

**Mag. Dr. Johannes Hohenauer**

*Geschäftsführer, Ebner Hohenauer HC Consulting, Wien*

**Mag. Philipp Wieser**

*Consultant, Ebner Hohenauer HC Consult, Wien*

# Selbstbehalte zur Steuerung der Inanspruchnahme von Krankenhausambulanzleistungen

<b>1. Zusammenfassung</b>	<b>124</b>
<b>2. Einleitung</b>	<b>125</b>
<b>3. Referenzrahmen</b>	<b>126</b>
<b>4. Bedarfs- und Leistungsentwicklung</b>	<b>128</b>
<b>5. Steuerungswirksamkeit von Selbsthalten</b>	<b>132</b>
<b>6. Handlungsoption</b>	<b>135</b>
<b>7. Conclusio</b>	<b>141</b>
<b>Literaturverzeichnis</b>	<b>143</b>

*Der vorliegende Beitrag bringt ein Modell zur Patientensteuerung auf den Tisch, das den Spitalsambulanzen eine Gatekeeper-Funktion zuschreibt und Personen, deren Gesundheitsanliegen nicht in den gesetzlichen Auftrag der Spitalsambulanzen fallen, in den niedergelassenen Bereich umleitet. Die Autoren zeigen, dass es durchaus möglich ist, sozial verträgliche Selbstbehalt-Modelle zu entwerfen, deren bürokratischer Aufwand sich dennoch gering hält. Darüber hinaus setzt sich der Vorschlag zum Ziel, mit Hilfe der Effizienzgewinne die Primärversorgung weiter auszubauen und so die Basisgesundheitsversorgung für alle zu verbessern.*

# 1. Zusammenfassung

Österreich gilt als ein „spitalslastiges“ Land, in dem ein relativ hoher Anteil der Gesundheitsleistungen im Krankenhaus in Anspruch genommen wird. Das bezieht sich auf einen hohen Anteil an vollstationären (statt tagesklinischen bzw. ambulanten) Leistungserbringungen, aber auch auf krankenhausbambulante Versorgungsangebote, auch wenn im niedergelassenen Bereich dafür adäquatere Optionen existieren. Dementsprechend ist die Verschiebung von Leistungen aus dem stationären Bereich in die tagesklinische/ambulante Versorgung und aus der spitalsambulanten Versorgung in den niedergelassenen Bereich ein sich wiederholendes Element aller Reformbemühungen.

Die Gesundheitsreform von 2013 nimmt dies auf, indem Leistungen am jeweiligen *Best Point of Service* (BPoS) erbracht werden sollen. BPoS werden definiert als kurative Versorgung „zum richtigen Zeitpunkt am richtigen Ort mit optimaler medizinischer und pflegerischer Qualität gesamtwirtschaftlich möglichst kostengünstig“. Wohl richtigerweise wird hier generalisierend unterstellt, dass dies auf der jeweils untersten medizinisch angemessenen Versorgungstufe der Fall ist.

Um den Prozess der Verlagerung der Versorgung an den BPoS an der Schnittstelle zwischen Krankenhausambulanz und extramuraler Versorgung hin zum extramuralen Bereich zu unterstützen, wird in diesem Artikel ein (geringer) Selbstbehalt zur Steuerung der Inanspruchnahme von Krankenhausambulanzleistungen vorgeschlagen. Damit soll die medizinisch nicht indizierte Inanspruchnahme von Krankenhausambulanzen reduziert werden. Der Ansatz ist rein lenkungsorientiert und unterscheidet sich damit vom (auch) aufkommensorientierten Vorgänger „Ambulanzgebühr“.

Kern des Mechanismus sind ein niedriger, aber ausnahmsloser Selbstbehalt sowie eine starke Fokussierung auf Patientenbildung und Information. Diese Herangehensweise vermeidet strukturelle Benachteiligungen chronisch kranker und/oder einkommensschwacher Menschen und setzt eine nachhaltige Effizienzsteigerung im Gesundheitssystem in Gang, sofern ausreichende Begleitmaßnahmen ergriffen werden.

## 2. Einleitung

Obwohl oft vorgeschlagen, löst die Frage nach der Einführung von Selbstbehalten bei der Inanspruchnahme von Krankenhausambulanzleistungen viel – zum Teil durchaus berechtigte – Skepsis aus. Ins Treffen geführt wird, dass über Selbstbehalte nicht zielgerecht gesteuert werden könne und potentiell sozial- oder einkommensschwache und/oder häufig kranke Menschen benachteiligt würden. Die debattierten Spielarten der Ambulanzgebühr waren bislang stets Mischformen, mit denen gleichzeitig versucht wurde, Krankenhausambulanzleistungen zu finanzieren und Patienten davon abzuhalten, Gesundheitsleistungen am falschen Ort in Anspruch zu nehmen, bzw. überhaupt „unnötige“ Leistungen zu vermeiden. Der somit erhoffte Effekt, nämlich die Leistungsmenge zu reduzieren und somit in Folge Gesundheitsausgaben zu senken, ließ sich allerdings nie eindeutig feststellen. Darüber hinaus standen den zusätzlich eingehobenen Mitteln erhöhte Verwaltungskosten auf Grund der komplizierten Ausnahmeregelungen gegenüber.

Hier soll eine Form von Selbstbehalt diskutiert werden, die auf andere Ziele hinführt. Die Gesamtmenge der Inanspruchnahme steht nicht im Fokus, vielmehr ist Effizienz- und Qualitätssteigerung durch Verlegung an die optimale Versorgungsstufe das Ziel. Der Konsum von Gesundheitsleistungen soll mit dieser Maßnahme grundsätzlich nicht eingeschränkt, sondern in seiner Art (im Sinne des BPoS der Zielsteuerung) verändert – und somit verbessert – werden.

## 3. Referenzrahmen

### 3.1. Gesetzliche Bestimmungen

Die Grundlage für die Funktionsbestimmung von Krankenanstaltsambulanzen bildet das Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz (KAKUG). Die Anstaltsordnung (§ 6 Abs. 7 Pkt. 4) sieht die Ambulanz als eine Einrichtung zur Erstversorgung von Akut- und Notfällen, deren „zulässiges Leistungsspektrum“ auch eine definierte Verteilungsfunktion von Patienten vorsieht.

