

## **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

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

*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.<sup>1</sup>

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

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

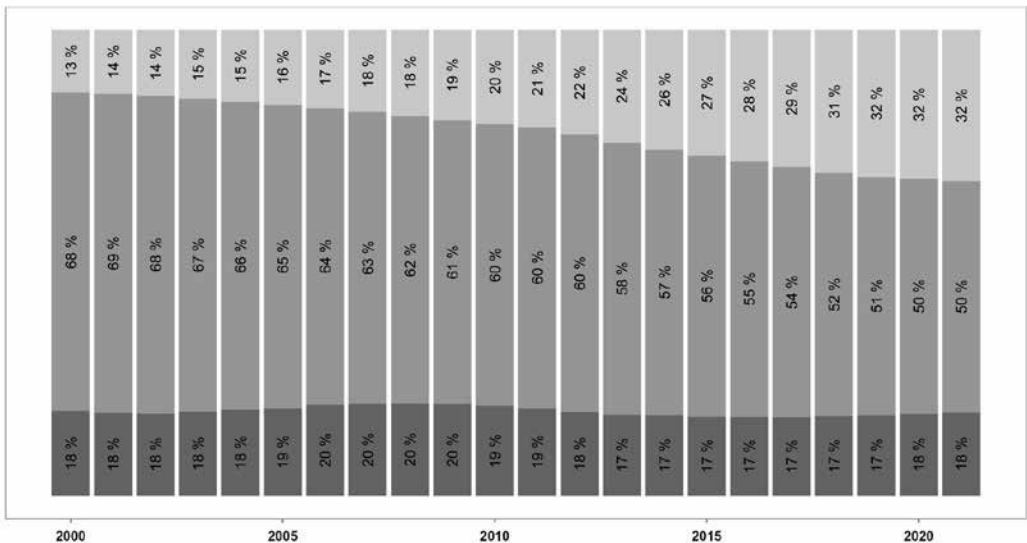


Abb.1: Ärztestatistik 2021<sup>2</sup>

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.<sup>3</sup>

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

- Abwandern der ausgebildeten Allgemeinmediziner in Facharztbildungen,
- 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.<sup>4</sup>

### 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](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!<sup>5</sup>

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 Prozent<sup>6</sup>.

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](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>

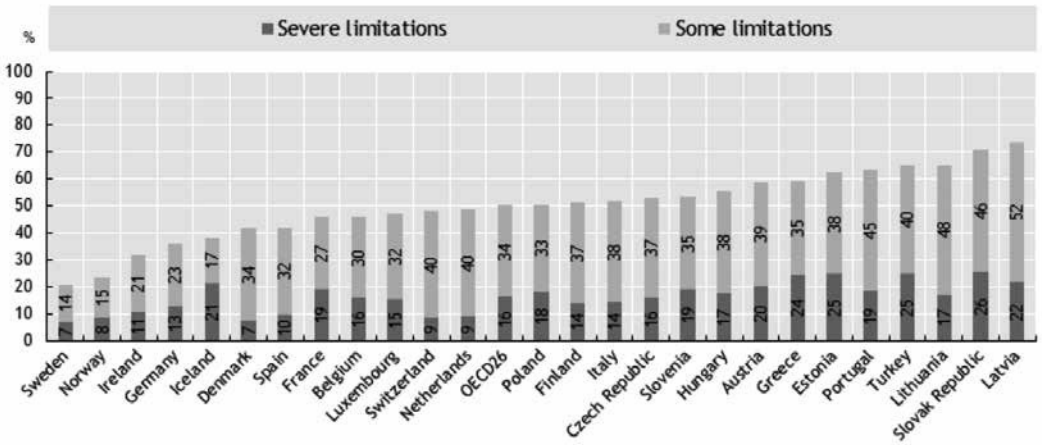


Abb. 2: Limitations in daily activities in adults aged 65 years and over, European countries, 2019 (or nearest year)

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.

