

Bericht

des Sozialausschusses betreffend den Bericht der Experten zur Spitalsreform II einschließlich Maßnahmenplan

[Landtagsdirektion: L-412/3-XXVII,
miterledigt [Beilage 412/2011](#)]

Die Oberösterreichische Landesregierung hat in ihrer Sitzung vom 31. Mai 2010 den Auftrag erteilt, zur Sicherstellung der zukünftigen Finanzierbarkeit des Gesundheitswesens und der oö. Fondskrankenanstalten im Speziellen die Spitalsreform II unter der Gesamtleitung des Landesamtsdirektors durchzuführen.

Diesem Auftrag Rechnung tragend wurden die beschlossenen Projektgremien eingerichtet und Vorschläge zur Erreichung der Ziele der Spitalsreform II innerhalb des vorgegebenen Zeitrahmens erarbeitet.

I) Projektstruktur

1. Politischer Lenkungsausschuss "Spitalsreform" unter Leitung von Herrn Landeshauptmann Dr. Josef Pühringer

Stimmberechtigte Mitglieder des Lenkungsausschusses:

- Herr LAbg. Mag. Thomas Stelzer, Klubobmann ÖVP
- Herr LAbg. WHR Dr. Karl Fraiss, Klubobmann SPÖ
- Herr LAbg. Dipl.-Päd. Gottfried Hirz, Klubobmann GRÜNE
- Herr LAbg. Mag. Günther Steinkellner, Klubobmann FPÖ
- Herr Dr. Peter Niedermoser, Präsident der Ärztekammer für OÖ
- Herr Mag. Thomas W. Veitschegger, Präsident der Apothekerkammer OÖ
- Herr Felix Hinterwirth, Obmann der OÖ GKK
- Herr KR Mag. Julius Stiglechner, Obmann-Stellvertreter der OÖ GKK
- Frau Vizebürgermeisterin Dr.ⁱⁿ Christiana Dolezal, Städtebund OÖ
- Herr LAbg. Bgm. Johann Hingsamer, Präsident des Gemeindebundes OÖ

Beratende Mitglieder des Lenkungsausschusses:

- Herr LAbg. Prim. Dr. Walter Aichinger, Gesundheitssprecher ÖVP
- Frau LAbg. Dr.ⁱⁿ Julia Röper-Kelmayr, Gesundheitssprecherin SPÖ

- Frau LAbg. Ulrike Schwarz, Gesundheitssprecherin GRÜNE
- Frau LAbg. Prim.^a Dr.ⁱⁿ Brigitte Povysil, Gesundheitssprecherin FPÖ

2. Expertenkommission unter Leitung von Herrn MMag. Wolfgang Bayer

Entsandte Kommissions-Mitglieder der Spitalsträger (stimmberechtigt):

- Herr Dr. Heinz Brock, MBA, MPH, Geschäftsführer und medizinischer Direktor der AKH Linz GmbH
- Herr Dr. Günter Jakobi, Geschäftsführung der TAU Gruppe
- Herr Dr. Tilman Königswieser, MPH, Qualitätsmanagement der Oö. Gesundheits- und Spitals-AG (gespag)
- Herr Dr. Andreas Krauter, MBA, Mitglied der Geschäftsführung der Vinzenz-Gruppe, zuständig für die Region Westösterreich
- Herr Mag. Karl Lehner, MBA, Vorstandsdirektor der Oö. Gesundheits- und Spitals-AG (gespag)

Von den politischen Parteien berufene trägerunabhängige Experten (stimmberechtigt):

- Frau Mag.^a Beate Hartinger, Geschäftsführerin der Hartinger Consulting GmbH
- Herr Mag. Rudolf Linzatti, Geschäftsführer der SOLVE Consulting Management Beratung GmbH
- Frau Dr.ⁱⁿ Michaela Moritz, eh. Geschäftsführerin der Gesundheit Österreich GmbH
- Frau Mag.^a Monika Wild, Rotes Kreuz

Sonstige trägerunabhängige Experten (stimmberechtigt):

- Herr Mag. Franz Kiesel, Ressortdirektor der OÖ GKK
- Herr Prof. Dr. Felix Wallner, Kammeramtsdirektor der Ärztekammer für OÖ

Begleitung der Kommission (beratend):

- Frau Mag.^a Elke Anast, Oö. Landesrechnungshof
- Frau Mag.^a Dr.ⁱⁿ Elgin Drda, Büroleitung LH Dr. Josef Pühringer
- Herr Dr. Stefan Meusburger, MSc., Land Oberösterreich - Landessanitätsdirektor
- Herr OAR Johann Raab, Land Oberösterreich - Finanzabteilung
- Herr Mag. Leopold Söllradl, Land Oberösterreich - Gesundheitsplanung
- Herr HR Dr. Matthias Stöger, Land Oberösterreich - Direktor Gesundheit und Soziales
- Frau Dr.ⁱⁿ Gabriela Weberberger, Land Oberösterreich - Abteilung Gesundheit

II) Prozess der Auftragsdurchführung

Die Expertenkommission hat sich am 2. Juni 2010 konstituiert. Über den Sommer wurde eine breit angelegte Bürger- und Interessentenbeteiligung durchgeführt. Herr MMag. Wolfgang Bayer (als Vorsitzender der Kommission) und Herr Mag. Rudolf Linzatti (als externer Experte) haben darüber hinaus Gespräche mit den kollegialen Führungen und Mitarbeitervertretern aller von der

Spitalsreform betroffenen Krankenhäuser und Trägervertreter geführt. Die eigentliche Expertenarbeit der gesamten Kommission wurde im September 2010 aufgenommen. Insgesamt haben ab diesem Zeitpunkt sechs Arbeitssitzungen der gesamten Expertenkommission und eine Klausurtagung stattgefunden, wobei die Arbeitsschwerpunkte in sechs Arbeitsgruppen in über 40 Arbeitsgruppensitzungen bearbeitet wurden:

- Intramuraler Leistungs- und Angebotsplan
- Schnittstellen zwischen intra- und extramuralem Bereich
- Häuserinterne Verbesserungspotentiale im medizinisch-pflegerischen Kernbereich
- Potentiale im nicht-medizinischen Supportbereich
- Vereinfachung im Bereich der Behörden- und Gesetzesauflagen sowie verbesserte Anreize im Leistungsabgeltungssystem
- Form der Evaluierung der vereinbarten Maßnahmen

Die Ergebnisse der Expertenarbeit wurden in einem Maßnahmenplan festgehalten und in Form eines Endberichts dem politischen Lenkungsausschuss "Spitalsreform" vorgelegt.

Der Lenkungsausschuss "Spitalsreform" hat unter Vorsitz von Herrn Landeshauptmann Dr. Josef Pühringer am 30. März 2011 seine Arbeit aufgenommen. In weiterer Folge hat das politische Gremium am 6., 11., 19. und 26. April 2011 sowie am 3., 9., 23. und 31. Mai 2011 über die Vorschläge der Expertenkommission beraten. In der neunten und letzten Sitzung wurden dabei die Umsetzungs-Empfehlungen des Lenkungsausschusses an die Oberösterreichische Landesregierung abschließend beschlossen.

