

Masterarbeit

**Erwünschte und nicht erwünschte Anreizwirkungen von DRG-
basierten Krankenhausfinanzierungssystemen aufgezeigt am
Beispiel der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung
in Österreich**

eingereicht von

Hermann Fuchs, BSc

zur Erlangung des akademischen Grades

Master of Science

(MSc)

an der

Medizinischen Universität Graz

ausgeführt am

Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie

unter Anleitung von

Ao.Univ.-Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ med.univ. Éva Rásky

Univ.-Ass. Dr. Erwin Stolz, MA

Hausmannstätten, Juli 2018

Eidesstaatliche Erklärung

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe, andere als die angegebenen Quellen nicht verwendet habe und die in den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.

Graz, am 11.07.2018

Hermann Fuchs, BSc eh.

Danksagung

Ich möchte mich an dieser Stelle bei Eva bedanken, die mich mit sehr viel Geduld durch die Jahre begleitet hat und mir sehr „bei den letzten Metern“ mit Verstand und Herz zur Seite stand.

Des Weiteren kann ich mich nur immer wieder – und so auch hier – bei meinen Eltern bedanken, die immer das Grundvertrauen hatten und sich ebenso mehr als geduldig zeigten.

Zum Abschluss darf ich mich auch vielmals bei Frau Univ. Prof. Dr. med. Éva Rásky bedanken, die – so denke ich – am meisten Geduld von allen für mich aufbrachte und mich stetig in meinem Tun motivierte.

Inhaltsverzeichnis

Eidesstaatliche Erklärung	ii
Danksagung	iii
Abkürzungsverzeichnis	v
Abbildungsverzeichnis	vi
Tabellenverzeichnis	vii
Zusammenfassung	viii
Abstract	x
1. Einleitung	1
1.1. Zielsetzung und Forschungsfragen	2
1.2. Methode.....	3
2. Modelle der Krankenanstaltenfinanzierung	5
2.1. Ausgangssituation – theoretische Vorüberlegungen	5
2.2. Allgemeine Funktionen.....	7
2.3. Einzelleistungsvergütung	9
2.4. Tagespauschale.....	12
2.5. Fallpauschale.....	13
2.6. Globalbudget	14
3. DRG-Systeme	15
3.1. Historische Entwicklung	16
3.2. Hauptmerkmale.....	17
3.3. Anreizwirkungen von DRG-Systemen	19
3.3.1. Kostenreduktion pro Patient/in	20
3.3.2. Einnahmenerhöhung pro Patient/in.....	21
3.3.3. Erhöhung der Fallzahlen	22
4. Das österreichische LKF-Modell	23
4.1. Das österreichische Gesundheitssystem	24
4.1.1. Bund, Länder und Gemeinden	24
4.1.2. Organisationen	25
4.1.3. Organisation und Finanzierung	28
4.2. Grundzüge des LKF-Modells.....	30
4.3. Unterschiede zwischen LKF und DRG	32
5. Auswirkungen des LKF-Modells	36
5.1. Positive Anreizwirkungen	36
5.2. Negative Anreizwirkungen.....	42
5.3. Verbesserungsmaßnahmen	45
6. Diskussion	47
Literaturverzeichnis	51

Abkürzungsverzeichnis

BGA	Bundesgesundheitsagentur
BGBI	Bundesgesetzblatt
BIQG	Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen
BMGF	Bundesministerium für Gesundheit und Frauen
DRG	Diagnosis Related Groups
ELV	Einzelleistungsvergütung
FGÖ	Fonds Gesundes Österreich
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
HCFA-DRG	Diagnosis Related Groups der Health Care Financing Administration
HDG	Hauptdiagnosegruppe
IHS	Institut für Höhere Studien
KAKUG	Kranken- und Kuranstaltengesetz
KRAZAF	Krankenanstellen-Zusammenarbeits-Fonds
LDF	Leistungsorientierte Diagnosefallgruppen
LKF	Leistungsorientierte Krankenanstellenfinanzierung
LGF	Landesgesundheitsfonds
MEL	Medizinische Einzelleistung
ÖBIG	Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen
ÖSG	Österreichischer Strukturplan Gesundheit
PRIKRAF	Privatkrankenanstellen-Finanzierungsfonds
PDRG	Procedure and Diagnosis-Related Group
RSG	Regionaler Strukturplan Gesundheit

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Suchergebnisse sowie Selektion (Datenbanken Pubmed und CINAHL)	4
Abbildung 2: Finanzierung von Landesgesundheitsfondskrankenanstalten	32
Abbildung 3: Entwicklung der durchschnittlichen Verweildauer in österreichischen Krankenanstalten (Statistik Austria 2016)	38
Abbildung 4: Entwicklung der Zahl der stationären Fallzahlen in österreichischen Krankenanstalten (Statistik Austria 2016)	39

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Schlüsselwörter zu Anreizwirkungen von DRG-basierten Krankenanstaltenfinanzierungssystemen.....	4
Tabelle 2: Suchergebnisse und Bezugsquellen.....	5
Tabelle 3: Zusammenhang zwischen Vergütungsform und Aktionsparameter im stationären Bereich.....	9
Tabelle 4: Übersicht der Anreizwirkungen von DRG-Systemen.....	23
Tabelle 5: Grad der Zielerreichung des LKF-Systems.....	36

Zusammenfassung

Aufgrund des technischen Fortschritts, aber auch durch demografische Veränderungen rückte die Finanzierung des Gesundheitssystems in den letzten Jahren zunehmend in den Fokus politischer Entscheidungsträger/innen. Insbesondere die Art der Vergütung im stationären Sektor wurde von nun an stärker hinterfragt und verschiedene Ansätze wie Globalbudgets oder pflegetagebasierte sowie fallbezogene Vergütungsmodelle diskutiert, um Kostenanstiege im Gesundheitsbereich eindämmen zu können.

Bereits im Jahr 1997 wurde in Österreich das pflegetagebasierte Vergütungsmodell durch die leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung (LKF) ersetzt und somit versucht, einem Kostenanstieg im stationären Sektor entgegenzuwirken. In der vorliegenden Masterarbeit wird mittels eines Literature Reviews das bestehende DRG-basierte Krankenanstaltenfinanzierungssystem (LKF) hinsichtlich möglicher negativer und positiver Anreizwirkungen sowie etwaiger Unterschiede zu anderen DRG-basierten Systemen untersucht.

Es zeigt sich, dass das LKF-Modell im Gegensatz zu anderen DRG-basierten Systemen eine höhere Einzelleistungsausrichtung und eine geringere Diagnoseausrichtung aufweist, jedoch grundlegende positive Anreizwirkungen wie die Verkürzung der Verweildauer der Patient/innen, eine Eindämmung der Kostensteigerungen, die Optimierung des Ressourceneinsatzes oder eine höhere Leistungstransparenz auch im LKF-System erkennbar sind.

Die Differenzierung der Finanzierungsbereiche in einen bundesweit einheitlichen Kern- und einen bundesländerspezifischen Steuerungsbereich ist ebenfalls ein wichtiges Unterscheidungsmerkmal zu DRG-basierten Systemen. Diese Aufteilung der Finanzierungsströme wirkt sich auf die Bewertung und Vergütung der einzelnen Krankheitsfälle in den verschiedenen Bundesländern aus und wird von vielen Autor/innen als Schwachstelle des österreichischen Finanzierungsmodells gesehen.

Als negative Anreizwirkungen sind vor allem die Erhöhung der Fallzahlen und die fehlende Entlastung des ambulanten Bereiches zu nennen. Kritisiert wird zum Teil auch die zu geringe Nutzung der Daten zur Systemsteuerung, Datenqualität (primärer Fokus auf Abrechnung) und die zersplitterte Kompetenzlage im Gesundheitswesen zwischen Bund, Land und Gemeinden. Aus den angeführten

Vor- und Nachteilen können Bereiche ausgemacht werden, in denen noch deutliche Verbesserungen möglich wären. Vor allem die Harmonisierung der LKF-Finanzierung – die sogenannte „Finanzierung aus einer Hand“ – und eine bessere Verzahnung des stationären mit dem ambulanten Sektor werden als große Herausforderung gesehen. Es bleibt anzumerken, dass sich das primäre Ziel „Effizienzsteigerung durch Verweildauerreduktion“ durch die Steigerung der Behandlungsfälle aufwog bzw. die unterschiedlichen Abrechnungs- und Subventionsformen, die Gewichtung der LKF-Punkte sowie die nach wie vor bestehende Abgangsdeckung aus Landesbudgets vorhandene Effizienzpotentiale verhindern.

Die vorliegende Masterarbeit zeigt auf, dass in vielen Bereichen effizienztechnisches Verbesserungspotential sowie die Notwendigkeit, bestimmte Fehlanreize durch geeignete Maßnahmen zu entschärfen, bestehen.

Abstract

Due to technical progress as well as demographic changes the financing of the health system has moved into focus of political decision makers in recent years. In particular, the type of remuneration in the inpatient sector was increasingly questioned and various approaches, such as global budgets, per diem and fee-for-service payment models were discussed, in order to reduce cost inflation in the health sector. As early as in 1997 the per diem based model was replaced by a performance-oriented hospital financing system the so-called LKF in Austria, in order to counteract an increase of costs in the stationary sector. The present Master's Thesis examines the existing DRG-based hospital financing system (LKF) with regard to possible negative and positive incentive effects as well as any differences to other DRG-based systems by carrying out a literature review. It turns out that, compared to other DRG-based systems, the LKF model has a higher focus on individual procedures and lower focus on diagnosis, but basically also the LKF model shows positive incentive effects such as reducing the patient's length of stay, limiting cost increases, optimizing of resource usage or a higher performance transparency.

The LKF framework consists of two different areas: the core area and a state-specific steering area, specified according to the rules of the different federal states of Austria, which is an important difference to other DRG-based systems either. This separation of funding has an impact on the assessment and remuneration of individual cases and is considered to be a fundamental weakness in the Austrian financing model by many researchers. The main negative incentive effects which are mentioned in literature are an increase in the number of cases and the lack of relief of the outpatient area. Other negative aspects are the under-utilization of data for system control, data quality (primary focus on billing) and the fragmented competence situation in the health care system between the federal government, the 9 states and the individual communities. By means of the mentioned advantages and disadvantages, some areas can be identified, in which significant improvements would be possible.

In particular the harmonization of the LKF financing – the so-called "one-stop financing" – and a better interlocking of the inpatient and outpatient sectors are seen as a considerable challenge.

It is important to note that the primary objective of "increasing efficiency by reducing the length of stay cases" did not outweigh the increase of treatment cases or rather that the different forms of settlement and subsidies, the weighting of LKF points and the still existing deficit spending from state budgets prevent efficiency potentials. The present Master's Thesis shows that in many areas the capability for improvement exists and that there is a need to defuse certain disincentives by appropriate measures.

1. Einleitung

Ein funktionierendes Gesundheitsversorgungssystem bildet eine der wichtigsten Säulen in einem modernen Staatswesen. Durch den enormen technischen Fortschritt, aber auch die demografischen Veränderungen der letzten Jahrzehnte, die zu einem starken Anstieg an Personen im höheren Lebensalter geführt haben, wurde die Finanzierung des Gesundheitsbereichs zu einer großen Herausforderung für die Entscheidungsträger/innen. Die Art des Vergütungssystems wurde dabei immer stärker hinterfragt und verschiedene Ansätze wie pflegetageorientierte Modelle, fallbezogene Abrechnung und Systeme mit globalen Budgets wurden diskutiert. Bereits im Jahr 1997 wurde in Österreich mit der Einführung der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung (LKF) für den stationären Sektor der Versuch unternommen, den Kostenanstieg zu dämpfen, indem als eines der ersten Länder in Europa eine Vergütung nach Fallpauschalen eingeführt wurde. In den Folgejahren etablierten sich derartige Krankenhausfinanzierungssysteme (DRG-Systeme) auch in vielen weiteren Ländern. Diese Form der Finanzierung gilt heute als internationaler Standard in der Vergütung von Krankenhausleistungen, da sie im Gegensatz zu anderen Finanzierungsarten anstrebt (vgl. Schneider et al. 2010, Vorwort), „medizinische als auch ökonomische Anforderungen in gleichem Maße zu beachten“ (ebd. 2010, Vorwort). Aufgrund historisch bedingter Gegebenheiten und voneinander differierenden Entwicklungen (vgl. ebd. 2010, Vorwort) „in den Medizinsystemen der jeweiligen Länder unterscheiden sich die Fallpauschalensysteme in der Praxis jedoch erheblich voneinander“ (ebd. 2010, Vorwort). Auch hinsichtlich der Anreizmechanismen zeigen sich in der Praxis Unterschiede. Ein Grund, warum sich derartige Systeme in vielen Ländern etablierten, ist jener, dass sich diese Anreizmechanismen überwiegend positiv auf die Qualität und die Effizienz der stationär erbrachten Leistungen auswirken sollen. Im Allgemeinen wurde erwartet, dass durch die Anwendung entsprechender Systeme die Kosten gesenkt sowie die Einkünfte pro behandeltem Patienten/behandelter Patientin und die Anzahl der stationär behandelten Patient/innen erhöht werden (vgl. Cots et al. 2011, S. 82). Die Einführung dieser Vergütungsform war in Österreich mit großen Erwartungen verknüpft. So sollte etwa die Leistungs- und Kostentransparenz gesteigert, die

durchschnittliche Verweildauer gesenkt, der Ressourceneinsatz optimiert und die Dokumentation der Leistungen verbessert werden (vgl. BMGF 2016, S.7). Doch seit der Einführung des ersten DRG-basierten Krankenhausfinanzierungssystems in den USA im Jahr 1983 sich die Hinweise darauf, dass es auch negative Effekte durch diese Art der Vergütung gibt, welche wiederum eine optimale Ressourcenallokation im stationären Sektor verhindern könnten. Die Frage, inwieweit sich diese Erwartungen in der Praxis auch bestätigt haben und in welchen Bereichen es noch Verbesserungsbedarf gibt, steht im Zentrum der vorliegenden Arbeit.

1.1. Zielsetzung und Forschungsfragen

Das Ziel dieser Masterarbeit ist es, in einer Literaturanalyse das leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierungssystem in Österreich hinsichtlich möglicher positiver sowie negativer Anreizwirkungen zu untersuchen. Ausgehend von dieser Zielsetzung werden DRG-Systeme zunächst ganz allgemein behandelt und es wird dargestellt, welche theoretischen Anreizwirkungen derartige Systeme aufweisen können. In weiterer Folge werden das österreichische Gesundheitssystem sowie das leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierungssystem untersucht und beschrieben. Hierbei wird insbesondere auf die Organisation der Mittelaufbringung und -verteilung sowie auf die Ausgestaltung des LKF-Systems eingegangen. Es wird ein Vergleich zwischen der ursprünglichen Form des DRG-Systems und der in Österreich verwendeten Variante durchgeführt. Davon ausgehend wird eine Analyse der durch die Einführung der LKF ausgelösten Anreizwirkungen vorgenommen, um abschließend der Frage nachzugehen, ob und welche positiven sowie negativen Wirkungen im leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierungssystem vermutet bzw. dokumentiert wurden und welche Auswirkungen diese auf die stationäre Versorgung haben können. Es wird von der Hypothese ausgegangen, dass die Vorteile der Einführung eines leistungsorientierten Abrechnungssystems in Österreich gegenüber den dadurch aufgetretenen Nachteilen überwiegen. Daraus können folgende Forschungsfragen abgeleitet werden:

- Wie erfolgt die Vergütung der stationären Versorgung in Österreich?
- Welche positiven und negativen Anreizwirkungen werden im DRG-basierten Krankenhausfinanzierungssystem beschrieben?
- Bestehen zwischen der DRG in seiner klassischen Form und dem LKF-System Unterschiede? Falls ja: Welche Auswirkungen haben diese Unterschiede auf die Anreizwirkungen im österreichischen System?
- Welche von den zu erwartenden positiven und negativen Anreizwirkungen konnten bisher in Österreich beobachtet werden? Überwiegen die Vorteile?
- Welche Möglichkeiten der Verhinderung von Fehlanreizen gibt es und welche Mechanismen zur Eindämmung von Fehlanreizen kommen in Österreich zum Einsatz?

1.2. Methode

Zur Beantwortung der Forschungsfragen wurde eine Literaturrecherche durchgeführt. Über die konkrete Vorgehensweise sowie die Auswahl der in der vorliegenden Masterarbeit behandelten bzw. inkludierten Literatur wird in diesem Abschnitt ein Überblick gegeben.

Um mögliche Anreizwirkungen von DRG-basierten Krankenanstaltenfinanzierungssystemen zu identifizieren, wurden Keywords zu den drei Themenblöcken („diagnosis related groups“, Krankenanstaltenfinanzierung und Anreizwirkungen) generiert. Es wurden Synonyme identifiziert, welche mit Hilfe von Übersetzungsseiten zusätzlich ins Englische übersetzt wurden. Diese Synonyme, sowohl in deutscher als auch englischer Sprache, wurden miteinander in unterschiedlichen Kombinationen mit dem Boole'schen Operator OR in Verbindung gesetzt, die drei Themenblöcke zueinander mit dem Boole'schen Operator AND.

Thema/Konzept/Begriff	Schlüsselwörter/Keywords
DRG	DRG OR diagnosis related group
LKF	LKF OR leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung

LDF	LDF OR leistungsorientierte Diagnosefallgruppen
Krankenanstaltenfinanzierung	hospital payment OR financing method OR financ* OR Krankenanstaltenfinanzierung OR financing system OR reimburse* OR fund* OR remun* OR financing framework OR hospital financing framework
Anreize	Incentiv* OR Anreizwirkung* OR Anreiz* OR consequenc*

Tabelle 1: Schlüsselwörter zu Anreizwirkungen von DRG-basierten Krankenanstaltenfinanzierungssystemen

Die Suchergebnisse wurden in den Datenbanken auf die letzten zehn Jahre sowie auf "free full text" eingeschränkt. Die Literaturrecherche erfolgte für die Zeit zwischen Jänner 2014 und Juli 2018 in den Datenbanken CINAHL und Pubmed. Eine weitere Limitierung wurde nicht vorgenommen, da eine möglichst breite Literaturzusammenschau erfolgen sollte. Um die Suchergebnisse auf Österreich zu beschränken wurde zu den vorhandenen Keywords "Austria" hinzugefügt.