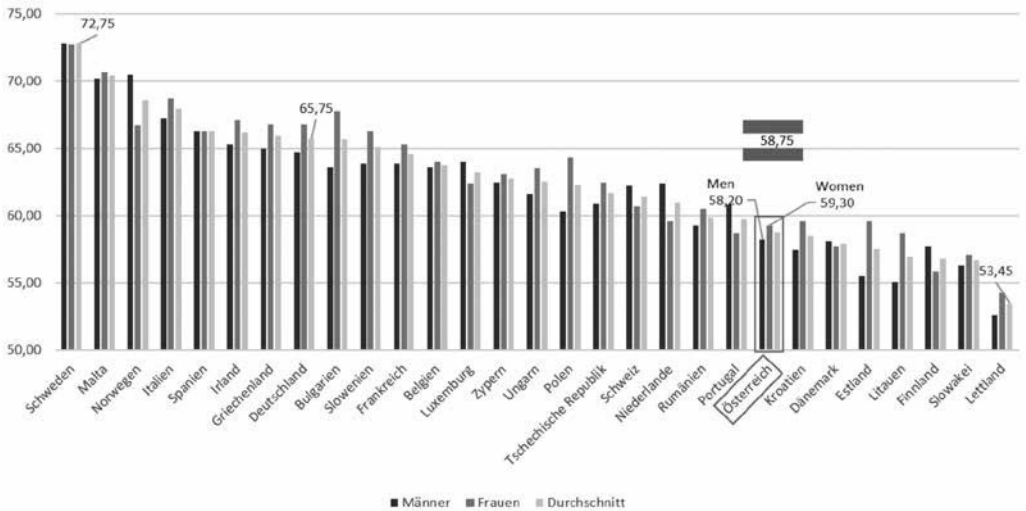


Abb. 3: Gesunde Lebensjahre von Frauen und Männern in Europa<sup>7</sup>

<sup>7</sup> 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](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.<sup>8</sup> 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.<sup>9</sup> Aber Krankenhausaufenthalte sind teuer. 1.223 Euro kostet ein Belagstag.<sup>10</sup> Im Vergleich dazu kommt ein Behandlungsfall beim niedergelassenen Arzt auf rund 66,39 Euro.<sup>11</sup>

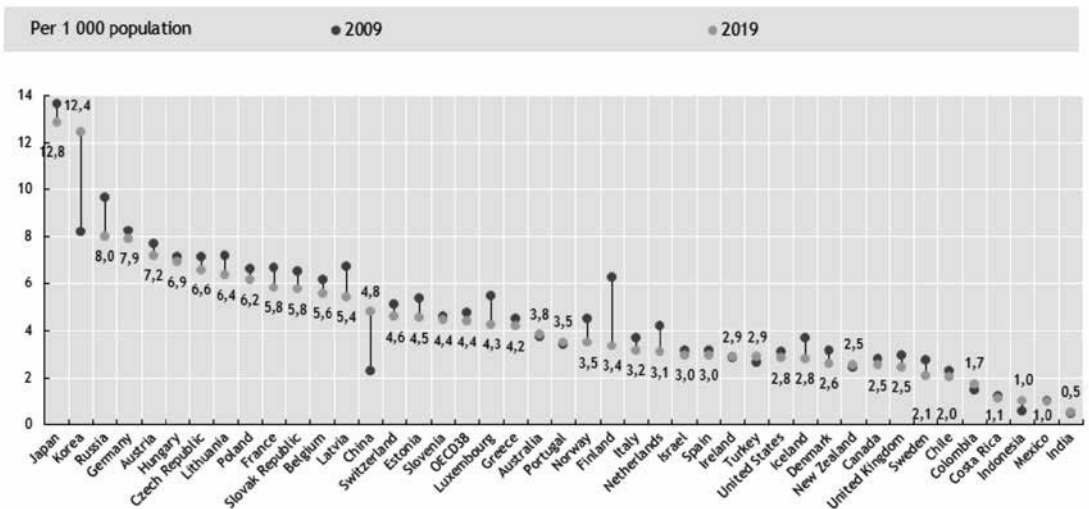


Abb. 4: Hospital beds, 2009 and 2019 (or nearest year)

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](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](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](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.<sup>12</sup> 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.<sup>13</sup>

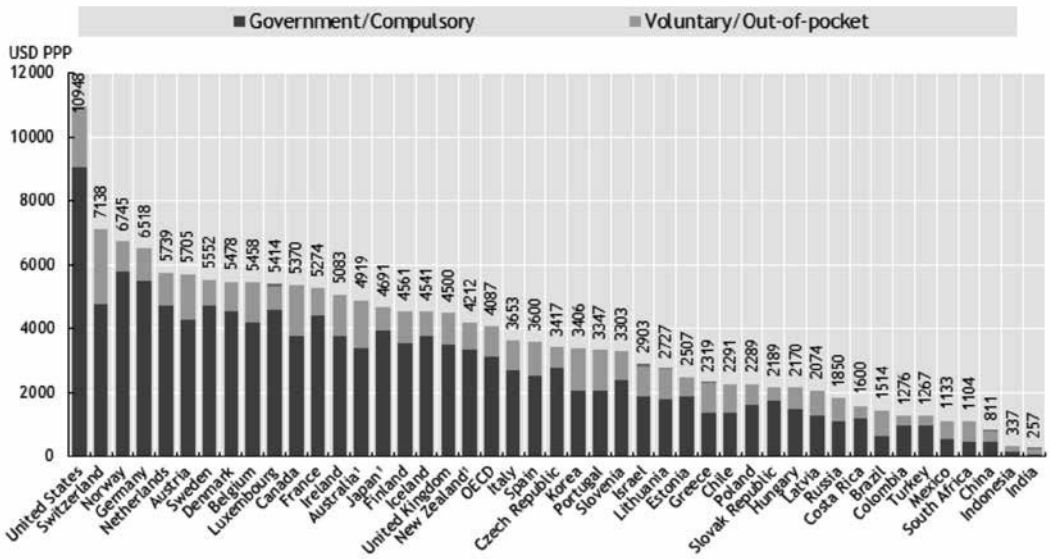


Abb. 5: Health expenditure per capita, 2019 (or nearest year)

## 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=oeed&itemContent=book#tablegrp-d1e9322](https://www.oecd-ilibrary.org/sites/ae3016b9-en/1/3/1/index.html?itemId=/content/publication/ae3016b9-en&_csp_=_ca413da5d44587bc56446341952c275e&itemIGO=oeed&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 %.

