

Bericht des Rechnungshofes

Finanzierung und Kosten von Leistungen in Spitalsambulanzen und Ordinationen

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis _____	215
Abbildungsverzeichnis _____	217
Abkürzungsverzeichnis _____	218
Glossar _____	220

BMG**Wirkungsbereich des Bundesministeriums für
Gesundheit****Finanzierung und Kosten von Leistungen in Spitalsambulanzen
und Ordinationen**

KURZFASSUNG _____	227
Prüfungsablauf und -gegenstand _____	235
Allgemeines zur Finanzierung von Spitalsambulanzen _____	236
Finanzierung spitalsambulanter Leistungen in Vorarlberg, Oberösterreich und Niederösterreich _____	238
Dokumentation ambulanter Leistungen in Vorarlberg, Oberösterreich und Niederösterreich _____	244
Integrierte Planung ambulanter Leistungen _____	247
Kosten- und Leistungsentwicklung von Spitalsambulanzen _____	248
Versorgungspflicht der Spitalsambulanzen _____	252
Durchschnittliche Einnahmen je Spitalspatient _____	254
Stationäre Aufnahmen für an sich spitalsambulante Unter- suchungen _____	255
Entlastungspotenzial für den stationären Bereich _____	256

Präoperative Abklärung der Patienten außerhalb der Krankenanstalt _____	257
Öffnungszeiten der Spitalsambulanzen und Ordinationen _____	259
Leistungszusammenhang zwischen hohem Ambulanz- angebot und hoher Facharztdichte _____	263
Grund- und OP-Leistungen in den Spitalsambulanzen _____	265
Zuweisungspraxis zu Spitalsambulanzen _____	266
Allgemeines zur Finanzierung und Leistung des nieder- gelassenen Bereichs _____	268
Honorarordnungen der sozialen Krankenversicherungsträger _____	270
Vertragsärztedichte _____	272
Ärztekostenstatistik _____	273
Unterschiedliche Tarifgestaltung anhand verschiedener Beispiele ____	275
Wechselwirkung zwischen intra- und extramuralem Bereich _____	284
Grundsätzliches zur Methodik des Leistungs- und Kostenvergleichs ambulanter Leistungen _____	288
Schlussbemerkungen/Schlussempfehlungen _____	295
ANHANG Anhänge 1 bis 6 _____	299

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Kennzahlen Spitalsambulanzen Vorarlberg_____	239
Tabelle 2:	Kennzahlen Spitalsambulanzen Oberösterreich _____	241
Tabelle 3:	Kennzahlen Spitalsambulanzen Niederösterreich _____	242
Tabelle 4:	Entwicklung der stationären und spitalsambulanten Kosten in Vorarlberg, Oberösterreich und Niederösterreich_____	248
Tabelle 5:	Leistungs- und Kostenentwicklung in den drei Krankenanstalten_____	250
Tabelle 6:	Anzahl der Fälle und abgerechnete Beträge bei den Gebietskrankenkassen im niedergelassenen Bereich _	251
Tabelle 7:	Durchschnittliche Einnahmen je stationären Aufenthalt, 1-Tages- bzw. 0-Tages-Patient und ambulanter Frequenz_____	254
Tabelle 8:	Anzahl der 1-Tages- bzw. 0-Tages-Patienten und der ambulanten Frequenzen im Jahr 2008 _____	256
Tabelle 9:	Anteil der extramuralen Diagnosen an den OP-Zahlen _____	258
Tabelle 10:	Ambulante Frequenzen außerhalb der Regelbetriebszeit an Wochentagen _____	260
Tabelle 11:	Ambulante Frequenzen außerhalb der Regelbetriebszeit an Samstagen und Sonntagen _____	261
Tabelle 12:	Anzahl der niedergelassenen Fachärzte/Vertrags- fachärzte je 100.000 Einwohner_____	261
Tabelle 13:	Zuweisungsart und -frequenz in Spitals- ambulanzen _____	266
Tabelle 14:	Vertragsärztedichte je 100.000 Anspruchs- berechtigte _____	272

Tabelle 15:	Durchschnittlich abgerechnete Jahresbeträge je Vertragsarzt _____	273
Tabelle 16:	Durchschnittlich abgerechnete Fälle je Vertragsarzt _	274
Tabelle 17:	Durchschnittliche Ausgaben je Fall _____	274
Tabelle 18:	Tarife für Gastroskopie _____	283
Tabelle 19:	Vergleich der Ambulanzkosten mit den Durchschnittspreisen/Tarifen der Sozialversicherungsträger _____	286

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Zuständigkeiten und Versorgungsbereiche _____	237
Abbildung 2: Inanspruchnahme fachärztlicher und ambulanter Leistungen nach Wohnbezirken _____	264
Abbildung 3: Ärztliche Hilfe je Anspruchsberechtigten _____	268
Abbildung 4: Ausgaben für Vertragsärzتهonorare je Anspruchsberechtigten (als altersstandardisierte Kopfquote) _____	272
Abbildung 5: Verteilung diagnostische und Vorsorge- untersuchungen – Mammographie _____	276
Abbildung 6: Verteilung diagnostische und Vorsorge- untersuchungen – Coloskopie _____	277
Abbildung 7: Ausgaben für CT-Leistungen je Anspruchs- berechtigten _____	280
Abbildung 8: Ausgaben für MRT-Leistungen je Anspruchs- berechtigten _____	281

Abkürzungsverzeichnis

Abs.	Absatz
Art.	Artikel
ASVG	Allgemeines Sozialversicherungsgesetz
BGBL.	Bundesgesetzblatt
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
bspw.	beispielsweise
BVA	Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter
B-VG	Bundes-Verfassungsgesetz
bzw.	beziehungsweise
ca.	circa
etc.	et cetera
EUR	Euro
f.	folgend(e)
GmbH	Gesellschaft mit beschränkter Haftung
i.d.(g.)F.	in der (geltenden) Fassung
inkl.	inklusive
Mill.	Million(en)
Mrd.	Milliarde(n)
Nr.	Nummer
OGH	Oberster Gerichtshof
OP	Operation(en)
rd.	rund
RH	Rechnungshof
S.	Seite(n)
TZ	Textzahl(en)

u.a.	unter anderem
vgl.	vergleiche
VwGH	Verwaltungsgerichtshof
z.B.	zum Beispiel

Weitere Abkürzungen sind bei der erstmaligen Erwähnung im Text angeführt.

Glossar

Im Folgenden werden im Berichtsbeitrag und im Anhang verwendete Begriffe erläutert.

ambulanter Fall

erstmaliger Kontakt eines Patienten in einer Spitalsambulanz pro Jahr

ambulante Frequenz

jeder Kontakt eines ambulanten Falls mit einer Ambulanz

Coloskopie

Untersuchung des Dickdarmtrakts mittels Sonde

Cornea

Hornhaut

CT

computergesteuertes radiologisches Schnittbild–Untersuchungsverfahren

Duodenum

Zwölffingerdarm

EKG

Elektrokardiogramm: elektrisches Gerät zur Bestimmung der Herzrätigkeit

EMG- und ENG-Untersuchung

Elektromyographie: zur Messung der elektrischen Muskelaktivität;

Elektroneurographie: zur Messung der Funktion des peripheren Nervs

Endkosten

primäre Kosten einer Hauptkostenstelle abzüglich der Kostenminderungen

Endoskopie (Zystoskopie)

Untersuchung von Organen und Körperteilen mittels Sonde

Enzyme

wichtige Proteine für den Stoffwechsel

Excochleation

Gewebsentfernung mit einem scharfen Löffel

Exstirpation oder Excision

operatives Entfernen von Organen oder Gewebeteilen

extramuraler Bereich

niedergelassener ambulanter Versorgungsbereich

Fall im sozialen Krankenversicherungsbereich

jeder Besuch eines Patienten pro Arzt im Abrechnungszeitraum (in der Regel das Monatsquartal); jeder Fall kann zu mehreren Kontakten und Leistungsverrechnungen führen.

fixe Kosten

jene Kosten, die für die Bereitstellung des jeweiligen Untersuchungs- oder Behandlungsplatzes entstehen und nicht von der Leistungsmenge abhängig sind, wie z.B. die Abschreibungen von Anlagen und Gebäuden

Frequenz im sozialen Krankenversicherungsbereich

jede Leistung, für die von den sozialen Krankenversicherungsträgern ein Honorar entrichtet wird; eine Laboruntersuchung mit zehn Blutparametern würde demnach zu zehn Frequenzen im sozialen Krankenversicherungsbereich führen.

Gastroskopie

Untersuchung des Speiseröhren-, Magen- und Zwölffingerdarmtrakts mittels Sonde

Gaster

Magen

Grenzkosten

für die jeweilige Behandlung notwendige variable Personalkostenanteile (z.B. Überstunden), Verbrauchsgüter sowie anteilige Geräteabschreibungen

Grundleistungshonorar

Honorare aus den Honorarordnungen der sozialen Krankenversicherungsträger für allgemeine Leistungen (bspw. Ordinationsgespräche oder Visiten)

intramuraler Bereich

Spitalsbereich (ambulant und stationär)

Karbunkel

eitrige Infektion

Kaustik

Gewebsentfernung mittels Elektrochirurgie

Kryochirurgie

Gewebsentfernung mittels Kälte

kurativ

auf Heilung abzielende Behandlung

Mammographie

radiologisches Untersuchungsverfahren der Brust

MRT

computergesteuertes magnetresonanstechnisches Schnittbild-Untersuchungsverfahren

Myelographie

Verfahren zur Darstellung des spinalen Hirnwasserraums (Subarachnoidalraums)

Ösophagus

Speiseröhre

Otomikroskopie

Untersuchung des Gehörgangs

Phlebographie

radiologisches Untersuchungsverfahren zur Beurteilung der Venen

Polypektomie

Geschwulstentfernung

Primärkosten

Kosten, die unmittelbar bei der leistungserbringenden Kostenstelle (Ambulanz) entstehen, wie bspw. Personalkosten für die Untersuchung/Behandlung oder Kosten für medizinische Ge- und Verbrauchsgüter

Sekundärkosten

Kosten (auch Gemeinkosten), die nicht unmittelbar bei der medizinischen Leistungserbringung entstehen, wie bspw. Kosten der zentralen medizinischen Versorgung und der Verwaltung; diese werden den Primärkosten nach einem Umlageschlüssel prozentuell zugeschlagen.

Sonderleistungshonorar

Honorare aus den Honorarordnungen der sozialen Krankenträger für eine bestimmte Leistung (bspw. Coloskopie oder EKG). Zu diesen Einzelleistungen wird in der Regel auch eine Grundleistung verrechnet.

Teilkosten

für die jeweilige Behandlung notwendige Personalkosten, Verbrauchsgüter und Geräteabschreibungen

Tränensekretionsmessung

Tränenflussmessung

1-Tages-Aufnahmen

Patienten, die an einem Tag aufgenommen und am folgenden Tag wieder entlassen werden; für die Verrechnung nach der Leistungsorientierten Krankenhausfinanzierung 1997 kann dafür neben einer allfälligen medizinischen Einzelleistung eine Tageskomponente verrechnet werden.

0-Tages-Aufnahmen

Patienten, die an ein und demselben Tag aufgenommen und wieder entlassen werden

Umlageschlüssel

Für die innerbetriebliche Leistungsverrechnung einer Krankenanstalt muss eine Zuordnung der Kosten von einer Hilfskostenstelle (z.B. Zentralsterilisation, Wäscherei) auf eine Hauptkostenstelle (z.B. interne Ambulanz, Radiologie) erfolgen. Dafür können gemäß Kostenrechnungsverordnung so genannte Umlageschlüssel, wie bspw. Anzahl der Sterilguteinheiten oder Kilogramm gereinigte Wäsche, verwendet werden.

variable Kosten

jene Kosten, die unmittelbar für die Erbringung einer medizinischen Leistung entstehen; dazu gehören z.B. die Personalkosten und die für eine Untersuchung benötigten Verbrauchsgüter. In Krankenanstalten wird ein Teil der Personalkosten oft als Fixkostenfaktor betrachtet, weil durch die Vorhalteleistungen ein bestimmter Personalstand unabhängig von der erbrachten Leistungsmenge bereitgestellt werden muss.

Vollkosten

für die jeweilige Behandlung notwendige Personalkosten, Verbrauchsgüter und Geräteabschreibungen einschließlich der für den Spitalsbetrieb notwendigen sonstigen Kosten (Sekundärkosten)

Wirkungsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit

Finanzierung und Kosten von Leistungen in Spitalsambulanzen und Ordinationen

Das Ziel der Gesundheitsreformen, Leistungen vom stationären in den ambulanten bzw. vom ambulanten in den niedergelassenen Bereich zu verlagern und damit die Kostensteigerung einzudämmen, wurde nicht erreicht.

Innerhalb von drei Jahren nahmen sowohl die stationären als auch die ambulanten Endkosten um 18,3 % bzw. 20,3 % zu. Auch die Ausgaben der Gebietskrankenkassen stiegen um 11,8 %. Ausschlaggebend war u.a., dass die bisherige Finanzierung der Krankenanstalten nach wie vor starke Anreize zur stationären Versorgung bot. Sowohl bei den Krankenanstalten als auch bei den sozialen Krankenversicherungsträgern gab es inhomogene Spitalsambulanzkosten- bzw. Tarifstrukturen.

KURZFASSUNG

Prüfungsziel

Ziel der Prüfung war es, die Kosten für ausgewählte medizinische Leistungen von Spitalsambulanzen in Vorarlberg, Oberösterreich und Niederösterreich mit den Tarifen und Durchschnittspreisen der Vorarlberger Gebietskrankenkasse (VGKK), der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse (OÖGKK), der Niederösterreichischen Gebietskrankenkasse (NÖGKK), der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter (BVA) und der Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft (SVA) zu vergleichen. (TZ 1)

Es ging darum, festzustellen, wo ausgewählte medizinische Leistungen kostengünstiger erbracht wurden. Damit sollten Aussagen zur Realisierung einer seit 2005 geplanten, bundesweit einheitlichen Dokumentation im ambulanten Bereich getroffen werden. Zudem wurden auch die zwischen den Bundesländern bestehenden Unterschiede bei der Abgeltung der Ambulanzleistungen in den Krankenanstalten und die komplexen Honorarordnungen der sozialen Krankenversicherungsträger beurteilt. (TZ 1)

Finanzierung von Spitalsambulanzen

Die Länder hatten größere budgetäre Möglichkeiten zur Setzung spitalsentlastender Maßnahmen als die sozialen Krankenversicherungsträger. Sie haben die Kompetenz, Leistungen vom stationären in den ambulanten Spitalsbereich und weiter in den Pflege- sowie Hauskrankenpflegebereich zu verlagern. (TZ 2)

Das Ziel des im Jahr 1997 neu eingeführten Finanzierungssystems, Leistungen vom stationären in den spitalsambulanten Bereich zu verlagern, wurde nicht erreicht. Im Zeitraum 2005 bis 2008 stiegen die stationären Endkosten zwischen 12,9 % (Landeskrankenhaus Feldkirch; LKH Feldkirch) und 26,6 % (Landeskrankenhaus St. Pölten; LK St. Pölten), die ambulanten Endkosten zwischen 19,9 % (KH Ried) und 70 % (LK St. Pölten). (TZ 6)

Im selben Zeitraum verzeichneten auch die Gebietskrankenkassen Ausgabensteigerungen für den niedergelassenen Bereich, und zwar zwischen 2,5 % (NÖGKK) und 16,4 % (OÖGKK). (TZ 6)

Die Beträge, die im Jahr 2008 an die Fondskrankenanstalten zur Finanzierung der Spitalsambulanzen ausbezahlt wurden, basierten immer noch auf dem Leistungsangebot von 1996. Neu hinzugekommene Leistungen blieben in diesem System unberücksichtigt. Das System war überwiegend nicht geeignet, eine leistungsgerechte, wie insbesondere an den Zielen des zweiten Abschnitts der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG orientierte Finanzierung von spitalsambulanten Leistungen zu erreichen. (TZ 3)

In Vorarlberg konnten mit den an die Spitalsambulanzen im Jahr 2008 ausbezahlten Fondsmitteln rd. 85 % der ambulanten Endkosten abgedeckt werden. Damit kam Vorarlberg dem Ziel einer möglichst kostendeckenden ambulanten Versorgung sehr nahe. Die Kostendeckung schwankte in den einzelnen Krankenanstalten zwischen rd. 77 % (LKH Feldkirch) und rd. 114 % (LKH Rankweil). (TZ 3)

In Oberösterreich gab es einen durchschnittlichen Kostendeckungsgrad von nur rd. 32 % und starken Schwankungsbreiten in den Kostendeckungsgraden der einzelnen Krankenanstalten. Die Deckungsbeiträge schwankten zwischen rd. 14 % (Landesnervenklinik Wagner-Jauregg) und rd. 60 % (KH der Elisabethinen Linz). Das KH Ried erzielte einen Kostendeckungsgrad von rd. 39 %. (TZ 3)

Finanzierung und Kosten von Leistungen in Spitalsambulanzen und Ordinationen

In Niederösterreich wurden die Spitalsambulanzen mit Mitteln aus fünf verschiedenen Töpfen finanziert. Daraus ergab sich landesweit ein Kostendeckungsgrad von rd. 44 % mit einer Bandbreite von rd. 8 % für das Landeskrankenhaus Mostviertel Amstetten–Mauer (Landesnervenklinik) bis rd. 66 % für das Landeskrankenhaus Mostviertel Amstetten (LK Amstetten). Das LK St. Pölten lag bei rd. 44 %. (TZ 3)

Somit kam nur die Finanzierung spitalsambulanter Leistungen in Vorarlberg dem Ziel einer möglichst kostendeckenden Versorgung sehr nahe, obwohl die Kostendeckungsgrade zwischen den einzelnen Fondskrankenanstalten nicht ausgeglichen waren. Das ober- und das niederösterreichische Modell zur Finanzierung spitalsambulanter Leistungen war nur bedingt geeignet, die Mittel effizient und leistungsgerecht zu verteilen. (TZ 3)

Dokumentation und integrierte Planung ambulanter Leistungen

Gegenwärtig fehlt eine bundesweit einheitliche Dokumentation ambulanter Leistungen im intra- und extramuralen Bereich sowie damit ein Überblick über die bisher nicht erfassten Ambulanzleistungen und somit die Vergleichbarkeit der Leistungen zwischen den beiden Bereichen. Bisher dokumentierten die Länder ihre spitalsambulantesten Leistungen wegen verschiedener Anreize unterschiedlich. In Oberösterreich wurde umfassend dokumentiert, weil die Ärzte einen Anteil an den Gebühren erhielten und damit ein finanzielles Interesse an einer möglichst umfassenden Dokumentation hatten. (TZ 4)

Das Ziel der Art. 15a-Vereinbarung über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens aus dem Jahr 2008, eine integrierte Planung ambulanter Leistungen flächendeckend durchzuführen, wurde nicht erreicht. Vorarlberg verfügte seit 2008 über einen Regionalen Strukturplan Gesundheit, Niederösterreich über keinen; in Oberösterreich umfasste der Plan lediglich die stationäre Akutversorgung. (TZ 5)

Auch das Ziel der Art. 15a-Vereinbarung aus dem Jahr 1997, die überproportionalen Kostensteigerungsraten im Krankenanstaltenbereich einzudämmen, konnte bis zum Jahr 2008 nicht erreicht werden. Im Zeitraum 2005 bis 2008 kam es sowohl im niedergelassenen Bereich als auch bei den stationären und insbesondere bei den ambulanten Leistungen zu deutlichen Steigerungen. Die Ausgaben im niedergelassenen Bereich stiegen österreichweit bei den Vertragsärzten gemäß § 2 ASVG um 11,8 %, die stationären Endkosten um 18,3 % und die ambulanten Endkosten um 20,3 %. (TZ 6)

Im Bundesländervergleich war die Steigerung im niedergelassenen Bereich im Zeitraum 2005 bis 2008 in Niederösterreich mit 2,5 % am geringsten, während dort die stationären Endkosten mit 28,9 % und die ambulanten Endkosten mit 41,5 % am deutlichsten anstiegen. (TZ 6)

Kosten- und Leistungsentwicklung von Spitalsambulanzen

Die Rechtsträger von Krankenanstalten sind verpflichtet, ambulante Leistungen in einem bestimmten Ausmaß vorzuhalten, wodurch Kosten entstehen. (TZ 7)

Es bestanden nach wie vor große finanzielle Anreize für Krankenanstalten, Patienten eher stationär aufzunehmen als ambulant zu behandeln, weil die Kosten der Spitalsambulanzen bei weitem nicht gedeckt waren und die Einnahmen für einen Patienten je stationären Aufenthalt wesentlich höher sind als jene bei einer ambulanten Behandlung. Es war für die Krankenanstalten daher finanziell vorteilhaft, Patienten nicht ambulant zu behandeln, sondern stationär aufzunehmen. (TZ 8)

Das Landeskrankenhaus Krems (LKH Krems) – wie auch einige andere niederösterreichische Krankenanstalten – nahm im Bereich der CT- und MRT-Leistungen Patienten, die üblicherweise ambulant untersucht werden könnten, als 1-Tages- bzw. 0-Tages-Patienten auf und erzielte damit Mehreinnahmen. Die stationäre Aufnahme bedeutete aber auch Mehrkosten für den Patienten. (TZ 9)

Die drei Krankenanstalten (LKH Feldkirch, LKH St. Pölten und KH Ried) entlasteten ihren stationären Bereich in unterschiedlichem Maß durch 1-Tages- bzw. 0-Tages-Patienten. Der relativ hohe Anteil des KH Ried war u.a. auf die hohe Gesamt-Bettenauslastung von nahezu 90 % und auf ein optimiertes Ambulanzmanagement zurückzuführen. Bei einer Verlagerung vom stationären Bereich in den 1-Tages- bzw. 0-Tages- und weiter in den ambulanten Versorgungsbereich in gleichem Ausmaß wie beim KH Ried wären für das LKH Feldkirch bzw. das LKH St. Pölten Einsparungen von rd. 0,5 Mill. EUR bzw. 3,6 Mill. EUR möglich. (TZ 10)

Präoperative Diagnostik

Aufgrund der derzeitigen Krankenanstaltenfinanzierung und der damit verbundenen niedrigen Kostendeckungsgrade bestand ein verstärkter Anreiz für die Krankenanstalten, die medizinische Abklärung des Patienten vor der Operation (EKG, Blutbild und Thoraxröntgen) in den niedergelassenen Bereich auszulagern. In Niederösterreich waren die Hinweise auf die Verlagerung der Leistungen in den Krankenversicherungsbereich besonders auffällig. Der Anteil der extramuralen Diagnosen an den OP-Zahlen lag bei bis zu 98 % (Laboruntersuchungen im LK St. Pölten). Dabei ersparte sich der Rechtsträger je Fall ca. 30 EUR; im Gegenzug wurde die NÖGKK mit ca. 80 EUR je Fall belastet. Eine Leistungserbringung durch jenen Träger, der dies kosteneffizienter durchführt, brächte Einsparungspotenziale. (TZ 11)

Weitere Einsparungspotenziale ergäben sich, indem routinemäßig durchgeführte, aber medizinisch nicht notwendige Untersuchungen vor geplanten Operationen vermieden werden. (TZ 11)

Eine höhere Facharztdichte im niedergelassenen Bereich führte vor allem in den Ballungsräumen zu keinen Reduktionen von spitalsambulanten Leistungen. (TZ 12, 13)

Spitalsambulanzen waren durch Nachbehandlungen höher belastet als durch Erstbehandlungen. Nachbehandlungen werden in der Regel während der regulären Ambulanzzeiten durchgeführt und erfordern damit höhere Personalressourcen. Im Falle einer Übertragung von 50 % der Nachbehandlungen in den niedergelassenen Bereich, könnten in den Fällen, in denen diese Leistungen dort günstiger erbracht werden, Leistungen im finanziellen Umfang von jährlich rd. 2,4 Mill. EUR (LKH Feldkirch), rd. 0,7 Mill. EUR (KH Ried) und rd. 0,6 Mill. EUR (LK Krems) verlagert werden. (TZ 15)

Finanzierung und Leistungen des niedergelassenen Bereichs (Ordinationen)

Die BVA erzielte nicht nur die höchsten Gewinne, sondern verzeichnete auch die höchsten Ausgaben für die ärztliche Hilfe je Anspruchsberechtigten. Die OÖGKK wies die niedrigsten Ausgaben je Anspruchsberechtigten auf, verzeichnete aber die höchsten Ausgabensteigerungen bei den abgerechneten Beträgen. (TZ 16)

Die Tarife der fünf verglichenen sozialen Krankenversicherungsträger waren höchst unterschiedlich. Sie unterschieden sich

- bei der Differenzierung in Grund- und Sonderleistungen (so gehörten Befundberichte bei der NÖGKK zu den Grundleistungen, bei der OÖGKK zu den Sonderleistungen),
- bei der Honorierung der Grundleistung,
- bei den Maßnahmen zur Kostenbeschränkung (Pauschalierungen, Degressionen, Limitierungen von Sonderleistungen, Honorarlimitierungen) und
- bei den enthaltenen Leistungen. (TZ 17)

Es war nicht nachvollziehbar, auf welcher Basis die ärztlichen Leistungen und die Tarife in die Honorarordnungen aufgenommen worden waren. Die Tarife waren eher das Ergebnis von Verhandlungen als das Abbild der tatsächlichen Kostensituation im niedergelassenen Bereich. Erst in den letzten Jahren nahmen die überprüften Krankenversicherungsträger einen Tarif für eine neue ärztliche Leistung nur noch dann in ihre Honorarordnungen auf, wenn entsprechende Kalkulationsgrundlagen vorlagen. Außerdem bemühten sie sich um eine Verhinderung unökonomischer Behandlungen insbesondere durch die Anwendung von Mengen- sowie Preis- und Ausgabenlimitierungen. (TZ 17, 23)

Die NÖGKK wies im Vergleich mit den anderen beiden Gebietskrankenkassen die höchste Vertragsärztedichte auf. In Niederösterreich kamen auf 100.000 Anspruchsberechtigte 109, in Vorarlberg 101 und in Oberösterreich 93 Vertragsärzte. In Niederösterreich erzielten einige medizinische Fachbereiche – vor allem Radiologie – die höchsten Jahresbeträge und verzeichneten die meisten Fälle je Vertragsarzt. (TZ 18, 19)

Bei den Leistungspositionen Mammographie und Coloskopie bestanden beträchtliche regionale Unterschiede hinsichtlich der Verteilung von diagnostischen und Vorsorgeuntersuchungen. Sowohl bei der Mammographie (rd. 54 %) als auch bei der Coloskopie (rd. 76 %) waren die Vorsorgeuntersuchungen bei der VGKK deutlich am höchsten. Die Gründe für die unterschiedliche Verteilung reichten von den unterschiedlichen Tarifen und der Förderung über die Dokumentation, die Evaluierung sowie die alters- und geschlechtsspezifischen Untersuchungsintervalle bis hin zu historischen Ursachen. (TZ 20)

Finanzierung und Kosten von Leistungen in Spitalsambulanzen und Ordinationen

Am Beispiel der VGKK, die mit einem Limit im Bereich der CT-Leistungen nur rund ein Drittel der Ausgaben je Anspruchsberechtigten der NÖGKK (0,91 EUR zu 3,18 EUR) und ohne Limit im Bereich der MRT-Leistungen mehr als die doppelten Ausgaben der OÖGKK (5,94 EUR zu 13,22 EUR) hatte, war der Einsparungseffekt einer Limitierung deutlich erkennbar. (TZ 21)

Bei den Tarifen ausgewählter Leistungen wurden erhebliche Unterschiede festgestellt. So zahlte die BVA für die Gastroskopie 87,87 EUR bzw. 119,06 EUR, die NÖGKK 75,05 EUR. Der Gesamttarif von rd. 210 EUR wurde von den Vertragsärzten der BVA-Landesstellen in unterschiedlichem Umfang verrechnet, und zwar in Vorarlberg in rd. 2 %, in Oberösterreich in rd. 26 % und in Niederösterreich in rd. 53 % der Fälle. (TZ 22)

Leistungs- und Kostenvergleich ambulanter Leistungen

Einige ambulante Leistungen waren in der Spitalsambulanz kostengünstiger als die im niedergelassenen Bereich von den sozialen Krankenversicherungsträgern bezahlten Durchschnittspreise und umgekehrt. Eine Mammographie kostete in der Spitalsambulanz zumindest rd. 65 EUR, in der Ordination bis zu rd. 113 EUR. Umgekehrt kostete eine MRT-Knie im spitalsambulanten Bereich bis zu rd. 234 EUR, im niedergelassenen Bereich zumindest rd. 150 EUR. (TZ 23)

Die Kostenrechnung in den Krankenanstalten war nicht einheitlich. (TZ 26)

Beim Kostenvergleich ausgewählter Leistungen war zu berücksichtigen, dass die Vollkosten rund dreimal und die Teilkosten rund doppelt so hoch waren wie die Grenzkosten. (TZ 27)

Kenndaten der sozialen Krankenversicherungsträger und Krankenanstalten

Eigentümer	LKH Feldkirch mit dem Rechtsträger Vorarlberger Krankenhaus-Betriebsgesellschaft mit beschränkter Haftung KH Ried mit dem Rechtsträger Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern Ried Betriebsgesellschaft m.b.H. LK St. Pölten mit dem Alleingeschafte Land Niederösterreich	
	VGKK OÖGKK NÖGKK BVA SVA	eigenständige Selbstverwaltungskörper gemäß Allgemeines Sozialversicherungsgesetz Beamten-Kranken- und Unfallversicherungsgesetz, BGBl. Nr. 200/1967 i.d.g.F. Gewerbliches Sozialversicherungsgesetz, BGBl. Nr. 560/1978 i.d.g.F.
2008		
(in EUR)		
Kosten für Ambulanzleistungen	LKH Feldkirch	23.007.247
	KH Ried	10.244.524
	LK St. Pölten	44.592.189
Ausgaben für ärztliche Hilfe und gleichgestellte Leistungen	VGKK	117.773.067
	OÖGKK	367.270.530
	NÖGKK	421.980.124
	BVA	354.876.057
	SVA	230.251.693
Anzahl		
ambulante Patienten	LKH Feldkirch	99.705
	KH Ried	82.246
	LK St. Pölten	206.748
Anspruchsberechtigte	VGKK	305.955
	OÖGKK	1.159.941
	NÖGKK	1.131.935
	BVA	744.232
	SVA	654.288
Quellen: DIAG-Daten des BMG, Daten der Sozialversicherungsträger, Berechnungen des RH		

Finanzierung und Kosten von Leistungen in Spitalsambulanzen und Ordinationen**Prüfungsablauf und –gegenstand**

1 Der RH überprüfte von Oktober 2009 bis Februar 2010 die Finanzierung und Kosten von ausgewählten Leistungen in Spitalsambulanzen und Ordinationen niedergelassener Ärzte in den Bundesländern Vorarlberg mit dem Landeskrankenhaus Feldkirch (LKH Feldkirch), Oberösterreich mit dem Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern Ried im Innkreis (KH Ried) und Niederösterreich mit den Landeskliniken St. Pölten (LK St. Pölten) sowie fallweise Krems (LK Krems) und Amstetten (LK Amstetten). Die Überprüfung fand in diesen drei Bundesländern statt, weil diese die Dokumentation ambulanter Leistungen als Pilotprojekte eingeführt haben.

Ziel der Prüfung war es, die Kosten dieser Spitalsambulanzen mit den Tarifen und Durchschnittspreisen der Vorarlberger Gebietskrankenkasse (VGKK), der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse (OÖGKK), der Niederösterreichischen Gebietskrankenkasse (NÖGKK), der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter (BVA) und der Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft (SVA) zu vergleichen.

Es ging darum, festzustellen, in welchen der beiden Bereiche – Spitalsambulanzen oder Ordinationen – ausgewählte medizinische Leistungen kostengünstiger erbracht wurden. Damit sollten Aussagen zur Realisierung einer seit 2005 geplanten, bundesweit einheitlichen Dokumentation im ambulanten Bereich getroffen werden. Zudem wurden auch die zwischen den Bundesländern bestehenden Unterschiede bei der Abgeltung der Ambulanzleistungen in den Krankenanstalten und die komplexen Honorarordnungen der sozialen Krankenversicherungsträger beurteilt.

Die Kostenermittlung der ausgewählten Ambulanzleistungen im intramuralen Bereich erfolgte auf Basis einer Kostenträgerrechnung, welche die überprüften Krankenanstalten aktuell für das Jahr 2008 durchführten. Die Tarife für die Leistungen in Ordinationen (extramuraler Bereich) stammten aus den Honorarordnungen der fünf genannten sozialen Krankenversicherungsträger. Die an die Ärzte ausbezahlten Durchschnittspreise sowie Zuschläge wurden aufgrund der Abrechnungsergebnisse ermittelt. Sämtliche Daten beziehen sich auf das Jahr 2008 (Grundsätzliches zur Methodik siehe TZ 24).