Die Ergebnisse aus diesen Recherchen wurden zunächst anhand des Titels und in weiterer Folge anhand des Abstracts bewertet.

Vorgenommene Ausschlüsse von Studien erfolgten aufgrund ungeeigneter Settings, irrelevanter Forschungsfragen, eines ungeeigneten Fokus, eines anderen Vergütungssystems oder aufgrund der Sprache. In den Literaturdatenbanken konnten aufgrund der festgelegten Kriterien keine Treffer identifiziert werden. Das Flowchart illustriert nochmals die Literatursuche sowie die Selektion in den Datenbanken:

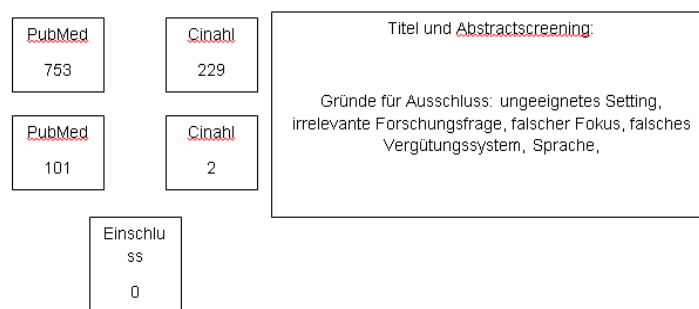


Abbildung 1: Suchergebnisse sowie Selektion (Datenbanken Pubmed und CINAHL)

Zur Bearbeitung der Forschungsfragen sowie des Kapitels „Ausgangssituation - theoretische Vorüberlegungen“ wurden die Arbeiten mittels Quersuche im Internet (Google und Google scholar), Sichtung von Referenzliteratur sowie einer Handsuche in den Bibliotheken der Medizinischen Universität Graz und der Karl-Franzens-Universität-Graz – immer unter Einbeziehung und Kombination der oben

genannten Suchwörter – ermittelt. Hier wurde auch auf frühere Literatur zurückgegriffen, da die ersten theoretischen Auseinandersetzungen bereits in den 1980iger Jahren mit der Einführung des Medicaresystems in den USA begannen. Für eine konkrete Behandlung der Datenlage in Österreich wurde darüber hinaus auch in den Datenbanken des Rechnungshofes nach einschlägigen Berichten auf der Homepage des Bundesministeriums für Gesundheit, in der Bibliothek des Institutes für Höhere Studien (IHS) sowie auf Statistik Austria gesucht. Auf diese Weise konnten insgesamt 46 Arbeiten identifiziert werden. Die nachfolgende Tabelle gibt die Anzahl der Treffer je nach Bezugsquelle wieder.

Bezugsquelle	Ergebnisse
Bibliotheken	15
Internet (Google, Google scholar)	18
Literaturdatenbanken (CINAHL, PUBMED)	0
Referenzliteratur	3
IHS	4
BMGF	3
Rechnungshof	4

Tabelle 2: Suchergebnisse und Bezugsquellen

2. Modelle der Krankenanstaltenfinanzierung

In diesem Abschnitt soll zunächst allgemein auf die theoretischen Grundlagen und Begrifflichkeiten im Bereich der Finanzierung von Krankenanstalten eingegangen werden. Der Schwerpunkt liegt dabei in einer Beschreibung der ökonomischen Besonderheiten der Krankenanstaltenfinanzierung.

2.1. Ausgangssituation – theoretische Vorüberlegungen

Grundsätzlich ist davon auszugehen, dass Vergütungssysteme im Bereich der Krankenanstalten über individuelle Anreizmechanismen verfügen und damit

den/die Leistungserbringer/in in die ein oder andere Richtung beeinflussen können (vgl. Breyer, Zweifel & Kifmann et al. 2012, S. 398). Die Einführung von DRG-basierten Bezahlssystemen hatte generell das Ziel, eine Effizienzsteigerung herbeizuführen (vgl. Czypionka & Kronemann 2015, S.285). Dies sollte durch Anreize erreicht werden, „die den Spagat zwischen einer qualitativ guten Behandlung und der Vermeidung einer unnötigen Überbehandlung ermöglichen [sollte]“ (Czypionka & Kronemann 2015, S. 285).

Vor der Einführung von DRG-basierten Krankenanstaltenfinanzierungssystemen wurden in Europa das Einzelleistungsvergütungssystem (Fee-for-Service, FFS), das Tagespauschalensystem und das Vergütungssystem über globale Budgets (GB) angewandt. Diese Vergütungsformen unterscheiden sich nicht nur erheblich in der Ausgestaltung, sondern auch in Bezug auf den Anreizmechanismus. Alle Vergütungsformen eint das Ziel (vgl. ebd. 2015, S.285), „die Leistungserbringer[/innen] so zu motivieren, dass eine patientenorientierte, qualitativ hochwertige und möglichst kosteneffiziente Behandlung von Patienten ermöglicht wird“ (ebd. 2015, S.285), gleichzeitig der Administrationsaufwand gering ist und die Transparenz in der Leistungserbringung erhöht wird (vgl. ebd. 2015, S.285).

In der vorliegenden Arbeit wird davon ausgegangen, dass das im Jahr 1997 in Österreich eingeführte LKF-Modell überwiegend positive Anreizwirkungen zeigt und eine grundlegende Verbesserung der Versorgungs- und Finanzierungssituation gebracht hat. In diesem Zusammenhang ist vor allem die Unterscheidung zwischen prospektiven oder retrospektiven Vergütungssystemen wesentlich (vgl. Breyer, Zweifel & Kifmann 2012, S. 398). Nachdem bei der österreichischen Variante eines DRG-Systems eine Vermischung beider Systeme vorhanden ist, sollte insbesondere auch auf diesen Aspekt und dessen Auswirkungen auf Anreizwirkungen eingegangen werden. Während retrospektive Vergütungssysteme rückblickend den tatsächlichen Ressourcenverbrauch beachten und die Kostenverantwortung auf die Institution, welche die Vergütung leistet, verlagert (z.B. Einzelleistungsvergütung), legt ein prospektives Zahlungssystem die Vergütung im Vorhinein fest und verlagert die Kostenverantwortung somit auf den/die Leistungserbringer/in (z.B. Fallpauschalen und globale Budgets) (vgl. ebd. 2012, S. 398).

„Der Anstieg der Ausgaben bei medizinischen Leistungen hat in den letzten Jahrzehnten einen Trend zu prospektiven Vergütungssystemen ausgelöst“ (ebd. 2012, S.398). Das zuvor vorherrschende System des Kostendeckungsprinzips musste dem System der pauschalierten Vergütung weichen. Wie an anderer Stelle noch näher ausgeführt, fungierte Medicare in den USA hierbei als Vorreiter. Die staatliche Krankenversicherung für Rentner/innen führte ein Vergütungssystem auf der Grundlage von Diagnosis Related Groups (DRG) ein, wodurch man sich ein verbessertes Kostenmanagement erhoffte (vgl. ebd. 2012, S. 398).

Aus ökonomischer Perspektive stellt sich jedoch die Frage, ob die Leistungserbringer/innen den Anreiz haben, die Patient/innen optimal zu behandeln, wenn sie bei ihren Überlegungen wirtschaftliche Aspekte berücksichtigen müssen. Zu starke Anreize der Kostenreduktion könnten etwa eine Verminderung der Behandlungsqualität oder eine unerwünschte Selektion von Patient/innen zur Folge haben (vgl. ebd. 2012, S. 398).

Um die Gründe der Einführung von DRG-basierten Krankenanstaltenfinanzierungssystemen in vielen europäischen Ländern während der letzten Jahrzehnte besser verstehen und nachvollziehen zu können, bedarf es einer näheren Betrachtung der unterschiedlichen Krankenhausfinanzierungssysteme, deren Vor- und Nachteile sowie deren zugrundeliegenden Vergütungssystemen. In diesem Abschnitt wird zunächst ein Überblick über allgemeine Merkmale von Finanzierungsformen in der Gesundheitsversorgung gegeben, um danach die einzelnen Vergütungssysteme näher zu beschreiben.

2.2. Allgemeine Funktionen

Grundsätzlich können Vergütungssysteme nach folgenden Funktionen und Zielen unterteilt und beurteilt werden:

- **Steuerungs- und Anreizfunktion**

Sie soll Anbieter/innen dazu veranlassen, ihre Leistungen bedarfsgerecht bzw. wirtschaftlich zu erbringen. Vergütungssysteme sind somit so auszugestalten, dass sie bestimmte Anreize (“incentives“) zur Kostensenkung und zur Steigerung der Lebensqualität schaffen und gleichzeitig der Erbringung von nicht bedarfsgerechten Leistungen entgegenwirken (“risk sharing“) (vgl. Amelung 2012, S. 174).

- **Verteilungsfunktion**

Diese Funktion soll den Anbieter/innen von Gesundheitsleistungen ein leistungsgerechtes Einkommen gewähren (vgl. Amelung 2012, S.174), „zugleich aber auch eine zu hohe Belastung der Finanziere (Prämien-, Beitrags- oder Steuerzahler[Innen]) vermeiden“ (ebd. 2012, S. 174). „Dies erfordert Vergütungsregelungen, in denen Finanzierungsrisiken in gleichem Maße zwischen Leistungserbringer[innen] und Finanzier[innen] aufgeteilt werden“ (ebd. 2012, S. 174).

- **Innovationsfunktion**

Sie soll die Anwendung neuer Diagnose- und Therapieverfahren, welche die Behandlungsqualität und die Wirtschaftlichkeit erhöhen können, forcieren oder zumindest nicht behindern (vgl. ebd. 2012, S. 174).

Zur Funktionsfähigkeit eines Vergütungssystems ist es weiters notwendig, dass eine möglichst hohe Akzeptanz der Finanziere und der Leistungserbringer/innen besteht, Verwaltungs- und Kontrollkosten gering und transparent sind sowie eine möglichst hohe Anpassungsfähigkeit für etwaige notwendige Änderungen (z.B. neue Trends) vorhanden ist (vgl. ebd. 2012, S. 174).

Ein Vergütungssystem besteht in der Regel aus unterschiedlichen Vergütungsformen (vgl. ebd. 2012, S.175). „Diese legen die Vergütungseinheit fest, die als Bemessungsgrundlage dient“ (ebd., 2012 S. 175). In der vorliegenden Arbeit wird auf vier idealtypische Vergütungsformen eingegangen, die laut Rauner und Schaffhauser-Linzatti (2013, S. 131) im stationären Sektor Anwendung finden und in Europa aktuell bzw. vor der Einführung der DRG-basierten Krankenhausfinanzierung eingesetzt werden / wurden (vgl. Hope Report 2006 S. 40f.; Geissler et al. 2012, S. 633f.) und bereits im Jahr 1991 von Neubauer und Demmler (1991) folgendermaßen kategorisiert wurden (vgl. Leonard et al. 2003, S. 240 zit. n. Neubauer und Demmler 1991):

- Einzelleistungsvergütung / ELV (engl.: Fee-for-Service)
- Tagespauschale
- Fallpauschale
- Globalbudget

(vgl. Amelung 2008, S. 175f.; Leonard et al. 2003, S. 240; Geissler et al. 2012, S. 633f.)

Diese vier Vergütungsformen sind nach der Form der Vergütung und den verschiedenen Anreizen in der folgenden Tabelle (Tabelle 3) zusammengefasst.

Vergütungsform	Aktionsparameter			
	Kostenkomponente	Einzelleistungsebene	Patiententag	Fallebene
<i>Einzelleistung</i>	Kostenkomponente ↓	↑	Leistungen (Erlöse) ↑	↑
<i>Tagespauschale</i>	Kostenkomponente ↓	↓	Leistungen (Erlöse) ↑	↑
<i>Fallpauschale</i>	↓	Kostenkomponente ↓	↓	Leistungen (Erlöse) ↑
<i>Globalbudget</i>	↓	Kostenkomponente ↓	↓	↓

Tabelle 3: Zusammenhang zwischen Vergütungsform und Aktionsparameter im stationären Bereich (Quelle: Rauner und Schaffhauser-Linzatti 2013, S. 131 zit. nach Neubauer und Demmler 1991)

Hinweis: ↑ = Expansion, ↓ = Kontraktion

In weiterer Folge werden die Hauptmerkmale der einzelnen Vergütungsformen und ihre wichtigsten Anreizwirkungen beschrieben.

2.3. Einzelleistungsvergütung

Bei der Einzelleistungsvergütung wird dem Krankenhaus jede einzelne erbrachte Leistung am Patienten / an der Patientin vergütet (vgl. Leonard et al. 2003, S. 240). Je mehr Behandlungsschritte erforderlich sind bzw. je intensiver die Behandlung eines Patienten / einer Patientin ist, umso mehr kann vom Leistungserbringer / von der Leistungserbringerin abgerechnet werden (vgl. Emmert 2008, S. 217).

„Sowohl in den USA als auch in einigen europäischen Ländern, wie zum Beispiel in Estland oder Polen, wurde vor der DRG-Einführung hauptsächlich die Einzelleistungsvergütung (ELV), basierend auf einem Leistungskatalog mit festgelegten Vergütungshöhen, eingesetzt“ (Geissler et al 2012, S.634). Die

Summe der einzelnen Leistungen sollte dabei den tatsächlich angefallenen Kosten pro Patient/in entsprechen (vgl. Geissler et al. 2012, S. 634).

Diese Vergütungsform hat aber mittlerweile stark an Bedeutung verloren und spielt nur mehr im Bereich der Privatpatient/innen eine Rolle (vgl. Rauner und Schaffhauser-Linzatti 2013, S. 131).

Wie aus Tabelle 3 ersichtlich, wird zwar bei dieser Vergütungsform einerseits der Faktoreinsatz von den Krankenanstalten minimiert, andererseits haben sie jedoch einen hohen Anreiz ihre Erlöse zu maximieren (vgl. Leonard et al. 2003, S. 241). Dies kann durch eine Erhöhung der Einzelleistungen, der Verweildauer oder der Anzahl an Behandlungsfällen erreicht werden (vgl. Rauner und Schaffhauser-Linzatti 2013, S. 131).

„Diese Form der Vergütung wirkt daher tendenziell produktivitätssteigernd“ (Geissler et al. 2012, S. 634). Leistungserbringer/innen haben den Anreiz, pro Patient/in eine hohe Anzahl an Leistungen zu erbringen. Durch diese Vergütung wird sichergestellt, dass Leistungserbringer/innen einerseits die komplexen Gesundheitsprobleme der Patient/innen behandeln und andererseits eine angemessene Vergütung erhalten. Auch für Patient/innen kann diese Form der Vergütung vorteilhaft sein: Jede/r Patient/in wird umfassend behandelt, ohne dabei die Kosten selbst tragen zu müssen. Besonders bei unsicherer Diagnoselage hat der/die Patient/in die Sicherheit, eine weitere entsprechende Untersuchung zu erhalten. Da Ärzte/Ärztinnen die Behandlung so intensiv wie möglich gestalten können, werden Patient/innen umfassend untersucht. Im Hinblick auf die Behandlungsqualität kann festgehalten werden, dass Einzelleistungsvergütungssysteme mit festen Punktwerten qualitätssteigernde Auswirkungen wie höhere Spezialisierungsgrade der Ärzte/Ärztinnen und die Förderung des technischen Fortschritts haben können (vgl. Emmert 2008 S. 218 zit n. List 1999). Dies konnte vor allem in den USA beobachtet werden, als ein sogenannter “medical arms race“ entstand, wo Krankenhäuser um neue Patient/innen warben, indem sie sehr stark in neue Abteilungen oder in medizinische Geräte zu investieren begannen (vgl. Street et al. 2011, S. 95).

Die Einzelleistungsvergütung kann jedoch, wie bereits erwähnt, unterschiedliche negative Effekte nach sich ziehen. Hinsichtlich Effizienz und Versorgungsqualität ist festzuhalten, dass es zur Durchführung unnötiger Leistungen kommen kann (Überversorgung – Overtreatment), da an jeder Leistung extra verdient wird (vgl.

Geissler et al. 2012, S. 634). Fehlen entsprechende Budgetobergrenzen, besteht bei dieser Form der Vergütung der Anreiz der Leistungsausweitung (Hamsterradeffekt) (vgl. Emmert 2008 S. 217f). „Da die genaue Übereinstimmung der Kosten einer Leistung mit deren Vergütung nicht immer garantiert werden kann“ (Emmert 2008, S. 219), kann es einen Anreiz für den/die Leistungserbringer/in geben (vgl. ebd 2008, S. 219), „bestimmte Leistungen durchzuführen, die ihm/ihr einen positiven Deckungsbeitrag bringen, da die Preise höher sind als die Kosten (‘cream skimming’)“ (Emmert S. 219f zit. n. Amelung und Schumacher 2000). Durch unnötige und über die medizinischen Erfordernisse hinausgehende Behandlungen muss nicht nur mit steigenden Kosten im Gesundheitssektor gerechnet werden, sondern vielmehr kann diese Form der Vergütung auch höhere Belastungen für Patient/innen nach sich ziehen (vgl. ebd. 2008 S. 218 zit. n. Oberender und Hebborn 1996).

Insgesamt lässt sich sagen, dass in der Theorie die reine Einzelleistungsvergütung für Krankenhäuser bei nicht vorhandener Budgetobergrenze (Deckelung) keinen Anreiz bietet, wirtschaftlich zu arbeiten (vgl. Geissler 2012 S. 634 zit. n. Street et al 2011, S. 95). Die Kontrolle der Kosten gestaltet sich ebenso als schwierig, da Kosten per se keine objektive Größe sind und nicht kontrolliert werden können (vgl. Hajen, Paetow & Schumacher 2013, S. 181).

Da jede einzelne Leistung die dem Patienten/an der Patientin zugutekommt (z.B. Medikamentengaben, radiologische oder körperliche Untersuchungen) mit einem eigenen Preis ausgewiesen wird und Krankenhäuser dazu verpflichtet sind, Rechnungen mit jeder einzelnen Leistung aufzulisten (vgl. Street et al. 2011, S.95), gelten Anpassungen von Preislisten nach wie vor als einziges Instrument zur Kostenkontrolle (vgl. Geissler et al. 2012, S. 634 zit. n. Street et al 2011, S. 95).

