

papers

Gesundheitswissenschaften



Die leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung und ihre wirtschaftlichen Auswirkungen

von Doris Bräuer

Herausgegeben von
Univ.- Prof. Dr. Josef
Weidenholzer, Institut für
Gesellschafts- und
Sozialpolitik, Johannes Kepler
Universität Linz in
Zusammenarbeit mit der
Oberösterreichischen
Gebietskrankenkasse.
Redaktionelle Betreuung:
Mag. DDr. Oskar Meggeneder
Kontaktadresse:
OÖ Gebietskrankenkasse,
Frau Martina Blutsch,
Gruberstraße 77,
A - 4021 Linz,
Tel.: 0732/7807-2851,
Fax: 0732/7807-2680,
E-mail: martina.blutsch@ooegkk.at
Hersteller:
OÖGKK-Hausdruckerei

Linz, 2001

INHALTSVERZEICHNIS

ABBILDUNGSVERZEICHNIS.....	V
TABELLENVERZEICHNIS.....	VI
ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS.....	VII
<u>TEIL A: EINLEITUNG.....</u>	1
1. PROBLEMSTELLUNG.....	1
2. ZIELSETZUNG	2
<u>TEIL B: DER BETRIEB KRANKENHAUS.....</u>	4
1. DER BEGRIFF DES KRANKENHAUSES	4
1.1 Struktur der Krankenanstalten in Österreich	4
1.2 Kompetenzen.....	5
1.3 Die Krankenhausleistung.....	6
2. DAS KH ALS BESONDERES DIENSTLEISTUNGSUNTERNEHMEN	6
3. DAS KRANKENHAUSPRODUKTIONSSYSTEM.....	8
4. AMBULANTE OPERATIONEN ALS TEIL MED. DIENSTLEISTUNGEN	11
4.1 Begriffsabgrenzung "stationär" und "ambulant"	11
4.2 Aufgaben der KH-Ambulanzen.....	12
4.3 Ursachen für steigende Ambulanzfrequenzen.....	13
5. KOSTENRECHNERISCHE BESTIMMUNGEN FÜR DAS KRANKENHAUS	15
5.1 Das Krankenanstaltengesetz – KAG 1957 in der Fassung des BGBl. 801/1993.....	15
5.2 Die Kostenrechnungsverordnung (= KRV) für Krankenanstalten.....	16
5.2.1 Die Kostenartenrechnung.....	16
5.2.2 Die Kostenstellenrechnung	17
5.3 Richtlinien zur bundeseinheitlichen Durchführung der Kostenstellenrechnung	19
6. GRÜNDE FÜR DIE KOSTENSTEIGERUNG IN DEN LETZTEN JAHREN	21
7. DIE ALTE FORM DER FINANZIERUNG NACH PFLEGETAGEN.....	23
7.1 Grundprinzip und Finanzierungsquellen.....	24
7.1.1 Pflegegebührenersätze.....	25
7.1.2 Ambulanzgebühren	26
7.1.3 Zuschüsse aus dem KRAZAF	26
7.1.4 Deckung des Betriebsabganges.....	26
7.2 Auswirkungen des alten Systems.....	27
<u>TEIL C: LEISTUNGSORIENTIERTE KRANKENANSTALTENFINANZIERUNG</u>	28
1. GRUNDSÄTZLICHE ZIELE DER LEISTUNGSORIENTIERTEN KRANKENANSTALTENFINANZIERUNG	28
2. SYSTEMBESCHREIBUNG	29
2.1 Die leistungsorientierte Diagnosefinanzierung (LDF).....	33

2.1.1	Einführung	33
2.1.2	Systembeschreibung.....	33
2.2	<i>Kern- und Steuerungsbereich</i>	37
2.2.1	Berechnung des Steuerungsbereiches des Wiener Krankenanstaltenverbundes	38
2.3	<i>Tagespatienten</i>	40
3.	VERGLEICH DER PFLEGETAGEFINANZIERUNG MIT DER DIAGNOSEFINANZIERUNG.....	41
4.	FOLGEWIRKUNGEN NACH DER EINFÜHRUNG DER LEISTUNGSORIENTIERTEN KRANKENANSTALTENFINANZIERUNG	42
4.1	<i>Positive Auswirkungen</i>	42
4.1.1	Verkürzung der Verweildauer der Patienten in den Krankenanstalten.....	43
4.1.2	Belagstage.....	44
4.1.3	Rückgang der Bettenanzahl.....	44
4.1.4	Zunahme der Eintagspflege.....	45
4.1.5	Entwicklung der Gesamtkosten	46
4.1.6	Einbindung von niedergelassenen Ärzten	47
4.1.7	Ausschluss von Mehrfachuntersuchungen	47
4.1.8	Verbesserung der Leistungs- und Kostentransparenz.....	48
4.1.9	Grundlage für struktur- und gesundheitspolitische Maßnahmen	48
4.1.10	Hebung des Kostenbewusstseins	48
4.1.11	Kapazitätssteuerung.....	48
4.1.12	Verlagerung von stationäre auf ambulante Behandlung	49
4.2	<i>Negative Auswirkungen</i>	49
4.2.1	Zunahme der Aufnahmezahlen.....	49
4.2.2	Problem der Frühentlassung	50
4.2.3	Manipulationsgefahr bei den Diagnosen.....	51
4.2.4	Zu große Unterschiede in der Bezahlung	51
4.2.5	Patientenselektion	53
4.2.6	Kostenverlagerung.....	53
4.2.7	Fehler bei der Datenerfassung.....	54
4.2.8	Bürokratismus.....	54
5.	WEITERENTWICKLUNG DES LKF-SYSTEMS SEIT 1997	55
5.1	<i>Einführung einer Intensivdokumentation</i>	56
6.	ÄNDERUNGEN AB 2001	57
<u>TEIL D: DIE KOSTEN- UND LEISTUNGSRECHNUNG IN ÖSTERREICHISCHEN KRANKENANSTALTEN</u>		59
1.	BEGRIFF UND AUFGABEN DER KOSTEN- UND LEISTUNGSRECHNUNG.....	59
1.1	<i>Wesensmerkmale des Kostenbegriffs</i>	59
1.2	<i>Wesensmerkmale des Leistungsbegriffs</i>	59
1.3	<i>Grundbegriffe der Kosten- und Leistungsrechnung</i>	60
1.3.1	Abgrenzungen.....	60
1.4	<i>Verrechnungsbezogene Kosten</i>	60

1.5	<i>Primäre und sekundäre Gemeinkosten</i>	61
1.6	<i>Fixe und variable Kosten</i>	61
1.7	<i>Vollkostenrechnung und Teilkostenrechnung</i>	61
2.	GRUNDLEGENDE BESTANDTEILE EINES KOSTENRECHNUNGSSYSTEMS	62
3.	DIE KOSTENRECHNUNG IN DIENSTLEISTUNGSUNTERNEHMEN	63
4.	DIE KOSTENTRÄGERRECHNUNG IN DEN KRANKENHÄUSERN	64
4.1	<i>Notwendigkeit einer Kostenträgerrechnung</i>	64
4.2	<i>Grundbegriffe und Zweck der Kostenträgerrechnung</i>	65
4.2.1	Kostenträgerstückrechnung/Kalkulation	65
4.3	<i>Ausgewählte allgemeine Kalkulationsverfahren in der Übersicht</i>	65
4.3.1	Divisionskalkulation	66
4.3.2	Äquivalenzziffernkalkulation	66
4.3.3	Zuschlagskalkulation	67
5.	VORAUSSETZUNGEN FÜR EINE KOSTENTRÄGERRECHNUNG	67
5.1	<i>Konzeptionelle Voraussetzungen</i>	68
5.2	<i>Technische Voraussetzungen</i>	68
5.3	<i>Organisatorische Voraussetzungen</i>	68
5.4	<i>Personelle Voraussetzungen</i>	69
6.	KOSTENTRÄGER IM KRANKENHAUS	70
6.1	<i>Einzelleistungen (Sekundärleistungen) als Kostenträger</i>	71
6.2	<i>Der Fallgruppenpatient als Kostenträger</i>	72
7.	DURCHFÜHRUNG EINER KOSTENTRÄGERSTÜCKRECHNUNG ANHAND EINES BEISPIELS DES WILHELMINENSPITALS IN WIEN	74
7.1	<i>Verwendete Kostenträger in der Praxis</i>	74
7.2	<i>Erfahrungen bei der Einführung der Kostenträgerrechnung</i>	74
7.3	<i>Erfassung der Leistungen</i>	75
7.3.1	Erfassung der Personalzeiten	76
7.3.2	Erfassung der Sachleistungen	77
7.3.3	Erfassung der Geräteleistungen	77
7.3.4	Erfassung medizinischer Fremdleistungen	77
7.4	<i>Die Kalkulation von medizinischen Einzelleistungen</i>	78
7.4.1	Kalkulation der Personalkosten	78
7.4.2	Kalkulation der Sachkosten	80
7.4.3	Kalkulation der medizinischen Anlagen	81
7.4.4	Kalkulation medizinischer Fremdleistungen	82
7.4.5	Kalkulation des Gemeinkostenzuschlagssatzes	82
7.4.6	Ermittlung der Gesamtkosten	84
7.5	<i>Gegenüberstellung der Fallkosten mit dem Fallpauschalenertrag</i>	85
7.6	<i>Kalkulationsergebnisse als Grundlage für wirtschaftliche Entscheidungen</i>	87
	<u>TEIL E: SCHLUSSBEMERKUNG</u>	88

L I T E R A T U R V E R Z E I C H N I S91

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

<i>Abbildung 1: Das Leistungsangebot im Krankenhaus.....</i>	<i>6</i>
<i>Abbildung 2: Das zweistufige Produktionsmodell des Krankenhauses.....</i>	<i>10</i>
<i>Abbildung 3: Aufteilung der Primärkosten nach Kostenartengruppen</i>	<i>17</i>
<i>Abbildung 4: Finanzierungsquellen für öffentlich bezuschusste Krankenanstalten</i>	<i>25</i>
<i>Abbildung 5: Dotierung des Wiener Krankenanstaltenfonds 2000.....</i>	<i>32</i>
<i>Abbildung 6: 20 ausgewählte Referenzkrankenanstalten</i>	<i>33</i>
<i>Abbildung 7: Diagnosebaum.....</i>	<i>36</i>
<i>Abbildung 8: Fallpauschale für die HDG05.02: Akute Affektionen der mittleren Atemwege und Atelektase.....</i>	<i>37</i>
<i>Abbildung 9: Kern- und Steuerbereich der Leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung</i>	<i>38</i>
<i>Abbildung 10: Belagsdauerausreißer nach unten</i>	<i>41</i>
<i>Abbildung 11: Abrechnungsregelung des LKF-Steuerungsbereiches für das Jahr 1998.....</i>	<i>53</i>
<i>Abbildung 12: Die Teilbereiche der Kostenrechnung.....</i>	<i>63</i>
<i>Abbildung 13: Merkmale der Kalkulation</i>	<i>65</i>
<i>Abbildung 14: MEL09.01 Rekonstruktion peripherer Gefäße mit den zugeordneten med. Einzelleistungen</i>	<i>85</i>
<i>Abbildung 15: Fallpauschale für die MEL09.01: Rekonstruktion peripherer Gefäße</i>	<i>86</i>

TABELLENVERZEICHNIS

<i>Tabelle 1: Bettenanzahl (tatsächlich aufgestellte Betten) des AKH Wien von 1990-1999</i>	<i>21</i>
<i>Tabelle 2: Kosten der medizinischen Ge- und Verbrauchsgüter des AKH Wien in Mio. Schilling</i>	<i>22</i>
<i>Tabelle 3: Entwicklung der Anzahl der Beschäftigten der Wiener Krankenanstalten.....</i>	<i>23</i>
<i>Tabelle 4: Personal- und Nebenkostenfaktoren ausgesuchter Wiener Krankenhäuser</i>	<i>40</i>
<i>Tabelle 5: Vergleich Pflegefinanzierung und diagnosebezogene Finanzierung.....</i>	<i>42</i>
<i>Tabelle 6: durchschnittliche Belagsdauer der Wiener Krankenanstalten</i>	<i>43</i>
<i>Tabelle 7: Anzahl der Belagstage der Wiener Krankenanstalten.....</i>	<i>44</i>
<i>Tabelle 8: Anzahl der durchschnittlich systemisierten Betten der Wiener Krankenanstalten.....</i>	<i>45</i>
<i>Tabelle 9: Anzahl der Eintagspflege (Tagespatienten) der Wiener Krankenanstalten.....</i>	<i>46</i>
<i>Tabelle 10: Entwicklung der Gesamtkosten in Mio. Schilling der Wiener Krankenanstalten.....</i>	<i>47</i>
<i>Tabelle 11: Anzahl der Aufnahmen der Wiener Krankenanstalten.....</i>	<i>50</i>
<i>Tabelle 12: LDF-Summen für 1996</i>	<i>52</i>
<i>Tabelle 13: Personalkosten der MEL 2553 im Wilhelminenspital Wien</i>	<i>79</i>
<i>Tabelle 14: Stückliste der verwendeten Sachmittel für die MEL 2553 im Wilhelminenspital Wien.....</i>	<i>80</i>
<i>Tabelle 15: Sachkosten für die MEL 2553 im Wilhelminenspital Wien.....</i>	<i>81</i>
<i>Tabelle 16: Kosten der medizinischen Anlagen für die MEL 2553 im Wilhelminenspital Wien</i>	<i>82</i>
<i>Tabelle 17: BAB der Kostenstelle Zentral-OP im Wilhelminenspital Wien.....</i>	<i>84</i>
<i>Tabelle 18: Ermittlung der Gesamtkosten der MEL 2553 im Wilhelminenspital Wien.....</i>	<i>85</i>

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

<i>BAB</i>	<i>Betriebsabrechnungsbogen</i>
<i>BBR</i>	<i>Barmherzige Brüder</i>
<i>BGBI</i>	<i>Bundesgesetzblatt</i>
<i>BM</i>	<i>Bundesministerium</i>
<i>BS</i>	<i>Barmherzige Schwestern</i>
<i>BÜB</i>	<i>Betriebsüberleitungsbogen</i>
<i>B-VG</i>	<i>Bundesverfassungsgesetz</i>
<i>HDG</i>	<i>Hauptdiagnose</i>
<i>ICD</i>	<i>International Classification of Diseases</i>
<i>KA</i>	<i>Krankenanstalt</i>
<i>KAG</i>	<i>Krankenanstaltengesetz</i>
<i>Kdsp.</i>	<i>Kinderspital</i>
<i>KF</i>	<i>Krankenanstaltenfinanzierung</i>
<i>KH</i>	<i>Krankenhaus</i>
<i>KNW</i>	<i>Kostennachweis</i>
<i>KOA</i>	<i>Kostenart</i>
<i>KRAZAF</i>	<i>Krankenanstaltenzusammenarbeitsfonds</i>
<i>KRV</i>	<i>Kostenrechnungsverordnung</i>
<i>KST</i>	<i>Kostenstelle</i>
<i>KV</i>	<i>Krankenversicherung</i>
<i>LDF</i>	<i>Leistungsorientierte Diagnosefinanzierung</i>
<i>LGR</i>	<i>Leistungsgruppe</i>
<i>LKF</i>	<i>Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung</i>
<i>LKH</i>	<i>Landeskrankenhaus</i>
<i>MEL</i>	<i>Medizinische Einzelleistung</i>
<i>NKH</i>	<i>Neurologisches Krankenhaus</i>
<i>Pers.</i>	<i>Personal</i>
<i>PKH</i>	<i>Psychiatrisches Krankenhaus</i>
<i>PT</i>	<i>Psychotherapiezentrum</i>
<i>PZ</i>	<i>Pflegezentrum</i>
<i>SMZO</i>	<i>Sozial medizinisches Zentrum Ost</i>
<i>Sp.</i>	<i>Spital</i>
<i>SVT</i>	<i>Sozialversicherungsträger</i>
<i>TISS</i>	<i>Therapeutic intervention scoring system</i>
<i>WHO</i>	<i>World Health Organization - Weltgesundheitsorganisation</i>
<i>WIKRAF</i>	<i>Wiener Krankenanstaltenfonds</i>

te: VIII

ZusDg.

Zusatzdiagnose

Teil A: Einleitung

1. Problemstellung

Österreich genießt weltweit einen guten Ruf als Sozialstaat mit einem qualitativ hochwertigen Gesundheitswesen. Die Kosten für die Erhaltung und für den weiteren Ausbau unseres Gesundheitswesens steigen jedoch permanent und die Gründe dafür sind vielschichtig. Derzeit scheint die Grenze der Finanzierbarkeit erreicht zu sein. Besonders im Krankenanstaltenwesen werden schon seit Jahren Kostensenkungsmaßnahmen überlegt.

Um das Problem der stark steigenden Kosten im Spitalsbereich in den Griff zu bekommen, wurde unter anderem mit 1.1.1997 die sogenannte leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung (LKF) in Österreich eingeführt. Diese Reform der Krankenhausfinanzierung soll die Krankenhausmanager zu betriebswirtschaftlichen Überlegungen, die auch volkswirtschaftlich sinnvoll sind, bewegen. Doch die leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung bringt nicht nur Vorteile, sondern auch unerwünschte Effekte die es in Zukunft zu minimieren gilt.

Das LKF-System in der Form von Fallpauschalen hat eine Anpassung der Kosten- und Leistungsrechnung in Krankenhäusern an neue Aufgaben notwendig gemacht, denn die gesetzlich vorgeschriebene Gestaltung der Kosten- und Leistungsrechnung entsprach dem früher geltenden Vergütungssystem von Krankenhausleistungen auf der Basis von Pflgetagen. Für die in den meisten Krankenhäusern bestehende Kosten- und Leistungsrechnung im gesetzlichen Mindestumfang bedeutete dieses neue Entgeltsystem daher der Zwang zur Erweiterung der Kostenrechnung um eine Kostenträgerrechnung.

Die Gründe dafür sind offensichtlich, denn ohne einer Kostenträgerrechnung ist eine Kalkulation der Selbstkosten des Krankenhauses für eine durch eine Fallpauschale abgeholte Leistung nicht in befriedigendem Ausmaß möglich. Dies deshalb, weil mit dem bisher implementierten Kostenrechnungsinstrumentarium nur Informationen darüber vorhanden sind, welche Kosten in den einzelnen Kostenstellen eines Krankenhauses anfallen. Eine Zurechnung dieser Kosten auf einzelne Krankenhausleistungen, welche durch Fallpauschalen abgegolten werden, kann damit jedoch nicht vorgenommen werden. Es lässt sich für das einzelne Krankenhaus also nicht nachvollziehen, ob es kos-

tendeckend arbeitet oder nicht. Die Kostenträgerrechnung soll diese Informationslücke schließen und damit eine outputorientierte Steuerung von Krankenhäusern ermöglichen.

2. Zielsetzung

Im Rahmen dieser Diplomarbeit sollen die Gründe für die Kostensteigerung in den letzten Jahren im Krankenanstaltenbereich aufgezeigt werden. Einer dieser Gründe ist zweifellos die bis Ende 1996 gültige Abrechnungsform nach pauschalierten Pflgetagen, die zwangsläufig dazu führte, dass kostenaufwendige Leistungen durch die Ausdehnung der Verweildauer finanziert wurden. Aber nicht nur abrechnungsbedingte Systemmängel sind für die steigenden Kosten verantwortlich.

Weiters soll ein kurzer Blick auf die Problematik der Spitalsambulanzen geworfen werden, die mit steigenden Patientenzahlen konfrontiert sind. Ein Problem stellt auch die Abrechnung der ambulanten Leistungen dar, die weiterhin durch einen pauschalen Betrag abgegolten werden, und nicht in die leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung integriert sind.

Das Modell der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung wird genau erklärt und die wesentlichen Ziele, die mit der leistungsorientierten Vergütung verfolgt werden, sollen aufgezeigt werden. Hauptaugenmerk wird hier vor allem auf die wirtschaftlichen Ziele, bezogen auf die Kosten der Krankenanstalten, gelegt. Immer wieder angesprochen wird ein erwarteter Rückgang der durchschnittlichen Verweildauer und einer damit möglichen Reduzierung der Bettenanzahl, Belagstage und der Gesamtkosten. In welchem Ausmaß diese Ziele bis jetzt verwirklicht werden konnten, ist Gegenstand dieser Arbeit. Aber auch mögliche, sich nicht unmittelbar quantitativ auswirkende, positive und negative Effekte, die bis jetzt erkennbar sind, werden untersucht.

Untersuchungsgegenstand sind auch Weiterentwicklungen des Systems, die es seit der Einführung am 1.1.1997 gegeben hat, und Änderungen, die für die nächsten Jahre geplant sind.

Die Einführung der leistungsorientierten Finanzierung stellt eine spezielle Herausforderung an die Kostenrechnung der Krankenhäuser dar. Vor allem die Kostenträgerrechnung sollte Gegenstand von Verbesserungs- und Ausbauaktivitäten sein, um einen Vergleich von Kosten und Erlösen anstellen und entsprechende betriebswirtschaftliche

Maßnahmen treffen zu können. Trotzdem gibt es gesetzliche Regelungen nach wie vor nur für die Durchführung der Kostenarten- und Kostenstellenrechnung.

Ein weiteres Problem stellt die Identifikation von geeigneten Kostenträgern dar, da sich das Leistungsangebot in Krankenanstalten vielschichtig und komplex präsentiert. In wie weit die Krankenanstalten dazu übergegangen sind eine Kostenträgerrechnung zu implementieren und wie dies in der Praxis durchgeführt wird, soll im vierten Teil dieser Arbeit anhand eines Kalkulationsbeispiels des Wilhelminenspitals in Wien veranschaulicht werden.

Teil B: Der Betrieb Krankenhaus

1. Der Begriff des Krankenhauses

Das *Österreichische Krankenanstaltengesetz (KAG)*, BGBl. Nr. 1/1957 verwendet den Begriff der Krankenanstalt und versteht darunter "Einrichtungen, die zur Feststellung des Gesundheitszustandes durch Untersuchung, Besserung und Heilung von Krankheiten durch Behandlung oder zur Entbindung bestimmt sind". (**§ 1(1) KAG**) Ebenso zählt es dazu jene Einrichtungen, "die zur ärztlichen Betreuung und Behandlung von chronisch Kranken bestimmt sind". (**§ 1(2) KAG**)

Das Krankenhaus soll mit Leistungen des Gesundheitswesens zur Versorgung der Bevölkerung *beitragen*. Man spricht deshalb von "beitragen", weil das Krankenhaus lediglich ein Teilbereich des Gesundheitswesens ist und in Zukunft immer mehr als solcher an der Spitze des Gesamtsystems stehen soll. Um die gestellten Aufgaben zu erfüllen, verfügen Krankenhäuser über personelle und technische Kapazitäten:

- Als Voraussetzung für Behandlungsverfahren, die für niedergelassene Ärzte aufgrund personeller oder materieller Ressourcen nicht möglich sind.
- Für die Durchführung verschiedenster diagnostischer Untersuchungen mit speziellen Geräten.
- Für die Durchführung von Behandlungen und die Überwachung von stationär aufgenommenen Patienten.
- Für die medizinische Forschung, allerdings nicht für alle Krankenhäuser mit primärer Aufgabenstellung.¹

1.1 Struktur der Krankenanstalten in Österreich

Nach den Ausführungen des österreichischen Krankenanstaltengesetzes gelten daher folgende Einrichtungen als Krankenanstalten: (**vgl. § 2 (1) KAG**)

- Allgemeine Krankenanstalten: für Personen ohne Unterschied des Geschlechtes, des Alters oder der Art der ärztlichen Betreuung.

¹ vgl. Dézsy/Schwanzer, 1993, S 21.

5

- Sonderkrankenanstalten: für die Untersuchung und Behandlung von Personen mit bestimmten Krankheiten, von Personen bestimmter Altersstufen oder für besondere Zwecke.
- Heime für Genesende, die ärztlicher Behandlung und besonderer Betreuung bedürfen.
- Pflegeanstalten: für chronisch Kranke, die ärztlicher Betreuung und besonderer Pflege bedürfen.
- Gebäranstalten und Entbindungsheime
- Sanatorien: das sind Krankenanstalten, die durch ihre besondere Ausstattung höheren Ansprüchen hinsichtlich Verpflegung und Komfort entsprechen.
- Selbständige Ambulanzen: organisatorisch-selbständige Einrichtungen, die der Untersuchung oder Behandlung von Personen dienen, die einer Aufnahme in stationäre Anstaltspflege nicht bedürfen (z. B. Röntgeninstitute, Zahnambulanzen etc.).

Öffentliche Krankenanstalten müssen jedermann der anstaltsbedürftig ist aufnehmen, ungeachtet dessen, ob jemand den Krankenhausaufenthalt bezahlt oder nicht. Sie werden in der Regel von öffentlich-rechtlichen Körperschaften (Gemeinden, Ländern, Städten), aber auch von Orden betrieben. Die Körperschaften betreiben eine Krankenanstalt nicht aus Gewinnstreben, sondern in Hinblick auf gesundheitspolitische oder weltanschauliche Belange. (vgl. § 14, 15, 16 KAG)

Private Krankenanstalten nehmen nur jene Patienten auf, die bereit sind, dafür entsprechend zu bezahlen. Zwischen den Rechtsträgern von privaten Krankenanstalten und Sozialversicherungsträgern herrscht völlige Vertragsfreiheit. Im Gegensatz zu den öffentlichen Krankenanstalten kann keine der beiden genannten Einrichtungen die andere zwingen, einen Vertrag abzuschließen.²

1.2 Kompetenzen

Der Ursprung vieler Probleme liegt bereits in der verfassungsgesetzlich geregelten Kompetenzverteilung. Laut Art. 12 Bundesverfassungsgesetz (B-VG) hat der **Bund** in Angelegenheiten der Krankenanstalten nur die Grundsatzgesetzgebung. Die Ausfüh-

² vgl. Flemmich/Ivansits, 1994, S 299 ff.

rungsgesetzgebung und die Vollziehung obliegen den **Ländern**. Die Kompetenz der Sozialversicherung hat aber in Gesetzgebung und Vollziehung der Bund, wobei diese in Selbstverwaltung geführt wird.

Aus diesem Grund fallen in Österreich die Aufgaben des Krankenanstaltenwesens in die Zuständigkeiten des Bundes, der Länder, Städte, Gemeinden, der Sozialversicherungen und der privaten Rechtsträger. Dadurch entstehen viele Zuständigkeitsgebiete mit unterschiedlichen Interessen. Es klaffen die Verantwortungs-, Finanzierungs- und Entscheidungsstrukturen auseinander.³

1.3 Die Krankenhausleistung

Im stationären Bereich von Krankenhäusern werden patientenbezogene Kern- und Nebenleistungen erbracht, welche die dauernde Anwesenheit des Patienten über einen gewissen Zeitraum erfordern. Neben diesen stationären Aufgaben übernimmt das Krankenhaus jedoch noch Aufgaben im ambulanten Bereich sowie eine Reihe von nicht patientenbezogenen Nebenleistungen im Gesundheitswesen (Lehre, Forschung, Ausbildung).⁴ Daraus ergibt sich folgendes Angebot an typischen Krankenhausleistungen:

patientenbezogene Kernleistungen	patientenbezogene Nebenleistungen	Allgemeine Nebenleistungen
Medizinische Leistungen (Diagnostik u. Therapie)	Hotellerie und Verpflegung	Lehre und Ausbildung
Pflegerische Leistungen	Soziale Dienste	Forschung
Präsenzleistungen für den Notfall	Patientenverwaltung	Verwaltungsleistungen

Abbildung 1: Das Leistungsangebot im Krankenhaus⁵

2. Das KH als besonderes Dienstleistungsunternehmen

Nach der Art, der in Abbildung 1 aufgezeigten betrieblichen Leistungen, wird das Krankenhaus zur Gruppe der Dienstleistungsbetriebe gezählt.⁶ Als Anbieter von Dienstleis-

³ vgl. Beirat für Wirtschafts- und Sozialfragen, 1995, S 4.

⁴ vgl. Sidamgrotzki, 1994, S 54.

⁵ entnommen aus: Sidamgrotzki, 1994, S 54.

⁶ vgl. Eichhorn, 1975, S 13.

7

tungen hat das Krankenhaus mit den selben charakteristischen Merkmalen zu kämpfen wie alle anderen Dienstleistungsbetriebe.

Dienstleistungen sind gekennzeichnet durch ihren **immateriellen Leistungscharakter**, weshalb eine Speicherung und damit ein Ausgleich der zeitlichen und mengenmäßigen Inkongruenzen zwischen Beschaffung, Produktion und Absatz über eine Lagerhaltung nicht gegeben ist. Die **mangelnde Lagerfähigkeit** bedeutet die Vergänglichkeit der Leistungserstellung und erfordert eine Synchronisierung von Leistungserstellung und Leistungsverwertung.⁷

Die Leistungserstellung ist im Dienstleistungsbereich von der **Bereitschaft zur Erbringung von Dienstleistungen** geprägt. Die Betriebe haben ein bestimmtes Leistungspotential aufrechtzuerhalten. Nachfrageschwankungen können durch zeitliche Bedarfsverlagerung in der Regel nicht, oder nur beschränkt ausgeglichen werden. Manche Betriebe sind daher gezwungen, ihre Betriebskapazität auf den zu erwarteten Spitzenbedarf auszurichten, weshalb außerhalb dieser Spitzenbedarfszeiten Leerkapazitäten bestehen. Die Verringerung der Leistungsbereitschaft auf eine niedrigere Kapazitätsstufe führt oft zu einem Abbau der Dienstleistungsqualität.

Die Kosten der Leistungsbereitschaft sind gegenüber Beschäftigungsschwankungen eher unelastisch, d.h. können diesen Schwankungen nicht angepasst werden. Dieser Umstand führt zu einem hohen Anteil von **Leerkosten** (Fixkosten), die die verkauften Leistungseinheiten anteilmäßig stark belasten und dadurch zu einem starken Kostenauftrieb je Leistungseinheit führen.⁸

Medizinische Leistungen unterscheiden sich von anderen Dienstleistungen vorwiegend dadurch, dass Art und Umfang nicht durch den Kunden (Patienten), sondern durch die Ärzte bzw. das Pflegepersonal bestimmt wird. Außerdem bedingt die Produktion der Krankenhausleistung die Mitwirkung des Patienten. Der Patient kann durch seine Handlungen den Leistungserstellungsprozess fördern oder stören.⁹ Weiters ist es absolut erforderlich, dass der Kunde (Patient) bei der Leistungserstellung anwesend ist. Derarti-

⁷ vgl. Vikas, 1988, S 24.

⁸ vgl. Paul/Reckenfelderbäumer, 1998, S 641.

⁹ vgl. Preuß, 1996, S 34.

8

ge Betriebe werden als **kundenpräsenzbedingte Dienstleistungsbetriebe** bezeichnet.

10

Krankenhäuser sind Dienstleistungsunternehmen besonderer Art. Dies bedeutet im einzelnen, dass Krankenhäuser vom Umsatzvolumen, von der Zahl der Beschäftigten und vom Investitionsvolumen her durchaus mit Großunternehmen vergleichbar sind, die Dienstleistungen erbringen.

Im Rahmen der komplexen Organisation, ist die Koordination und die zielgerichtete Ausrichtung der unterschiedlichen Krankenhausleistungen unbedingt erforderlich.

Die Koordination dieser Interessengruppen kann zu erheblichen organisatorischen Problemen aber auch zu finanziellen Belastungen führen, deren Lösung nur durch ein **umfassendes Steuerungssystem** herbeigeführt werden kann. Dabei ist die Integration von medizinischen, pflegerischen und kaufmännischen Daten von eminenter Wichtigkeit.