Zu dem im Juni 2010 übermittelten Prüfungsergebnis gaben die drei Bundesländer, die fünf sozialen Krankenversicherungsträger und der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (Hauptverband) zwischen Juli und September 2010 ihre Stellungnahmen ab. Das BMG nahm das Prüfungsergebnis zur Kenntnis. Der RH erstattete seine Gegenäußerungen im November 2010.

Allgemeines zur Finanzierung von Spitalsambulanzen

2.1 Zentrale Grundlage für die Finanzierung spitalsambulanter Leistungen waren seit Einführung der leistungsorientierten Krankenhausfinanzierung (LKF) die entsprechenden Art. 15a-Vereinbarungen¹ des Bundes und der Länder über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens.²

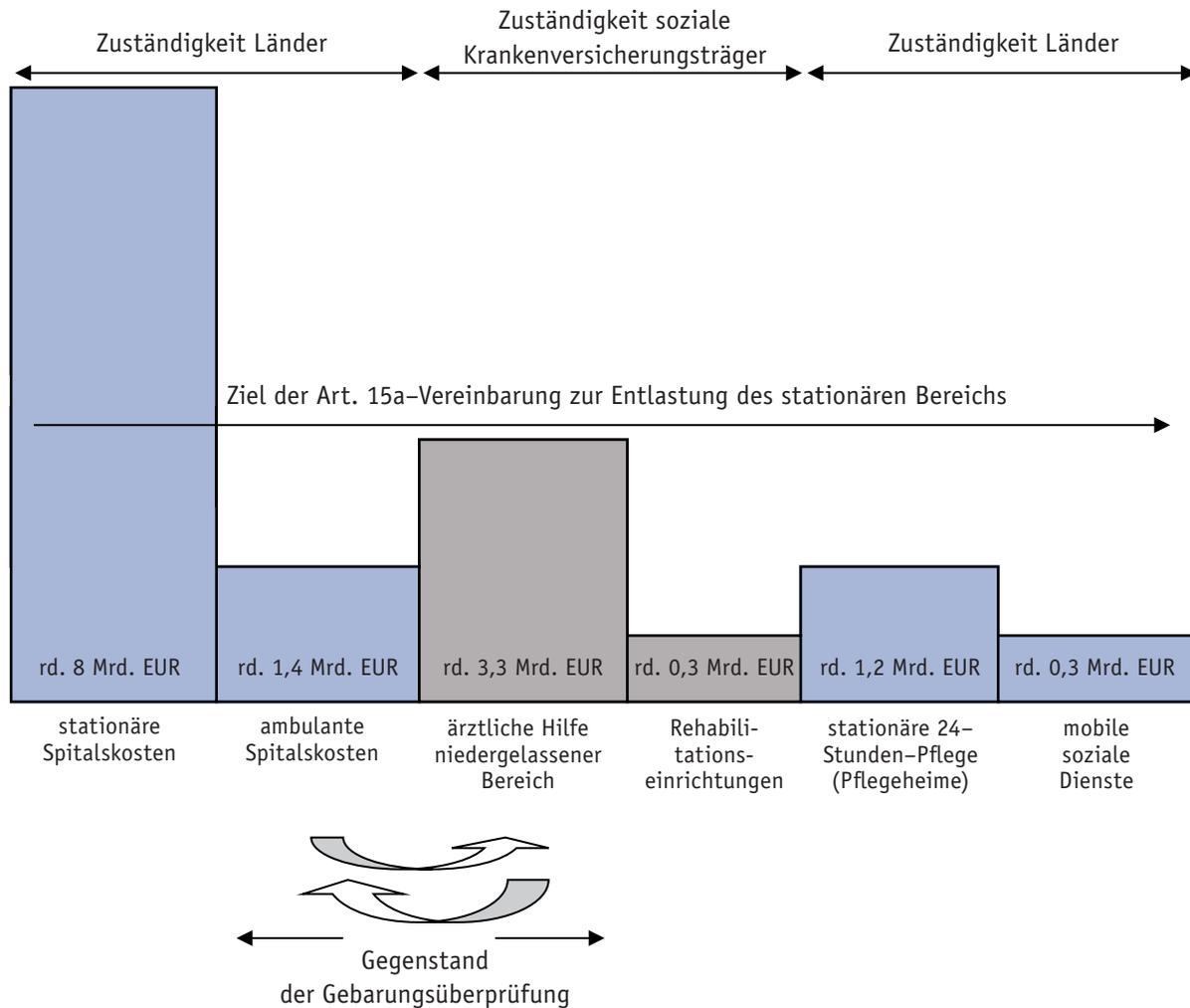
Ziel des im Jahr 1997 neu eingeführten LKF-Finanzierungssystems war es, u.a. für eine kürzere Verweildauer im Krankenhaus und vermehrte Leistungsverlagerungen vom stationären in den ambulanten bzw. vom ambulanten in den niedergelassenen Bereich zu sorgen sowie damit langfristig die überproportionalen Kostensteigerungsraten im Krankenanstaltenbereich einzudämmen.

Die Umsetzung dieser Ziele obliegt den Ländern und den sozialen Krankenversicherungsträgern. Die folgende Abbildung gibt einen Überblick über die Zuständigkeiten zwischen Ländern und sozialen Krankenversicherungsträgern:

¹ Vereinbarungen gemäß Art. 15a B-VG, BGBl. I Nr. 111/1997, BGBl. I Nr. 73/2005 und BGBl. I Nr. 105/2008 i.d.g.F.

² Da die Inhalte einer Art. 15a-Vereinbarung nur die Vertragsparteien binden, nicht jedoch unmittelbar anwendbares Recht darstellen, wurden entsprechende Regelungen über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens in das Kranken- und Kuranstaltengesetz (KAKuG) und die diesbezüglich ergangenen Ausführungsgesetze der Länder sowie in das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz (ASVG) aufgenommen.

Abbildung 1: Zuständigkeiten und Versorgungsbereiche



2.2 Nach Ansicht des RH verdeutlicht diese Darstellung, dass die budgetären Möglichkeiten der Länder zur Setzung spitalsentlastender Maßnahmen größer sind als jene der sozialen Krankenversicherungsträger. Länder haben die Kompetenz, Leistungen vom stationären in den ambulanten Spitalsbereich und weiter in den Pflege- sowie Hauskrankenpflegebereich zu verlagern.

Allgemeines zur Finanzierung von Spitalsambulanzen

2.3 Die Vorarlberger Landesregierung wies in ihrer Stellungnahme darauf hin, dass die Setzung spitalsentlastender Maßnahmen eine Frage der richtigen Patientensteuerung sei und auch ganz maßgeblich die niedergelassenen Ärzte als Leistungserbringer betreffe. Überdies falle die Setzung spitalsentlastender Maßnahmen und damit die Sicherstellung einer abgestuften Versorgung in die Zuständigkeit des Bundes als Sozialversicherungsgesetzgeber bzw. als Grundsatzgesetzgeber betreffend die Regelung über den Zugang zu den Anstaltsambulatorien.

Laut Stellungnahme der Niederösterreichischen Landesregierung verfüge sie über keine Steuerungsmöglichkeiten bezüglich der Verlagerung der Patienten vom spitalsambulanten in den niedergelassenen Bereich. Dafür existierten auch noch keine bundesweiten Dokumentations- und Planungsgrundlagen.

2.4 Der RH teilte die Auffassung der Vorarlberger und der Niederösterreichischen Landesregierung, soweit sie auf die verfassungsrechtliche Kompetenzverteilung abzielt. Er stimmt auch mit den beiden Landesregierungen überein, dass dem niedergelassenen Bereich eine wesentliche Rolle bei der Patientensteuerung zukommt und eine zukunftsorientierte ambulante Versorgung auf einem integrierten bzw. sektorübergreifenden Modell basieren muss.

Der RH zeigte daher auf, dass die finanziellen Möglichkeiten der Länder zur Setzung spitalsentlastender Maßnahmen durch Verlagerung vom teuren stationären hin zum kostengünstigeren ambulanten sowie weiter in den Pflege- und Hauskrankenpflegebereich größer sind als jene der sozialen Krankenversicherungsträger. Dem RH ist allerdings auch bewusst, dass Leistungsverschiebungen vom spitalsambulanten hin zum niedergelassenen Bereich – und auch umgekehrt – eine Neuordnung der Finanzierung gemäß der Art. 15a-Vereinbarung zur Folge haben muss.

Finanzierung spitalsambulanter Leistungen in Vorarlberg, Oberösterreich und Niederösterreich

3.1 (1) Für ihre ambulanten Leistungen an krankenversicherten Patienten erhielten die Krankenanstalten Zahlungen aus dem jeweiligen Landesgesundheitsfonds.

In den Budgets der Landesgesundheitsfonds waren für die Finanzierung der spitalsambulanter Leistungen Pauschalbeträge vorgesehen (gedeckelte Fondsmittel), die jährlich mit jenem Prozentsatz valorisiert wurden, um den die Beitragseinnahmen der Krankenversicherungsträger anstiegen.

Die für die Finanzierung spitalsambulanter Leistungen von den Landesgesundheitsfonds zur Verfügung gestellten Mittel basierten der Höhe nach in allen drei Bundesländern auf den vor LKF-Einführung von den sozialen Krankenversicherungsträgern an die Fondskrankenanstalten geleisteten Ambulanzgebühren. Sie wurden im selben Verhältnis wie die vor Einführung der LKF im Jahr 1997 an jede einzelne Krankenanstalt geleisteten Ambulanzgebühren aufgeteilt. Neu hinzugekommene Leistungen blieben in diesem System unberücksichtigt.

(2) Der Vorarlberger Landesgesundheitsfonds stellte im Jahr 2008 zur Finanzierung der Spitalsambulanzen Mittel von rd. 35,6 Mill. EUR zur Verfügung. Mit den an die Spitalsambulanzen im selben Jahr ausbezahlten Fondsmitteln³ konnten rd. 85 % der ambulanten Endkosten von rd. 41,9 Mill. EUR abgedeckt werden.⁴ Die Kostendeckung schwankte in den einzelnen Krankenanstalten zwischen rd. 77 % (LKH Feldkirch) und rd. 114 % (LKH Rankweil)⁵.

Tabelle 1: Kennzahlen Spitalsambulanzen Vorarlberg

	ambulante Frequenz	Pauschalbetrag alt	Pauschalbetrag neu	Ambulanzpauschalbeträge gesamt	ambulante Endkosten	Kosten abgedeckt
	Anzahl	in EUR				in % ¹
LKH Bludenz	60.741	906.700	1.749.800	2.656.500	2.734.703	97
LKH Bregenz	129.619	2.648.100	4.250.800	6.898.900	7.079.657	97
KH Dornbirn	123.468	2.025.600	1.775.400	3.801.000	4.791.806	79
LKH Hohenems	81.540	1.325.900	1.542.300	2.868.200	2.701.393	106
LKH Rankweil	12.659	330.800	1.088.500	1.419.300	1.240.551	114
KH Frastanz	8.019	59.400	154.900	214.300	295.828	72
LKH Feldkirch	251.995	13.435.100	4.287.500	17.722.600	23.007.247	77
gesamt	668.041	20.731.600	14.849.200	35.580.800	41.851.185	85

¹ gerundet

Quellen: Daten des Landesgesundheitsfonds Vorarlberg

³ 20.731.600 EUR Ambulanzpauschalbetrag-alt; 14.849.200 EUR Ambulanzpauschalbetrag-neu

⁴ Darin sind die Einnahmen, welche die Krankenanstalten aufgrund von Selbstzahlern erhielten, nicht berücksichtigt. Das LKH Feldkirch erhielt daraus im Jahr 2008 rd. 1,8 Mill. EUR zusätzlich.

⁵ Das Krankenhaus Maria-Ebene in Frastanz als Heilanstalt für Alkohol- und Medikamentenabhängige erzielte den niedrigsten Kostendeckungsgrad von rd. 72 %.

Finanzierung spitalsambulanter Leistungen in Vorarlberg, Oberösterreich und Niederösterreich

(3) Der Oberösterreichische Gesundheitsfonds stellte im Jahr 2008 zur Finanzierung der Spitalsambulanzen Mittel von rd. 92,9 Mill. EUR in Form so genannter Ambulanz-Gebührenersätze bereit. Im Unterschied zu Vorarlberg kam jedoch nicht die gesamte vom Fonds ausbezahlte Summe den Krankenanstalten zugute, weil die Spitalsärzte für ihre Tätigkeit im Rahmen der ambulanten Untersuchung und Behandlung gedeckelte Anteile an den Ambulanz-Gebührenersätzen erhielten.

Nach Abzug dieser Ärzteanteile standen den Krankenanstalten rd. 74,1 Mill. EUR an Fondsmitteln bei ambulanten Endkosten von rd. 228,1 Mill. EUR zur Verfügung, was einem durchschnittlichen Kostendeckungsgrad von rd. 32 % entsprach. Die Deckungsbeiträge schwankten in den einzelnen Krankenanstalten zwischen rd. 14 % (Landesnervenklinik Wagner-Jauregg) und rd. 60 % (Krankenhaus der Elisabethinen Linz). Das KH Ried erzielte einen Kostendeckungsgrad von rd. 39 %.

Tabelle 2: Kennzahlen Spitalsambulanzen Oberösterreich

	ambulante Frequenzen	Ambulanz- gebühren- ersätze ¹	ambulante Endkosten	Kosten abgedeckt
	Anzahl	in EUR		in % ²
LKH Bad Ischl	78.336	1.699.044	5.026.168	34
KH St. Josef Braunau	173.536	2.331.681	7.293.712	32
LKH Freistadt	85.201	1.264.917	5.670.908	22
LKH Gmunden	125.387	1.023.835	7.006.708	15
LKH Kirchdorf	119.396	1.604.605	6.209.922	26
AKH Linz	401.896	12.412.149	30.069.643	41
KH Barmherzige Brüder Linz	110.143	1.816.152	10.832.854	17
KH Barmherzige Schwestern Linz	206.227	5.769.618	17.642.331	33
KH der Elisabethinen Linz	173.645	10.929.160	18.145.469	60
Landesnervenklinik Wagner–Jauregg	63.002	996.695	7.369.460	14
KH Ried	187.059	3.946.598	10.244.524	39
LKH Schärding	97.828	2.291.684	5.939.241	39
KH Kreuzschwestern Sierning	8.785	131.131	835.132	16
LKH Steyr	309.343	6.984.667	21.066.102	33
LKH Vöcklabruck	259.204	3.476.256	20.292.733	17
Klinikum Wels–Grieskirchen	486.361	12.765.271	36.819.115	35
LKH Rohrbach	89.740	2.279.653	4.213.338	54
Frauen– und Kinderklinik Linz	99.799	2.385.691	13.416.446	18
gesamt	3.074.888	74.108.807	228.093.806	32

¹ Von den Ambulanzgebührenersätzen wurden die Ärzteanteile abgezogen.

² gerundet

Quellen: Daten des Landesgesundheitsfonds Oberösterreich

Finanzierung spitalsambulanter Leistungen in Vorarlberg, Oberösterreich und Niederösterreich

(4) Der Niederösterreichische Gesundheits- und Sozialfonds (NÖGUS) stellte den Spitalsambulanzen Mittel aus fünf verschiedenen Töpfen zur Verfügung, die sich im Jahr 2008 auf insgesamt rd. 80,1 Mill. EUR beliefen, wobei der Ambulanzfonds nur mit rd. 25,4 Mill. EUR dotiert wurde. Unter Berücksichtigung dieser Strukturmittel ergab sich landesweit ein Kostendeckungsgrad von rd. 44 % mit einer Bandbreite von rd. 8 % für das Landeskrankenhaus Mostviertel Amstetten-Mauer (Landesnervenklinik) bis rd. 66 % für das LK Amstetten. Das LK St. Pölten lag bei rd. 44 %.

Tabelle 3: Kennzahlen Spitalsambulanzen Niederösterreich

	ambulante Frequenzen	Finanzierung insgesamt	ambulante Endkosten	Kosten abgedeckt
	Anzahl	in EUR		in % ¹
LK Amstetten	150.617	5.642.088,03	8.569.776	66
LK Hohegg	3.534	145.282,33	840.811	17
LK Thermenregion Hainburg	41.537	223.488,21	1.712.995	13
LK Weinviertel Hollabrunn	58.899	676.927,80	3.402.967	20
LK Donauregion Klosterneuburg	48.334	832.952,05	2.251.648	37
LK Krems	165.238	6.650.017,13	11.307.657	59
LK Mostviertel Amstetten-Mauer (Landesnervenklinik)	8.536	63.348,64	840.073	8
KH Melk	66.486	1.000.509,17	3.701.721	27
LK Weinviertel Mistelbach	256.352	7.504.138,65	19.016.041	39
LK Thermenregion Neunkirchen	128.992	2.105.439,09	5.048.516	42
KH Scheibbs	52.999	864.942,98	3.441.186	25
LK Mostviertel Waidhofen a.d. Ybbs	42.599	843.758,97	1.776.628	47
LK Wr. Neustadt	382.749	13.434.335,90	25.837.705	52
LK Waldviertel Horn-Eggenburg-Allentsteig	204.465	7.404.191,52	13.174.389	56
LK Weinviertel Korneuburg-Stockerau	108.835	1.695.869,17	5.895.390	29
LK Donauregion Tulln/Gugging	71.937	2.733.426,28	5.485.780	50
LK Thermenregion Baden/Mödling	313.238	6.814.802,44	21.753.405	31
LK St. Pölten/Lilienfeld	463.862	19.399.356,20	44.592.189	44
LK Waldviertel Gmünd/Waidhofen a.d. Thaya/Zwettl	203.803	2.025.227,44	5.351.874	38
gesamt	2.773.012	80.060.102,00	184.000.751	44

¹ gerundet

Quellen: Daten des Landesgesundheitsfonds Niederösterreich

Laut NÖGUS sei die Einrichtung der zahlreichen Strukturtöpfe notwendig gewesen, um trotz der seinerzeit zersplitterten Spitalsstruktur mit zahlreichen Gemeinden als Rechtsträger das ambulante Leistungsangebot zielgerichtet steuern zu können.

- 3.2** Der RH stellte fest, dass die Beträge, die im Jahr 2008 an die Fondskrankenanstalten zur Finanzierung der Spitalsambulanzen ausbezahlt wurden, immer noch auf dem Leistungsangebot von 1996 basierten. Neu hinzugekommene Leistungen blieben in diesem System unberücksichtigt. Er hielt dieses System überwiegend für nicht geeignet, eine leistungsgerechte, wie insbesondere an den Zielen des zweiten Abschnitts der Art. 15a-Vereinbarung orientierte Finanzierung von spitalsambulantem Leistungen zu erreichen.

Die mangelnde Leistungsgerechtigkeit dieses Systems mit einer veralteten Bemessungsgrundlage für die Verteilung der Fondsmittel zeigt sich am Beispiel der 60 %igen Kostendeckung im KH der Elisabethinen Linz. Da diese Krankenanstalt bereits im Jahr 1994 eine Dialyseeinrichtung führte, wurden die dadurch entstandenen Kosten mitberücksichtigt. Im Fall des KH Ried, das eine solche Einrichtung erst später bekam, fanden die Kosten für die Dialysebehandlungen bspw. keinen Niederschlag in den vom Fonds ausbezahlten Ambulanz-Gebührensätzen, die im KH Ried nur rd. 39 % der ambulanten Kosten abdeckten.

Nach Ansicht des RH kam die Finanzierung spitalsambulanter Leistungen in Vorarlberg dem Ziel einer möglichst kostendeckenden Versorgung sehr nahe, obwohl die Kostendeckungsgrade zwischen den einzelnen Fondskrankenanstalten nicht ausgeglichen waren.

Der RH hielt das ober- und das niederösterreichische Modell zur Finanzierung spitalsambulanter Leistungen mit einem durchschnittlichen Kostendeckungsgrad von nur rd. 32 % bzw. rd. 44 % sowie starken Schwankungsbreiten in den Kostendeckungsgraden der einzelnen Krankenanstalten nur für bedingt geeignet, die Mittel effizient und leistungsgerecht zu verteilen.

In Niederösterreich war die Tatsache, dass die Dokumentation lediglich der Abgeltung von rd. 25,4 Mill. EUR (entspricht rd. 14 % der Kosten) diene, einer leistungsnahen Dokumentation nicht förderlich.

Der RH empfahl den Ländern, die Verteilung der Mittel zur Finanzierung der Spitalsambulanzen im Interesse einer möglichst kostendeckenden Versorgung zu evaluieren und anzupassen.

Finanzierung spitalsambulanter Leistungen in Vorarlberg, Oberösterreich und Niederösterreich

Dem Land Oberösterreich empfahl der RH weiters, die Zahlungen an die Ärzte für deren ambulante Tätigkeiten vom Bereich der Finanzierung spitalsambulanter Leistungen zu trennen.

Da seit Jahresbeginn 2008 alle Krankenanstalten in Niederösterreich in der Landeskliniken-Holding vereint sind, empfahl der RH dem Land Niederösterreich, die Finanzierung der spitalsambulant Leistungen zu bündeln.

- 3.3** *Laut Stellungnahme der Vorarlberger Landesregierung würde eine kostendeckende Finanzierung der Spitalsambulanzen vermehrt Anreize für die Leistungsverschiebung vom niedergelassenen in den spitalsambulant Bereich bieten.*

Dieser Ansicht schlossen sich die VGKK und die NÖGKK an, indem sie die derzeitige Finanzierung der Ambulanzkosten als unerwünschte Anreize zur Verlagerung in den niedergelassenen Bereich ansahen.

Die Oberösterreichische Landesregierung erwarte sich mit der Einführung des Katalogs ambulanter Leistungen einen besseren Überblick über das spitalsambulante Geschehen mit dem Ausblick, ein neues Modell zur Ambulanzmittelverteilung zu entwickeln. Dieses beeinflusse auch die mögliche Trennung der Zahlungen an die Ärzte für deren ambulante Tätigkeiten.

Die Niederösterreichische Landesregierung wies auf ihre nunmehrige Alleinträgerschaft ihrer Krankenanstalten hin. Für 2011 werde der Deckungsgrad zur Finanzierung der Spitalsambulanzen auf 60 % angehoben. Das derzeitige Abgeltungssystem werde nach Abschluss der Pilotprojekte zur Dokumentation ambulanter Leistungen untersucht und gegebenenfalls umgestellt werden.

Dokumentation ambulanter Leistungen in Vorarlberg, Oberösterreich und Niederösterreich

- 4.1** (1) Bund und Länder kamen in der Art. 15a-Vereinbarung aus dem Jahr 2005 überein, die bestehenden Dokumentationen als Grundlage für eine Vernetzung des Gesundheitswesens – im Sinne einer integrierten Planung, Steuerung und Finanzierung sowie einer Kooperation zwischen dem intra- und extramuralen Bereich – weiterzuentwickeln sowie insbesondere durch Einführung einer bundesweit einheitlichen Dokumentation im ambulanten Bereich – den Katalog ambulanter Leistungen (KAL) – auszubauen.

In der Art. 15a-Vereinbarung aus dem Jahr 2008 verpflichteten sich Bund und Länder erneut, eine zum akutstationären Versorgungsbereich kompatible Leistungs- sowie Diagnosedokumentation im spitalsambulantem und niedergelassenen ambulanten Versorgungsbereich sicherzustellen und den KAL weiterzuentwickeln.

In einem gemeinsamen Pilotprojekt mit den Bundesländern Vorarlberg, Oberösterreich und Niederösterreich wurden seit 2009 zur Vergleichbarkeit Abrechnungsdaten aus dem niedergelassenen Bereich und dokumentierte Ambulanzleistungen der Krankenanstalten gleichermaßen in der Struktur des KAL abgebildet.

(2) Die Vorarlberger Spitalsambulanzen dokumentierten ihre Einzelleistungen auf der Basis von so genannten Hauskatalogen. Deren Qualität im Sinne einer vollständigen Leistungsabbildung war laut Landesgesundheitsfonds unterschiedlich. In den Bereichen Dermatologie und Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde (HNO) waren die Kataloge umfassend sowie die Dokumentationspraxis gut. Aus diesem Grund beschränkte sich die Teilnahme des Landes Vorarlberg am Pilotprojekt KAL auf diese Bereiche. Im Laufe des Jahres 2010 sollte ein erstes grobes Leistungsbild in den Bereichen Dermatologie und HNO vorliegen, um das Potenzial des KAL als zukünftigen landesweit einheitlichen Katalog für alle Spitalsambulanzen zu prüfen.

(3) In Oberösterreich gab es in jeder Krankenanstalt Hauskataloge. Sie dienten in erster Linie der Aufteilung der in den Gebührenersätzen enthaltenen Ärzteanteile zwischen den Abteilungen der jeweiligen Krankenanstalt. Ab 2010 fand parallel zur Dokumentation einer Leistung nach den bestehenden Hauskatalogen eine Verbuchung der entsprechenden KAL-Position statt, um auf diese Weise ein dem aktuellen Leistungsangebot entsprechendes Bild des spitalsambulantem Geschehens in den oberösterreichischen Fonds-Krankenanstalten zu erhalten. Der Landesgesundheitsfonds hatte keinen Überblick über die Daten aus den einzelnen Hauskatalogen, weil diese in den Krankenanstalten insbesondere der Aufteilung der Ambulanzgebühren dienten.

(4) In Niederösterreich dienten die Hauskataloge als Grundlage für die Verrechnung nach dem Ambulanzkatalog. Am Pilotprojekt KAL nahmen die Krankenanstalten Amstetten, Melk und Waidhofen/Ybbs (Region Mostviertel) teil. Ab 2010 wurden in den Krankenanstalten neben der bisherigen Dokumentation auch die entsprechenden KAL-Positionen erfasst.

Dokumentation ambulanter Leistungen in Vorarlberg, Oberösterreich und Niederösterreich

Darüber hinaus arbeitete der NÖGUS bereits an der Erstellung von Bewertungsrelationen für spitalsambulante Leistungen unter Bezugnahme auf zurechenbare variable Kosten. Fixkosten sollten dabei nicht berücksichtigt werden. Die Teilnahme am Pilotprojekt diente dem Land Niederösterreich der Erprobung, ob der eigene Katalog – der ohnehin einer Überarbeitung bedurfte – in Zukunft durch den KAL ersetzt werden könnte.

- 4.2** Der RH beurteilte das Engagement der drei überprüften Länder zur Dokumentation der ambulanten Leistungen als positiv. Er stellte jedoch fest, dass diese Länder ihre spitalsambulanten Leistungen wegen unterschiedlicher Anreize nicht im selben Ausmaß dokumentierten.

In Vorarlberg fand seit Jahren keine umfassende Dokumentation ambulanter Leistungen statt, weil die Finanzierung von einer Dokumentation entkoppelt war. In Oberösterreich wurden die Leistungen hingegen umfassend dokumentiert, weil die Ärzte einen Anteil an den Gebühren erhielten und damit ein finanzielles Interesse an einer möglichst umfassenden Dokumentation hatten. In Niederösterreich war die Tatsache, dass die Dokumentation lediglich der Abgeltung von rd. 14 % der Kosten diene, einer leistungsnahen Dokumentation nicht förderlich.

Der RH hielt die Entwicklung einer bundesweit einheitlichen Dokumentation ambulanter Leistungen im intra- und extramuralen Bereich für dringend erforderlich, um einerseits einen Überblick über die bisher nicht erfassten Ambulanzleistungen zu erhalten und andererseits die Leistungen zwischen den beiden Bereichen vergleichbar zu machen. Er empfahl daher dem BMG und den Ländern, die Entwicklung einer bundesweit einheitlichen Dokumentation ambulanter Leistungen im intra- und extramuralen Bereich voranzutreiben sowie auch die übrigen Länder miteinzubeziehen.

- 4.3** *Laut den Stellungnahmen der Landesregierungen der drei überprüften Bundesländer würden sie ihre Dokumentationen auch auf andere Fächer ausweiten (Vorarlberg), die Länderkoordination gemeinsam mit der Gesundheit Österreich GmbH übernehmen (Oberösterreich) und ihr Engagement zur Entwicklung sektorübergreifender Dokumentationen fortsetzen (Niederösterreich).*

**Integrierte Planung
ambulanter Leistungen**

5.1 Im Rahmen der Art. 15a-Vereinbarung über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens aus dem Jahr 2008 kamen Bund und Länder überein, die Planung der österreichischen Gesundheitsversorgungsstruktur umfassend für alle Ebenen und Teilbereiche der Gesundheitsversorgung sowie angrenzender Bereiche vorzunehmen. Eine solcherart integrierte Planung war für den stationären, den ambulanten sowie für den Rehabilitations- und den Pflegebereich beabsichtigt und hatte auf Ebene der Bundesländer in den so genannten Regionalen Strukturplänen Gesundheit (RSG) zu erfolgen. Diese RSG sollten vom jeweiligen Land und der sozialen Krankenversicherungsträger in der Gesundheitsplattform beschlossen sowie in Form einer Verordnung der Landesregierung erlassen werden.

In Vorarlberg trat der RSG für den stationären Bereich mit der Verordnung der Landesregierung über den RSG 2010 (Spitalplan) im Jahr 2008 in Kraft. Für den ambulanten Bereich (RSG ambulant 2015) wurden der RSG am 11. Dezember 2009 beschlossen und für den Zeitraum bis zum Jahr 2015 entsprechende Planzahlen vorgegeben.

Auch in Oberösterreich wurde im Jahr 2008 ein RSG mittels Verordnung der Landesregierung erlassen, der jedoch nur die stationäre Akutversorgung umfasste. Eine Ausweitung auf den ambulanten Bereich war nicht geplant. Für den Austausch von Informationen und einen gemeinsamen Blick auf die Planung der ambulanten Versorgung in Oberösterreich wurde jedoch eine eigene Projektgruppe eingerichtet.⁶

In Niederösterreich war noch kein RSG in Kraft. Der NÖGUS war allerdings im Begriff, einen sowohl den intra- als auch den extramuralen Bereich umfassenden Plan zu erarbeiten. Bis Ende 2008 war eine Darstellung der derzeitigen Versorgungsstruktur durch den NÖGUS und die sozialen Krankenversicherungsträger vorgesehen. Die Planung sollte von einer externen Unternehmung durchgeführt und daher ausgeschrieben werden. Das Ziel, den RSG bis Ende 2009 fertigzustellen, konnte nicht realisiert werden.

5.2 Der RH stellte fest, dass eine integrierte Versorgungsplanung im ambulanten Bereich in Form eines regionalen Strukturplans nur in Vorarlberg erlassen war. Der oberösterreichische Strukturplan umfasste lediglich die stationäre Akutversorgung. In Niederösterreich lag noch kein RSG vor. Er empfahl daher den Ländern Oberösterreich und Niederösterreich, die integrierte Planung zwischen intra- und extramuralem Bereich so rasch als möglich durchzuführen.

⁶ Land Oberösterreich, OÖGKK, Oberösterreichische Ärztekammer, Krankenanstaltenträger

Integrierte Planung ambulanter Leistungen

5.3 Laut Stellungnahme der Oberösterreichischen Landesregierung sei eine Planungsempfehlung wegen unzureichender Daten im Spitalsambulantem und niedergelassenen Bereich noch nicht möglich gewesen. Mit der Einsetzung einer Arbeitsgruppe bestehend aus Vertretern des Landes, der Sozialversicherung, der Ärztekammer und den Fondskrankenanstalten werde an der Verbesserung der Planungsgrundlagen für eine integrierte Planung des Gesundheitswesens gearbeitet.

Laut den Stellungnahmen der Niederösterreichischen Landesregierung und der NÖGKK werde intensiv an der Erstellung des RSG gearbeitet. Die Planungen zum RSG würden mit Ende 2010 abgeschlossen sein und der Endbericht werde der Gesundheitsplattform zur Beschlussfassung vorgelegt werden.

Kosten- und Leistungsentwicklung von Spitalsambulanzen

6.1 (1) Sowohl die Zahl der stationären als auch jene der in den Spitalsambulanzen versorgten Patienten stieg in den letzten Jahren deutlich an. Die Anzahl der stationär betreuten Patienten stieg österreichweit von 2.366.903 im Jahr 2005 auf bereits 2.521.569 im Jahr 2008 (+ 6,5 %), jene der ambulanten Patienten von 6.524.242 auf 7.736.654 im Jahr 2008 (+ 18,6 %) an. Dies führte in den drei verglichenen Bundesländern auch zu erheblichen Mehrkosten.

