

# Finanzierung und Abrechnungsmodelle im Krankenhausbereich

***SV-Wissenschaft - ExpertInnengespräch  
5. Oktober 2017***

***LKF-Modelle stationär und spitalsambulant  
Gerhard Gretzl***

## Übersicht

---

### **Struktur und Kennzahlen der Österreichischen Krankenhäuser**

LKF-stationär

LKF-spitalsambulant

# Struktur der Österreichischen Krankenhäuser

## Gruppierungskriterien

- mit / ohne Öffentlichkeitsrecht
  - » Das Öffentlichkeitsrecht setzt Gemeinnützigkeit voraus (§15 KAKuG)
  - » Öffentliche Krankenanstalten sind weiters verpflichtet, Personen, für die Leistungsansprüche aus der sozialen Krankenversicherung bestehen, als Pfleglinge aufzunehmen (§ 22 (2) KAKuG)
- gemeinnützig / nicht gemeinnützig
- **Fondskrankenhäuser / PRIKRAF – nicht FondsKH**
- Allgemeine KH/ Sonder-KH
- Akutversorgung / Rehabilitation / Langzeitversorgung

# Struktur der Österreichischen Krankenhäuser

## Gruppierung aus Abrechnungssicht (Daten 2016)

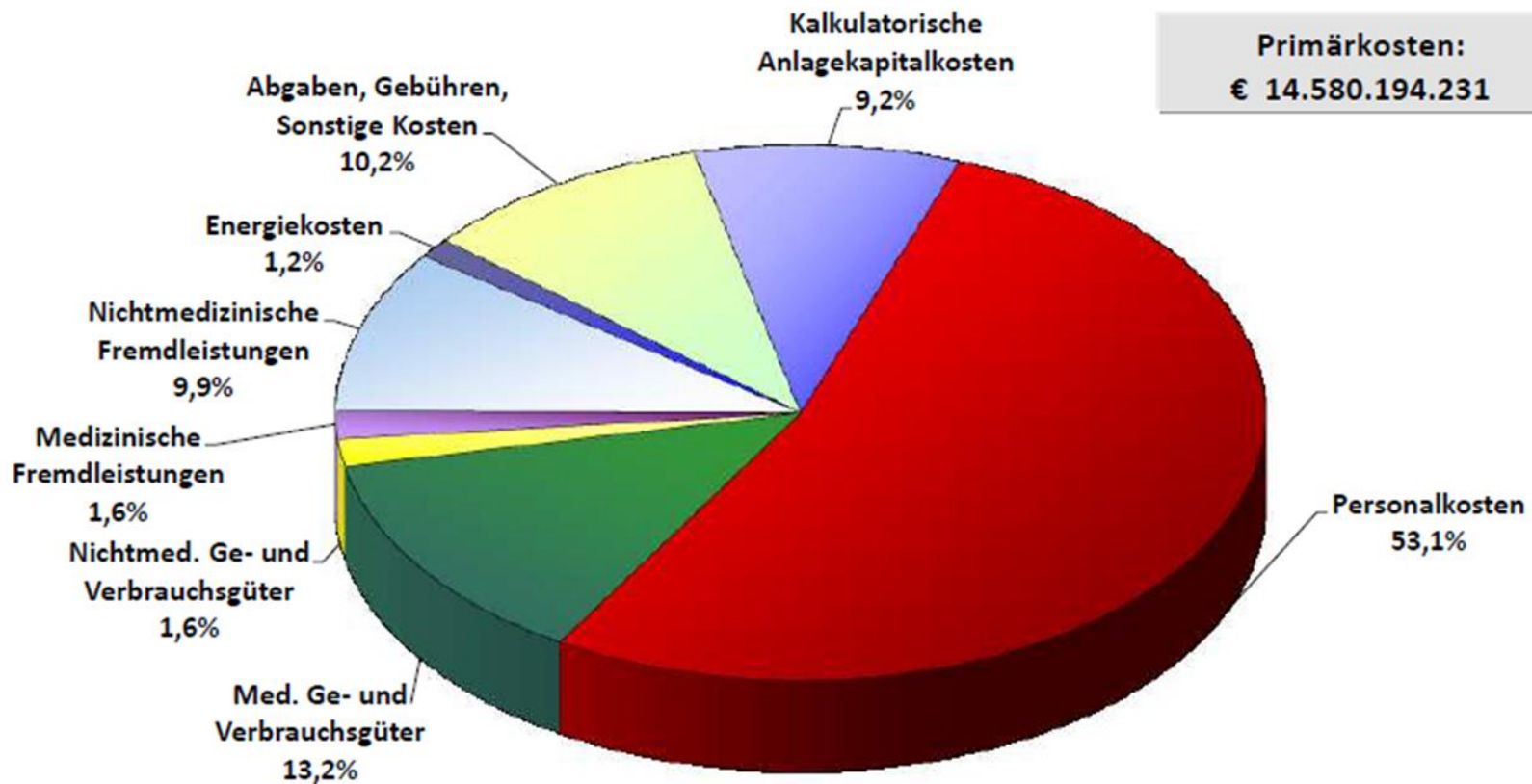
Kennzahl	Landesfonds	PRIKRAF	Sonstige	Total
Anzahl Krankenanstalten	118	39	120	277
systemisierte Betten	47.217	4.012	15.967	67.196
stationäre Aufenthalte	2.533.587	146.732	183.402	2.863.721
Belagstage	12.428.914	943.285	5.150.717	18.522.916
Null-Tagesaufenthalte	630.501	19.529	2.424	652.454
LKF-Punkte total	7.222.675.393	382.650.847		7.605.326.240
Punkte je Fall	2.851	2.608		2.837
stationäre Endkosten	10.108.026.661			
Kosten je stat. Aufenthalt	3.990			