Zusammenfassend lässt sich hinsichtlich Steuerungs- und Anreizfunktion sagen, dass in Ländern, in denen bislang mit zu knappen Globalbudgets gearbeitet wird, positive Effekte hinsichtlich Produktivitätssteigerung zu erwarten sind. D.h. die Anzahl an Behandlungsfällen bzw. auch die Anzahl an Leistungen sind in einem derartigen System tendenziell hoch. Einerseits ist mit einem derartigen Vergütungssystem sichergestellt, dass Krankenhäuser, die komplexe

medizinische Fälle behandeln, eine adäquate Vergütung erhalten, andererseits kann diese Form der Vergütung auch zu einer Überversorgung bzw. zur Erbringung von unnötigen medizinischen Leistungen animieren, was wiederum negative Auswirkungen auf die Versorgungsqualität bzw. auf den effizienten Mitteleinsatz haben kann (vgl. Czypionka und Kronemann 2015, S. 286; Geissler et al. 2012, S. 634).

Hinsichtlich Verteilungsfunktion kann vermutet werden, dass, wie zuvor beschrieben, Krankenhäuser keinen Anreiz haben, die Höhe der Ausgaben bei der Leistungserbringung zu berücksichtigen. Diese Vergütungsform bietet zwar aufgrund der Preislisten transparenten Einblick in die Leistungserbringung, jedoch kann die Art und Menge der Leistungserbringung nur gesteuert werden, indem über eine etwaige Auf- und Abwertung von Leistungen (relative Preise) Anreize geschaffen werden, einzelne Leistungen vermehrt (beratende Leistungen) oder vermindert (Geräteleistungen) anzubieten (vgl. Hajen, Paetow und Schumacher 2013, S. 147) oder über Budgetobergrenzen die Leistungsmenge zu steuern (vgl. Geissler et al 2012, S. 634). Die Innovationsfunktion wird dieser Vergütungsform vor allem von Emmert (2008) zugeschrieben (vgl. Emmert 2008, S.218 zit. n. List 1999). Zur Innovationsfunktion fehlen weitere Hinweise in der Literatur.

2.4. Tagespauschale

In Österreich wurde die Vergütung nach Tagessätzen bis zur Einführung des LKF-Systems im Jahr 1997 praktiziert (vgl. BMG 2010, S. 5). Vor der Umstellung auf DRG-basierte Krankenhausfinanzierungssysteme wurde diese Form der Krankenhausvergütung nicht nur in Österreich, sondern auch in Deutschland, Italien und in der Schweiz eingesetzt (vgl. Hope Report 2006, S. 40f.). Das Krankenhaus erhält pro Tag eines stationären Aufenthaltes eines Patienten/einer Patientin eine Pauschale bzw. einen Pflegesatz (vgl. Amelung 2012, S. 176), unabhängig von den tatsächlich entstehenden Kosten (vgl. Emmert 2008, S. 229 zit. n. Rüschemann, 2000). „Die Höhe dieser Tagespauschale kann mit zunehmender Verweildauer abnehmen (degressiver Satz) oder je nach Abteilung oder der Art der erbrachten Krankenhausleistung variieren“ (Emmert 2008, S. 229 zit. n. Amelung und Schumacher 2000).

In Tabelle 3 auf Seite 9 wird deutlich, dass bei dieser Form der Vergütung der Anreiz der Maximierung der Einzelleistungen entfällt, da dadurch keine zusätzliche Refundierung erfolgt. Die Krankenanstalten versuchen dagegen die Zahl der Einzelleistungen zu reduzieren und durch kostengünstigere zu ersetzen (vgl. Leonard et al. 2003, S. 241). Als Anreiz weiter bestehen bleiben bei dieser Form der Vergütung die Erhöhung der Verweildauer und die Zahl der zu behandelnden Fälle (vgl. Rauner und Schaffhauser-Linzatti 2013, S. 132). Da die Kosten pauschal auf die Krankenhaustage umgelegt werden, fehlt eine objektive Information darüber, was die Behandlung eines Falles kostet. Diese fehlende Transparenz verhindert sowohl ein effektives Controlling im Krankenhaus als auch eine effektive externe Kontrolle sowie Steuerung (vgl. Hajen, Paetow und Schumacher et al. 2013, S. 184). Insgesamt führte diese Form der Krankenhausfinanzierung zu einem gering ausgeprägten Kostenmanagement und Dokumentationssystem in den Krankenanstalten (vgl. Rauner 2007, S. 163). Als Beispiel wird hier angeführt, dass Krankenhäuser aufgrund dieses Systems Patienten/Patientinnen später entließen (Verweildauerverlängerung), was zu einem erhöhten Ressourcenbedarf führte (Personalbedarf und Bettenbedarf) und auch insgesamt die Behandlungskosten erhöhte (vgl. Rauner 2007, S.163). Es wird jedoch vermutet, dass zugleich auch die Verwaltungskosten sinken, wie Hajen, Paetow und Schumacher (2013) ausführen: „Da Kosten nur pro Abteilung und nach Kostenarten erfasst werden müssen,“ (Hajen Paetow und Schumacher 2013, S.184) sei der Dokumentationsaufwand pro Patient/in gering (vgl. Hajen, Paetow & Schumacher 2013, S.184). Innovationen werden laut Hajen, Paetow & Schumacher (2013, S. 184) durch diese Vergütungsform eher behindert. Hier wird als Beispiel die Nichtanwendung minimal invasiver Chirurgie angeführt, die eine theoretische Verkürzung der Verweildauern nach sich ziehen würde.

2.5. Fallpauschale

Bei dieser Form der Vergütung, die allgemein auch als DRG-Vergütung bezeichnet wird, erfolgt die Refundierung der Kosten für die Spitäler auf Basis der erbrachten medizinischen Leistungen bzw. der Diagnosen oder deren Kombination. Der/die Leistungserbringer/in erhält für jeden behandelten Fall eine

Pauschale, die prospektiv (im Vorhinein) festgelegt wird und sämtliche durchgeführte Leistungen eines Behandlungsfalles abdecken soll (vgl. Amelung 2008; Emmert 2008, S. 221 zit. n. Steinbach, Sohn & Schöffski 2004). Die Vergütung erfolgt hierbei unabhängig von den tatsächlich entstandenen Kosten (vgl. Emmert 2008, S. 221 zit. n. Wiechmann 2003). Diese Pauschale wird meist nach dem vorhersehbaren Aufwand noch weiter differenziert, wie etwa nach Alter, Schwere der Krankheit oder ähnlichen Risikofaktoren (vgl. Amelung 2008, S. 176). Auch die Reichweite der Fallpauschalen kann unterschiedlich gestaltet werden. So kann etwa die Fallpauschale einer operativen Behandlung eines Blinddarms nicht nur die Operationskosten beinhalten, sondern auch die damit verbundene stationäre Pflege und Nachbehandlung (vgl. Emmert 2008, S. 221 zit. n. Rachold 2000). Patient/innen können in dieser Vergütungsform durch mehrere Diagnosen abgebildet sein/werden. Aus jedem Behandlungsfall resultiert ein indikationsbezogener Erstattungsanspruch gegenüber den Patient/innen bzw. deren Kostenträger/innen (vgl. ebd. 2008, S. 221 zit. n. Amelung und Schumacher 2000; Oberender und Hebborn 1996).

Die DRG Vergütung ist derzeit nicht nur in Europa, sondern auch in vielen anderen Ländern, wie den USA, in Australien etc., gängige Praxis bei der Krankenhausvergütung (vgl. Emmert 2008, S. 221).

Die konkrete Beschreibung dieses Finanzierungssystems und die verschiedenen Ausformungen solcher Vergütungssysteme sowie die negativen und positiven Anreizwirkungen werden ausführlich in Abschnitt 4 Seite 23 beschrieben.

2.6. Globalbudget

Jede Krankenanstalt erhält für die medizinische Betreuung jährlich ein globales Budget. Dieses wird aufgrund bestimmter Vorgaben wie bisheriger erbrachter Leistungen oder der Anzahl der Bevölkerung in einer Region ermittelt (vgl. Leonard et al. 2003, S. 244). Darüber hinaus kann die Höhe des Budgets an den Inputs (z.B. Personal) oder an der Versorgungsstufe des Krankenhauses (z.B. Anzahl, Vielschichtigkeit oder Schweregrade der Behandlungsfälle, Notfallversorgung) ausgerichtet werden (vgl. Geissler et al. 2012, S. 634). Neben Kanada wird diese Art der Vergütung auch in Europa, beispielsweise in Schweden

oder in Frankreich, verwendet, um den stationären Bereich zu finanzieren (vgl. Geissler et al. 2012, S. 634; Hope Report 2006, S. 40f.).

Die Budgets sind administrativ einfach handzuhaben „und können aufgrund der Ausgabendeckelung effektiv zur Kostenkontrolle beitragen“ (Geissler et al. 2012, S. 634).

Als größte Gefahr wird hier von Geissler (2012, S. 634) angeführt, „dass Krankenhäuser medizinische Leistungen einzuschränken beginnen, sobald (oder sogar davor) die Budgetgrenze erreicht ist“. Durch den Anreiz, die Kosten gering zu halten, wird vermutet, dass es auch zu einem Verlust der Qualität der erbrachten Leistungen kommen kann bzw. kein Anreiz besteht, zusätzliche – vielleicht sogar notwendige – Leistungen nicht durchzuführen. Hier sei es notwendig, entsprechende Qualitätssicherungsmaßnahmen zu ergreifen (vgl. Leonard et al. 2003, S. 242f.). Außerdem besteht bei diesem Vergütungssystem für die Krankenanstalten ein gewisser Anreiz, Teile der Behandlung von stationären Patient/innen auf andere Krankenanstalten oder den ambulanten Bereich zu übertragen („unbundling“) (vgl. ebd., S. 242). Als Beispiel könnten hier etwa radiologische Untersuchungen angeführt werden, bei denen Patient/innen angehalten werden, Untersuchungen beim/bei der niedergelassenen Radiologen/Radiologin durchführen zu lassen.

Somit stimuliert ein Globalbudget daher weder die Anzahl an Behandlungsfällen, die Leistungen pro Fall noch den medizinischen Fortschritt (vgl. Cypionka und Kronemann 2015, S. 286).

3. DRG-Systeme

Die DRG-basierte Vergütungsform stellt eine spezifische Vergütung dar und wird hier aufgrund der Schwerpunktsetzung der Masterarbeit in einem eigenen Kapitel beschrieben.

Nach einer kurzen Darstellung der Entwicklung dieses Vergütungssystems werden in weiterer Folge die Hauptmerkmale dieses Finanzierungstyps und vor allem die Anreizwirkungen, welche durch Einführung eines solchen Systems ausgelöst werden, beschrieben.

3.1. Historische Entwicklung

Die Geschichte der DRGs lässt sich bis ins Jahr 1913 zurückverfolgen: Mit der Frage:

“Really the whole hospital problem rests on one question: What happens to the cases? [. . .]” (Codman 1913, zit. in: Wiley 2011, S. 3)

leitete Dr. Codman, ein Chirurg aus Massachusetts, zu Beginn des 20. Jahrhunderts die Entwicklung der ersten DRG-Versionen ein, welche von Robert Fetter in den 1960iger Jahren an der Yale Universität auf Grundlage dieser Forschungsarbeiten fortgesetzt wurde (vgl. Wiley 2011, S. 3f.).

„Es sollte ein Abrechnungssystem nach fallgleichen Patient/innengruppen entwickelt werden, das als Instrument zur Produktdefinition von Krankenhäusern und zur Unterstützung der Qualitätssicherung von stationären Patient/innen fungieren konnte. Dabei sollte die Anzahl der Fallgruppen überschaubar bleiben, alle stationären Patient/innen erfasst, die bestehende Dokumentation verwendet sowie die Kosten und die medizinische Homogenität der Fallgruppen gewährleistet werden“ (Greiling und Muszynski 2008, S. 18 zit. n. Keun 2004, S. 79).

Die unzähligen und unübersichtlichen Einzelleistungen sollten zu einer überschaubaren Gruppe von Fällen zusammengefasst werden (vgl. Geissler et al. 2012, S. 633). Mitte der 1970er Jahre wurde das erste DRG-System an der Universität von Yale vorgestellt. In diesem System wurde vor allem auf die Homogenität der nach medizinischer Diagnose erarbeiteten Fallgruppen geachtet (vgl. Greiling und Muszynski 2008, S. 18 zit. n. Lauterbach und Lungen 2000, S. 5), „der Kostenbereich jedoch nicht nach Fallgruppen, sondern nur nach Verweildauer berücksichtigt“ (ebd. 2008, S. 18).

Die Implementierung dieses Yale-DRG-Systems (auch unter HCFA-DRG bekannt) zur pauschalierenden fallgruppenbezogenen Krankenhausvergütung erfolgte schlussendlich im Jahre 1983 in mehreren amerikanischen Bundesstaaten durch die Medicare-Versicherung, wobei die im Kostenbereich verwendeten Verweildauerentgelte von den vergleichbaren Fallgruppen abgelöst wurden (vgl. Rochell und Roeder 2001, S. 50; Greiling und Muszynski 2008, S. 18).

Da sich, durch die Entwicklung dieser DRGs die Anzahl von tausenden unübersichtlichen Einzelleistungen zu einer überschaubaren Anzahl an

medizinisch homogenen – zumeist stationären – Fällen mit ähnlich hohem Ressourcenverbrauch verwirklichen ließ (vgl. Geissler 2012, S. 633), erwartete man sich von der Ablöse des damals vorherrschenden und als ineffizient bzw. kostenintensiv geltenden Einzelleistungsvergütungssystems, kombiniert mit Erlösanreizen, eine langfristige Kostenreduktion, eine übersichtlichere Dokumentation und eine transparente Darstellung des Leistungsgeschehens im Krankenhaus (vgl. Geissler et al 2012, S. 633f; Street et al. 2011, S. 94; Greiling & Muszinsky 2008, S. 18).

Das System wurde schrittweise erweitert und kann in seiner im Jahr 1986 entstandenen vierten Generation als Grundlage für alle weiteren DRG-Systeme bezeichnet werden (vgl. Greiling und Muszynski 2008, S. 18). Mit der Einführung von DRGs in den USA wurde auch das Interesse an Klassifikationssystemen in Europa zunehmend größer, da diese unterschiedliche Krankenhäuser miteinander vergleichbar machen und ebenso einen Beitrag zur Qualitätssicherung leisten (vgl. Rochell und Roeder 2001, S. 50). Mittlerweile haben sich DRG-basierte Vergütungssysteme auch in den meisten europäischen Ländern als Grundlage für die Finanzierung und zur Leistungsbeurteilung etabliert (vgl. Geissler et al. 2012, S. 633).

3.2. Hauptmerkmale

In den letzten Jahrzehnten haben sich weltweit unterschiedliche Ausformungen des ursprünglichen DRG-Systems entwickelt. Es gibt jedoch einige Gemeinsamkeiten, die dieser Art des Vergütungssystems zugrunde liegen. Sie können allgemein definiert werden als

„... ärztlich-ökonomische Patientenklassifikationssysteme, in welchen die Behandlungsfälle von Akutkrankenhäusern in eine beschränkte Anzahl klinisch definierter Gruppen mit möglichst ähnlichen Behandlungskosten eingeteilt werden“ (Fischer 2002 S. 24).

Das Krankenhaus erhält für jeden Patienten/jede Patientin eine Vergütung, die sich an der Fallklassifikation orientiert und von den individuell entstandenen Kosten des Krankenhauses weitgehend unabhängig ist (vgl. Foit 2006, S. 86; Emmert 2008, S. 221 zit. n. Wiechmann 2003). Es handelt sich in der Regel also um einen pauschalen, prospektiv festgesetzten Betrag (vgl. Emmert 2008, S. 221

zit. n. Steinbach et al. 2004). Bei allen heute zur Vergütung stehenden DRG-Systemen werden Patient/innen in unterschiedlichen Differenzierungen in sich gegenseitig ausschließende Fallgruppen zugeordnet.

Dies bedeutet, dass jede/r Patient/in, hier jeder Fall, von der Aufnahme bis zur Verlegung oder Entlassung, nur einer DRG zugeordnet werden kann. Als Zuordnungskriterien können hierbei die Hauptdiagnose, die Art der Prozedur (Operationen oder Eingriffe), Nebendiagnosen oder Komplikationen, besondere Sachverhalte (z.B. Transplantationen) und weitere Kriterien wie Alter und Geschlecht fungieren (vgl. Foit 2006, S. 87). Alle in der Praxis angewandten Systeme sind dabei in ihrer Grundausrichtung nach wie vor eng mit dem Health Care Financing Administration HCFA-DRG verwandt (ebd.):

„Die medizinischen Anforderungen werden durch Ärzte [/Ärztinnen], die ökonomischen Anforderungen durch die Bildung von DRG entsprechend der Aufenthaltsdauer gewährleistet“ (Foit 2006, S. 87f.).

Letztlich kann unter leistungsorientierten Vergütungssystemen eine prospektive Vergütung verstanden werden, die grundsätzlich das finanzielle Risiko auf Krankenanstalten überträgt. Die Vergütung soll die eigentliche Krankenhausleistung möglichst genau abbilden. Im Mittelpunkt derartiger Vergütungssysteme steht nicht die ökonomische Analyse der Einzelleistungen des jeweiligen Krankenhauses und anderer Zwischenprodukte, sondern vielmehr die Wirtschaftlichkeit des Krankenhauses hinsichtlich des erbrachten Gesamtproduktes. Das Krankenhausprodukt ist hierbei keine homogene Einheit, sondern es setzt sich aus unterschiedlichen Komponenten zusammen, die durch die Angabe weiterer Dimensionen eines Falles erst näher spezifiziert werden müssen (vgl. ebd. 2006, S. 81).

„Der Gruppierungsprozess verläuft grundsätzlich nach dem Muster eines Entscheidungsbaumes: Um keine medizinisch unsinnigen Kombinationen zu erhalten, werden bei der Zuteilung einer DRG zu einem Behandlungsfall zunächst grobe Zuordnungen anhand von Hauptdiagnosen vorgenommen, welche sich an Organsystemen orientieren“ (Foit 2006, S. 88).