Tabelle 4: Entwicklung der stationären und spitalsambulantem Kosten in Vorarlberg, Oberösterreich und Niederösterreich					
	2005	2006	2007	2008	2005 bis 2008
stationäre Endkosten	in Mill. EUR				in %
Vorarlberg	243,7	251,2	263,2	281,8	+ 15,6
Oberösterreich	1.145,7	1.213,2	1.278,7	1.379,7	+ 20,4
Niederösterreich	984,3	1.043,1	1.143,8	1.268,9	+ 28,9
Österreich gesamt	6.805,4	7.098,1	7.480,8	8.049,1	+ 18,3
ambulante Endkosten					
Vorarlberg	35,1	36,1	38,1	41,9	+ 19,4
Oberösterreich	173,7	182,4	200,7	228,1	+ 31,3
Niederösterreich	130,0	140,4	158,9	184,0	+ 41,5
Österreich gesamt	1.179,1	1.237,2	1.317,1	1.418,0	+ 20,3

Quellen: DIAG-Daten des BMG, Berechnungen des RH

Die stationären Endkosten stiegen im Zeitraum 2005 bis 2008 österreichweit um 18,3 % und in Niederösterreich mit 28,9 % am deutlichsten an.

Die ambulanten Endkosten stiegen im selben Zeitraum österreichweit um 20,3 % an; auch bei ihnen war die Steigerung in Niederösterreich mit 41,5 % am höchsten.

Diese Entwicklung war auch in den drei – für den Kostenvergleich herangezogenen – Krankenanstalten erkennbar, wie die folgende Tabelle zeigt:

Kosten- und Leistungsentwicklung von Spitalsambulanzen

Tabelle 5: Leistungs- und Kostenentwicklung in den drei Krankenanstalten

	2005	2006	2007	2008	2005 bis 2008
LKH Feldkirch					
	Anzahl				in %
stationäre Patienten	35.559	35.214	36.469	36.083	+ 1,5
ambulante Frequenzen	200.146	215.872	203.599	251.995	+ 25,9
	in EUR				in %
stationäre Endkosten	92.375.944	95.553.494	101.617.945	104.302.447	+ 12,9
ambulante Endkosten ¹	18.263.829	18.843.599	21.003.391	23.007.247	+ 26,0
KH Ried					
	Anzahl				in %
stationäre Patienten	25.538	26.829	29.456	31.339	+ 22,7
ambulante Frequenzen	174.133	177.856	185.969	187.059	+ 7,4
	in EUR				in %
stationäre Endkosten	58.203.801	60.143.135	65.727.749	70.228.273	+ 20,7
ambulante Endkosten ¹	8.540.929	8.957.473	9.567.293	10.244.524	+ 19,9
LK St. Pölten²					
	Anzahl				in %
stationäre Patienten	58.568	59.693	60.330	58.313	- 0,4
ambulante Frequenzen	406.770	407.372	465.611	463.862	+ 14,0
	in EUR				in %
stationäre Endkosten	177.762.453	194.858.327	211.231.018	224.952.973	+ 26,6
ambulante Endkosten ¹	26.233.911	31.452.176	35.788.824	44.592.189	+ 70,0

¹ Kosten der stationär-ambulant und ambulanten Patienten; eine Differenzierung war wegen fehlender Daten nicht möglich

² inkl. KH Lilienfeld

Quellen: DIAG-Daten des BMG, Daten des Gesundheitsfonds, Berechnungen des RH

(2) Auch die drei Gebietskrankenkassen verzeichneten Leistungs- und Ausgabensteigerungen für den niedergelassenen Bereich:

Tabelle 6: Anzahl der Fälle und abgerechnete Beträge bei den Gebietskrankenkassen im niedergelassenen Bereich					
	2005	2006	2007	2008	2005 bis 2008
	Anzahl				in %
Fälle VGKK	1.246.364	1.283.355	1.323.493	1.357.312	+ 8,9
Fälle OÖGKK	4.957.592	5.015.172	5.144.465	5.255.624	+ 6,0
Fälle NÖGKK	5.234.583	5.288.724	5.425.469	5.479.774	+ 4,7
Fälle alle § 2 ASVG-Kassen	31.456.569	32.083.518	32.966.570	33.531.467	+ 6,6
	in EUR				
abgerechnete Beträge VGKK ¹	62.535.423	64.808.464	68.042.670	71.265.106	+ 14,0
abgerechnete Beträge OÖGKK ¹	210.121.373	222.289.662	234.556.832	244.581.922	+ 16,4
abgerechnete Beträge NÖGKK ¹	282.008.077	286.692.616	291.049.622	289.028.201	+ 2,5
abgerechnete Beträge alle § 2 ASVG-Kassen	1.459.357.031	1.521.370.622	1.590.097.116	1.631.496.814	+ 11,8
¹ nur ärztliche Hilfe					
Quellen: Ärztekostenstatistik des Hauptverbandes, Berechnungen des RH					

Die Zahl der Fälle stieg im Zeitraum 2005 bis 2008 bei den Vertragsärzten gemäß § 2 ASVG österreichweit um 6,6 %, in Vorarlberg um 8,9 %, in Oberösterreich um 6 % und in Niederösterreich um 4,7 %.

Die abgerechneten Beträge (Ausgaben) stiegen bei diesen Kassen österreichweit um 11,8 %, in Vorarlberg um 14 %, in Oberösterreich um 16,4 % und in Niederösterreich um 2,5 %.

(3) Obwohl Leistungsverlagerungen vom stationären in den spitalsambulanten Bereich zu den zentralen Zielen des im Jahr 1997 neu eingeführten Finanzierungssystems gehörten, kam es im Zeitraum 2005 bis 2008 sowohl im niedergelassenen Bereich als auch bei den stationären und insbesondere bei den spitalsambulanten Leistungen zu deutlichen Steigerungen. Die Ausgaben im niedergelassenen Bereich stie-

Kosten- und Leistungsentwicklung von Spitalsambulanzen

gen österreichweit bei den Vertragsärzten gemäß § 2 ASVG um 11,8 % (Tabelle 6), die stationären Endkosten um 18,3 % und die ambulanten Endkosten um 20,3 % (Tabelle 4).

Im Bundesländervergleich war die Steigerung im niedergelassenen Bereich in Niederösterreich mit 2,5 % am geringsten, während dort die stationären Endkosten um 28,9 % und die ambulanten Endkosten mit 41,5 % am deutlichsten anstiegen.

6.2 Nach Ansicht des RH konnte damit das Ziel der Art. 15a-Vereinbarung aus dem Jahr 1997, die überproportionalen Kostensteigerungsraten im Krankenanstaltenbereich einzudämmen, bis zum Jahr 2008 nicht erreicht werden.

6.3 *Die Niederösterreichische Landesregierung hielt den Vergleich der drei Krankenanstalten wegen der unterschiedlichen Versorgungsstrukturen und der durch die Übernahme aller Krankenanstalten durch das Land bedingten Kostensteigerungen für nicht zielführend. Zudem seien im LK St. Pölten deutliche Leistungserweiterungen erfolgt.*

6.4 Die Zahlen aus den Tabellen 4 und 6 belegen, dass sowohl die Kosten für Spitalsleistungen als auch für Leistungen der sozialen Krankenversicherungsträger stark im Steigen begriffen sind und daher die im Jahr 1997 anlässlich des neu eingeführten Finanzierungssystems beschlossenen Ziele nicht erfüllt wurden. Strukturveränderungen wie am Beispiel Niederösterreich zeigen, dass damit nicht unmittelbar Kosten eingespart werden können.

Versorgungspflicht der Spitalsambulanzen

7.1 Die überprüften Krankenanstalten waren gemäß § 26 KAKuG⁷ verpflichtet, Personen, die keiner Aufnahme in stationäre Anstaltspflege bedurften, in allgemeinen öffentlichen Krankenanstalten und öffentlichen Sonderkrankenanstalten ambulant zu untersuchen sowie zu behandeln, wenn eine der sieben in § 26 Abs. 1 KAKuG genannten Fallkonstellationen vorlag.

Das Gesetz sah für die Spitalsambulanzen neben Fällen der Erste-Hilfe-Leistung vor allem eine ergänzende Versorgungsfunktion zur Vermeidung von Versorgungslücken etwa für den Fall vor, dass Geräte benötigt werden, die außerhalb der Anstalt in angemessener Entfernung vom Wohnort des Patienten nicht in geeigneter Weise oder nur in unzureichendem Ausmaß zur Verfügung stehen. Die Krankenanstalten hatten demnach entsprechende ambulante Leistungen vorzuhalten.

⁷ BGBl. Nr. 1/1957 i.d.F. BGBl. I Nr. 124/2009

Sie durften allerdings auch zusätzlich zu den in § 26 Abs. 1 KAKuG genannten Fällen der Versorgungspflicht ambulante Leistungen erbringen. Niedergelassene Ärzte genossen laut Judikatur des OGH⁸ gegenüber den Spitalsambulanzen grundsätzlich keinen Konkurrenzschutz. Vor allem zur Auslastung von in den Krankenanstalten vorhandenen Großgeräten konnten daher auch solche Leistungen spitalsambulant erbracht werden, die auch von niedergelassenen Ärzten angeboten wurden.

Die Krankenanstalten konnten ihr Leistungsangebot oder ihre Geräteausrüstung nicht nach Belieben ändern. Der geltenden Rechtslage entsprechend war vor der Errichtung von neuen Krankenanstalten das bestehende kassenvertragliche Versorgungsangebot im Rahmen einer Bedarfsprüfung zu prüfen. Auch im Falle einer nachträglichen Änderung verlangte das Gesetz⁹ eine Bewilligung der Landesregierung.

7.2 Rechtsträger von Krankenanstalten sind gesetzlich verpflichtet, ambulante Leistungen in einem bestimmten Ausmaß vorzuhalten, wodurch Kosten entstehen. Vielfach waren die Ambulanzen – besonders im Bereich der medizinischen Großgeräte – nicht ausgelastet. Wie aus den Anhängen 2 und 3 sowie aus Tabelle 19 (TZ 23) hervorgeht, können manche Leistungen im spitalsambulanten und manche im niedergelassenen Bereich kostengünstiger erbracht werden.

7.3 *Laut Stellungnahme der VGKK könnten Krankenanstalten in der Praxis ihr Leistungsangebot sehr wohl zum Nachteil der Gebietskrankenkasse ändern, wie das Beispiel der vermehrten Leistungserbringung freiberuflicher Physiotherapeuten in den Einrichtungen des KH Dornbirn zeige.*

Die Niederösterreichische Landesregierung betonte, dass sie mehrmals versucht habe, Kooperationsmodelle mit den Sozialversicherungsträgern durchzuführen und zur besseren Auslastung der Großgeräte diesbezügliche Verträge abzuschließen. Mangels geöffneter Ordinationen würden die Spitalsambulanzen besonders in den Tagesrand-, Nacht- und Wochenendzeiten Ambulanzleistungen ohne entsprechende Abgeltung dieser Leistungsverschiebungen erbringen.

⁸ OGH 4 Ob 150/97f und 4 Ob 148/99i

⁹ vgl. § 4 KAKuG

Versorgungspflicht der Spitalsambulanzen

7.4 Der RH wiederholt seine Ansicht, dass bezogen auf die Errichtung neuer Krankenanstalten ein gewisser Vorrang der bestehenden extramuralen Behandlung gegeben war.¹⁰ Schließlich unterliegen Änderungen im Leistungsangebot einer Krankenanstalt einer Bewilligung der Landesregierung, wobei hier auch die Frage nach dem Bedarf in die Beurteilungen miteinbezogen wird. So ist ein Bedarf grundsätzlich dann nicht mehr anzunehmen, wenn die dem Anstaltszweck und dem in Aussicht genommenen Leistungsangebot entsprechende Versorgung bereits ausreichend gesichert ist. Die Erstellung eines einheitlichen Ambulanzkatalogs kann diese Bedarfsprüfung zusätzlich unterstützen.

Der RH wies ausdrücklich darauf hin, dass jede Leistungsverschiebung zwischen spitalsambulantem und niedergelassenem Bereich eine Neuordnung der Finanzierung gemäß Art. 15a-Vereinbarung zur Folge haben muss.

Durchschnittliche Einnahmen je Spitalspatient

8.1 Im Wesentlichen hängen die Einnahmen einer Krankenanstalt davon ab, ob Patienten stationär, als 1-Tages- bzw. 0-Tages-Patienten aufgenommen oder ambulant behandelt werden.

Tabelle 7: Durchschnittliche Einnahmen je stationären Aufenthalt, 1-Tages- bzw. 0-Tages-Patient und ambulanter Frequenz			
durchschnittliche Einnahmen	LKH Feldkirch	KH Ried	LK St. Pölten
	in EUR ¹		
je stationären Aufenthalt	2.586,81	1.306,39	2.968,65
je 1-Tages-Aufenthalt	1.360,14	628,72	1.132,00
je 0-Tages-Aufenthalt	724,56	306,21	612,38
je ambulanter Frequenz	78,05	23,87	51,31
	in %		
gedeckte Kosten der Ambulanzen ²	77	39	44
¹ bezogen auf Einnahmen über LKF-Abrechnung ² durch Fondsmittel; gerundet			
Quellen: Daten der Krankenanstalten und der Gesundheitsfonds, Berechnungen des RH			

¹⁰ siehe dazu VwGH E 92/11/170 und 176, WBL 1993, 371

Die durchschnittlichen Einnahmen für einen Patienten je stationären Aufenthalt sind rund doppelt so hoch wie für einen Patienten je 1-Tagesaufenthalt, diese rund doppelt so hoch wie jene für einen 0-Tages-Aufenthalt und die Einnahmen je 0-Tages-Aufenthalt sind je Patienten rund zehnmal so hoch wie bei einer ambulanten Frequenz. Die Kosten der Ambulanz – bezahlt aus Fondsmitteln – sind lediglich zu 77 %, 39 % bzw. 44 % gedeckt.

8.2 Wie diese Zahlen belegen, bestanden nach wie vor große finanzielle Anreize für Krankenanstalten, Patienten eher stationär aufzunehmen als ambulant zu behandeln, zumal die Kosten der Spitalsambulanzen am Beispiel der drei angeführten Krankenanstalten bei weitem nicht gedeckt waren. Ebenso war es für die Krankenanstalten finanziell vorteilhaft, Patienten nicht ambulant zu behandeln, sondern als 1-Tages- bzw. 0-Tages-Patienten aufzunehmen.

8.3 *Laut Stellungnahme der Oberösterreichischen Landesregierung bezahle sie für sonstige stationäre Aufnahmen nur mehr eine Tageskomponente von 5 %. Damit solle eine Verschiebung von ambulant zu stationär verhindert werden. Zusätzlich habe sie zur Forcierung der Tagesklinik eine Sonderklassevereinbarung beschlossen.*

Stationäre Aufnahmen für an sich spitalsambulante Untersuchungen

9.1 Das LK Krems nahm, wie auch einige andere Krankenanstalten in Niederösterreich¹¹, im Bereich der CT- und MRT-Leistungen Patienten, die üblicherweise ambulant untersucht werden könnten, als 1-Tages- bzw. 0-Tages-Patienten auf.

Damit erzielte das LK Krems durch die kurzfristige Aufnahme von Patienten Mehreinnahmen von rd. 211.000 EUR.¹² Zudem wurden die Patienten durch die stationäre Aufnahme mit einem täglichen Kostenbeitrag von 10,48 EUR belastet. Nach Ansicht des NÖGUS waren diese Maßnahmen notwendig, weil die Wartezeiten im niedergelassenen Bereich unverhältnismäßig lang waren.

¹¹ Amstetten, Hohegg, Hollabrunn, Amstetten-Mauer, Scheibbs, Lilienfeld, Waidhofen/Thaya

¹² Dies führte zu keiner finanziellen Benachteiligung anderer Krankenanstalten, weil im Rahmen der LKF-Finanzierung zwischen den einzelnen Krankenanstalten ein Ausgleich der Abgangsdeckung stattfindet. Es führte allerdings am Beispiel LK Krems zu Kostensteigerungen von durchschnittlich 400 EUR für CT- und zu jenen von 250 EUR für MRT-Untersuchungen.

Stationäre Aufnahmen für an sich spitals-ambulante Untersuchungen

9.2 Die RH kritisierte die Verlagerung vom ambulanten in den stationären Bereich; nicht zuletzt deswegen, weil dies auch eine finanzielle Mehrbelastung der Patienten bedeutete. Nach Ansicht des RH sollte es zu keinen Wartezeiten kommen, weil die Untersuchungszahlen – sowohl im LK Krems als auch im externen radiologischen Institut (mit CT- und MRT-Gerät) – Reserven für eine ausreichende Versorgungssicherheit beinhalteten.

9.3 *Die Niederösterreichische Landesregierung wies in ihrer Stellungnahme auf die Strategie des Landes hin, Patienten mit der besten medizinischen Behandlungsqualität kostengünstig zu behandeln.*

Entlastungspotenzial für den stationären Bereich

10.1 Ob stationäre Leistungen auch als 1-Tages- bzw. 0-Tages-Fälle bzw. als ambulante Leistungen in den jeweiligen Spitalsambulanzen durchgeführt werden können, hängt neben der Finanzierung auch von den strukturellen und personellen Rahmenbedingungen bzw. vom medizinischen Fortschritt ab.

Die folgende Tabelle zeigt die diesbezüglichen Unterschiede in den drei Krankenanstalten:

Tabelle 8: Anzahl der 1-Tages- bzw. 0-Tages-Patienten und der ambulanten Frequenzen im Jahr 2008			
	LKH Feldkirch	KH Ried	LK St. Pölten
	Anzahl		
bettenführende Abteilungen	20	13	18
stationäre Aufnahmen	36.101	31.355	53.299
1-Tages-Aufnahmen	5.562	4.680	7.169
0-Tages-Aufnahmen	7.586	7.518	8.399
ambulante Frequenzen	251.995	187.059	413.595
	in %		
Anteil 1-Tages- bzw. 0-Tages-Aufnahmen zu stationären Aufnahmen	36,4	38,9	29,2
Quellen: DIAG-Daten des BMG, Daten der Krankenanstalten Feldkirch, Ried und St. Pölten sowie der Gesundheitsfonds, Berechnungen des RH			

Wie aus der Tabelle ersichtlich ist, entlasteten die drei Krankenanstalten ihren stationären Bereich in unterschiedlichem Maß durch 1-Tages- bzw. 0-Tages-Patienten. Der relativ hohe Anteil des KH Ried mit rd. 39 % an Betten entlastenden 1-Tages- bzw. 0-Tages-Patienten

war u.a. auf die hohe Gesamt-Bettenauslastung von nahezu 90 % und auf ein optimiertes Ambulanzmanagement zurückzuführen.

10.2 Nach Ansicht des RH bestand erhebliches Potenzial für eine Verlagerung vom stationären Bereich in den 1-Tages- bzw. 0-Tages- und weiter in den ambulanten Versorgungsbereich. Gemessen an den Daten des KH Ried bestünde im LKH Feldkirch bzw. LK St. Pölten ein Verlagerungspotenzial von rd. 900 bzw. 5.200 Belagstagen. Dies entspräche einem Einsparungspotenzial von rd. 0,5 Mill. EUR bzw. 3,6 Mill. EUR. Es wäre allerdings zu berücksichtigen, dass bei vermehrten ambulanten Leistungen auch zusätzliche Kosten entstehen, die von der Ambulanzauslastung und vom Krankheitsbild des Patienten abhängen.

10.3 *Die Niederösterreichische Landesregierung hielt das Einsparungspotenzial von 3,6 Mill. EUR für nicht nachvollziehbar, weil – wie der RH selbst angeführt habe – die Mehrkosten in der Ambulanz nicht in Betracht gezogen worden seien. Ziel des Landes sei es aber, den stationären Bereich zu entlasten und Patienten vermehrt ambulant bzw. tagesklinisch zu behandeln.*

10.4 Mit der Entwicklung einer bundesweit einheitlichen Dokumentation ambulanter Leistungen im intra- und extramuralen Bereich ist auch das Ziel verbunden, die Spitalsambulanzen zugunsten des niedergelassenen Bereichs zu entlasten (TZ 4). Insoweit wäre das Einsparungspotenzial von 0,5 Mill. EUR bzw. 3,6 Mill. EUR durchaus denkbar.

Präoperative Abklärung der Patienten außerhalb der Krankenanstalt

11.1 (1) Patienten benötigen vor jeder Operation eine medizinische Abklärung. Diese beinhaltet neben der vorbereitenden fachmedizinischen Diagnostik zumeist ein EKG, ein Blutbild und ein Thoraxröntgen (Röntgen des Brustkorbs).

Aufgrund der derzeitigen Krankenanstaltenfinanzierung und der damit verbundenen niedrigen Kostendeckungsgrade in den Spitalsambulanzen bestand ein verstärkter Anreiz für die Krankenanstalten, diese Leistungen in den niedergelassenen Bereich auszulagern.¹³

Zum Zweck der Quantifizierung dieser Anteile überprüfte der RH anhand der Operationen im LKH Feldkirch, im KH Ried, im LK St. Pölten und im LK Krems im Monat März 2008 die Abrechnungen des ersten Quartals der zuständigen Gebietskrankenkassen dahingehend, ob eine der drei präoperativen Diagnosen beim jeweiligen Operationsfall verrechnet wurde. Das Ergebnis ist in der folgenden Tabelle zusammengefasst:

¹³ vgl. dazu Rebhan: Voraussetzung und Rechtsfolgen der Auslagerung bei Anstaltspflege; Tomandl (Hrsg.): Schnittstelle Krankenversicherungs- und Krankenanstaltenrecht 2004, S. 24 f.

Präoperative Abklärung der Patienten außerhalb der Krankenanstalt

Tabelle 9: Anteil der extramuralen Diagnosen an den OP-Zahlen			
	Labor	EKG	radiologische Diagnostik
	in %		
LKH Feldkirch	30	11	7
KH Ried	38	27	5
LK St. Pölten	98	68	46
LK Krems	96	62	62

Quellen: Daten der Gebietskrankenkassen und Krankenanstalten, Berechnungen des RH

Die Zahlen legen nahe, dass in den überprüften Ländern die präoperativen Untersuchungen in unterschiedlichem Ausmaß an den niedergelassenen Bereich ausgelagert wurden. In Niederösterreich waren die Hinweise auf die Verlagerung der Leistungen in den Krankenversicherungsbereich besonders auffällig. So schwankte der Anteil der extramuralen Diagnosen an den OP-Zahlen bei den Laboruntersuchungen zwischen 30 % beim LKH Feldkirch und 98 % beim LK St. Pölten, beim EKG zwischen 11 % beim LKH Feldkirch und 68 % beim LK St. Pölten sowie bei der radiologischen Diagnostik zwischen 5 % beim KH Ried und 62 % beim LK Krems.

In Niederösterreich ersparte sich der Rechtsträger je Fall ca. 30 EUR; im Gegenzug wurde die NÖGKK mit ca. 80 EUR je Fall belastet.

Die präoperative Abklärung außerhalb des Krankenhauses wird überwiegend von jenen Fächern veranlasst, die ihre Eingriffe zeitlich steuern können (z.B. Orthopädie).

(2) Reformpoolprojekte wie „Präoperative Befundung“ in Salzburg und „Präoperative Diagnostik“ in Vorarlberg wurden in die Wege geleitet, um routinemäßig durchgeführte, aber medizinisch nicht notwendige Untersuchungen vor geplanten Operationen zu vermeiden. Nach einer Studie der Salzburger Landeskliniken¹⁴ zeigten sich enorme Einsparungspotenziale, wonach bis zu 72 % weniger Laboruntersuchungen, bis zu 47 % weniger EKG und bis zu 84 % weniger Thoraxröntgen vorgenommen werden könnten.

¹⁴ Gemeinnützige Salzburger Landeskliniken Betriebsgesellschaft mbH

Das Salzburger Modell der „Präoperativen Befundung“ soll laut einem Beschluss der Bundesgesundheitskommission vom 22. Juni 2009 in Zukunft österreichweit Anwendung finden; eine entsprechende Richtlinie ist in Arbeit.¹⁵

- 11.2** Dem RH schien dieses Modell der präoperativen Abklärung geeignet, nicht zwingend notwendige Befunde zu vermeiden und dadurch Einsparungen zu erzielen. Überdies sollten durch eine Leistungserbringung durch jenen Träger, der dies kosteneffizienter durchführt, Einsparungspotenziale gehoben werden.

Er empfahl dem BMG, die Richtlinie der Bundesgesundheitskommission für „Präoperative Befundung“ fertigzustellen. Den Ländern empfahl der RH, nach Fertigstellung der Richtlinie dieses Modell zu übernehmen und in die Praxis umzusetzen.

- 11.3** *Laut Stellungnahme der Vorarlberger Landesregierung sei die präoperative Diagnostik im Rahmen eines Pilotprojekts bereits vor Jahren in allen Abteilungen der Krankenanstalten untereinander abgestimmt und auf die – nach dem Stand der medizinischen Wissenschaft – unbedingt notwendige Befundung reduziert worden. Sollte die österreichweite Richtlinie vorliegen, werde das Land erforderliche Anpassungen vornehmen.*

Die Niederösterreichische Landesregierung sagte in ihrer Stellungnahme zu, bei Vorliegen der entsprechenden Richtlinie des Bundes deren Inhalte in die Praxis umzusetzen.

Laut Stellungnahme der VGKK werde die im Land erarbeitete Vorgangsweise zur präoperativen Befundung von den Krankenanstalten in unterschiedlichem Ausmaß umgesetzt. Präoperative Befundungen sollten dort vorgenommen werden, wo sie am kostengünstigsten zu erbringen sind.

Öffnungszeiten der Spitalsambulanzen und Ordinationen

- 12.1** (1) Die ausreichende Versorgung der Versicherten mit den gesetzlich und satzungsmäßig vorgesehenen Leistungen ist gemäß § 338 Abs. 2 ASVG durch Verträge der sozialen Krankenversicherungsträger mit den niedergelassenen Ärzten sicherzustellen. Die in diesen Verträgen je nach Fachgruppe festgelegten Mindestöffnungszeiten der Ordinationen beliefen sich jedoch auf nicht mehr als 20 Wochenstunden.¹⁶

¹⁵ Sie soll sich – wie auch das Projekt in Salzburg – inhaltlich an den Leitlinien der Österreichischen Gesellschaft für Anästhesiologie, Reanimation und Intensivmedizin (ÖGARI) orientieren.

¹⁶ Unabhängig davon besteht in dringlichen Fällen eine Verpflichtung der Vertragsärzte, Behandlungen auch außerhalb der Ordinationszeiten vorzunehmen.

Öffnungszeiten der Spitalsambulanzen und Ordinationen

Um die ärztliche Versorgung der Bevölkerung in der ordinationsfreien Zeit sicherzustellen, war in allen drei Bundesländern ein Bereitschaftsdienst – allerdings nur für Allgemeinmediziner – eingerichtet. Da die sozialen Krankenversicherungsträger die Ärztebereitschaft nur am Wochenende bezahlen, wurde der Dienst an Wochentagen aus Landesmitteln finanziert.

In Vorarlberg war die Inanspruchnahme dieses ärztlichen Bereitschaftsdienstes an Wochentagen über die letzten zehn Jahre hinweg deutlich rückläufig (minus 47,67 %). Es gab in Vorarlberg im Gegensatz zu den beiden anderen Ländern keinen zentralen Ärztenotruf unter der bundesweit dafür vorgesehenen Telefonnummer 141.

Im Gegensatz zum niedergelassenen Bereich steht eine fachspezifische medizinische (Notfall-)Versorgung in den Ambulanzen der Krankenanstalten rund um die Uhr zur Verfügung. In welchem Ausmaß die Spitalsambulanzen zwischen 15:00 Uhr und 6:30 Uhr – also außerhalb ihrer Regelbetriebszeit – frequentiert wurden, zeigen die folgenden Tabellen:

Tabelle 10: Ambulante Frequenzen außerhalb der Regelbetriebszeit an Wochentagen			
Ambulanzen	LKH Feldkirch¹	KH Ried	LK St. Pölten
	in %		
Chirurgie	12,2	0,7	5,7
Gynäkologie/Geburtshilfe	13,0	3,4	14,6
Innere Medizin	16,4	2,3	44,3
Kinderheilkunde	15,1	8,8	31,6
Unfallchirurgie	21,8	11,6	39,2

¹ Daten hochgerechnet, weil nur Notfälle und Erstaufnahmen erfasst werden

Quellen: Daten der Krankenanstalten, Berechnungen des RH

**Tabelle 11: Ambulante Frequenzen außerhalb der Regelbetriebszeit
an Samstagen und Sonntagen**

Ambulanzen	LKH Feldkirch ¹	KH Ried ²	LK St. Pölten
	in %		
Chirurgie	50,3	1,1	22,7
Gynäkologie/Geburtshilfe	45,2	7,0	32,3
Innere Medizin	50,4	0,6	45,6
Kinderheilkunde	52,5	13,3	37,5
Unfallchirurgie	48,5	12,9	40,2

¹ Daten hochgerechnet, weil nur Notfälle und Erstaufnahmen erfasst werden
² in 24 Stunden

Quellen: Daten der Krankenanstalten, Berechnungen des RH

Die zum Teil hohe Inanspruchnahme der Spitalsambulanzen außerhalb der Regelbetriebszeit ließ sich nach Ansicht von Ärzten insbesondere mit deren im Vergleich zum niedergelassenen Bereich attraktiveren Öffnungszeiten, kürzeren Wartezeiten und umfangreicheren Untersuchungen sowie vermehrten Bagatellfällen, insbesondere während der Nachtdienste, erklären.

(2) Die nachstehende Tabelle zeigt eine unterschiedlich hohe Facharzt-dichte im niedergelassenen Bereich im Einzugsgebiet der drei Krankenanstalten:

**Tabelle 12: Anzahl der niedergelassenen Fachärzte/Vertragsfachärzte¹ je
100.000 Einwohner**

Fachärzte	Feldkirch	Ried im Innkreis	St. Pölten Stadt und Land
	Anzahl		
Chirurgie	4,1/1,0	5,1/1,7	4,0/1,1
Gynäkologie/Geburtshilfe	11,2/5,1	10,2/3,4	8,6/3,4
Innere Medizin	17,2/9,1	10,2/3,4	8,6/3,4
Kinderheilkunde	4,1/3,0	5,1/3,4	2,9/1,7
Unfallchirurgie	2,0/0,0	1,7/0,0	4,6/0,6

¹ Ärzte mit Vertrag gemäß § 2 ASVG

Quellen: Statistik Austria, Vertragspartnerdatenbank des Hauptverbandes, Berechnungen des RH

Öffnungszeiten der Spitalsambulanzen und Ordinationen

In Feldkirch bestand in den Bereichen Innere Medizin und Gynäkologie/Geburtshilfe mit 9,1 bzw. 5,1 Vertragsfachärzten je 100.000 Einwohner nicht nur die höchste Facharztdichte, gleichzeitig wurden aber auch die Spitalsambulanzen besonders häufig frequentiert. Die Zahlen belegen, dass Krankenanstalten, in deren Umkreis auch viele niedergelassene Fachärzte tätig waren, deshalb nicht weniger ambulante Frequenzen verzeichneten.

- 12.2** Nach Ansicht des RH ist es vor allem von der Aufnahmepraxis der in den Ambulanzen tätigen Ärzte und von der Kooperation mit den niedergelassenen Allgemeinmediziner (Hausärzten) abhängig, ob Patienten in der Spitalsambulanz versorgt werden. Dies erklärte die niedrige Inanspruchnahme der Spitalsambulanzen des KH Ried. In diesem Zusammenhang wies der RH auf das Potenzial eines funktionierenden ärztlichen Bereitschaftsdienstes hin, die Spitalsambulanzen zumindest im Bereich von Bagatellfällen zu entlasten.

Vor diesem Hintergrund empfahl er dem Land Vorarlberg, einen zentralen Ärztenotruf einzuführen.

Dem Land Niederösterreich empfahl der RH, Analysen durchzuführen, welche die relativ hohe Inanspruchnahme der Spitalsambulanzen im LK St. Pölten klären sollen.

- 12.3** *Laut Stellungnahme der Vorarlberger Landesregierung werde in einer Arbeitsgruppe die Einrichtung eines zentralen Notrufs für den niedergelassenen Bereich geprüft.*

Laut Stellungnahme der Niederösterreichischen Landesregierung werde die Inanspruchnahme der Spitalsambulanzen im LK St. Pölten im Detail analysiert.

Laut Stellungnahme der VGKK könnte die Aufrechterhaltung eines Bereitschaftsdienstes im niedergelassenen Bereich durch das Land kostenmäßig aufwendiger sein als die Inanspruchnahme der bestehenden Spitalsambulanzen vor allem, wenn die zusätzlichen Aufwendungen nur zu Grenzkosten entstehen.

