Spillovers and the Choice to Get Vaccinated: Evidence from a Regression Discontinuity Design, *IZA Discussion Papers* 15109.
- Johansson N. et al., 2023, Reductions in out-of-pocket prices and forward-looking moral hazard in health care demand, *Journal of Health Economics* 87, 102710.
- Keeler, E.B. et al., 1985, How Free Care Reduced Hypertension of Participants in the Rand Health Insurance Experiment, *Journal of the American Medical Association* 154, 1926-1931.
- Cluever, H. et al., 2021, Incentives can spur COVID-19 vaccination uptake, *PNAS* 118(36).
- Lawler, E., 2017, Effectiveness of vaccination recommendations versus mandates: Evidence from the hepatitis A vaccine, *Journal of Health Economics* 52, 45-62.
- Lillard L.A., et al., 1986, Preventive medical care: standards, usage and efficacy, *RAND Publication R-3266-HCFA.*
- Lundin, D., 2000, Moral hazard in physician prescription behavior, *Journal of Health Economics* 19, 639-662.
- Manning, G.W. et al., 1987, Health Insurance and the Demand for Medical Care: Evidence from a Randomized Experiment, *American Economic Review* 77, 251-277.
- Morthorst, M., 2023, Price Sensitivity and Heterogeneity in Vaccine Take-up: Evidence from an HPV Vaccine Program, *Working paper.*
- Mossialas, E., et al., 2017, Efficiency Review of Austria's Social Insurance and Healthcare System, Vol. 1 – International Comparisons and Policy Options, *LSE Consulting.*

- Paloyo, A., et al., 2014, The causal link between financial incentives and weight loss: an evidence-based survey of the literature, *Journal of Economic Surveys* Vol. 28(3), 401-420.
- Serra-Garcia M. und Szech N., 2023, Incentives and Defaults Can Increase Covid-19 Vaccine Intentions and Test Demand, *Management Science* 69(2). 1037-1049.
- Solanki G., et al., 2000, The Direct and Indirect Effects of Cost-Sharing on the Use of Preventive Services, *Health Services Research* 34:6.
- Sprengholz, P. et al., 2021, Money is not everything: experimental evidence that payments do not increase willingness to be vaccinated against COVID-19, *Journal of Medical Ethics* 8(1), 547-548.
- Thomson S. et al., 2010, Can user charges make health care more efficient? *BMJ* 341.
- Van Esch T., et al., 2017, Increased cost sharing and changes in noncompliance with specialty referrals in The Netherlands, *Health Policy* 121(2), 180-188.
- Xu, M. und Bittschi, B., 2022, Does the abolition of copayment increase ambulatory care utilization? A quasi-experimental study in Germany, *The European Journal of Health Economics* 23, 1319-1328.
- Zweifel, P., 1988, Premium rebates for no claims: the West German Experience, in H.E. Frech: *Health Care in America*.
- Zweifel, P., 1992, Bonus Options in Health Insurance.
- Zweifel P. und Manning W.G., 2000, Moral Hazard and Consumer Incentives in Health Care, in: *Handbook of Health Economics*, Vol. 1A.

Dr. Alexander Biach

*stv. Direktor der Wirtschaftskammer Wien, Standortanwalt für Wien,
Vorsitzender des Hauptverbandes der Sozialversicherungsträger,
Beauftragter der Stadt Wien zum Spitzenthema „Gesundheitsmetropole Wien“*

DI Regina Plas

Wirtschaftskammer Wien

Patientenströme

1. Gesundheitspolitische Bestandsaufnahme	50
2. Verhaltensuntersuchung	68
3. Verlagerungspotenziale vom stationären in den ambulanten Spitalsbereich	75
4. Verlagerungspotenzial vom ambulanten Spitalsbereich in den niedergelassenen Bereich	85
5. Steuerung im Gesundheitsbereich – Berechnung volkswirtschaftlicher Effekte	86
6. Steuerungsmöglichkeiten zur Realisierung des Verlagerungspotenzials	89

Österreichs fragmentiertes und krankenhauszentriertes Gesundheitssystem steht vor großen Herausforderungen in der Finanzierung und Qualitätserhaltung bei der Versorgung der in Österreich krankenversicherten Menschen. Die Lenkung von Patientenströmen aus den Spitalsambulanzen zu den niedergelassenen Ärzten und Ärztinnen sowie das Einsparungspotential bei der Anzahl der Belagstage im Krankenhaus sind ein Schlüssel zur Wahrung unserer international anerkannten Gesundheitsversorgung.

Digitale Lösungen, Anreizsysteme für alle Teilnehmenden in der Gesundheitsversorgung, der Ausbau der Primärversorgung und eine starke Prävention sind geeignete Steuerungsmöglichkeiten zur Realisierung eines Einsparungspotentials von über 2,45 Milliarden Euro.

1. Gesundheitspolitische Bestandsaufnahme

1.1. Schwierige Ausgangslage

Kostendruck, Überlastung des Gesundheitspersonals, Personalmangel und unzufriedene Patientinnen und Patienten – täglich erscheinen neue Berichte in den Medien. Dabei haben der Wunsch und die Notwendigkeit, ein sicheres, effizientes, qualitatives, planbares und ressourcengerechtes Gesundheitssystem für alle Patienten anbieten zu können, bei allen Playern in der Gesundheitsversorgung einen hohen Stellenwert, wenn auch aus unterschiedlichen Motiven. Um dieses abzusichern und zukunftsfähig zu machen, müssen strukturelle Veränderungen und moderne Methoden Platz greifen.

Ein genauer Blick auf die Motivation von Patienten zur Auswahl des Erstkontakts zu einem Arzt, der Vergleich der Kosten innerhalb des Gesundheitssystems, Vergleiche mit anderen Ländern und volkswirtschaftliche Effekte sollen die Potentiale der Patientensteuerung aufzeigen. Damit soll der Weg in die Zukunft einer weiteren Dimension der Gesundheitsversorgung untermauert werden:

DIGITAL vor AMBULANT vor STATIONÄR.

Häufig ist die Rede von der „Patient-Journey“, also von dem Weg, dem ein Patient im Zuge einer Erkrankung und des Heilungsprozesses unterliegt. Der Blick in diese individuellen Geschichten erlaubt nicht nur, den Blickwinkel des Patienten einzunehmen, sondern auch Abläufe und Schnittstellen, Transparenz und Wertschöpfung in der Kette zu erkennen. Einer der wichtigsten Faktoren, der all dies beeinflusst, ist der Erstkontakt, den eine erkrankte Person wählt oder angeboten bekommt. Welchen Zugang wählt ein Patient im Krankheitsfall?

1.2. Herausforderung demographische Entwicklung in der Ärzteschaft

Dem zu erwarteten Anstieg der Nachfrage steht eine vergleichsweise ungünstige Ärztedemographie gegenüber. Eine Gegenüberstellung von Projektionen von Angebot und Nachfrage zeigt für das Jahr 2030 – je nach Szenario – eine Lücke von bis zu 5.000 Fachärzten und 2.500 Allgemeinmedizinerin.¹

Anteil der unter 35-Jährigen und der über 55-Jährigen an der Ärzteschaft

Altersgruppe: Anteil über 55 Anteil zwischen 35–55 Anteil unter 35

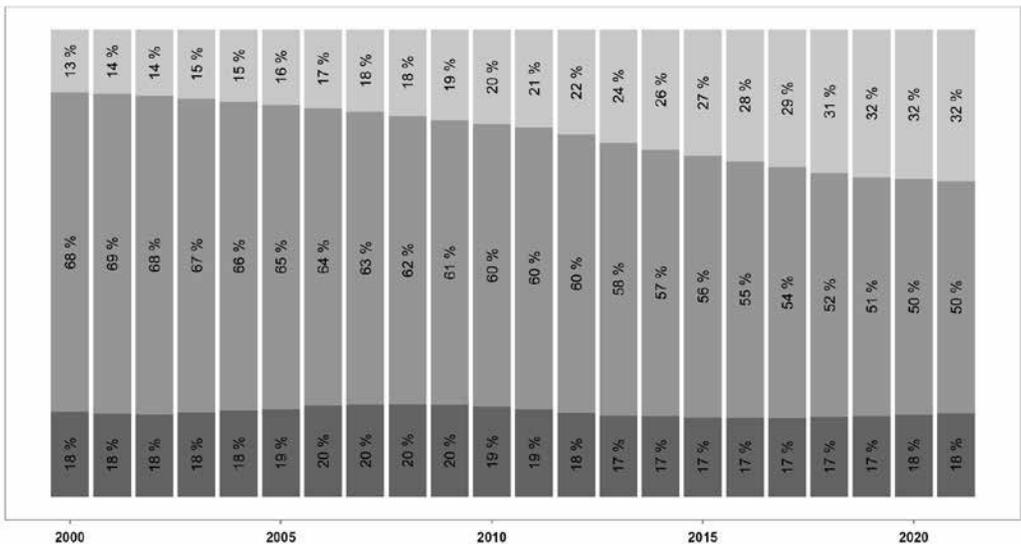


Abb.1: Ärztestatistik 2021²

Eine Studie aus 2021, beauftragt von der Österreichischen Ärztekammer (ÖÄK), zeigt auf, dass in den nächsten zehn Jahren aufgrund der Altersstruktur mit einem Rückgang der besetzten Stellen um ca. 5,5 Prozent von rund 47.000 auf 44.400 im Jahr 2030 zu rechnen ist, der am stärksten die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte betreffen wird. Die Zahl der niedergelassenen Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner im Bereich der Kassenordinationen würde von 4.100 auf 3.450 und bei den Wahl- und Privatärztinnen und -ärzten von 4.500 auf 3.800 fallen.

1 WIFO Monatsberichte 8/2020; Ärztliche Versorgung

2 Österreichische Ärztekammer – Ärztestatistik 2021

Eine Abfederung durch eine sehr hohe Anzahl von Ausbildungsanfängern könne der pensionsbedingte Rückgang an berufstätigen Ärztinnen und Ärzten frühestens in etwa 15 Jahren ausgleichen.³

Folgende Gründe für einen vermeintlichen Ärztemangel bzw. eine ungünstige fachliche oder räumliche Verteilung können angeführt werden:

- Abwandern der ausgebildeten Allgemeinmediziner in Facharztausbildungen,
- Abwandern ins Ausland, vor allem nach Deutschland und die Schweiz,
- Anstieg von Privat- und Wahlarztordinationen,
- steigende Patientenzahl aufgrund demographischer Entwicklungen,
- Pensionierungswelle bei Ärzten,
- sinkende Zahl der Wochenarbeitsstunden pro Arzt/Teilzeitarbeit,
- der medizinische Fortschritt ermöglicht mehr Behandlungsnotwendigkeiten.⁴

1.3. Krankenhauszentrierte Gesundheitsversorgung

Das österreichische Gesundheitssystem ist nach wie vor stark krankenzentriert, was auch teilweise die im europäischen Vergleich hohen Kosten erklärt.

Durch Finanzierungsregelungen für Leistungen der Krankenanstalten werden Anreize zur stationären Aufnahme erzeugt, auch dort, wo ambulante oder tagesklinische Versorgung angebracht wäre. Das ergibt sich in den Fällen, in denen ambulante und niedergelassene Behandlungen für bestimmte Interventionen zwar möglich wären, aber keine Abrechnungsmöglichkeiten nach dem LKF-Punktesystem oder dem Gesamtvertrag vorgesehen sind. Folglich wird die Behandlung stationär und – wie wir nachfolgend darstellen – teurer erbracht als notwendig. Dieses System führte zu immer höheren Zahlen bei Bettenbelegungen und wirkte damit auch dem Ziel des Bettenabbaus entgegen. Nun wird der Forderung nach „ambulant vor stationär“ mit der Art.-15.a-Vereinbarung zur Zielsteuerung-Gesundheit mehr Bedeutung gegeben. Darüber hinaus müssen aber weitere Anstrengungen

3 ÖÄK; https://www.ots.at/presseaussendung/OTS_20211007_OTS0097/neue-modell-rechnung-was-hilft-gegen-aerztemangel

4 Mathä Theres, 2021; Ärztemangel? Eine Systematisierung. – JKU ePUB; Masterarbeit

zum „Best Point of Service“ unternommen werden, um auch die Ambulanzen zu entlasten und die Versorgung in den niedergelassenen Bereich zu lenken.

Dazu ist die Stärkung der Primärversorgung und Förderung der Primärversorgungseinheiten (PVE) ein geeignetes Mittel. Sowohl das Leistungsangebot von PVE als auch deren erweiterte Öffnungszeiten sollen für die Patienten eine attraktive Alternative zu Ambulanzbesuchen sein. PVE wie auch die klassische Hausarztpraxis sind somit geeignete Partner in der Gesundheitsversorgung, um eine Lotsen- oder Gatekeeper-Funktion zu übernehmen.

1.4. Ausgaben und Wirkungsgrade in der österreichischen Gesundheitspolitik

Wir leben lange, viel länger als früher. Wurde eine Frau vor 150 Jahren noch durchschnittlich 35 Jahre alt, so sind es heute 84. Die Lebenserwartung von Frau und Herrn Österreicher liegt bei 81,3 Jahren, das sind übrigens 0,7 Jahre weniger als noch vor Covid!⁵

Aber wir werden nicht gesund alt. 20 Prozent der über 65-Jährigen bewerten ihren Gesundheitszustand als so schlecht, dass sie Unterstützung, Betreuung oder Pflege benötigen. Das ist erschreckend hoch, sind es doch in skandinavischen Ländern wie Dänemark und Schweden nur sieben Prozent⁶.

5 OECD Health at a Glance 2021; https://www.oecd-ilibrary.org/sites/ae3016b9-en/1/3/3/1/index.html?itemId=/content/publication/ae3016b9-en&csp_=ca413da5d44587bc56446341952c275e&itemIGO=oecd&itemContentType=book#figure-d1e109 und <https://stat.link/gsdvzk>

6 OECD – Gesundheitszustand <https://stat.link/gajpvt>

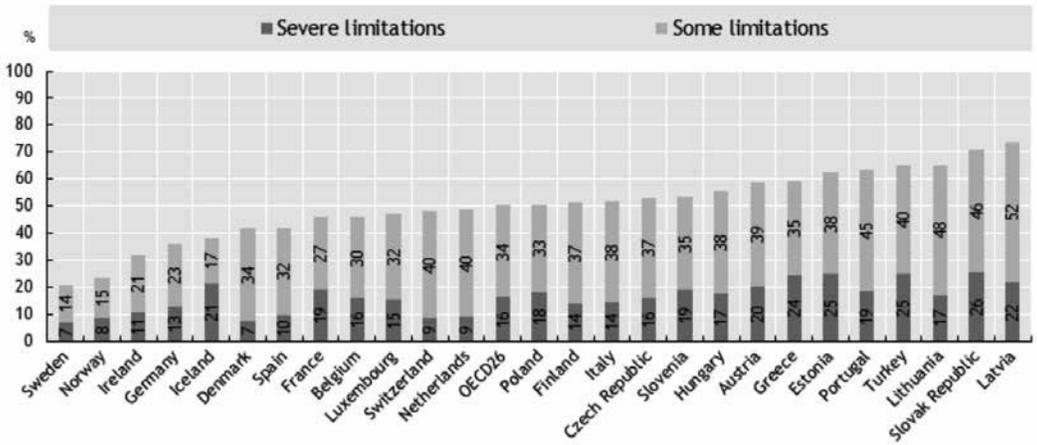


Abb. 2: Limitations in daily activities in adults aged 65 years and over, European countries, 2019 (or nearest year)

Somit sieht es auch im Vergleich der gesunden Lebensjahre für Österreich schlechter aus. Mit rund 59 Jahren an Beschwerdefreiheit liegt Österreich im letzten Drittel des Europavergleichs. Spitzenreiter Schweden kommt auf fast 73 gesunde Lebensjahre. Auch Nachbar Deutschland liegt mit 66 Jahren deutlich vor Österreich.

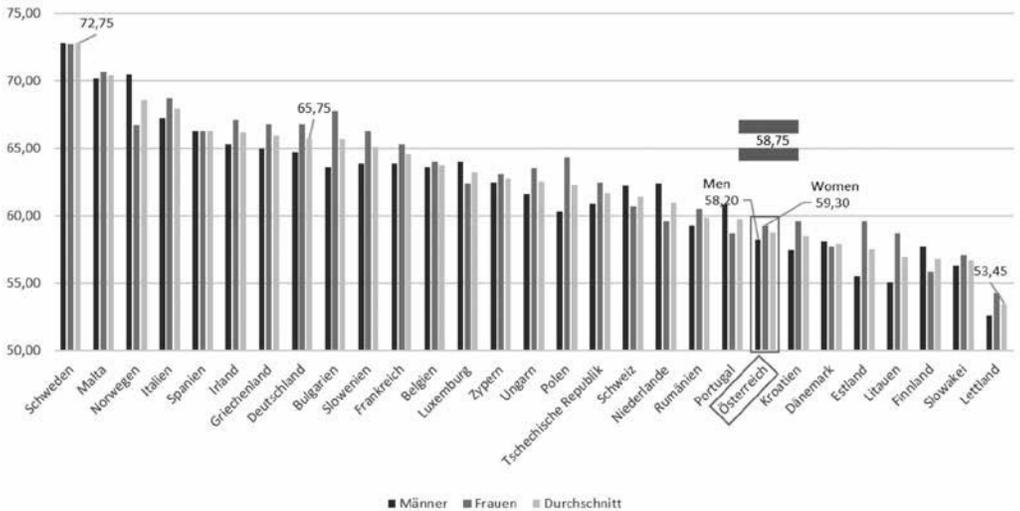


Abb. 3: Gesunde Lebensjahre von Frauen und Männern in Europa⁷

7 Statista (Zugriff 24.9.2023) - Frauen: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/256887/umfrage/gesunde-lebensjahre-von-frauen-nach-alter-in-europa/>, Männer: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/256890/umfrage/gesunde-lebensjahre-von-maennern-nach-alter-in-europa/>

Aber wir nehmen es gelassen, haben wir doch zu fast 100 Prozent der Gesundheitsleistungen Zugang.⁸ Und das nutzen wir auch. Besonders gerne gehen wir ins Krankenhaus. Da gibt es gleich alle Leistungen in einem Haus. Deswegen kommen auch 6,8 Betten auf 1.000 Österreicher. Auch das ist im absoluten europäischen Spitzenfeld, nur Deutschland bietet mit 7,9 Krankenhausbetten noch mehr.⁹ Aber Krankenhausaufenthalte sind teuer. 1.223 Euro kostet ein Belagstag.¹⁰ Im Vergleich dazu kommt ein Behandlungsfall beim niedergelassenen Arzt auf rund 66,39 Euro.¹¹

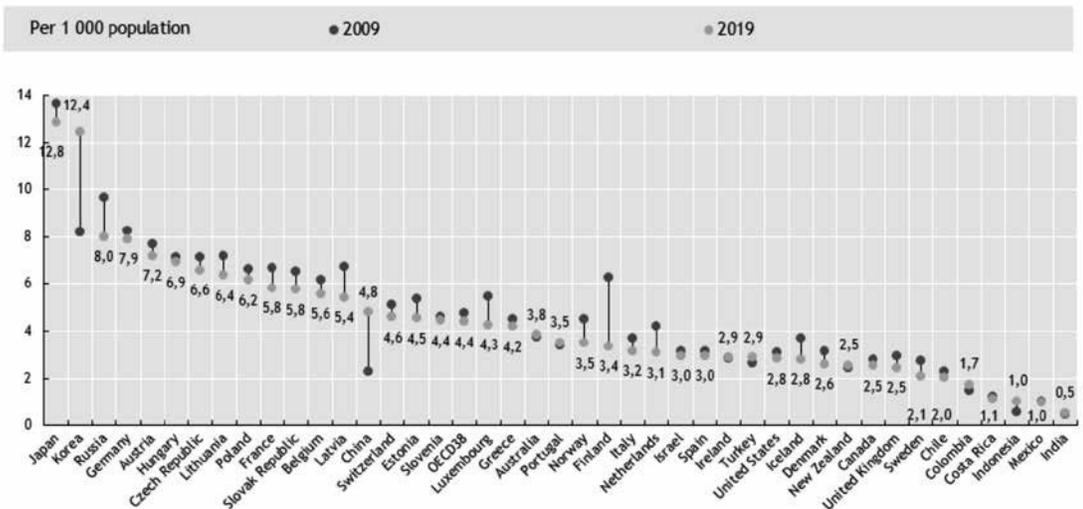


Abb. 4: Hospital beds, 2009 and 2019 (or nearest year)

8 OECD – Dashboard zum Zugang zur Gesundheitsversorgung, 2019 (oder nächstes Jahr) https://www.oecd-ilibrary.org/sites/ae3016b9-en/1/3/1/index.html?itemId=/content/publication/ae3016b9-en&_csp_=ca413da5d44587bc56446341952c275e&itemIGO=oecd&itemContentType=book#tablegrp-d1e5384 (Zugriff 26.9.2023)

9 OECD – Hospital beds, 2009 and 2019 <https://stat.link/upe1dn> (Zugriff 26.9.2023)

10 Krankenanstalten in Zahlen; BMSGPK; <http://www.kaz.bmg.gv.at> (Zugriff 23.9.2023) – http://www.kaz.bmg.gv.at/fileadmin/user_upload/Kosten/6_G_Kosten_jeBt.pdf

11 Ärztekosten-Jahresstatistik 2019 (Quelle: Vortrag Fachgruppe Kinderheilkunde 16. September 2020 oder https://www.parlament.gv.at/dokument/XXV/AB/2540/imfname_376728.pdf (Zugriff 23.9.2023))

Und auch bei der Anzahl der Ärzte (Kassen-, Wahl- und Spitalsärzte zusammen) liegen wir mit 5,3 pro 1.000 Einwohner hinter Griechenland an der OECD-Spitze.¹² Wir geben auch viel Geld für medizinische Versorgung aus: 5.705 Dollar (5.353,57 Euro, Stand Sept. 2023) pro Person, davon trägt die öffentliche Hand 4.929 und 1.413 Dollar geben die Menschen in Österreich zusätzlich selber für Gesundheit aus. Deutschland, Schweiz, Norwegen geben noch mehr pro Kopf aus.¹³

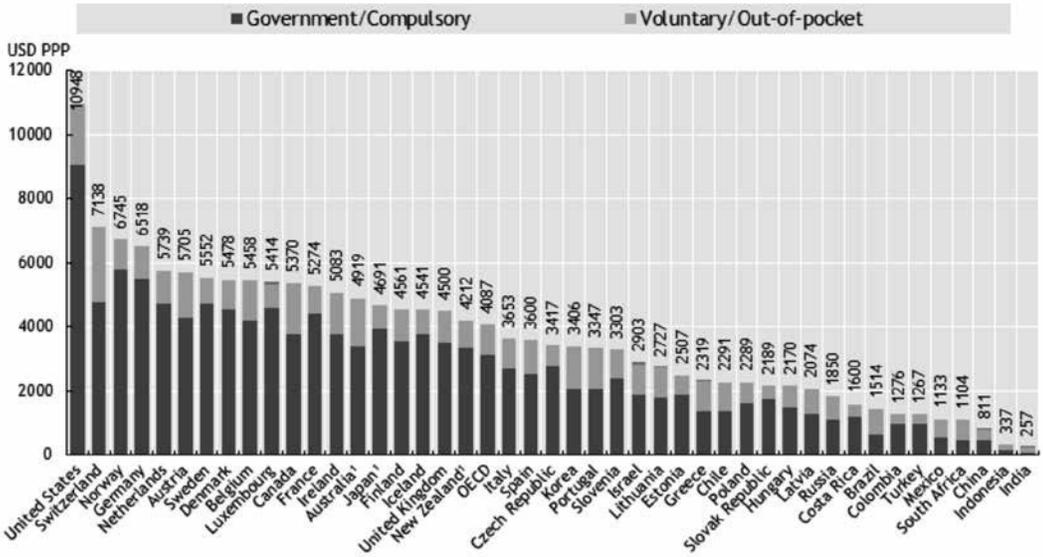


Abb. 5: Health expenditure per capita, 2019 (or nearest year)

1.5. Stationärer Spitalsbereich

Betrachten wir die Ausgaben für das (öffentliche) Gesundheitssystem noch etwas genauer und differenzierter.