III) Ziele der Spitalsreform, Vorgangsweise zur Zielerreichung und Ergebnisse

Mit der Spitalsreform II wurden folgende Ziele verfolgt:

- Sicherstellung einer flächendeckenden, bedarfsgerechten, in ihrem Leistungsspektrum aufeinander abgestimmten, hochwertigen medizinischen Versorgung der Bevölkerung
- Weiterentwicklung und Anpassung des medizinischen Leistungsangebots entsprechend der demografischen Entwicklung
- Sicherstellung der langfristigen Finanzierbarkeit des Spitalsystems, insbesondere des medizinischen Fortschritts durch Ausschöpfung von Kostendämpfungspotenzialen
- Optimierung der Erbringung der Spitalsleistungen in OÖ unter bestmöglicher Ausnützung von Synergien in allen Bereichen (medizinisch, administrativ)
- Vermeidung aller Organisationskosten, die den Patientinnen und Patienten keinen Nutzen stiften

Methodische Vorgangsweise zur Zielerreichung:

- Bedarfsermittlung 2020 pro Fach und Region unter Berücksichtigung der Bevölkerungsentwicklung und der Berücksichtigung von Entlastungspotentialen (mehr Tagesklinik, mehr ambulante Leistungen, organisatorische Verbesserungen und medizinische Entwicklung) - daraus abgeleitete Kapazitätsanpassungen bei den Krankenanstalten

- Reduktion der Parallelstrukturen vor allem im Zentralraum Linz und Wels
- Abgestufte Versorgungskonzepte z.B. Onkologie, Strahlentherapie etc.
- Forcierung der Zusammenarbeit mit dem außerstationären Sektor (z.B. Pädiatrie Kirchdorf)
- Erhalt der überregionalen Versorgungsangebote im Bereich Kinderurologie und Kinderherzchirurgie
- Verstärkte Zusammenarbeit zwischen den Krankenhäusern in der medizinischen Versorgung durch Schaffung von standortübergreifenden Modellen unter besonderer Berücksichtigung der Sicherstellung der Ärzteausbildung (Ausbildungsstellen und Rotationen)
- Annäherung der Krankenhäuser an Benchmarks (innerhalb Oberösterreich) im nicht medizinischen Bereich
- Schaffung der Rahmenbedingungen zur Umsetzung der Reform (Leistungsabgeltung, Organisationsmodelle, Strukturqualitäten etc.)

Ergebnisse/Maßnahmenempfehlungen zur Zielerreichung

Der Bericht der Experten zur Spitalsreform II einschließlich des empfohlenen Maßnahmenplans auf Versorgungsregions- und Standortebene ist aus der Subbeilage ersichtlich.

Das Gesundheitsressort wird mit der Umsetzung der Spitalsreform II beauftragt. Mit der begleitenden Evaluierung wird ein Expertenkomitee - bestehend aus maximal drei Personen - unter Leitung von Herrn MMag. Wolfgang Bayer und unter Einbindung der sanitären Aufsicht betraut.

Der Oberösterreichischen Landesregierung und dem Oberösterreichischen Landtag ist im Wege des Gesundheitsressorts jährlich ein öffentlicher Umsetzungsbericht vorzulegen.

Darüber hinaus wird der Oö. Landesrechnungshof von der Oberösterreichischen Landesregierung damit beauftragt, alle zwei Jahre die Durchführung der Umsetzungsschritte zu überprüfen.

Der Sozialausschuss beantragt, der Oberösterreichische Landtag möge beschließen:

Der beiliegende Bericht der Experten zur Spitalsreform II einschließlich Maßnahmenplan sowie die Präsentationsunterlage "Reform nach Maß – der Oö. Weg bis 2020" vom 31. Mai 2011 werden zur Kenntnis genommen.

2 Subbeilagen

Linz, am 30. Juni 2011

Dr. Aichinger
Obmann-Stellvertreter

Schwarzbauer
Berichterstatter



Bericht der Experten zur Spitalsreform II des Landes Oberösterreich

Stand: April, 2011

Inhaltsverzeichnis

1. Auftrag und Einleitung	1
1.1. Mitglieder der Kommission	1
1.1.1 Von den Spitalträgern entsandte Mitglieder	2
1.1.2 Trägerunabhängige Experten	2
1.1.3 sonstige trägerunabhängige Experten	2
1.1.4 Begleitung der Kommission von Seiten des Landes Oberösterreich	2
1.3. Arbeitsweise der Kommission	3
1.4. Grundannahmen der Kommission	4
1.5. Inhaltliche Gliederung der Arbeit	5
1.6. Grenzen der Kommissionsarbeit	6
2. Methodik und Vorgehensweise	7
2.1. Informationssammlung und Datenaufbereitung	7
2.2. Clusterung der Themenbereiche und Beschlussfassung	11
2.3. Modell der Kostenveränderungsrechnung	13
3. Problemdarstellung	16
3.1. Reformbedarf im österreichischen Krankenhauswesen	16
3.2. Darstellung der Inanspruchnahme von Krankenhausleistungen in OÖ	17
3.3. Patientenstromanalyse	21
3.4. Weitere Analysen	23
3.5. Angebotsstruktur – qualitative Beschreibung	26
4. Angebotsplanung	28
4.1. Beschreibung der Methodik	28
4.2. Abschätzung der Einflussparameter	30
4.3. Bettenbedarfsrechnungen nach Versorgungsregion und Fach	32
4.4. Referenzzentren, überregionale Leistungen und Leistungen mit verbindlichen und empfohlenen Mindestfrequenzen	36
5. Kostendämpfungspotenziale im Supportbereich	39
5.1. Analyse medizinischer Supportbereiche und Großgeräte	39
5.1.1. Medizinisch-chemische Labors	39
5.1.2. Pathologie	41
5.1.3. Radiologie	42
5.1.4. Weitere Konzentrationspotenziale hinsichtlich Führung von Instituten bzw. Schaffung von Verbundmodellen:	44
5.1.5. Medizintechnische Großgeräte	45

5.2.	Analyse nicht medizinischer Supportbereiche	50
5.2.1.	Methodik	51
5.2.1.1.	<i>Interessenten- und Häuserbeteiligung</i>	52
5.2.1.2.	<i>Krankenanstaltendokumentation (KDok)</i>	52
5.2.1.3.	<i>Datenerhebungen für den Bereich Facility Management (FM)</i>	53
5.2.1.4.	<i>Datenerhebungen für den Bereich IT</i>	61
5.2.1.5.	<i>Datenerhebungen für den Bereich PR</i>	63
5.2.1.6.	<i>Datenerhebungen für den Bereich Apotheke</i>	64
5.2.1.7.	<i>Datenerhebungen für den Bereich Sterilisation</i>	66
5.2.1.8.	<i>Einheitliche Rechnungsabschlüsse des Landes</i>	68
5.2.1.9.	<i>Erhebungsbezogene Experteninterviews</i>	71
5.2.2.	Festlegungen / Ergebnisse im Sekundärbereich	72
6.	Rahmenbedingungen und Begleitmaßnahmen	74
6.1.	Optimierung der Schnittstellen zu vor- und nachgelagerten Bereichen	74
6.1.1.	Aufgabenstellung und Zielsetzung	74
6.1.2.	Vorgehensweise	74
6.1.3.	Vorschläge der Expertenkommission	75
6.1.3.1.	<i>Integrierte Planung, Steuerung und Budgetierung (intramuraler Bereich, niedergelassener Bereich)</i>	75
6.1.3.2.	<i>Versorgung von psychisch Kranken – Entlastung der stationären Bereiche</i>	77
6.1.3.3.	<i>Alten- und Pflegebereich</i>	78
6.1.3.4.	<i>Rehab-Bereich</i>	80
6.1.3.5.	<i>Sonstige Maßnahmen</i>	81
6.2.	Organisatorische Maßnahmen im Krankenhaus	82
6.2.1.	Aufgabenstellung und Vorgehensweise	82
6.2.2.	Ziele im Sinne der Reformkommission	83
6.2.3.	Vorschläge der Expertenkommission	83
6.2.3.1.	<i>Ausbau tagesklinischer und ambulanter Bereich zur Entlastung der vollstationären Bereiche</i>	83
6.2.3.2.	<i>Aufgabenanalysen zwischen den Personalgruppen, Effizienzerhöhung durch Zuordnung von Aufgabenbereichen im Krankenhaus</i>	86
6.2.3.3.	<i>Organisatorische Maßnahmen</i>	88
6.2.3.4.	<i>Steuerung des nicht medizinischen Bereiches</i>	96
6.2.3.5.	<i>Prozess für die Neueinführung medizinischer Methoden</i>	97
6.2.3.6.	<i>Empfehlungen zur Wahrnehmung der Aufgaben in der Schwerpunkt- und Zentralversorgung</i>	99
6.3.	Rechtliche und finanzielle Aspekte	100
6.3.1.	Ausgangslage	100
6.3.2.	Methodik	101
6.3.3.	Festlegungen / Ergebnisse	104
7.	Konzeptentwicklung für ein Evaluationsmodell der Ergebnisse der öö. Spitalsreformkommission	106
7.1.	Ausgangslage	106
7.2.	Methodik	106
7.3.	Dokumentation der Maßnahmen	111

