

## Wahrnehmungsbericht

- Reihe Bund 2000/1** Nachtrag zum Tätigkeitsbericht des Rechnungshofes  
über das Verwaltungsjahr 1998
- Reihe Bund 2000/2** Sonderbericht des Rechnungshofes über die Finanzierung der  
politischen Parteien und parlamentarischen Klubs
- Reihe Bund 2000/3** Wahrnehmungsbericht des Rechnungshofes über  
Auftragsvergaben im Bundesstraßenbau und Bundeshochbau  
Erster Teilbericht

**Auskünfte**

Rechnungshof

1033 Wien, Dampfschiffstraße 2

Telefon (00 43 1) 711 71 - 8466

Fax (00 43 1) 712 49 17

**Impressum**

Herausgeber:

Rechnungshof

1033 Wien, Dampfschiffstraße 2

<http://www.rechnungshof.gv.at>

Redaktion und Grafik:

Rechnungshof

Druck:

Print Media Austria AG

Herausgegeben:

Wien, im Juli 2000



**Abkürzungsverzeichnis****A-Z**

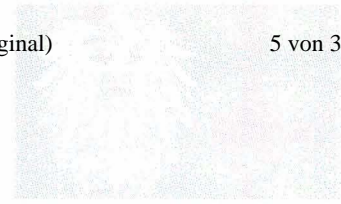
<b>Abs</b>	Absatz
<b>Art</b>	Artikel
<b>BGBI</b>	Bundesgesetzblatt
<b>BM...</b>	Bundesministerium...
<b>BMAGS</b>	für Arbeit, Gesundheit und Soziales
<b>BMGU</b>	für Gesundheit und Umweltschutz
<b>BMSG</b>	für soziale Sicherheit und Generationen
<b>B-VG</b>	Bundes-Verfassungsgesetz
<b>bzw</b>	beziehungsweise
<b>[f]f</b>	(fort)folgende
<b>KRAZAF</b>	Krankenanstalten- Zusammenarbeitsfonds
<b>LDF</b>	Leistungsorientierter Diagnosefall
<b>LKF</b>	Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung
<b>Mill</b>	Million(en)
<b>Mrd</b>	Milliarde(n)
<b>Nr</b>	Nummer
<b>rd</b>	rund
<b>RH</b>	Rechnungshof
<b>S</b>	Schilling
<b>S.</b>	Seite
<b>TB</b>	Tätigkeitsbericht
<b>ua</b>	unter anderem
<b>usw</b>	und so weiter
<b>WB</b>	Wahrnehmungsbericht
<b>zB</b>	zum Beispiel



**Abkürzungsverzeichnis****A-Z**

<b>Abs</b>	Absatz
<b>Art</b>	Artikel
<b>BGBI</b>	Bundesgesetzblatt
<b>BM...</b>	Bundesministerium...
<b>BMAGS</b>	für Arbeit, Gesundheit und Soziales
<b>BMGU</b>	für Gesundheit und Umweltschutz
<b>BMSG</b>	für soziale Sicherheit und Generationen
<b>B-VG</b>	Bundes-Verfassungsgesetz
<b>bzw</b>	beziehungsweise
<b>[f]f</b>	(fort)folgende
<b>KRAZAF</b>	Krankenanstalten- Zusammenarbeitsfonds
<b>LDF</b>	Leistungsorientierter Diagnosefall
<b>LKF</b>	Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung
<b>Mill</b>	Million(en)
<b>Mrd</b>	Milliarde(n)
<b>Nr</b>	Nummer
<b>rd</b>	rund
<b>RH</b>	Rechnungshof
<b>S</b>	Schilling
<b>S.</b>	Seite
<b>TB</b>	Tätigkeitsbericht
<b>ua</b>	unter anderem
<b>usw</b>	und so weiter
<b>WB</b>	Wahrnehmungsbericht
<b>zB</b>	zum Beispiel





**Wahrnehmungsbericht  
des Rechnungshofes**

**über die**

**Reform des Gesundheitswesens  
und der  
Krankenanstaltenfinanzierung**

**VORBEMERKUNGEN****A**

Vorlage an den Nationalrat	1
Darstellung des Prüfungsergebnisses	1

**BMSG****Bundesministerium für  
soziale Sicherheit und Generationen****ALLGEMEINER TEIL****Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung**

Kurzfassung	3
Prüfungsablauf und –gegenstand	4
Überblick, Begriffe	4
Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung	4
Leistungsorientierte Diagnosefall–Pauschale	4
Katalog "LKF–Modell"	5
Finanzierungsebenen	5
Kernbereich	5
Steuerungsbereich	5
Internationale Klassifikation der Krankheiten	5
Medizinischer Einzelleistungs–Katalog	5
Fondskrankenanstalten	5
Strukturmittel	5
Grundsätzliches	5
Entwicklung der LKF	5
Finanzierung	7
Überblick	7
Mittelaufbringung	7
Finanzvolumen der Länder	8
Reform der Krankenanstaltenfinanzierung	9
Ziele	9
Abrechnung	12
Diagnose– und Leistungsdokumentation	13
Schlussbemerkungen	14



**B****BESONDERER TEIL****Strukturfonds**

Kurzfassung	15
Prüfungsablauf und –gegenstand	16
Begriffe	16
Einrichtung des Strukturfonds	16
Strukturkommission	16
Geschäftsführung	17
Sanktionsmechanismus	17
Strukturverbesserungen	18
Weiterentwicklung des Gesundheitssystems	19
Gesundheitsplanung	20
Krankenanstaltenplan	20
Leistungsangebotsplan	21
Ambulanz(leistungs)plan	21
Datenaustausch	22
Weiterentwicklung der leistungsorientierten Vergütungen	23
Verrechnung ausländischer Gastpatienten	23
Kurzaufnahmen	24
Qualitätssicherung	24
Medizinische Leistungen	24
Daten	25
Weitere Feststellungen	26
Schlussbemerkungen	26

## Vorbemerkungen

1

### Vorlage an den Nationalrat

Gemäß Art 126 d Abs 1 B-VG berichtet der RH nachstehend dem Nationalrat über Wahrnehmungen, die er bei einer querschnittsartigen Gebärungsüberprüfung der Umsetzung der Reform des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung (einschließlich des beim damaligen BMAGS [nunmehr BMSG] eingerichteten Strukturfonds) getroffen hat.

Aufgrund der bundesweiten Auswirkungen der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung berichtet der RH die im Allgemeinen Teil des vorliegenden Berichtes enthaltenen Wahrnehmungen auch den allgemeinen Vertretungskörpern der Bundesländer.

### Darstellung des Prüfungsergebnisses

In der nachstehenden Darstellung des Prüfungsergebnisses werden die dem RH bedeutsam erscheinenden Sachverhalte (Kennzeichnung mit 1 an der zweiten Stelle der Absatzbezeichnung), deren allfällige Beurteilung durch den RH (Kennzeichnung mit 2), die hiezu abgegebenen *Stellungnahmen* (Kennzeichnung mit 3 und in Kursivschrift) und eine allfällige Gegenäußerung des RH (Kennzeichnung mit 4) aneinander gereiht.

Alle personenbezogenen Bezeichnungen werden aus Gründen der Übersichtlichkeit und einfachen Lesbarkeit nur in einer Geschlechtsform gewählt und gelten gleichermaßen für Frauen und Männer.



2

## Bereich des Bundesministeriums für soziale Sicherheit und Generationen

### **ALLGEMEINER TEIL**

## Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung

### Kurzfassung

Das leistungsorientierte Finanzierungssystem für die österreichischen Krankenanstalten bot ab Jahresbeginn 1997 eine zweckmäßigere Grundlage zur Erfassung und Abrechnung der Behandlungsleistungen als die bis Ende 1996 gepflogene Abrechnung nach Pflegetagen.

Die an die Reform der Krankenanstaltenfinanzierung geknüpften Zielsetzungen wurden nur teilweise erfüllt. Einzelne Ziele (etwa Eindämmung der Kostensteigerung) wurden im Wesentlichen unabhängig von der Reform erreicht.

Die Abrechnungsmodalitäten bei der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung (LKF) waren in den Bundesländern aufgrund der weitgehenden Gestaltungsfreiheit unterschiedlich. Die bisherigen Ergebnisse der LKF zeigten hohe Einsparungspotenziale beispielsweise in Bezug auf Krankenhausbetten im stationären Akutbereich. Mit der LKF ist ein erster Schritt zu weitreichenden Strukturveränderungen gesetzt worden.

Die Sicherung der Finanzierung der Fondskrankenanstalten war wesentlich von Bundesmitteln abhängig. Die Nettobelastung der Länder für die Sicherstellung der öffentlichen Krankenanstaltenpflege hat sich zwischen 1994 und 1998 nur geringfügig geändert.



4

**Rechtsgrundlagen:** Vereinbarung gemäß Art 15a B-VG über die Reform des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 1997 bis 2000 (Reformvereinbarung), BGBl I Nr 111/1997 idgF (Bundes-)Krankenanstaltengesetz–Novelle 1996, BGBl Nr 751/1996 idgF

**Aufgabe:** Gewährung von leistungsorientierten Zahlungen an die Fondskrankenanstalten\* für die Behandlung von Patienten

	1996	1997	1998
		in Mrd S	
Kosten der Fondskrankenanstalten	92	98	101
		Anzahl	
Fondskrankenanstalten	156	155	154
Systemisierte Betten	55 775	54 874	54 389
Tatsächlich aufgestellte Betten	53 921	53 282	52 299
Spitalspersonal	105 043	104 203	104 896

\* Krankenanstalten, die aufgrund der Reformvereinbarung finanziert werden.