Die „Erstbegutachtung und erforderlichenfalls Erstbehandlung sonstiger ungeplanter Zugänge samt Beurteilung des weiteren Behandlungsbedarfes und Weiterleitung zur Folgebehandlung in die dafür zuständige Fachstruktur innerhalb oder außerhalb der jeweiligen erstversorgenden Krankenanstalt im stationären oder ambulanten Bereich“ (ibid.) bedeutet die inhärente Gatekeeper-Funktion der Einrichtung. Aus der Verbindung von Zulässigkeit des Behandlungsspektrums und Umstandsbezogenheit der Erstbehandlung lässt sich die Legitimation ablesen, nach welcher Ambulanzen Selbsteinweiser in andere, besser geeignete Behandlungspunkte umleiten können.

### 3.2. Zielsteuerung

Im Rahmen der Gesundheitsreform 2013 wurde im Gesundheits-Zielsteuergesetz (G-ZG) festgelegt, dass die medizinische Versorgung am „**Best Point of Service**“ (BPoS) zu erbringen ist. Das Konzept des BPoS ist eingebunden in ein integratives und sektorenübergreifendes System. In den Begriffsbestimmungen (G-ZG § 3 Abs. 1) wird dies definiert: „Die kurative Versorgung ist jeweils zum richtigen Zeitpunkt am richtigen Ort mit optimaler medizinischer und pflegerischer Qualität gesamtwirtschaftlich möglichst kostengünstig zu erbringen.“

Grundlegend für die Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen am BPoS durch den Patienten ist die Überwindung der bestimmenden Dichotomie intramural/extramural des österreichischen Gesundheitssystems. Ziel ist dabei die **integrierte Versorgung** als „patientenorientierte, kontinuierliche, sektorenübergreifende, interdisziplinäre und/oder multiprofessionelle und nach standardisierten Konzepten ausgerichtet[e]“ Versorgungsansatz (ibid., Abs. 7).

### 3.3. Strategische Ausrichtung

Anlass für die Gesundheitsreform gab neben der Notwendigkeit der Kontrolle der Kostenentwicklung die „hohe und kontinuierlich weiter steigende Zahl der stationären Krankenhausaufenthalte und die damit verbundene – im internationalen Vergleich - hohe „Krankenhaustäufigkeit“ (Aufenthalte bezogen auf 100 Einwohner/innen)“<sup>1</sup>. Österreich hält, so der biennale Bericht der OECD *Health at a Glance*, den ersten Platz der Spitalsentlassungen pro Jahr (nach zumindest einer Nacht). Ebenso liegt Österreich im OECD-Vergleich bei der Anzahl der verfügbaren Krankenhausbetten weit vorne.<sup>2</sup>

Das Konzept BPoS, integrative Versorgungsplanung, integrierte Versorgung, Primary Health Care Centers (PHCC) etc. beschreiben Methoden, mit denen die Angebote der Gesundheitsversorgung und deren Nutzung vom Spitalsbereich hin zum niedergelassenen Bereich verlagert werden sollen. In diesem Artikel soll nicht die Strukturierung des notwendigen extramuralen Angebotes diskutiert, sondern allein darauf fokussiert werden, wie ambulante Versorgung aus dem Krankenhaus sinnvoll in den extramuralen Bereich verlagert werden kann.

---

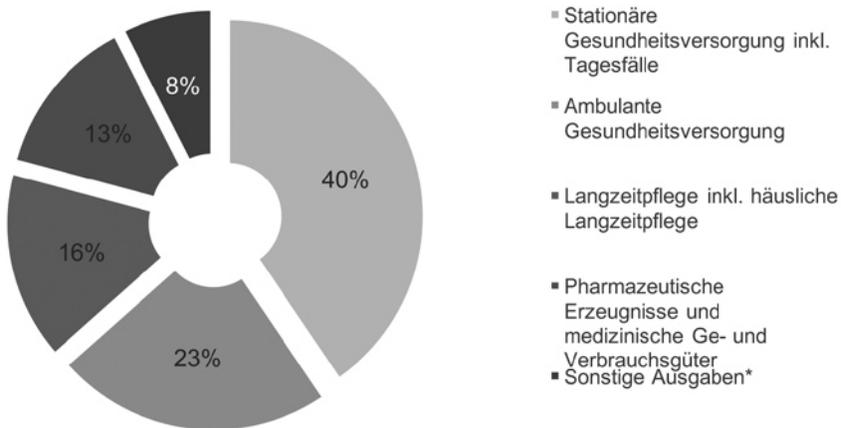
1 <http://www.kaz.bmgf.gv.at/ressourcen-inanspruchnahme/stationaere-aufenthalte.html>

2 OECD (2015), *Health at a Glance 2015: OECD Indicators*, p. 104–107; [http://dx.doi.org/10.1787/health\\_glance-2015-en](http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2015-en)

## 4. Bedarfs- und Leistungsentwicklung

### 4.1. Leistungsentwicklung

Ein Blick auf die Zusammensetzung der öffentlichen Gesundheitsausgaben ergibt ein eindrucksvolles Bild: rund 40 Prozent werden für stationäre Versorgung inkl. Tagesfälle ausgegeben, der mit Abstand größte Anteil (etwa 9,9 Mrd. EUR im Jahr 2012). Weit danach als zweitgrößter Posten rangieren die Ausgaben für ambulante Versorgung mit etwa 23 Prozent des Gesamtvolumens (5,6 Mrd. EUR in 2012).



\*Aufgrund der unzureichenden Datenlage mussten Ausgabenpositionen teilweise geschätzt werden. Ausgaben für Langzeitpflege enthalten auch das Bundes- und Landespflegegeld.

