

# Das spitalsambulante Abrechnungsmodell

Die Entlastung des stationären Bereichs steht seit vielen Jahren im Fokus der Vereinbarungen gemäß Art. 15a B-VG zu Gesundheitsreformen. Zuletzt hat die Studie der London School of Economics and Political Science (LSE Health) vom August 2017 auf die im internationalen Vergleich sehr hohe Krankenhaushäufigkeit hingewiesen: „Austria has the highest number of hospital admissions among countries examined.“<sup>1</sup>

Dabei bezieht sich die Kennzahl für Österreich nur auf stationäre Aufenthalte mit mindestens einer Nacht im Krankenhaus. Neben diesen vollstationären Aufenthalten hat aber Österreich noch zusätzlich viele stationäre Fälle mit Aufnahme und Entlassung am selben Tag. Die Zuordnung dieser Behandlungen zum stationären Bereich ist international unüblich, aber in Österreich historisch gewachsen und durch Bestimmungen im Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten (KAKuG) geregelt.

## Fehlanreize für stationäre Aufnahmen

In der Diskussion werden mögliche Fehlanreize für stationäre Aufnahmen angeführt, wie z.B.

- bessere Abrechnungsmöglichkeiten im stationären Bereich,
- Zusatzversicherungen nur für stationäre Aufenthalte abrechenbar,
- spitalsambulanter Bereich pauschaliert, keine zusätzlichen Einnahmen lukrierbar.
- Kennzahlen aus dem stationären Bereich sind Gegenstand von Budget- und Zielvereinbarungen und sollen erreicht werden.
- Abteilungsgröße ist Kriterium für Ausbildungsplätze und Leitungsfunktion.
- Räumliche Strukturen und medizinische Prozesse sind für stationäre Behandlungen optimiert.

Österreich hat eine sehr hohe Krankenhaushäufigkeit, die auch auf verschiedene Fehlanreize für eine stationäre Behandlung zurückgeführt wird. Das spitalsambulante Abrechnungsmodell soll dem entgegenwirken.

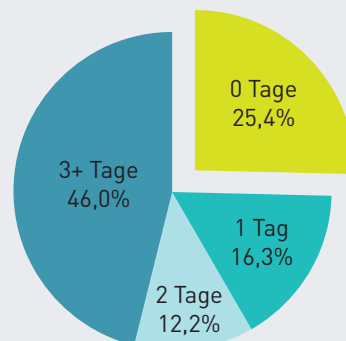
Gerhard Gretzl

Unter Berücksichtigung aller stationären Aufnahmen zeigt sich in Österreich folgende Verteilung der Aufenthalte nach Belagsdauer (s. Abb. 1). Rund jeder vierte stationär aufgenommene Patient wird am selben Tag bereits wieder entlassen. Diese sogenannten „Nulltagesaufenthalte“ (NTA) – streng genommen Nullnächtaufnahmen – können in

verschiedene Gruppen der Behandlung unterteilt werden (s. Abb. 2):

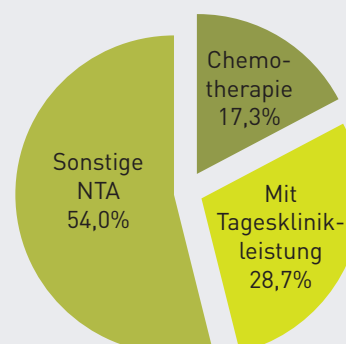
- Aufnahmen mit tagesklinisch abrechenbaren Leistungen, in Österreich stationär administriert, international üblicherweise ambulant. Ursprünglich zur Förderung von tagesklinischer Leistungserbringung (z.B. Katarakt) eingeführt.
- Onkologische Behandlung mit Chemotherapie, vor Einführung LKF meist ambulant. Wegen fehlender ambulanter Abrechnung wurde die stationäre Abrechnung im LKF ermöglicht.
- Sonstige Nulltagesaufenthalte: alle anderen NTA (exkl. Sterbefälle oder Transferierungen). Diese betreffen mehr als 50 Prozent aller NTA.

