



**SV-WISSENSCHAFT  
FORSCHUNG & LEHRE  
DER ÖSTERREICHISCHEN  
SOZIALVERSICHERUNG**

---

EXPERTINNENGESPRÄCHE / 5. OKTOBER 2017

---

**FINANZIERUNG UND ABRECHNUNGSMODELLE IM KRANKENHAUSBEREICH**

---

REFERENTEN:

**Dipl. Vw. Uwe Klein-Hitpaß** (GKV-Spitzenverband Deutschland, Referat Krankenhausvergütung)

**Mag. Gerhard Gretzl** (SOLVE Consulting/Managementberatung GmbH Wien)

**Dr. Ferdinand Felix** (Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger)

Moderation: **Mag. Karin Hofer** (SGKK)

---

**VORTRAG: Dipl. Vw. Uwe Klein-Hitpaß:**

Seit Einführung des deutschen DRG-Systems kam es zu einem deutlichen Anstieg der Ausgaben, einer höheren Anzahl an Ärzten und einem hohen Fallzahlanstieg sowie einem Abbau des Pflegepersonals. Die Verweildauer in Krankenanstalten sinkt deutlich, seit 2005 gibt es eine starke Zunahme der Stunden- und 1-Tages-Fälle, generell existiert ein großes ambulantes Behandlungspotential.

Ein Ziel der DRG-Einführung, die **Stabilisierung der Ausgaben im Krankenhausbereich**, wurde bislang klar verfehlt.

2 Komponenten der **Krankenhausfinanzierung**: Einerseits der **Preis**, die Landesbasisfallwerte im Fallpauschalen-System, andererseits die **Menge**. Preis (**Basisfallwerte**) und Menge (**Casemix**) führen zu Ausgabensteigerungen.

Problematik: „**Meistbegünstigungsklausel**“: Der Orientierungswert (Kostensteigerung im Personal- und Sachkostenbereich) sollte für die Preisfortschreibung auf Bundesebene der relevante Wert sein, die gesetzliche Meistbegünstigungsklausel verhindert das. Die Einnahmensteigerung der Krankenkassen führt so zu enormen Preissteigerungen und einer **Überfinanzierung der Krankenhauskosten**.

**Erreichte Ziele seit Einführung des DRG-Systems:**

- Hohe Transparenz über die Leistungen und Kosten der Krankenhäuser
- Leistungsbezogene Vergütung
- gerechtes Relativgewichtsschema

Die GKV steht hinter dem DRG-System, auch wenn die **Stabilisierung der Ausgaben** und die **Förderung eines Strukturwandels** noch nicht erreicht wurden. **Krankenhausstrukturen**: die gewünschte Konzentration hat nicht stattgefunden. Der GKV-Spitzenverband will bessere Voraussetzungen für eine Strukturbereinigung für mehr Marktaustritte schaffen. Wichtige Marktaustrittsbarrieren:

- Hohe Kosten für den Träger

- Hohe Personalkosten/Personalüberhang
- Fehlende Normen auf Bundesebene, Krankenhausplanung sehr föderal strukturiert

Auf Vorschlag des GKV-Spitzenverbandes kam es zur **Einführung eines Strukturfonds**, aber anders als gefordert. 500 Mio. EUR werden vom GKV aus dem Gesundheitsfonds bereitgestellt, die Länder müssen eine Kofinanzierung sicherstellen und entscheiden maßgeblich, welche Projekte finanziert werden – der Fokus auf Marktaustritt dementsprechend niedrig.

**Fazit: Die Preisfindung ist reformbedürftig.** Es gibt keinen klaren ordnungspolitischen Rahmen, daher bestehen **Mengenanreize** weiterhin. Hohe Deckungsbeiträge forcieren, ökonomisch bedingte Mengensteigerungen. Vorrangig wäre deshalb eine **grundsätzliche Strukturreform**, d.h. ein Abbau von Kapazitäten insbesondere in Ballungsgebieten, die immer noch aussteht.

## VORTRAG: Mag. Gerhard Gretzl (SOLVE)

**Ziel:** Verschiebung von Leistungen in den ambulanten Bereich. In Österreich sind DIG-Systeme sind nicht kostendeckend, weil der eigentliche Punktwert nicht die tatsächlichen Kosten deckt, Betriebsabgang wird über die Gebietskörperschaften gedeckt.

**LKF** ähnelt DIG-Systemen, Grundlage sind **Pauschalssysteme** für bestimmte **Leistungsgruppen**.

**Pauschalierendes System** seit 1997, das bundeseinheitliche Abrechnungssystem im ambulanten Bereich soll mit 2019 verbindlich werden. Die Einstufung und Bepunktung einzelner Aufenthalte erfolgte bislang entweder durch eine **besonders definierte Leistung**, es entschied die Diagnose. **HDG** (Hauptdiagnosen, nach Fallgruppen sortiert) und **MEL-Gruppen** (medizinische Einzelleistungen). Grundsätzlich werden die **Kosten für eine Leistung** in jedem Fall vergütet, dazu kommen **tagesabhängige Kosten**, die nach einem **Pauschalwert** berechnet werden. Das Besondere am österreichischen LKF-System ist, dass die **grundsätzlich erbrachte Leistung** zuzüglich der **verweildauerabhängigen Tageskomponente** bezahlt wird.