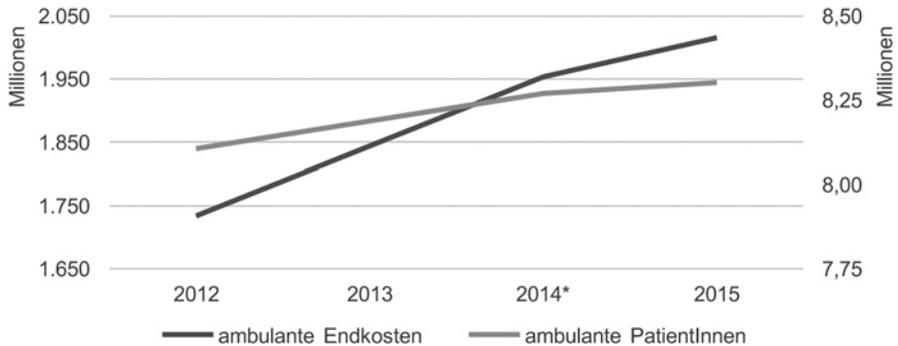
Abbildung 1: Aufteilung der öffentlichen Gesundheitsausgaben in Prozent, 2012<sup>3</sup>

In den letzten Jahren zeigt sich weiterhin ein klar ansteigender Trend der Ambulanzbesuche in Krankenanstalten (wenn auch mit leicht abgeschwächter Dynamik ab 2014). Nach Angaben des BMG (Krankenhaus in Zahlen, Ausgaben 2012–15) sind im Betrachtungszeitraum die Patientenzahlen um 2,4 Prozent angestiegen.

3 GÖG (2015), Das österreichische Gesundheitswesen im internationalen Vergleich. Sonstige Ausgaben beinhalten Gesundheitsbezogene Hilfs- und Nebenleistungen, Prävention und öffentlicher Gesundheitsdienst sowie Verwaltungsausgaben.

Die Behandlungskosten haben einen im Vergleich enormen Zuwachs von 16,3 Prozent verzeichnet.

Abbildung 2: Ausgaben für ambulante Behandlung in öffentlichen Krankenanstalten (\* Daten für 2014 geschätzt)<sup>4</sup>



Im Vergleichszeitraum haben Patienten im niedergelassenen Bereich hingegen zusehends weniger Arztbesuche vorgenommen. Von 6,8 Besuchen pro Jahr im Jahr 2012 ist die Anzahl um 3,0 Prozent auf 6,6 jährliche Besuche im Jahr 2015 gesunken.<sup>5</sup> Damit hat sich insgesamt die sogenannte Spitalslastigkeit des heimischen Systems weiter verstärkt.

## 4.2. Zielsetzung

Es spricht damit vieles dafür, dass in Österreich tatsächlich Handlungsbedarf besteht, um die Entlastung des Spitalsektors zu erreichen und gleichzeitig die Versorgungseffizienz zu steigern. Eine Möglichkeit, den Übergang der Behandlungslast vom intramuralen auf den extramuralen Sektor beschleunigt zu gestalten, sehen wir in der Einführung eines Selbstbehaltes für Ambulanzleistungen in Krankenanstalten, welche, so sei vorweg bemerkt, sich von der Ambulanzgebühr der Jahre 2001 bis 2003 deutlich unterscheidet.

Durch welche Charakteristika soll sich das hier vorgeschlagene System auszeichnen? Entscheidend sind in unseren Augen drei wesentliche Aspekte: die umfassende Verfügbarkeit von Leistungen, Akzeptanz von Wechsel des Versorgungs-

<sup>4</sup> BMG (2013–16), Krankenanstalten in Zahlen

<sup>5</sup> Statistisches Handbuch der österreichischen Sozialversicherung 2016, Abschnitt 2.15

ortes in der Bevölkerung und klarerweise Wirtschaftlichkeit der neuen Mechanismen. In Entsprechung dazu orientiert sich das vorliegende Planungskonzept an der in der Versorgungsplanliteratur beschriebenen Zielstruktur gemäß der drei A (Accessibility, Acceptability und Affordability):

■ **Accessibility (optimaler Zugang)**

Die „Zugänglichkeit“ der Versorgungsleistungen bezieht sich auf die regionale Vorhaltung und die zeitliche Verfügbarkeit (Öffnungszeiten) von Angeboten, um die Wegzeiten der Patienten zu minimieren, und ein quantitativ ausreichendes Angebot, um Wartelistenphänomene möglichst zu vermeiden.

■ **Acceptability (optimale Qualität)**

Die „Annehmbarkeit“ bezieht sich auf die Qualität der Versorgungsleistungen. Der Patient benötigt nicht nur die quantitative Zusage alternativer Versorgungsleistungen, es muss sichergestellt werden, dass außerhalb der Spitalsambulanz adäquate medizinische Angebote vorhanden sind, die zumindest gleich gut oder besser den jeweiligen Bedarf befriedigen können (BPoS).

■ **Affordability (optimale Effizienz)**

Die „Leistungserstellung“ bezieht sich auf die Kosten der Leistungserstellung. Über Effizienzgewinne soll die Leistungserstellung des medizinischen Fortschrittes im Rahmen der sozialen Krankenversicherung gesichert werden, bislang suboptimal gebundene Ressourcen können reinvestiert werden.

## 5. Steuerungswirksamkeit von Selbsthalten

### 5.1. Ambulanzgebühr in Österreich 2001–2003

Von 2001 bis 2003 wurde eine immer wieder adaptierte Ambulanzgebühr eingehoben, die aufgrund „deutlicher Widerstände bzw. wegen der Komplexität von Ausnahmebestimmungen und der Einhebung“ (Hofmarcher und Rack 2006; p.96) sowie zwischenzeitlich wegen festgestellter Verfassungswidrigkeit aufgegeben wurde. Der Behandlungsbeitrag betrug 10,90 EUR bei Vorliegen einer ärztlichen Überweisung oder Wiederbestellung seitens des Krankenhauses bzw. 18,17 EUR, sofern keine Überweisung vorlag. Zusätzlich wurde eine jährliche Höchstgrenze von 72,67 EUR je Patient festgesetzt.

Hofmarcher und Rack (ibid., p. 213) ordnen die Einführung der Ambulanzgebühr allerdings als Reform zur „nachhaltigen Finanzierung“ des Gesundheitswesens ein, also als Maßnahme zur Aufkommensgenerierung (bei gleichzeitig erhoffter Nachfrageelastizität) und nicht primär als Steuerelement.