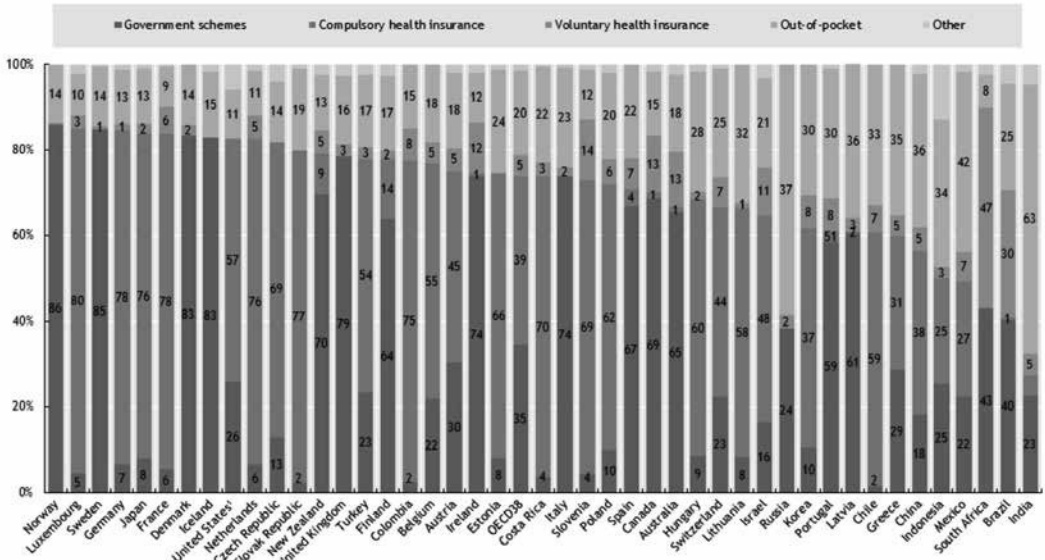


Abb. 6: Health expenditure by type of financing, 2019 (or nearest year)<sup>14</sup>

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.<sup>15</sup> 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.<sup>16</sup> Die Gesamtkosten für den Spitalssektor

14 OECD – Health expenditure by type of financing, 2019 (or nearest year) <https://stat.link/fnap0/> (Zugriff 24.9.2023)

15 Statistik Austria (Zugriff 24.9.2023) – [https://www.statistik.at/fileadmin/pages/386/SHA\\_vorlaeufigeErgebnisse\\_2022\\_ods](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.<sup>17</sup> Davon wurden 6,4 Mrd. Euro (oder 36 %) durch den Pauschalbeitrag „Anstaltspflege“ der Sozialversicherung finanziert.<sup>18</sup> 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.

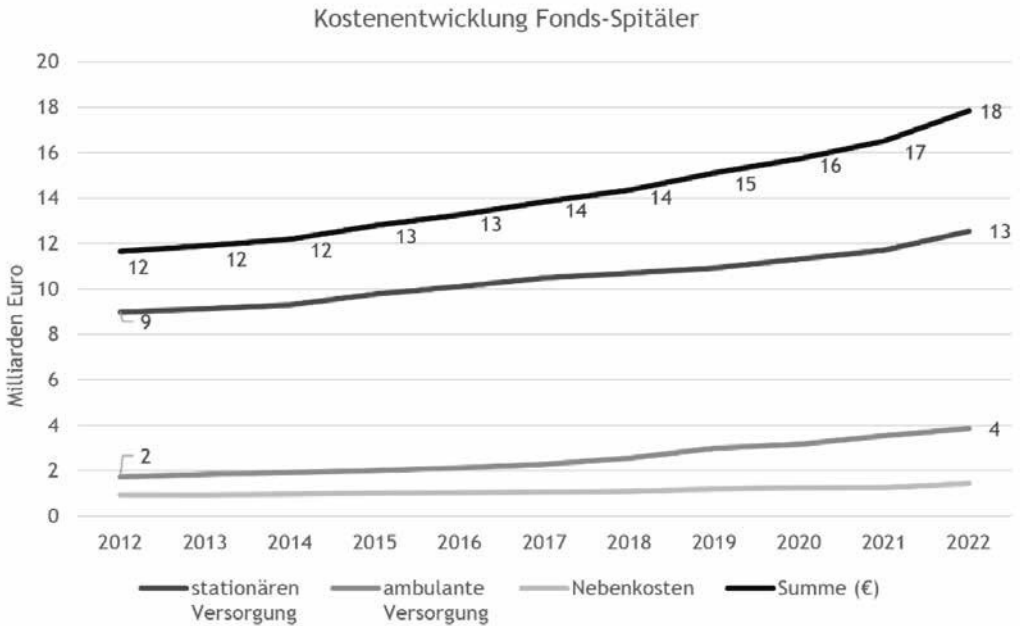


Abb. 7: Kostenentwicklung nach Kostenstellen in den landesgesundheitsfondsfinanzierten Krankenanstalten<sup>19</sup>

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](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](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.

