

*em. Prof. Dr. Dr. h. c. mult. Friedrich Schneider
Johannes Kepler University of Linz (JKU) und
Gesellschaft für Angewandte Wirtschaftsforschung (GAW)*

*Mag. Stefan Jenewein
Gesellschaft für Angewandte Wirtschaftsforschung (GAW)*

Literatur-Recherche und Abschätzung der Einsparpotenziale bei einer Zusammenlegung von Spitalsambulanzen und extra- muralem (= niedergelassenem) Bereich der Tiroler Landesregierung

1. Ausgangslage	10
2. Gründe für Spitalsambulanzbesuche	12
3. Nicht gerechtfertigte Spitalsambulanzbesuche	14
4. Ambulanz oder niedergelassener Arzt: Wer ist billiger?	18
5. Kostenentwicklung im stationären und ambulanten Bereich	20
6. Kostensenkungspotenzial	22
7. Einsparpotenzial anders betrachtet	26
8. Fazit	29
Literaturverzeichnis	31
Anhang	32

Forschungsfrage

Im Zentrum steht die Frage, ob durch eine Zusammenlegung der Spitalsambulanzen und des niedergelassenen (extramuralen) Bereichs zu einem *gemeinsamen ambulanten Bereich* ökonomische Vorteile zu erzielen sind und inwieweit dazu eine Umstellung der Finanzierung dieser beiden Bereiche notwendig ist.

Dass der gesamte ambulante Bereich (sowohl intramural in Form von Spitalsambulanzen als auch extramural in Form niedergelassener Ärzte) nicht nur ein wichtiger Baustein in der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung ist, sondern zukünftig weiter an Bedeutung gewinnen wird, ist Expertinnen¹ und Beteiligten bekannt. So zählen etwa Hofmarcher und Molnárová (2018) im Factbook „Leistungskraft regionaler Gesundheitssysteme“ „den notwendigen Aus- und Aufbau der ambulanten Versorgung am „best point of service““ zu den wichtigsten Herausforderungen für das Gesundheitssystem der Zukunft. In ihrer Arbeit empfehlen sie schließlich die „Entwicklung der ambulanten Versorgung außerhalb von Krankenhäusern“.

1. Ausgangslage

Seit Jahren, wenn nicht schon Jahrzehnten, wird in Österreich darüber diskutiert, die Spitalsambulanzen zu entlasten, da offensichtlich immer mehr Patienten diese Ambulanzen aufsuchen und es dort teilweise zu Überlastungen kommt. Durch die Entlastung der Spitalsambulanzen verspricht man sich dabei nicht nur Kosteneinsparungen, sondern letzten Endes auch eine effizientere (bessere) gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung.

Derzeit sind Spitalsambulanzen und der niedergelassene (extramurale) Bereich zwei getrennte, jeweils für sich alleinstehende Bereiche, deren jeweilige Finanzierung grundverschieden ist.

1 In der vorliegenden Arbeit wird die weibliche und männliche Form abwechselnd verwendet. Es sind dabei stets jeweils beide Geschlechter gemeint.

Die Spitalsambulanzen „hängen“ an den Spitälern, deren Finanzierung wiederum über die Landesgesundheitsfonds² erfolgt. *„Die Spitäler werden aus mehreren Quellen finanziert, hauptsächlich aus Steuern und aus Pauschalbeiträgen der Sozialversicherungsträger Spitalsfinanzierung. Die wesentlichen Finanziere sind die Sozialversicherung, die Länder und der Bund. Zusätzlich leisten die Patientinnen und Patienten geringe Zuzahlungen („Taggeld“)* (Gesundheit, 2019). Innerhalb der Spitäler wiederum steht die Finanzierung zwischen stationärem und ambulanten Bereich auf unterschiedlichen Füßen. Während der stationäre Bereich über das sogenannte LKF-System (leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung) abgegolten wird, werden die *„Spitalsambulanzen nicht nach ihrer erbrachten Leistung, sondern pauschal abgegolten. Das bedeutet, dass einer Leistung keine direkten Einnahmen gegenüberstehen und eine Mehrleistung daher lediglich Mehrkosten produziert. Die Kosten der Spitalsambulanzen sind mit der Pauschalabgeltung in den meisten Fällen nicht abgedeckt. Dieser Bereich der Spitäler ist daher schlechter finanziert als der stationäre und erwirtschaftet oft erhebliche negative Deckungsbeiträge. In Oberösterreich wurden 2008 laut Rechnungshofbericht (RH, 2011) lediglich durchschnittlich 32 % der Kosten der Spitalsambulanzen abgedeckt. In Niederösterreich waren es durchschnittlich 44 %, in Vorarlberg immerhin 85 %“* (Riedler, 2013). In jüngster Vergangenheit hat es diesbezüglich gesetzliche Änderungen gegeben, die diesem Missstand Abhilfe schaffen sollen. So wurde im Jahr 2017 die leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung (LKF) um ein Modell für den spitalsambulanten Bereich erweitert, welches ab 2019 verpflichtend anzuwenden ist. Durch die schrittweise Einführung einer leistungsorientierten Abrechnung im spitalsambulanten Bereich soll die Transparenz des Leistungsgeschehens verbessert und die Entlastung des stationären Bereichs unterstützt werden (Gesundheit, 2019).

Ärzte im niedergelassenen Bereich rechnen hingegen mit den Krankenkassen ab. Die Sozialversicherung regelt dabei die Versorgung mit niedergelassenen Ärzten und Ärztinnen gemeinsam mit der Ärztekammer.

Diese unterschiedliche Art der Finanzierung der beiden Bereiche ist dabei zumindest aus folgenden beiden Gründen Ursache für Ineffizienzen und hohe Kostensteigerungen. Zum einen gibt es unterschiedliche Anreize auf Seiten der Spitäler, unabhängig von der medizinischen Notwendigkeit, den stationären und den ambulanten Bereich stärker oder eben weniger stark zu nutzen. So bestehen etwa mitunter Anreize, Patientinnen stationär aufzunehmen und nicht ambulant zu behandeln, da sich dies positiv auf die finanzielle Lage (Einnahmen) des Spitals auswirkt.

2 Im Zuge der Gesundheitsreform 2005 wurden die Krankenanstaltenfonds durch die Landesgesundheitsfonds ersetzt.

Zum anderen gibt es mit den Spitalsambulanzen und dem niedergelassenen Bereich zwei Bereiche, deren Leistungen zum Teil substitutiv sind, die jedoch aufgrund unterschiedlicher Anreizsysteme von den handelnden Akteuren (Ärzte, Patientinnen, ...) oftmals aus anderen als medizinischen Motiven unterschiedlich genutzt werden. So finden Spitäler mitunter Anreize vor, Leistungen von den Spitalsambulanzen in den niedergelassenen Bereich auszulagern, während niedergelassene Ärzte mitunter Anreize haben, Patienten in die Spitalsambulanzen zu verweisen. Mehr zu diesen beiden Punkten später.

Punkt 1:

Spitalsambulanzen und niedergelassene Ärzte (also „der ambulante Bereich“) werden unterschiedlich finanziert. Durch diverse Anreize für die handelnden Personen auf beiden Seiten führt diese Regelung am Ende des Tages zu Ineffizienzen und damit in Summe zu höheren volkswirtschaftlichen Kosten.

2. Gründe für Spitalsambulanzbesuche

Eine Untersuchung von Brustmann et al. (2017) ging der Frage nach den Motiven der Patientinnen für einen Ambulanzbesuch nach. Die Ergebnisse ihrer Untersuchung lassen sich wie folgt zusammenfassen.

