



Methoden für ein Monitoring von Leistungsverschiebungen zwischen dem intra- und extramuralen Bereich

31.12.2018

Tim Teichert, MA
Mag. Reinhard Jung
Andrea Stefan
Evidenzbasierte Wirtschaftliche Gesundheitsversorgung
1030 Wien, Haidingergasse 1
Kontakt: Tel. 01/ 71132-0
Tim.Teichert@sozialversicherung.at

Management Summary

Hintergrund

Die partnerschaftliche „Zielsteuerung Gesundheit“ zwischen Bund, Ländern und Sozialversicherung sieht vor, dass sowohl für vereinbarte als auch für einseitige, nicht zwischen Land und Sozialversicherung akkordierte Leistungsverschiebungen mit finanziell belastenden Folgen auf den jeweils anderen Bereich finanzielle Folgen zu definieren sind. Besonders relevant wird dies werden, wenn auf regionaler Ebene „Best Points of Service“ mittels Versorgungsaufträgen definiert werden und es in der Folge zu sektorenübergreifenden Leistungsverlagerungen kommt.^a Vor diesem Hintergrund erlangen die Identifikation und die Quantifizierung von Leistungsverlagerungen eine bedeutende Rolle. Ab dem Berichtsjahr 2014 sind sowohl im extramuralen als auch im spitalsambulanten Bereich Leistungen bundesweit einheitlich auf Basis des Leistungskatalogs des BMASGK (ehemals BMG) zu dokumentieren und dem Ministerium zu melden. Im Rahmen dieses Projektes wurde ein Monitoring von potentiellen Leistungsverschiebungen unter Berücksichtigung des extramuralen, spitalsambulanten und stationären Bereichs auf Basis der nun vergleichbaren Datengrundlage über den ambulanten Bereich (einheitlicher Leistungskatalog) und unter Berücksichtigung weiterer Datenquellen (stationäre Daten, Wahlarztdaten) entwickelt. Zu diesem Zweck kam der folgende Prozess zur Anwendung:

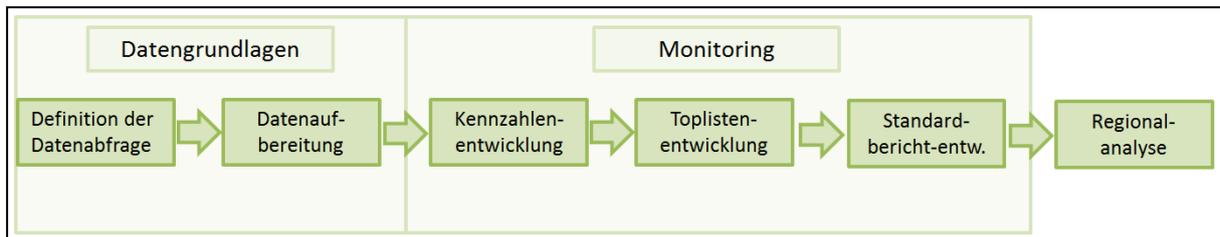


Abbildung 1: Prozess zur Identifizierung von Leistungsverschiebungen.

Methode

Auf Basis der Kontakte im extramuralen und spitalsambulanten Bereich wurden die folgenden Kennzahlen zur Identifikation von potentiellen Leistungsverschiebungen auf den Maßstabsebenen „Versorgungsregion“ und „Bundesland“ entwickelt:

^a Vgl. Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit (NR: GP XXV RV 1339 AB 1371).

- **„Veränderung des Anteils der extramuralen Kontakte“:** Diese Kennzahl misst, wie sich der Anteil der extramuralen Kontakte an den gesamten ambulanten Kontakten zwischen zwei Zeitpunkten verändert.

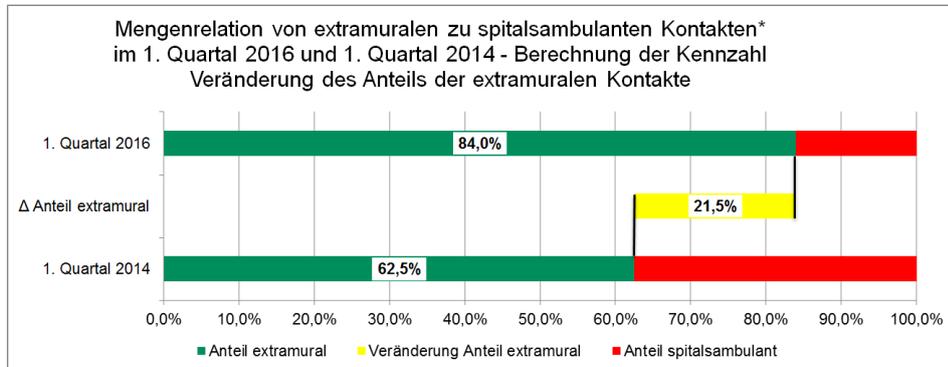


Abbildung 2: Illustration zur Berechnung der Kennzahl „Δ Anteil Extramural“. *) ohne Kontakte bei WahlärztInnen.

- **„Indexdifferenz extramural – spitalsambulant“:** Zur Ermittlung der Kennzahl wird zunächst die Entwicklung der Kontakte indexiert dargestellt. In einem zweiten Schritt wird die Differenz des Indexes für den extramuralen und des Indexes für den spitalsambulanten Bereich gebildet.

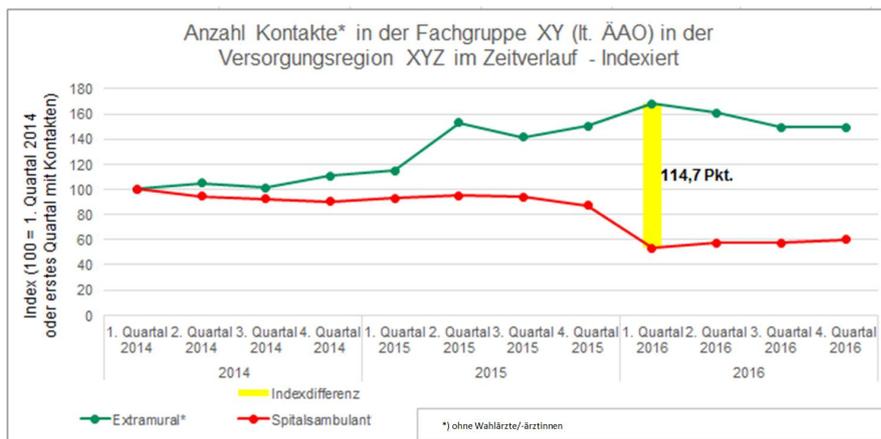


Abbildung 3: Illustration zur Berechnung der Kennzahl "Indexdifferenz - extramural - spitalsambulant".

Die Kombination dieser beiden Kennzahlen ermöglicht es, in dem Datensatz potentielle Leistungsverschiebungen zu identifizieren. Hierfür wurden solche Fälle herangezogen, wo sich der Anteil der extramuralen Kontakte im Zeitverlauf um mindestens 5 % veränderte und je nach Fallgruppe die Indexdifferenz mindestens 10 Punkte betrug.

Ergebnisse:

Folgende Fallgruppen von Leistungsverschiebungen wurden identifiziert:

		Veränderung des Anteils der extramuralen Kontakte	
		stark (≥ 5 Prozentpunkte)	schwach
Index-differenz	groß (≥ 10 Pkt.)	1. Potentielle Leistungsverschiebung: a) Typ „Kompensation“ <i>Kontakte nehmen in einem Sektor zu, im anderen ab.</i> b) Typ „Expansion/Reduktion“ <i>Kontakte nehmen in beiden Sektoren zu oder ab.</i>	2. <i>Geringe Relevanz eines Sektors - Kein Hinweis auf LV.</i>
	gering	3. <i>Mathematisch nicht möglich</i>	4. <i>Kein Hinweis auf LV.</i>
	Nicht berechenbar†	5. Potentielle Leistungsverschiebung mit „neuen Kontakten“ <i>In einem Sektor gab es zu Beginn der Datenreihen (1. Quartal 2014) noch keine Kontakte, im 1. Quartal 2016 jedoch schon.</i> a) Typ „Neue Kontakte – Kompensation“ <i>Im anderen Sektor nehmen die Kontakte ab.</i> b) Typ „Neue Kontakte – Expansion“ <i>Im anderen Sektor steigen die Kontakte zwar auch, aber nicht so stark.</i>	6. <i>Kein Hinweis auf LV.</i>

†) Für zumindest einen der Sektoren kann der Index nicht berechnet werden, da im Basisquartal Q1 2014 die Anzahl der Kontakte Null beträgt.

Tabelle 1: Verschiedene Fallgruppen von potentiellen Leistungsverlagerungen.

Die Fallgruppe „1a – Kompensation“ beschreibt die klassische Leistungsverschiebung, wo die Leistungen in einem Sektor im Zeitverlauf abnehmen, während sie im anderen Sektor zunehmen.

Mit Hilfe des Datensatzes wurden die potentiellen Leistungsverschiebungen in den einzelnen Fachgebieten auf den Maßstabsebenen „Versorgungsregion“ und „Bundesland“ ermittelt.

Bundesländer	Leistungsverschiebung Richtung extramuralen Bereich					Leistungsverschiebung Richtung spitalsambulanten Bereich					Gesamt
	1a	1b	5a	5b	Summe	1a	1b	5a	5b	Summe	
Burgenland				1	1	1	3	5	4	13	14
Kärnten	1	2			3	2	3			5	8
Niederösterreich	1			3	4	5				5	9
Oberösterreich	2	1	2	1	6	2				2	8
Salzburg	3	1	1		5	1				1	6
Steiermark			2	1	3	6			1	7	10
Tirol	5		1		6		1	3	3	7	13
Vorarlberg		2	1		3	2				2	5
Wien	1		4		5			1		1	6
Gesamt	13	6	11	6	36	19	7	9	8	43	79

Tabelle 2: Auswertung Ebene VR: Überblick über die Anzahl der potentiellen Leistungsverlagerungen nach Fallgruppen und Bundesland.

In Tabelle 2 sind die Ergebnisse der Analyse des Datensatzes „Versorgungsregion“ nach Bundesländern und Fallgruppen dargestellt. Insgesamt konnten 79 Fälle von potentiellen

Leistungsverschiebungen gefunden werden. In 36 Fällen gab es im Zeitverlauf eine Leistungsmengenentwicklung in Richtung des extramuralen Bereichs, in 43 Fällen in Richtung des spitalsambulanten Bereichs. Insgesamt konnten 32 Fälle der Fallgruppe „1a – Kompensation“ gefunden werden, hiervon waren 13 in Richtung des extramuralen Bereichs und 19 in Richtung des spitalsambulanten Bereichs.

Bundesländer	Leistungsverschiebung Richtung extramuralen Bereich					Leistungsverschiebung Richtung spitalsambulanten Bereich				Gesamt
	1a	1b	5a	5b	Summe	1a	1b	5b	Summe	
Burgenland						4	3	2	9	9
Kärnten	1			1	2					2
Niederösterreich				2	2					2
Oberösterreich	1	1	1		3					3
Salzburg	4		2		6					6
Steiermark			1	1	2	1			1	3
Tirol			1		1					1
Vorarlberg		2	1		3	1			1	4
Wien			2		2					2
Gesamt	6	3	8	4	21	6	3	2	11	32

Tabelle 3: Auswertung Ebene BL: Überblick über die Anzahl der potentiellen Leistungsverlagerungen nach Fallgruppen und Bundesland.

In Tabelle 3 sind die Ergebnisse der Analyse des Datensatzes „Bundesland“ nach Fallgruppen dargestellt. Insgesamt konnten 32 potentielle Leistungsverschiebungen identifiziert werden. Nachdem es auf der Versorgungsregionsebene insgesamt mehr potentielle Leistungsverschiebungen in Richtung des spitalsambulanten Bereichs gefunden werden konnten, findet sich auf Bundeslandebene das umgekehrte Bild. Mit 21 potentiellen Leistungsverschiebungen in Richtung des extramuralen Bereichs gab es hier deutlich mehr Leistungsverschiebungen als zu Gunsten des spitalsambulanten Bereichs. Nachdem durch die Aggregation der 32 Versorgungsregionen zu den neun Bundesländern ein neuer Datensatz entsteht und die regionalen Wechselwirkungen auf einer anderen Maßstabsebene analysiert werden, stehen die beiden Ergebnisse in keinem Widerspruch zueinander. Im Bericht finden sich noch weitere Auswertungen nach Fachgebieten und klassifiziert nach Veränderung des Anteils der extramuralen Kontakte. Zum Teil finden sich in den Daten Hinweise darauf, dass es die Datenqualität des ersten Jahres, in dem ambulant einheitlich dokumentiert wurde, noch verbesserungswürdig war. In Zukunft sollte somit ein späteres Basisjahr für das Monitoring herangezogen werden.

Inhalt

Management Summary	i
Inhalt	v
Sonstige Verzeichnisse	vii
Tabellenverzeichnis.....	vii
Abbildungsverzeichnis.....	viii
Abkürzungsverzeichnis	ix
1 Einleitung	1
2 Ziele und Nicht-Ziele	2
3 Leistungsverschiebungen	3
3.1 Definition des Leistungsverschiebungsbegriffes	3
3.2 Ausprägungen von Leistungsverschiebungen	3
3.3 Kausalitäten von Leistungsverschiebungen.....	4
4 Methode und Datengrundlagen	6
4.1 Datengrundlagen.....	6
4.1.1 Definitionen der Datenquellen	8
4.1.2 Fachgebiete nach ärztlicher Ausbildungsordnung	11
4.1.3 Regionale Aufbereitung	14
4.1.4 Zeitliche Aufbereitung.....	14
4.2 Monitoring	14
4.2.1 Kennzahlen	14
4.2.2 Ausprägungen der Kennzahlen und Typen von potentiellen Leistungsverschiebungen.....	17
4.2.3 Toplisten	23
4.2.4 Standardbericht.....	24
5 Ergebnisse	26
5.1 Vergleich der beiden Datenabfragen	26
5.2 Identifikation von Leistungsverschiebungen	29
5.2.1 Potentielle Leistungsverschiebungen auf Versorgungsregionsebene	29
5.2.2 Potentielle Leistungsverschiebungen auf Bundeslandebene	32
6 Diskussion	35



7	Ausblick.....	36
8	Quellenverzeichnis.....	37
9	Anhang.....	38

Sonstige Verzeichnisse

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Verschiedene Fallgruppen von potentiellen Leistungsverlagerungen.	iii
Tabelle 2: Auswertung Ebene VR: Überblick über die Anzahl der potentiellen Leistungsverlagerungen nach Fallgruppen und Bundesland.	iii
Tabelle 3: Auswertung Ebene BL: Überblick über die Anzahl der potentiellen Leistungsverlagerungen nach Fallgruppen und Bundesland.	iv
Tabelle 4: Übersicht über die abgefragten Datengrundlagen.	7
Tabelle 5: Liste der Fachgebietsgruppen laut ÄAO 2015 samt Zuordnung der Fachgebietsbezeichnungen der SV.	13
Tabelle 6: Verschiedene Fallgruppen von potentiellen Leistungsverschiebungen.	17
Tabelle 7: Topliste Versorgungsregion/ Fachgebiet.	24
Tabelle 8: Vergleich der Kontakte nach Fachgebiet.	27
Tabelle 9: Vergleich der Kontakte nach Bundesland.	27
Tabelle 10: Auswertung Ebene VR: Überblick über die Anzahl der potentiellen Leistungsverschiebungen nach Fallgruppen und Bundesland.	30
Tabelle 11: Auswertung Ebene VR: Überblick über die Anzahl der potentiellen Leistungsverschiebungen nach Fallgruppen und Fachgebieten.	30
Tabelle 12: Klassifikation der potentiellen Leistungsverschiebungen nach Fallgruppe und Prozentwerten.	31
Tabelle 13: Klassifikation der potentiellen Leistungsverschiebungen nach Bundesland und Prozentwerten.	31
Tabelle 14: Auswertung Ebene BL: Überblick über die Anzahl der potentiellen Leistungsverschiebungen nach Fallgruppen und Bundesland.	32
Tabelle 15: Auswertung Ebene BL: Überblick über die Anzahl der potentiellen Leistungsverschiebungen nach Fallgruppen und Fachgebieten.	33
Tabelle 16: Klassifikation der potentiellen Leistungsverschiebungen nach Fallgruppe und Prozentwerten.	33
Tabelle 17: Klassifikation der potentiellen Leistungsverschiebungen nach Bundesland und Prozentwerten.	34

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Prozess zur Identifizierung von Leistungsverschiebungen.	i
Abbildung 2: Illustration zur Berechnung der Kennzahl „ Δ Anteil Extramural“ ..	ii
Abbildung 3: Illustration zur Berechnung der Kennzahl "Indexdifferenz - extramural - spitalsambulant"	ii
Abbildung 4: Prozess zur Identifizierung von Leistungsverschiebungen.	6
Abbildung 5: Illustration zur Berechnung der Kennzahl „ Δ Anteil Extramural“	15
Abbildung 6: Illustration zur Berechnung der Kennzahl "Indexdifferenz - extramural - spitalsambulant"	16
Abbildung 7: Beispiel Fallgruppe 1a "Kompensation"	18
Abbildung 8: Beispiel Fallgruppe 1b "Expansion/Reduktion".....	19
Abbildung 9: Beispiel Fallgruppe 2.	20
Abbildung 10: Beispiel Fallgruppe 4.	21
Abbildung 11: Beispiel Fallgruppe 5a.	22
Abbildung 12: Beispiel Fallgruppe 5b.	23
Abbildung 13: Standardbericht Teil 1.....	25
Abbildung 14: Standardbericht Teil 2.....	26
Abbildung 15: Entwicklung der Kontakte mit Leistungen in Spitalsambulanzen (absolut).	28
Abbildung 16: Entwicklung der Kontakte mit Leistungen in Spitalsambulanzen (indexiert). ..	28
Abbildung 17: Entwicklung der Kontakte gesamt Spitalsambulanzen (indexiert).....	29

Abkürzungsverzeichnis

ÄAO	Ärzteausbildungsordnung
ÄAVE	Ärztliche ambulante Versorgungseinheiten
BIG	Business Intelligence im Gesundheitswesen des Hauptverbands der österreichischen Sozialversicherungsträger
BMASGK	Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
bPK	bereichsspezifische Personenkennzeichen
B-VG	Bundes-Verfassungsgesetz
DIAG	Dokumentations- und Informationssystem für Analysen im Gesundheitswesen
GDoKG	Bundesgesetz über die Dokumentation im Gesundheitswesen
HVB	Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger
HVSV	Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger
KAL	Katalog ambulanter Leistungen
MEL	Medizinische Einzelleistung
ÖSG	Österreichischer Strukturplan Gesundheit
SV	Sozialversicherung
VP	Vertragspartner
VR	Versorgungsregion

1 Einleitung

Im Rahmen des Gesundheitssystems sind Leistungsverschiebungen Gegenstand vieler Diskussionen. Der aktuelle Bundeszielsteuerungsvertrag (2017 bis 2021) sieht zum Beispiel in Artikel 9 einen finanziellen Ausgleich für vereinbarte Leistungsverschiebungen vor.^a Außerdem wurde darin vereinbart, dass für einseitige, nicht zwischen Land und Sozialversicherung akkordierte Leistungsverschiebungen mit finanziell belastenden Folgen auf den jeweils anderen Bereich ein finanzieller Ausgleich verlangt werden kann. Diese Bestimmungen werden in naher Zukunft an Relevanz gewinnen, wenn auf regionaler Ebene unter Berücksichtigung der regionalen Versorgungssituation (Best Point of Service) für alle öffentlich versorgungswirksamen Leistungsanbieter (Spitalsambulanz, Ambulatorium, Gruppenpraxis, Einzelpraxis oder zukünftig Primärversorgungseinheit) Versorgungsaufträge festgelegt werden. Im Rahmen der Umsetzung von verbindlichen Versorgungsaufträgen sind auf Basis der Planungsgrundlagen des ÖSG 2017 auf regionaler Ebene Versorgungsaufträge noch inhaltliche Festlegungen zu Versorgungsaufträgen zu treffen, in deren Folge es zu sektorenübergreifenden Leistungsverschiebungen kommen kann. Vor diesem Hintergrund kommen der Identifikation und der Quantifizierung von Leistungsverlagerungen eine bedeutende Rolle zu.