In ihrer Stellungnahme wies die NÖGKK darauf hin, dass Ärzte auch über die vertraglich zu meldenden Öffnungszeiten hinaus tätig seien und Spitalsambulanzen in der Regel nur am Vormittag (mit Ausnahme von Notfällen) geöffnet hätten.

Laut Stellungnahme des Hauptverbandes hätte die ausgewiesene Facharztdichte in Tabelle 12 entsprechend der aktuellen Planungsmethodik des REGIOMED nach Vollzeitäquivalenten anhand der e-card-Konsultationen erfolgen sollen.

- 12.4** Der RH erwiderte der NÖGKK, dass ihm bekannt ist, dass die Vertragsärzte ihre vertraglich vereinbarten Mindestwochenstunden fast ausnahmslos überschritten. Die Aufnahme der Durchschnittswerte einzelner Fachgruppen war ihm nicht möglich, weil es dazu weder bei der jeweiligen Ärztekammer noch bei den sozialen Krankenversicherungsträgern verlässliche Aufzeichnungen gab.

Zur Stellungnahme des Hauptverbandes war nach Ansicht des RH für die Feststellung, dass es regional sehr unterschiedliche Versorgungsdichten an ambulanten Angeboten gab, die Darstellung der Anzahl niedergelassener Fachärzte/§ 2 ASVG-Vertragsfachärzte je 100.000 Einwohner – also nach Köpfen – ausreichend. Außerdem stellte der RH für den Vergleich der Facharztdichte zusätzlich zur Anzahl der § 2 ASVG-Vertragsfachärzte auch die Anzahl der Wahlärzte (Fachärzte) dar und stellte diese den Einwohnerzahlen der die betreffenden Krankenanstalten umgebenden politischen Bezirke gegenüber.

Die Ergebnisse zeigten, dass bspw. im Bezirk Feldkirch neben einer außergewöhnlich hohen Anzahl von Fachärzten der Inneren Medizin auch sehr hohe Frequenzen in der Spitalsambulanz des LKH Feldkirch zu verzeichnen waren.

Leistungszusammenhang zwischen hohem Ambulanzangebot und hoher Facharztdichte

- 13.1** Die OÖGKK überprüfte im Jahr 2008 den möglichen Zusammenhang zwischen zahlreichen Facharztfällen und Krankenhausaufenthalten sowie Spitalsambulanzfällen. Sie kam dabei zum Ergebnis, dass in den Bezirken mit einer hohen Anzahl von Fachärzten auch signifikant viele Krankenhausaufenthalte und Ambulanzfälle zu verzeichnen waren. Besonders in den Ballungsräumen Linz, Wels und Steyr, die ein hohes Angebot an Gesundheitsleistungen aufwiesen, war die Inanspruchnahme sowohl von Ordinations- als auch Spitalsambulanzleistungen am größten.

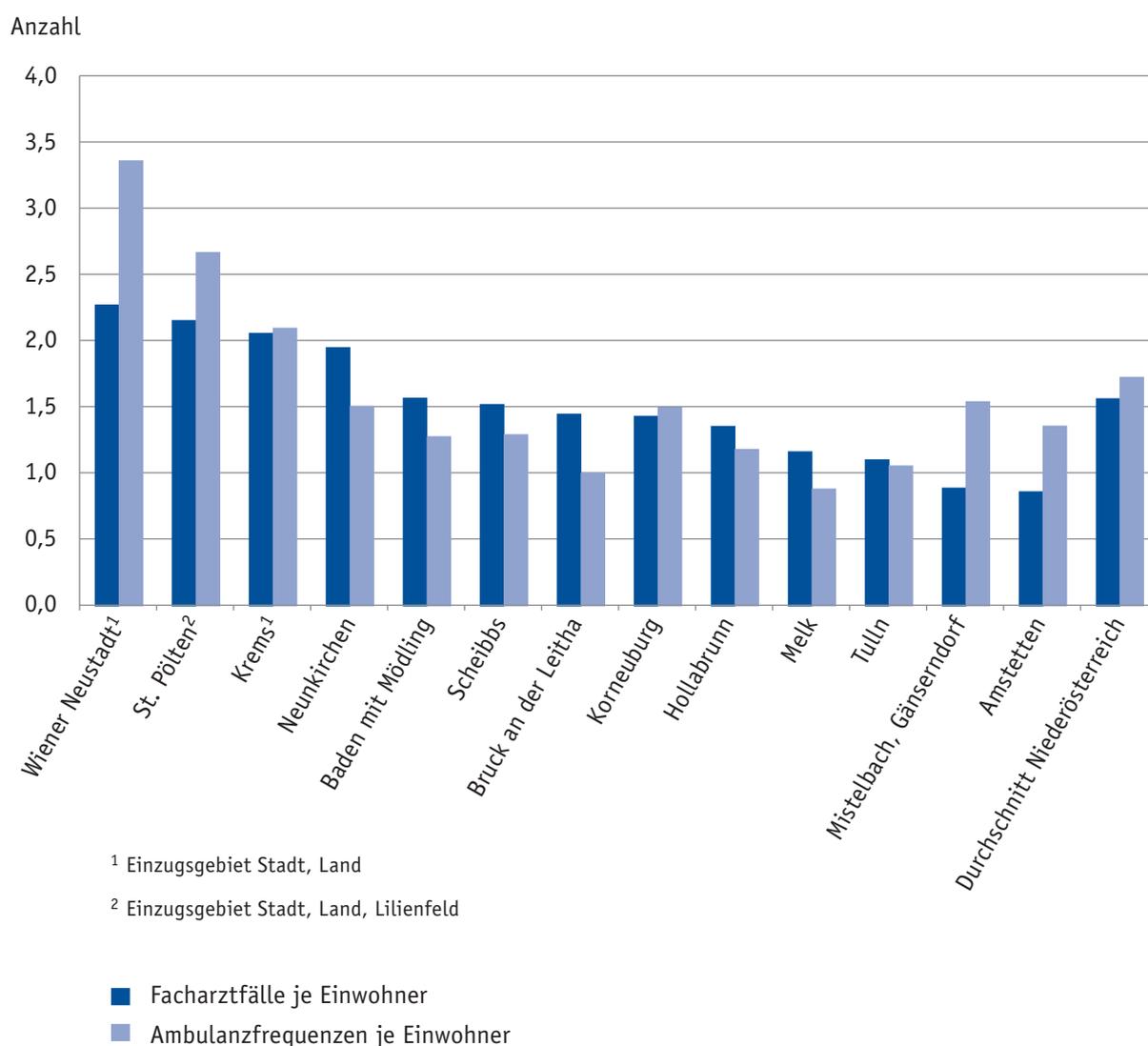
Der RH überprüfte, ob es einen derartigen Zusammenhang auch in Niederösterreich gab.¹⁷ Zu diesem Zweck erhob er auf den jeweiligen Wohnbezirk bezogen die Anzahl der Besuche bei den niedergelas-

¹⁷ Vorarlberg bot sich wegen der eng zusammenliegenden Ballungszentren und der topografischen Gegebenheiten für einen Vergleich nicht an.

Leistungszusammenhang zwischen hohem Ambulanzangebot und hoher Facharztdichte

senen Fachärzten und der spitalsambulanten Frequenzen.¹⁸ Es zeigte sich, dass auch in Niederösterreich – wenngleich nicht so ausgeprägt wie in Oberösterreich – in den Ballungsräumen mehr Gesundheitsleistungen sowohl in den Ambulanzen als auch in den Ordinationen erbracht wurden.

Abbildung 2: Inanspruchnahme fachärztlicher und ambulanter Leistungen nach Wohnbezirken



¹⁸ Es wurde auch die Anzahl der Besuche der Allgemeinmediziner erfasst – mit ähnlichem Ergebnis.

Finanzierung und Kosten von Leistungen in Spitalsambulanzen und Ordinationen**Grund- und OP-Leistungen in den Spitalsambulanzen**

13.2 Die Ergebnisse dieser Erhebung sprachen nach Auffassung des RH auch in Niederösterreich für eine angebotsinduzierte Nachfrage in den Ballungszentren. Der RH verwies auch in diesem Zusammenhang auf seine Empfehlung, eine integrierte Versorgungsplanung rasch abzuschließen.

13.3 *Laut Stellungnahme des Hauptverbandes würden sich seine diesbezüglichen Erfahrungen mit den Feststellungen des RH decken.*

14.1 In den Spitalsambulanzen werden nicht nur Grundleistungen, sondern auch Operationen erbracht, die ebenso im niedergelassenen Bereich erbracht werden könnten und damit den spitalsambulanten Bereich entlasten würden.

Obwohl im Umfeld der Krankenanstalt ausreichend niedergelassene Fachärzte mit Vertrag gemäß § 2 ASVG eine Ordination führten, wurden einige dieser Leistungen besonders häufig erbracht, wie bspw. im Bereich der HNO¹⁹ (rd. 3.700 pro Jahr) oder im Bereich der Urologie²⁰ (rd. 390 pro Jahr).

14.2 Nach Ansicht des RH könnte der intramurale Bereich entlastet werden, indem ambulante Leistungen, die nicht notwendigerweise eine Spitalsambulanz erbringen müsste, vom niedergelassenen Bereich übernommen werden, sofern diese Leistungen dort kostengünstiger erbracht werden können.

14.3 *Laut den Stellungnahmen der VGKK und der Niederösterreichischen Landesregierung erfordere jede Leistungsverschiebung eine Neuordnung der Finanzierung und geeignete Mechanismen für einen gesicherten Mitteltransfer.*

14.4 Der RH sah dafür einen Reformbedarf bei der Regelung der Krankenanstaltenfinanzierung im Rahmen der Art. 15a-Vereinbarung ab 2013.

¹⁹ otomikroskopische Untersuchungen

²⁰ suprapubische Punktionscystostomie

Zuweisungspraxis zu Spitalsambulanzen

15.1 Spitalsambulanzen waren durch Nachbehandlungen²¹ höher belastet als durch Erstbehandlungen²². Nachbehandlungen werden in der Regel während der regulären Ambulanzzeiten durchgeführt und erfordern damit höhere Personalressourcen. Beispielsweise lag beim LKH Feldkirch der Anteil an Nachbehandlungen von rd. 9.400 bei rd. 56 % der gesamten ambulanten Frequenzen der internen Ambulanz.

Tabelle 13: Zuweisungsart und –frequenz in Spitalsambulanzen¹			
Ambulanzen	LKH Feldkirch	KH Ried	LK Krems²
	Anzahl		
Gynäkologie/Geburtshilfe	7.254	5.182	2.597
<i>davon</i>			
<i>Erstbehandlung</i>	2.735	2.042	1.107
<i>Nachbehandlung</i>	4.519	3.140	1.490
Interne Medizin	16.706	11.679	7.776
<i>davon</i>			
<i>Erstbehandlung</i>	7.291	4.557	5.701
<i>Nachbehandlung</i>	9.415	7.122	2.075
Chirurgie	9.044	5.590	5.628
<i>davon</i>			
<i>Erstbehandlung</i>	3.629	2.744	2.965
<i>Nachbehandlung</i>	5.415	2.846	2.663
Kinderheilkunde	7.203	1.804	3.723
<i>davon</i>			
<i>Erstbehandlung</i>	3.573	1.074	3.082
<i>Nachbehandlung</i>	3.630	730	641

¹ Gezählt wurden ausschließlich Patienten und nicht auch eingesandte Laborproben oder Ähnliches.

² Die Daten waren im LK St. Pölten nicht in der notwendigen Aufbereitung vorhanden; stattdessen wurde für Niederösterreich das LK Krems herangezogen (Halbjahresdaten 2009).

Die Krankenanstalten gaben zu bedenken, dass bei einer allfälligen Reduktion der Ambulanzfälle ein mögliches Qualitäts- und Ausbildungsrisiko auftreten könnte.

²¹ von der Spitalsambulanz angeordnete Untersuchungen/Behandlungen

²² Notfälle, Zuweisungen durch niedergelassene Ärzte

- 15.2** Um den spitalsambulanten Bereich zu entlasten, sollten Nachbehandlungen – soweit medizinisch vertretbar – vermehrt im niedergelassenen Bereich stattfinden, wenn die Leistung bei gleicher Behandlungsqualität dort kostengünstiger erbracht werden kann. Wenn nur die Hälfte der in Tabelle 13 genannten Nachbehandlungen im niedergelassenen Bereich möglich wäre, könnten Leistungen im finanziellen Umfang von jährlich rd. 2,4 Mill. EUR (LKH Feldkirch), rd. 0,7 Mill. EUR (KH Ried) und rd. 0,6 Mill. EUR (LK Krems) in den niedergelassenen Bereich verlagert werden.

Der RH empfahl den Ländern, das Einsparungspotenzial an ambulanten Nachbehandlungen mit den verantwortlichen Spitalsärzten zu evaluieren und eine Verlagerung in den niedergelassenen Bereich in jenen Fällen anzustreben, in denen diese Leistungen dort günstiger erbracht werden könnten.

Dazu wäre auch ein Dialog mit Vertretern des niedergelassenen Ärztebereichs notwendig, in dem nicht nur die Bereitschaft zur Leistungsübernahme geklärt werden könnte, sondern auch die Rahmenbedingungen, wie bspw. die Weiterleitung der Befunde durch die Spitalsambulanzen.

- 15.3** *Die Vorarlberger Landesregierung hielt die Verlagerung ambulanter Nachbehandlungen in den niedergelassenen Bereich grundsätzlich für sinnvoll, wenn die Leistung bei gleicher Behandlungsqualität dort kostengünstiger erbracht werden kann. Es setze aber auch die Bereitschaft der niedergelassenen Leistungserbringer und extramuraler Kostenträger voraus, die Nachsorgeleistungen zu übernehmen.*

Die Oberösterreichische und Niederösterreichische Landesregierung hielten erst nach Einführung des Katalogs ambulanter Leistungen eine Analyse, welche ambulanten Leistungsbündel künftig sinnvollerweise im intra- oder extramuralen Bereich erbracht werden könnten, für möglich.

Die OÖGKK, die NÖGKK, die BVA und der Hauptverband wiesen darauf hin, dass vom spitalsambulanten Bereich ausgelagerte Leistungen gesondert, bspw. durch LKF-Mittel, finanziert werden müssten.

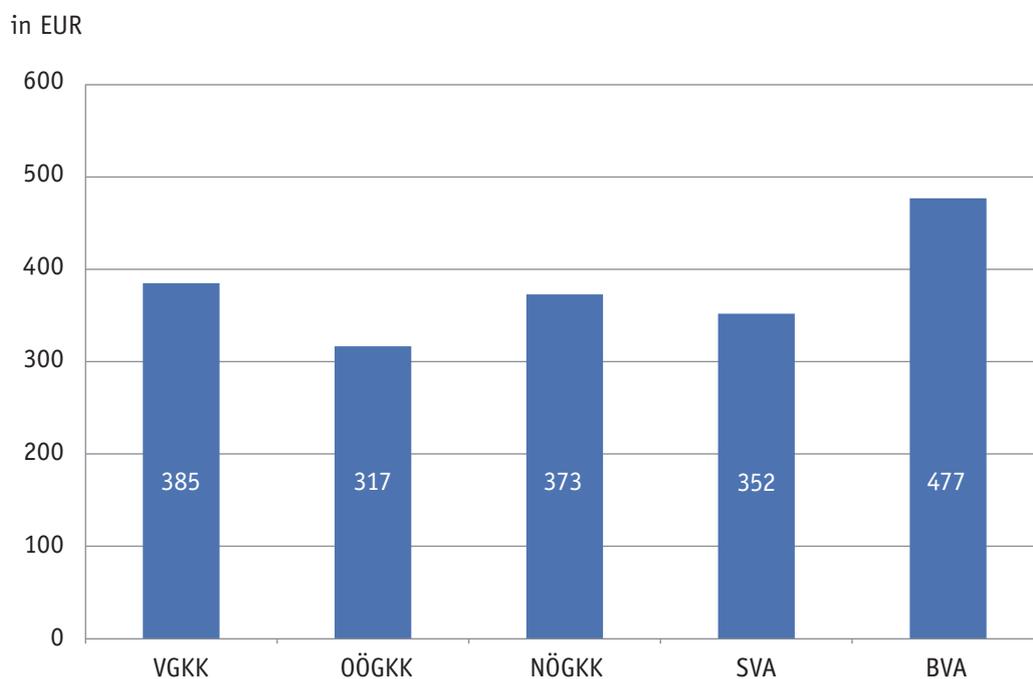
- 15.4** Der RH wiederholte seine Empfehlung, die Steuerung der Geldmittel zur Finanzierung der Krankenanstalten im Rahmen der neuen Art. 15a-Vereinbarung ab dem Jahr 2013 neu zu regeln (TZ 7).

Allgemeines zur Finanzierung und Leistung des niedergelassenen Bereichs

16.1 Von den fünf überprüften Krankenversicherungsträgern erzielten im Jahr 2008 die BVA (rd. 48,5 Mill. EUR) und die OÖGKK (rd. 2,3 Mill. EUR) Bilanzgewinne, die übrigen drei verzeichneten Bilanzverluste, und zwar die VGKK rd. 9 Mill. EUR, die SVA rd. 10,3 Mill. EUR und die NÖGKK rd. 28,3 Mill. EUR. Dies entsprach einem Verlust je Anspruchsberechtigten²³ von rd. 16 EUR bei der SVA, rd. 25 EUR bei der NÖGKK und rd. 29 EUR bei der VGKK.

Die überprüften Krankenversicherungsträger wiesen auch unterschiedlich hohe Ausgaben für die ärztliche Hilfe auf, wie die nachstehende Abbildung zeigt:

Abbildung 3: Ärztliche Hilfe je Anspruchsberechtigten



16.2 Der RH stellte fest, dass von den fünf überprüften Krankenversicherungsträgern die BVA nicht nur die höchsten Gewinne erzielte, sondern auch die höchsten Ausgaben für die ärztliche Hilfe je Anspruchsberechtigten verzeichnete.

²³ Versicherte und ihre mitversicherten Angehörigen

Weiters wies die OÖGKK zwar die niedrigsten Ausgaben je Anspruchsberechtigten für die ärztliche Hilfe auf, verzeichnete jedoch im Vergleich zur VGKK (+ 14 %) und zur NÖGKK (+ 2,5 %) mit 16,4 % die höchste Ausgabensteigerung bei den abgerechneten Beträgen (Tabelle 6, TZ 6).

- 16.3** *Laut den Stellungnahmen der VGKK und der NÖGKK beruhe die Kennzahl, welche die Ausgaben für die ärztliche Hilfe darstellt, auf den Erträgen und sei somit für die Messung eines Erfolgs über die Wirtschaftlichkeit eines Krankenversicherungsträgers nicht geeignet. Zudem führe eine isolierte Betrachtung der Ausgaben für ärztliche Hilfe auf die Wechselwirkung von intra- und extramuraler Leistungserbringung zu keinem objektiven Ergebnis.*

So verzeichne bspw. Oberösterreich bei nahezu gleichen Ausgaben je Anspruchsberechtigten im Gegensatz zu Niederösterreich weniger Ausgaben im extramuralem Bereich, weil dafür im intramuralen Bereich mehr Ausgaben je Anspruchsberechtigten getätigt würden.

- 16.4** Der RH hielt fest, dass eine Vergleichsrechnung über alle Krankenversicherungsträger einheitlich erfolgte und zusammen mit der Tabelle 6 (Anzahl der Fälle und abgerechnete Beträge bei den Gebietskrankenkassen im niedergelassenen Bereich) erkennbar war, welche Krankenversicherungsträger aus Gründen der Wirtschaftlichkeit eher dem Gebot der Sparsamkeit Folge leisten sollten; somit war dieser Vergleich nach Ansicht des RH zulässig.

Dem RH ist die Wechselwirkung zwischen extra- und intramuralem Bereich mit seinen finanziellen Auswirkungen bewusst. Die Ergebnisse aus den umfassenden Darstellungen des RH unter TZ 6, Tabellen 4 bis 6 (Kosten- und Leistungsentwicklung), TZ 12, Tabellen 10 und 11 (ambulante Frequenzen außerhalb der Regelbetriebszeit), sowie TZ 13 (Leistungszusammenhang zwischen hohem Ambulanzangebot und hoher Facharztdichte) sind Ausdruck fehlender umfassender Steuerungsinstrumente sowie unterschiedlicher Bereitschaft zu Kooperationsgesprächen zwischen dem jeweiligen Land und der Gebietskrankenkasse.

Leistungsverschiebungen zwischen intra- und extramuralem Bereich müssten im Rahmen der Art. 15a-Vereinbarung entsprechend finanziell berücksichtigt werden.

Honorarordnungen der sozialen Krankenversiche- rungsträger

17.1 Die sozialen Krankenversicherungsträger mussten ihre Anspruchsberechtigten mit den Leistungen der Krankenbehandlung ausreichend versorgen (§ 133 ASVG). Die Beziehungen zwischen den sozialen Krankenversicherungsträgern und den freiberuflich tätigen Ärzten wurden in Gesamtverträgen geregelt, die der Hauptverband – für die sozialen Krankenversicherungsträger – mit den örtlich zuständigen Ärztekammern abschloss.

Einen Bestandteil der erwähnten Gesamtverträge bildeten die Honorarordnungen. Sie fassten die Vereinbarungen über die Vergütung der ärztlichen Leistungen zusammen. Nach den gesetzlichen Vorgaben mussten einerseits die Vertragsärzte für ihre Tätigkeit nach Einzelleistungen honoriert und sollten andererseits die Ausgaben der sozialen Krankenversicherungsträger begrenzt werden.

Die Strukturen der Honorarordnungssysteme der überprüften sozialen Krankenversicherungsträger waren äußerst unterschiedlich:

- Es gab generell die Differenzierung in Grundleistungen (Ordinationen, Visiten etc.) und Sonderleistungen (Magenspiegelungen, Mammographien etc.). Schon in dieser Differenzierung unterschieden sich die Honorarordnungen der überprüften sozialen Krankenversicherungsträger. Zum Beispiel gehörten Befundberichte bei der NÖGKK zu den Grundleistungen, bei der OÖGKK zu den Sonderleistungen.
- Die Honorierung der Grundleistung war unterschiedlich. Die BVA, SVA und VGKK vergüteten jede ärztliche Einzelleistung. Im Gegensatz dazu erhielt ein Vertragsarzt der NÖGKK eine Grundvergütung, eine so genannte große Ordination oder eine Ordination mit eingeschränktem Leistungsumfang sowie ein etwaiges Sonderleistungshonorar. Ein Vertragsarzt der OÖGKK erhielt eine Grundleistungsvergütung, unter Umständen eine Ordination sowie ein etwaiges Sonderleistungshonorar. Für die Abrechnung von Ordinationen verwendeten die NÖGKK und die OÖGKK verschiedene Begrenzungsregeln.
- Alle fünf überprüften sozialen Krankenversicherungsträger versuchten, das Maß des Notwendigen überschreitende Krankenbehandlungen zu verhindern. Dafür wendete die OÖGKK bspw. zahlreiche Pauschalierungen, Degressionen, Limitierungen von Sonderleistungen, Honorarlimitierungen und Indikationsregelungen, welche die Verrechenbarkeit einer Leistung auf eine bestimmte Diagnose beschränkten, an. Die Grundleistungsvergütung z.B. nahm bei der OÖGKK mit steigender Patientenzahl ab, so dass ein Vertragsarzt

der Allgemeinmedizin für seine ersten 500 Fälle rd. 24 EUR und dann, mit fallenden Beträgen, ab dem 1.101. Fall nur mehr 4,32 EUR pro Fall erhielt.

- Die VGKK begrenzte ihre Ausgaben für die ärztliche Hilfe mit der so genannten Gesamtvergütung und leistete hiefür in jedem Kalenderjahr einen definierten Prozentsatz von den Beitragseinnahmen. Im Ergebnis gab sie rd. 27 % ihrer Erträge für die ärztliche Hilfe aus, während die OÖGKK rd. 21 %, die SVA rd. 29 % sowie die NÖGKK und die BVA jeweils rd. 25 % ihrer Erträge für die ärztliche Hilfe ausgaben. Außerdem nahm die Ärztekammer für Vorarlberg gemeinsam mit der VGKK die Abrechnung vor.
- Die Honorarordnungen enthielten nicht dieselben Leistungen.
- Die BVA rechnete grundsätzlich monatlich ab, während die übrigen sozialen Krankenversicherungsträger vierteljährlich abrechneten.

Auf welcher Basis die Tarife in ihre Honorarordnungen Eingang gefunden hatten, konnten die überprüften sozialen Krankenversicherungsträger nicht mehr nachvollziehen. Jedenfalls waren Tarife eher das Ergebnis von Verhandlungen als das Abbild der tatsächlichen Kostensituation im niedergelassenen Bereich. Erst in den letzten Jahren nahmen die überprüften Krankenversicherungsträger einen Tarif für eine neue ärztliche Leistung nur noch dann in ihre Honorarordnungen auf, wenn entsprechende Kalkulationsgrundlagen vorlagen.

17.2 Der RH anerkannte die Bemühungen der überprüften Krankenversicherungsträger um eine Verhinderung unökonomischer Behandlungen. So gab bspw. die OÖGKK nur rd. 21 % ihres Ertrags für ärztliche Hilfe aus.

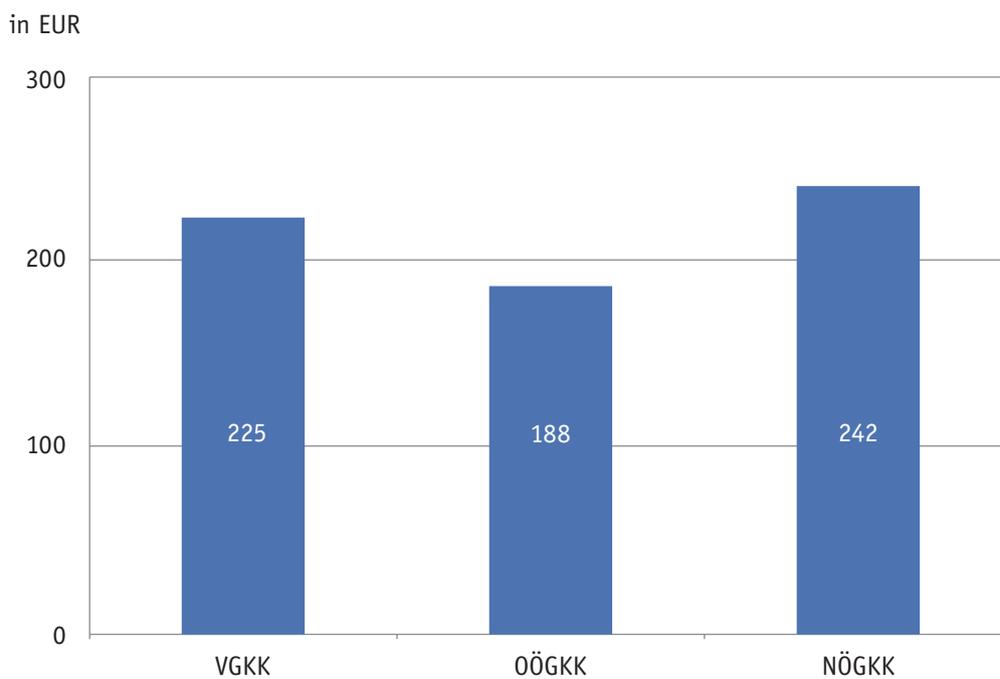
Er bewertete auch die Entwicklung der jüngsten Zeit positiv, wonach die Tarife für die neuen ärztlichen Leistungen in den meisten Fällen dann Eingang in die Honorarordnungen fanden, wenn die entsprechenden Kostenkalkulationen existierten. Diese Kalkulationen machten die Kostensituation im niedergelassenen Bereich transparent und erleichterten den Vergleich mit dem Spitalsbereich. Der RH empfahl den Krankenversicherungsträgern, diesen Weg fortzuführen.

Vertragsärztedichte 18.1 Die nachstehende Tabelle zeigt die Vertragsärztedichte der drei überprüften Gebietskrankenkassen:

Tabelle 14: Vertragsärztedichte je 100.000 Anspruchsberechtigte			
	VGKK	OÖGKK	NÖGKK
	Anzahl		
Allgemeinmediziner	51	57	68
Fachärzte	50	36	41
insgesamt	101	93	109
Quellen: Berechnungen des RH			

Aus der folgenden Abbildung können die Ausgaben für Vertragsärztehonorare je Anspruchsberechtigten entnommen werden:

Abbildung 4: Ausgaben für Vertragsärztehonorare je Anspruchsberechtigten (als altersstandardisierte Kopfquote)



Quelle: Statistik des Hauptverbandes

18.2 Die NÖGKK wies im Vergleich mit den anderen beiden Gebietskrankenkassen nicht nur die höchste Vertragsärztedichte auf. Auch die Ausgaben für Vertragsärztehonorare je Anspruchsberechtigten waren bei der NÖGKK am höchsten.

Vorarlberg verfügte über die geringste Anzahl von Allgemeinmedizinern, gleichzeitig aber über die höchste Anzahl von Fachärzten.

18.3 Die NÖGKK wies in ihrer Stellungnahme auf den möglichen Widerspruch hin, einerseits die Planstellen im niedergelassenen Bereich zu reduzieren und andererseits die Spitalsambulanzen zu entlasten, indem Leistungen in den niedergelassenen Bereich transferiert werden.

Ärztelostenstatistik

19.1 Die Ärztelostenstatistik des Hauptverbandes zeigt u.a. die durchschnittlich abgerechneten Jahresbeträge und die durchschnittlich abgerechneten Fälle je Vertragsarzt sowie die durchschnittlichen Ausgaben je Fall.

(1) Durchschnittlich abgerechnete Jahresbeträge je Vertragsarzt

Tabelle 15: Durchschnittlich abgerechnete Jahresbeträge je Vertragsarzt			
	VGKK	OÖGKK	NÖGKK
	in EUR		
Allgemeinmedizin	210.207	198.199	185.516
Augenheilkunde	217.736	248.633	343.773
Innere Medizin	240.991	305.365	345.097
Kinderheilkunde	236.115	224.765	157.378
Orthopädie	226.478	246.149	341.879
Radiologie ¹	617.601	629.201	1.089.375
¹ ohne Institute			
Quelle: Ärztelostenstatistik 2008, Tabelle 9			

Die Einnahmen eines Vertragsarztes der Krankenversicherung bestanden nicht nur aus den mit den Vertragsarzteassen gemäß § 2 ASVG abgerechneten Beträgen, sondern auch aus Honoraren mit den Sonderversicherungsträgern, Privathonoraren und allfälligen Umsätzen aus einer Hausapotheke sowie aus Einnahmen aus sonstigen Beschäftigungen, wie z.B. eine Tätigkeit als Betriebsarzt.

(2) Durchschnittlich abgerechnete Fälle je Vertragsarzt

Tabelle 16: Durchschnittlich abgerechnete Fälle je Vertragsarzt			
	VGKK	OÖGKK	NÖGKK
	Anzahl		
Allgemeinmedizin	4.789	4.197	4.086
Augenheilkunde	4.218	6.263	7.273
Innere Medizin	2.356	2.874	3.255
Kinderheilkunde	3.735	4.615	3.479
Orthopädie	2.761	3.804	4.025
Radiologie ¹	7.829	11.165	13.196
¹ ohne Institute			
Quelle: Ärztekostenstatistik 2008, Tabelle 10			

(3) Durchschnittliche Ausgaben je Fall

Tabelle 17: Durchschnittliche Ausgaben je Fall			
	VGKK	OÖGKK	NÖGKK
	in EUR		
Allgemeinmedizin	43,89	47,23	45,41
Augenheilkunde	51,61	39,70	47,27
Innere Medizin	102,30	106,25	106,02
Kinderheilkunde	63,22	48,71	45,23
Orthopädie	82,03	64,70	84,93
Radiologie ¹	78,88	56,36	82,55
¹ ohne Institute			
Quelle: Ärztekostenstatistik 2008, Tabelle 8			

19.2 In Vorarlberg erhielten Allgemeinmediziner und Fachärzte für Kinderheilkunde sowie in Niederösterreich einige Fachärzte (Augenheilkunde, Innere Medizin, Orthopädie, Radiologie) die höchsten Jahresbeträge. Gleichzeitig rechneten in Vorarlberg weniger Allgemeinmediziner mehr Fälle ab und waren somit versorgungswirksamer.

Bei den durchschnittlichen Ausgaben eines Falls waren die Fallkosten der Radiologen in Niederösterreich mit 82,55 EUR auffällig hoch. Diese waren um rd. 5 % höher als bei der VGKK und um rd. 46 % höher als bei der OÖGKK.