# Kennzahlen Fonds-Krankenhäuser

## Primärkosten nach Kostenartengruppen 2016 inklusive kalkulatorische Anlagekapitalkosten (KOAGR 08)

Grafik 1

Primärkosten:  
€ 14.580.194.231



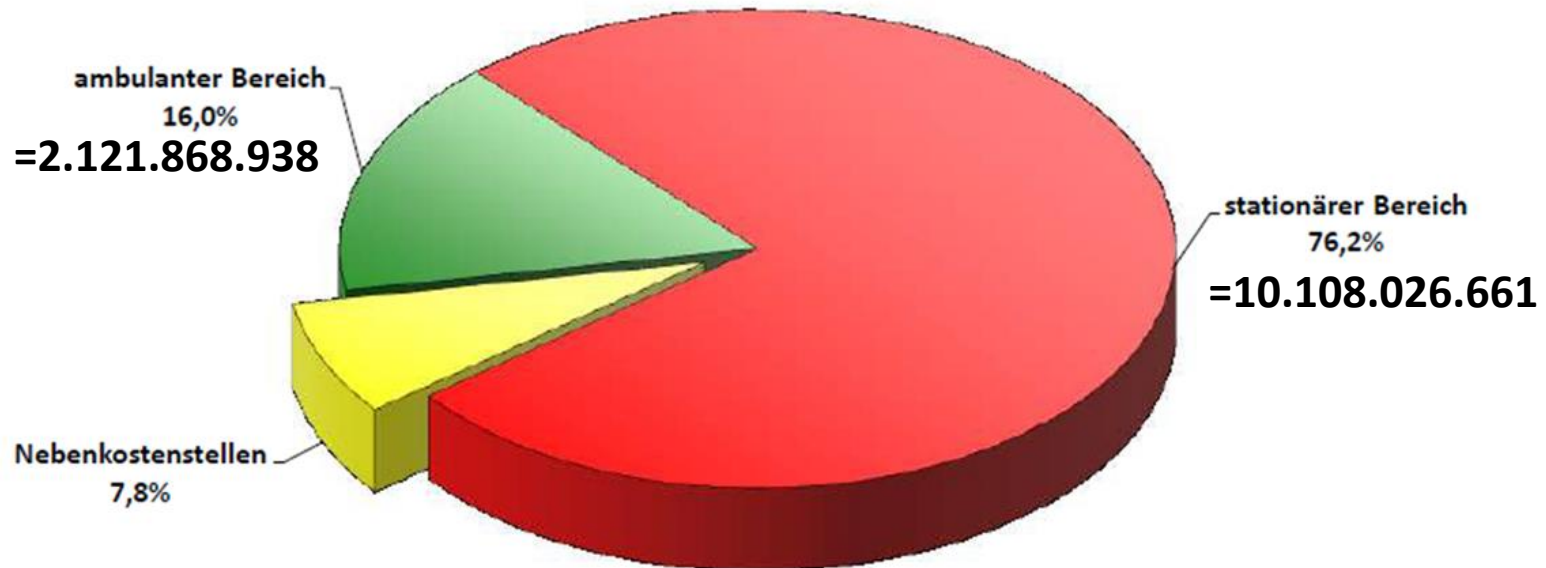
# Kennzahlen Fonds-Krankenhäuser

## Endkosten nach Leistungsbereichen 2016 stationäre, ambulante und Neben-Kostenstellen



Grafik 3

**Endkosten:**  
**€ 13.261.854.747**

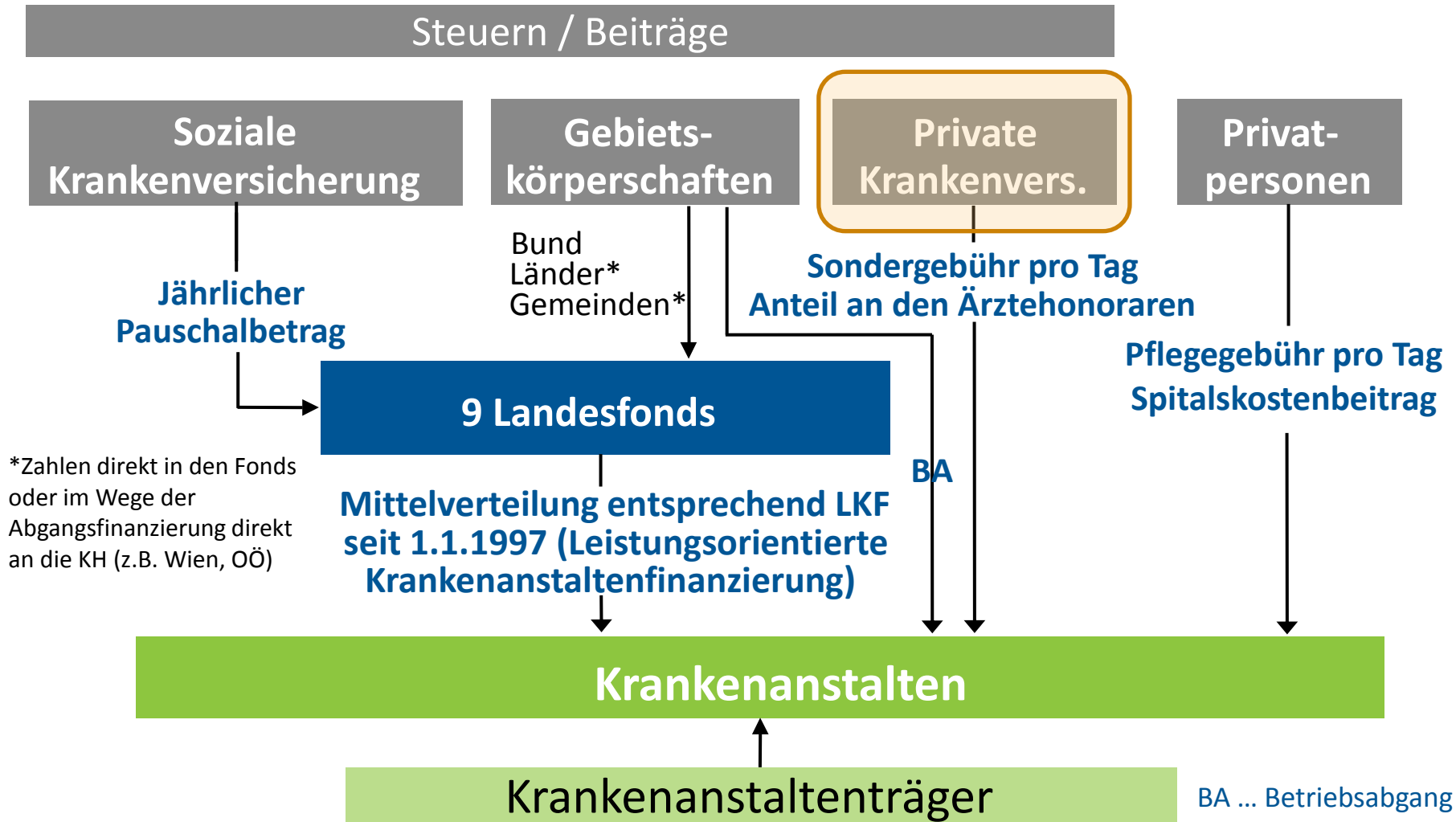


# Finanzmittel gem. Vereinbarung gemäß Art 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens

- Art. 27: Mittel der Bundesgesundheitsagentur
- Art. 28: Mittel der Landesgesundheitsfonds
  - » Beiträge der Bundesgesundheitsagentur
  - » ein Betrag aus dem Aufkommen der Umsatzsteuer im betreffenden Jahr
  - » Beiträge der Sozialversicherung
  - » zusätzliche Mittel, die für die Gesundheitsreform aufgrund der Vereinbarung über den Finanzausgleich 2005 bis 2008 zur Verfügung gestellt werden (diese Mittel gelten weiter bis Ende der Laufzeit dieser Vereinbarung)
  - » Mittel gemäß Gesundheits- und Sozialbereich-Beihilfengesetz (GSBG)
  - » Beiträge der Gemeinden (Umsatzsteueranteile)
  - » allenfalls die von den Ländern, Gemeinden und Rechtsträgern der Krankenanstalten zur Abdeckung des Betriebsabganges der Krankenanstalten zu leistenden Beiträge und sonstige Mittel

**Dabei sind die Landesgesundheitsfonds betragsmäßig so zu dotieren, dass sichergestellt ist, dass zumindest 51% der laufenden Kosten der Krankenanstalten (inkl. Abschreibungen) durch marktmäßige Umsätze (Erlöse) finanziert werden.**