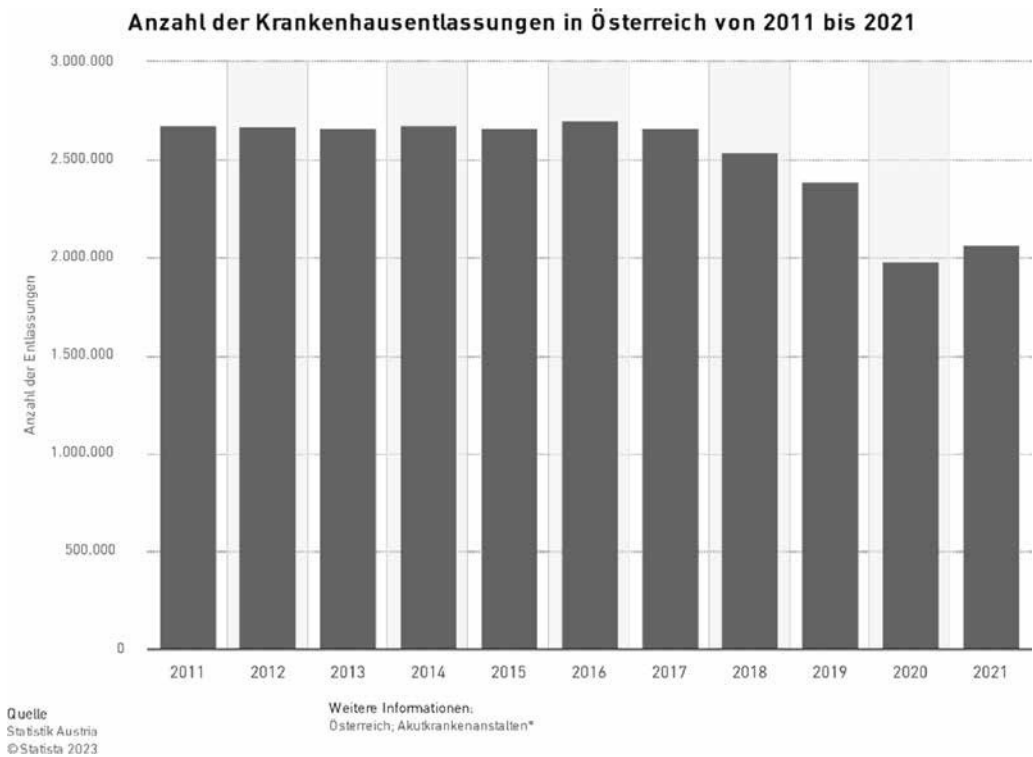


Abb. 8: Entwicklung der Krankenhausentlassungen<sup>20</sup>

<sup>20</sup> 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 Krankenhäusern<sup>21</sup>

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.

<sup>21</sup> 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/>

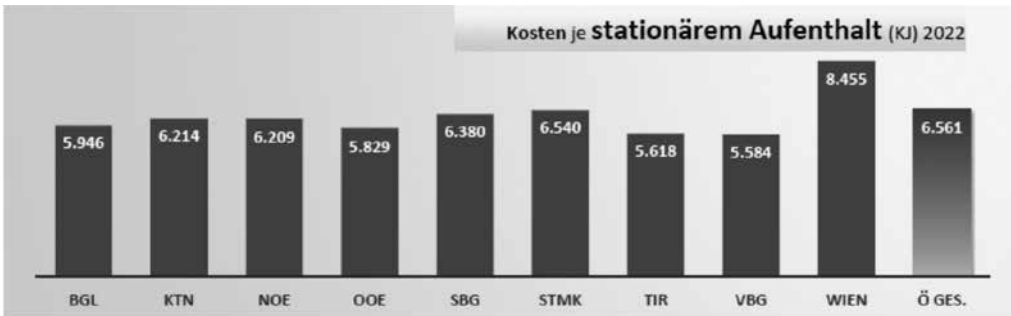


Abb. 10: Kosten je stationärem Aufenthalt (je Krankenhausentlassung)<sup>22</sup>

## 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).

<sup>22</sup> 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](http://www.kaz.bmg.gv.at/fileadmin/user_upload/Publikationen/%C3%9CREG_%C3%96sterreich_2022.pdf)