Wenn auch der Begriff „Best Point of Service“ im Jahr 2001 noch nicht existierte, bestand die Erwartungshaltung seitens der Bundesregierung, einen positiven Lenkungseffekt zur Entlastung der Spitalsambulanzen zu erzielen. Eine zur Überprüfung der Reform in Auftrag gegebene Studie des ÖBIG<sup>6</sup> kam allerdings zum Schluss, dass der erhoffte Effekt nicht eingetreten sei. Als wesentlichste Ursache hierfür galt den Autoren „neben der eingeschränkten Wahlmöglichkeit [...] weiters nicht adäquate Strukturen und Angebote im niedergelassenen Bereich“ (p.V.). Ebenso dürfte die von Hofmarcher und Rack angeführte Komplexität von Ausnahmebestimmungen und der Einhebung zur Ineffizienz der Gebühr beigetragen haben.

Die Kernbotschaft der Studie zeigt jedenfalls deutlich die eingeschränkte Leistungssteuerung bei einem nicht adäquaten Umfeld. Was sich also nicht aus der Analyse ableiten lässt, ist die grundsätzliche Unmöglichkeit einer lenkungsorientierten Gebühr. Klar ableitbar ist aber, dass es einer *passenden therapeutischen und organisatorischen Topologie* bedarf, um anreizbasierte Strukturmaßnahmen erfolgreich zu implementieren.

---

6 ÖBIG (2002) Selbstbeteiligung. Internationaler Vergleich und Implikationen für Österreich, sowie kurz: <http://derstandard.at/1199525/Ambulanzgebuehr-brachte-keinen-Lenkungseffekt>

## 5.2. Stand der Wissenschaft

Die bedeutendste Referenz für positive Effekte von Selbstbehalten im Gesundheitswesen ist wohl das *RAND's Health Insurance Experiment (HIE)*, welches von 1971 bis 1986 in den USA durchgeführt wurde. Doch weist die Studie einige methodische Einschränkungen auf (zum Beispiel wurden nur Personen unter 60 Jahren beobachtet), die ihre Aussagekraft einschränken.<sup>7</sup>

Neben der beim ÖBIG in Auftrag gegebenen Studie gibt es noch weitere wissenschaftliche Auseinandersetzungen mit dem Thema. Selbstbehalte werden dabei gemeinhin als nicht besonders erfolgreiche Methode der Aufkommensgenerierung verstanden, auch ein Steuerungseffekt wird zeitweilig in Frage gestellt. Nachdem es sich bei der Ambulanzgebühr um ein in Österreich politisch sensibles Thema handelt, herrscht auch wissenschaftlich ein meinungsgetriebener Diskurs vor. Regelmäßig (teils auch berechtigterweise) aufkommende Vorwürfe betreffen etwa die soziale Frage, ohne dass dabei klare Evidenz pro oder contra vorgelegt wird.

Klar können die Folgen eines etwas unglücklich designten Selbstbehalts in Deutschland beobachtet werden, wo von 2004 bis Ende 2012 Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherungen für den ersten ambulanten Arzt-/Zahnarztbesuch im Quartal zehn Euro Praxisgebühr zahlen mussten.<sup>8</sup> Für den Erfolg der ursprünglichen Steuerungsabsicht, „unnötige“ Arztbesuche, v.a. Selbstzuweisungen zu Fachärzten, zu reduzieren und die Hausärzte wieder verstärkt zur ersten Anlaufstation der Patienten zu machen, existiert lediglich für die Anfangszeit positive Evidenz. Im ersten Jahr nach der Einführung der Praxisgebühr (2004) kam es zu einem signifikanten Rückgang an Arztbesuchen von insgesamt 8,7 Prozent, wobei sich nicht eindeutig feststellen lässt, ob die Reduktion aufgrund ausbleibender Bagatellfälle erreicht wurde oder ob sozial schwache Patienten aus dem System gedrängt wurden.

Nach einiger Zeit stiegen die Besuche pro Patient trotz des Selbstbehalts wieder deutlich an, womit der langfristig intendierte Steuerungseffekt klar verfehlt wurde. Auf der administrativen Seite hingegen wurde die Ärzteschaft mit dem bürokratischen Aufwand der Einhebung, Abrechnung und Überweisung an die Krankenkassen belastet. Der „Gesundheitsmonitor“ der Bertelsmann-Stiftung stellte überdies negative Folgen für die Bevölkerung mit schlechtem Gesund-

7 Newhouse, Joseph P. et. al. (1984) The Effect of Coinsurance on the Health of Adults: Results from the RAND Health Insurance Experiment; RAND Corporation

8 Vgl. hierzu Wiener Gebietskrankenkasse (2017) Selbstbehalte beim Arzt? Ein Auslaufmodell ...

heitszustand und für einkommensschwache Personen fest, die aufgrund der einseitigen Belastung seltener zum Arzt gingen als notwendig.<sup>9</sup>

Die Praxisgebühr war also eine undifferenzierte, quantitative Maßnahme, die mittels Senkung der Patientenzahlen finanzielle Einsparungen zu generieren suchte. Diese konnten nach anfänglichen positiven Signalen auf mittlere und längere Sicht nicht erreicht werden.

Einige interessante Erkenntnisse, die die Steuerungsnotwendigkeit im österreichischen Versorgungssystem unterstreichen, liefert die Vorarlberger Spitalsambulanzstudie 2010.<sup>10</sup>

Der grundlegenden Frage in der Studie nach den Beweggründen der Menschen, die Spitalsambulanz ohne qualifizierte Zuweisung aufzusuchen, folgen als häufigste Antworten der „persönliche Eindruck, dass es im Krankenhaus schneller und einfacher gehe“, sowie die subjektive Qualitätserwartung der Patienten („Dort ist alles, was man braucht, auf einem Fleck!“). Nur etwas unter 10 Prozent der Befragten gaben an, aus Informationsmangel ins Spital gekommen zu sein, anstatt extramurale Versorger aufzusuchen.

Die Studie kommt zu dem Ergebnis, dass knapp 25 Prozent der Patienten in den Ambulanzen der untersuchten Krankenanstalten Selbstzuweiser sind, von denen bei etwa 66 Prozent der BPoS im niedergelassenen Bereich läge – in Summe ein Entlastungspotential der Spitalsambulanzen von beinahe 17 Prozent der gesamten Beanspruchung. Zusätzlich ergab die Beobachtung, dass die Nutzungsfrequenz zwischen 07:00 und 22:00 die höchsten Werte aufwies.