Nach der ersten groben Zuordnung wird in der Folge unterschieden, ob es sich um eine konservative Behandlung oder um eine Operation handelt. Die Zuweisung zu einer DRG erfolgt hierbei aufgrund der wichtigsten Operation bzw. der ersten

Diagnose. Die nächste Ebene wird als Basis-DRG oder A-DRG bezeichnet. Auf dieser Ebene werden die Behandlungskosten der Fälle als Klassifikationskriterium betrachtet. Treten kaum Schwankungen innerhalb dieser Basis-DRG auf, wird keine weitere Unterteilung vorgenommen und diese Basis-DRG entspricht jener DRG, die bei der Abrechnung angegeben wird. Schwanken die Behandlungskosten der Fälle innerhalb einer Basis-DRG jedoch sehr stark, werden, wie bereits ausgeführt, weitere Unterteilungen nach verschiedenen Kriterien vorgenommen. Die ursprüngliche Basis-DRG wird dann in mehrere DRGs aufgespalten (vgl. Foit 2006, S. 88f.). Aus jedem Behandlungsfall resultiert ein diagnose- oder indikationsbezogener Erstattungsanspruch gegenüber dem/der Kostenträger/in (vgl. Emmert 2008, S. 221 zit. n. Amelung und Schumacher 2000; Oberender und Hebborn 1996).

3.3. Anreizwirkungen von DRG-Systemen

In diesem Abschnitt werden die verschiedenen Anreizwirkungen, die durch ein DRG-basiertes Vergütungssystem ausgelöst werden, zusammengefasst. Allgemein gilt:

"Durch die Umstellung auf fallpauschalierte Vergütungssysteme haben sich die monetären Anreize für Krankenhäuser stark verändert. Für jeden Behandlungsfall erhält das Krankenhaus eine Fallpauschale, die sich in der Regel unabhängig von der Verweildauer der Patient[inn]en errechnet" (Hilgers 2011, S. 40).

Durch die fallbezogene Kostenverrechnung wird ein Großteil der Kalkulationsrisiken auf das Krankenhaus übertragen (vgl. Hilgers 2011 S. 40; Foit 2006, S. 81). Diese Übertragung der Kostenverantwortung auf den/die Leistungserbringer/in wird als entscheidendes Argument für die Einführung von fallpauschalierten Vergütungssystemen beschrieben (vgl. Foit und Vera 2006, S. 246 zit. n. Chulis 1991). Übersteigen die Kosten für einen Fall die durchschnittlichen Kosten und damit die Fallpauschale, erleidet das Krankenhaus einen Verlust. Kann das Krankenhaus die Leistungen dagegen kostengünstiger erbringen, erzielt das Krankenhaus Gewinne (vgl. Hilgers 2011, S. 40). Aufgrund dieser Tatsache gibt es für die Krankenanstalten verschiedene Anreize, um ihre Einnahmen und Ausgaben zu optimieren. Diese Anreize, die durch die Einführung

eines DRG basierten Krankenhausvergütungssystems ausgelöst werden, lassen sich in folgende drei Gruppen einteilen, die in weiterer Folge einer näheren Betrachtung unterzogen werden:

- Kostenreduktion pro Patient/in
- Einnahmenerhöhung pro Patient/in
- Erhöhung der Anzahl an Patient/innen

3.3.1. Kostenreduktion pro Patient/in

Da Spitäler pro Patient/in bzw. Fall eine fixe Summe erhalten, haben sie den Anreiz, die eigenen Kosten unter diese vorgegeben Summe zu senken, um dadurch einen Gewinn pro Fall zu erwirtschaften (vgl. Cots, Chiarello & Salvador 2011, S. 82 zit. n. Ellis und McGuire 1986). Es wird ein stärkeres Kostenbewusstsein erreicht und auch eine effizientere Nutzung der vorhandenen Ressourcen, um so die Kosten entsprechend reduzieren zu können (vgl. Rauner 2007, S. 170). Die drei wichtigsten Strategien, um eine Kostenreduktion pro Patient/in zu erreichen, sind:

- Verweildauerverkürzung
- Leistungsreduktion
- Patient/innenselektion

Sowohl die Verweildauerverkürzung als auch die Leistungsreduktion pro Patient/in muss aus Patient/innensicht nicht nur mit negativen Folgen verbunden sein, da dadurch auch eine höhere Effizienz bzw. Effektivität erreicht werden kann. So kann eine Verweildauerverkürzung auch durch eine interne Optimierung der "care pathways" erreicht werden und eine Leistungsreduktion auch durch das Einsparen vieler unnötiger Leistungen erfolgen (vgl. Cots, Chiarello & Salvador 2011, S.84 zit. n. Kahn, 1990). Allerdings gibt es auch Fälle, in denen die Verweildauerverkürzung zu sogenannten „blutigen Entlassungen" führen kann und sich die Leistungsreduktion auch auf Leistungen beziehen kann, die für Patient/innen notwendig sein und somit einen Qualitätsverlust nach sich ziehen können (vgl. Cots, Chiarello & Salvador 2011, S. 82 zit. n. Ellis 1998). Krankenhäuser/Krankenhausträger haben/erhalten durch die Fallorientierung den Anreiz,

den jeweiligen Fall mit möglichst geringem Ressourcenaufwand zu behandeln (vgl. Foit und Vera 2006, S. 246 zit. n. Chulis 1991). So konnte in den USA beispielsweise gezeigt werden, dass die Gewinne von Krankenhäusern durch die Senkung von Fallkosten erhöht werden konnten (ebd. 2006, S. 246 zit. n. Chulis 1991)

Auch im Bereich der Patient/innenselektion kann es ebenso erwünschte wie auch nicht erwünschte Anreizwirkungen geben. So kann es vorkommen, dass sich gewisse Spitäler/Spitalserhalter auf spezielle Erkrankungen konzentrieren, da sie über das entsprechend ausgebildete Personal oder über die besseren "care pathways" verfügen. Dies ist im Sinne der Qualität und Effizienz für die Patient/innen vorteilhaft. Auf der anderen Seite besteht jedoch die Gefahr, dass ein Krankenhaus nur Patient/innen aufnimmt, bei denen es sich sicher ist, dass es kostendeckend bzw. gewinnbringend arbeiten kann ("cream-skimming"). Beispielsweise können dies Patient/innen sein, die Ko-Morbiditäten aufweisen, welche durch die Fallpauschalen extra vergütet werden. Ein weiterer Effekt kann darin bestehen, dass diese Patient/innen auf andere Einrichtungen verwiesen oder sogar gänzlich abgelehnt werden (vgl. Cots, Chiarello & Salvador 2011, S. 82 zit. n. Ellis 1998 & Newhouse und Byrne 1988).

3.3.2. Einnahmenerhöhung pro Patient/in

Neben der Reduzierung der Kosten für den Patienten/die Patientin besteht ein weiterer Anreiz für die Krankenanstaltenträger darin, die Einnahmen für jeden Abrechnungsfall zu erhöhen. Dies wird dann erreicht, wenn der Patient/die Patientin einer neuen DRG-Gruppe zugeordnet wird, für welche die Fallpauschale höher ist als die Gruppe, in der der Patient/die Patientin bisher eingeordnet war. Die Umstufung kann im Wesentlichen auf zwei verschiedene Arten erfolgen:

- Veränderung der Kodierpraktiken
- Veränderung der Behandlungsform

Die Veränderung der Kodierpraktiken kann durch eine Verbesserung der Kodierung von Diagnosen und Leistungen erfolgen. Dies führt in der Regel nicht nur zu einer besseren Verrechnung für die Krankenanstalten, sondern auch zu einer genaueren und einheitlicheren Dokumentation der Patienten/innendaten. Dies ist zwar mit einem höheren bürokratischen Aufwand für die Krankenanstalt

verbunden, verbessert aber durch die höhere Qualität der Daten die regionale Planung der Leistungen des Krankenhauses (vgl. Rauner 2007, S. 170). Neben einer verbesserten Kodierpraxis könnten Patient/innen auch durch falsche Angaben, wie etwa einer nicht vorhandenen Zusatzdiagnose, klassifiziert werden ("up-coding") (vgl. Cots, Chiarello & Salvador 2011, S. 83).

Die zweite Form der Einnahmenoptimierung durch das Erreichen einer höheren DRG-Punktezahl besteht in der Veränderung der Leistungen, die bei einer bestimmten Diagnose erbracht werden. So können etwa Patient/innen verstärkt oder über einen längeren Zeitraum auf Sonderstationen oder Intensivstationen behandelt werden oder es werden solche Einzelleistungen erbracht, die im DRG-System besonders vergütet werden (vgl. Rauner und Schaffhauser-Linzatti 2002, S. 179f).

3.3.3. Erhöhung der Fallzahlen

Die dritte wesentliche Anreizwirkung für die Krankenanstalten, um ihre Einnahmen zu maximieren, ist die Erhöhung der Zahl der aufgenommenen Patient/innen. Dies kann allerdings nicht nur durch eine Vergrößerung des Personenkreises erreicht werden, sondern erfolgt in erster Linie durch eine Mehrfachaufnahme der gleichen Patient/innen („Drehtüreffekt“). Patient/innen werden also für eine bestimmte Zeit entlassen, um sie danach wieder erneut aufzunehmen und entsprechende Mehreinnahmen zu lukrieren (Schaffhauser-Linzatti et al. 2009, S. 3.). Weitere Instrumente, um die Fallzahlen zu erhöhen, sind eine Reduzierung der Wartelisten, um eine größere Anzahl an Patient/innen behandeln zu können oder die verstärkte Aufnahme von Patient/innen, bei denen die Diagnose nicht unbedingt zu einer stationären Behandlung geführt hätte (vgl. Cots, Chiarello & Salvador 2011, S. 83).

Ein zweiter Weg, um eine größere Anzahl an Patient/innen zu gewinnen, besteht in der Steigerung der Attraktivität bzw. der Reputation des Krankenhauses. Eine Maßnahme dazu wäre etwa die Verbesserung der Qualität der erbrachten Leistungen (ebd. 2011, S. 85) bzw. auch darin, Werbemaßnahmen zu vollziehen.

Die verschiedenen Anreize eines DRG-basierten Vergütungssystems im stationären Krankenanstaltenbereich können folgendermaßen zusammengefasst werden:

Kostenreduzierung pro Patient/in

- Reduzierung Verweildauer
 - Optimierung der Behandlungsabläufe
 - Überstellung an andere Einrichtungen, in den ambulanten Bereich
 - Vermeidung von Übernahmen „nicht-profitabler“ Fälle
 - Vorzeitige (medizinisch nicht zu begründende) Entlassung
- Leistungsreduktion
 - Vermeidung unnötiger Leistungen
 - Ersatz von teuren durch kostengünstigere Leistungen
 - Entfall notwendiger Leistungen
- Patient/innenselektion
 - Spezialisierung auf bestimmte Patienten/innengruppen
 - Auswahl von „kostengünstigen“ Patient/innen innerhalb der DRG's

Einnahmenmaximierung pro Patient/in

- Veränderung Kodierpraktiken
 - Verbesserung der Kodierung, Abläufe an der Kodierung orientieren
 - Bewusste Fehlklassifizierung (z.B. durch Zusatzdiagnosen)
- Veränderung Behandlungsform/Leistungen
 - Versorgung mit Leistungen, die zu höherer DRG-Klassifikation führen

Erhöhung Fallzahlen

- Veränderung Aufnahmeeregeln
 - Reduzierung der Warteliste
 - Aufteilung einer Behandlungsepisode in mehrere Aufnahmen
 - Zulassung von Patient/innen für Leistungen, die medizinisch nicht begründet sind
- Verbesserung Reputation Krankenhaus
 - Verbesserung der Qualität der Leistungen
 - Interventionen werden auf beobachtbare/messbare Bereiche im DRG gerichtet
 - Werbemaßnahmen

Tabelle 4: Übersicht der Anreizwirkungen von DRG-Systemen nach Cots, Chiarello & Salvador 2011, S. 83

4. Das österreichische LKF-Modell

Im vorigen Abschnitt wurden allgemein DRG-Finanzierungssysteme beschrieben. Nunmehr wird das österreichische LKF-Modell als Spezialfall eines DRG-basierten Abrechnungssystems dargestellt. Bevor die Unterschiede und Besonderheiten der LKF im Vergleich zu DRG behandelt werden, wird kurz auf das österreichische Gesundheitssystem sowie auf die Spitalsfinanzierung im Allgemeinen und auf die Einführung und Entwicklung der LKF in Österreich eingegangen.

4.1. Das österreichische Gesundheitssystem

Das österreichische Gesundheitssystem weist einige Besonderheiten auf, die in der Folge erläutert werden. In Österreich wird die Verantwortung für die Koordination, Planung und Finanzierung der Gesundheitsversorgung traditionell zwischen dem Bund, den neun Bundesländern und den Gemeinden aufgeteilt. Zusätzlich bestehen mehrere Selbstverwaltungsorgane und Leistungserbringer/innen, wobei die Ärzte- und Apothekerkammer eine wichtige Rolle spielen (vgl. Kobel und Pfeiffer 2011, S. 175).

Auch wenn viele Aufgaben im Gesundheitsbereich vom zuständigen Bundesministerium an die Länder und Selbstverwaltung übertragen werden, bleibt der Bund der einflussreichste Akteur bei der Festlegung politischer Entscheidungen und Planungsmaßnahmen, die sich auf den Gesundheitssektor beziehen (vgl. Hofmarcher und Rack 2006, S. 35f.).

4.1.1. Bund, Länder und Gemeinden

Eine weitere Besonderheit des österreichischen Gesundheitssystems ist die Aufgliederung der Kompetenzen und Zuständigkeiten zwischen den verschiedenen regionalen Ebenen. Den Ländern und Gemeinden wurden in der Einrichtung, Durchführung und Überwachung der verschiedenen Belange des öffentlichen Gesundheitswesens Kompetenzen übertragen. Neben der Spitalsversorgung übernehmen die Länder Aufgaben des öffentlichen Gesundheitsdienstes, bspw. präventive und verwalten die Sozialhilfe/bedarfsorientierte Mindestsicherung (vgl. Hofmarcher 2013, S. 40).

Auf Basis des Kranken- und Kuranstaltengesetzes (des Bundes und der Länder) sind die Länder verpflichtet, die stationäre Versorgung der Bevölkerung durch ausreichende Behandlungskapazitäten in Krankenhäusern sicherzustellen und sich dabei an die Vorgaben des Österreichischen Strukturplans Gesundheit und der jeweiligen Regionalen Strukturpläne Gesundheit zu halten. Die Krankenanstalten, für die LKF Gültigkeit hat, sind in Österreich v.a. gemeinnützige Krankenanstalten mit Öffentlichkeitsrecht und unterliegen einem gesetzlichen Versorgungs- und Aufnahmegebot. Sie werden über die Landesgesundheitsfonds finanziert und haben überwiegend das jeweilige Bundesland als Rechtsträger.

Diese Landesgesundheitsfonds/LGF haben auf Landesebene die Aufgabe zur übergreifenden Planung, Steuerung und Finanzierung des Gesundheitswesens inne. Insgesamt bestehen in Österreich neun Landesgesundheitsfonds. Auf Landesebene stellen diese Fonds den „Finanzierungspool“ zur öffentlichen Krankenanstaltenfinanzierung dar. Durch den LGF erfolgt die Finanzierung der Fondsspitäler zum größten Teil auf Basis der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung (LKF). Sollten die Mittel der Krankenanstaltenfinanzierung nicht ausreichen, müssen die Träger/innen der Krankenanstalten und die Länder weitere Finanzierungsmittel aufbringen (Betriebsabgangsfinanzierung). Die Höhe der Landeszuschüsse an Fondsspitäler sind von Bundesland zu Bundesland unterschiedlich hoch (vgl. Hofmarcher 2013, S. 40f.)

4.1.2. Organisationen

Einige Besonderheiten im Hinblick auf verschiedene Organisationen und deren Aufgaben und Zuständigkeiten werden in der Folge zusammengefasst:

- Gesundheit Österreich GmbH (GÖG):

„Die Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) ist das nationale Forschungs- und Planungsinstitut für das Gesundheitswesen [und gleichzeitig die] nationale Kompetenz- und Förderstelle für Gesundheitsförderung. [Die GÖG als Gesamtorganisation] arbeitet im Auftrag des Bundes und der Bundesgesundheitskommission [(BGK)], ist aber in ihrer wissenschaftlichen Tätigkeit weisungsfrei“ (Hofmarcher 2013, S. 36).

Die GÖG ist in drei Geschäftsbereiche gegliedert:

- Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG)
- Fonds Gesundes Österreich (FGÖ)
- Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen (BIQG)

„Das ÖBIG plant strukturelle Grundlagen der österreichischen Gesundheitsversorgung und erarbeitet [zudem] den „Österreichischen Strukturplan Gesundheit (ÖSG)“ (Hofmarcher 2013, S. 36). Der ÖSG ist der verbindliche Rahmenplan für die integrierte Planung der österreichischen Gesundheitsversorgungsstruktur (vgl. ebd. 2013, S.38) und garantiert

diesbezüglich bundesweite Standards der Gesundheitsversorgung (vgl. Kobel und Pfeiffer 2011, S. 175). Er basiert auf der zwischen dem Bund und allen Bundesländern getroffenen Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens (BGBl. I Nr. 105/2008) und stellt die Grundlage für Detailplanungen auf regionaler Ebene dar. Hinsichtlich der stationären Versorgung spezifiziert der ÖSG Standards bezüglich der Bettenzahl und der Infrastruktur (z.B. technische Ausrüstung etc.) in Krankenhäusern. Die Länder sind hierbei verpflichtet, diese Standards einzuhalten und sie können diese im Regionalen Strukturplan Gesundheit (RSG) spezifizieren (vgl. Kobel und Pfeiffer 2011, S. 175f.).

Die Aufgaben des Geschäftsbereiches Fonds Gesundes Österreich (FGÖ) basieren auf dem im Jahr 1998 in Kraft getretenen Gesundheitsförderungsgesetz und umfassen setting-orientierte Gesundheitsförderung, Maßnahmen der primären Verhaltens- und Verhältnisprävention sowie gesundheitliche Information und Aufklärung (vgl. Hofmarcher und Rack 2006, S. 37).

Seit 2007 fungiert das Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen (BIQG) als neuer Geschäftsbereich und ist mit der Unterstützung bei der Entwicklung, der Umsetzung und der regelmäßigen Evaluation eines gesamtösterreichischen Qualitätssystems befasst.