### Frequenzen in Spitalsambulanzen

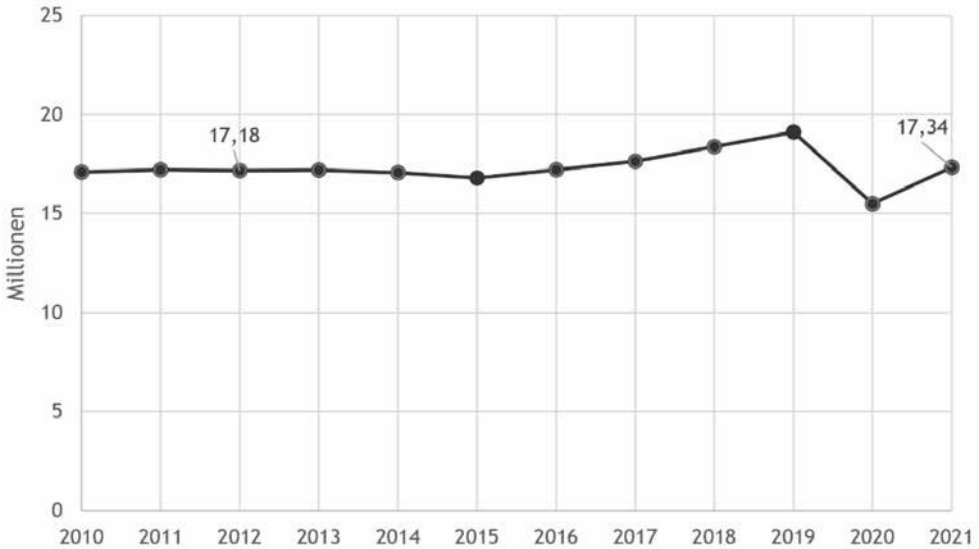


Abb. 11: Entwicklung der Frequenzen in Spitalsambulanzen (Anzahl der erbrachten Untersuchungen an Patienten)<sup>23</sup>

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 ambulantem Patienten im Jahr 2022 bei 432 Euro. Auch hier weist Wien die höchsten Kosten pro ambulantem Patienten auf, das Burgenland den niedrigsten Wert.<sup>24</sup>

<sup>23</sup> Übernommen von ÖGK, eigene Darstellung

<sup>24</sup> 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](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
<b>Österreich</b>	<b>3.859.114.055</b>	<b>8.938.238</b>	<b>18.289.052</b>	<b>12.245.647</b>	<b>101.336</b>	<b>432</b>	<b>313</b>	<b>2,05</b>	<b>43.405,62</b>

Abb. 12: Kennzahlen zu Spitalsambulanzen, entnommen aus ÜREG 2022, S. 72 <sup>25</sup>

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.<sup>26</sup> Die breite Versorgungsrelevanz im niedergelassenen Bereich wird durch Kassenvertragsärzte erzielt. Deren Zahl steigt allerdings nicht, sondern stagniert.

<sup>25</sup> Überregionale Auswertung der Dokumentation in landesgesundheitsfondsfinanzierten Krankenanstalten 2022; BMSGPK

<sup>26</sup> Statistik Austria | Ärzttestatistik – [https://statistik.at/fileadmin/pages/385/Berufsausuebende\\_Aerzte\\_Mappe2021.ods](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)

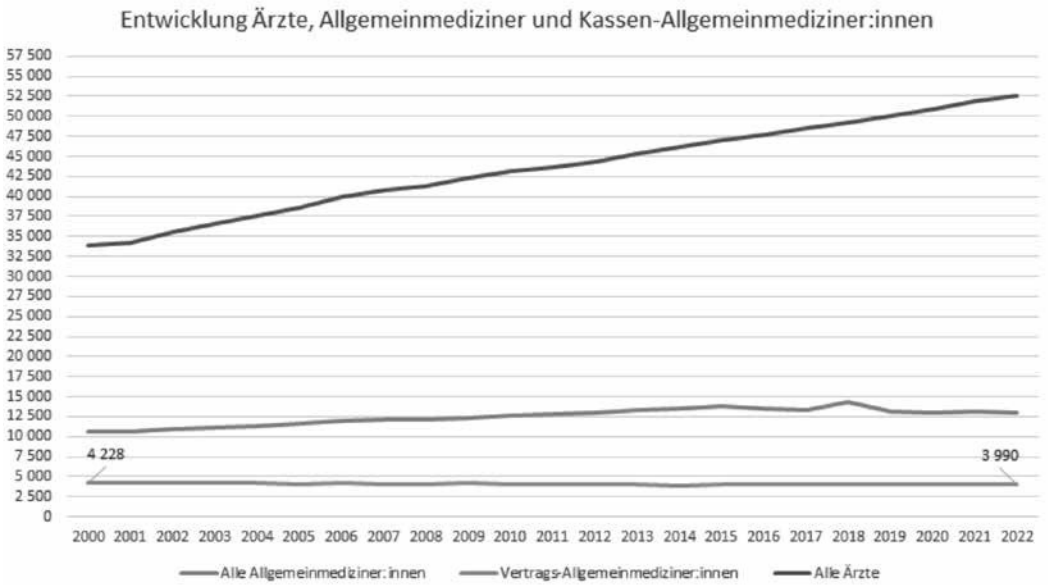


Abb. 13: Entwicklung Ärzteschaft (Quelle: Ärzte-Statistik)

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.