**Unterschied zu anderen DIG-Systemen:** Vorteil, dass die **Leistung** bei der **Abrechnung im Vordergrund** steht. Das LKF-System inkludiert so gut wie alle Leistungsbereiche, es gibt weniger Fallgruppen und Zusatzdiagnosen. Problematik **Fall-Splitting**: Es wird jeder stationäre Aufenthalt isoliert abgerechnet, weil es keine Kriterien für Fallzusammenführungen gibt.

**Problematik 0-Tages-Fälle:** Bei über 50 Prozent der Fälle weiß man nicht, warum sie eigentlich aufgenommen wurden (Häufig Aufnahme aus organisatorischen Gründen, Interesse der Abrechenbarkeit mit Privatversicherungen). **Ziel des ambulanten Finanzierungsmodells ist es, diese Fälle zu reduzieren und sie in einem ambulanten Modell abrechenbar zu machen.**

**Prinzip des spitalsambulanten Modells: Gleiches Geld für gleiche Leistung – Geld folgt Leistung.** Technische Voraussetzung dafür ist die Vergleichbarkeit der **Abrechnungsmodelle**. Im stationären Bereich gibt es **MEL-** und **HDG-Gruppen**, im ambulanten Bereich **Leistungs-** und **Pauschalgruppen**. In **ALG (Ambulante Leistungs-Gruppen)** sind Leistungen enthalten wie z. B. Chemotherapien, Strahlentherapien, Dialysen, die ursprünglich stationär abgerechnet wurden (halbstationärer Bereich). Alle anderen Leistungen wie Röntgen, CT, MR, Befundbesprechungen etc. fallen in **APG (Ambulante Pauschal-Gruppen)**.

Eine Besonderheit im spitalsambulanten Bereich ist **die Strukturkomponente**: Nur alle **direkt zuordenbaren Kosten** werden abgerechnet, alle **Vorhalteleistungen** (wie 24-Stunden-Betrieb etc.) werden nicht über Einzelleistung, sondern über diese Strukturkomponente abgerechnet.

**Was wird verschoben?** Relativ viele Fälle, die gute Zusatzpunkte im ambulanten Bereich generieren, weil es sich um teure Leistungen handelt. Das neue System bietet also in jedem Fall einen Ansatz, diese Fehlanreize, eigentlich ambulante Fälle stationär abzurechnen, zu reduzieren.

## **VORTRAG: Dr. Ferdinand Felix (HVB)**

**114 LGF-finanzierte** (landesgesundheitsfondsfinanzierte) und nicht **LGF-finanzierte Krankenanstalten**. Heuer gehen **5,4 Mrd. EUR** an die LGF, womit alle stationären, halbstationären und ambulanten Leistungen in den Fondskrankenanstalten abgegolten sind.

Nicht **LGF-finanzierte: 39 PRIKRAV-Privatsanatorien**, über PRIKRAV teilfinanziert, keine allgemeine Gebührenklasse, aber entsprechende Einnahmen durch Privatversicherungen der Patienten. Nicht jede PRIKRAV-Krankenanstalt hat einen Vertrag mit jedem Krankenversicherungsträger. Ist ein Vertrag vorhanden, verrechnet es seinen allgemeinen Gebührenklasseanteil mit dem Fonds nach LKF. Es gibt im PRIKRAV keinen Steuerbereich, der für alle Privatkliniken gilt. Gibt es keinen Einzelvertrag, tritt der Patient in Vorleistung, reicht sie bei seinem Versicherungsträger ein, der sie an den Fonds weiterleitet. Der PRIKRAV leistet einen Pflegekostenzuschuss nach den LKF-Kriterien in dem Ausmaß, den er bei Direktverrechnung gezahlt hätte.

**120 Mio. EUR** werden heuer von den Krankenversicherungsträgern an die Fonds gezahlt. PRIKRAV und AUVA: Diesjährige vorläufige Pauschale der Krankenversicherungsträger von **53 Mio. EUR** an die AUVA. Ansonsten eine Handvoll sonstiger Vertragsspitäler, nur 1 Spital in Österreich ist ohne Vertrag.

**Auslandssachverhalte:** Der Patient tritt in Vorkasse, bekommt dann als Versicherter einen Pflegekostenzuschuss, den der Versicherungsträger in Form von Tageswerten ausbezahlt. Der Tageswert für das kommende Jahr beträgt **235 EUR** pro Tag und ist ein für alle Krankenversicherungsträger verbindlicher Pflegekostenzuschuss. Dieser wird von der Trägerkonferenz im Hauptverband berechnet und entspricht einem durchschnittlichen Tageswert aus dem PRIKRAV (ausbezahlte Gesamtsumme durch die Anzahl der Aufenthaltstage).

### **Rechtsgrundlage auf Vertragsebene:**

LGF-finanzierte Spitäler werden seit 1997 durch die Landesgesundheitsfonds finanziert. Basis dieser Finanzierung ist die Rechtslage vom 31.12.1996. Es kann Probleme geben, wenn ein LGF-finanziertes Spital am 31.12.1996 nicht mit allen Krankenversicherungsträgern Verträge hatte (beispielsweise die Wiener Ordensspitäler). PRIKRAV: Hauptverband hat mit dem Fachverband in der Wirtschaftskammer einen Gesamtvertrag abgeschlossen, der die Zusammenarbeit regelt. Zusätzlich gibt es die erwähnten Einzelverträge. AUVA: Vertrag des Hauptverbandes für die Krankenversicherungsträger mit der AUVA als Träger für die UKHs.

---