- Bundesgesundheitsagentur (BGA)

Die Bundesgesundheitsagentur ist ein öffentlich-rechtlicher Fonds mit eigener Rechtspersönlichkeit und wurde Anfang 2005 als Nachfolgegremium des Strukturfonds geschaffen. Sie versteht sich als zentrale Einrichtung des Bundes für die regionen- und sektorenübergreifende Planung, Steuerung und Finanzierung des Gesundheitswesens (vgl. Hofmarcher und Rack 2006, S. 37). „Das Beschlussorgan der Bundesgesundheitsagentur war bis zum Jahr 2013 die Bundesgesundheitskommission“ (Rechnungshof 2015/17, S.81). „In die Zuständigkeit der Bundesgesundheitskommission fallen beispielsweise die leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung (LKF-Modell), (Weiter-)Entwicklung und Monitoring der (Rahmen-)Gesundheitsziele sowie

Rahmenvorgaben für das Nahtstellenmanagement zwischen Sektoren des Gesundheitswesens“ (Czypionka et al 2015, S. 2). Die Bundesgesundheitskommission besteht aus 36 Mitgliedern (Bund, Länder, Sozialversicherung, Kammern und Kirchen) (vgl. Rechnungshof 2015/17, S.81). „Es bestand eine Bundesmehrheit, für Angelegenheiten der Krankenanstaltenplanung (wie auch für die meisten anderen Angelegenheiten) war aber ein Einvernehmen mit den Ländern und dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger erforderlich“ (ebd. 2015/17, S.81). „Im Jahr 2013 kamen Bund, Länder und Sozialversicherung im Zuge einer Gesundheitsreform „als gleichberechtigte Partner überein, ein partnerschaftliches Zielsteuerungssystem zur Steuerung von Struktur, Organisation und Finanzierung der österreichischen Gesundheitsversorgung einzurichten“. Der ÖSG wurde dieser Zielsteuerung untergeordnet; mit Einrichtung der Bundes–Zielsteuerungskommission ging im Jahr 2013 die Zuständigkeit für die Krankenanstaltenplanung auf diese über. Ihr gehörten je vier Vertreter des Bundes, der Länder und der Sozialversicherung an, für Beschlussfassungen war Einstimmigkeit erforderlich“ (ebd. 2015/17, S.81).

- Landesgesundheitsfonds

„Die neun Landesgesundheitsfonds als Äquivalent der Bundesgesundheitsagentur auf Länderebene wurden mit dieser gemeinsam im Zuge der Gesundheitsreform im Jahr 2005 eingerichtet. Die Einrichtung und Dotierung der Fonds ist in Art. 18 bzw. 20 der 15a-Vereinbarung über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens geregelt und gestaltet sich von Bundesland zu Bundesland sehr unterschiedlich. Die Organisation und die Aufgaben der Agentur sind in der 15a-Vereinbarung Zielsteuerung-Gesundheit festgelegt. Die Aufgaben der Landesgesundheitsfonds umfassen beispielsweise die landesspezifische Ausgestaltung des LKF-Systems, die Gewährung von Förderungen für Investitionsvorhaben, die (Weiter-)Entwicklung der Gesundheitsziele auf Landesebene inklusive Strategien zu deren Umsetzung sowie Grundsätze zur Umsetzung von Qualitätsvorgaben für

die Leistungserbringung und Vorgaben zum Nahtstellenmanagement“ (Czypionka et al. 2015, S. 3)

- Privatkrankenanstalten-Finanzierungsfonds (PRIKRAF)

„Der PRIKRAF wurde im Jahr 2002 gegründet und hat die Aufgabe, die stationären Leistungen von privaten Krankenanstalten, für die eine Leistungspflicht der sozialen Krankenversicherung besteht, zu finanzieren“ (Hofmarcher und Rack 2006, S. 38). „Über diesen Fonds erhalten somit auch gewinnorientierte Krankenanstalten öffentliche Mittel“ (Czypionka et al 2015, S. 8). Der Fonds wird ausschließlich durch die Gebiets- und Betriebskrankenkassen sowie durch die Sonderversicherungsanstalten finanziert und rechnet leistungsorientiert gemäß geltender Finanzierungsgrundsätze ab (vgl. Hofmarcher und Rack 2006, S. 38).

4.1.3. Organisation und Finanzierung

Das Finanz-Verfassungsgesetz stellt den allgemeinen Rahmen für die finanziellen Beziehungen zwischen Bund, Ländern und Gemeinden dar. Es legt fest, dass jede Gebietskörperschaft grundsätzlich den eigenen Aufwand zu tragen hat. Es weist dem Bund die Verteilungsregelungen zu und ermächtigt ihn, Zuschüsse an Länder und Gemeinden zu leisten. Das Finanzausgleichsgesetz ist ein befristetes Bundesgesetz, in dem die Detailregelungen über finanzielle Beziehungen zwischen den Gebietskörperschaften enthalten sind. Es behandelt zum einen die Abgaben auf die Gebietskörperschaft und zum anderen die Zuschüsse des Bundes an Länder und Gemeinden (vgl. Hofmarcher 2013, S. 9). Die an den Finanzausgleich gebundene Mittelverteilung ist in Österreich bedeutsam – sowohl auf der Ebene der Zweckzuschüsse für die Krankenanstaltenfinanzierung als auch auf der Ebene der Ertragsanteile für Länder und Gemeinden.

Die wichtigste Grundlage für die Organisation und Finanzierung im Gesundheitswesen ist die jeweils gültige Vereinbarung nach Art. 15a B-VG. Die Krankenanstaltenplanung mit dem Österreichischen Strukturplan Gesundheit (ÖSG) und auch die leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung nach dem LKF-Modell haben ihren Ursprung in dieser 15a-Vereinbarung (vgl. Lehner 2008, S. 17 und S. 19).

„Die Versorgung der Bevölkerung mit Gesundheitsleistungen und die Steuerung des Gesundheitswesens werden in Österreich als eine überwiegend öffentliche Aufgabe angesehen. Das Gesundheitswesen wird zu drei Vierteln aus Beiträgen und aus dem Steueraufkommen finanziert“ (Hofmarcher 2013, S. 31). Die Komplexität der Materie der Spitalsfinanzierung spiegelt sich nicht nur in den unterschiedlichen Gesetzen wider, sondern auch in den unterschiedlichen Finanzierungsströmen von Fondsspitalern (vgl. Czypionka et al. 2009, S. 50f.). 123 der 278 österreichischen Spitäler werden über die Landesgesundheitsfonds finanziert. Diese sogenannten Fondsspitäler (öffentliche allgemeine und Sonderkrankenhäuser sowie privat-gemeinnützige allgemeine Spitäler) stellen mit einem Bettenanteil von rund 71% der gesamtösterreichischen Spitalsbettenkapazität und einer Versorgungsquote von rund 89% der stationären Patient/innen den größten Teil der stationären Akutversorgung in Österreich dar (vgl. BMFG 2016, S. 5). Die Rahmenbedingungen der Versorgung, aber auch die Finanzierung der Fondsspitäler ist in der 15a-Vereinbarung festgelegt und auch die Einrichtung und Dotierung der Bundesgesundheitsagentur und der Landesgesundheitsfonds, wie schon an anderer Stelle erwähnt, findet sich in dieser Vereinbarung (vgl. Czypionka et al 2015, S. 2).

„Bereits vor der Einführung der LKF deckte die Summe aus Pflegegebührensätzen und KRAZAF-Mitteln nicht alle Kosten der Krankenanstalten“ (Schneider et al. 2010, S. 30). „In Österreich müssen die Leistungsentgelte für österreichische Akutkrankenanstalten nur 51% der laufenden Kosten abdecken. Die restlichen Kosten werden über den sogenannten Betriebsabgang beglichen“ (Czypionka & Riedel 2012, S. 4). „Für diesen Teilbetrag (49%) existiert somit keine leistungsorientierte Abgeltung“ (Czypionka und Riedel 2012 zit. n. Hofmarcher und Riedel 2001, S.13). In § 34 des KAGuG ist festgelegt, dass die einzelnen Bundesländer Regelungen bezüglich des Betriebsabganges zu treffen haben. Hierbei ist festzuhalten, dass der Betriebsabgang vollständig durch Beiträge des Rechtsträgers, des Landes und der Gemeinden zu decken ist (vgl. Czypionka et al. 2009, S. 70). „Die konkrete Höhe des Betriebsabganges obliegt landesgesetzlichen Regelungen. Die meisten Bundesländer legen einen Prozentschlüssel fest, der den Betriebsabgang auf Rechtsträger, Land und Gemeinden aufteilt“ (Czypionka und Riedel 2012, S. 4), jedoch haben

Gebietskörperschaften wenigstens 50% der Betriebsabgänge zu tragen (vgl. Cypionka et al. 2009, S. 70).

4.2. Grundzüge des LKF-Modells

„Mit der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung (LKF) hat Österreich im Jahr 1997 als eines der ersten Industrieländer eine Vergütung nach Fallpauschalen für intramurale Leistungen eingeführt. In den Folgejahren übernahmen immer mehr Länder derartige Krankenhausfinanzierungssysteme (DRG-Systeme). Fallpauschalen sind heute internationaler Standard in der Vergütung von Krankenhausleistungen. Prinzipiell streben Fallpauschalen-Systeme an, medizinische als auch ökonomische Anforderungen an die Vergütung in gleichem Maße zu beachten. Dies geschieht, indem die komplexen stationär erbrachten medizinischen und pflegerischen Dienstleistungen, die aus einer Vielzahl von Einzelleistungen wie Diagnosen, Prozeduren und Behandlungen bestehen, in einheitliche und homogene Fallgruppen kategorisiert und bewertet werden. Aufgrund historischer Gegebenheiten und unterschiedlicher Entwicklungen in den Medizinsystemen der jeweiligen Länder unterscheiden sich die Fallpauschalensysteme in der Praxis erheblich" (Schneider et al. 2010, Vorwort).

Bis zum Jahr 1997 wurde in Österreich ein nach Pfl egetagen orientiertes Vergütungssystem verwendet. Die Finanzierung der Krankenanstalten wurde über den Krankenanstalten-Zusammenarbeitsfonds (KRAZAF) im Sinne einer Pauschalierung von Belagstagen sichergestellt (vgl. BMGF 2010, S. 11). Nachdem man verschiedene Systeme der Verrechnung erprobt hatte, wurde Anfang der neunziger Jahre des vorigen Jahrhunderts schrittweise die leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung (LKF) entwickelt und im Jahr 1997 erstmals an den österreichischen Krankenanstalten eingesetzt (vgl. ebd. 2010, S. 15f). Bei der Bewertung der verschiedenen Leistungen wurde die Fallpauschale bei etwa drei Fünftel an die Hauptdiagnose und bei etwa zwei Fünftel an die medizinische Leistung geknüpft. Dementsprechend wird zwischen Hauptdiagnosegruppen (HDG) und medizinischen Einzelleistungsgruppen (MEL) unterschieden, die in der Folge noch weiter untergliedert wurden und sich zu den leistungsorientierten Diagnosefallgruppen (LDF) entwickelt haben (vgl. ebd. 2010, S. 17). Seit der Einführung wurde das LKF-Modell auch kontinuierlich

weiterentwickelt und in mehrjährigen Abständen jeweils grundlegend überarbeitet. Im Jahr 2002 wurde das Modell auch auf die über den Privatkrankenanstalten-Finanzierungsfonds abgerechneten Krankenanstalten übertragen (vgl. ebd. 2010 S. 17).

Als Teilziele des neuen Systems wurden „eine höhere Kosten- und Leistungstransparenz, eine nachhaltige Eindämmung der Kostensteigerungsrate, eine Optimierung des Ressourceneinsatzes, eine den medizinischen Erfordernissen angepasste kürzere Belagsdauer und eine reduzierte Krankenhaushäufigkeit, eine Reduzierung unnötiger Mehrfachleistungen, eine Entlastung der Krankenanstalten durch medizinisch und gesamtökonomisch gerechtfertigte Verlagerung von Leistungen in den ambulanten Bereich, eine notwendige Strukturveränderung und ein österreichweit einheitliches einfach zu administrierendes Instrumentarium für gesundheitspolitische Planungs- und Steuerungsmaßnahmen“ (Schneider et al. 2010, S.13) angegeben.

Die Krankheit und medizinische/pflegerische Leistung sollten das Entgelt für den stationären Aufenthalt bestimmen, die Abgeltung sollte pauschal auf Grundlage der tatsächlich anfallenden Kosten erfolgen, das System sollte transparent und nachvollziehbar ausgestaltet sein, es sollte dem Fortschritt entsprechend weiterentwickelt werden und es sollte medizinischen, aber auch ökonomischen Ansprüchen in gleichem Ausmaß genügen (vgl. BMG 2010, S. 15).

Das österreichische LKF-System kann grob in zwei Bereiche gegliedert werden, den Kern- und Steuerungsbereich. Der Kernbereich ist bundesweit einheitlich geregelt und legt die punktemäßige Bewertung auf Basis der LDF fest, wobei hier auch entsprechende Sonderregelungen zusammengefasst sind.

Der Steuerungsbereich ist dagegen in den Bundesländern unterschiedlich gestaltbar und führt in der Folge auch zu verschiedenen Abrechnungssystemen. Zu den Merkmalen, die im LKF-System hier zusätzlich berücksichtigt werden können, zählen etwa der Typ der Krankenanstalt, die Auslastung, die personelle und apparative Ausstattung oder die bauliche Substanz (vgl. ebd. 2010, S. 21f).

Aus der folgenden Abbildung ist die Finanzierung der Landesgesundheitsfonds-
 krankenanstalten dargestellt. Daraus wird u.a. ersichtlich, dass die LKF-Gebühren
 nur einen Teil der Gesamtkosten abdecken und die Krankenanstalten über andere
 Wege weitere finanzielle Zuwendungen erhalten.

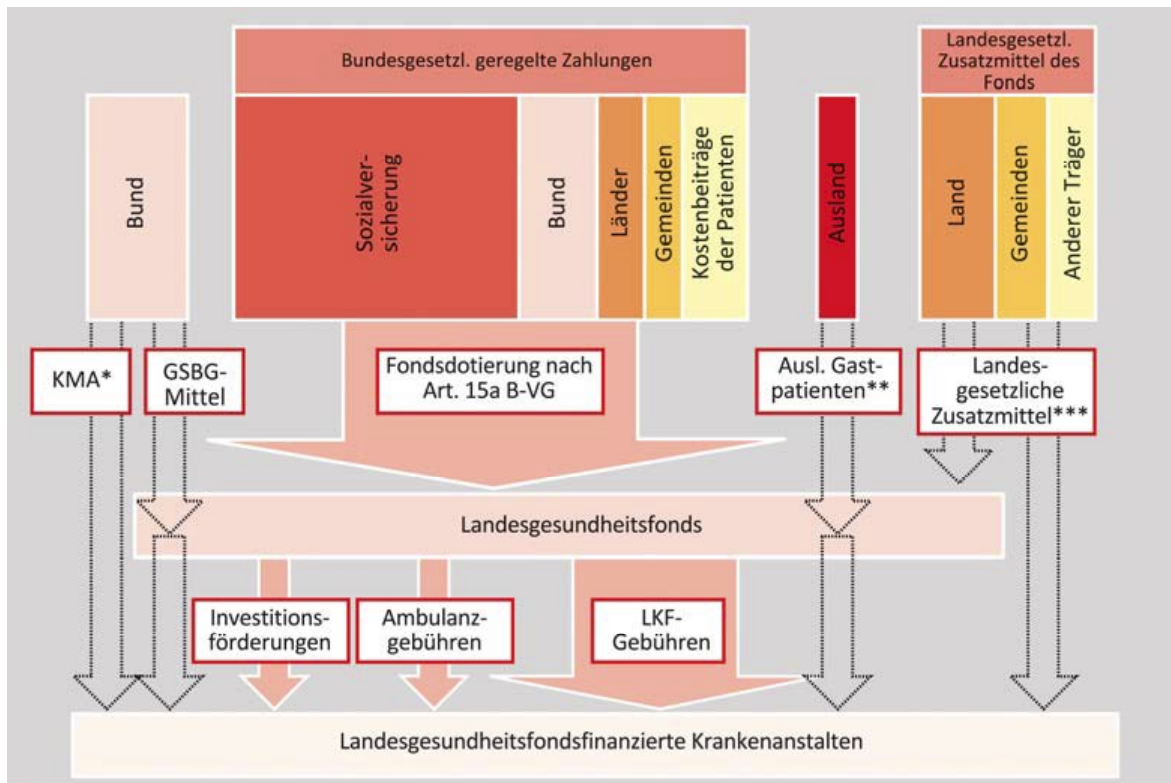


Abbildung 2: Finanzierung von Landesgesundheitsfondskrankenanstalten (BMG 2010, S. 10)

4.3. Unterschiede zwischen LKF und DRG

In Europa und vielen anderen Staaten gibt es eine Vielzahl an unterschiedlichen Vergütungssystemen, die letztlich auf den DRG-Prinzipien basieren, aber unterschiedlich gestaltet sind und oft nicht unwesentlich voneinander abweichen. Für die europäischen Länder wurde von Busse et al. (2011) ein systematischer Vergleich der Systeme und deren Besonderheiten und Abweichungen bezüglich eines klassischen DRG-Systems beschrieben (vgl. Busse et al. 2011). In weiterer Folge werden die Besonderheiten des österreichischen LKF-Systems näher dargestellt.

Im Gegensatz zu vielen anderen DRG-Systemen ist das LKF-System konzeptionell sehr viel stärker auf medizinische Einzelleistungen und Prozeduren ausgerichtet und orientiert sich zu einem geringeren Anteil an den Diagnosen. Es kann daher auch als „PDRG“ (Procedure and Diagnosis-Related Groups-System)

bezeichnet werden, da eben die Leistungen neben der Diagnose ein wichtiges Kriterium für die Zuordnung der Fälle zu den Gruppen darstellen (vgl. BMG 2010, S. 16).

Im österreichischen Leistungskatalog sind mit 1.500 angeführten medizinischen Einzelleistungen (MEL) vergleichsweise wenige Leistungen angeführt. Diese führen in eine der 209 MEL-Gruppen, die dann nach Merkmalen wie Alter, Geschlecht oder Diagnose noch weiter differenziert werden und schließlich 438 LDFs in MEL-Gruppen ergeben. Wenn keine der im Katalog angeführten Leistungen erbracht wird, erfolgt die Klassifizierung anhand einer der rund 12.500 Diagnosen des ICD-10, die wiederum zu 219 HDG-Gruppen zusammengefasst und nach Differenzierung aufgrund struktureller Merkmale 553 LDFs in HDG-Gruppen ergeben. Im LKF-Modell gibt es damit 991 LDFs (leistungsorientierte Diagnosefallgruppen) basierend auf diesen Leistungen und Diagnosen (vgl. ebd. 2010, S. 26f.). Während die 553 HDG-Gruppen große Ähnlichkeit mit anderen DRG-basierten Klassifikationssystemen haben, sind die MEL-Gruppen eine Besonderheit des österreichischen Systems. Wird ein Patient/eine Patientin mit Erkrankung nach diesen Gruppen bewertet, spielt die Hauptdiagnose eher eine vernachlässigbare Rolle und unterscheidet sich damit von einem reinen DRG-System (vgl. Kobel und Pfeiffer 2011, S. 183).