11

Da im öffentlichen Krankenhaus die Bereitstellung für den Notfall und die permanente Aufrechterhaltung des Leistungsangebotes zum Hauptauftrag der Krankenanstalt gehören, ist ersichtlich, dass der weitaus größte Teil der Kosten dem fixen Bereich zuzuordnen ist (**Bereitschaftskosten**). Hierzu zählt weitestgehend der Personalkostenaufwand (über 50 % der Gesamtkosten), Unterhalt und Reparaturen von Immobilien und Mobilien, die Anlagennutzung und die Kosten für Energie und Wasser.¹²

3. Das Krankenhausproduktionssystem

Die Kosten- und Leistungsrechnung dient zur mengen- und wertmäßigen Abbildung eines Produktionssystems. Ey¹³ unterscheidet dabei zwischen input- und outputorientierten Kostenrechnungsmodellen. Ansätze, in denen die Kalkulationsobjekte "Leistungen" ausschließlich durch quantitative Aspekte der Produktionsfaktoren definiert sind, ohne dass die Wirkung der Faktorenkombination auf den Patienten erfasst wird, heißen **inputorientierte Modelle**. Systeme, die auf einer Analyse der Zustandsänderung der Patienten aufbauen, bilden die Gruppe der **outputorientierten Modelle**¹⁴.

¹⁰ vgl. Corsten, 1988, S 21.

¹¹ vgl. Bellinghen, 1996, S 83 ff.

¹² vgl. Sidamgrotzki, 1994, S 131 f.

¹³ vgl. Ey, 1987, S 136 ff.

¹⁴ vgl. Renner/Lindermayr, 1994, S 10.

In der Literatur finden sich mehrere Ansätze zur Entwicklung von Krankenhausproduktionsfunktionen. Im folgenden wird das weit verbreitete **zweistufige Produktionsmodell** nach *Eichhorn* vorgestellt.¹⁵

Nach *Eichhorn* wird mit der unmittelbaren Einbeziehung des Humanfaktors "Patient" in den Betriebsprozess des Krankenhauses deutlich, dass die eigentliche Leistung nicht die Zahl der Unterbringungstage, Röntgenaufnahmen, Laboratoriumsuntersuchungen oder auch Operationen ist, sondern die **Veränderung des Gesundheitszustandes** des "Humanfaktors als dem Dienstleistungssubjekt". Die Leistung ergibt sich als Veränderungswert des Status des Patienten gerechnet von Anfang bis Ende des Krankenhausaufenthaltes.

Es hat sich als zweckmäßig erwiesen, den Produktionsablauf im Krankenhaus in zwei Stufen zu unterteilen. In der ersten Stufe dient die Kombination der Produktionsfaktoren Personal, Sachgüter und Betriebsmittel als **Sekundärinput** für die Produktion des Leistungsangebots in den Bereichen Diagnostik, Therapie, Pflege und Hotelversorgung, bezeichnet als **Sekundäroutput**.

Dieses Leistungsangebot bildet seinerseits in der zweiten Stufe des Krankenhausproduktionsprozesses den **Primärinput** für die eigentlichen Gesundheitsleistungen in Form der Verbesserung des Gesundheitszustandes der Patienten, was als **Primäroutput** bezeichnet wird. Um diesen Primäroutput zu erzielen, werden Pflorgetage und Einzelleistungen erbracht, die den Sekundäroutput beziehungsweise den Primärinput der Krankenhausleistung darstellt.¹⁶

¹⁵ vgl. Eichhorn, 1987, S 9.

¹⁶ vgl. Eichhorn, 1975, S 15 ff.

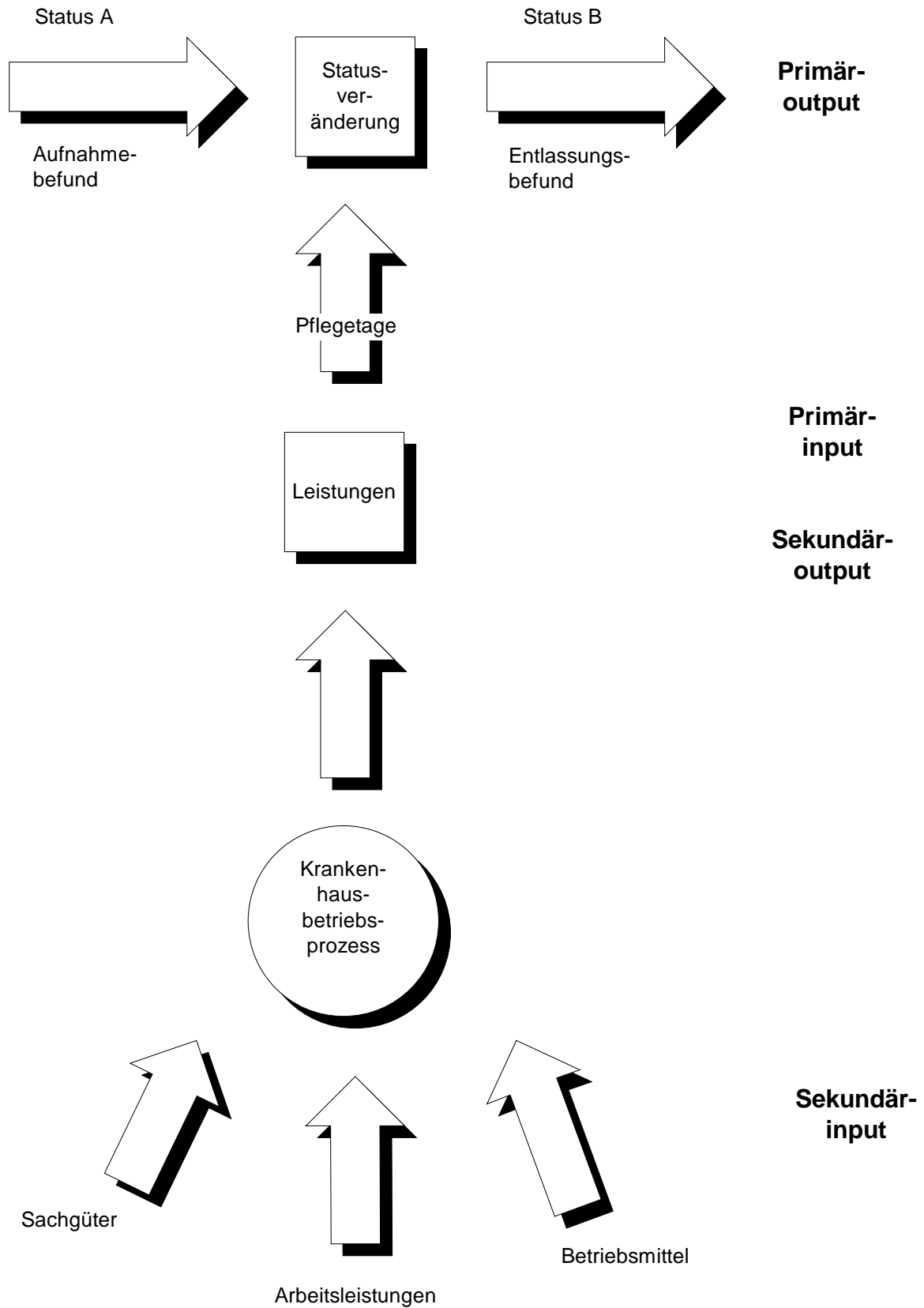


Abbildung 2: Das zweistufige Produktionsmodell des Krankenhauses¹⁷

¹⁷ entnommen aus: Eichhorn, 1975, S 16.

4. Ambulante Operationen als Teil med. Dienstleistungen

Zu den medizinischen Dienstleistungen zählen auch die ambulant erbrachten Leistungen im Gesundheitswesen. Ambulante Operationen werden sowohl in den Krankenhäusern als auch in den Praxen niedergelassener Ärzte durchgeführt. Unter ambulanten Operationen werden alle operativen Behandlungsmethoden verstanden, bei denen der Patient sowohl die Nacht vor als auch die Nacht nach dem Eingriff außerhalb eines Krankenhauses verbringt.¹⁸

4.1 Begriffsabgrenzung "stationär" und "ambulant"

Nach geltendem Recht wird zwischen ambulanter ärztlicher Versorgung, die von der niedergelassenen Ärzteschaft wahrgenommen wird, und der stationären Versorgung, die Aufgabe des Krankenhauses ist, eine Trennung vorgenommen. Das Krankenhaus wird jedoch in die ambulante Versorgung der Bevölkerung mit einbezogen. Es tritt bei der Behandlung in Notfällen und bei der Durchführung bestimmter ärztlicher Untersuchungs- und Behandlungsverfahren in Ergänzung zu den niedergelassenen Ärzten auf.¹⁹

Ambulant vor stationär ist auch in Österreich eine gesundheitspolitische Zielsetzung. Damit nimmt die Bedeutung von extramuralen Versorgungsformen zu, die sich jedoch zum Großteil noch entwickeln müssen. Zwei große Vorteile der ambulanten Versorgung gegenüber der stationären Behandlung ist der *Komfort des Patienten* und die *günstigeren Kosten*.²⁰

Die meisten ambulanten Leistungen werden in den Bereichen des Krankenhauses erbracht, in denen auch stationären Patienten behandelt werden. Wenn man davon ausgeht, dass die Kosten für die eigentliche Operation, Diagnostik bzw. Behandlung ambulant oder stationär durchgeführt gleich hoch sind, sind es die **Kosten für Pflege und Hotellerie**, die den Kostenvorteil der ambulanten Behandlung ausmachen. Man darf jedoch auch nicht den Fehler machen, den Preisunterschied zwischen einem Pflage tag im Spital inkl. Hotellerie und einem Pflage tag zu Hause als Kostenunterschied zu definie-

¹⁸ vgl. Lange/Fischer/Lüttgens, 6/1996, S 379.

¹⁹ vgl. Müller, 1988, S 626.

²⁰ vgl. Grünwald, 9/1998, S 40.

ren. Die Krankenhauspflege wird nämlich nur um die variablen Kosten billiger, die Fixkosten bleiben weiterhin bestehen.²¹

Die Einführung der leistungsorientierten Finanzierung der Krankenanstalten ist mit dem Grundfehler behaftet, dass die ambulante und die stationäre medizinische Betreuung der Patienten aus zwei unterschiedlichen Töpfen finanziert wird.²² Zumeist bezahlen die Sozialversicherungsträger jährlich einen pauschalierten Betrag an die Krankenhäuser zur Abgeltung der Ambulanzkosten, unabhängig von den angefallenen Leistungen – im Gegensatz zur leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung im stationären Bereich.²³

Allerdings deckt der pauschalierte Betrag meistens nicht 100 % der angefallenen Kosten in den Ambulanzen ab. Diese Unterdeckung führt zu starken Kostenverzerrungen bzw. verleiten zu Umleitungen in den stationären Bereich, was wiederum ausbau- und ausstattungstreibend wirkt. Deshalb wird derzeit auch über einen Kostenbeitrag des Patienten, der die Spitalsambulanzen statt niedergelassener ärztlicher Einrichtungen aufsucht, ernsthaft diskutiert.²⁴

4.2 Aufgaben der KH-Ambulanzen

Die Ambulanz ist die Stelle, an der die Erstuntersuchungen fast aller Personen, die in das Krankenhaus zur Untersuchung oder Behandlung kommen, stattfindet und in der entschieden wird, ob der Betreffende stationär aufgenommen oder nach Hause bzw. in eine Arztpraxis entlassen wird. Der Gesetzgeber hat im KAG die Aufgaben der Ambulanzen wie folgt normiert:

- zur Leistung erster ärztlicher Hilfe,
- zur Behandlung nach erster ärztlicher Hilfe oder in Fortsetzung einer in der Krankenanstalt gewährten Pflege, die im Interesse des Behandelten in derselben Krankenanstalt durchgeführt werden muss,
- über ärztliche Zuweisung zur Anwendung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden mit solchen Behelfen, die außerhalb der Anstalt in angemessener Entfernung

²¹ vgl. Grünwald, 9/1998, S 46.

²² vgl. Huber, 6/1998, S 56.

²³ vgl. Staudinger/Stühlinger, 9/1998, S 30.

²⁴ vgl. Dézsy/Fritz, 2/2000, S 52.

vom Wohnort des Patienten nicht in geeigneter Weise oder nur in unzureichendem Ausmaß zur Verfügung stehen,

- über ärztliche Zuweisung zur Befunderhebung vor Aufnahme in die Anstaltspflege,
- im Zusammenhang mit Organ- oder Blutspenden,
- wenn es sich um eine Blutabnahme nach straßenpolizeilichen Vorschriften handelt (Alkotest).

Die gesetzliche Regelung entspricht den Interessen der niedergelassenen Ärzte und der Krankenanstalten: einerseits wird vermieden, dass die Krankenanstalten zu stark in Anspruch genommen werden, weil die Patienten verpflichtet sind, einen ärztlichen Überweisungsschein für die ambulante Behandlung im Krankenhaus mitzubringen, andererseits wird für die niedergelassenen Ärzte sichergestellt, dass ihnen keine Patienten ohne Notwendigkeit entzogen werden.²⁵

4.3 Ursachen für steigende Ambulanzfrequenzen

Die Realität sieht jedoch etwas anders aus. Am Beispiel von Zuweisungsmodalitäten von Patienten aus dem Versorgungsbereich des Landeskrankenhauses Innsbruck ist ersichtlich, dass mehr als 50 % der Patienten ohne ärztliche Zuweisung mit einem Krankenschein ihres Dienstgebers an die Ambulanz des LKH kommen.²⁶

Verteilung der Behandlungen nach Aufnahmemodalitäten:

23,78 %	aus dem stationären Bereich
4,14 %	aus anderen ambulanten klinischen Einrichtungen
4,49 %	von niedergelassenen Praktischen Ärzten
14,21 %	von niedergelassenen Fachärzten
53,38 %	ohne ärztliche Zuweisung

Die Gründe dafür sind vielfältige, einige werden nachfolgend genannt:

- Die Patienten können jederzeit kommen, sind also an keine Ordinationszeiten von praktizierenden Ärzten gebunden.

²⁵ vgl. Hörmann/Haslinger, 1992, S 96 f.

²⁶ vgl. Staudinger/Stühlinger, 9/1998, S 31.

- Es ist nicht nötig einen Termin zu vereinbaren, man wird jederzeit behandelt.
- Sie erwarten im Krankenhaus bei Bedarf Ärzte aller Fachrichtungen und raschen Zugang zu allen notwendigen Untersuchungen.

Abgesehen davon, dass die Duldung, Spitalsambulanzen direkt aufzusuchen, die Funktion des praktizierenden Arztes reduziert, weil keine Filterfunktion für wirklich Bedürftige gegeben ist, wird durch Patienten gelegentlich auch Missbrauch betrieben, wenn z.B. wegen banalen Verletzungen die Spitalsambulanz aufgesucht wird.

Auch eine steigende Zuweisungsrate durch praktizierende Ärzte hat mehrere Ursachen:

- Informationsmangel über das Leistungsangebot von Facharztkollegen im niedergelassenen Bereich. Die Konsequenz davon ist, dass viele Patienten an die Spitalsambulanzen überwiesen werden, obwohl sie in der Praxis niedergelassener Ärzte durchaus gleichwertig behandelt werden könnte.
- Wegen der in der niedergelassenen Medizin nicht vorhandenen medizinisch-technischen Ausstattung.
- Aufgrund der Verantwortung des Arztes bei der Diagnose und Behandlung von Patienten wälzen viele praktische Ärzte diese Verantwortung lieber auf spezialisierte Kollegen in den Krankenanstalten ab.

Für den Spitalserhalter ist damit unbestreitbar eine Leistungsbeschränkung der Spitalsambulanzen auf die im KAG vorgesehenen Leistungen wirtschaftlich erstrebenswert. Aber ob sie auch denkbar und vor allem medizinisch vertretbar ist, ist eine andere Frage. Es scheint einem Patienten nicht zumutbar zu sein nur deshalb abgewiesen zu werden, weil er seine Befunde nicht mitgebracht hat, und eventuelle Untersuchungen doppelt durchgeführt werden müssen. Es ist auch schwierig, einen sich krank fühlenden Patienten die sofortige Behandlung zu verweigern, weil er keinen Einweisungsschein vorlegen kann. Weiters ist aufgrund des großen Handlungsbedarfs in punkto Strukturqualität des niedergelassenen Bereichs die Umsetzung derzeit nicht denkbar.²⁷

²⁷ vgl. Staudinger/Stühlinger, 9/1998, S 34.

5. Kostenrechnerische Bestimmungen für das Krankenhaus

Das krankenhausbetriebliche Rechnungswesen soll als Gesamtheit aller Techniken und Verfahren zur *mengen- und wertmäßigen Erfassung und Auswertung* betrieblicher Vorgänge verstanden werden. Das Rechnungswesen des Krankenhauses kann in die Teilbereiche Finanzbuchhaltung und Kostenrechnung (Betriebsbuchhaltung) gegliedert werden.²⁸

Die Führung und der Betrieb von Krankenanstalten sind in besonderem Maße durch Rechtsvorschriften bestimmt. Dies trifft auch auf die Kosten- und Leistungsrechnung im Krankenhaus zu. Sie wird für das Krankenhaus, im Gegensatz zur Privatwirtschaft, durch verschiedenen gesetzliche Normen des Gesundheitsrechts näher definiert.²⁹

Die Kosten- und Leistungsrechnung betreffende gesetzliche Regelungen finden sich vor allem in folgenden Rechtsquellen:

- Das Krankenanstaltengesetz – KAG
- Die Krankenanstalten-Kostenrechnungsverordnung – KRV
- Richtlinien zur bundeseinheitlichen Durchführung der Kostenstellenrechnung

5.1 Das Krankenanstaltengesetz – KAG 1957³⁰ in der Fassung des BGBl. 801/1993

Das KAG ist als Rahmen- bzw. Grundsatzgesetz nach Art. 12 Abs. 1 Z.1 B-VG die rechtliche Basis für das Krankenhauswesen in Österreich. Gemäß **§ 11 (3) KAG** müssen Krankenanstalten, die Beiträge zum Betriebsabgang oder zum Errichtungsaufwand oder Zweckzuschüsse des Bundes erhalten, alljährlich Voranschläge, Rechnungsabschlüsse und Dienstpostenpläne verfassen und der Landesregierung zur Genehmigung vorlegen. Des weiteren sind die Landesregierungen angewiesen, in Ausführungsgesetzen zu diesem Grundsatzgesetz Vorschriften über die Wirtschaftsführung der Krankenanstalten zu erlassen.³¹

²⁸ vgl. Preuß, 1996, S 57.

²⁹ vgl. Ingruber, 1994, S 34.

³⁰ BGBl. für die Republik Österreich Nr. 1/1957

³¹ vgl. Flemmich/Ivansits, 1994, S 303 ff.

5.2 Die Kostenrechnungsverordnung (= KRV) für Krankenanstalten³²

Ziel dieser Verordnung ist die Einführung und Anwendung eines einheitlichen Buchführungssystems, wobei das wichtigste Anliegen der Aufbau einer einheitlichen Kostenstellenrechnung ist. Aufbauend auf dem Zahlenwerk der Finanzbuchhaltung besteht die Aufgabe der Kostenrechnung darin, Informationen für die betriebsinterne Steuerung, die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit, die Ermittlung der pflegesatzfähigen Kosten und die Erstellung der Leistungs- und Kalkulationsaufstellung zur Verfügung zu stellen.³³

Zum Kostenumfang hält **§ 5 KRV** fest, dass Kosten mit dem Verbrauch (Verzehr) von materiellen und immateriellen Wirtschaftsgütern entstehen, wobei es für ihre Berücksichtigung unmaßgeblich ist, ob und zu welchem Zeitpunkt die Ausgaben geleistet werden. Den ausgabegleichen und den periodisierten ausgabegleichen (aufwandsgleichen) Kosten sind kalkulatorische Abschreibungen, kalkulatorische Zinsen und andere kalkulatorische Kosten (z. B. für unentgeltlich zur Verfügung gestellte Anlagen oder für unentgeltliche Fremdleistungen) als Zusatzkosten zuzurechnen.

5.2.1 Die Kostenartenrechnung

Gemäß **§ 6 KRV** sind die einzelnen Kostenarten folgenden Kostenartengruppen zuzurechnen.

Primäre Kostenartengruppen (ursprüngliche Leistungen)

- Personalkosten,
- Kosten für medizinische Ge- und Verbrauchsgüter,
- Kosten für nichtmedizinische Ge- und Verbrauchsgüter,
- Kosten für medizinische Fremdleistung,
- Kosten für nichtmedizinische Fremdleistungen,
- Energiekosten,
- Abgaben, Beiträge, Gebühren und sonstige Kosten,
- Kalkulatorische Zusatzkosten.

Sekundäre Kostenartengruppen (innerbetriebliche Leistungen)

- Kosten der vorwiegend medizinisch bedingten Ver- und Entsorgung,
- Kosten der vorwiegend nichtmedizinisch bedingten Ver- und Entsorgung,

³² BGBl. für die Republik Österreich Nr. 745/1996

³³ vgl. Preuß, 1996, S 59.

17

- Kosten der Verwaltung,
- Andere Kosten, die innerbetriebliche abzurechnen sind.

Wie sich die Kosten auf die Kostenarten aller österreichischen Krankenhäuser verteilen zeigt folgende Grafik:

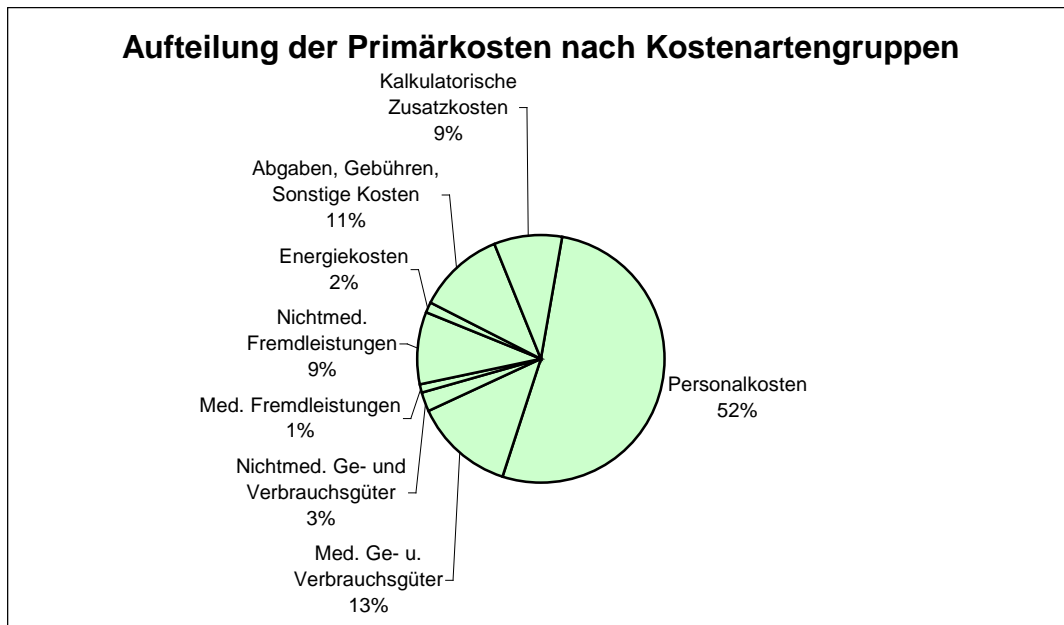


Abbildung 3: Aufteilung der Primärkosten nach Kostenartengruppen³⁴

5.2.2 Die Kostenstellenrechnung

§ 7 KRV wird von Egger³⁵ als das "Herzstück" der KRV bezeichnet, deren Einhaltung erst eine wirksame Kostenkontrolle ermöglicht. Er regelt die Einrichtung der Kostenstellen in Haupt-, Neben- und Hilfskostenstellen.

Hauptkostenstellen sind Teilbereiche des Krankenhauses, die Leistungen unmittelbar für die Patienten erbringen und daher unmittelbar ihre Kosten auf die Kostenträger des Krankenhauses verrechnen. Zusätzlich erhalten sie innerbetriebliche Leistungen von den Hilfskostenstellen, deren Kosten auf die Hauptkostenstellen umgerechnet bzw. verlegt werden. Die verrechneten Kosten können dann auf die einzelnen Kostenträger verteilt werden. Aus abrechnungstechnischen Gründen sind Hauptkostenstellen Endkostenstellen.

³⁴ entnommen aus: Überregionale Auswertung der Kostenrechnungsergebnisse, 1997, S 3.

³⁵ vgl. Egger, 1979, S 25.

Nebenkostenstellen erbringen Leistungen, die nicht zum eigentlichen Leistungsprogramm gehören. Sie erbringen diese Leistungen für die Nebenkostenträger des Krankenhauses und geben an diese auch ihre Kosten weiter. Sie sind somit selbständige Kostenstellen und abrechnungstechnisch als Endkostenstellen zu betrachten.

Die **Hilfskostenstellen** dienen dem Leistungsprozess nur mittelbar und geben ihre Leistungen an andere Hilfs-, Haupt-, oder Nebenkostenstellen weiter. Daher müssen auch deren Kosten auf die leistungsempfangenden Kostenstellen umgelegt werden. Hilfskostenstellen sind somit Vorkostenstellen, da sie anderen Kostenstellen vorgelagert sind.³⁶

Um eine verursachungsgerechte Kostenermittlung und -verteilung zu gewährleisten, sind die Kostenstellen nach folgenden Gesichtspunkten einzurichten: die Kostenstelle muss

- Eine objektive verbrauchsabhängige Kostenerfassung ermöglichen.
- Eine wirksame Kostenkontrolle und Kostenüberwachung ermöglichen.
- In eindeutiger Weise einem Verantwortlichen zugeordnet werden können.
- So eingerichtet werden, dass das Prinzip der funktionalen und räumlichen Gliederung weitestgehend erfüllt ist.
- So eingerichtet werden, dass eine direkte Zuordnung der Kostenarten weitestgehend möglich ist.

Bezüglich der Zuordnung der primären Kosten zu den einzelnen Kostenstellen fordert **§ 21 KRV** eine verursachungsgemäße direkte Zurechnung (direkte Kosten). Sollte diese Form der Zurechnung in Einzelfällen wirtschaftlich nicht vertretbar sein, so hat die Zurechnung mit Hilfe von Schlüsselwerten zu erfolgen (indirekte Kosten).

§ 31 (1) KRV hält fest, dass die *innerbetriebliche Leistungsverrechnung* grundsätzlich nach dem Verbrauch an innerbetrieblichen Leistungen zu erfolgen hat. Ist der tatsächliche Verbrauch dieser Leistungen im einzelnen feststellbar, dann ist das Ausgleichsumlageverfahren anzuwenden.

§ 31 (2) KRV besagt, dass beim Ausgleichsumlageverfahren die innerbetrieblichen Leistungen von der leistenden Kostenstelle, unter Angabe der empfangenden Kostenstelle(n), in den Aufzeichnungen für abgegebene innerbetriebliche Leistungen laufend auf-

zuzuzeichnen und mit einem Verrechnungspreis zu bewerten sind. Die Kalkulation der Verrechnungspreise hat nach Erfahrungswerten in gesonderten Hilfsrechnungen zu erfolgen. Die zu verrechnenden Leistungseinheiten und deren Verrechnungspreise sind in eindeutiger Weise festzulegen. Erlöse bzw. Kostenersatzleistungen sind bei den einzelnen Kostenstellen kostenmindernd zu berücksichtigen. Am Ende des Kalenderjahres sind für jede Vorkostenstelle die entstandenen Kosten mit der Summe der verrechneten Kosten zu saldieren. Die sich ergebende Unter- oder Überdeckung ist im Verhältnis der verrechneten Kosten bei den empfangenden Kostenstellen durch Zu- oder Abrechnung auszugleichen. Bei Endkostenstellen, die innerbetriebliche Leistungen für andere Kostenstellen erbringen, ist keine Saldierung und kein Ausgleich vorzunehmen.

Ist der Verbrauch im einzelnen nicht feststellbar oder dessen Feststellung wirtschaftlich nicht vertretbar, so ist die innerbetriebliche Leistungsverrechnung mit Hilfe von Schlüsselwerten vorzunehmen und den jeweils empfangenden Hauptkostenstellen zu verrechnen. Als Schlüsselwerte dienen u.a. Leistungsmengen, Materialmengen, Fallzahlen, aufgestellte Betten, Pflagetage, Anzahl Mitarbeiter, Arbeitsstunden, qm Raumgröße. **(vgl. § 31 (3) KRV)**

Soweit Leistungen für stationäre Patienten erbracht werden, handelt es sich um innerbetriebliche Leistungen, die von den Endkostenstellen (Hauptkostenstellen) angefordert werden. Bezüglich der ambulanten Behandlung sind diese Kostenstellen selbst Endkostenstellen, da sie für die ambulanten Patienten Marktleistungen erbringen.³⁷

5.3 Richtlinien zur bundeseinheitlichen Durchführung der Kostenstellenrechnung³⁸

Die im Rahmen der Auswertung der Kostenrechnungsergebnisse gesammelten Ergebnisse zeigten, dass eine Weiterentwicklung der Kostenstellenrechnung mit dem Ziel, eine bessere Einheitlichkeit und Vergleichbarkeit zu erreichen, unbedingt erforderlich war. Der KRAZAF hat daher ab 1982 die Kostenstellenrechnung für Krankenanstalten kontinuierlich weiterentwickelt und entsprechende Richtlinien beschlossen, welche seit

³⁶ vgl. Keun, 1996, S 128 f.

³⁷ vgl. Hentze, 1996, S 63.

³⁸ BGBl. für die Republik Österreich Nr. 215/1985

1.1.1987 anzuwenden sind.³⁹ Diese Richtlinien umfassen folgende Regelungen:

- Einrichtung von bestimmten Kostenstellen: es werden einzelne, zu errichtende Kostenstellen sowie deren konkrete Einordnung in die Kostenstellensystematik genauer festgelegt. So wird z. B. geregelt, dass Operationssäle als nicht-bettenführende Hauptkostenstellen einzurichten sind.
- Einrichtung eines Betriebsüberleitungsbogens: Es ist ein BÜB zu erstellen, der einen als neutral ausgeschiedenen Aufwand und die als Zusatzkosten hinzugekommenen Werte je Kostenart gesondert ausweist.
- Verbuchung von bestimmten Kosten: Unter diesem Punkt sind Regelungen festgehalten, welche die Art der Zurechnung einzelner Kostenarten auf die entsprechende Kostenstellen bestimmt. So sollen beispielsweise die durch Operationen an Patienten anfallenden Anästhesiekosten auf die entsprechende OP-Kostenstelle umgelegt werden.
- Innerbetriebliche Leistungsverrechnung: vgl. Pkt. 5.2.2.
- Vereinheitlichung der Kostenstellenpläne – Mindestanfordernis: Nach Maßgabe der vorhandenen Einrichtungen sind mindestens einzurichten:

Als Hauptkostenstellen: Bettführende Kostenstellen (für jedes Primariat bzw. jede Fachabteilung ist eine bettführende Kostenstelle mit eventuellen Subkosten einzurichten), Nicht-bettführende Kostenstellen (mindestens folgende: Zentraloperationssaal, Abteilungsoperationssaal, Röntgendiagnostik, Labordiagnostik).

Als Nebenkostenstellen: Ambulanzen, Personalwohnungen allgemein, Schullungseinrichtungen allgemein, Kindergärten.

Als Hilfskostenstellen: Küche, Wäscheversorgung, Werkstätte, Medikamentendepot (Apotheke), Energieversorgung, Hausaufsicht (Gebäude), Verwaltung allgemein.

³⁹ vgl. Radner/Haslinger/Reinberg, 1980, S 1092-9.

