



Hauptverband der  
österreichischen  
Sozialversicherungsträger

# Tagesklinische Leistungserbringung

Analyse der Auswirkungen vermehrter tagesklinischer Leistungserbringung am  
Beispiel des belgischen Gesundheitssystems

---

## Management Summary

Version 2

19.05.2014

Aline Dragosits MA

**Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger**

Evidenzbasierte Wirtschaftliche Gesundheitsversorgung

Gesundheitsökonomie

## a) Inhalt

1	Hintergrund .....	1
2	Methoden .....	2
3	Ergebnisse .....	2
3.1.1	Entwicklung.....	2
3.1.2	Benchmark.....	4
4	Zusammenfassung und Fazit .....	4
	Literaturverzeichnis .....	6

## 1 Hintergrund

Die tagesklinische Leistungserbringung ist derzeit Thema aktueller gesundheitspolitischer Diskussionen in vielen europäischen Ländern. Auch in Österreich einigte man sich im Rahmen des aktuellen Zielsteuerungsvertrages unter anderem darauf, die tagesklinische Leistungserbringung zu forcieren<sup>1</sup>.

Ziel dieses Management Summary ist es, einen Aufriss über die Ergebnisse der Studie des belgischen „Health Care Knowledge Centre“ kurz KCE darzulegen. In dieser wird die Auswirkung vermehrter tagesklinischer Leistungserbringung im belgischen Gesundheitssystem vor dem Hintergrund der finanziellen Anreize und Steuerungsmechanismen analysiert.

Als Hauptargument für die Anreizsetzung zur Verschiebung vollstationärer Leistungen in den tagesklinischen Bereich, wird die Kosteneinsparung durch die vermehrte tagesklinische Leistungserbringung angeführt. Dieses Argument ist haltbar, wenn die tagesklinische Leistungserbringung die vollstationäre substituieret und es zu keiner Verschiebung vom ambulanten in den tagesklinischen Bereich kommt. Vor diesem Hintergrund untersuchte die Studie, welche aus Zahlerperspektive, sprich aus Perspektive der Sozialversicherung, durchgeführt wurde, folgende Fragestellungen<sup>2</sup>

- **Entwicklung**
  - Wie haben sich die Anzahl der tagesklinischen<sup>3</sup> Aufenthalte im Vergleich zu den vollstationären<sup>4</sup> Aufenthalten, ebenso wie die damit verbundenen Kosten entwickelt?
  - Steht dem Anstieg der Anzahl an tagesklinischen Leistungen ein Rückgang der Anzahl an stationären Aufenthalten entgegen? Gibt es Leistungsverschiebung zwischen dem ambulanten<sup>5</sup> und tagesklinischen Bereich?
  - Inwieweit beeinflussen finanzielle Anreize und Steuerungsmaßnahmen die Entwicklung und mögliche Leistungsverschiebungen?
- **Benchmark** - Finanzierung und Anteil der tagesklinischen Leistungen am gesamten stationären Leistungsgeschehen in anderen Ländern

Bevor diese Fragen beantwortet werden können, erfolgt noch ein kurzer Aufriss der aktuellen Finanzierungsmechanismen im belgischen Gesundheitssystem. Dadurch soll die Interpretierbarkeit der Ergebnisse vereinfacht werden.

---

<sup>1</sup> Vgl. Operatives Ziel 6.2.2. Bundeszielsteuerungsvertrag  
<http://www.hauptverband.at/portal27/portal/hvbportal/content/contentWindow?&contentid=10008.564159&action=b&cacheability=PAGE>

<sup>2</sup> Van de Sande et al. 2012, S. ii und 16 und 33-35

<sup>3</sup> Aufnahme in Krankenhaus aus Gründen einer komplexen Diagnose oder Behandlung; Entlassung erfolgt noch am selben Tage

<sup>4</sup> Belegung eines Bettes für mindestens eine Nacht in einer Krankenhaus

<sup>5</sup> Privatordination, Poliklinik, im Haus des Patienten, etc.

Der intramurale Sektor wird aus unterschiedlichen Quellen und dual finanziert. Einerseits erfolgt die Honorierung nach einem *fee for services* System, andererseits wird ein globales Budget mit einem fixen und einem variablen Anteil eingesetzt<sup>6</sup>.