# Finanzierung der Fonds-Krankenanstalten

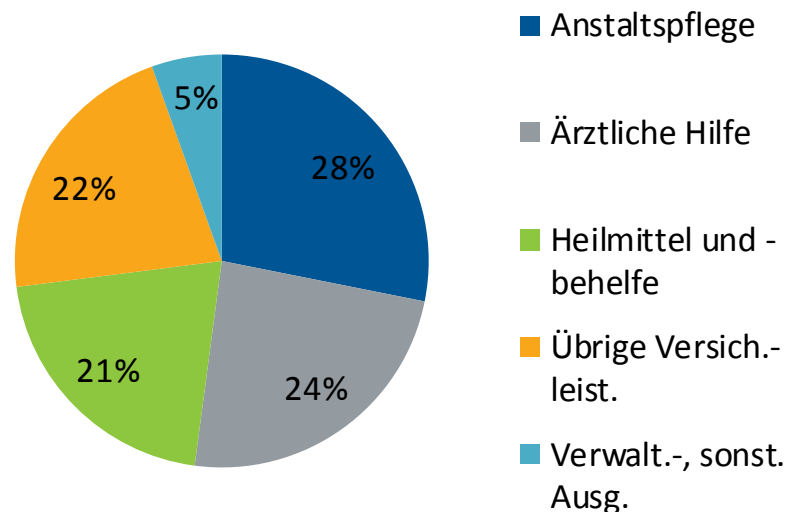




# Krankenversicherung – Ausgaben 2016

vorläufige Gebarung

Ausgaben gesetzliche KV 2016	Mio. €	%
Anstaltspflege	5.004	28,1%
Ärztliche Hilfe	4.259	24,0%
Heilmittel und -behelfe	3.716	20,9%
Zahnbehandlung, -ersatz	1.015	5,7%
Mutterschaftsleistungen	682	3,8%
Krankengeld	709	4,0%
Medizinische Rehabilitation	449	2,5%
Sonst. Versicherungsleistungen	973	5,5%
<b>Versicherungsleistungen gesamt</b>	<b>16.807</b>	<b>94,5%</b>
Verwaltungsaufwand	479	2,7%
Sonstige Ausgaben	496	2,8%
<b>Ausgaben gesamt</b>	<b>17.782</b>	<b>100%</b>



Quelle: Handbuch der öst. Sozialversicherung 2017

## Übersicht

---

Struktur und Kennzahlen der Österreichischen Krankenhäuser

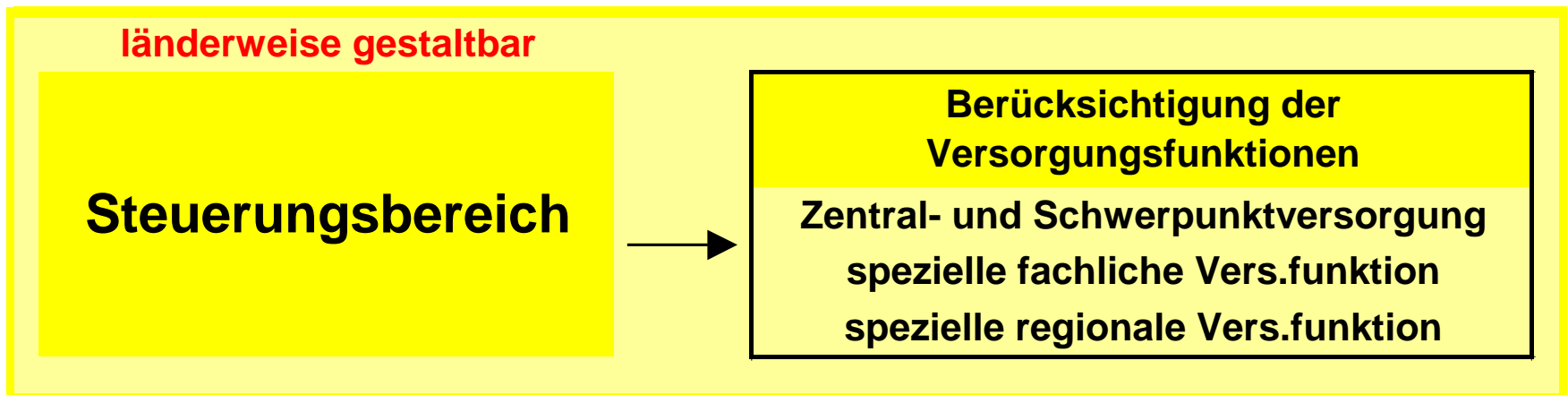
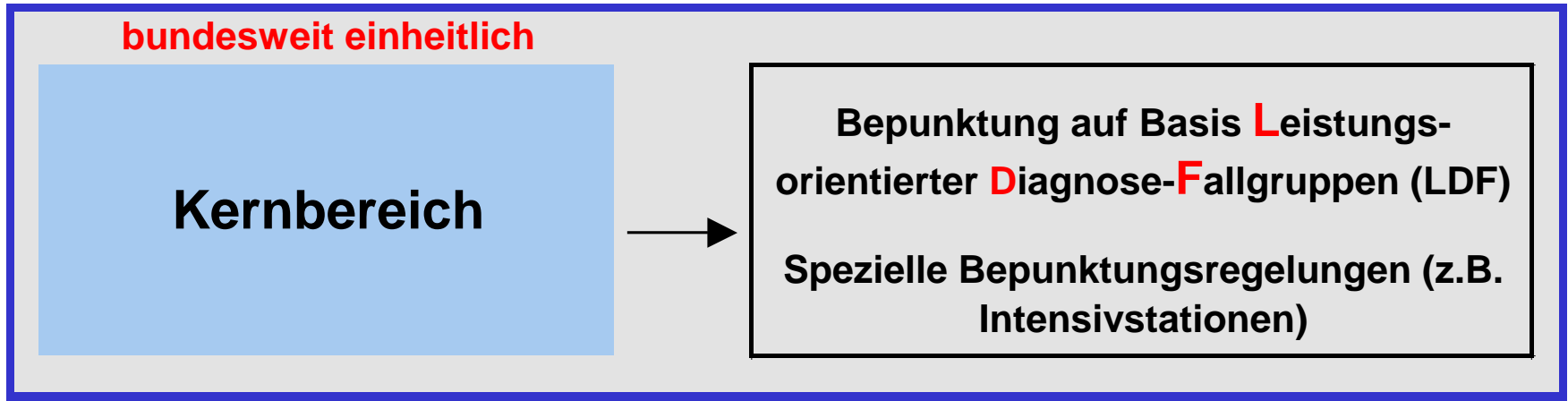
**LKF-stationär**

LKF-spitalsambulant

# Leistungsorientierte Krankenanstalten Finanzierung

- gehört zur Familie der DRG-Systeme (Diagnosis Related Groups)
- ist österreichische Eigenentwicklung