6. Gründe für die Kostensteigerung in den letzten Jahren

Die leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung zielt nur auf einen Teil des Kostendrucks im Spitalswesen ab, nämlich auf **abrechnungsbedingte Systemmängel**. Kostensteigerungen aufgrund medizinischen Fortschritts sowie steigender Krankenhaushäufigkeiten, die mit einer längeren Lebenserwartung der Bevölkerung einhergehen, werden nicht erfasst. Mithin ist eine leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung kein Allheilmittel gegen den Kostendruck im Gesundheitswesen. In diesem Sinn sind die Erfolgserwartungen zu relativieren.⁴⁰ Gründe für die Kostensteigerung in den letzten Jahren sind u.a.

- **Falsche Abrechnung:** Die in der Vergangenheit durchgeführte Abrechnung in Form von undifferenzierten Tagespauschalen führte dazu, möglichst viele Betten möglichst voll zu belegen. Für das Spital bestand der Anreiz, kostenaufwendige Leistungen durch die Ausdehnung der Verweildauer zu finanzieren.⁴¹
- **Steigerung der Bettenanzahl:** Wie man in der nachfolgenden Tabelle am Beispiel des AKH Wien erkennen kann, hat sich die Anzahl der tatsächlich aufgestellten Betten in den Jahren vor der Einführung des LKF stetig erhöht.

Jahr	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Bettenanzahl	1.671	1.691	1.715	1.750	1.917	2.019	2.015	2.079	2.055	2.045

Tabelle 1: Bettenanzahl (tatsächlich aufgestellte Betten) des AKH Wien von 1990-1999⁴²

- **Steigende Medikamentenkosten:** 1999 sind die Medikamentenkosten im Bereich der Krankenanstalten um 4,6 % auf 13,9 Milliarden gestiegen und belastet das Budget zusehendst.

Folgende Tabelle zeigt wiederum die Kostenentwicklung der letzten Jahre am Beispiel des AKH Wien. Zu den medizinischen Ge- und Verbrauchsgütern gehören allerdings nicht nur Medikamente, sondern auch Transplantate, Verbände usw.

Jahr	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Med. Ge- und Verbrauchsgüter	1.149	1.272	1.294	1.461	1.596	1.616	1.655	1.688	1.669	1.726

⁴⁰ vgl. Radner/Gstöttner, 1994, S 29.

⁴¹ vgl. Radner/Gstöttner, 1994, S 27.

⁴² vgl. AKH Kostenrechnungsergebnisse der Jahre 1990-1999

Tabelle 2: Kosten der medizinischen Ge- und Verbrauchsgüter des AKH Wien in Mio. Schilling⁴³

- **Anzahl der Patienten:** Die Inanspruchnahme der Krankenhäuser ist auch in quantitativer Hinsicht gewachsen. Im Jahre 1990 wurden im AKH Wien 66.221 Patienten aufgenommen. Im Jahre 1999 waren es 89.508 was einer Zunahme von über 35 % entspricht.⁴⁴
- **Neue Behandlungsmethoden:** Aufgrund des medizinischen Fortschritts wurden und werden immer modernere und bessere diagnostische und therapeutische Behandlungsformen entwickelt, die jedoch sehr viel Geld kosten. Der Bestand an Geräten hat als Folge des medizinisch-technischen Fortschritts stärker als die Zahl der Patienten zugenommen. Die Zahl der Großgeräte ist in den Wiener Krankenhäusern von 44 im Jahre 1989 auf 81 im Jahre 1995 gestiegen, was einem Anstieg von 84 % entspricht.⁴⁵
- **Personalkosten:** Einsparungsmöglichkeiten betreffen aber nicht nur den Wirtschaftsbereich oder die Verwaltung des Krankenhauses, sondern auch den medizinischen und pflegerischen Bereich. Die Personalkosten verursachen über 50 % der Gesamtkosten und haben dabei hauptsächlich fixen Charakter. Durch die Zunahme der Akutbetten in den letzten Jahren haben sich daher auch die Personalkosten erheblich erhöht. Durch eine Reduktion der Verweildauer und einem Abbau der Akutbetten könnte dem Anstieg der Personalkosten entgegengewirkt werden.⁴⁶ Dies wirkt sich jedoch erst dann bemerkbar aus, wenn ganze Organisationseinheiten geschlossen und damit auch Fixkosten abgebaut werden können.

Beschäftigungsgruppe	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995
Ärzte	2.794	2.931	3.101	3.439	3.733	3.860	4.058
Apotheker, Chemiker, Physiker	184	191	208	243	249	246	247
Hebammen	105	110	100	119	132	144	147
Krankenpflegefachdienstpers.	6.593	6.963	6.815	7.233	7.992	8.829	9.459
medizinische-technisches Pers.	1.889	1.910	1.845	2.119	2.275	2.247	2.729
Sanitätsdiensthilfspers.	1.874	2.109	2.610	2.794	2.608	2.384	2.279
Verwaltungs- u. Kanzleipers.	1.508	1.610	1.714	1.999	2.148	2.297	2.384
Betriebspersonal	4.587	4.688	4.929	5.573	5.567	5.497	5.545
Personal sonstige	941	1.253	1.327	1.566	1.631	1.651	1.694
Summe	20.475	21.765	22.649	25.085	26.335	27.155	28.542

⁴³ vgl. AKH Kostenrechnungsergebnisse der Jahre 1990-1999⁴⁴ vgl. AKH Kostenrechnungsergebnisse der Jahre 1990-1999⁴⁵ vgl. Naegler, 1/1997, S 22.⁴⁶ vgl. Schirmer, 1998, S 88 ff.

Tabelle 3: Entwicklung der Anzahl der Beschäftigten der Wiener Krankenanstalten⁴⁷

- **Altersstruktur:** Personen werden heute immer älter und brauchen sowohl teurere als auch immer öfter medizinische Behandlung, was in einer zunehmenden Inanspruchnahme der Krankenhäuser mündet.⁴⁸ Derzeit beträgt der Anteil der Personen, die über 60 Jahre sind, 19 Prozent. Bis 2015 wird dieser auf 25 % anwachsen.⁴⁹

Aus diesem Grund steigt die Anzahl der Krankenhausaufnahmen stetig an. Nachfolgende Grafik zeigt die Häufigkeit der stationären Aufnahmen pro 1000 Einwohner (bezogen auf das Einzugsgebiet des Krankenhauses).

Wiener städtische Krankenanstalten											
Krankenhausthäufigkeiten											
Krankenhaus	1993	1994	% zu Vorj.	1995	% zu Vorj.	1996	% zu Vorj.	1997	% zu Vorj.	1998	% zu Vorj.
Kaiser Franz Josef Spital	14,94	14,57	-2,48	14,93	2,47	15,08	1,00	16,46	9,15	17,31	5,16
Krankenhaus Lainz	25,07	24,33	-2,95	25,18	3,49	25,09	-0,36	26,98	7,53	29,31	8,64
KA Rudolfstiftung	18,34	17,71	-3,44	17,73	0,11	18,64	5,13	21,30	14,27	22,08	3,66
Wilhelminenspital	23,65	24,35	2,96	25,36	4,15	25,05	-1,22	27,27	8,86	28,88	5,90
Donauspital-SMZO	16,27	19,73	21,27	24,32	23,26	24,80	1,97	27,62	11,37	29,73	7,64
Kaisein Elisabeth Spital	6,12	6,08	-0,65	6,18	1,64	5,86	-5,18	5,61	-4,27	5,87	4,63
KH Floridsdorf	4,04	4,08	0,99	3,93	-3,68	4,18	6,36	4,77	14,11	4,91	2,94
Allgemeine Poliklinik	1,58	1,42	-10,13	1,26	-11,27	1,19	-5,56	1,22	2,52	0,53	-56,56
PZ Sophienspital	0,33	0,35	6,06	0,38	8,57	0,43	13,16	0,48	11,63	0,47	-2,08
Pulmologisches Zentrum	6,59	6,79	3,03	7,64	12,52	7,73	1,18	7,53	-2,59	7,74	2,79
Orthop. KH Gersthof	1,75	1,76	0,57	1,89	7,39	1,93	2,12	1,90	-1,55	2,00	5,26
Semmelweis Frauenkl.	3,42	3,22	-5,85	3,05	-5,28	3,21	5,25	3,32	3,43	3,31	-0,30
Kinderklinik Glanzing	1,63	1,99	22,09	1,87	-6,03	1,15	-38,50	1,05	-8,70	0,92	-12,38
Preyer'sches Kdsp.	5,00	4,88	-2,40	4,76	-2,46	3,56	-25,21	3,81	7,02	3,80	-0,26
Mautner Markhof Kdsp.	3,23	2,31	-28,48	1,78	-22,94	1,52	-14,61	1,44	-5,26	0,92	-36,11
Maria Theresien Schl.	1,13	1,90	68,14	2,20	15,79	2,06	-6,36	2,22	7,77	2,36	6,31
NKH Rosenhügel	1,76	1,69	-3,98	1,66	-1,78	1,73	4,22	2,00	15,61	1,92	-4,00
Akutanstalten o. AKH	134,85	137,16	1,71	144,12	5,07	143,21	-0,63	154,98	8,22	162,06	4,57
Allgem. Krankenhaus	37,56	39,91	6,26	44,23	10,82	45,50	2,87	53,33	17,21	55,19	3,49
Summe Akutanstalten	172,41	177,07	2,70	188,35	6,37	188,71	0,19	208,31	10,39	217,25	4,29
PKH Baumgartner Höhe	3,73	3,56	-4,56	3,74	5,06	3,35	-10,43	12,22	264,78	11,75	-3,85
PT Ybbs/D.	0,31	0,41	32,26	0,48	17,07	0,53	10,42	0,56	5,66	0,60	7,14
Summe Psych. KH	4,04	3,97	-1,73	4,22	6,30	3,88	-8,06	12,78	229,38	12,35	-3,36
Gesamtsumme	176,45	181,04	2,60	192,57	6,37	192,59	0,01	221,09	14,80	229,60	3,85

7. Die alte Form der Finanzierung nach Pflegetagen

In Österreich gibt es ein "duales Finanzierungssystem". Dies besagt, dass die Errichtung und Erneuerung der Spitäler Sache der Spitalerhalter ist und aus Steuermitteln

⁴⁷ vgl. Naegler, 1/1997, S 21.

⁴⁸ vgl. Naegler, 2/1997, S 21.

⁴⁹ vgl. statistisches Zentralamt Österreich, 1995, S 245.

finanziert wird. Die Finanzierung der laufenden Kosten erfolgt aber aus den Steuern und den Beiträgen der sozialen Krankenversicherung. Dies hat sich auch nicht durch die Einführung der Leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung geändert.

7.1 Grundprinzip und Finanzierungsquellen

Krankenhäusern mit Öffentlichkeitsrecht standen bis vor Einführung der LKF mit 1.1.1997 hauptsächlich drei Einnahmequellen zur Verfügung:⁵⁰

- Die laufenden Einnahmen für die Spitalleistungen im Form von Pflegegebührener-sätze und Ambulanzgebühren der Sozialversicherungen.
- Die Zuschüsse aus dem KRAZAF.
- Abgangsfinanzierung seitens des Landes finanziert aus allgemeinen Steuermitteln
- Die Deckung des Betriebsabganges durch die Krankenhauserhalter.

Wie die Finanzierung im Detail aussah, zeigt nachfolgende Grafik:

⁵⁰ vgl. Flemmich/Ivansits, 1994, S 312.

Krankenanstellenfinanzierung in Österreich 1993 (öffentlich bezuschusste Krankenanstellen)
1. Finanzierung der Investitionen
1.1 Investitionszuschüsse des KRAZAF 1.2 Eventuell Investitionszuschüsse seitens des Landes 1.3 Mitfinanzierung seitens des Bundes bei Universitätskliniken ("klinischer Mehraufwand")
Rest: Investitionsfinanzierung durch den Rechtsträger
2. Finanzierung von Betrieb und Erhaltung
2.1. Pflegegebührensätze und Ambulanzgebühren (-pauschalieren) der sozialen KV-Träger für ihre Versicherten bzw. deren Mitversicherten 2.2. Pflegegebühren, Ambulanzgebühren, und evtl. Sonderklassegebühren der Selbstzahler 2.3. Pflegegebühren und Ambulanzgebühren der Sozialhilfeträger für Fürsorgefälle u.ä. 2.4. Sonderklassegebühren und Ambulanzgebühren der Privatversicherungen 2.5. Verpflegskostenbeiträge von Patienten der allg. Gebührenklasse ("Haushaltersparnis") 2.6. Selbstbehalte von Mitversicherten in der sozialen Krankenversicherung 2.7. Eventuelle Kostenersätze der ärztlichen Leiter (Privathonorare) 2.8. Beiträge des Bundes bei Universitätskliniken (Klinischer Aufwand) 2.9. Spenden, Vermögenserträge, Veräußerungserlöse, Darlehnsaufnahme, Rücklagenauflösungen u. ä.
Rest: Betriebsabgang brutto (vor KRAZAF-Zuschüssen)
2.10. Zuschüsse des KRAZAF
Rest: Betriebsabgang netto (nach KRAZAF-Zuschüssen) bzw. "Restabgang"
2.11. Beiträge zur Abgangsfinanzierung seitens des Landes 2.12. Beiträge zur Abgangsfinanzierung seitens des Beitragsbezirks und KA-Sprengels
Rest: Dem Rechtsträger verbleibender Restabgang
3. Nachzahlungen Zweckzuschüsse
3.1. Außerordentliche Einnahmen der KA in den Jahren 1985 bis 1992

Abbildung 4: Finanzierungsquellen für öffentlich bezuschusste Krankenanstellen⁵¹

7.1.1 Pflegegebührenersätze

Bis 1997 wurde die Abgeltung der angefallenen laufenden Kosten in Form eines Durchschnittssatzes pro Patient und Tag, unabhängig von Diagnose und Therapie durchgeführt. Mittels der einfachen Division der jährlichen stationären Betriebskosten durch die Summe der jährlich geleisteten Pflgetage wurde die amtliche Pflegegebühr als "Preis" für den Pflgetag ermittelt.

⁵¹ entnommen aus: Altmann, 1993, S 78.

7.1.2 Ambulanzgebühren

Die Ambulanzgebühren werden von den Sozialversicherungsträgern meist durch eine "Quartalspauschale" bezahlt, die unabhängig von der Anzahl der Behandlungen ist. In Oberösterreich wurden zum Beispiel die ambulanten Leistungen bis 1997 nach einem Einzelleistungssystem abgegolten. Die Deckungsquote durch die Krankenversicherungen liegt jedoch nicht bei 100 % der tatsächlichen Kosten. Einen eventuell verbleibenden Restbetrag muss der Spitalerhalter tragen.⁵²

7.1.3 Zuschüsse aus dem KRAZAF

Der Krankenanstalten-Zusammenarbeitsfonds (KRAZAF) war ein öffentlich-rechtlicher Fond mit eigener Rechtspersönlichkeit, der 1978 eingerichtet und 1997 aufgelöst wurde.⁵³

Hauptaufgabe des Fonds war es, einen Teil der Krankenhausfinanzierung zu übernehmen. Die hauptsächliche Dotierung des KRAZAF erfolgte durch den Bund, die Länder und den Gemeinden sowie dem Hauptverband der Sozialversicherungsträger. Anspruch auf Zuwendungen aus dem KRAZAF hatten Rechtsträger von öffentlichen Krankenanstalten, wobei die Verteilung der Fondsmittel durch langwierige Verhandlungen der Vertragspartner zustande kam.⁵⁴

7.1.4 Deckung des Betriebsabganges

Unter Betriebsabgang versteht man den verbleibenden Rest der Betriebs- und Erhaltungskosten der Krankenanstalten nach Abzug der bereits erläuterten Einnahmekategorien. Die Deckung eines allfälligen Betriebsabganges erfolgt bei öffentlichen Krankenanstalten in mehreren Stufen durch den Beitragsbezirk, den Krankenanstaltensprengel, das jeweilige Bundesland sowie durch den Rechtsträger selbst. Da hier meist landesgesetzliche Regelungen zum Tragen kommen, erfolgt die Abgangsdeckung Länderweise sehr unterschiedlich.⁵⁵

⁵² vgl. Ingruber, 1994, S 203 f.

⁵³ vgl. Egger, 1996, S 185 f.

⁵⁴ vgl. Hlavaty, 1996, S 27 ff.

⁵⁵ vgl. Ingruber, 1994, S 204.

7.2 Auswirkungen des alten Systems

Dieses Kostenerstattungsverfahren in Form von undifferenzierten Tagespauschalen führte zwangsläufig dazu, dass möglichst viele Betten möglichst voll zu belegen waren. Bei der Vergütung aufgrund angefallener Pflegetage bestand für das Spital der Anreiz, kostenaufwendige Leistungen durch die Ausdehnung der Verweildauer zu finanzieren. Die Zahl der Akutbetten wurde hoch gehalten und die Spitalsinfrastruktur wurde erweitert.

Obendrein erfolgte die Verteilung der KRAZAF-Mittel im wesentlichen nach der Höhe des Betriebsabganges der einzelnen Krankenanstalten. Es war also keinerlei Anreiz gegeben, überhöhte Kapazitäten abzubauen und Betriebsabgänge zu vermindern.⁵⁶

⁵⁶ vgl. Radner/Gstöttner, 1994, S 27.

Teil C: Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung

1. Grundsätzliche Ziele der Leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung

In den letzten Jahrzehnten zeigte sich eine tiefgreifende Veränderung im Leistungsgeschehen der Krankenanstalten. Zum Beispiel durch die intensivere Betreuung der Patienten in kürzerer Zeit verbunden mit höherer Personalintensität, durch die verbesserten diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten sowie durch den vermehrten Einsatz teurer medizinisch-technischer Großgeräte und Behandlungsverfahren.

Aufgrund der fehlenden Leistungsorientierung entsprach die bis 1996 praktizierte Finanzierung der Krankenanstalten, in Form von undifferenzierten Tagespauschalen und der Zuschuss- und Abgangsdeckungsfinanzierung durch den ehemaligen Krankenanstalten-Zusammenarbeitsfonds (KRAZAF), nicht mehr den Anforderungen an ein zeitgemäßes Finanzierungssystem.⁵⁷

Erklärtes Ziel des Krankenanstalten-Zusammenarbeitsfonds (KRAZAF) war es daher, das bisherige kostentreibende Finanzierungssystem (pauschale Pfl egetageabgeltung) durch ein **leistungsorientiertes Krankenanstalten-Finanzierungssystem** zu ersetzen. Mit einer leistungsorientierten Finanzierung sollen die Rahmenbedingungen geschaffen werden, um Kostendämpfungspotentiale im Spitalsbereich ausschöpfen zu können, Effizienzsteigerungen zu erreichen bzw. um die zukünftige Finanzierung des Gesundheitssystems sicherzustellen.⁵⁸

Der Krankenanstalten-Zusammenarbeitsfond wurde per 31.12.1996 aufgekündigt und ab 1.1.1997 die Krankenanstaltenfinanzierung über die sogenannte "Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung" (LKF) eingeführt. Diese Vereinbarung der LKF ist vier Jahre gültig, also bis 31.12.2000.

Mit der Einführung der Leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung und mit einer österreichweit akkordierten Planung soll eine optimale Kapazitäts- und Leistungsstruktur erreicht werden. Dies gilt als Voraussetzung für die notwendigen Strukturveränderungen, für eine Optimierung des Ressourceneinsatzes und somit für eine **langfristige Ein-**

⁵⁷ vgl. BM für Gesundheit, Arbeit und Soziales, 2000a, S 3.

⁵⁸ vgl. Furtenbach, 1996, S 143.

dämmung der bis 1995 jährlich 10%igen Kostensteigerungsrate im Krankenanstaltenbereich. Hauptziel stellt die Verkürzung der Belagsdauer auf das medizinisch notwendige Ausmaß dar. Als Ergebnis der reduzierten Verweildauer sollte sich sowohl die Anzahl der Belagstage als auch die Bettenanzahl verringern. Weiters soll durch *vermehrte Leistungserbringung im spitalsambulanten und extramuralen Bereich* sowie im rehabilitativen Nachsorgebereich und durch eine *Reduzierung unnötiger Mehrfachleistungen*, eine nachhaltige Entlastung des stationären Krankenanstaltenbereichs bei gleichzeitiger Sicherstellung des bisherigen Leistungsniveaus erreicht werden.⁵⁹

Folgende weitere Ziele sollten durch die leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung erreicht werden:

- Anreiz zu Einsparungen, da Vergleich von Kosten und Erlösen möglich ist;
- Kostenbewusstsein bei allen Berufsgruppen im Spital wecken;
- neue Organisationsstrukturen;
- Konzentration auf Spezialleistungen;
- Vermeidung von Krankenhausaufhalten (ambulant vor stationär);
- Beschränkung des Aufwandes pro Patient auf das unbedingt notwendige Ausmaß;
- Verbesserung der Qualität für den Patienten;
- gerechte Abgeltung der Leistungen;
- effizientere Betriebsführung;
- mitbeteiligter Führungsstil;
- Effektivitätssteigerungen;
- Kostensteuerung;
- Rationalisierungsmaßnahmen;
- Anreiz zur Koordination mit extramuralen Diensten;
- Anreiz für Neuerungen und Flexibilität gegenüber dem med. Fortschritt.⁶⁰

2. Systembeschreibung

Durch die Einführung der Leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung sind wesentliche Veränderungen und Neuerungen in der Finanzierung der Krankenhäuser getroffen worden.⁶¹

⁵⁹ vgl. BM für Gesundheit, Arbeit und Soziales, 2000a, S 3 f.

⁶⁰ vgl. österr. Gesellschaft f. Gesundheitsökonomie, 1993, S 26 ff.

- Die **Pflegegebührenersätze** wurden abgeschafft und durch eine leistungsorientierte Diagnosefinanzierung ersetzt.
- Bei den **Ambulanzgebühren** gibt es grundsätzlich keine Änderungen. Diese werden weiterhin meist durch einen pauschalierten Betrag ersetzt, der einer jährlichen Valorisierung unterliegt. In Wien betrug die Ambulanzabgeltung 1998 900 Mio. Schilling. Die Kosten für die Ambulanzen beliefen sich auf 4,1 Mrd. Schilling. Somit wurden in Wien etwa nur ein Viertel der eigentlichen Ambulanzkosten bezahlt. In Oberösterreich liegt der Anteil der abgegoltenen Kosten jedoch wesentlich höher. Neu eingeführt wird allerdings mit 1.3.2001 ein Selbstbehalt, der von den Patienten bei einem Ambulanzbesuch bezahlt werden muss. Die Höhe dieses Selbstbehaltes steht aber noch nicht fest.
- Die **Zuschüsse aus dem KRAZAF** zur Abdeckung des Betriebsabganges fallen naturgemäß weg.
- Allerdings werden **Investitionszuschüsse** genehmigt, die etwa 40 % der gesamten Investitionskosten abgelden. Die restlichen Investitionskosten müssen wiederum vom Rechtsträger getragen werden.
- Die **Deckung des Betriebsabganges** verbleibt weiterhin bei dem Bundesland bzw. Rechtsträger der Krankenanstalt und erfolgt Länderweise sehr unterschiedlich.

Je Bundesland wird ein Topf eingerichtet, in dem die finanziellen Mittel des Bundes und der Sozialversicherung zusammengefasst werden. Wie hoch die Mittel der Länder und Gemeinden ausfallen, liegt im Bereich der Landesgesetzgebung. Die Bundesgelder und die Gelder der Sozialversicherungsträger werden durch verschiedene Verteilungsschlüssel direkt auf alle Bundesländer verteilt. Die Mittel, welche landesintern in den Finanztopf fließen, können direkt in den jeweiligen Landestopf eingebracht werden, oder auch extern – neben dem Landestopf – vergeben werden.

Finanziell wird das LKF-System somit hauptsächlich von den Mitteln der Sozialversicherungen und den Zuschüssen des Bundes getragen. Der finanzielle Beitrag der **Sozial-**

⁶¹ vgl. Das Modell der LKF und die Wien spezifische Ausgestaltung, 2000, S 1 ff.

versicherungsträger für die Krankenanstalten unterliegt einer Deckelung und wurde für das Jahr 2000 auf 39.800 Millionen Schilling festgelegt. Diese Beiträge unterliegen einer jährlichen Valorisierung was bedeutet, dass sich die Beiträge 1998, 1999 und 2000 aus dem jeweiligen Jahresbeitrag des Vorjahres, erhöht um jenen Prozentsatz, um den die Beitragseinnahmen der Träger der Krankenversicherung gegenüber dem jeweils vorangegangenen Jahr gestiegen sind, errechnet haben⁶².

Der **Bund** hat den Landesfonds jährlich folgende Zweckzuschüsse zu gewähren:

- Jährlich werden Zweckzuschüsse in der Höhe von 1,416 %, von den gesamten Einnahmen die der Staat mit der Umsatzsteuer (UST) erzielt, gewährt.
- Weitere spezielle Zweckzuschüsse in der Höhe von 330 Millionen und 1.250 Millionen Schilling.

Anspruchsberechtigt sind alle Krankenanstalten, die bereits bisher Zuschüsse aus dem KRAZAF erhalten haben. Es sind dies alle Krankenanstalten mit Öffentlichkeitsrecht. Weiters müssen diese Krankenanstalten dem österreichischen Krankenanstaltenplan einschließlich des Großgeräteplans und dem Landeskrankenanstaltenplan entsprechen.

Nachfolgende Grafik zeigt die Verteilung der Mittel für das Jahr 2000 nach dem leistungsorientierten Finanzierungssystem in Wien.

⁶² vgl. Kodex, Sozialversicherung, 2000, S 242.

Dotierung des WIKRAF 2000

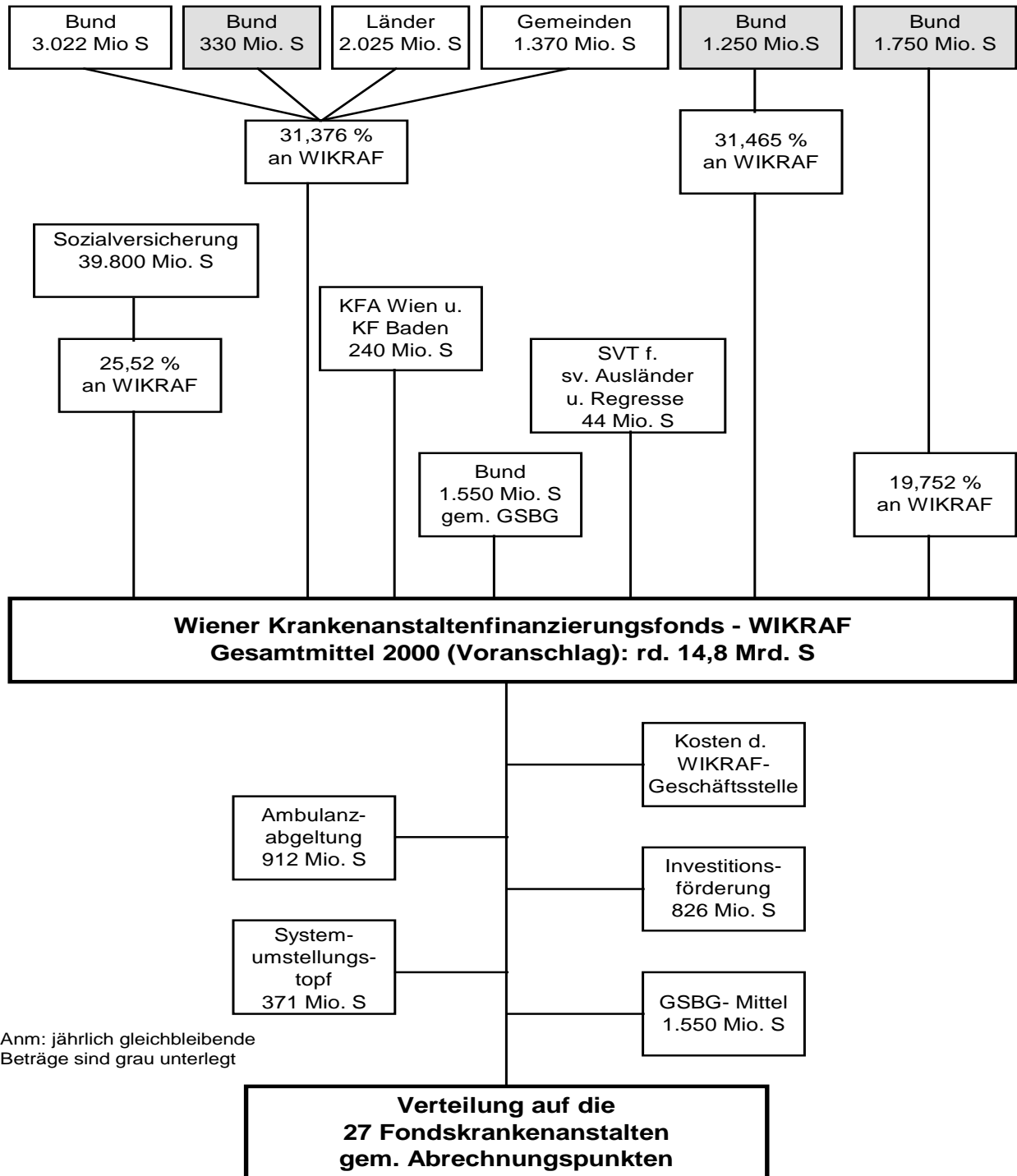


Abbildung 5: Dotierung des Wiener Krankenanstaltenfonds 2000⁶³

⁶³ entnommen aus: Dotierung des Wiener Krankenanstaltenfonds, 2000, S 3.

2.1 Die leistungsorientierte Diagnosefinanzierung (LDF)

2.1.1 Einführung

Im Rahmen des LKF-Systems werden Krankenhausleistungen auf Basis der konkret erbrachten Leistungen abgerechnet. Im Mittelpunkt der Abgeltung stationärer Betriebskosten stehen daher die mittels eines Punktesystems (LDF-Punkte) bewerteten Krankenhausleistungen in der Form der sogenannten "**leistungsorientierten Diagnose-Fallgruppen**".⁶⁴

Bei der Bildung des Modells wurde ausgegangen von 486.640 Krankengeschichten aus 20 Referenzspitälern.

20 ausgewählte Referenzkrankenanstalten		
Oberpullendorf LKH	Linz Elisabethinen KH	Innsbruck LKH
Güssing LKH	Ried BSRV KH	Hall/Tirol BKH
Wolfsberg LKH	Vöcklabruck LKH	Feldkirch LKH
St. Veit/Glan BBR KH	Salzburg LKA	Bregenz LKH
St. Pölten KH	Zell am See KH	Wilhelminenspital Wien
Wr. Neustadt KH	Leoben KH	KH Wagner-Jauregg Linz
Linz AKH	Deutschlandsberg LKH	

Abbildung 6: 20 ausgewählte Referenzkrankenanstalten⁶⁵

Die Auswahl der Referenzkrankenanstalten umfasste eine Universitätsklinik (LKH Innsbruck) sowie zahlreiche Schwerpunkt- und Standardkrankenanstalten. Jedes der neun Bundesländer ist mit zumindest einer Referenzkrankenanstalt vertreten. Weiters wurde bei der Auswahl darauf geachtet, dass Krankenanstalten unterschiedlicher Rechtsträgertypen (Landes-, Bezirks-, Gemeinde- und Ordenskrankenanstalten) in einem ausgewogenen Verhältnis an den Grundlagendaten beteiligt sind.⁶⁶

2.1.2 Systembeschreibung

Im ersten Schritt wurden die Patienten nach **operativen** (medizinische Einzelleistung) und **konservativen** (nicht operative) Behandlungen aufgeteilt (= 1. Stufe).