#### Prüfungsablauf und –gegenstand

- 1 Der RH überprüfte von Februar bis November 1999 (mit Unterbrechungen) im Rahmen einer alle Bundesländer und das damalige BMAGS umfassenden Querschnittsüberprüfung die Umsetzung der Reform des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung. Zu den im Dezember 1999 den Landesregierungen, dem Wiener Stadtsenat sowie dem damaligen BMAGS (nunmehr BMSG) zugeleiteten Prüfungsmittelungen nahmen die überprüften Stellen zwischen Februar und Mai 2000 Stellung. Der RH erstattete zwischen April und Juni 2000 seine Gegenäußerungen.

#### Überblick, Begriffe

- 2 Nachstehend sind einige Begriffe, die im System der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung wesentlich sind, und auf die im vorliegenden Bericht Bezug genommen wird, überblicksartig erläutert.

#### Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung

Die leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung (LKF) beruht auf dem Grundgedanken, dass die Behandlung eines Patienten (zB mit einer bestimmten Diagnose) — unabhängig von der Größe, dem Versorgungsgrad und der Lage der jeweiligen Krankenanstalt — grundsätzlich denselben Ressourcenaufwand verursacht. Die Zuordnung eines stationär aufgenommenen Patienten zu einer leistungsorientierten Diagnosefall–Pauschale (LDF–Pauschale) ist das Kernstück der LKF. Im System der LKF werden die Finanzmittel nicht mehr nach Tagessätzen, sondern auf der Grundlage der LDF–Pauschalen verteilt.

#### Leistungsorientierte Diagnosefall–Pauschale

Jeder stationäre Aufenthalt eines Patienten ergibt eine LDF–Pauschale. Der LDF–Pauschale ist ein konkreter Punktwert zugeordnet, der als Grundlage für die Verrechnung dient. Auf dieser Grundlage erhält die jeweilige Krankenanstalt leistungsorientierte Zahlungen für die Behandlung von Patienten.

## Überblick, Begriffe

5

Katalog "LKF-Modell" Das "LKF-Modell" ist ein jährlich vom damaligen BMAGS herausgegebener Katalog, der die LDF-Pauschalen und die speziellen Bepunktungsregelungen für Sonderbereiche (zB Intensivbehandlungseinheiten) enthält.

Finanzierungsebenen

Kernbereich

Als Kernbereich der LKF wird jene Finanzierungsebene bezeichnet, die auf bundesweit einheitlichen Bepunktungsregelungen des stationären Krankenhausaufenthaltes auf Basis der LDF-Pauschalen einschließlich aller speziellen Bepunktungsregelungen (zB für Intensivbehandlungseinheiten) beruht.

Steuerungsbereich

Als Steuerungsbereich wird jene Finanzierungsebene bezeichnet, die auf länderspezifische Erfordernisse durch zusätzliche Berücksichtigung strukturspezifischer Kriterien, wie beispielsweise Personalausstattung, Krankenanstalten-Typ usw, Bedacht nimmt.

Internationale Klassifikation der Krankheiten

Die 9. Version der internationalen Klassifikation der Krankheiten (International Classification of Diseases, ICD-9) gemäß Weltgesundheitsorganisation ist in der vom damaligen BMAGS herausgegebenen modifizierten Katalogfassung die Grundlage für die Verschlüsselung der Diagnosen.

Medizinischer Einzelleistungs-Katalog

Der Medizinische Einzelleistungs-Katalog (MEL-Katalog) ist die Grundlage für die Verschlüsselung der medizinischen Einzelleistungen (zB operative Eingriffe). Diagnosen gemäß ICD-9 und medizinische Leistungen gemäß MEL-Katalog führen zu LDF-Pauschalen.

Fonds-krankenanstalten

Darunter sind Krankenanstalten zu verstehen, die aufgrund der Reformvereinbarung finanziert werden.

Strukturmittel

Gemäß der Reformvereinbarung konnten die Länder bestimmte Mittel ihrer Landesfonds bis zum Höchstausmaß von 5 % für die Finanzierung strukturverbessernder Maßnahmen (zB Abbau von Kapazitäten im Bereich der Akutversorgung) verwenden.

## Grundsätzliches

Entwicklung der LKF 3.1 In der KRAZAF-Vereinbarung (1985 bis 1987) kamen Bund und Länder überein, leistungsbezogene, an der allgemeinen Wirtschaftsentwicklung orientierte Finanzierungssysteme für die Krankenanstalten vorzubereiten und zu erproben. Die Krankenanstalten hatten seit Anfang 1989 die Diagnosen der stationären Patienten nach der von der Weltgesundheitsorganisation veröffentlichten ICD-9 (in der Fassung der Vereinigung Schweizerischer Krankenhäuser) zu erheben und dem damaligen BMGU zu



## Grundsätzliches

### 6

melden. Die probeweisen Finanzierungsrechnungen des Jahres 1990 führten zu problematischen Mittelverschiebungen zwischen den Krankenanstalten.

Zur Berücksichtigung strukturell bedingter Kosteneinflüsse wurde 1992 das Finanzierungsmodell der LKF in einen Kern- und einen Steuerungs-bereich getrennt. Die Verrechnung im Kernbereich sollte nach LDF-Pauschalen erfolgen, während der Steuerungs-bereich Elemente der unterschiedlichen strukturellen Gegebenheiten zwischen den Krankenanstalten mit einbeziehen sollte. Die 1993 und 1994 durchgeführten Parallelrechnungen nach dem Modell der LKF boten die Grundlage für die Reform des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung.

Der Bund und die Länder einigten sich am 29. März 1996 auf der Grundlage eines zwischen ihnen abzuschließenden Staatsvertrages (Vereinbarung gemäß Art 15a B-VG; im Folgenden: Reformvereinbarung) auf eine Reform des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung. Diese Reform sollte nach Ablauf der vormaligen KRAZAF-Vereinbarung für die Krankenanstaltenfinanzierung eine Neuregelung aufgrund des Systems der LKF bringen sowie entscheidende Impulse auf das gesamte Gesundheitswesen ausüben. Die Reformvereinbarung gilt vom 1. Jänner 1997 bis einschließlich 31. Dezember 2000.

- 3.2 Nach Ansicht des RH war die Einführung eines leistungsorientierten Abrechnungsmodells für die Krankenanstalten eine zweckmäßigere Grundlage zur Leistungserfassung und –abrechnung als die bis Ende 1996 gepflogene Abrechnung nach Pflorgetagen. Der RH empfahl, diesen ersten Schritt zu einer umfassenden Gesundheitsreform weiterzuführen und aufbauend auf den bisherigen Ergebnissen ein integratives Gesundheitssystem anzustreben.
- 3.3 *Laut Stellungnahme des damaligen BMAGS werde es Ziel einer neuen Vereinbarung zwischen dem Bund und den Ländern sein, das Gesundheitswesen zu einem integrativen Gesundheitssystem weiterzuentwickeln.*

*Die Kärntner Landesregierung stimmte den Empfehlungen des RH weitgehend zu und verwies auf ihren Forderungskatalog zur Weiterentwicklung der Krankenanstaltenfinanzierungs-Vereinbarung ab 2001.*

*Die Oberösterreichische und die Tiroler Landesregierung stimmten den Empfehlungen des RH zu.*

*Die Salzburger Landesregierung pflichtete den Empfehlungen des RH im Wesentlichen bei.*

*Die Vorarlberger Landesregierung stimmte den Empfehlungen des RH zu und befürwortete ein einheitliches Abgeltungssystem für alle ambulanten Leistungserbringer.*

*Laut Stellungnahme des Wiener Stadtsenates erarbeite das Land Wien derzeit einen "Integrativen Gesundheitsplan 2000 — Plan- und Interventionsprojekte".*

*Die Bundesländer Burgenland, Niederösterreich und Steiermark gaben hierzu keine Stellungnahmen ab.*



## Grundsätzliches

7

## Finanzierung

## Überblick

- 4 Der Bund hatte für die Laufzeit der Reformvereinbarung die bisherigen von ihm in den KRAZAF eingebrachten Mittel (rd 3,1 Mrd S jährlich) sowie zusätzlich jährlich 3 Mrd S zu leisten; hiedurch entstanden dem Bund für die Laufzeit der Reformvereinbarung gegenüber der letzten KRAZAF-Vereinbarung Mehrkosten von 12 Mrd S. Die Finanzierungsbeiträge der Sozialversicherungsträger waren gedeckelt und passten sich dem Beitragsaufkommen an; die vereinbarten Umsatzsteueranteile und die Finanzierungsbeiträge der Sozialversicherungsträger waren von Entwicklungen der Wirtschaft und des Arbeitsmarktes abhängig. Letztlich erfolgte dadurch ein Übergang der Finanzierungsverantwortung auf die Länder.