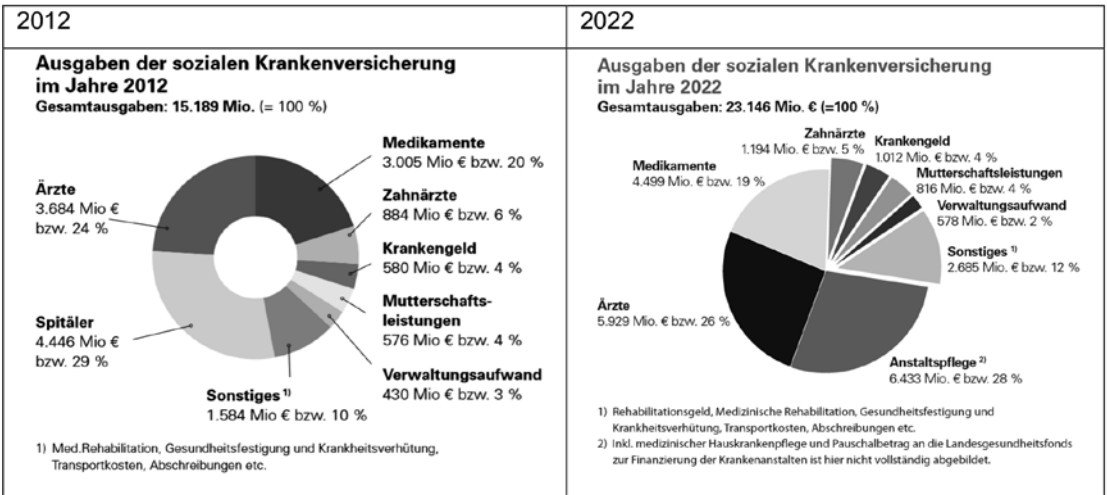


Abb. 14: Entwicklung der Ausgaben der Krankenversicherung von 2012 auf 2022<sup>27</sup>

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.

<sup>27</sup> 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

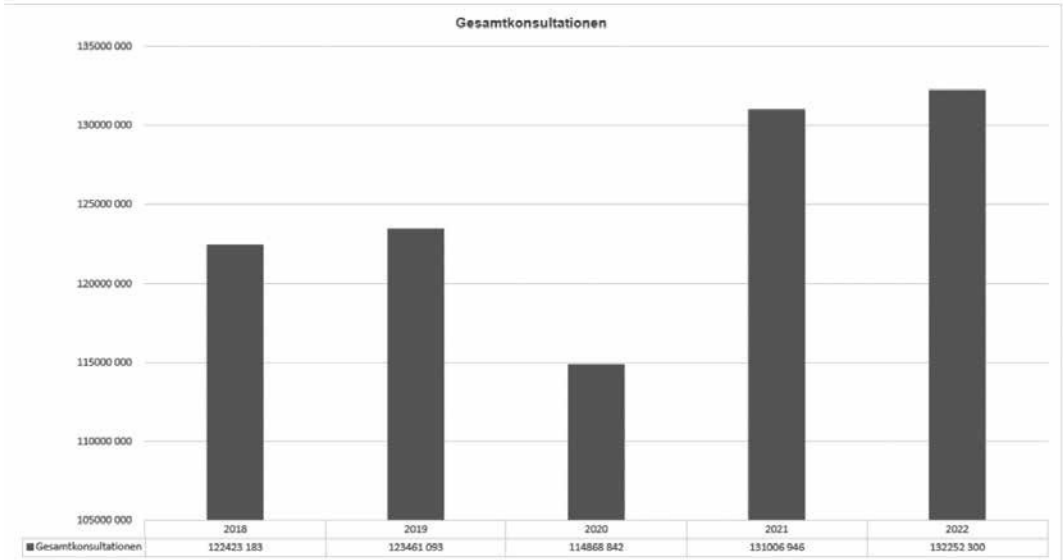


Abb. 15 Gesamtkonsultationen pro Jahr Quelle: entnommen aus chipkarte.at

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.<sup>28</sup>

---

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).<sup>29</sup>

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.