Der RH erachtete die unter Berücksichtigung des tatsächlichen Bedarfs ergriffenen Maßnahmen zur Kostensenkung grundsätzlich für geeignet.

- 19.3** *Laut Stellungnahme der NÖGKK sei in der Honorarordnung bei zahlreichen Positionen die verrechenbare Anzahl der Einzelleistungen begrenzt. Eine geeignete Maßnahme zur Kostendämpfung wäre – ohne die Versorgung der Bevölkerung zu gefährden – auch die Anwendung degressiver Tarifmodelle und eine moderate „Honorarpolitik“.*

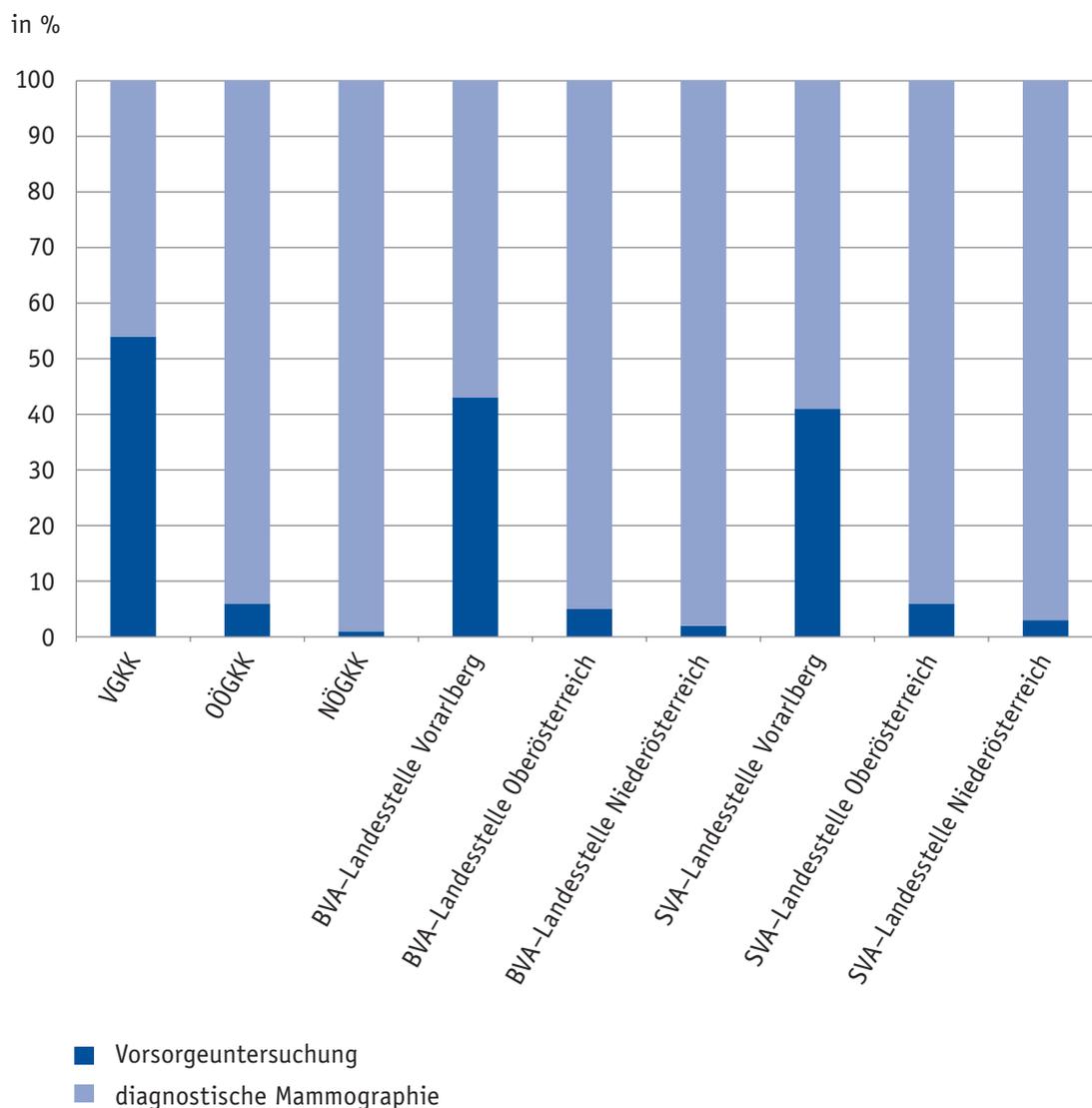
Unterschiedliche Tarifgestaltung anhand verschiedener Beispiele

Vorsorgeuntersuchungen für Mammographie und Coloskopie

- 20.1** (1) Anhand der Leistungspositionen Mammographie und Coloskopie ermittelte der RH die Verteilung von diagnostischen und Vorsorgeuntersuchungen bei den überprüften Krankenversicherungsträgern.
- (2) Die Auswertung der Mammographien ergab, dass bei der NÖGKK rd. 1 %, bei der OÖGKK rd. 6 % und bei der VGKK rd. 54 % als Vorsorgeuntersuchungen abgerechnet wurden. Bei den Landesstellen Niederösterreich, Oberösterreich und Vorarlberg der BVA sowie der SVA zeigte sich die gleiche Tendenz.

Unterschiedliche Tarifgestaltung anhand
verschiedener Beispiele

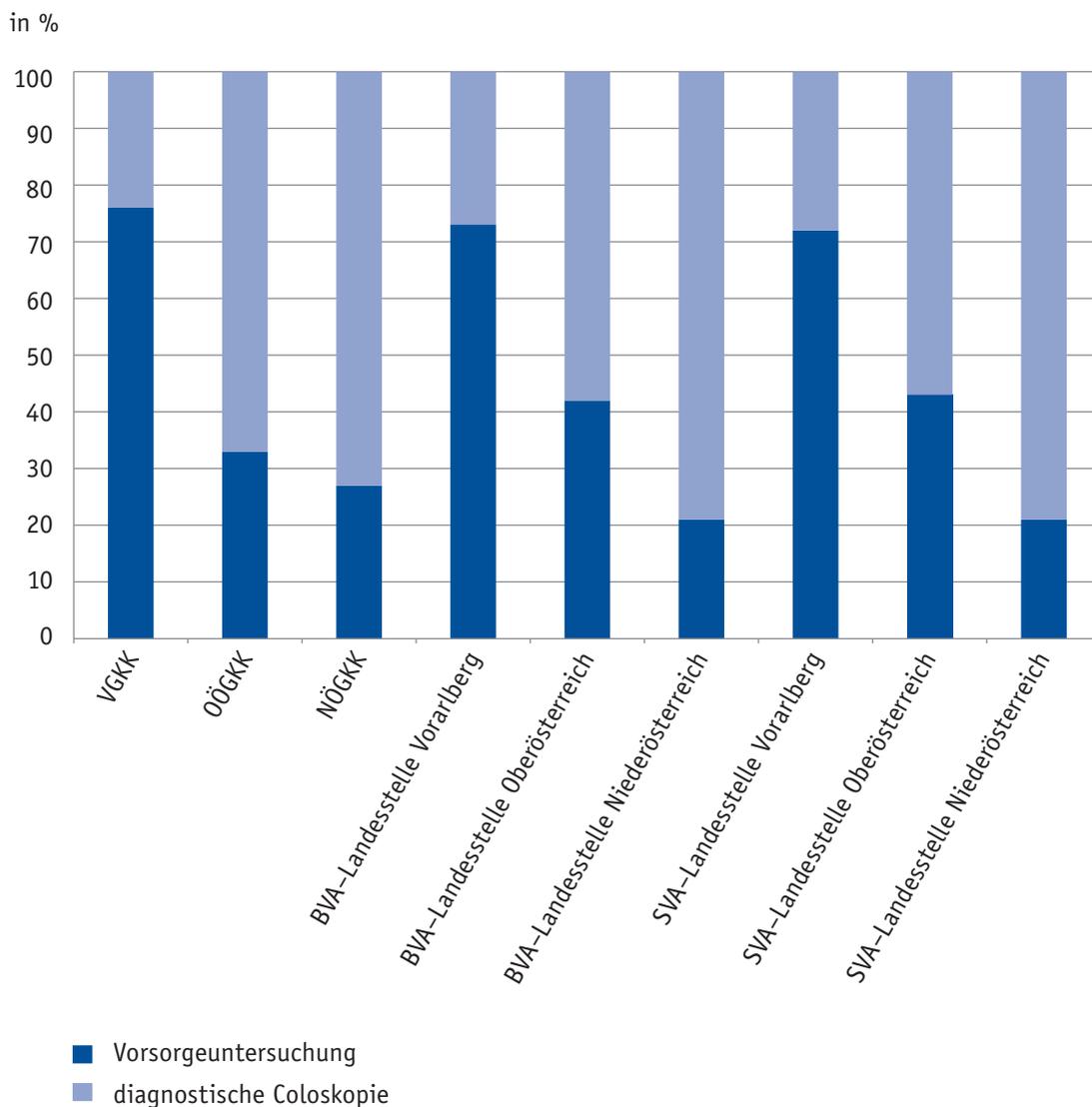
Abbildung 5: Verteilung diagnostische und Vorsorgeuntersuchungen –
Mammographie



Da die BVA und die SVA für die Mammographie keinen „Organtarif“ vorsahen, mussten ihre Vertragspartner mehrere einzelne Leistungen abrechnen. Für die SVA war aus den Abrechnungen nicht erkennbar, ob eine einseitige oder eine beidseitige Mammographie durchgeführt worden war.

(3) Die Auswertung der Coloskopien ergab, dass bei der NÖGKK rd. 27 %, bei der OÖGKK rd. 33 % und bei der VGKK rd. 76 % als Vorsorgeuntersuchungen abgerechnet wurden. Bei den Landesstellen Vorarlberg, Niederösterreich und Oberösterreich der BVA sowie der SVA zeigte sich die gleiche Tendenz.

Abbildung 6: Verteilung diagnostische und Vorsorgeuntersuchungen – Coloskopie



Unterschiedliche Tarifgestaltung anhand verschiedener Beispiele

Der Tarif für eine als Vorsorgeuntersuchung abgerechnete Coloskopie war bei der SVA, BVA, OÖGKK und VGKK höher als jener für eine diagnostische Coloskopie. Die NÖGKK honorierte jede Coloskopie einheitlich.

Der Gesundheitsfonds für das Land Vorarlberg förderte die Vorsorgecoloskopie mit rd. 40 EUR je Fall.

Weitere mögliche Gründe für die heterogene regionale Verteilung der diagnostischen und der Vorsorgeuntersuchungen waren der Umstand, dass

- in Vorarlberg die Vorsorgeuntersuchung schon vor Jahrzehnten initiiert und entsprechend lange gefördert worden war,
- im Gegensatz zu den diagnostischen die Vorsorgeuntersuchungen dokumentiert werden mussten sowie
- die Vorsorgeuntersuchungen an geschlechts- und altersspezifische Untersuchungsintervalle gebunden waren.

20.2 Bei den Leistungspositionen Mammographie und Coloskopie bestanden beträchtliche regionale Unterschiede hinsichtlich der Verteilung von diagnostischen und Vorsorgeuntersuchungen. Sowohl bei der Mammographie (rd. 54 %) als auch bei der Coloskopie (rd. 76 %) waren die Vorsorgeuntersuchungen bei der VGKK deutlich am höchsten. Die Gründe für die unterschiedliche Verteilung reichten von den unterschiedlichen Tarifen und der Förderung über die Dokumentation, die Evaluierung sowie die alters- und geschlechtsspezifischen Untersuchungsintervalle bis hin zu historischen Ursachen.

Der RH empfahl den Krankenversicherungsträgern generell, einen Tarif nicht an die Bezeichnung einer medizinischen Leistung als diagnostische oder Vorsorgeuntersuchung zu knüpfen, sondern an deren Inhalt. Für Untersuchungen desselben Inhalts sollte auch derselbe Tarif bestimmt werden.

Der BVA und der SVA empfahl der RH zudem die Umstellung auf einen Organtarif für die Mammographie, um die Abrechnung zu vereinfachen und die Transparenz zu verbessern.

20.3 *Laut Stellungnahme der VGKK seien für die Coloskopien eigene kurative Tarife, die mit den Vorsorgeuntersuchungstarifen korrespondieren, eingeführt worden.*

Laut Stellungnahme der OÖGKK würden sich unterschiedliche Tarife einerseits aus Limitierungsbestimmungen ergeben, um Unökonomien im kurativen Bereich zu verhindern, andererseits sollen sie den Vor-sorgeuntersuchungsbereich forcieren.

Laut Stellungnahme der BVA werde ein einheitlicher Organtarif ab 2011 in Kraft gesetzt.

Laut Stellungnahme der SVA würden die Bemühungen zur Erzielung eines einheitlichen Tarifs von der Zustimmung des Vertragspartners abhängen.

Unterschiedliche Tarifgestaltung anhand verschiedener Beispiele

CT- und MRT-Untersuchungen **21.1** Die folgenden Abbildungen veranschaulichen die unterschiedlichen Ausgaben für CT- und MRT-Leistungen je Anspruchsberechtigten:

Abbildung 7: Ausgaben für CT-Leistungen je Anspruchsberechtigten

in EUR

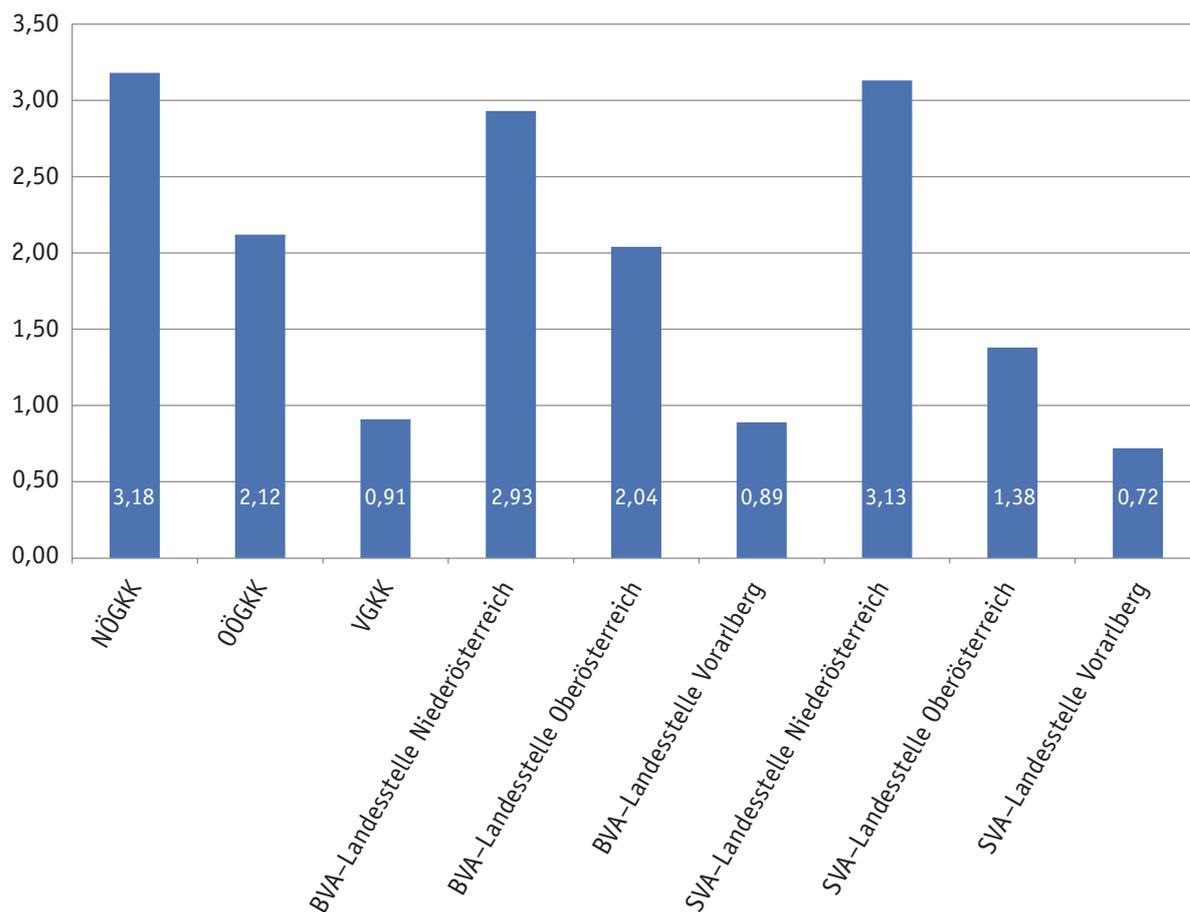
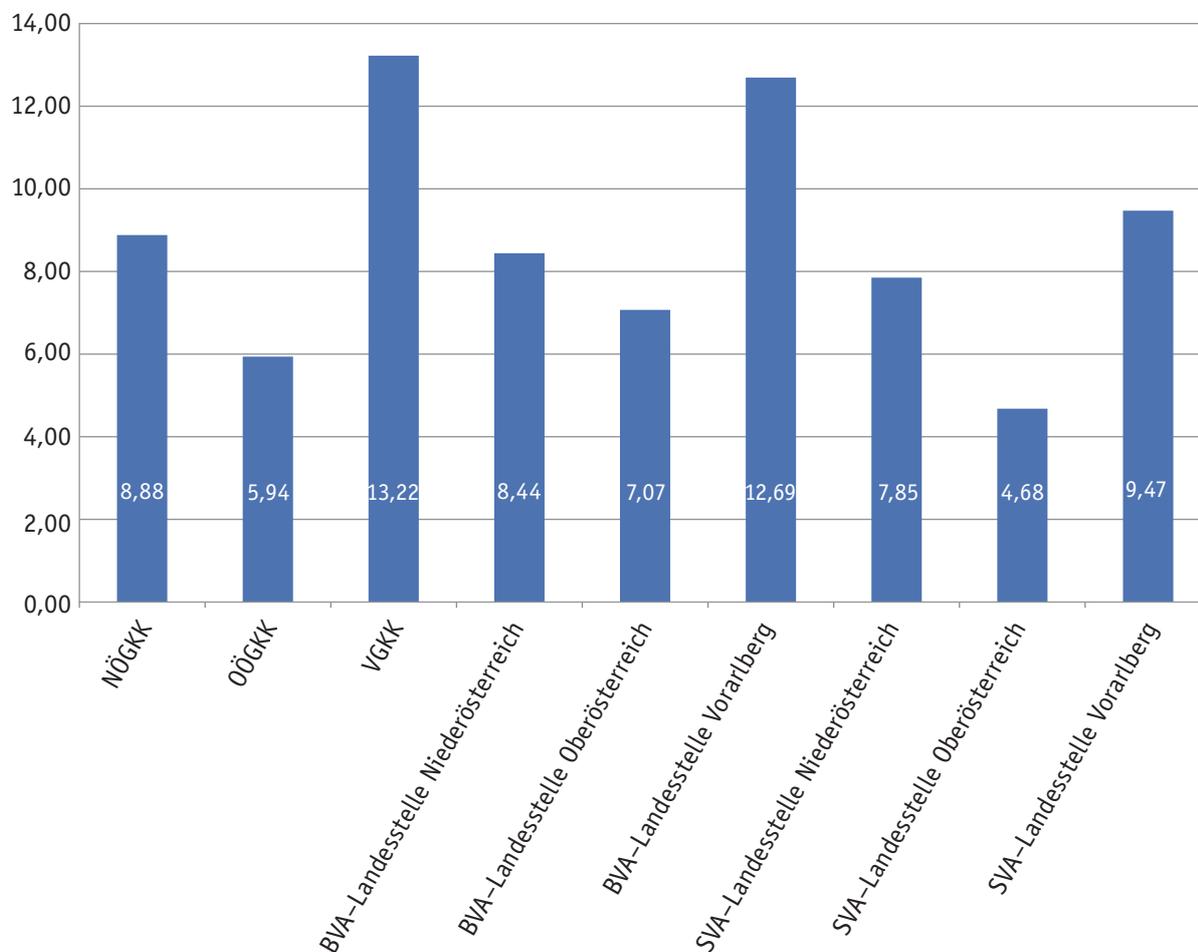


Abbildung 8: Ausgaben für MRT-Leistungen je Anspruchsberechtigten

in EUR



Die Ausgaben für CT-Leistungen je Anspruchsberechtigten divergieren zwischen 3,18 EUR (NÖGKK) und 0,72 EUR (SVA-Landesstelle Vorarlberg), jene für MRT-Leistungen je Anspruchsberechtigten zwischen 13,22 EUR (VGKK) und 4,68 EUR (SVA-Landesstelle Oberösterreich).

Bei der VGKK galt ein Limit für die Ausgaben von CT-Leistungen.²⁴ Die OÖGKK begrenzte die Ausgaben für CT- und MRT-Leistungen. Bei der NÖGKK, der SVA sowie der BVA bestanden keine Ausgabenbegrenzungen für CT- und MRT-Leistungen. Die NÖGKK wies rd. 28

²⁴ jährlicher Höchstbetrag von 298.365,59 EUR (ohne die gesetzliche Beihilfe gemäß § 8 Abs. 6 des CT-Vertrags); über die der Abbildung als Grundlage dienenden Zahlen hinaus wandte die VGKK 11.344,67 EUR für CT- und MRT-Leistungen für ihre Anspruchsberechtigten in anderen Bundesländern auf.

Unterschiedliche Tarifgestaltung anhand verschiedener Beispiele

und die VGKK rund sieben CT-Untersuchungen je 1.000 Anspruchsberechtigte auf.

Für MRT-Leistungen gab es bei der VGKK hingegen kein Limit. Dementsprechend verzeichnete die VGKK 78 Untersuchungen je 1.000 Anspruchsberechtigte, die NÖGKK hingegen 57. Zudem bezahlte die VGKK für MRT-Leistungen mit 200 EUR den höchsten Tarif aller überprüften Krankenversicherungsträger.

- 21.2** Der RH wies darauf hin, dass die VGKK mit einem Limit im Bereich der CT-Leistungen nur rund ein Drittel der Ausgaben je Anspruchsberechtigten der NÖGKK (0,91 EUR zu 3,18 EUR) und ohne Limit im Bereich der MRT-Leistungen mehr als die doppelten Ausgaben der OÖGKK (5,94 EUR zu 13,22 EUR) hatte.

Weiters wies der RH auf die bestehenden Ausgabenbegrenzungen der VGKK sowie OÖGKK und empfahl den anderen sozialen Krankenversicherungsträgern, unter Berücksichtigung des jeweiligen Bedarfs Maßnahmen zur Ausgabenbegrenzung zu setzen.

Der VGKK empfahl der RH, die Tarife für MRT-Leistungen zu evaluieren und Maßnahmen zur Tarifsenkung zu setzen.

- 21.3** *Laut Stellungnahme der VGKK sei mit der Wirtschaftskammer Österreich sowohl eine Senkung der Tarife als auch eine absolute Aufwandsbegrenzung für die Jahre 2010 bis 2013 vereinbart worden.*

Laut Stellungnahme der NÖGKK sei bereits im Jahr 2005 eine degressive Tarifgestaltung bei an sich niedrigen Tarifen erfolgt, die zu kostendämpfenden Maßnahmen geführt habe. Für die Jahre 2010 bis 2013 sei eine fixe Ausgabenbegrenzung vertraglich beschlossen worden.

Laut Stellungnahme der BVA seien mit den Vertragspartnern Ausgabenbegrenzungen ausverhandelt worden, wonach der jährliche Zuwachs an Honorarvolumen mit 0,5 % limitiert sei.

Gastroskopie

22.1 Im Unterschied zu den Honorarordnungen der Gebietskrankenkassen und der SVA ließ es die Honorarordnung der BVA zu, dass zusätzlich zu einer Gastro-Duodenoskopie auch eine Ösophago-Gastroskopie abrechenbar war.²⁵ Diese Möglichkeit ergab einen Gesamttarif von rd. 210 EUR.

Tabelle 18: Tarife für Gastroskopie					
	VGKK ¹	OÖGKK	NÖGKK ¹	SVA ²	BVA ³
	in EUR				
Speiseröhre, Magen und Zwölffingerdarm (Ösophago-Gastro-Duodenoskopie)	120,50	95,00	75,05	-	-
Speiseröhre und Magen (Ösophago-Gastroskopie)	-	-	-	-	87,87
Magen und Zwölffingerdarm (Gastro-Duodenoskopie)	-	-	-	118,57	119,06

¹ mit Polypektomie
² Speiseröhre und Magen nicht neben Magen und Zwölffingerdarm abrechenbar (Ausschlussbestimmung)
³ Speiseröhre und Magen neben Magen und Zwölffingerdarm abrechenbar

Bei der BVA-Landesstelle Vorarlberg gelangte dieser Gesamttarif in vier Fällen (rd. 2 % aller Fälle) zur Abrechnung, bei der BVA-Landesstelle Oberösterreich hingegen in 107 Fällen (rd. 26 %).

Die Vertragsärzte der BVA-Landesstelle Niederösterreich rechneten den Gesamttarif in 1.045 Fällen (rd. 53 %) ab, was gegenüber den Tarifen der anderen Krankenversicherungsträger einen Mehraufwand von über 90.000 EUR verursachte.

22.2 Der RH empfahl der BVA, die Honorarordnung dahingehend abzuändern, dass im Falle einer Gastroskopie nur noch eine Leistungsposition abgerechnet werden kann, wie dies bei den vier anderen überprüften sozialen Krankenversicherungsträgern bereits der Fall war.

22.3 *Laut Stellungnahme der BVA würden mit der Österreichischen Ärztekammer diesbezüglich Verhandlungen geführt.*

²⁵ Eine Gastroskopie ermöglicht die Untersuchung nicht nur des Magens, sondern auch der Speiseröhre und des Zwölffingerdarms.

**Wechselwirkung
zwischen intra- und
extramuralem
Bereich**

23.1 Ziel des im Jahr 1997 neu eingeführten LKF-Finanzierungssystems war es, u.a. für eine kürzere Verweildauer im Krankenhaus und vermehrte Leistungsverlagerungen vom stationären in den spitalsambulantem bzw. von diesem in den niedergelassenen Bereich zu sorgen sowie damit langfristig die überproportionalen Kostensteigerungsraten im Krankenanstaltenbereich einzudämmen. Die Umsetzung dieser Ziele obliegt den Ländern und den sozialen Krankenversicherungsträgern (TZ 2).

Entgegen den gesetzten Zielen nahmen innerhalb von drei Jahren jedoch sowohl die stationären als auch die ambulanten Endkosten um 18,3 % bzw. 20,3 % zu. Auch die Gebietskrankenkassen wiesen im selben Zeitraum eine Steigerung ihrer Abrechnungsbeträge um 11,8 % auf (Tabellen 4 und 6, TZ 6). Dabei gab es starke regionale Unterschiede (Tabelle 5, TZ 6).

Ausschlaggebend war, dass die bisherige Finanzierung der Krankenanstalten starke Anreize zur stationären Versorgung bot (durchschnittliche Einnahmen je Spitalspatient – TZ 8). Außerdem waren die ambulanten Spitalsleistungen in keiner der drei verglichenen Krankenanstalten kostendeckend und wiesen zudem eine sehr unterschiedliche Finanzierungsstruktur auf, deren Berechnung und Verteilung auf dem Leistungsangebot von 1996 beruhte (TZ 3). Hinzu kam, dass die drei verglichenen sozialen Krankenversicherungsträger nicht mehr nachvollziehen konnten, auf welcher Basis die Tarife in ihre Honorarordnungen Eingang gefunden haben, und ihre Honorarstrukturen höchst unterschiedlich waren (TZ 17).

Im Einzelnen stellte der RH fest, dass es bei

- einer weiteren Verlagerung vom stationären in den 1-Tages- bzw. 0-Tages- und ambulanten Bereich (TZ 8 bis 10),
- längeren Öffnungszeiten der Ordinationen (TZ 12),
- Übernahme bestimmter Grund- und OP-Leistungen durch den niedergelassenen Bereich (TZ 14) sowie
- Verringerung der spitalsambulantem Frequenzen durch vermehrte Verlagerung von Nachbehandlungen in den niedergelassenen Bereich (TZ 15)

Entlastungspotenzial für den intramuralen Bereich geben könnte.

Bei den verglichenen sozialen Krankenversicherungsträgern bestanden Reformpotenziale bei

- den unterschiedlichen Vertragsarztdichten und Ausgaben für Vertragsärzتهonorare je Anspruchsberechtigten (TZ 18),
- den unterschiedlichen Fallzahlen je Arzt und Ausgaben je Fall (TZ 19),
- den unterschiedlichen Tarifen für gleiche Leistungen (am Beispiel Vorsorgeuntersuchung und Gastroskopie) und einer damit verbundenen unterschiedlichen Inanspruchnahme dieser Leistungen (TZ 20, 22) sowie
- den Auswirkungen von unterschiedlich hohen Ausgabenbegrenzungen je nach Mengen- oder Preislimitierung (TZ 21).

Wechselwirkung zwischen intra- und extramuralem Bereich

Die derzeitige Situation war durch eine inhomogene Spitalsambulanzkosten- bzw. Tarifstruktur gekennzeichnet, wie dies folgende Beispiele – entnommen aus den Anhängen 2 bis 6 – zeigen:

Tabelle 19: Vergleich der Ambulanzkosten mit den Durchschnittspreisen/Tarifen der Sozialversicherungsträger		
medizinische Leistung	Vollkosten in der Spitalsambulanz	Durchschnittspreise/Tarife der Sozialversicherungsträger
kurative Mammographie (beide Seiten)	niedrigste Vollkosten im LKH Feldkirch (Radiologie) mit 64,89 EUR ; höchste Vollkosten im LK St. Pölten mit 80,33 EUR	niedrigster Durchschnittspreis der VGKK mit 79,26 EUR; höchster Durchschnittspreis der SVA in allen drei Landesstellen mit 113,41 EUR
CT-Knie (Kniegelenk je Seite)	niedrigste Vollkosten im LK St. Pölten mit 57,03 EUR ; höchste Vollkosten im LKH Feldkirch mit 124,52 EUR (ohne Kontrastmittel)	niedrigster Durchschnittspreis der SVA-Landesstelle Niederösterreich mit 95,90 EUR; höchster Tarif der BVA-Landesstelle Vorarlberg mit 141,72 EUR /116,28 EUR
MRT-Knie (Kniegelenk je Seite)	niedrigste Vollkosten im LK St. Pölten mit 163,79 EUR; höchste Vollkosten im LKH Feldkirch mit 233,60 EUR (ohne Kontrastmittel)	niedrigster Tarif der OÖGKK mit 150,35 EUR ; höchster Tarif der BVA- und der SVA-Landesstelle Vorarlberg mit 180 EUR
Coloskopie	niedrigste Vollkosten im LK Krems mit 148,83 EUR; höchste Vollkosten im LKH Feldkirch mit 194,48 EUR	niedrigster Durchschnittspreis der VGKK mit 80,54 EUR ; höchster Tarif der BVA in allen drei Landesstellen mit 119,06 EUR
12-Ableitungs-EKG	niedrigste Vollkosten im KH Ried mit 5,43 EUR ; höchste Vollkosten im LK Krems mit 26,52 EUR	niedrigster Tarif der OÖGKK mit 22,95 EUR; höchster Tarif der NÖGKK mit 39,43 EUR
Entfernung einer Geschwulst (bis 10 mm Durchmesser)	niedrigste Vollkosten im KH Ried mit 19,63 EUR ; höchste Vollkosten im LKH Feldkirch mit 66,87 EUR	niedrigster Durchschnittspreis der OÖGKK mit 28,01 EUR (Orthopädie); höchster Tarif der BVA in allen Landesstellen mit 53,66 EUR

Dieser Vergleich von sechs medizinischen Leistungen belegt die Notwendigkeit einer umfassenden Analyse der Kosten in der Spitalsambulanz und der Durchschnittspreise/Tarife der sozialen Krankenversicherungsträger. Einige ambulante Leistungen (kurative Mammographie, CT-Knie, 12-Ableitungs-EKG) waren in der Spitalsambulanz kostengünstiger als die im niedergelassenen Bereich von den sozialen Krankenversicherungsträgern bezahlten Durchschnittspreise. Eine Mammographie kostete in der Spitalsambulanz zumindest rd. 65 EUR, in der Ordination bis zu rd. 113 EUR. Umgekehrt kostete eine MRT-Knie im

spitalsambulanten Bereich bis zu rd. 234 EUR, im niedergelassenen Bereich zumindest rd. 150 EUR.

Die Art. 15a-Vereinbarungen sahen vor, für Steuerungszwecke – im Sinne einer integrierten Planung und Finanzierung sowie einer Kooperation zwischen dem intra- und extramuralen Bereich – einen Überblick über das Leistungsgeschehen im spitalsambulanten und niedergelassenen Bereich zu bekommen.