Die Finanzierung dieses Systems erfolgt über Steuern und Abgaben. Steuern werden durch Bund und Länder eingehoben. Die Krankenversicherungsbeiträge in Form von lohnabhängigen Abgaben durch die Sozialversicherung. Private zahlen

12 OECD – Dashboard zu Kapazitäten und Ressourcen des Gesundheitssystems, 2019 (oder nächstes Jahr) https://www.oecd-ilibrary.org/sites/ae3016b9-en/1/3/1/index.html?itemId=/content/publication/ae3016b9-en&_csp_=_ca413da5d44587bc56446341952c275e&itemIGO=oecd&itemContent=book#tablegrp-d1e9322 (Zugriff 24.9.2023)

13 OECD – Health expenditure per capita, 2019 (or nearest year) <https://stat.link/36exif> (Zugriff 24.9.2023)

in Form von Selbstbehalten und Privatversicherungen in das Gesundheitssystem ein. Demnach kommen Bund und Länder für 30 % der Ausgaben auf, die Sozialversicherung für 45 % und der private Sektor für 23 %.

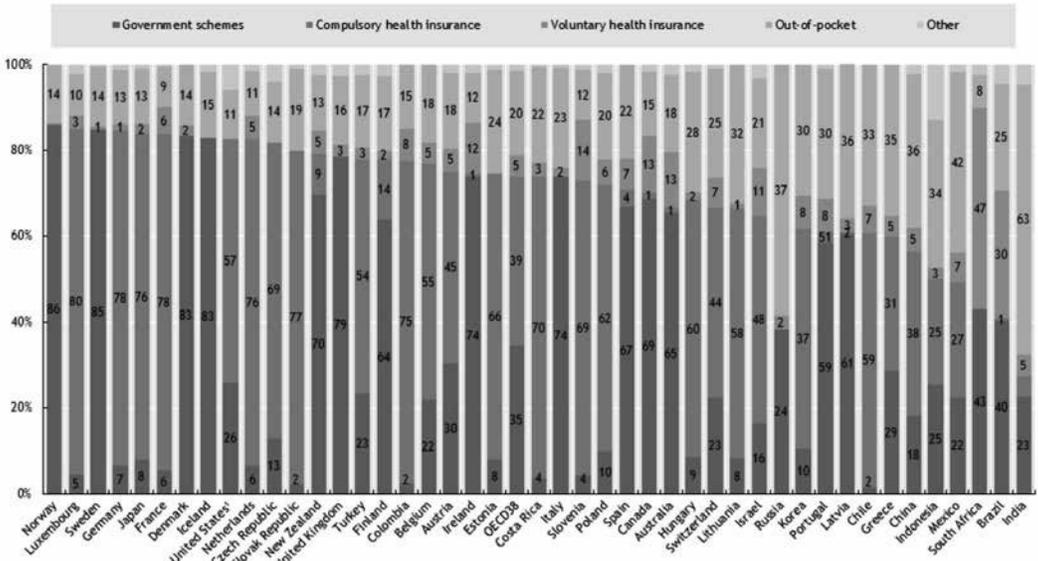


Abb. 6: Health expenditure by type of financing, 2019 (or nearest year)¹⁴

Die absoluten Gesundheitsausgaben in Österreich für das Jahr 2022 betragen 39,6 Mrd. Euro für den öffentlichen Sektor und 11,3 Mrd. Euro für den privaten Sektor.¹⁵ Demnach zahlen Bund und Länder rd. 15,3 Mrd. Euro und die Sozialversicherung 23 Mrd. Euro in das Gesundheitswesen ein (privater Sektor 12,6 Mrd. Euro).

Die Finanzierung des Spitalssektors erfolgt grob dargestellt aus Mitteln der Bundesländer und der Sozialversicherung.¹⁶ Die Gesamtkosten für den Spitalssektor

14 OECD – Health expenditure by type of financing, 2019 (or nearest year) <https://stat.link/fnap0l> (Zugriff 24.9.2023)

15 Statistik Austria (Zugriff 24.9.2023) – https://www.statistik.at/fileadmin/pages/386/SHA_vorlaeufigeErgebnisse_2022_ods

16 Für eine genauere Darstellung der hoch komplexen Spital-Finanzierungsfonds siehe Simon Rosner, Wiener Zeitung vom 6.5.2023 – <https://www.wienerzeitung.at/h/in-der-sackgasse-des-labyrinths> (Zugriff 26.9.2023)

betragen für 2022 insgesamt 17,8 Mrd. Euro.¹⁷ Davon wurden 6,4 Mrd. Euro (oder 36 %) durch den Pauschalbeitrag „Anstaltspflege“ der Sozialversicherung finanziert.¹⁸ Der Rest (abgesehen von privaten Kostenbeteiligungen) von über 11 Mrd. Euro wird durch die Landesgesundheitsfonds in Form der Abgeltung der durch die Spitäler abgerechneten Gesundheitsleistungen abgedeckt. Der dann noch verbleibende offene Betrag wird in Form von Ausfallhaftungen durch die Bundesländer beglichen.

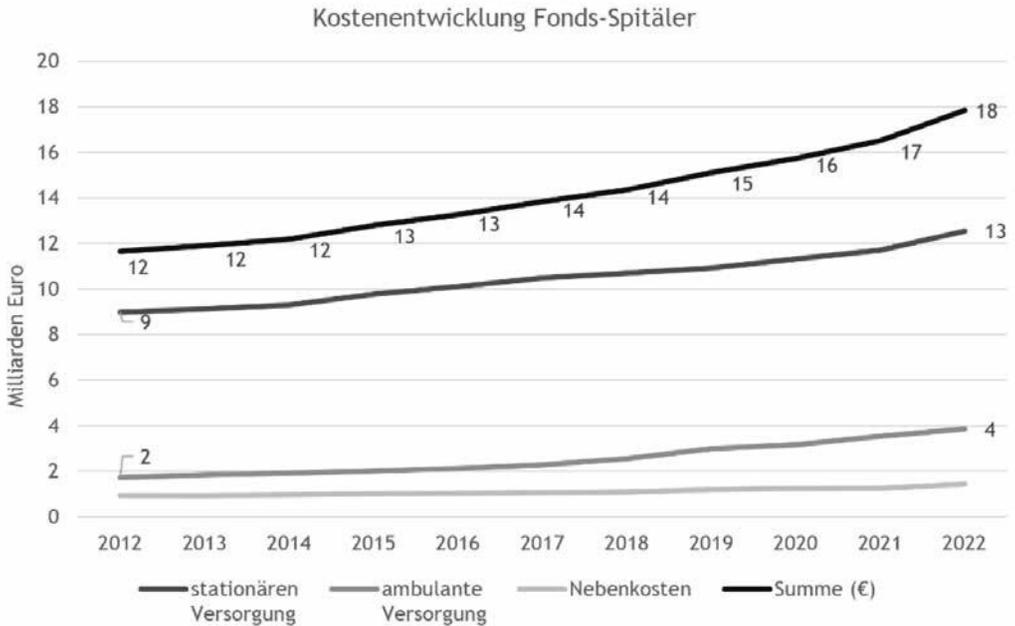


Abb. 7: Kostenentwicklung nach Kostenstellen in den landesgesundheitsfondsfinanzierten Krankenanstalten¹⁹

Ersichtlich ist aus dieser Erhebung, dass sich der Anstieg im Bereich der stationären Versorgung besonders stark auswirkt. Binnen zehn Jahren sind die Kosten in diesem Bereich um rd. 4 Mrd. Euro gestiegen. Doch die Zahl der Patientinnen und Patienten mit Übernachtung im Krankenhaus ist rückläufig. Wurden 2011 noch 2,6 Mio. Krankenhausentlassungen verbucht, so waren es 2021 noch knapp über

17 Krankenanstalten in Zahlen; BMSGPK; http://www.kaz.bmg.gv.at/fileadmin/user_upload/Kosten/1_T_Kosten_Kostenarten.xlsx (Zugriff 24.9.2023)

18 Die österreichische Sozialversicherung in Zahlen Ausgabe 51, S.10 – <https://www.sozialversicherung.at/cdscontent/load?contentid=10008.780500&version=1694073724> (Zugriff 24.9.2023)

19 Krankenanstalten in Zahlen – Kostenstellenbereiche (Zugriff 24.9.2023) – http://www.kaz.bmg.gv.at/fileadmin/user_upload/Kosten/4_T_Kosten_Bereiche.xlsx

2 Mio. Euro. Auch die Aufenthaltsdauer sinkt von 14 Mio. Belagstagen im Jahr 2011 auf 10,7 Mio. im Jahr 2021.



Abb. 8: Entwicklung der Krankenhausentlassungen²⁰

²⁰ Statista (Zugriff 24.9.2023) | Anzahl der Krankenhausentlassungen in Österreich von 2011 bis 2021 – <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/801028/umfrage/krankenhausentlassungen-in-oesterreich/>

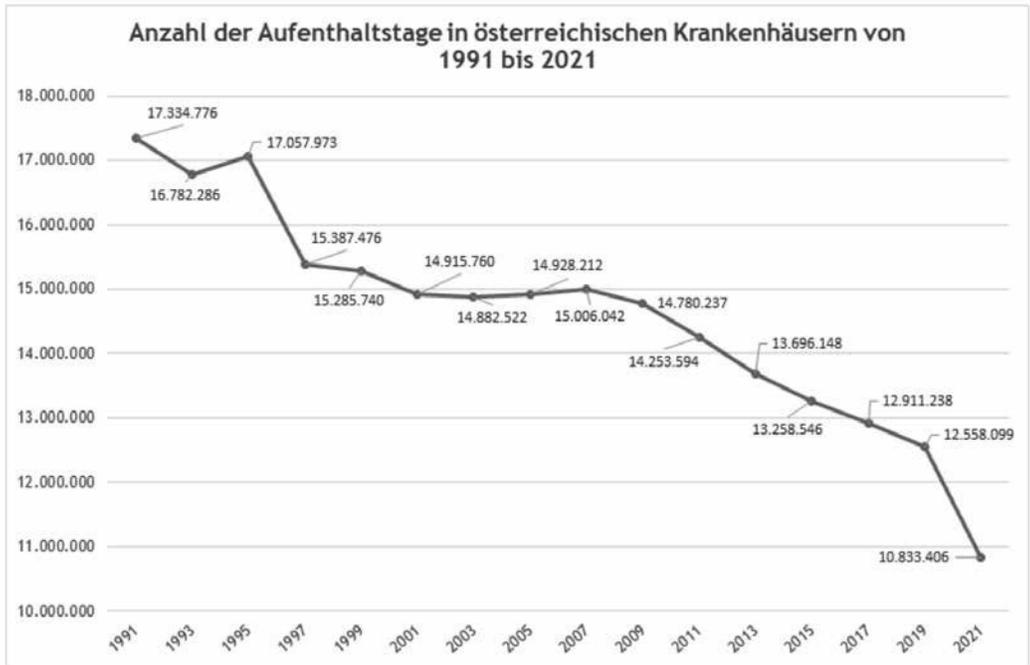


Abb. 9: Aufenthaltsdauer in Krankenhäusern²¹

Für das Jahr 2021 haben sich Kosten von 6.561 Euro pro stationärem Aufenthalt mit 5,1 Belagstagen ergeben. Die höchsten Kosten pro Aufenthalt entfallen auf Wien, die niedrigsten auf Vorarlberg.

21 Statista (Zugriff 24.9.2023) | Anzahl der Aufenthaltstage in österreichischen Krankenhäusern von 1991 bis 2021 – <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/783732/umfrage/aufenthaltstage-in-krankenhaeuser-in-oesterreich-nach-geschlecht/>

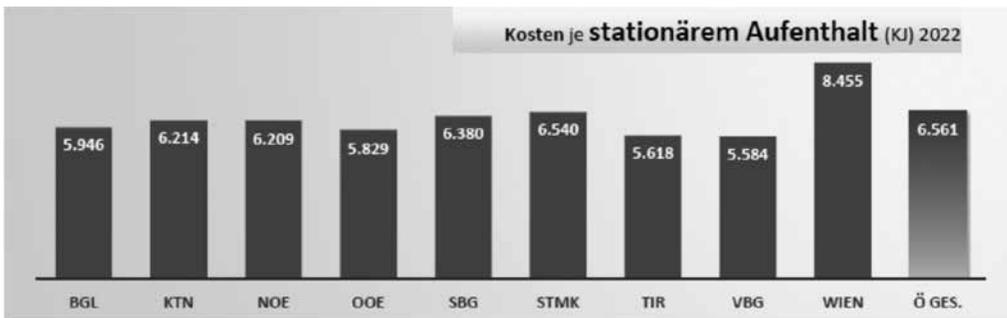


Abb. 10: Kosten je stationärem Aufenthalt (je Krankenhausentlassung)²²

1.6. Ambulanter Spitalsbereich

Der stationäre Bereich leidet daher unter hohem Kostendruck. Tragende Säule des Spitalsversorgungsangebots ist neben den Behandlungen mit Übernachtung der Patienten aber auch der ambulante Krankenhausbereich. Dieser sieht eine Behandlung tagsüber, also tagesklinisch und ohne Aufnahme an einer Station mit Übernachtung vor. Nachvollziehbarerweise fallen in diesem Bereich weniger Kosten an. Weniger Nacht-, Feiertags- und Wochenenddienste des Personals. Krankenhausbetten könnten reduziert werden und auch sonstige Kosten für Materialien würden sinken. Ein Blick auf die Zahlen in Österreich bestätigt diese Annahmen. Zunächst zur Entwicklung: Im Gegensatz zu den stationären Aufnahmen blieb die Anzahl der Frequenzen, also der einzelnen Untersuchungen, in den jeweiligen Spitalsambulanzen in etwa stabil. In zehn Jahren stieg die Zahl auf über 18 Mio. Frequenzen in Österreichs Spitälern. Da ein Patient mehrere Behandlungen (Frequenzen) in der Spitalsambulanz in Anspruch nimmt, belief sich die Anzahl der ambulanten Patienten auf 8,9 Mio. im Jahr 2022 (siehe Abb. 12, Kennzahlen Spitalsambulanzen 2022).

²² Überregionale Auswertung der Dokumentation der landesgesundheitsfondsfinanzierten Krankenanstalten 2022, BMSGPK, S. 21 – http://www.kaz.bmg.gv.at/fileadmin/user_upload/Publikationen/%C3%9CREG_%C3%96sterreich_2022.pdf

Frequenzen in Spitalsambulanzen

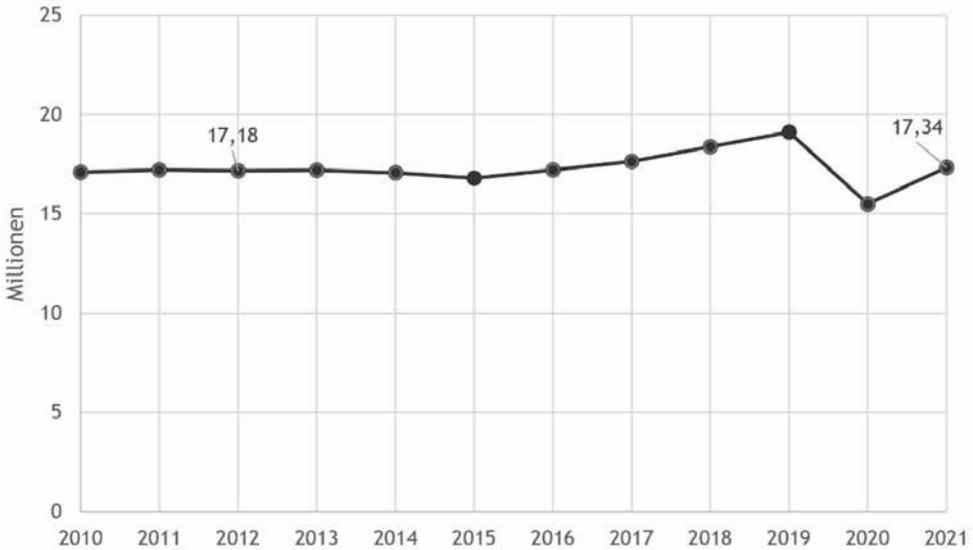


Abb. 11: Entwicklung der Frequenzen in Spitalsambulanzen (Anzahl der erbrachten Untersuchungen an Patienten)²³

Wie aus den vorherigen Berechnungen ersichtlich (vgl. Abb 5), stiegen die Kosten auch in diesem Bereich allerdings nicht um 4 Mrd., sondern um 2 Mrd. Euro. Die Dynamik des stationären Bereichs (steigende Kosten, sinkende Patientenzahlen) ist im ambulanten Bereich nicht nachvollziehbar. Im Kostenvergleich kann eine Behandlung (Frequenz) in der Spitalsambulanz mit 313 Euro angesetzt werden. Da ein Patient bei einem Ambulanzbesuch mehrere Behandlungen (Frequenzen) erhält, liegen die Kosten pro ambulanten Patienten im Jahr 2022 bei 432 Euro. Auch hier weist Wien die höchsten Kosten pro ambulanten Patienten auf, das Burgenland den niedrigsten Wert.²⁴

²³ Übernommen von ÖGK, eigene Darstellung

²⁴ Überregionale Auswertung der Dokumentation in landesgesundheitsfondsfinanzierten Krankenanstalten 2022; BMSGPK, S. 72 – http://www.kaz.bmg.gv.at/fileadmin/user_upload/Publikationen/%C3%9CREG_%C3%96sterreich_2022.pdf

	ambulante Endkosten	Ambulante Patienten	Frequenzen ambulante Patienten	Frequenzen stationärer Patienten	Frequenzen stationärer Patienten anderer KA	Kosten je ambulanter Patienten	Kosten je Frequenz	Freq. amb. Pat. je Amb. Pat.	Personal (VZA)
Burgenland	78.437.442	276.406	456.511	256.450	1.124	284	254	1,65	1.017,62
Kärnten	234.849.459	617.662	1.234.986	1.003.659	2.829	380	250	2,00	2.811,04
Niederösterreich	489.834.714	1.329.755	3.019.000	1.976.152	24.953	368	277	2,27	6.305,81
Oberösterreich	648.076.272	1.529.449	3.316.156	2.316.317	10.589	424	291	2,17	7.218,79
Salzburg	269.007.525	638.722	1.288.802	767.146	23.188	421	319	2,02	2.725,63
Steiermark	504.494.686	1.179.325	2.225.753	1.684.844	18.802	428	321	1,89	5.803,16
Tirol	329.192.032	1.053.795	2.053.065	1.104.802	5.965	312	261	1,95	4.033,31
Vorarlberg	134.554.061	369.415	755.921	434.331	2.217	364	282	2,05	1.353,57
Wien	1.170.667.864	1.943.709	3.938.858	2.701.946	11.669	602	410	2,03	12.136,69
Österreich	3.859.114.055	8.938.238	18.289.052	12.245.647	101.336	432	313	2,05	43.405,62

Abb. 12: Kennzahlen zu Spitalsambulanzen, entnommen aus ÜREG 2022, S. 72 ²⁵

Der Vergleich mit den durchschnittlichen stationären Patientenkosten von 6.561 Euro ist daher eindeutig. Mit 432 Euro ist der ambulante Patient um das 15-Fache billiger als der stationäre Patient.