Im zweiten Schritt wurden die beiden Bereiche weiter differenziert. Die Kriterien, nach denen die Gruppen gebildet wurden, beziehen sich vorwiegend auf Leistungshomogeni-

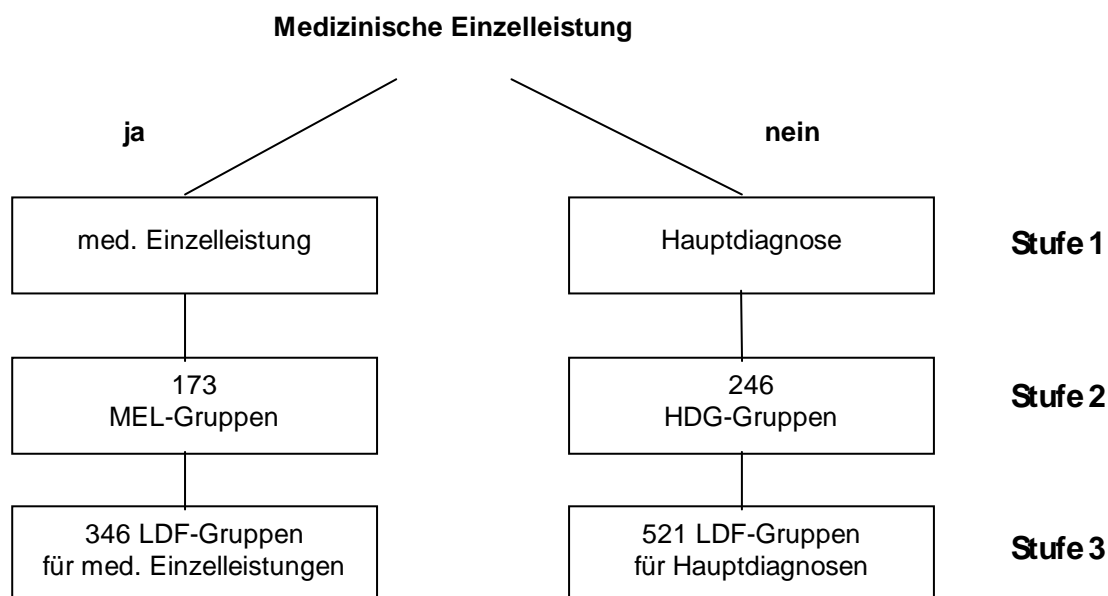
⁶⁴ vgl. Renner, 12/1996, S 22.

⁶⁵ entnommen aus: österr. Gesellschaft f. Gesundheitsökonomie, 1993, S 13.

⁶⁶ vgl. österr. Gesellschaft f. Gesundheitsökonomie 1993, S 13.

tät und eine innere medizinische Zusammengehörigkeit der med. Einzelleistungen bzw. Hauptdiagnosen, sowie auf Kostenhomogenität nach statistisch signifikanten Gruppen. Demnach wurden aus den spezifischen med. Einzelleistungen 173 medizinische Einzelleistungs-Gruppen (=OP-Gruppen) gebildet, aus den Hauptdiagnosen, gemäß ICD-9 Diagnoseschlüssel, 249 Hauptdiagnosegruppen (= 2. Stufe).⁶⁷

Für die Bildung der einzelnen leistungsorientierten Diagnosefallgruppen wurde ein Baumbildungsalgorithmus angewandt, womit aus einer heterogenen Patientengruppe aufgrund von Patienten- und Krankheitsmerkmalen stufenweise homogene Subgruppen gebildet wurden. Die Einteilung in Gruppen erfolgte unter anderem nach Merkmalen wie Diagnose, Anzahl und Art der medizinischen Einzelleistungen, Vorhandensein von Zusatzdiagnosen und der Altersgruppe des Patienten. Dadurch wurden 346 operative und 521 konservative LDF-Gruppen gebildet (= 3. Stufe).⁶⁸



⁶⁷ vgl. BM für Arbeit, Gesundheit und Soziales, 2000b, S 4.

⁶⁸ vgl. Ingruber, 1994, S 212 f.; Keun, 1996, S 180.

Insgesamt stehen somit 867 leistungsorientierte Diagnosefallgruppen für das LKF-System zur Verfügung. Die LDF-Punkte je Fallgruppe (LDF-Pauschale) wurden durch einen mittleren Wert der kalkulierten Kosten aller in einer LDF-Gruppe enthaltenen Patienten definiert.⁶⁹

Die folgende Abbildung zeigt als Beispiel die Ermittlung der Punktwerte für einen Patienten mit der Diagnose 574.0 (Gallensteine mit akuter Entzündung). Aus den in den Referenzkrankenanstalten ermittelten Daten konnten für die Diagnose 574.0 die Kosten für die verschiedenen Arten von Behandlung ermittelt werden. Hierbei wurde differenziert nach der Erbringung einer *Operationsleistung* oder nicht und weiters nach dem Auftreten von *Zusatzdiagnosen* sowie nach dem *Alter des Patienten*. Diese drei Untersuchungskriterien (Operation, Zusatzdiagnose, Alter) haben sich als die wichtigsten Einflussgrößen für die unterschiedlichen Kosten der Behandlung einer Diagnose ermitteln lassen. Mit Hilfe eines "Diagnosebaumes", der diese drei Haupteinflussgrößen beachtet, kann man die Kosten der Leistungen berechnen.

⁶⁹ vgl. BM für Arbeit, Gesundheit und Soziale, 2000b, S 5.

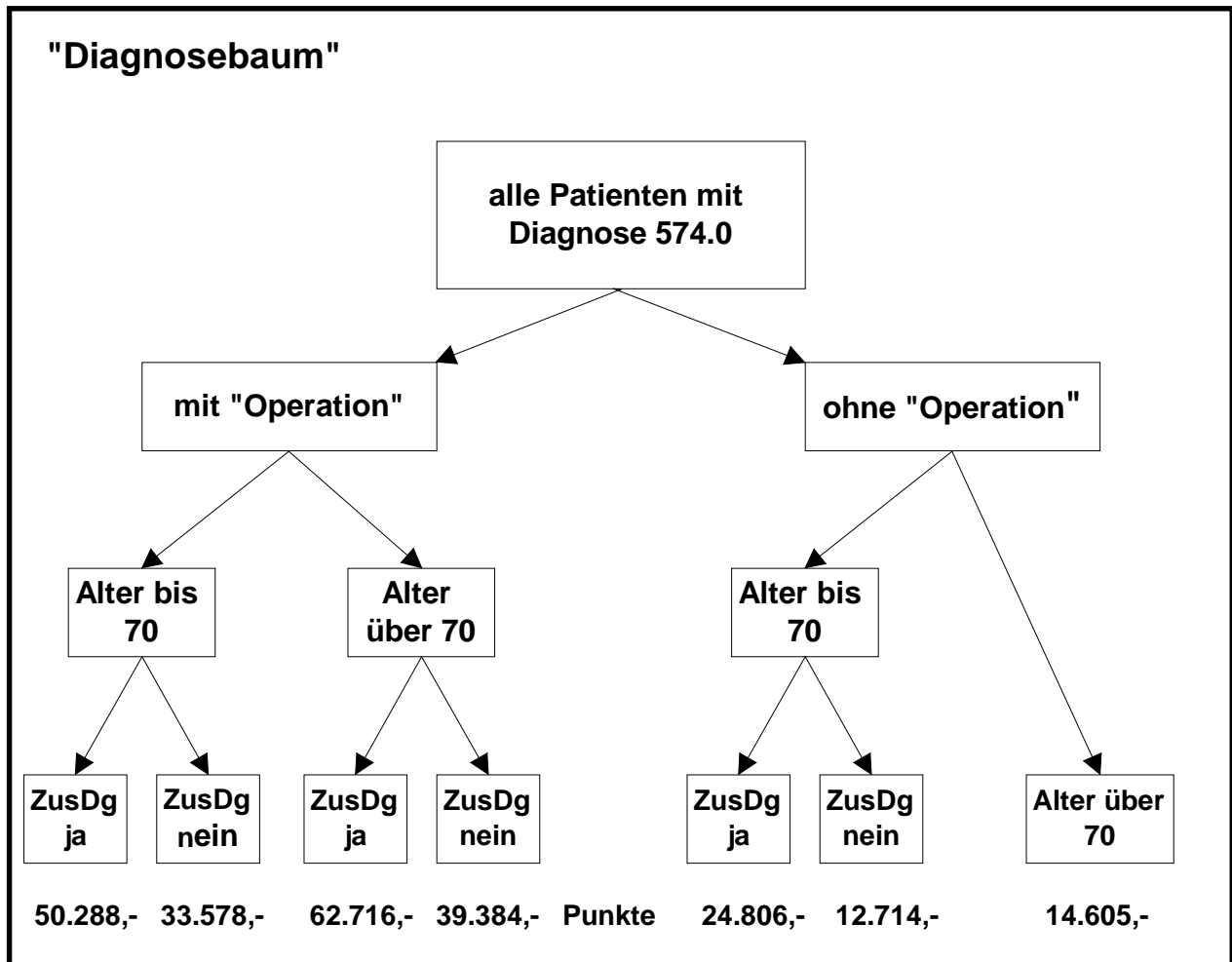


Abbildung 7: Diagnosebaum⁷⁰

Die Bewertung der Leistungen erfolgt in Punkten (=Normwert). Wie die Punkte in Schilling umgerechnet werden ist Bundesländerweise unterschiedlich festgelegt.⁷¹

Jede LDF-Pauschale besteht aus einer Leistungs- und einer Tageskomponente. Die **Leistungskomponente** basiert auf den in den Referenzspitälern kalkulierten, direkt den Patienten als Einzelleistungen zugeordneten Kosten (Personalkosten für das OP Team und Kosten für medizinische Verbrauchsgüter bei einer Operation).

Nicht direkt einzelnen Leistungen zugeordnete Kosten sind mit Ausnahme der Kosten von Intensivseinrichtungen in der verweildauerabhängigen **Tageskomponente** zusammengefasst. Es sind dies beispielsweise Kosten für Unterbringung und Verpflegung (Hotelkosten) oder für Krankenpflege auf der Station. Die Tageskomponente gilt innerhalb des für diese Pauschale definierten Verweildauerintervalls. Dazu wurde je LDF-

⁷⁰ entnommen aus: Holler, 1993, S 34.

Gruppe eine Verweildaueruntergrenze und eine Verweildauerobergrenze aus den Daten ermittelt.⁷² Zur Veranschaulichung ist nachstehend ein Auszug aus dem Katalog der LDF-Pauschalen für Hauptdiagnosen wiedergegeben.

HDG05.02 Akute Affektionen der mittleren Atemwege und Atelektase

HDG05.02 Fallpauschale A: 16.654

Kriterien: Alter bis 6 Jahre

Leistungs- Komponente	Tages- komponente	Punkte je Tag	Unter- grenze	Belagsdauer Mittelwert	Ober- grenze
383	16.271	4.398	2	3,7	6

HDG05.02 Fallpauschale B: 18.511

Kriterien: Alter mehr als 6

Leistungs- Komponente	Tages- komponente	Punkte je Tag	Unter- grenze	Belagsdauer Mittelwert	Ober- grenze
389	18.122	2.788	3	6,5	10

Abbildung 8: Fallpauschale für die HDG05.02: Akute Affektionen der mittleren Atemwege und Atelektase⁷³

Für Patienten, deren Belagsdauer kürzer ist als die Belagsdaueruntergrenze ihrer Fallgruppe, wird eine reduzierte Fallpauschale entsprechend der tatsächlichen Belagsdauer errechnet. Für Patienten, deren Belagsdauer über der Belagsdauerobergrenze liegt, wird ein degressiver Punktezuschlag je zusätzlichem Tag berechnet.⁷⁴

2.2 Kern- und Steuerungsbereich

Die Diagnosefinanzierung erfolgt auf zwei unterschiedlichen Ebenen. Zuerst erfolgt die Ermittlung des bundeseinheitlichen *Kernbereichs* in der dargestellten Form der bereits erwähnten leistungsorientierten Diagnosefallgruppen (LDF). Danach wird der *Steuerungsbereich*, als übergeordnete potentielle Einflussgröße, ermittelt. Im Steuerungsbereich sollen einerseits zusätzliche Kosteneinflussgrößen wie Bausubstanz, apparative Ausstattung und der Auslastungsgrad berücksichtigt werden, und andererseits dient er

⁷¹ vgl. Holler, 1993, S 27 ff.

⁷² vgl. BM für Gesundheit und Konsumentenschutz – Teil 2, 1997, S 5 f.

⁷³ entnommen aus: BM für Gesundheit, Arbeit und Soziales, 2000d, S 26.

⁷⁴ vgl. BM für Arbeit, Gesundheit und Soziale, 2000b, S 6.

dazu, gesundheitspolitische Schwerpunkte durchzusetzen.⁷⁵ Im Steuerungsbereich werden zusätzliche Finanzierungsaspekte berücksichtigt, wie z.B.:

- Einbeziehung zusätzlicher Leistungsbereiche, die im LKF-Kernbereich nicht berücksichtigt werden. Dazu zählen u.a. der Ambulanz- und Ausbildungsbereich.
- Integration von Qualitätskriterien durch Zu- und Abschläge. Dadurch wird der qualitative Aspekt miteinbezogen, wie z. B. die Versorgungsfunktion und die Personalausstattung.

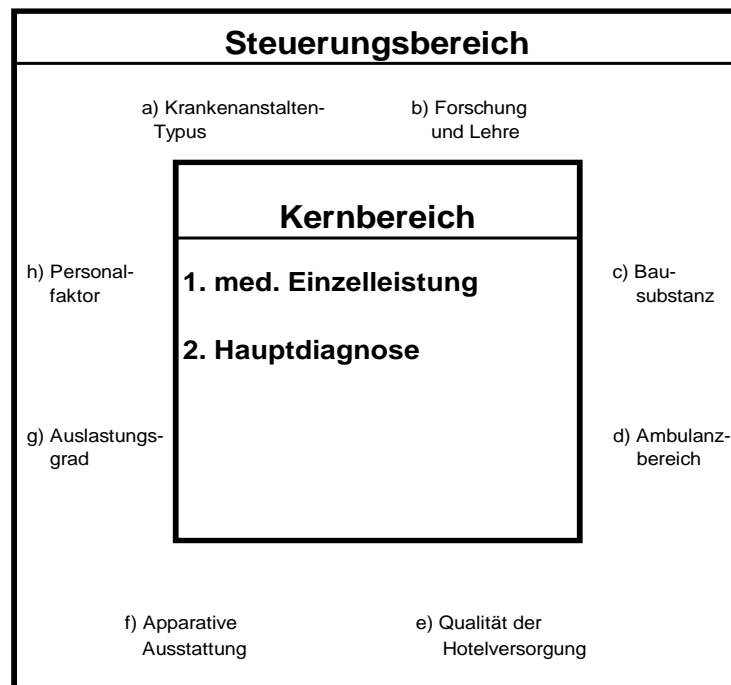


Abbildung 9: Kern- und Steuerbereich der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung⁷⁶

2.2.1 Berechnung des Steuerungsbereiches des Wiener Krankenanstaltenverbundes

Nach Ermittlung des anstaltsspezifischen „*Personalfaktors*“ und „*Nebenkostenfaktors*“ ergeben sich durch Multiplikation der LKF-Kernpunkte mit diesen Faktoren die für die Abrechnung relevanten LDF-Punkte der jeweiligen Anstalt.

Diese LDF-Punkte werden anschließend noch mit ca. 0,52 Groschen multipliziert, dem Wert, den ein Krankenhaus derzeit für einen Punkt erhält. Wie hoch der Umrechnungs-

⁷⁵ vgl. Radner/Gstöttner, 1994, S 31.

⁷⁶ entnommen aus: Flemmich /Ivansits, 1994, S 333.

wert pro Punkt tatsächlich ausfällt, lässt sich immer erst im nachhinein exakt feststellen. Der Wert für einen LDF-Punkt bemisst sich nach der erbrachten Gesamtpunktezahl aller beteiligten Krankenanstalten und den bereitstehenden Mitteln (Wert eines Punktes = Gesamtmitel : Gesamtpunkte). Da die Gesamtpunkteanzahl variabel ist, die Gesamtmitel jedoch einer Deckelung unterliegen, kann im vorhinein nicht genau bestimmt werden wie hoch der Umrechnungswert ausfällt.

Wien hat einen multiplikativen Steuerungsbereich, während andere Bundesländer im Gegensatz dazu z. B. einen additiven Steuerungsbereich vorsehen.

Die beiden Faktoren werden dabei wie folgt berechnet:

$$\text{Personalfaktor} = \sqrt{\frac{\text{Personaldichte}}{100}}$$
$$\text{Nebenkostenfaktor} = \sqrt{1 + \frac{\text{Nebenkosten}}{\text{stationäre Kosten}}}$$

Um die Personaldichte zu erhalten, dividiert man das gesamte medizinische Personal der Anstalt durch die gesamte Bettenanzahl.

Für die einzelnen Krankenanstalten ergeben sich somit unterschiedliche Faktoren, wobei die Quadratwurzel beide Faktoren stark degressiert, so dass die Auswirkungen des Faktors – um die Quadratwurzel – gemildert sind. Würde man auf die Quadratwurzel verzichten, so hätte dies insbesondere auf die Ordensspitäler, die sowohl einen geringeren Personalfaktor als auch einen kleineren Nebenkostenfaktor aufweisen, deutliche finanzielle Nachteile.⁷⁷

Im LKF-Kernbereich wird die Anzahl der Punkte österreichweit einheitlich festgelegt, im LKF-Steuerungsbereich wird hingegen **das Verhältnis zwischen Punkten und Geldeinheiten** spezifisch für jedes Bundesland und jedes Krankenhaus festgelegt. Das heißt

⁷⁷ vgl. Das Modell der LKF und die Wien spezifische Ausgestaltung, 2000, S 3.

im Steuerungsbereich wird festgelegt, wie viel Schilling eine Krankenanstalt pro gemeldeten Punkt erhält.⁷⁸

Tabelle 4 zeigt auszugsweise die Personal- sowie Nebenkostenfaktoren einiger Wiener Krankenhäuser. Der KA-spezifische Faktor wird durch Multiplikation des Personalfaktors mit dem Nebenkostenfaktor ermittelt.

KH	Faktor	Faktor	KA-spez.	Vergleich	
	Pers.	NebKo.	Faktor	Faktor 1998	Differenz
AKH	1,61642	1,07012	1,72976	1,75418	-0,02442
Sophien Sp.	1,28884	1,17667	1,51654	1,49473	0,02181
St. Anna Kdsp.	1,43334	1,00540	1,44108	1,40573	0,03535
K. Elisabeth Sp.	1,30572	1,12176	1,46470	1,44182	0,02288
Evang. KH	1,07852	1,00355	1,08235	1,05793	0,02442
Floridsdorfer KH	1,27283	1,06026	1,34953	1,34549	0,00404
K. Franz Josef	1,29988	1,07589	1,39853	1,35927	0,03926
Hanusch KH	1,31197	1,06540	1,39777	1,36980	0,02797
Wihelminen SP.	1,32600	1,08825	1,44302	1,44540	-0,00238
Herz-Jesu KH	1,00117	1,02820	1,02940	1,03375	-0,00435
Hartmann Sp.	0,93017	1,02252	0,95112	0,92788	0,02324

Tabelle 4: Personal- und Nebenkostenfaktoren ausgesuchter Wiener Krankenhäuser⁷⁹

Während also der Kernbereich hinreichend klar und operational definiert ist, trifft das für den Steuerungsbereich weniger zu. Dadurch besteht die Gefahr, dass der Steuerungs-bereich von der alltäglichen Gesundheitspolitik zur Strukturkonservierung missbraucht wird bzw. dass eine Kostendämpfung, welche vom Kernbereich ausgeht, sobald sie sich strukturell auszuwirken beginnt, über den Steuerungsbereich verlangsamt wird.⁸⁰

2.3 Tagespatienten

Unter Tagespatienten versteht man Patienten, bei denen der Aufnahmetag gleich dem Entlassungstag ist. Das Bundeskrankenanstaltengesetz und die Ausführungsgesetze der Länder kennen nur eine stationäre oder ambulante Anstaltspflege. Sonderbestimmungen für die Tageskliniken liegen nicht vor, so dass nach geltendem Recht für diese Form der Behandlung, wenn sie in Krankenanstalten erfolgt, die Bestimmungen für die stationäre oder die ambulante Anstaltspflege gelten.⁸¹ **Grundsätzlich gelten Tagespatienten jedoch als stationär aufgenommen** und werden auch entsprechend der Di-

⁷⁸ vgl. Dészy/Kern/Girardi, 1998, S 108.

⁷⁹ vgl. Das Modell der LKF und die Wien spezifische Ausgestaltung, 1997, S 4.

⁸⁰ vgl. Radner/Gstöttner, 1994, S 31.

⁸¹ vgl. Radner, 1993, S 24 f.

agnosefallgruppen abgerechnet, damit das Budget der Ambulanzen nicht weiter belastet wird.⁸²

Die tageschirurgische Versorgung in Form einer krankenhausintegrierten Einheit oder in den KH-Ambulanzen hat den großen Vorteil, dass die Sicherheit des Akutkrankenhauses dahinter steht, d.h. dass bei eventuellen Abweichungen vom geplanten Verlauf, also beim Auftreten von Komplikationen, die gesamte Struktur des Akutkrankenhauses zur Verfügung steht, was die Sicherheit ambulanten Operierens wesentlich erhöht.⁸³

Da der tatsächliche stationäre Aufenthalt kürzer als die pro LDF-Gruppe festgelegte Belagsdaueruntergrenze ist, erfolgt die Ermittlung einer reduzierten Fallpauschale in Abhängigkeit von der tatsächlichen Belagsdauer nach folgender Formel:⁸⁴

$$\text{Punkte/Fall} = \text{LK} + \frac{(\text{LDFP} - \text{LK}) \cdot (\text{X} + 1)}{(\text{BDUG} + 1)}$$

X	Anzahl der Belegstage
LK	Leistungskomponente der zugeordneten LDF
LDFP	Fallpauschale der zugeordneten LDF
BDUG	Belagsdaueruntergrenze der zugeordneten LDF

*Abbildung 10: Belagsdauer ausreißer nach unten*⁸⁵

3. Vergleich der Pfl egetagefinanzierung mit der Diagnosefinanzierung

Eine Gegenüberstellung der beiden Finanzierungsarten wird durch ein Beispiel von *Gerhard Holler* veranschaulicht. Obwohl die Daten nicht auf dem aktuellsten Stand sind, lässt sich trotzdem ein guter Vergleich anstellen.⁸⁶

Bsp.: Patient XY; Diagnose: Gallensteine akut Alter <70, keine Zusatzdiagnose, Behandlung: Operation (undifferenziert)

⁸² vgl. Dészy/Fritz, 2/2000, S 55.

⁸³ vgl. Mechtler, 1996, S 99 f.

⁸⁴ vgl. BM für Arbeit, Gesundheit und Soziale, 2000b, S 23.

⁸⁵ entnommen aus: BM für Arbeit, Gesundheit und Soziale, 2000b, S 23.

⁸⁶ vgl. Holler, 1992, S 35.

Krankenhaus	A	B	C
Verweildauer (Tagen)	7	14	21
KV-Zahlungen früher (ca. 800 bis 1000,- pro Tag) = ca. 45 % tats. Deckung	6.300,-	12.600,-	18.900,-
derzeitige Zahlung 33.578 Punkte (1 Pkt. = 52 g)	17.460,-	17.460,-	17.460,-

Tabelle 5: Vergleich Pflegefinanzierung und diagnosebezogene Finanzierung⁸⁷

Diese Tabelle zeigt sehr anschaulich, dass bei der alten Form der Finanzierung nach Pflegetagen, Krankenhäuser nur dann kostendeckend arbeiten konnten, wenn der Patient entsprechend lange im Krankenhaus blieb. Nach der neuen Finanzierungsform (ausgegangen wird hier von einem Steuerungsfaktor = 1 und einem Umrechnungswert von Punkten in Schilling wie er derzeit in Wien gültig ist, also 52 Groschen) können Patienten früher entlassen werden, ohne dass das Krankenhaus dadurch einen finanziellen Nachteil erleidet und dadurch Kosten gespart werden.

4. Folgewirkungen nach der Einführung der Leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung

4.1 Positive Auswirkungen

Die Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung wird nur beschränkt Kosteneinsparungen bringen. *Es ist notwendig, durch entsprechende organisatorische Maßnahmen und Umstrukturierungen, alle Möglichkeiten, die der LKF bringt auch zu realisieren.*

Bei den möglichen Auswirkungen auf die Kosten der Krankenanstalt werden folgende Szenarien unterschieden:

- Wenn keine Bettenreduktion erfolgt, werden die Betriebskosten steigen, da die zusätzlich verfügbare freie Kapazität auf Grund der Verweildauerreduktion zusätzliche Patienten in das Krankenhaus bringen wird (angebotsinduzierte Nachfrage).
- Wenn zwar eine Bettenreduktion erfolgt, aber strukturell in den Krankenanstalten keine Umorganisation stattfindet (gleiche fachspezifische Abteilungs- bzw. Stations-

⁸⁷ entnommen aus: Holler, 1992, S 35.

struktur wie bisher) wird lediglich ein Einsparungspotential in der Höhe der variablen Kosten zu erwarten sein.

- Wenn ganze Organisationseinheiten geschlossen werden und eine entsprechende Umstrukturierung in den Krankenanstalten stattfindet, wird eine nahezu proportionale Kostenreduktion der "bettenspezifischen" Kosten zu erwarten sein.⁸⁸

4.1.1 Verkürzung der Verweildauer der Patienten in den Krankenanstalten

Das Krankenhaus hat aufgrund der fallweisen Vergütung nicht mehr Interesse an einer langen, sondern eher an einer möglichst kurzen Verweildauer. Deshalb kommt es zu einer Verkürzung der durchschnittlichen Verweildauer der Patienten.⁸⁹

Wiener städtische Krankenanstalten											
durchschnittliche Belagsdauer											
Krankenhaus	1993	1994	% zu Vorj.	1995	% zu Vorj.	1996	% zu Vorj.	1997	% zu Vorj.	1998	% zu Vorj.
Kaiser Franz Josef Spital	10,65	9,90	-7,04	9,53	-3,74	8,99	-5,67	8,18	-9,01	7,47	-8,68
Krankenhaus Lainz	7,92	7,51	-5,18	7,24	-3,60	7,30	0,83	6,94	-4,93	6,56	-5,48
KA Rudolfstiftung	9,17	9,10	-0,76	8,90	-2,20	8,27	-7,08	6,89	-16,69	6,55	-4,93
Wilhelminenspital	8,51	8,40	-1,29	8,16	-2,86	8,21	0,61	7,74	-5,72	7,33	-5,30
Donauspital-SMZO	6,35	6,04	-4,88	6,50	7,62	6,70	3,08	6,27	-6,42	6,07	-3,19
Kaiserin Elisabeth Spital	11,27	10,03	-11,00	9,70	-3,29	9,93	2,37	9,75	-1,81	9,58	-1,74
KH Floridsdorf	10,96	9,39	-14,32	8,89	-5,32	8,44	-5,06	7,59	-10,07	7,65	0,79
Allgemeine Poliklinik	13,19	12,91	-2,12	12,57	-2,63	13,12	4,38	12,87	-1,91	16,87	31,08
PZ Sophienspital	21,43	19,39	-9,52	18,64	-3,87	16,46	-11,70	14,46	-12,15	16,29	12,66
Pulmologisches Zentrum	12,36	11,65	-5,74	10,35	-11,16	9,35	-9,66	10,22	9,30	10,13	-0,88
Orthop. KH Gersthof	14,23	14,05	-1,26	13,77	-1,99	13,08	-5,01	12,18	-6,88	11,96	-1,81
Semmelweis Frauenkl.	3,58	3,60	0,56	3,57	-0,83	3,43	-3,92	3,36	-2,04	3,13	-6,85
Kinderklinik Glanzing	8,14	6,60	-18,92	6,67	1,06	8,39	25,79	8,49	1,19	8,89	4,71
Preyer'sches Kdsp.	4,81	4,85	0,83	5,25	8,25	5,40	2,86	4,78	-11,48	4,89	2,30
Mautner Markhof Kdsp.	5,43	5,33	-1,84	5,47	2,63	4,90	-10,42	4,65	-5,10	4,52	-2,80
Maria Theresien Schl.	19,65	10,61	-46,01	8,89	-16,21	8,77	-1,35	8,46	-3,53	7,98	-5,67
NKH Rosenhügel	20,73	21,25	2,51	20,69	-2,64	21,61	4,45	18,77	-13,14	19,31	2,88
Akutanstalten o. AKH	8,93	8,44	-5,49	8,21	-2,73	8,11	-1,22	7,54	-7,03	7,21	-4,38
Allgem. Krankenhaus	8,34	8,28	-0,72	8,09	-2,29	7,88	-2,60	7,16	-9,14	6,91	-3,49
Summe Akutanstalten	8,80	8,40	-4,55	8,18	-2,62	8,05	-1,59	7,44	-7,58	7,13	-4,17
PKH Baumgartner Höhe	38,36	37,55	-2,11	33,54	-10,68	33,14	-1,19	10,26	-69,04	9,77	-4,78
PT Ybbs/D.	77,93	66,46	-14,72	58,23	-12,38	50,28	-13,65	48,00	-4,53	45,97	-4,23
Summe Psych. KH	41,56	40,53	-2,48	36,34	-10,34	35,46	-2,42	11,89	-66,47	11,52	-3,11
Gesamtsumme	9,58	9,12	-4,80	8,81	-3,40	8,62	-2,16	7,70	-10,67	7,37	-4,29

Tabelle 6: durchschnittliche Belagsdauer der Wiener Krankenanstalten⁹⁰

⁸⁸ vgl. österr. Gesellschaft f. Gesundheitsökonomie 1993, S 80 f.

⁸⁹ vgl. Gräßl, 1996, S 69.

⁹⁰ vgl. Wiener Krankenanstaltenverbund, zentrale Statistikdatenbank 1999

4.1.2 Belagstage

Durch die Reduktion der durchschnittlichen Verweildauer konnte die Anzahl der Belagstage zwar nicht effektiv reduziert werden, da gleichzeitig die Anzahl der Aufnahmen gestiegen ist (siehe Tabelle 11), jedoch auf gleichem Niveau gehalten werden.