Außerdem sollte eine zum akutstationären Versorgungsbereich kompatible Leistungs- und Diagnosendokumentation für beide Versorgungsbereiche sichergestellt und als KAL ausgebaut werden²⁶ (TZ 4). Weiters sollte eine integrierte Planung für den stationären, ambulanten sowie für den Rehabilitations- und Pflegebereich auf Bundesländerebene durchgeführt und als so genannte Regionale Strukturpläne Gesundheit vom jeweiligen Land und der sozialen Krankenversicherungsträger in der Gesundheitsplattform beschlossen werden²⁷ (TZ 5). Diese von Bund und Ländern sowie mit den sozialen Krankenversicherungsträgern vereinbarten Vorhaben sind – wie der RH bereits ausgeführt hat – erst in Ansätzen verwirklicht.

- 23.2** Nach Ansicht des RH bestand bei den drei verglichenen Krankenanstalten ein Kosteneinsparungspotenzial von zumindest 4,1 Mill. EUR. Dazu müsste der stationäre Bereich verstärkt durch eine Verlagerung in den 1-Tages- bzw. 0-Tages-Bereich sowie weiter in den spitalsambulanten Bereich entlastet werden. Bestimmte Leistungen wären von diesem unter Einhaltung der medizinischen Standards und Qualitätskriterien zu erbringen.

Wie der Tarifvergleich der sozialen Krankenversicherungsträger gezeigt hat, bestanden Steuerungsmöglichkeiten, die Kostensteigerungen zu reduzieren. Durch das Fehlen entsprechender bundesweiter Dokumentations- und Planungsgrundlagen wie KAL und RSG waren allerdings Steuerungsentscheidungen, wo welche Leistungen am kostengünstigsten und für den Behandlungserfolg von Patienten am zweckmäßigsten erbracht werden können, derzeit noch nicht möglich.

Das Fehlen umfassender Steuerungsinstrumente und die in den drei Ländern unterschiedliche Bereitschaft zu Kooperationsgesprächen zwischen dem jeweiligen Land und der Gebietskrankenkasse führten – besonders in Ballungszentren – zu einer vermehrten Inanspruchnahme sowohl von Ordinations- als auch Spitalsambulanzleistungen (TZ 12). Zudem führte selbst eine hohe Anzahl von niedergelassenen Vertrags-

²⁶ vgl. Erläuterungen 692 der Beilagen XXII. GP – Art. 15a-Vereinbarung 2005, S. 11

²⁷ Art. 4 Abs. 1 der Art. 15a-Vereinbarung über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, BGBl. I Nr. 105/2008

fachärzten zu keiner Entlastung der Spitalsambulanzen, wie dies der RH in Abbildung 2 nachwies (TZ 13).

Grundsätzliches zur Methodik des Leistungs- und Kostenvergleichs ambulanter Leistungen

Allgemeines

24 Für die Durchführung des Kostenvergleichs wählte der RH aus zehn medizinischen Fachbereichen 81 verschiedene medizinische Einzelleistungen aus. Dabei handelte es sich um Leistungen, die sowohl in den Spitalsambulanzen als auch in den Ordinationen der niedergelassenen Ärzte weitgehend ähnlich erbracht wurden (siehe Anhänge 2 bis 6).

Im Zuge der Gebarungsüberprüfung stellte der RH fest, dass – im Unterschied zu den unterschiedlich strukturierten Honoraren der sozialen Krankenversicherungsträger – die Leistungen in den Spitalsambulanzen einheitlich kalkuliert werden konnten und in vielen Bereichen, wie bspw. bei den bildgebenden Verfahren (CT und MRT), zu ähnlich hohen Kosten geführt haben.

Der RH wies bei dem nachstehend angeführten Kostenvergleich auf zahlreiche Einflussfaktoren hin, die bei der Interpretation der Kostenunterschiede zwischen spitalsambulanten Leistungen und Leistungen im niedergelassenen Bereich berücksichtigt werden müssen:

- Die Kosten im Krankenhaus werden mit Ausgaben bei den sozialen Krankenversicherungsträgern verglichen.
- Die Kostenkalkulation in den Krankenanstalten ist nicht einheitlich.
- Die Betrachtung von Voll- zu Teil- und zu Grenzkostenrechnung führt zu unterschiedlichen Vergleichswerten.
- Bei gleicher medizinischer Indikation ist der Leistungsumfang in den Spitalsambulanzen höher als im niedergelassenen Bereich.
- Die Öffnungs- und Zugangszeiten der Ordinationen im niedergelassenen Bereich sind wesentlich geringer als in den Spitalsambulanzen und haben Einfluss auf die Kostenkalkulation.

Unterschied von Kosten in einer Krankenanstalt und Ausgaben bei den sozialen Krankenversicherungsträgern

25 Beim gegenständlichen Vergleich der ausgewählten Leistungen wurden die Kosten in den Spitalsambulanzen mit den jeweiligen Ausgaben der sozialen Krankenversicherungsträger verglichen, die sich aus den Tarifen der Honorarordnungen für die Leistungsabgeltung im niedergelassenen Bereich ergeben. Eine andere Darstellung war wegen fehlender auswertbarer Kostenrechnungsdaten im niedergelassenen Bereich nicht möglich.

Uneinheitliche Kostenkalkulation in den Krankenanstalten

26.1 Für die Ermittlung der Kosten von ausgewählten medizinischen Leistungen galten grundsätzlich die Vorgaben gemäß Kostenrechnungsverordnung für landesfondsfinanzierte Krankenanstalten.²⁸ Die Kostenkalkulation des RH zur gegenständlichen Überprüfung war auf Basis einer Kostenträgerrechnung aufgebaut, wobei die ausgewählten medizinischen Leistungen den Kostenträger bildeten.

Die Zuordnung der primären und sekundären Kosten hatte ebenfalls nach den Regeln der Kostenrechnungsverordnung zu erfolgen. Diese ließen jedoch einen Interpretationsspielraum zu, wodurch es den Krankenanstalten bis zu einem gewissen Grad möglich war, die Leistungsverrechnung individuell zu gestalten. Um ein möglichst gleichartiges Vorgehen bei der Kostenkalkulation zu sichern, stellte der RH den Krankenanstalten eigene Kalkulationsblätter zur Verfügung.

Der RH stellte fest, dass die Kostenkalkulationen bei den primären Kosten gleich erfolgten, nicht jedoch bei den sekundären Kosten. Dies war darauf zurückzuführen, dass die Anzahl der sekundären Kosten unterschiedlich war und auch verschiedene Umlageschlüssel angewendet wurden.

26.2 Für eine bessere Kostenermittlung, vor allem im Hinblick auf die zukünftige Kostenbewertung der Leistungen nach dem KAL, wären die Erfassung der Sekundärkosten zu standardisieren und die Umlageschlüssel zu vereinheitlichen. Der RH empfahl dem BMG, eine diesbezügliche Überarbeitung der Kostenrechnungsverordnung in die Wege zu leiten.

²⁸ BGBl. II Nr. 638/2003, § 37 Abs. 1

Grundsätzliches zur Methodik des Leistungs- und Kostenvergleichs

Voll-, Teil- und Grenzkostenrechnung

27.1 Beim gegenständlichen Kostenvergleich sind in den Vollkosten je vergleichener Leistung die Personalkosten, die Kosten für Verbrauchsgüter, die Kosten für die Geräteabnutzung und die Sekundärkosten als Gemeinkostenzuschlag enthalten. Damit proportionalisiert die Vollkostenrechnung den hohen Fixkostenanteil und entspricht nicht dem Verursacherprinzip.

Bei der Teilkostenrechnung werden hingegen nur jene Kosten berücksichtigt, die bei der Leistungserbringung unmittelbar entstehen. Das sind die Personalkosten, die Kosten für Verbrauchsgüter und die Kosten für die Geräteabnutzung. Die Personalkosten werden als variable Kosten angenommen, obwohl die Personalkosten in Krankenanstalten weitgehend ein Fixkostenbestandteil sind.²⁹

Ein Herausrechnen des variablen Personalkostenanteils addiert zu den Kosten der Verbrauchsgüter und Kosten für die Geräteabnutzung führt zur Grenzkostenrechnung.

Die Kostenkalkulation im niedergelassenen Bereich, die zur Bildung von Tarifen führen sollte, war selbst nach Ansicht der sozialen Krankenversicherungsträger kaum mehr nachvollziehbar. Neuere Kalkulationsgrundlagen, wie z.B. in Oberösterreich zwischen der OÖGKK und der Oberösterreichischen Ärztekammer vereinbart, waren auf einer Grenzkostenrechnung aufgebaut. Sie enthielten allerdings Kostenelemente, die der RH im Rahmen seiner Teilkostenrechnung bei den Spitalsambulantanten Leistungen anführte.

27.2 Nach Ansicht des RH wäre

- die Vollkostenrechnung anzuwenden, wenn es sich um eine zusätzliche Leistung handelt, die umfangreiche bauliche, personelle und apparative Investitionen erfordert (z.B. radiologische Leistungen),
- die Teilkostenrechnung anzuwenden, wenn es sich um eine Leistung handelt, die im Rahmen der vorhandenen Infrastruktur, jedoch mit einer zusätzlichen Geräteinvestition erbracht werden kann (z.B. endoskopische Leistungen) und
- die Grenzkostenrechnung anzuwenden, wenn Leistungen im Rahmen der vorhandenen Infrastruktur ohne weitere Investitionen erbracht werden können (z.B. dann, wenn Großgeräte wie CT oder MRT in den Spitalsambulanzen besser ausgelastet sein könnten).

²⁹ Variable Anteile an den Personalkosten wären Überstunden und leistungsabhängige Nebengebühren.

Nachdem die Ermittlung der Grenzkosten für die Zwecke der gegenständlichen Betrachtung nur mit einem unverhältnismäßig hohen Zeitaufwand zu bewerkstelligen gewesen wäre, stellte der RH in den Anhängen 2 bis 6 nur Voll- bzw. Teilkosten dar.

Am Beispiel Mammographie und Coloskopie war ersichtlich, dass die Vollkosten rund dreimal und die Teilkosten rund doppelt so hoch waren wie die Grenzkosten.³⁰

27.3 *In seiner Stellungnahme hielt es der Hauptverband für angebracht, für den Vergleich mit dem niedergelassenen Bereich die Grenzkostenrechnung anzuwenden, weil nicht angenommen werden könne, dass die in den Spitalsambulanzen verfügbare Infrastruktur voll ausgelastet sei. Weiters hegte der Hauptverband Zweifel an manchen Kostenkalkulationen, so bspw. bei den Kosten für CT-Untersuchungen.*

27.4 Der RH stimmte der Anwendung der Grenzkostenrechnung für den Fall zu, dass für zusätzliche Leistungen in der Spitalsambulanz keine weiteren Investitionen notwendig waren und die Spitalsambulanzen über freie Ressourcen zur Aufnahme zusätzlicher Leistungen verfügten. Ob freie Kapazitäten vorhanden oder ab welcher Leistungsmenge wegen weiterer Ressourcen so genannte sprungfixe Kosten zu erwarten waren, konnte von den Krankenanstalten wegen der prüfungsthematischen Auswertung ganz spezifischer Leistungen nicht beantwortet werden.

Es lässt sich nicht exakt ermitteln, ob die chirurgische Ambulanz einer Krankenanstalt im Vergleich zu den Tarifen eines sozialen Krankenversicherungsträgers eine kostengünstigere Entfernung einer bestimmten Anzahl von Geschwulsten zusätzlich zu den anderen chirurgisch ambulanten Leistungen erbringen könnte und ab welcher Menge bspw. zusätzliches Personal aufzunehmen wäre.

Mit der Darstellung der Teilkosten wählte der RH daher eine vorsichtige Darstellung des Kosten-/Tarifvergleichs, weil auch bereits bei dieser Darstellung erkennbar war, dass bestimmte Leistungen von den Spitalsambulanzen billiger erbracht werden können. So würde ein allein auf Grenzkostenbasis erstellter Vergleich die Kosten je erbrachter Leistung halbieren.

³⁰ gebildet aus den Durchschnittswerten der drei Krankenanstalten; ein Drittel der Personalkosten wurde als variable Kosten (Überstunden, Nebengebühren) angenommen. Das Verhältnis von Voll- zu Teil- und zu Grenzkosten betrug bei der Mammographie 3,1:2,1:1,0 und bei der Coloskopie 2,7:1,7:1,0.

Grundsätzliches zur Methodik des Leistungs- und Kostenvergleichs

Die Ermittlung der spitalsambulanten Kosten wurde nach einem vom RH vorgegebenen einheitlichen Kalkulationsblatt auf Basis einer Kostenträgerrechnung durchgeführt. In den Krankenanstalten wurden die Behandlungszeit sowie die Verbrauchsmengen gemeinsam mit den behandelnden Ärzten erhoben und mit den Daten aus der Kostenrechnung bewertet. Die erheblichen Unterschiede im Bereich der CT-Untersuchungen waren darauf zurückzuführen, dass im LKH Feldkirch relativ hohe Durchschnittswerte über alle CT-Leistungen angenommen wurden, während das LK St. Pölten jede CT-Leistung gesondert kalkulierte.

Weiters traten große Unterschiede bei den Personalkosten der medizin-technischen Dienste und bei den kalkulatorischen Kosten auf. Die Gemeinkostenzuschläge betragen in beiden Krankenanstalten zwischen 19 % und 22 %.

Kalkulation der spitalsambulanten Leistungen

28.1 Die Krankenanstalten kalkulierten nach einem vom RH einheitlich vorgegebenen Kalkulationsschema (Anhang 1). Dieses enthält vier Kostengruppen, und zwar für:

- Personal (Ärzte, Krankenpflege, medizin-technische Dienste, Verwaltungspersonal): Berechnet wurden Kosten je Arbeitsminute. Die Jahresarbeitszeit wurde im Durchschnitt mit 1.650 Stunden festgelegt.
- Materialien (Verbrauchsgüter): Die Materialeinzelkosten wurden den Leistungen direkt zugeordnet.
- Kalkulatorische Kosten (Abschreibung der maschinellen Einrichtungen, Instandhaltungskosten, keine kalkulatorischen Zinsen): Die Zuordnung der Kosten zu den Leistungen erfolgte unterschiedlich, indem bspw. die Kosten auf die Jahresuntersuchungsfrequenz oder die Lebensdauer des Geräts nach Untersuchungsminuten aufgeteilt wurden.
- Gemeinkosten (Sekundärkosten wie bspw. Apotheke, Speisesaal, Sterilisation, Verwaltung): Dazu wurden unterschiedliche Umlageschlüssel verwendet.

28.2 Die Kostenkalkulationen ergaben bei einigen medizinischen Leistungen erhebliche Unterschiede. Dafür waren drei Gründe maßgebend:

- Die unterschiedlich langen Arbeitszeiten der Ärzte, des Pflegedienstes und sonstiger, zusätzlicher medizinischer Mitarbeiter sowie die personelle Zusammensetzung und die Kosten der Arbeitsstunden: Die Personalkosten betragen am Beispiel Coloskopie zwischen 52,66 EUR (KH Ried) und 95,16 EUR (LK St. Pölten) bzw. bei der Gastroskopie zwischen 23,59 EUR (KH Ried) und 57,26 EUR (LK St. Pölten).
- Die Unterschiede der kalkulatorischen Kosten infolge Geräteausstattung und -auslastung sowie deren Anschaffungskosten: Sie differierten am Beispiel Coloskopie zwischen 28,42 EUR (LK St. Pölten) und 43,06 EUR (LKH Feldkirch).
- Die Gemeinkosten, die von der Größe (Anzahl der Abteilungen) und der Struktur (Aufgabenbereiche und Vorhalteleistungen) des jeweiligen Krankenhauses abhängen: Am Beispiel Coloskopie betragen die Gemeinkostenaufschläge zwischen 22,5 % (64,17 EUR im LK St. Pölten) und 75,5 % (83,65 EUR im LKH Feldkirch).

Tarife und Durchschnittspreise der sozialen Krankenversicherungsträger

29.1 Die Anhänge 3 bis 6 beinhalten bei den fünf sozialen Krankenversicherungsträgern jeweils vier Spalten, und zwar:

- Durchschnittspreis: Das ist der ausbezahlte Betrag, der sich durch verschiedene Ausgabenbegrenzungen der sozialen Krankenversicherungen der sozialen Krankenversicherungsträger (Deckelungen, Degressionen etc.) durchschnittlich ergibt.
- Durchschnittspreis mit Zuschlag
- Tarif mit Zuschlag
- Tarif laut Honorarordnungen: Das sind jene Sätze, die maximal zur Auszahlung für eine medizinische Leistung gelangen.

In den Tarifen und Durchschnittspreisen waren ergänzende Leistungen, wie bspw. Erstordinationen oder Visiten (Grundleistungen) – die in der Regel zu einer Untersuchung/Behandlung (Sonderleistung) dazugehören – nicht enthalten.

Grundsätzliches zur Methodik des Leistungs- und Kostenvergleichs

Für eine vergleichende Darstellung wurden daher die Grundleistungen in Form von Zuschlägen den vertraglich festgelegten Sonderleistungstarifen hinzugerechnet. Diese Zuschläge ergaben sich fachgebietsspezifisch so, dass die Summe der Grundleistungshonorare zur Summe aller Sonderleistungshonorare in Relation gesetzt wurde.³¹ Es ergab sich damit ein zu den Kosten in den Spitalsambulanzen realistischer, wenngleich nicht exakter, Vergleichswert.³²

Die drei Gebietskrankenkassen und die SVA anerkannten die vom RH vorgeschlagene Berechnungsmethode, lediglich die BVA äußerte hinsichtlich der Bildung der Zuschläge Bedenken.

29.2 Für den RH waren die Bedenken der BVA zwar nachvollziehbar, doch wies er darauf hin, dass sich die Höhe der prozentuellen Zuschläge auf die Tarife bzw. Durchschnittspreise aus den Aufzeichnungen der sozialen Krankenversicherungsträger ergaben und die Ergebnisse mit allen fünf sozialen Krankenversicherungsträgern akkordiert wurden.

Dem RH war bewusst, dass es für eine exakte Ermittlung vergleichbarer Kosten der jeweiligen sozialen Krankenversicherungsträger notwendig gewesen wäre, sämtliche Abrechnungsdaten der medizinischen Leistungen, die laut Vergleichstabelle in Frage kamen, von seinen Vertragspartnern abzufragen und auszuwerten. Für eine überblicksmäßige Darstellung eines Kosten-/Ausgabenvergleichs wäre dieser Aufwand jedoch unverhältnismäßig hoch gewesen.

Nachdem sich bei der Auswertung zeigte, dass in einigen Fällen ein deutlicher Unterschied zwischen Tarifen und Durchschnittspreisen mit oder ohne Zuschlägen bestand, wäre die alleinige Darstellung der Tarife bzw. Durchschnittspreise im Vergleich zu den Kosten in den Spitalsambulanzen ebenfalls unkorrekt. Der RH hielt daher seine Methode zur Darstellung des Kostenvergleichs für geeignet.

³¹ bei BVA und SVA, wenn Grund- und Sonderleistung an ein und demselben Tag verrechnet wurden

³² Zur Ermittlung eines Vergleichswerts hätten die fünf sozialen Krankenversicherungsträger in einem unverhältnismäßig hohen Aufwand alle Abrechnungen der Ärzte für die in der Vergleichstabelle angeführten Leistungen abfragen und auswerten müssen.

Schlussbemerkungen/Schlussempfehlungen

30 Zusammenfassend hob der RH folgende Empfehlungen hervor:

- | | |
|--|--|
| BMG | <p>(1) Die Entwicklung einer bundesweit einheitlichen Dokumentation ambulanter Leistungen im intra- und extramuralen Bereich wäre unter Einbeziehung aller Länder voranzutreiben. (TZ 4)</p> <p>(2) Die Richtlinie der Bundesgesundheitskommission für die präoperative Befundung sollte fertiggestellt werden. (TZ 11)</p> <p>(3) Für eine bessere Kostenermittlung, vor allem im Hinblick auf die zukünftige Kostenbewertung der Leistungen nach dem Katalog ambulanter Leistungen, wäre die Kostenrechnungsverordnung zu überarbeiten. (TZ 26)</p> |
| Länder Vorarlberg,
Oberösterreich und
Niederösterreich | <p>(4) Die Verteilung der Mittel zur Finanzierung der Spitalsambulanzen wäre im Interesse einer möglichst kostendeckenden Versorgung zu evaluieren und anzupassen. (TZ 3)</p> <p>(5) Die Dokumentation ambulanter Leistungen wäre fortzusetzen, um qualitative Ergebnisse für die Erstellung eines bundesweit einheitlichen Katalogs ambulanter Leistungen liefern zu können. (TZ 4)</p> <p>(6) Das Einsparungspotenzial an ambulanten Nachbehandlungen wäre mit den verantwortlichen Spitalsärzten zu evaluieren und eine Verlagerung in den niedergelassenen Bereich in jenen Fällen anzustreben, in denen diese Leistungen dort günstiger erbracht werden könnten. (TZ 15)</p> <p>(7) Zur Vermeidung nicht zwingend notwendiger Befunde im Rahmen der präoperativen Abklärung wäre die in Arbeit befindliche Richtlinie der Bundesgesundheitskommission nach ihrer Fertigstellung zu übernehmen und in die Praxis umzusetzen. (TZ 11)</p> |
| Länder Oberösterreich
und Niederösterreich | <p>(8) Die integrierte Planung zwischen intra- und extramuralem Bereich sollte so rasch wie möglich durchgeführt werden. (TZ 5)</p> |
| Land Vorarlberg | <p>(9) Ein zentraler Ärztenotruf sollte eingeführt werden. (TZ 12)</p> |

Schlussbemerkungen/ Schlussempfehlungen

- | | |
|--|---|
| Land Oberösterreich | (10) Die Zahlungen an die Ärzte für deren ambulante Tätigkeiten wären vom Bereich der Finanzierung spitalsambulanter Leistungen zu trennen. (TZ 3) |
| Land Niederösterreich | (11) Die Finanzierung der spitalsambulanten Leistungen wäre zu bündeln. (TZ 3) |
| Vorarlberger, Oberösterreichische und Niederösterreichische Gebietskrankenkasse, Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter sowie Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft | (12) Es wären Analysen durchzuführen, welche die relativ hohe Inanspruchnahme der Spitalsambulanzen im Landeskrankenhaus St. Pölten klären sollen. (TZ 12) |
| Vorarlberger, Oberösterreichische und Niederösterreichische Gebietskrankenkasse, Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter sowie Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft | (13) Der begonnene Weg, Tarife auf der Grundlage von Kostenkalkulationen in die Honorarordnungen aufzunehmen, sollte fortgeführt werden. (TZ 17) |
| Vorarlberger, Oberösterreichische und Niederösterreichische Gebietskrankenkasse, Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter sowie Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft | (14) Ein Tarif wäre nicht an die Bezeichnung einer medizinischen Leistung als diagnostische oder Vorsorgeuntersuchung zu knüpfen, sondern an deren Inhalt. Für Untersuchungen desselben Inhalts sollte auch derselbe Tarif bestimmt werden. (TZ 20) |
| Niederösterreichische Gebietskrankenkasse, Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter und Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft | (15) Unter Berücksichtigung des jeweiligen Bedarfs wären Maßnahmen zur Ausgabenbegrenzung zu setzen. (TZ 21) |
| Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter und Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft | (16) Für die Mammographie sollte ein Organtarif vorgesehen werden, um die Abrechnung zu vereinfachen und die Transparenz zu verbessern. (TZ 20) |

Vorarlberger Gebiets-
krankenkasse

(17) Die Tarife für MRT-Leistungen wären zu evaluieren und die Maßnahmen zur Tarifsenkung zu setzen. (TZ 21)

Versicherungsanstalt
öffentlich Bediens-
teter

(18) Die Honorarordnung wäre dahingehend abzuändern, dass im Falle einer Gastroskopie nur noch eine Leistungsposition abgerechnet werden kann. (TZ 22)

ANHANG

Anhang 1: Kalkulationsblatt 2008

Anhang 2: Ambulanzkostenvergleich – Krankenanstalten

**Anhang 3: Durchschnittspreis- und Tarifvergleich –
Gebietskrankenkassen**

**Anhang 4: Ambulanzkosten- sowie Durchschnittspreis- und
Tarifvergleich – Vorarlberg**

**Anhang 5: Ambulanzkosten- sowie Durchschnittspreis- und
Tarifvergleich – Oberösterreich**

**Anhang 6: Ambulanzkosten- sowie Durchschnittspreis- und
Tarifvergleich – Niederösterreich**

Die Anhänge 2 bis 6 sind in einem größeren Format über die beigelegte CD und über die Website des Rechnungshofes <http://www.rechnungshof.gv.at> verfügbar.

Anhang 1: Kalkulationsblatt 2008

Allgemeine Daten			
Kostenstelle:		Kostenstellenbezeichnung:	
Leistungsnummer:		Leistungsbezeichnung:	

Personalkosten			
Personalgruppe	Zeit in Minuten	Kosten/Minute	Gesamtkosten
Ärzte (Akad. Dienst)			
diplomierte Pflegekräfte			
Sanitätshilfsdienst			
medizin-technischer Dienst			
Summe			

Materialien				
Artikelnr.:	Bezeichnung	Menge	Preis/Stk.	Gesamtkosten
Summe				

Kalkulatorische Kosten			
Gerätebezeichnung	Zeit in Minuten	Kosten/Minute	Gesamtkosten
Summe			

Zwischensumme Einzelkosten	
----------------------------	--

Gemeinkosten	
--------------	--

Gesamtkosten	
---------------------	--

Geräte	Anschaffungswert	Nutzungsdauer in Minuten	Kosten Afa/Minute

Personalgruppe	Ø Jahreskosten	Arbeitsminuten	Kosten/Minute
Ärzte (Akad. Dienst)			
diplomierte Pflegekräfte			
Sanitätshilfsdienst			
medizin-technischer Dienst			

Anhang 2: Ambulanzkostenvergleich – Krankenanstalten
(in EUR)

Leistung	Bezeichnung	LKH Feldkirch		KH Ried		LK St. Pölten, {LK Amstetten}	
		Teilkosten¹	Vollkosten	Teilkosten¹	Vollkosten	Teilkosten¹	Vollkosten
Mammographie	kurative Mammographie (beide Seiten)	47,13 Interdis. Amb./ 54,00 Radiologie	66,92 Interdis. Amb./ 64,89 Radiologie	49,61	76,34	57,44 (127,19)	80,33 (142,17)
		23,56	33,46	nk	nk	33,35	56,24
CT – Schädel	Gehirn	104,37 ohne KM/ 134,32 mit KM	124,52 ohne KM/ 159,86 mit KM	109,05 für alle Leistungen; Zukauf	109,05 für alle Leistungen; Zukauf	37,99 bis 55,51 (74,68) ohne KM; 64,94 bis 75,12 mit KM	56,88 bis 74,40 (110,08) ohne KM; 83,84 bis 94,02 mit KM
		104,37 ohne KM/ 134,32 mit KM	124,52 ohne KM/ 159,86 mit KM	siehe oben	siehe oben	49,43 ohne KM; 78,91 bis 131,02 mit KM	68,32 ohne KM; 97,80 bis 149,91 mit KM
CT – Knie	Kniegelenk je Seite	104,37 ohne KM/ 134,32 mit KM	124,52 ohne KM/ 159,86 mit KM	siehe oben	siehe oben	38,14 bis 55,66 (71,23)	57,03 bis 74,55 (106,63)
		104,37 ohne KM/ 134,32 mit KM	124,52 ohne KM/ 159,86 mit KM	siehe oben	siehe oben	38,14 bis 55,66 (71,23)	57,03 bis 74,55 (106,63)
CT – Hüfte	Hüftgelenk je Seite	104,37 ohne KM/ 134,32 mit KM	124,52 ohne KM/ 159,86 mit KM	siehe oben	siehe oben	38,14 bis 55,66 (71,23)	57,03 bis 74,55 (106,63)
		104,37 ohne KM/ 134,32 mit KM	124,52 ohne KM/ 159,86 mit KM	siehe oben	siehe oben	38,14 bis 55,66 (71,23)	57,03 bis 74,55 (106,63)
CT – HWS	Halswirbelsäule inkl. allenfalls Myelographie (unabhängig der Segmentanzahl)	104,37 ohne KM/ 134,32 mit KM	124,52 ohne KM/ 159,86 mit KM	siehe oben	siehe oben	38,14 bis 55,66 (71,23)	57,03 bis 74,55 (106,63)
		104,37 ohne KM/ 134,32 mit KM	124,52 ohne KM/ 159,86 mit KM	siehe oben	siehe oben	38,14 bis 55,66 (71,23)	57,03 bis 74,55 (106,63)
CT – LWS	Lendenwirbelsäule inkl. allenfalls Myelographie (unabhängig der Segmentanzahl)	104,37 ohne KM/ 134,32 mit KM	124,52 ohne KM/ 159,86 mit KM	siehe oben	siehe oben	38,14 bis 55,66 (71,23)	57,03 bis 74,55 (106,63)
		104,37 ohne KM/ 134,32 mit KM	124,52 ohne KM/ 159,86 mit KM	siehe oben	siehe oben	38,14 bis 55,66 (71,23)	57,03 bis 74,55 (106,63)
MRT – Schädel	Gehirn und Gesichtsschädel inkl. Rückenmark bis C 3	196,91 ohne KM/ 246,92 mit KM	233,60 ohne KM/ 292,63 mit KM	185,11 für alle Leistungen; Zukauf	185,11 für alle Leistungen; Zukauf	111,07 bis 139,64 (145,93) ohne KM; 152,16 bis 173,07 mit KM	158,76 bis 187,33 (260,52) ohne KM; 199,85 bis 220,76 mit KM
		196,91 ohne KM/ 246,92 mit KM	233,60 ohne KM/ 292,63 mit KM	siehe oben	siehe oben	nk	nk
MRT – Hüfte	Gehirn oder Gesichtsschädel inkl. Rückenmark bis C 3	196,91 ohne KM/ 246,92 mit KM	233,60 ohne KM/ 292,63 mit KM	siehe oben	siehe oben	nk	nk
		196,91 ohne KM/ 246,92 mit KM	233,60 ohne KM/ 292,63 mit KM	siehe oben	siehe oben	nk	nk
MRT – HWS	Gehirn und/oder Gesichtsschädel inkl. Rückenmark bis C 3	196,91 ohne KM/ 246,92 mit KM	233,60 ohne KM/ 292,63 mit KM	siehe oben	siehe oben	nk	nk
		196,91 ohne KM/ 246,92 mit KM	233,60 ohne KM/ 292,63 mit KM	siehe oben	siehe oben	nk	nk
MRT – LWS	cerebrale MRT (übliche Darstellung des Gehirns)	196,91 ohne KM/ 246,92 mit KM	233,60 ohne KM/ 292,63 mit KM	siehe oben	siehe oben	nk	nk
		196,91 ohne KM/ 246,92 mit KM	233,60 ohne KM/ 292,63 mit KM	siehe oben	siehe oben	nk	nk
MRT – Knie	Nasennebenhöhlen (= Gesichtsschädel)	196,91 ohne KM/ 246,92 mit KM	233,60 ohne KM/ 292,63 mit KM	siehe oben	siehe oben	116,10 bis 139,57 (145,68) rechts und links	163,79 bis 187,26 (260,27) rechts und links
		196,91 ohne KM/ 246,92 mit KM	233,60 ohne KM/ 292,63 mit KM	siehe oben	siehe oben	113,48 bis 139,50 (145,68)	161,17 bis 187,19 (260,27)
MRT – Hüfte	Kniegelenk je Seite	196,91 ohne KM/ 246,92 mit KM	233,60 ohne KM/ 292,63 mit KM	siehe oben	siehe oben	116,10 bis 139,57 (145,68) rechts und links	163,79 bis 187,26 (260,27) rechts und links
		196,91 ohne KM/ 246,92 mit KM	233,60 ohne KM/ 292,63 mit KM	siehe oben	siehe oben	113,48 bis 139,50 (145,68)	161,17 bis 187,19 (260,27)
MRT – HWS	Hüftgelenk je Seite	196,91 ohne KM/ 246,92 mit KM	233,60 ohne KM/ 292,63 mit KM	siehe oben	siehe oben	116,10 bis 139,57 (145,68)	163,79 bis 187,26 (260,27)
		196,91 ohne KM/ 246,92 mit KM	233,60 ohne KM/ 292,63 mit KM	siehe oben	siehe oben	116,10 bis 139,57 (145,68)	163,79 bis 187,26 (260,27)
MRT – LWS	Halswirbelsäule inkl. allenfalls Myelographie	196,91 ohne KM/ 246,92 mit KM	233,60 ohne KM/ 292,63 mit KM	siehe oben	siehe oben	116,10 bis 139,57 (145,68)	163,79 bis 187,26 (260,27)
		196,91 ohne KM/ 246,92 mit KM	233,60 ohne KM/ 292,63 mit KM	siehe oben	siehe oben	116,10 bis 139,57 (145,68)	163,79 bis 187,26 (260,27)
Phlebographie	Lendenwirbelsäule inkl. allenfalls Myelographie	192,43	203,72	nk	nk	nk	nk
		110,83	194,48	89,05	154,03	nk (130,06)	nk (148,83)
Coloskopie	Coloskopie	nk	nk	nk	nk	nk	nk
		216,52	379,99	132,83 bis 191,08	229,76 bis 330,52	221,01 bis 243,17	285,18 bis 307,34
Gastroskopie	Polypenabtragung mittels Endoskop, je Polyp; verrechenbar nur von CHI, URQ, INT	77,65	136,98	30,17	52,18	109,45 bis 118,07 (83,94)	173,63 bis 182,25 (102,71)
		nk	nk	63,48 bis 121,73	109,80 bis 210,55	nk	nk
Gastroskopie	Coloskopie mit Polypektomie	nk	nk	nk	nk	nk	nk
		nk	nk	nk	nk	nk	nk
Gastroskopie	Ösophago-Gastro-Duodenoskopie	nk	nk	nk	nk	nk	nk
		nk	nk	nk	nk	nk	nk
Gastroskopie	Ösophago-Gastro-Duodenoskopie mit Polypektomie	nk	nk	nk	nk	nk	nk
		nk	nk	nk	nk	nk	nk
Gastroskopie	Ösophagoskopie, Gastroskopie	nk	nk	nk	nk	nk	nk
		nk	nk	nk	nk	nk	nk
Gastroskopie	Gastroskopie, Duodenoskopie	nk	nk	nk	nk	nk	nk
		nk	nk	nk	nk	nk	nk