1.7. Niedergelassener Bereich

Verbleibt noch der extramurale Bereich, der durch niedergelassene Ärzte in Form von Allgemeinmedizinerinnen und Fachärztinnen geprägt ist. In Österreich gab es im Jahr 2021 insgesamt 48.705 berufsausübende Ärztinnen und Ärzte. Davon waren 13.277 Allgemeinmedizinerinnen und von denen hatten 4.031 einen Kassenvertrag. Von 27.194 Fachärztinnen und Fachärzten haben 3.601 einen Kassenvertrag.²⁶ Die breite Versorgungsrelevanz im niedergelassenen Bereich wird durch Kassenvertragsärzte erzielt. Deren Zahl steigt allerdings nicht, sondern stagniert.

²⁵ Überregionale Auswertung der Dokumentation in landesgesundheitsfondsfinanzierten Krankenanstalten 2022; BMSGPK

²⁶ Statistik Austria | Ärzttestatistik – https://statistik.at/fileadmin/pages/385/Berufsausuebende_Aerzte_Mappe2021.ods und Ärztekammer Österreich – <https://www.aerztekammer.at/documents/261766/1815987/%C3%84rzttestatistik+2022.pdf/d5f2d988-8263-522a-88d1-ed8fd05fba12?t=1677234391410> (Zugriff 24.9.2023)

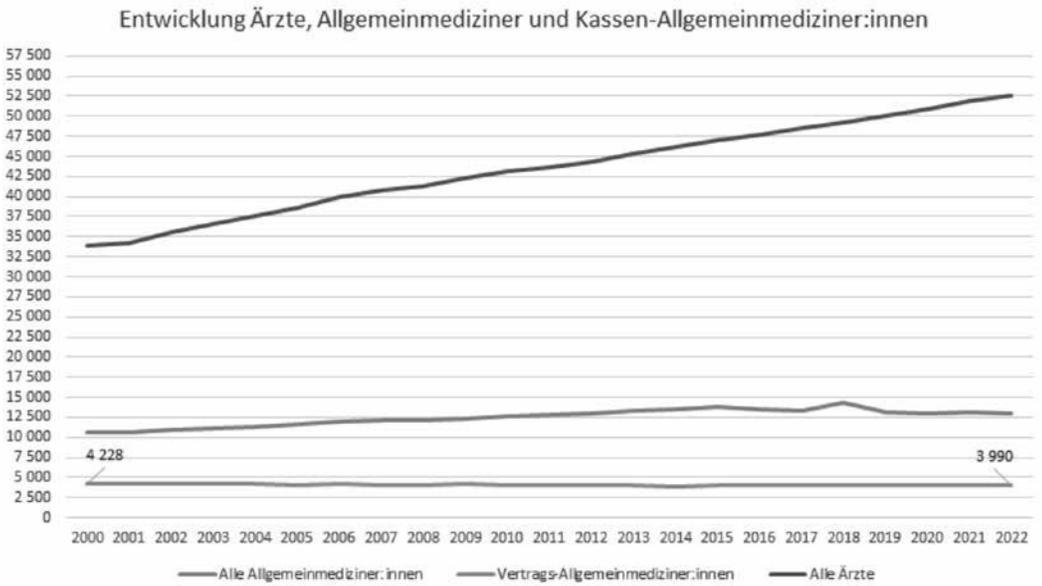


Abb. 13: Entwicklung Ärzteschaft (Quelle: Ärzte-Statistik)

Daher sei nun die Ausgabenentwicklung im Krankenversicherungsbereich betrachtet. Von 3,7 Mrd. Euro im Jahr 2012 wuchsen die Ausgaben für Ärzte auf 6 Mrd. Euro im Jahr 2022 an.

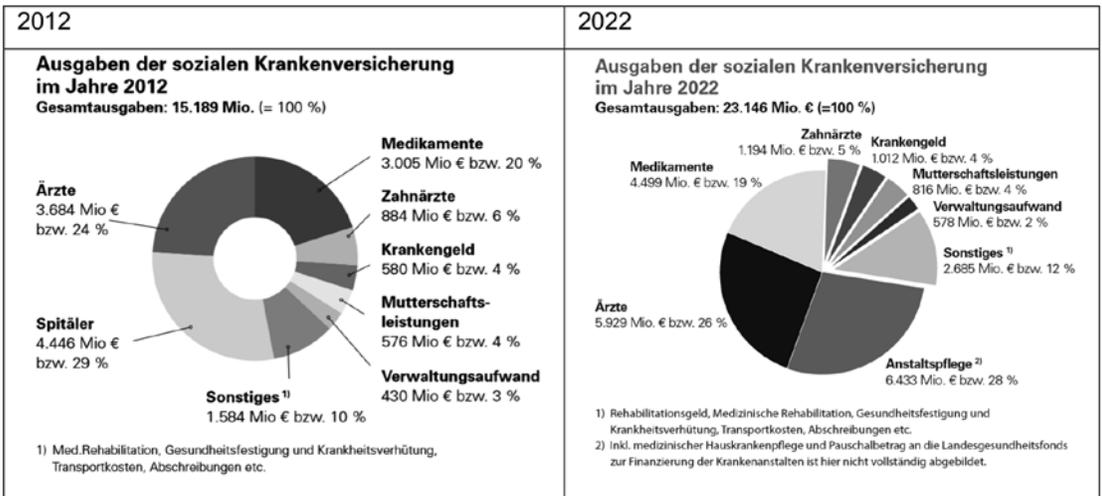


Abb. 14: Entwicklung der Ausgaben der Krankenversicherung von 2012 auf 2022 ²⁷

Die e-card-Buchungen geben schließlich Aufschluss darüber, wie viele Konsultationen im Jahr von Kassenvertragsärzten durchgeführt werden. Im Jahr 2021 wurden über 132 Mio. Arztbesuche verbucht. Das war eine Steigerung um 8 % seit 2018.

²⁷ Die österreichische Sozialversicherung in Zahlen Ausgabe 31 | <https://docplayer.org/23608604-31-ausgabe-august-die-oesterreichische-sozialversicherung-in-zahlen.html> und Ausgabe 51 | <https://www.sozialversicherung.at/cdscontent/load?contentid=10008.780500&version=1694073724> (Zugriff 24.9.2023)

ecard

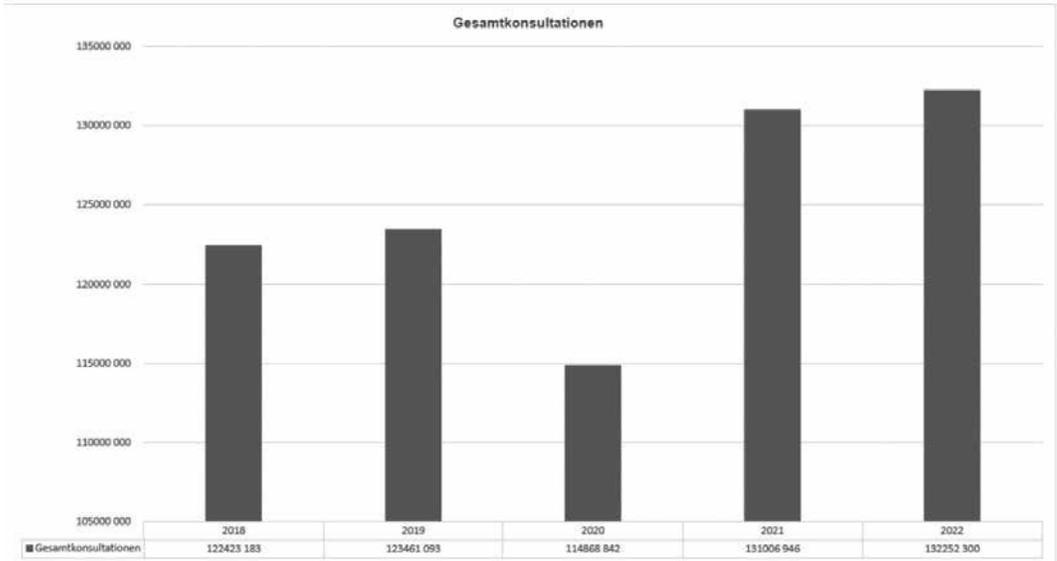


Abb. 15 Gesamtkonsultationen pro Jahr Quelle: entnommen aus chipkarte.at

Im Kostenvergleich ergeben sich unterschiedliche Fallzahlen pro Behandlung. Durchschnittlich fielen im Jahr 2019 pro Behandlung 66,39 Euro an. So erhält ein Allgemeinmediziner pro Behandlungsfall durchschnittlich rd. 60 Euro, ein Facharzt 85 Euro.

In Hinblick auf Verlagerungspotenziale wären noch folgende ausgewählte Kategorien zu erwähnen: Augenheilkunde (65,52 Euro), Chirurgie (160,53 Euro), Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten (77,49 Euro), Orthopädie (105,30 Euro).

Zur Versorgung im niedergelassenen Bereich müssen auch die Medikamentenkosten hinzugerechnet werden. Die Krankenversicherung hatte dazu im Jahr 2022 einen Gesamtaufwand von 4,5 Mrd. Euro angegeben (s.o.). Umgelegt auf die rd. 132 Mio. Arztbesuche würden sich so pro Konsultation 34 Euro ergeben.

Die Kosten pro Arztbesuch belaufen sich daher durchschnittlich auf 100,5 Euro und sind somit um das Vierfache günstiger als der ambulante Spitalsbesuch.

1.8. Verlagerungspotenzial verorten

Wir geben viel Geld für Gesundheit aus, deutlich mehr als der Durchschnitt der OECD-Länder, und wir leben dafür auch länger als der Durchschnitt – wenngleich die Zahl der gesunden Lebensjahre unterdurchschnittlich ist. Die mit Abstand höchsten Gesundheitsausgaben entfallen mit 13 Mrd. Euro auf den stationären Spitalsbereich, gefolgt vom niedergelassenen extramuralen Bereich mit 6 Mrd. Euro und schließlich dem ambulanten Spitalsbereich mit 4 Mrd. Euro.

Von der Versorgungsreichweite werden durch die niedergelassenen Vertragsärzte 132 Mio. Behandlungen im Jahr abgewickelt. In den Spitalsambulanzen werden über 18 Mio. Behandlungen durchgeführt. Im stationären Spitalsbereich sind 2 Mio. Krankenhausentlassungen im Jahr festzustellen.

	Kosten pro Fall Euro	Gesamtaufwand Euro	Reichweite Patienten
Stationärer Spitalsbereich	6.561	12.548 Mio.	2 Mio.
Ambulanter Spitalsbereich	432	3.859 Mio.	8,9 Mio.
Niedergelassener Allgemeinmediziner Facharztbereich	100,5	10.428 Mio.	132,3 Mio.

Dieses Ungleichgewicht von Kosten und Reichweite ist natürlich durch die Komplexität der Behandlungen zu erklären, sollte aber dennoch optimiert werden. Die entscheidende Fragestellung lautet: Welche Leistungen können daher raus aus dem stationären Bereich in den ambulanten Spitalsbereich und idealerweise in den niedergelassenen Bereich verlagert werden? Welche Voraussetzungen sind dafür anzusetzen und wie können diese potenziellen Verlagerungen quantifiziert werden?

2. Verhaltensuntersuchung

2.1. e-card – die Eintrittskarte in das Gesundheitssystem

Die e-card ist die österreichische Sozialversicherungskarte und wird seit 2005 flächendeckend eingesetzt. Auf der Chipkarte sind Name, Geburtsdatum und die Versicherungsnummer der/des Versicherten gespeichert, jedoch keine medizinischen Daten. Sie ermöglicht ohne zusätzliche Kosten für den Patienten den Zugang zu allen medizinischen Anlaufstellen. Ausnahme sind Privatärzte, die sehr häufig nicht an das e-card-System angeschlossen sind.

Mit der 56. ASVG-Novelle wurde dem damaligen Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger die Aufgabe übertragen, eine SV-Chipkarte (e-card) als Grundlage für ein elektronisches Verwaltungssystem (ELSY) in der österreichischen Sozialversicherung zu schaffen.

ELSY hat die Verwaltungsabläufe zwischen Versicherten, Dienstgebern, Vertragspartnern und diesen gleichgestellten Personen sowie Sozialversicherungsträgern zu unterstützen und ist so zu gestalten, dass die von den Sozialversicherungsträgern zu vollziehenden Gesetze weitgehend ohne papierschriftliche Unterlagen vollzogen werden können (56. ASVG-Novelle § 31a (1)).

Die innerhalb des ELSY zu verwendenden Chipkarten haben alle Arten des Krankenscheines (Krankenkassenschecks, Behandlungsscheine, Patientenscheine, Arzthilfescheine) zu ersetzen. Sie sind zu diesem Zweck ab dem Zeitpunkt ihrer Einführung bei jeder Inanspruchnahme eines Vertragspartners vorzulegen (§ 31 c).

Im e-card-System gilt das Zwei-Schlüssel-Prinzip: Nur gemeinsam mit der e-card der Patientin bzw. des Patienten und der Berechtigungskarte des Gesundheitsdiensteanbieters (GDA) kann auf Daten zugegriffen werden. Die Datenübertragung im e-card-System erfolgt über das Gesundheits-Informationsnetz (GIN) für Ärztinnen bzw. Ärzte und Apotheken sowie über das eHI-Net für Krankenanstalten. Nur berechtigte Anwenderinnen und Anwender im Gesundheitsbereich haben darauf Zugriff. Diese Netze haben hohe Anforderungen an Sicherheit, Verfügbarkeit und Qualität.²⁸

28 Entnommen aus: <https://www.chipkarte.at>

Grundsätzlich stellen die Träger der Sozialversicherung frei, welche Art der ärztlichen Hilfe Patienten in Anspruch nehmen. Neben einem Vertragsarzt, ein Ambulatorium oder dem Krankenhaus kann auch ein Wahlarzt aufgesucht werden. Für die Durchführung bestimmter fachärztlicher Untersuchungen, wie z.B. Röntgen, Computertomographie oder Labor, ist fast immer eine Zuweisung durch eine Ärztin bzw. einen Arzt erforderlich. Österreich ist damit eines der wenigen Länder mit freier Arztwahl im öffentlichen Gesundheitssystem.

Welche ambulante Erstanlaufstelle wählt ein Patient?

- den niedergelassenen praktischen Arzt (Hausarzt)
- die Spitalsambulanz /Erstversorgungsambulanz eines Spitals
- die Primärversorgungseinheit (PVE)
- den Wahl- oder privaten (Fach-) Arzt

Der Begriff „ambulante Versorgung“ umfasst die Behandlung in Spitals- und Erstversorgungsambulanzen (spitalsambulant) und auch bei niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten inkl. Gruppenpraxen und PVE (niedergelassen-ambulant). In diesem Artikel soll daher die Inanspruchnahme von Spitals- und Erstversorgungsambulanzen (nicht Spezialambulanzen) im Vergleich zur Nutzung der Angebote niedergelassener Praxen betrachtet und eine Steuerung der Patientenströme durch digitale Lenkung aufgezeigt und diskutiert werden.

2.2. Motive für Ambulanzbesuche

Hauptmotive für die Wahl einer Spitalsambulanz sind

- akute körperliche Beschwerden,
- bessere diagnostische Möglichkeiten,
- eine angenommene höhere Behandlungskompetenz,
- das One-Stop-Shop-Prinzip,
- kurze Öffnungszeiten der niedergelassenen Arztpraxen,
- kein niedergelassener Facharzt verfügbar – besonders im ländlichen Raum (Bsp. gynäkologische Versorgung in der Steiermark (siehe Rechnungshof-Bericht: Ärztliche Versorgung im niedergelassenen Bereich 2021).²⁹

Die Wahl des GDA wird in Österreich also häufig nach Kriterien der Zugänglichkeit und unter offener Auslegung der Wahlfreiheit der Versorgung durch die e-card als Türöffner vorgenommen.

²⁹ Brustmann et. al.; Sozialökonomische Forschungsstelle 2017, Patient*innenmotive zum Besuch von Spitalsambulanzen

Eines der bekannten Probleme sind die beschränkten Öffnungszeiten der niedergelassenen Allgemeinmediziner. Im Rechnungshofbericht „Ärztliche Versorgung im niedergelassenen Bereich“ aus 2021³⁰ wird festgehalten, dass der Anteil der e-card-Steckungen in den Tagesrandzeiten (von 18:00 bis 7:59 Uhr) österreichweit durchschnittlich ca. 12 % betragen (Stand März 2018). Die Gesamtanzahl der Konsultationen im Jahr 2018 betrug 122.423.183 – das heißt, dass 14.690.780 Kontakte außerhalb der Tagesrandzeiten stattfanden.

2.3. Freie Arztwahl versus Gatekeeper – Beispiele von Versorgungsstrukturen in Europa

2.3.1. Deutschland

Hausärzte nehmen eine zentrale Stellung in der Gesundheitsversorgung in Deutschland ein und übernehmen die Koordination der Behandlungen, beraten bei Therapieentscheidungen und Behandlungswegen und übernehmen Überweisungen zur Weiterbehandlung an Kliniken oder bei Fachärzten. Wenn ein Versicherter einen Wahltarif für hausarztzentrierte Versorgung abschließt, verpflichtet er sich gegenüber seiner Krankenkasse für ein Jahr, ausschließlich einen bestimmten Hausarzt zu konsultieren und immer als Erstanlaufstelle zu nutzen. Dafür werden den Patienten von ihrer Kasse Prämienzahlungen oder Zuzahlungsermäßigungen gewährt. Jede gesetzliche Krankenkasse muss einen derartigen Tarif anbieten.

Telemedizinische Anwendungen, wie die Videosprechstunde und das Telekonsil, wurden 2017 infolge des E-Health-Gesetzes eingeführt und seither durch die Gesetzgebung weiter vorangebracht. So wurden beispielsweise telemedizinische Anwendungen in der vertragsärztlichen Versorgung auch für solche Fälle als zulässig erklärt, in denen es zu keinem persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt kommt, sondern der Austausch ausschließlich via Video stattfindet. Aber auch für Patienten, die sich bereits in der Behandlung bei ihrem bekannten Arzt befinden, kann Telemedizin einen Beitrag zur Sicherung der Versorgung im ländlichen Raum bieten.

In Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) arbeiten mehrere Ärzte unter einem Dach, oft auch in verschiedenen Fachrichtungen. Im Gegensatz zu den klassischen Formen zeichnen sich MVZ insbesondere durch eine organisatorische Trennung der Inhaberschaft von der ärztlichen Behandlungstätigkeit aus. Durch Kooperation

³⁰ Bericht des Rechnungshofes Reihe BUND 2021/30; Ärztliche Versorgung im niedergelassenen Bereich

mit anderen GDA wie zum Beispiel Physio- oder Ergotherapeuten ist es möglich, sich gemeinsam über Krankheitsverlauf, Behandlungsziele und Therapie der Patienten zu verständigen. Bei MVZ in Trägerschaft von Krankenhäusern ist es zudem möglich, die stationäre und die ambulante Behandlung enger aufeinander abzustimmen und eine umfassende Versorgung aus einer Hand zu gewährleisten.³¹

2.3.2. Dänemark

In Dänemark sind Notfallambulanzen, Zahnärzte, Chiropraktiker, Hals-, Nasen-, Ohren- und Augenfachärzte ohne Zuweisung frei zugänglich. Sonst haben Allgemeinmediziner eine Gatekeeping-Funktion. Die Anzahl an Gruppenpraxen mit durchschnittlich zwei bis vier Ärzten und zwei Pflegefachkräften ist steigend, was vom Gesundheitsministerium gefördert wird. Außerhalb von Öffnungszeiten werden Dienste durch Genossenschaften von Allgemeinmedizinern selbst organisiert. Außerhalb der Hauptstadt ist Telefontriage durch Allgemeinmediziner Standard. Telemedizin ist ein gut ausgebaut und akzeptiertes System.

Versicherte registrieren sich bei einem Allgemeinmediziner und erhalten kostenlose Versorgung. Nur 2 % der Bevölkerung wählen den GDA frei und zahlen einen Selbstbehalt.

Spitalsambulanzen sind hauptsächlich für Diagnose, Untersuchungen und Behandlungen im Vorfeld von Spitalsaufenthalten zuständig. Die Krankenhäuser sind konzentriert und spezialisiert. Notfallambulanzen und Allgemeinmediziner in Arztpraxen sind für Notfälle sehr gut ausgestattet, weshalb die Kritik, dass die Anfahrtswege zu den Krankenhäusern zu lang sind, nicht greift. Die Ambulanzfahrzeuge sind mit EKG-Geräten ausgestattet und deren Ergebnisse werden direkt per Internet an das jeweilige Krankenhaus gesandt.

Dänemarks nationale digitale Gesundheitsinfrastruktur (nationales Gesundheitsportal sundhed.dk.) wird als erstklassig angesehen. Sie ist geprägt von einem hohen Maß an Vertrauen vonseiten der Öffentlichkeit und hoher IT-Sicherheit. Den Menschen den leichten Zugriff auf ihre persönlichen Gesundheitsdaten zu ermöglichen, hat dazu beigetragen, die öffentliche Gesundheitskompetenz zu verbessern. Digitale Technologien haben zudem das Spektrum der Gesundheitsforschung erweitert, im Hinblick auf medizinische Behandlung und die Planung der

31 <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/aerztliche-behandlung.html>, zuletzt abgerufen 14.9.2023

Gesundheitsversorgung ebenso wie auf Gesundheitsmanagement und Qualitätsverbesserung.^{32, 33}

2.3.3. Großbritannien

Im Jahr 1948 wurde das National Health Service (NHS), das öffentliche, staatliche Gesundheitssystem in Großbritannien gegründet. Der Großteil des Personals des Gesundheitswesens ist dort angestellt und umfasst über 1,5 Mio. Mitarbeiter. Es gehört damit zu den größten Arbeitgebern der Welt.