Wiener städtische Krankenanstalten											
Belagstage											
Krankenhaus	1993	1994	% zu Vorj.	1995	% zu Vorj.	1996	% zu Vorj.	1997	% zu Vorj.	1998	% zu Vorj.
Kaiser Franz Josef Spital	256.501	236.559	-7,77	232.815	-1,58	221.966	-4,66	216.704	-2,37	207.908	-4,06
Krankenhaus Lainz	320.315	299.731	-6,43	298.002	-0,58	299.142	0,38	301.755	0,87	308.939	2,38
KA Rudolfstiftung	271.076	264.559	-2,40	258.130	-2,43	251.906	-2,41	236.086	-6,28	232.398	-1,56
Wilhelminenspital	324.513	335.321	3,33	338.383	0,91	335.946	-0,72	339.937	1,19	339.843	-0,03
Donauspital-SMZO	166.189	195.137	17,42	258.568	32,51	271.441	4,98	278.742	2,69	290.122	4,08
Kaisein Elisabeth Spital	111.469	100.034	-10,26	98.111	-1,92	95.191	-2,98	88.011	-7,54	90.334	2,64
KH Floridsdorf	71.428	63.032	-11,75	57.207	-9,24	57.647	0,77	58.329	1,18	60.275	3,34
Allgemeine Poliklinik	33.526	30.048	-10,37	25.961	-13,60	25.631	-1,27	25.347	-1,11	14.940	-41,06
PZ Sophienspital	11.531	11.248	-2,45	11.652	3,59	11.601	-0,44	11.248	-3,04	12.347	9,77
Pulmologisches Zentrum	131.130	129.709	-1,08	129.589	-0,09	118.030	-8,92	123.712	4,81	126.153	1,97
Orthop. KH Gersthof	40.069	40.660	1,47	42.757	5,16	41.228	-3,58	37.409	-9,26	38.541	3,03
Semmelweis Frauenkl.	19.790	19.057	-3,70	17.812	-6,53	17.955	0,80	17.965	0,06	16.633	-7,41
Kinderklinik Glanzing	21.323	21.560	1,11	20.387	-5,44	15.860	-22,21	14.285	-9,93	13.187	-7,69
Preyer'sches Kdsp.	38.876	38.741	-0,35	40.845	5,43	31.409	-23,10	29.390	-6,43	29.819	1,46
Mautner Markhof Kdsp.	28.287	20.269	-28,35	15.971	-21,20	12.140	-23,99	10.781	-11,19	6.710	-37,76
Maria Theresien Schl.	35.724	32.970	-7,71	32.000	-2,94	29.472	-7,90	30.353	2,99	30.211	-0,47
NKH Rosenhügel	59.305	59.047	-0,44	56.213	-4,80	60.908	8,35	60.414	-0,81	59.413	-1,66
Akutanstalten o. AKH	1.941.052	1.897.682	-2,23	1.934.403	1,94	1.897.473	-1,91	1.880.468	-0,90	1.877.773	-0,14
Allgem. Krankenhaus	504.729	540.946	7,18	585.713	8,28	585.489	-0,04	614.445	4,95	612.721	-0,28
Summe Akutanstalten	2.445.781	2.438.628	-0,29	2.520.116	3,34	2.482.962	-1,47	2.494.913	0,48	2.490.494	-0,18
PKH Baumgartner Höhe	239.278	224.553	-6,15	209.040	-6,91	187.566	-10,27	202.728	8,08	185.200	-8,65
PT Ybbs/D.	42.822	45.623	6,54	46.324	1,54	44.469	-4,00	42.908	-3,51	44.339	3,34
Summe Psych. KH	282.100	270.176	-4,23	255.364	-5,48	232.035	-9,14	245.636	5,86	229.539	-6,55
Gesamtsumme	2.727.881	2.708.804	-0,70	2.775.480	2,46	2.714.997	-2,18	2.740.549	0,94	2.720.033	-0,75

Tabelle 7: Anzahl der Belagstage der Wiener Krankenanstalten⁹¹

4.1.3 Rückgang der Bettenanzahl

Bereits seit 1994 ist ein Rückgang der Bettenanzahl erkennbar. Dieser Trend hat sich mit der Einführung der LKF, und dadurch verursachten Verweildauerverkürzung, weiter fortgesetzt und liegt derzeit zwischen 1 % und 2 %. Um eine Reduzierung der Bettenanzahl weiter und effektiver vorantreiben zu können, ist es unbedingt erforderlich Strukturveränderungen und –anpassungen vorzunehmen. Nach dem die LKF aber erst vor drei Jahren eingeführt wurde, sind diesbezüglich noch keine Auswirkungen zu spüren.

Wiener städtische Krankenanstalten											
durchschnittlich systemisierte Betten											
Krankenhaus	1993	1994	% zu Vorj.	1995	% zu Vorj.	1996	% zu Vorj.	1997	% zu Vorj.	1998	% zu Vorj.
Kaiser Franz Josef Spital	849	812	-4,36	778	-4,19	752	-3,34	739	-1,73	735	-0,54
Krankenhaus Lainz	1.195	1.141	-4,52	1.096	-3,94	1.089	-0,64	1.056	-3,03	1.040	-1,52
KA Rudolfstiftung	836	825	-1,32	807	-2,18	802	-0,62	774	-3,49	775	0,13
Wilhelminenspital	1.269	1.220	-3,86	1.189	-2,54	1.179	-0,84	1.178	-0,08	1.178	0,00
Donauspital-SMZO	573	694	21,12	853	22,91	909	6,57	933	2,64	933	0,00
Kaisein Elisabeth Spital	384	348	-9,38	341	-2,01	313	-8,21	288	-7,99	288	0,00
KH Floridsdorf	262	262	0,00	222	-15,27	218	-1,80	200	-8,26	200	0,00
Allgemeine Poliklinik	100	88	-12,00	77	-12,50	77	0,00	77	0,00	77	0,00
PZ Sophienspital	36	36	0,00	36	0,00	36	0,00	36	0,00	36	0,00
Pulmologisches Zentrum	491	493	0,41	477	-3,25	469	-1,68	459	-2,13	450	-1,96
Orthop. KH Gersthof	131	131	0,00	131	0,00	131	0,00	130	-0,76	127	-2,31
Semmelweis Frauenkl.	93	93	0,00	93	0,00	93	0,00	93	0,00	93	0,00
Kinderklinik Glanzing	103	101	-1,94	80	-20,79	80	0,00	74	-7,50	52	-29,73
Preyer'sches Kdsp.	170	157	-7,65	140	-10,83	140	0,00	140	0,00	134	-4,29
Mautner Markhof Kdsp.	133	118	-11,28	80	-32,20	81	1,25	80	-1,23	76	-5,00
Maria Theresien Schl.	120	114	-5,00	106	-7,02	105	-0,94	104	-0,95	104	0,00
NKH Rosenhügel	241	214	-11,20	200	-6,54	200	0,00	200	0,00	200	0,00
Akutanstalten o. AKH	6.986	6.847	-1,99	6.706	-2,06	6.674	-0,48	6.561	-1,69	6.498	-0,96
Allgem. Krankenhaus	2.252	2.237	-0,67	2.203	-1,52	2.202	-0,05	2.177	-1,14	2.169	-0,37
Summe Akutanstalten	9.238	9.084	-1,67	8.909	-1,93	8.876	-0,37	8.738	-1,55	8.667	-0,81
PKH Baumgartner Höhe	854	854	0,00	816	-4,45	664	-18,63	573	-13,70	543	-5,24
PT Ybbs/D.	155	155	0,00	155	0,00	155	0,00	149	-3,87	145	-2,68
Summe Psych. KH	1.009	1.009	0,00	971	-3,77	819	-15,65	722	-11,84	688	-4,71
Gesamtsumme	10.247	10.093	-1,50	9.880	-2,11	9.695	-1,87	9.460	-2,42	9.355	-1,11

Tabelle 8: Anzahl der durchschnittlich systemisierten Betten der Wiener Krankenanstalten⁹²

4.1.4 Zunahme der Eintagspflege

Die Zahl der Eintagspflege (Tagespatienten) hat mit der Einführung des LKF sprunghaft zugenommen. Dies ist eine äußerst positive Entwicklung, da Kosten für Hotellerie, Verpflegung und Pflege gespart werden können. Zu beachten ist jedoch, dass auch viele Patienten, rein abrechnungstechnisch, aus dem ambulanten in den stationären Bereich übernommen werden, um so eine Fallpauschale geltend machen zu können. Dies erklärt den sprunghaften Anstieg von 47,5 % im Jahre 1997.

⁹¹ vgl. Wiener Krankenanstaltenverbund, zentrale Statistikdatenbank 1999

⁹² vgl. Wiener Krankenanstaltenverbund, zentrale Statistikdatenbank 1999

Wiener städtische Krankenanstalten											
Eintagspflegen											
Krankenhaus	1993	1994	% zu Vorj.	1995	% zu Vorj.	1996	% zu Vorj.	1997	% zu Vorj.	1998	% zu Vorj.
Kaiser Franz Josef Spital	2.958	3.064	3,58	3.682	20,17	3.574	-2,93	4.495	25,77	6.380	41,94
Krankenhaus Lainz	8.635	8.829	2,25	8.013	-9,24	7.901	-1,40	9.384	18,77	11.187	19,21
KA Rudolfstiftung	1.204	1.165	-3,24	1.399	20,09	2.137	52,75	5.788	170,85	6.498	12,27
Wilhelminenspital	5.428	6.204	14,30	7.258	16,99	6.408	-11,71	8.258	28,87	8.614	4,31
Donauspital-SMZO	2.941	3.779	28,49	4.974	31,62	5.888	18,38	8.164	38,65	9.094	11,39
Kaisein Elisabeth Spital	778	1.002	28,79	976	-2,59	655	-32,89	584	-10,84	693	18,66
KH Floridsdorf	639	875	36,93	659	-24,69	812	23,22	988	21,67	872	-11,74
Allgemeine Poliklinik	241	169	-29,88	158	-6,51	129	-18,35	130	0,78	31	-76,15
PZ Sophienspital	3	5	66,67	14	180,00	12	-14,29	30	150,00	19	-36,67
Pulmologisches Zentrum	2.206	2.544	15,32	3.613	42,02	3.864	6,95	2.660	-31,16	2.049	-22,97
Orthop. KH Gersthof	127	153	20,47	191	24,84	192	0,52	223	16,15	209	-6,28
Semmelweis Frauenkl.	620	570	-8,06	591	3,68	836	41,46	937	12,08	997	6,40
Kinderklinik Glanzing	428	347	-18,93	338	-2,59	198	-41,42	158	-20,20	189	19,62
Preyer'sches Kdsp.	559	554	-0,89	487	-12,09	554	13,76	618	11,55	704	13,92
Mautner Markhof Kdsp.	373	235	-37,00	128	-45,53	146	14,06	189	29,45	97	-48,68
Maria Theresien Schl.	188	1.652	778,72	2.152	30,27	2.100	-2,42	2.361	12,43	2.574	9,02
NKH Rosenhügel	64	60	-6,25	53	-11,67	51	-3,77	64	25,49	56	-12,50
Akutanstalten o. AKH	27.392	31.207	13,93	34.686	11,15	35.457	2,22	45.031	27,00	50.263	11,62
Allgem. Krankenhaus	7.978	8.464	6,09	9.608	13,52	11.276	17,36	18.888	67,51	20.961	10,98
Summe Akutanstalten	35.370	39.671	12,16	44.294	11,65	46.733	5,51	63.919	36,77	71.224	11,43
PKH Baumgartner Höhe	170	187	10,00	195	4,28	211	8,21	5.319	2420,85	5.511	3,61
PT Ybbs/D.	2	5	150,00	3	-40,00	6	100,00	6	0,00	8	33,33
Summe Psych. KH	172	192	11,63	198	3,13	217	9,60	5.325	2353,92	5.519	3,64
Gesamtsumme	35.542	39.863	12,16	44.492	11,61	46.950	5,52	69.244	47,48	76.743	10,83

Tabelle 9: Anzahl der Eintagspflege (Tagespatienten) der Wiener Krankenanstalten⁹³

4.1.5 Entwicklung der Gesamtkosten

Die Gesamtkosten konnten zwar mit der Einführung der Leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung bislang noch nicht reduziert werden, aber es ist zumindest ein Rückgang im jährlichen Gesamtkostenanstieg von 11,72 % (1993) auf etwa 1,5 % (1998) erkennbar.

⁹³ vgl. Wiener Krankenanstaltenverbund, zentrale Statistikdatenbank 1999

Wiener städtische Krankenanstalten													
Gesamtkosten im Mio. Schilling													
Krankenhaus	1992	1993	% zu Vorj.	1994	% zu Vorj.	1995	% zu Vorj.	1996	% zu Vorj.	1997	% zu Vorj.	1998	% zu Vorj.
KAV Therapiezentrum	185	173	-6,49	231	33,53	183	-20,78	225	22,95	209	-7,11	240	14,83
AKH	6.286	7.312	16,32	9.143	25,04	9.370	2,48	9.599	2,44	9.705	1,10	9.944	2,46
Kaiserin-Elisabeth-Sp.	628	640	1,91	666	4,06	680	2,10	671	-1,32	633	-5,66	629	-0,63
KH Floridsdorf	372	393	5,65	414	5,34	418	0,97	423	1,20	425	0,47	427	0,47
Kaiser-Franz-Josef-Sp.	1.344	1.448	7,74	1.505	3,94	1.580	4,98	1.594	0,89	1.620	1,63	1.650	1,85
KH Lainz	2.106	2.255	7,08	2.376	5,37	2.477	4,25	2.483	0,24	2.497	0,56	2.496	-0,04
KA Rudolfstiftung	1.564	1.756	12,28	1.864	6,15	2.049	9,92	1.973	-3,71	1.973	0,00	1.991	0,91
Wilhelminenspital	2.096	2.259	7,78	2.480	9,78	2.549	2,78	2.613	2,51	2.629	0,61	2.692	2,40
Allgem. Poliklinik	313	210	-32,91	188	-10,48	186	-1,06	169	-9,14	182	7,69	127	-30,22
PZ-Sophien-Sp.-KH	137	148	8,03	151	2,03	84	-44,37	81	-3,57	90	11,11	93	3,33
Pulmologisches Zentrum	648	742	14,51	809	9,03	815	0,74	836	2,58	846	1,20	861	1,77
Psych. KH Baumgartner	977	1.027	5,12	1.087	5,84	1.143	5,15	1.105	-3,32	1.009	-8,69	989	-1,98
Orthop. KH Gersthof	181	197	8,84	211	7,11	235	11,37	238	1,28	238	0,00	237	-0,42
Kinderklinik Glanzing	166	174	4,82	189	8,62	187	-1,06	183	-2,14	171	-6,56	149	-12,87
Preyer'sches Kindersp.	275	290	5,45	304	4,83	317	4,28	320	0,95	321	0,31	301	-6,23
Semmelweis Frauenkl.	191	197	3,14	213	8,12	267	25,35	254	-4,87	236	-7,09	254	7,63
NKH-Maria-Theresien-Schl.	118	131	11,02	144	9,92	151	4,86	163	7,95	158	-3,07	172	8,86
Mautner-Markhof'sches Kdsp	192	202	5,21	199	-1,49	165	-17,09	164	-0,61	153	-6,71	112	-26,80
NKH Rosenhügel	374	398	6,42	413	3,77	438	6,05	440	0,46	414	-5,91	421	1,69
SMZO-Donauspital	1.599	2.115	32,27	2.398	13,38	2.691	12,22	2.691	0,00	2.646	-1,67	2.752	4,01
Gesamtsumme	19.752	22.067	11,72	24.985	13,22	25.985	4,00	26.225	0,92	26.155	-0,27	26.537	1,46

Tabelle 10: Entwicklung der Gesamtkosten in Mio. Schilling der Wiener Krankenanstalten⁹⁴

4.1.6 Einbindung von niedergelassenen Ärzten

Da die Patienten möglichst bald wieder entlassen werden sollen, wird es als notwendig erachtet, in die Behandlung des Hausarztes zurückkehren. Dadurch wird es nötig, mit diesen Absprachen zu treffen und den Arzt in den Heilungsprozess zu integrieren, wodurch eine Optimierung des medizinischen Behandlungsablaufes erreicht werden soll.⁹⁵

4.1.7 Ausschluss von Mehrfachuntersuchungen

Durch genau definierte und standardisierte Diagnose- und Leistungsdokumentation in allen Krankenhäusern können Mehrfachuntersuchungen, die bei Überweisungen in anderen Krankenanstalten entstanden sind nunmehr entfallen, da die Daten bezüglich der Krankengeschichte eines Patienten standardisiert sind und leicht transferiert werden können.⁹⁶

⁹⁴ vgl. Wiener Krankenanstaltenverbund, zentrale Statistikdatenbank 1999

⁹⁵ vgl. Holler, 1993, S 40.

⁹⁶ vgl. BM für Gesundheit, Arbeit und Soziales, 2000c, S 4 f.

4.1.8 Verbesserung der Leistungs- und Kostentransparenz

Ein wesentlicher Wert der Dokumentation ist die Nutzung für interne Zwecke. Durch die strukturierte Erfassung der Daten stehen wesentliche Informationen über das Diagnosen- und Leistungsspektrum einer Krankenanstalt oder Abteilung zur Verfügung. Dadurch ist erstmals ein qualifizierter Vergleich der unterschiedlichen Leistungs- und damit Kostenstrukturen der einzelnen Gesundheitseinrichtungen möglich. Die Dokumentation von erbrachten Leistungen und Kosten lässt darüber hinaus wissenschaftliche Vergleiche zu, die für die Ärzte eine wesentliche Informationsquelle darstellen.⁹⁷

4.1.9 Grundlage für struktur- und gesundheitspolitische Maßnahmen

Diese Dokumentationsbasis steht darüber hinaus dem Staat und übergeordneten Gesundheitseinrichtungen für nationale und internationale Vergleiche (WHO-Statistik) und als Grundlage für struktur- und gesundheitspolitische Maßnahmen zur Verfügung.

So sind umfang- bzw. zweckerweiternde Neu-, Zu- und Umbauten von Krankenanstalten sowie die Anschaffung von medizinisch-technischen zu genehmigen und in Form von Investitionszuschüssen finanziell mitzutragen. Der Bedarf an Gesundheitseinrichtungen und die Dringlichkeit der zu setzenden Maßnahmen sind aufgrund der nunmehr vorliegenden Diagnosen- und Leistungsdaten besser zu planen.

4.1.10 Hebung des Kostenbewusstseins

Für das Krankenhausmanagement wird es möglich, das Krankenhaus durch die Kosten- und Leistungstransparenz nach betriebswirtschaftlichen Aspekten zu führen. Die Gegenüberstellung der Kosten mit den Erlösen kann für strategische Entscheidungen eine wichtige Informationsgrundlage bieten und Anhaltspunkte für Rationalisierungsmaßnahmen geben.⁹⁸

4.1.11 Kapazitätssteuerung

Gleichzeitig eröffnen sich Möglichkeiten zu einer Kapazitätssteuerung, d.h., es sollen ökonomische Anreize gesetzt werden, damit die Krankenhäuser zu einem Kapazitäts-

⁹⁷ vgl. österr. Gesellschaft f. Gesundheitsökonomie, 1993, S 80f.

⁹⁸ vgl. österr. Gesellschaft f. Gesundheitsökonomie 1993, S 20.

ausbau oder einem Kapazitätsabbau in bestimmten Abteilungen veranlaßt werden können.⁹⁹

4.1.12 Verlagerung von stationäre auf ambulante Behandlung

Eine ambulante Versorgung der Patienten ist naturgemäß kostengünstiger als eine stationäre Aufnahme, da die Pflegekosten und Kosten für Hotellerie für den Patienten wegfallen. Der Trend zu ambulanten Leistungen, Tageskliniken, Tagesheimen etc. wird weiter zunehmen. Krankheiten und Verletzungen, die nicht unbedingt einer Einweisung bedürfen, sollen auch ambulant behandelt werden.¹⁰⁰

4.2 Negative Auswirkungen

4.2.1 Zunahme der Aufnahmezahlen

Die Zunahme der Aufnahmezahlen ist unter anderem auf einen Anstieg der Tagespatienten zurückzuführen.

⁹⁹ vgl. Schlüchtermann, 1993, S 16.

¹⁰⁰ vgl. Schlüchtermann, 1993, S 16.

Wiener städtische Krankenanstalten											
Aufnahmen											
Krankenhaus	1993	1994	% zu Vorj.	1995	% zu Vorj.	1996	% zu Vorj.	1997	% zu Vorj.	1998	% zu Vorj.
Kaiser Franz Josef Spital	24.091	23.890	-0,83	24.428	2,25	24.627	0,81	26.491	7,57	27.807	4,97
Krankenhaus Lainz	40.428	39.891	-1,33	41.211	3,31	40.964	-0,60	43.428	6,02	47.097	8,45
KA Rudolfstiftung	29.581	29.043	-1,82	29.020	-0,08	30.425	4,84	34.283	12,68	35.472	3,47
Wilhelminenspital	38.148	39.916	4,63	41.499	3,97	40.892	-1,46	43.901	7,36	46.404	5,70
Donauspital-SMZO	26.241	32.342	23,25	39.792	23,04	40.495	1,77	44.460	9,79	47.765	7,43
Kaisein Elisabeth Spital	9.879	9.972	0,94	10.119	1,47	9.567	-5,46	9.037	-5,54	9.429	4,34
KH Floridsdorf	6.510	6.696	2,86	6.439	-3,84	6.829	6,06	7.670	12,32	7.895	2,93
Allgemeine Poliklinik	2.543	2.321	-8,73	2.070	-10,81	1.949	-5,85	1.971	1,13	848	-56,98
PZ Sophienspital	537	582	8,38	626	7,56	703	12,30	777	10,53	761	-2,06
Pulmologisches Zentrum	10.636	11.130	4,64	12.503	12,34	12.612	0,87	12.117	-3,92	12.433	2,61
Orthop. KH Gersthof	2.821	2.893	2,55	3.092	6,88	3.153	1,97	3.066	-2,76	3.217	4,92
Semmelweis Frauenkl.	5.520	5.286	-4,24	4.989	-5,62	5.242	5,07	5.343	1,93	5.312	-0,58
Kinderklinik Glanzing	2.627	3.258	24,02	3.060	-6,08	1.884	-38,43	1.683	-10,67	1.476	-12,30
Preyer'sches Kdsp.	8.070	7.998	-0,89	7.787	-2,64	5.810	-25,39	6.140	5,68	6.103	-0,60
Mautner Markhof Kdsp.	5.205	3.787	-27,24	2.920	-22,89	2.476	-15,21	2.316	-6,46	1.475	-36,31
Maria Theresien Schl.	1.815	3.114	71,57	3.595	15,45	3.362	-6,48	3.580	6,48	3.790	5,87
NKH Rosenhügel	2.846	2.774	-2,53	2.719	-1,98	2.823	3,82	3.214	13,85	3.083	-4,08
Akutanstalten o. AKH	217.498	224.893	3,40	235.869	4,88	233.813	-0,87	249.477	6,70	260.367	4,37
Allgem. Krankenhaus	60.577	65.435	8,02	72.378	10,61	74.291	2,64	85.836	15,54	88.689	3,32
Summe Akutanstalten	278.075	290.328	4,41	308.247	6,17	308.104	-0,05	335.313	8,83	349.056	4,10
PKH Baumgartner Höhe	6.009	5.749	-4,33	6.033	4,94	5.467	-9,38	19.674	259,87	18.887	-4,00
PT Ybbs/D.	508	659	29,72	770	16,84	873	13,38	902	3,32	960	6,43
Summe Psych. KH	6.517	6.408	-1,67	6.803	6,16	6.340	-6,81	20.576	224,54	19.847	-3,54
Gesamtsumme	284.592	296.736	4,27	315.050	6,17	314.444	-0,19	355.889	13,18	368.903	3,66

Tabelle 11: Anzahl der Aufnahmen der Wiener Krankenanstalten¹⁰¹

4.2.2 Problem der Frühentlassung

Hauptpunkt der Befürchtungen ist, dass Krankenanstalten danach trachten, Patienten möglichst früh wieder zu entlassen, und dass dies dann den Heilungserfolg des Patienten beeinträchtigt.¹⁰² Um diesem Problem entgegenzuwirken sind Verweildauerunter- und -obergrenzen eingeführt worden (siehe Pkt. 2.1.2). Wird nun ein Patient vor den in der Verweildaueruntergrenze angegebenen Tagen entlassen, gibt es Abschlüsse bei der Bepunktung der Behandlung.

¹⁰¹ vgl. Wiener Krankenanstaltenverbund, zentrale Statistikdatenbank 1999

¹⁰² vgl. Radner/Gstöttner, 1994, S 85.

4.2.3 Manipulationsgefahr bei den Diagnosen

Unter Umständen werden die Ärzte dazu verleitet, bei Behandlungen bestimmter Hauptdiagnosen weitere Zusatzdiagnosen zu inkludieren. Es kann auch zu einer Selektion der Diagnosen kommen um eine möglichst hohe Punkteanzahl zu erreichen.¹⁰³

Pro Patient und Krankenhausaufenthalt ist exakt eine **Hauptdiagnose** anzugeben. Die Hauptdiagnose umschreibt jene Krankheit, die sich nach Durchführung genauer Untersuchungen letztlich als Hauptgrund für den stationären Krankenhausaufenthalt herausstellt. Sie ist diejenige Diagnose, die der Hauptanlass für die Behandlung und Untersuchung des Patienten ist.

Zusatzdiagnosen sind Nebenerkrankungen und Komplikationen die während des Behandlungszeitraumes gleichzeitig bestanden, oder sich während des Behandlungszeitraumes entwickelt haben, und die Behandlung des Patienten beeinflussten. Bis zu 9 Zusatzdiagnosen werden leistungsorientiert abgerechnet.¹⁰⁴

Um diesem Missbrauch entgegenzuwirken, wäre es unbedingt erforderlich zumindest stichprobenmäßig Kontrollen vor Ort in den Krankenhäusern durchzuführen.

4.2.4 Zu große Unterschiede in der Bezahlung¹⁰⁵

Da der LKF-Steuerungsbereich länderspezifisch gestaltet werden kann, bekommen die verschiedenen Krankenanstalten für die Behandlung der gleichen Diagnose zwar die gleiche Summe an Punkten, aber nicht die gleiche Summe an Geldeinheiten. Die Fonds der einzelnen Bundesländer sind selbstständige Rechtspersönlichkeiten und legen mittels Richtlinien die Umrechnung von Punkten in Schilling fest. Dies ist zwar verfassungsrechtlich verständlich, da die Rechte der Länder respektiert werden, ist aber gesundheitspolitisch völlig unverständlich und führt bei länderübergreifenden Datenauswertungen zu Problemen. Am Beispiel der Behandlung eines Schlaganfalles soll dies konkret aufgezeigt werden.

Die Krankheit Schlaganfall betreffen insgesamt 9 verschiedene Hauptdiagnosen (ICD-Code 430 bis 438) und 6 verschiedene LDF-Gruppen. Daraus ergibt sich ein Wert zwi-

¹⁰³ vgl. Radner/Gstöttner, 1994, S 85 ff.; Dézsy/ Kern/Girardi, 1998, S 118.

¹⁰⁴ vgl. BM für Arbeit, Gesundheit und Soziales, 2000c, S 16 f.

¹⁰⁵ vgl. Dézsy/Kern/Girardi, 1998, S 59 ff.

schen 42.739 und 79.169 Punkte für die Behandlung eines Schlaganfalles. Für die weitere Vorgehensweise wird ein Durchschnittswert der ICD-Codes berechnet.

ICD-Code	Meldungen im Jahr 1996	LDF-Pauschale mit medizinischer Einzelleistung	Summe der LDF-Punkte für das Jahr 1996
430	1.615	65.694	106.095.810
431	3.435	79.169	271.945.515
432	900	79.169	71.252.100
433	4.570	64.825	296.250.250
434	4.899	64.825	317.577.675
435	12.232	42.967	525.572.344
436	15.655	64.825	1.014.835.375
437	9.464	42.739	404.481.896
438	1.906	42.739	81.460.534
Summe	54.676		3.089.471.499
Meldungen 1996			54.676
Durchschnittliche Punkte je Schlaganfall			56.505

Tabelle 12: LDF-Summen für 1996¹⁰⁶

Dividiert man die gesamte Punkteanzahl durch die Anzahl der Meldungen, ergibt sich ein Wert von 56.505 Punkten pro durchschnittlichem Schlaganfall.

Nicht nur, dass in jedem Bundesland andere Richtlinien gelten, um von der Punktesumme auf die Schillingbeträge umzurechnen, bestehen auch unterschiedliche Richtlinien für verschiedene Krankenhäuser im gleichen Bundesland. Der Grund liegt darin, dass die verschiedenen Krankenanstalten eine unterschiedliche Apparateausstattung, einen unterschiedlichen Personalstand etc. besitzen (vgl. Pkt. 2.2.). Dennoch erscheint diese Regelung eine zu grobe Problembewältigung zu sein, um gesundheitspolitisch akzeptiert werden zu können.

Im folgenden werden die Art und Weise der Umrechnung von Punkten ausgehend von 56.505 Punkten/Fall zu Schillingen dargelegt.

Bundesland	Regelung	Schillingsumme für Schlaganfall
Burgenland	Es konnten keine Auskünfte über die Umrechnung von Punkten in Schillinge erhalten werden.	
Kärnten	Jeder Punkt wird mit 51 Groschen multipliziert.	28.818,-
Niederöster-	Jeder Punkt wurde 1997 mit 100 Groschen multipliziert.	56.505,-

¹⁰⁶ entnommen aus: Dézsy/Kern/Girardi, 1998, S 111.

reich		
Oberösterreich	Jeder Punkt wird mit 66 Groschen multipliziert.	37.293,-
Salzburg	1997 wurde durchschnittlich jeder Punkt mit 91 Groschen multipliziert. Die Bewertungsspanne reicht aber von 52 Groschen bis zu 1,13 Schillingen.	51.420,-
Steiermark	Ein Punkt wird mit durchschnittlich 60 Groschen multipliziert.	33.903,-
Tirol	Das LKH Innsbruck wird mit 87 Groschen, das KH Kufstein mit 81 Groschen und alle anderen Krankenhäuser mit 79 Groschen pro Punkt multipliziert.	Zw. 44.639,- und 49.159,-
Vorarlberg	Jeder Punkt wird mit 115 Groschen multipliziert.	64.981,-
Wien	Die Punkte werden mit einem Faktor der je nach Krankenanstalt zwischen 0,085 und 1,75 variiert multipliziert. Diese bewertete Punktesumme wird mit 52 Groschen je Punkt multipliziert.	Zw. 26.416,- und 55.008,-

Abbildung 11: Abrechnungsregelung des LKF-Steuerungsbereiches für das Jahr 1998¹⁰⁷

Ein durchschnittlicher Schlaganfall ergibt österreichweit einheitlich 56.505 Punkte, bringt jedoch für das Krankenhaus zwischen 26.416,- und 64.981,- Schilling. Bei allem Verständnis für die eigenständige Kompetenzregelung der Bundesländer und für die Unterschiedlichkeit der Krankenanstaltenausstattung, dies erscheint doch als viel zu große Differenz und es nicht glaubwürdig, dass die Kosten im gleichen Ausmaß differieren.

4.2.5 Patientenselektion

Bei fallpauschalisierten Systemen kann sich auch die Gefahr der Patientenselektion ("Rosinenpicken") ergeben, d.h., insbesondere Krankenhäuser niedriger Versorgungsstufen versuchen, Patienten mit komplizierter und ökonomisch unvorteilhafter Fallstruktur an andere Häuser zu verweisen.¹⁰⁸

4.2.6 Kostenverlagerung

Mit einem diagnosebezogenen Abrechnungssystem ist eine Kostenverlagerung in den Bereich außerhalb der Krankenanstalten verbunden. Die freipraktizierenden Ärzte werden stärker mit der Selektion befasst werden und stärker eigenen Maßnahmen durchführen müssen. Es werden aber auch Vordiagnosen oder Voruntersuchungen, wie Laboruntersuchungen und Röntgenuntersuchungen in den vorstationären Bereich, bzw. aufgrund der früheren Entlassung in den nachstationären Bereich verlegt.¹⁰⁹

¹⁰⁷ entnommen aus: Dézsy/Kern/Girardi, 1998, S 114.

¹⁰⁸ vgl. Schlichtermann, 1993, S 16 f.

¹⁰⁹ vgl. Radner/Gstöttner, 1994, S 86.

4.2.7 Fehler bei der Datenerfassung

Die Erfassung und Dokumentation der Daten ist ein Prozess, der je nach Struktur und Ablauf mehr oder weniger Fehlerquellen in sich birgt.

Dieser Datensatz enthält administrative und medizinische Daten. Davon ausgehend, dass die Dokumentation der administrativen Daten einen in Organisation und Ablauf relativ einfachen und somit nahezu fehlerfreien Prozess darstellt, ist die Dokumentation der medizinischen Daten aufgrund der Vielschichtigkeit des Erfassungs- und Übermittlungsprozesses fehleranfällig. Daher ist es unbedingt erforderlich, diese Daten vor ihrer Weiterverwendung als Grundlage für die leistungsorientierte Finanzierung oder für statistische Auswertungen auf ihre Qualität hin zu überprüfen. Dies soll einerseits mittels händischer Überprüfung der Dokumentation von Fachleuten, andererseits durch Anwendung von automatisierten Prüfroutinen geschehen.