## Mittelaufbringung

- 5.1 Die Mittelaufbringung für die Krankenanstaltenfinanzierung aufgrund der KRAZAF- und der Reformvereinbarung stellte sich folgendermaßen dar:

	KRAZAF- Vereinbarung bis 1996	Reformvereinbarung 1997 bis 2000		
		1997	1998	1999 <sup>2)</sup>
Finanzierungsanteile in Mill S / in %				
Sozialversicherungsträger	36 078,5 / 82,0	36 503,4 / 79,1	37 467,1 / 79,2	38 800,0 / 78,3
Bund	4 169,5 / 9,5	6 118,4 / 13,3	6 184,9 / 13,1	6 629,3 / 13,4
Länder	1 936,6 / 4,4	1 868,7 / 4,0	1 913,4 / 4,1	2 211,2 / 4,5
Gemeinden	1 310,1 / 3,0	1 264,2 / 2,7	1 294,4 / 2,7	1 495,9 / 3,0
Sonstige Erträge <sup>1)</sup>	483,2 / 1,1	420,0 / 0,9	425,0 / 0,9	430,0 / 0,8
Summe	43 977,9 /100,0	46 174,7 /100,0	47 284,8 /100,0	49 566,4 /100,0

1) geschätzte Kostenbeiträge der Patienten und Mitversicherten, für 1996 einschließlich zusätzlicher Vermögenserträge des KRAZAF

2) vorläufige Zahlen

- 5.2 Nach Ansicht des RH waren die vom Bund zusätzlich bereitgestellten Mittel von 3 Mrd S Voraussetzung für das Zustandekommen der Reformvereinbarung über einen vierjährigen Finanzierungszeitraum.

- 5.3 *Das damalige BMAGS nahm dies zur Kenntnis.*

## Grundsätzliches

## 8

## Finanzvolumen der Länder

- 6.1 Aus den beiden nachstehenden Übersichten ist die Entwicklung der Nettoausgaben und der Nettobelastung der Länderhaushalte für die Sicherstellung der öffentlichen Krankenanstaltenpflege in einem Fünfjahresvergleich ersichtlich:

	Nettoausgaben <sup>1)</sup>				
	1994 <sup>3)</sup>	1995	1996	1997	1998
	Gesamthaushalt in Mill S		Nettoausgaben Index		
Burgenland	454 / 100	480 / 106	487 / 107	496 / 109	503 / 111
Kärnten	1 855 / 100	1 537 / 83	1 827 / 98	1 689 / 91	1 961 / 106
Niederösterreich	2 454 / 100	2 668 / 109	2 691 / 110	2 546 / 104	2 704 / 110
Oberösterreich	2 200 / 100	2 147 / 98	2 268 / 103	2 150 / 98	2 889 / 131
Salzburg	757 / 100	857 / 113	906 / 120	865 / 114	934 / 123
Steiermark	3 337 / 100	3 260 / 98	3 008 / 90	2 970 / 89	3 792 / 114
Tirol	741 / 100	1 017 / 137	1 350 / 182	1 312 / 177	1 364 / 184
Vorarlberg	456 / 100	467 / 102	483 / 106	587 / 129	569 / 125
Wien	11 416 / 100	10 288 / 90	10 413 / 91	10 302 / 90	12 213 / 107
Summe	23 670 / 100	22 721 / 96	23 433 / 99	22 917 / 97	26 929 / 114

	Nettobelastung <sup>2)</sup>				
	1994 <sup>3)</sup>	1995	1996	1997	1998
	Gesamthaushalt in Mill S		Nettobelastung in %		
Burgenland	8 618 / 5,3	9 140 / 5,3	9 693 / 5,0	9 379 / 5,3	9 859 / 5,1
Kärnten	22 274 / 8,3	23 487 / 6,5	25 043 / 7,3	26 706 / 6,3	27 881 / 7,0
Niederösterreich	45 893 / 5,3	48 513 / 5,5	54 814 / 4,9	51 198 / 5,0	52 813 / 5,1
Oberösterreich	48 300 / 4,6	50 930 / 4,2	51 144 / 4,4	57 538 / 3,7	55 933 / 5,2
Salzburg	17 781 / 4,3	18 977 / 4,5	19 680 / 4,6	20 774 / 4,2	23 367 / 4,0
Steiermark	39 796 / 8,4	43 720 / 7,5	46 152 / 6,5	45 244 / 6,6	49 800 / 7,6
Tirol	20 799 / 3,6	22 149 / 4,6	23 346 / 5,8	24 253 / 5,4	25 504 / 5,3
Vorarlberg	12 047 / 3,8	12 564 / 3,7	12 497 / 3,9	12 976 / 4,5	13 189 / 4,3
Wien	133 124 / 8,6	146 449 / 7,0	135 172 / 7,7	130 004 / 7,9	135 852 / 9,0
Summe	348 632 / 6,8	375 929 / 6,0	377 541 / 6,2	378 072 / 6,1	394 198 / 6,8

1) Saldo aus der Gegenüberstellung der ansatz- und postenrelevanten Ausgaben des ordentlichen und außerordentlichen Haushalts mit den Einnahmen.

2) Anteil der Nettoausgaben am Gesamthaushalt.

3) Die Zahlen des Jahres 1994 können aufgrund der (nunmehr) endgültigen Rechnungsabschlüsse von den in den Länder-TB des RH über das Verwaltungsjahr 1994 enthaltenen Zahlen abweichen.

## Grundsätzliches

9

6.2 Insgesamt veränderten sich die Nettobelastungen der Länder im Vergleich zu den Jahren vor Einführung der LKF nur geringfügig. Der RH führte dies auf die sinkenden Kostensteigerungsraten der Fondskrankenanstalten zurück. Bundesländerweise Schwankungen der Nettobelastungen waren im Wesentlichen durch das unterschiedliche Investitionsverhalten der Länder sowie durch die Belastung infolge der Umstellung auf die unechte Mehrwertsteuerbefreiung bedingt.

6.3 *Laut Stellungnahme des damaligen BMAGS könnten aperiodisch wirksam werdende Investitionsausgaben die Vergleichbarkeit der Nettobelastung zwischen den Länderhaushalten beeinträchtigen.*

*Die Oberösterreichische Landesregierung verwies auf die Periodenreinheit der Nettobelastung der Landeshaushalte.*

*Die Salzburger Landesregierung verwies auf die unterschiedliche Haushaltsgestaltung der Länder.*

*Laut Stellungnahme der Vorarlberger Landesregierung führten unterschiedlich hohe Investitionstätigkeiten sowie erfolgswirksame Verbuchungen für Folgejahre zu einem Ansteigen der Nettobelastungen des Landeshaushalts.*

*Die Bundesländer Burgenland, Kärnten, Niederösterreich, Steiermark, Tirol und Wien gaben hierzu keine Stellungnahmen ab.*

6.4 Der RH entgegnete, eine Abgrenzung zwischen Ausgaben für den laufenden Betrieb und für Investitionen wäre wegen der unterschiedlichen Haushaltsgestaltung der Länder mit einem unverhältnismäßig hohen Aufwand verbunden gewesen. Aus dem Fünfjahresvergleich ging jedoch deutlich hervor, dass die Nettoausgaben und die Nettobelastungen der Länderhaushalte zwischen 1994 und 1997 meist nur geringfügig variierten; zwischen 1990 und 1994 waren demgegenüber insgesamt beträchtliche Steigerungen in den Nettoausgaben zu verzeichnen gewesen (Länder-TB des RH über das Verwaltungsjahr 1994; Hauptprobleme der öffentlichen Finanzkontrolle; Planung und Finanzierung der Krankenanstalten).

## Reform der Krankenanstaltenfinanzierung

## Ziele

7.1 Ein wesentliches Ziel der Reform der Krankenanstaltenfinanzierung war die Einführung eines bundesweit einheitlichen leistungsorientierten Vergütungssystems unter Berücksichtigung des Krankenanstalten-Typs (unterschiedliche Versorgungsleistung). Teilziele waren

(1) die langfristige Eindämmung der überproportionalen Kostensteigerungen

– durch kürzere Verweildauer der Patienten und

– durch vermehrte Leistungserbringung im ambulanten und im — außerhalb der Krankenanstalten gelegenen — extramuralen Bereich sowie im rehabilitativen Nachsorgebereich,



## Reform der Krankenanstaltenfinanzierung

10

- (2) die Reduktion entbehrlicher Mehrfachleistungen,
- (3) höhere Kosten- und Leistungstransparenz für das Krankenhaus-Management,
- (4) Entscheidungen auf fundierten Datengrundlagen,
- (5) die Aufrechterhaltung der Qualität der medizinischen Versorgung und
- (6) die Sicherstellung der Behandlung nach modernen Methoden.