Letztlich sind die Diagnosen, die erhaltenen Leistungen, die durchlaufenen Abteilungen und das Alter der Patient/innen die Basis für die Zuordnung zu einer bestimmten Fallgruppe. Zusatzdiagnosen oder die Behandlung in speziellen Abteilungen werden im Gegensatz zu anderen DRG-Systemen hingegen eher selten für die Klassifikation der Patient/innen herangezogen (vgl. Schneider 2010, S. 84f). Hingegen werden diagnoseabhängige Ober- und Untergrenzen für die Dauer des Krankenhausaufenthalts vorgegeben (vgl. Rauner und Schaffhauser-Linzatti 2013, S. 133). Das "upcoding" soll in Österreich im Vergleich zu anderen Ländern mit DRG-basierten Vergütungssystemen nicht sehr stark ausgeprägt sein. Dies wird durch jene Tatsache erklärt, dass Zusatzdiagnosen für die Einstufung des Schweregrades einer Erkrankung selten verwendet werden (vgl. Kobel und Pfeiffer 2011, S. 86). Allerdings bestünde aufgrund einer teilweise hohen Abgangsdeckung sowie durch Kontrollen der Landesgesundheitsfonds auch wenig Anreiz, die Einnahmen durch solche Maßnahmen zu optimieren (vgl. Schneider 2010, S.7 und S.79). Eine weitere Eigenschaft, die das LKF-

System von anderen DRG-basierten Systemen unterscheidet, ist die Differenzierung der Finanzierungsbereiche in einen bundesweit einheitlichen Kern- und einen bundesländerspezifischen Steuerungsbereich. Dies wird von manchen Autor/innen sogar als die wichtigste Unterscheidung zwischen den beiden Systemen angeführt, weil durch die individuelle Einflussnahme der Länder auf die LDF-Punkte ein- und derselbe Krankheitsfall unterschiedlich vergütet wird (vgl. ebd. 2010, S. 29). Wie hier auch bereits der Rechnungshof im Jahr 2000 kritisch anmerkte, war und ist die leistungsorientierte Abgeltung zwischen den Bundesländern somit nicht vergleichbar, weil zudem auch die Landesfonds unterschiedlich hoch dotiert sind (vgl. Rechnungshof 2000/4, S.16).

Anzumerken ist auch, dass im Vergleich zu anderen DRG-Systemen relativ wenig Standardisierungen der internen und externen Prozesse zu finden sind und dadurch die Optimierung der Leistungserbringung als nur teilweise gelungen bezeichnet wird (Schneider et al. 2010, S. 52).

Im HOPE Report aus dem Jahr 2006 wurden die Ergebnisse eines systematischen Vergleiches der Verwendung eines DRG-Systems für die Finanzierung der Krankenanstalten in den Ländern der europäischen Union vorgenommen (vgl. HOPE 2006). Dazu wurde den politischen Entscheidungsträger/innen ein Fragebogen zu diesem Themenbereich vorgelegt. Für Österreich können die wichtigsten Ergebnisse in Hinblick auf Unterschiede zu den anderen Ländern folgendermaßen zusammengefasst werden (vgl. ebd. 2006):

- Im Gegensatz zu vielen anderen Ländern wird das DRG-basierte Finanzierungssystem in den neun Bundesländern regional unterschiedlich verwendet. Die Gewichte für die einzelnen DRGs sind zwar bundesweit einheitlich, aber die zugeordneten Werte differieren in Abhängigkeit der Länderbudgets
- Es wurde für Österreich ein eigenes Klassifizierungssystem für Diagnosen und Einzelleistungen (LDF) von einem Team von Expert/innen entwickelt, da sich bei verschiedenen Studien die Übertragbarkeit der amerikanischen DRG auf die österreichischen Krankenanstalten als nicht praktikabel erwiesen hat
- Das LKF-Modell wird für die Leistungsvergütung im stationären Bereich eingesetzt, wobei bei der Abrechnung eine Gewichtung nach Art der

Krankenanstalt (Schwerpunktkrankenanstalten, Universitätskliniken etc.) erfolgt. Leistungen in den Spitalsambulanzen und sogenannte Eintagesfälle (ohne Übernachtung) werden ebenso mit diesem Modell finanziert. Ambulatorien außerhalb des stationären Bereiches und Rehabilitationszentren werden jedoch auch im österreichischen System wie in vielen anderen Ländern derzeit noch nicht nach DRG-System finanziert, aber es bestehen konkrete Überlegungen, diese ebenso einzubinden.

- Im Gegensatz zu anderen DRG-System wird im LKF-Modell die Variation der Kosten durch eigene Regelungen wie bestimmter Zusatzpunkte bei Überschreiten der oberen Verweildauergrenzen oder für Leistungen auf der Intensivstation berücksichtigt.

Analog zu allen anderen europäischen Staaten mit DRG-Systemen wurde es als prospektives Finanzierungssystem mit fixen Preisen für die Spitalspflege eingeführt (vgl. HOPE 2006, S. 42).

5. Auswirkungen des LKF-Modells

Leistungsorientierte Vergütungssysteme werden mit verschiedenen positiven Effekten wie einer Kostenreduktion, einer stärkeren Transparenz oder einer Optimierung der vorhandenen Ressourcen in Verbindung gebracht. In der Folge wird beschrieben, von welchen positiven aber auch negativen Effekte auf das Gesundheitssystem in Österreich in der Literatur seit der Einführung des LKF-Modells berichtet wird und in welchen Bereichen noch Verbesserungen möglich sind.

5.1. Positive Anreizwirkungen

In einem Evaluierungsbericht der Bundesgesundheitsagentur wurde der Grad der Zielerreichung für die verschiedenen Ziele und Intensionen des LKF-Systems schrittweise untersucht (vgl. Schneider et al. 2010, S. 20). Dabei wurde folgende Bewertung für die einzelnen Ziele vorgenommen.

Ziele des LKF-Systems	Zielerreichung			
	1	2	3	4
<i>Spezifische Ziele</i>				
Höhere Kosten- und Leistungstransparenz	X			
Nachhaltige Eindämmung der Kostensteigerungsrate			X	
Optimierung des Ressourceneinsatzes			X	
An medizinische Erfordernisse angepasste kürzere Verweildauern	X			
An medizinische Erfordernisse angep. reduzierte Krankenhaushäufigkeit				X
Reduzierung unnötiger Mehrfachleistungen			X	
Entlastung Krankenanstalten durch Verlagerung in ambulanten Bereich				X
Notwendige Strukturveränderungen (allokative Effizienz)			X	
Einheitliches Instrumentarium für Planungs-/Steuerungsmaßnahmen		X		
<i>Allgemeine Ziele (Präambel gemäß Art. 15a B-V G)</i>				
Qualitativ hochwertige Versorgung	X			
Solidarischer und freier Zugang	X			
Gesundheitsförderung und Prävention			-	

Tabelle 5: Grad der Zielerreichung des LKF-Systems (1 = erreicht, 4 = nicht erreicht) (vgl. Schneider et al. 2010, S. 20)

Die beiden allgemeinen Ziele einer qualitativ hochwertigen Versorgung und eines solidarischen und freien Zugangs können aus Sicht der Autoren als erreicht betrachtet werden, während die Ziele der Gesundheitsförderung und Prävention noch nicht bewertet werden können (vgl. Schneider et al. 2010, S. 3f.).

Die spezifischen Ziele, die laut dieser Evaluierung am besten durch die Einführung der LKF erreicht wurden, sind eine höhere Kosten und Leistungstransparenz sowie eine Reduktion der Verweildauern. Die Transparenz wird als eines der wichtigsten Ziele der DRG-basierten Abrechnungssysteme angeführt, weil erst dadurch die Voraussetzungen für eine Kostendämpfung geschaffen werden. Werden Krankenanstalten nicht zur umfassenden Dokumentation der erbrachten Leistungen verpflichtet, besteht eine Tendenz zur Intransparenz, die vor allem auch einen Vergleich zwischen den Krankenanstalten und damit eine gerechtere Aufteilung der Finanzmittel erschwert (vgl. BMFG 2010, S. 23). Im erwähnten Evaluierungsbericht wird von einer deutlichen Erhöhung der Leistungstransparenz in der stationären Versorgung und auch einer wesentlichen Verbesserung der Datenqualität gesprochen (vgl. Schneider et al. 2010, S. 2). Eine Verkürzung der Verweildauer ist ein weiterer erwarteter Effekt eines auf DRG-Basis beruhenden Vergütungssystems, da für die Krankenanstalten im Gegensatz zu einer Abrechnung nach Pflegetagen kein finanzieller Anreiz besteht, Patient/innen über eine bestimmte Zeitdauer hinaus zu versorgen. In der folgenden Abbildung ist die Entwicklung der Verweildauer seit dem Jahr 1989 dargestellt. Der deutliche Rückgang der Verweildauer im Laufe der Zeit ist daraus klar erkennbar.

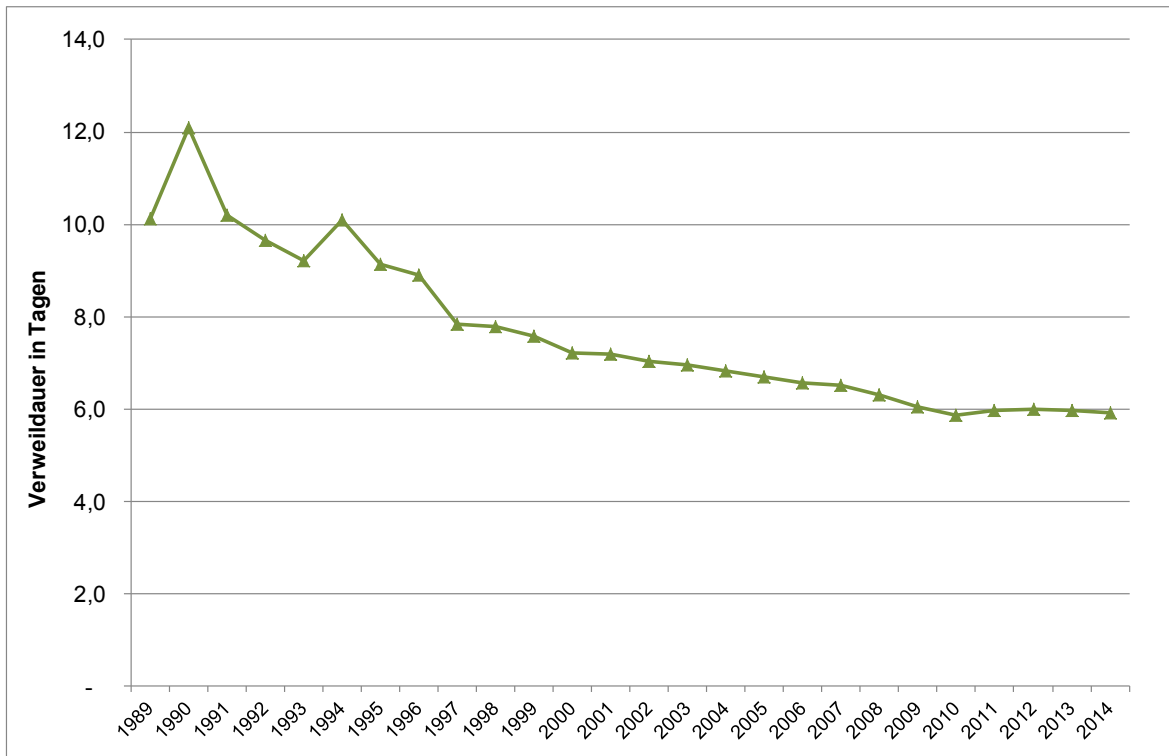


Abbildung 3: Entwicklung der durchschnittlichen Verweildauer in österreichischen Krankenanstalten (Statistik Austria 2016)

Nach einem sprunghaften Rückgang nach dem Jahr der Einführung der LKF gab es danach einen kontinuierlichen Rückgang, der sich in den letzten Jahren auf einem Durchschnittsniveau von rund sechs Tagen eingependelt hat. Diese Werte variieren natürlich innerhalb der einzelnen Fachgebiete bzw. Diagnosen, aber der allgemeine Trend eines Verweildauerrückgangs nach der Einführung der LKF kann bestätigt werden (vgl. Rauner 2007, S. 171). Allerdings konnten nicht bei allen Diagnosen statistisch signifikante Veränderungen nachgewiesen werden (vgl. Schützinger et al. 2007, S. 159) bzw. kann sich die Verkürzung der Verweildauer auch durch andere Phänomene erklären lassen, wie Laimböck (2009) folgendermaßen zusammenfasst: fehlerhafte Abrechnung mangels Behandlungsepisoden (nicht vorhandene Zusammenführung mehrerer Behandlungsepisoden) sowie Durchmischung von stationären mit eigentlich ambulanten Behandlungen (Chemotherapien) (vgl. Laimböck 2009, S. 174f).

Als „nicht erfüllt“ wurden von der Evaluierungskommission (Bericht der GÖG im Auftrag der Bundesgesundheitsagentur 2010) vor allem eine Reduktion der Krankenhaushäufigkeit und die Entlastung der Krankenanstalten durch eine Verlagerung in den ambulanten Bereich angegeben. Bezüglich der Krankenhaushäufigkeit ist in Abbildung 4 die Entwicklung seit dem Jahr 1989

dargestellt. Erkennbar ist eine starke Zunahme der Anzahl der behandelten Fälle und somit genau der gegenteilige Effekt, den man sich erhofft hatte. Insbesondere im Jahr nach der Einführung der LKF ist die Zahl der behandelten Fälle stark angestiegen. Dies wurde in Abschnitt 4.3 bereits als eine mögliche negative Anreizwirkung diskutiert. Neben der Entlassung und Wiederaufnahme der Patient/innen zur Maximierung der Krankenhausaufenthalte (vgl. Schmadlbauer 2010, S. 66) ist im österreichischen System laut Rechnungshof auch die fehlende leistungsorientierte Finanzierung der Ambulanzen, aber auch eine fehlende Übernahme von bestimmten Grund- und OP-Leistungen durch den niedergelassenen Bereich, kurze Öffnungszeiten niedergelassener Ärzte/Ärztinnen und eine fehlende Verlagerung von Nachbehandlungen in den niedergelassenen Bereich ein Anreiz zur stationären Versorgung von Patient/innen, die bei anderer Finanzierung auch extramural versorgt werden könnten (vgl. Rechnungshof 2011/3, S. 284).

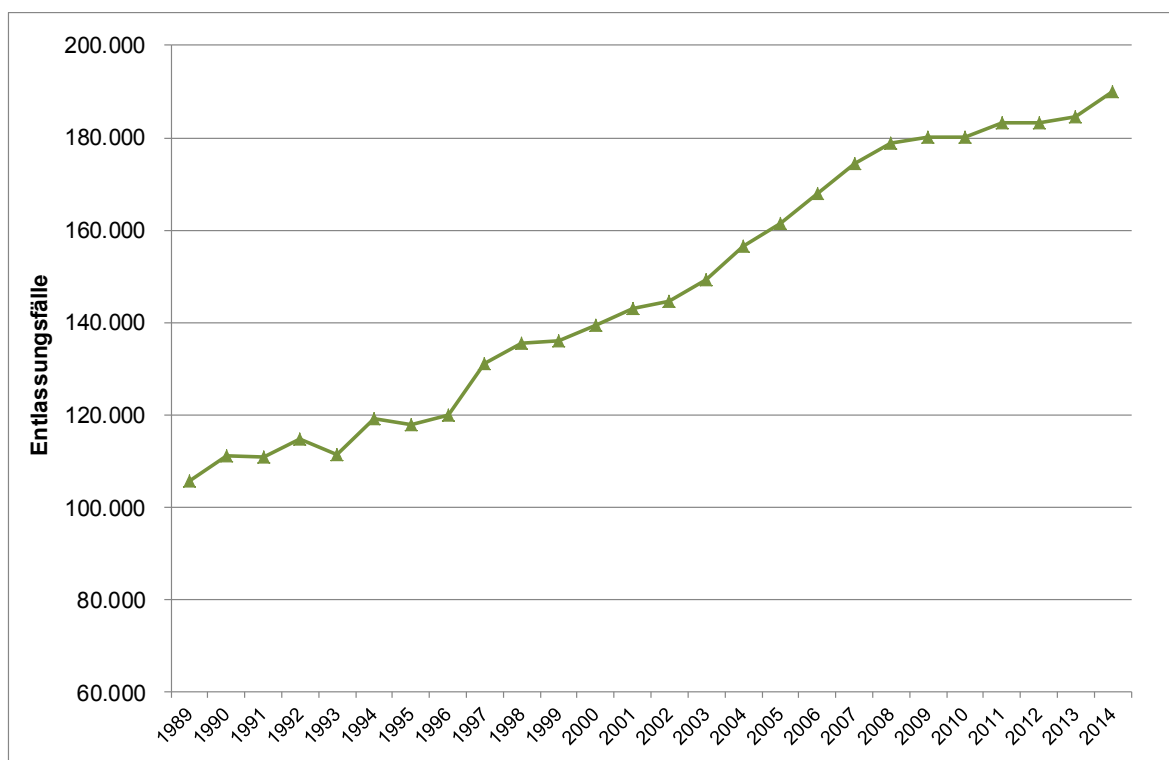


Abbildung 4: Entwicklung der Zahl der stationären Fallzahlen in österreichischen Krankenanstalten (Statistik Austria 2016)

Damit wurde die kostenreduzierende Wirkung der verkürzten Verweildauern durch den Anstieg der zu behandelnden Fälle größtenteils kompensiert. Eine Erklärung für diesen Effekt ist auch die Tatsache, dass die Frage einer stationären

Behandlung nicht nur medizinisch indiziert, sondern auch durch viele andere Einflussgrößen determiniert ist. So werden Entscheidungen etwa über eine ambulante oder stationäre Behandlung, über die Verweildauer oder eine Wiederaufnahme auf verschiedenen Entscheidungsebenen getroffen, die auch zu einer unterschiedlichen Häufigkeit stationärer Aufnahmen führen können (vgl. Schmadlbauer 2010, S. 66). Speziell durch die Spitalsambulanzen haben die Krankenanstalten ein gewisses Steuerungsinstrument für die Zahl der Aufnahmen (vgl. ebd. 2010, S. 67). Als sehr positiv wurde zunächst der sprunghafte Anstieg der Nulltagesfälle (Aufnahme und Entlassung erfolgen am gleichen Tag) gewertet, da hier die Kosten für Übernachtung, Verpflegung und Pflege entfallen oder entsprechend geringer sind. Allerdings ist zu hinterfragen, inwieweit diese Patient/innen nur in den ambulanten Bereich übernommen werden und dort Kosten verursachen, die in einer reinen Bewertung des stationären Sektors nicht aufscheinen. Es hat sich gezeigt, dass viele Eintagesfälle nicht zur Reduzierung längerer stationärer Aufenthalte führen, sondern oftmals eine Verlagerung aus dem ambulanten Bereich darstellen. Zurückgeführt wird diese Tatsache auf die im österreichischen Gesundheitssystem fehlende Verzahnung zwischen ambulantem und stationärem Sektor (vgl. Kobel & Pfeiffer 2011, S. 192 zit. n. Pfeiffer 2002b). Um diese Entwicklung einzudämmen und auch die Zahl der Wiederaufnahmen zu reduzieren („Drehtüreffekt“), wurden im Zuge der Revidierung des LKF-Modells in den Jahren 2002 und 2011 verschiedene Maßnahmen wie etwa die Einführung der Tageskliniken mit strengen Aufnahme Richtlinien ergriffen (vgl. Rauner und Schaffhauser-Linzatti 2013, S. 140).