Die automatisierten Prüfroutinen basieren auf einem logischen, auf medizinischen Plausibilitäten beruhenden Zusammenhang der Daten, und sind in dem vom Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales zur Verfügung gestellten LKF-Bepunktungsprogramm integriert. Die medizinischen Daten werden automatisch hinsichtlich der folgenden Plausibilitäten geprüft:

- Plausibilität zwischen Diagnose(n) und Alter,
- Plausibilität zwischen Diagnose(n) und Geschlecht,
- Plausibilität zwischen Diagnose(n) und medizinischen Einzelleistungen,
- Plausibilität zwischen medizinischer Einzelleistung und Alter,
- Plausibilität zwischen medizinischer Einzelleistung und Geschlecht,
- Plausibilität zwischen medizinischer Einzelleistung und Anzahl der Erbringung,
- Plausibilität von Diagnose(n) und medizinischen Einzelleistungen bei "0-Tagespatienten".¹¹⁰

4.2.8 Bürokratismus

Eine weitere Befürchtung besteht darin, dass der Verwaltungsapparat vergrößert werden muss, und dies den medizinisch-technischen Fortschritt verlangsamt und auch keine

Mittel für Forschungskosten vorhanden sind. Aufgrund der umfangreichen Diagnose- und Leistungserfassung wird sich ein vermehrter Bürokratismus und Verwaltungsaufwand nicht vermeiden lassen, er sollte jedoch auf ein Ausmaß beschränkt werden, der die eigentliche Behandlung des Patienten nicht gefährdet.¹¹¹

5. Weiterentwicklung des LKF-Systems seit 1997

In der "Vereinbarung gemäß Art. 15 a B-VG über die Reform des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 1997 bis 2000" ist festgehalten, dass das LKF-System laufend zu warten und so den strukturellen, medizinischen und wirtschaftlichen Entwicklungen anzupassen ist. Dazu ist die laufende Beobachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen als eine wesentliche Aufgabe der Strukturkommission definiert worden. Mit der kontinuierlichen Wartung sollen auch Schwächen oder Unplausibilitäten im System bereinigt werden.

Die Überarbeitungen basieren auf den Erfahrungen aus den jeweils aktuell vorliegenden Daten sowie auf den Stellungnahmen und Anregungen der Landesfonds und der Krankenanstalten. Weiters werden Ergänzungen im Leistungskatalog durchgeführt, um die Dokumentation und Abrechnungen von Leistungen auf dem Stand der medizinischen Entwicklung zu halten.¹¹²

Die jährlichen Revisionen des LKF-Systems enthielten folgende wesentliche Schwerpunkte:

- Durch **Einführung neuer LDF-Gruppen** hat sich die Zusammensetzung der einzelnen LDF-Gruppen verschoben und so teilweise auch zu geringfügigen Änderungen in den Punkten einzelner LDF-Gruppen geführt.
- Weiters wird darauf hingewiesen, dass die Punkte auf den Kalkulationen der Referenzkrankenhäuser des Jahres 1993 beruhen. Bei Vorliegen von **aktuelleren Kalkulationen** wurden diese auf das Basisjahr 1993 abgezinst, um die Homogenität der Punkterelation zu gewährleisten.

¹¹⁰ vgl. BM für Gesundheit, Arbeit und Soziales, 2000a, S 9 f.

¹¹¹ vgl. Radner/Gstöttner, 1994, S 93 ff.

¹¹² vgl. BM für Arbeit, Gesundheit und Soziales, 2000a, S 5.

- Im Jahr 1998 wurden die **Belagsdauermitelwerte und Intervalle** aller LDF-Pauschalen mit den Daten 1995 aktualisiert.
- Im Bereich der **Kinder- und Jugendneuropsychiatrie** wurde durch die Festlegung von Funktionseinheiten bzw. die Definition spezieller Leistungen das Leistungsbild dieses Fachbereichs adäquat dargestellt und bepunktet.¹¹³

5.1 Einführung einer Intensivdokumentation

Ab 1. März 1998 wurde ein eigenes Dokumentationssystem für die Patienten und Leistungen auf Intensivstationen eingeführt. Die Intensivdokumentation ist für alle seit dem **1. Jänner 1999** auf Intensivstationen aufgenommenen Patienten verpflichtend durchzuführen.

Eingeführt hat das Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales diese Dokumentationspflicht zur Verbesserung der bisher mangelnden Transparenz des Leistungsgeschehens und Patientenspektrums in den Intensivstationen.

Dieses, im Intensivbereich eingeführte Dokumentationssystem wurde mehrzweckorientiert gestaltet. Das heißt, dass das System verschiedene Verwendungsmöglichkeiten zulässt, von der Bewertung des Pflege- und Therapieaufwandes bzw. des Schweregrades der im Intensivbereich behandelten Patienten, über Fragestellungen an eine medizinisch wissenschaftliche Dokumentation, bis hin zur Aufgabenstellung einer effizienten krankenhausesinternen Qualitätssicherung.¹¹⁴

Intensivstationen, die keinen Intensivbericht vorlegen, werden im LKF-Intensiveinstufungsmodell nicht eingestuft und erhalten keine Intensivzuschläge.

Für die Einstufung von Intensivstationen müssen folgende Kriterien erfüllt sein:

- Vorliegen einer sanitätsbehördlichen Bewilligung.
- Führung einer klar abgegrenzten Kostenstelle.
- Vorliegen einer Mindestpersonalausstattung.
- Grundsätzlich 4 tatsächliche Betten Untergrenze.

¹¹³ vgl. BM für Arbeit, Gesundheit und Soziales, 2000b, S 7.

¹¹⁴ vgl. BM für Arbeit, Gesundheit und Soziales, 2000c, S 4.

- Anerkennung der Einstufung durch die Landeskommission.

Wie hoch die Intensivstationen eingestuft werden hängt vom durchschnittlichem Schweregrad der Erkrankungen der behandelten Patienten ab. Maßgebend dafür sind die sogenannten TISS-28 Punkte, die eine Beurteilung des Pflege- und Therapieaufwandes ermöglichen. Dies ist ein Parameter zur Einstufung der Schwere der Erkrankung des Patienten. Darunter fallen beispielsweise Hirndruckmessung, Atemtherapie, Nierenerersatztherapie usw. Mindestens 16 Punkte müssen pro Intensivpatient erreicht werden, um überhaupt als solcher eingestuft zu werden.¹¹⁵

Die Intensivstationen werden aufgrund der durchschnittlich erreichten TISS-28 Punkte der dort untergebrachten Patienten in 6 Kategorien unterteilt. Je nach Einstufung erhält das Krankenhaus zwischen 5.024 und 19.423 Zusatzpunkte pro Tag und Patient.¹¹⁶

6. Änderungen ab 2001

Das mit 1. Jänner 1997 bundesweit eingeführte und seither jährlich weiterentwickelte leistungsorientierte Finanzierungssystem für den stationären Krankenanstaltenbereich stellt einen ersten Schritt der Reform der Krankenanstaltenfinanzierung dar und baut auf den zur Zeit zur Verfügung stehenden Datengrundlagen auf. Das Finanzierungssystem und seine leistungsorientierten Diagnosefallgruppen werden aufgrund der regelmäßig gewonnenen praktischen Erfahrungen weiterhin jährlich einer Revision unterzogen und in den verschiedenen medizinischen Leistungsbereichen verfeinert und kontinuierlich verbessert. Zur Aktualisierung der Punkterelationen im LKF-Modell werden im Jahr 1999 gemeinsam mit Referenzkrankenanstalten LKF-Nachkalkulationen durchgeführt und in das System übernommen.

Darüber hinaus wird die Einführung der Diagnoseschlüssels ICD-10 und die Einführung eines International in Anwendung befindlichen Klassifikationsschlüssels für medizinische Prozeduren vorbereitet. Der Zeitpunkt der Umstellung und die Wahl des internationalen Leistungskataloges stehen in engem Zusammenhang mit der Weiterentwicklung des LKF-Systems.

¹¹⁵ vgl. BM für Arbeit, Gesundheit und Soziales, 2000b, S 7 ff.

¹¹⁶ vgl. BM für Gesundheit und Konsumentenschutz, 1999, S 5.

Um dem LKF-System genügend Zeit zur Konsolidierung einzuräumen, wird entsprechend dem Wunsch der Länder vor Ende der Laufzeit der ersten Vereinbarungsperiode (Ende 2000) keine verbindliche Einführung des Diagnoseschlüssels ICD-10 vorgenommen. Die österreichischen Krankenanstalten haben jedoch bereits seit 1. Jänner 1999 die Möglichkeit, den Diagnoseschlüssel ICD-10 auf freiwilliger Basis anzuwenden.

Weitere tiefgreifende Systemänderungen sind nicht geplant. Allerdings sind noch Verhandlungen mit allen Beteiligten, über die Höhe der Beitragszahlungen in die einzelnen Landesfonds, zu führen.

Teil D: Die Kosten- und Leistungsrechnung in österreichischen Krankenanstalten

1. Begriff und Aufgaben der Kosten- und Leistungsrechnung

1.1 Wesensmerkmale des Kostenbegriffs

Kosten entstehen durch den bewerteten Einsatz von Produktionsfaktoren zur Erstellung von Sach- und Dienstleistungen. Sie ergeben sich in der Regel aus dem Produkt aus Einsatzmengen und Preis eines Produktionsfaktors.

Lechner, Egger, Schauer bezeichnet die Kosten als

Werteinsatz zur Leistungserstellung.

*Mellerowicz*¹¹⁷ führt folgende Zwecke der Kostenrechnung an:

- Ermittlung der Selbstkosten zur Bildung oder Kontrolle der Angebotspreise.
- Messung der Wirtschaftlichkeit der Betriebsgebarung.
- Bewertung der Bestände an Halb- und Fertigfabrikaten.
- Bereitstellung von Grundlagen für die Unternehmenspolitik (Planung, Kontrolle, Disposition).

1.2 Wesensmerkmale des Leistungsbegriffs

*Moews*¹¹⁸ versteht unter Leistungen die bewertete, aus dem betrieblichen Produktionsprozess resultierende (sachzielbezogene) Güterentstehung. Der Leistungsbegriff wird demnach durch die folgenden drei Merkmale bestimmt:

- Es entstehen neue Wirtschaftsgüter in der Unternehmung.
- Diese Güterentstehung ist das Ergebnis des betrieblichen Produktionsprozess.
- Das mengenmäßige Ergebnis wird mit Preisen bewertet.

¹¹⁷ vgl. Mellerowicz, 1972, S 9.

¹¹⁸ vgl. Moews, 1992, S 13.

1.3 Grundbegriffe der Kosten- und Leistungsrechnung

1.3.1 Abgrenzungen

Einzahlungen und Auszahlungen: Unter Einzahlungen wird der Zugang an liquiden Mitteln, unter Auszahlungen der Abgang an liquiden Mitteln verstanden.¹¹⁹

Einnahmen und Ausgaben: Einnahmen und Ausgaben unterscheiden sich von Einzahlungen und Auszahlungen dadurch, dass die tatsächlichen Abflüsse oder Zuflüsse von Zahlungsmitteln um Forderungen bzw. Schulden berichtigt sind.¹²⁰

Erträge und Aufwendungen: Unter Ertrag versteht man das Zufließen von Geld und Gütern (auch in Form von Forderungen) für die durch die Unternehmung in der Erfolgsperiode erbrachten Leistungen. Unter Aufwendung versteht man jeden im Rahmen der Unternehmung erfolgenden mit Anschaffungspreisen bewerteten Verbrauch von Gütern und Dienstleistungen.

Leistungen und Kosten: Leistungen sind die im Zusammenhang mit der Erfüllung des Betriebszweckes bewerteten Güterentstehungen nach kalkulatorischen Gesichtspunkten. Unter Kosten versteht man nach kalkulatorischen Gesichtspunkten einen bewerteten, leistungsbezogenen Güterverbrauch.¹²¹

1.4 Verrechnungsbezogene Kosten

Nach der unterschiedlichen Verrechnung der Kosten auf die Kostenträger lassen sich folgende Kosten unterscheiden:

Einzelkosten: Die Einzelkosten sind Kosten, welche den Kostenträgern unmittelbar zugerechnet werden. Deshalb bezeichnet man sich auch als direkte Kosten oder Kostenträgereinzelkosten (z. B. Transplantate, Verbandsmaterial, Nahtmaterial, Blutkonserven etc.)

Gemeinkosten: Unter Gemeinkosten werden jene Kosten verstanden, die den Kostenträgern nicht direkt zugerechnet werden, weil entweder kein unmittelbarer Leistungszusammenhang besteht (echte Gemeinkosten) oder weil sie aus Gründen der Wirtschaftlichkeit der Kostenrechnung Kostenstellenweise als Gemeinkosten erfasst werden (un-

¹¹⁹ vgl. Fuchs, 1988, S 43.

¹²⁰ vgl. Olfert, 1994, S 36.

echte Gemeinkosten). Darunter fallen beispielsweise Unterhalt und Reparaturen von Immobilien und Mobilien, Kosten für Energie und Wasser, Anlagennutzung.

1.5 Primäre und sekundäre Gemeinkosten

Primäre Kosten sind Kosten, die direkt aus der Kostenartenrechnung den Kostenstellen zugeordnet werden. Es handelt sich hierbei um Kosten, die aus dem Verbrauch von Produktionsfaktoren resultieren, die von außen bezogen wurden.¹²²

Sekundäre Kosten entstehen durch den Verbrauch innerbetrieblicher und selbsterstellter Leistungen, wie z. B. Untersuchungen in Laboren. Diese sind aus den primären Kostenarten, z. B. Personalkosten und Sachkosten für Chemikalien und ggf. auch aus anderen sekundären Kostenarten zusammengesetzt. Diese Kosten werden dann den anfordernden Kostenstellen zugerechnet.¹²³

1.6 Fixe und variable Kosten

Fixe Kosten zeigen innerhalb bestimmter Beschäftigungsgrenzen und innerhalb eines bestimmten Zeitraumes keine Veränderungen auf, wie beispielsweise Gebäudeabschreibung, Versicherungen, Personalkosten in Höhe einer notwendigen Mindestbesetzung, etc. Es gibt ohne Einschränkung des Betrachtungszeitraumes und der Beschäftigung keine fixen Kosten, zumindest langfristig sind praktisch alle Kosten variabel.

Variable Kosten sind Kosten, die sich bei Beschäftigungsschwankungen unmittelbar ändern. Variable Kosten können Einzelkosten oder Gemeinkosten sein. Sie fallen nur an, wenn Leistungen erstellt werden (z. B. Medikamente, Reagenzien, Einmalmaterialien). Als Einzelkosten werden sie den Erzeugnissen direkt zugerechnet, als Gemeinkosten indirekt über die Kostenstellen. Variable Kosten können einen proportionalen, progressiven oder einen degressiven Verlauf aufweisen.¹²⁴

1.7 Vollkostenrechnung und Teilkostenrechnung

Ein Kostenrechnungssystem, das alle angefallenen Kosten auf die Kostenträger verrechnet, wird als **Vollkostenrechnung** bezeichnet. Sie ist dem berechtigten Einwand

¹²¹ vgl. Seicht, 1995, S 26 ff.

¹²² vgl. Seicht, 1995, S 41.

¹²³ vgl. Keun, 1996, S 91.

¹²⁴ vgl. Olfert, 1994, S 56 ff.

ausgesetzt, dass sie nicht dem Verursachungsprinzip entspricht, weil sie auch die Fixkosten auf die Leistungen verteilt und dies zu unternehmerischen Fehlentscheidungen führen kann, da die relevanten Kosten selten mit den Vollkosten übereinstimmen.

Die **Teilkostenrechnung** verteilt nur die variablen Kostenteile auf die Leistungen womit dem kausalen Verursachungsprinzip entsprochen wird. Die Fixkosten werden separat verrechnet.¹²⁵

Aufgrund des hohen Fixkostenanteils in den Krankenhäusern erscheint eine Teilkostenrechnung als nicht sinnvoll, zumal die Aussagekraft auch äußerst gering ist, da die Trennung der Kosten in fixe und variable Komponenten mit großen Schwierigkeiten verbunden ist. Ein Krankenhaus kann weiters eine Leistung nicht ablehnen, nur weil bei einer Deckungsbeitragsrechnung ein negativer Betrag ermittelt wurde, das "Gewinnoptimum" ist nicht oberste Maxime. Die meisten Krankenhäuser führen daher nur eine Vollkostenrechnung durch.¹²⁶

2. Grundlegende Bestandteile eines Kostenrechnungssystems

Es bedarf eines Instrumentariums, mit dessen Hilfe, die in der Unternehmung entstandenen Kosten erfasst, und auf die Leistungen verrechnet werden. Dies geschieht durch die einzelnen Bestandteile der Kosten- und Leistungsrechnung.

Die Aufgabe sämtliche Kosten zu erfassen übernimmt die Kostenartenrechnung (vgl. Pkt. 5.2.1., Teil B) Die *Kostenstellenrechnung* (vgl. Pkt. 5.2.2., Teil B) lastet daraufhin den einzelnen betrieblichen Bereichen die dort entstandenen Kosten an. Durch diese Kostenzurechnung, die möglichst nach Maßgabe des Verursachungsprinzips vorgenommen werden sollte, wird eine genaue Wirtschaftlichkeitskontrolle durch einen Vergleich von Soll- und Istkosten möglich. Im letzten Schritt werden die Kosten den Leistungen einer Abrechnungsperiode zugerechnet und den entsprechenden Verkaufserlösen im Rahmen der *Kostenträgerrechnung* gegenübergestellt.¹²⁷

¹²⁵ vgl. Haberstock, 1987, S 67.

¹²⁶ vgl. Egger, 1979, S 23 f.

¹²⁷ vgl. Freidank, 1991, S 94.

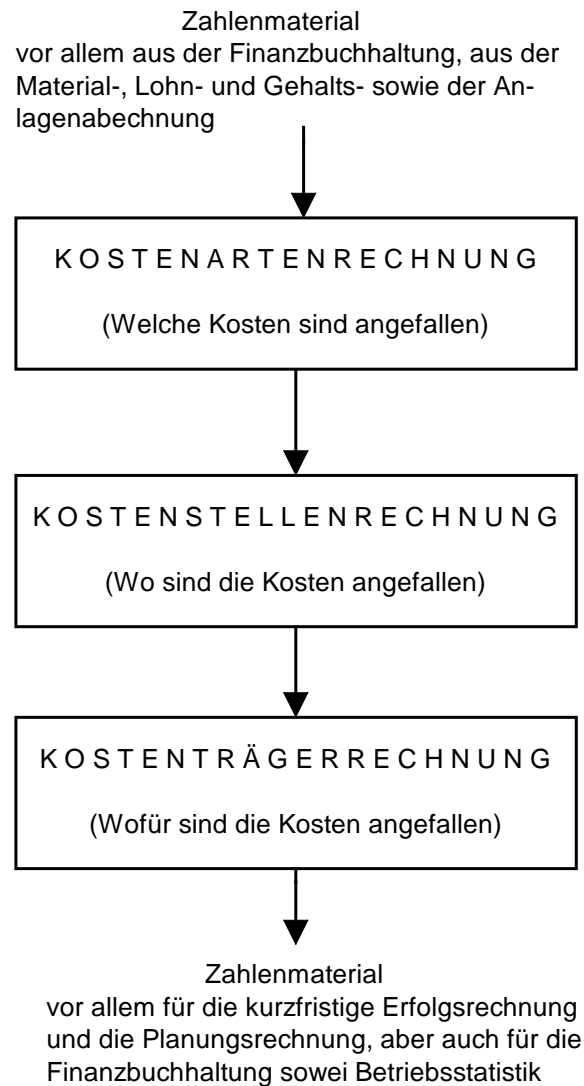


Abbildung 12: Die Teilbereiche der Kostenrechnung¹²⁸

3. Die Kostenrechnung in Dienstleistungsunternehmen

Während für produzierende Unternehmen die Kosten- und Leistungsrechnung bereits seit Jahrzehnten intensiv diskutiert und methodisch verfeinert wird, sind für Unternehmen im Dienstleistungsbereich viele Kostenrechnungsprobleme noch ungelöst. Dies mag darauf zurückzuführen sein, dass die Systeme der Kostenrechnung primär für den Fertigungsbetrieb konzipiert wurden und demgemäß den speziellen Anforderungen im Dienstleistungsbetrieb nicht gerecht werden.¹²⁹

Charakteristisch für viele Dienstleistungen ist **ein hoher Anteil an beschäftigungsfixen Kosten** aufgrund erwartungsbedingter Beschaffungs- und Bereitstellungsentschei-

¹²⁸ vgl. Haberstock, 1987, S 20.

dungen. Mit den einzelnen Dienstleistungen unmittelbar und automatisch variierende Kosten – die variablen Kosten – haben bei Dienstleistungen nur einen geringen Stellenwert.

Das grundsätzliche Problem einer Kostenrechnung für Dienstleistungen besteht in der Zurechnung der Kosten auf die verschiedenen Leistungen. Im Gegensatz zum industriellen Bereich, dessen Leistungen mit den materiellen Endprodukten meist klar definiert sind, gibt es im Dienstleistungsbereich eine sehr heterogene Anzahl an Leistungen.

Direkt zurechenbare Einzelkosten einer Leistungseinheit spielen bei Dienstleistungen kaum eine Rolle. Der größte Anteil der Kosten fällt für mehrere Leistungen gemeinsam an; es handelt sich somit um Gemeinkosten der Leistungen. Dies trifft natürlich auch auf die Krankenanstalten zu, weshalb meist nur eine Vollkostenrechnung durchgeführt wird, da die Einzelkosten nicht von großer Bedeutung sind.¹³⁰

4. Die Kostenträgerrechnung in den Krankenhäusern

4.1 Notwendigkeit einer Kostenträgerrechnung

Mit der Umstellung von einer pauschalen Pflorgetagsfinanzierung auf eine leistungsorientierte Finanzierung werden neue Anforderungen an die Krankenhäuser gestellt, die unter anderem in einer erforderlichen Adaptierung der betrieblichen Informationssysteme, insbesondere der Kosten- und Leistungsrechnung, liegen. Dadurch wird die bestehende innerbetriebliche Kostenrechnung zur Kostenträgerrechnung weiterentwickelt werden müssen.¹³¹

Neben der gesetzlich vorgeschriebenen Kostenarten- und Kostenstellenrechnung ist daher eine Kostenträger- und Leistungsrechnung notwendig, welche die verursachungsgerechte Erfassung und Zuordnung von Leistungen zum Inhalt hat, und als Grundlage für die Analyse bestehender Kostenstrukturen und Ableitung betriebswirtschaftlicher Maßnahmen zur Kostenbeeinflussung dient.¹³²

¹²⁹ vgl. Männel/Schmidberger, 2/1991, S 93.

¹³⁰ vgl. Lange/Fischer/Lüttgens, 6/1996, S 380.

¹³¹ vgl. Renner, 12/1996, S 22 f.

¹³² vgl. Götzner, 3/1995, S 205.

4.2 Grundbegriffe und Zweck der Kostenträgerrechnung

Aufbauend auf die Kostenartenrechnung und Kostenstellenrechnung kann die Kostenträgerrechnung durchgeführt werden. Kostenträger ist ganz allgemein jede selbständige Leistungs- bzw. Produkteinheit. Grundsätzlich können also neben zur Veräußerung bestimmten Leistungen auch die zu aktivierenden innerbetrieblichen Leistungen als Kostenträger fungieren.¹³³ Im Krankenhaus kommt der Patient, der Fallgruppenpatient oder die medizinische Einzelleistung als Kostenträger in Frage (vgl. Pkt. 6, Teil D).

4.2.1 Kostenträgerstückrechnung/Kalkulation

Die Kostenträgerstückrechnung ermittelt die Kosten, die für die Erstellung einer medizinischen Einzelleistung entstanden sind. Sie wird auch als Kalkulation bezeichnet und steht im Mittelpunkt, der in dieser Arbeit angestellten Überlegungen. Diese Kalkulationen lassen sich anhand von fünf Merkmalen charakterisieren:

Kriterium	Gekennzeichnet durch die Frage
1. Zweck	Welche Aufgabe hat die Kalkulation?
2. Gegenstand	Welche Leistung ist zu kalkulieren?
3. Zeitpunkt	Wann wird die Kalkulation durchgeführt?
4. Inhalt	Welche Kosten sind in die Kalkulation einzubeziehen?
5. Verfahren	Nach welcher rechentechnischer Methode sind die Kosten der Leistungen zu berechnen?

Abbildung 13: Merkmale der Kalkulation¹³⁴

4.3 Ausgewählte allgemeine Kalkulationsverfahren in der Übersicht

Im Rahmen der Kostenträgerstückrechnung stehen unterschiedliche Kalkulationsverfahren zur Verfügung. Ihre Einsatzmöglichkeiten sind insbesondere abhängig von den jeweils erforderlichen Abrechnungstechniken. In der gewerblichen Praxis kommt eine Vielzahl von Kalkulationsverfahren zum Einsatz. In den folgenden Ausführungen werden deshalb lediglich diejenigen Kalkulationsverfahren im Grundsatz erläutert, die für die Kalkulation medizinischer Leistungen von besonderer Bedeutung sind.

¹³³ vgl. Coenberg, 1992, S 92.

¹³⁴ vgl. Keun, 1996, S 155.

4.3.1 Divisionskalkulation

Die Divisionskalkulation ist eine verbreitete, unkomplizierte Kalkulationsmethode. Sie ist jedoch vorbehaltlos für ein Leistungsprogramm mit nur **einem einzigen Produkt** anwendbar, da eine verursachungsgerechte Aufteilung der Gesamtkosten auf mehrere Kostenträger nicht möglich ist.¹³⁵

Bei der einstufigen Divisionskalkulation werden die Kosten der Periode durch die erbrachten Leistungen der Periode dividiert. Es folgt keine Unterscheidung in Einzel- und Gemeinkosten. Das einstufige Divisionskalkulationsverfahren ist in allen Kostenstellen des Krankenhauses sinnvoll, wo eine einheitliche Leistung erbracht wird wie z. B. CT, Dialyse, Nierensteinertrümmerung, etc.

4.3.2 Äquivalenzziffernkalkulation

Mit Hilfe der Äquivalenzziffernkalkulation kann die Divisionskalkulation abgeändert auch bei Mehrproduktfertigung angewendet werden, sofern die verschiedenen Produktarten hinsichtlich der Materialien oder der arbeitstechnischen Verfahren einen hohen Grad an innerer Verwandtschaft aufweisen. Das Kostenverhältnis muss festgestellt und durch sog. **Äquivalenzziffern (Verhältniszahlen der Kostenwertigkeit)** festgehalten werden. Damit erfolgt eine Gewichtung der erstellten Leistungsmengen. Mit diesen Schlüsselzahlen werden die Gesamtkosten auf die einzelnen Produktarten umgelegt. Einen klassischen Anwendungsbereich der Äquivalenzziffernkalkulation in Krankenhäusern stellen die Laboratorien dar.¹³⁶

¹³⁵ vgl. Keun, 1996, S 160.

¹³⁶ vgl. Eichhorn, 1977, S 194.

Beispiel für verschiedene Arten von Laboruntersuchungen:

Unter- suchungsart	Äquivalenz- ziffern	Leistungen	Schlüssel- einheiten
A	1,0	50.000	50.000
B	0,6	30.000	18.000
C	1,5	20.000	30.000
		100.000	98.000

Gesamtkosten: 600.000

Die Kosten je Schlüsseleinheit betragen 6,12 GE (600.000 : 98.000)

Somit verursachen die einzelnen Untersuchungsarten folgende Kosten:

Unter- suchungsart	Schlüssel- einheiten	Kosten in GE	
A	50.000 x 6,12	306.000	
B	18.000 x 6,12	110.160	
C	30.000 x 6,12	183.600	
		599.760	rd 600.000

4.3.3 Zuschlagskalkulation

Die Zuschlagskalkulation findet dann Anwendung, wenn in einer Organisation bzw. in einem Organisationsbereich verschiedene Leistungen in mehrstufigen Arbeitsabläufen erbracht werden. Eine derartige Situation ist für den Dienstleistungsbetrieb Krankenhaus typisch.

Es wird eine Differenzierung von Einzelkosten und Gemeinkosten vorgenommen, wobei die Einzelkosten noch nach ihren Arten und die Gemeinkosten nach ihren Verursachungsbereichen unterschieden, und getrennt den Kostenträgern zugeordnet werden.

Die Einzelkosten können den Kostenträgern direkt zugerechnet werden. Die Gemeinkosten hingegen müssen erst über den Betriebsabrechnungsbogen abgeleitet, und in Form eines Zuschlagssatzes den Kostenträgern angelastet werden.¹³⁷

5. Voraussetzungen für eine Kostenträgerrechnung

In den meisten Krankenhäusern wurden bisher nur die gesamten Kosten ermittelt, ohne für einzelne Leistungen Kalkulationen durchführen zu können. Dies lag daran, dass die entsprechenden Angaben über den Einsatz der erforderlichen Produktionsfaktoren je

¹³⁷ vgl. Ehrmann, 1992, S 117.

Krankenhausleistung nicht vorhanden waren, und somit die Basisinformationen zur Durchführung einer Kostenträgerrechnung fehlten.¹³⁸

Folgende Voraussetzungen sind nach der Meinung von *Lauffer* notwendig, um eine erfolgreiche Einführung einer Kostenträgerrechnung zu gewährleisten, und von der Krankenhausverwaltung zu schaffen.¹³⁹

5.1 Konzeptionelle Voraussetzungen

Am Anfang muss eine betriebswirtschaftliche Konzeption stehen, bezogen auf Leistungserfassung, Leistungsbewertung und Leistungsauswertung.¹⁴⁰ Diese Aufgabe kann nur von einem Projektteam geleistet werden. In diesem Team sollten vertreten sein: ein Arzt, die Pflegedienstleistung, der Apothekenleiter, der Leiter der Finanzabteilung (Controlling), ein EDV-Fachmann und der Verwaltungsdirektor. In vielen Fällen erweist es sich als vorteilhaft, wegen der Komplexität der Aufgaben einen externen Krankenhausberater hinzuzuziehen. Selbstverständlich zählt zu den konzeptionellen Voraussetzungen auch eine gut ausgebaute Kostenarten- und Kostenstellenrechnung.

5.2 Technische Voraussetzungen

Die grundlegende technische Voraussetzung ist ein vernetztes EDV-System vor Ort. Das heißt im Konkreten, dass Bildschirme auf allen Stationen, in allen diagnostischen und therapeutischen und natürlich in allen Verwaltungs- und technischen Abteilungen vorhanden sein müssen. Dies ermöglicht die Eingaben der Leistungsanforderungen und Leistungsausführungen jeweils am Ort des Geschehens. Dadurch kann die Eingabe der Leistungsdaten zeitnah und vernetzt erfolgen. Zur technischen Voraussetzung gehört in weiterer Folge auch die Software. Entsprechende EDV-Programme müssen allen Stationen und Funktionsabteilungen zur Verfügung stehen.¹⁴¹

5.3 Organisatorische Voraussetzungen

Neben der Genehmigung der Konzeption durch die Krankenhausleitung ist vor allem die Erläuterung der Konzeption und deren Anwendung für ärztliches, pflegerisches und

¹³⁸ vgl. Keun, 1996, S 157.

¹³⁹ vgl. Lauffer, 1988, S 263 ff.

¹⁴⁰ vgl. Ralfs, 12/1993, S 1086 ff.

¹⁴¹ vgl. BM für Gesundheit und Konsumentenschutz – Teil 4, 1997, S 11 ff., Bräuning, 10/1997, S 792 ff.

eventuell sonstiges Personal der Stationen und Funktionsabteilungen von besonderer Bedeutung. Weiters ist die Erstellung eines Kosten-Nutzen-Planes und eines Terminplanes für die Einführung, sowie die Anpassung des Formular- und Berichtswesens an die Konzeption der Kostenträgerrechnung notwendig.