# Zwei Finanzierungsbereiche des LKF



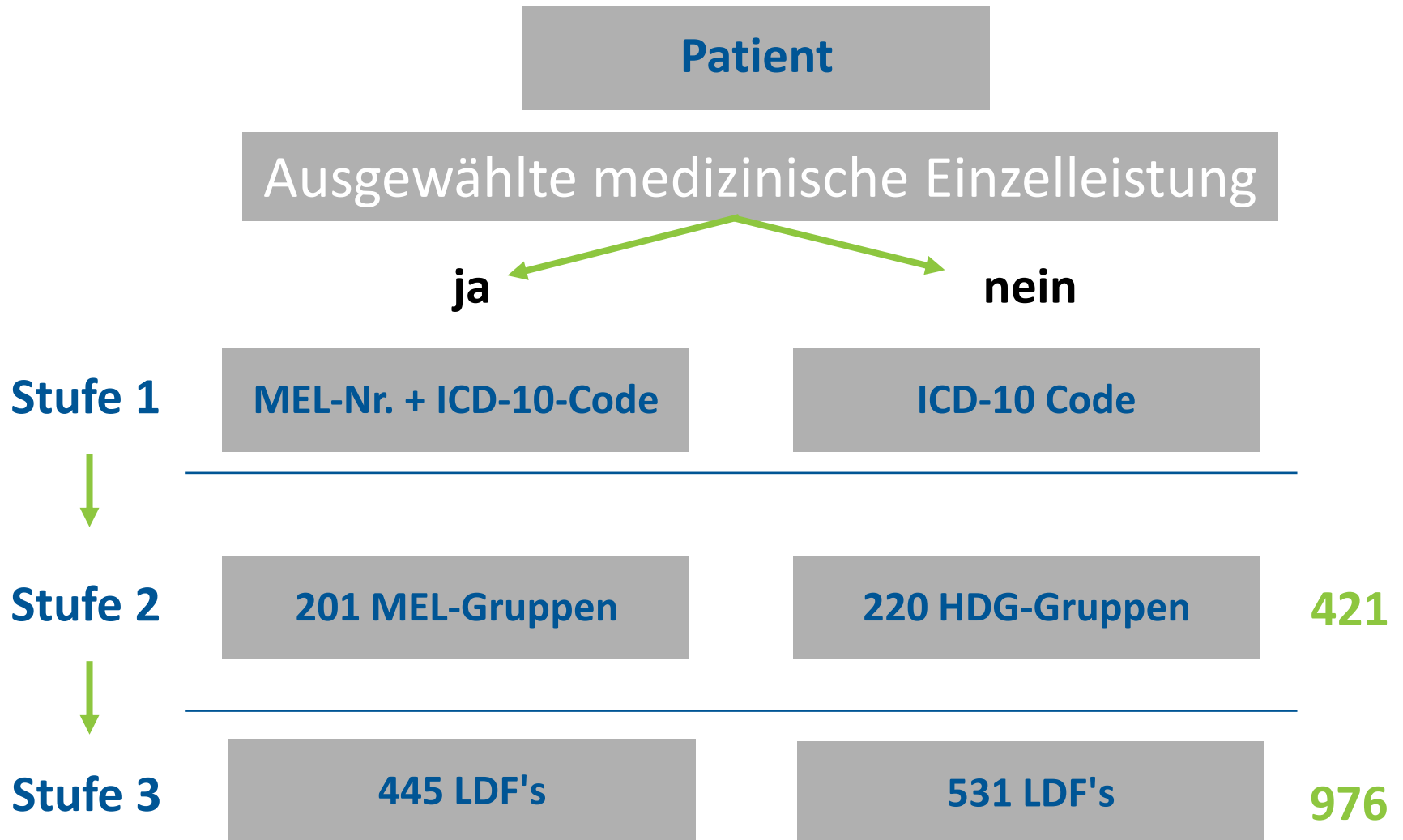
# LKF-Finanzierungsbereiche

Kategorie	Art der Vergütung	
<p><b>LDF (Leistungsorientierte Diagnosen-Fallgruppe)</b></p> <p><b>Zusatzpunkte für Intensivleistungen</b></p> <p><b>Sonderbereiche (z.B. Akutnachbehandl.neurolog.Pat.)</b></p> <p><b>Tagesklinische Leistungen</b></p>	<p>Anzahl der Punkte</p>	<p>Punktwert</p>
<b>STATIONÄR</b>	<p>bundesweit festgelegt</p>	<p>länderweise festlegbar</p>
<p><b>Ambulante Leistungen</b></p> <p><b>Investitionskosten</b></p>	<p>Bundesland-spezifische Regelungen</p>	
<p><b>Private Krankenversicherung</b></p>	<p>entsprechend individueller Verträge</p>	

# Eckpunkte des LKF-Systems

- **seit 1.1.1997** in Kraft (davor: Finanzierung nach Pflegetagen)
- **pauschalierendes Abgeltungssystem** für **akutstationäre** (inkl. tagesklinische) **Krankenhausaufenthalte**
- **Grundlagen:** je Aufenthalt codierte **Diagnosen** und **Leistungen** und **speziellen Zusatzkriterien** (z.B. Alter des Patienten)
- **Spezielle Bepunktungsregeln** für Aufenthalte in **Intensiveinheiten**, für **tagesklinische Behandlungen** sowie für **Sonderbereiche**
  - » Psychiatrie, Kinder- und Jugendneuropsychiatrie, Akutnachbehandlung neurologischer Patienten, Palliativmedizin, Akutgeriatrie, Remobilisation/Nachsorge
- derzeit **keine bundeseinheitlichen Abrechnungsregeln** für den **ambulanten Bereich** -> **ab 2019 verbindlich neues Modell**

# LKF-Kernbereich – Zuordnung von Fällen zu LDFs (LKF-Modell 2017)



# LDF-Kapitelbeschreibung – HDG-Gruppen

Hauptgruppe	Bezeichnung	Hauptgruppe	Bezeichnung
HDG01	Schädel, Gehirn, Nervensystem	HDG13	Fetale Schädigungen
HDG02	Hals, obere Luftwege, Ohr	HDG14	Bewegungsapparat
HDG03	Augen	HDG15	Frakturen und Luxationen
HDG04	Mund, Kiefer, Gesicht	HDG16	Infektionen
HDG05	Lunge, Thoraxwand	HDG17	Erkrankungen des Blutes
HDG06	Herz, Aorta, Kreislaufsystem	HDG18	Drüsen und Stoffwechsel
HDG07	Gefäße	HDG19	Haut und Geschlechtskrankheiten
HDG08	Verdauungsorgane	HDG20	Psychiatrie
HDG09	Harnblase, Niere, Harnwege	HDG21	Vergiftungen und tox. Wirkungen
HDG10	Männliche Genitalorgane	HDG22	Komplikationen, äußere Einflüsse
HDG11	Weibliche Genitalorgane	HDG23	Sonstige Anlässe zum Spitalsaufenthalt
HDG12	Geburten, Schwangerschaft	HDG24	Anomalien, unspezifische Befunde