<sup>29</sup> 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 2021<sup>30</sup> 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

<sup>30</sup> 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.<sup>31</sup>

### 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.<sup>32, 33</sup>

### 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.<sup>34</sup>

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

<b>Anwendung von Gatekeeping-Systemen im internationalen Vergleich</b>		
<b>Land</b>	<b>Hausärztliche Überweisung für Facharztbesuch notwendig</b>	<b>Kostenbeteiligung von PatientInnen bei fachärztlicher Versorgung</b>
Dänemark	Ja	Unentgeltlich
Deutschland	Nein	Unentgeltlich für PatientInnen mit staatlicher Pflichtversicherung und mit ausgewählten Versicherungsverträgen
Österreich	Nein	Bei VertragsärztInnen größtenteils 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)<sup>35</sup>

<sup>35</sup> Greenfield et al. (2016), entnommen aus Darstellung: IHS (2018)

<b>Argumente für und gegen Gatekeeping-Systeme<sup>36</sup></b>	
<b>Vorteile</b>	<b>Nachteile</b>
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.

<sup>36</sup> 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.<sup>37</sup>

### 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

<sup>37</sup> OECD; [https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2021\\_dd4f4919-en](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.

<b>Operatives Ziel</b>	1.3: Bedarfsgerechte Anpassung der stationären Versorgungsstrukturen			
<b>Messgröße</b>	(6) Ausgewählte TK-Leistungsbündel, die tagesklinisch-stationär oder ambulant erbracht werden			
<b>Zielvorgabe</b>	↑ (siehe leistungsspezifische Zielwerte)			
<b>Definition</b>	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.			
<b>Berechnung</b>	$\frac{\text{Anzahl tagesklinisch – stationär und ambulant erbrachte Leistungen je Leistungsbündel}}{\text{Gesamtzahl der Leistungen je Leistungsbündel}}$ <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;			
<b>Format</b>	Prozent; zielbezogen			
<b>Datengrundlage</b>	Diagnosen- und Leistungsdokumentation, BMGF			
<b>Bündel</b>	<b>MEL</b>	<b>TK/amb. Anteil 2015</b>	<b>Mindestwert</b>	<b>(internationaler) Benchmark</b>
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., Leistungsbündel<sup>38</sup>

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](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.<sup>39</sup> 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.

<sup>39</sup> 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 2020<sup>40</sup> („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.**

<sup>40</sup> 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.<sup>41</sup>

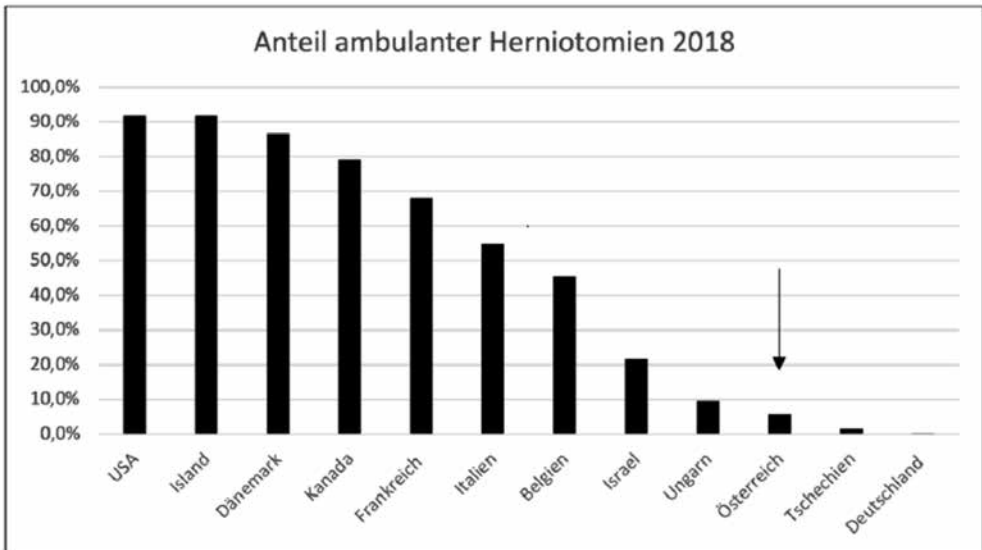


Abb. 17 Anteil ambulanter Herniotomien – Ländervergleich<sup>42</sup>

#### 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 %.<sup>43, 44</sup>

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.<sup>45</sup>

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)<sup>46</sup> 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.<sup>47</sup> Eine genauere Beschreibung der erforderlichen Rahmenbedingungen für sichere tagesklinische Erbringung von Tonsillenoperationen beschreibt Czypionka et al.<sup>48</sup>

In Österreich wurden 2022 17.706 Operationen an Pharynx und Tonsillen durchgeführt, wobei nur 3.071 Fälle davon Tonsillotomien waren.<sup>49</sup> 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. 2013<sup>50</sup> 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.