7.4.	Evaluationsprozess	112
7.5.	Evaluationswerkzeuge	114
7.6.	Einheitliche Definitionen und Rechenverfahren	114
7.6.1.	Indikatoren auf Ebene der Ziele der Spitalsreform: Medizin	114
7.6.2.	Indikatoren auf Ebene der Ziele der Spitalsreform: Bürgerbefragung	116
7.6.3.	Indikatoren auf Ebene der Ziele der Spitalsreform: Ökonomie	116
7.6.4.	Einheitliche Definition des medizinischen Fortschritts	117
7.6.5.	Sonstige Indexierung der Sachkosten und Personalkosten	117
7.6.6.	Auswirkungen auf andere Sektoren	118

Abkürzungsverzeichnis

AG/R	Akutgeriatrie/Remobilisation
AKh Linz	Allgemeines Krankenhaus der Stadt Linz
APH	Alten- und Pflegeheim
BBR	Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Linz
BHS	Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern
bf	bettenführend
BT	Belagstag
COR	Coronarangiographie
CT	Computertomographie
EBM	Evidence Based Medicine
ECT	Emissions-Computertomographie
ehRA	einheitlicher Rechnungsabschluss
GGP	Großgeräteplan
GuKG	Gesundheits- und Krankenpflegegesetz
HDG	Hauptdiagnosen-Gruppe
iHv	in Höhe von
iZm	in Zusammenhang mit
IT	Informationstechnologie
KDok	Krankenanstaltendokumentation
KH	Krankenhaus
KHH	Krankenhaushäufigkeit
KoAGr	Kostenartengruppe
KoAGr 01	Personalkosten
KoAGr 02	Kosten für medizinische Gebrauchs- und Verbrauchsgüter
KoAGr 03	Kosten für nicht medizinische Gebrauchs- und Verbrauchsgüter
KoAGr 04	Kosten für medizinische Fremdleistungen
KoAGr 05	Kosten für nicht medizinische Fremdleistungen
KoAGr 06	Energiekosten
KoAGr 07	Abgaben, Beiträge, Gebühren und sonstige Kosten
KoAGr 08	Kalkulatorische Anlagenkapitalkosten
KSt	Kostenstelle
K404	Landeskrankenhaus Bad Ischl
K405	Krankenhaus St. Josef Braunau
K408	Landeskrankenhaus Freistadt
K411	Landeskrankenhaus Gmunden
K415	Landeskrankenhaus Kirchdorf an der Krems
K416	Allgemeines Krankenhaus der Stadt Linz
K417	Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Linz
K418	Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern vom Hl. Vinzenz von Paul Linz
K419	Krankenhaus der Elisabethinen Linz
K425	Oberösterreichische Landes-Nervenklinik Wagner-Jauregg

K427	Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern vom Hl. Vinzenz von Paul Ried
K428	Landeskrankenhaus Schärding
K429	Öffentliche Sonderkrankenanstalt für Innere Medizin Sierning
K431	Landeskrankenhaus Steyr
K433	Landeskrankenhaus Vöcklabruck
K434	Klinikum Wels-Grieskirchen
K441	Landeskrankenhaus Rohrbach
K449	Landesfrauen- und Kinderklinik Linz
LFKK	Landesfrauen- und Kinderklinik Linz
LKH	Landeskrankenhaus
LNKL WJ	Landesnervenklinik Wagner-Jauregg
LRH	Landesrechnungshof
MEL	Medizinische Einzelleistung
MKG	Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie
MR / MRT	Magnetresonanztomographie
Mrd.	Milliarde
Nbf	nicht bettenführend
NGF	Nettogrundrissfläche
OÖ	Oberösterreich, oberösterreichisch
ÖKAP	Österreichischer Krankenanstaltenplan
ÖSG	Österreichischer Strukturplan Gesundheit
PAL	Palliativmedizin
PET	Positronen-Emissions-Computertomographie
PR	Öffentlichkeitsarbeit
PSY	Psychiatrie
rd.	rund
RNS	Remobilisation/Nachsorge
RSG	Regionaler Strukturplan Gesundheit
SKA	Sonderkrankenanstalt
SOP	Standard Operating Procedure
SRK	Spitalsreformkommission
SV	Sozialversicherung
TKL	Tagesklinik; tagesklinisch
UKH	Unfallkrankenhaus
VZÄ	Vollzeitäquivalenz
VPI	Verbraucherpreisindex
VR 41	Versorgungsregion Linz
VR 42	Versorgungsregion Wels
VR 43	Versorgungsregion Mühlviertel
VR 44	Versorgungsregion Pyhrn Eisenwurzen
VR 45	Versorgungsregion Salzkammergut
VR 46	Versorgungsregion Innviertel

Abbildungsverzeichnis

<i>Abbildung 1: Darstellung der Ergebnisse der Bürger- und Interessentenbeteiligung</i>	<i>7</i>
<i>Abbildung 2: Vollstationäre Aufnahmen je 1.000 Einwohner</i>	<i>17</i>
<i>Abbildung 3: Belagstage je 1.000 Einwohner</i>	<i>18</i>
<i>Abbildung 4: Krankenhaushäufigkeit – Vergleich zwischen OÖ und Österreich (ohne OÖ)</i>	<i>19</i>
<i>Abbildung 5: Krankenhaushäufigkeit je 1.000 EW in OÖ</i>	<i>20</i>
<i>Abbildung 6: Belagstage je 1.000 EW in OÖ</i>	<i>20</i>
<i>Abbildung 7: Darstellung der Patientenströme der OÖ Einwohner</i>	<i>21</i>
<i>Abbildung 8: LKF-Punkte je 1.000 Einwohner (alters- und geschlechtsstandardisiert)</i>	<i>24</i>
<i>Abbildung 9: MR-Leistungen nach Aufenthaltsdauer</i>	<i>25</i>
<i>Abbildung 10: Definition des Bereiches FM</i>	<i>53</i>
<i>Abbildung 11: Aufbau des IT-Fragebogens</i>	<i>61</i>
<i>Abbildung 12: Versorgungsstruktur der Apotheken laut Häusergesprächen</i>	<i>65</i>
<i>Abbildung 13: Definition der Apothekenkosten mit Abgrenzungen</i>	<i>66</i>
<i>Abbildung 14: Versorgungsstruktur der Sterilisation laut Häusergesprächen</i>	<i>67</i>
<i>Abbildung 15: Relative Größen Medizinischer und Nicht-medizinischer Bereiche je Haus 2009</i>	<i>69</i>
<i>Abbildung 16: Regressionsanalyse des nicht-medizinischen Bereiches 2009</i>	<i>70</i>
<i>Abbildung 17: Darstellung der Regressionsgeraden des nicht-medizinischen Bereiches 2009</i>	<i>70</i>
<i>Abbildung 18: Kostendämpfungsziele je Träger auf Basis 2009</i>	<i>73</i>
<i>Abbildung 19: Grundlagen für Kostendämpfungsziele je Träger auf Basis 2009</i>	<i>73</i>
<i>Abbildung 20: Variabilität der TK-Leistungserbringung in den OÖ Krankenanstalten</i>	<i>85</i>
<i>Abbildung 21: Methodik der Abarbeitung der Vorschläge</i>	<i>101</i>
<i>Abbildung 22: Kriterienfestlegung und Priorisierung der Potenziale</i>	<i>103</i>
<i>Abbildung 23: Evaluationskriterien</i>	<i>107</i>
<i>Abbildung 24: Interventionslogik: Darstellung der Gedankenlogik durch eine Wirkungskette</i>	<i>108</i>
<i>Abbildung 25: Strategisches Formular: Detaillierung der Wirkungskette</i>	<i>109</i>
<i>Abbildung 26: Strategisches Formular: Evaluationsansatz</i>	<i>109</i>