In Großbritannien gibt es keine gesetzlichen Krankenversicherungen. Die Abrechnung der Kosten des Gesundheitssystems übernimmt das NHS. Eine Behandlung außerhalb des NHS ist zwar möglich, erfordert allerdings eine private Krankenversicherung oder eigenständige Zahlung der Kosten, was von ca. 20 % der Patienten bevorzugt wird.

Die Struktur des ambulanten und klinischen Systems ist in Großbritannien stark auf Allgemeinärzten aufgebaut. Sie übernehmen die hausärztliche Versorgung und können Patienten zu Fachärzten überweisen. Die ambulante fachärztliche Versorgung findet allerdings, neben der stationären Versorgung, lediglich in Kliniken statt. Die Patienten haben ausschließlich im Rahmen von Notfällen die Möglichkeit, Kliniken direkt zu besuchen. Andernfalls sieht es das System vor, immer zuerst einen Allgemeinarzt aufsuchen zu müssen, der über das weitere Vorgehen entscheidet.³⁴

32 European Observatory in Health Systems and Policies; <https://eurohealthobservatory.who.int/countries/denmark>, zuletzt abgerufen am 25.9.2023

33 WHO; <https://www.who.int/europe/de/news/item/03-02-2023-harnessing-population-health-data-to-improve-cancer-survival-in-denmark>, zuletzt abgerufen am 20.9. 2023

34 NHS; <https://www.england.nhs.uk/> (Zugriff 20.9. 2023)

2.3.4. Gatekeeping-Systeme: internationale Vergleiche und Argumente

Anwendung von Gatekeeping-Systemen im internationalen Vergleich		
Land	Hausärztliche Überweisung für Facharztbesuch notwendig	Kostenbeteiligung von PatientInnen bei fachärztlicher Versorgung
Dänemark	Ja	Unentgeltlich
Deutschland	Nein	Unentgeltlich für PatientInnen mit staatlicher Pflichtversicherung und mit ausgewählten Versicherungsverträgen
Österreich	Nein	Bei VertragsärztInnen großteils unentgeltlich
Schweiz	Anreize*	10 % Kostenanteil nach Abzug des Selbstbehalts mit jährlicher Deckelung
Vereinigtes Königreich	Ja	Unentgeltlich

*„Anreize“ im Sinne von finanziellen Anreizen für den/die PatientIn (z.B. reduzierte Zuzahlung)³⁵

³⁵ Greenfield et al. (2016), entnommen aus Darstellung: IHS (2018)

Argumente für und gegen Gatekeeping-Systeme³⁶	
Vorteile	Nachteile
Niedrige Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und dadurch niedrigere Kosten	Erhöhte Kosten durch verzögerte Diagnosen – zuvor eingespartes Geld (durch Zugangsbeschränkungen zu den FachärztInnen) wird anderweitig im System verwendet (z.B. erhöhte Inanspruchnahme der Notaufnahme).
Verkürzte Wartezeiten bei FachärztInnen	Verhindert, dass Patienten Fachärzte aufsuchen können, auch wenn diese erkennen, dass ein Besuch in der Hausarztpraxis nicht ausreichend ist.
Gesundheitssystem kann nicht alle Wünsche der PatientInnen bedienen, weswegen ein Überweisungsmechanismus unabdingbar ist.	Steht in Konflikt mit dem Ethos der Wahlmöglichkeit und der Befähigung der Patienten sowie mit jenem der gemeinsamen Entscheidungsfindung.
Komplexe Fälle werden an die FachärztInnen überwiesen, wodurch diese ihre Erfahrung ausbauen können.	Hausärzte behandeln nur einfache, unkomplizierte Fälle, was das Wachstum ihres klinischen Wissens hemmt.
Erhöhte PatientInnensicherheit und Schutz der PatientInnen vor nachteiligen Effekten der Überbehandlung	Kann aufgrund der verspäteten Diagnose das klinische Ergebnis beeinträchtigen.
Reduzierte Ungleichheiten	Erhöhte Ungleichheiten
Überweisungssystem erhöht den Informationsfluss und stimuliert die Kommunikation zwischen Haus- und FachärztInnen.	Beibehaltung der traditionellen Trennung zwischen Haus- und FachärztInnen, wodurch die Zusammenarbeit erschwert wird.
Starke Gatekeeping-Maßnahmen stehen nicht im Konflikt mit der Zufriedenheit mit den Leistungen.	Konfliktpotenzial in der Arzt-Patienten-Beziehung und potentiell niedrigere Zufriedenheit der PatientInnen
HausärztInnen behandeln komplexe Fälle und sind so mit einer Vielzahl an diesen Fällen konfrontiert.	Erhöhter Arbeitsaufwand für Hausärzte
Systemeffizienz und Eindämmung der Kosten	Finanzielle Überlegungen (HausärztInnen können tieferliegende Interessen haben) können sowohl Über- als auch Unterversorgung hervorrufen.

³⁶ Greenfield et al. (2016), entnommen aus Darstellung: IHS (2018)

3. Verlagerungspotenziale vom stationären in den ambulanten Spitalsbereich

3.1. Verlagerungen – Internationale Entwicklung und Österreich

In den letzten Jahrzehnten hat die Zahl der chirurgischen Eingriffe pro Tag in den OECD-Ländern deutlich zugenommen. Fortschritte in der Medizintechnik, insbesondere die Verbreitung weniger invasiver chirurgischer Eingriffe und bessere Anästhetika, haben diese Entwicklung möglich gemacht. Diese Innovationen haben die Patientensicherheit und die Gesundheitsergebnisse verbessert. Darüber hinaus kann die ambulante Chirurgie durch die Verkürzung der Behandlungsdauer wichtige Ressourcen einsparen, ohne die Qualität der Versorgung zu beeinträchtigen. Außerdem werden dadurch in den Krankenhäusern Kapazitäten frei, um sich auf komplexere Fälle zu konzentrieren oder die Wartelisten zu verkürzen. Die Auswirkungen des Anstiegs der tageschirurgischen Eingriffe auf die Gesamtausgaben des Gesundheitswesens sind leider wenig wissenschaftlich erforscht und nur schlecht zwischen den Ländern vergleichbar. Neben dem Anstieg an operativen Eingriffen sind zusätzliche Kosten der postakuten Versorgung zu berücksichtigen.³⁷

3.2. Zielvorgaben in Österreich

Im Jahr 2021 wurden bei stationären Aufenthalten in Krankenhäusern in Österreich etwa 1,2 Mio. operative Einzelleistungen durchgeführt. Gleichzeitig wurden im selben Jahr in den österreichischen Krankenhäusern rund 3,1 Mio. nicht operative Leistungen gezählt.

Mit dem Jahr 1997 wurde im stationären Bereich der österreichischen (Fonds-) Spitäler das System der leistungsorientierten Krankenhausfinanzierung (LKF) eingeführt. Wurden zuvor Belagstage seitens des Spitalbetreibers verrechnet, so führte das LKF-System nun die Abrechnung von Leistungen ein. Dazu erhielt jede

³⁷ OECD; https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2021_dd4f4919-en (Zugriff 23.9.2023)

Leistung (etwa Operationen) eine bestimmte Anzahl von LKF-Punkten. Diesen LKF-Punkten wurden Werte zugerechnet und diese schließlich vom Spitalsbetreiber mit dem Gesundheitsfonds abgerechnet. Tatsächlich zeigte das System Wirkung und die Dauer der Belagstage nahm ab, die Zahl der verrechneten Leistungen im stationären Bereich stieg allerdings.

Aufgrund der im stationären Bereich weiter wachsenden Kosten wurde im Bundeszielsteuerungsvertrag 2017 das operative Ziel 1.3 „Bedarfsgerechte Anpassung der stationären Versorgungsstrukturen“ festgelegt. Darin wurden 14 Leistungsbündel festgelegt, die vom stationären in den ambulanten Bereich verlagert werden sollten. Etwa folgende Operationen: Katarakt, Hernien, Varizen. Als Zielvorgaben wurden internationale Anteile ambulanter Behandlungen für diese Indikationen genommen.

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	$\frac{\text{Anzahl tagesklinisch – stationär und ambulant erbrachte Leistungen je Leistungsbündel}}{\text{Gesamtzahl der Leistungen je Leistungsbündel}}$ <u>Exkludiert sind:</u> Leistungen, die in Aufenthalten mit mehr als 4 Belagstagen erbracht wurden. <u>Inkludiert sind:</u> Ambulant erbrachte Leistungen bei ambulanten Besuchen Keine Altersstandardisierung;			
Format	Prozent; zielbezogen			
Datengrundlage	Diagnosen- und Leistungsdokumentation, BMGF			
Bündel	MEL	TK/amb. Anteil 2015	Mindestwert	(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.

Abb.16: Bundeszielsteuerungsvertrag 2017, Operatives Ziel 1.3., Leistungsbündel³⁸

Zur Umsetzung dieser Ziele liegt seit 2017 ein ähnliches bundeseinheitliches LKF-Bepunktungsmodell wie im stationären Bereich nun auch für den spitalsambulanten Bereich der landesgesundheitsfondsfinanzierten Krankenanstalten vor.

38 BSGPK; Zielsteuerungsvertrag auf Bundesebene, Zielsteuerung Gesundheit für die Jahre 2022 bis 2023; https://www.sozialministerium.at/dam/jcr:5856e128-0810-4009-8ac8-dc3103c93039/ZV_2022_bis_2023_final_BF.pdf

Unter anderem mit dem Ziel einer Reduktion von medizinisch nicht indizierten stationären Null-/Ein-Tagesaufenthalten (siehe dazu auch Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit: BGBl. I Nr. 97/2017), also einer Verlagerung aus dem stationären in den ambulanten Bereich.

Dieses Modell ist seit 1. Jänner 2019 in allen Bundesländern verbindlich eingeführt. In den Jahren 2017 und 2018 konnte im Rahmen einer Einführungsphase in den Bundesländern entschieden werden, ob das Modell teilweise oder zur Gänze umgesetzt wird. Durch die Umsetzung des Modells ergab sich in den Jahren 2017 bis 2019 eine Reduktion der stationären Nulltagesaufenthalte, die in den einzelnen Bundesländern je nach Umsetzungsgrad unterschiedlich ausgeprägt ist.

3.3. Berechnungsgrundlage für Verlagerungspotentiale

- Die stationären Kosten der landesgesundheitsfondsfinanzierten Krankenhäuser in Österreich je aufgestelltem Bett („ohne“ Behandlung) belaufen sich für das Jahr 2021 auf 281.411 Euro, was Kosten in der Höhe von 770 Euro pro Tag verursacht.³⁹ Diese Kosten würden wegfallen, wenn eine Verlagerung in den ambulanten Bereich gelingt.
- Für die verwendeten LKF-Punkte wurden beispielhafte Werte eines versorgungsrelevanten Krankenhauses herangezogen, die uns freundlicherweise zur Verfügung gestellt wurden.
- Es wurden exemplarisch vier häufig durchgeführte Operationen herangezogen, zu denen es internationale Benchmarks und Ländervergleiche gibt.
- Es wurden nur Operationen ausgewählt, die international als ambulanzfähig ausgewiesen werden.

Im Folgenden werden zwei Beispiele herangezogen, deren Einsparungspotential durch die Verlagerung von stationärer Versorgung (0-Tage) zu spitalsambulanter Versorgung (0-Tage) erzielt werden kann. Nulltagesaufenthalte (0-Tage) sind Aufenthalte mit Aufnahme und Entlassung von Patienten am gleichen Kalendertag. Die höheren Kosten der Versorgung im stationären Bereich für 0-Tage Aufenthalte ergeben sich hauptsächlich durch den höheren Personalaufwand auf einer Station.

Zwei weitere Beispiele zeigen das Einsparungspotential durch die Darstellung der Reduktion von Belagtagen im stationären Bereich.

³⁹ Krankenanstalten in Zahlen; BMSGPK; kaz.bmg.gv (Zugriff: 28.9.2023)

3.4. Beispiele der Verlagerung

3.4.1. Beispiel Kataraktoperationen

Status quo OECD

Ambulante Operationen machen in den meisten OECD-Ländern 90 % oder mehr aller Kataraktoperationen aus. In mehreren Ländern werden fast alle Kataraktoperationen ambulant durchgeführt; in Litauen, Ungarn und Mexiko ist die Rate jedoch niedrig, da weniger als 65 % der Operationen ambulant durchgeführt werden. Dies kann zum Teil auf die begrenzte Erfassung ambulanter Tätigkeiten in oder außerhalb von Krankenhäusern zurückzuführen sein, aber auch auf eine höhere Vergütung für stationäre Aufenthalte oder auf Beschränkungen bei der Entwicklung der ambulanten Chirurgie. Manche Länder setzen finanzielle Anreize, um kleinere Operationen am selben Tag durchzuführen. In Dänemark, wo bereits fast 100 % ambulant durchgeführt werden, und Frankreich wurden die diagnosebezogenen Gruppensysteme als Grundlage für ein leistungsorientiertes Vergütungssystem für die allgemeinen Krankenhausleistungen angepasst, um Anreize für ambulante Operationen zu schaffen. Im Vereinigten Königreich wird für ausgewählte chirurgische Eingriffe ein finanzieller Anreiz von etwa 300 GBP pro Fall gewährt, wenn der Patient ambulant behandelt wird.

Österreich als positives Beispiel

In Österreich stieg der Anteil der ambulant durchgeführten Kataraktoperationen von nur 24 % im Jahr 2009 auf 92 % im Jahr 2022 – damit liegen wir über 20 % über dem OECD-Durchschnitt. Trotzdem ist auch hier Einsparungspotential vorhanden, wenn man die Verschiebung von 0-Tagesaufenthalten von spitalsstationär nach spitalsambulant forciert.

Berechnung Einsparungspotential

2022 wurden 103.531 extrakapsuläre Kataraktoperationen mit Linsenimplantation durchgeführt, davon 86.482 stationär. Wenn wir konservativ schätzen, dass 50 % dieser stationären Fälle in den spitalsambulanten Bereich verlegt werden können, sind folgende Einsparungspotentiale erreichbar:

- Kosten für stationäre OPs
LKF-Punkte pro Operation: 1.110 mit einem Wert von 0,9 Euro
 $43.241 \times 999 \text{ Euro} = 43.197.759 \text{ Euro}$
- Kosten für spitalsambulante OPs
LKF-Punkte pro Operation: 1.110 mit einem Wert von 0,7 Euro
 $43.241 \times 777 \text{ Euro} = 33.598.257 \text{ Euro}$

Das ergibt ein Einsparungspotential von 9.599.502 Euro.

3.4.2. Beispiel Varizenoperationen

Laut Studie des IHS von 2020⁴⁰ („Verlagerungspotentiale im Gesundheitswesen“) ist das internationale Benchmark für die Erbringung von Varizen-OPs bei 60 %. Routinemäßig ist ein ambulantes Setting in vielen Ländern Standard, in Belgien sogar gesetzlich verpflichtend. In Österreich variieren die tagesklinischen Eingriffe stark je nach Operationstechnik und Bundesland. Durchschnittlich finden ca. 20 % der Stripping-OPs und 57 % der endovenösen Obliterationen ambulant statt.

Berechnung Einsparungspotential

Insgesamt wurden in Österreich 2022 12.560 Varizenoperationen durchgeführt. Davon 12.267 Fälle im stationären Setting mit 0-Tageaufenthalt.

- Kosten für stationäre OPs
LKF-Punkte pro Operation 2.125 mit einem Wert von 0,9 Euro
 $12.267 \times 1.912,5 = 23.460.637,5 \text{ Euro}$
- Kosten für spitalsambulante OPs
LKF-Punkte pro Operation 2.125 mit einem Wert von 0,7 Euro
 $12.267 \times 1.487,5 = 18.247.162,5 \text{ Euro}$

Das ergibt ein Einsparungspotential von 5.213.475 Euro.

⁴⁰ Czypionka T., Kraus M; IHS, 2020; Verlagerungspotentiale im Gesundheitswesen

3.4.3. Beispiel Hernienoperationen

Status quo OECD

Im OECD-Durchschnitt wurden im Jahr 2018 bereits über 40% aller offenen und laparoskopischen Leistenhernien-OPs tageschirurgisch durchgeführt, wobei Dänemark bereits auf über 85 % kommt.⁴¹

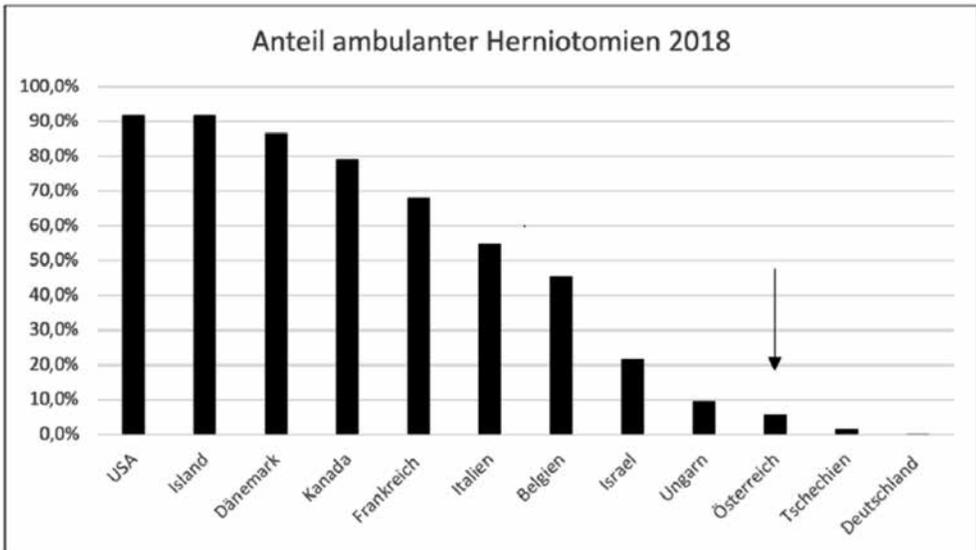


Abb. 17 Anteil ambulanter Herniotomien – Ländervergleich⁴²

Österreich als negatives Beispiel

In Österreich werden in der DACH-Region die wenigstens Leistenhernien ambulant versorgt. Der Anteil liegt bei unter 10 %.

Leistenhernienoperationen stellen mit ca. 300.000 Eingriffen jährlich in Deutschland, Österreich und der Schweiz (DACH-Region) die häufigste Operation überhaupt dar. Trotz des bekundeten politischen Willens und des zunehmenden Drucks der Gesetzgeber zur Vermeidung kostenintensiver stationärer Behandlungen, so viele Operationen wie möglich ambulant durchzuführen, spielt in der DACH-Region die ambulante Versorgung bislang nur eine untergeordnete Rolle.

41 OECD; Healthcare Utilisation/Surgical procedures; <https://stats.oecd.org/index.aspx?queryid=30167> (Zugriff 29.9.2023)

42 OECD Health Statistics <https://www.oecd.org/health/health-data.htm> (Zugriff: 28.9.2023)

In der DACH-Region ist der Anteil ambulant operierter Leistenhernien jedoch seit vielen Jahren unverändert gering, es zeichnet sich sogar ein abnehmender Trend ab. In einer kürzlich publizierten Analyse von 340.000 Leistenhernienoperationen aus dem Herniamed-Register nahm der Anteil ambulant operierter Leistenhernien im Zeitraum von 2013 bis 2019 von 20 % auf 14 % ab. In Österreich beträgt der Anteil ambulant durchgeführter Leistenhernieneingriffe ca. 5 %, in der Schweiz geschätzt weniger als 15 %.^{43, 44}

Zwei Aspekte können das erklären. Zum einen wurde die Vergütung der ambulant versorgten Leistenhernien im Jahr 2020 signifikant herabgesetzt. Im Vergleich zur Vergütung in stationärer Versorgung schlagen für die ambulante TAPP/TEP (trans-abdominal-präperitoneal/total extraperitoneal) ein Abschlag von 880 Euro bei Patientinnen und Patienten über 64 Jahre zu Buche. Diese finanzielle Mindervergütung von bis zu 54 % der stationären Vergütung für die Erbringung einer identischen Operationsleistung konterkariert das Bestreben, Leistenhernienoperationen verstärkt ambulant zu erbringen. Zum anderen ist die notwendige Infrastruktur (z.B. Tagesklinik) in den meisten Krankenhäusern Österreichs nicht vorhanden. Vor dem Hintergrund des finanziellen Defizits im ambulanten Setting fehlt hier auch der betriebswirtschaftliche Anreiz für die Krankenhäuser, in den kostenintensiven Aufbau einer Tagesklinik zu investieren und somit die stationäre Versorgung zugunsten der ambulanten Versorgung zu verlassen.⁴⁵

Bereits im Bundeszielsteuerungsvertrag von 2013 bis 2016 wurde ein Zielwert von 15 bis 40 % vereinbart und erneut in der Periode von 2017 bis 2021 ein (niedriger) Mindestwert von 15 % angesetzt. Außerdem ist anzumerken, dass es sehr große regionale Unterschiede in Österreich gibt.

Berechnung Einsparungspotential

Die folgende Berechnung zielt auf die Einsparung aufgrund von Verringerungen der Belagstage ab.

Im Jahr 2022 wurden insgesamt 21.478 Verschlüsse von Inguinal- oder Femoralhernien (offen und laparoskopisch)⁴⁶ durchgeführt. Davon waren 16,4 % der Patienten älter als 64 Jahre. Das betrifft daher 3.522 OPs. Laut Vereinbarung im Bun-

43 Niebuhr, H., Köckerling, F. et al. Leistenhernienoperationen – immer ambulant? *Chirurgie* 94, 230–236 (2023)

44 DACH-Konsensusgruppe ambulante Leistenhernienchirurgie., Niebuhr, H., Köckerling, F. et al. Leistenhernienoperationen – immer ambulant? *Chirurgie* 94, 230–236 (2023). <https://doi.org/10.1007/s00104-023-01818-9>

45 Czypionka T., Kraus M; IHS, 2020; Verlagerungspotentiale im Gesundheitswesen

46 BMSGPK; Überregionale Auswertung der Dokumentation in landesfondsfinanzierten Krankenanstalten 2022

deszielsteuerungsvertrag in der Periode bis 2021 nehmen wir ein Steigerungspotential im hospitalsambulanten Setting von 40 % an.