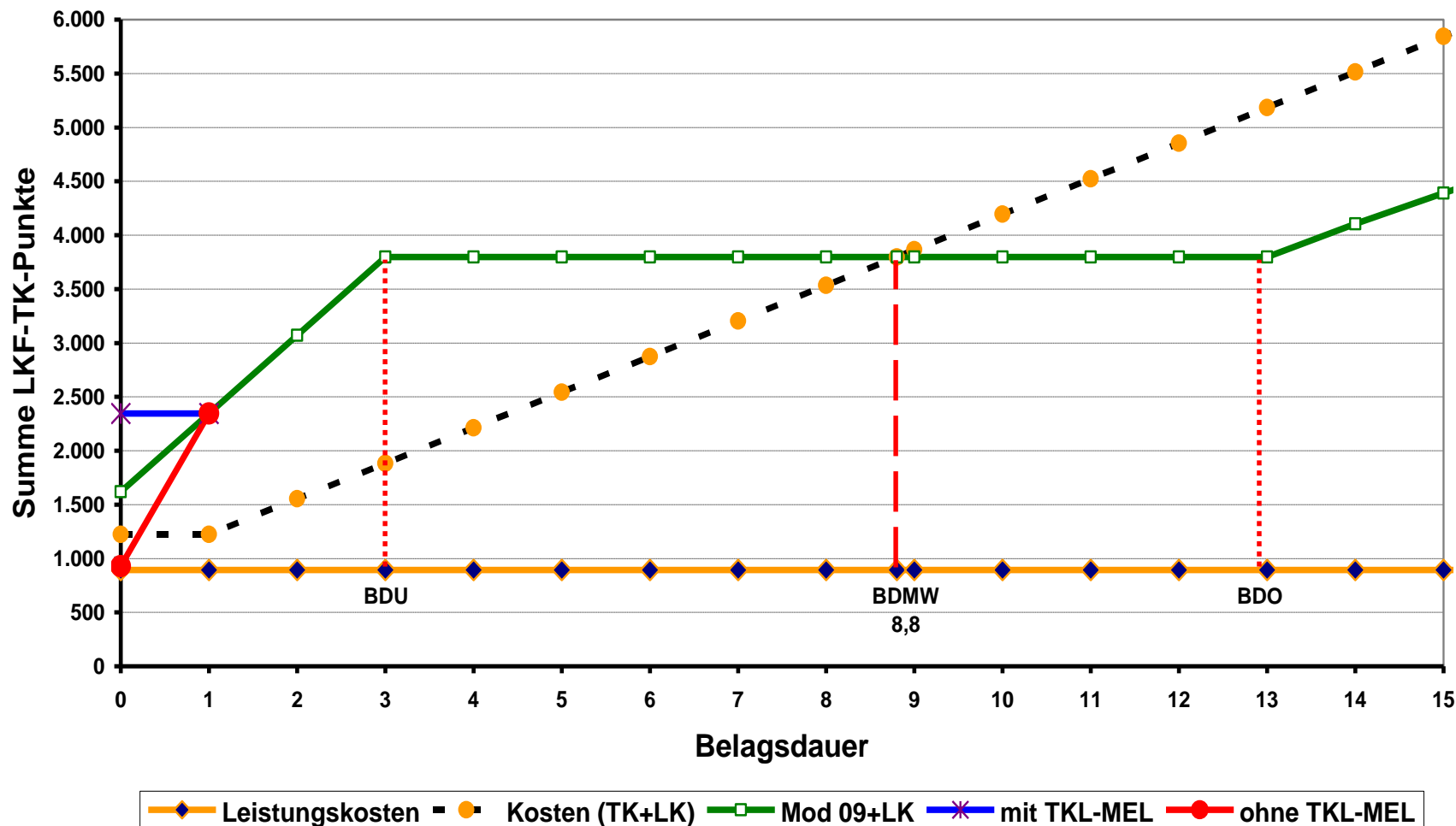


# LDF-Kapitelbeschreibung – MEL-Gruppen

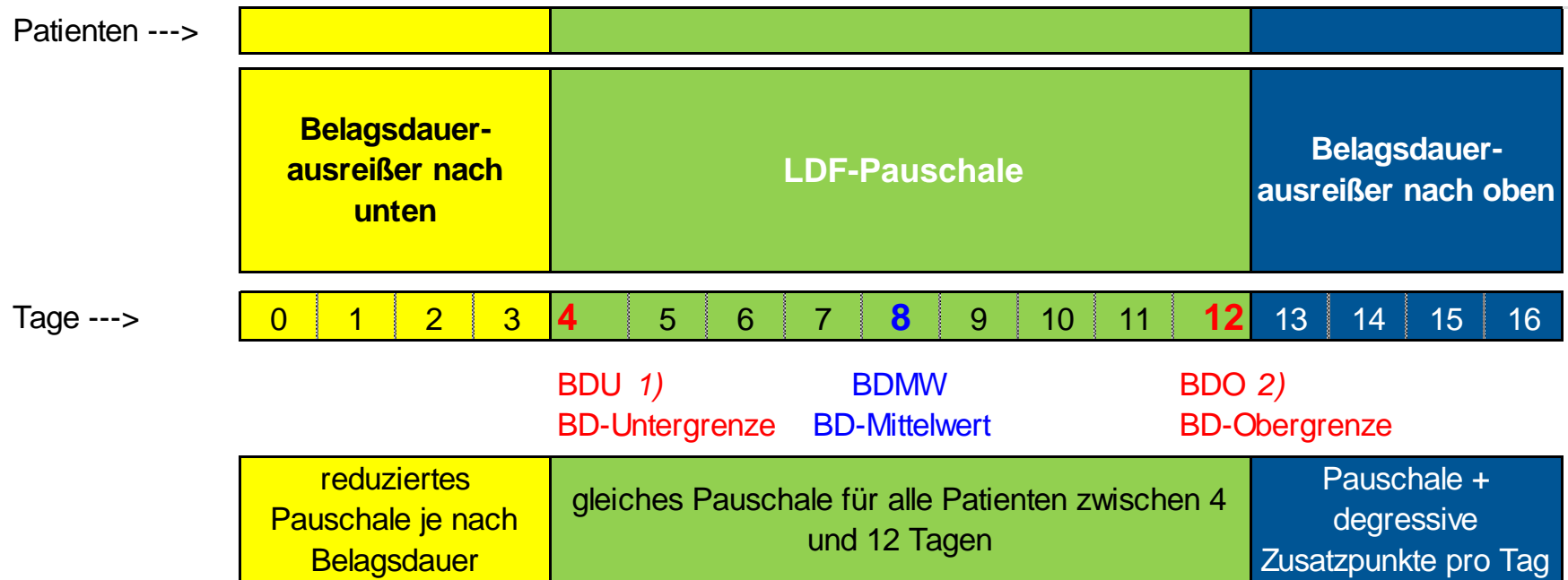
Hauptgruppe	Bezeichnung	Hauptgruppe	Bezeichnung
MEL01	Schädel, Wirbelsäule, Nervensystem	MEL17	Lymphonodektomien
MEL02	Periphere Nerven, Bindegewebe	MEL18	Organtransplantationen
MEL03	Mund, Kiefer, Gesicht	MEL19	Radiochirurgie mit Gammastrahlen
MEL04	Hals, obere Luftwege, Ohr	MEL20	Interventionelle Radiologie
MEL05	Ösophagus, oberes Abdomen	MEL21	Interventionelle Kardiologie
MEL06	Abdominalwand, Darm, Becken	MEL22	Onkologische Therapien
MEL07	Lunge, Thoraxwand	MEL23	Alkohol- und Drogenentwöhnung
MEL08	Herz, Thorax	MEL24	Dialyseverfahren
MEL09	Gefäße	MEL25	Strahlentherapie, Radionuklidtherapie
MEL10	Implantation, Schrittmacher, Defibrillator	MEL26	Systemische Lysetherapie
MEL11	Niere und Harnwege	MEL27	Hyperbare Oxygenation
MEL12	Männliche Genitalorgane	MEL28	Psychiatrie, KJNP
MEL13	Weibliche Genitalorgane, Entbindung	MEL29	Extrakorp./endoskop. Steinbehandlung, ERCP
MEL14	Bewegungsapparat	MEL30	AIDS-Behandlung
MEL15	Augen, Orbita	MEL31	Tagesklinische Behandlung in der AG/R
MEL16	Mammachirurgie		

# Gesamt-Punkteverlauf nach Belagsdauer

Gesamt-Punkteverlauf nach Belagsdauer  
(MEL06.01 FP A - Appendektomie, Alter >64)



# Schematische Darstellung Scoring-Komponenten (Punkte-Zusammensetzung)



- Zusammensetzung der Pauschale:**
- Leistungskomponente unabhängig von der Belagsdauer  
z.B. Appendektomie (Kosten der Operation)
  - Tageskomponente abhängig von der Belagsdauer
- Zusätzliche Punkte bei:**
- Intensivaufenthalt Zusatzpunkte je Tag
  - Mehrfachleistungen wenn mehrere Leistungen während Aufenthalt  
z.B. zusätzliche Tonsillektomie