<i>Abbildung 27: Verknüpfung von Planung und Evaluation</i>	<i>110</i>
<i>Abbildung 28: Beispiel einer schrittweisen Ableitung von Evaluationskriterium zu Indikator</i>	<i>110</i>
<i>Abbildung 29: Jährlicher Evaluationsprozess der Spitalsreform</i>	<i>113</i>
<i>Abbildung 30: Ziele der SRK – Ergebnisindikatoren (Mortalität)</i>	<i>115</i>
<i>Abbildung 31: Ziele der SRK – Ergebnisindikatoren (Mortalität, Sentinel)</i>	<i>115</i>
<i>Abbildung 32: Ziele der SRK – Prozesskennzahlen med. Kernprozess</i>	<i>115</i>
<i>Abbildung 33: Ziele der SRK – Systemkennzahlen Aufnahme</i>	<i>116</i>

Tabellenverzeichnis

<i>Tabelle 1: Vollstationäre Aufnahmen, Belagstage und LKF-Punkte je 1.000 Einwohner nach Altersgruppen ohne Alters- und Geschlechtsstandardisierung</i>	18
<i>Tabelle 2: Patienten, Belagstage und LDF-Punkt je 1.000 Einwohner</i>	19
<i>Tabelle 3: Wohin gehen die OÖ Patienten</i>	22
<i>Tabelle 4: Woher kommen die OÖ Patienten</i>	22
<i>Tabelle 5: Beispiel für Aufenthaltskombinationen bei planbaren Operationen</i>	24
<i>Tabelle 6: Beispiel für präoperative Liegedauern bei planbaren Operationen</i>	26
<i>Tabelle 7: Referenzzentren – Vergleich OÖ mit der Steiermark</i>	26
<i>Tabelle 8: SOLL-Belagstage 2020</i>	33
<i>Tabelle 9: Umrechnung der Soll-Belagstage in Soll-Betten 2020 für die Versorgungsregion Linz (VR 41) inklusive Versorgungsregion Mühlviertel (VR 43)</i>	34
<i>Tabelle 10: Umrechnung der Soll-Belagstage in Soll-Betten 2020 für die Versorgungsregion Pyhrn Eisenwurzen (VR 44)</i>	34
<i>Tabelle 11: Umrechnung der Soll-Belagstage in Soll-Betten 2020 für die Versorgungsregion Salzkammergut (VR 45)</i>	34
<i>Tabelle 12: Umrechnung der Soll-Belagstage in Soll-Betten 2020 für die Versorgungsregion Wels (VR 42)</i>	35
<i>Tabelle 13: Umrechnung der Soll-Belagstage in Soll-Betten 2020 für die Versorgungsregion Innviertel (VR 46)</i>	35
<i>Tabelle 14: Umrechnung der Soll-Belagstage in Soll-Betten 2020 für Oberösterreich</i>	35
<i>Tabelle 15: Neufestlegung von Referenzzentren in OÖ</i>	36
<i>Tabelle 16: Liste der TK Leistungen</i>	84
<i>Tabelle 17: Kriterien der Einteilung der Realisierbarkeit und des Potenzials</i>	102
<i>Tabelle 18: Einteilung der Priorisierung anhand Realisierbarkeit und Potenzial</i>	102
<i>Tabelle 19: Prioritätsfestlegung mit Anzahl der Vorschläge sowie Angabe der Bearbeitungsfrist</i>	104

1. Auftrag und Einleitung

Mit Regierungsbeschluss vom 31. Mai 2010 wurde die konstituierende Sitzung der Expertenkommission zur Spitalsreform II am 2. Juni 2010 abgehalten.

Die Zielsetzungen der Spitalsreform sind:

- Sicherstellung einer flächendeckenden, bedarfsgerechten, in ihrem Leistungsspektrum aufeinander abgestimmten, hochwertigen medizinischen Versorgung der Bevölkerung
- Weiterentwicklung und Anpassung des medizinischen Leistungsangebotes entsprechend der demografischen Entwicklung
- Sicherstellung der langfristigen Finanzierbarkeit des Spitalssystems, insbesondere des medizinischen Fortschritts durch Ausschöpfung von Kostendämpfungspotenzialen
- Optimierung der Erbringung der Spitalsleistungen in OÖ unter bestmöglicher Ausnützung von Synergien in allen Bereichen (medizinisch, administrativ)
- Vermeidung aller Organisationskosten, die den Patienten keinen Nutzen stiften

Nichtziel:

- Auflösung von Standorten und Kündigungen von Mitarbeitern

Diese Ziele können beispielsweise erreicht werden durch:

- Definition des Versorgungsauftrages je Versorgungsregion
- Abstimmung der Leistungsbereiche zwischen den Standorten und Schwerpunktsetzungen der einzelnen Krankenanstalten unter Berücksichtigung regionaler Besonderheiten
- Verstärkte Kooperationen und Bereinigung von Parallelstrukturen
- Optimierung und Weiterentwicklung von bestehenden Ressourcen

Soweit in diesem Bericht personenbezogene Bezeichnungen nur in männlicher Form verwendet werden, beziehen sie sich auf Männer und Frauen in gleicher Weise.

1.1. Mitglieder der Kommission

Die Mitglieder der Kommission wurden durch den Landeshauptmann, die im Landtag vertretenen politischen Parteien sowie die Trägerorganisationen, die OÖ Gebietskrankenkasse und die Ärztekammer OÖ nominiert. Die Zusammensetzung der Experten ergab eine umfassende Expertise aus den verschiedenen Professionen im Gesundheitswesen, sodass eine umfassende Betrachtung der Problemstellungen gesichert war.

Für die Leitung der Kommission wurde von Herrn Landeshauptmann Dr. Josef Pühringer Herr MMag. Wolfgang Bayer, Geschäftsführer der Wolfgang Bayer Beratung GmbH nominiert.

1.1.1 Von den Spitalsträgern entsandte Mitglieder

Die in Oberösterreich tätigen Krankenanstalten-Träger stellen fünf Mitglieder der Kommission.

Dr. Heinz Brock, MBA, MPH, Geschäftsführer und medizinischer Direktor der AKh Linz GmbH
Dr. Günther Jakobi, Geschäftsführung des Klinikums Wels-Grieskirchen und Geschäftsführung der TAU Gruppe

Dr. Tilman Königswieser, MPH, Qualitätsmanagement der Oö. Gesundheits- und Spitals-AG (gespag)

Dr. Andreas Krauter, MBA, Mitglied der Geschäftsleitung der Vinzenz-Gruppe, zuständig für die Region Westösterreich

Mag. Karl Lehner, MBA, Vorstandsdirektor der Oö. Gesundheits- und Spitals-AG (gespag)

1.1.2 Trägerunabhängige Experten

Als von den Krankenanstaltenträgern unabhängige Experten wurden zur Mitarbeit von den politischen Parteien in die Spitalsreformkommission berufen:

- Mag. Beate Hartinger, Geschäftsführerin der Hartinger Consulting GmbH
- Mag. Rudolf Linzatti, Geschäftsführer der SOLVE Consulting Management Beratung GmbH
- Dr. Michaela Moritz, eh. Geschäftsführerin der Gesundheit Österreich GmbH
- Mag. Monika Wild, Rotes Kreuz

1.1.3 sonstige trägerunabhängige Experten

Mag. Franz Kiesel, Ressortdirektor der Oö. GKK

Prof. Dr. Felix Wallner, Kammeramtsdirektor der Ärztekammer OÖ

1.1.4 Begleitung der Kommission von Seiten des Landes Oberösterreich

Das Land Oberösterreich als Auftraggeber nominierte folgende Personen als Begleitung für die Kommission:

- Dr. Elgin Drda, Büroleitung LH Dr. Josef Pühringer
- Dr. Stefan Meusburger, MSc., Land Oberösterreich – Landessanitätsdirektor
- OAR Johann Raab, Land Oberösterreich - Finanzabteilung
- Mag. Leopold Söllradl, Land Oberösterreich - Gesundheitsplanung

- Hofrat Dr. Matthias Stöger, Land Oberösterreich - Direktor Gesundheits- und Soziales
- Dr. Gabriela Weberberger, Land Oberösterreich - Mitarbeiterin Direktion Soziales und Gesundheit

Seitens des Landesrechnungshofes nahm Mag. Elke Anast an den Sitzungen der Expertenkommission teil und brachte die bisherigen Prüfungsfeststellungen und –empfehlungen des Landesrechnungshofes beratend ein.