Bisher wurden diverse Versuche unternommen, Leistungsverschiebungen darzustellen. Oft wurden die unzureichenden und heterogenen Datenquellen im intra- und extramuralen Bereich als Limitation identifiziert mit der die Ergebnisse in Frage gestellt wurden. Mit der Novellierung des **Gesundheitsdokumentationsgesetzes^b** (GDoKG) im Jahr 2013 wurde eine rechtliche Grundlage für eine **vergleichbare Datengrundlage über den gesamten ambulanten Bereich** geschaffen. Ab 1.1.2014 sind ambulant erbrachte Leistungen österreichweit auf Basis des seinerzeit vom BMG - heute BMASGK - herausgegebenen **bundesweit einheitlichen Leistungskatalogs** verpflichtend zu dokumentieren und an das Ministerium zu übermitteln. Der bundesweit einheitliche Leistungskatalog des BMASGK besteht grundsätzlich aus dem Katalog ambulanter Leistungen (KAL) und dem Katalog medizinischer Einzelleistungen (MEL-Katalog). Im Rahmen dieses Projektes wurde erstmals ein Monitoring von potentiellen Leistungsverschiebungen auf Basis der Daten, die im Zuge des Gesundheitsdokumentationsgesetzes zu melden sind (dies umfasst extramurale, spitalsambulante und stationäre Daten) sowie weiteren Datenquellen (Wahlarztdaten) entwickelt.

^a Zielsteuerungsvertrag auf Bundesebene für die Periode 2017 bis 2021 auf Basis der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens sowie Zielsteuerung Gesundheit, und dem Vereinbarungssetzungsgesetz 2017, BGBl. I Nr. 26/2017.

^b Bundesgesetzes über die Dokumentation im Gesundheitswesen, BGBl. I Nr. 81/2013.

2 Ziele und Nicht-Ziele

Die Identifizierung und Quantifizierung einer Leistungsverschiebung kann in der Praxis eine Herausforderung darstellen. Während die Schließung oder Neueröffnung einer gesamten Struktur im extra- oder intramuralen Bereich noch mit geringem Aufwand beobachtet werden kann, ist beispielsweise eine Reduzierung von Öffnungszeiten bei der Vielzahl an LeistungserbringerInnen und mangels geeigneter Datenquellen über Öffnungszeiten mit großem Aufwand verbunden bzw. teilweise gar nicht möglich.

Das Ziel des Projektes war die Entwicklung eines Monitorings zur Identifizierung von Leistungsverschiebungen unter Berücksichtigung des extramuralen, spitalsambulanten und stationären Bereichs. Dies setzt im ersten Schritt voraus, dass die geeigneten Datenquellen ausgewählt und entsprechend den Anforderungen abgefragt werden. In einem weiteren Schritt mussten die Daten so aufbereitet werden, dass auf Basis von Kennzahlen und Toplisten eine Identifikation potentieller Leistungsverschiebungen möglich ist. Nicht zuletzt mussten diese Kennzahlen im Rahmen eines Standardberichtes aufbereitet werden, sodass sie einfach interpretiert werden können.

Neben den Zielen gab es auch die folgenden Nicht-Ziele des Projektes: Eine Programmierung eines Monitoring-Tools mit benutzerfreundlichem Interface war nicht Ziel dieses Projektes (die Datenaufbereitung und Datenaufbereitung erfolgten deshalb in Excel). Des Weiteren verfolgte das Projekt nicht das Ziel, Leistungsverschiebungen anhand von einzelnen Leistungen und Leistungsbündeln zu analysieren, da nur eine aggregierte Darstellung und Analyse erfolgen sollte. Ein weiteres Nicht-Ziel war die monetäre Bewertung der dargestellten Leistungsverschiebungen.

3 Leistungsverschiebungen

3.1 Definition des Leistungsverschiebungsbegriffes

Bevor auf die Projektinhalte und -ergebnisse eingegangen wird, wird zuerst der Begriff Leistungsverschiebungen definiert. Im engeren Sinn kann man unter einer Leistungsverschiebung verstehen, wenn Leistungen, die bisher von Sektor A erbracht wurden, ab einem bestimmten Zeitpunkt t nicht mehr von diesem, sondern von Sektor B geleistet werden. Im österreichischen Gesundheitssystem werden Leistungsverschiebungen zwischen dem extra- und intramuralen ambulanten Bereich diskutiert, da sich hierbei die Finanzierungszuständigkeit ändert. Grundsätzlich sind Verschiebungen in beide Richtungen denkbar, vom extramuralen Bereich in den intramuralen Bereich und umgekehrt. Der Begriff Leistungsverschiebung würde die Interpretation nahelegen, dass eine bestimmte Leistung aktiv verschoben wird, im Sprachgebrauch wird aber auch die Verschiebung von Leistungsbündeln wie zum Beispiel die Leistungserbringung einer bestimmten Leistungsgruppe innerhalb eines Fachgebietes als Leistungsverschiebung bezeichnet. So spricht man beispielsweise gleichermaßen von einer Leistungsverschiebung, wenn vereinbart wurde, dass eine bestimmte Leistung die bisher intramural erbracht wurde in Zukunft extramural erbracht wird oder eine ganze Spitalsambulanz geschlossen wurde und die Leistungserbringung in Zukunft durch den extramuralen Bereich erfolgt. Im Rahmen des Berichtes wurden die Leistungen eines gesamten Fachgebietes in einer Versorgungsregion bzw. einem Bundesland auf potentielle Leistungsverschiebungen untersucht, somit werden auf dieser Aggregationsebene Leistungsverschiebungen potentiell sichtbar sein, die auf Strukturveränderungen zurückzuführen sind. Hierbei kann natürlich nicht ausgeschlossen werden, dass auf dieser Ebene Verschiebungen von einzelnen Leistungen sichtbar sind.

3.2 Ausprägungen von Leistungsverschiebungen

In der Theorie sind die folgenden Ausprägungen von Leistungsverschiebungen denkbar:

- 1) **Komplette Leistungsverschiebung:** Am eindeutigsten ist eine Leistungsverschiebung, wenn eine Leistung X bis zum Zeitpunkt t ausschließlich von einem Sektor und danach exklusiv vom anderen Sektor erbracht wird. Hierbei handelt es sich dann um eine komplette Verschiebung der Leistung. In der Praxis würde dies zutreffen, wenn beispielsweise eine Spitalsambulanz geschlossen wird und zugleich eine Gruppenpraxis eröffnet, die in vergleichbarem Umfang die Versorgungsleistung erbringt.
- 2) **Anteilmäßige Leistungsverschiebung:** Sehr ähnlich sind Leistungsverschiebungen bei denen eine Leistung X von beiden Sektoren erbracht wurde und auch weiterhin erbracht wird, wobei sich aber ab dem Zeitpunkt t die Anteile an der Leistungsmenge (und somit auch an den sektorenübergreifenden Gesamtkosten) zwischen den Sektoren verschieben. In der Praxis würde dies zutreffen, wenn in einem Fachgebiet extra- und intramurale ambulante Strukturen bestehen, aber beispielsweise die Öffnungszeiten der intramuralen ambulanten Struktur reduziert werden und somit die PatientInnenzahlen im extramuralen Bereich steigen.

- 3) **Leistungszuwachs in einem Sektor:** Im weitesten Sinn können und werden als Leistungsverschiebung auch Situationen aufgefasst, in denen eine Leistung X in beiden Sektoren erbracht wurde/wird und die Leistungsmenge dieser Leistung in einem Sektor bei grundsätzlich gleichbleibender Leistungsmenge im anderen Sektor ausgeweitet oder reduziert wird (Verschiebung zusätzlicher Leistungen oder Verschiebung durch wegfallende Leistungen). Über beide Sektoren betrachtet, wird das Leistungsangebot ausgeweitet oder eingeschränkt (es können mehr oder weniger PatientInnen behandelt werden). Diese Fälle sind weniger eine Leistungsverschiebung (im Sinne von: PatientInnen die bisher nach A gegangen sind um eine Leistung in Anspruch zu nehmen, gehen jetzt nach B), sondern eine Verschiebung der Kosten(-anteile). In der Praxis wäre dies der Fall, wenn extramural die Öffnungszeiten durch die Gründung einer Gruppenpraxis ausgeweitet werden, wodurch sich die Patientenzahl/die Leistungsmenge erhöht, während die intramuralen Öffnungszeiten und auch die Patientenzahlen/die Leistungsmenge gleichbleiben.
- 4) **Innovationen:** Obwohl vom Begriffsinhalt schon weit entfernt, werden teilweise unter Leistungsverschiebungen auch Fälle verstanden, in denen eine bisher in keinem Sektor erbrachte Leistung Y ab dem Zeitpunkt t neu von einem Sektor angeboten werden (Verschiebung neuer Leistungen).

3.3 Kausalitäten von Leistungsverschiebungen

Die genannten Ausprägungen von Leistungsverschiebungen lassen erahnen, dass es unterschiedliche Gründe gibt, wie Leistungsverschiebungen zu Stande kommen. Nachfolgend werden diese in drei Fallgruppen eingeteilt:

- 1) **Vereinbarte Leistungsverschiebungen:** Im Zuge der Gesundheitsreform und davor im Rahmen von Reformpool-Projekten wird bzw. wurde versucht die sektorale Trennung zu überwinden. Leistungen sollen beispielsweise am „Best point of service“ erbracht werden. Demnach soll die kurative Versorgung bzw. die jeweilige Leistung zum richtigen Zeitpunkt am richtigen Ort in optimaler Qualität erbracht werden. Dieser „Best point of service“ kann auch im jeweils anderen Sektor sein. Andere Elemente der Gesundheitsreform sind z.B. die Stärkung der Primärversorgung oder der Abbau von Parallelstrukturen. Im Sinne einer gemeinschaftlichen Planung wird im Rahmen der regionalen Versorgungsplanung zwischen Land und Sozialversicherung vereinbart, dass Leistungen zwischen den Sektoren verschoben werden. Dies könnte dazu führen, dass im intramuralen Bereich Strukturen auf- und/oder ausgebaut werden und im extramuralen Bereich gleichzeitig Strukturen abgebaut werden.
- 2) **Leistungsverschiebungen aufgrund von Kapazitätsänderungen:** Neben den vereinbarten Leistungsverschiebungen können Leistungsverschiebungen auftreten, wenn Kapazitäten auf- oder abgebaut werden ohne dass dies vorher zwischen Land und Sozialversicherung vereinbart wurde. Wie die nachfolgende Aufstellung zeigt, können die Gründe dafür vielfältig sein:
 - a. Schließung, Eröffnung, Ausbau oder Reduzierung einer Struktur im extra- oder intramuralen Bereich.

- b. Übergangsweise auftretende Nachbesetzungsprobleme im extra- oder intramuralen Bereich, die dazu führen, dass die Versorgung temporär eingeschränkt wird.
- c. Neuorganisation der Versorgung im extra- oder intramuralen Bereich.
- d. Innovationen im intra- oder extramuralen Bereich.

Die angeführten Gründe können im extra- oder intramuralen Bereich dazu führen, dass neue Strukturen entstehen oder bestehende geschlossen werden, oder sich der Leistungsumfang von bestehenden Strukturen erhöht oder verringert und dadurch es zu Leistungsverschiebungen kommt.

- 3) Veränderung der Inanspruchnahme:** Neben den Veränderungen, die die Struktur im extra- oder intramuralen Bereich betreffen, kann sich auch die Inanspruchnahme der PatientInnen ändern, wodurch im intra- oder extramuralen Bereich die Leistungsmenge einseitig beeinflusst wird.

Das Projekt zur Entwicklung eines Monitorings von potentiellen Leistungsverschiebungen leistet einen Beitrag dazu, Leistungsverschiebungen identifizieren und quantifizieren zu können. Mit Hilfe des entwickelten und im nachfolgenden Kapitel beschriebenen Prozesses können Ausprägungen von potentiellen Leistungsverschiebungen dargestellt werden. Die Kausalität kann jedoch nur durch eine tiefere regionale Analyse geklärt werden.

4 Methode und Datengrundlagen

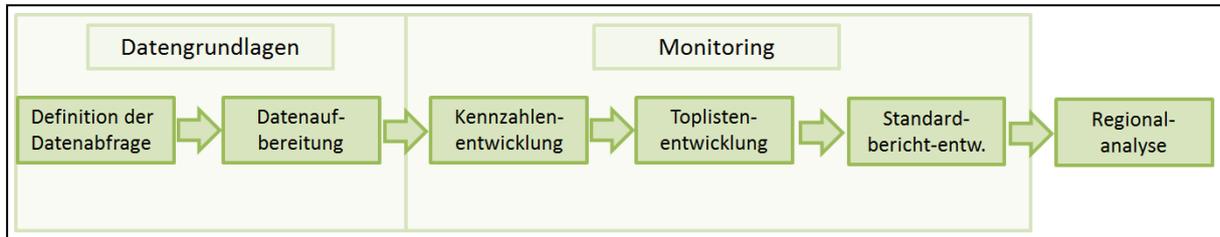


Abbildung 4: Prozess zur Identifizierung von Leistungsverschiebungen.

Im Rahmen des Projektes wurde der in Abbildung 4 dargestellte Prozess zur Identifizierung von potentiellen Leistungsverschiebungen entwickelt. Der Prozess lässt sich in drei Schritte unterteilen:

Datengrundlagen: Wie bereits im vorangegangenen Kapitel thematisiert, werden unter Leistungsverschiebungen sowohl Verschiebungen von einzelnen Leistungen als auch Verschiebungen von gesamten Leistungsbündeln^a verstanden. Im Rahmen dieses Projektes stand die Identifizierung von Leistungsbündeln, die auf der Maßstabsebene Versorgungsregion bzw. Bundesland sichtbar werden, im Vordergrund. Hierfür wurde eine entsprechende Datenabfrage definiert und die Daten aufbereitet. Die Datengrundlagen werden in Kapitel 4.1. beschrieben.

Monitoring: Auf Basis der aufbereiteten Daten wurde das Monitoring zur Identifizierung von Leistungsverschiebungen entwickelt. Die Herausforderung hierbei bestand zunächst in der Entwicklung von geeigneten Kennzahlen, die die Leistungsentwicklung so darstellen, dass mit Hilfe von Toplisten jene Fachgebiete und Regionen gefunden werden konnten, in denen es Indizien für Leistungsverschiebungen gibt. Zur weiteren Darstellung der Leistungsentwicklung und möglicher Leistungsverschiebungen wurde ein Standardbericht entwickelt, der die wichtigsten Kennzahlen aus dem extra- und intramuralen Bereich zusammenfasst. Die Kennzahlen und Standardberichte werden in Kapitel 4.2 beschrieben.

Regionalanalyse: Die weitere Analyse von potentiellen Leistungsverschiebungen bedingt die Darstellung der Leistungserbringung von einzelnen LeistungserbringerInnen innerhalb der Untersuchungsregion, u.a. auch einer Analyse auf Ebene einzelner Leistungen sowie zusätzliche Informationen, die auf regionaler Ebene vorhanden sind. Die Regionalanalyse war nicht mehr Teil des Projekts, da sich dieser Schritt aus technischen Gründen nicht mehr im Rahmen des Projektes verwirklichen ließ.

4.1 Datengrundlagen

Zur Identifizierung und Quantifizierung von Leistungsverschiebungen wurden stationäre, spitalsambulante und extramurale Daten, die im Zuge des Bundesgesetzes über die

^a Nachdem in den medizinischen Leistungskatalogen zum Teil einzelne Leistungen streng voneinander abgegrenzt werden, kann es notwendig sein, diese Einzelleistungen zu Leistungsbündeln zusammenzufassen, um vergleichbare Leistungen nicht einzeln quantifizieren zu müssen.

Dokumentation im Gesundheitswesen zu melden sind aus dem DIAG (Dokumentations- und Informationssystem für Analysen im Gesundheitswesen) des BMASGK und ärztliche ambulante Versorgungseinheiten (ÄAVE) für WahlärztInnen aus REGIOMED des HVB für die Jahre 2014, 2015 und 2016 abgefragt.

Extramuraler Bereich	Spitalsambulanter Bereich	Stationärer Bereich
Kontakte	Kontakte	Nulltagesaufenthalte
ÄAVE der WahlärztInnen		Eintagesaufenthalte

Tabelle 4: Übersicht über die abgefragten Datengrundlagen.

Zur Analyse der potentiellen Leistungsverschiebung wurden die extramuralen Kontakte, die ÄAVE der Wahlärzte, die spitalsambulanten Kontakte sowie die Null- und Eintagesaufenthalte für die Berichtsjahre 2014, 2015 und 2016 abgefragt und aufbereitet. Die Daten des Berichtsjahres 2017 standen erst zum Ende des Projektes zur Verfügung, eine Aufbereitung war zu diesem Zeitpunkt nicht mehr möglich. Nachdem erstens die extramuralen und spitalsambulanten Kontakte miteinander vergleichbar sind und zweitens die Verlagerungen zwischen diesen beiden Sektoren aufgrund der unterschiedlichen Zuständigkeiten von Ländern und Sozialversicherung besonders relevant sind, wurde die Kennzahlenentwicklung zur Identifizierung und Quantifizierung von Leistungsverschiebungen auf Basis dieser beiden Datenquellen aufgebaut. Im weiteren Prozess zur Visualisierung und tiefergehenden Analyse werden in den entwickelten Standardberichten die ÄAVE der Wahlärzte und die Null- und Eintagesaufenthalte mitberücksichtigt, um alle Wechselwirkungen zwischen dem intra- und extramuralen Bereich untersuchen zu können. Somit lag der Schwerpunkt auf potentiellen Leistungsverschiebungen die den ambulanten extramuralen- und intramuralen Bereich tangieren. Dies hatte Auswirkungen auf die Definition der Datenabfragen der ambulanten Daten und der stationären Daten:

Ambulante DIAG-Daten: Aus der **ambulanten Dokumentation** wurden zunächst zwei verschiedene Datenbasen gebildet: 1.) Kontakte mit Leistungen und 2.) Kontakte gesamt. Im ersten Fall sind nur Kontakte enthalten, bei denen auch eine Leistung dokumentiert ist. D.h. Kontakte in Spitalsambulanzen, bei denen keine Leistung erfolgt ist, und Kontakte im extramuralen Bereich, bei denen ausschließlich Grundleistungen abgerechnet wurden, exkludiert. Im zweiten Datensatz sind diese Kontakte inkludiert. D.h. es sind sowohl Kontakte mit Leistungen als auch Kontakte ohne Leistung bzw. mit ausschließlich Grundleistungen (im extramuralen Bereich) enthalten. Die ursprüngliche Intention für den Ausschluss von Kontakten ohne Leistung (abgesehen von Grundleistungen) war, dass nur jene Kontakte berücksichtigt werden sollten, die tatsächlich zwischen dem extra- und intramuralen Bereich verschoben werden können. Im Rahmen der Qualitätssicherung hat sich herausgestellt, dass aufgrund der mangelnden Datenqualität diese inhaltliche Einschränkung die Interpretation der Ergebnisse erschwert. Somit wurde zusätzlich eine Datenabfrage ohne Einschränkungen definiert und die Ergebnisse auf Basis dieser Daten dargestellt.