5.4 Personelle Voraussetzungen

Da die Leistungserfassung vom zuständigen Personal direkt über den Bildschirm getätigt werden sollte, ist die Schulung dieses Personals in der Bildschirmeingabe erforderlich.¹⁴²

Desweiteren wird es nötig sein, die Krankenhausverwaltung durch die Position eines Controllers zu verstärken, falls dieser nicht ohnehin schon vorhanden ist. Die Tätigkeitsbeschreibung eines Controllers in einem Krankenhaus sieht folgendes vor¹⁴³:

- Erstellung von Entscheidungsgrundlagen für die kollegiale Führung.
- Mitwirkung bei der Festlegung des Betriebszieles.
- Einrichtung eines Planungs- und Kontrollsystems.
- Einrichtung eines aussagefähigen internen Berichtssystems.
- Mitwirkung bei der Erstellung des Voranschlags und Rechnungsabschlusses.
- Budgetüberwachung – Global – Abteilungsbudgets – Kreditzuteilung.
- Federführende Mithilfe bei der Erstellung der hausinternen Abteilungsbudgets und Erfassung im „Budgeterstellung- und Informationssystem“ (BEIS).
- Führung der Abteilungsbudgets unter Verwendung von BEIS, CIS = Controllinginformationssystem, bzw. selbst erstellten Systemen.
- Erstellung von monatlichen Kosten- und Leistungsinformationen für die Leistungsstellen des Hauses.
- Erstellung von Analysen zur Budgetentwicklung auf Abteilungs-, bzw. Anstaltsebene.
- Analyse betriebsrelevanter Kennzahlen.
- Analyse von Planabweichungen, Aufzeigen der Auswirkungen und Erarbeitung von Steuerungsmaßnahmen.
- Aufbau und Koordination des Berichtswesens.
- Koordinierung des Informationsmanagements.

¹⁴² vgl. Blumenschein, 12/1997, S 940.

¹⁴³ vgl. Stellenbeschreibung: Sachbearbeiter Controlling, Wilhelminenspital Wien, 1999, S 2.

- Erstellung von Finanz- und Investitionsplanentwürfen.
- Durchführung von Wirtschaftlichkeitsrechnungen.
- Analyse von Leistungserweiterungen und –reduktionen.
- Mitarbeit in der Betriebsorganisationsgruppe des Hauses.
- Zusammenarbeit mit dem Leiter der Abteilung Finanz in allen Fragen des finanzwirtschaftlichen Controllings.
- Zusammenarbeit mit der Abteilung Personal in Fragen des Personalcontrollings.

6. Kostenträger im Krankenhaus

Kostenträger ist ganz allgemein, jede selbständige Leistungs- bzw. Produkteinheit eines Betriebes.¹⁴⁴ Allerdings gibt es unterschiedlichste Interpretationen des Begriffs "Leistung", weshalb sich auch verschiedenste Arten von Kostenträgern ableiten lassen.¹⁴⁵

Auch im Krankenhausbereich entstehen unterschiedlichste Leistungen, so dass vielfältige Leistungseinheiten als Kostenträger definiert werden können.¹⁴⁶ Aus der Zielsetzung der Gewinnmaximierung leitet sich in der Erwerbswirtschaft das Endprodukt (Marktleistung), welches am Markt gewinnbringend verkauft werden muss, als Kostenträger ab. Es zählen jedoch auch die innerbetrieblichen Leistungen zu den Kostenträgern, soweit sie erfasst, kalkuliert und abgerechnet werden können. Für das Krankenhaus als gemeinwirtschaftlicher Dienstleistungsbetrieb, welcher die Deckung des Bedarfs der Bevölkerung an Krankenhausleistungen anstrebt, lässt sich der Kostenträger, der die Disposition innerhalb des Krankenhauses im Sinne dieser Zielsetzung steuern hilft, nicht so leicht ableiten.¹⁴⁷

Zur Abgrenzung möglicher Kostenträger sei nochmals die zweistufige Leistungsstruktur des Krankenhausbetriebes in Erinnerung gerufen. Die Leistung des Krankenhauses besteht in der Statusveränderung des Patienten (Primärleistung), welche wiederum durch Leistungen der Pflege, Diagnostik, Therapie, Versorgung und Verwaltung (Sekundärleistungen) herbeigeführt wird. Hier wird bereits deutlich, dass die "Marktleistung" des Krankenhauses eine **Zusammenfassung heterogener Einzelleistungen** (nicht zu verwechseln mit medizinischen Einzelleistungen, die nur die Operationen abdecken) am

¹⁴⁴ vgl. Coenberg, 1993, S 92.

¹⁴⁵ vgl. Bea, 1993, Sp. 1273.

¹⁴⁶ vgl. Keun, 1996, S 166.

¹⁴⁷ vgl. Janzer/Schön/Schwab, 11/1979, S 900 f.

Patienten ist, und nicht in der "Herstellung" des Pflorgetages, welcher bisher als Kostenträger fungierte, besteht.¹⁴⁸

Dieser Leistungsstruktur des Krankenhausbetriebes gilt es daher bei der Abgrenzung möglicher Kostenträger Rechnung zu tragen, indem die Kalkulation der Behandlungskosten eines Patienten in zwei Stufen durchgeführt wird. In der **ersten Stufe** werden die Kosten der Sekundärleistungen (Einzelleistungen) kalkuliert. Die Gesamtkosten der Behandlung eines Patienten insgesamt setzen sich wiederum aus den Kosten der hierfür erbrachten Einzelleistungen zusammen und werden in der **zweiten Stufe** ermittelt.¹⁴⁹

Es ist daher zweckmäßig, die Einzelleistungen (Sekundärleistungen) als Zwischenprodukte des Leistungserstellungsprozesses im Krankenhaus aufzufassen und den Patienten (Primärleistung) als einheitliche Kostenbezugsbasis zuzurechnen.¹⁵⁰ **Einzelleistungen, Fallgruppenpatient und Patient** können somit als **adäquate Kostenträger** festgehalten werden. Bei der Fallgruppenkalkulation werden die durchschnittlichen Kosten für die Behandlung einer bestimmten Diagnose (=Fall) ermittelt und dem Fallgruppenpatienten als Endkostenträger zugewiesen. Jeden einzelnen Patienten zu kalkulieren würde viel zu aufwendig sein, weshalb man sich auf die Kalkulation von Einzelleistungen und Fallgruppen beschränkt.

6.1 Einzelleistungen (Sekundärleistungen) als Kostenträger

Die Bestimmung möglicher Einzelleistungen für die Kostenträgerrechnung ist insbesondere im Krankenhaus ein Problem der Leistungserfassung. Im Gegensatz zum Produktionsbetrieb ist die Leistung, der Output, des Dienstleistungsbetriebes Krankenhaus meist nur sehr kompliziert bestimmbar.¹⁵¹ Um einen Überblick und bessere Informationen über die im Krankenhaus zu erbringenden Leistungen bzw. Leistungseinheiten zu erhalten, strukturierte *Hübner* die verschiedenen Einzelleistungen nach ihrer kostenrechnerischen Erfassbarkeit. Er unterscheidet dabei folgende Einzelleistungsarten:¹⁵²

- Hilfsleistungen im Wirtschafts-, Verwaltungs- und Versorgungsbereich
- Diagnostik- und Therapieleistungen der medizinischen Institutionen

¹⁴⁸ vgl. Keun, 1996, S 167.

¹⁴⁹ vgl. Goetz, 1989, S 165.

¹⁵⁰ vgl. Janzer/Schön/Schwab, 11/1979, S 901.

¹⁵¹ vgl. Keun, 1996, S 169.

¹⁵² vgl. Hübner, 1980, S 78 ff.

- Operationsleistungen (medizinische Einzelleistung)
- Ärztlich-pflegerische Leistungen

Die Kalkulation dieser Einzelleistungen besagt nichts anderes, als dass die Kosten der Kostenstellen auf die dort erbrachten Einzelleistungen verrechnet werden, um dadurch einen internen Verrechnungssatz je Einzelleistungen auf der Basis von Herstell- oder Selbstkosten zu gewinnen. Auch hier ist mit Durchschnittswerten zu rechnen und die Kalkulationen sind nur bei Änderungen der verwendeten Kalkulationsdaten neu durchzuführen.¹⁵³

Im Rahmen dieser Kalkulation der auf den einzelnen Patienten zuzurechnenden Einzelleistungen sind jedoch **Kosten-Nutzen-Überlegungen** bezüglich der Kalkulationswürdigkeit einzelner Leistungen anzustellen. Das heißt, dass es aufgrund des mit der Kalkulation der Einzelleistungen verbundenen Aufwandes im Bereich der Leistungsdefinition, Leistungserfassung und Leistungsbewertung nicht als zielführend angesehen werden kann, in jedem Leistungsbereich alle Leistungen separat zu erfassen und einzeln zu kalkulieren. Die Kalkulation von Einzelleistungen muss sich auf jene Leistungen beschränken, die eine entsprechende Bedeutung für das Erreichen der Ziele der fallbezogenen Kostenträgerrechnung haben.¹⁵⁴

Aufwendige Diagnostik- und Therapieleistungen der medizinischen Institutionen sowie Operationsleistungen (med. Einzelleistungen) werden einzeln kalkuliert. Hilfsleistungen im Wirtschafts-, Verwaltungs- und Versorgungsbereich werden nicht einzeln kalkuliert, sondern im Zuge der innerbetrieblichen Leistungsverrechnung auf die bettenführenden und nicht-bettenführenden Hauptkostenstellen umgelegt.¹⁵⁵

6.2 Der Fallgruppenpatient als Kostenträger

Die Marktleistung der Krankenhäuser stellt auf die Verbesserung des Gesundheitszustandes der Patienten ab. Sachgerechter Endkostenträger im Krankenhaus ist daher der Patient, das heißt die Fallgruppe, da es nicht sinnvoll ist für jeden einzelnen Patienten eine Kalkulation durchzuführen. Deshalb muss hier auch mit Durchschnittswerten gerechnet werden. In der zweiten Stufe der fallbezogenen Kostenträgerrechnung werden

¹⁵³ vgl. Goetz, 1989, S 166.

¹⁵⁴ vgl. Hentze/Kehres, 1995, S 93.

¹⁵⁵ vgl. Goetz, 1989, S 169.

dann die verschiedenen Einzelleistungen, welche von einem Patienten im Zuge seines Krankenhausaufenthaltes in Anspruch genommen wurden, dem Fallgruppenpatienten als Endkostenträger zugewiesen.

Da sich die Patientenbetreuung im Krankenhausbetrieb in Summe aus vielen Einzelleistungen der jeweiligen Kostenstellen zusammensetzt, wird auch die Kalkulation des Kostenträgers Fallgruppenpatient entsprechend differenziert aufgebaut. Dem einzelnen Fallgruppenpatient als Kostenträger sollen im Rahmen der Fallkalkulation möglichst viele Leistungen bzw. deren Kosten direkt zugerechnet werden.¹⁵⁶

Goetz unterscheidet im Rahmen der Fallkalkulation anhand der wesentlichen Kostendeterminante zwischen patientenabhängigen Kosten, verweildauerabhängigen Kosten und Verwaltungsgemeinkosten.

Patientenabhängige Kosten erklären sich allein aus dem Patienten und dessen Krankheitsbild und sind von der Verweildauer unabhängig. Hierunter fallen sowohl die Einzelkosten des medizinischen Bedarfs (Medikamente, Blutkonserven, Implantate u. ä.) als auch die Kosten der med. Einzelleistungen des OP und der medizinischen Institutionen (z. B. Röntgen, Labor)

Bei den **verweildauerabhängigen Kosten** ist, wie der Name schon sagt, die Verweildauer die wesentliche Kostendeterminante. Hierbei handelt es sich um die Kosten der stationären ärztlichen-pflegerischen Betreuung sowie Hotelversorgung.

Die **Verwaltungsgemeinkosten** schlussendlich betreffen die Kosten der Hilfsleistungen des Wirtschafts- und Verwaltungsbereichs.¹⁵⁷

Da bei der Wahl des Kostenträgers (Einzelleistung bzw. Fallgruppenpatient) auch das geltende Preissystem berücksichtigt werden muss, und dieses in Form des LKF-Systems auf LDF-Gruppen (Hauptdiagnose = Fall oder med. Einzelleistung = Operationen) basiert, wird der Zusammenhang zur Fallpauschale als neue und zentrale Entgeltform im Krankenhaus sichergestellt.¹⁵⁸

¹⁵⁶ vgl. Hentze/Kehres, 1995, S 120.

¹⁵⁷ vgl. Goetz, 1989, S 173 f.

¹⁵⁸ vgl. Renner, 12/1996, S 24.

7. Durchführung einer Kostenträgerstückrechnung anhand eines Beispiels des Wilhelminenspitals in Wien

7.1 Verwendete Kostenträger in der Praxis

Grundsätzlich ist festzuhalten, dass zwar sehr viel über eine fallbezogene Kostenträgerrechnung gesprochen und von vielen Seiten her gefordert wird, es jedoch noch kein Krankenhaus gibt, das über eine fallbezogene Kostenträgerrechnung verfügt.¹⁵⁹ Allerdings verfügen die meisten Krankenhäuser mittlerweile über Kalkulationen der medizinischen Einzelleistungen (OP-Leistungen) sowie über teure medizinische Diagnostik- und Therapieleistungen, also über eine Kostenträgerstückrechnung, die immer weiter ausgebaut und verbessert werden. Der nächste Schritt wird nun sein, eine fallbezogene Kostenträgerrechnung einzuführen um ermitteln zu können, wie viel ein Patient tatsächlich kostet und diese Kosten dem Fallpauschalenertrag gegenüber gestellt werden können.

7.2 Erfahrungen bei der Einführung der Kostenträgerrechnung

Das Wilhelminenspital in Wien zählte zu einem der 20 Referenzkrankenanstalten, die sich zur Kalkulation der Leistungen bei der Einführung der LKF bereit erklärt haben.

Die Ausführungen in dieser Arbeit beziehen sich jedoch auf die LKF-Nachkalkulation, die in Form eines Projektes von Jänner 1999 bis Mai 2000 durchgeführt wurde. Beteiligt an diesem Projekt waren insgesamt 25 Personen. Die Projektleitung lag bei Fr. Leiner, Hr. Hartleb und Hr. Lerner (Abteilung Kostenrechnung).

1990 hat das Wilhelminenspital mit der Dokumentation der Leistungen und Diagnosen und 1993 mit den ersten Kalkulationen begonnen. 1994 bis 1996 stand die Ausarbeitung des LKF-Modells am Programm, 1997 die Einführung der LKF. 1999 wurde dann mit der Nachkalkulation und Systemadaptierung begonnen und im Mai 2000 abgeschlossen. Natürlich bedarf es einer laufenden weiteren Kontrolle und Systemadaptierung, die jedoch permanent und nicht mehr in der Form eines Projektes durchgeführt wird.

Der MEL-Katalog beinhaltet insgesamt 925 Positionen. 550 medizinische Einzelleistungen wurden vom Team kalkuliert, 375 blieben unberücksichtigt. Da viele med. Einzelleis-

¹⁵⁹ vgl. österr. Gesellschaft für Gesundheitsökonomie, 1998, S 132.

tungen an mehr als einer Stelle erbracht werden, wurden tatsächlich 680 Einzelkalkulationen durchgeführt.

Als Empfehlung vom Bundesministerium wurde angegeben, eine Leistung die mehr als 10 mal jährlich durchgeführt wird, zumindest 10 mal zu kalkulieren, um einen Durchschnittssatz bilden zu können. Bei dieser Vorgehensweise wären 210 med. Einzelleistungen betroffen gewesen. Dies hätte wiederum bedeutet, dass 2100 Einzelkalkulationen durchzuführen gewesen wären.

Eine Leistung die weniger als 10 mal jährlich erbracht wird, soll so oft kalkuliert werden wie sie vorkommt. Diesmal wären 470 med. Einzelleistungen betroffen gewesen, und 1300 Einzelkalkulationen durchzuführen gewesen. Den Empfehlungen folgend, hätte dies bedeutet, dass insgesamt 3400 Einzelkalkulationen durchzuführen gewesen wären und einen enormen Zeit- und Sachaufwand bedeutet hätte. Deshalb wurden die Leistungen nur einmal kalkuliert, jedoch besonders darauf geachtet, dass bei der Kalkulation mit Durchschnittswerten (bezüglich Personalzeit, Materialverbrauch etc.) gerechnet wurde.

7.3 Erfassung der Leistungen

Am Beispiel der Operation "**Rekonstruktion einer Aorta im Abdomen bzw. Beckenbereich**" (mit der MEL-Nr. 2553) im Wilhelminenspital in Wien soll nun aufgezeigt werden, wie die einzelnen Schritte der Leistungs- bzw. Kostenermittlung erfolgen.

Eine Besonderheit der Leistungserfassung im OP besteht darin, dass die Leistungen (Personal-, Sach- und Geräteleistungen) für Anästhesie aufgrund der organisatorischen Verbundenheit miterfasst werden, obwohl sie eine eigene Kostenstelle darstellt.

Die Leistungen der medizinischen Institutionen, wie z. B. Röntgen, Labor oder im operativen Bereich sind laufend nach Leistungsart und Leistungsanzahl personen- und kostenstellenbezogen zu erfassen.¹⁶⁰ Folgende Mengenbezugsgrößen sollten in jedem Fall leistungsspezifisch erfasst werden:

- Zeitfaktoren
- Sachleistungen
- Geräteleistungen

¹⁶⁰ vgl. Baugut, 1995, S 156 ff.

Wie bereits erwähnt, ist eine laufende Erfassung dieser Mengenbezugsgrößen für jeden einzelnen Patienten zu aufwendig. Deshalb werden Durchschnittswerte durch in der Regel einmalige Aufzeichnung bzw. Befragung des beteiligten Krankenhauspersonals ermittelt.¹⁶¹

Das auf diese Weise ermittelte Ergebnis kann sich jedoch aufgrund neuer Behandlungsmethoden bzw. neuer Geräte im Zeitablauf verändern, weshalb es regelmäßig auf seine Gültigkeit hin untersucht werden sollte.

7.3.1 Erfassung der Personalzeiten

Zur Kalkulation der Personalkosten je operativer Leistungen sind folgende Berufsgruppen zu berücksichtigen:

- Ärztlicher OP-Dienst
- Funktionsdienst OP
- Ärztlicher Dienst Anästhesie
- Funktionsdienst Anästhesie

Entsprechend dem zeitlichen Ablauf eines operativen Eingriffs, von der Übernahme des Patienten bis zur Abgabe des Patienten, sind nicht alle Beteiligten gleich lange bei der Operation anwesend, weshalb die Anwesenheit jedes einzelnen genau festgehalten werden muss.¹⁶²

Bei den OP-Zeiten handelt es sich jedoch lediglich um sogenannte patientenbezogene Leistungszeiten. Daraus folgt, dass nicht direkt am Patienten vollzogene Leistungen, wie z. B. die Planung der Operation durch den Arzt oder die Vorbereitung des OP-Saals durch den OP-Funktionsdienst, nicht in diesen OP-Zeiten enthalten sind.¹⁶³

Die Ermittlung der einzelnen Personalzeiten erfolgt grundsätzlich aus dem OP-Bericht, sowie durch Befragungen der beteiligten Personen.

¹⁶¹ vgl. Schütz/Stiegler, 5/1998, S 359.

¹⁶² vgl. Hentze/Kehres, 1995, S 91.

¹⁶³ vgl. Baugut, 1995, S 156.

7.3.2 Erfassung der Sachleistungen

Die Sachleistungen umfassen im wesentlichen die medizinischen Ge- und Verbrauchsgüter in Form von Medikamenten, Einmalbehandlungsbedarf, Verbandstoffe, Nahtmaterial etc. Diese Kosten werden in Form von Stücklisten nach Artikelgruppen erfasst.¹⁶⁴ In wie weit die verwendeten Materialien einzeln erfasst werden hängt vom gewünschten Genauigkeitsgrad der Kalkulation ab. Vom Bundesministerium für Gesundheit, Arbeit und Soziales wurde als Untergrenze ATS 500,- vorgeschlagen. Dies scheint aber sehr ungenau, weshalb das Wilhelminenspital auch billigere Sachleistungen in die Kalkulation mit einbezieht.

7.3.3 Erfassung der Geräteleistungen

Da die Kosten für die verwendeten Geräte in Form von Einzelverrechnung den verschiedenen Leistungen zugerechnet werden sollen, ist auch eine Leistungserfassung im Bereich der Ausstattung notwendig. Konkret werden jeder Einzelleistung jene medizinischen Geräte zugeordnet, welche im Rahmen der Leistungserstellung in Anspruch genommen werden. Dafür am besten geeignet ist die zeitliche Inanspruchnahme des Gerätes in Abhängigkeit zu den Personalzeiten der Leistungserstellung.¹⁶⁵

Grundsätzlich empfiehlt sich auch hier eine differenzierte Vorgehensweise wie bei den Sachleistungen. Aufgrund der Anzahl von medizinischen Geräten in den einzelnen Institutionen sollte deren Zuordnung zu bestimmten Einzelleistungen nur für teure Geräte (z.B. Anschaffungswert über ATS 50.000,-) in Erwägung gezogen werden.

7.3.4 Erfassung medizinischer Fremdleistungen

Werden beispielsweise im Zusammenhang einer Operation Leistungen einer anderen Kostenstelle in Anspruch genommen (Laboruntersuchungen, etc), werden diese in Form von medizinischen Fremdleistungen, im Zuge der innerbetrieblichen Leistungsverrechnung, dem jeweiligen Kostenträger zugerechnet.

¹⁶⁴ vgl. Hentze, 1996, S 134 f.

¹⁶⁵ vgl. Schütz/Stiegler, 5/1998, S 359.

7.4 Die Kalkulation von medizinischen Einzelleistungen

Die Einzelkalkulation von Leistungen wird unter Kosten-Nutzen-Aspekten für die Einzelleistungen **Operationsleistungen sowie Diagnostik- und Therapieleistungen** als sinnvoll erachtet. Dies deshalb, weil mit der Einzelleistungskalkulation insbesondere teure Leistungen, wie eben z. B. Operationsleistungen, stärker leistungsbezogen abgerechnet werden können, als dies durch tagesgleiche Pflegesätze möglich ist. Aus der Einzelleistungskalkulation resultiert somit zum einen eine leistungsgerechtere Kostenbelastung der Patienten, zum anderen wird das Leistungsgeschehen bei der Erbringung eben dieser Leistungen transparenter.¹⁶⁶

7.4.1 Kalkulation der Personalkosten

Die direkt zurechenbaren Personalkosten beziehen sich auf alle Personalkostenarten, welche durch die Erfassung der Zeitwerte im Zuge der Leistungserstellung unmittelbar der jeweiligen Einzelleistung zugeordnet werden können. Es kommen dafür je nach Einzelleistung die bereits festgehaltenen Personalkosten des ärztlichen Dienstes und des Funktionsdienstes in Frage.

Das Wilhelminenspital ermittelt die Personalkosten je Dienstart wie folgt:

$$\text{Personalkostensatz pro min} = \frac{\text{Gesamte Personalkosten der Dienstart}}{\text{Leistungszeit (in min) x Anzahl der Beschäftigten}}$$

Zu den Personalkosten zählen *sämtliche* Aufwendungen der Dienstart also auch gesetzliche Sozialabgaben, Pensionsbeiträge, Beihilfen und Unterstützungen, Zuschläge etc. Die tatsächliche Leistungszeit der Dienstart in einer Periode wird nach folgendem Schema ermittelt:

¹⁶⁶ vgl. Hentze/Kehres, 1995, S 127.

Gesamte Stunden (inkl. Überstunden)

- durchschnittlicher Urlaubsanspruch
- durchschnittlicher Krankenstand
- Zeiten für Schulungen, Sonderurlaub etc.

Durchschnittliche tatsächliche Leistungszeit

Durch die abschließende Multiplikation des Personalkostensatzes mit dem ermittelten leistungsspezifischen Zeitfaktor je Dienstart werden die direkt zurechenbaren Personalkosten einer Einzelleistung bestimmt.

Tabelle 13 zeigt die erfassten Personalzeiten für die Operation je Dienstart und bewertet diese mit dem jeweiligen Minutenfaktor der Dienstart.

Leistung: MEL:	2553 Rekonstr.an Aorta Abdom./Beckenart. ohne Prothese					
Kostenstelle:	4670 Zentral-OP/Unfall					
1.) Personal:	Anzahl	Minuten je	Minuten	Kosten je	GESAMT-	
BEZEICHNUNG:	Beteiligte	Beteiligtem	Gesamt	Minute	KOSTEN	Anästhesie
Ärzte	2	270	540	10,61	5.729,40	
Arzt-Anästhesie	1	330	330	10,61		3.501,30
Krankenpflegefachd.pers.- Anästhesie	1	360	360	5,78		2.070,00
Hebammen				6,15	0,00	
Krankenpflegefachd. Pers.	2	360	720	5,75	4.140,00	
Med.-tech. Dienstpers./Fachkräfte				5,45	0,00	
OP-Gehilfe	1	330	330	5,20	1.716,00	
Stationsgehilfe				5,20	0,00	
Verwaltungs-/Kanzleipersonal:				5,20	0,00	
Betriebspers. in handw. Verw.				4,30	0,00	
Teilzeitbesch./sonst.Personal				3,94	0,00	
SUMME PERSONALKOSTEN					11.585,40	5.571,30

Tabelle 13: Personalkosten der MEL 2553 im Wilhelminenspital Wien

Im Gegensatz zu vielen Ansätzen in der Literatur werden bei den Personalkosten nur direkt zurechenbare Einzelkosten auf die jeweilige Einzelleistung verrechnet. Ein prozentueller Zuschlag der nicht direkt zurechenbaren Kostenanteile dieser Position unterbleibt. Diese noch verbleibenden Gemeinkosten werden in Form des Gemeinkostenzuschlagsatzes in Pkt. 7.4.5 verrechnet.

7.4.2 Kalkulation der Sachkosten

Die direkt zurechenbaren Sachkosten umfassen all jene Sachkostenarten, welche durch Mengenaufschreibung, in Form von Stücklisten, im Zuge der Leistungserstellung erfasst werden können. Es sind dies die einzelnen Kostenarten der Kostenartengruppe der medizinischen Ge- und Verbrauchsgüter, wie z. B. Blut und Blutersatzmittel, Medikamente und pharmazeutische Spezialitäten, Spritzen etc. Die Bewertung der Sachkosten erfolgt dabei zu Durchschnittspreisen.

Tabelle 14 gibt die Stückliste der verwendeten Materialien für Operation wieder. In Tabelle 15 werden die einzelnen Kostenarten in Kostenartengruppen zusammengefasst und die Gesamtkosten ermittelt.

Art. Nr.	BEZEICHNUNG	KOA	Wert	Menge je Operation	GESAMT-KOSTEN
L1302595	5.67.08222.0 Rentex Uni.Set II W	73	342,82	1	342,82
L1303151	5.68.00030.5 Rentex Bauchtuch 40/40 m. R+B S A5	73	45,20	2	90,40
L1303152	5.68.00032.5 Rentex Bauchtuch 15/30 m. R+B S A5	73	34,31	6	205,86
A01288144	VISIPAQUE 320MG IFL 50 ML 10 ST	21	3.729,57	0,40	1.491,83
A0812299	DEXONII406651 3/0 BICOLOR 1DZ 1 PK	26	984,90	0,58	571,24
A0816721	DEXONII970514 2/0 BICOLOR 1DZ 1 PK	26	525,30	0,25	131,33
A0822139	EHILONIIIEH7795H 3/0 BLAU 3DZ 1 PK	26	679,13	0,08	54,33
A0841231	PREMILENE90916 6/0 1DZ 1PK	26	681,49	1,67	1.138,09
L1701533	Angio Inflationsspritze Le Veen 15-101	27	436,50	1	436,50
L1704067	Ballondilatationskath. Symmetry 90/3.0/2 10-320	27	3.424,10	1	3.424,10
L1706913	Bildverstärkerabdeckung 01/3620 (f. Z-OP)	27	17,90	2	35,80
L1700161	Embolektomiekatheter "Fogarty" 80 cm/3 French	27	426,80	2	853,60
L1700898	Premium surgiclip 134053	27	1.041,30	1	1.041,30
L1701442	Redondrain 14 cm perfor. CH 12	27	2,72	3	8,16
L1700024	Redonflaschen 400 ml OP-System	27	19,30	3	57,90
L1701422	Schleuse 10F Cook VCFN-10.0-35-30	27	1.072,82	1	1.072,82
L1700187	Urinmeßsystem "UREOFIX 500" steril	27	70,62	1	70,62
L1300129	Abdecktuch SK, 150x175 (777400)	47	57,23	1	57,23
W	Einmalschleusenwäsche	47	50,00	1	50,00
W	Rentex-Schleusenwäsche	73	80,00	1	80,00
D	Div. Material	27	180,00	1	180,00
B	Blutkonserve	98	1.260,00	6	7.560,00
L1707288	Stent Bifurcated Abdominal Y26/12 (bei jeder 5ten Leistung)	27,1	109.998,00	0,20	21.999,60

Tabelle 14: Stückliste der verwendeten Sachmittel für die MEL 2553 im Wilhelminenspital Wien

2.) Med. Verbrauchsmaterial					
Art. Nr.	BEZEICHNUNG	Wert	Menge	GESAMT-KOSTEN	Anästhesie
	Anästhesiegruppe	876,62	1		876,62
	KOA 21 Pharmazeutische Spezialitäten			1.491,83	
	KOA 22			0,00	
	KOA 23			0,00	
	KOA 24			0,00	
	KOA 25			0,00	
	KOA 26 Nahtmaterial			1.898,26	
	KOA 27 Behandlungsbedarf			7.180,78	
	KOA 27 Implantate			21.999,60	
	KOA 28			0,00	
	KOA 29			0,00	
	KOA 47 Einmalwäsche			107,23	
	KOA 73 Mietwäsche			719,10	
	Herzschrittmacher+Sonde			0,00	
	Blutkonserve			7.560,00	
	Beschaffungsgemeinkosten			644,11	
	SUMME VERBRAUCHSKOSTEN			41.600,91	876,62

Tabelle 15: Sachkosten für die MEL 2553 im Wilhelminenspital Wien

Auch hier entfällt die direkte Zurechnung von Materialgemeinkosten, diese werden ebenfalls erst unter Pkt. 7.4.5 berücksichtigt.

7.4.3 Kalkulation der medizinischen Anlagen

Die Kalkulation der medizinischen Anlagen erfolgt in Abhängigkeit der Blockadezeit des medizinischen Gerätes. Diese hängt von der Personalzeit des Krankenpflegefachdienstes ab, der am längsten im Operationssaal zugegen ist. Die jährliche Blockadezeit wird durch die Division der jährlichen kalkulatorischen Abschreibung des jeweiligen Gerätes durch die Gerätegesamtleistungszeit ermittelt.

Die Blockadezeit der einzelnen medizinischen Anlagen und die Umrechnung in Kosten zeigt Tabelle 16.

3.) Med. Anlagen							
	Ansch.-	Nutzungs-	Kosten	Blockade-	Blockade-	GESAMT-	
BEZEICHNUNG	wert	dauer	p.a.	zeit p.a.	zeit p.MEL	KOSTEN	Anästhesie
				(in min)	(in min)		
OP-Tisch	392.394	8	49.049	78.000	360	226,38	
OP-Lampe	132.269	8	16.534	78.000	360	76,31	
OP-Sauger	55.288	10	5.529	78.000	360	25,52	
HF-Gerät	139.267	10	13.927	78.000	360	64,28	
Narkosegerät	920.984	12	76.749	78.000	360		354,22
Röntgengerät	2.064.606	10	206.461	78.000	360	952,90	
ASK-Turm	483.195	8	60.399	78.000	360	278,77	
SUMME ANLAGENKOSTEN						1.624,15	354,22

Tabelle 16: Kosten der medizinischen Anlagen für die MEL 2553 im Wilhelminenspital Wien

7.4.4 Kalkulation medizinischer Fremdleistungen

Medizinische Fremdleistungen (z. B. Laboruntersuchungen) werden in Form der innerbetrieblichen Leistungsverrechnung der empfangenden Kostenstelle zugerechnet. Im vorliegendem Beispiel sind keine medizinischen Fremdleistungen aufgetreten.