In Summe gab es daher zwölf stimmberechtigte Mitglieder der Expertenkommission und sieben Begleiter bzw. Berater der Kommission aus den einzelnen Dienststellen des Landes OÖ.

1.3. Arbeitsweise der Kommission

Die Kommission konstituierte sich am 2. Juni 2010. Im Anschluss wurde eine breit angelegte Bürger- und Interessentenbeteiligung durchgeführt. Der Kommissionsvorsitzende und ausgewählte Experten führten Interviews mit den kollegialen Führungen und Mitarbeitervertretern aller von der Reform erfassten Spitäler und Trägervertreter.

Die eigentliche Expertenarbeit wurde im September aufgenommen.

Die Kommission teilte ihre Arbeitsschwerpunkte in 6 Untergruppen auf:

- Intramuraler Leistungs- und Angebotsplan
- Schnittstellen zwischen intra- und extramuralem Bereich
- Häuserinterne Verbesserungspotenziale im medizinisch-pflegerischen Kernbereich
- Potenziale im nicht-medizinischen Supportbereich
- Vereinfachungen im Bereich der Behörden- und Gesetzesauflagen sowie verbesserte Anreize im Leistungsabgeltungssystem
- Form der Evaluierung der vereinbarten Maßnahmen

Der Status der Arbeit in der jeweiligen Subarbeitsgruppe wurde in der Expertenkommission berichtet und die weitere Vorgangsweise festgelegt. Für die Ergebnisse der Arbeitsgruppe „Intramuraler Leistungs- und Angebotsplan“ wurden die Planungsprämissen und strategischen Ansätze in der Expertenkommission besprochen und für die Diskussion des Angebotsstrukturplanes einvernehmlich die Beschlussfassung in einer zweitägigen Klausurtagung festgelegt.

Die Ergebnisse der Klausur sowie die des vorangegangenen Expertenprozesses wurden in einem Maßnahmenplan festgehalten.

Für die Arbeit der Kommission wurden folgende Regeln vereinbart:

- strengste Vertraulichkeit
- Trägerübergreifendes/oberösterreichweites Denken
- Konsensorientierung, jedoch nicht Einstimmigkeitsprinzip
- Kreative, offene Arbeitsweise

1.4. Grundannahmen der Kommission

Für die Kommissionsarbeit war es notwendig, vorweg einen Konsens über die Ausgangsbasis zu finden. Es kam zur gemeinsamen Formulierung von Grundannahmen auf denen die Maßnahmenpläne basieren sollten. Im Folgenden werden diese Kriterien, die bei den vorgeschlagenen Maßnahmen als Basis berücksichtigt wurden, dargestellt:

- Schwerpunkt der vorliegenden Arbeit ist die Kostendämpfung und nicht die Mittelaufbringung für das System.
- Standortauflösungen waren Nicht-Ziel der Arbeit.
- Den Mitarbeitern im Gesundheitswesen soll ein attraktives Arbeitsumfeld geboten werden.
- Beibehaltung der bisherigen überregionalen spitzenmedizinischen Versorgungsangebote (z.B. Kinderherzchirurgie, Kinderurologie)
- Nachhaltige Veränderungen können nur durch Strukturveränderungen im gesamten System erzielt werden, eine Reform über geringe Zuwächse im Bereich des Verbraucherpreises oder Personalkostenindex ist Nicht-Ziel
- Die gesetzten Maßnahmen sind für sich nachhaltig und bieten die Möglichkeit zur Weiter- und Fortentwicklung des Systems.
- Veränderungen zugunsten von Effizienzsteigerungen orientieren sich am österreichischen Kontext (Leistungsangebot, Nachfrage und Zuweisungsverhalten), vorerst nicht an internationalen Kennzahlen. Grund für diese Herangehensweise ist, dass für eine strenge Orientierung an internationalen Kennzahlen auch ein genauer Systemvergleich mit der Analyse der Rahmenbedingungen notwendig ist, um die jeweiligen Kennzahlen richtig interpretieren zu können.
- Die dargestellten Maßnahmen, wie Kapazitätsanpassungen der vorgehaltenen Ressourcen, Zusammenarbeitsmodelle etc. gehen davon aus, dass tatsächlich Strukturen verändert werden, damit die Kostendämpfungseffekte eintreten können.

1.5. Inhaltliche Gliederung der Arbeit

Das vorliegende Kommissionspapier ist in sieben Kapitel unterteilt.

Kapitel 1 Einleitung legt die Grundgedanken der oberösterreichischen Spitalsreformkommission dar, definiert Ziele und Nicht-Ziele der Spitalsreform und beschreibt den Prozess sowie die Grenzen der Kommissionsarbeit.

Kapitel 2 Methodik und Vorgangsweise stellt die Vorgangsweise bei der Informationsbeschaffung und Datenerhebung sowie der Beschlussfassung für die Kommissionsarbeit dar.

Kapitel 3: Problemdarstellung beschreibt die Ausgangslage und Gründe für die Notwendigkeit von nachhaltigen Reformen. Hierbei wird einerseits auf allgemeine Entwicklungen und deren Herausforderungen sowie auf die speziellen für Oberösterreich identifizierten Problembereiche wie beispielsweise die überdurchschnittliche Inanspruchnahme von Krankenhausleistungen eingegangen. Eine weitere wichtige Grundlage für die bedarfsgerechte Planung stellt die in diesem Kapitel ebenfalls dargestellte Analyse der Patientenströme sowie die identifizierte Angebotsstruktur dar. Die gezogenen Schlussfolgerungen weisen auf Effizienzpotenziale im System hin.

Kapitel 4 Angebotsplanung beschreibt die Methodik für die Bemessung der erforderlichen Akutbetten, Referenzzentren, Institute sowie Großgeräte für den Zeithorizont 2020. Zudem wurden Entlastungspotenziale des vollstationären Bereichs ermittelt, welche in die Modellberechnungen einbezogen wurden. Die Ergebnisse der Bettenbedarfsrechnung nach Versorgungsregion und Fach sowie die Überprüfung und Neufestlegung der Referenzzentren werden dargestellt.

Das *Kapitel 5 Kostendämpfungspotenziale im Supportbereich* befasst sich einerseits mit dem medizinischen Supportbereich und Großgeräten. Hierbei wird die Ausgangslage des jeweiligen Supportbereiches (z.B: medizinisch-chemische Labore, Pathologie, Radiologie, etc.) und der Großgeräte dargestellt sowie die davon abzuleitenden Vorschläge für Neuorganisationen, mögliche Einsparungseffekte erläutert. Für den nicht medizinischen Supportbereich (Informationstechnologie, Facility-Management, Öffentlichkeitsarbeit etc.) werden ebenfalls nachhaltige Maßnahmen zur Kostendämpfung beschrieben.