Die Verbindung der Beweggründe und der hohen Anzahl, die im extramuralen Sektor ebenso adäquat behandelt gewesen wäre, widerspricht der These, Steuerung könnte allein durch vermehrte Health Literacy und Patientenschulung erreicht werden. Zu klein war der Anteil an Personen, die lediglich aus „Informationsmangel“ an die Spitalsambulanz kamen.

Im Mai 2017 wurde eine durch den Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (HVB) in Auftrag gegebene Studie veröffentlicht, die der Frage nachgeht, „welche Aspekte des Angebots (der Versorgung) im niedergelassenen Bereich verändert (verbessert) werden müssten, um einen Wechsel der Erstinanspruchnahme vom Ambulanzbereich zum niedergelassenen Bereich zu bewirken“

---

9 Reiners und Schnee (2007), p.144f und p.149f

10 Wolfgang Bohner (2010) Vorarlberger Spitalsambulanzstudie 2010

(p. 11).<sup>11</sup> Grundlegende Verbesserungen erwarten sich die interviewten Patienten in den Bereichen „Erreichbarkeit und lange Öffnungszeiten auch in Tagesrandzeiten“, „hohe Behandlungskompetenz“ und „ausreichende Ausstattung mit Geräten“. Überdies sollen „multiprofessionelle Teams“ im niedergelassenen Bereich angetroffen werden, um somit (vgl. Voralbergstudie) alle notwendigen oder vor der Diagnose als notwendig erachteten Leistungen mit relativ geringer Zeit erhalten zu können (One-Stop-Shops).

## 6. Handlungsoption

### 6.1. Grundidee

Das Ziel des hier beschriebenen Selbstbehaltes besteht einzig darin, einen Lenkungseffekt der Inanspruchnahme von Spitalsambulanzen hin zum niedergelassenen Bereich zu bewirken. Es wird keine direkte Finanzierungswirkung angestrebt. Als unerlässliche Grundvoraussetzung hierfür muss das aufgespannte Regelwerk einfach, verständlich und transparent konzipiert sein, um **Glaubwürdigkeit** bei der Bevölkerung und **Effizienz** im System zu erreichen. Ebenso grundlegend sind die massenwirksame Kommunikation der Maßnahme, also umfassende Information, sowie bestehende Behandlungsalternativen mit ausreichender Kapazität und vor allem (zeitlicher) Zugänglichkeit, die in der Bevölkerung bekannt und akzeptiert sind.<sup>12</sup>

Der Mechanismus ist denkbar einfach. Jede Person, die ohne qualifizierte Zuweisung (Facharzt oder Kontrolltermin) oder ohne entsprechende Akuteinstufung

11 Sozialökonomischen Forschungsstelle (SFS) (2017) *Patient\*innenmotive zum Besuch von Spitalsambulanzen*; Endbericht im Auftrag des HVB der Sozialversicherungsträger

12 Eine aus behavioural economics entstandene Methode, um Menschen zu einem (sozial) gewünschten Verhalten zu bringen, nennt sich „nudging“. Im Gegensatz zum Anreizsetzen (incentive setting) in einem bekannten Umfeld setzt nudging darauf, die Entscheidungsumwelt so zu beeinflussen, dass sie den Menschen entscheidungsadäquat in Moment der Unentschlossenheit (cave, nicht Unsicherheit) einen entscheidenden „Stups“ gibt. Um Patienten zum Beispiel nicht in die Spitalsambulanz kommen zu lassen, bestünde etwa die Möglichkeit, Suchanfragen im Internet nach der nächsten Klinik mit personalisierter Werbung zu versehen – wie etwa: „Der nächste Allgemeinmediziner/Primärversorgungszentrum/Gruppenpraxis befindet sich in Ihrer Nähe und hat jetzt geöffnet.“.

eine Spitalsambulanz aufsucht, wird vor der Aufnahme über die Zahlungsbedingungen der Dienstleistung in Kenntnis gesetzt. Gleichzeitig wird die Person über die kostenlose Behandlungsalternative am BPoS im niedergelassenen Bereich informiert (in der jeweiligen Umgebung), hierzu liegen nicht nur in Deutsch sondern auch in den relevanten Fremdsprachen Informationsmaterialien auf. Sollte sich die Person dazu entscheiden, dennoch Patient der Ambulanz zu werden, entrichtet sie ausnahmslos vor Ort und vor Beginn der Betreuung/Behandlung die Ambulanzgebühr in einer niedrig anzusetzenden Höhe (etwa 5 EUR, vorzugsweise mittels Kartenabrechnung zur Minimierung des bürokratischen Aufwands).

Die Zahlungsverpflichtung nimmt niemanden aus. Den Selbstbehalt hat jede Person zu entrichten, die nicht dem gesetzlichen Auftrag der Ambulanz (vgl. 3.1.) zuordenbar ist. Als Definition der Akut- und Notfälle dient das Manchester-Triage-Systems (MTS), eine Klassifizierungsmethode für die Dringlichkeit von ambulanz zu behandelnden Personen. Über Ersteinschätzung von Beschwerdebildern und Leitsymptomen werden Patienten in eine von fünf Kategorien eingestuft, eine jede verbunden mit einer maximalen Wartedauer zwischen 0 und 120 Minuten. Patienten der dringlicheren Risikokategorien 1–3 werden ohne Selbstbehalt in der Ambulanz betreut.<sup>13</sup>

Somit wird die Spitalsambulanz, wie im KAKuG vorgesehen, dem Auftrag des Gatekeepers gerecht. In erster Priorität steht bei diesem Ansatz die Information des Patienten und dessen Umleitung auf den jeweiligen BPoS, sowohl zu seinem Wohl als auch zu dem des ganzen Systems.