- **Akute Körperliche Beschwerden:** Eine Vielzahl der befragten Patientinnen, die eine Ambulanz in Anspruch nehmen, sucht diese auf, da sie akute körperliche Beschwerden haben, deren rasche Linderung sie erhoffen. Sie stufen diese häufig als „Notfälle“ ein und sehen für eben diese die Ambulanzen als diejenigen Ansprechpartner, die diese behandeln können.
- **Behandlungskompetenz und Risikominimierung in der Ambulanzen:** Einige der befragten Patienten sehen die Ambulanzen hinsichtlich der raschen und effektiven Behandlung von Beschwerden kompetenter als die Hausärztinnen und suchen deshalb ebendiese auf. Sie schreiben den Ambulanzen auch eine größere Bandbreite an Behandlungsmöglichkeiten zu, insbesondere in Relation zu Hausärzten.

- **Größere diagnostische Möglichkeiten und Kompetenzen:** Ambulanzen werden von Patientinnen auch deshalb aufgesucht, weil ihnen eine in Relation zu Hausärzten höhere Zahl an Möglichkeiten des Einsatzes von Diagnoseinstrumenten zugeschrieben wird, von denen Patientinnen erwarten, dass sie zu einer genaueren Diagnose ihrer eigenen körperlichen Beschwerden führen würden. Gleichzeitig möchten die befragten Patienten hiermit auch unnötige Wege zwischen verschiedenen Instituten des Gesundheitssystems bzw. niedergelassenen Ärztinnen vermeiden bzw. zumindest abkürzen.
- **Anwesenheitszeiten der Hausärztinnen:** Befragte Patienten suchen Ambulanzen auch auf, wenn die jeweiligen Hausärzte, durch welche sie betreut werden, bei Vorliegen von akuten körperlichen Beschwerden nicht anwesend sind bzw. die Anwesenheitszeiten nicht den Bedürfnissen dieser Patienten entsprechen, bspw. wenn akute Beschwerden am Wochenende auftreten oder aufgrund von Berufstätigkeit.
- **Zeitliche Verfügbarkeit der Ambulanzen:** Ambulanzen werden von befragten Patientinnen ebenfalls dann in Anspruch genommen, wenn diese ihnen ein höheres Maß an zeitlicher Verfügbarkeit in Relation zu Hausärzten zuschreiben und Ambulanzen mitunter adäquater zu den jeweiligen Lebensrealitäten und (zeitlichen) Bedürfnissen der Patientinnen passen können.
- **Örtliche Verfügbarkeit:** Hinzu kommt, dass manche der befragten Patientinnen Ambulanzen auch deshalb aufsuchen, weil sie hinsichtlich der örtlichen Verfügbarkeit günstiger erscheinen als die jeweiligen niedergelassenen Ärztinnen, bspw. wenn Anfahrtswege länger sind oder Ambulanzen näher zum eigenen Arbeitsplatz bzw. Wohnort liegen.
- **„One-Stop-Shop“:** Befragte Patientinnen suchen Ambulanzen auch deshalb auf, weil diese als „One-Stop-Shop“ über ein hohes Maß an Diversität verschiedener Ärzten sowie diagnostischen und behandelnden Möglichkeiten an ein und demselben Ort verfügen und sich hierdurch vermeintlich Wege zwischen verschiedenen niedergelassenen Ärztinnen und Instituten des Gesundheitssystems bzw. Wartezeiten auf (Folge)Termine und/oder Diagnosen bzw. Behandlungen vermeiden lassen, die entstehen könnten, wenn Hausärzte nicht in der Lage sind, selbst eine Diagnose zu erstellen bzw. eine entsprechende Behandlung anzubieten.
- **Wartezeiten:** Ein weiteres Motiv, wieso befragte Patientinnen Ambulanzen aufsuchen und nicht den eigenen Hausarzt, ist, dass diese Wartezeiten, bspw. auf Termine, die aufgrund von Überweisungen entstehen, so weit wie möglich vermeiden möchten. Patientinnen akzeptieren entstehende War-

tezeiten in Ambulanzen insbesondere dann, wenn sie annehmen, dass die Beschwerden, deren Diagnose und/oder Behandlung bzw. Heilung die Kompetenz(en) einer Hausärztin übersteigen. Dies stimmt mit dem oben beschriebenen Motiv überein, dass Ambulanzen aus Sicht der Patienten die Funktion eines „One-Stop-Shop“ einnehmen (können).

■ **Persönliche Betreuung versus schlechte Betreuung bei Hausärzten:**

Manche der befragten Patientinnen suchen Ambulanzen auf, weil sie dort ein höheres Maß an persönlicher Betreuung entweder erwarten oder bereits die Erfahrung gemacht haben, dass sie eine solche dort vorfinden können. Ein hohes Maß an sozialer Kompetenz scheint neben der medizinischen ein weiterer wichtiger Faktor zu sein, den befragte Patienten sich erwarten und weshalb sie Ambulanzen anstelle einer niedergelassenen Ärztin aufsuchen.

3. Nicht gerechtfertigte Spitalsambulanzenbesuche

Die Ausführungen im vorangegangenen Kapitel verdeutlichen, dass Patienten Spitalsambulanzen oftmals aus nicht medizinischen Gründen aufsuchen. Vielmehr sind es die bessere zeitliche und örtliche Erreichbarkeit oder auch der – erwartete – Vorteil eines One-Stop-Shops, warum Patienten die Spitalsambulanzen den niedergelassenen Ärztinnen vorziehen. Aus medizinischer Sicht ist daher wenig überraschend ein Teil der Spitalsambulanzenbesuche „nicht gerechtfertigt“ – vielmehr hätten diese Patienten genauso gut von niedergelassenen Ärzten behandelt werden können.

Auf die Frage, wie groß der Anteil von nicht gerechtfertigten Spitalsambulanzenbesuchen ist, wie viele Patienten also durch einen niedergelassenen Arzt genauso gut versorgt hätten werden können wie in den Spitalsambulanzen, gibt es keine eindeutige Antwort, da dazu sehr wenige Forschungsergebnisse vorliegen. Lediglich einzelne Untersuchungen gehen dieser Frage nach, wobei in den meisten Fällen ein konkretes Krankenhaus bzw. Bundesland Gegenstand der Untersuchung ist und daher keine bzw. nur bedingt allgemein gültige Aussagen getroffen werden können. Einigkeit herrscht hingegen darüber, dass zumindest ein Teil der Spitalsambulanzenbesuche nicht gerechtfertigt ist und die dort behandelten Patienten im niedergelassenen Bereich zu gleicher Qualität behandelt werden hätten können.

Eine Untersuchung der Zuweisungsgründe der Ambulanzaufnahme in Krankenhäuser des Landes Vorarlberg im Jahr 2010 kam zum Ergebnis, dass mit 24,7 % rund jeder vierte Patient ein sogenannter Selbstzuweiser (ohne Überweisung) ist und dass nach spitalsärztlicher Einschätzung davon rund 60 % adäquat im extramuralen Bereich behandelt werden könnten (zitiert in: Brustmann et al., 2017). Das würde bedeuten, dass rund jeder siebter Patient (14,8 %) einer Spitalsambulanz auch extramural bei einem niedergelassenen Arzt behandelt werden könnte.

Vor wenigen Jahren wurde auch an einem niederösterreichischen Krankenhaus eine Untersuchung durchgeführt. Ziel auch dieser Untersuchung war es herauszufinden, welcher Anteil der Ambulanzbesucher auch von einem niedergelassenen Arzt behandelt werden hätten können. „Zwei Monate lang wurden die Gründe von Ambulanzbesuchern ohne Zuweisung (12,5 % aller Ambulanzkontakte) für das Aufsuchen einer Spitalsambulanz aufgezeichnet.³ Von 419 registrierten Beschwerdebildern könnten mindestens 60 % bei niedergelassenen Allgemeinärztinnen behandelt werden. [...] Analog einer nicht veröffentlichten Studie der Vorarlberger Krankenhaus-Betriebsgesellschaft [Anmerkung: Ergebnisse dieser Studie im vorhergehenden Absatz] könnte ein nicht geringer Anteil von Ambulanzkontakten ohne Zuweisung (65 %) im niedergelassenen Bereich versorgt werden. Will man aber die Versorgung von den Spitalsambulanzen in den niedergelassenen Bereich verlagern, müssen für die betroffenen Personen attraktive Angebote außerhalb der Krankenhäuser geschaffen werden. [...] Für die Zukunft wird es notwendig sein, neue Versorgungsformen zu finden, [...] um Spitalsambulanzen zu entlasten und die medizinische Versorgung der Bevölkerung auf hohem Niveau weiterführen zu können“ (Haidinger et al., 2013).