Das *Kapitel 6 Rahmenbedingungen und Begleitmaßnahmen* befasst sich einerseits mit Optimierungspotenzialen der Schnittstellen zu vor- und nachgelagerten Bereichen sowie andererseits mit organisatorischen Begleitmaßnahmen im Krankenhaus. Des Weiteren stellt dieses Kapitel darauf ab, ob vorgeschlagene Maßnahmen einer Änderung der gesetzlichen Rahmenbedingungen bedürfen oder ohne derartige Eingriffe implementiert werden können. Die Kommission ist zu dem Ergebnis gekommen, dass eine dauerhafte Auswirkung ihrer Arbeit nur erzielt werden kann, wenn die Organisation des oberösterreichischen Spitals- bzw.

Gesundheitssystems selbst entsprechend angepasst wird. Ebenso werden in diesem Kapitel Änderungen in der Leistungsabgeltung diskutiert.

Das *Kapitel 7 Evaluationsprozess* beschäftigt sich mit der Frage: Wie kann die Umsetzung der Maßnahmen zur Spitalsreform entsprechend überprüft und gesteuert werden.

1.6. Grenzen der Kommissionsarbeit

Der Focus der Arbeit lag auf der Darstellung der Auswirkung auf den Spitalsbereich. Auswirkungen auf andere Sektoren wurden soweit berücksichtigt, als diese entsprechend eingeschätzt werden konnten.

Themen der Mittelaufbringung waren nicht Auftragsinhalt und wurden nur insofern betrachtet als sie für die Planung und Steuerung bedeutsam sind.

Für die vorgeschlagenen Maßnahmen ist unbedingt die Umsetzung der Begleitmaßnahmen erforderlich.

Um die entsprechenden Änderungen in den Abläufen bewerkstelligen zu können, kann es im Einzelfall zum Bedarf einer Anschubfinanzierung kommen, deren Höhe auf Basis der vorliegenden Daten nicht eingeschätzt werden konnte. Ebenso ist das laufende Investitionsprogramm für die Oö Spitäler auf die Vorschläge der Expertenkommission abzustimmen.

Die kostenmäßigen Auswirkungen der vorgeschlagenen Maßnahmen geben nur die Größenordnungen der Kosteneffekte wieder und sind mit den betroffenen Trägern bei der Umsetzung noch einer genaueren Abstimmung zu unterziehen. Darüber hinaus müssen die vorgeschlagenen Maßnahmen in einem Detailkonzept pro Region und Träger erarbeitet werden und im Endeffekt in das Hausbudget einfließen.

2. Methodik und Vorgehensweise

2.1. Informationssammlung und Datenaufbereitung

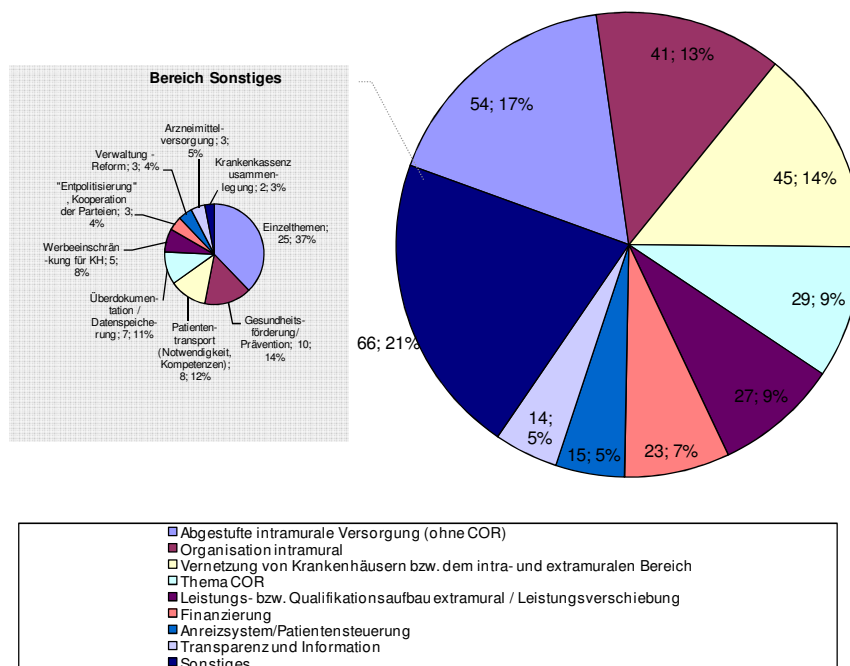
Die Basis der Reformarbeit durch die Kommission bildete zum einen die breite Einbindung aller vom Reformprozess Betroffenen. Der methodische Zugang und die wesentlichsten Ergebnisse dieser Einbindung werden im Folgenden erläutert.

Zum anderen basieren die von der Kommission erarbeiteten Maßnahmenpakete auf einer Analyse des vorhandenen Datenmaterials. Die wichtigsten Erkenntnisse dieser Datenaufbereitung werden weiter unten im Kapitel 3 dargestellt.

Zum Zweck der Einbindung aller vom Reformprozess Betroffenen wurden zwischen Juni und Ende August 2010 folgende Prozessschritte vorgenommen:

- Bürger- und Interessentenbefragung durch direkte Eingabe beim Kommissionsvorsitzenden oder über die Homepage des Landes (326 Vorschläge und 16 Ideenpapiere)
- Häusergespräche mit der kollegialen Führung, Trägervertretern und der Mitarbeitervertretung (29 Gespräche)
- Sonstige Expertengespräche soweit für den Prozess relevant (9 Gespräche)

Darstellung der Ergebnisse der Bürger- und Interessentenbeteiligung



Themenbereiche der Informationssammlung

Themenbereich abgestufte Versorgung, insbesondere

- Klare Organisation der Patientenströme mit abgestufter Versorgung
- Bereinigung der Überversorgung im Zentralraum
- Zusammenlegung / Schließung von Abteilungen in verschiedenen Krankenanstalten, Zusammenlegung / Schließung (kleinerer) Krankenhäuser
- Schaffung von Kompetenzzentren, Nachkontrolle und -behandlung in regionalen Krankenhäusern bzw. vom niedergelassenen Bereich inkl. Neudefinition Abteilungsbegriff
- Eine Steuerungs-Instanz für alle/mehrere Krankenanstalten
- Umwidmung von Akut- in Palliativ-/Hospizbetten bzw. kleinerer Krankenhäuser in Alten- und Pflegeheime / Akutgeriatrie und Remobilisation (AG/R) bzw. Remobilisation/Nachsorge (RNS) - ähnliche Betreuungsformen
- Leistungsabgleich über Bundesländergrenzen hinaus

Themenbereich Organisation intramural, insbesondere

- Betriebszeiten z.B. OP
- intramurale Prozessabläufe (medizinischer, Infrastruktur- und Verwaltungsbereich) inkl. Standards und Behandlungspfade (EBM, Notwendigkeit diagnostischer Maßnahmen)
- Personalstände, Qualifizierung, Qualifikationsmix (Einsatz von Assistenten, etc.)
- Strukturen (Aufnahmeabteilung, Betreuungsmöglichkeiten in der PSY, etc.)
- Outsourcing
- Einbindung des Patienten in den Behandlungsprozess
- Qualitätssicherung (Expertenteams)

Themenbereich Vernetzung, insbesondere

- Förderung der Vernetzung zw. einzelnen Krankenanstalten und dem intra- und extramuralen Bereiche (Case Management)
- Family health nursing
- Vermietung von intramuralen Einrichtungen an niedergelassene Ärzte
- Verbesserung Datentransfer (z.B. Befundübermittlung)
- Nahtstellenmanagement
- Vidierte Pflegemodelle (z.B. Konzept KHE gemeinsam mit Caritas)
- integrierte Versorgungsmodelle mit regionalem Budget
- Verschränkung radiologische Diagnostik intra- und extramural
- Qualifizierungsverbund intra- und extramural
- Regionale Koordinierungs- und Abrechnungsstelle

Themenbereich Leistungs- bzw. Qualifikationsaufbau extramural / Leistungsverschiebung, insbesondere