Die Finanzierung der tagesklinischen Leistungen erfolgt aufgrund zahlreicher Reformen durch unterschiedliche *lump sums*, eine Art Pauschalvergütung, welche jedoch in den meisten Fällen *fee for service* Honorierungen entsprechen. Bei dieser komplexen Finanzierungsstruktur werden spezifische Leistungen oder Bündel von Leistungen honoriert<sup>7</sup>.

## 2 Methoden

Als Quelle für die Analyse der Entwicklung der Ausgaben und des Volumens wurden offizielle Dokumente und Daten von öffentlichen Gesundheitseinrichtungen und hier vollem der Sozialversicherung herangezogen. Eine mögliche Leistungsverschiebung wurde am Beispiel von 16 Interventionen genauer untersucht. Die Mehrheit dieser Eingriffe (zwölf) ist operativer Natur. Außerdem erfolgte eine unsystematische, deskriptive Analyse der internationalen Literatur zu den Themen Finanzierung und Steuerung von tagesklinischen Leistungen<sup>8</sup>.

## 3 Ergebnisse

### 3.1.1 Entwicklung

*Wie haben sich die Anzahl der tagesklinischen Aufenthalte im Vergleich zu den vollstationären Aufenthalten, ebenso wie die damit verbundenen Kosten entwickelt?*

Die Ausgaben für die tagesklinische und vollstationäre Leistungserbringung sind im Zeitraum von 2004 bis 2010 gemeinsam um 4,1 Prozent pro Jahr gestiegen und die Anzahl der Aufenthalte war in der Periode von 2003 bis 2010 leicht rückläufig (0,7 Prozent). Der Anteil der Ausgaben für tagesklinische Leistungen an den Gesamtausgaben stieg von 7,4 Prozent im Jahr 2004 auf 7,6 Prozent im Jahr 2010<sup>9</sup>.

Die Anzahl der tagesklinischen Aufenthalte stieg von 2003 bis 2010 um 52,9 Prozent und der Aufwand um 4,5 Prozent pro Jahr im Zeitraum 2004 bis 2010. Im selben Zeitraum stiegen die Ausgaben für vollstationäre Leistungen um 4,1 Prozent pro Jahr und die Anzahl der Aufenthalte sank in der Periode von 2003 bis 2010 um 7,4 Prozent, was auch auf eine reduzierte durchschnittliche Aufenthaltsdauer zurückzuführen ist<sup>10</sup>.

---

<sup>6</sup> Van de Sande et al. 2012, S. 18

<sup>7</sup> ebd. S. 18-19

<sup>8</sup> ebd. S. iii und 35 und 93

<sup>9</sup> ebd. S. 21 und 62-63

<sup>10</sup> ebd. S. 21

Die Ausgaben für die tagesklinische Leistungserbringung stiegen ebenso wie die Aufenthalte kontinuierlich von 1995 bis 2010, wobei dieser Trend ab dem Jahr 2007 noch verstärkt wurde. Dies wird auch unter anderem auf die in diesem Jahr stattgefundene Reform und die damit neu eingeführten lump sums zurückgeführt<sup>11</sup>.

*Steht dem Anstieg der Anzahl an tagesklinischen Leistungen ein Rückgang der Anzahl an stationären Aufenthalten entgegen? Gibt es Leistungsverschiebung zwischen dem ambulanten und tagesklinischen Bereich?*

#### Leistungsverschiebung vollstationär zu tagesklinisch

Die genaue Betrachtung der 16 beispielhaften Interventionen zeigt einerseits, dass bei einigen Eingriffen der Anstieg der tagesklinischen Leistungserbringung mit einer Reduktion im vollstationären Bereich verbunden ist (z.B. Menishektomie, Leistenbruch, Mandelentfernung, Varizenentfernung oder Entfernung von Osteosynthesematerial). Andererseits war bei einigen Interventionen der Anstieg der tagesklinischen Aufenthalte höher als die Verschiebung vom vollstationären in den tagesklinischen Sektor (z.B. Kataraktoperation, Zahnoperationen, Zirkumzision oder Dekompression des Nervus Medianus)<sup>12</sup>.