Punkt 2:

Bis zu zwei Drittel der Ambulanzbesucher ohne Zuweisung könnten auch von niedergelassenen Ärzten behandelt werden.

Die Gründe für diese nicht gerechtfertigten Ambulanzbesuche sind vielfältig und überschneiden sich teils mit den eingangs genannten Gründen der Patienten für einen Ambulanzbesuch. So zeigt sich etwa, dass umso mehr nicht gerechtfertigte Ambulanzbesuche zu verzeichnen sind, je näher der Wohnort an einer Spitalsambulanz liegt. „So sind beim Fahrzeitintervall zwischen 0 und 30 Minuten 21,4 % aller Besuche in den Spitalsambulanzen nicht gerechtfertigt. Im Gegensatz dazu fällt die Prozentzahl der nicht gerechtfertigten Frequenzen von Spitalsambulanzen bei Personen im Fahrzeitintervall zwischen 30 und 60 Minuten auf

³ Insgesamt wurden die Angaben zu 888 Einzelpersonen registriert.

7,5 %. Die Studie weist auf den Zusammenhang zwischen Transaktionskosten und Inanspruchnahme der medizinischen Leistung hin. Je länger die Fahrzeit zu der Spitalsambulanz ist, desto wahrscheinlicher ist, dass die Leistung auch gerechtfertigt in Anspruch genommen wird. Eine längere Fahrzeit erhöht die subjektiven Kosten. Diese erhöhten subjektiven Kosten werden tendenziell nur dann in Anspruch genommen, wenn ein positiver Mehrwert durch den Besuch einer Spitalsambulanz erwartet werden kann“ (Rissbacher et al., 2010).

Punkt 3:

Zwischen Fahrzeit zum Spital und gerechtfertigtem Erscheinen in der Spitalsambulanz besteht ein Zusammenhang. Je näher Patienten am Spital wohnen, desto häufiger nehmen sie nicht gerechtfertigt Spitalsambulanzen in Anspruch.

Darüber hinaus konnten Untersuchungen nachweisen, „dass die steigende Anzahl der Spitalsambulanzen mit einer erhöhten ungerechtfertigten Inanspruchnahme einhergeht. Dies führt zwangsläufig zu einem Ungleichgewicht zwischen den Spitalsambulanzen und dem niedergelassenen Bereich. Dabei handelt es sich keineswegs um ein auf den deutschen Sprachraum beschränktes Phänomen, sondern diese Entwicklung wird international mit großer Sorge festgestellt. Die vorliegende Untersuchung liefert Indizien dafür, dass die Spitalsambulanzen eine beachtliche Anzahl von Patienten versorgen, die durch niedergelassene Versorgungseinheiten behandelt werden könnten. Gemäß den Untersuchungsergebnissen ist dies sowohl auf persönliche als auch strukturelle Faktoren zurückzuführen“ (Rissbacher et al., 2010).

Punkt 4:**Angebotsinduzierte Nachfrage I:**

Je mehr Spitalsambulanzen es gibt, desto mehr nicht gerechtfertigte Ambulanzbesuche sind zu beobachten.

Ein Ansatzpunkt zur Reduktion nicht gerechtfertigter Ambulanzbesuche ist es, für eine entsprechend flächendeckende Versorgung der Bevölkerung mit niedergelassenen Ärzten zu sorgen. Denn aus diversen Untersuchungen (etwa Fülöp et al., 2009) ist bekannt, dass „Patienten mit hoher Wahrscheinlichkeit den jeweils ihrem Wohnstandort nächstgelegenen Arzt aufsuchen“. Dabei gibt es zwischen den einzelnen Fachrichtungen durchaus Unterschiede, da die Patienten unterschiedliche hohe Sensibilitäten bezüglich der Entfernung des Arztes (Distanzempfindlichkeit) aufweisen. „Hausärzte, Augenärzte, HNO-Ärzte und Urologen weisen räumlich enger beschränkte Einzugsgebiete auf, da ihre Pati-

enten eine hohe Distanzempfindlichkeit entwickeln, während fachärztlich tätige Internisten, Nervenärzte, Psychotherapeuten und Anästhesisten über ausgedehntere Einzugsbereiche verfügen, da ihre Patienten bereit sind, auch weitere Strecken zu ihnen zurückzulegen“ (Fülöp et al., 2009).

Aber auch hier ist Vorsicht vor vorschnellen Schlüssen geboten. Denn so führt allein eine höhere Facharztdichte nicht notwendigerweise zu weniger frequentierten Spitalsambulanzen. So hält etwa der Rechnungshof (RH, 2011) in einem Bericht fest, dass *„eine höhere Facharztdichte im niedergelassenen Bereich vor allem in den Ballungsräumen zu keinen Reduktionen von spitalsambulanten Leistungen führte“*. Der Rechnungshof verweist auf eine Untersuchung in Oberösterreich, die dies zu bestätigen scheint. „Die OÖGKK überprüfte im Jahr 2008 den möglichen Zusammenhang zwischen zahlreichen Facharztfällen und Krankenhausaufenthalten sowie Spitalsambulanzfällen. Sie kam dabei zum Ergebnis, dass in den Bezirken mit einer hohen Anzahl von Fachärzten auch signifikant viele Krankenhausaufenthalte und Ambulanzfälle zu verzeichnen waren. Besonders in den Ballungsräumen Linz, Wels und Steyr, die ein hohes Angebot an Gesundheitsleistungen aufwiesen, war die Inanspruchnahme sowohl von Ordinations- als auch Spitalsambulanzleistungen am größten. [...] nach Auffassung des RH auch in Niederösterreich für eine angebotsinduzierte Nachfrage in den Ballungszentren. Der RH verwies auch in diesem Zusammenhang auf seine Empfehlung, eine integrierte Versorgungsplanung rasch abzuschließen“ (RH, 2011).

Punkt 5:

Angebotsinduzierte Nachfrage II:

Mehr Fachärzte in den Ballungszentren führen nicht notwendigerweise zu einer Entlastung der Spitalsambulanzen.

4. Ambulanz oder niedergelassener Arzt: Wer ist billiger?

Bevor diese Frage beantwortet werden kann, kann gleich vorab festgestellt werden, dass die Antwort auf diese Frage alles andere als eindeutig ist. Der erwähnte Rechnungshofbericht (RH, 2011) geht dieser Frage auf den Grund und liefert folgende Ergebnisse. In diesem Bericht geht es darum „festzustellen, in welchen der beiden Bereiche – Spitalsambulanzen oder Ordinationen – ausgewählte medizinische Leistungen kostengünstiger erbracht wurden“.

Punkt 6:

Das Ziel der Gesundheitsreformen, Leistungen vom stationären in den ambulanten bzw. vom ambulanten in den niedergelassenen Bereich zu verlagern und damit die Kostensteigerung einzudämmen, wurde nicht erreicht (RH, 2011).

Mit dieser Aussage könnte es bereits belassen werden, denn offensichtlich gibt es seit langer Zeit die berechtigte Absicht zur Verlagerung von Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen weg von den Spitalsambulanzen hin zum niedergelassenen Bereich, da dadurch der Kostenanstieg gebremst werden könnte.