- Medizinischer Pflegefachdienst, Case-/Caremanagement
- Gesundheitszentren
- Ausbau mobiler Dienste, Pflegeentlastungsdienst
- Einführung eines Facharzt für Allgemeinmedizin
- Medizinische Versorgung in Alten- und Pflegeheimen verbessern (u.a. Konzept zur Versorgung tracheotomierter Patienten in Alten- und Pflegeheimen)
- Verlagerung von Arbeitsplätzen in den extramuralen Bereich, Verlagerung stationärer Leistungen in den ambulanten Bereich
- Ausbau PSY Ambulanzzentren zu außerstationären psychosozialen Versorgungszentren
- Schaffung von ambulantem Rehaangebot sowie speziellen Betreuungsmöglichkeiten für Wachkoma-, Beatmungs-, Palliativpatienten in Heimen
- Ausweitung Ärztenotdienst

Themenbereich Anreizsystem - Patientensteuerung, insbesondere

- Kostenbeiträge, Selbstbehalte
- (ambulante) Krankenhausbehandlung nur mehr mit Zuweisung (u.a. Konzept „Process Owner“ und „Lotsensystem – Gatekeeper“)
- Grundleistungskatalog
- Telefonisch Vorabklärung, ob Arztbesuch notwendig
- Anreize für gesunde Lebensführung

Themenbereich Finanzierung, insbesondere

- Finanzierungsanpassung bei Leistungen an Nicht-Oberösterreichern
- Finanzierung rein auf LKF-Basis
- Vereinfachung der Abrechnung
- Anpassung des Finanzierungssystems für tagesklinische/ambulante Leistungen
- Erhöhung des Landesanteils an der Finanzierung
- LKF-Finanzierung an Mindestfallzahlen koppeln
- Finanzierung aus einem Topf (intra-, extramural / Gesundheits- und Sozialbereich)
- Gleiche Regeln für alle Träger
- Umschichtung von Mitteln vom hochtechnisierten Bereich in präventiven Bereich / Pflegebereich
- Bundeseinheitliche Finanzierung der Pflege (Pflegelastenausgleichsfonds)
- Finanzierungsströme Spitalsfinanzierung darstellen und neu strukturieren (Gemeinden überfordert, SV zahlt gedeckelten Beitrag ohne vom Mitspracherecht Gebrauch zu machen; Selbstbehalte, Honorare)

Themenbereich Transparenz und Information, insbesondere

- Information über Konzept der abgestuften Versorgung/2-Säulen-Modell (Kurative Medizin und Prävention)
- Kostentransparenz, einheitliche Kostenträgerrechnung
- Überprüfung der Reformmaßnahmen (z.B. Family-Center-Modelle)
- Benchmarking
- Transparentes Wartezeitenmanagement

Sonstiges, insbesondere

- Gesundheitsförderung/Prävention
- Patiententransporte: Notwendigkeit, Kompetenzen/Qualifikation der Mitarbeiter (Triagierung)
- Überdokumentation, zu umfangreiche Datenspeicherungserfordernisse
- Wettbewerb verteuert das System → Werbeeinschränkungen für Krankenhäuser
- „Entpolitisierung“ des Gesundheitswesens, Kooperation der Parteien
- Zusammenlegung der Krankenkassen
- Verwaltungsreform
- Einzelthemen (Ein FH-Standort, Gehaltschema Primarii, MA-Zeitschrift in elektronischer Form, Solaranlagen auf KH-Dächer, gemeinsame Gesetzgebung im Gesundheits- und Sozialbereich, Aufnahmesystem in Linz auflösen, Unterstützung der Laienpflege, alternative Heilmethoden, verpflichtende Definition in der Bauordnung, Überprüfung und Optimierung Gesamtprozess Errichtungs- und Betriebsbewilligungsverfahren, First-Responder-System OÖ, keine prozentuelle Beteiligung der Ärzte an den Untersuchungskosten, Gesamtbetrachtung des zu erwartenden Kostendämpfungseffektes, Herstellen eines Rechtsanspruches auf mobile Hilfe und Betreuung sowie mobile Palliative Care, Patientenverfügung, etc.)

Darstellung der Ergebnisse der Häusergespräche

Kostendämpfung aus Sicht der Krankenhäuser im eigenen Bereich

- Wenig konkrete Aussagen hinsichtlich struktureller Maßnahmen
- Verweis auf bereits geleistete Anpassungen aus Spitalsreform I
- Kostendämpfungspotenzial für „eigenes“ Haus wird primär gesehen
 - bei den Rahmenbedingungen (Behörden, Dokumentation, gesetzliche Rahmenbedingungen)
 - im geringeren Umfang bei organisatorischen Maßnahmen (z.B. SOP's, Aufgabenverschiebungen zwischen Personalgruppen, Ausbau Tageskliniken)
 - vereinzelt bei Verbundmodellen (Übernahme von Leistungen > Kostendegression)
 - Öffentlichkeitsarbeit; Informationstechnologie; Verpflegung

Kostendämpfung aus Sicht der Krankenhäuser außerhalb des eigenen Bereiches

- Hohe Potenziale werden im Abbau von „redundanten“ Leistungsangeboten v.a. in den Zentralräumen Linz, Wels und teilweise Innviertel gesehen
- Potenziale werden in einer optimierten Leistungsabstimmung auf regionaler und landesweiter Ebene gesehen (trägerübergreifende Kooperationen, Rotationsmodelle, abgestufte Versorgung, Reduktion wettbewerbsinduzierter Angebote)
- Hohe Potenziale werden in einer Optimierung der Nahtstellen zum extramuralen Bereich und zum Sozialbereich nach Maßgabe einer Anpassung der Finanzierungssysteme gesehen.

2.2. Clusterung der Themenbereiche und Beschlussfassung

In der ersten Expertensitzung am 17. September 2010 wurden oben angeführte Themenbereiche von der Kommission zur Kenntnis genommen.

Einvernehmlich wurde die **Abarbeitung der Themen in den folgenden Subarbeitsgruppen** festgelegt:

- Arbeitsgruppe 1: Intramuraler Leistungs- und Angebotsplan
- Arbeitsgruppe 2: Schnittstellen zwischen intra- und extramuralem Bereich
- Arbeitsgruppe 3: Häuserinterne Verbesserungspotenziale im medizinisch-pflegerischen Kernbereich
- Arbeitsgruppe 4: Potenziale im nicht-medizinischen Supportbereich
- Arbeitsgruppe 5: Vereinfachungen im Bereich der Behörden- und Gesetzesauflagen sowie verbesserte Anreize im Leistungsabgeltungssystem
- Arbeitsgruppe 6: Form der Evaluierung der vereinbarten Maßnahmen

Für die Arbeitsgruppe „Intramuraler Leistungs- und Angebotsplan“ wurde einvernehmlich festgelegt, dass ein Vorschlag von den träger- und interessensvertretungsunabhängigen Experten für die Gesamtkommission gemacht wird, während die anderen Arbeitsgruppen entsprechend durchmischte besetzt wurden.

Die jeweiligen Ergebnisse werden in der thematischen Zuordnung in diesem Bericht entsprechend beschrieben.

In den folgenden **Kommissionssitzungen** am 29. Oktober 2010, am 10. Dezember 2010 sowie am 11. März 2011 wurden die jeweiligen **Statusberichte aus den einzelnen Arbeitsgruppen** präsentiert und die weitere Vorgangsweise bestätigt. In der Sitzung vom 11. März 2011 erfolgte die einvernehmliche Festlegung, dass die Detailangebotsstrukturplanung der Arbeitsgruppe „Intramuraler Leistungs- und Angebotsplan“ in einer zweitägigen **Klausurtagung** präsentiert, diskutiert, beschlossen und der Auftraggeber von diesem Ergebnis sofort in Kenntnis gesetzt werden soll.