Anhang 2: Ambulanzkostenvergleich – Krankenanstalten
(in EUR)

Leistung	Bezeichnung	LKH Feldkirch		KH Ried		LK St. Pölten, {LK Amstetten}	
		Teilkosten¹	Vollkosten	Teilkosten¹	Vollkosten	Teilkosten¹	Vollkosten
Blase	Endoskopie der Harnblase (Zystoskopie) beim Mann	32,93	69,93	19,13	27,75	69,06 (30,92)	83,28 (52,77)
	Endoskopie der Harnblase (Zystoskopie) bei der Frau	37,13 inkl. Urethroskopie	95,13 inkl. Urethroskopie	nk	nk	nk (30,92)	nk (52,77)
	Endoskopie der Harnblase (Zystoskopie)	nk	nk	nk	nk	nk	nk
Ultraschall	sonographische Untersuchung der Schwangeren in der 18. bis 22. Schwangerschaftswoche	34,55	49,06	nk	nk	16,86 (31,20)	34,24 (38,22)
	sonographische Untersuchung der Schwangeren in der 30. bis 34. Schwangerschaftswoche	34,55	49,06	nk	nk	16,86 (31,20)	34,24 (38,22)
	gebürtsärztlicher Ultraschall bei (besonderer) medizinischer Indikation Schwangerenuntersuchung (MKP); außerhalb der MKP-Untersuchung nur bei pathologischem Zustand der Schwangerschaft, und zwar bei Blutungen während der Schwangerschaft, Verdacht auf missed abortion, Verdacht auf intrauterinen Fruchttod, Missverhältnis Schwangerenbecken – Leibesfrucht	52,16	74,06	nk	nk	26,23	43,61
	Sonographie bei pathologischem Zustand der Schwangerschaft, und zwar bei Blutungen während der Schwangerschaft, Verdacht auf missed abortion, Verdacht auf intrauterinen Fruchttod, Missverhältnis Schwangerenbecken – Leibesfrucht	52,16	74,06	nk	nk	nk (46,24)	nk (53,26)
	Mamma-Sonographie bei unklarem (pathologischem) Mammographieergebnis (Mammographiebefund) je Seite	nk	nk	31,93 einseitig (56,16) beidseitig	49,12 einseitig (86,40) beidseitig	7,29 einseitig (31,17) beidseitig	24,67 einseitig (35,69) beidseitig
	direktionale Doppler-Sonographie der Extremitätenarterien mit Messung der distalen Arterien drucke, Registrierung der Strömungskurve der Extremitätenarterien, Durchführung ev. Funktionsteste sowie Dokumentation und Beurteilung; auch bei Messung aller Extremitäten ist diese Position nur einmal verrechenbar	nk	nk	23,78	33,03	25,26 bis 27,68 (31,17)	48,15 bis 50,57 (35,69)
	bidirektionale Doppler-Sonographie der Extremitätenarterien mit Messung der distalen Arterien drucke, Registrierung der Strömungskurve der Extremitätenarterien, Durchführung eventueller Funktionstests sowie Dokumentation und Beurteilung	30,36	43,12	72,41	111,41	nk	nk
	kompletter Blutbild: Hämatokrit, Zählung und Beurteilung der Erythrozyten und Leukozyten, Hämoglobin-Bestimmung, Errechnung der sich aus der Zählung ergebenden Parameter, Differentialzählung	4,16 Zukauf	4,16 Zukauf	nk	nk	nk	nk
	Blutbild, komplett (Erythrozyten, Leukozyten, Hämoglobin, Differentialzählung, Farbindex)	4,16 Zukauf	4,16 Zukauf	nk	nk	nk	nk
	komplettes Blutbild (Erythrozyten, Hämoglobin + Beurteilung der Erythrozyten)	1,79 Zukauf	1,79 Zukauf	2,10 technisch	2,97 technisch	1,27 (9,55)	1,68 (11,06)
komplettes Blutbild (Erythrozyten, Leukozyten, Hämoglobin, Differentialblutbild)	4,16 Zukauf	4,16 Zukauf	nk	nk	nk	nk	
Leukozyten, Differentialzählung, Hämatokrit- und Hämoglobin-Bestimmung; Errechnung der sich aus der Zählung und Messung ergebenden Parameter (mechanisiertes Blutbild und Differentialblutbild)	4,16 Zukauf	4,16 Zukauf	14,68 manuell	20,79 manuell	nk	nk	
komplettes Blutbild: Zählung und Beurteilung der Erythrozyten, Leukozyten und Thrombozyten, automatisierte oder notwendige mikroskopische Differentialzählung, Hämatokrit- und Hämoglobin-Bestimmung, Errechnung der sich aus der Zählung und Messung ergebenden Parameter	5,44 Zukauf	5,44 Zukauf	nk	nk	nk	nk	

Anhang 2: Ambulanzkostenvergleich – Krankenanstalten
(in EUR)

Leistung	Bezeichnung	LKH Feldkirch		KH Ried		LK St. Pölten, {LK Amstetten}	
		Teilkosten¹	Vollkosten	Teilkosten¹	Vollkosten	Teilkosten¹	Vollkosten
Enzyme	Gamma-Glutamyl-Transferase: Labor	1,84 Zukauf	1,84 Zukauf	nk	nk	0,15 (16,27)	0,56 (17,78)
	Gamma-Glutamyl-Transferase: niedergelassene Ärzte	nk	nk	nk	nk	nk	nk
	Gamma-Glutamyl-Transferase	nk	nk	1,39	1,97	0,16	0,57
	Gesamitcholesterin: Labor	1,60 Zukauf	1,60 Zukauf	nk	nk	nk	nk
	Gesamitcholesterin: niedergelassene Ärzte	nk	nk	nk	nk	0,15 (16,02)	0,56 (17,53)
chemische Blutuntersuchung	Gesamitcholesterin	nk	nk	1,13	1,60	nk	nk
	Fremdkörperentfernung aus der Cornea einschließlich Anästhesie	nk	nk	nk	nk	nk	nk
Fremdkörperentfernung aus der Cornea	Fremdkörperentfernung aus der Cornea	23,38	32,50	20,04	26,99	11,11	22,70
	intravenöse Injektion	8,52	12,10	10,58	18,30	3,51 (5,06)	8,58 (22,68)
EKG	12-Ableitungs-EKG (Ableitung I, II, III AVR, AVL, AVF; V1-6) inkl. langem Streifen, soweit erforderlich (eine Ableitung mind. 2 Minuten)	15,34	21,78	3,91	5,43	3,37 (8,90)	7,62 (26,52)
	mit Ergometrie	nk	nk	35,44	49,23	nk	nk
	Langzeit-EKG 24 Stunden	nk	nk	23,52	32,68	nk	nk
	Ruhe-EKG mit 6 Brustwandableitungen	nk	nk	nk	nk	nk	nk
EMG- und ENG-Untersuchung	EMG- und ENG-Untersuchung zusammen	nk	nk	nk	nk	58,51	74,54
	EMG-Untersuchung	nk	nk	31,18	46,92	30,27	46,30
	ENG-Untersuchung	nk	nk	15,92	23,96	30,01	46,04
	Elektromyographie und Befund	nk	nk	nk	nk	nk	nk
psychiatrische Notfallbehandlung	psychiatrische Notfallmaßnahmen (sozialpsychiatrische Interventionen, Einweisung in psychiatrische Anstalten) einschließlich allfälliger Abklärungen mit Behörden und Auslieferung notwendiger Zeugnisse	nk	nk	nk	nk	-	-
	psychiatrische Notfallbehandlung (Krisenintervention); nur bei Suizidgefahr bzw. akuten Exazerbationen bei Psychosen verrechenbar	nk	nk	nk	nk	{75,27}	{133,70}
	Brillenbestimmung bei Astigmatismus (Javal); einmal pro Fall und Quartal verrechenbar	23,73	32,98	15,84	21,34	14,03/15,07 bei Kindern	25,62/23,88 bei Kindern
Brillenbestimmung	Brillenbestimmung bei Astigmatismus (Javal)	nk	nk	nk	nk	nk	nk
	subjektive Refraktionsbestimmung bei Astigmatismus	nk	nk	nk	nk	nk	nk
	Skioskopie oder Bestimmung des Astigmatismus nach Javal	nk	nk	nk	nk	nk	nk
	Skioskopie	nk	nk	nk	nk	nk	nk
	Sehschule (1mal pro Fall und Tag verrechenbar)	nk	nk	nk	nk	nk	nk
Tränensekretionsmessung	Schirmertest	nk	nk	nk	nk	nk	nk
	Schirmersche Probe bei Verdacht auf Hyposekretion der Tränenrüsen	nk	nk	nk	nk	nk	nk
	Tränensekretionsmessung (Schirmertest) bei Kontaktlinsenunverträglichkeit sowie bei trockenen, chronischen Entzündungen des Auges	21,58	29,99	nk	nk	10,68	22,26
	Otomikroskopie	4,46	6,46	4,71	6,39	5,94 (1,98)	18,91 (9,54)
Exstirpation oder Excision einer Geschwulst	Exstirpation oder Excision einer Geschwulst (bis 10 mm Durchmesser)	47,09	66,87	14,02	19,63	50,39 (36,51)	63,82 (46,81)
	operative Entfernung bis zu drei Geschwulsten in einer Region, inkl. Naht: Atherom, Fibrom, Lipom, Fibrolipom, Lymphknoten	nk	nk	nk	nk	nk	nk

Anhang 2: Ambulanzkostenvergleich – Krankenanstalten
(in EUR)

Leistung	Bezeichnung	LKH Feldkirch		KH Ried		LK St. Pölten, {LK Amstetten}	
		Teilkosten¹	Vollkosten	Teilkosten¹	Vollkosten	Teilkosten¹	Vollkosten
Entfernung einer oder mehrerer Warzen	Entfernung (Exstirpation, Excision, Kautik, Excochleation) einer Warze	36,09	51,25	14,02	19,63	8,10 (36,51)	21,53 (46,81)
	Entfernung einer oder mehrerer Warzen, aktinischer Keratosen, Clavus chirurgische, elektrochirurgische oder kryochirurgische Entfernung von benignen Geschwülsten (wie z.B. Condylomata acuminata, Warzen, Keratosen, Molluska, Papillome, Keloide) ohne Naht; die Leistung kann bei Entfernung von bis zu fünf Geschwülsten je Sitzung und Region nur einmal verrechnet werden; Angabe der Region notwendig; Anästhesie einmal pro Region verrechenbar	nk	nk	nk	nk	nk	35,47 (60,79)
	Excochleation, Aetzung, Kautik einer Warze oder einer leicht zugänglich gestielten Geschwulst	nk	nk	nk	nk	nk	nk
	Entfernung mehrerer Warzen in einer Sitzung	nk	nk	nk	nk	nk (50,49)	nk (60,79)
	Entfernung eines Karbunkels	36,09	51,25	14,02	19,63	31,05 (19,90)	42,53 (30,20)
	Incision eines oder mehrerer oberflächlicher Abszesse; Furunkel, Panaritium cutaneum, Paronychien, Schweißdrüsen- oder Lymphknotenabszesse, vereiltere Athrome, vereiltere Hämatome, thrombosierter Varix- oder Hämorrhoidalnoten, ausgenommen nach vorangegangener Verödung (auch elektrochirurgisch)	61,14	86,81	nk	nk	47,23 (71,40)	58,69 (81,70)
	operative Behandlung eines Karbunkels oder tief sitzenden Abszesses oder tief sitzenden Hämatoms, Incision einer Mastitis purulenta oder Phlegmone (auch elektrochirurgisch)	77,16	109,56	nk	nk	nk (201,27)	nk (269,60)
	Legende:						
	nk: nicht kalkuliert						
	KM: Kontrastmittel						
MKP: Mutter-Kind-Pass							
C3: dritter Halswirbel nach Axis							
HWS: Halswirbelsäule							
LWS: Lendenwirbelsäule							
CHI: Chirurgie							
URO: Urologie							
KIN: Kinderheilkunde							
UCH: Unfallchirurgie							
Quellen: Daten der Krankenanstalten und Sozialversicherungsträger, Auswertungen des RH							

Anhang 3: Durchschnittspreis- und Tarifvergleich – Gebietskrankenkassen
(in EUR)

Leistung	Bezeichnung	VGKK			OÖGKK			NÖGKK						
		Durchschnittspreis	Durchschnittspreis mit Zuschlag	Tarif mit Zuschlag	Tarif	Durchschnittspreis ohne Tarifanhebung 2008	Durchschnittspreis mit Zuschlag	Tarif mit Zuschlag	Tarif	Durchschnittspreis mit Zuschlag	Durchschnittspreis	Tarif mit Zuschlag	Tarif	
	chirurgische, elektrochirurgische oder kryochirurgische Entfernung von benignen Geschwülsten (wie z.B. Condylomata acuminata, Warzen, Keratosen, Molluska, Papillome, Keloide) ohne Näht; die Leistung kann bei Entfernung von bis zu fünf Geschwülsten je Sitzung und Region nur einmal verrechnet werden; Angabe der Region notwendig; Anästhesie einmal pro Region verrechenbar	---	14,43 AUG / 14,52 CHI / 21,41 DER / 15,30 - 1,44 GYN / 11,38 GYN / 13,08 HNO / 11,47 INT / 18,28 KIN / 12,10 LUN / 12,63 NEU/PSY / 13,89 ORT / 14,25 UCH / 11,83 URO / 24,91 PRA	19,40 - 1,82 AUG / 19,52 - 1,83 CHI / 28,80 - 2,70 DER / 15,30 - 1,44 GYN / 17,59 - 1,65 HNO / 15,42 - 1,45 INT / 24,58 - 2,31 KIN / 16,27 - 1,53 LUN / 16,99 - 1,59 NEU/PSY / 18,68 - 1,75 ORT / 19,16 - 1,80 UCH / 15,91 - 1,49 URO / 33,50 - 3,14 PRA	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
	Exochelation, Ätzung, Kautistik einer Warze oder einer leicht zugänglich gestielten Geschwulst	8,96	---	---	12,05 - 1,13	---	---	---	---	---	---	---	---	
	Entfernung mehrerer Warzen in einer Sitzung	17,92	28,85 AUG / 29,03 CHI / 42,83 DER / 22,76 GYN / 26,16 HNO / 22,94 INT / 36,56 KIN / 24,19 LUN / 25,27 NEU/PSY / 27,78 ORT / 28,49 UCH / 23,65 URO / 49,82 PRA	38,80 - 3,64 AUG / 39,04 - 3,66 CHI / 57,60 - 5,40 DER / 30,61 - 2,87 GYN / 35,19 - 3,30 HNO / 30,85 - 2,89 INT / 49,16 - 4,61 KIN / 32,54 - 3,05 LUN / 33,98 - 3,19 NEU/PSY / 37,36 - 3,50 ORT / 38,32 - 3,59 UCH / 31,81 - 2,98 URO / 67,00 - 6,28 PRA	---	10,08 DER / 11,38 PRA / 11,05 KIN / 10,20 CHI / 10,41 GYN / 10,16 AUG / 10,09 HNO / 11,61 UCH / 9,04 ORT	22,88 DER / 38,69 PRA / 23,98 KIN / 13,06 CHI / 16,03 GYN / 16,36 AUG / 16,75 HNO / 18,23 UCH / 11,84 ORT	18,69 AUG / 14,86 CHI / 26,35 DER / 17,88 GYN / 19,27 HNO / 14,51 INT / 25,19 KIN / 16,60 LUN / 19,85 NEU / 15,21 ORT / 20,78 PSY / 18,23 UCH / 19,74 URO / 39,47 PRA	---	---	---	---	---	
	Entfernung eines Karbunkels	44,80	72,13 AUG / 72,58 CHI / 107,07 DER / 56,90 GYN / 65,41 HNO / 57,34 INT / 91,39 KIN / 60,48 LUN / 63,17 NEU/PSY / 69,44 ORT / 71,23 UCH / 59,14 URO / 124,54 PRA	97,00 - 9,10 AUG / 97,61 - 9,15 CHI / 144,00 - 13,50 DER / 76,52 - 7,18 GYN / 87,97 - 8,25 HNO / 77,12 - 7,23 INT / 122,91 - 11,53 KIN / 81,34 - 7,63 LUN / 84,95 - 7,97 NEU/PSY / 93,39 - 8,76 ORT / 95,80 - 8,98 UCH / 79,53 - 7,46 URO / 167,50 - 15,71 PRA	---	11,36 PRA / 9,90 DER / 9,90 HNO / 9,83 AUG / 10,81 KIN / 10,87 CHI / 10,82 GYN / 11,38 UCH / 10,54 URO / 9,80 ORT	38,62 PRA / 22,47 DER / 16,43 HNO / 15,83 AUG / 23,46 KIN / 13,91 CHI / 16,66 GYN / 17,87 UCH / 17,92 URO / 12,84 ORT	18,69 AUG / 14,86 CHI / 26,35 DER / 17,88 GYN / 19,27 HNO / 14,51 INT / 25,19 KIN / 16,60 LUN / 19,85 NEU / 15,21 ORT / 20,78 PSY / 18,23 UCH / 19,74 URO / 39,47 PRA	---	---	---	---		
	Incision eines Karbunkels	---	---	---	60,25 - 5,65	---	---	---	---	---	---	---	---	
	Incision eines oder mehrerer oberflächlicher Abszesse, Furunkel, Panaritium cutaneum, Paronychien, Schweißdrüsen- oder Lymphknotenabszesse, vereiterter Atherome, vereiterter Hämatoome, thrombosierter Varix- oder Hämorrhoidalknoten, ausgetreten nach vorangegangener Verödung (auch elektrochirurgisch)	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	
	operative Behandlung eines Karbunkels oder tief sitzender Abszesses oder tief sitzenden Hämatooms, Incision einer Mastitis paratitella oder Phlegmone (auch elektrochirurgisch)	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	

Legende:
 nk: nicht kalkuliert
 KM: Kontrastmittel
 AUG: Augen
 MKF: Mutter-Kind-Pass
 CZ: dritter Halswirbel nach Axis
 HWS: Halswirbelsäule
 LWS: Lendenwirbelsäule
 CHG: Chirurgie
 URO: Urologie
 KIN: Kinderneurologie
 UCH: Unfallchirurgie
 Quellen: Daten der Krankenkassen und Sozialversicherungsträger, Auswertungen des BfI

Anhang 4: Ambulanzkosten- und Tarifvergleich – Vorarlberg
(in EUR)

Leistung	Bezeichnung	LKH Feldkirch		VGKK				BVA-Landesstelle Vorarlberg				SVA-Landesstelle Vorarlberg			
		Teilkosten¹	Vollkosten	Durchschnittspreis mit Zuschlag	Tariff mit Zuschlag	Tariff	Durchschnittspreis	Durchschnittspreis mit Zuschlag	Tariff mit Zuschlag	Tariff	Durchschnittspreis	Durchschnittspreis mit Zuschlag	Tariff mit Zuschlag	Tariff	
Mammographie	Kurative Mammographie (beide Seiten)	47,13 Interdis. Amb./ 54,00 Radiologie	66,92 Interdis. Amb./ 64,89 Radiologie	79,26	---	112,80 - 49,46	93,12	---	---	---	---	---	---	---	
	Kurative Mammographie je Seite	23,56	33,46	---	---	---	51,00	---	---	---	---	---	---	---	
CT - Schadel	Gehirn	104,37 ohne KM/ 134,32 mit KM	124,52 ohne KM/ 159,86 mit KM	114,57	---	116,28 - 101,74	114,57	---	---	141,72 / 116,28	---	---	---	116,27	
	Geschwulstschadel	104,37 ohne KM/ 134,32 mit KM	124,52 ohne KM/ 159,86 mit KM	114,57	---	116,28 - 101,74	114,57	---	---	141,72 / 116,28	---	---	---	116,27	
CT - Knie	Kniegelenk je Seite	104,37 ohne KM/ 134,32 mit KM	124,52 ohne KM/ 159,86 mit KM	114,57	---	116,28 - 101,74	114,57	---	---	141,72 / 116,28	---	---	---	116,27	
CT - Huft	Huftgelenk je Seite	104,37 ohne KM/ 134,32 mit KM	124,52 ohne KM/ 159,86 mit KM	114,57	---	116,28 - 101,74	114,57	---	---	141,72 / 116,28	---	---	---	116,27	
CT - HWS	Halbwirbelsäule inkl. allenfalls Myelographie (unabhängig der Segmentanzahl)	104,37 ohne KM/ 134,32 mit KM	124,52 ohne KM/ 159,86 mit KM	114,57	---	116,28 - 101,74	114,57	---	---	141,72 / 116,28	---	---	---	116,27	
CT - LWS	Lendenwirbelsäule inkl. allenfalls Myelographie (unabhängig der Segmentanzahl)	104,37 ohne KM/ 134,32 mit KM	124,52 ohne KM/ 159,86 mit KM	114,57	---	116,28 - 101,74	114,57	---	---	141,72 / 116,28	---	---	---	116,27	
MRT - Schadel	Gehirn und Gesichtsschädel inkl. Rückenmark bis C 3	196,91 ohne KM/ 246,92 mit KM	233,60 ohne KM/ 292,63 mit KM	---	---	---	---	---	---	180,00	---	---	---	252,00	
	Gehirn oder Gesichtsschädel inkl. Rückenmark bis C 3	196,91 ohne KM/ 246,92 mit KM	233,60 ohne KM/ 292,63 mit KM	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	
	Gehirn und/oder Gesichtsschädel inkl. Rückenmark bis C 3	196,91 ohne KM/ 246,92 mit KM	233,60 ohne KM/ 292,63 mit KM	166,05	---	200,00 - 135,00	166,05	---	---	---	---	---	---	---	
	erebrale MRT (tübliche Darstellung des Gehirns)	196,91 ohne KM/ 246,92 mit KM	233,60 ohne KM/ 292,63 mit KM	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	
	Nasenembolien (e. Gesichtsschädel)	196,91 ohne KM/ 246,92 mit KM	233,60 ohne KM/ 292,63 mit KM	166,79	---	200,00 - 135,00	166,79	---	---	180,00	---	---	---	180,00	
MRT - Knie	Kniegelenk je Seite	196,91 ohne KM/ 246,92 mit KM	233,60 ohne KM/ 292,63 mit KM	167,31	---	200,00 - 135,00	167,31	---	---	180,00	---	---	---	180,00	
MRT - Huft	Huftgelenk je Seite	196,91 ohne KM/ 246,92 mit KM	233,60 ohne KM/ 292,63 mit KM	167,02	---	200,00 - 135,00	167,02	---	---	180,00	---	---	---	180,00	
MRT - HWS	Halbwirbelsäule inkl. allenfalls Myelographie	196,91 ohne KM/ 246,92 mit KM	233,60 ohne KM/ 292,63 mit KM	165,72	---	200,00 - 135,00	165,72	---	---	180,00	---	---	---	180,00	
MRT - LWS	Lendenwirbelsäule inkl. allenfalls Myelographie	196,91 ohne KM/ 246,92 mit KM	233,60 ohne KM/ 292,63 mit KM	---	---	---	---	---	---	180,00	---	---	---	180,00	
Phlebographie		192,43	203,72	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	
Coloskopie	Coloskopie	110,83	194,48	80,54	---	154,24 - 14,46 INT / 130,47 CHI / 103,09 INT	80,54	---	---	151,21 CHI / 144,06 INT	---	---	---	164,81 CHI / 139,91 INT	
	Polypenabtragung mittels Endoskop, je Polyp; verrechenbar nur von CHI, URO, INT	nk	nk	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	
	Coloskopie mit Polypektomie	216,52	379,99	96,65	---	234,25 - 21,97 CHI / 185,09 - 17,36 INT	96,65	---	---	---	---	---	---	---	
Gastroskopie	Oesophago-Gastro-Duodenoskopie	77,65	136,98	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	
	Oesophago-Gastro-Duodenoskopie mit Polypektomie	nk	nk	80,54	---	154,24 - 14,46 INT / 130,47 CHI / 103,09 INT	80,54	---	---	---	---	---	---	---	
	Oesophagoskopie, Gastroskopie	nk	nk	---	---	---	---	---	---	87,87	---	---	---	---	
	Gastroskopie, Duodenoskopie	nk	69,97	---	---	---	---	---	---	119,04	---	---	---	---	
Blase	Endoskopie der Harnblase (Zystoskopie) beim Mann	77,13 inkl. 96,12 inkl.	---	---	---	---	---	---	---	119,04	---	---	---	---	
	Endoskopie der Harnblase (Zystoskopie) bei der Frau	Urethroskopie	Urethroskopie	---	---	---	---	---	---	144,06 INT	---	---	---	---	
	Endoskopie der Harnblase (Zystoskopie)	nk	nk	30,61	---	63,62 - 5,97 URO	30,61	---	---	34,16 URO	---	---	---	43,57 GYN / 44,86 URO	
Ultraschall	Sonographische Untersuchung der Schwangeren in der 18. bis 22. Schwangerschaftswoche	34,55	49,06	---	---	28,61 GYN / 62,63 PRA	---	---	---	28,76 GYN / 44,41 PRA	---	---	---	30,44 GYN / 40,06 PRA	
	Sonographische Untersuchung der Schwangeren in der 30. bis 34. Schwangerschaftswoche	34,55	49,06	---	---	28,61 GYN / 62,63 PRA	---	---	---	28,76 GYN / 44,41 PRA	---	---	---	30,44 GYN / 40,06 PRA	
	geburtshilflicher Ultraschall bei (besonderer) medizinischer Indikation Schwangerschaftswoche (MKP); außerdem der MKP-Untersuchung nur bei pathologischem Zustand der Schwangerschaft, und zwar bei Blutungen während der Schwangerschaft, Verdacht auf misset abortion, Verdacht auf intrauterinen Fruchttod, Missverhältnis Schwangerecken - Leibesfrucht	34,55	49,06	33,41	---	61,21 - 5,74 GYN	33,41	---	---	34,23 GYN	---	---	---	32,66 GYN / 42,98 PRA	
	Mamma-Sonographie bei unklarem (pathologischem) Mammographieergebnis (Mammographiebefund) je Seite	52,16	74,06	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	32,66 GYN / 42,98 PRA	
	Messung der distalen Arteriensteifigkeit, Registrierung der Stromkurve der Extremitätenarterien, Durchföhrung ev. Funktionssteste sowie Dokumentation und Beurteilung; auch bei Messung aller Extremitäten ist diese Position nur einmal verrechenbar	nk	nk	15,67	---	107,12 - 10,05 GYN	15,67	---	---	13,56 RAD	---	---	---	12,79 RAD	
		nk	nk	31,34	---	60,25 - 5,65 RAD	31,34	---	---	---	---	---	---	---	

Anhang 4: Ambulanzkosten- und Tarifvergleich – Vorarlberg
(in EUR)

Leistung	Bezeichnung	LKH Feldkirch		VGKK				BVA-Landesstelle Vorarlberg				SVA-Landesstelle Vorarlberg			
		Teilkosten¹	Vollkosten	Durchschnittspreis	Durchschnittspreis mit Zuschlag	Tarif	Tarif mit Zuschlag	Durchschnittspreis	Durchschnittspreis mit Zuschlag	Tarif	Tarif mit Zuschlag	Durchschnittspreis	Durchschnittspreis mit Zuschlag	Tarif	Tarif mit Zuschlag
	bidirektionale Doppler-Sonographie der Extremitätenarterien mit Messung der distalen Arterien drucke, Registrierung der Strömungskurve der Extremitätenarterien, Durchführung eventueller Funktionsstests sowie Dokumentation und Beurteilung	30,36	43,12	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
Blutbild groß	kompletter Blutbild: Hämokrit, Zählung und Beurteilung der Erythrozyten und Leukozyten, Hämoglobin-Bestimmung, Errechnung der sich aus der Zählung ergebenden Parameter, Differentialzählung Blutbild, komplett (Erythrozyten, Leukozyten, Hämoglobin, Differentialzählung, Farbeindex)	4,16 Zukauf	4,16 Zukauf	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
	komplettes Blutbild (Erythrozyten, Leukozyten, Hämoglobin, Differentialzählung)	1,79 Zukauf	1,79 Zukauf	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
	komplettes Blutbild: Zählung und Beurteilung der Erythrozyten, Leukozyten und Thrombozyten, automatisierte oder notwendige mikroskopische Differentialzählung, Hämokrite- und Hämoglobine-Bestimmung, Errechnung der sich aus der Zählung und Messung ergebenden Parameter (mechanisiertes Blutbild und Differentialzählung)	4,16 Zukauf	4,16 Zukauf	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
Enzyme	komplettes Blutbild: Zählung und Beurteilung der Erythrozyten, Leukozyten und Thrombozyten, automatisierte oder notwendige mikroskopische Differentialzählung, Hämokrite- und Hämoglobine-Bestimmung, Errechnung der sich aus der Zählung und Messung ergebenden Parameter	5,44 Zukauf	5,44 Zukauf	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
	Gamma-Glutamyl-Transferase; Labor	1,84 Zukauf	1,84 Zukauf	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
	Gamma-Glutamyl-Transferase; niedergelassene Ärzte	nk	nk	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
	Gesamcholesterin	nk	nk	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
chemische Blutuntersuchung	Gesamcholesterin; Labor	1,60 Zukauf	1,60 Zukauf	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
	Gesamcholesterin; niedergelassene Ärzte	nk	nk	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
	Fremdkörperentfernung aus der Cornea	23,38	32,50	7,29	20,27 PRA / 11,74 AUG / 11,81 CHI / 15,52 - 1,45 AUG / 17,42 DER / 9,33 INT / 14,07 KIN / 12,34 - 1,15 INT / 11,59 UCH	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
	Fremdkörperentfernung aus der Cornea einschließlich Anästhesie	nk	nk	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

1 Teilkosten bestehen aus: Personal- und Sachkosten, Abschreibkosten der Geräte, ohne Gemeinkostenzuschläge

Anhang 4: Ambulanzkosten- und Tarifvergleich – Vorarlberg
(in EUR)