Die Diskussion rund um die Frage, wo was behandelt werden soll, gestaltet sich schon deshalb schwierig, da eine „**bundesweit einheitliche Dokumentation ambulanter Leistungen**“ im intra- und extramuralen Bereich sowie damit ein Überblick über die bisher nicht erfassten Ambulanzleistungen und somit die Vergleichbarkeit der Leistungen zwischen den beiden Bereichen [fehlt]. Bisher dokumentierten die Länder ihre spitalsambulanten Leistungen wegen verschiedener Anreize unterschiedlich. In Oberösterreich wurde umfassend dokumentiert, weil die Ärzte einen Anteil an den Gebühren erhielten und damit ein finanzielles Interesse an einer möglichst umfassenden Dokumentation hatten“ (RH, 2011).

Punkt 7:

Es fehlt eine bundesweit einheitliche Dokumentation ambulanter Leistungen im intra- und extramuralen Bereich.

„Mit der Entwicklung einer bundesweit einheitlichen Dokumentation ambulanter Leistungen im intra- und extramuralen Bereich ist auch das Ziel verbunden, die

Spitalsambulanzen zugunsten des niedergelassenen Bereichs zu entlasten“ (RH, 2011).

Punkt 8:

Es bestehen (finanzielle) Anreize für Spitäler, zwischen stationärem, ambulantem und extramuralem Bereich zu „wählen“.

„Es bestanden nach wie vor große finanzielle Anreize für Krankenanstalten, Patienten eher stationär (als 1-Tages- bzw. 0-Tages-Patienten) aufzunehmen als ambulant zu behandeln, weil die Kosten der Spitalsambulanzen bei weitem nicht gedeckt waren und die Einnahmen für einen Patienten je stationärem Aufenthalt wesentlich höher sind als jene bei einer ambulanten Behandlung. **Es war für die Krankenanstalten daher finanziell vorteilhaft, Patienten nicht ambulant zu behandeln, sondern stationär aufzunehmen.**“ Die durchschnittlichen Einnahmen für einen Patienten je stationärem Aufenthalt sind rund doppelt so hoch wie für einen Patienten je 1-Tages-Aufenthalt, diese rund doppelt so hoch wie jene für einen 0-Tages-Aufenthalt und **die Einnahmen je 0-Tages-Aufenthalt sind je Patienten rund zehnmal so hoch wie bei einer ambulanten Frequenz.** Die Kosten der Ambulanz – bezahlt aus Fondsmitteln – sind lediglich zu 77 %, 39 % bzw. 44 % gedeckt.

Doch auch zur „Auslagerung“ von Gesundheitsdiensten **von den Spitälern in den extramuralen Bereich** bestehen im derzeitigen System entsprechende Anreize. „Aufgrund der derzeitigen Krankenanstaltenfinanzierung und der damit verbundenen niedrigen Kostendeckungsgrade bestand ein verstärkter **Anreiz für die Krankenanstalten, die medizinische Abklärung** des Patienten vor der Operation (EKG, Blutbild und Thoraxröntgen) **in den niedergelassenen Bereich auszulagern.** In Niederösterreich waren die Hinweise auf die Verlagerung der Leistungen in den Krankenversicherungsbereich besonders auffällig. Der Anteil der extramuralen Diagnosen an den OP-Zahlen lag bei bis zu 98 % (Laboruntersuchungen im LK St. Pölten). Dabei ersparte sich der Rechtsträger je Fall ca. 30 EUR; im Gegenzug wurde die NÖGKK mit ca. 80 EUR je Fall belastet. Eine Leistungserbringung durch jenen Träger, der dies kosteneffizienter durchführt, brächte Einsparungspotenziale.“

Hinzu kommt, dass den Bundesländern hier mehr Möglichkeiten offen stehen, Kosten zu verschieben, als den Krankenkassen. „Die Länder hatten größere budgetäre Möglichkeiten zur Setzung spitalsentlastender Maßnahmen als die sozialen Krankenversicherungsträger. Sie haben die Kompetenz, Leistungen vom stationären in den ambulanten Spitalsbereich und weiter in den Pflege- sowie Hauskrankenpflegebereich zu verlagern“ (RH, 2011).

**Punkt 9:
Kosten für Untersuchungen und Behandlungen sind in den Spitalsambulanzen und im niedergelassenen Bereich unterschiedlich hoch.**

„Einige ambulante Leistungen waren in der Spitalsambulanz kostengünstiger als die im niedergelassenen Bereich von den sozialen Krankenversicherungsträgern bezahlten Durchschnittspreise und umgekehrt. Eine Mammographie kostete in der Spitalsambulanz zumindest rd. 65 EUR, in der Ordination bis zu rd. 113 EUR. Umgekehrt kostete eine MRT-Knie im spitalsambulanten Bereich bis zu rd. 234 EUR, im niedergelassenen Bereich zumindest rd. 150 EUR. [...] können manche Leistungen im spitalsambulanten und manche im niedergelassenen Bereich kostengünstiger erbracht werden“ (RH, 2011).

5. Kostenentwicklung im stationären und ambulanten Bereich

Die Kosten der Krankenanstalten sind in den letzten Jahren im ambulanten Bereich wesentlich stärker gestiegen als im stationären Bereich. Während die Kosten im stationären Bereich im Zeitraum 2008 bis 2017 um 28,6 % auf 10,4 Milliarden Euro gestiegen sind, kam es im ambulanten Bereich zu einem Kostenanstieg von 60,6 % auf zuletzt 2,3 Milliarden Euro.

Tabelle 1: Kosten in Krankenanstalten nach Kostenstellenbereichen

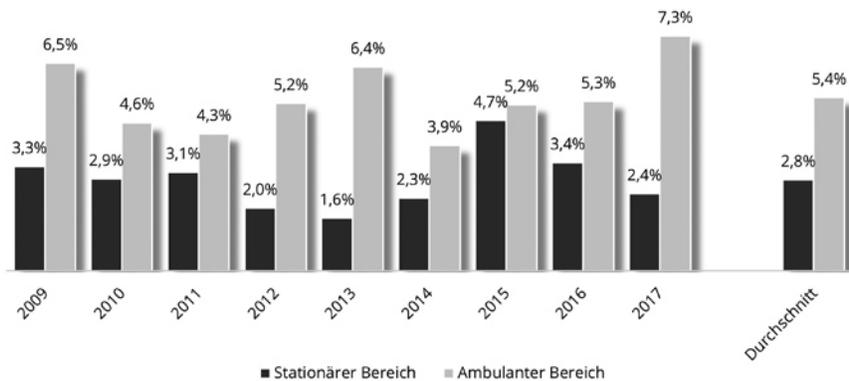
	Kosten stationärer Versorgung		Kosten ambulanter Versorgung		Nebenkosten
	Absolut	Anteil an Gesamtkosten	Absolut	Anteil an Gesamtkosten	Absolut
2008	€ 8,0 Mrd.	77,6 %	€ 1,4 Mrd.	13,7 %	€ 0,9 Mrd.
2009	€ 8,3 Mrd.	77,7 %	€ 1,5 Mrd.	14,1 %	€ 0,9 Mrd.
2010	€ 8,5 Mrd.	77,5 %	€ 1,6 Mrd.	14,3 %	€ 0,9 Mrd.
2011	€ 8,8 Mrd.	77,4 %	€ 1,6 Mrd.	14,5 %	€ 0,9 Mrd.
2012	€ 9,0 Mrd.	77,1 %	€ 1,7 Mrd.	14,9 %	€ 0,9 Mrd.
2013	€ 9,1 Mrd.	76,7 %	€ 1,8 Mrd.	15,5 %	€ 0,9 Mrd.
2014	€ 9,3 Mrd.	76,4 %	€ 1,9 Mrd.	15,7 %	€ 1,0 Mrd.
2015	€ 9,8 Mrd.	76,4 %	€ 2,0 Mrd.	15,7 %	€ 1,0 Mrd.
2016	€ 10,1 Mrd.	76,2 %	€ 2,1 Mrd.	16,0 %	€ 1,0 Mrd.
2017	€ 10,4 Mrd.	75,6 %	€ 2,3 Mrd.	16,6 %	€ 1,1 Mrd.