- Für Patienten über 64 Jahren werden durchschnittlich 3 Belagstage angegeben, das ergibt
 $3522 \times 3 = 10.566$ Belagstage.
- Für Patienten unter 64 Jahren werden durchschnittlich 2 Belagstage angegeben, das ergibt
 $17.955 \times 2 = 35.910$ Belagstage.

In Summe ergeben sich bei einem Einsparungspotential von 40 % über beide Altersgruppen:

18.590,4 Belagstage mit Kosten zu je 770 Euro.

Das Einsparungspotential beträgt daher 14.314.300 Euro.

3.4.4. Beispiel Operationen an Tonsillen

Die chirurgische Entfernung von Gaumenmandeln nach wiederkehrenden schweren Mandelentzündungen oder starken Vergrößerungen ist eine häufige Operation. Eine bekannte Komplikation stellen Nachblutungen dar. Daher ist in Österreich dieser operative Eingriff laut Leistungskatalog nicht tagesklinisch erbringbar, wobei z.B. in Dänemark und dem Vereinigten Königreich ca. 55 % und in Schweden und Belgien über 70 % tagesklinisch erbracht werden.⁴⁷ Eine genauere Beschreibung der erforderlichen Rahmenbedingungen für sichere tagesklinische Erbringung von Tonsillenoperationen beschreibt Czypionka et al.⁴⁸

In Österreich wurden 2022 17.706 Operationen an Pharynx und Tonsillen durchgeführt, wobei nur 3.071 Fälle davon Tonsillotomien waren.⁴⁹ Es verbleiben daher 14.635 Fälle auf Tonsillektomien und andere OPs am Pharynx.

Berechnung Einsparungspotential

Die Berechnung des Einsparungspotentials erfolgt aufgrund der derzeitigen Situation in Österreich anhand der möglichen Reduktion von Belagstagen.

47 OECD Health Statistics; <https://www.oecd.org/health/health-data.htm> (Zugriff: 28.9.2023)

48 Czypionka T. Kraus M.; IHS 2020; Verlagerungspotentiale im Gesundheitswesen.

49 BMSGPK; Überregionale Auswertung der Dokumentation in landesfondsfinanzierten Krankenanstalten 2022

- Bei Tonsillotomien werden durchschnittlich 1,5 Belagstage angenommen:
 $3.071 \times 1,5 = 4.606,5$ Belagstage.
- Bei Tonsillektomien werden durchschnittlich 3 Belagstage angenommen:
 $14.635 \times 3 = 43.905$ Belagstage.

Daher ergeben sich in Summe Kosten von $48.511,5 \times 770 \text{ Euro} = 37.353.855 \text{ Euro}$.

Wenn wir davon konservativ gerechnet 50 % einsparen können, ergibt sich ein

Einsparungspotential von 18.676.928 Euro.

3.4.5. Einsparungspotential am Beispiel von vier chirurgischen Interventionen

Chirurg. Intervention	Einsparungspotential in Mio. EURO
Katarakt	9,6
Varizen	5,2
Hernien	14,3
Tonsillen	18,7
gesamt	47,8

Beispielhaft kann alleine bei den ausgewählten chirurgischen Interventionen ein Einsparungspotential von rund 47,8 Mio. Euro dargestellt werden. Wie groß wäre also das Potential, wenn man konsequent bei allen im Zielsteuerungsvertrag als medizinisch möglichen Interventionen in dieser Weise vorgeht?

4. Verlagerungspotenzial vom ambulanten Spitalsbereich in den niedergelassenen Bereich

Die Ausgaben der 108 landesgesundheitsfondsfinanzierten Krankenanstalten mit insgesamt 40.287 tatsächlich aufgestellten Betten, was 66,3 % der Gesamtbettenkapazität Österreichs entspricht, belaufen sich im Jahr 2022 auf insgesamt 17.844.790.580 Euro. Diese teilen sich in 70,3 % stationären Bereich, 21,6 % ambulanten Bereich und in die Nebenkosten von 8,1 %. Die Kosten pro stationärem Aufenthalt betragen 6.561 Euro bei durchschnittlich 5,1 Belagstagen. Die Kosten pro ambulanten Patienten belaufen sich durchschnittlich auf 432 Euro.

Das österreichische Gesundheitssystem ist relativ stark fragmentiert, was zu einem Teil zu einer starken Inanspruchnahme von Ambulanzen führt. Im Rahmen einer Studie von Haidinger et al. 2013⁵⁰ konnte anhand verschiedener Beispiele gezeigt werden, dass bis zu 60 % der Selbstzuweiser im niedergelassenen Bereich besser oder gleich gut versorgt hätten werden können.

Berechnung Einsparungspotential

Bei fast 18.300.000 Ambulanzbesuchen pro Jahr ist dies ein enormes Potential. Die Hälfte aller Ambulanzbesuche wären gerundet 9.144.500. Bei 313 Euro Kosten pro Besuch liegt das Einsparungspotential bei ca. 2,8 Mrd. Euro für den Spitalssektor.

Die durchschnittlichen Kosten für eine Konsultation im niedergelassenen Bereich kann mit 59,55 Euro je und im Facharztbereich mit ca. 84,83 Euro (Zahlen aus 2019) angenommen werden. Dabei handelt es sich um den Kostenersatz durch die Sozialversicherung.

Es ergibt sich ein Mischsatz von 66,39 Euro über alle Fachrichtungen. Bei der Verlagerung von 4,45 Mio. Patienten in den niedergelassenen Bereich entstehen dort Fallkosten von 295 Mio. Euro. Berücksichtigt man durchschnittliche 22 % an Kontrollkonsultationen, entsteht ein Zusatzaufwand von 361 Mio. Euro im niedergelassenen Bereich.

⁵⁰ Haidinger, G., Eckert-Graf, L., Wirgler, P.E. et al. Selbstzuweiser im Spital – wie viele könnten im primär-medizinischen Bereich behandelt werden? *Z Allg Med* 89, 41–46 (2013). <https://doi.org/10.3238/zfa.2013.0041-0046>

Das Einsparungspotential im Gesundheitssystem durch Steuerungsmaßnahmen vom ambulanten Spitalsbereich in den niedergelassenen Bereich beträgt daher rund 2,4 Mrd. Euro.

5. Steuerung im Gesundheitsbereich – Berechnung volkswirtschaftlicher Effekte

Das durch mögliche Lenkung von Patientenströmen und Verlagern von Leistungen im Gesundheitswesen frei gewordene Einsparungspotenzial von **2,45 Mrd. Euro** sollte in die Bereiche Bau von Ärztezentren, Finanzierung von Digitalisierungsmaßnahmen, Medizintechnik und Stärkung von Prävention fließen.

Daraus resultiert ein Wertschöpfungseffekt in Höhe von **1,36 Mrd. Euro** jährlich, was einen Beitrag zum Bruttoregionalprodukt von **1,52 Mrd. Euro** bedeutet. Zudem schaffen bzw. sichern diese **17.150** Arbeitsplätze jährlich.

Neben den Dienstleistungen im Gesundheitsbereich profitieren am meisten Informationstechnologie, Informationsdienstleistungen sowie Gebäude und Hochbauarbeiten und Einzelhandelsleistungen.

Wertschöpfungseffekte	Österreichweite Effekte
Direkte BWS (in Mio. Euro)	833,41
Indirekte BWS (in Mio. Euro)	392,08
Induzierte BWS (in Mio. Euro)	129,11
Totale BWS (in Mio. Euro)	1.361,09
Bruttoregionalprodukt direkt	931,61
Bruttoregionalprodukt total	1.521,46

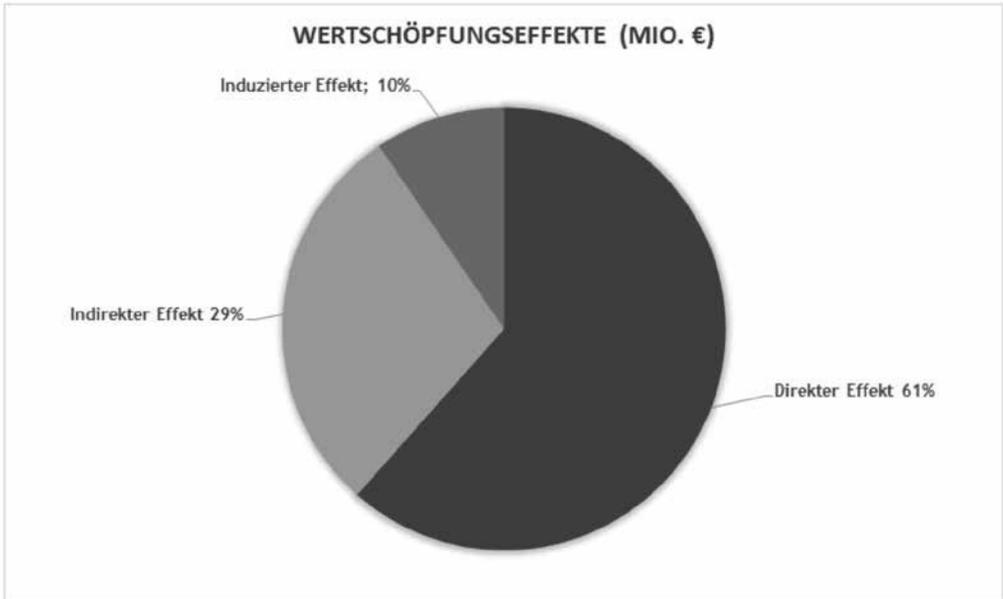


Abb.18: Wertschöpfungseffekte durch Lenkungseffekte von Patientenströmen

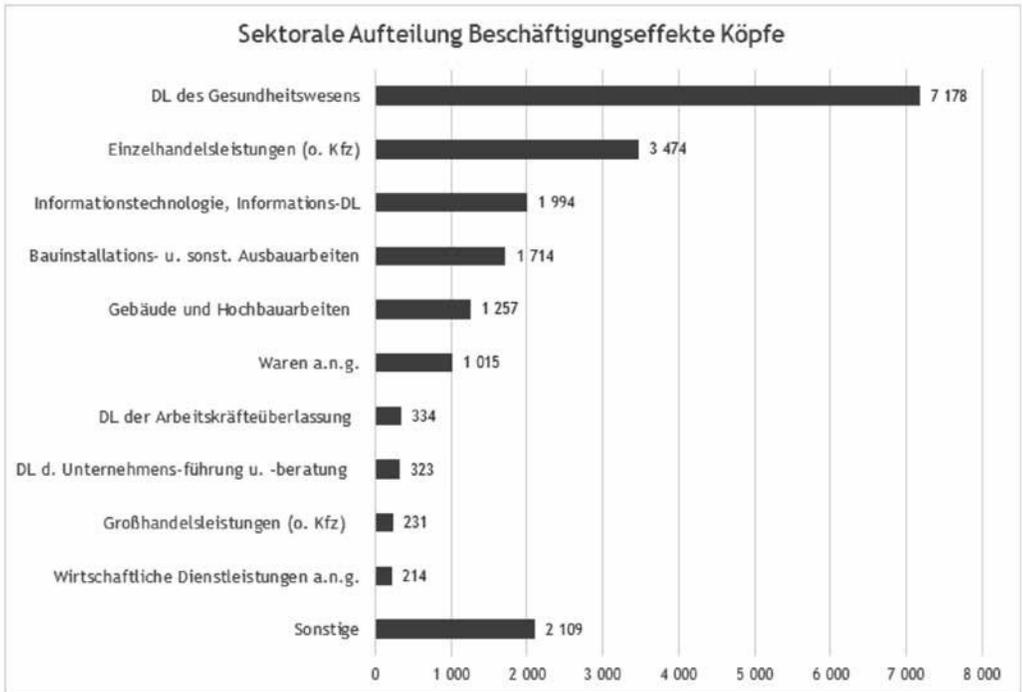


Abb. 19: Sektorale Aufteilung der Beschäftigungseffekte durch Investitionen der Einsparungen

Erläuterung: Im Sektor Software (ÖNACE 62-63) ist der Bereich Digitalisierung abgebildet. Im Sektor Bau von Gebäuden (ÖNACE 41) sind Investitionen in PVE und andere versorgungswirksame Infrastruktur abgebildet. Im Sektor Waren (ÖNACE 32) sind die Medizinprodukte enthalten).⁵¹

51 Econmove 2023

6. Steuerungsmöglichkeiten zur Realisierung des Verlagerungspotenzials

Steuerungsmöglichkeiten zur besseren Koordination und Lenkung von Patientenströmen liefern das Potential zur finanziellen Entlastung des Gesundheitssystems und zur Verbesserung des Erlebnisses der Patient-Journey. Folgende Vorschläge können Beiträge dazu liefern:

6.1. 1450 first

Die telefonische Gesundheitsauskunft mit der österreichweiten Rufnummer 1450 wurde im Jahr 2017 in den Pilotregionen Wien, Niederösterreich und Vorarlberg eingeführt und schließlich am 4. November 2019 österreichweit ausgerollt.⁵² Beim Anrufen von 1450 wird man zunächst durch einen von Experten erstellten Fragebaum geführt, der zunächst persönliche Daten und dann das gesundheitliche Problem erhebt. Abschließend wird der Anruferin oder dem Anrufer eine Empfehlung gegeben. Etwa einen Arzt aufzusuchen oder entsprechende Eigentherapien vorzunehmen. 1450 könnte als sehr zentrales Steuerungselement für die Realisierung des Grundsatzes digital vor ambulant vor stationär verwendet werden. Dazu wären folgende Erweiterungen zu setzen:

- online-Entscheidungshilfen im Krankheitsfall als niederschwellige Gesundheitsberatung
1450 soll auch als App entwickelt werden. So kann einerseits die Wartezeit für die Datenerhebung reduziert werden und andererseits können Entscheidungshilfen und einfache Selbstversorgung geboten werden.
- Telemedizinische Gesundheitsberatung und digitale Terminvergabe
Allen Krankenversicherten soll via 1450 eine telemedizinische Beratung ermöglicht werden. Ist ein online-Tool nicht ausreichend unterstützend oder für den Patienten nicht nutzbar, soll eine telemedizinische Beurteilung durch einen Arzt und das Ausstellen von e-Rezepten via 1450 möglich sein.

⁵² Salzburger Nachrichten, 29.Nov.2019; <https://www.sn.at/politik/innenpolitik/positive-zwischenbilanz-bei-gesundheits-hotline-1450-79939810>

■ Online-Terminvergabe

Online-Terminvergabe für gesetzliche Krankenversicherte durch ein digitales Angebot zum „Best Point of Care“ nach individuellem Bedarf durch eine Terminservicestelle, die für die Patienten via 1450 telefonisch oder via App erreicht werden kann. Wartezeiten können dadurch verringert werden. Für die Vergabe von Facharztterminen sollte eine vorgehende telemedizinische Konsultation verpflichtend sein.

■ Anreiz Wegfall der Rezeptgebühr

Um den Versicherten einen entsprechenden Anreiz für die Nutzung eines solchen Angebots zu geben, wird die Erlassung von Rezeptgebühren vorgeschlagen. Das bedeutet, hält sich der Patient daran, zuerst 1450 anzurufen und anschließend den von 1450 vorgeschlagenen Weg durch das Gesundheitssystem zu gehen – vornehmlich zum Allgemeinmediziner –, dann entfallen in weiterer Folge die Rezeptgebühren. Hält sich der Patient nicht an diesen Ablauf, sind die Gebühren wie bisher zu bezahlen.

6.2. Primärversorgungseinheiten

Krankenhäuser vermitteln den Patienten den Eindruck, alles unter einem Dach zu haben. Und genau das ist es, was Primärversorgungseinheiten (PVE) in vielen Fällen auch bieten – kleine Zentren, wo auch vieles unter einem Dach geboten wird. Ohne all die hohen Nebenkosten.

Österreich hat sich im Zielsteuerungsvertrag darauf verständigt, bis 2023 genau 75 solcher PVEs aufzubauen. Dem ging ein Primärversorgungsgesetz im Jahr 2017 und ein österreichweiter Gesamtvertrag der Krankenversicherungsträger mit der Österreichischen Ärztekammer voraus. Das Interesse der Menschen ist bei den eröffneten Einheiten gegeben. Die Rahmenbedingungen schienen einladend für die Errichter und Betreiber. Ein Team von drei Allgemeinmediziner und zugehörigen Gesundheitsdiensteanbietern unter einem Dach, geregelte Dienstzeiten, ein attraktiver österreichweiter Leistungskatalog mit Pauschalhonoraren etc.⁵³ Dennoch ging es nur schleppend voran. Oft war schon nach kurzer Zeit wieder vom Zerfall eines gefundenen Teams die Rede. Die Schwierigkeit liegt in mangelnder wirtschaftlicher Begleitung eines so großen Unternehmens. Primärversorgungseinheiten erfordern hohe betriebswirtschaftliche Fertigkeit sowohl in der Kostenrechnung und dem Vertragswerk als auch im Personalmanagement. Genau dieses wirtschaftliche Element wurde jedoch per Gesetz ferngehalten. So kann

53 https://www.aerztekammer.at/presseinformation/-/asset_publisher/presseinformation/content/id/160812

eine Primärversorgungseinheit zwar auch als selbständiges Ambulatorium, also quasi als kleines nicht bettenführendes Spital mit all seinen betriebswirtschaftlichen Mitarbeitern (Verwaltungsapparat) errichtet werden. Aber! Explizit wurde zu dieser Errichtungsform im §10 Abs. 4 PrimVG festgehalten: „Gesellschafterinnen und Gesellschafter von Primärversorgungseinheiten in Form von selbständigen Ambulatorien dürfen nur gemeinnützige Anbieter gesundheitlicher oder sozialer Dienste, gesetzliche Krankenversicherungsträger, Gebietskörperschaften bzw. von Gebietskörperschaften eingerichtete Körperschaften und Fonds sein.“⁵⁴ Gebietskörperschaften und soziale Dienste – das schränkt natürlich betriebswirtschaftliche private Führung sehr ein. Und das verschleppt das Aufkommen von PVE enorm.

Dabei wären moderne PVE eigentlich die Lösung so vieler Probleme:

- Kassenärztemangel (weil sie dort im Team mit geregelten Arbeitszeiten arbeiten könnten),
- umfassende Patientenversorgung (weil hier im Sachleistungsprinzip – also ohne private Zuzahlungen – auch an andere Gesundheitsanbieter wie Physiotherapeuten, Psychotherapeuten, Diätologen, Fitnessberater etc. im gleichen Haus zugewiesen werden kann),
- Spitalslastigkeit (würde durch Umleitung in die PVEs reduziert und somit die Kosten dort gesenkt),
- Prävention (kann dort im Einzelgespräch verordnet und mit den Gesundheitsdiensteanbietern im gleichen Zentrum direkt betrieben werden). Dazu können sowohl DiGAs verschrieben als auch der Best-Agers-Bonus-Pass mit einem Betreuer abgearbeitet werden.

6.3. Prävention durch Best-Agers-Bonus-Pass

Digitale Gesundheitsanwendungen bieten oft den Vorteil, Menschen auch spielerisch zu einem gewissen Verhalten zu verleiten. Dabei wird häufig mit Belohnungen gearbeitet, die beim Absolvieren der digital vorgeschlagenen Gesundheitsmaßnahmen gewährt werden. Zur Stärkung der Prävention kann ein Best-Agers-Bonus-Pass⁵⁵, also quasi ein Mutter-Kind-Pass für Erwachsene, eingeführt werden. Dieser macht der Person ab 50+ Vorschläge für Bewegungsmöglichkeiten, Ernährung oder psychische Ausgeglichenheit. Beim Absolvieren dieser Vorschläge erhält

54 <https://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/Bundesnormen/NOR40254161/NOR40254161.pdf>

55 für Detailinformationen siehe Fisa, Bachl, Biach „Raus aus der Pflegefalle“ (2021) – Springer Verlag – <https://link.springer.com/book/10.1007/978-3-662-63396-0>

man eine Belohnung. Das Projekt sollte zunächst in Zusammenarbeit mit Wirtschaftsunternehmen erfolgen, die bspw. Essensgutscheine, Bahnkilometer oder Sportgeräte als Belohnungsfaktor beisteuern. So kann untersucht werden, ob der gewünschte verhaltensökonomische Effekt eintritt. Natürlich kann in weiterer Folge im öffentlichen Bereich durch Reduktion von Zahlungsverpflichtungen (Rezepte, Hilfsmittel, Behandlungsgebühren, Beiträge, Steuern) ein breiter aufgestellter Erfolg sichergestellt werden.

Generell sollten digitale Gesundheitsanwendungen in Österreich auf Rezept verfügbar und downloadbar sein. Sie würden die Rund-um-die-Uhr-Behandlung sicherstellen, Ordinationen entlasten, Behandlungen vereinfachen und dadurch die Datenaufzeichnung professionalisieren und letztlich die Behandlungen und damit Kostenbelastungen vom Spitalssektor zu einem großen Teil fernhalten.