Der Selbstbehalt ist entsprechend des Lenkungscharakters tief angesetzt und zur Vereinfachung der Abwicklung ausnahmslos gestaltet. Im Idealfall, also bei erfolgreicher Steuerung, wird die Gebühr nämlich **möglichst selten eingehoben**. Tritt dies ein, bedeutet das den Erfolg der Maßnahme: nämlich die Patienten an den medizinisch wie ökonomisch sinnvollsten Ort dirigiert zu haben. Von einer nachhaltigen Systemänderung kann man schließlich sprechen, wenn die Patienten in laufender Betreuung bei den BPoS bleiben (und zusehends selbst in der Lage sind, diese zu identifizieren), hierbei sind positive Behandlungserlebnisse beim niedergelassenen Arzt bzw. in sonstigen extramuralen Behandlungseinrichtungen unerlässlich.

---

13 Stufe 1 bedeutet sofortige Behandlung, Stufe 2 hat eine höchste Wartezeit von 10 Minuten („sehr dringend“), Stufe 3, als „dringend“ klassifiziert, höchstens 30 Minuten. Es erscheint fragwürdig, dass jemand in 30 Minuten von der Spitalsambulanz zur Behandlung am BPoS gelangt, bzw. ist bei so hoher Dringlichkeit einer Behandlung vermutlich die Ambulanz bereits der optimale Anlaufpunkt. Stufen 4 und 5 („normal“ und „nicht dringend“) können mit Wartezeiten von bis zu 90 bzw. 120 Minuten wohl nicht als Akut- oder Notfälle erachtet werden. Vgl. Mackway-Jones, Kevin et. al. (2011) Ersteinschätzung in der Notaufnahme – Das Manchester-Triage-System; Hogrefe

## 6.2. Systemische Bedeutung

Neben der mechanischen Leistung, Patienten zu den optimalen Behandlungsorten zu leiten, verfügt die Idee des Selbstbehalts für Ambulanzbesuche über eine zusätzliche Dynamik auf der Systemebene.

Unter dem Status quo nehmen viele Besucher die Spitalsambulanzen als die aus ihrer Sicht vernünftigste und bequemste Variante einer Gesundheitsdienstleistung in Anspruch (vgl. Bohner 2010). Neben dem erwarteten Service bietet die Ambulanz noch weitere Annehmlichkeiten, da das Krankenhaus an einem bekannten Ort lokalisiert und theoretisch rund um die Uhr verfügbar ist, wohingegen Alternativangebote in der Regel begrenzte Öffnungszeiten haben und deren Verortung nicht immer bekannt ist. Der individual-rationalen Sichtweise nach ist die Gebühr im ersten Effekt eine Verschlechterung der Situation, das Gefühl kann entstehen, durch eine unfaire Regulierung wurde einem persönlich ein bestehendes Recht auf ein Gut genommen.

Wenn dies allerdings das Kollektiv der Selbstzuweiser auf der individuellen Ebene als rational erachtet, verschlechtern sie hingegen auf der Makroebene ihre Situation, indem sie ihre „Mitbewerber“ um eine Behandlung in der Ambulanz nicht mitdenken und somit versäumen, ihre Erwartung anzupassen – hierdurch entsteht die Überbeanspruchung der Ambulanzen mit allen negativen Folgen (unangemessene Bindung von Ressourcen, längere Wartezeiten, die Ambulanzgebühr von 2001, ...).

Klar also, dass das, was individuell-rational erscheint, sehr wohl auf die Gesamtpopulation negative Auswirkung haben kann und somit in weiterer Konsequenz auch auf die Person, die aus der eingeschränkten Sichtweise zu optimieren meinte, zurückfällt.

Der anfangs als störend empfundene Selbstbehalt hingegen kann sich bald als eine positive Entwicklung entpuppen. Der Patient wird im Optimalfall mit einem besseren Service für den (zusätzlichen) Weg zum BPoS kompensiert. Gleichzeitig müsste eine Budgetperiode ausreichen, um die Effekte auf der systemischen Ebene zu beobachten. Durch Effizienzgewinne werden vormals ineffizient gebundene Ressourcen im Sinne einer Kostendämpfung nun wieder verfügbar, mit denen wiederum Gesundheitsleistungen und Investitionen abgedeckt werden (affordability). Diese Ausgaben können sehr wohl öffentlich sichtbar sein, wie etwa Ausbau von Primärversorgungszentren oder Unterstützungen für längere Praxisöffnungen, was wiederum die Akzeptanz in der Bevölkerung für die Reform unterstützt (acceptability) und somit die individuellen Bestrebungen, am jeweiligen BPoS behandelt zu werden, erhöht.

## 6.3. Erfolgsfaktoren und Risikomanagement

Der Erfolg der vorgeschlagenen Maßnahme hängt von unterschiedlichen inhärenten Faktoren wie begleitenden Maßnahmen ab.

Nachdem wir die Ambulanzgebühr ja als eine Art „Denkanstoß“ verstehen, gilt es als erstes, die für die Patienten relevanten **Informationen** klar, verständlich und umfassend zu kommunizieren. Hierfür können etwa Informationsbroschüren zur kostenfreien Behandlung im niedergelassenen Sektor sowie eine Liste der in der Umgebung verfügbaren Angebote entwickelt werden, selbstverständlich auch webbasierte Angebote und Apps wie eine (Kassen-)Arztsuche etc. Diese Materialien müssen in den jeweils relevanten Sprachen verfügbar sein, auch eine direkte Ansprechperson mit Beratungsfähigkeit kann die Patienten auf deren Weg durch den Gesundheitssektor coachen.

Ebenso von Bedeutung ist die **Minimierung der Suchkosten** für die Patienten. Die Informationen und die Führung durch das System müssen so rasch wie möglich auf ein gutes Behandlungsumfeld hinlenken, die Patienten müssen Vertrauen in die Guidance und Systemeffizienz erlangen. Es darf nicht das Gefühl erwachsen, man habe eine Gesundheitsleistung durch Info-Folder und Web-Angebote ersetzt.

Die Aufnahmeschwelle in die Ambulanz wird aus diesem Grund niedrig angesetzt, um **soziale Selektion zu verhindern**. Das System basiert auf dem Gedanken der Patientenbildung, die Zahlung der Gebühr gilt vielmehr als Impuls, über die beste Behandlungsalternative nachzudenken.