Quelle: BMASGK, 2019.

Die Kosten beziehen sich auf die landesgesundheitsfondsfinanzierten Krankenanstalten.

Wie aus der nächsten Abbildung ersichtlich wird, übersteigen die Kostensteigerungen im ambulanten Bereich dabei jedes Jahr jene im stationären Bereich. Im Schnitt war der Kostenanstieg im ambulanten Bereich mit jährlich 5,4 % knapp doppelt so stark wie im stationären Bereich (2,8 %).

Abbildung 1: Entwicklung der Kosten in Krankenanstalten im stationären und ambulanten Bereich



Quelle: BMASGK, 2019.

Die Kosten beziehen sich auf die landesgesundheitsfondsfinanzierten Krankenanstalten.

Punkt 10:

In den Krankenanstalten war der Kostenanstieg im ambulanten Bereich allein in den letzten zehn Jahren beinahe doppelt so stark wie im stationären Bereich.

6. Kostensenkungspotenzial

Dass am Ende des Tages ein Kostensenkungspotenzial besteht, wenn Spitalsambulanzen und der niedergelassene Bereich stärker kooperieren, steht dabei – abseits der Frage, wer von den beiden welche Leistungen kostengünstiger anbieten kann – außer Frage. Eine IHS-Studie (Czypionka et al., 2012) bringt dies in anderen Worten auf den Punkt. „In der Kooperation von Spitälern mit dem niedergelassenen Bereich lassen sich hohe Kostendämpfungspotenziale heben. Die Voraussetzungen sind aber in Österreich kaum vorhanden. Folgende Maßnahmen könnten, teilweise sogar ohne große Up-front-Kosten, wesentliche Beiträge leisten:

- Die Bemühungen um eine **sektorenübergreifende Finanzierung des ambulanten Bereichs** müssen rasch vorangetrieben werden. Die kostengetreue Abgeltung des Ambulanzbetriebs würde tatsächlich hohe Einsparungsmöglichkeiten im stationären Bereich erbringen.
- Die Kooperationsmöglichkeiten zwischen Spitälern und niedergelassenem Bereich sowie die dazugehörigen intermediären Versorgungsformen sollten vom Gesetzgeber ermöglicht werden.
- Dazu zählen insbesondere **Flexibilisierungen im Bereich der Gruppenpraxen** sowie von **Vertragsstrukturen** zwischen niedergelassenem Bereich und Spital. Deutsche und niederländische Vorbilder zeigen, dass dies neben Kostendämpfungsmöglichkeiten auch bessere Behandlungsqualität ermöglicht.

6.1. Oberösterreich – Kosten im intramuralen Bereich

Im Bundesland Oberösterreich liegen die Gebührenersätze, die der stationäre Bereich der Spitäler erhält, rund um den Faktor 8 über jenen des ambulanten Bereichs. Dabei erfolgt die Abgeltung der stationären Leistungen der Fondskrankenanstalten in Form von LKF-Gebührenersätzen durch den Oberösterreichischen Gesundheitsfonds. Mit diesen Zahlungen sind sämtliche Ansprüche der Fondskrankenanstalten gegenüber dem Oberösterreichischen Gesundheitsfonds und den Sozialversicherungsträgern für Leistungen, die im stationären, halbstationären und tagesklinischen Bereich erbracht werden, abgegolten. Im Jahr 2017 beliefen sich die LKF-Gebührenersätze, die der Oberösterreichische Gesundheitsfonds an die Fondskrankenanstalten ausbezahlt, auf 931,5 Millionen Euro.

Die Ambulanzgebührenersätze, mittels derer die Abgeltung der ambulanten Leistungen der Fondskrankenanstalten erfolgt, betragen im selben Jahr 127,7 Millionen Euro (OÖ GFi, 2018).

Die Summe der Versicherungsleistungen, die die Oberösterreichische Krankenkasse (OÖGKK) im Jahr 2016 leistete, belief sich auf 2,2 Milliarden Euro. Welcher Anteil davon in den „niedergelassenen Bereich“ fließt, kann dabei nicht eindeutig zugeordnet werden. Bleiben jedoch die Ausgaben für Heilmittel, Zahnersatz, Kranken- und Rehabilitationsgeld, Mutterschaftsleistungen und ähnliche Leistungen unberücksichtigt, so können die verbleibenden Mittel als Leistungen für den „niedergelassenen Bereich im weitesten Sinne“ zugeordnet werden. Dabei entfielen auf ärztliche Hilfe und gleichgestellte Leistungen 508,3 Millionen Euro, auf Zahnbehandlung 111,2 Millionen Euro und auf Vorsorgeuntersuchungen 17,7 Millionen Euro. An den Krankenanstaltenfonds überwies die OÖGKK weitere 663,6 Millionen Euro (OÖGKK, 2017).

6.2. Abschätzung des Einsparungspotenzials

Die beschriebene Fragmentierung der Finanzierung (Sozialversicherung auf der einen und Gebietskörperschaften auf der anderen Seite) führt zu starken Fehlanreizen. Denn Spitälern entstehen keine Kosten, wenn sie Leistungen in den niedergelassenen Bereich verschieben (Grenzkosten von Null). Und umgekehrt sinken die Grenzkosten für die Sozialversicherung für jene Leistungen, die anstatt im niedergelassenen Bereich in den Spitälern erbracht werden, gegen Null.

Hinzu kommt, dass ambulante Leistungen in den Spitälern – wie unter anderem der oben erwähnte Rechnungshofbericht festhält – nicht kostendeckend vergütet werden. Auch aus dieser Tatsache ergeben sich für die Spitäler Anreize zu ineffizientem Verhalten, nämlich möglichst viele Leistungen vom ambulanten in den stationären Bereich zu verschieben. Dort sind zwar die Kosten wesentlich höher, aber diese werden eben auch entsprechend vergütet.

Das Einsparungspotenzial kann **im Rahmen der vorliegenden Arbeit nur sehr grob abgeschätzt werden**. Die Schwierigkeit der Quantifizierung des Einsparpotenzials liegt nicht zuletzt auch darin, dass Leistungen – wie oben ausgeführt – **nicht immer und ausschließlich** in einem Bereich teurer sind als im anderen Bereich. Die folgenden Zahlen sind daher als konservative Richtwerte zu sehen. Basis für die genannten Zahlen ist die bereits erwähnte IHS-Studie (Czypionka et al., 2012)⁴, die diese Quantifizierung ihrerseits auf Basis unterschiedlicher Untersuchungen und Veröffentlichungen vorgenommen hat.

6.2.1. Einsparungen durch Verlagerung stationär – ambulant

Ein erstes Einsparungspotenzial liegt in der Verlagerung von Operationen, die derzeit stationär erbracht werden, in den ambulanten Bereich. Dieses Potenzial an ambulanten Operationen kann mit 323,5 Millionen Euro beziffert werden. Dieses Einsparungspotenzial kann gehoben werden, wenn dort, wo es medizinisch möglich ist, weniger stationär und mehr ambulant operiert wird. Basis dieser Zahlen ist eine Untersuchung aus Deutschland (RWI Essen), bei der die Studienautoren mit Medizinerinnen 200 Operationsarten auf ihre Möglichkeiten zur Ambulantisierung untersucht haben. Das IHS (Czypionka et al., 2012) ergänzt dazu, dass „dies eine sehr konservative Schätzung dar[stellt], da ambulantes Operieren bei uns kaum verbreitet ist und die Altersstruktur in Deutschland ungünstiger ist, somit notwendige stationäre Aufnahmen auch weniger reduziert werden können“.