Stationäre DIAG-Daten: Aus dem stationären Bereich wurden Aufenthalte mit einer Belagsdauer von 0 (Entlassung am selben Tag) oder 1 Tagen abgefragt, da für diese Fälle am stärksten Wechselwirkungen mit dem ambulanten Bereich zu vermuten sind.

Die Definitionen der abgefragten Daten werden nachfolgend beschrieben.

4.1.1 Definitionen der Datenquellen

4.1.1.1 Extramurale Daten lt. Gesundheitsdokumentationsgesetz (GDoKG)

Definitionen Anzahl Kontakte: Die Kontakte werden anhand des Kontaktdatums aus den Abrechnungsdaten generiert. Somit gilt für die Anzahl: Pro Tag kann bei einer/m PatientIn je VertragspartnerIn und Fachgebiet und abrechnendem Versicherungsträger nur ein Kontakt entstehen.

Abfrage: Für das Projekt wurden zwei verschiedene Abfragen definiert:

Kontakte mit Leistungen: Durch die Datenabfrage im DIAG-Leistungswürfel werden Kontakte, in denen ausschließlich sogenannte Grundleistungen^a der Vertragspartner (Ordination, Visite, etc.) abgerechnet wurden, nicht gezählt. Grundleistungen werden exkludiert, da diese grundsätzlich nur im extramuralen Bereich bestehen und andernfalls die Daten nicht mit den spitalsambulanten Daten vergleichbar wären.

Kontakte gesamt: Ein zweiter Teil der Abfrage wurde nicht auf bestimmte Leistungen eingeschränkt. Hier wurden auch die extramuralen Grundleistungen für die Ermittlung der Kontaktanzahlen mitberücksichtigt.

Die Daten wurden aufgeschlüsselt nach:

- Fachgebiet (laut ärztlicher Ausbildungsordnung – siehe dazu Abschnitt 4.1.2)
- Standort des/r VertragspartnerIn auf Ebene Versorgungsregion und Bundesland
- Quartal (Q1 2014 bis Q4 2016).

Limitationen für die Zählung von Kontakten:

Die Kontakte im extramuralen Bereich werden für die ambulante Dokumentation aus den Abrechnungsinformationen generiert. Nur wenn eine abgerechnete Leistung vorliegt, wird ein Kontaktdatensatz erzeugt. Die SV hat für die auf Basis des GDoKG durchzuführenden Datenmeldungen eine einheitliche Definition des Kontaktes erstellt. Ein vorhandener Abrechnungsdatensatz und die Kombination aus PatientInnen-Pseudonym pro Tag, pro VertragspartnerIn (VP) und Fachgebiet führen grundsätzlich zu einem Kontakt, an dem unterschiedlich viele Leistungen hängen können. Quartalspauschalleistungen sind üblicherweise einmal pro Quartal in der ambulanten Dokumentation als Kontakt ersichtlich, da sie nur einmal pro Quartal in der Abrechnung vorkommen. Weitere Kontakte des PatientInnen-Pseudonyms bei der/dem bestimmten VP sind im Fall der Quartalspauschale grundsätzlich nur anhand weiterer, vom VP abgerechneter Leistungen sichtbar. Sollte der/die VP bei den weiteren Kontakten keine Leistungen, die nicht im Rahmen der Quartalspauschale abgegolten sind, abrechnen, so sind diese Kontakte, die nach dem Erstkontakt im Rahmen der Quartalspauschale stattfanden, in der Datenmeldung lt. GDoKG nicht ersichtlich.

Generell ist die Struktur der Dokumentation bei den jeweiligen LeistungserbringerInnen (Ambulanzen, VertragspartnerInnen, ...) zu berücksichtigen. Bei der Analyse der Daten ist

^a „Grundleistungen“ umschreiben jene Leistungen, für die ein Vertragspartner / eine Vertragspartnerin einen Basisbetrag (z.B. Fallpauschale) für den PatientInnenkontakt (ggfs. verbunden mit der Verrichtung gewisser, einfacher Leistungen) erhält. Daneben gibt es Sonderleistungen (z.B. Blutentnahmen, EKG, Ultraschall, etc.) die zusätzlich zu den jeweiligen Grundleistungen abgerechnet werden können.

immer der jeweils gültige Leistungskatalog des BMASGK heranzuziehen und mit den vorangegangenen und nachfolgenden Jahren zu vergleichen, da sich Änderungen im Leistungskatalog auch auf die Anzahl der Kontakte auswirken können. Konkret kann der Wegfall einer Leistungsposition eine Leistungsverschiebung suggerieren, die tatsächlich gar nicht stattgefunden hat, weil die weggefallene Leistung z.B. in einer anderen Katalogleistung aufgegangen ist. Außerdem sind regionale und strukturelle Besonderheiten im Rahmen der Versorgungsstruktur jedenfalls zu berücksichtigen.

Bei der extramuralen Datengrundlage handelt es sich um pseudonymisierte Abrechnungsdaten. Ein Pseudonym kann nur dann für eine Patientin/einen Patienten erzeugt werden, wenn sowohl eine gültige Sozialversicherungsnummer, als auch ein sogenanntes bereichsspezifisches Personenkennzeichen^a, das pseudonymisiert wird, vorhanden sind.

Allgemeine Limitationen:

Die Basis für die Datenmeldung lt. GDokG bilden im extramuralen Bereich die Abrechnungsdaten der Krankenversicherungsträger. Grundsätzlich werden alle abgerechneten Leistungen, die verrechenbar sind und gebühren, berücksichtigt. Alle Leistungen, die nicht gebühren oder fehlerhaft zur Abrechnung gebracht wurden, werden für die Datenmeldungen nicht herangezogen. Nachdem der primäre Zweck der Abrechnungsdaten die Honorierung der VertragspartnerInnen und nicht die Leistungsdokumentation per se ist, kann das tatsächliche Leistungsgeschehen im extramuralen Bereich nicht zur Gänze abgebildet werden.

Privatversicherte und SelbstzahlerInnen sind in den Honorarabrechnungen und somit in den extramuralen Daten für die Meldung lt. GDokG nicht enthalten. Zusätzlich können dafür nur jene Leistungen herangezogen werden, die patientInnenbezogen (Leistung muss einem konkreten Patienten / einer konkreten Patientin zuordenbar sein) verrechnet werden.

4.1.1.2 Spitalsambulante Daten lt. Gesundheitsdokumentationsgesetz (GDoKG)

Definitionen Anzahl Kontakte: Eine konkrete Definition der Kontakte aus dem spitalsambulanten Bereich ist der SV nicht bekannt.

Abfrage: Ein Teil der Abfrage der spitalsambulanten Daten wurde wie folgt eingeschränkt:

- Es wurden jene Kontakte von Spitalsambulanzen exkludiert, bei denen keine Leistung erfolgt ist, da im extramuralen Bereich für diesen Teil der Abfrage auch nur Kontakte mit Leistungen erfasst wurden.
- Um eine mit dem extramuralen Datenbereich vergleichbare Basis zu erhalten, wurden bei der Abfrage der spitalsambulanten Daten zusätzliche Einschränkungen getroffen, da ansonsten z.B. Selbstzahler inkludiert wären.

Für eine zweite Abfrage wurden die Kontakte, bei denen keine Leistung erfolgt ist, nicht exkludiert. Auch hier wurden weitere Einschränkung zur Herstellung einer vergleichbaren Datenbasis getroffen.

^a Zur Identifikation von Personen im Rahmen eines E-Government-Prozesses werden bereichsspezifische Personenkennzeichen (bPK) verwendet. Die Stammzahlenbehörde erstellt und verwaltet bPK für die Datenverarbeitungen von Behörden und öffentliche Verantwortlichen.

Die Daten wurden aufgeschlüsselt nach:

- Fachgebiet (laut ärztlicher Ausbildungsordnung – siehe dazu Abschnitt 4.1.2)
- Standort der Krankenanstalt auf Ebene der Versorgungsregion
- Quartal (Q1 2014 bis Q4 2016).

Limitationen: Die Basis der Erfassung der spitalsambulanten Leistungsdaten ist der SV nicht bekannt. Grundsätzlich erfolgt die Meldung der Leistungsdaten über den Landesgesundheitsfonds.

Die Qualität der Leistungsdokumentation kann an dieser Stelle nicht beurteilt werden. Es ist jedoch zu bedenken, dass die Leistungsdokumentation der Spitalsambulanzen im betrachteten Zeitraum in der Regel keinen Einfluss auf die Abgeltung der Leistungen hatte. Zu beachten ist wiederum, dass die Struktur der Dokumentation der Spitalsambulanzen zu berücksichtigen ist und dass sich Änderungen im Leistungskatalog auch auf die Anzahl der Kontakte auswirken können. Regionale und strukturelle Besonderheiten im Rahmen der Versorgungsstruktur sind jedenfalls zu berücksichtigen. Außerdem kann auch für den spitalsambulanten Bereich ein Pseudonym nur dann für eine Patientin/einen Patienten erzeugt werden, wenn sowohl eine gültige Sozialversicherungsnummer, als auch das bereichsspezifische Personenkennzeichen, das pseudonymisiert wird, vorhanden sind.

4.1.1.3 Regiomed-ÄAVE der WahlärztInnen

Definition: Im Regiomed-System der Sozialversicherung werden jährlich ärztliche ambulante Versorgungseinheiten (ÄAVE) berechnet um die Versorgungswirksamkeit der Akteure VertragsärztInnen, der WahlärztInnen, der Eigene Einrichtungen, der Institute und Spitalsambulanzen analysieren zu können. Eine ÄAVE entspricht einer/m durchschnittlich arbeitenden Ärztin/Arzt. Für die Berechnung wahlärztlicher ÄAVE werden die Wahlarztkostenerstattungsbeträge der § 2 – Kassen mit den abgerechneten Beträgen der Ärztekostenstatistik gewichtet, hierdurch wird eine Vergleichbarkeit mit dem vertragsärztlichen Bereich hergestellt. Eine ausführliche Beschreibung des Regelwerkes zur Berechnung der Regiomed ÄAVE findet sich im ÖSG 2017^a.

Abfrage: Im Rahmen des Projektes wurden die ÄAVE der WahlärztInnen für die Berichtsjahre 2014, 2015 und 2016 abgefragt.

Die Daten wurden aufgeschlüsselt nach:

- Fachgebiet (laut ärztlicher Ausbildungsordnung)
- Standort des/r VertragspartnerIn auf Ebene Versorgungsregion und Bundesland
- Berichtsjahre: 2014, 2014, 2016

Limitationen: Regiomed wird für die wichtigsten Fachgebiete des ambulanten Bereichs berechnet, darüber hinaus gibt es jedoch Fachgebiete der ÄAO für die die Regiomed-Daten nicht zur Verfügung stehen. Für diese Fachgebiete stehen im Standardbericht keine ÄAVE der WahlärztInnen zur Verfügung. Die zeitliche Entwicklung der ÄAVE der WahlärztInnen hängt nicht nur von der Entwicklung der Wahlarztkostenerstattungsbeträge ab, sondern auch von der Entwicklung der durchschnittlich abgerechneten Beträge von VertragsärztInnen. Im Rahmen dieses Projekts hat man sich dennoch bewusst für die Verwendung der ÄAVE

^a BMASGK 2018: Tabellenband.

entschieden, da somit zum Teil auch ein gewisser „Preiseffekt“ bei der Entwicklung der Wahlartzkostenerstattungsbeträge eliminiert wird.

4.1.1.4 Stationäre Daten lt. Gesundheitsdokumentationsgesetz (GDoKG)

Welchem Zeitraum ein Aufenthalt zugeordnet wird, ergibt sich jeweils aus dem Entlassungsdatum eines Aufenthaltes. Q4 2016 bedeutet also, dass der Aufenthalt in diesem Zeitraum geendet hat, gleichgültig wann er begonnen hat. Unter Belagstagen versteht man die Anzahl der Tage in der Krankenanstalt, die sich durch Summation der Mitternachtsstände der PatientInnen der bettenführenden Hauptkostenstellen ergibt. Nulltagesaufenthalte sind Aufenthalte mit einer Belagsdauer von 0 Tagen, also jene Aufenthalte von PatientInnen, welche am selben Tag wieder entlassen wurden. Eintagesaufenthalte sind jene Aufenthalte mit einer Belagsdauer von 1 Tag. Dies sind Aufenthalte von PatientInnen, welche am nächsten Tag (nach der Aufnahme) entlassen wurden.

Abfrage: Aus dem DIAG Würfel „Krankenhausaufenthalte“ wurden die Kennzahlen „Anzahl der Aufenthalte“ für landesfondsfinanzierte Krankenanstalten ausgewertet.

Folgende Filter wurden hierbei gesetzt:

- Stationäre Aufnahmeart: EXKLUSIVE Pflege, Reha, Asylierung, Transfer
- Entlassungsart: EXKLUSIVE Sterbefall, krankenhausinterne Verlegung, Pflege, krankenhausinterne Verlegung, Reha, Transfer in eine andere Krankenanstalt, Entlassung gegen Revers, Verlegung von Pflege/Reha in stationär oder intensiv, Asylierungsfälle
- Kostenträger: HVSV

Die Daten wurden aufgeschlüsselt nach:

- Funktionscode: Dieser wurde anschließend mittels Überleitungstabelle den Fachgebieten laut ärztlicher Ausbildungsordnung zugeordnet.
- Krankenanstalten nach Versorgungsregion
- Zeitraum: Aufenthalte Q1 2014 bis Q4 2016 nach Quartal
- Belagsdauer: 0- und 1-Tagesaufenthalte (separat und in Summe)

Limitationen:

Die Daten des Berichtsjahres 2017 standen erst zum Ende des Projektes zur Verfügung, eine Aufbereitung war zu diesem Zeitpunkt nicht mehr möglich. Die Pseudonymisierung der Daten funktioniert analog wie in der ambulanten Dokumentation (siehe oben).

4.1.2 Fachgebiete nach ärztlicher Ausbildungsordnung

Um Kontakte im extramuralen Bereich mit Kontakten in Spitalsambulanzen in Bezug auf das medizinische Fachgebiet vergleichbar zu machen, wurden die im niedergelassenen Bereich zur Anwendung kommenden Fachgruppen sowie die Funktionscodes der Spitalsambulanzen

auf Fachgebiete laut ärztlicher Ausbildungsordnung 2015 (ÄAO) übergeleitet. Die Fachgebiete wurden schließlich auf Ebene von „Fachgebiet-Gruppen“ ausgewertet.

Einige dieser Fachgebiete sind für die weiteren Analysen nicht relevant, da entweder ausschließlich im extramuralen Bereich Kontakte existieren (aber keine in Spitalsambulanzen wie z.B. Allgemeinmedizin) oder ausschließlich in Spitalsambulanzen (aber nicht extramural wie z.B. Transfusionsmedizin oder medizinische Genetik). Tabelle 5 enthält die Liste der Fachgebiets-Gruppen inklusive der Überleitung zu den in der SV verwendeten Fachgebieten.

Das Fachgebiet Allgemeinmedizin fällt in die Gruppe der Fachgebiete, für die es nur im extramuralen Bereich Werte gab. Somit konnte es für die Berechnung und Analyse von potentiellen Leistungsverschiebungen nicht berücksichtigt werden. Bei der Interpretation der Ergebnisse musste somit berücksichtigt werden, dass etwaige Leistungsverschiebungen vom intramuralen fachärztlichen Bereich in den extramuralen allgemeinmedizinischen Bereich nicht berücksichtigt wurden.

FG-Gruppen lt. ÄAO2015 mit Kontakten extramural und spitalsambulant	SV-Fachgebiete
01 Anästhesiologie und Intensivmedizin	02 - Facharzt für Anästhesiologie und Intensivmedizin
04 Augenheilkunde und Optometrie	03 - Facharzt für Augenheilkunde und Optometrie
05 Chirurgische Sonderfächer	04 - Facharzt für Chirurgie 18 - Facharzt für Neurochirurgie 21 - Facharzt für Plastische Chirurgie 22 - Facharzt für Kinderchirurgie
06 Frauenheilkunde und Geburtshilfe	06 - Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
08 Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde	09 - Facharzt für Hals-, Nasen- und Ohrenerkrankungen
09 Haut- und Geschlechtskrankheiten	05 - Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten
11 Internistische Sonderfächer	07 - Facharzt für Innere Medizin 10 - Facharzt für Lungenkrankheiten
12 Kinder- und Jugendheilkunde	08 - Facharzt für Kinder- und Jugendheilkunde
13 Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapeutische Medizin	32 - Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie
15 Klinisch-Pathologische Sonderfächer	53 - Facharzt für Pathologie und Histologie
16 Klinisch-Mikrobiologische Sonderfächer	35 - Facharzt für Virologie 55 - Facharzt für Hygiene und Mikrobiologie
18 Medizinische und Chemische Labordiagnostik	50 - Facharzt für Medizinische und Chemische Labordiagnostik
19 Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie	23 - Facharzt für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie
20 Neurologie	19 - Facharzt für Neurologie
21 Nuklearmedizin	24 - Facharzt für Nuklearmedizin
22 Orthopädie und Traumatologie	12 - Facharzt für Orthopädie und orthopädische Chirurgie 15 - Facharzt für Unfallchirurgie
24 Physikalische Medizin und Allgemeine Rehabilitation	13 - Facharzt für Physikalische Medizin
26 Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin	20 - Facharzt für Psychiatrie
28 Radiologie	14 - Facharzt für Radiologie 25 - Facharzt für Medizinische Radiologie-Diagnostik
31 Urologie	16 - Facharzt für Urologie
50 Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde	17 - Facharzt für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde

Tabelle 5: Liste der Fachgebietsgruppen laut ÄAO 2015, in denen es sowohl im extramuralen Bereich als auch in Spitalsambulanzen Kontakte gab samt Zuordnung der Fachgebietsbezeichnungen der SV.

4.1.3 Regionale Aufbereitung

Für die regionale Analyse von Leistungsverschiebungen stehen theoretisch von der Gemeinde bis zur Versorgungszone bzw. dem Land Österreich unterschiedliche Maßstabebenen zur Verfügung. Die Ebene „politischer Bezirk“ ist die kleinste Ebene die in allen Datenquellen, die im Projekt verwendet wurden, abgebildet ist. Bei der Analyse der fachärztlichen Versorgung hat diese Maßstabebene aber den Nachteil, dass die Verbreitung mit fachärztlichen Leistungserbringern heterogen ist und somit die Aussagekraft der Ergebnisse zu hinterfragen ist. Aus diesem Grund wurde die Regionsebene „Versorgungsregion“ bzw. „Bundesland“ gewählt. Die Regionsebene „Versorgungsregion“ sollte somit groß genug sein, damit Wechselbeziehungen innerhalb der Region analysiert werden können. Leistungsverschiebungen über die Grenzen der Versorgungsregion hinaus sind bei diesem Ansatz nicht berücksichtigt, da hier die Daten verschiedener Versorgungsregionen aggregiert werden müssten und dies im Projekt technisch nicht möglich war. Zu beachten ist, dass für das Monitoring auf Ebene der Versorgungsregion nicht alle Kontakte herangezogen werden. Nur wenn es in einem Fachgebiet in einer Versorgungsregion sowohl im spitalsambulanten als auch im extramuralen Bereich Kontakte gibt, fließen sie in die Auswertungen mit ein. Anders ausgedrückt bedeutet dies, dass Veränderungen im Leistungsgeschehen, bei denen in einer Versorgungsregion in einem Fachgebiet über den gesamten Zeitraum nur von einem Sektor Leistungen erbracht werden, bei diesem Ansatz nicht berücksichtigt werden. Die Auswertung auf Ebene „Bundesländer“ bietet die Möglichkeit der Analyse auf einer größeren Maßstabebene.