Zu den Zielerreichungsgraden war Folgendes festzustellen:

- (1) Die leistungsorientierte Abgeltung war zwischen den Bundesländern nicht vergleichbar, weil die Krankenanstalten-Finanzierungsfonds der Länder (Landesfonds) uneinheitlich dotiert und die darauf beruhenden Punktebewertungen unterschiedlich waren.
- (2) Der im Vergleich zu 1990 bis 1994 im Zeitraum 1994 bis 1998 geringere Kostenanstieg der Fondskrankenanstalten von jährlich durchschnittlich 4,4 % war im Wesentlichen auf geringere Personalkostenzuwächse (jahresdurchschnittlich 3,1 %) und auf die geringe Inflationsrate (je nach Index von 0 % bis 2,4 %) zurückzuführen.
- (3) Der Rückgang der durchschnittlichen Verweildauer von 7,3 Tagen (1994) auf 6,6 Tage (1998) beruhte vor allem auf der steigenden Anzahl von 0- bzw 1-Tages-Patienten. Im gleichen Zeitraum ging die Anzahl der systemisierten und der tatsächlich aufgestellten Krankenhausbetten von 57 193 (1994) bzw 55 270 (1994) Betten auf 54 389 (1998) bzw 52 299 (1998) Betten zurück. Die Auslastung der tatsächlichen Betten sank im bundesweiten Durchschnitt von 77,8 % (1994) auf 77,7 % (1998) geringfügig.
- (4) Die Anzahl der ambulanten Fälle stieg bundesweit von 1994 (4,56 Mill) bis 1997 (4,82 Mill) um 5,7 % an. Im Jahr 1998 betrug die Anzahl der ambulanten Fälle 5,07 Mill (Steigerung rd 5,2 % gegenüber 1997). Im Bereich der niedergelassenen Ärzte stieg die Anzahl der abgerechneten Krankenscheine von 1997 auf 1998 um rd 4 % an. Weiters nahm die Anzahl der von den Sozialversicherungsträgern vergebenen Kassenverträge zwischen 1996 und 1997 um 200 (+ 1,9 %) und von 1997 auf 1998 um 170 Kassenverträge (+ 1,6 %) zu.
- (5) Eine allfällige Reduktion von Mehrfachleistungen war — nicht zuletzt wegen der noch ausstehenden diesbezüglichen Dokumentation — weder beim damaligen BMAGS noch bei den Landesfonds festzustellen.
- (6) Entscheidungen auf fundierten Datengrundlagen waren wegen des unterschiedlichen Dokumentationsverhaltens der mit der Codierung von Behandlungsfällen befassten Mitarbeiter der Fondskrankenanstalten und wegen der steigenden Anzahl der Wiederaufnahmen nur eingeschränkt möglich.

(7) Verschiebungen beim medizinischen Personal (weniger Pflegehelfer und Betriebspersonal, mehr Ärzte und diplomiertes Pflegepersonal) beugten qualitativen Einbußen bei der medizinischen Versorgung vor.

- 7.2 Der RH hat die Vorbereitungsarbeiten zur LKF im Rahmen einer Gebärungsüberprüfung des KRAZAF bereits im Jahr 1993 überprüft und hierüber dem Nationalrat (WB Reihe Bund 1995/6 S. 3 ff) berichtet.

Der RH gelangte nunmehr zu der Beurteilung, dass die in die Struktur- und Finanzierungsreform des Gesundheitswesens gesteckten Erwartungen nur teilweise erfüllt wurden. Einzelne Ziele (etwa Eindämmung der Kostensteigerung) wurden im Wesentlichen unabhängig von der Reform erreicht; hohe Einsparungspotenziale waren beispielsweise in Bezug auf Krankenhausbetten im stationären Akutbereich gegeben.

Der RH wies darauf hin, dass die Teilziele nicht in die Reformvereinbarung aufgenommen worden waren, und empfahl, Zielsetzungen weiterer Reformschritte in künftigen Vereinbarungen zu verankern.

- 7.3 *Laut Stellungnahme des damaligen BMAGS werde es um eine Verankerung der Zielsetzungen zu einzelnen Reformschritten in den künftigen Vereinbarungen mit den Ländern bemüht sein.*

*Laut Stellungnahme der Kärntner Landesregierung sei gemäß Forderungskatalog die Bruchlinie zwischen der Finanzierung des niedergelassenen Bereiches und des Krankenhausbereiches zu überwinden. Die Diagnosedokumentation wäre zu einem zeitgemäßen System auszubauen.*

*Laut Stellungnahme der Oberösterreichischen Landesregierung seien im Zuge der Verhandlungen zwischen Bund und Ländern über die Fortführung der Krankenanstaltenfinanzierung die Reformziele in die künftige Vereinbarung aufzunehmen.*

*Laut Stellungnahme der Salzburger Landesregierung sei die Finanzierungsumstellung auf das System der LKF ohne unüberbrückbare finanzielle Einbrüche bei den Fondskrankenanstalten erfolgt.*

*Laut Stellungnahme der Vorarlberger Landesregierung habe die LKF die Voraussetzungen für kostendämmende Umstrukturierungen in den Spitälern geschaffen.*

*Laut Stellungnahme des Wiener Stadtsenates hätten aufgrund der gedeckelten Finanzierungsbeiträge einige Erwartungen an das System der LKF nicht erfüllt werden können.*

*Die Bundesländer Burgenland, Niederösterreich, Steiermark und Tirol gaben hierzu keine Stellungnahmen ab.*



## Reform der Krankenanstaltenfinanzierung

### 12

#### Abrechnung

- 8.1 Die Reformvereinbarung legte grundsätzlich fest, dass den Trägern von Fondskrankenanstalten leistungsorientierte Zahlungen für die Behandlung von sozialversicherten Patienten zu gewähren sind. Die diesbezüglichen Mittel, bestehend aus Umsatzsteueranteilen und Fixbeträgen des Bundes, aus Umsatzsteueranteilen der Länder und Gemeinden sowie einem zu valorisierenden Pauschalbetrag der Sozialversicherungsträger, betragen 1997 rd 46,2 Mrd S und 1998 rd 47,3 Mrd S. Die Aufbringung der zusätzlich erforderlichen Mittel zur Betriebsabgangsdeckung der Fondskrankenanstalten wurde in der Reformvereinbarung nicht geregelt.

Die Reformvereinbarung sah die Abgeltung der Leistungen über einen Kernbereich und einen Steuerungsbereich vor; der Verteilungsschlüssel zwischen Kern- und Steuerungsbereich war nicht festgelegt. Ebenso wenig wurde bestimmt, zu welchem Prozentsatz die Verteilung der Geldmittel an die Fondskrankenanstalten über das System der LKF zu erfolgen hätte.

Die Landesfonds waren mit einer weit reichenden Gestaltungsfreiheit ausgestattet. Dementsprechend unterschiedlich waren auch die Abrechnungsmodalitäten der neun Landesfonds.

- 8.2 Nach Ansicht des RH zeigten die Abrechnungsmodalitäten der Landesfonds, dass die Anstrengungen zur Entwicklung eines leistungsbezogenen Abrechnungsmodells bisher nicht erfolgreich waren. Dadurch trat das ursprüngliche Grundprinzip einer bundesweit vergleichbaren LKF in den Hintergrund.

Diesbezügliche Befürchtungen hat der RH bereits anlässlich seiner früheren Gebarungüberprüfung des KRAZAF (WB Reihe Bund 1995/6 S. 10 Abs 11.2) zum Ausdruck gebracht.

Nach Auffassung des RH brachte die LKF — nach Ansätzen zur Kostentransparenz durch die Einführung der Kostenrechnungsverordnung (ab 1978) — eine Transparenz der erbrachten Leistungen der Fondskrankenanstalten.

Der RH empfahl, im Zuge einer allfälligen Verlängerung der Reformvereinbarung sowohl das Finanzvolumen der Landesfonds als auch die Mittelverteilung gemäß Kern- und Steuerungsbereich bundesweit einheitlich festzulegen. Nach Ansicht des RH wäre es zweckmäßig, die Mittel aller Landesfonds überwiegend im Kernbereich zu verwenden. Zur besseren Vergleichbarkeit der Fondskrankenanstalten untereinander wären im Steuerungsbereich nur mehr finanzielle Ergänzungen bzw Beiträge des jeweiligen Landes zur Deckung des Betriebsabganges von Fondskrankenanstalten anzusetzen.

- 8.3 *Das damalige BMAGS stimmte den Empfehlungen des RH zu.*

*Laut Stellungnahme der Salzburger Landesregierung sei eine einheitliche Festlegung des Finanzvolumens und der Mittelverteilung aufgrund der unterschiedlichen Finanzierungsstrukturen und der gewachsenen Kostenverteilung in den einzelnen Bundesländern nicht realistisch.*



*Laut Stellungnahme der Steiermärkischen Landesregierung seien die unterschiedlichen Versorgungsstrukturen und –pflichten der einzelnen Fondskrankenanstellen bei der Finanzierung zu beachten.*

*Laut Stellungnahme der Tiroler Landesregierung werde ein hoher Mittelanteil (83,3 %) leistungsbezogen über den Kernbereich verrechnet.*

*Laut Stellungnahme der Vorarlberger Landesregierung könne einer bundesweit einheitlichen Festsetzung der Mittelverteilung nicht zugestimmt werden.*

*Laut Stellungnahme des Wiener Stadtsenates hindere eine bundesweit einheitliche Festlegung des Finanzvolumens und der Mittelverteilung die Landesfonds, regionale Gegebenheiten zu berücksichtigen.*

*Die Bundesländer Burgenland, Kärnten, Niederösterreich und Oberösterreich gaben hierzu keine Stellungnahmen ab.*

- 8.4 Der RH erachtete einheitliche Abrechnungsmodalitäten als Voraussetzung für die Informationsgewinnung zur notwendigen Strukturbereinigung im Krankenanstellenwesen.