Weiter besteht ein Einsparungspotenzial in der „Umschichtung“ von stationärem Aufenthalt hin zu 0 bzw. 1 Tagesaufenthalten. Dies deshalb, da, wie oben ausgeführt, die Spitäler für einen stationären Aufenthalt eines Patienten mehr vergütet bekommen als für einen 0/1-Tagesaufenthalt. Das Potenzial dieser Verlagerung von stationärem hin zu 0/1-Aufenthalten kann dabei mit weiteren 110,4 Millionen Euro beziffert werden.

Ein weiteres Einsparungspotenzial könnte gehoben werden, wenn die Nachbetreuung stärker vom stationären in den ambulanten Bereich verlagert würde.

⁴ Die Zahlen der IHS-Studie sind mit dem VPI auf das Jahr 2018 inflationiert.

Das in dieser Verlagerung schlummernde Kostendämpfungspotenzial liegt bei 148,8 Mio. Euro.

6.2.2. Einsparungen durch medizinische Versorgungszentren

Die erwähnte IHS-Studie (Czypionka et al., 2012) schätzt auch jenes Einsparungspotenzial ab, das sich durch die Errichtung von medizinischen Versorgungszentren, also einer Kooperation von Spitalsambulanzen und niedergelassenen Ärzten, in Österreich ergeben könnte. Dazu gibt es Erfahrungswerte aus Deutschland und den Niederlanden, wobei sich Kostenreduktionen dabei vor allem durch Skaleneffekte erzielen lassen. Im Falle des Polikums Berlin beliefen sich die Kostenreduktionen auf etwa 20 % und Befunde aus niederländischen Behandlungszentren deuten auf ähnliche Größenordnungen hin. Wird für Österreich angenommen, dass der niedergelassene Bereich und die Hälfte der Ambulanzleistung nur die Hälfte dieses Potenzials durch Kooperationen nützen können, ergibt sich allein hier ein Kostendämpfungspotenzial von 341,8 Mio. Euro.

In Summe zeigen allein diese genannten Maßnahmen ein Einsparungspotenzial von 924,5 Millionen Euro jährlich auf.

Tabelle 2: Kosteneinsparungspotenzial verschiedener Maßnahmen

Maßnahme	Kostensenkungspotenzial
<i>Einsparungen durch Verlagerung stationär – ambulant</i>	
Ambulante statt stationäre Eingriffe	€ 323,5 Mio.
Umschichtung von stationären zu 0/1-Tagesaufenthalten	€ 110,4 Mio.
Auslagerung von stationärer in ambulante Nachbetreuung	€ 148,8 Mio.
<i>Einsparungen durch medizinische Versorgungszentren</i>	
Errichtung medizinischer Versorgungszentren	€ 341,8 Mio.
Einsparungspotenzial gesamt	€ 924,5 Mio.

Quelle: Czypionka et al., 2012.
Zahlen auf 2018 inflationiert.

7. Einsparpotenzial anders betrachtet

Im vorangegangenen Kapitel wurde jenes Einsparpotenzial ausgewiesen und diskutiert, das sich durch eine Verlagerung von stationären zu ambulanten Leistungen auf der einen sowie durch die Errichtung medizinischer Versorgungszentren auf der anderen Seite ergeben kann.

Ein anderer Zugang zur Abschätzung eines allfälligen Einsparpotenzials liegt in einem Vergleich des ambulanten Sektors in Österreich und in Deutschland.

Tabelle 3: Vergleich Deutschland – Österreich

	AT	DE
BIP	€ 370,3 Mrd.	€ 3.245,0 Mrd.
Laufende Gesundheitsausgaben		
<i>absolut</i>	€ 38,5 Mrd.	€ 368,6 Mrd.
<i>in % des BIP</i>	10,4 %	11,4 %
davon ambulante Gesundheitsversorgung		
<i>absolut</i>	€ 9,7 Mrd.	€ 80,1 Mrd.
<i>in % der laufenden Gesundheitsausgaben</i>	25,3 %	21,7 %
Von Krankenhäusern erbrachte Leistungen	€ 14,8 Mrd.	€ 102,1 Mrd.
<i>ambulante Versorgung</i>	€ 2,2 Mrd.	€ 3,2 Mrd.
<i>stationäre Versorgung</i>	€ 12,2 Mrd.	€ 97,3 Mrd.
<i>sonstige Versorgung</i>	€ 0,4 Mrd.	€ 1,6 Mrd.

Quelle: Eurostat, 2019. Zahlen für 2017.

So zeigt ein Blick zu unseren nördlichen Nachbarn zunächst, dass dort die laufenden Gesundheitsausgaben mit 11,4 % des BIPs um einen Prozentpunkt höher sind als in Österreich (Zahlen für 2017). Die Ausgaben für die gesamte *ambulante* Gesundheitsversorgung betragen in Deutschland 80,1 Milliarden Euro und in Österreich 9,7 Milliarden Euro. Die Ausgaben für die *ambulante* Gesundheitsversorgung liegen dabei in Deutschland mit 21,7 % gemessen an den gesamten laufenden Gesundheitsausgaben vergleichsweise weit unter den 25,3 %

in Österreich. In Österreich macht die ambulante Gesundheitsversorgung somit einen größeren Anteil an den gesamten laufenden Gesundheitsausgaben aus als in Deutschland. Allerdings wird ein überproportional hoher Anteil an ambulanten Leistungen in den Krankenhäusern erbracht.

Die Krankenhäuser erbringen in Deutschland in Summe Leistungen im Umfang von 102,1 Milliarden Euro, während es in Österreich 14,8 Milliarden Euro sind. Auffallend dabei ist, dass in Deutschland mit 97,3 Milliarden Euro mehr als 95 % der gesamten Leistungen der Krankenhäuser auf die stationäre Versorgung entfallen. In Österreich sind es mit 12,2 Milliarden Euro hingegen lediglich 82,4 %. Umgekehrtes gilt für die ambulante Versorgung. Die von den Krankenhäusern erbrachten ambulanten Leistungen belaufen sich in Deutschland mit 3,2 Milliarden Euro auf 3,2 % der gesamten von den Krankenhäusern erbrachten Leistungen, während es in Österreich mit 2,2 Milliarden Euro 14,8 % sind. Das heißt, dass der Anteil der ambulanten Versorgung in den Krankenhäusern in Österreich wesentlich höher ist als in Deutschland (gemessen an den gesamten von den Krankenhäusern erbrachten Leistungen).

Zur Orientierung: Wenn in Österreich der Anteil an von Krankenhäusern erbrachten ambulanten Leistungen auf das deutsche Niveau sinken soll, so würde dies eine Verlagerung des Leistungsumfangs von 1,7 Milliarden Euro von den Ambulanzen hin in den extramuralen Bereich bedeuten. Dies ist zunächst einmal ein Verlagerungspotenzial, das noch nichts über ein allfälliges finanzielles Einsparungspotenzial aussagt.

Um das Einsparungspotenzial abzuschätzen, welches mit einer Verlagerung von Leistungen von den Ambulanzen hin in den extramuralen Bereich verbunden sein kann, sei an dieser Stelle folgende Überlegung angestellt.

Ausgehend von 10 Millionen jährlichen Kassenarztkontakten in Oberösterreich bzw. 5,8 Millionen e-card-Abrechnungen sowie einem Fallwert (Wert pro abgerechneter e-card und Quartal) in Höhe von 69 Euro ergibt sich zunächst ein Durchschnittsaufwand von 40,0 Euro je Kassenarztbesuch.⁵

Im Jahr 2018 gab es in den oberösterreichischen Spitälern 3,2 Millionen Patientenkontakte in den dortigen Ambulanzen (österreichweit waren es rund 22,4 Millionen), während sich die Patientenkontakte bei Kassenärzten auf knapp 12 Millionen beliefen. Das heißt, dass etwas mehr als jeder vierte (26,6 %) Kontakt aller ambulanten Kontakte in einer Ambulanz stattgefunden hat, der Rest bei Kassenärzten.