4.1.4 Zeitliche Aufbereitung

Im Projektverlauf standen die ambulanten und stationären Daten aus DIAG auf Quartalsebene, die ÄAVE der WahlärztInnen auf Jahresebene für die Jahre 2014 bis 2016, zur Verfügung. Nachdem die Entwicklung des Monitorings auf Ebene der Jahreszahlen bedeutet hätte, dass nur drei Jahreswerte für eine Auswertung zur Verfügung gestanden hätten, wurden die auf Basis des GDoKG gemeldeten ambulanten und stationären Daten (DIAG-Daten) auf Quartalsebene analysiert. Hierbei wurde das 1. Quartal 2014 mit dem 1. Quartal 2016 verglichen um den Einfluss von saisonalen Schwankungen möglichst gering zu halten. Es ist jedoch zu bedenken, dass erstmals im 1. Quartal 2014 österreichweit einheitlich dokumentiert wurde und die Datenqualität dieses Zeitraums nicht vergleichbar ist mit jener der folgenden Jahre.

4.2 Monitoring

4.2.1 Kennzahlen

Um in der Vielzahl an Kombinationen von Fachgruppen (lt. ÄAO) und Versorgungsregionen bzw. Bundesländern potentielle Leistungsverschiebungen identifizieren und reihen zu können, werden zwei Kennzahlen miteinander kombiniert:

1. Die Veränderung des Anteils der extramuralen Kontakte an den gesamten ambulanten Kontakten (ohne WahlärztInnen).
2. Die Indextendifferenz extramural - spitalsambulant.

Beide Kennzahlen werden auf Basis des Vergleichs des 1. Quartals 2016 mit dem 1. Quartal 2014 gebildet. Zum Zeitpunkt der Auswertung lagen zwar bereits Daten für das 4. Quartal 2016 vor. Es hat sich aber herausgestellt, dass in den Daten zum Teil starke saisonale Schwankungen erkennbar sind. Somit wurde entschieden, in beiden Jahren dasselbe Quartal (Q1) heranzuziehen, um eine Verzerrung aufgrund saisonaler Schwankungen im Jahresverlauf auszuschließen.

Eine weitere Möglichkeit wäre, die Kennzahlen auf Basis der Jahreswerte zu bilden. Die Analysen haben jedoch gezeigt, dass starke Änderungen im Leistungsgeschehen während bzw. in der Mitte des ersten oder des letzten betrachteten Jahres dabei möglicherweise unentdeckt bleiben, da sie im „Jahresdurchschnitt untergehen“. In Zukunft, wenn auch Zeitreihen für mehrere Jahre vorliegen, kann es durchaus Sinn machen, die Kennzahlen auf Basis von Jahreswerten zu bilden.

4.2.1.1 Kennzahl „Veränderung des Anteils der extramuralen Kontakte“

Die Kennzahl „Veränderung des Anteils der extramuralen Kontakte“ misst, wie sich der Anteil der extramuralen Kontakte an den gesamten ambulanten Kontakten zwischen zwei Zeitpunkten verändert. Kontakte bei WahlärztInnen werden dabei nicht berücksichtigt. In Abbildung 5 wird die Kennzahl graphisch für die beiden Vergleichs quartale aufbereitet. Im 1. Quartal 2014 betrug der Anteil der extramuralen Kontakte an den Gesamtkontakten 62,5 %, im 1. Quartal 2016 hat sich dieser Wert auf 84,0 % erhöht. Aus beiden Werten ergibt sich eine Differenz „Δ Anteil extramural“ von 21,5 %. Diese Kennzahl kann als Indikator zur Identifizierung von potentiellen Leistungsverschiebungen herangezogen werden. Je höher der Wert, desto stärker ist die potentielle Leistungsverschiebung.

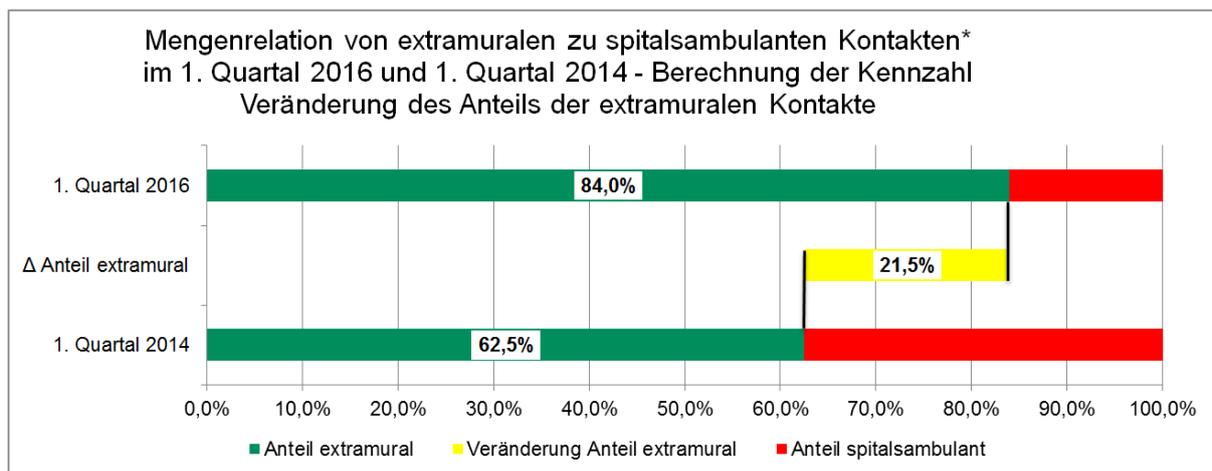


Abbildung 5: Illustration zur Berechnung der Kennzahl „Δ Anteil Extramural“. *) ohne Kontakte bei WahlärztInnen.

Die Kennzahl berechnet sich für jede mögliche Kombination von Fachgruppe und Versorgungsregion wie folgt:

$$\Delta \text{Anteil extramural} = \frac{K_{2016Q1}^{ex}}{K_{2016Q1}^{ex} + K_{2016Q1}^{spamb}} - \frac{K_{2014Q1}^{ex}}{K_{2014Q1}^{ex} + K_{2014Q1}^{spamb}}$$

mit K^{ex} für Kontakte im extramuralem Bereich^a und K^{spamb} für Kontakte in Spitalsambulanzen.

^a Genau genommen handelt es sich um den extramuralen Bereich ohne Wahlarztsektor. Um die Lesbarkeit zu erhöhen, wird dies im Folgenden jedoch meist nicht mehr extra erwähnt.

Beispielrechnung zu Abbildung 5:

$$\Delta \text{Anteil extramural} = \frac{42.000}{42.000 + 8.000} - \frac{25.000}{25.000 + 15.000} = 84\% - 62,5\% = 21,5\%$$

4.2.1.2 Kennzahl „Indexdifferenz extramural – spitalsambulant“

Für die Kennzahl „Indexdifferenz extramural – spitalsambulant“ wird zunächst die Entwicklung der Kontakte indexiert dargestellt. In einem zweiten Schritt wird die Differenz des Indexes für den extramuralen und des Indexes für den spitalsambulanten Bereich gebildet. In Abbildung 6 wird die Kennzahl graphisch für die beiden Vergleichs quartale aufbereitet. Durch die indexierte Darstellung zeigt sich, dass die Kontakte im extramuralen Bereich im Zeitverlauf zunehmen, während die Kontakte im spitalsambulanten Bereich abnehmen, insgesamt ergibt sich eine Differenz von 114,7 Punkten. Diese Kennzahl kann als Indikator zur Identifizierung von potentiellen Leistungsverschiebungen herangezogen werden. Je höher der Wert, desto stärker ist die potentielle Leistungsverschiebung.

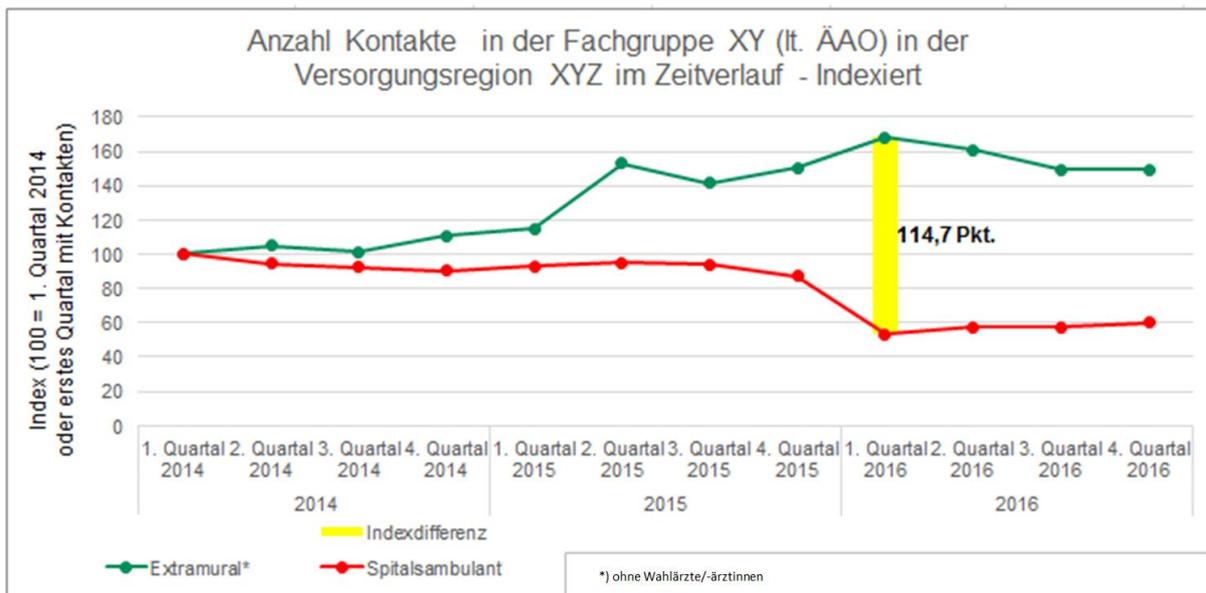


Abbildung 6: Illustration zur Berechnung der Kennzahl "Indexdifferenz - extramural - spitalsambulant".

$$\text{Indexdifferenz} = \frac{100 \times K_{2016Q1}^{ex}}{K_{2014Q1}^{ex}} - \frac{100 \times K_{2016Q1}^{spamb}}{K_{2014Q1}^{spamb}}$$

Beispielrechnung zu Abbildung 6:

$$\text{Indexdifferenz} = \frac{100 \times 42.000}{25.000} - \frac{100 \times 8.000}{15.000} = 168,0 - 53,3 = 114,7$$

4.2.2 Ausprägungen der Kennzahlen und Typen von potentiellen Leistungsverschiebungen

Im Rahmen der Methodenentwicklung hat sich herausgestellt, dass die singuläre Betrachtung der Kennzahlen zu Fehlinterpretationen führt. Somit sind die beiden Kennzahlen in Kombination zu verwenden, um potentielle Leistungsverschiebungen identifizieren und klassifizieren zu können. Bei der Identifikation von potentiellen Leistungsverschiebungen wurden nur solche Beispiele herangezogen in denen die Veränderung des Anteils der extramuralen Kontakte im Zeitverlauf über 5% und die Indexdifferenz über 10 Punkte lag. Hierdurch konnten die Fälle gefunden werden, die für eine weitere Analyse in Frage kommen und eine Vielzahl von Fällen ausgeschlossen werden, wo es keine auffällige Entwicklung in den Daten gegeben hat.

Durch die unterschiedlichen Ausprägungen, welche die Kennzahlen einnehmen können, sind rein theoretisch sechs Fallgruppen zu unterscheiden (vgl. Tabelle 6), wovon aber nur zwei für die weiteren Analysen relevant sind.

Eine zusätzliche Unterscheidung ist, ob die Entwicklung des Leistungsgeschehens in beiden Sektoren in die entgegengesetzte Richtung geht (a) oder ob es sich um eine Entwicklung in die gleiche Richtung handelt (b). Eine weitere Differenzierung ist, ob die (potentielle) Verlagerungen, die vom extramuralen Bereich in den spitalsambulanten Bereich stattgefunden haben oder umgekehrt.

		Veränderung des Anteils der extramuralen Kontakte	
		stark (≥ 5 Prozentpunkte)	schwach
Index-differenz	groß (≥ 10 Pkt.)	1. Potentielle Leistungsverschiebung: a) Typ „Kompensation“ <i>Kontakte nehmen in einem Sektor zu, im anderen ab.</i> b) Typ „Expansion/Reduktion“ <i>Kontakte nehmen in beiden Sektoren zu oder ab.</i>	2. <i>Geringe Relevanz eines Sektors - Kein Hinweis auf LV.</i>
	gering	3. <i>Mathematisch nicht möglich</i>	4. <i>Kein Hinweis auf LV.</i>
	Nicht berechenbar†	5. Potentielle Leistungsverschiebung mit „neuen Kontakten“ <i>In einem Sektor gab es zu Beginn der Datenreihen (1. Quartal 2014) noch keine Kontakte, im 1. Quartal 2016 jedoch schon.</i> a) Typ „Neue Kontakte – Kompensation“ <i>Im anderen Sektor nehmen die Kontakte ab.</i> b) Typ „Neue Kontakte – Expansion“ <i>Im anderen Sektor steigen die Kontakte zwar auch, aber nicht so stark.</i>	6. <i>Kein Hinweis auf LV.</i>

†) Für zumindest einen der Sektoren kann der Index nicht berechnet werden, da im Basisquartal Q1 2014 die Anzahl der Kontakte Null beträgt.

Tabelle 6: Verschiedene Fallgruppen von potentiellen Leistungsverschiebungen.

Fallgruppe 1a: Kompensation

Haben beide Kennzahlen „hohe“ Werte^a und entwickeln sich die Kontakte in unterschiedliche Richtungen, dann ist dies ein Hinweis auf eine „idealtypische“ Leistungsverchiebungen, bei der der Wegfall von Leistungen/Kontakten in einem Sektor durch den anderen (teilweise) kompensiert wird oder umgekehrt: Je mehr Leistungen/Kontakte in einem Sektor in Anspruch genommen werden, desto geringer fällt die Inanspruchnahme im anderen Sektor aus. Klassische Beispiele an Leistungsverchiebungen wie z.B. die Schließung einer Ambulanz oder die Reduktion der Öffnungszeiten, aber auch die Nicht-Nachbesetzung einer Vertragsarztstelle könnten dahinterliegende Ursachen sein. Für das Monitoring von potentiellen Leistungsverchiebungen wird der Hauptfokus auf dieser Fallgruppe liegen.

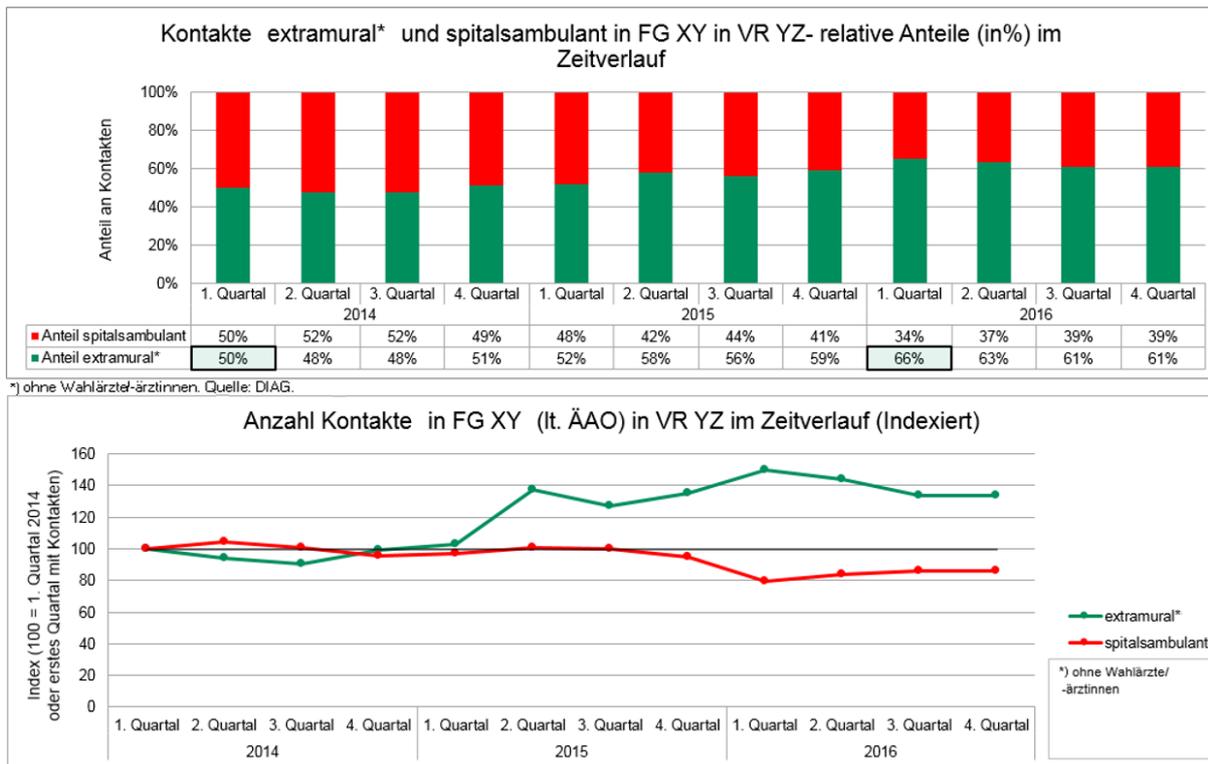


Abbildung 7: Beispiel Fallgruppe 1a "Kompensation".

In Abbildung 7 ist ein Beispiel aus der Fallgruppe 1a dargestellt. Im 1. Quartal 2014 war das Verhältnis von extramural zu spitalsambulant ausgeglichen. Bis zum 1. Quartal 2016 haben die Kontakte im extramuralen Bereich zugenommen während sie im spitalsambulanten Bereich abgenommen haben. Dies drückt sich in einem veränderten Anteilsverhältnis von 34 % zu 66 % und in einer Indextdifferenz von 70 Punkten aus.

Fallgruppe 1b: Expansion/Reduktion

Eine weitere Gruppe an Fällen zeigt folgendes Bild: Die Werte beider Kennzahlen übersteigen dieselben Schwellenwerte wie oben, jedoch entwickeln sich die Kontakte in beiden Sektoren in dieselbe Richtung. Die Gesamtanzahl der Kontakte kann dabei zunehmen (Expansion). Die relativen Anteile der beiden Sektoren verändern sich in diesem Fall, weil sich die zusätzlichen ambulanten Kontakte nicht nach dem bisherigen Verhältnis aufteilen. Aber auch wenn in

^a Operationalisiert wird dies wie folgt: positive und negative Veränderungen des Anteils der extramuralen Kontakte an den ambulanten Kontakten um mindestens 5 Prozentpunkte und eine Indextdifferenz – gleichgültig ob mit positiven oder negativen Vorzeichen – von zumindest 10 Punkten gelten als „hoch“.

beiden Sektoren die Kontakte abnehmen (Reduktion), kann die Verringerung in einem Sektor stärker ausfallen als im anderen. Diese Art von Leistungsentwicklung kann nicht als Leistungsverschiebungen im engeren Sinn interpretiert werden. Sie kann aber aufgrund der potentiell damit verbundenen finanziellen Folgen auch relevant sein.