Abb. 1: Stationäre Aufnahmen nach Belagsdauer



Quelle: BMGF, Daten 2016, Fonds-KH

Abb. 2: Verteilung Nulltagesaufenthalte



Quelle: BMGF, Daten 2016, Fonds-KH, ohne Transferierungen, Sterbefälle

## Starke Unterschiede nach Bundesländern

Im Aufnahmeverhalten gibt es österreichweit aus verschiedenen Gründen sehr starke Unterschiede nach Bundesländern:

- In der Steiermark gibt es für die meisten Medikamente zur Chemotherapie eine Finanzierung durch die Krankenversicherung. Daher werden diese Behandlungen im Regelfall im ambulanten Bereich gemeldet.

- :: In Niederösterreich wurden von der Landeskliniken-Holding bereits vor Jahren Chemotherapien in den ambulanten Bereich verschoben.
- :: Einige Bundesländer (z.B. Kärnten, Tirol) haben zur Senkung der Krankenhaushäufigkeit Kriterien für die Aufnahme von NTA eingeführt.

Auf Basis der gegebenen Strukturen und moderner Möglichkeiten der medizinischen Behandlung ist die Verlagerung von medizinisch nicht indizierten stationären Aufnahmen in den ambulanten Bereich ein wesentliches Thema der Gesundheitsreformen der letzten Jahre. Dazu wurde für den spitalsambulanten Bereich ein Abgeltungsmodell implementiert; es wird im Rahmen des gesamten LKF-Modells gewartet und weiterentwickelt.

Eine erfolgreiche und nachhaltige Umsetzung wird nur dann möglich sein, wenn dadurch bestehende Fehlanreize beseitigt und Anreize zur ambulanten Leistungserbringung gesetzt werden. Eine Verlagerung von Leistungen in den ambulanten Bereich muss daher den Prinzipien folgen:

- :: Gleiches Geld für gleiche Leistung und
- :: Geld folgt Leistung (= Verschiebung von Finanzmitteln in den leistungserbringenden Bereich, hier intramural zwischen stationär und spitalsambulant)

Eine Voraussetzung dafür war die Entwicklung eines Bepunktungsmodells für den spitalsambulanten Bereich, das Übergänge von stationär zu spitalsambulant ermöglicht und vergleichbare Abrechnungsmöglichkeiten bietet.

### Vergleichbare Systematik zwischen LKF-ambulant und LKF-stationär

Im LKF-Modell für den spitalsambulanten Bereich wurden systematisch ähnliche Abrechnungsmethoden gewählt (s. Abb. 3). Das Modell<sup>2</sup> sieht folgende Abrechnungsmethoden vor: In **AMG-Pauschalen** (AMG = Ambulante MEL-Gruppen) werden ausgewählte Leistungen aus dem stationären Modell abgerechnet, z.B.:

- :: Chemotherapie, Strahlentherapie, halbstationäre Betreuung
- :: Leistungen mit Einzelabrechnung, z.B. Dialysen, Pheresen

Diese Leistungen werden pro erbrachter Anzahl einzeln abgerechnet. Zusätzlich sind – ähnlich der Tageskomponente im stationären Bereich – sogenannte Kontaktpauschalen angesetzt, die nicht einzeln bewertete Leistungen abdecken.

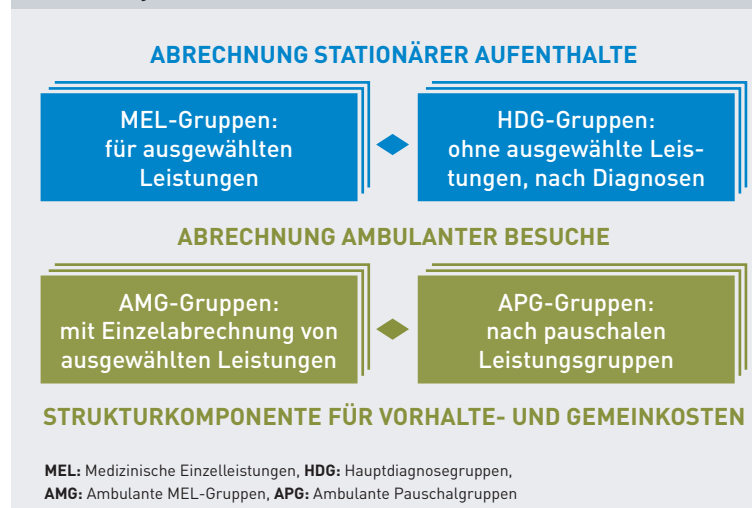
Ersatzweise sind auch stark pauschalierte Bepunktungen für tagesklinisch abrechenbare Leistungen enthalten, wenn diese spitalsambulant gemeldet werden. Tagesklinische Leistungen sind zwar weiterhin als stationär abrechenbar definiert, aber in Einzelfällen werden diese Leistungen auch ambulant dokumentiert. Ein wesentlicher Grund, warum dafür eine stationäre Abrechnung bestehen bleibt, liegt darin, dass zurzeit eine Abrechnung mit Privatversicherungen üblicherweise nur bei stationärer Aufnahme möglich ist. In Krankenhäusern, in denen der medizinische Prozess nach Leistungstypen optimiert ist, entspricht dieser bei geplanter Entlassung am selben Tag eher dem ambulanten als dem stationären Prozess. Hier führt eine ambulante Administration sogar zu einer Organisations- und