Literaturverzeichnis

- Ärztelkosten-Jahresstatistik 2019; Vortrag Fachgruppe Kinderheilkunde 16. September 2020 / https://www.parlament.gv.at/dokument/XXV/AB/2540/imfname_376728.pdf
- BMSGPK; <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/aerztliche-behandlung.html>
- chipkarte.at; <https://www.chipkarte.at>
- Czypionka T. Kraus M.; IHS 2020; Verlagerungspotentiale im Gesundheitswesen
- Die österreichische Sozialversicherung in Zahlen Ausgabe 31 | <https://docplayer.org/23608604-31-ausgabe-august-die-oesterreichische-sozialversicherung-in-zahlen.html>)
- Die österreichische Sozialversicherung in Zahlen Ausgabe 51, S.10 | <https://www.sozialversicherung.at/cdscontent/load?contentid=10008.780500&version=1694073724>;
- Econmove, 2023
- European Observatory in Health Systems and Policies; <https://eurohealthobservatory.who.int/countries/denmark>
- Fisa, Bachl, Biach; "Raus aus der Pflegefalle" (2021) - Springer Verlag - <https://link.springer.com/book/10.1007/978-3-662-63396-0>
- Fischer C. Czypionka T. Reiss M. und Fößleitner S., 2019; Verbesserungspotenziale des extramuralen fachärztlichen Sektors.
- Greenfield et al. (2016), entnommen aus Darstellung: IHS (2018)
- Haidinger, G., Eckert-Graf, L., Wirgler, P.E. et al. Selbstzuweiser im Spital – wie viele könnten im primär-medizinischen Bereich behandelt werden? Z Allg Med 89, 41–46 (2013).
- Krankenanstalten in Zahlen; BMSGPK; <http://www.kaz.bmg.gv.at>
- Mathä Theres, 2021; ÄRZTEMArztmangel? Eine Systematisierung. - JKU ePUB; Masterarbeit
- NHS; <https://www.england.nhs.uk/>
- Niebuhr, H., Köckerling, F. et al. Leistenhernienoperationen – immer ambulant? Chirurgie 94, 230–236 (2023)
- ÖÄK, Österreichische Ärztekammer; https://www.aerztekammer.at/presseinformation/-/asset_publisher/presseinformation/content/id/160812
- ÖÄK Österreichische Ärztekammer - Ärztestatistik 2021
- ÖÄK; https://www.ots.at/presseaussendung/OTS_20211007_OTSO097/neue-modell-rechnung-was-hilft-gegen-aerztmangel

- OECD - Dashboard zu Kapazitäten und Ressourcen des Gesundheitssystems, 2019 (oder nächstes Jahr); https://www.oecd-ilibrary.org/sites/ae3016b9-en/1/3/1/index.html?itemId=/content/publication/ae3016b9-en&_csp_=ca413da5d44587bc-56446341952c275e&itemIGO=oecd&itemContentType=book#tablegrp-d1e9322
- OECD – Gesundheitszustand; <https://stat.link/gajpvt>
- OECD – Health expenditure by type of financing, 2019 (or nearest year); <https://stat.link/fnap0l>
- OECD – Health expenditure per capita, 2019 (or nearest year); <https://stat.link/36exif>
- OECD – Hospital beds, 2009 and 2019; <https://stat.link/upe1dn>
- OECD Health at a Glance 2021; https://www.oecd-ilibrary.org/sites/ae3016b9-en/1/3/3/1/index.html?itemId=/content/publication/ae3016b9-en&_csp_=ca413da5d44587bc-56446341952c275e&itemIGO=oecd&itemContentType=book#figure-d1e109 und <https://stat.link/gsdvzk>
- OECD Health Statistics; <https://www.oecd.org/health/health-data.htm>
- OECD; Healthcare Utilisation / Surgical procedures; <https://stats.oecd.org/index.aspx?queryid=30167>
- OECD; https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2021_dd4f4919-en
- Rechnungshof Bericht, Reihe BUND 2021/30; Ärztliche Versorgung im niedergelassenen Bereich
- Rechtsinformationsservice des Bundes; Kurztitel Primärversorgungsgesetz; <https://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/Bundesnormen/NOR40254161/NOR40254161.pdf>
- Salzburger Nachrichten, 29.Nov.2019; <https://www.sn.at/politik/innenpolitik/positive-zwischenbilanz-bei-gesundheits-hotline-1450-79939810>
- Simon Rosner, Wiener Zeitung vom 6.5.2023 - <https://www.wienerzeitung.at/h/in-der-sackgasse-des-labyrinths>
- Statista - Frauen: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/256887/umfrage/gesunde-lebensjahre-von-frauen-nach-alter-in-europa/>, Männer: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/256890/umfrage/gesunde-lebensjahre-von-maennern-nach-alter-in-europa>
- Statista: Anzahl der Aufenthaltstage in österreichischen Krankenhäusern von 1991 bis 2021 - <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/783732/umfrage/aufenthaltstage-in-krankhaeuser-in-oesterreich-nach-geschlecht/>
- Statista: Anzahl der Krankenhausentlassungen in Österreich von 2011 bis 2021 - <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/801028/umfrage/krankhausentlassungen-in-oesterreich/>

Statistik Austria - Ärztstatistik; https://statistik.at/fileadmin/pages/385/Berufsausueben-de_Aerzte_Mappe2021.ods und Ärztekammer Österreich - <https://www.aerztekammer.at/documents/261766/1815987/%C3%84rztstatistik+2022.pdf/d5f2d988-8263-522a-88d1-ed8fd05fba12?t=1677234391410>

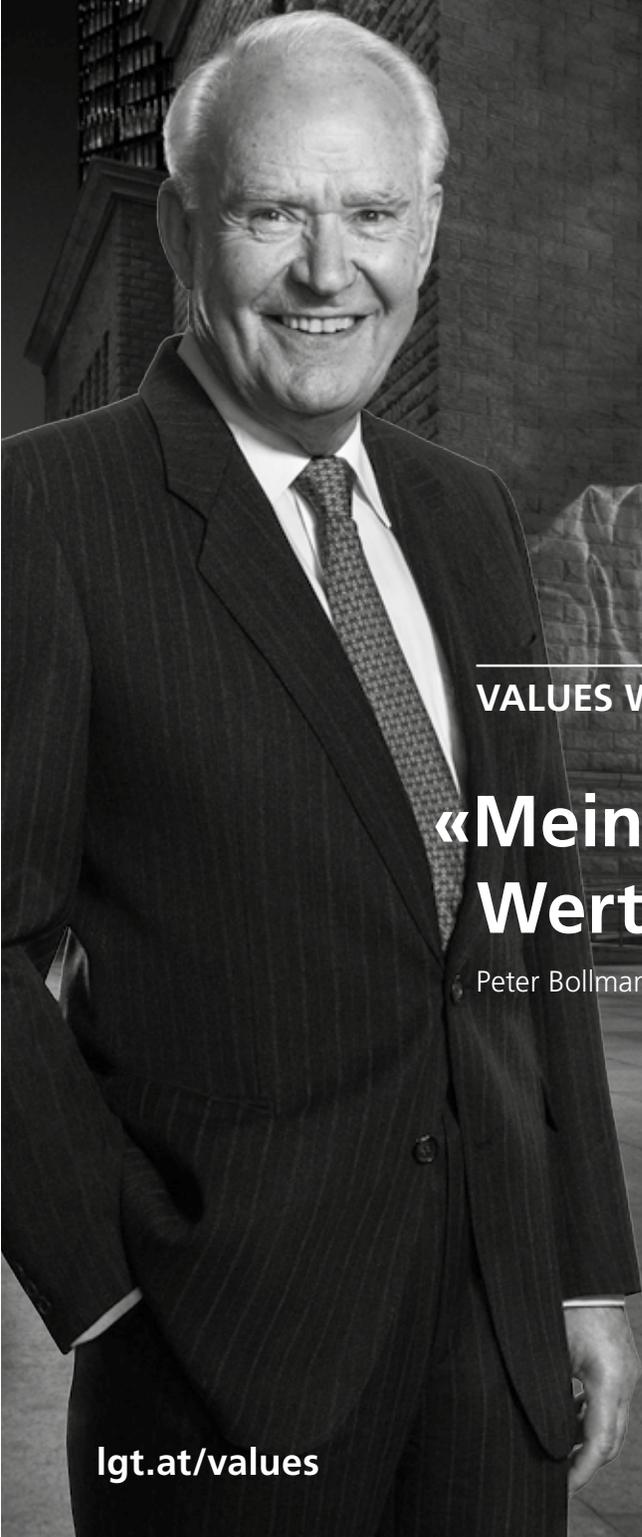
Statistik Austria; https://www.statistik.at/fileadmin/pages/386/SHA_vorlaufigeErgebnisse_2022.ods

Überregionale Auswertung der Dokumentation in landesgesundheitsfondsfinanzierten Krankenanstalten 2022; BMSGPK

WIFO Monatsberichte 8/2020; Ärztliche Versorgung

Zielsteuerungsvertrag auf Bundesebene, Zielsteuerung Gesundheit für die Jahre 2022 bis 2023; https://www.sozialministerium.at/dam/jcr:5856e128-0810-4009-8ac8-dc3103c93039/ZV_2022_bis_2023_final_BF.pdf

Friedrich Oelenhainz, Detail aus «Porträt des späteren Fürsten Johann I. von Liechtenstein», 1776.
© LIECHTENSTEIN. The Princely Collections, Vaduz–Vienna



VALUES WORTH SHARING

«Meine Bank legt Wert auf Werte.»

Peter Bollmann, LGT Kunde seit 2009



Private
Banking

lgt.at/values

Uni.-Prof. Dr. Claus Wendt

*Professor für Soziologie der Gesundheit und
des Gesundheitssystems an der Universität Siegen*

Koordination und Inanspruchnahme von Gesundheits- und Pflegeleistungen im internationalen Vergleich

1. Einleitung	100
2. Gesundheitssysteme, Inanspruchnahme, Gesundheitseinstellungen und Gesundheitsverhalten	101
3. Ansätze zur Bedarfsdeckung bei Gesundheits- und Pflegeleistungen	109
4. Schlussfolgerungen	115

Das Problem fehlender Personalressourcen bei Gesundheitsdiensten und in der Pflege wird immer drängender. Vor allem vor dem Hintergrund eines steigenden Bedarfs stellt sich immer mehr die Frage nach Regelungen im Gesundheitswesen, die die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen optimieren. In diesem Beitrag wird auf Basis internationaler Vergleiche dargestellt, welche Maßnahmen auf Leistungsangebotsseite gesetzt werden können und welche Möglichkeiten zur Anpassung des Inanspruchnahmeverhaltens von Patientinnen und Patienten eine Rolle spielen.

1. Einleitung

Weltweit leiden moderne Gesundheits- und Pflegesysteme unter Personalknappheit. Diese Problematik wird sich im Zuge des demografischen Wandels weiter verschärfen. Die Alterung der Gesellschaft mit einem steigenden Anteil multimorbider Patientinnen und Patienten erhöht die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen. Gleichzeitig sinkt die Zahl derjenigen, die Gesundheits- und Pflegeleistungen erbringen. Lange Zeit konnte diese Problematik in Nordamerika und in Nord- und Westeuropa dadurch begrenzt werden, dass Gesundheitspersonal aus Ländern mit einem niedrigeren Lohnniveau abgeworben wurde. Dieser Zustrom an qualifiziertem Personal wird in Zukunft nicht mehr reichen, um das Leistungsangebot in entwickelten Gesundheitssystemen auf dem derzeitigen Niveau halten zu können.¹ Weitere Maßnahmen sind erforderlich, wie z.B. die Verbesserung der Arbeitsbedingungen in Gesundheits- und Pflegeberufen, bessere Einkommens- und Aufstiegschancen, Erleichterung der Kommunikation durch den Ausbau von Gesundheits-IT, technikbasierte Unterstützungsmaßnahmen, eine bessere Abstimmung und Koordination von Gesundheits- und Pflegeleistungen sowie Verbesserungen in der Prävention und des gesundheitsfördernden Verhaltens.

In diesem Beitrag wird aus einer international vergleichenden Perspektive dargestellt, wie und in welchen Ländern sich eine bessere Koordination von Pflege- und Gesundheitsleistungen positiv auf das Leistungsniveau auswirken kann. Hierfür sind nicht nur Änderungen auf der Leistungsangebotsseite, sondern auch Anpassungen des Inanspruchnahmeverhaltens und des Gesundheitsverhaltens von Patientinnen und Patienten erforderlich. In diesem Beitrag wird deshalb auch diskutiert, wie sich institutionelle Regelungen in Gesundheitssystemen und eine Koordination von Leistungen auf die Inanspruchnahme durch Patient*innen auswirken. Andere wichtige Themen, wie z.B. Prävention und Public-Health-Maßnahmen zur Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung zur Reduzierung der Inanspruchnahme, werden dagegen außer Betracht gelassen. Ein Teil der Ergebnisse basiert auf Interviews, die in Deutschland, den Niederlanden, Schweden und der Schweiz mit Organisationen durchgeführt wurden, die für die Gesundheitsversorgung und Pflege in diesen Ländern zuständig sind.² Hinzu kommen erste Auswertungen von Interviews, die zur Abstimmung von Versorgungsleistungen in Dänemark geführt wurden.³

1 Abgesehen davon fehlt in den Ländern, die Pflege- und Gesundheitspersonal ausbilden, die dann in Länder mit einem höheren Lohnniveau abwandern, ebenfalls dringend notwendiges Personal für die Gesundheitsversorgung und Pflege.

2 Bahle et al. 2023; Wendt 2023

3 DFG Projekt „Strukturelle Bedingungen der Gesundheitsversorgung und von Public Health-Maßnahmen auf lokaler Ebene“ (2022–2025). Ergebnisse der Auswertung von Interviews am Universitätskrankenhaus Aarhus, Dänemark, 3.–6. April 2023

2. Gesundheitssysteme, Inanspruchnahme, Gesundheits- einstellungen und Gesundheits- verhalten

Die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen, Einstellungen zum Gesundheitssystem und das Gesundheitsverhalten hängen in erheblichem Maße davon ab, wie das jeweilige Gesundheitssystem aufgebaut ist. Dabei ist es wichtig, sich von einer die gesundheitspolitische Diskussion über viele Jahre hinweg dominierenden Leitidee zu verabschieden, nämlich dass sich die Inanspruchnahme durch ökonomische Anreize auf das erforderliche Maß an Gesundheitsleistungen begrenzen lasse. Auf der Makroebene ist deutlich zu erkennen, dass das Gesundheitssystem mit besonders stark ausgeprägten ökonomischen Anreizen und Wettbewerbsbedingungen besonders teuer ist. Hierbei handelt es sich um das US-amerikanische Gesundheitssystem, das mit Gesundheitsausgaben in Höhe von 17,4 % des BIP und durchschnittlich 12.200 US Dollar pro Einwohner im Jahr 2021 weltweit die mit Abstand höchsten Ressourcen für Gesundheitsleistungen aufwendet.⁴ Gleichzeitig sind mehr als 10 % der Bevölkerung im Krankheitsfall ungeschützt und viele weitere sind unterversichert.⁵ Das US-amerikanische Beispiel zeigt deutlich, dass ein Schutz im Krankheitsfall nicht über einen Markt organisiert werden kann, da kranke oder schwer verletzte Personen jeden Preis zahlen würden, um wieder gesund zu werden. In zahlreichen international vergleichenden Studien wurde nachgewiesen, dass die Zugangschancen in den USA und in Deutschland im Gesundheitssystem ungleich verteilt sind. Erstens machen viele Menschen die Erfahrung, trotz einer Erkrankung aus Kostengründen nicht zum Arzt zu gehen. Zweitens sind die Unterschiede zwischen Einkommens- oder Bildungsgruppen vor allem in den USA, aber auch in Deutschland, stark ausgeprägt. Demgegenüber machen in den Niederlanden oder Großbritannien nur wenige Menschen die Erfahrung, aus Kostengründen nicht zum Arzt zu gehen.⁶ In weiteren vergleichenden Analysen europäischer Gesundheitssysteme wurde gezeigt, dass ein hoher Grad der Regulierung des Zugangs zur Gesundheitsversorgung die Ungleichheit bei der Leistungsinanspruchnahme senkt. Die Effizienz von Gatekeeping-Systemen ist

4 OECD 2023

5 Papanicolas et al. 2018

6 Wendt et al. 2011, 2012; Hero et al. 2017

allerdings davon abhängig, dass die Zahl von Allgemeinärzt*innen und weiteren Gesundheitsberufen in der primären Gesundheitsversorgung hoch ist.⁷

2.1 Hausarztprinzip und Zugangsregulierung

Eine Zugangsregulierung besteht dann, wenn sich Patientinnen und Patienten auf der Liste eines Hausarztes eintragen müssen (Hausarztprinzip) und fachärztliche Leistungen außer in Notfällen nur mit einer Verschreibung durch den Hausarzt wahrgenommen werden können. Es wurde gezeigt, dass bei einem vollständig institutionalisierten Hausarztprinzip die Ungleichheit der Leistungsanspruchnahme durch unterschiedliche Einkommens- oder Bildungsgruppen gering ist. Besonders positive Beispiele sind Dänemark, die Niederlande und Großbritannien.⁸ In diesen Ländern wird das Hausarztprinzip zusätzlich gestärkt, indem die Hausärzte über feste Gehaltsbestandteile und Pauschalen je Patient und nicht über eine Einzelleistungshonorierung bezahlt werden. Dagegen nehmen in Ländern ohne Hausarztprinzip und einer weitgehenden Honorierung entsprechend der erbrachten Einzelleistungen Patientinnen und Patienten mit einem höheren Einkommen oder einer höheren Bildung bei Kontrolle von Alter, Gesundheitszustand, Geschlecht und weiterer Faktoren signifikant mehr fachärztliche Gesundheitsleistungen in Anspruch als diejenigen mit geringerem Einkommen oder niedrigerer Bildung. Hierzu zählen u.a. Deutschland und Frankreich und damit Länder, in denen Patientinnen und Patienten ihre Ärztinnen und Ärzte frei wählen und wechseln können.⁹

Problematisch wird eine hohe und ungleiche Leistungsanspruchnahme dann, wenn daraus eine Überversorgung von Teilen der Bevölkerung entsteht (die, wie z.B. ein zu hoher Medikamentenkonsum, selbst eine Gefährdung für die Gesundheit darstellen kann) und gleichzeitig Patientinnen und Patienten notwendige Gesundheitsleistungen nicht erhalten. Eine zu hohe Leistungsanspruchnahme steht mit dem Honorierungsprinzip in einem engen Zusammenhang. Bei einer Vergütung von ambulanten Gesundheitsleistungen entsprechend der erbrachten Einzelleistung ist eine starke Tendenz zur Leistungsausweitung zu erkennen. Es ist auffällig, dass Länder mit einer hohen Wahlfreiheit und einer weitgehenden Honorierung per erbrachten Einzelleistung wie Österreich, Belgien oder Frankreich etwa doppelt so viele Arzt-Patienten-Kontakte aufweisen wie z.B. Schweden, wo im Jahr 2021 im Durchschnitt etwa drei Arzt-Patienten-Kontakte pro Person und Jahr zu verzeichnen sind.¹⁰

7 Reibling & Wendt 2010, 2012; Blöndal & Ásgeirsdóttir 2018

8 Reibling & Wendt 2010, 2012; Devaux 2015

9 Reibling & Wendt 2010, 2012

10 OECD 2023

Unterschiede, die ebenfalls diesem Grundprinzip entsprechen, finden sich ebenfalls bei konkreten Leistungen. Diese Unterschiede hängen auch mit der Zahl der Ärztinnen und Ärzte, der medizinischen Geräte und weiteren therapeutischen Möglichkeiten zusammen, die ebenfalls mit dem Honorierungsprinzip in Verbindung stehen. In Deutschland und Österreich werden Computertomografie- (CT) oder Magnetresonanztomografieuntersuchungen (MRT) im ambulanten Sektor per Einzelleistung abgerechnet. Die Folge ist, dass die Zahl der Geräte je 1 Million Einwohner in Deutschland mit etwa 36 (CT) bzw. 35 (MRT) erheblich höher ist als in Schweden mit 23 (CT) bzw. 17 (MRT). Besonders ausgeprägt sind die Unterschiede in der ambulanten Versorgung bei niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten. Während in Deutschland und Österreich je 1 Million Einwohner im ambulanten Bereich 17 CT- und 22 MRT-Scanner (in Österreich: 11 CT, 15 MRT) zur Verfügung stehen, finden sich im schwedischen Gesundheitssystem CT- und MRT-Scanner ausschließlich im Krankenhaus, und in den Niederlanden gibt es außerhalb des Krankenhauses etwa 1 CT- und 1,4 MRT-Geräte je 1 Million Einwohner.¹¹ Aufgrund der hohen Investitionskosten bestehen dadurch in Deutschland und Österreich hohe Anreize, viele CT- und MRT-Untersuchungen in der ambulanten Versorgung durchzuführen. In Deutschland und Österreich werden pro Jahr je 1.000 Einwohner durchschnittlich etwa 160 MRT-Untersuchungen durchgeführt, während es in Dänemark 100 und in den Niederlanden 60 sind.¹²

Diesen mit der Honorierungsform zusammenhängenden Anreizen der Leistungsausweitung steht auf Seiten der Patientinnen und Patienten je nach Ausgestaltung des Gesundheitssystems die Möglichkeit gegenüber, Allgemein- und Fachärzt*innen frei zu wählen und zu wechseln. Die hohe Zahl an Arzt-Patienten-Kontakten und die kurzen Konsultationszeiten in Deutschland und Österreich hängen eng mit dieser ausgeprägten Wahlfreiheit zusammen. In Ländern, in denen die Wahlfreiheit durch ein Hausarztmodell eingeschränkt sind, sind die Konsultationszeiten länger und die Anzahl der Kontakte ist geringer. In Schweden sind die Arzt-Patienten-Kontakte im Durchschnitt mit mehr als 20 Minuten mehr als dreimal so lang wie in Deutschland oder Österreich.¹³ Internationale Analysen belegen, dass sich Patientinnen und Patienten vor allem ein vertrauensvolles Verhältnis zu ihrem Arzt bzw. ihrer Ärztin und ausreichend Zeit bei der Behandlung wünschen. Die Zufriedenheit mit den Gesundheitssystem ist in Ländern mit längeren Konsultationszeiten höher.¹⁴