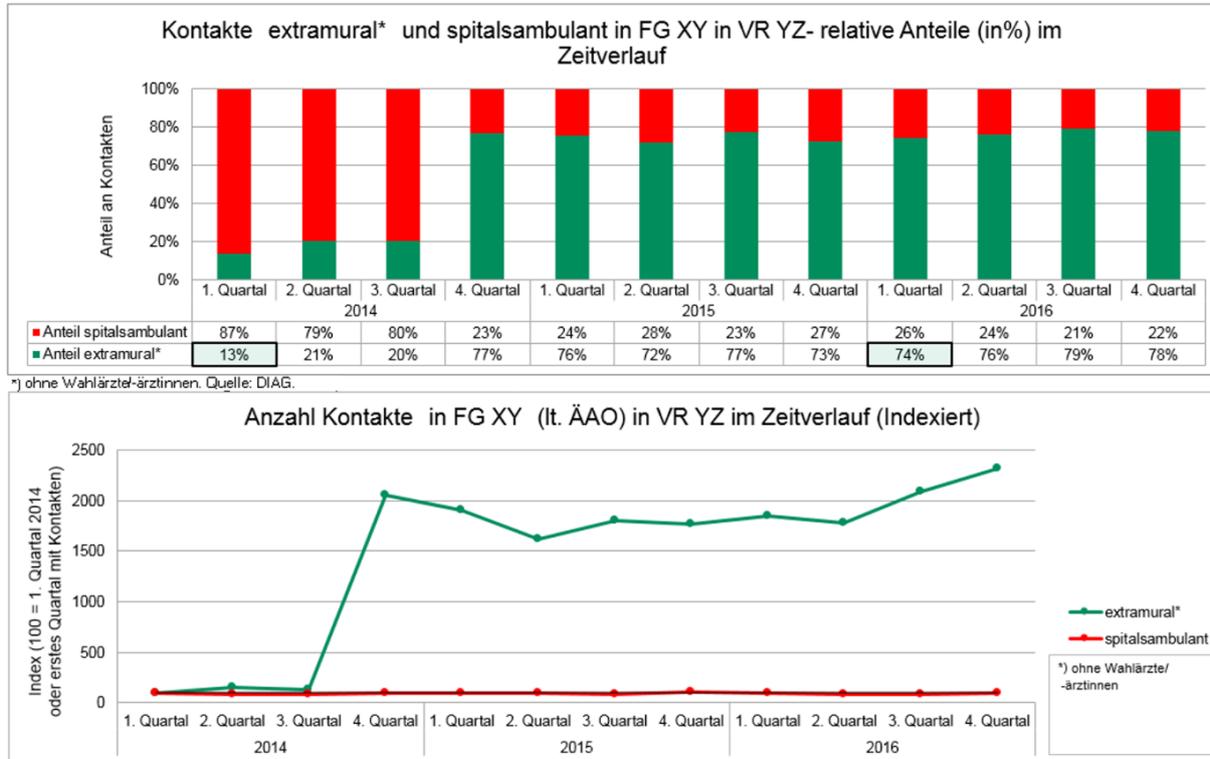


Abbildung 8: Beispiel Fallgruppe 1b "Expansion/Reduktion".

In Abbildung 8 ist ein Beispiel aus der Fallgruppe 1b dargestellt. Durch die stärkere Zunahme der extramuralen Kontakte im Vergleich zu den spitalsambulanten Kontakten nimmt der Anteil der extramuralen Kontakte zwischen dem 1. Quartal 2014 und dem 1. Quartal 2016 von 13 % auf 74 % zu.

Fallgruppe 2: Trotz großer Änderung der Indexdifferenz kein Hinweis auf potentielle Leistungsverschiebung

Die Analyse der Kennzahl „Indexdifferenz“ alleine hat den Nachteil, dass eine hohe Indexdifferenz sehr oft dann zustande kommen kann, wenn die Absolutwerte der Kontakte in einem Sektor sehr niedrig sind und sie dadurch eine hohe Variabilität aufweisen (als extremes Beispiel: wenn die Kontakte in einem Sektor von 1 auf 2 ansteigen, steigt der Index um 100 Punkte!). Es hat sich gezeigt, dass dies in der Regel dann vorkommt, wenn ein Sektor im Vergleich zum anderen sehr geringe Bedeutung hat. Um die Schwäche der Kennzahl „Indexdifferenz“ auszugleichen, werden Fälle mit großer Indexdifferenz, aber sehr geringer Änderung des Marktanteils daher nicht näher betrachtet. In Abbildung 9 ist ein Beispiel für die Fallgruppe 2 dargestellt. Die Indexdifferenz verändert sich im Zeitverlauf um fast 40 Punkte, gleichzeitig verändert sich der Anteil der extramuralen Kontakte nur um 3 %. Dieses Bild ist darauf zurückzuführen, dass der spitalsambulante Bereich mit ca. 10.000 – 12.000 Kontakten einen wesentlich höheren Anteil an der Versorgung hat als der spitalsambulante Bereich mit unter 2.000 Kontakten. Hier kann demnach nicht von einer signifikanten Leistungsverschiebung gesprochen werden.

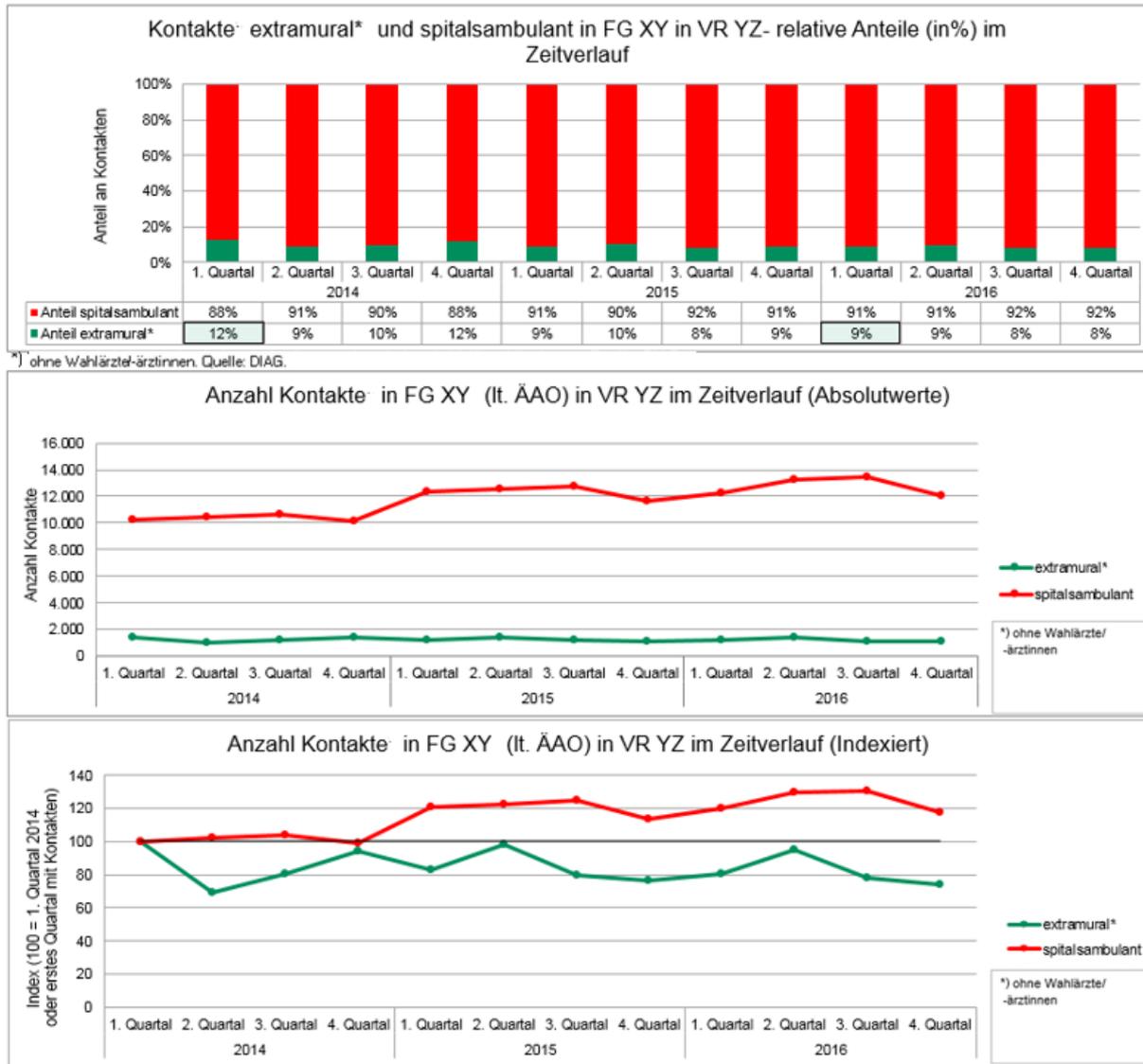


Abbildung 9: Beispiel Fallgruppe 2.

Fallgruppen 3

Eine starke Änderung des Anteils an extramuralen Kontakten bei gleichzeitig schwacher Ausprägung der Indextdifferenz ist rechnerisch nicht möglich.

Fallgruppe 4

In Fallgruppe 4 sind die Fälle zusammengefasst, in denen die Entwicklung gleichmäßig verläuft. Entweder es gibt nur eine Versorgung im extra- oder intramuralen Bereich oder in beiden, aber die Verteilung im 1. Quartal 2014 gleicht der Verteilung im 1. Quartal 2016. Ein solches Beispiel ist in Abbildung 10 dargestellt. Es gibt Kontakte im extra- und intramuralen Bereich, abgesehen von saisonalen Schwankungen bleibt die Versorgung auf gleichem Niveau. Der relative Anteil bleibt bei 64 % und die Indextdifferenz liegt bei 6,4 %.

keine signifikanten Anzeichen für eine Leistungsverschiebung.



Abbildung 10: Beispiel Fallgruppe 4.

Fallgruppe 5a: Neue Kontakte – Kompensation

Auswertungen haben gezeigt, dass beim Versuch alleine auf Basis der Kennzahl „Veränderung des Anteils extramuraler Kontakte“ Leistungsverschiebungen zu identifizieren, sehr viele Beispiele gefunden werden, in denen im Betrachtungszeitraum neue Kontakte in den Daten aufscheinen, d.h. wo es im ersten Quartal 2014 keine Kontakte gab (häufig in der Fachgruppe Kinder- und Jugendpsychiatrie). Potentielle Leistungsverschiebungen werden in diese Fallgruppe klassifiziert, wenn im anderen Sektor die Kontakte im Vergleichszeitraum abgenommen haben.

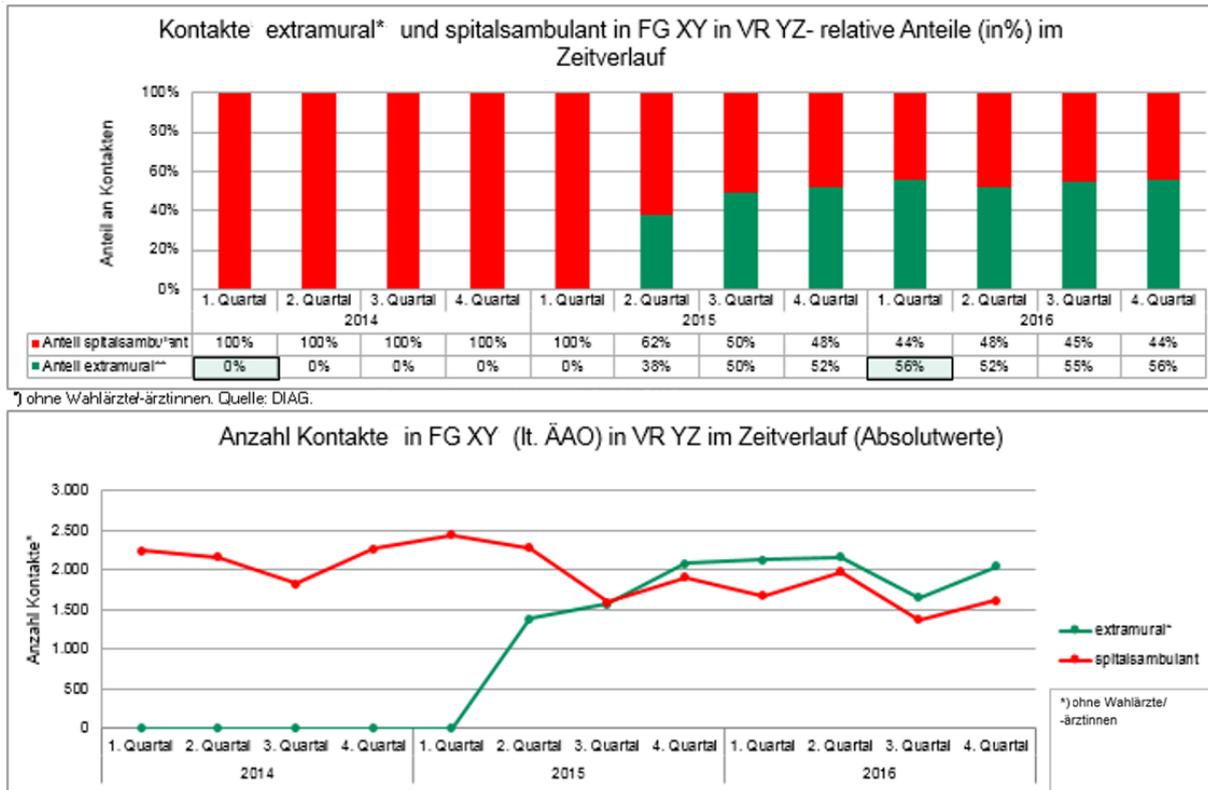


Abbildung 11: Beispiel Fallgruppe 5a.

In Abbildung 11 ist ein Beispiel aus Fallgruppe 5a dargestellt. Im 1. Quartal 2014 gab es lediglich eine Versorgung im spitalsambulanten Bereich. Ab dem 2. Quartal 2015 nahmen die Kontakte im extramuralen Bereich zu, während gleichzeitig die Kontakte im spitalsambulanten Bereich abnahmen. Der relative Anteil der extramuralen Kontakte betrug zu Beginn 0 %. Im 1. Quartal 2016 war das Verhältnis mit 56 % zu 44 % dann nahezu ausgeglichen. Nachdem es im 1. Quartal 2014 keine Werte im extramuralen Bereich gab, ist eine Indexdarstellung nicht sinnvoll.

Fallgruppe 5b: Neue Kontakte – Expansion

Diese Fallgruppe enthält potentielle Leistungsverschiebungen, in denen die Anzahl der Kontakte in einem Sektor von Null weg gestiegen ist und auch im anderen Sektor die Kontakte zugenommen haben. Die Mengenverhältnisse ändern sich dennoch, weil die Zunahme im zweiten Sektor nicht so stark ausgefallen ist. Auch hier handelt es sich um eine Leistungsverschiebung im weiteren Sinn.

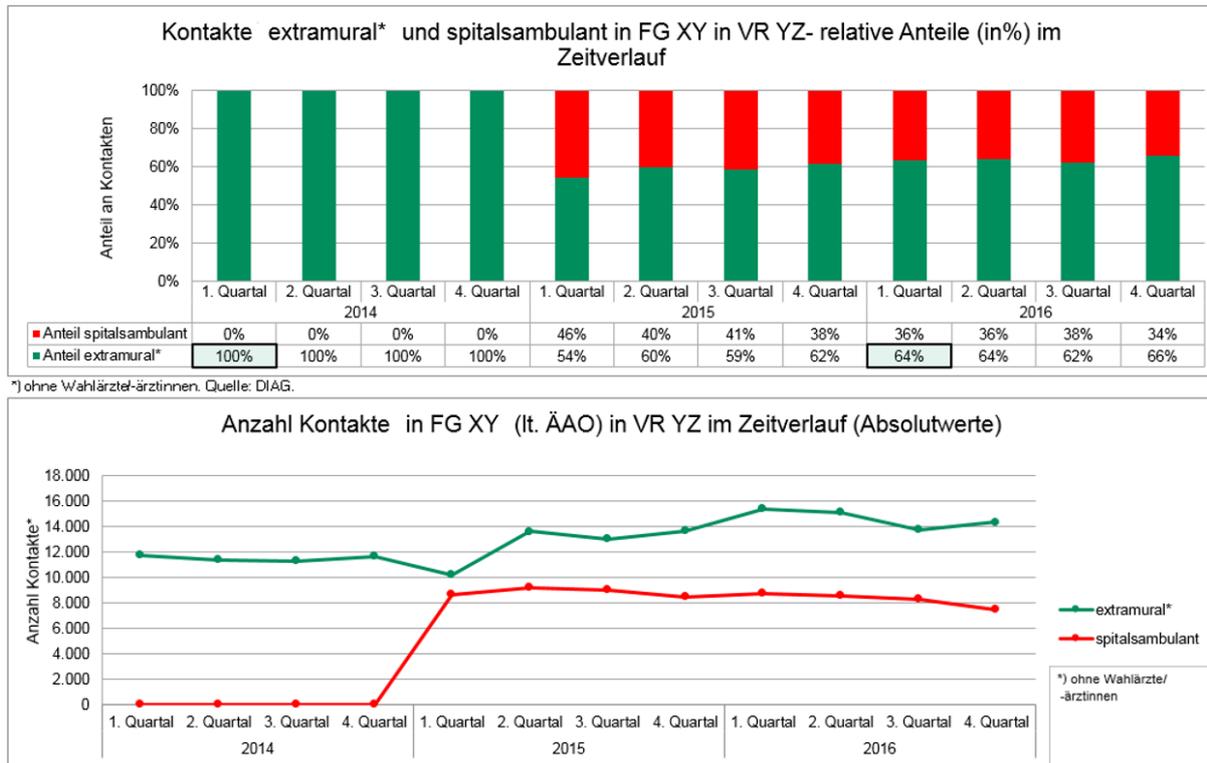


Abbildung 12: Beispiel Fallgruppe 5b.

In Abbildung 12 ist ein Beispiel der Fallgruppe 5b dargestellt. Im 1. Quartal 2014 gab es nur Kontakte im extramuralen Bereich. Ab dem 1. Quartal 2015 gab es Kontakte im spitalsambulanten Bereich, die bis zum 1. Quartal 2016 auf gleichem Niveau blieben, gleichzeitig nahmen die extramuralen Kontakte zu. Die alleinige Analyse des relativen Anteils würde darauf schließen lassen, dass es eine Leistungsverschiebung gegeben hat. So reduziert sich der Anteil der extramuralen Kontakte von 100 % auf 64 %. Nachdem auch in diesem Beispiel eine Indexdarstellung mit dem Basisquartal 1/2014 nicht sinnvoll ist, zeigt dieses Beispiel, dass zur zielgerichteten Analyse der Leistungsverschiebungen alle drei Darstellungsformen in Betracht gezogen werden müssen.

Fallgruppe 6

Fallgruppe 6 tritt dann ein, wenn es im gesamten Untersuchungszeitraum nur im extra- oder intramuralen Bereich eine Versorgung gibt. Somit ist eine Leistungsverschiebung ausgeschlossen.