Das Manchester-Triage-System sichert die **Objektivität der Aufnahmekriterien**. Selbstverständlich bedarf es auch adäquater **extramuraler Versorgungsstrukturen** (PHCC, Triage-Ambulanz, längere Öffnungszeiten oder Bereitschaftsdienste etc.), auch unter Beachtung der Bedarfstopographie (accessability ist dabei von enormer Bedeutung), die Patienten in Anspruch nehmen können. Ambulanzen kostenpflichtig zu gestalten, ohne dass sich BPoS in erreichbarer Nähe befinden oder nur zu patientenunfreundlichen Zeiten geöffnet haben, würde tatsächliche finanzielle Mehrbelastungen bedeuten, ohne einen Steuerungseffekt zu bewirken.

Die Idee selbst baut auf den Informationsgewinn der Patienten, allerdings sollten weitaus umfassendere Anstrengungen unternommen werden, die **Health Literacy** in der Bevölkerung zu steigern. Ab einem gewissen Maß an Gesundheitskompetenz werden die Patienten zumindest eher zögern, bevor sie sich sofort auf den Weg in die Spitalsambulanz begeben. In dem Moment der Unentschlossenheit zwischen herkömmlicher Methode (ins Spital fahren), unkonventioneller Maßnahme (einen niedergelassenen Arzt googeln) oder traditionellem Verhalten

(doch den Hausarzt des Vertrauens anrufen) kann man versuchen, mit **Nudging** die Entscheidung der Patienten in die versorgungstechnisch sinnvolle gewünschte Richtung lenken (siehe Fußnote 12).

## 6.4. Die soziale Frage

Ein Beitrag aus der Zeitschrift der Linzer Sozialwissenschaftlichen Vereinigung aus dem Jahr 2006 steht sinnbildlich für den Diskurs zur Ambulanzgebühr in Österreich.<sup>14</sup> Wenn auch die Analyse in Hinblick auf den zwischen 2001 und 2003 existenten Selbstbehalt zutrifft, so eignen sich die vorgebrachten Kritikpunkte gut, um dem Vorwurf, wonach Selbstbehalte im Gesundheitswesen soziale Verwerfungen begründen würden, zumindest für das vorgeschlagene Modell zu begegnen.

*- Der Anteil von Selbstbehalten am Einkommen ist in den unteren Gehaltsklassen wesentlich höher als in oberen Einkommensgruppen.*

Numerisch betrachtet stimmt diese Aussage selbstverständlich, ist aber für das hier vorgeschlagene System nicht relevant. Kein Patient ist gezwungen, die Ambulanzgebühr zu entrichten, er bekommt im Gegenteil vor Ort die Information über kostenlose und zumindest gleichwertige Behandlungsmöglichkeiten. Sollte der Patient eine Überweisung besitzen oder sich nach MTS in den Stufen 1–3 befinden, fällt ohnehin keine Gebühr an.

*- Betroffen sind Personen, die sehr viele Leistungen in Anspruch nehmen (Niedrigeinkommens-bezieher und Ältere).*

Auch hier gilt, dass Not- und Akutfälle in das Behandlungsspektrum der Ambulanz fallen und somit kostenlos behandelt werden. Gerade leistungsintensive Patienten werden meistens durch einen Hausarzt begleitet und verfügen, sofern die Indikation besteht, über eine Überweisung an die Ambulanz.

*- Selbstbehalte wirken unsozial und beeinträchtigen die Gesundheit der ärmeren Bevölkerungsschichten.*

Dieses Argument könnte stimmen, gäbe es keine Behandlungsalternative. Allerdings, nachdem der vorliegende Vorschlag als reines Lenkungselement konzipiert ist, steht in Folge die Erhöhung der Gesundheit auf längere Sicht, nachdem die

---

14 Sozialwissenschaftliche Vereinigung (2006) Gesundheit darf nicht vom Einkommen abhängen; Kontraste – Presse- und Informationsdienst für Sozialpolitik 10/2006, p. 4ff

Patienten an den BPoS herangeführt werden, was erhöhte Behandlungsqualität bedeutet.

*- Die Steuerungswirkung von Selbstbehalten ist sehr eingeschränkt.*

Wie auch die Erfahrung aus Deutschland zeigt, benötigt man immer eine starke Alternative zu den vorhandenen Gesundheitsangeboten, da es sonst zu keinem Substitutions- oder Lenkungseffekt kommen kann. Die bislang eingeführten und wieder verworfenen Modelle waren eine Mischform aus Aufkommensgenerierung und versuchter Lenkungssteuer mit einem inhärenten Bias in Richtung der finanziellen Komponente. Das vorgeschlagene Modell zielt im Gegensatz dazu auf nachhaltige Verhaltensänderung ab.

*- Verhaltensänderungen erfolgen nur kurzfristig.*

Eine einmalige Abkehr vom gegenwärtigen Verhalten sollte schon genügen, wenn in Folge der Patientenschulungseffekt eintritt. Somit gilt einmal mehr, **System Literacy**, also Bildung, ist von größter Bedeutung.

*- Einer Regelung bloß über Ausnahmen für ärmere Bevölkerungsschichten stehen die hierfür anfallenden unverhältnismäßig hohen Administrationskosten entgegen.*

Unser Vorschlag führt zu minimalen Verwaltungskosten und administrativem Aufwand. Die Zahlung erfolgt vor Ort und vor der Aufnahme und nach der Information über Alternativen, es werden keine Ausnahmen zugelassen und es besteht ein objektiver Aufnahmerahmen.

## 7. Conclusio

Wenn auch die bisherigen Erfahrungen mit Ambulanzgebühren nicht eindeutig auszulegen sind, glauben wir, dass sich mit unserem Vorschlag einer rein verhaltensorientierten Maßnahme in Österreich Erfolge erzielen ließen. Das Motto lautet: Die beste Gebühr ist die, die nicht gezahlt wird!

Im Zentrum des vorgeschlagenen Mechanismus steht die Systemsteuerung, das heißt, es geht um effizientere Allokation vorhandener, knapper Mittel. Somit geht es auch um die Schaffung anreizkompatibler Strukturen, also darum, mittels richtiger Führung der Patienten durch das System sowohl die Mikro- als auch die Makroebene zu optimieren. Aus dieser Überlegung heraus werden nicht bislang kostenlose Gesundheitsleistungen plötzlich kostenpflichtig, im Gegenteil, es wird die effizienteste Inanspruchnahme einer gleichwertigen oder besseren (!) Leistung unterstützt.