#### Leistungsverschiebung ambulant zu tagesklinisch und umgekehrt

In der Analyse konnten auch Leistungsverschiebungen vom ambulanten in den tagesklinischen Bereich eruiert werden (z.B. im Bereich hysteroskopische Eingriffe)<sup>13</sup>. In diesem Zusammenhang verweisen die StudienautorInnen vor allem auf finanzielle Anreize, welche im stationären Bereich gesetzt werden<sup>14</sup>.

Im Hinblick auf Katarakt- und Zahnoperationen konnte eine Verschiebung der Leistungen vom tagesklinischen in den ambulanten Bereich beobachtet werden<sup>15</sup>. Im ophthalmologischen Bereich führen dies die StudienautorInnen vor allem auf die technologischen Entwicklungen bei minimalinvasiven Eingriffen und der Möglichkeit der ambulanten Behandlung zurück<sup>16</sup>.

*Inwieweit beeinflussen finanzielle Anreize und Steuerungsmaßnahmen die Entwicklung und mögliche Leistungsverschiebungen?*

Die Analyse hat gezeigt, dass gesetzliche Regulierungen einen großen Einfluss auf die Leistungsverschiebungen haben. Vor allem die zwei großen Reformen in den Jahren 2002 und 2007 haben wesentlich zur Entwicklung des Volumens und der Ausgaben im tagesklinischen Bereich beigetragen. Im Jahr 2002 erfolgte eine Reform der operativen, tagesklinischen Interventionen. 2007 wurden die tagesklinischen Pauschalvergütungsformen reformiert. Als Resultat herrscht derzeit eine multiple Form der Finanzierung vor<sup>17</sup>.

---

<sup>11</sup> Van de Sande et al. 2012, S. 21-22

<sup>12</sup> ebd. S. 26

<sup>13</sup> ebd. S. 27

<sup>14</sup> ebd. S. 87

<sup>15</sup> ebd. S. 27

<sup>16</sup> ebd. S.86

<sup>17</sup> ebd. S. 39-86

### 3.1.2 Benchmark

Eine Analyse der Rate an bestimmten tagesklinischen Eingriffen hat gezeigt, dass die USA und Dänemark zu den Ländern mit dem höchsten Anteil an tagesklinischen Leistungen in diesen Bereichen zählen. Vergleicht man die Raten mehrerer Ländern, müssen folgende Faktoren berücksichtigt werden: Organisation des Gesundheitssystems, Finanzierungssystem, medizinische Ausbildung und gelebte Praxis<sup>18</sup>.

Im Hinblick auf die Finanzierungsmechanismen wird darauf hingewiesen, dass beispielsweise in England und Dänemark tagesklinische Leistungen gleich vergütet werden wie vollstationäre. Eine gewisse Anzahl an tagesklinischen Interventionen wird in England sogar höher vergütet als die vollstationäre Leistung. Die verglichenen Länder greifen bei der Finanzierung der tagesklinischen und ambulanten Interventionen vermehrt auf DRGs (Diagnosis Related Groups) zurück<sup>19</sup>.

## 4 Zusammenfassung und Fazit

Die Praxis hat gezeigt, dass eine stationäre Aufnahme über mehrere Tage für eine steigende Anzahl an operativen und nicht-operativen Eingriffen nicht mehr als medizinisch notwendig erachtet wird. Darüber hinaus erhofft man sich Kosteneinsparungen durch die Anreizgestaltung zur Verschiebung bestimmter Leistungen vom vollstationären in den tagesklinischen Bereich. Vor diesem Hintergrund hat die vorliegende belgische Studie versucht, die Auswirkungen der Leistungsverschiebung in den tagesklinischen Sektor zu analysieren<sup>20</sup>.

Aus der Perspektive der Sozialversicherung stiegen sowohl Kosten für als auch die Anzahl der tagesklinischen Leistungen. Dies kann auf eine Leistungsverschiebung vom ambulanten und/oder vollstationären Bereich, auf den medizinischen Fortschritt und/oder generell auf die Inflation zurückgeführt werden. Der Anstieg der Ausgaben im tagesklinischen Sektor konnte nicht durch Einsparungen im vollstationären kompensiert werden und ist nur zu einem geringen Teil auf eine Leistungsverschiebung zurückzuführen, denn der Zunahme an tagesklinischen Fällen steht nur bei einigen Eingriffen, eine Abnahme der stationären Fälle entgegen<sup>21</sup>.