In den aufbereiteten Daten auf Versorgungsregionsebene gab es noch eine weitere Fallgruppe, die nur in einem Fachgebiet einer Versorgungsregion mit sehr geringen Kontaktzahlen aufgetreten ist. Hier gab es weder extramural noch spitalsambulant Kontakte im 1. Quartal 2014. Im Zeitverlauf gab es geringe (<250 insgesamt) Kontaktzahlen in beiden Bereichen. Diese Fallgruppe wurde bereits im Kapitel 3.2 beschrieben, hierbei könnte es sich Innovationen handeln.

4.2.3 Toplisten

Die Datenaufbereitung und Berechnung der Kennzahlen ergibt eine Vielzahl von Kombinationen aus Versorgungsregion bzw. Bundesland und Fachgebiet. Nachdem nur jene Elemente aus Versorgungsregion und Fachgebiet für die weiterführende Analyse

herangezogen werden sollen, für die signifikante Hinweise auf Leistungsverschiebungen in den Daten zu finden waren, wurden Toplisten entwickelt.

Kombination VR/FG	Bundesland	Kontakte spitalsambulant		Kontakte extramural		Veränderung des Anteils der extramuralen Kontakte in %-Punkten	Indexdifferenz	Fallgruppe
		2014 Q1	2016 Q1	2014 Q1	2016 Q1			
VR-FG 1	Bundesland	2.348	2.445	2.542	6.452	20,54	157,95	1b
VR-FG 2	Bundesland	12.191	10.593	2.054	3.968	12,83	106,29	1a
VR-FG 3	Bundesland	24.926	25.544	5.429	9.604	9,44	79,38	1b
VR-FG 4	Bundesland	17.421	19.279	250	9.170	30,82	3578,67	1b
VR-FG 5	Bundesland	7.589	8.945		904	9,18	17,87	5b
VR-FG 6	Bundesland	4.009	3.546		1.288	26,64	11,55	5a
VR-FG 7	Bundesland	4.575	4.090		8.580	67,72	10,60	5a
VR-FG 8	Bundesland	11.702	15.374		8.719	36,19	31,38	5b
VR-FG 9	Bundesland	4.479	3.989		1.146	22,32	10,94	5a
VR-FG 10	Bundesland	2.699	2.884	2.731	3.947	7,49	51,38	1b
VR-FG 11	Bundesland	27.857	41.805	27.585	21.894	15,38	70,70	1a
VR-FG 12	Bundesland	2.912	2.477	1.523	4.085	27,91	183,16	1a
VR-FG 13	Bundesland	17.547	18.623	3.089	4.892	5,83	64,50	1b
VR-FG 14	Bundesland	36.297	36.564	10.226	13.926	5,60	36,92	1b
VR-FG 15	Bundesland	2.572	3.575	2.335	2.424	7,18	42,81	1b
VR-FG 16	Bundesland	20.780	17.870	14.604	18.707	9,87	42,10	1a
VR-FG 17	Bundesland	15.707	22.109	10.550	10.766	7,43	42,81	1b
VR-FG 18	Bundesland	13.723	9.736	5.225	6.008	10,59	44,04	1a
VR-FG 19	Bundesland	4.804	3.942	9.984	10.550	5,28	23,61	1a
VR-FG 20	Bundesland	8.082	7.320	1.222	1.825	6,82	58,77	1a

Tabelle 7: Topliste Versorgungsregion/ Fachgebiet.

In Tabelle 7 ist eine Topliste mit Beispielregionen dargestellt und die Werte in Kombination aus Versorgungsregion und Fachgebiet sortiert. Für die Analyse wäre auch eine Sortierung nach Fallgruppen bzw. Kennzahlen zielführend.

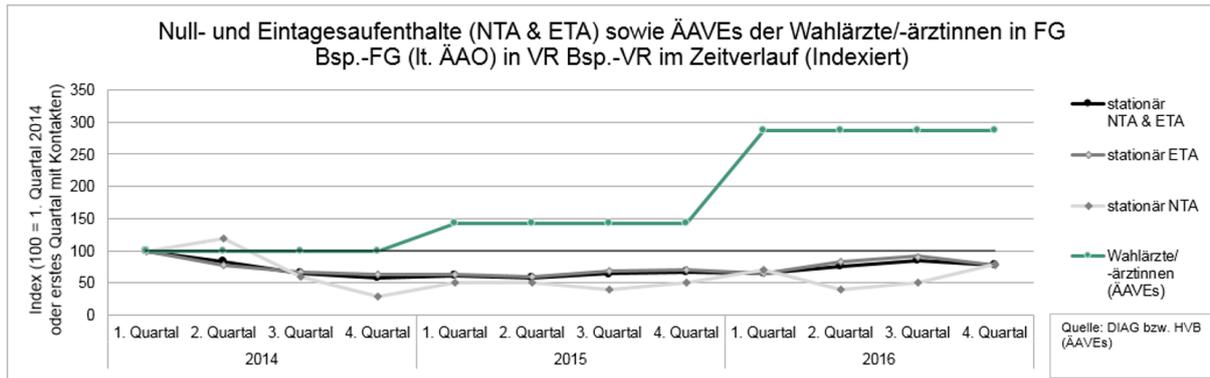
4.2.4 Standardbericht

Nachdem in den Toplisten jene Regionen und Fachgebiete identifiziert wurden, ermöglichen die entwickelten Standardberichte eine detaillierte Analyse der potentiellen Leistungsverschiebungen. In den Standardberichten sind die wichtigsten Kennzahlen auf einem Blatt zusammengefasst. Nachfolgend wird der Aufbau des Standardberichtes anhand eines Beispiels aus der Fallgruppe „1a“ im Detail beschrieben. Die Abbildung eines gesamten Standardberichtes befindet sich im Anhang. Der Standardbericht wurde für die Beschreibung in zwei Teile geteilt. Der erste Teil visualisiert die Kontakte des extramuralen und spitalsambulant Bereiches im Zeitverlauf in drei Diagrammen und ermöglicht somit die Identifizierung von potentiellen Leistungsverschiebungen. Im ersten Block sind die relativen Anteile der extramuralen und spitalsambulant Kontakte als Balkendiagramm und in Prozentwerten angegeben.



Abbildung 13: Standardbericht Teil 1.

Im Beispiel in Abbildung 13 ist zu erkennen, dass der extramurale Anteil der Kontakte von 64 % im 1. Quartal 2014 auf 81 % im 1. Quartal 2016 zugenommen hat entsprechend nimmt der spitalsambulante Anteil ab. Nachdem die relative Verteilung keine Aussage über die Wertemengen zulässt, werden die Absolutwerte im Zeitverlauf im zweiten Diagramm dargestellt. Hier ist zu erkennen, dass es etwas mehr extramurale als spitalsambulante Kontakte im 1. Quartal 2014 gegeben hat. Im Zeitverlauf nehmen die extramuralen Kontakte weiter zu, während die spitalsambulanten Kontakte abnehmen. Die indexierte Darstellung im dritten Diagramm stellt die entgegengesetzte Wertentwicklung noch etwas deutlicher dar.



Anzahl amb. Kontakte , ÄAVEs von Wahlärzten/-ärztinnen und stationären Null- und Eintagesaufenthalten - FG Bsp.-FG (lt. ÄAO) - VR Bsp.-VR													
	Q1 2014	Q2 2014	Q3 2014	Q4 2014	Q1 2015	Q2 2015	Q3 2015	Q4 2015	Q1 2016	Q2 2016	Q3 2016	Q4 2016	
Kontakte extramural*	1.546	1.538	1.434	1.553	1.585	1.626	1.667	2.005	2.321	2.428	2.263	2.401	
Kontakte spitalsambulant	880	856	808	909	670	534	587	560	531	584	628	670	
Wahlärzte/-ärztinnen ÄAVEs				0,04				0,06				0,12	
Stationäre Aufenthalte	NTA	10	12	6	3	5	5	4	5	7	4	5	8
	ETA	57	44	38	36	36	34	39	40	37	47	52	44
	NTA & ETA	67	56	44	39	41	39	43	45	44	51	57	52

*] ohne Wahlärzte/-ärztinnen. Quellen: DIAG, HVB (ÄAVEs)

Abbildung 14: Standardbericht Teil 2.

Im ersten Teil des Berichtes wurden die extramuralen und spitalsambulanten Kontakte im Zeitverlauf graphisch aufbereitet und potentielle Leistungsverschiebungen identifiziert. Im ersten Diagramm des zweiten Blocks werden nun weiterführende Daten zur Detailanalyse dargestellt. Nachdem es Wechselwirkungen zwischen dem extramuralen-, spitalsambulanten-, wahlärztlichen und tagesklinischen Bereich gibt, werden die Daten zu den wahlärztlichen ÄAVE und den Null- und Eintagesaufenthalten indiziert im Zeitverlauf im ersten Diagramm des zweiten Teils dargestellt. Hierbei ist zu beachten, dass es sich um verschiedene Datenquellen handelt. Im Beispiel nehmen die wahlärztlichen ÄAVE im Zeitverlauf leicht zu, während die Null- und Eintagesaufenthalte leicht abnehmen. Somit stellt sich in der indizierten Darstellung der Werte ein ähnliches Bild wie bei der Analyse der Kontakte dar. Im letzten Block werden die Absolutwerte für alle verwendeten Datenquellen tabellarisch dargestellt. Hierdurch wird im Beispiel der Eindruck der indizierten Darstellung wieder etwas relativiert. Die Zunahme der wahlärztlichen ÄAVE fällt mit einer Zunahme von 0,04 ÄAVE auf 0,12 ÄAVE vergleichsweise gering aus. Auch die Werte der stationären Aufenthalte liegen deutlich unter den Werten der Kontaktzahlen.

5 Ergebnisse

Neben dem Ziel, potentielle Leistungsverschiebungen zu identifizieren, war die Suche nach geeigneten Datenquellen ein Ziel des Projekts. Nachfolgend werden die Ergebnisse der Qualitätssicherung erläutert, bevor dann die Ergebnisse der Analyse von Leistungsverschiebungen diskutiert werden.

5.1 Vergleich der beiden Datenabfragen

Wie bereits erwähnt, wurden die Kontakte auf zwei verschiedene Arten abgefragt: Es wurden jene Kontakte ausgeschlossen, wo es ausschließlich Grundleistungen im extramuralen



Bereich gegeben hat und keine Leistungen im spitalsambulanten Bereich kodiert wurden. Zum Vergleich wurden die Kontakte ohne diese Einschränkungen abgefragt.

Fachgebiete	Kontakte gesamt			Kontakte mit Leistung			"Kontakte gesamt" vs. "Kontakte mit Leistungen" Verhältnis in Prozent
	Extramural	Spitalsambulant	Summe	Extramural	Spitalsambulant	Summe	
01 Anästhesiologie und Intensivmedizin	67	872.329	872.396	27	695.940	695.967	25%
04 Augenheilkunde und Optometrie	9.836.519	1.894.322	11.731.441	9.367.005	1.527.145	10.894.150	8%
05 Chirurgische Sonderfächer	1.737.684	4.614.079	6.351.763	1.255.258	3.749.699	5.004.957	27%
06 Frauenheilkunde und Geburtshilfe	7.465.772	2.175.560	9.641.332	6.430.220	1.839.469	8.269.689	17%
08 Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde	5.532.045	1.243.402	6.835.447	5.121.777	1.026.793	6.148.570	11%
09 Haut- und Geschlechtskrankheiten	8.167.608	1.514.400	9.682.008	5.281.904	1.259.242	6.541.146	48%
11 Internistische Sonderfächer	12.666.098	7.430.724	20.096.822	9.412.897	6.342.945	15.755.842	28%
12 Kinder- und Jugendheilkunde	7.214.216	1.920.660	9.134.876	4.253.539	1.670.891	5.924.430	54%
13 Kinder- und Jugendpsy. und Psychotherap. Medizin	65.680	107.488	173.168	65.491	88.961	154.452	12%
15 Klinisch-Pathologische Sonderfächer	3.102.227	1.908.618	5.010.845	3.102.157	1.414.424	4.516.581	11%
16 Klinisch-Mikrobiologische Sonderfächer	250.265	104.080	354.345	250.265	104.072	354.337	0%
18 Medizinische und Chemische Labordiagnostik	16.398.448	7.793.559	24.192.007	16.398.148	7.065.554	23.463.702	3%
19 Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie	61.595	440.714	502.309	61.595	373.586	435.181	15%
20 Neurologie	1.559.752	868.273	2.428.025	1.344.012	774.242	2.118.254	15%
21 Nuklearmedizin	800	1.049.112	1.049.912	800	931.218	932.018	13%
22 Orthopädie und Traumatologie	8.944.295	6.328.691	15.872.986	7.631.819	5.269.380	12.901.199	23%
24 Physikalische Medizin und Allgemeine Rehabilitation	14.835.348	2.004.751	16.840.099	14.536.276	1.873.393	16.409.669	3%
26 Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin	1.316.877	629.391	1.946.268	1.141.460	542.524	1.683.984	16%
28 Radiologie	11.108.044	7.126.296	18.234.340	11.104.756	6.253.677	17.358.433	5%
31 Urologie	3.769.368	894.630	4.663.998	3.239.688	740.224	3.979.912	17%
50 Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde	29.776.332	383.792	30.160.124	29.764.068	300.507	30.064.575	0%
Gesamt	143.869.040	51.905.471	195.774.511	129.763.162	43.843.886	173.607.048	13%

Tabelle 8: Vergleich der Kontakte nach Fachgebiet.^a

In

Fachgebiete	Kontakte gesamt			Kontakte mit Leistung			"Kontakte gesamt" vs. "Kontakte mit Leistungen" Verhältnis in Prozent
	Extramural	Spitalsambulant	Summe	Extramural	Spitalsambulant	Summe	
01 Anästhesiologie und Intensivmedizin	67	872.329	872.396	27	695.940	695.967	25%
04 Augenheilkunde und Optometrie	9.836.519	1.894.322	11.731.441	9.367.005	1.527.145	10.894.150	8%
05 Chirurgische Sonderfächer	1.737.684	4.614.079	6.351.763	1.255.258	3.749.699	5.004.957	27%
06 Frauenheilkunde und Geburtshilfe	7.465.772	2.175.560	9.641.332	6.430.220	1.839.469	8.269.689	17%
08 Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde	5.532.045	1.243.402	6.835.447	5.121.777	1.026.793	6.148.570	11%
09 Haut- und Geschlechtskrankheiten	8.167.608	1.514.400	9.682.008	5.281.904	1.259.242	6.541.146	48%
11 Internistische Sonderfächer	12.666.098	7.430.724	20.096.822	9.412.897	6.342.945	15.755.842	28%
12 Kinder- und Jugendheilkunde	7.214.216	1.920.660	9.134.876	4.253.539	1.670.891	5.924.430	54%
13 Kinder- und Jugendpsy. und Psychotherap. Medizin	65.680	107.488	173.168	65.491	88.961	154.452	12%
15 Klinisch-Pathologische Sonderfächer	3.102.227	1.908.618	5.010.845	3.102.157	1.414.424	4.516.581	11%
16 Klinisch-Mikrobiologische Sonderfächer	250.265	104.080	354.345	250.265	104.072	354.337	0%
18 Medizinische und Chemische Labordiagnostik	16.398.448	7.793.559	24.192.007	16.398.148	7.065.554	23.463.702	3%
19 Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie	61.595	440.714	502.309	61.595	373.586	435.181	15%
20 Neurologie	1.559.752	868.273	2.428.025	1.344.012	774.242	2.118.254	15%
21 Nuklearmedizin	800	1.049.112	1.049.912	800	931.218	932.018	13%
22 Orthopädie und Traumatologie	8.944.295	6.328.691	15.872.986	7.631.819	5.269.380	12.901.199	23%
24 Physikalische Medizin und Allgemeine Rehabilitation	14.835.348	2.004.751	16.840.099	14.536.276	1.873.393	16.409.669	3%
26 Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin	1.316.877	629.391	1.946.268	1.141.460	542.524	1.683.984	16%
28 Radiologie	11.108.044	7.126.296	18.234.340	11.104.756	6.253.677	17.358.433	5%
31 Urologie	3.769.368	894.630	4.663.998	3.239.688	740.224	3.979.912	17%
50 Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde	29.776.332	383.792	30.160.124	29.764.068	300.507	30.064.575	0%
Gesamt	143.869.040	51.905.471	195.774.511	129.763.162	43.843.886	173.607.048	13%

Tabelle 8 sind jene Fachgebiete dargestellt, in denen es sowohl Kontakte im extramuralen als auch im spitalsambulanten Bereich gab und die somit für eine Analyse von Leistungsverschiebungen herangezogen werden konnten. Der Vergleich zeigt, dass die Kontakte gesamt, die Kontakte mit Leistungen erwartungsgemäß um 13 % übersteigen. Innerhalb der Fachgebiete gibt es Abweichungen von bis zu 54 % (z.B. in der Kinder- und Jugendheilkunde).

Fachgebiete	Kontakte gesamt			Kontakte mit Leistung			"Kontakte gesamt" vs. "Kontakte mit Leistungen" Verhältnis in Prozent
	Extramural	Spitalsambulant	Summe	Extramural	Spitalsambulant	Summe	
Burgenland	4.088.366	925.348	5.014.314	3.721.590	591.557	4.313.147	16%
Kärnten	9.858.421	2.864.042	12.722.463	8.539.163	2.283.597	10.822.760	18%
Niederösterreich	21.880.667	8.587.364	30.468.031	19.051.534	7.983.408	27.034.942	13%
Oberösterreich	19.536.145	10.115.676	29.651.821	17.946.664	8.373.856	26.320.520	13%
Salzburg	9.339.729	2.612.762	11.952.491	8.696.421	2.168.828	10.865.249	10%
Steiermark	19.502.972	7.061.684	26.564.656	17.321.423	6.083.655	23.405.078	13%
Tirol	13.154.428	6.096.563	19.250.991	11.756.642	5.629.498	17.386.140	11%
Vorarlberg	4.873.670	1.929.591	6.803.261	4.073.372	844.729	4.918.101	38%
Wien	41.634.642	11.711.841	53.346.483	38.656.353	9.884.758	48.541.111	10%
Gesamt	143.869.040	51.905.471	195.774.511	129.763.162	43.843.886	173.607.048	13%

Tabelle 9: Vergleich der Kontakte nach Bundesland.

^a Zur besseren Lesbarkeit findet sich eine größere Abbildung der Tabelle in Anhang 2

Der entsprechende Vergleich nach Bundesland zeigt, dass die Abweichung bei den Bundesländern zwischen 10 % in Wien und 38 % in Vorarlberg variiert. Dies lässt vermuten, dass es zwischen den Bundesländern deutliche Unterschiede in der Datenqualität bzw. im Kodierverhalten gibt oder bestimmte oben beschriebene strukturelle Limitationen einen Einfluss auf die Anzahlen haben.