In mittlerer bis langer, womöglich sogar in kurzer Frist überwiegt das durch optimale Allokation geschaffene Mehr an verfügbarem Behandlungsbudget das „Leid“ des Patienten, sich neuerlich auf den Weg machen zu müssen (von der Spitalambulanz zum niedergelassenen Mediziner oder sonstigem BPoS). Nachdem die Ambulanzgebühr nicht der Aufkommensgenerierung, sondern ausschließlich der Lenkung gilt, also nicht durch Mehrbelastung der Patienten (und dadurch übermäßig derer mit geringem Einkommen) die Aufrechterhaltung medizinischer Leistungen zu sichern sucht, bleibt die Reform in der sozialen Frage zumindest neutral.

Weit mehr, man könnte sogar davon sprechen, dass die Ambulanzgebühr aufgrund der in 6.2. beschriebenen Dynamik eine Steigerung sozialer Gerechtigkeit im Sinne von nachhaltig gesicherter Leistungen für alle Versicherten in einem der besten Gesundheitssysteme der Welt bedeuten wird.

Bei dem hier vorgeschlagenen Selbstbehalt handelt es sich also um ein Werkzeug auf dem Weg zu höherer Systemeffizienz und also auch Behandlungsqualität, die längerfristig durch bessere Patientenbildung und Health Literacy bzw. Systemkenntnis erreicht und gesichert werden soll. Deswegen gilt es auch noch einmal zu unterstreichen, dass die erste in der Ambulanz – kostenfrei – erbrachte Leistung die Information des ankommenden Patienten und dessen qualitätsgesicherter Transfer in das System des niedergelassenen Sektors ist; die Bindung an einen Vertrauensarzt in einer gewohnten Umgebung erhöht das Kohärenzgefühl des Patienten und führt folglich zu besseren Gesundheitsoutcomes. „Es ist gesundheitswissenschaftlich erwiesen, dass es sowohl für die Lebensqualität

als auch für die Effizienz des Systems besser ist, wenn die Menschen frühzeitig diagnostiziert und gut behandelt werden. Dazu ist es auch notwendig, dass die Menschen langfristig eine Gesundheitsbeziehung zu einem Behandler haben, der sie ganzheitlich betrachten kann, ihre Geschichte kennt und sie durch das Dickicht des Gesundheitswesens begleitet.“<sup>15</sup>

Es reicht also nicht, wenn wir die Ambulanz als einen Gatekeeper installieren. Damit es zu einer tatsächlichen Verbesserung für alle Stakeholder kommt, muss ständige Guidance gewährleistet sein – so lange, bis der emanzipierte Patient das Gesundheitswesen nicht mehr als undurchdringliches „Dickicht“ wahrnimmt!

---

15 Czipionka, Thomas (2015) Gesundheitsreform – der menschliche Faktor; Soziale Sicherheit 2/2015; p. 59

# Literaturverzeichnis

- Bundesministerium für Gesundheit (2013) Krankenanstalten in Zahlen 2012
- Bundesministerium für Gesundheit (2014) Krankenanstalten in Zahlen 2013
- Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (2016) Krankenanstalten in Zahlen 2015
- Czypionka, Thomas (2015) Gesundheitsreform – der menschliche Faktor; Soziale Sicherheit 2/2015
- Gesamte Rechtsvorschrift für Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz, Fassung vom 11.09.2017
- Gesamte Rechtsvorschrift für Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz, Fassung vom 11.09.2017
- Gesundheit Österreich (2015) Das österreichische Gesundheitswesen im internationalen Vergleich, 4. Ausgabe; Wissenschaftlicher Ergebnisbericht Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit
- Hofmarcher, Maria M. (2013) Austria: Health system review; Health Systems in Transition 15(7)
- Hofmarcher, Maria M. und Rack, Herta M. (2006) Gesundheitssysteme im Wandel: Österreich; European Observatory on Health Systems and Policies
- King, Dominic et. al. (2013) Approaches Based On Behavioral Economics Could Help Nudge Patients And Providers Toward Lower Health Spending Growth; Health Affairs 32(4)
- LSE Health (2017) Efficiency Review of Austria's Social Insurance and Healthcare System; Studie im Auftrag des Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz
- Mackway-Jones, Kevin et. al. (2011) Ersteinschätzung in der Notaufnahme - Das Manchester-Triage-System; Hogrefe
- Newhouse, Joseph P. et. al. (1984) The Effect of Coinsurance on the Health of Adults: Results from the RAND Health Insurance Experiment; RAND Corporation
- OECD (2015) Health at a Glance 2015: OECD Indicators; OECD Publishing
- Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (2002) Selbstbeteiligung - Internationaler Vergleich und Implikationen für Österreich; Wissenschaftlicher Ergebnisbericht im Auftrag des Bundesministeriums für soziale Sicherheit und Generationen
- Reiners, Hartmut und Schnee, Melanie (2007) Hat die Praxisgebühr eine nachhaltige Steuerungswirkung? in: Böcken, Jan et. al. (2007) Gesundheitsmonitor 2007; Bertelsmann Stiftung
- Sozialökonomischen Forschungsstelle (SFS) (2017) Patient\*innenmotive zum Besuch von Spitalsambulanzen; Endbericht im Auftrag des HVB der Sozialversicherungsträger
- Sozialwissenschaftliche Vereinigung (2006) Gesundheit darf nicht vom Einkommen abhängen; Kontraste - Presse- und Informationsdienst für Sozialpolitik 10/2006

Statistisches Handbuch der österreichischen Sozialversicherung (2016) Hauptverband der  
österreich. Sozialversicherungsträger 2016

Wolfgang Bohner (2010) Vorarlberger Spitalsambulanzstudie 2010

Wiener Gebietskrankenkasse (2017) Selbstbehalte beim Arzt? Ein Auslaufmodell ...,  
Presseunterlagen

Wright, John et. al. (1998) Development and importance of health needs assessment;  
BMJ 316/1998