1) bei operativen Patienten: 30% vom BDMW, bei nicht-operativen Patienten: 50% vom BDMW

2) 150% vom BDMW

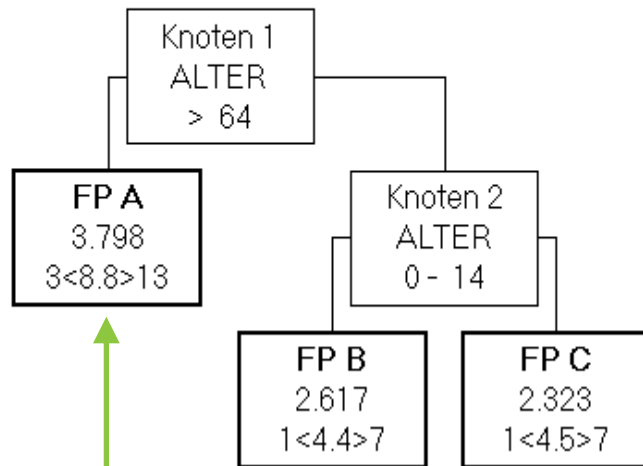
# Beispiel einer Fallpauschale

## Baumdarstellung

**MEL06.01**  
Appendektomie

**Hauptdiagnose:** K35.1 Akute Appendizitis mit Peritonealabszess  
**MEL HH040** Appendektomie - offen

3 Fallpauschalen, abhängig vom Alter



**LDF-Pauschale: 3.798 Punkte**

davon

Tageskomponente: 2.905 Punkte  
Leistungskomponente: 893 Punkte

mittlere Tageskomponente: 330 Punkte  
BD-Zuschlag (Min): 165 Punkte

**LDF-Pauschale: 2.323 Punkte**

davon

Tageskomponente: 1.454 Punkte  
Leistungskomponente: 869 Punkte

Leistungszuschlag: 379 Punkte

mittlere Tageskomponente: 323 Punkte  
BD-Zuschlag (Min): 162 Punkte

# Steuerungsbereich der Länder

## Festlegung durch die Landeskommission

- Festlegung des Punktwertes
- Einstufung Intensiveinheiten, Sonderbereiche
- Abgeltung der Ambulanzleistungen
- Zuschüsse für Investitionen
- Strukturmittel o.ä.

## Deckung des Betriebsabgangs

- Beiträge der Länder
  - » verpflichtend bei öffentlichen KA ( $\geq 51$  % durch Erlöse)
  - » Subventionen (privatrechtliche Vereinbarungen)
- Trägeranteil

# Wie wird der LKF-Punkt zum Euro für das Krankenhaus?

## Basismodell 1: Fester Punktwert

## Basismodell 2: Fixierung Gesamtmittel – variabler Punktwert

- unterschiedliche Mischsysteme in den Bundesländern
- abhängig von der Marktstruktur
  - » Monopol des Landes vs. Trägervielfalt
  - » Homogenität hinsichtlich KA-Typen (Zentral-/Schwerpunkt-/Standard-KA)
- ... und vom politischen Willen

# LKF versus andere DRG-Systeme am Beispiel German-DRG (1)

## LKF



- » ausgewählte **med. Leistungen** Vordergrund
- » **Mehrfachleistungen** abrechenbar, auch bei Multi-Morbidität
- » **alle stationären Leistungsbereiche** inkludiert
- » **stärker pauschalierend**

## G-DRG



- » **Diagnose** als Hauptkriterium für Gruppierung
- » **nur die teuerste Leistung zur Haupt-Diagnose** ist relevant
- » definierte **(Teil-)Bereiche** sind **ausgenommen oder gesondert geregelt**
  - Psychiatrie, Palliativ
- » **viele Zusatzentgelte und Sonderregelungen**

# LKF versus andere DRG-Systeme am Beispiel German-DRG (2)

## LKF



- » **Zusatz-Diagnosen als Komplikationen und Schweregrad wenig abgebildet**
- » **Fallsplitting möglich**  
(= Abrechnung je Aufnahme)
- » **Finanzierung aus anderen Töpfen möglich**

## G-DRG

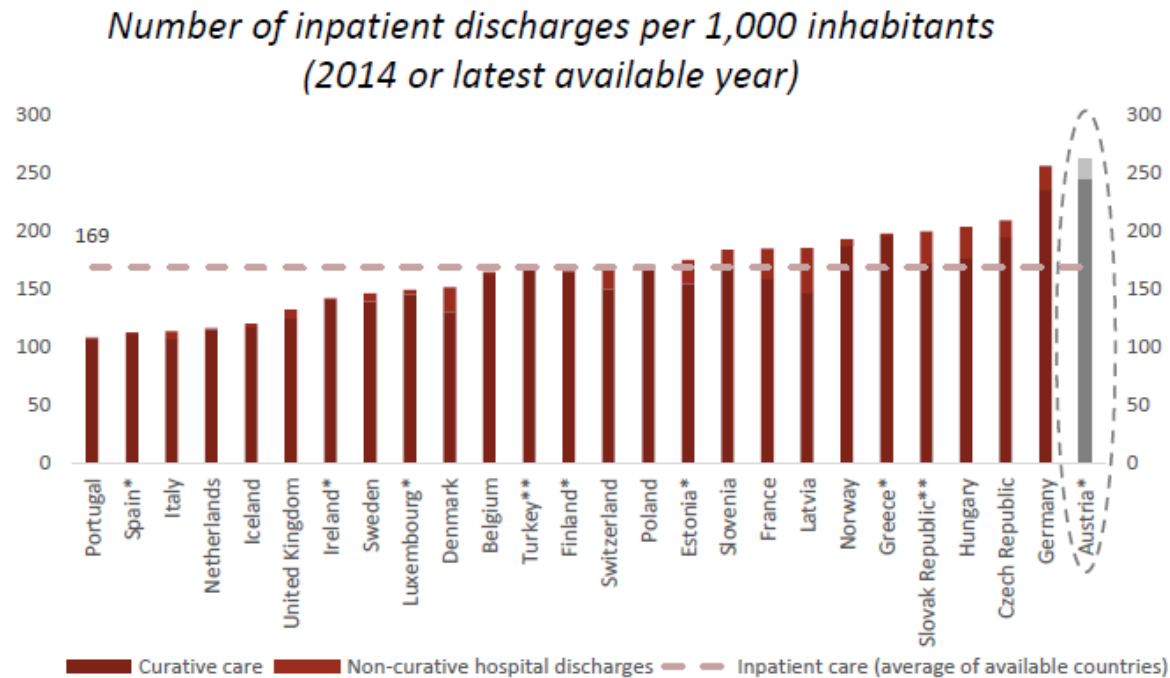


- » **CCs (Comorbidity and Complication) bei den Zusatz-Diagnosen sind stärker berücksichtigt**
- » **Fallzusammenführung vorgesehen**  
(Wiederaufnahme, Transferierungen)
- » **ausschließliches Finanzierungssystem der Betriebskosten**



# Auswirkung auf KHH

“Austria has the highest number of hospital admissions among countries examined”