Die Analyse hat darüber hinaus gezeigt, dass bei Katarakt- und Zahnoperationen auch eine Leistungsverschiebung vom tagesklinischen in den ambulanten Bereich stattgefunden hat. Aus Public Health Perspektive wird dies als bedenklich im Hinblick auf die Behandlungsqualität erachtet<sup>22</sup>.

Die derzeitige Finanzierungsstruktur der tagesklinischen Leistungen ist komplex und inkohärent und die Wahl des Behandlungssettings ist in einigen Fällen verstärkt auf die

---

<sup>18</sup> Van de Sande et al. 2012, S. 149-151

<sup>19</sup> ebd. S. 28-29

<sup>20</sup> ebd. S. 156

<sup>21</sup> ebd. S. iv und 29-30 und 156

<sup>22</sup> ebd. S. 156

finanziellen Anreize zurückzuführen. Bemängelt wird außerdem, dass die Auswahl der tagesklinischen Leistungen nicht auf wissenschaftlicher Evidenz basiert<sup>23</sup>.

Als Limitation der Studie wird zunächst angeführt, dass lediglich die Entwicklung des Volumens und der Ausgaben berücksichtigt wurden. Klinische Outcomes und PatientInnenzufriedenheit wurden in dieser Analyse nicht berücksichtigt. Es wird auf die Nachteile bei der Verwendung von Routinedaten hingewiesen und auch darauf, dass die Analyse lediglich auf die deskriptive Darstellung der Ergebnisse fokussiert und Effekte der Leistungsverschiebungen dadurch statistisch nicht quantifizierbar sind<sup>24</sup>.

Die AutorInnen empfehlen einerseits eine evidenzbasierte Auswahl an tagesklinischen Interventionen und andererseits eine Finanzierung aus einer Quelle<sup>25</sup>.

Die Stärke der eben zusammengefassten Studie liegt in der komplexen Betrachtung unterschiedlicher Leistungsverschiebungen sowohl zwischen intramuralen als auch zwischen intra- und extramuralen Bereichen. Die deskriptive Analyse unterschiedlicher Interventionen hat außerdem gezeigt, dass keine generelle Aussage zu den Auswirkungen der Leistungsverschiebungen getroffen werden kann. Dies ist unter anderem auch auf die Weiterentwicklung der medizinischen Technologien zurückzuführen.

Betrachtet man die Ergebnisse und Methode dieser Analyse kritisch, so muss zunächst festgehalten werden, dass die Ergebnisse lediglich deskriptiv dargestellt werden. Aufgrund der Tatsache, dass die Entwicklung der Ausgaben und Aufenthalte auch auf andere Faktoren zurückgeführt werden können, wird eine fehlende statistische Analyse bemängelt. Finanzielle und gesetzliche Regelungen scheinen einen großen Einfluss auf die Entwicklung zu haben. Als interessant wird außerdem eine Analyse der Entwicklung der vollstationären Ausgaben und Aufenthalte ohne Forcierung der tagesklinischen Leistungserbringung erachtet. Eine Übertragung der Ergebnisse auf die nationale Situation wird als schwierig erachtet. Hier werden weitere und vor allem spezifischere Analysen der nationalen Gegebenheiten empfohlen.

Nichts destotrotz liefern die Ergebnisse der Studie einen guten Überblick der Entwicklung tagesklinischer Leistungen über einen längeren Zeitraum hinweg. Ferner wird das Hauptargument der Kosteneinsparung durch die Forcierung der tagesklinischen Leistungserbringung basierend auf den Studienergebnissen leicht entkräftet.

---

<sup>23</sup> ebd. S. 31 und 157

<sup>24</sup> Van de Sande et al. 2012, S. 34 und 157

<sup>25</sup> ebd. S. 32

## Literaturverzeichnis

Van de Sande S., Swartenbroeckx N., Van de Voorde C. et al.: Evolution of day-care, impact of financing and regulation. Health Services Research (HSR). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE). 2012. KCE Report 192C. D/2012/10.273/91