7.4.5 Kalkulation des Gemeinkostenzuschlagssatzes

In der angewandten Systematik zur Kalkulation von Einzelleistungen beinhalten die Gemeinkosten all jene Kosten einer Kostenstelle, welche nicht unter die zuvor genannten Kostenkategorien fallen. Bei einer nach Richtlinien der KRV (vgl. Pkt. 5.2.1., Teil B) aufgebauten Kostenstellenrechnung sind dies folgende Kostenartengruppen:

- Kosten für nichtmedizinische Fremdleistungen
- Kosten für nichtmedizinische Ge- und Verbrauchsartikel
- Energiekosten
- Abgaben, Beiträge, Gebühren und sonstige Kosten
- Kalkulatorische Zusatzkosten¹⁶⁷ (abzüglich einzeln verrechneter kalk. Kosten)
- Sekundäre Kostenartengruppen (innerbetriebliche Leistungen)

Diese Gemeinkosten werden durch einen Zuschlagssatz auf Basis der Summe der Personaleinzelkosten und der Sacheinzelkosten der jeweiligen Einzelleistung der Kostenstelle zugerechnet.

¹⁶⁷ darunter fallen kalk. Abschreibung und kalk. Zinsen

$$\text{Gemeinkostenzuschlagssatz in \%} = \frac{\text{Summe der Gemeinkosten}}{\text{Summe Personal- und Sacheinzelkosten}} \times 100$$

Die Gemeinkosten werden auf Grundlage des Kostenstellenberichts der Kostenstelle (BAB) nach Abzug der direkt verrechneten Einzelkosten aller erfassten und kalkulierten Einzelleistungen ermittelt. Die Summe, der direkt verrechneten Personal-, Material-, und Gerätekosten gilt als Basis für die Gemeinkosten, welche mittels eines Zuschlagssatzes verrechnet werden.

Als weitere Besonderheit ist anzumerken, dass die Kosten, die für ambulante Operationen angefallen sind, aus der Berechnung herausgenommen werden, da sie abrechnungstechnisch zu den Endkostenstellen zählen und nicht weiterverrechnet werden.

Tabelle 17 zeigt den BAB für das Jahr 1998 der Kostenstelle 4670, Zentral OP.

Gemeinkostenberechnung für operative Leistungen für 1998				Kosten lt.	Ambulanz
KST	KOA-Gruppe	Kostenart	Bezeichnung	KNW 1998	Anteil
4670			Gesamtkosten		
	01	111,121	Ärzte	15.601.977	1.491.000
		114,124,134	Krankenpflegefachdienstpers.	17.061.011	6.029.091
		115,158,135	MTD	0	
		116,126	Sanitätshilfsdienst	8.082.056	3.186.582
		118,119,128,129	" (S)	2.673.496	2.272.472
	02		Med. Ge- und Verbrauchsmat.	25.047.462	2.386.808
	03		Nicht med. Ge- und Verbrauchsmat.	2.228.253	993.746
	04		Med. Fremdleistungen	0	
	05		Nicht med. Fremdleistungen	5.982.316	3.427.668
	06		Energie	0	
	07		Abgaben, Beiträge und Gebühren	0	
	08		Kalk. Zusatzkosten	5.653.808	3.119.674
	11		Kosten d. vorw. med. bed. Ver- u. Ents.	605.670	605.670
	12		Kosten d. vorw. nicht med. bed. Ver- u. Ents.	10.006.073	8.505.162
	13		Kosten der Verwaltung	10.380.015	8.823.013
	14	o. Anästhesie		1.598	1.598
			SUMME:	103.323.735	40.842.484
			EINZELKOSTEN		
	01	111,121,131	Ärzte	11.770.681	
		114,124,134	Krankenpflegefachdienstpersonal	8.472.769	
		115,125,135	MTD	0	
		116,126,136	Sanitätshilfsdienst	3.683.165	
		129		0	
	02		Med. Ge- und Verbrauchsmaterial	20.399.558	
	03	KOA 47		933.891	
	05	KOA 73		2.554.648	
	08		Kalk. Zusatzkosten	2.534.133	
			SUMME	50.348.845	
			Gemeinkosten	52.974.890	
Formel: Summe Gemeinkosten*100/Summe Einzelkosten = Gemeinkostenzuschlagssatz in %					105,22

Tabelle 17: BAB der Kostenstelle Zentral-OP im Wilhelminenspital Wien

7.4.6 Ermittlung der Gesamtkosten

Im letzten Schritt sind die Personalkosten, Verbrauchsmaterialeinzelkosten, Anlageneinzelkosten und medizinische Fremdleistungen zusammenzufassen und der Gemeinkostenzuschlag hinzurechnen, ersichtlich in Tabelle 18. Der Gemeinkostenzuschlagssatz für die Kostenstelle Anästhesie beträgt 78,23 %.

Personaleinzelkosten		11.585,40	5.571,30
Verbrauchsmaterialeinzelkosten		41.600,91	876,62
Anlageneinzelkosten		1.624,16	354,22
med. Fremdleistungen		0,00	0,00
Summe		54.810,47	6.802,14
Gemeinkostenzuschlagssatz OP	105,21%	57.666,10	
Gemeinkostenzuschlagssatz Anästhesie	78,23%		5.321,31
Kosten der Leistung		112.476,57	12.123,45
Gesamtkosten der Leistung		124.600,02	

Tabelle 18: Ermittlung der Gesamtkosten der MEL 2553 im Wilhelminenspital Wien

7.5 Gegenüberstellung der Fallkosten mit dem Fallpauschalenertrag

In der letzten Phase der Kalkulation medizinischer Einzelleistungen gilt es nun, die kalkulierten Kosten den dafür erhaltenen Erlösen gegenüberzustellen.

Die MEL **2553** **Rekonstruktion an Aorta Abdominalis/Beckenarterien o. Proth.** fällt in die **MEL-Gruppe 09.01** **Rekonstruktion peripherer Gefäße.**

MEL09.01 Rekonstruktion peripherer Gefäße

- 2502 Rekonstruktion von extrakraniellen Hirnarterien
- 2507 Rekonstruktion – Armarterie
- 2556 Rekonstruktion einer Oberschenkelarterie o. Kunststoff
- 2553 Rekonstruktion an Aorta abdominalis/Beckenarterien o. Proth.**
- 2552 Rekonstruktion an Beckenarterien mit Prothese
- 2566 Rekonstruktion einer Kniekehlenarterie ohne Kunststoff
- 2561 Rekonstruktion einer Oberschenkelarterie mit Kunststoff
- 2576 Rekonstruktion einer Unterschenkelarterie ohne Kunststoff
- 2581 Rekonstruktion einer Unterschenkelarterie mit Kunststoff
- 2611 Venenersatzoperation mit/ohne Kunststoff (inkl. Vena cava)
- 2621 Operation bei arterio-vöser Fistel (angeboren, erworben)
- 2626 Dialysehunt mit Interposition von Kunststoff
- 2627 Anlage eines arteriovenösen Dialysehunts, inkl. Ciminoshunt
- 2641 Umleitungsvenenoperation nach Palma

Abbildung 14: MEL09.01 Rekonstruktion peripherer Gefäße mit den zugeordneten med. Einzelleistungen¹⁶⁸

¹⁶⁸ entnommen aus: BM für Gesundheit, Arbeit und Konsumentenschutz, 2000e, S 9.

Für die MEL09.01 ist folgende Fallpauschale vorgesehen:

MEL09.01 Rekonstruktion peripherer Gefäße

MEL09.01 Fallpauschale A: 98.407

Kriterien: mit der speziellen medizinischen Einzelleistung 6001 (Aorta-/Arteriographie (inkl. Hirnarterien) m./o. dig. Subtr.)

Leistungs- Komponente	Tages- komponente	Punkte je Tag	Unter- grenze	Verweildauer Mittelwert	Ober- grenze
36.509	61.898	3.158	10	19,6	29

MEL09.01 Fallpauschale B: 68.087

Kriterien ohne der speziellen medizinischen Einzelleistungen 6001 (Aorta-/Arteriographie (inkl. Hirnarterien) m./o. dig. Subtr.)

Leistungs- Komponente	Tages- komponente	Punkte je Tag	Unter- grenze	Verweildauer Mittelwert	Ober- grenze
21.379	46.708	3.385	7	13,8	21

Abbildung 15: Fallpauschale für die MEL09.01: Rekonstruktion peripherer Gefäße¹⁶⁹

Die MEL09.01 (Rekonstruktion peripherer Gefäße) ist in zwei mögliche Fallpauschalen aufgeteilt. Fallpauschale A kommt nur dann in Frage, wenn zusätzlich zu der eigentlichen Operation noch die medizinische Einzelleistung 6001 (Aorta-/Arteriographie (inkl. Hirnarterien) m./o. dig. Subtr.) erbracht wird (dabei handelt es sich um eine spezielle diagnostische Leistung). In dem vorliegenden Beispiel war dies nicht der Fall, weshalb Fallpauschale B herangezogen wird.

Somit erhält das Krankenhaus einen Punktwert von 21.379 für die medizinische Einzelleistung, das heißt für die Operation. Dieser Wert ist zuerst mit dem Steuerungsfaktor (1,44454)¹⁷⁰ zu multipliziert und anschließend mit den 0,52 Groschen die das Krankenhaus pro LDF-Punkt erhält. Im Endeffekt erhält das Krankenhaus einen Betrag von ATS 16.059 (Leistungskomponente) für die Operation und einen weiteren Betrag von ATS 35.085 (Tageskomponente) zur Abgeltung des Pflegeaufwandes.

Wie man auf einen Blick sehen kann, erhält das Krankenhaus nur einen Bruchteil der entstandenen Kosten erstattet.

¹⁶⁹ entnommen aus: BM für Gesundheit, Arbeit und Konsumentenschutz, 2000e, S 33.

¹⁷⁰ siehe Tabelle 4: Personal- und Nebenkostenfaktoren ausgesuchter Wiener Krankenhäuser

Der Grund liegt zum einen darin, dass bei den für die LDF-Pauschale relevanten Kalkulationen nicht mit den "Stent Bifurcated Abdominal"¹⁷¹ die nicht bei allen Gefäßoperation verwendet werden. Zum anderen liegt der Grund in der durchschnittlichen Bewertung der einzelnen Fallpauschalen, die aus mehreren medizinischen Einzelleistungen zusammengefasst werden. Insgesamt fallen 15 Leistungen (siehe Abbildung 14) in diese Fallpauschale, und andere Operationen können ein wesentlich besseres Kosten- Erlös-Verhältnis für das Krankenhaus bringen.

7.6 Kalkulationsergebnisse als Grundlage für wirtschaftliche Entscheidungen.

Da seit der Einführung der leistungsorientierten Entgelte in der Form von Fallpauschalen nun eben auch Erlösdaten pro Krankenhausfall diagnosespezifisch vorliegen, kann ermittelt werden, ob die Erlöse die krankenhausspezifischen Kosten abdecken oder nicht.¹⁷² Als Ergebnis dieser Gegenüberstellung von Erträgen und Kosten können beispielsweise mittels HIT-Listen bzw. ABC-Analysen diejenigen medizinischen Einzelleistungen identifiziert werden, die wertmäßig besonders erlöswirksam oder verlustbringend sind. An diesen Informationen lassen sich in der Folge Managementaktivitäten, wie z. B. die Einleitung von Kostensenkungsmaßnahmen, ableiten.

Derartige Gegenüberstellungen können jedoch auch für strategische Entscheidungen eine wichtige Informationsgrundlage bieten, indem sie zum Nachdenken anregen, ob es nicht sinnvoll ist, eine Dienstleistung weiter anzubieten, deren Selbstkosten durch den Erlös nicht gedeckt werden, oder ob man diese Leistung durch eine wirtschaftliche Substitutionsleistung ersetzen soll. Auch die Möglichkeit einer Spezialisierung auf bestimmte Leistungen sollte ins Auge gefasst werden.¹⁷³

¹⁷¹ Dabei handelt es sich um ein medizinisches Hilfsmittel, das in die Arterie des Patienten eingesetzt wird, diese auseinanderdrückt und somit einen Verschluss der Arterie verhindert.

¹⁷² vgl. Renner, 12/1996, S 27.

¹⁷³ vgl. Klockhaus, 1997, S 174 f.

Teil E: Schlussbemerkung

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung durchaus die in sie gesetzten Ziele erfüllen kann. Wie an den angeführten Beispielen erkennbar ist, konnte eine Verkürzung der Verweildauer, ein damit verbundener Rückgang der Bettenanzahl und eine Eindämmung des Gesamtkostenanstiegs auf ca. 2 % erreicht werden. Leider liegen noch keine umfangreichen Ergebnisse und Analysen vor und das System ist noch nicht lange genug im Einsatz, als das auch schon strukturelle Verbesserungen und Veränderungen greifen könnten.

Grundsätzlich ist die leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung ein taugliches Mittel, um die Wirtschaftlichkeit im Krankenhaus positiv zu beeinflussen. Es wird der Ausbau der derzeit praktizierten Kostenstellenrechnung zu einer Kostenträgerrechnung und damit zu einem aussagefähigen Rechnungswesen angeregt. Kalkulationen von Einzelleistungen werden schon weitreichend durchgeführt, ein Ausbau in Richtung fallbezogene Kostenträgerrechnung ist nun voranzutreiben. Das Krankenhaus soll sicher nicht zum erwerbswirtschaftlichen Betrieb werden. Jedoch machen die stetig ansteigenden Kosten Gegenmaßnahmen unumgänglich. Es muss in Zukunft möglich sein, die Krankenhausleistungen auch nach ökonomischen Gesichtspunkten zu bewerten, und sowohl betriebswirtschaftlich als auch volkswirtschaftlich sinnvolle Maßnahmen zu treffen um das Kosteneinsparungspotential zur Gänze nutzen zu können.

Durch ein starkes Übergewicht der stationären Versorgung weist Österreich eine hohe Zahl an Einweisungen auf. Die Ursache liegt an der hohen Einweisungsquote der niedergelassenen Ärzte und der mangelnden Infrastruktur. Es fehlt an Tagesheimen, Tageskliniken, Gruppenpraxen usw. Mit der Zunahme der Kosten im Gesundheitswesen intensiviert sich auch die Diskussion um die Verlagerungsmöglichkeiten von Leistungen des Gesundheitswesens vom stationären in den teilstationären bzw. in den ambulanten Bereich. Alles was ambulant zu versorgen ist, soll auch ambulant behandelt werden. Die extramurale Versorgung der Bevölkerung nimmt daher vermehrt an Bedeutung zu und sollte helfen die Kosten im Gesundheitswesen zu senken.

Aber auch die Unterschiede in der Finanzierung der beiden Bereiche stellt ein noch zu lösendes Problem dar. Eine Vernetzung des intra- und extramuralen Bereichs ist nicht nur durch eine fehlende Verbindung beider Finanzierungstöpfe, sondern auch durch das

te: 89

Fehlen eines einheitlichen Finanzierungssystems erheblich erschwert. Um eine umfassende Transparenz und eine einheitliche Steuerung im Gesundheitswesen sicherstellen zu können, ist es deshalb unbedingt notwendig und erforderlich, auch im spitalsambulanten Bereich eine bestimmte Form einer leistungsorientierten Finanzierung, zumindest ähnlich dem LKF-System, einzuführen.

L I T E R A T U R V E R Z E I C H N I S

SELBSTÄNDIGE BÜCHER UND SCHRIFTEN:

Altmann, A., 1993

Die regionale Streuung von Krankenhausleistungen als Anknüpfungspunkt für ein regional abgestuftes Finanzierungsmodell, in: Modelle der Krankenhausfinanzierung, Hrsg.: Theurl, E./Dézsy, J., Innsbruck 1993

Baugut, G., 1995

Handlungshinweise zur Kalkulation von Fallpauschalen und Sonderentgelten, in: Krankenhausmanagement im Werte- und Strukturwandel: Handlungsempfehlungen für die Praxis, Hrsg.: Eichhorn, S./Schmidt-Retting, B., Stuttgart – Berlin – Köln 1995

Bea, F. X., 1993

Kosten- und Erlösrechnung, in: Handwörterbuch des Rechnungswesens, Hrsg.: Chmielewicz, K./Schweitzer, M., Stuttgart 1993, Sp. 1272 - 1280

Bellingen, K., 1996

Controllerdienst im Kreiskrankenhaus Waldbröl GmbH, in: Management und Controlling im Krankenhaus, Hrsg.: Mayer, E./Beowulf, E., Stuttgart 1996, S. 83 – 111

Coenenberg, A., 1993

Kostenrechnung und Kostenanalyse, Landsberg am Lech 1993

Corsten, H., 1988

Betriebswirtschaftslehre der Dienstleistungsunternehmen, München – Wien – Oldenbourg 1998

Dézsy, J./Schwanzer, H., 1993

Einführung in das Krankenhausmanagement: Der Betrieb Krankenhaus und seine Stellung im Gesundheitswesen, Wien - New York 1993

Dézsy, J./Kern, R./Girardi, P., 1998

Gesundheitsökonomische Betrachtung von Schlaganfallrehabilitation, in: Gesundheitsoeconomica, Hrsg.: Österreichische Gesellschaft für Gesundheitsökonomie, Wien 1998

Egger, B., 1996

Gesundheitswesen in Österreich: Gegebenheiten, Tendenzen, Entwicklungen, Wien 1996

Ehrmann, H., 1992

Kostenrechnung, München 1992

Eichhorn, S., 1975

Krankenhausbetriebslehre, Band I, 3. Auflage, Köln – Stuttgart 1975

Eichhorn, S., 1977

Krankenhausbetriebslehre, Band II, 3. Auflage, Düsseldorf 1977

Eichhorn, S., 1987

Krankenhausbetriebslehre, Band III, 3. Auflage, Köln – Stuttgart 1975

Ey, H., 1987

Entwurf eines entscheidungsorientierten Kostenrechnungsmodells für ambulant und stationär erstellte Krankenhausleistung, Frankfurt – Bern – New York 1987

Flemmich, G./Ivansits, H., 1994

Einführung in das Gesundheitsrecht und in die Gesundheitsökonomie, Gesetze und Kommentare, Wien 1994

Freidank, C., 1991

Kostenrechnung, 3. Auflage, München – Wien 1991

Fuchs, M., 1988

Grundlagen des betrieblichen Rechnungswesens, in: Handbuch Krankenhaus Rechnungswesen, Hrsg.: Eichhorn, S., 2. Auflage, Wiesbaden 1988, S. 29 - 72

Furtenbach, V., 1996

Vorarlberger Modellversuch "Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung" Aspekte – Parallelen zum Finanzierungsbereich in den USA, in: Periphere Auswirkungen einer leistungsbezogenen Finanzierung der Krankenanstalten, Hrsg.: Radner, A., Linz 1996, S. 143 – 153

Goetz, H. M., 1989

Die Patientenkalkulation im Krankenhausbetrieb, Dissertation, Berlin 1989

Gräbl, M., 1996

Auswirkung eines diagnosebezogenen Abrechnungssystems auf die Pflege in den USA sowie einige Vergleiche zur derzeitigen Situation des Gesundheitswesens in Österreich aus pflegerischer Sicht, in: Periphere Auswirkungen einer leistungsbezogenen Finanzierung der Krankenanstalten, Hrsg.: Radner, A., Linz 1996, S. 61 – 71

Haberstock, L., 1987

Kostenrechnung I, Einführung mit Fragen, Aufgaben und Lösungen, 8. Auflage, Hamburg 1987

Hentze, J., 1996

Kosten- und Leistungsrechnung in Krankenhäusern: systematische Einführung, 3. Auflage, Stuttgart – Berlin – Köln 1995

Hentze, J./Kehres, E., 1995

Kosten- und Leistungsrechnung in Krankenhäusern: Systematische Einführung, 3. Auflage, Stuttgart – Berlin – Köln 1995

Hlavaty, B., 1996

Die leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung in Österreich, Dissertation, Linz 1996

Holler, G., 1993

Das Fallkostensystem – der Stand der Diskussionen in Österreich, in: Modelle der Krankenhausfinanzierung, Hrsg: Theurl, E./Dézsy, J., Innsbruck 1993

Hörmann, W./Haslinger, A., 1992

Rechtskunde für Gesundheitsberufe, Grundzüge des Sanitätsrechts, des Arbeits- und Sozialversicherungsrechtes, 2. Auflage, Wien 1992

Hübner, H. W., 1980

Kostenrechnung im Krankenhaus, Köln 1980

Ingruber, H., 1994

Krankenhausbetriebslehre – Grundzüge der Betriebsführung im Krankenhaus, Wien 1994

Keun, F., 1996

Einführung in die Krankenhaus-Kostenrechnung, Wiesbaden 1996

Klockhaus, H., 1997

Kosten und Leistungsrechnung im Krankenhaus, Betriebliches Steuerungsinstrument und Grundlage der Leistungs- und Kalkulationsaufstellung, München – Essen – Ebene Reichenau 1997

Lauffer, E., 1988

Patientenorientierte Kostenträgerrechnung im Krankenhaus, in: Krankenhausökonomie in Wissenschaft und Praxis: Festschrift für Siegfried Eichhorn zum 65. Geburtstag, Hrsg.: Gronemann, J., Baumann, Kulmbach 1988, S. 259 - 267

Mechtler, R., 1996

"Ambulatory Surgery" in den USA. Sind amerikanische Modelle für die Einführung tagesklinischer Versorgung in Österreichs Krankenanstalten übertragbar? in: Periphere Auswirkungen einer leistungsbezogenen Finanzierung der Krankenanstalten, Hrsg.: Radner, A., Linz 1996, S. 97 - 108

Mellerowicz, K., 1972

Neuzeitliche Kalkulationsverfahren, 5. Auflage, Freiburg i. Breisgau 1972

Moews, D., 1992

Kosten- und Leistungsrechnung, 5. Auflage, München – Wien 1992

Müller, H., 1988

Preisrecht und Gebührenwesen, in: Handbuch Krankenhaus-Rechnungswesen, Hrsg.: Eichhorn, S., Wiesbaden 1988, S. 615 - 687

Olfert, K., 1994

Kostenrechnung, 9. Auflage, Ludwigshafen 1994

Paul, M./Reckenfelderbäumer, M. 1998

Preisbildung und Kostenrechnung bei Dienstleistungen auf der Basis neuerer Kostenrechnungsverfahren, in: Handbuch Dienstleistungsmanagement, Hrsg.: Bruhn, M./Meffert, H., Wiesbaden, S 634 - 680

Preuß, O., 1996

Kosten und Deckungsbeitragsmanagement im Krankenhaus unter besonderer Berücksichtigung von Fallpauschalen und Sonderentgelten, Frankfurt am Main, 1996

Radner, A., 1993

Tagesklinik, sozial- und gesundheitspolitische Bedeutung, Rechtsgrundlage, Sozial- und Privatversicherungsaspekt, Linz 1993

Radner, A./Gstöttner, M., 1994

Leistungsbezogenes Abrechnungssystem für Krankenanstalten, Linz 1994

Radner, A./Haslinger, A./Reinberg, P., 1980

Krankenanstaltenrecht: Gesetzestext – Kommentar, Linz 1980

Renner, G./Lindermayr, J., 1994

Entscheidungsorientierte Kosten- und Leistungsrechnung als Controlling-Instrument, in: Controlling im Krankenhaus: Ein Handbuch für alle Führungskräfte im Krankenhaus, Hrsg: Hauke, E., Wien 1994, S. 1 - 66

Schirmer, H., 1998

Krankenhaus-Controlling: Handlungsempfehlungen für Krankenhausmanager und Krankenhauscontroller, Renningen-Malsheim 1998

Schlächtermann, J., 1993

Optionen der Krankenhausfinanzierung im Überblick, in: Modelle der Krankenhausfinanzierung, Hrsg.: Theurl, E./Dézsy, J., Innsbruck 1993

Seicht, G., 1995

Moderne Kosten- und Leistungsrechnung, 8. Auflage, Wien 1995

Sidamgrotzki, E., 1994

Kompodium des integrierten Krankenhaus-Managements, Lengwil 1994

Vikas, K., 1988

Controlling im Dienstleistungsbereich mit Grenzplankostenrechnung, Wiesbaden 1988

AUFSÄTZE IN ZEITSCHRIFTEN UND ZEITUNGEN SOWIE BERICHTE:***AKH/Finanzabteilung – Referat Kostenrechnung, 2000***

Kostenrechnungsergebnisse der Jahre 1990 – 1999, Wien 2000

Beirat für Wirtschafts- und Sozialfragen, 1995

Zwischenbericht Krankenhausfinanzierung, Wien 1995

Blumenschein, M., 1997

Einführung eines KIS – ein Kraftakt für jedes Krankenhaus, in: KU, Heft 12, 1997, S. 936 - 943

BM für Arbeit, Gesundheit und Soziales, 2000a

Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung: Systembeschreibung, Wien 2000

BM für Arbeit, Gesundheit und Soziales, 2000b

Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung: das Modell, Wien 2000

BM für Arbeit, Gesundheit und Soziales, 2000c

Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung: medizinische Dokumentation, Wien 2000

BM für Arbeit, Gesundheit und Soziales, 2000d

LDF-Pauschalen und Zuordnungskriterien für HDG-Gruppen, Wien 2000

BM für Arbeit, Gesundheit und Soziales, 2000e

LDF-Pauschalen und Zuordnungskriterien für MEL-Gruppen, Wien 2000

BM für Gesundheit und Konsumentenschutz, 1997

Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung: in 7 Teilen, Wien 1997

BM für Gesundheit und Konsumentenschutz, 1999

Dokumentationshandbuch, Wien 1999

Bräuning, D., 1997

Fallkostenkalkulation mit dem Pathway Management System: Standardisierte Behandlungsabläufe erleichtern verursachungsgerechte Zuordnung der Kosten, in: KU, Heft 10, 1997, S. 792 – 796

Dézszy, J./Fritz, R., 2000

Analyse und Vorschläge zur Finanzierung von Gesundheitsleistungen, in: ÖKZ - Österreichische Krankenhauszeitung, 41. Jahrgang, Heft 2, 2000, S. 52 - 58

Egger, A., 1979

Vollkostenrechnung oder Teilkostenrechnung in Spitälern mit gemeinnütziger Zielsetzung?, in: Zeitschrift für öffentliche und gemeinwirtschaftliche Unternehmen, Hrsg: Loesch, A., Baden-Baden 1979,

Götzner, T., 1995

Entscheidungsorientiertes Kostenmanagement im Krankenhaus: Bereitstellung entscheidungsrelevanter Informationen zur Planung, Steuerung und Kontrolle, in: KU, Heft 3, 1995, S. 205 - 212

Grünwald, C., 1998

Ambulant vor stationär: Eine analytische Betrachtung der extrahospitalen Versorgung, in: ÖKZ – Österreichische Krankenhauszeitung, 39. Jahrgang, Heft 9, 1998, S. 40 - 47

Huber, A., 1998

Spitalsambulanzen – Schnittstellen der medizinischen Versorgung, in: ÖKZ – Österreichische Krankenhauszeitung, 39. Jahrgang, Heft 6, 1998, S. 55 - 57

Janzer, H./Schön, A./ Schwab, G., 1997

Kosten-Leistungs-Rechnung im Krankenhaus – ihre Aufgabe und die Probleme einer zweckgerechten Ausgestaltung, in: KU, Heft 11, 1997, S. 896 – 903

Lange, C./Fischer, R./Lüttgens, I., 1996

Entscheidungs- und prozessorientierte Kostenrechnung für medizinische Dienstleistungen, in: Controlling, Heft 6, 1996, S. 378 - 385

Männel, W./Schmidberger, J., 1991

Kostenrechnung in der ambulanten Krankenversorgung, in: KRP – Kostenrechnungspraxis, Heft 2, 1991, S. 93 - 97

Naegler, H., 1/1997

Leistungs- und Ausgabenentwicklung im Wiener Krankenanstaltenverbund – Ist die Grenze des Wachstums erreicht?, Teil 1, in: ÖKZ – Österreichische Krankenhauszeitung, 38. Jahrgang, Heft 1, 1997, S. 17 – 24

Naegler, H., 2/1997

Leistungs- und Ausgabenentwicklung im Wiener Krankenanstaltenverbund – Ist die Grenze des Wachstums erreicht?, Teil 2, in: ÖKZ – Österreichische Krankenhauszeitung, 38. Jahrgang, Heft 2, 1997, S. 18 – 23

Ohne Verfasser, 2000

Selbstbehalte nur mehr subsidiäre Maßnahme: Medikamente als Hauptverursacher für Defizit, in: Der Standard vom 3. März 2000

Ohne Verfasser, 2000

Dotierung des Wikraf, internes Papier des Wiener Krankenanstaltenverbundes, Wien 2000

Ohne Verfasser, 2000

Das Modell der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung und die Wien spezifische Ausgestaltung, internes Papier des Wiener Krankenanstaltenverbundes, Wien 2000

Österreichische Gesellschaft für Gesundheitsökonomie, 1993

Gesundheitsoeconomica, Wien 2000

Ralfs, D., 1993

Leistungserfassung als Basis der Kostenträgerrechnung: Die Station als Mittelpunkt des Informationssystems, in: KU, Heft 12, 1993, S. 1086 – 1091

Renner, G., 1996

Weiterentwicklung der Leistungs-, Kosten- und Erfolgsrechnung als Folge der leistungsorientierten Krankenanstalten-Finanzierung (LKF), in: ÖKZ – Österreichische Krankenhauszeitung, 37. Jahrgang, 1996, Heft 12, S. 22 - 27

Schütz, G./Stiegler, H., 1988

Normleistungs- und Normkostenrechnung im Krankenhaus, in: KU, Heft 5, 1988, S. 350 - 370

Statistisches Zentralamt Österreich, 1995

Bericht über das Gesundheitswesen in Österreich im Jahre 1993, Wien 1995

Staudinger, R./Stühlinger, W.

Ein Beitrag zum Thema intra- oder extrahospitale Behandlung: Vorteile – Nachteile – Koordination, in: ÖKZ – Österreichische Krankenhauszeitung, 39. Jahrgang, Heft 9, 1998, S. 30 – 34

Stellenbeschreibung: Sachbearbeiter Controlling, 1999

Internes Papier des Wilhelminenspitals Wien, Wien 1999

Überregionale Auswertung der Kostenrechnungsergebnisse 1997

Hrsg.: Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales, Wien 1997

Wiener Krankenanstaltenverbund, 2000

Zentrale Statistikdatenbank 1999, Wien 2000

GESETZESTEXTE:**Kodex: Sozialversicherung**

Allgemeines Sozialversicherungsrecht, Hrsg: Univ. Prof. Dr. Wernder Doralt, Band 1, 24. Auflage, Wien 2000

Krankenanstaltengesetz – KAG

Bundesgesetzblatt für die Republik Österreich BGBl. 1/1957: Bundesgesetz über Krankenanstalten

Krankenanstalten-Kostenrechnungsverordnung – KRV

Bundesgesetzblatt für die Republik Österreich BGBl. 328/1977: Verordnung betreffend die Anwendung eines bundeseinheitlichen Buchführungssystems, das eine Kostenermittlung und eine Kostenstellenrechnung in den Krankenanstalten ermöglicht

Richtlinien zur Bundeseinheitlichen Durchführung der Kostenstellenrechnung

Bundesgesetzblatt für die Republik Österreich BGBl. 215/1985: Richtlinien gemäß KRAZAF zur bundeseinheitlichen Durchführung der Kostenstellenrechnung