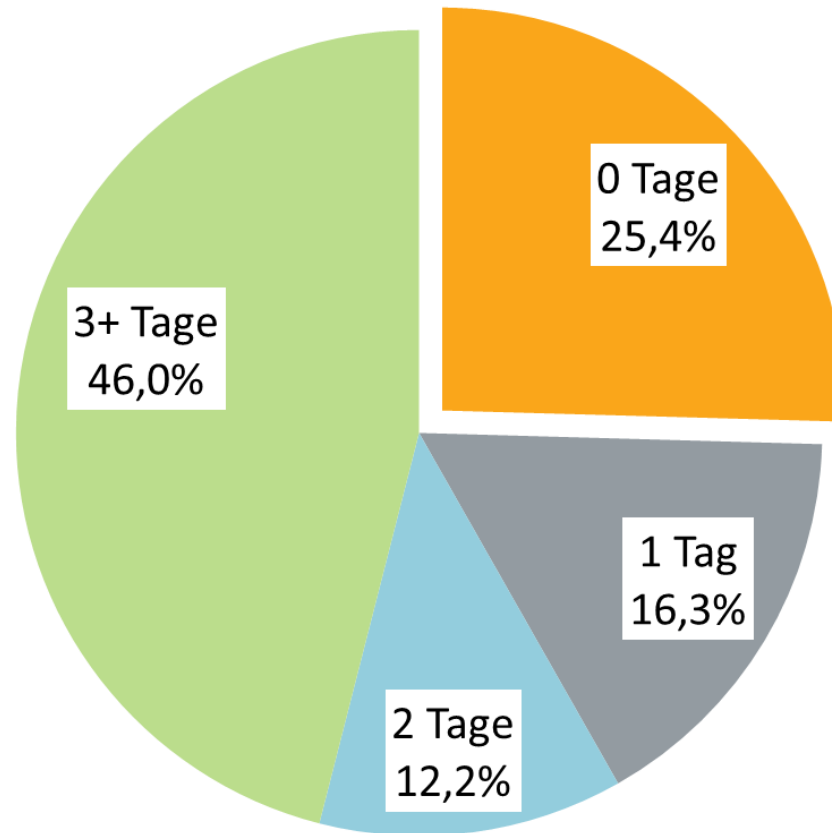
\*Excludes discharges of healthy babies born in hospital (between 3-10% of all discharges).

\*\*Includes same-day discharges

Quelle: Review of Austria’s Social Insurance and Healthcare System,  
London School of Economics and Political Science (LSE Health) ▪ August 2017 ▪