11 Zahlen für 2021, OECD 2023

12 Zahlen für 2021; OECD 2023

13 Irving et al. 2017

14 Wendt et al. 2010, 2011

Befürworter der freien Arztwahl heben die Bedeutung von Selbstbestimmungsrechten der Patientinnen und Patienten hervor. Das zentrale Ziel eines Gesundheitssystems ist zunächst einmal eine hohe Qualität der Behandlung der Patientinnen und Patienten in gesundheitlichen Krisensituationen sowie ein Schutz vor den damit verbundenen finanziellen Risiken.¹⁵ Es wäre zu klären, ob ein hoher Grad an Wahlfreiheit zu diesem Ziel beiträgt. Es gibt Hinweise darauf, dass ein hoher Grad an Wahlfreiheit der Gesundheit auch schaden kann. In Systemen mit hoher Wahlfreiheit suchen Patientinnen und Patienten bei einer Erkrankung teilweise mehrere Ärztinnen und Ärzte auf,¹⁶ und diese Doppel- oder Mehrfachuntersuchungen stellen eine erhebliche finanzielle Belastung für das Gesundheitssystem dar und dadurch stehen weniger finanzielle Ressourcen für notwendige Gesundheitsleistungen zur Verfügung. In einem solchen System steigt auch die Verschreibung und der Konsum von Medikamenten, da Patientinnen und Patienten sich Medikamente durch unterschiedliche Ärzt*innen verschreiben lassen können, und Ärzt*innen eher auf die Wünsche von Patient*innen nach Medikamenten reagieren, wenn die Gefahr des Arztwechsels besteht. Eine vergleichende Studie zur Verschreibung von Antibiotikum in Belgien, Schweden und den Niederlanden zeigt z. B., dass bei strenger Zugangsregulierung und eingeschränkter Wahlfreiheit (Niederlande, Schweden) sehr viel seltener Antibiotika verschrieben werden als in Belgien, wo eine hohe Zahl an Arzt-Patienten-Kontakten zu einer hohen Zahl an Verschreibungen von Antibiotikum beiträgt.¹⁷ In einem Vergleich mehrerer europäischer Länder ist Deutschland bei der Verschreibung von Antibiotikum in der Spitzengruppe, während Dänemark und Schweden am unteren Ende zu finden sind.¹⁸ Eine Analyse der Verschreibung von Antibiotikum bei Kindern zeigt eine extrem hohe Zahl an Verschreibungen in Südkorea. In den USA und Deutschland sind die Werte mit etwa einer Antibiotikumverschreibung pro Lebensjahr bis Ende des zweiten Lebensjahres deutlich geringer, jedoch immer noch doppelt so hoch wie in Norwegen.¹⁹

Diese erheblichen Unterschiede im Medikamentenkonsum hängen zusätzlich von weiteren Faktoren ab. Es spielt u. a. eine Rolle, ob die Medikamentenvergabe in einer elektronischen Patientenakte festgehalten wird oder nicht. In den Niederlanden liegen den Apotheken beispielsweise Information vor, welche Medikamente verschrieben und bereits an die Patient*innen ausgegeben wurden, wodurch eine Übermedikation und ein Medikamentenmissbrauch eingeschränkt werden kann.²⁰

15 Marmor & Wendt 2011; Wendt 2013

16 Müskens et al. 2022

17 Tyrstrup et al. 2017

18 Panteli et al. 2016

19 Youngster et al. 2017

20 Kronemann et al. 2016

2.2 Verschreibungsverhalten und Inanspruchnahme

Diese Beispiele verdeutlichen, dass institutionelle Merkmale eines Gesundheitssystems wie das Hausarztprinzip bzw. die freie Arztwahl erhebliche Einflüsse darauf haben, wie die Bürger*innen ihre Rolle als Patientinnen und Patienten wahrnehmen und in welcher Form und in welchem Umfang sie Gesundheitsleistungen in Anspruch nehmen. Möglicherweise haben diese und weitere institutionelle Regelungen darüber hinaus Einfluss auf das Gesundheitsverhalten und in welchem Ausmaß und in welcher Form auf die eigene Gesundheit geachtet wird. Ein wichtiges damit zusammenhängendes Thema sind Krankschreibungen. In der Regel sind es niedergelassene Ärzt*innen in der Primärversorgung, die über eine Arbeitsunfähigkeit aufgrund einer Erkrankung entscheiden. In diesem Fall erfolgt in den meisten Ländern für einen festgelegten Zeitraum die volle Lohnfortzahlung im Krankheitsfall. Es gibt Hinweise darauf, dass vor allem dann, wenn Patient*innen ihren Arzt bzw. ihre Ärztin leicht wechseln können, mehr Krankschreibungen erfolgen. Ärzt*innen gehen davon aus, dass Patient*innen weitere Ärzt*innen aufsuchen, bis sie die gewünschte Krankschreibung erhalten, und stellen deshalb z.Tl. trotz einer gegenteiligen Einschätzung eine Krankschreibung aus, um den Patienten oder die Patientin nicht zu verlieren. Dadurch erfolgen oft mehr Krankschreibungen als in Gesundheitssystemen mit einer stärkeren Einschränkung des Arztwechsels, z.B. über ein Hausarztprinzip. Die Zahl an Fehltagen bei voller Lohnfortzahlung aufgrund einer Erkrankung beträgt im Durchschnitt pro Jahr und Person in Österreich 12, in Deutschland 20, in Dänemark 9 und in Schweden 10 Tage.²¹ In Ländern wie Deutschland und Österreich mit einer ausgeprägten Wahlfreiheit für die Patientinnen und Patienten wird immer wieder das Argument aufgeführt, dass die Wahlfreiheit den Wünschen der Bürgerinnen und Bürger entsprechen würde. Die höhere Ungleichheit bei der Inanspruchnahme, die Inanspruchnahme nicht notwendiger Gesundheitsleistungen, die wie eine Übermedikation negative gesundheitliche Folgen haben können, und eine Inanspruchnahme, die eher Marktprinzipien als dem Ziel einer optimalen Gesundheitsversorgung folgt, sprechen demgegenüber für eine stärkere Einschränkung der Wahlfreiheit. Fragt man die Bürgerinnen und Bürger direkt danach, ob sie im Gesundheitssystem Wahlfreiheit wünschen oder nicht, lautet die Antwort i.d.R., dass sie die Wahlfreiheit befürworten. Das gilt selbst für ein über viele Jahre hinweg in hohem Maße staatlich organisiertes Gesundheitssystem wie in Schweden,²² und ist besonders stark ausgeprägt in Gesundheitssystemen, in denen sich Patientinnen und Patienten über

21 Zahlen für 2021; OECD 2023

22 Janlöv et al. 2023

einen langen Zeitraum an eine hohe Wahlfreiheit gewöhnt haben.²³ Wenn man allerdings nach der Zufriedenheit mit dem Gesundheitssystem insgesamt sowie mit den einzelnen Ärztinnen und Ärzten fragt, ist deutlich zu erkennen, dass der Grad der Wahlfreiheit auf das Ausmaß der Zufriedenheit keinen Einfluss hat.²⁴

Die Erfahrungen mit Reformversuchen auf diesem Gebiet haben gezeigt, dass finanzielle Anreize nicht ausreichen, um ein Hausarztprinzip durchzusetzen.²⁵ Dies führt vor allem zu einer weiteren Erhöhung der bestehenden Ungleichheit, da bei höheren Einkommensgruppen moderate Zuzahlungen keinen Effekt auf die Inanspruchnahme haben und bei denjenigen mit einem niedrigen Einkommen die Gefahr besteht, dass notwendige Gesundheitsleistungen nicht in Anspruch genommen werden.²⁶ Finanzielle Anreize wie die in Deutschland zwischen 2004 und 2012 bestehende Praxisgebühr unterscheiden nicht zwischen notwendigen und nicht notwendigen Gesundheitsleistungen. Die Einführung eines Hausarztprinzips, bei dem Patientinnen und Patienten verpflichtet werden, sich für einen längeren Zeitraum auf der Liste eines Hausarztes einzutragen, ist nach den vorliegenden Erkenntnissen demgegenüber eine effektive Möglichkeit, um den Zugang zum Gesundheitssystem zu steuern und Ungleichheiten und eine Überinanspruchnahme zu reduzieren.

23 Wendt et al. 2011

24 Wendt et al. 2010, 2011

25 Diesenreiter & Wendt 2021; Immergut & Wendt 2021

26 Wendt et al. 2012

2.3 Koordination von Gesundheitsleitungen in den Übergängen zwischen Primärversorgung, Krankenhausversorgung und Pflege

Mehr Koordination ist auch in den Übergängen zwischen den Sektoren des Gesundheitssystems und der gesundheitlichen und sozialen Pflege erforderlich. In diesen Sektoren wurde ebenfalls in vielen Gesundheitssystemen in den letzten Jahrzehnten verstärkt auf Wettbewerb und Marktanreize gesetzt, während die Koordination von Leistungen wenig Berücksichtigung gefunden hat. Die wichtigste Änderung im Krankensektor weltweit war die Einführung eines Finanzierungssystems über „Diagnosis Related Groups“ (DRGs, Diagnoseabhängige Fallpauschalen). Diese Finanzierungsform hatte zur Folge, dass die finanzielle Ausstattung von Krankenhäusern stärker von den Krankheitsfällen bzw. der Zahl an Diagnosen und durchgeführten Therapien abhängt. An dieser Stelle kann nicht umfassend auf die DRG-Systeme unterschiedlicher Länder eingegangen werden.²⁷ Z.B. kann die Finanzierungsform zu einem Wettbewerb zwischen Krankenhäusern beitragen, mit der Folge, dass unrentable Krankenhäuser schließen müssen. Eine Alternative zu einer Anpassung der stationären Versorgung über Marktprozesse, die in Deutschland in den vergangenen Jahrzehnten im Vordergrund stand, ist eine Steuerung der Krankenhausversorgung durch gesundheitspolitische Entscheidungen auf der Grundlage von Qualitätskriterien für die Gesundheitsversorgung. Ein Beispiel für diesen Weg ist Dänemark. Wenn das Versorgungsangebot sich wie bei einer DRG-Finanzierung demgegenüber an finanziellen Kriterien orientiert, dann hat dies u.a. zur Folge, dass finanziell attraktive Leistungen ausgeweitet werden.²⁸

Für den in diesem Artikel diskutierten Zusammenhang zwischen institutionellen Regelungen, Verhaltensanreizen und Zugang zu Gesundheitsleitungen sind u.a. folgende Aspekte von Bedeutung: Da DRGs für eine festgelegte Zeit kalkuliert werden, sinkt im Zuge dieses Prozesses die Krankenhausverweildauer. In diesem Fall kann die Versorgungsqualität vor allem dann sinken, wenn die Anschlussversorgung nicht rechtzeitig sichergestellt ist. Gleichzeitig ist ein deutlicher Trend zu erkennen, dass immer mehr ältere Menschen einen hohen Versorgungsbedarf haben, die immer häufiger zu Hause versorgt werden wollen. Dieser Wunsch, bis in die letzte Lebensphase zu Hause versorgt zu werden, war schon immer stark ausgeprägt und ist in vielen Fällen auch möglich.²⁹ Die Folge der kürzeren Krankenhausverweildauer sowie der zunehmenden Bedeutung der Hauskrankenpflege ist, dass Leistungen zwischen der stationären Versorgung im Krankenhaus und

²⁷ Siehe hierzu Busse et al. 2011

²⁸ Mitchell 2010

²⁹ Sjöberg et al. 2021

der gesundheitlichen und sozialen Pflege gut koordiniert werden müssen. Hinzu kommt die wichtige Abstimmung mit der ambulanten Gesundheitsversorgung außerhalb des Krankenhauses. Vor allem in Systemen mit vollständig institutionalisierten Hausarztssystemen (Patient*innen müssen sich auf der Liste eines Hausarztes eintragen, die Honorierung der Hausärzte erfolgt über eine Pauschale je Patient*in) sind Hausärzt*innen häufig sowohl in die Koordination von Leistungen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung als auch zwischen ambulanter Gesundheitsversorgung und ambulanter und stationärer Pflege einbezogen.

Im Folgenden werden vor allem Ergebnisse einer vergleichenden Studie zu Gesundheits- und Pflegeleistungen präsentiert, in der untersucht wurde, wer für die Koordination zuständig ist und wer nach Einschätzung der beteiligten Organisationen die Koordination von Pflege- und Gesundheitsleistungen übernehmen sollte.³⁰ Für diese Studie wurden Interviews mit 60 Organisationen in Deutschland, der Schweiz, Niederlande und Schweden geführt, die für die Finanzierung, Organisation oder Erbringung von Gesundheits- und Pflegeleistungen zuständig sind. Gemeinsames Problem in diesen Ländern ist die große und weiter steigende Personalknappheit in den Gesundheits- und Pflegeberufen. Das gilt sowohl für Länder mit einer vergleichsweise hohen Zahl an Gesundheits- und Pflegepersonal wie Schweden und die Niederlande als auch für Länder, die vor allem in der Pflege über vergleichsweise wenig Personal verfügen. Dazu gehören u.a. Deutschland und Österreich.³¹ Eine Erhöhung des Personals für die Gesundheitsversorgung und Pflege alleine wird den steigenden Versorgungsbedarf nicht abdecken können. Im Vier-Länder-Vergleich wurden drei zentrale Bereiche herausgearbeitet, die dazu beitragen können, den Bedarf an Gesundheits- und Pflegeleistungen abzudecken. Erstens eine Verbesserung der Koordination von Gesundheits- und Pflegeleistungen und die eindeutige Bestimmung von dafür zuständigen Akteuren, zweitens Akademisierung und Aufstiegschancen in der Pflege, drittens die Stärkung von Versorgungsprozessen und ihrer Koordination durch Digitalisierung.

30 Bahle et al. 2023

31 Wendt & Bahle 2020; OECD 2023

3. Ansätze zur Bedarfsdeckung bei Gesundheits- und Pflege- leistungen

3.1 Koordination von Versorgungsprozessen

Bei der Koordination von Gesundheits- und Pflegeleistungen spielt der Hausarzt eine zentrale Rolle. In Ländern mit einem fest institutionalisierten Hausarztprinzip wie Schweden oder die Niederlande findet der Erstkontakt mit dem Gesundheitssystem i.d.R. über den Hausarzt statt und Patient*innen werden bei Bedarf an Fachärzte im Krankenhaus oder im niedergelassenen Bereich überwiesen. In diesen Gesundheitssystemen besteht eine klare Aufgabenaufteilung, bei der allgemein- oder primärärztliche Leistungen durch Hausärzt*innen und weiteres Personal der primären Gesundheitsversorgung außerhalb des Krankenhauses durchgeführt werden, während fachärztliche Leistungen weitgehend ambulant und stationär im Krankenhaus durch angestelltes Gesundheitspersonal erfolgen. Dadurch besteht ein klar strukturierter Versorgungsprozess von der primären Gesundheitsversorgung bis zur fachärztlichen Versorgung im Krankenhaus. Der Hausarzt ist für die Koordination dieser Leistungen zuständig, und bereits vor der Etablierung elektronischer Patientenakten wurden Informationen in den Patientenakten der Hausarztpraxen gesammelt und jeweils an die weiteren Leistungserbringer weitergeleitet. In Schweden und in den Niederlanden werden von den interviewten Organisationen die Hausärzt*innen als die zentralen Akteur*innen genannt, die Gesundheits- und Pflegeleistungen koordinieren können. Nach Einschätzung der Organisationen bringen sie vor allem für die Koordination von Gesundheitsleistungen die notwendigen Kompetenzen mit. Gleichzeitig gelten sie bereits zum jetzigen Zeitpunkt als überlastet und es wird betont, dass ihnen das notwendige Know-how für die Pflege fehlen würde.³² Demgegenüber wird in Ländern ohne Hausarztmodell wie Deutschland und die Schweiz der Hausarzt zwar als potenzieller Kandidat für die Koordination von Leistungen genannt. Innerhalb der gegenwärtigen Strukturen werden die niedergelassenen Allgemeinärzt*innen jedoch weder innerhalb des Gesundheitssystems noch für die Verbindung von Gesundheitsversorgung und Pflege in den Interviews als die Akteure genannt, die zentrale Koordinationsaufgaben übernehmen sollten. Auch in diesen

32 Bahle et al. 2023

beiden Ländern wird betont, dass Hausärzt*innen bereits zum gegenwärtigen Zeitpunkt überlastet sind und vor allem in ländlichen Räumen wird ein Mangel an Allgemeinärzt*innen beklagt.³³

Die zweite Gruppe an Leistungsanbieter*innen, die häufig genannt wird, wenn es um Koordinationsaufgaben geht, sind Krankenpflegekräfte. Erneut sind es die Organisationen in Schweden und den Niederlanden, die dieser Profession die Übernahme von Koordinationsfunktionen zutrauen. In allen vier Ländern wird positiv bewertet, dass Krankenpfleger*innen sowohl über medizinisches als auch pflegerisches Know-how und, wenn sie in der Hauskrankenpflege tätig sind, zusätzlich über Kenntnisse des sozialen Umfelds verfügen würden. Auch in der Schweiz wird durch Krankenpflegekräfte ein Plan für die Anschlussversorgung nach einem Krankenhausaufenthalt vorgeschlagen, der durch die niedergelassenen Allgemeinärzte abzuzeichnen ist. Die eigentliche Entscheidung treffen kommunale Pflegekräfte. Gleichzeitig ist in den Interviews in der Schweiz ein Konsens unter den beteiligten Organisationen zu erkennen, dass die Entscheidungshoheit der Allgemeinärzte bestehen bleiben sollte. Diese Einschätzung besteht, obwohl die Allgemeinärzte als überlastet gelten und die Kompetenzen der Pflegekräfte für die Festlegung des Pflegebedarfs als deutlich höher eingestuft werden als die Kompetenzen der Allgemeinärzte.³⁴ Im Ländervergleich wird außerdem deutlich, dass immer dann, wenn der Kommune die Verantwortung für die Pflege übertragen wird, die Krankenpflegekräfte Aufgaben in der Koordination von Gesundheits- und Pflegeleistungen übernehmen. Im Vier-Länder-Vergleich ist diese Form der Koordination in den Niederlanden besonders stark ausgeprägt. Weitere Länder, in denen die Anschlussversorgung nach einem Krankenhausaufenthalt weitgehend durch die Pflege organisiert und koordiniert wird, sind Dänemark und Großbritannien. Es gibt eine weitgehende Aufgabenaufteilung, bei der Übergänge zwischen ambulanter Gesundheitsversorgung außerhalb des Krankenhauses durch die Hausärztinnen und Hausärzte koordiniert werden und die Übergänge zwischen Krankenhausversorgung und Pflege durch kommunale Pflegeorganisationen. Im Vergleich zu den Niederlanden wird in Schweden diese Aufgabe dadurch erschwert, dass ein Großteil der Pflege durch gering qualifizierte Pflegehelfer*innen abgedeckt wird und die höher qualifizierten Pflegekräfte ebenso wie die Hausärzt*innen überlastet sind und nur in geringem Umfang zusätzliche Koordinationsaufgaben übernehmen können.³⁵ Dennoch zeigen die Interviews, dass es in den Niederlanden und in Schweden zwei Akteure gibt, die für zentrale Koordinationsaufgaben in der Gesundheitsversorgung und Pflege in Frage kommen, während in Deutschland innerhalb der gegenwärtigen Strukturen kein geeigneter Akteur identifiziert werden

33 Wendt 2013; Bahle et al. 2023

34 Maier & Aiken 2016; Kuhlmann et al. 2018; Bahle et al. 2023

35 Viehmann et al. 2017; Bahle et al. 2023

kann. In der Schweiz wird eine klare Zuweisung von Verantwortlichkeiten dadurch erschwert, dass die Hierarchie im Gesundheitssystem mit Ärzt*innen an der Spitze auf Entscheidungsprozesse in der Pflege ausgeweitet wird.³⁶

3.2 Akademisierung und Aufstiegschancen

Als eine zentrale Voraussetzung für die Übernahme von Koordinationsaufgaben wird eine hohe Qualifikation angesehen. In Schweden und in den Niederlanden war die Akademisierung und Professionalisierung in den letzten Jahrzehnten eines der zentralen Ziele der Gesundheits- und Pflegepolitik, das heute durchgehend umgesetzt ist. In Schweden besteht hier die Einschränkung, dass ein Großteil der Pflege durch angelernte Hilfspfleger*innen (Anhörigomsorg) übernommen wird, auf die dies nicht zutrifft.³⁷ Mit der Akademisierung sind Aufstiegs- und höhere Einkommenschancen verbunden. In einem Vergleich von 39 Ländern identifizieren Maier und Aiken (2016) in 11 Ländern (darunter Großbritannien und die Niederlande) eine erhebliche Verschiebung von Aufgaben von Ärztinnen und Ärzten hin zu akademisch qualifizierten Pflegekräften. Zu diesen Aufgaben gehören u.a. Verschreibungen und Überweisungen, die durch Krankenpflegekräfte durchgeführt werden können. Schweden, Finnland und Dänemark weisen ebenfalls eine starke Verschiebung von Aufgaben hin zu Pflegekräften auf, die allerdings noch nicht auf dem Niveau sind wie in den führenden Ländern. In einer Gruppe von 12 Ländern kann keine Übertragung von Aufgaben hin zu Pfleger*innen identifiziert werden, um Ärzt*innen zu entlasten, darunter Deutschland, Frankreich und Österreich.³⁸ In den Niederlanden besteht sowohl ein hoher Grad der Akademisierung und ein hohes Qualifikationsniveau als auch eine hohe Zahl qualifizierter Pflegekräfte. Ebenso wie in Schweden wurde die Zahl des angelernten Pflegepersonals in den letzten Jahren dagegen reduziert.