Verwaltungsvereinfachung und ermöglicht die Vermeidung von Doppelstrukturen.

Im ambulanten Modell werden Leistungen, die im stationären Modell pauschal in der Tageskomponente abgerechnet werden, in sogenannte **APG-Pauschalen** (APG = Ambulante Pauschalgruppen) zusammengefasst, z.B. für

- :: kleine Eingriffe und
- :: radiologische Untersuchungen.

Abb. 3: Systematik LKF stationär und ambulant



**InstrumentAir®**  
MOBILE STERILLUFTVERSORGUNG

**EINE SCHUTZZONE AUCH FÜR INSTRUMENTE!**

- garantierte Schutzhülle
- zusätzliche Keimreduktion
- kostenschonendes OP Upgrade
- autoklavierbarer Laminarisor
- einfachste Handhabung

**Cleanroom Technology Austria**  
IZ-NO-Süd, Strasse 10, Objekt 60  
A-2355 Wr. Neudorf  
Tel. +43 (0)2236 320053-0  
Fax +43 (0)2236 320053-11  
Email office@cta.at  
Web www.cta.at

*Ihr Spezialist für reine Luft*

Für alle dokumentierten Leistungen pro ambulantem Besuch können die Leistungspunkte der jeweils zugeordneten Pauschale einmal abgerechnet werden, unabhängig von der gemeldeten Anzahl der Einzelleistungen. Für die Kontaktpunkte werden die höchsten Kontaktpunkte aus allen getroffenen APG abgerechnet. Gruppierungen nach Diagnosen im ambulanten Bereich sind mangels vollständiger Diagnosencodierung noch nicht möglich.

### Strukturkomponente für Vorhalteleistungen

Die Leistungsbereitschaft in einem Krankenhaus ist mit Vorhaltekosten für Personal, Geräte und Raumbedarf verbunden. Eine Zurechnung dieser Gemeinkosten zu einzelnen Leistungen würde die Bewertung verzerren, da unterschiedliche Auslastungen und strukturelle Voraussetzungen in den Krankenhäusern gegeben sind. Im spitalsambulanten Bepunktungsmodell wurde daher auf die Umlage von Gemeinkosten verzichtet und dafür eine zusätzliche „Strukturkomponente“ in das Gesamtmodell aufgenommen. Die Abrechnungspunkte für ambulante Besuche und die Strukturkomponente sollen mit jeweils ca. 50 Prozent die Gesamtkosten des Ambulanzbetriebs in den Krankenhäusern erklären. Damit sind Möglichkeiten für den Ausgleich von unterschiedlichen strukturellen Voraussetzungen gegeben und Fehlanreize für eine Leistungsausweitung zur Erhöhung der Deckungsbeiträge reduziert.

### Zeitplan der Umsetzung

Das Bepunktungsmodell für den spitalsambulanten Bereich wurde am 1. Juli 2016 durch die Bundesgesundheitskommission beschlossen. In einer bis Ende 2018 anberaumten zweijährigen Einführungsphase ist auf Landesebene pro Jahr festzulegen, ob die NTA der onkologischen Pharmakotherapie (Chemotherapie – MEL22) und Aufenthalte im halbstationären Bereich weiterhin über das LKF-Modell für den stationären Bereich oder bereits über das spitalsambulante Bepunktungsmodell abgerechnet werden. Alle anderen NTA im stationären Bereich, mit Ausnahme von Sterbefällen und Transferierungen, sollen Ausnahmen darstellen und werden nur mehr mit reduzierten Punkten nach dem LKF-Modell für den stationären Bereich abgerechnet.<sup>3</sup>