Schwierigkeiten werden auch bei der Eindämmung der Kostensteigerungen, der Optimierung des Ressourceneinsatzes, der Reduzierung unnötiger Mehrfachleistungen und der Durchführung notwendiger Strukturveränderungen erkannt. Beim Ressourceneinsatz kann zwar eine gewisse Optimierung auf Krankenhausebene festgestellt werden, aber durch die Verteilung der Verantwortlichkeiten auf die verschiedenen Bundesländer wirkt der systemische Faktor deutlich stärker und führt zu unterschiedlichen Entwicklungen in den einzelnen Ländern (vgl. Schneider et al. 2010, S. 53).

Mittels einer SWOT-Analyse wurden die Stärken und Schwächen des österreichischen LKF-Systems nicht nur rückblickend, sondern auch prospektiv

bewertet. Als Stärken des LKF-Systems wurden folgende Punkte identifiziert (vgl. ebd., S. 90):

- „Verbesserung der Leistungs- und Kostentransparenz der Krankenanstalten
- Schaffung einer gemeinsamen Kommunikationsplattform zwischen Health Professionals (Cure, Care), Management (Control) und Träger (Community) durch die einheitliche Definition der stationären Krankenhausleistungen
- Hohe Akzeptanz des Abrechnungssystems bei den Landesgesundheitsfonds und inzwischen auch bei Krankenanstalten und direkten Anwendern
- Verbesserte Qualitätssicherung und Qualitätsprüfung der Daten und der Dokumentation (durch Zertifizierungen)
- Aufgrund dieser Informationslage deutlich verbesserte Voraussetzung für die Steuerung der intramuralen Gesundheitsversorgung
- Jährliche Systemwartung (Problemfeldanalyse, Leistungskalkulation, Erweiterungen und Optimierung aufgrund des medizinischen Fortschritts)“ (ebd. 2010, S.90)

Positive Auswirkungen aus Sicht des zuständigen Bundesministeriums sind:

- Stärkeres Kostenbewusstsein und nach ökonomischen Gesichtspunkten ausgerichtete Leistungs- und Angebotsplanung
- Höhere Transparenz des Krankenanstaltensektors und bessere Informationsgrundlagen für Planung, Kontrolle und Steuerung des Gesundheitswesens
- Bessere Dokumentation und Vergleichbarkeit der Zahlungsströme
- Geringerer Anstieg der Kosten im Krankenanstaltenbereich seit Einführung des LKF-Systems
- Eine höhere Qualität der Dokumentation und der daraus abgeleiteten Kennzahlen ist festzustellen (vgl. HOPE 2006, S. 77).

5.2. Negative Anreizwirkungen

Bereits im vorigen Abschnitt wurden auch ein paar der negativen Anreizwirkungen des österreichischen LKF-Systems angedeutet. Auf einige dieser Faktoren soll in diesem Abschnitt noch näher eingegangen werden.

In vielen Publikationen wird vor allem auf die für das LKF-System problematische Strukturierung des Gesundheitswesens mit Kompetenzen für Bund und Länder hingewiesen. Durch die Möglichkeit der Einflussnahme der einzelnen Bundesländer auf das Vergütungssystem kommt es zu einer Reihe von Effekten, die mit der ursprünglichen Intention der Einführung des LKF-Systems in Widerspruch stehen.

Zunächst werden durch die Deckung der Defizite der Krankenanstalten (Betriebsabgangsdeckung) die Anreizwirkungen eines prospektiven Finanzierungssystems zugunsten einer retrospektiven Erstattung der Kosten abgemildert (vgl. Schneider et al. 2010, S. 30f.). Wenn die Krankenanstalten davon ausgehen können, dass bei einer Kostenüberschreitung der ihnen am Beginn der Periode zugewiesenen Pauschalbeträge diese durch die Länder und Gemeinden wieder ausgeglichen werden, werden die Anreize einer wirtschaftlichen Betriebsführung reduziert. Da die Abgangsdeckung zusätzlich in jedem Bundesland unterschiedlich geregelt ist, kommt es zu starken regionalen Unterschieden der Wirtschaftlichkeit und des Kostenbewusstseins innerhalb des österreichischen Krankenanstaltenwesens (vgl. Laimböck 2009, S. 126).

Die einheitlich geregelten LDF-Pauschalen decken nicht in gleichem Ausmaß die tatsächlichen Kosten der Krankenanstalten und auch die landesspezifisch unterschiedliche Bewertung der Punkte führt zu divergierenden Auswirkungen auf die einzelnen Krankenanstalten. Die Ziele der Transparenz und effizienten sowie gerechten Verteilung der Finanzmittel werden dadurch erschwert (vgl. Deszy et al. 1998, S. 59ff. u. Rechnungshof 2000/4, S. 12). Dies zeigt sich auch in den unterschiedlichen Relationen wie „Kosten je Aufenthalt“ oder „Kosten je Patient/in“, die in den Bundesländern sehr unterschiedlich sind (vgl. Schneider et al. 2010, S. 3.). Hier merkte der Rechnungshof an, dass „das bestehende Krankenanstaltenfinanzierungssystem aufgrund der Verflechtung der Finanzierungsgrundlagen (Finanzausgleichsgesetz und Art. 15a–Vereinbarungen)

sowie der umfassenden Gestaltungsmöglichkeiten der Länder hinsichtlich der landesspezifischen Ausgestaltung des LKF-Systems sowie der Betriebsabgangsdeckung nur wenig Anreize zum effizienten Mitteleinsatz [bietet]“ (Rechnungshof 2015/17, S. 23).

„Die allgemeine Anreizwirkung von DRG-Systemen für eine höhere Kodierungsintensität kann auch beim LKF-System beobachtet werden, wobei die Stärke des Effektes in Abhängigkeit der Anzahl der Träger in den Bundesländern unterschiedlich ist“ (Stepan und Sommersguter-Reichmann 2002, S. 119). Die Optimierung der Bewertung der einzelnen Leistungen und Diagnosen bei einem bestimmten Krankheitsfall wurde vor allem in den ersten Jahren nach Einführung des LKF-Modells beobachtet. Durch Prüfprogramme des Ministeriums, die danach entwickelt wurden und solche Optimierungsstrategien aufdecken können, soll diese Problematik keine große Rolle mehr spielen (vgl. Kobel & Pfeiffer 2011, S. 86).

Die Reduzierung der Verweildauern ist zwar grundsätzlich ein positiver Effekt der LKF, aber hat auch gewisse „Nebenwirkungen“. „So erfolgt durch die spätere Aufnahme bzw. frühere Entlassung auch eine indirekte Verschiebung in den extramuralen Bereich“ (Stepan und Sommersguter-Reichmann 2002, S. 117). „Voruntersuchungen, Laborbefunde oder Röntgenuntersuchungen werden stärker in den ambulanten und vorstationären Bereich verlagert“ (vgl. Radner und Gstöttner 1994, S. 86; Laimböck 2009, S. 134).

Es sind aber auch gegenteilige Effekte einer höheren Konzentration in den stationären Sektor von vor allem im LKF-Modell lukrativen Behandlungsfällen zu beobachten (vgl. Laimböck 2009, S. 134). So ist es für viele Krankenanstalten finanziell attraktiver, die Fallzahlen im stationären Bereich zu erhöhen, da im ambulanten Bereich in den meisten Bundesländern nur pauschal ohne Berücksichtigung der erbrachten Leistungen abgerechnet wird (vgl. ebd. 2009, S. 134). Durch die fehlende Diagnose- und Leistungsdokumentation im ambulanten und niedergelassenen Bereich ist eine Vergleichbarkeit der einzelnen Sektoren nicht möglich (vgl. Schneider et al. 2010, S. 10f).

Die Evaluierung hat im Rahmen einer SWOT-Analyse nicht nur die Stärken, sondern auch die Schwächen des LKF-Systems aufgezeigt. Sie wurden folgendermaßen zusammengefasst:

- „Gewonnene Leistungs- und Kostentransparenz [bezieht sich] nur auf den Anteil, der über die LDF-Pauschalen abgerechnet wird
- Fallsplitting und starke Zunahme der stationären Patienten[/innenaufnahmen]
- Ungenügende Nutzung der Daten zur Systemsteuerung, Schwerpunktbildung oder Rationalisierung des Versorgungssystems zwischen den Ländern usw.
- Neun verschiedene LKF-Systemausgestaltungen in den Bundesländern (Modellanwendungsproblematik)
- Zersplitterte Kompetenzlage hemmt ökonomische Umstrukturierungen zwischen dem extra- und intramuralen Bereich“
(Schneider et al. 2010, S. 90).

Das zuständige Bundesministerium hat im HOPE-Bericht auch über negative Auswirkungen durch die Einführung des LKF-Systems berichtet:

- Tendenzen einer Optimierung der LKF-Punkte bei der Kodierung sind feststellbar. Um dies möglichst zu vermeiden, werden immer umfangreichere Qualitätsprüfungen durchgeführt, bei denen mittels statistischer Methoden ein Abgleich zwischen LKF-Kodierung und Patientendaten vorgenommen wird.
- Das bewusste Aufsplitten von Krankenhausaufenthalten („Drehtüreffekt“), um Fälle mehrfach abrechnen zu können, stellt nach wie vor ein Problem im LKF-Modell dar, wobei versucht wird, diesen Anreiz durch verschiedene Maßnahmen zu unterbinden.
- Der gewünschte Effekt einer Reduzierung der Verweildauern sollte nicht zu einer Unterschreitung gewisser Mindestaufenthaltsdauern führen. Um dies zu verhindern, werden flankierende Maßnahmen bezüglich Verweildauergrenzen und Sanktionierung bei Unter- bzw. Überschreitung eingeführt (vgl. HOPE 2006, S. 83).

Der Rechnungshof merkte hier zudem folgende Punkte an:

- Obwohl ein zentrales Berichtswesen des Bundes zu Kosteninformationen und Rechnungsabschlussdaten für Fondskrankenanstalten vorliegt, spielen Wirtschaftlichkeitsaspekte in der Krankenanstaltenplanung noch immer eine untergeordnete Rolle (vgl. Rechnungshof 2015/17, S. 80).

5.3. Verbesserungsmaßnahmen

Im Folgenden werden die wichtigsten Erkenntnisse bzw. Verbesserungsmaßnahmen der von Leonard et al. 2003; Eichwalder und Hofmarcher 2008; Rauner und Schaffhaus-Linzatti 2013; Schaffhauser et al. 2009, Cypionka et al. 2009 durchgeführten empirischen Studien zu den Auswirkungen des fallbasierten LKF-Finanzierungssystems behandelt. In jeweils umfangreichen Studien haben diese Autor/innen versucht, die theoretisch erwarteten Effekte und Anreize empirisch nachzuweisen:

- Durch einen systemisch-dynamischen Modellansatz konnte eine höhere Effizienz und Effektivität des Vergütungssystems in den Krankenanstalten im Sinne einer Verbesserung der medizinischen Versorgung, der Verringerung der Verweildauer, einem verstärkten Kostenbewusstsein und einer verbesserten Dokumentation und Planung nachgewiesen werden (vgl. Rauner und Schaffhauser-Linzatti 2013, S. 141,).
- Verschiedene negative Anreizwirkungen wie z.B. erhöhte Aufnahmezeiten, Risikoselektion, Up-coding, Unbundling, optimierte Entlassungen oder Drehtüreffekte (vgl. ebd 2013, S.150) konnten durch Nachjustierungen wie die Einführung von Tageskliniken oder die Beschränkung der LKF-Punkte für Patient/innen auf Intensivstationen größtenteils eingeschränkt werden, bleiben jedoch bis zu einem gewissen Grad bestehen (vgl. ebd 2013, S.141 zit. n. Sebek 2009 und Herndl 2010; ebd. 2013, S.150).

Wie auch schon im vorigen Abschnitt erwähnt, werden für das österreichische Vergütungssystem im stationären Bereich von den Autor/innen zwei wesentliche Schwachstellen identifiziert, in denen noch deutliche Verbesserungen möglich wären. Dies ist zum einen

- die Finanzierung aus einer Hand, bei der die Kompetenzen speziell bei der Gewichtung der LDF-Punkte nicht mehr auf die Länder aufgeteilt, sondern zentral einheitlich geregelt sind. Die allokativen und technischen Effizienz könnte dadurch verbessert werden (vgl. Cypionka et al. 2009, S. 33f). In einer umfangreichen Studie, in der verschiedene Anreizwirkungen mit statistischen Modellen untersucht wurden, hat sich die Harmonisierung der LKF-Finanzierung zwischen den verschiedenen Bundesländern als eine der wichtigsten Schlussfolgerungen erwiesen (vgl. Schaffhauser-Linzatti et al. 2009, S. 16).
- Zum anderen wird immer wieder auf die fehlende Verzahnung der einzelnen Sektoren im Gesundheitswesen hingewiesen. Die Integration der extra- und intramuralen Gesundheitsversorgung in ein Gesamtsystem wäre daher ein möglicher Verbesserungsansatz des jetzigen Systems. Als eine Möglichkeit wird eine Versorgungsform angeführt, die zwischen dem niedergelassenen Bereich und der stationären Betreuung angesiedelt sein sollte, da derzeit ein starker Anstieg der Fallzahlen in den Ambulanzen der Krankenanstalten festzustellen ist, in denen aber das LKF-System nicht zur Finanzierung herangezogen wird (vgl. Eichwalder und Hofmarcher 2008, S. 5). Eine Änderung wird nun in Österreich mit dem Gesetz zu Primärversorgungszentren versucht. Derzeit sind sowohl die Zuständigkeiten als auch die Finanzierung im ambulanten und stationären Sektor unterschiedlich geregelt und zu wenig aufeinander abgestimmt. Eine Abstimmung und Kooperation zwischen intra- und extramuralem Bereich findet in der Regel nicht statt.

Rauner und Schaffhauser-Linzatti (2013) haben in einer umfangreichen Simulationsstudie die Auswirkungen konkurrierender Finanzierungssysteme, insbesondere zwischen fallbasierten und global budget-based Strategien, untersucht. Bei Systemen mit globalen Budgets, wie etwa in Kanada, gibt es einen besonders starken Anreiz, Patient/innen möglichst früh zu entlassen, weil zusätzliche Pflagetage nur mit Kosten verbunden sind. Die Verweildauer in Kanada ist im Schnitt auch tatsächlich noch deutlich geringer als in Österreich, wobei zusätzlich die Entlassungsstrategien an verschiedenen Wochentagen (etwa vor oder nach dem Wochenende) unterschiedlich sind (vgl. ebd. 2013 S. 144). Der

Anreiz im österreichischen LKF-System einen stationären Aufenthalt auf mehrere Perioden aufzusplitten („Drehtüreffekt“), um dadurch eine höhere Vergütung zu erreichen, führt im kanadischen System zu keiner höheren Vergütung (vgl. ebd. 2013, S. 145).

In den meisten der durchgeführten Simulationsberechnungen war die Vorgabe eines fixen Budgets den anderen Systemen überlegen (vgl. ebd. 2013, S. 146). Dieser Vorteil des global-budget Systems wurde auch in anderen Studien bestätigt, wobei durch flankierende Maßnahmen die Qualität der Behandlung gesichert werden muss (vgl. Leonard et al. 2003, S.242).

6. Diskussion

In der vorliegenden Arbeit wurden die Anreizwirkungen von Krankenanstaltenfinanzierungssystemen untersucht, wobei insbesondere DRG-basierte Vergütungssysteme im Mittelpunkt standen. Es wurde dabei der Frage nachgegangen, welche Vergütung im stationären Bereich in Österreich erfolgt und welche positiven und negativen Anreizwirkungen das leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierungssystem in Österreich seit seiner Einführung im Jahr 1997 gebracht hat. Mittels eines Literatur Reviews wurden Erkenntnisse zu dieser Fragestellung zusammengetragen. Es sollte auch der Frage nachgegangen werden, inwieweit sich das österreichische LKF-System von den klassischen DRG-Systemen unterscheidet und inwieweit dies zu anderen Anreizwirkungen geführt hat. Grundsätzlich wurde von der Hypothese ausgegangen, dass die Vorteile der Einführung eines leistungsorientierten Abrechnungssystems in Österreich gegenüber den dadurch aufgetretenen Nachteilen überwiegen.

In Österreich erfolgt die stationäre Vergütung über ein spezifisches DRG-System, dem LKF mit einer Einzelleistungsausrichtung. Es bestehen zwischen dem LKF-Modell und anderen DRG-Systemen einige klare Unterschiede. Das LKF-System ist deutlich stärker auf medizinische Einzelleistungen und Prozeduren ausgerichtet und orientiert sich zu einem geringeren Anteil an Diagnosen. Während die 553 HDG-Gruppen große Ähnlichkeit mit anderen DRG-basierten Klassifikationssystemen haben, sind die MEL-Gruppen eine Besonderheit des österreichischen Systems. Wird ein Fall nach diesen Gruppen bewertet, spielt die

Hauptdiagnose für die Ermittlung des LKF-Punktwertes nur eine sehr geringe Rolle.