36 Bahle et al. 2023

37 Janslöv 2023

38 Maier & Aiken 2016

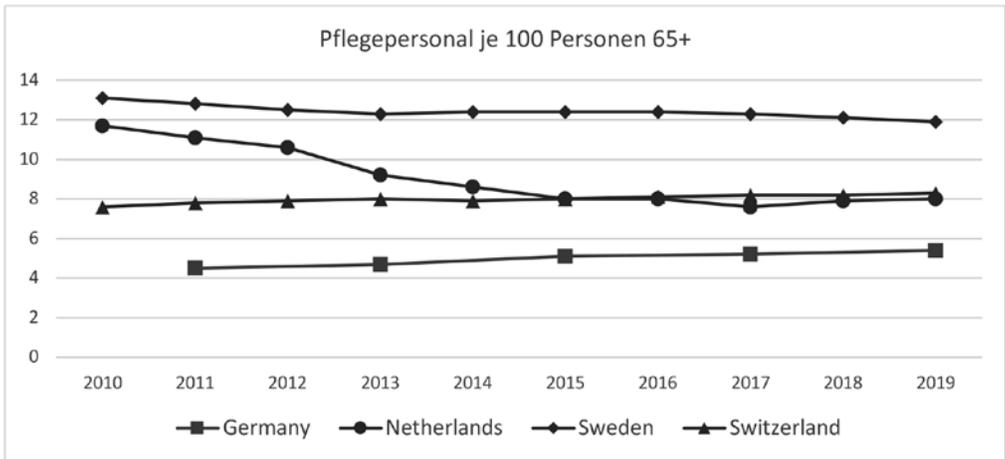


Abb. 1: Pflegepersonal im Ländervergleich

Quelle: OECD 2023

In Deutschland besteht im Vier-Länder-Vergleich in der Pflege die niedrigste Anzahl an Pflegekräften je 100 Personen über 65 Jahre. Entscheidend für die Frage der Koordination von Gesundheits- und Pflegeleistungen ist allerdings, dass die Akademisierung in der Pflege in Deutschland auf einem besonders niedrigen Niveau ist. Das sagt für sich genommen nichts über die Qualität der Ausbildung aus. Die duale Ausbildung in der Pflege in Deutschland ist auf einem hohen Niveau. Aufgrund der fehlenden Akademisierung übernehmen Krankenpflegekräfte allerdings in geringerem Ausmaß Leitungsfunktionen und Koordinationsaufgaben für Gesundheits- und Pflegeleistungen. Dadurch kann diese wichtige Aufgabe im deutschen System nur unzureichend durch Gesundheitsprofessionen ausgeübt werden, die über Know-how in der Pflege verfügen. Akademisierung, Aufstiegschancen und damit verbunden höhere Einkommenschancen in der Pflege haben darüber hinaus den Vorteil, dass zusätzliche Kräfte für die Pflege gewonnen werden können, die in allen Ländern dringend benötigt werden.

Die Interviews mit Organisationen, die für die Finanzierung, Organisation und Erbringung von Gesundheits- und Pflegeleistungen in Deutschland, den Niederlanden, Schweden und der Schweiz zuständig sind, zeigen, dass aufgrund der Akademisierung der Pflege in den Niederlanden und Schweden die Pflegekräfte für die Koordination von Pflege- und Gesundheitsleistungen als die zentralen Akteure genannt werden.³⁹ In den Niederlanden gelten sie hierfür aufgrund ihrer Expertise in Gesundheitsversorgung und Pflege als die wichtigste Gesundheitsprofession.

³⁹ Bahle et al. 2023

In Schweden werden sie zusammen mit den niedergelassenen Allgemeinärzten als mögliche Koordinatoren genannt.

In Gesundheits- und Pflegesystemen, in denen Pflegekräfte als mögliche Koordinatoren von Gesundheits- und Pflegeleistungen genannt werden, ist die Kommune häufig umfassend in Finanzierungs- und Organisationsaufgaben und die Leistungserbringung einbezogen. Die Kommunen übernehmen in Schweden und in den Niederlanden einen Großteil der Pflege und der primären Gesundheitsversorgung und in der Schweiz einen Großteil der Pflege.⁴⁰ Dadurch besteht für Transferprozesse zwischen der stationären Gesundheitsversorgung und der stationären oder ambulanten Pflege i.d.R. ein einheitlicher Zugang („one point of entry“) und es müssen bei einer Entlassung aus dem Krankenhaus bei einem Pflegebedarf nicht wie in Deutschland unterschiedliche Pflegeanbieter kontaktiert werden. In Dänemark gehört zu dieser intensiven Kooperation zwischen Gesundheitsversorgung und Pflege, dass an der morgendlichen Teamsitzung in der Geriatrie im Krankenhaus immer eine Krankenpflegekraft der Kommune teilnimmt und den Zeitpunkt der Entlassung und den zu erwartenden Pflegebedarf direkt an die Kommune weiterleitet. Durch diese enge Abstimmung und die Koordination durch eine Pflegekraft der Kommune kann trotz einer der weltweit kürzesten Krankenhausverweildauern in Dänemark die ambulante oder stationäre Pflege nach einem Krankenhausaufenthalt auf einem hohen Niveau sichergestellt werden.⁴¹

3.3 Digitalisierung

Bei der Digitalisierung sind ebenfalls erhebliche Unterschiede zwischen den Gesundheitssystemen zu verzeichnen. Großbritannien, Dänemark, Schweden und die Niederlande gehören zu den Gesundheitssystemen mit einem hohen Digitalisierungsgrad im Gesundheitssystem.⁴² Es ist ein Trend zu erkennen, dass in Gesundheitssystemen, in denen Hausärzte Patienteninformationen bündeln und die ambulante Versorgung und den Zugang zu Fachärzten koordinieren, auch die Digitalisierung weiter fortgeschritten ist. Die positiven Erfahrungen mit einem Akteur, der für Patienteninformationen und die Koordination von Leistungen zuständig ist, wirkt sich positiv auf die Akzeptanz weiterer Informationssysteme in der Gesundheitsversorgung aus. Länder, die führend in der Digitalisierung im Gesund-

40 Bahle et al. 2023

41 DFG Projekt „Strukturelle Bedingungen der Gesundheitsversorgung und von Public Health-Maßnahmen auf lokaler Ebene“ (2022–2025). Ergebnisse der Auswertung von Interviews am Universitätskrankenhaus Aarhus, Dänemark, 3.–6. April 2023

42 Stephani et al. 2019

heitssystem sind, verfügen seit vielen Jahren über ein fest institutionalisiertes Hausarztssystem.⁴³

In den Interviews zur Koordination von Gesundheits- und Pflegeleistungen wird auf die große Bedeutung von elektronischen Patientenakten für die Sicherung und Weitergabe von Patienteninformationen in Schweden und den Niederlanden hingewiesen.⁴⁴ In den Niederlanden und in Schweden werden digitale Tools zur Informationssammlung und -weitergabe als wichtiges zusätzliches Element genannt, das Hausärzte und/oder Pflegekräfte in ihren Koordinationsaufgaben unterstützen kann. Nur wenn die Koordination funktioniert und die zuständigen Akteure eindeutig definiert sind, so der Konsens, können mit Hilfe einer Digitalisierung weitere Verbesserungen erzielt werden.⁴⁵ In Deutschland bestehen demgegenüber im Ländervergleich besonders große Vorbehalte gegen eine Digitalisierung im Gesundheitssystem.⁴⁶

43 Wendt 2013; Bahle et al. 2023

44 Bahle et al. 2023

45 Bahle et al. 2023

46 Safi et al. 2018; Bahle et al. 2023

4. Schlussfolgerungen

Der internationale Vergleich zeigt deutlich, dass sich unterschiedliche institutionelle Regelungen erheblich auf die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen auswirken. Eine Regulierung des Zugangs über ein Hausarztprinzip trägt dazu bei, dass Ungleichheiten der Leistungsanspruchnahme bei gleichem Gesundheits- bzw. Krankheitszustand signifikant reduziert werden. Ein hohes Ausmaß an Wahlfreiheit im Gesundheitssystem und ein direkter Zugang zu Fachärzt*innen erhöhen dagegen die Ungleichheit zwischen unterschiedlichen Einkommens- oder Bildungsgruppen. Es deutet sich darüber hinaus an, dass Gesundheitssysteme, in denen häufige Arztwechsel möglich sind und in denen niedergelassene Ärzt*innen vorwiegend je Einzelleistung honoriert werden, dazu beitragen, dass die Anzahl an Behandlungen und Verschreibungen steigt, während die Dauer der Arzt-Patienten-Kontakte sinkt. Selbst auf das Krankmeldungsverhalten wirken sich die bestehenden institutionellen Regelungen aus. Wenn Ärzt*innen davon ausgehen müssen, dass Patient*innen zu anderen Ärzten wechseln und dort die gewünschte Krankschreibung erhalten, erfolgen sehr viel mehr Krankmeldungen als in Systemen, in denen ein Arztwechsel nicht oder nur in sehr engen Grenzen möglich ist.

Die Auswertung von Interviews zur Koordinierung von Gesundheits- und Pflegeleistungen zeigt, dass auch hier die jeweiligen institutionellen Regelungen, Finanzierungsformen und Versorgungsstrukturen Auswirkungen darauf haben, wie Versorgungsangebote aufeinander abgestimmt und in Anspruch genommen werden können. Die Krankenhausfinanzierung über DRGs wirkt sich dahingehend aus, dass die Krankenhausverweildauer verkürzt wird, ohne dass damit verbunden auch Anreize für eine enge Kooperation und eine Abstimmung der Leistung mit der Pflege und damit eine Kontinuität der Versorgung gesetzt werden. Die Interviews zeigen, dass in Gesundheitssystemen mit einem fest institutionalisierten Hausarztprinzip, wie die Niederlande und Schweden, die Hausärzt*innen für die Koordination von Leistungen zwischen primärer Gesundheitsversorgung und ambulanter oder stationärer Krankenhausversorgung eine hohe Bedeutung haben. Sie werden auch als mögliche Koordinatoren von Leistungen im Krankenhaus und der ambulanten oder stationären Pflege genannt. Allerdings gelten sie in beiden Ländern bereits zum gegenwärtigen Zeitpunkt als stark belastet. Die Interviewpartner betonen, dass Hausärzt*innen über keine zeitlichen Ressourcen verfügen würden, um zusätzliche Koordinationsaufgaben zu übernehmen.⁴⁷ Für die Niederlande und Schweden werden vor allem akademisch qualifizierte Kran-

47 Bahle et al. 2023

kenpfleger*innen bei der Frage genannt, wer Gesundheitsversorgung und Pflege koordinieren könnte und sollte, entweder in enger Abstimmung mit der Kommune oder als Teil kommunaler Gesundheits- und Pflegeaufgaben.⁴⁸ Ähnlich wird es bereits heute im dänischen Gesundheits- und Pflegesystem gehandhabt. In Deutschland stehen demgegenüber weder Hausarzt*innen noch akademisch qualifizierte Pflegekräfte für Koordinationsaufgaben zur Verfügung. Das gilt in ähnlicher Form auch für die Schweiz. Die Koordination von Krankenhaus- und Pflegeleistungen beschränkt sich weitgehend auf das Entlassungsmanagement im Krankenhaus, das in den letzten Jahren ausgebaut wurde.⁴⁹ In Deutschland wird das Koordinationsproblem dadurch verschärft, dass auf dem Pflegemarkt viele, z.Tl. kleinere Anbieter miteinander im Wettbewerb stehen und es keinen einheitlichen Kontakt für die Organisation der Pflege nach einem Krankenhausaufenthalt gibt. In Dänemark, Schweden und den Niederlanden gibt es demgegenüber einen Kontakt bzw. eine Telefonnummer, über die Pflegemöglichkeiten abgefragt und abgestimmt werden können. Diese Konstellationen haben erhebliche Auswirkungen auf Entscheidungen von Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen. Wenn kurzfristig keine ambulante Hauskrankenpflege organisiert werden kann, die auf die Bedürfnisse der zu Pflegenden abgestimmt ist und im Bedarfsfall ausgeweitet werden kann, wie es z.B. in Dänemark der Fall ist, dann werden viele Pflegebedürftige nach einem Krankenhausaufenthalt in eine stationäre Pflegeeinrichtung überstellt, obwohl es ihr Wunsch ist, im eigenen Zuhause versorgt zu werden. Sehr häufig wäre eine Hauskrankenpflege für die gesundheitliche und soziale Situation der Pflegebedürftigen die beste Wahl.

48 Bahle et al. 2023

49 Bahle et al. 2023

Literatur

- Bahle, T., M. Ariaans, K. Koch, C. Wendt (2023), *Healthcare and Elderly Care in Europe. Institutions, Challenges, and Solutions for Better Coordination*. Cheltenham, Edward Elgar Publishing
- Blöndal, B., T.L. Ásgeirsdóttir (2018), Costs and efficiency of gatekeeping under varying numbers of general practitioners. *The International Journal of Health Planning and Management*, Volume34, Issue1, January/March 2019, Pages 140-156
- Busse, R., A. Geissler, W. Quentin, M. Wiley (Herausgeber) (2011), *Diagnosis Related Groups in Europe. Moving towards transparency, efficiency, and quality in hospitals*. Maidenhead, Open University Press
- Maier, C.B., L.H. Aiken (2016): Task shifting from physicians to nurses in primary care in 39 countries: a cross-country comparative study. *The European Journal of Public Health*, Vol. 26, No. 6, 927–934
- Destatis (2023), www.destatis.de, Statistisches Bundesamt
- Devaux, M. (2015), Income-related inequalities and inequities in health care services utilisation in 18 selected OECD countries. *Eur J Health Econ* 16, 21–33 (2015). <https://doi.org/10.1007/s10198-013-0546-4>
- Diesenreiter, C., C. Wendt (2021), Austria. In: E. Immergut, K. Anderson, C. Devitt, T. Popic (2021): *Health Politics in Europe: A Handbook*, Oxford University Press, 630-651
- Hero, J.O., A.M. Zaslavsky, R.J. Blendon (2017), The United States Leads Other Nations In Differences By Income In Perceptions Of Health And Health Care, *HEALTH AFFAIRS-VOL. 36, NO. 6, 1032-1040*
- Immergut, E., C. Wendt (2021), Germany. In: E. Immergut, K. Anderson, C. Devitt, T. Popic (2021): *Health Politics in Europe: A Handbook*, Oxford University Press, 479-519
- Irving, G., A.L. Neves, H. Dambha-Miller, et al. (2017), International variations in primary care physician consultation time: a systematic review of 67 countries, *BMJ Open* 2017; 7:e017902. doi: 10.1136/bmjopen-2017-017902
- Janlöv N., S. Blume, A.H. Glenngård, K. Hanspers, A. Anell, A. Merkur (2023), Sweden: Health system review. *Health Systems in Transition*, 2023; 25(4): i–198.
- Kroneman M., W. Boerma, M. van den Berg, P. Groenewegen, J. de Jong, E. van Ginneken (2016), The Netherlands: health system review. *Health Systems in Transition*, 2016; 18(2):1–239.
- Kuhlmann, E., R. Batenburg, M. Wismar, G. Dussault, C.B. Maier, I. A. Glinos, M. Ungureanu (2018), A call for action to establish a research agenda for building a future health workforce in Europe. *Health Research Policy and Systems*, 16(1), 52. <https://doi.org/10.1186/s12961-018-0333-x>

- Marmor, T., C. Wendt (2011): Introduction. In: T. Marmor and C. Wendt (Eds.) *Reforming Healthcare Systems*. Volume I. U.K. and Northampton, MA, U.S.A.: Edward Elgar Publishing, xiii-xxxvii
- Tyrstrup, M., A. van der Velden, S. Engstrom, G. Goderis, S. Molstad, T. Verheij, S. Coenen, N. Adriaenssens (2017), Antibiotic prescribing in relation to diagnoses and consultation rates in Belgium, the Netherlands and Sweden: use of European quality indicators, *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 35:1, 10-18, DOI: 10.1080/02813432.2017.1288680
- Mitchell, J.M. (2010), Effect of Physician Ownership of Specialty Hospitals and Ambulatory Surgery Centers on Frequency of Use of Outpatient Orthopedic Surgery. *Arch Surg*. 2010;145(8):732–738. doi:10.1001/archsurg.2010.149
- Müskens, J.L.J.M., R.B. Kool, S.A. van Dulmen, et al (2022), Overuse of diagnostic testing in healthcare: a systematic review *BMJ Quality & Safety* 2022;31:54-63.
- OECD (2023), *Health Statistics 2023*, <https://stats.oecd.org/>, letzter Zugriff am 12.10.2023
- Panteli D., F. Arickx, I. Cleemput, G. Dedet, H. Eckhardt, E. Fogarty, S. Gerken, C. Henschke, J. Hislop, C. Jommi, D. Kaitelidou, P. Kawalec, I. Keskimäki, M. Kroneman, J. Lopez Bastida, P. Pita Barros, J. Ramsberg, P. Schneider, S. Spillane, S. Vogler, L. Vuorenkoski, H. Wallach Kildemoes, O. Wouters, R. Busse (2016), Pharmaceutical regulation in 15 European countries: Review. *Health Systems in Transition*, 2016; 18(5):1–118
- Papanicolas I., L.R. Woskie, A.K. Jha (2018), Health Care Spending in the United States and Other High-Income Countries. *JAMA*. 2018;319(10):1024–1039. doi:10.1001/jama.2018.1150
- Reibling, N., C. Wendt (2012), Gatekeeping and Provider Choice in OECD Healthcare Systems. Special Issue, edited by E. Annandale and E. Kuhlmann, *Current Sociology*, 60, 4, 489-505
- Reibling, N., C. Wendt (2011), Regulating Patients' Access to Healthcare Services. *International Journal of Public and Private Healthcare Management and Economics*, 1, 2, 1-16
- Safi S., T. Thiessen, K.J. Schmailzl (2018), Acceptance and Resistance of New Digital Technologies in Medicine: Qualitative Study, *JMIR Res Protoc* 2018;7(12):e11072
- Sjöberg, M., A.K. Edberg, B.H. Rasmussen, et al. (2021), Documentation of older people's end-of-life care in the context of specialised palliative care: a retrospective review of patient records. *BMC Palliat Care* 20, 91 (2021). <https://doi.org/10.1186/s12904-021-00771-w>
- Stephani, V., R. Busse, A. Geissler (2019), Benchmarking der Krankenhaus-IT: Deutschland im internationalen Vergleich. In: J. Klauber, M. Geraedts, J. Friedrich, J. Wasem (Hg.), *Krankenhausreport 2019*, Springer, 17-32
- Viehmann, A., C. Kersting, A. Thielmann, B. Weltermann (2017), Prevalence of chronic stress in general practitioners and practice assistants: Personal, practice and regional characteristics. *PLoS ONE* 12(5): e0176658. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0176658>

- Wendt, C. (2013), *Krankenversicherung oder Gesundheitsversorgung? Gesundheitssysteme im Vergleich*. 3. Auflage. VS-Verlag
- Wendt, C. (2023), *Gesundheitsversorgung und Pflege besser koordinieren*. *PFLEGE Zeitschrift* 10.2023 / 76, 56-59
- Wendt, C., J. Kohl, M. Mischke, M. Pfeifer (2010), *How Do Europeans Perceive Their Healthcare System? Patterns of Satisfaction and Preference for State Involvement in the Field of Healthcare*. *European Sociological Review*, 26, 2, 177-192
- Wendt, C., M. Mischke, M. Pfeifer (2011), *Welfare States and Public Opinion: Perceptions of Healthcare Systems, Family Policy and Benefits for the Unemployed and Poor in Europe, U.K. and Northampton, MA, U.S.A.*: Edward Elgar Publishing
- Wendt, C., M. Mischke, M. Pfeifer, N. Reibling (2011), *Cost Barriers Reduce Confidence in Receiving Medical Care when Seriously Ill*. *International Journal of Clinical Practice*, 65, 11, 1115-1117
- Wendt, C., M. Mischke, M. Pfeifer, N. Reibling (2012), *Confidence in Receiving Medical Care when Seriously Ill: A Seven-Country Comparison of the Impact of Cost Barriers*. *Health Expectations*, 15, 2, 212-224
- Wendt, C., T. Bahle (2020), *Sozialpolitik*. In: *Handbuch Soziologie*. Edited by H. Joas and S. Mau. Campus, 549-585.
- Youngster, I., J. Avorn, V. Belleudi, et al. (2017), *Antibiotic Use in Children – A Cross-National Analysis of 6 Countries*, *The Journal of Pediatrics*, Volume 182, 2017, Pages 239-244. e1, ISSN 0022-3476, <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2016.11.027>.

Die Zeitschrift für Gesundheitspolitik (ZGP) des Linzer Instituts für Gesundheitssystem-Forschung (LIG) versteht sich als Medium zur Veröffentlichung neuer Denkanstöße und Perspektiven zu aktuellen Problemen des österreichischen Gesundheitssystems. Sie will damit einen Beitrag zur innovativen Weiterentwicklung des österreichischen Gesundheitssystems leisten. Themenbereiche sind etwa intra- und extramurale Versorgung, Nahtstellenmanagement, Finanzierung, Organisation und Akteure des Gesundheitssystems. Die ZGP richtet sich an Personen aus Politik, Sozialversicherung, Kammern, Wissenschaft und an alle, die am Gesundheitssystem interessiert sind.

Erscheinungsweise: vierteljährlich

Gerne lassen wir Ihnen unverbindlich und kostenlos ein Exemplar zukommen.

Bestelladresse:

Linzer Institut für Gesundheitssystem-Forschung (LIG)
Dinghoferstraße 4, 4010 Linz
Tel.: ++43/732/77 83 71-320
Fax: ++43/732/78 36 60-320
E-mail: LIG@ligforschung.at

Bestellformular: <http://www.ligforschung.at/abonnieren>