⁵ e-card-Abrechnungen erfolgen für ein ganzes Kalenderquartal, in dem ein Patient im Durchschnitt jedoch öfter als einmal den Arzt in Anspruch nimmt.

Werden nun die Kosten für ambulante Leistungen an den österreichischen Spitätern in Höhe von 2,3 Milliarden Euro (Details siehe oben) diesen 22,4 Millionen Kontakten gegenübergestellt, so ergeben sich durchschnittliche Aufwandskosten in Höhe von 101,7 Euro je Kontakt.

Gelingt es vor diesem Hintergrund, die Spitalsambulanzkontakte wie in Deutschland um ein Drittel zu kürzen (7,5 Millionen Kontakte) bzw. in den extramuralen Bereich zu verlagern und werden dabei die unterschiedlichen Kosten je Fall zugrunde gelegt, so ergibt sich daraus eine Einsparpotenzial in Höhe von 460,4 Millionen Euro jährlich.

Tabelle 4: Verlagerung von Spitalsambulanzen hin in den extramuralen Bereich

Besuche, e-card-Abrechnungen und Kosten	
Durchschnittlicher Fallwert (e-card) / Patient in Österreich lt. HV-Daten, 2018	69,0 €
E-card-Abrechnungen in OÖ, 2018	5,8 Mio.
Kassenarztkontakte OÖ (OÖGKK)	10,0 Mio.
= Aufwand je Kassenarztbesuch	40,0 €
Kontakte in Spitalsambulanzen, bei Kassenärzten und Kosten	
Kontakte Spitalsambulanzen in OÖ (lt. Statistik Land OÖ, 2018)	3,2 Mio.
Kontakte Spitalsambulanzen in Österreich	22,4 Mio.
Kontakte bei Kassenärzten in OÖ (inkl. Bundeskassen), extramural	12,0 Mio.
= Anteil extramuraler Kontakte in OÖ	26,7 %
Ambulanzkosten in Krankenhäusern in Österreich	€ 2,3 Mrd.
= Aufwand je Kontakt in Spitalsambulanzen	101,7 €
Verlagerungspotenzial (analog DE)	
Verlagerung von Kontakten Spitalsambulanzen hin in extramuralen Bereich	7,5 Mio.
= damit verbundenes Einsparpotenzial	€ 460,4 Mio.

Quelle: OÖÄK, 2019. BMASGK, 2019.

8. Fazit

1. Ohne klare **Dokumentation der Leistungen** und Kosten fehlt eine sachlich-fachliche Grundlage für Vorschläge zur Verbesserung des Systems. Die erwähnte „schrittweise Einführung einer leistungsorientierten Abrechnung im spitalsambulanten Bereich“ ist ein Schritt in die richtige Richtung.
2. Ohne Berücksichtigung und **Änderung der aktuell gültigen Finanzierung aus unterschiedlichen Quellen** und den davon ausgehenden Anreizen für die einzelnen Akteure versprechen Änderungen im System wie eine Zusammenlegung von Ambulanzen und niedergelassenem Bereich wenig Erfolg. „Der RH wies ausdrücklich darauf hin, dass jede Leistungsverschiebung zwischen spitalsambulanten und niedergelassenem Bereich eine Neuordnung der Finanzierung gemäß Art. 15a-Vereinbarung zur Folge haben muss“ (RH, 2011). In einer ökonomischen Idealwelt sollte **die Finanzierung des gesamten ambulanten Bereichs⁶ letzten Endes aus einer Hand** erfolgen.
3. Ambulanzen und niedergelassener Bereich müssen trotz aller unterschiedlicher Interessen als **EIN Bereich** gesehen werden. Denn obgleich die Finanzierung im einen Fall (im Wesentlichen) über die Landesgesundheitsfonds und im anderen Fall über die Krankenkassen erfolgt, am Ende des Tages sind alles öffentliche Mittel, die hier eingesetzt werden.
4. Flankierend zu einer gemeinsamen Betrachtung der Spitalsambulanzen und des niedergelassenen Bereichs darf nicht vergessen werden, auch **die Finanzierung IM Spitalsbereich** anzupassen. Denn es muss vermieden werden, dass weiterhin Anreize bestehen, Leistungen aus finanzierungs- und kosten-technischen Überlegungen aus dem ambulanten in den stationären Bereich zu verschieben.
5. **Kosteneinsparungen in Höhe von 924,5 Millionen Euro jährlich** wären vergleichsweise einfach zu realisieren. Diese Einsparungen rühren zum einen durch Verschiebungen im Spitalsbereich aus dem stationären in den ambulanten Bereich, aber vor allem auch durch eine stärkere Kooperation im ambulanten Bereich, also zwischen Spitalsambulanzen und niedergelassenem Bereich, her.
 - a) Durch das Ersetzen von stationären durch ambulante Eingriffe können 323,5 Millionen Euro jährlich eingespart werden.

6 Mit Ausnahmen wie etwa dem Notfallbereich.

- b) Durch die Verlagerung von stationären zu 0/1-Aufenthalten können 110,4 Millionen Euro jährlich eingespart werden.
 - c) Durch die Auslagerung stationärer in ambulante Nachbetreuung können 148,8 Millionen Euro eingespart werden.
 - d) Durch die Errichtung medizinischer Versorgungszentren können 341,8 Millionen Euro eingespart werden.
6. In Deutschland belaufen sich die Kosten der **ambulanten Versorgung in den Krankenhäusern** auf lediglich 3,2 % der gesamten Krankenhauskosten, während es in Österreich 14,8 % sind. Gelänge hier eine Angleichung an das deutsche Niveau, so würde dies für Österreich ein Verlagerungspotenzial in den extramuralen Bereich von rund 1,7 Milliarden Euro bedeuten.
7. Kann **in Österreich analog zu Deutschland rund ein Drittel der Spitalsambulanzenbesuche in den extramuralen Bereich verlagert** werden und werden dabei durchschnittliche Kosten von 40,0 Euro (Kassenarztbesuch) bzw. 101,7 Euro (Ambulanzbesuch) unterstellt, so wäre damit ein **Einsparungspotenzial in Höhe von 460,4 Millionen Euro jährlich** verbunden.