Während bei einem DRG-System Einzelleistungen grundsätzlich keine besondere Rolle einnehmen und Individualkosten somit keine beachtliche Berücksichtigung finden, hat dies im LKF eine größere Bedeutung.

Die Anreize, die von einem DRG-basierten Krankenhausvergütungssystem ausgelöst werden, lassen sich in folgende drei Gruppen einteilen

- Kostenreduktion pro Patient/in durch Reduktion der Verweildauer
Leistungsreduktion und Patient/innenselektion
- Einnahmenerhöhung pro Patient/in durch Veränderung der Kodierpraktiken
oder Veränderung der Behandlungsform/Leistungen
- Erhöhung der Anzahl an Patient/innen (Veränderung Aufnahmeregeln und
Verbesserung der Reputation des Krankenhauses)

In Österreich lassen sich diese Auswirkungen ebenso beobachten. Das “up-coding“ soll in Österreich im Vergleich zu anderen Ländern mit DRG-basierten Vergütungssystemen jedoch nicht so stark ausgeprägt sein. Dies wird mit dem Umstand erklärt, dass Zusatzdiagnosen für die Einstufung des Schweregrades einer Erkrankung in Österreich eine geringere Rolle spielen bzw. die Abgangsdeckungen hoch genug sein sollen. Genauere Daten zu dieser Thematik liegen jedoch nicht vor.

Die Differenzierung der Finanzierungsbereiche in einen bundesweit einheitlichen Kern- und einen bundesländerspezifischen Steuerungsbereich ist ebenfalls ein wichtiges Unterscheidungsmerkmal zwischen dem LKF-System und anderen DRG-basierten Systemen. Diese Aufteilung der Finanzierungsströme hat starke Auswirkungen auf die Bewertung und Vergütung der einzelnen Krankheitsfälle in den verschiedenen Bundesländern und wird von vielen auch als große Schwachstelle des österreichischen Finanzierungsmodells gesehen.

Trotz der Unterschiede zwischen den Systemen bleiben die wichtigsten negativen und positiven Anreizwirkungen auch im LKF-Modell erhalten. Als die wichtigsten positiven Erkenntnisse nach Einführung des LKF-Modells werden in der Literatur die höhere Kosten- und Leistungstransparenz, die Reduktion der durchschnittlichen Verweildauer, ein einheitliches Instrumentarium für Planungs-

und Steuerungsmaßnahmen und eine höhere Qualität der Dokumentation der daraus abgeleiteten Kennzahlen genannt. Hier bleibt jedoch anzumerken, dass das zuvor angewandte System über den Anreiz verfügte, die Verweildauer zu verlängern und für die genauere Dokumentation der Aufenthalte schlicht keine Notwendigkeit bestand. Die Eindämmung der Kostensteigerungen, die Optimierung des Ressourceneinsatzes, die Reduzierung unnötiger Mehrfachleistungen und die Verbesserung der allokativen Effizienz konnten zumindest zu einem gewissen Teil realisiert werden, wobei hier noch Optimierungsbedarf besteht.

Als negative Anreizwirkungen sind vor allem die Erhöhung der Fallzahlen und die fehlende Entlastung des ambulanten Bereiches zu nennen. Dadurch wird ein Anreiz geschaffen, Patient/innen stationär zu versorgen, die bei anderer Finanzierungsform auch extramural versorgt werden könnten. Kritisiert wird zum Teil auch die zu geringe Nutzung der Daten zur Systemsteuerung, Datenqualität (primärer Fokus auf Abrechnung) und die zersplitterte Kompetenzlage im Gesundheitswesen zwischen Bund, Land und Gemeinden. Aus den angeführten Vor- und Nachteilen können Bereiche ausgemacht werden, in denen noch deutliche Verbesserungen möglich wären. Der erste Punkt betrifft die unterschiedliche Abrechnungsform in den neun Bundesländern. Wie bereits an anderer Stelle erwähnt, bietet das derzeitige Finanzierungssystem auch im Generellen nicht den Anreiz, die bestehenden Mittel effizient einzusetzen. Ein Vergleich der Abgeltung von Krankenanstaltenleistungen bzw. der Finanzierung von Investitionen im Wege eines Fondsvergleichs ist laut Rechnungshof (2010) nicht möglich. „Die Gebarung der LGF [ist] nicht geeignet, österreichweit die Finanzierung der Fondskrankenanstalten transparent und vollständig wiederzugeben und die Voraussetzungen für eine Optimierung des Mitteleinsatzes zu schaffen“ (Rechnungshof 2010, S. 21).

Die Harmonisierung der LKF-Finanzierung in den einzelnen Regionen, die sogenannte Finanzierung aus einer Hand, stellt die größte Herausforderung im bestehenden Finanzierungsmodell dar, da dadurch die eigentliche Idee des LKF unterwandert wird.

Der zweite Bereich, in dem von fast allen Autor/innen ein Verbesserungspotential gesehen wird, ist die bessere Verzahnung und Abstimmung der einzelnen Sektoren im Gesundheitswesen. Die Integration der ambulanten und stationären

Gesundheitsversorgung in ein Gesamtsystem sollte mittelfristig angestrebt werden, wobei das Ziel sein sollte, auch im extramuralen Bereich ein leistungsfallbezogenes Vergütungssystem einzuführen. Die derzeitigen Reformbestrebungen klammern diesen Bereich jedoch gänzlich aus.

Insgesamt kann aus den Ergebnissen gefolgert werden, dass die Hypothese, nach der es mehr positive als negative Folgewirkungen durch die Einführung der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung gegeben hat, als nur bedingt zutreffend bezeichnet werden kann. Es bleibt anzumerken, dass man davon ausgehen kann, dass sich das primäre Ziel „Effizienzsteigerung durch Verweildauerreduktion“ durch die Steigerung der Behandlungsfälle aufwog (www.kaz.bmg.gv.at) bzw. die unterschiedlichen Abrechnungs- sowie Subventionsformen, die Gewichtung der LKF-Punkte sowie die nach wie vor bestehende Abgangsdeckung aus Landesbudgets vorhandene Effizienzpotentiale verhindern.

Es besteht somit in vielen Bereichen noch effizienztechnisches Verbesserungspotential und die Notwendigkeit, bestimmte Fehlanreize durch geeignete Maßnahmen zu entschärfen.

In der vorliegenden Arbeit wurde mittels einer Literaturrecherche versucht, die bestehenden Schwächen und Stärken des derzeitigen LKF-Modells zu beleuchten. Künftig sollte in empirischen Analysen noch verstärkt untersucht werden, welche Vor- und Nachteile das österreichische Abrechnungssystem gegenüber anderen DRG-Systemen hat. Dazu könnten in Simulationsstudien weitere Fragestellungen untersucht werden, um etwa Effekte wie eine Vereinheitlichung der Finanzierungssysteme in den Bundesländern oder die bessere Integration der verschiedenen Sektoren im Gesundheitssystem zu überprüfen.

Literaturverzeichnis

Amelung VE (2012) Managed Care. Wiesbaden: Gabler Verlag.

Breyer F, Zweifel P and Kifmann M (2013) Gesundheitsökonomik. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg.

Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (2017) STATIONÄRE AUFENTHALTE (KJ) 2007-2016. Available at:

http://www.kaz.bmg.gv.at/fileadmin/user_upload/Aufenthalte/1_T_Aufenthalte_stat.pdf (accessed 8 July 2017).

Bundesministerium für Gesundheit (2010) Das österreichische LKF-System. Available at:

https://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/1/4/8/CH1164/CMS1098272734729/lkf-broschuere_bmg_2010_nachdruck_2011.pdf (accessed 3 July 2017).

Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (2016) Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung – LKF – Systembeschreibung. Available at:

https://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/2/2/0/CH1166/CMS1128341476394/systembeschreibung_2016.pdf (accessed 25 June 2016).

Busse R, Geissler A, Quentin W, Wiley M (2011) Diagnosis related groups in Europe: Moving towards transparency, efficiency, and quality in hospitals. Maidenhead, England: Open University Press. Available at:

http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/162265/e96538.pdf (accessed 24 Jan 2017).

Cots F, Chiarello P, Salvador X, Castells X and Quentin W (2011) DRG-based hospital payment: intended and unintended consequences. In: Busse R, Geissler A, Quentin W, Wiley M (ed.) Diagnosis related groups in Europe: Moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals? Maidenhead, England: Open University Press. Available at:

www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0004/162265/e96538.pdf (accessed 24 Jan 2017).

Czypionka T, Riedel M, Röhrling G and Eichwalder S (2009) Finanzierung aus einer Hand: Reformoptionen für Österreich: Endbericht; Studie im Auftrag des Hauptverbandes der Österreichischen Sozialversicherungsträger.

Czypionka T, Riedel M and Schweiger E (2012) Die Rolle privat-gemeinnütziger Spitäler im internationalen Vergleich. IHS Endbericht / Juli 2012. Wien.

Czypionka T, Röhrling G, Kronemann F and Reiss M (2015) Schwerpunkt Spitalsfinanzierung: Woher kommt das Geld? *The Journal of Legislative Studies* 20(1): 413–429.

Czypionka T and Kronemann F (2015) Bezahlssysteme von Spitälern im internationalen Vergleich. Available at: http://irihs.ihs.ac.at/3715/1/hsw15_2d.pdf (accessed 26 July 2015).

Dézsy J, Kern R, Girardi P (1998) Gesundheitsökonomische Betrachtung von Schlaganfallrehabilitation. *Gesundheitsoeconomica*.

Eichwalder S and Hofmarcher M (2008) Failure to improve care outside hospitals. Available at: <https://www.ihs.ac.at/publications/lib/oa23.pdf> (accessed 8 July 2018).

Emmert, M (2008) Pay for performance (P4P) im Gesundheitswesen. Ein Ansatz zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung? Zugl.: Erlangen, Nürnberg, Univ., Diss., 2008. Burgdorf: HERZ (Schriften zur Gesundheitsökonomie, 14).

European Hospital and Healthcare Federation (2006) HOPE Report on DRGs as a financing tool. Available at: http://www.hope.be/wp-content/uploads/2015/11/77_2006_HOPE-REPORT_DRG-as-a-financial-tool (accessed 16 June 2017).

Fischer W (2002) Diagnosis related groups (DRGs) und Pflege: Grundlagen, Codierungssysteme, Integrationsmöglichkeiten. Bern: Huber.

Foit K and Vera A (2006) Anreizorientierte Krankenhausvergütung mit Fallpauschalen: Incentive oriented reimbursement of hospitals with a prospective payment system. *Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement Klinik und Praxis, Wirtschaft und Politik* offizielles Organ des Bundesverbandes Managed Care e.V. offizielles Organ der Deutschen Gesellschaft für Gesundheitsökonomie e.V 11(4): 245–251.

Geissler A, Scheller-Kreinsen D, Quentin W and Busse R (2012) DRG-Systeme in Europa. Anreize, Ziele und Unterschiede in zwölf Ländern. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 55(5): 633–642.

Greiling M and Muszynski M (2008) *Strategisches Management im Krankenhaus: Methoden und Techniken zur Umsetzung in der Praxis*. s.l.: Kohlhammer Verlag.

Hajen L, Schumacher H and Paetow H (2013) *Gesundheitsökonomie: Strukturen ; Methoden ; Praxisbeispiele*. s.l.: Kohlhammer Verlag.

Hilgers S (2011) *DRG-Vergütung in deutschen Krankenhäusern: Auswirkungen auf Verweildauer und Behandlungsqualität*. Zugl.: Aachen, Univ., Diss., 2011. Wiesbaden: Gabler Verlag / Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH Wiesbaden.

Hofmarcher M (2013) *Das österreichische Gesundheitssystem: Akteure, Daten, Analysen*. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.

Hofmarcher MM and Rack HM (2006) *Gesundheitssysteme im Wandel - Österreich*. Berlin: MWV, Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.

Kobel C and Pfeiffer K (2011) Austria: Inpatient care and the LKF framework. In: Busse R, Geissler A, Quentin W and Wiley M (ed.) *Diagnosis related groups in Europe: Moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals?* Maidenhead, England: Open University Press. Available at: www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0004/162265/e96538.pdf (accessed 24 Jan 2017).

Laimböck M (2009) Die Zukunft des österreichischen Gesundheitssystems: Wettbewerbsorientierte Patientenversorgung im internationalen Vergleich. Wien u.a.: Springer.

Lehner K (2008) 10 Jahre Krankenanstaltenfinanzierung in Österreich: Eine kritische Betrachtung. Wien: Facultas.wuv.

Leonard KJ, Rauner MS, Schaffhauser-Linzatti MM and Yap R (2003) The effect of funding policy on day of week admissions and discharges in hospitals: the cases of Austria and Canada. *Health policy* 63 (3), 239–257.

Radner A and Gstöttner M (1994) Leistungsbezogenes Abrechnungssystem für Krankenanstalten. Linz: Trauner.

Rauner, MS (2007) Ein Rückblick auf die leistungsorientierte Krankenhausfinanzierung in Österreich von 1997–2006 unter besonderer Berücksichtigung der Anreizwirkungen auf Krankenhäuser. In: Bräuning D, Greiling D (ed.): *Stand und Perspektiven der öffentlichen Betriebswirtschaftslehre, Festschrift für Professor Dr. Peter Eichhorn*. Berlin: Berliner Wissenschaftsverlag, 163 - 175.

Rauner MS and Schaffhauser-Linzatti MM (2002) Impact of the new Austrian inpatient payment strategy on hospital behavior: a system-dynamics model. *Socio Economic Planning Sciences* 36, 161-182.

Rauner MS and Schaffhauser-Linzatti MM (2013) Impact of Inpatient Reimbursement Systems on Hospital Performance: The Austrian Case-Based Payment Strategy. In: Zaric GS (ed.) *Operations research and health care policy*. New York, NY: Springer, 129–153.

Rechnungshof (2000) Wahrnehmungsbericht des Rechnungshofes: Reform des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung. Reihe BUND 2000/4. Available at: http://www.rechnungshof.gv.at/fileadmin/downloads/2000/berichte/berichte_bund/Bund_2000_4.pdf (accessed 10 June 2017).

Rechnungshof (2010) Bericht des Rechnungshofes: Teilbereiche der Gesundheitsreform 2005 mit Länderaspekten in Tirol und Wien. Available at: http://www.rechnungshof.gv.at/fileadmin/downloads/2000/berichte/berichte_bund/Bund_2000_4.pdf (accessed 14 June 2017).

Rechnungshof (2011) Bericht des Rechnungshofes: Finanzierung und Kosten von Leistungen und Spitalsambulanzen und Ordinationen. Reihe BUND 2011/3. Available at: http://www.rechnungshof.gv.at/fileadmin/downloads/2011/berichte/berichte_bund/Bund_2011_03.pdf (accessed 10 June 2017).

Rechnungshof (2015) Bericht des Rechnungshofes: Rolle des Bundes in der österreichischen Krankenanstaltenplanung. Reihe BUND 2015/17. Available at: http://www.rechnungshof.gv.at/fileadmin/downloads/_jahre/2015/berichte/berichte_bund/Bund_2015_17.pdf (accessed 14 June 2017).

Riedel M, Cypionka T and Schweiger E (2012) Die Rolle privat-gemeinnütziger Spitäler im internationalen Vergleich. Institut für Höhere Studien, Wien.

Rochell B and Roeder N (2001): DRG-basierte Entgeltsysteme in Europa. In: Arnold M, Litsch M, Schellschmidt H (ed.) Krankenhaus- Report 2000. Schwerpunkt: Vergütungsreform mit DRGs. Verlag für Medizin und Naturwissenschaften, Stuttgart, 49-64.

Schaffhauser-Linzatti M-M, Zeileis A and Rauner MS (2009) Effects of the Austrian performance-oriented inpatient reimbursement system on treatment patterns: illustrated on cases with knee-joint problems. *Central European Journal of Operations Research* 17(3), 293–314.

Schmadlbauer H (2010) Krankenanstaltenfinanzierung aus der Perspektive der sozialen Krankenversicherung. Linz: WISO. Available at: http://www.isw-linz.at/themen/dbdocs/Wiso_LF_Schmadlbauer_02_2010.pdf (accessed 05 May 2016)

Schneider M, Hofmann U, Kraus T, Köse A, Biene B, Güntert B, Gruber, S, Holzknicht M, Munck J, Paretta P, Mildschuh S, Stoppacher A, Birner A, Fried A (2010) BASYS / IMÖG Evaluierungsbericht Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung 1997 – 2007. Bundesministerium für Gesundheit als Geschäftsstelle der Bundesgesundheitsagentur. Available at: https://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/2/1/5/CH1164/CMS1295949208661/abschlussbericht_lkf-evaluierung_end.pdf (accessed 05 June 2017).

Schroeders N and Köbberling J (2002) Einfluss von Vergütungssystemen auf die medizinische Qualität. *Medizinische Klinik* 97(7): 429–433.

Schützing B, Theurl E and Winner H (2007) Krankenhausfinanzierung und Verweildauer: Eine empirische Untersuchung am Beispiel der Reform der Krankenhausfinanzierung in Österreich. *Zeitschrift für öffentliche und gemeinwirtschaftliche Unternehmen: ZögU / Journal for Public and Nonprofit Services* 30(2), 142–163.

Statistik Austria (2016) Gesundheit - Spitalsentlassungen. Available at: http://www.statistik.gv.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/gesundheit/stationaere_aufenthalte/spitalsentlassungen_gesamt/index (accessed 3 March 2016).

Stepan A, Sommersguter-Reichmann M (2002) Analyse des neuen leistungsorientierten Krankenanstalten-Finanzierungssystems in Österreich. In: Wille E (Hrsg.): *Anreizkompatible Vergütungssysteme im Gesundheitswesen. Gesundheitsökonomische Beiträge*, Bd. 38, Nomos 2002, 109-141.

Street A, O'Reilly J, Ward P, Mason A (2011) DRG-based hospital payment and efficiency: Theory, evidence and challenges. In: Busse R, Geissler A, Quentin W, Wiley M (ed.) *Diagnosis related groups in Europe: Moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals?* Maidenhead, England: Open University Press. Available at: www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0004/162265/e96538.pdf (accessed 24 Jan 2017).