Diagnose– und Leistungs-  
dokumentation

- 9.1 Die Durchführung der LKF erforderte systembedingt eine umfassende Diagnose– und Leistungsdokumentation.
- 9.2 Nach Ansicht des RH lag darin der besondere Wert der LKF. Er erblickte in der Beschreibung des spezifischen Diagnose– und Leistungsspektrums erstmals die Möglichkeit, zwischen den verschiedenen Fondskrankenanstellen einen detaillierten Vergleich anzustellen. Der RH empfahl, die Informationen aus dem zentralen Dokumentationswesen des Bundes zur Grundlage einer umfassenden, den extramuralen Bereich (einschließlich des rehabilitativen Nachsorgebereichs) integrierenden Gesundheitsplanung unter Berücksichtigung von Maßnahmen zur Qualitätssicherung weiterzuentwickeln.
- 9.3 *Laut Stellungnahme des damaligen BMAGS entsprächen die Empfehlungen des RH seinen Intentionen.*

*Laut Stellungnahme der Kärntner Landesregierung sei ein zeitgemäßes Diagnose-dokumentationswesen dringend geboten. Dem Aspekt der Qualitätssicherung solle bei der Weiterentwicklung des Gesundheitswesens auf allen Versorgungsebenen besondere Aufmerksamkeit gewidmet werden.*

*Laut Stellungnahme des Wiener Stadtsenates bestehe gegen die Weiterentwicklung der Dokumentationsinformationen zu einer umfassenden, integrierenden Gesundheitsplanung — unter Einbeziehung von Maßnahmen zur Qualitätssicherung — kein Einwand.*

*Die übrigen Bundesländer gaben hierzu keine Stellungnahmen ab.*

**14**

Schluss-  
bemerkungen

10 Zusammenfassend beurteilte der RH die Einführung des leistungsorientierten Abrechnungsmodells als einen ersten Schritt zu einer umfassenden Reform des Gesundheitswesens und empfahl dem Bund und den Ländern

(1) die Weiterentwicklung der begonnenen Reformen zu einem integrativen Gesundheitssystem,

(2) die Zielsetzungen weiterer Reformschritte in künftigen Vereinbarungen zu verankern,

(3) die Abrechnungsmodalitäten der Länderfonds zu vereinheitlichen sowie

(4) die Diagnose- und Leistungsdokumentation weiterzuentwickeln.

**BESONDERER TEIL****Strukturfonds**

## Kurzfassung

Für die Weiterentwicklung des österreichischen Krankenanstaltenplanes fehlte eine klare Regelung zur Herstellung des Einvernehmens zwischen dem Bund und den Ländern.

Der Verwaltungsaufwand für die Geschäftsführung des Strukturfonds war vom damaligen BMAGS nicht zu quantifizieren.

Für die Organisation, Abwicklung und Durchsetzung von Ansprüchen aus dem Sanktionsmechanismus fehlten — ungeachtet seiner Zweckmäßigkeit — klare Regelungen.

Der Österreichische Krankenanstalten- und Großgeräteplan und die Landeskrankenanstaltenpläne standen mit den ökonomischen und medizinischen Möglichkeiten, die das — zu vereinfachende — System der LKF bot, in einem Zielkonflikt. Die zur Weiterentwicklung des Gesundheitssystems von der Strukturkommission beschlossenen Planungsleistungen umfassten nur den Krankenanstaltenbereich.

Für eine bundesweit ausgewogene Versorgungsstruktur fehlte eine Leistungsangebotsplanung.

Die Ausarbeitungen zu einem Ambulanz(leistungs)plan enthielten keine Aussagen über die Bereitstellung von Facharztleistungen im niedergelassenen Bereich.

Der Datenaustausch für Dokumentations- und Planungszwecke, die kostenmäßige Bewertung der Behandlungen sowie die Verrechnung der Behandlungen ausländischer Gastpatienten waren verbesserungsfähig. Die Kurzaufnahme von Patienten war mit unzumutbaren finanziellen Anreizen verbunden.

Die Aufgaben der Strukturkommission im Bereich der Qualitätssicherung waren nicht konkretisiert. Es fehlte die Verknüpfung der Datenqualitätskontrolle mit der medizinischen Qualitätskontrolle.

Der KRAZAF war noch nicht abgerechnet; seine Auflösung war ausständig.



16

<b>Rechtsgrundlage:</b>	§§ 59 ff der (Bundes-)Krankenanstaltengesetz-Novelle 1996, BGBl Nr 751/1996			
<b>Aufgaben:</b>	Weiterentwicklung des Gesundheitssystems; Weiterentwicklung des Systems der LKF; Qualitätssicherung; Handhabung des Sanktionsmechanismus; Entscheidung über den Mehrbedarf an Mitteln für das Transplantationswesen.			
<b>Organ:</b>	Strukturkommission			
<b>Geschäftsführung:</b>	damaliges BMAGS (nunmehr BMSG)			
<b>Mittelausstattung:</b>	1997	1998	1999	2000
		in Mrd S		
	1,75	1,75	1,75	1,75

- Prüfungsablauf und -gegenstand**
- 1 Der RH überprüfte von Februar bis April 1999 (mit Unterbrechung) im Rahmen einer alle Bundesländer umfassenden Querschnittsüberprüfung hinsichtlich der Reform des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung den beim damaligen BMAGS eingerichteten Strukturfonds. Zu den im November 1999 zugeleiteten Prüfungsmitteilungen nahm das damalige BMAGS im Februar 2000 Stellung. Der RH hat seine an das damalige BMAGS gerichteten Prüfungsmitteilungen über den Strukturfonds — soweit sie bundesländerrelevante Feststellungen betrafen — den jeweiligen Bundesländern zugeleitet und deren Stellungnahmen in den Besonderen Teil des vorliegenden Berichtes eingearbeitet. Der RH erstattete bis Juni 2000 seine Gegenäußerungen.
- Begriffe**
- 2 Diesbezüglich wird auf den Abschnitt "Überblick, Begriffe" im Allgemeinen Teil des vorliegenden Berichtes (S. 4 und 5) verwiesen.
- Einrichtung des Strukturfonds**
- 3 Zur Wahrnehmung der auf der Grundlage eines Staatsvertrages zwischen Bund und Ländern (Vereinbarung gemäß Art 15a B-VG; im Folgenden: Reformvereinbarung) festgelegten Aufgaben betreffend die Reform des Gesundheitswesens wurde im Rahmen einer Novelle zum Krankenanstaltengesetz ein Strukturfonds mit eigener Rechtspersönlichkeit beim damaligen BMAGS für die Laufzeit der Reformvereinbarung vom 1. Jänner 1997 bis einschließlich 31. Dezember 2000 eingerichtet. Der Strukturfonds wird in diesem Zeitraum mit jährlich 1,75 Mrd S aus Bundesmitteln dotiert.
- Strukturkommission**
- 4.1 Das gemäß Reformvereinbarung eingerichtete Organ des Strukturfonds war die Strukturkommission. In der Strukturkommission bestand eine Bundesmehrheit, wobei die Beschlüsse mit einfacher Stimmenmehrheit gefasst wurden. Für bestimmte Bereiche war zwischen Bund und Ländern das Einvernehmen herzustellen, um im Wesentlichen die Beobachtung der Entwicklung und die Betreibung der Integration und Kooperation der verschiedenen Gesundheitsbereiche sowie die Forcierung struktureller Veränderungen im Gesundheitswesen wahrzunehmen.

## Einrichtung des Strukturfonds

## Strukturfonds

17

Die Aufbauorganisation der Strukturkommission (25 Mitglieder) war ähnlich jener des KRAZAF (20 Mitglieder). Im Unterschied zu den vormaligen KRAZAF-Aufgaben hatte die Strukturkommission grundsätzliche Planungen von strukturverändernden Maßnahmen für das Krankenanstalten- und Gesundheitswesen sowie die Wartung des Systems der LKF und dessen Weiterentwicklung wahrzunehmen. Insgesamt oblag der Strukturkommission ein gegenüber dem KRAZAF geringeres Aufgabenvolumen.

- 4.2 Grundsätzlich hielt der RH die Bundesmehrheit in der Strukturkommission im Hinblick auf die generellen Zielsetzungen im Gesundheitswesen für zweckmäßig. Er vermisste jedoch klare Regelungen insbesondere für die Herstellung des Einvernehmens zwischen Bund und Ländern. Ferner wies der RH darauf hin, dass die Schaffung eines Strukturfonds mit eigener Rechtspersönlichkeit in der Reformvereinbarung nicht vorgesehen war. Er erachtete es für entbehrlich, eine KRAZAF-ähnliche Struktur beizubehalten, weil die meisten Aufgaben des KRAZAF an die Länder übergegangen waren.
- 4.3 *Laut Stellungnahme des damaligen BMAGS sei der Strukturfonds mit eigener Rechtspersönlichkeit wegen der besseren Finanzmittelverwaltung geschaffen worden; dessen Verankerung in einer allfälligen neuen Reformvereinbarung sei beabsichtigt.*

## Geschäftsführung

- 5.1 Die Führung der Geschäfte der Strukturkommission oblag zur Zeit der Gebarungüberprüfung dem damaligen BMAGS. Eine Quantifizierung des hierfür anfallenden Verwaltungsaufwandes war dem damaligen BMAGS nicht möglich. Demgegenüber konnten die zur Wahrnehmung von Aufgaben aufgrund der Reformvereinbarung von jedem Bundesland einzurichtenden Landesfonds ihren Verwaltungsaufwand genau angeben.
- 5.2 Der RH bemängelte, dass das damalige BMAGS den ihm durch die Einführung des Systems der LKF entstandenen Verwaltungsaufwand nicht zu quantifizieren vermochte.
- 5.3 *Laut Stellungnahme des damaligen BMAGS sei wegen des ungeeigneten Kostenrechnungssystems eine Trennung des Verwaltungsaufwandes nach Geschäftsführung für den Strukturfonds einerseits und Bundesverwaltung andererseits nicht möglich.*

## Sanktions- mechanismus

- 6.1 In der Reformvereinbarung waren Sanktionen gegenüber den Ländern
- bei Verstößen gegen den zwischen Bund und Ländern festgelegten Krankenanstaltenplan,
  - bei nicht ordnungsgemäßer Dokumentation sowie
  - widmungswidriger Verwendung von Strukturmitteln

vorgesehen. Sanktionsmittel war die Einbehaltung des entsprechenden Länderanteils aus dem Finanzierungsbeitrag des Bundes für den Strukturfonds (1,75 Mrd S), bis das Land Maßnahmen zur Herstellung des plankonformen Zustandes eingeleitet hat. Bisher gab es nur einen Anlassfall (Landeskrankenhaus Rankweil) für den Einsatz des Sanktionsmechanismus.