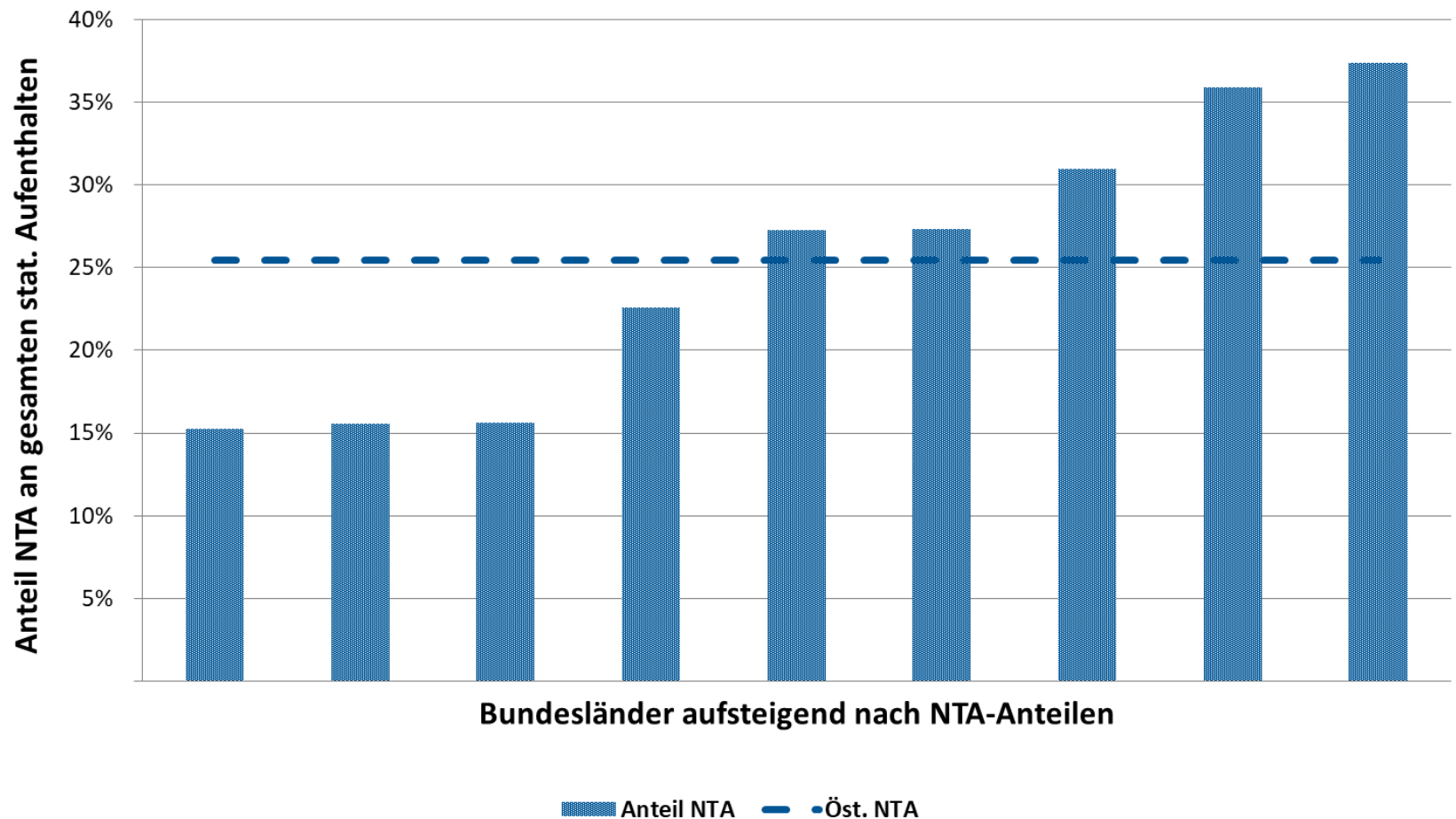
# Stationäre Belagsdauergruppen

**Stationäre Aufnahmen nach Belagsdauer**  
(Daten 2016, Fonds-KH)



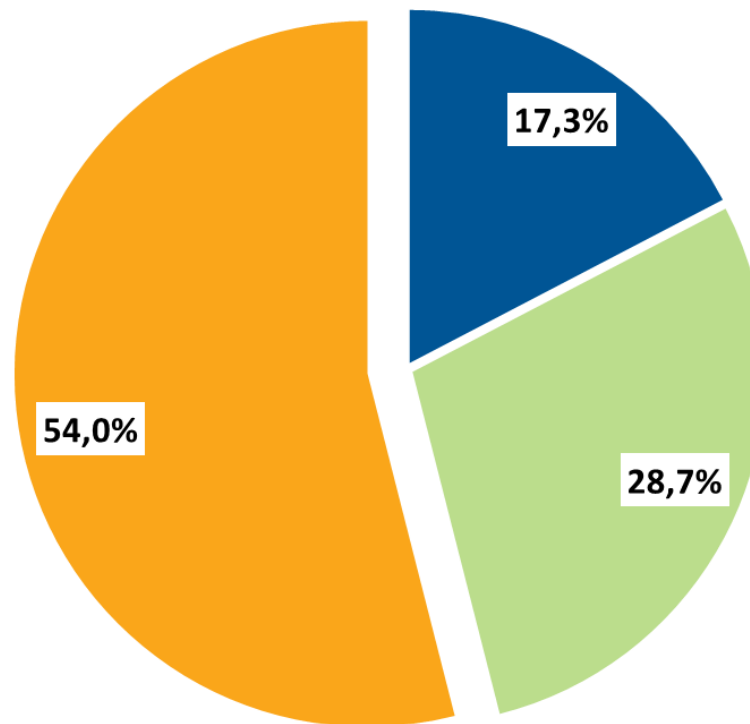
# Aufnahmeverhalten sehr heterogen

## Anteile Null-Tagesaufnahmen (NTA) nach Bundesländern (Daten 2016, Fonds-KH, aufsteigend sortiert)



# Nulltagesaufenthalte nach Typ

**Verteilung Nulltagesaufenthalte**  
(Daten 2016, Fonds-KH, ohne Transferierungen, Sterbefälle)



■ Chemotherapie   ■ mit Tagesklinikleistung   ■ Sonstige NTA

## Übersicht

---

Struktur und Kennzahlen der Österreichischen Krankenhäuser

LKF-stationär

**LKF-spitalsambulant**

## Chance und Erfolgsfaktor der Umsetzung

**Gleiches Geld für  
gleiche Leistung**



**Vergleichbare  
Abrechnungsmodelle**

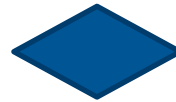


**Geld folgt der Leistung**

# Systematik LKF stationär und ambulant

## Abrechnung stationärer Aufenthalte

MEL-Gruppen: für  
ausgewählten Leistungen



HDG-Gruppen: ohne  
ausgewählte Leistungen,  
nach Diagnosen

## Abrechnung spitalsambulanter Besuche

AMG-Gruppen: mit  
Einzelabrechnung von  
ausgewählten Leistungen



APG-Gruppen: nach  
pauschalen  
Leistungsgruppen

Strukturkomponente für Vorhalte- und Gemeinkosten

# Systematik LKF stationär und ambulant



**AMG-Gruppen: mit Einzelabrechnung von ausgewählten Leistungen**

**Gleiche/vergleichbare Bepunktung stationär und ambulant**

## **AMG-Pauschalen für**

- Leistungen aus MEL-Gruppen im stationären Modell, z.B.
  - » Chemotherapie, STR, halbstationär
- Leistungen mit Einzelabrechnung, z.B.
  - » Dialysen, Pheresen
- auch für ersatzweise Bepunktung von tagesklinisch abrechenbaren Leistungen, wenn ambulant gemeldet



# Systematik LKF stationär und ambulant

Stationär meist „Sonstige NTA“ mit 30 Punkten, ambulant Punkte nach Leistungsgruppen

**APG-Gruppen: nach pauschalen Leistungsgruppen**

## APG-Pauschalen für

- Leistungen, die im stationären Modell pauschal in der Tageskomponente und/oder in HDG-Gruppen abgerechnet werden, sind im ambulanten Modell ebenfalls in Gruppen mit pauschalierten Punkten zusammengefasst, z.B.
  - » kleine Eingriffe
  - » radiologische Untersuchungen
- Gruppierung nach Diagnosen im ambulanten Bereich mangels vollständiger Diagnosencodierung noch nicht möglich

# Umsetzungsschritte

Einführung  
mit  
1.1.2017

Bundes-  
einheitliche  
Einführung ab  
1.1.2019

Übergangsphase,  
mit optionaler  
Anwendung  
bis 31.12.2018

# Themen der Umsetzung in den Bundesländern

## Bewertung der Verschiebung stationär-> spitalsambulant

- Anzahl verlagerbare Aufenthalte und LKF-Punkte?
- Welchen EURO-Abrechnungsbeträgen entspricht das?
- Wie erfolgt Bewertung von Chemotherapie und halbstationär zur Vermeidung einer finanziellen Schlechterstellung?
- Sind Veränderungen zu den bestehenden Verteilungsschlüsseln erklärbar?
- Welche Möglichkeiten gibt es für eine „Einschleifphase“?
- Wie wird die Strukturkomponente berücksichtigt?

# Beispiel aus einem Bundesland (2017/H1)

## Anzahl Nulltagesaufenthalte (NTA)

Fall-Typ	AnzFall	Belagsdauer	
		0	1+
A_1 MEL22/AMG21	23.119	23.119	
A_2 halbstationär	2.084	666	1.418
A_3 Sonstige NTA	60.769	60.769	
A_S Entl. Revers	215	215	
A_S Errors stat./amb.	292	292	
A_S Unplausible 0-Tage-MEL	59	59	
S_1 Entl. S	386	386	
S_2 Entl. T	466	466	
S_7 Intensivpunkte	10	10	
S_9 TKL-MEL	26.091	26.091	
<b>Summe</b>	<b>113.491</b>	<b>112.073</b>	<b>1.418</b>
Verschiebung	85.972	84.554	1.418
Zuordnung offen	566	566	-
bleibt stationär	26.953	26.953	-

# Beispiel aus einem Bundesland (2017/H1)

## Vergleich Abrechnung von NTA und spitalsambulantes Modell

Versch. Typ	Anz. AufnZI	Sum. Pkt_stat	Sum. Pkt_amb	Diff_amb-stat
A_1 MEL22/AMG21	23.119	44.060.109	44.246.443	186.334
A_2 halbstationär	2.084	3.959.651	3.991.120	31.469
A_3 Sonstige NTA	60.769	9.109.868	12.042.845	2.932.977
<b>Verschiebung</b>	<b>85.972</b>	<b>57.129.628</b>	<b>60.280.408</b>	<b>3.150.780</b>

# Beispiel aus einem Bundesland (2017/H1)

## Erklärung Punkteunterschiede

- Chemotherapie (MEL22 und AMG21) werden grundsätzlich stationär und ambulant gleich bewertet, aber im ambulanten Modell werden zusätzliche Leistungen (z.B. CT, MR) gesondert bepunktet, die im stationären Modell in der Tageskomponente enthalten sind.
- Halbstationäre und ambulante Fälle werden gleich bewertet, aber im stationären Bereich wird nicht an jedem Tag die MEL codiert (0 Punkte), ambulant jedoch als normaler Kontakt abgerechnet.
- Sonstige NTA werden stationär mit 30 Punkten abgerechnet, im ambulanten Bereich werden alle Leistungen berücksichtigt.
- Hinweis: wenn keine Leistung, dann ambulant weniger Punkte möglich (APG00.00)

# Simulationsbeispiel eines Bundeslands

## Anzahl NTA

- 75% der NTA sind grundsätzlich verschiebbar

## Punktevolumen stationär

- 60% der Gesamtpunkte für NTA
  - » Geringerer Punkteanteil durch reduzierte Bepunktung von Sonstigen NTA im stationären Bereich
- 6% von allen stationären Punkten

## Punktevolumen ambulant

- + 6% Punktesumme für diese Fälle im ambulanten Bereich
  - » Mehr Leistungen ambulant abrechenbar
- entspricht ca. 50% der sonstigen Ambulanzpunkte
  - » Es werden teure Leistungen ambulant abgerechnet

# Es ist schon ein großer Fortschritt, den Willen zum Fortschritt zu haben.

Lucius Annaeus Seneca, (ca. 4 v. Chr. - 65 n. Chr.),  
römischer Philosoph

Gerhard Gretzl  
Projektkoordinator  
im Auftrag BMGF  
SOLVE Consulting Managementberatung GmbH  
[gerhard.gretzl@solve.at](mailto:gerhard.gretzl@solve.at)  
[www.solve.at](http://www.solve.at)