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

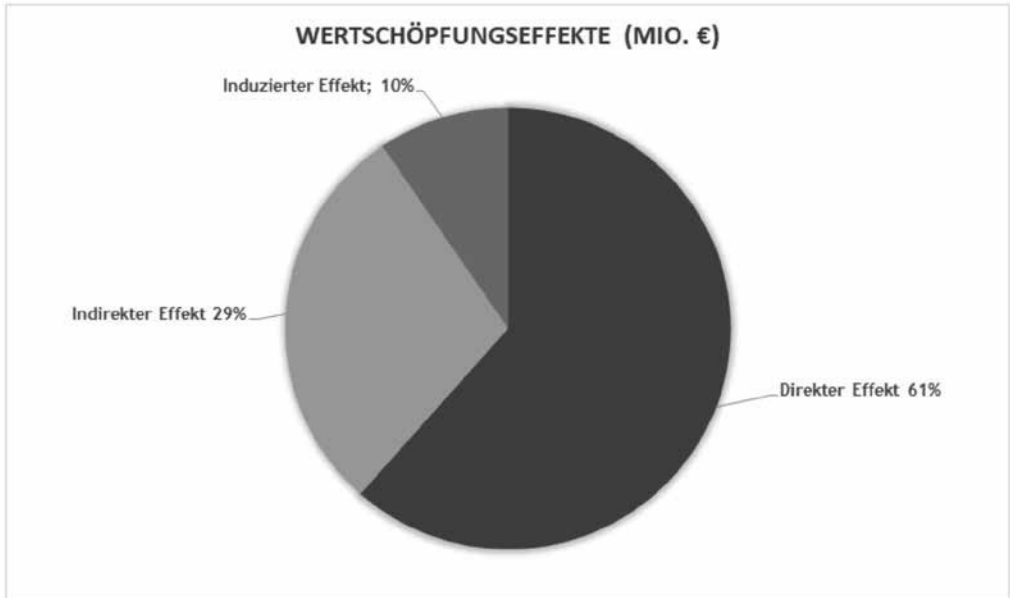


Abb.18: Wertschöpfungseffekte durch Lenkungseffekte von Patientenströmen

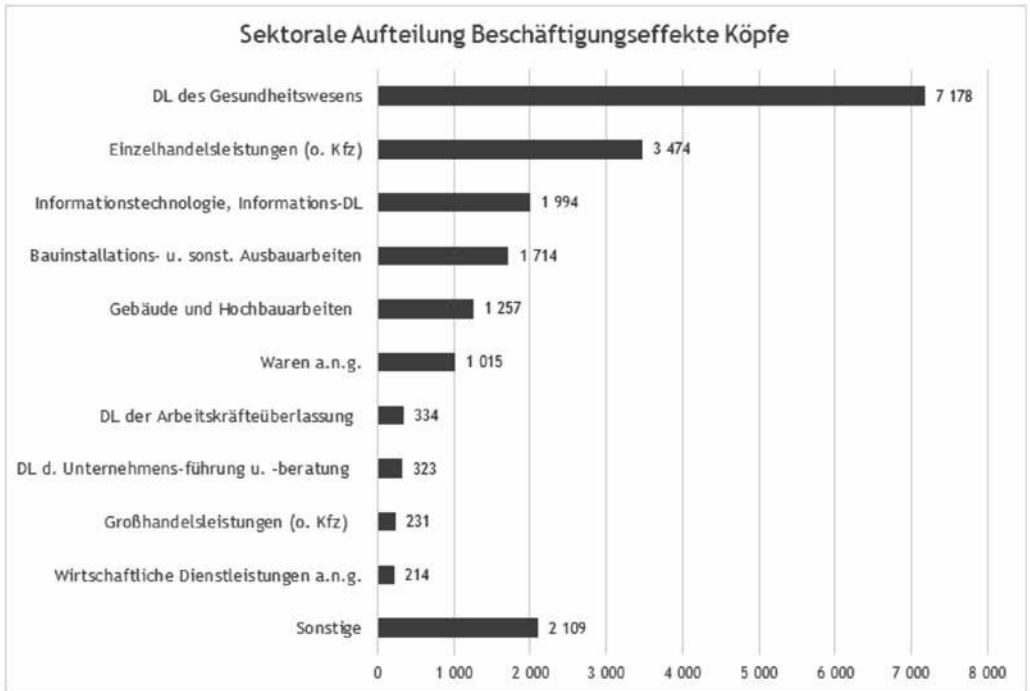


Abb. 19: Sektorale Aufteilung der Beschäftigungseffekte durch Investitionen der Einsparungen

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).<sup>51</sup>

<sup>51</sup> 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.<sup>52</sup> 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.

<sup>52</sup> 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 Terminalservicestelle, 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.<sup>53</sup> 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](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.“<sup>54</sup> 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-Pass<sup>55</sup>, 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](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](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](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](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](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](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-oessterreich/>

Statistik Austria - Ärztestatistik; [https://statistik.at/fileadmin/pages/385/Berufsausueben-de\\_Aerzte\\_Mappe2021.ods](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](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](https://www.sozialministerium.at/dam/jcr:5856e128-0810-4009-8ac8-dc3103c93039/ZV_2022_bis_2023_final_BF.pdf)