## Sanktionsmechanismus

18

- 6.2 Nach Ansicht des RH war der Sanktionsmechanismus zweckmäßig, um dem Bund steuernde und koordinierende Eingriffe zu ermöglichen. Diese Möglichkeit wurde allerdings mit dem ständigen Anpassen der Krankenanstaltenpläne und wegen des weiten Interpretationsspielraumes hinsichtlich der Verwendung von Strukturmitteln relativiert. Der RH empfahl, klare Regelungen über die Organisation, die Abwicklung und die Durchsetzung von Ansprüchen im Sanktionsmechanismus zu schaffen.
- 6.3 *Laut Stellungnahme des damaligen BMAGS veranlasse bereits die Möglichkeit, finanzielle Sanktionen setzen zu können, die Länder, bei ihrer Gesundheits- und Krankenanstaltenplanung bedarfsgerechter vorzugeben. Es werde bemüht sein, Verbesserungen bei der Umsetzung des Sanktionsmechanismus im Zuge einer allfälligen neuen Reformvereinbarung herbeizuführen.*

*Laut Stellungnahme der Tiroler Landesregierung wäre die Festlegung von Verfahrensregeln für die Durchführung des Sanktionsmechanismus zweckmäßig.*

## Strukturverbesserungen

- 7.1 Gemäß der Reformvereinbarung konnten die Länder bestimmte Mittel ihrer Landesfonds bis zum Höchstausmaß von 5 % für die Finanzierung strukturverbessernder Maßnahmen (zB Abbau von Kapazitäten in Bereichen der Akutversorgung) verwenden; hievon machten die Länder unterschiedlich Gebrauch; kein Land schöpfte den zulässigen Strukturmittelanteil voll aus. Zudem wurden die Strukturmittel nicht nur für den Aufbau neuer, innovativer Gesundheitseinrichtungen verwendet, sondern dienten auch als Betriebsmittel; es wurden Projekte finanziert, die aus dem Sozialbudget der Länder zu finanzieren gewesen wären. Das damalige BMAGS überprüfte die widmungsgemäße Verwendung der Mittel für die Finanzierung strukturverbessernder Maßnahmen an Ort und Stelle nicht.

- 7.2 Nach Ansicht des RH hatte der Einsatz von Strukturmitteln noch keine nennenswerten Auswirkungen auf die Entlastung des Akutbettenbereiches.

Weiters verkürzte die Bereitstellung von Strukturmitteln — ohne Möglichkeit der Einflussnahme durch die Träger der Krankenanstalten — die möglichen Einnahmen der Krankenanstalten. Der RH war deshalb der Auffassung, dass nach Ablauf der Reformvereinbarung eine weitere Widmung von Finanzmitteln für Strukturreformen zu überdenken und deren Verwendung den Ländern zu überlassen wäre.

- 7.3 *Laut Stellungnahme des damaligen BMAGS beabsichtige es, bei einer neuen Reformvereinbarung die Zielsetzungen für die Finanzierung strukturverbessernder Maßnahmen zu prüfen.*

*Laut Stellungnahmen der Burgenländischen, der Kärntner und der Salzburger Landesregierung sei die Verwendung von Strukturmitteln hinsichtlich der Förderungswürdigkeit von Projekten stetig zu hinterfragen und durch Schwerpunktsetzungen neu zu ordnen.*

*Laut Stellungnahme der Niederösterreichischen Landesregierung habe die Finanzierung von strukturverbessernden Maßnahmen wesentlich zur Entlastung der stationären Krankenversorgung beigetragen.*



## Strukturfonds

19

*Laut Stellungnahme der Oberösterreichischen Landesregierung seien klare Regelungen für die Strukturmittelverwendung festzulegen.*

*Laut Stellungnahme der Vorarlberger Landesregierung habe sie die Grundsätze für die Verwendung von Strukturmitteln berücksichtigt.*

### Weiterentwicklung des Gesundheits- systems

- 8.1 In der Reformvereinbarung war die Erstellung eines österreichweiten Gesundheitsplanes vorgesehen. Dieser Gesundheitsplan sollte aus
- einem Österreichischen Krankenanstaltenplan einschließlich eines Großgeräteplanes,
  - einem Spitalsambulanzplan,
  - einem Niederlassungsplan für Kassenvertragsärzte,
  - einem Pflegebereichsplan und
  - einem Rehabilitationsplan bestehen.

Der Österreichische Krankenanstaltenplan einschließlich eines Großgeräteplanes war bis 1. Jänner 1997 zwischen den Vertragspartnern einvernehmlich festzulegen. Die anderen Teilpläne waren so bald wie möglich festzulegen.

Die von der Strukturkommission beschlossenen und vom damaligen BMAGS beauftragten Planungsleistungen umfassten nur den Krankenhausbereich.

- 8.2 Der RH bemängelte, dass die Strukturkommission ihre zentrale Aufgabe, im Rahmen der Weiterentwicklung des österreichischen Gesundheitswesens auch die Integration und Kooperation der verschiedenen Gesundheitsbereiche voranzutreiben und die strukturellen Veränderungen im Gesundheitswesen zu forcieren, nur unzureichend wahrgenommen hatte.

Er wies ferner darauf hin, dass die kompetenzrechtliche Aufsplitterungen zwischen den Planungsleistungen für den Krankenhausbereich (Bund), dem Niederlassungsplan für Kassenvertragsärzte und dem Rehabilitationsplan (Sozialversicherungsträger) sowie dem Pflegebereichsplan (Länder) zu einem schwer bewältigbaren Koordinationsaufwand führten. Weiters ließ die bisherige Gesundheitsplanung die Finanzierungsfrage außer Acht.

- 8.3 *Laut Stellungnahme des damaligen BMAGS seien für weiterführende Planungsziele zunächst Grundlagen auszuarbeiten.*

## 20

## Gesundheitsplanung

Krankenanstaltenplan 9.1 Gemäß der Reformvereinbarung sollen leistungsorientierte Zahlungen an die Krankenanstalten auf der Grundlage des verbindlichen, einvernehmlich festgelegten Österreichischen Krankenanstalten- und Großgeräteplanes geleistet werden. Die Länder waren verpflichtet, Landeskrankenanstaltenpläne zu erstellen, die sich an dem Rahmen des Österreichischen Krankenanstalten- und Großgeräteplanes orientierten. Alle Bundesländer — mit Ausnahme von Vorarlberg und Wien — (das Burgenland hatte seinen vor 1997 bestehenden Landeskrankenanstaltenplan teilweise angepasst) haben bis Juni 2000 Landeskrankenanstaltenpläne auf der Grundlage der Reformvereinbarung erlassen.

9.2 Nach Ansicht des RH standen der Österreichische Krankenanstalten- und Großgeräteplan und die Landeskrankenanstaltenpläne mit den ökonomischen und medizinischen Möglichkeiten, die die Finanzierung nach dem System der LKF bot, in einem Zielkonflikt, weil

(1) der Österreichische Krankenanstalten- und Großgeräteplan nur auf die Aufteilung nach medizinischen Fachabteilungen unter Berücksichtigung einer Gesamtbettenanzahl je Krankenanstalt abzielte, aber eine ausreichende Darstellung der Rahmenbedingungen für eine Leistungserbringung noch nicht gegeben war,

(2) Kooperationsverträge über Krankenanstaltenverbände zur strukturierten medizinischen Versorgung der Bevölkerung eine flexiblere Aufteilung der medizinischen Fächer auf die einzelnen Krankenanstalten voraussetzten sowie

(3) die Länder bei zu geringem Patientenaufkommen die Patientenversorgung durch andere Organisationsformen im Krankenanstaltenbereich wahrnahmen (zB durch Konsiliarärzte, Tageskliniken, interdisziplinäre Bettenbelegung usw).