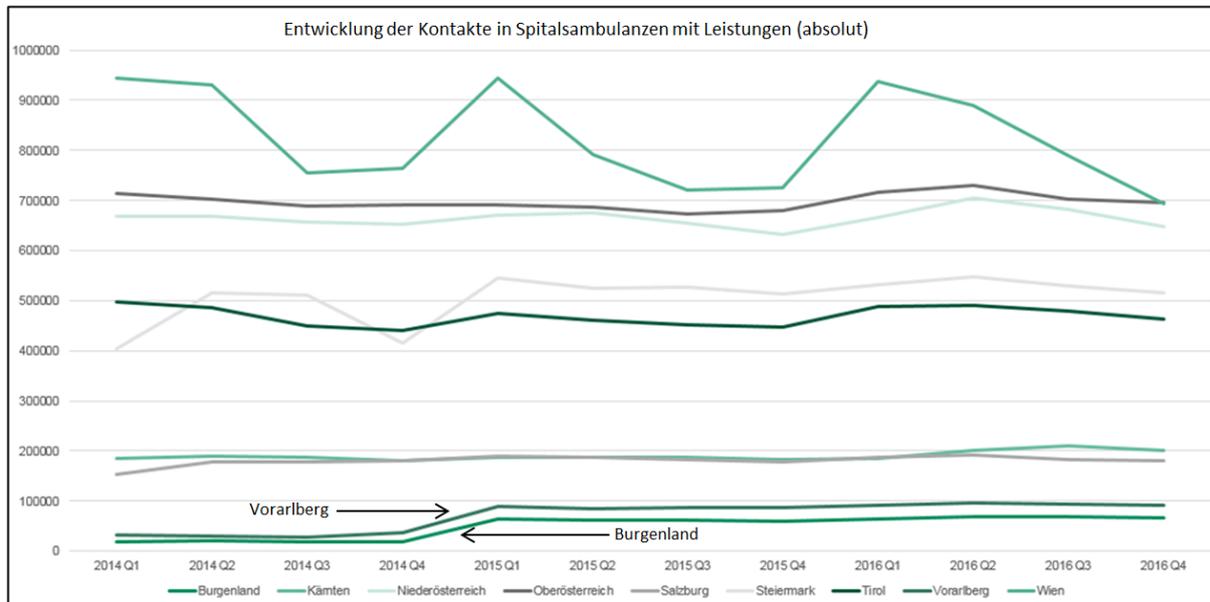


Abbildung 15: Entwicklung der Kontakte mit Leistungen in Spitalsambulanzen (absolut).

Diese Vermutung bestätigt sich bei der Analyse der zeitlichen Entwicklungen von Kontakten mit Leistungen in Spitalsambulanzen nach Bundesland in Abbildung 15. Neben deutlichen saisonalen Schwankungen ist eine abrupte Zunahme der Kontakte in den Bundesländern Vorarlberg und Burgenland sichtbar.

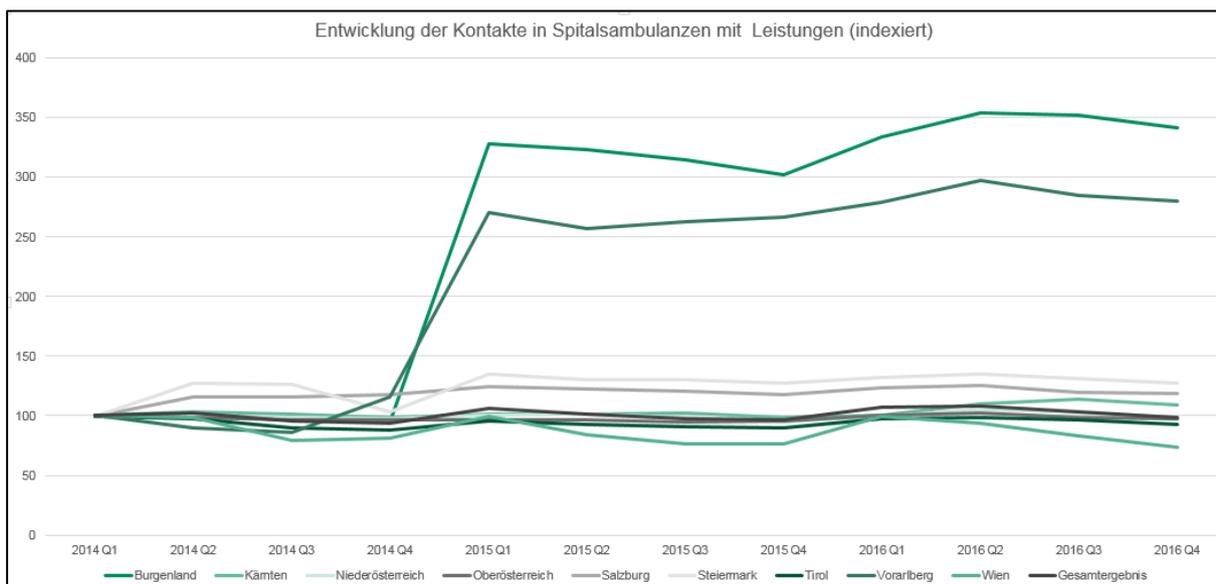


Abbildung 16: Entwicklung der Kontakte mit Leistungen in Spitalsambulanzen (indexiert).

Die indexierte Darstellung in Abbildung 19 verdeutlicht diese abrupte Zunahme in den Bundesländern Vorarlberg und Burgenland.

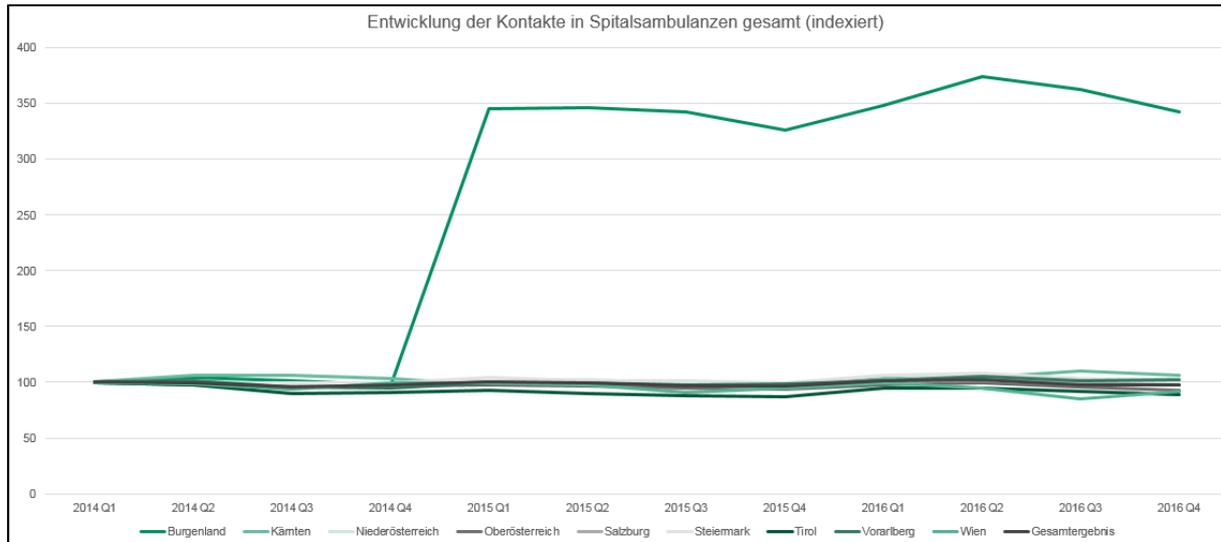


Abbildung 17: Entwicklung der Kontakte gesamt Spitalsambulanzen (indexiert).

Zum Vergleich sind in Abbildung 20 die Kontakte gesamt in Spitalsambulanzen dargestellt. Eine abrupte Mengenänderung in Vorarlberg kann hier nicht mehr beobachtet werden, im Burgenland jedoch schon. Weitere Analysen der burgenländischen Daten auf der Ebene „Fachgebiet“ zeigen, dass die spitalsambulanten Kontaktdaten mit Leistungen sehr heterogen sind. Teilweise gibt es für das Jahr 2014 in einigen Fachgebieten gar keine oder nur sehr wenige Kontaktzahlen, mit dem 1. Quartal 2015 nehmen in diesen Fachgebieten die Werte deutlich zu.

Nachdem die Datenqualität für die Kontakte mit Leistungen in Spitalsambulanzen sehr heterogen ist, wurden für die weitergehende Analyse die Kontakte gesamt herangezogen. Dabei müssen die Datenprobleme im Burgenland berücksichtigt werden. Für zukünftige Analysen ist bei geeigneter Datenqualität aus den bereits erläuterten Gründen eine Untersuchung auf Basis der Datenquelle Kontakte mit Leistungen zu bevorzugen.

5.2 Identifikation von Leistungsverschiebungen

Mit den in Kapitel 4.2.1 beschriebenen Kennzahlen lassen sich potentielle Leistungsverschiebungen identifizieren. Nachfolgend werden die Ergebnisse für die Analyse der Kontakte gesamt auf den Ebenen „Versorgungsregion“ und „Bundesland“ beschrieben.

5.2.1 Potentielle Leistungsverschiebungen auf Versorgungsregionsebene

In einem ersten Schritt wurden die Versorgungsregionen auf potentielle Leistungsverschiebungen in den einzelnen Fachgebieten untersucht, die Ergebnisse sind in Tabelle 10 für die unterschiedlichen Fallgruppen nach Bundesland dargestellt.

Bundesländer	Leistungsverschiebung Richtung extramuralen Bereich					Leistungsverschiebung Richtung spitalsambulanten Bereich					Gesamt
	1a	1b	5a	5b	Summe	1a	1b	5a	5b	Summe	
Burgenland				1	1	1	3	5	4	13	14
Kärnten	1	2			3	2	3			5	8
Niederösterreich	1			3	4	5				5	9
Oberösterreich	2	1	2	1	6	2				2	8
Salzburg	3	1	1		5	1				1	6
Steiermark			2	1	3	6			1	7	10
Tirol	5		1		6		1	3	3	7	13
Vorarlberg		2	1		3	2				2	5
Wien	1		4		5			1		1	6
Gesamt	13	6	11	6	36	19	7	9	8	43	79

Tabelle 10: Auswertung Ebene VR: Überblick über die Anzahl der potentiellen Leistungsverschiebungen nach Fallgruppen und Bundesland. (Typ 1a "Kompensation", Typ 1b "Expansion/Reduktion", Typ 5a "Neue Kontakte - Kompensation", Typ 5b "Neue Kontakte - Expansion")

Insgesamt wurden 79 Fälle von möglichen Leistungsverschiebungen gefunden, 36 davon wiesen eine Leistungszunahme im extramuralen Bereich auf, 43 eine Leistungszunahme im spitalsambulanten Bereich. Im Burgenland wurde absolut die höchste Zahl an potentiellen Leistungsverschiebungen identifiziert, hierbei muss aber nochmals auf die Datenqualität der 2014er Daten hingewiesen werden. Nachdem im Basisjahr in den einzelnen Fachgebieten teilweise wenig oder gar keine Kontakte im spitalsambulanten Bereich in den Daten vorhanden waren, werden durch diesen Datenfehler bei Zunahme der Kontakte in den Folgequartalen Hinweise auf Leistungsverschiebungen produziert, die evtl. nicht der Realität entsprechen Dies muss auch bei den nachfolgenden Auswertungen mitberücksichtigt werden. Innerhalb der Fallgruppen ist die Fallgruppe 1a (Typ Kompensation) in beiden Bereichen jene Fallgruppe mit der höchsten absoluten Anzahl, bei den Leistungsverschiebungen Richtung extramuralen Bereich kommt diese Fallgruppe 13 Mal vor, Richtung spitalsambulanten Bereich 19 Mal. gefolgt von der Fallgruppe 5a (Leistungsverschiebungen mit neuen Kontakten) mit 11 bzw. 9 Fällen.

Tabelle 11 zeigt wie sich die identifizierten potentiellen Leistungsverschiebungen auf die unterschiedlichen Fachgebiete (lt. ÄAO) verteilen.

Fachgebiete	Leistungsverschiebung Richtung extramuralen Bereich					Leistungsverschiebung Richtung spitalsambulanten Bereich					Gesamt	
	1a	1b	5a	5b	Summe	1a	1b	5a	5b	Summe		
Augenheilkunde und Optometrie						3					3	3
Chirurgische Sonderfächer	3				3	2	1		1	4	7	
Frauenheilkunde und Geburtshilfe						1	1	1	1	4	4	
Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde								2		2	2	
Internistische Sonderfächer	1				1	2	2	1		5	6	
Kinder- und Jugendheilkunde	1	1			2	1			2	3	5	
Kinder- und Jugendpsy. und Psychotherapeut. Medizin			3	1	4						4	
Klinisch-Pathologische Sonderfächer	1				1			1		1	2	
Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie			6	3	9						9	
Neurologie	3	3	2	1	9		1		1	2	11	
Orthopädie und Traumatologie	1				1	2	1	1	1	5	6	
Physikalische Medizin und Allgemeine Rehabilitation	1				1	1			1	2	3	
Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin	1	1			2	2		1		3	5	
Radiologie	1	1			2	2	1		1	4	6	
Urologie				1	1	3		2		5	6	
Gesamt	13	6	11	6	36	19	7	9	8	43	79	

Tabelle 11: Auswertung Ebene VR: Überblick über die Anzahl der potentiellen Leistungsverschiebungen nach Fallgruppen und Fachgebieten. (Typ 1a "Kompensation", Typ 1b "Expansion/Reduktion", Typ 5a "Neue Kontakte - Kompensation", Typ 5b "Neue Kontakte - Expansion")

Insgesamt wurden in den Fachgebieten Neurologie und Mund- Kiefer und Gesichtschirurgie die meisten Fälle von potentiellen Leistungsverschiebungen identifiziert. Dies waren auch die beiden Fachgebiete, in denen die meisten Fälle von Leistungsverschiebungen in Richtung des extramuralen Bereichs identifiziert werden konnten. In Richtung des spitalsambulanten

Bereichs gab es die meisten Indizien für Leistungsverschiebungen in den Fachgebieten Urologie, Orthopädie und Traumatologie und den internistischen Sonderfächern.

Wie beschrieben, wurde zur Identifizierung der potentiellen Leistungsverschiebungen die Veränderung des Anteils der extramuralen Kontakte berechnet. Ab einer Veränderung von 5 % wurde die Leistungsmengenveränderung als potentielle Leistungsverschiebung gewertet.

Veränderung des Anteils der extramuralen Kontakte	Leistungsverschiebung Richtung extramuralen Bereich					Leistungsverschiebung Richtung spitalsambulanten Bereich					Gesamt
	1a	1b	5a	5b	Gesamt	1a	1b	5a	5b	Gesamt	
5 - 15%	11	4	2	4	21	16	5	1	1	23	44
15 - 30%	2		2		4	2	1	4	1	8	12
30 - 45%		1			1	1	1	2	3	7	8
45 - 60%			4		4				1	1	5
> 60%		1	3	2	6			2	2	4	10
Gesamt	13	6	11	6	36	19	7	9	8	43	79

Tabelle 12: Klassifikation der potentiellen Leistungsverschiebungen nach Fallgruppe und Prozentwerten (Typ 1a "Kompensation", Typ 1b "Expansion/Reduktion", Typ 5a "Neue Kontakte - Kompensation", Typ 5b "Neue Kontakte - Expansion")

In Tabelle 12 werden die potentiellen Leistungsverschiebungen nach Fallgruppe und nach Veränderung des Anteils der extramuralen Kontakte dargestellt. In der Klasse „5 – 15%“ gab es die meisten Fälle potentieller Leistungsverschiebungen - sowohl im spitalsambulanten als auch im extramuralen Bereich. Gefolgt von der Klasse mit einer Veränderung des Anteils der extramuralen Kontakte von über 60 %. Unter den Fällen mit einer Veränderung des Anteils der extramuralen Kontakte von über 60 % gibt es jedoch keinen Fall aus der Fallgruppe 1a und nur einen Fall der Fallgruppe 1b. Bei den Fällen mit einer Veränderung des Anteils der extramuralen Kontakte von über 60 % handelt es sich größtenteils um solche Fälle, in denen es 2014 in einem Sektor noch keine Kontakte gab.

Bundesländer	Leistungsverschiebung Richtung extramuralen Bereich						Leistungsverschiebung Richtung spitalsambulanten Bereich						Gesamt
	5 - 15%	15 - 30%	30 - 45%	45 - 60%	> 60%	Gesamt	5 - 15%	15 - 30%	30 - 45%	45 - 60%	> 60%	Gesamt	
Burgenland	1					1	2	5	3	1	2	13	14
Kärnten	2	1				3	4	1				5	8
Niederösterreich	2				2	4	5					5	9
Oberösterreich	3	1			2	6	2					2	8
Salzburg	4			1		5	1					1	6
Steiermark	1	1		1		3	4	1	2			7	10
Tirol	6					6	3	1	2		1	7	13
Vorarlberg	1		1		1	3	2					2	5
Wien	1	1		2	1	5					1	1	6
Gesamt	21	4	1	4	6	36	23	8	7	1	4	43	79

Tabelle 13: Klassifikation der potentiellen Leistungsverschiebungen nach Bundesland und Prozentwerten.

In Tabelle 13 werden die potentiellen Leistungsverschiebungen nach Bundesland klassifiziert und nach Veränderung des Anteils der extramuralen Kontakte dargestellt. Die sechs Fälle von potentiellen Leistungsverschiebungen mit einer Veränderung des Anteils der extramuralen Kontakte von über 60 % in Richtung des extramuralen Bereichs befinden sich in Niederösterreich, in Oberösterreich, in Vorarlberg und in Tirol. Die vier Fälle von potentiellen Leistungsverschiebungen mit einer Veränderung des Anteils der extramuralen Kontakte von über 60 % in Richtung des spitalsambulanten Bereichs befinden sich im Burgenland, in Tirol und in Wien.

5.2.2 Potentielle Leistungsverschiebungen auf Bundeslandebene

Bundesländer	Leistungsverschiebung Richtung extramuralen Bereich					Leistungsverschiebung Richtung spitalsambulanten Bereich				Gesamt
	1a	1b	5a	5b	Summe	1a	1b	5b	Summe	
Burgenland						4	3	2	9	9
Kärnten	1			1	2					2
Niederösterreich				2	2					2
Oberösterreich	1	1	1		3					3
Salzburg	4		2		6					6
Steiermark			1	1	2	1			1	3
Tirol			1		1					1
Vorarlberg		2	1		3	1			1	4
Wien			2		2					2
Gesamt	6	3	8	4	21	6	3	2	11	32

Tabelle 14: Auswertung Ebene BL: Überblick über die Anzahl der potentiellen Leistungsverschiebungen nach Fallgruppen und Bundesland. (Typ 1a "Kompensation", Typ 1b "Expansion/Reduktion", Typ 5a "Neue Kontakte - Kompensation", Typ 5b "Neue Kontakte - Expansion")

In Tabelle 14 wurden die potentiellen Leistungsverschiebungen auf Bundeslandebene ausgewertet und nach Bundesland und Fallgruppe dargestellt. Insgesamt konnten 32 potentielle Leistungsverschiebungen gefunden werden. Nachdem es auf Versorgungsregionsebene insgesamt mehr potentielle Leistungsverschiebungen in Richtung des spitalsambulanten Bereichs gefunden werden konnten, findet sich auf Bundeslandebene das umgekehrte Bild. Mit 21 potentiellen Leistungsverschiebungen in Richtung des extramuralen Bereichs gab es hier deutlich mehr potentielle Leistungsverschiebungen als in Richtung des spitalsambulanten Bereichs. Dieses Resultat mag auf den ersten Blick vielleicht konterintuitiv erscheinen. Der Unterschied hängt damit zusammen, dass auf Ebene der Versorgungsregion Kontakte nur berücksichtigt werden, wenn es in einem Fachgebiet in einer Versorgungsregion im gesamten Zeitraum sowohl im spitalsambulanten als auch im extramuralen Bereich Kontakte gibt. Auf Ebene der Bundesländer werden Kontakte diese Kontakte jedoch berücksichtigt. Weitere Auswertungen haben gezeigt, dass es überwiegend den extramuralen Bereich betrifft, wo es in einer Versorgungsregion in einem Fachgebiet nur in einem Sektor Kontakte gibt und dass diese Kontakte am stärksten zugenommen haben. Von den 11 Fällen in Richtung des spitalsambulanten Bereichs waren jedoch 9 im Burgenland, wo Probleme mit der Qualität der Daten (im Jahr 2014) vermutet werden. Nach dem Burgenland gab es die meisten potentiellen Leistungsverschiebungen in Salzburg, diese 6 Fälle waren allesamt in Richtung des extramuralen Bereichs. Insgesamt gab es 12 Fälle der Fallgruppe 1a, 6 in Richtung des extramuralen Bereichs und 6 in Richtung des spitalsambulanten Bereichs. die meisten Fälle in Richtung des extramuralen Bereichs gab es in Salzburg, die meisten Fälle in Richtung des spitalsambulanten Bereichs in Burgenland.