Leistung	Bezeichnung	LKH Feldkirch		VGKK				BVA-Landesstelle Vorarlberg				SVA-Landesstelle Vorarlberg						
		Teilkosten¹	Vollkosten	Durchschnittspreis mit Zuschlag	Tarif mit Zuschlag	Tarif	Durchschnittspreis mit Zuschlag	Tarif mit Zuschlag	Tarif	Durchschnittspreis	Durchschnittspreis mit Zuschlag	Tarif mit Zuschlag	Tarif	Durchschnittspreis	Durchschnittspreis mit Zuschlag	Tarif mit Zuschlag	Tarif	
	chirurgische, elektrochirurgische oder kryochirurgische Entfernung von benignen Geschwulsten (wie z.B. Condylomata acuminata, Warzen, Keratosen, Molliaka, Papillome, Keiloid) ohne Naht; die Leistung kann bei Entfernung von bis zu fünf Geschwulsten je Sitzung und Region nur einmal verrechnet werden; Angabe der Region notwendig; Anästhesie einmal pro Region verrechenbar	nk	nk	---	19,40 - 1,82 AUG / 19,52 - 1,83 CHI / 14,43 AUG / 14,52 DER / CHI / 21,41 DER / 11,38 GYN / 13,08 HNO / 11,47 INT / 15,42 - 1,45 INT / 18,28 KIN / 12,10 LUN / 12,63 NEU/PSY / 13,89 ORT / 14,25 UCH / 11,83 URO / 24,91 PRA	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
	Excochleation, Ätzung, Kautistik einer Warze oder einer leicht zugänglich gestielten Geschwulst	nk	nk	8,96	38,80 - 3,64 AUG / 37,60 - 3,64 CHI / 28,85 AUG / 28,09 DER / CHI / 42,83 DER / 22,26 GYN / 26,16 HNO / HNO / 22,94 INT / 36,56 KIN / 24,19 LUN / 25,27 NEU/PSY / 27,78 ORT / 28,49 UCH / 23,65 URO / 49,82 PRA	17,92	24,10 - 2,26	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
	Entfernung mehrerer Warzen in einer Sitzung	nk	nk	17,92	38,80 - 3,64 AUG / 37,60 - 3,64 CHI / 28,85 AUG / 28,09 DER / CHI / 42,83 DER / 22,26 GYN / 26,16 HNO / HNO / 22,94 INT / 36,56 KIN / 24,19 LUN / 25,27 NEU/PSY / 27,78 ORT / 28,49 UCH / 23,65 URO / 49,82 PRA	17,92	24,10 - 2,26	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	
	Entfernung eines Karbunkels	36,09	51,25	44,80	97,00 - 9,10 AUG / 97,61 - 9,15 CHI / 72,13 AUG / 72,58 DER / CHI / 107,07 DER / 56,90 GYN / 65,41 HNO / HNO / 57,34 INT / 91,39 KIN / 60,48 LUN / 63,17 NEU/PSY / 69,44 ORT / 71,23 UCH / 59,14 URO / 124,54 PRA	44,80	60,25 - 5,65	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	
	Incision eines Karbunkels	36,09	51,25	44,80	97,00 - 9,10 AUG / 97,61 - 9,15 CHI / 72,13 AUG / 72,58 DER / CHI / 107,07 DER / 56,90 GYN / 65,41 HNO / HNO / 57,34 INT / 91,39 KIN / 60,48 LUN / 63,17 NEU/PSY / 69,44 ORT / 71,23 UCH / 59,14 URO / 124,54 PRA	44,80	60,25 - 5,65	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	
	Incision eines oberflächlichen Abszesses, Furunkel, Panaritium cutaneum, Paronychien, Schweißdrüsen- oder Lymphknotenabszesse, veretterter Atherome, veretterter Hämatoeme, thrombosierter Varix- oder Hämorrhoidalvenen, ausgenommen nach vorangegangener Verödung (auch elektrochirurgisch)	61,14	86,81	---	15,51 AUG / 10,71 CHI / 12,81 DER / 10,96 GYN / 12,98 HNO / 10,20 INT / 14,42 KIN / 11,63 LUN / 10,12 NEU/PSY / 11,97 ORT / 9,86 UCH / 10,79 URO / 16,35 PRA	---	8,43	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	
	operative Behandlung eines Karbunkels oder tief sitzenden Abszesses oder tief sitzenden Hämatoms, Incision einer Mastitis purulenta oder Phlegmone (auch elektrochirurgisch)	77,16	109,56	---	97,00 - 9,10 AUG / 97,61 - 9,15 CHI / 72,13 AUG / 72,58 DER / CHI / 107,07 DER / 56,90 GYN / 65,41 HNO / HNO / 57,34 INT / 91,39 KIN / 60,48 LUN / 63,17 NEU/PSY / 69,44 ORT / 71,23 UCH / 59,14 URO / 124,54 PRA	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	

Legende:
nk: nicht kalkuliert
KOK: Kontinenzmittel
ADG: Augen
MOP: Mutter-Kind-Pass
G: Geringe Halsformel nach Axis
L: Lokalanästhetikum
LWS: Lumbosakrale Wirbelsäule
CHI: Chirurgie
GYN: Gynäkologie
HNO: Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde
KIN: Kinderheilkunde
LUN: Lungenheilkunde
UCH: Unfallchirurgie
URO: Urologie
PRA: Praktischer Arzt (Allgemeinmedizin)

Quellen: Daten der Krankenkassen und Sozialversicherungsträger, Auswertungen des Kf

Anhang 5: Ambulanzkosten- sowie Durchschnittspreis- und Tarifvergleich – Oberösterreich (in EUR)

Leistung	Bezeichnung	KH Ried		ÖÖGKK			BVA-Landesstelle Oberösterreich			SVA-Landesstelle Oberösterreich							
		Teilkosten	Vollkosten	Durchschnittspreis ohne Tarifanhebung 2008	Durchschnittspreis mit Zuschlag	Tarif mit Zuschlag	Durchschnittspreis	Durchschnittspreis mit Zuschlag	Tarif	Durchschnittspreis	Durchschnittspreis mit Zuschlag	Tarif mit Zuschlag	Tarif				
intravenöse Injektion	intravenöse Injektion	10,58	18,30	1,74 PRA / 1,06 INT / 0,91 CH / 1,16 CHG / 1,04 HNO / 1,64 ORT / 1,17 DER / 1,89 URO / 1,66 LUN / 1,92 NEU / 1,19 AUG	3,11 AUG / 2,47 CHI / 2,15 CHG / 2,01 HNO / 2,15 ORT / 3,11 URO / 2,41 INT / 4,19 KIN / 4,02 DER / 3,86 KIN / 2,97 UCH / 2,53 ORT / 3,45 PSY / 3,03 UCH / 3,28 URO / 6,56 PRA	1,93	---	---	4,05 AUG / 2,86 CHI / 4,00 DER / 3,42 GYN / 3,74 HNO / 3,04 INT / 4,28 KIN / 3,34 LUN / 3,47 NEU/PSY / 3,14 ORT / 3,39 PSY / 3,49 UCH / 3,4 URO / 4,24 PRA	2,53	---	---	6,45 AUG / 4,56 CHI / 6,49 DER / 4,06 GYN / 6,25 HNO / 4,56 INT / 6,25 KIN / 5,15 LUN / 5,27 NEU/PSY / 4,91 ORT / 5,62 UCH / 5,31 URO / 6,92 PRA	---	---	---	
EKG	12-Ableitung-EKG Ableitung I, II, III, AVR, AVL, AVF; V1-6) inkl. langen Streifen, soweit erforderlich (eine Ableitung mind. 2 Minuten) mit Teilkosten; 24-Stunden-EKG mit 6 Breitbandableitungen	3,91	5,43	19,44 PRA / 17,70 INT / 21,72 KIN / 17,06 LUN	66,10 PRA / 22,13 INT / 47,13 KIN / 24,40 LUN	---	---	8,03 PRA / 28,69 INT / 49,80 KIN / 23,92 LUN	22,95	---	36,97	---	---	44,48 INT / 62,65 KIN / 46,24 LUN / 62,13 PRA	35,30	---	
EMG- und ENG-Untersuchung	EMG- und ENG-Untersuchung zusammen	nk	nk	67,68 NEU	115,73 NEU	---	---	93,76 NEU / 156,77 PSY	87,58	---	---	---	---	105,11 NEU/PSY / 102,40 PSY	70,75	---	
EMG-Untersuchung	EMG-Untersuchung	31,18	46,92	42,04 NEU	71,89 NEU	---	---	93,35 NEU / 97,72 PSY	54,59	---	---	---	---	64,68 NEU/PSY / 63,26 PSY	44,55	---	
ENG-Untersuchung	ENG-Untersuchung	15,92	23,96	42,86 NEU	71,29 NEU	---	---	93,35 NEU / 97,72 PSY	54,59	---	---	---	---	64,68 NEU/PSY / 63,26 PSY	44,55	---	
psychiatrische Notabbehandlung	psychiatrische Notabehandlung	nk	nk	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	
Brillenbestimmung	Brillenbestimmung	15,84	21,34	3,91 AUG	6,30 AUG	---	---	7,49 AUG	4,65	---	---	---	---	105,91 AUG / 107,77 AUG	6,55	---	
Tränenscretmessung	Tränenscretmessung	nk	nk	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	
Ophthalmoskopie	Ophthalmoskopie	4,71	6,39	3,65	6,06 HNO	---	---	6,03 AUG / 8,08 HNO	6,35	---	---	---	---	15,14 HNO / 17,20 PRA	9,83	---	
Exstirpation oder Exzision einer Geschwulst	Exstirpation oder Exzision einer Geschwulst	14,02	19,63	32,61 DER / 35,68 PRA / 5,55 KIN / 30,11 AUG / 34,87 HNO / 32,70 URO / 28,01 ORT / 36,94 UCH	74,09 DER / 194,71 PRA / 145,06 CHI / 48,48 AUG / 53,70 GYN / 54,28 HNO / 57,07 URO / 28,01 ORT / 36,94 UCH	---	---	6,67 PSY / 6,65 HNO / 6,59 INT / 6,59 ORT / 6,59 UCH	37,56	---	---	---	---	80,39 AUG / 57,00 CHI / 75,68 DER / 66,67 GYN / 64,39 HNO / 64,39 INT / 90,69 KIN / 70,83 LUN / 73,51 NEU/PSY / 66,54 ORT / 71,90 PSY / 74,05 UCH / 67,08 URO / 101,42 PRA	---	---	---
Entfernung einer oder mehrerer Warzen	Entfernung (Exstirpation, Excision, Kauter, Excochleation) einer Warze	14,02	19,63	5,67 PRA / 5,16 DER / 5,58 GYN / 4,83 HNO / 5,80 UCH	19,28 PRA / 11,71 DER / 12,04 KIN / 6,52 CHI / 7,86 AUG / 7,83 LUN / 9,94 NEU / 7,81 ORT / 7,81 UCH / 19,25 PRA	---	---	9,35 AUG / 7,44 CHI / 13,19 DER / 8,95 GYN / 9,64 HNO / 7,26 INT / 12,61 KIN / 8,31 LUN / 9,94 NEU / 7,81 ORT / 7,81 UCH / 19,25 PRA	5,81	---	---	---	---	6,75 AUG / 4,77 CHI / 6,67 DER / 5,70 GYN / 6,25 HNO / 5,06 INT / 7,13 KIN / 5,57 LUN / 5,28 NEU/PSY / 5,23 ORT / 5,23 UCH / 5,24 URO / 7,98 PRA	---	---	---
	Entfernung einer oder mehrerer Warzen	nk	nk	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	
	Entfernung mehrerer Warzen in einer Sitzung	nk	nk	10,08 DER / 11,38 PRA / 11,05 KIN / 10,20 CHI / 10,41 GYN / 10,16 AUG / 10,16 LUN / 9,04 ORT	22,48 DER / 38,69 PRA / 23,98 KIN / 13,06 CHI / 16,03 GYN / 16,36 AUG / 16,36 LUN / 11,84 ORT	---	---	18,69 AUG / 14,86 CHI / 26,35 DER / 7,88 GYN / 19,27 HNO / 14,51 INT / 25,19 KIN / 16,60 LUN / 19,45 NEU / 19,45 PSY / 18,23 UCH / 19,74 URO / 39,47 PRA	11,61	---	---	---	---	13,49 AUG / 9,53 CHI / 13,32 DER / 11,38 GYN / 11,54 HNO / 10,12 INT / 14,25 KIN / 11,13 LUN / 11,55 NEU/PSY / 11,55 ORT / 11,30 PSY / 11,63 UCH / 10,54 URO / 15,9 PRA	---	---	---

Anhang 5: Ambulanzkosten- sowie Durchschnittspreis- und Tarifvergleich – Oberösterreich (in EUR)

Leistung	Bezeichnung	KH Ried		ÖÖGKK			BVA-Landesstelle Oberösterreich			SVA-Landesstelle Oberösterreich				
		Teilkosten ¹⁾	Vollkosten	Durchschnittspreis ohne Tarifanhebung 2008	Durchschnittspreis mit Zuschlag	Tarif mit Zuschlag	Tarif	Durchschnittspreis mit Zuschlag	Durchschnittspreis	Tarif mit Zuschlag	Durchschnittspreis mit Zuschlag	Tarif		
Entfernung eines Karbunkels	Incision eines Karbunkels	14,02	19,63	11,36 PRA / 9,90 DER / 9,90 HNO / 9,83 AUG / 10,81 KIN / 10,87 CH / 10,82 GYN / 11,38 UCH / 10,54 URO / 9,80 ORT	38,62 PRA / 22,47 DER / 16,43 HNO / 15,83 AUG / 23,46 KIN / 13,91 CH / 16,66 GYN / 17,87 UCH / 17,92 URO / 12,84 ORT	18,69 AUG / 14,86 CHI / 26,35 DER / 17,86 GYN / 19,27 HNO / 16,43 KIN / 25,19 KIN / 16,60 LIN / 19,85 NEU / 15,21 ORT / 20,78 PSY / 18,23 UCH / 19,74 URO / 39,47 PRA	18,69 AUG / 14,86 CHI / 26,35 DER / 17,86 GYN / 19,27 HNO / 16,43 KIN / 25,19 KIN / 16,60 LIN / 19,85 NEU / 15,21 ORT / 20,78 PSY / 18,23 UCH / 19,74 URO / 39,47 PRA	95,86 AUG / 60,64 CHI / 84,78 DER / 11,44 GYN / 75,42 HNO / 70,83 KIN / 70,83 LIN / 73,51 NEU / 71,90 PSY / 74,05 UCH / 67,08 URO / 101,42 PRA	95,86 AUG / 60,64 CHI / 84,78 DER / 11,44 GYN / 75,42 HNO / 70,83 KIN / 70,83 LIN / 73,51 NEU / 71,90 PSY / 74,05 UCH / 67,08 URO / 101,42 PRA	51,66	80,59 AUG / 57,00 CHI / 75,68 DER / 68,30 GYN / 75,68 HNO / 70,83 KIN / 64,37 LIN / 65,85 NEU / 61,43 ORT / 70,27 UCH / 66,34 URO / 86,49 PRA	51,66	80,59 AUG / 57,00 CHI / 75,68 DER / 68,30 GYN / 75,68 HNO / 70,83 KIN / 64,37 LIN / 65,85 NEU / 61,43 ORT / 70,27 UCH / 66,34 URO / 86,49 PRA	49,14
	Incision eines oder mehrerer oberflächlicher Abszesse, Furunkel, Panaritien cutanea, Paronychien, Schweißdrüsen- oder Lymphknotenabszesse, vererbter Atherome, vererbter Hämatoide, thrombotischer Varix- oder Hämorrhoidalknotten, ausgenommen nach vorangegangener Verödung (auch elektrotherapeutisch)	nk	nk	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	
	operative Behandlung eines Karbunkels oder tief sitzenden Abszesses oder tief sitzenden Hämatoms, Incision einer Mastitis purulenta oder Phlegmone (auch elektrotherapeutisch)	nk	nk	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	

Legende:
 nk: nicht kalkuliert
 ORT: örtliche Medizin
 HNO: Hals-Nasen-Ohren-Ärztliche
 DER: Dermatologie
 GYN: Gynäkologie
 CE: Chirurgie
 KIN: Kinderheilkunde
 HWS: Halswirbelsäule
 LWS: Lendenwirbelsäule
 CH: Chirurgie
 URO: Urologie
 KIN: Kinderheilkunde
 GCH: Unfallchirurgie
 PRA: praktischer Arzt (Allgemeinmedizin)
 LAB: Labor

Quellen: Daten der Krankenkassen und Sozialversicherungsträger, Auswertungen des KH

Anhang 6: Ambulanzkosten- und Tarifvergleich – Niederösterreich
(in EUR)

Leistung	Bezeichnung	LK St. Pölten (LK Krems), LK Amstetten		NÖGKK			BVA-Landesstelle Niederösterreich			SVA-Landesstelle Niederösterreich			
		Teilkosten	Vollkosten	Durchschnitts- preis mit Zuschlag	Tarif mit Zuschlag	Tarif	Durchschnitts- preis mit Zuschlag	Tarif mit Zuschlag	Tarif	Durchschnitts- preis	Durchschnitts- preis mit Zuschlag	Tarif mit Zuschlag	Tarif
Mammographie	Kurative Mammographie (beide Seiten)	57,44 (127,19)	80,33 (142,17)	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
	Kurative Mammographie je Seite	33,35	56,24	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
CT - Schädel	Gehirn	37,99 bis 55,51 (74,68) ohne KM; 56,88 bis 74,40 (110,08) ohne KM; 64,94 bis 75,12 mit KM; 83,84 bis 94,02 mit KM	---	103,62	110,00	---	---	---	---	---	---	---	---
	Gesichtsschädel	89,43 ohne KM; 98,32 bis 119,2 mit KM; 78,51 bis 119,2 mit KM	---	103,62	110,00	---	---	---	---	---	---	---	---
CT - Knie	Kniegelenk je Seite	38,14 bis 55,66 (71,23); 57,03 bis 74,55 (106,63)	---	103,62	110,00	---	---	---	---	---	---	---	---
CT - Hüfte	Hüftgelenk je Seite	38,14 bis 55,66 (71,23); 57,03 bis 74,55 (106,63)	---	103,62	110,00	---	---	---	---	---	---	---	---
CT - HWS	Halbwirbelsäule inkl. allenfalls Myelographie (unabhängig der Segmentanzahl)	38,14 bis 55,66 (71,23); 57,03 bis 74,55 (106,63)	---	103,62	110,00	---	---	---	---	---	---	---	---
CT - LWS	Halbwirbelsäule inkl. allenfalls Myelographie (unabhängig der Segmentanzahl)	38,14 bis 55,66 (71,23); 57,03 bis 74,55 (106,63)	---	103,62	110,00	---	---	---	---	---	---	---	---
MRT - Schädel	Gehirn und Gesichtsschädel inkl. Rückenmark bis C3	111,07 bis 139,64 (145,93) ohne KM; 158,76 bis 187,33 (260,52) ohne KM; 152,16 bis 193,09 mit KM; 193,69 bis 230,76 mit KM	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
	Gehirn oder Gesichtsschädel inkl. Rückenmark bis C3	nk	nk	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
	Gehirn und/oder Gesichtsschädel inkl. Rückenmark bis C3 (verbale MRT (bildliche Darstellung des Gehirns))	nk	nk	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
	Nasennebenhöhlen (= Gesichtsschädel)	nk	nk	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
MRT - Knie	Kniegelenk je Seite	116,10 bis 139,57 (145,68)	163,79 bis 187,26 (260,27)	152,89	165,00	---	---	---	---	---	---	---	---
MRT - Hüfte	Hüftgelenk je Seite	116,10 bis 139,57 (145,68)	163,79 bis 187,26 (260,27)	152,89	165,00	---	---	---	---	---	---	---	---
MRT - HWS	Halbwirbelsäule inkl. allenfalls Myelographie	116,10 bis 139,57 (145,68)	163,79 bis 187,26 (260,27)	152,89	165,00	---	---	---	---	---	---	---	---
MRT - LWS	Halbwirbelsäule inkl. allenfalls Myelographie	116,10 bis 139,57 (145,68)	163,79 bis 187,26 (260,27)	152,89	165,00	---	---	---	---	---	---	---	---
Phlebographie		nk	nk	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
Coloskopie	Coloskopie	nk (130,06)	nk (148,83)	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
	Polypektomie/mittlere Endoskopie, je Polyp; verrechenbar nur von CHL, UR0, INT	nk	nk	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
	Coloskopie mit Polypektomie	221,01 bis 243,17 (82,94)	285,18 bis 307,34 (102,71)	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
Gastrokopie	Ösophago-Gastro-Duodenoskopie	109,45 bis 118,07 (82,94)	173,63 bis 182,25 (102,71)	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
	Ösophago-Gastro-Duodenoskopie mit Polypektomie	nk	nk	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
	Ösophagoskopie, Gastroskopie	nk	nk	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
	Gastroskopie, Duodenoskopie	nk	nk	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
Blase	Zystoskopie der Harnblase (Zystoskopie) beim Mann	69,06 (10,93)	81,26 (63,77)	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
	Zystoskopie der Harnblase (Zystoskopie) bei der Frau	nk (10,93)	nk (52,71)	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
	Endoskopie der Harnblase (Zystoskopie)	nk	nk	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
Ultraschall	sonographische Untersuchung der Schwangeren in der 18. bis 22. Schwangerschaftswoche	16,46 (11,20)	34,24 (38,22)	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
	sonographische Untersuchung der Schwangeren in der 30. bis 34. Schwangerschaftswoche	16,46 (11,20)	34,24 (38,22)	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
	gebärschichtliche Ultraschall bei (besonderer) medizinischer Indikation	nk (38,19)	nk (45,21)	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
	Schwangerschaftsdiagnostik (MRG) (Schwangerschaftsdiagnostik) zur Beurteilung des fetalen Zustands, der Plazenta und der Blutzirkulation während der Schwangerschaft, Verdacht auf mütterliche Veranlassung	26,23	43,61	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
	Schwangerschaftsdiagnostik (MRG) (Schwangerschaftsdiagnostik) zur Beurteilung des fetalen Zustands, der Plazenta und der Blutzirkulation während der Schwangerschaft, Verdacht auf mütterliche Veranlassung	nk (46,24)	nk (53,26)	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
	Sonographie bei pathologischem Zustand der Schwangerschaft, und zwar bei Blutungen während der Schwangerschaft, Verdacht auf mütterliche Veranlassung, Verdacht auf intrauterinen Fruchttod, Missverhältnis Schwangerschaften - Leibesfrucht	nk (46,24)	nk (53,26)	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
	Sonographie bei pathologischem Zustand der Schwangerschaft, und zwar bei Blutungen während der Schwangerschaft, Verdacht auf mütterliche Veranlassung, Verdacht auf intrauterinen Fruchttod, Missverhältnis Schwangerschaften - Leibesfrucht	nk (46,24)	nk (53,26)	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
	Mamma-Sonographie bei unklarem (pathologischem) Mammogramm (Mammographie) (Mammographie) je Seite	7,29 einseitig (31,17) beidseitig	24,67 einseitig (55,69) beidseitig	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
	direktionale Doppler-Sonographie der Extremitätenarterien mit Messung der maximalen Arterienklappe, Registrierung der Strömungskurve der Extremitätenarterien, Dokumentation und Beurteilung aller Extremitäten ist diese Position nur einmal verrechenbar	25,36 bis 27,68 (31,17); 48,15 bis 50,57 (55,69)	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
	bidirektionale Doppler-Sonographie der Extremitätenarterien mit Messung der distalen Arterienklappe, Registrierung der Strömungskurve der Extremitätenarterien, Durchführung eventueller Funktionsstests sowie Dokumentation und Beurteilung	nk	nk	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Anhang 6: Ambulanzkosten- und Tarifvergleich – Niederösterreich
(in EUR)

Leistung	Bezeichnung	LK St. Pölten, (LK Krems), LK Amstetten		NÖGKK			BVA-Landesstelle Niederösterreich			SVA-Landesstelle Niederösterreich		
		Teilkosten	Vollkosten	Durchschnitts- preis mit Zuschlag	Tarif mit Zuschlag	Tarif	Durchschnitts- preis mit Zuschlag	Tarif mit Zuschlag	Tarif	Durchschnitts- preis mit Zuschlag	Tarif mit Zuschlag	Tarif
Blutbild groß	Kompletter Blutbild: Hämatokrit, Zählung und Beurteilung der Erythrozyten und Leukozyten, Hämoglobin-Bestimmung, Errechnung der sich aus der Zählung ergebenden Parameter, Differenzialzählung Blutbild, Komplettes Blutbild (Erythrozyten, Leukozyten, Hämoglobin, Hämatokrit, Hämatokrit- und Hämoglobin-Bestimmung, Errechnung der sich aus der Zählung und Messung ergebenden Parameter (mechanisiertes Blutbild und Differentialblutbild))	nk	nk	5,22 PRA / 4,27 INT / 8,01 KIN / 8,50 LUN	14,92 PRA / 12,19 INT / 16,66 KIN / 12,14 LUN	28,06 PRA / 28,06 INT / 16,66 KIN / 12,14 LUN	9,82	---	---	---	---	---
		1,27 (9,55)	1,68 (11,06)	---	---	---	---	---	---	---	---	---
Enzyme	Komplettes Blutbild: Zählung und Beurteilung der Erythrozyten, Leukozyten und Thrombozyten, automatisierte oder notwendige mikroskopische Differenzialzählung, Hämatokrit- und Hämoglobin-Bestimmung, Errechnung der sich aus der Zählung und Messung ergebenden Parameter Gamma-Glutamyl-Transferrase: Labor	nk	nk	3,71 PRA / 3,04 INT / 5,70 KIN	10,60 PRA / 3,78 INT / 9,67 KIN	19,97 PRA / 8,68 INT / 11,96 KIN	6,99	---	---	---	---	---
		0,15 (16,27)	0,56 (17,78)	---	---	---	---	---	---	---	---	---
chemische Blutuntersuchung	Gesamtcholesterin: Labor Gesamtcholesterin: niedergelassene Ärzte	0,15 (16,02)	0,56 (17,53)	2,20 PRA / 1,80 INT / 3,38 KIN	6,29 PRA / 2,24 INT / 5,73 KIN	11,86 PRA / 5,15 INT / 7,04 KIN	4,15	---	---	---	---	---
		---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
Fremdkörperentfernung aus der Cornea	Fremdkörperentfernung aus der Cornea einschließlich Anästhesie Fremdkörperentfernung aus der Cornea	nk	nk	64,32 PRA / 29,80 AUG / 28,21 CH / 31,93 HNO	---	---	2,251	---	---	---	---	---
		11,11	22,70	---	---	---	---	---	---	---	---	---
intravenöse Injektion	intravenöse Injektion	3,51 (5,06)	8,58 (22,68)	14,29 PRA / 6,62 AUG / 6,27 CH / 3,65 DER / 7,31 GYN / 6,2 INT / 8,48 KIN / 1,07 LUN / 6,57 NEU / 5,56 ORT / 6,90 UCH / 7,27 URO	---	---	5,00	---	---	---	---	---
		---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
EKG	1/2-Ableitungs-EKG (Ableitung I, II, III, AVR, AVL, AVF, V1, V4) inkl. jungen Patienten, soweit erforderlich (eine Ableitung mind. 2 Minuten) mit Ergometrie Langzeit-EKG 24 Stunden Ruhe-EKG mit 6 Brustwandableitungen	3,37 (8,90)	7,62 (26,52)	11,267 PRA / 48,96 INT / 66,89 KIN / 48,75 LUN	---	---	39,43	---	---	---	---	---
		nk	nk	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Anhang 6: Ambulanzkosten- und Tarifvergleich – Niederösterreich
(in EUR)

Leistung	Bezeichnung	LK St. Pölten, (LK Krems), [LK Amstetten]			NÖGKK			BVA-Landesstelle Niederösterreich			SVA-Landesstelle Niederösterreich		
		Teilkosten	Vollkosten	Durchschnitts- preis mit Zuschlag	Tarif mit Zuschlag	Tarif	Durchschnitts- preis mit Zuschlag	Tarif mit Zuschlag	Tarif	Durchschnitts- preis mit Zuschlag	Durchschnitts- preis mit Zuschlag	Tarif mit Zuschlag	Tarif
EMG- und ENG-Untersuchung	EMG- und ENG-Untersuchung zusammen	58,51	74,54	68,33 NEU	103,38 NEU	77,55	112,01 NEU/PSY / 123,52 PSY	76,72	103,30 NEU/PSY	---	103,30 NEU/PSY	70,75	
	EMG-Untersuchung	30,27	46,30	---	---	---	66,97 NEU/PSY / 66,97 NEU/PSY	47,21	65,04 NEU/PSY	---	65,04 NEU/PSY	44,55	
	ENG-Untersuchung	30,01	46,04	---	---	---	66,97 NEU/PSY / 76,01 PSY	47,21	65,04 NEU/PSY	---	65,04 NEU/PSY	44,55	
psychiatrische Notfallbehandlung	Elektronenstöße und Bedingte psychiatrische Notfallmaßnahmen (sozialpsychiatrische Interventionen, Einweisung in psychiatrische Anstalten) einschließlich allfälliger Abklärungen mit Behörden und Ausstellung notwendiger Zeugnisse; psychiatrische Notfallbehandlung (Krisenintervention); nur bei Suizidgefahr bzw. akuten Exazerbationen bei Psychosen verrechenbar (75,27)	nk	nk	---	---	---	---	---	---	---	---	---	
	Brillenbestimmung bei Astigmatismus (Javal); einmal pro Fall und Quartal verrechenbar	15,07 bei Kindern	23,88 bei Kindern	---	---	---	---	---	---	---	---	---	
	Brillenbestimmung bei Astigmatismus (Javal) subjektive Refraktionsbestimmung bei Astigmatismus Skioskopie oder Bestimmung des Astigmatismus (nach Javal)	nk	nk	---	---	---	---	---	---	---	---	---	
Tränenssekretionsmessung	Skioskopie	nk	nk	---	---	---	---	---	---	---	---	---	
	Schirmertest	nk	nk	---	---	---	---	---	---	---	---	---	
	Schirmtest (inkl. pro Fall und Tag verrechenbar) Schirmtest (inkl. pro Fall und Tag verrechenbar) Schirmtest (inkl. pro Fall und Tag verrechenbar) Tränenssekretionsmessung (Schirmtest) bei Kontaktlinsenunverträglichkeit sowie bei trockenen, chronischen Entzündungen des Auges	4,75	5,76 AUG	5,76 AUG	6,62 AUG	5,00	5,49 AUG	3,37	5,49 AUG	---	5,64 AUG	3,28	
Otomoskopie	10,68	22,26	---	---	---	---	---	---	---	---	---		
Exstirpation oder Exzision einer Geschwulst	Otomoskopie	5,94 (1,98)	18,91 (9,54)	2,74 HNO	10,64 HNO	7,50	9,64 HNO	6,74	15,04 HNO / 15,63 PRA	---	15,04 HNO / 15,63 PRA	9,83	
	Exstirpation oder Exzision einer Geschwulst (bis 10 mm Durchmesser)	50,39 (36,51)	63,82 (46,81)	---	---	---	---	---	---	---	---	---	
	operative Entfernung bis zu drei Geschwulsten in einer Region, inkl. Nacht, Atherom, Fibrom, Lipom, Fibroadenom, Lymphknoten	nk	nk	---	---	45,03	136,57 PRA / 65,62 AUG / 65,62 CHH AUG / 65,62 CHH 79,92 DER / 65,82 GYN / 55,92 INT / 76,39 KIN / 63,88 HNO / 55,68 LUN / 60,03 NEU / 59,05 ORT / 62,15 UCH / 65,48 URO	---	---	---	---	---	
Entfernung einer oder mehrerer Warzen	Entfernung (Exstirpation, Excision, Kauter, Excoablation) einer Warze	8,10 (36,51)	21,57 (46,81)	---	---	---	---	---	---	---	---	---	
	Entfernung einer oder mehrerer Warzen, aktinischer Keratosen, Clavus	22,05 (50,49)	35,47 (60,79)	---	---	15,01	42,89 PRA / 19,87 AUG / 18,81 CHH / 25,97 DER / 21,94 25,46 KIN / 21,29 HNO / 18,56 LUN / 20,01 NEU / 19,68 ORT / 20,72 UCH / 21,83 URO	---	---	---	---	---	
	chemische, elektrochirurgische oder kryochirurgische Entfernung von benignen Geschwulsten (wie z.B. Condylomata acuminata, Warzen, Keratosen, Moluska, Papillome, Keloid) ohne Nacht; die Leistung kann bei Entfernung von bis zu fünf Geschwulsten je Sitzung und Region nur einmal verrechnet werden; Angabe der Region notwendig; Anästhesie einmal pro Region verrechenbar	nk	nk	---	---	15,01	42,89 PRA / 19,87 AUG / 18,81 CHH / 25,97 DER / 21,94 GYN / 18,64 INT / 25,46 KIN / 21,29 HNO / 18,56 LUN / 20,01 NEU / 19,68 ORT / 20,72 UCH / 21,83 URO	---	---	---	---	---	
Excoablation, Arzing, Kauter, eine Warze oder einer leicht zugänglich gestellten Geschwulst	nk	nk	---	---	---	---	---	---	---	---	---		
Entfernung mehrerer Warzen in einer Sitzung	nk (50,49)	nk (60,79)	---	---	---	---	---	---	---	---	---		

Wien, im März 2011

Der Präsident:

Dr. Josef Moser