9.3 *Laut Stellungnahme des damaligen BMAGS bestehe kein Zielkonflikt; der Österreichische Krankenanstalten- und Großgeräteplan habe bisher Kooperationsverträge über Krankenanstaltenverbände nicht behindert. Die Möglichkeit anderer Organisationsformen sei denkbar, sofern die Qualität der Leistungserbringung gewährleistet ist.*

*Laut Stellungnahme der Burgenländischen Landesregierung werde nach Abschluss der Vorarbeiten für den Österreichischen Krankenanstaltenplan ein Leistungsplan 2001 für die burgenländischen Krankenanstalten erstellt, der Grundlage für einen Bettenplan sein soll.*

*Laut Stellungnahmen der Kärntner und der Vorarlberger Landesregierung werde ein weiterer Bettenabbau angestrebt.*

*Laut Stellungnahme der Niederösterreichischen Landesregierung seien für die Einräumung einer Planungskompetenz der Länderfonds im niedergelassenen Bereich die entsprechenden bundesgesetzlichen Vorschriften abzuändern.*



*Laut Stellungnahme der Salzburger Landesregierung könne eine weitere Reduzierung der Gesamtbettenhöchstzahl je Krankenanstalt zu größeren internen Leistungsverchiebungen führen.*

*Laut Stellungnahme der Steiermärkischen Landesregierung würden organisatorische Maßnahmen gesetzt, um die Planbetten zu reduzieren.*

*Laut Stellungnahme der Vorarlberger Landesregierung wäre das Belegbettensystem bei der Revision des Österreichischen Krankenanstaltenplanes neu zu überdenken.*

- 9.4 Der RH entgegnete, dass die Anwendung des Systems der LKF zu dynamischen Veränderungsprozessen in der stationären Krankenversorgung führte; statisch orientierte Planungsvorgaben wie der Österreichische Krankenanstalten- und Gesundheitsplan wären für eine bedarfsgerechte Leistungsanpassung hinderlich.
- Leistungsangebotsplan 10.1 Zu den Aufgaben der Strukturkommission zählte — im Wege der Weiterentwicklung des Österreichischen Krankenanstalten- und Großgeräteplanes — die Festlegung eines Leistungsangebotsplanes. Projektziel war die Erarbeitung von Grundlagen für die Planung fachspezifischer Leistungen in den Fondskrankenanstalten. Auf Basis dieser Ergebnisse sollte die Leistungsangebotsplanung in den Österreichischen Krankenanstalten- und Großgeräteplan integriert werden.
- 10.2 Nach Ansicht des RH wäre die künftige Krankenanstalten-Planung im Zusammenwirken mit der LKF geeignet, eine bundesweit ausgewogene Versorgungsstruktur zu erzielen. Dabei wäre die Leistungserbringung unter Einbeziehung aller Leistungsbereiche (ambulant, tagesklinisch, stationär) — unabhängig von der jeweiligen Krankenanstalten-Organisation — abgestuft sicherzustellen.
- 10.3 *Laut Stellungnahme des damaligen BMAGS seien die Grundlagen für die Leistungsangebotsplanung fertiggestellt.*
- Ambulanz(leistungs)plan 11.1 Die Strukturkommission hatte einen Ambulanz(leistungs)plan unter Berücksichtigung des niedergelassenen Bereiches im Einvernehmen mit den Ländern festzulegen. Der systematische Aufbau der Ambulanz-Dokumentation glich jenem der Dokumentation im stationären Bereich. Das Ziel war es, bis Ende 1999 einen umfassenden österreichweiten Spitalsambulanzplan nach Standorten, Fächerstrukturen und notwendiger (zB apparativer oder personeller) Ausstattung zu erstellen. Dieser Plan war bis zum Frühjahr 2000 noch nicht fertiggestellt.
- 11.2 Nach Ansicht des RH war die Strukturkommission ihrer gesetzlichen Aufgabe zur Erstellung eines Ambulanz(leistungs)planes nur bedingt nachgekommen, weil in den bisher vorliegenden Planungsergebnissen Aussagen über die Bereitstellung von Facharztleistungen im niedergelassenen Bereich fehlten. Dies wäre aber zweckmäßig, weil in Österreich die ambulante Versorgung unkoordiniert zwischen Spitalsambulanz und niedergelassenem Bereich ablief (Steigerungen von 1997 auf 1998: + 5,2 % Fälle in den Spitalsambulanzen; + 4 % abgerechnete Krankenscheine im niedergelassenen Bereich).



## Gesundheitsplanung

22

Der RH bezweifelte im Hinblick auf den Anteil der Ambulanzkosten an den Gesamtkosten der Fondskrankenanstalten — im langjährigen Durchschnitt von rd 12 % — die Zweckmäßigkeit eines auf den Spitalsbereich beschränkten Ambulanz(leistungs)planes. Er empfahl, den künftigen Katalog für die Ambulanzabrechnung unter Sicherstellung der notwendigen medizinischen Dokumentation so einfach wie möglich zu gestalten.

- 11.3 *Laut Stellungnahme des damaligen BMAGS sei für die Beurteilung und künftige Verrechnung des spitalsambulanten Bereiches zunächst Grundlagenarbeit zu leisten. Im Rahmen seiner Kompetenzen werde es um die Erstellung zweckmäßiger Grundlagen für die Berücksichtigung des niedergelassenen Bereiches bemüht sein. Der Ambulanzleistungskatalog werde bereits vereinfacht.*

*Laut Stellungnahme der Burgenländischen Landesregierung seien die Integration von Ambulanzplan und Leistungsangebotsplan sowie eine stärkere Einbindung der Länder beim Niederlassungsplan notwendig.*

*Laut Stellungnahme der Niederösterreichischen Landesregierung sei die Schnittstelle zwischen stationärem und ambulatem Bereich zu verbessern.*

*Laut Stellungnahme der Oberösterreichischen Landesregierung sei möglichst rasch ein mit der Finanzierung des niedergelassenen Bereiches abgestimmtes leistungsorientiertes Finanzierungssystem für den ambulanten Bereich einzuführen.*

*Laut Stellungnahme der Salzburger Landesregierung würde die Umstellung der Abgeltung für ambulante Leistungen auf Einzelleistungsvergütungen die Inanspruchnahme der Krankenhausbambulanzen intensivieren.*

*Laut Stellungnahme der Tiroler Landesregierung habe der Spitalsambulanzplan auf dem Leistungsangebotsplan aufzubauen.*

*Laut Stellungnahme des Wiener Stadtsenates wären die mit der Dokumentation im ambulanten Bereich verbundenen Mehraufwendungen beim derzeit geringen Kostendeckungsgrad äußerst kritisch zu beurteilen.*

## Datenaustausch

- 12.1 Laut der Reformvereinbarung waren die Fondskrankenanstalten verpflichtet, den Sozialversicherungsträgern alle erforderlichen Daten, die zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben der Sozialversicherung notwendig sind, auf elektronischem Weg zu übermitteln.
- 12.2 Der RH wies darauf hin, dass noch nicht von allen Fondskrankenanstalten die Datenübertragung vereinbarungsgemäß auf Datenträgern vorgenommen wurde. Der Hauptverband der Sozialversicherungsträger verfügte über keine Daten, die Patientenströme über die mehrfache Inanspruchnahme von Leistungen unterschiedlicher medizinischer Versorgungseinrichtungen hätten erkennen lassen.
- 12.3 *Laut Mitteilung des Hauptverbandes der Sozialversicherungsträger werde ein Informationssystem entwickelt, das auf höherer Ebene Analysen ermöglichen soll.*

### Weiterentwicklung der leistungsorien- tierten Vergütungen

- 13.1 Die Strukturkommission passte das System der LKF (durch Änderung der Bepunktung je Diagnosefall–Pauschale im Kernbereich) regelmäßig aufgrund der in der Zwischenzeit gewonnenen Erfahrungen an. Ergänzende Änderungen des LKF–Modells (zB Bepunktung des Intensivbereiches oder psychiatrischer Leistungen) wurden in Arbeitskreisen abgestimmt und in das jeweils zu Jahresbeginn gültige, fortgeschriebene LKF–Modell aufgenommen.

Für die Wartung und Systemerweiterung des LKF–Modells sowie für das Projekt Gesundheitsdokumentation wurden im Jahr 1997 rd 5,7 Mill S und 1998 rd 8,2 Mill S ausgegeben. Für 1999 beschloss die Strukturkommission einen Ausgabenrahmen von rd 10 Mill S.

Die Strukturkommission war bemüht, die Weiterentwicklung des LKF–Modells zu verfeinern und der medizinischen Entwicklung anzupassen. Das Abrechnungssystem kann wegen der Grenzen des Dokumentationsystems nicht alle Behandlungsfälle in Form von Diagnosefall–Pauschalen erfassen.

- 13.2 Nach Ansicht des RH wäre eine Vereinfachung des Systems der LKF zweckmäßig. Angesichts der von ökonomischen Erfordernissen (Höhe der Leistungsabgeltung) beeinflussten Aufnahmemöglichkeiten von Patienten — ambulant, tagesklinisch oder stationär — empfahl der RH, die Vergütung der medizinischen Behandlungen fallpauschaliert — unabhängig von der Verweildauer des Patienten — zu bemessen.
- 13.3 *Laut Stellungnahme des damaligen BMAGS werde eine generelle Fallpauschalierung unabhängig von jeglicher Verweildauer geprüft. Ein Verzicht auf eine Untergrenze der Verweildauer sei nur bei Sicherstellung der Qualität der Leistungserbringung zu vertreten.*

*Die Kärntner und die Oberösterreichische Landesregierung befürworteten eine einfachere bzw vergleichbarere Gestaltung des LKF–Modells.*

### Verrechnung ausländischer Gastpatienten

- 14.1 Die Reformvereinbarung regelte die Zuständigkeit zur Erbringung von Leistungen an ausländischen sozialversicherten Gastpatienten sowie die Abrechnung der hierfür anfallenden Kosten neu (Entfall der Vorfinanzierung durch die Sozialversicherungsträger gegenüber den Fondskrankenanstalten). Die Höhe der Kostenersätze für die Behandlung, die der jeweilige Landesfonds an die Fondskrankenanstalten zu leisten hatte, war von seiner Mittelausstattung sowie von der Gestaltung seiner Beziehung zu den Fondskrankenanstalten abhängig. So wurden zB in den Bundesländern Kärnten und Oberösterreich die Behandlungskosten nicht in voller Höhe über den jeweiligen Landesfonds abgerechnet; dadurch begaben sich diese Bundesländer der Möglichkeit, die vollen Kosten gegenüber den zuständigen ausländischen Krankenversicherungen geltend zu machen und die Einnahmen der Fondskrankenanstalten zu verbessern (mögliche Mehreinnahmen von etwa 48 Mill S je Jahr).
- 14.2 Der RH beanstandete den vermeidbaren Einnahmenverzicht und empfahl, bei der anstehenden Fortschreibung der Krankenanstaltenfinanzierung einnahmenorientierte Fondslösungen hinsichtlich ausländischer Gastpatienten zu erwägen sowie die Verrechnung der Leistungen für ausländische Gastpatienten in den Sanktionsmechanismus einzubinden.