Literaturverzeichnis

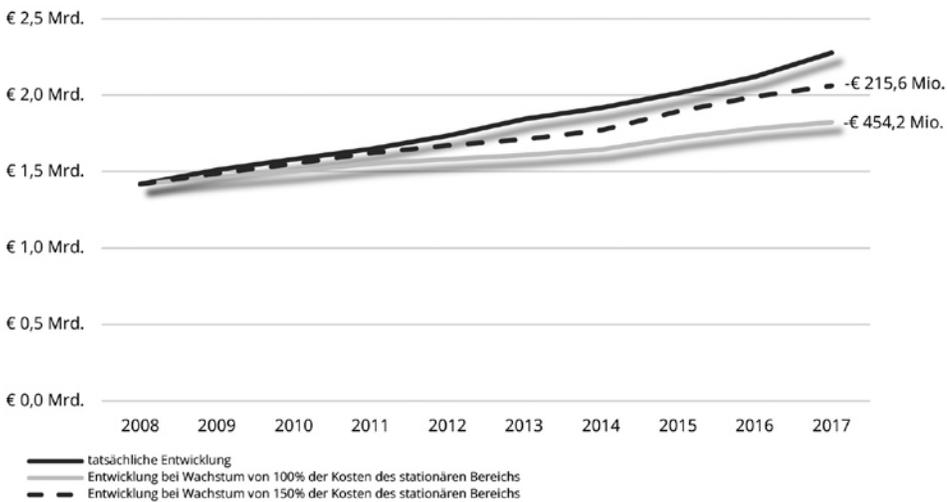
- BMASGK (2019).** Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz. Kosten der landesgesundheitsfondsfinanzierten Krankenanstalten. <http://www.kaz.bmg.gv.at/kosten.html>. Zuletzt abgerufen am 17.09.2019.
- Brustmann, I. Inan, Y., Kerzendorfer, S. Laun, P. und Schmid, T. (2017).** Patient*innenmotive zum Besuch von Spitalsambulanzen. Sozialökonomische Forschungsstelle (SFS). Projekt P89. Endbericht. Wien.
- Czypionka, Th., Kraus, M., Sigl, S. und Warmuth, J. (2012).** Health Cooperation: Kostendämpfung durch Kooperation im Gesundheitswesen. Projektbericht Research Report. IHS. Wien.
- EC (2018).** Country Report Austria 2018. Accompanying the document “2018 European Semester: Assessment of progress on structural reforms, prevention and correction of macroeconomic imbalances, and results of in-depth reviews under Regulation (EU) No 1176/2011”. Brussels.
- Eurostat (2019).** Gesundheitsausgaben. Datenbankabfragen vom 28.10.2019.
- Fülöp, G., Kopetsch, Th. und Schöpe, P. (2009).** Einzugsbereiche von Arztpraxen und die Rolle der räumlichen Distanz für die Arztwahl der Patienten. Universität Mannheim.
- George, W. (2007).** Regionale Gesundheitsversorgung als Chance zukunftsfähiger Ziel- und Ressourcensteuerung im Gesundheitswesen. In: George, W. (Hrsg.). Regionales Zukunftsmanagement. Band 1: Gesundheitsversorgung. Pabst Science Publishers. Lengerich.
- Gesundheit (2019).** Öffentliches Gesundheitsportal Österreichs. Finanzierung des öffentlichen Gesundheitswesens. <https://www.gesundheit.gv.at/gesundheitsleistungen/gesundheitswesen/finanzierung>. Zuletzt abgerufen am 17.09.2019.
- Haidinger, G., Eckert-Graf, L., Wirgler, P., Weber, M., Csaicsich, G. und Meznik, Ch. (2013).** Selbstzuweiser im Spital – wie viele könnten im primär-medizinischen Bereich behandelt werden? Patients with Self-Referral to the Hospital – How Many Could Have Been Treated by the Primary Sector? Deutscher Ärzte-Verlag. ZFA. 89 (1).
- Hofmarcher, M. und Molnárová, Z. (2018).** Factbook. Leistungskraft regionaler Gesundheitssysteme. Projektbericht. HealthSystemIntelligence. Wien.
- OÖÄK (2019).** Zahlen übermittelt von der Ärztekammer Oberösterreich am 27.10.2019.
- OÖ GFi (2018).** Oberösterreichischer Gesundheitsfonds. Geschäftsstelle für intramurale Aufgaben. Geschäftsbericht 2017. Tätigkeit und Gebarung. Linz.
- OÖGKK (2017).** Oberösterreichische Gebietskrankenkasse. Forum Gesundheit. Jahresbericht 2016. Linz.
- RH (2011).** Bericht des Rechnungshofes. Finanzierung und Kosten von Leistungen in Spitalsambulanzen und Ordinationen. Bund 2011/3. Seiten 211 – 323. Wien.
- Riedler, K. (2013).** Finanzierungssystem und ambulanter Sektor. Das Modell einer homogenen Finanzierung von spitalsambulanten und niedergelassenem Bereich. ZGP 01/2013. Linz.
- Rissbacher, C., Rissbacher, C. und Tilg, B. (2010).** Gründe für die ungerechtfertigte Inanspruchnahme von Spitalsambulanzen. Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement. 15(4). SS 176-184. DOI: 10.1055/s-0029-1245218.

Anhang

Wenn Kosten im ambulanten Bereich steigen wie im stationären ...

Wie groß das Einsparungspotenzial wäre, wenn die Kostensteigerungen in den Spitälern im ambulanten Bereich in den letzten zehn Jahren geringer ausgefallen wären, zeigt die folgende Abbildung.

Abbildung 2: Kosteneinsparungen bei unterschiedlichen Kostenentwicklungen im ambulanten Bereich



Quelle: BMASGK, 2019.

Tatsächliche Entwicklung der Kosten im ambulanten Bereich 2008 – 2017: Durchschnittlich 5,4 % p. a.

Die Abbildung zeigt für den Zeitraum 2008 bis 2017 auf, welches Einsparpotenzial sich ergeben hätte, wenn die Kosten im ambulanten Bereich der Spitäler geringer gestiegen wären als sie es tatsächlich (5,4 % p. a.) sind. Wird der Kostenanstieg des stationären Bereichs (2,8 % p. a.) auch für den Kostenanstieg im ambulanten Bereich angesetzt, so lägen die Kosten im Jahr 2017 um 454,2 Millionen Euro unter den tatsächlichen Kosten. Wird für den ambulanten Bereich ein um die Hälfte stärkerer Kostenanstieg als im stationären Bereich zu Grunde gelegt (150 % der Kosten des stationären Bereichs, somit durchschnittlich 4,2 %

p. a.), so wären die Kosten des ambulanten Bereichs im Jahr 2017 immerhin noch um 215,6 Millionen Euro unter den tatsächlichen Kosten gelegen.⁷

Tabelle 5: Ambulanter Bereich: Unterschiedliche Szenarien einer Kostenentwicklung

	Tatsächliches Wachstum im ambulanten Bereich		Wachstum im Ausmaß von 100 % der Kosten des stationären Bereichs		Wachstum im Ausmaß von 150 % der Kosten des stationären Bereichs	
	Absolut in €	In Prozent	Absolut in €	In Prozent	Absolut in €	In Prozent
2008	€ 1,4 Mrd.		€ 1,4 Mrd.		€ 1,4 Mrd.	
2009	€ 1,5 Mrd.	6,5 %	€ 1,5 Mrd.	3,3 %	€ 1,5 Mrd.	4,9 %
2010	€ 1,6 Mrd.	4,6 %	€ 1,5 Mrd.	2,9 %	€ 1,6 Mrd.	4,3 %
2011	€ 1,6 Mrd.	4,3 %	€ 1,6 Mrd.	3,1 %	€ 1,6 Mrd.	4,6 %
2012	€ 1,7 Mrd.	5,2 %	€ 1,6 Mrd.	2,0 %	€ 1,7 Mrd.	2,9 %
2013	€ 1,8 Mrd.	6,4 %	€ 1,6 Mrd.	1,6 %	€ 1,7 Mrd.	2,5 %
2014	€ 1,9 Mrd.	3,9 %	€ 1,6 Mrd.	2,3 %	€ 1,8 Mrd.	3,4 %
2015	€ 2,0 Mrd.	5,2 %	€ 1,7 Mrd.	4,7 %	€ 1,9 Mrd.	7,0 %
2016	€ 2,1 Mrd.	5,3 %	€ 1,8 Mrd.	3,4 %	€ 2,0 Mrd.	5,1 %
2017	€ 2,3 Mrd.	7,3 %	€ 1,8 Mrd.	2,4 %	€ 2,1 Mrd.	3,6 %
„Vor- teil“			€ - 454,2 Mio.		€ - 215,6 Mio.	

Quelle: BMASGK, 2019.

7 Basierend auf den Kosten des Jahres 2017 können jährlich 58,6 Millionen Euro eingespart werden, wenn die Kosten im ambulanten Bereich im selben Ausmaß steigen wie die Kosten im stationären Bereich. Wenn die Kosten im ambulanten Bereich um das 1,5-fache stärker steigen als im stationären Bereich, wären immer noch Kosteneinsparungen von 26,3 Millionen jährlich möglich.