### To-Dos zur Vorbereitung der Einführung

Die wesentliche Voraussetzung für eine effektive Anwendung und Weiterentwicklung des Modells sind vollständige und korrekte Dokumentation und Datenmeldungen der Leistungen seitens der Krankenhäuser. Hier hat das Bundesministerium für Gesundheit und Frauen mit EDV-Tools, Leistungsdefinitio-

nen und Plausibilitätsprüfungen entsprechende Grundlagen bereitgestellt. Eine große Herausforderung besteht in jenen Krankenhäusern, die originär nicht nach dem bundeseinheitlichen Leistungskatalog dokumentieren, sondern nach eigenen Katalogen, die sich sehr häufig in Definitionen und Zählweise unterscheiden. Auch dazu hat das Ministerium Unterstützung zur Qualitätssicherung des Mappings angeboten, die vielfach genutzt wurde.

Auf Ebene der Landesgesundheitsfonds sollten Simulationsrechnungen des Verlagerungspotenzials durchgeführt werden, um die Auswirkungen auf die Verteilung der finanziellen Mittel für den stationären und spitalsambulanten Bereich bewerten und neu zuordnen zu können. Mögliche Veränderungen in der Verteilung der Ambulanzmittel auf die einzelnen Krankenhäuser sind zu plausibilisieren, da insbesondere bei historischen Verteilungsschlüsseln die quantitativen und strukturellen Veränderungen der letzten 20 Jahre nicht abgebildet sind und durch das aktuelle Modell Änderungen der Anteile einzelner Krankenhäuser zu erwarten sind.

Im BMGF werden die Datenmeldungen zunächst nach formalen und inhaltlichen Kriterien geprüft und als Basis für die Evaluierung des Modells und seiner Weiterentwicklung verwendet. Damit schließt sich wieder der Kreis zur Qualität der Datenmeldung.

### Fazit

Durch die Gestaltung des Modells soll eine Verlagerung von Leistungen in den spitalsambulanten Bereich ohne finanzielle Schlechterstellung möglich sein. Das kann dadurch erreicht werden, dass eine gleiche Abrechnung erfolgt, aber auch durch mögliche Reduktionen teurer stationärer Strukturen. Das Bundesland Kärnten hat das neue Bepunktungsmodell für den stationären Bereich bereits mit dem Jahr 2017 vollständig umgesetzt. Durch einen konstruktiven und lösungsorientierten Ansatz aller Beteiligten in der Einführungsphase konnten viele Erfahrungen gewonnen werden, die in engem Kontakt mit dem BMGF ausgetauscht wurden und in die Weiterentwicklung des Modells einfließen. ☘

#### Literatur:

- <sup>1</sup> London School of Economics and Political Science (LSE Health) (2017): Efficiency Review of Austria's Social Insurance and Healthcare System. Zugang: <https://broschuerenservice.sozialministerium.at>. Zugriff: 15.9.2017.
- <sup>2</sup> BMGF, Bepunktungsmodell für den spitalsambulanten Bereich, LKF-ambulant, MODELL 2017. Zugang: [https://www.bmgf.gv.at/home/Gesundheit/Krankenanstannten/LKF-Modell\\_2017/Modell\\_spitalsambulant\\_2017](https://www.bmgf.gv.at/home/Gesundheit/Krankenanstannten/LKF-Modell_2017/Modell_spitalsambulant_2017). Zugriff: 1.9.2017.
- <sup>3</sup> BMGF, Leistungsorientierte Krankenanstanntenfinanzierung, Systembeschreibung. Zugang: [https://www.bmgf.gv.at/home/Gesundheit/Krankenanstannten/LKF-Modell\\_2017/Aenderungen\\_und\\_Systembeschreibung](https://www.bmgf.gv.at/home/Gesundheit/Krankenanstannten/LKF-Modell_2017/Aenderungen_und_Systembeschreibung). Zugriff: 1.9.2017.

### Veranstaltungstipp



LKF-Modell 2018: Dokumentation und Abrechnung im spitalsambulanten Bereich Seminar, 7. November 2017, Wien  
[www.businesscircle.at](http://www.businesscircle.at)



Mag. Gerhard Gretzl,  
Projektkoordinator im Auftrag des  
BMGF für die Weiterentwicklung der  
LKF-Modelle  
SOLVE Consulting  
Managementberatung GmbH, Wien