Fachgebiete	Leistungsverschiebung Richtung extramuralen Bereich					Leistungsverschiebung Richtung spitalsambulanten Bereich				Gesamt
	1a	1b	5a	5b	Summe	1a	1b	5b	Summe	
Augenheilkunde und Optometrie						1			1	1
Chirurgische Sonderfächer	1				1		1		1	2
Frauenheilkunde und Geburtshilfe						1			1	1
Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde						1			1	1
Internistische Sonderfächer							1		1	1
Kinder- und Jugendheilkunde	1				1	1			1	2
Kinder- und Jugendpsy. und Psychotherap.Medizin	1		2		3					3
Klinisch-Pathologische Sonderfächer	1				1					1
Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie			5	3	8					8
Neurologie		2	1	1	4			1	1	5
Orthopädie und Traumatologie						1			1	1
Physikalische Medizin und Allgemeine Rehabilitation						1			1	1
Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin	1	1			2					2
Radiologie	1				1		1		1	2
Urologie								1	1	1
Gesamtergebnis	6	3	8	4	21	6	3	2	11	32

Tabelle 15: Auswertung Ebene BL: Überblick über die Anzahl der potentiellen Leistungsverschiebungen nach Fallgruppen und Fachgebieten. (Typ 1a "Kompensation", Typ 1b "Expansion/Reduktion", Typ 5a "Neue Kontakte - Kompensation", Typ 5b "Neue Kontakte - Expansion")

In Tabelle 15 sind die potentiellen Leistungsverschiebungen nach Fallgruppen und Fachgebiet dargestellt, wie auf der Auswertungsebene „Versorgungsregion“ gab es auch hier die meisten Fälle (8) im Fachgebiet Mund-Kiefer- und Gesichtschirurgie, gefolgt von 5 Fällen im Fachgebiet Neurologie.

Veränderung des Anteils der extramuralen Kontakte	Leistungsverschiebung Richtung extramuralen Bereich					Leistungsverschiebung Richtung spitalsambulanten Bereich				Gesamt
	1a	1b	5a	5b	Gesamt	1a	1b	5a	Gesamt	
5-15%	6	1	2	1	10	6	1	1	8	18
15-30%			3	2	5			1	1	6
30-45%			1	1	2		2		2	4
45-60%		2	2		4					4
Gesamt	6	3	8	4	21	6	3	2	11	32

Tabelle 16: Klassifikation der potentiellen Leistungsverschiebungen nach Fallgruppe und Prozentwerten. (Typ 1a "Kompensation", Typ 1b "Expansion/Reduktion", Typ 5a "Neue Kontakte - Kompensation", Typ 5b "Neue Kontakte - Expansion")

In Tabelle 16 werden die potentiellen Leistungsverschiebungen nach Fallgruppe klassifiziert und nach der Veränderung des Anteils der extramuralen Kontakte dargestellt. Von den 32 Fällen befanden sich 18 in der Kategorie von 5 – 15 %. Diese waren mit 10 Fällen zu in Richtung des extramuralen Bereichs und 9 Fällen zu in Richtung des spitalsambulanten Bereichs fast ausgeglichen. In der Kategorie 45 – 50 % gab es 4 Fälle, die allesamt zu in Richtung des extramuralen Bereichs waren.

Bundesland	Leistungsverschiebung Richtung extramuralen Bereich					Leistungsverschiebung Richtung spitalsambulanten Bereich				Gesamt
	5-15%	15-30%	30-45%	45-60%	Gesamt	5-15%	15-30%	30-45%	Gesamt	
Burgenland						6	1	2	9	9
Kärnten	2				2					2
Niederösterreich		1	1		2					2
Oberösterreich	3				3					3
Salzburg	5			1	6					6
Steiermark		2			2	1			1	3
Tirol		1			1					1
Vorarlberg		1		2	3	1			1	4
Wien			1	1	2					2
Gesamt	10	5	2	4	21	8	1	2	11	32

Tabelle 17: Klassifikation der potentiellen Leistungsverschiebungen nach Bundesland und Prozentwerten. (Typ 1a "Kompensation", Typ 1b "Expansion/Reduktion", Typ 5a "Neue Kontakte - Kompensation", Typ 5b "Neue Kontakte - Expansion")

In Tabelle 17 werden die potentiellen Leistungsverschiebungen nach Bundesland klassifiziert und nach Veränderung des Anteils der extramuralen Kontakte dargestellt. Von den 4 Fällen in Richtung des extramuralen Bereichs in der Kategorie 45 – 60 % befanden sich 2 davon in Vorarlberg und jeweils einer in Wien und Salzburg. Von den 11 Fällen in Richtung des spitalsambulanten Bereichs befanden sich 9 im Burgenland und zwei weitere jeweils in der Kategorie 5 -15 % in der Steiermark und in Vorarlberg.

6 Diskussion

Die Analysen haben gezeigt, dass sich mit den ausgewerteten Daten potentielle Leistungsverschiebungen identifizieren lassen. In der Entwicklungsarbeit zeigte sich, dass die Verwendung beider Kennzahlen notwendig ist, um potente Fälle von Leistungsverschiebungen identifizieren zu können. Zur Beurteilung der identifizierten Fälle von Leistungsverschiebungen ist dann regionales Fachwissen notwendig, denn Datenfehler oder Änderung der Kodierung können dazu führen, dass Leistungsverschiebungen angezeigt werden, obwohl es tatsächlich keine Änderungen in der Leistungserbringung gegeben hat. Darüber hinaus kann es sich bei den identifizierten Leistungsverschiebungen auch um vereinbarte Leistungsverschiebungen handeln.

Im Verlaufe des Projektes standen die Daten aus drei Jahren zur Verfügung, aus diesem Grund wurde das Basisquartal Q1 2014 verwendet, es zeigte sich, dass die Datenqualität des Berichtsjahres 2014 jedoch verbesserungswürdig ist, somit sollte in Zukunft ein späteres Basisquartal, bzw. ein späteres Basisjahr genommen werden, um saisonale Schwankungen nicht darzustellen.

7 Ausblick

Im Rahmen des Projektes wurde ein Prozess zur Identifizierung von potentiellen Leistungsverschiebungen entwickelt. Hier wurden zum einen Kennzahlen entwickelt, die Datenquelle „Kontakte“ definiert und abgefragt und schließlich Beispiele von potentiellen Leistungsverschiebungen auf Ebene „Versorgungsregion“ und „Bundesland“ sichtbar gemacht. Zum Abschluss des Berichtes werden in diesem Kapitel Weiterentwicklungspotentiale thematisiert.

Neben der Datengrundlage „Kontakte“ wäre eine Aufbereitung der Kennzahlen auch auf Basis von „PatientInnen“ möglich. Hier müsste geprüft werden, ob diese Datenquelle ähnliche Ergebnisse liefert und/oder inhaltlich und technisch besser für die Darstellung potentieller Leistungsverschiebungen geeignet ist.

Die entwickelten Kennzahlen und Typen von Leistungsverschiebungen verstehen sich als Vorschlag im Rahmen des entwickelten Prozesses. Nachdem die detaillierte Regionalanalyse nicht Teil des Projektes war, könnten sich hieraus noch Anregungen für die Anpassung der Kennzahlen und/oder die Entwicklung von ergänzenden Kennzahlen ergeben.

Die Daten wurden mit Hilfe von Excel aufbereitet. Dies ist im Entwicklungsprozess von Vorteil, da die Daten einfach bearbeitet und die Ergebnisse in weiterer Folge flexibel aufbereitet werden können. Für eine Bereitstellung der Daten für die Stakeholder innerhalb und außerhalb der Sozialversicherung eignet sich eine Excel-Aufbereitung nur bedingt, da die Auswertungen fehleranfällig sind und nur mit großem Aufwand weitere Berichtsjahre integriert und die Maßstabsebene geändert werden können. Hier wäre eine Vorhaltung im Rahmen von Datenbanken und Webberichten sicherer und anwenderfreundlicher.

8 Quellenverzeichnis

BMASKG (2018): Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2017, gemäß Beschluss der Bundes-Zielsteuerungskommission vom 30. Juni 2017, inklusive der bis 29. Juni 2018 beschlossenen Anpassungen. Herausgegeben vom Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (BMASKG).

Bundesgesetzes über die Dokumentation im Gesundheitswesen (GDoKG), BGBl. Nr. 745/1996 i.d.F. BGBl. I Nr. 81/2013.

B-ZV (2017): Zielsteuerungsvertrag auf Bundesebene für die Periode 2017 bis 2021 auf Basis der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens sowie Zielsteuerung Gesundheit, und dem Vereinbarungsumsetzungsgesetz 2017, BGBl. I Nr. 26/2017.

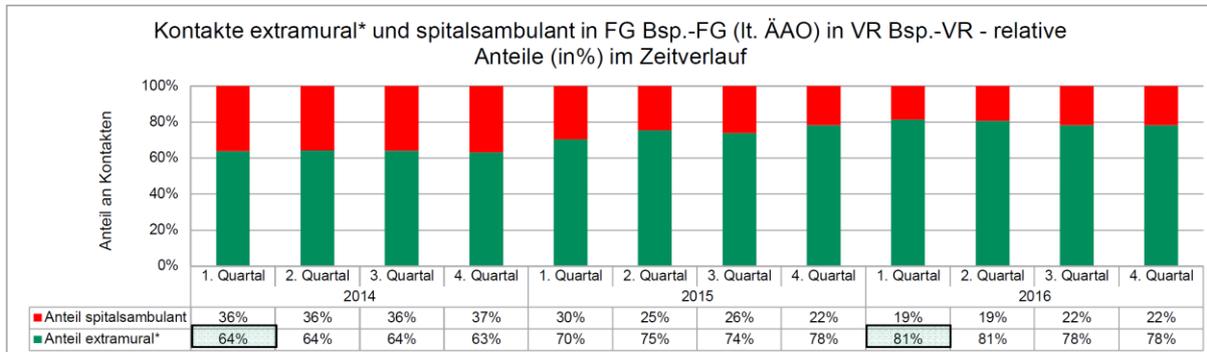
15a-Vereinbarung Zielsteuerung-Gesundheit: Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit (NR: GP XXV RV 1339 AB 1371).

Internetquellen:

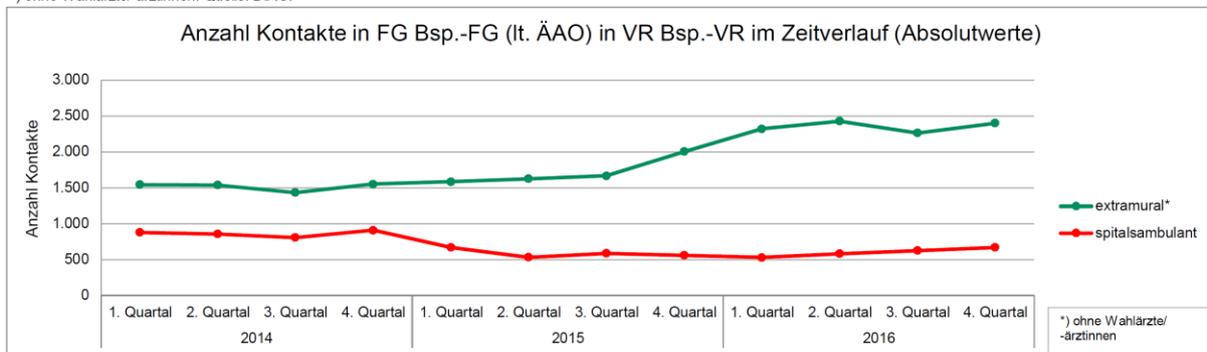
https://www.sozialministerium.at/site/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitssystem_Qualitaetssicherung/Dokumentation/Ambulante_Dokumentation_ab_2014 (zuletzt zugegriffen am 4.4.2019).

9 Anhang

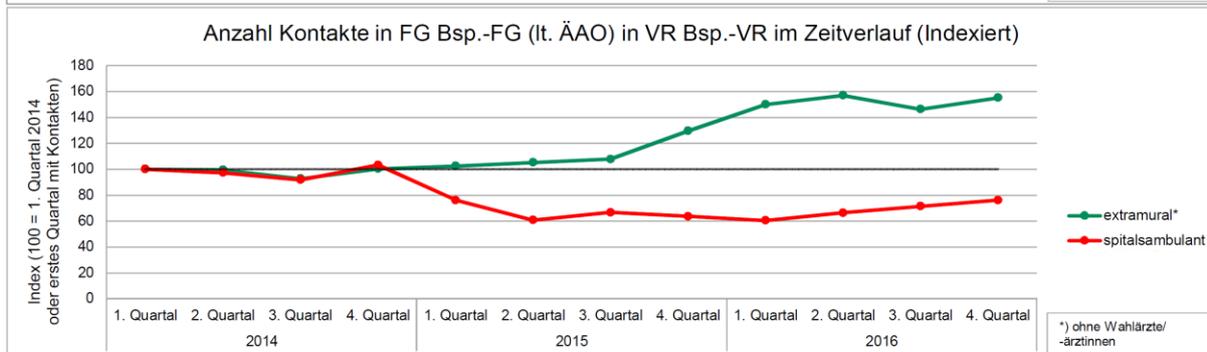
Anhang 1: Standardbericht zur Analyse von potentiellen Leistungsverschiebungen



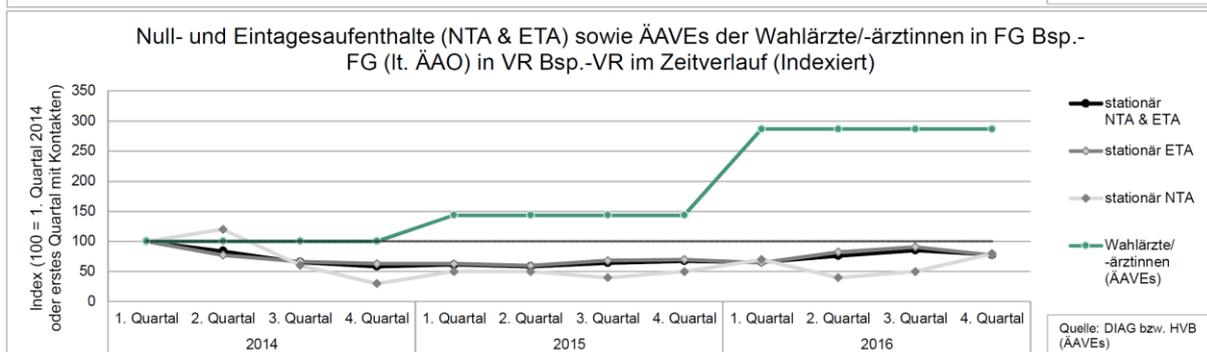
*) ohne Wahlärzte/-ärztinnen. Quelle: DIAG.



*) ohne Wahlärzte/-ärztinnen



*) ohne Wahlärzte/-ärztinnen



Quelle: DIAG bzw. HVB (ÄAVes)

Anzahl amb. Kontakte*, ÄAVes von Wahlärzten/-ärztinnen und stationären Null- und Eintagesaufenthalten - FG Bsp.-FG (lt. ÄAO) - VR Bsp.-VR												
	Q1 2014	Q2 2014	Q3 2014	Q4 2014	Q1 2015	Q2 2015	Q3 2015	Q4 2015	Q1 2016	Q2 2016	Q3 2016	Q4 2016
Kontakte extramural*	1.546	1.538	1.434	1.553	1.585	1.626	1.667	2.005	2.321	2.428	2.263	2.401
Kontakte spitalsambulant	880	856	808	909	670	534	587	560	531	584	628	670
Wahlärzte/-ärztinnen ÄAVes				0,04				0,06				0,12
Stationäre Aufenthalte												
NTA	10	12	6	3	5	5	4	5	7	4	5	8
ETA	57	44	38	36	36	34	39	40	37	47	52	44
NTA & ETA	67	56	44	39	41	39	43	45	44	51	57	52

*) ohne Wahlärzte/-ärztinnen. Quellen: DIAG, HVB (ÄAVes)

Anhang 2

Fachgebiete	Kontakte extramural gesamt	Kontakte spitalsambulant gesamt	Kontakte Gesamt	Kontakte extramural mit Leistung	Kontakte spitalsambulant mit Leistung	Kontakte mit Leistung Gesamt	"Kontakte" vs. "Kontakte mit Leistungen" Verhältnis in Prozent
01 Anasthesiologie und Intensivmedizin	67	872.329	872.396	27	695.940	695.967	25%
04 Augenheilkunde und Optometrie	9.836.519	1.894.922	11.731.441	9.367.005	1.527.145	10.894.150	8%
05 Chirurgische Sonderfächer	1.737.684	4.614.079	6.351.763	1.255.258	3.749.699	5.004.957	27%
06 Frauenheilkunde und Geburtshilfe	7.465.772	2.175.560	9.641.332	6.430.220	1.839.469	8.269.689	17%
08 Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde	5.592.045	1.243.402	6.835.447	5.121.777	1.026.793	6.148.570	11%
09 Haut- und Geschlechtskrankheiten	8.167.608	1.514.400	9.682.008	5.281.904	1.259.242	6.541.146	48%
11 Internistische Sonderfächer	12.666.098	7.430.724	20.096.822	9.412.897	6.342.945	15.755.842	28%
12 Kinder- und Jugendheilkunde	7.214.216	1.920.660	9.134.876	4.253.539	1.670.891	5.924.430	54%
13 Kinder- und Jugendpsy. und Psychotherap. Medizin	65.680	107.488	173.168	65.491	88.961	154.452	12%
15 Klinisch-Pathologische Sonderfächer	3.102.227	1.908.618	5.010.845	3.102.157	1.414.424	4.516.581	11%
16 Klinisch-Mikrobiologische Sonderfächer	250.265	104.080	354.345	250.265	104.072	354.337	0%
18 Medizinische und Chemische Labordiagnostik	16.398.448	7.793.559	24.192.007	16.398.148	7.065.554	23.463.702	3%
19 Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie	61.595	440.714	502.309	61.595	373.586	435.181	15%
20 Neurologie	1.559.752	868.273	2.428.025	1.344.012	774.242	2.118.254	15%
21 Nuklearmedizin	800	1.049.112	1.049.912	800	931.218	932.018	13%
22 Orthopädie und Traumatologie	8.944.295	6.928.691	15.872.986	7.631.819	5.269.380	12.901.199	23%
24 Physikalische Medizin und Allgemeine Rehabilitation	14.835.348	2.004.751	16.840.099	14.536.276	1.873.393	16.409.669	3%
26 Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin	1.316.877	629.391	1.946.268	1.141.460	542.524	1.683.984	16%
28 Radiologie	11.108.044	7.126.296	18.234.340	11.104.756	6.253.677	17.358.433	5%
31 Urologie	3.769.368	894.630	4.663.998	3.239.688	740.224	3.979.912	17%
50 Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde	29.776.332	383.792	30.160.124	29.764.068	300.507	30.064.575	0%
Gesamt	143.869.040	51.905.471	195.774.511	129.763.162	43.843.886	173.607.048	13%