24

- 14.3 *Laut Stellungnahme des damaligen BMAGS unterliege die Verrechnung der Leistungen für ausländische Gastpatienten nicht seiner Zuständigkeit bzw der des Strukturfonds.*

*Laut Stellungnahmen der Kärntner, der Oberösterreichischen und der Salzburger Landesregierungen würden die Landesfonds eine administrative Vereinfachung der Verrechnung von Behandlungen ausländischer Gastpatienten sowie die Wiedereinführung der Vorleistungspflicht der Sozialversicherungen fordern.*

*Laut Stellungnahme der Tiroler Landesregierung sei für die Tiroler Fondskrankenanstalten die Vorfinanzierung im zwischenstaatlichen Bereich ein enormes Finanzierungsproblem.*

#### Kurzaufnahmen

- 15.1 Als "0-Tages-Patienten" gelten Personen, die in die Krankenanstalt aufgenommen und am selben Tag wieder entlassen werden. "1-Tages-Patienten" werden erst an dem der Aufnahme folgenden Tag entlassen. Der RH ermittelte, dass die wahlweise Behandlung gleicher Krankheiten ambulant, tagesklinisch (0-Tages-Patienten) oder ein- bzw mehrtägig-stationär im Verhältnis von 1 : 1,6 : 2,3 abgegolten wurde. Die Entwicklung der Anzahl der 0- bzw 1-Tages-Patienten (Zunahme von 1995 auf 1998 um rd 46 %) zeigte, dass die Kurzaufnahmen die Behandlungsqualität nicht gefährdeten.
- 15.2 Im Hinblick auf den Reformbedarf (mehr ambulante bzw tagesklinische Versorgung) erachtete der RH das Verhältnis der Abgeltungen für zu un- ausgewogen, um Anreize zur Erreichung der Reformziele zu setzen.
- 15.3 *Das damalige BMAGS pflichtete dem RH bei, betonte aber die Bedeutung qualitativer Vorgaben, um eine Beeinträchtigung der Behandlungs- und Betreuungsqualität zu Lasten der Patienten auszuschließen.*

#### Qualitätssicherung

##### Medizinische Leistungen

- 16.1 Die Einführung der LKF erforderte, die bisherige Qualität medizinischer Leistungen sicherzustellen bzw zu verbessern. Die Qualitätssicherung oblag der Strukturkommission als eine ihrer wesentlichen Aufgaben.

Die Novelle 1993 des Krankenanstaltengesetzes sah mehrere Regelungen zur Organisation der Qualitätssicherung in den Spitälern vor. Die Länder waren zur Erlassung entsprechender Ausführungsgesetze verpflichtet. Auf Bundesebene wurde ua das Projekt "Modellkrankenhaus" unter Beteiligung von elf Krankenhäusern durchgeführt, um eine Verbesserung bzw Weiterentwicklung in den Bereichen Patientenorientierung, Gesundheitsgewinn, Mitarbeiterorientierung und Einsatz finanzieller Mittel zu erzielen. Weder in der Reformvereinbarung noch in den Richtlinien der Strukturkommission war festgelegt, welche weiterführenden Qualitätssicherungsmaßnahmen der Bund bzw die Länder zu setzen hätten.



## Strukturfonds

## Qualitätssicherung

25

- 16.2 Nach Ansicht des RH waren die bundesweiten Auswirkungen der LKF auf die Qualitätssicherung nicht zu beurteilen, weil darüber gesicherte Daten fehlten. Dem Strukturfonds stand daher eine wesentliche Entscheidungsgrundlage für den Zeitraum ab 2001 nicht zur Verfügung. Der RH bemängelte, dass die Qualitätssicherungsaufgaben der Strukturkommission nicht konkretisiert waren und einzelne Länder verzögert Ausführungsgesetze zur Qualitätssicherung erlassen hatten.

Der RH empfahl dem damaligen BMAGS, mit den Bundesländern eine Einigung über bundesweit verbindliche Qualitätsstandards herbeizuführen.

- 16.3 *Laut Stellungnahme des damaligen BMAGS werde die medizinische Qualitätssicherung auf Bundesebene durch Projekte, Auswertungen von Daten der LKF sowie durch die Umsetzung der Qualitätssicherungsmaßnahmen auf Krankenanstaltenebene wahrgenommen. Eine Konkretisierung der qualitätsbezogenen Kompetenzen zwischen Bund und Ländern könne nur im Rahmen einer neu zu verhandelnden Reformvereinbarung erfolgen.*

## Daten

- 17.1 Die LKF führte bei den medizinischen Einzelleistungen sowie bei den Haupt- und Zusatzdiagnosen zu einer verbesserten Qualität der Dokumentation. Im ersten Halbjahr 1998 war bei mehr als 1 Mill Datensätzen ein Anteil von 0,05 % fehlerhaft. Mit der Codierung der Behandlungsfälle waren sowohl die Abrechnung der Behandlungsleistungen als auch die medizinische Dokumentation verknüpft; hierbei wurden zuweilen unterschiedliche Zielsetzungen (zB Abrechnung: Optimierung von Abrechnungspunkten; medizinische Dokumentation: sachgerechte Bewertung von Behandlungsleistungen) verfolgt.

- 17.2 Nach Ansicht des RH kam der Datenqualitätskontrolle an Ort und Stelle durch die Landesfonds, insbesondere durch Einsichtnahme in die Krankengeschichten und OP-Berichte, wesentliche Bedeutung zu. Der RH empfahl, die Instrumente und die Ergebnisse der Datenqualitätskontrolle vermehrt auch für die medizinische Qualitätskontrolle zu verwenden. Die Weiterentwicklung beider Qualitätssicherungsbereiche sollte eine Verknüpfung beider Kontrollbereiche ermöglichen.

- 17.3 *Das damalige BMAGS nahm die Empfehlungen des RH zur Kenntnis.*

*Laut Stellungnahme der Burgenländischen Landesregierung seien Details der Qualitätssicherung in den jeweiligen Krankenanstaltsordnungen festgelegt.*

*Laut Stellungnahme der Kärntner Landesregierung würden fehlerhafte Datensätze nicht abgerechnet.*

*Laut Stellungnahme der Oberösterreichischen Landesregierung seien bundesweit einheitliche und verpflichtende Qualitätsstandards durch den Strukturfonds zur Sicherung der medizinischen Versorgungsqualität festzulegen. Zur Sicherung der Datenqualität sei die Möglichkeit zur Sanktionierung von Falschmeldungen gesetzlich geregelt worden.*

*Laut Stellungnahme der Vorarlberger Landesregierung erachte sie die Verbesserung der Qualitätssicherung sowohl im medizinischen Bereich als auch bei der Datensicherung für notwendig.*

*Laut Stellungnahme des Wiener Stadtsenates fänden regelmäßig vergleichende Prüfungen der Versorgungs- und Datenqualität mit anderen Krankenanstalten statt.*

**Weitere  
Feststellungen**

- 18 Weitere Feststellungen betrafen die Endabrechnung und Auflösung des KRAZAF sowie die Tätigkeit von Konsiliarärzten, die über den Zweck und das Leistungsangebot der jeweiligen Krankenanstalt hinausgingen.

**Schluss-  
bemerkungen**

- 19 Zusammenfassend gelangte der RH zur Beurteilung, dass der Strukturfonds seine Aufgaben nur teilweise erfüllte. Einige Aufgaben waren erst in Entwicklung begriffen; maßgebend dafür war das Fehlen klarer Regelungen zur Herstellung des Einvernehmens zwischen Bund und Ländern.

Der RH hob die folgenden Empfehlungen hervor:

(1) Für den Sanktionsmechanismus wären klare Organisationsregelungen zu schaffen.

(2) Der weitere Einsatz von Strukturmitteln wäre zu überdenken.

(3) Der österreichweite Gesundheitsplan wäre ehestmöglich fertigzustellen.

(4) Der Datenaustausch zwischen den Fondskrankenanstalten und dem Hauptverband der Sozialversicherungsträger wäre ehestmöglich zu vervollständigen.

(5) Die LKF sollte vereinfacht werden.

(6) Die Aufgaben des Strukturfonds zur Qualitätssicherung sollten präzisiert sowie bundesweit einheitliche, verpflichtende Qualitätsstandards festgelegt werden.

(7) Der KRAZAF wäre aufzulösen.

Wien, im Juli 2000

Der Präsident:

Dr Franz Fiedler