Neben der **Beschlussfassung** über die **Maßnahmenliste der Arbeitsgruppe „Intramuraler Leistungs- und Angebotsplan“** in der Klausurtagung vom 24. und 25. März erfolgte darüber hinaus die **Zielwertdefinition** für Kostendämpfungen **im nicht medizinischen Supportbereich** und die **Festlegung** der Höhe **des** im Zuge der Evaluierung anzusetzenden durchschnittlichen jährlichen medizinischen **Fortschrittsprozentsatzes** (inklusive der reinen Mengensteigerung aber exklusive wesentlicher Strukturveränderungen). (siehe auch Kapitel 7 Evaluierung)

Beschlussfassung

Die Beschlüsse zur Vorgangsweise, Gruppeneinteilung, Statusberichte etc. wurden jeweils einstimmig gefasst (12 von 12 Stimmen).

Jede Maßnahme der Maßnahmenliste wurde bei der Klausur einzeln - zum überwiegenden Teil einstimmig (11 von 11 anwesenden Stimmen) und bei einigen Maßnahmen zwar mit Einsprüchen jedoch mit qualifizierter Mehrheit - beschlossen.

Das gesamte Maßnahmenpaket - inklusive der Zielwertdefinition von 10% Kostendämpfung auf Basis der einheitlichen Rechnungsabschluss (ehRA)-Daten 2009 bei den nicht medizinischen Supportbereichen - mit einem Umsetzungszeitplan von 20% des gesamten Kostendämpfungseffektes zwischen 2011 und 2013, 30% zwischen 2014-2016 und 50% zwischen 2017 und 2020 wurde schließlich von 10 der 11 anwesenden Stimmberechtigten – mit Vorbehalt der nachfolgend angeführten, beziehungsweise bei den Einzelmaßnahmen angemerkten Einwendungen/Anmerkungen - beschlossen.

Folgende **Einwendungen/Anmerkungen zum Gesamtpaket** wurden gemacht:

- Ausbildung des medizinischen Personals soll durch dieses Bündel von Maßnahmen nicht verunmöglicht werden (essentielle Rahmenbedingung) Sinnvolle Konzepte durch entsprechende Rotationsmodelle zur ärztlichen Ausbildung sind zu erarbeiten
- Berücksichtigung der besoldungs- und dienstrechtlichen Situation der Mitarbeiter: Bei der Umsetzung wird die Zusage erfüllt, die dienst- und arbeitsrechtliche Position der betroffenen Mitarbeiter zu wahren
- Begleitung der Mitarbeiter im Umsetzungsprozess muss sichergestellt werden
- Finanzierung: Auseinandersetzung mit den Finanzierungsströmen nach der Reformarbeit
- Umsetzung der vorgeschlagenen Maßnahmen ist sehr ambitioniert

- Die durch die Maßnahmen bewirkten quantitativen Auswirkungen wurden modellhaft errechnet und sind im konkreten Fall entsprechend nachzuvollziehen
- Die Auswirkung des Gesamtpaketes auf die Qualität der Leistungserbringung kann von einem Kommissionsmitglied nicht beurteilt werden

Mit den Beschlüssen in den Kommissionssitzungen und der Klausurtagung wurde die Expertenarbeit inhaltlich abgeschlossen. Die Ergebnisse dieser Beschlüsse werden in einem **Gesamtbericht im Laufe des Aprils 2011** dargestellt und **dem politischen Lenkungsausschuss übergeben**.

2.3. Modell der Kostenveränderungsrechnung

Für die Modellrechnung der Kostenveränderung der Leistungsplanung wurden zwölf Regeln definiert, welche die Maßnahmen (siehe Anhang 1 Maßnahmenplan_AG1) durch folgende Themenbereiche abbilden:

- Schließungen von Organisationseinheiten, z.B. Abteilungen
- Kürzungen und Erweiterungen
- Reorganisation von Abteilungen; z.B. standortübergreifende Abteilungen, Umwandlung von Abteilungen in niederschwelligere Organisationsformen
- Verbünde

Die Berechnungen wurden je Maßnahme durchgeführt, wobei die Regeln folgende Grundsätze erfüllen:

- Berechnung auf Basis fach- und hausbezogener Kosten: Bruttodarstellung von Effekten auf Ebene des Standortes, individuelle Berechnungen bei einzelnen Maßnahmen über mehrere Krankenanstalten (insbesondere bei Referenzzentren).
- Gegen Rechnung von Verschiebungen in den spitalsambulanten Bereich bzw. in den Pflege- und Sozialbereich

Schließung

- **Regel 1:** Schließung einer Abteilung (bf) und
- **Regel 2:** Schließung einer Ambulanz (nbf)
Kostenentfall: 70 - 80 % der Endkosten der jeweiligen Abteilung bzw. Ambulanz, individuell je Fachbereich und Haus; getrennt nach bf und nbf Kostenstellen
Gegenrechnung von zusätzlichen Kosten: Fachspezifische Pauschale für zusätzliche ambulante Patientenfrequenzen „aufnehmender Häuser
Dieser Kostendämpfung liegen folgende Annahmen zugrunde:
 - Bei Schließung entfallen alle die primären Kostenartengruppen 01 bis 05 (Personalkosten, med. Ge- und Verbrauchsgüter, nicht med. Ge- und Verbrauchsgüter, medizinische und nicht medizinische Fremdleistungen) zur Gänze

- Die Kostenartengruppen 06 bis 08 (Energiekosten, Abgabe, Beiträge, Gebühren und kalkulatorische Kosten) bleiben unverändert
- Die Umlagen aus den Hilfskostenstellen und zentralen medizinischen Leistungsbereichen werden anteilig, jedoch nicht zur Gänze kostenentlastend angesetzt

Kürzungen und Erweiterungen

- **Regel 3:** Belagstagekürzungen
Kostenentfall: 2/3 des Kostendämpfungspotenzials der Regel 1 individuell je Fach
Gegenrechnung von zusätzlichen Kosten: Fachspezifische Pauschale für zusätzliche ambulante Patientenfrequenzen „aufnehmender Häuser“
- **Regel 4:** Erweiterung Bettenangebot
Zusätzliche Kosten: Fachspezifischer Grenzkosten für die zusätzlichen Belagstage auf Basis der PLAN-Auslastung; z.B. für Innere Medizin 423 EUR je zusätzlichem Belagstag bei 80% Planauslastung
- **Regel 12:** Reduktion spezifischer Großgeräte
Kostenentfall: großgerätspezifische Pauschalsumme auf Basis Abschreibung, Wartungs- / Energie- und Personaltangente

Reorganisationen von Abteilungen

- **Regel 5:** Gemeinsame Führung und Leistungsabstimmung mit „Leithaus“
Kostenentfall: 15% der Endkosten der „dazukommenden“ Abteilung (reduziertes Potential von 7,5% im Falle von Bettenkürzung); setzt eine Leistungsabstimmung für die standortübergreifende Abteilungen dergestalt voraus, dass auf einem Standort ausschließlich elektive Leistungen in einer reduzierten Organisationsform (z.B. Tagesklinik, Wochenklinik) angeboten werden und damit fachärztliche Nachtdienste entfallen bzw. Hochwertige Leistungen mit Intensivbehandlungsbedarf nur mehr an einem Standort angeboten werden
- **Regel 6:** Regel 5 mit zusätzlich vorgesehener Belagstagekürzung
Kostenentfall: Gemeinsame Anwendung der Regeln 3 und 5 (bei Regel 5: reduziertes Potential 7,5%)
- **Regel 7:** Umwandlung einer Abteilung/Fachschwerpunkt in eine Tagesklinik
Kostenentfall: Kostendifferenz aus Endkosten der bestehenden Abteilung bzw. Fachschwerpunkt und den fachspezifischen Kosten der künftigen tagesklinischen Fälle auf Basis der PLAN Auslastung
Gegenrechnung von zusätzlichen Kosten: Fachspezifische Pauschale für zusätzliche ambulante Patientenfrequenzen „aufnehmender Häuser“

Verbände

- **Regel 8:** Organisatorische Verschränkung zweier Krankenanstalten
Kostenentfall: 10% Primärkosten (nur KoAGr 01-05) ausgewählter Hilfskostenstellen der in den Verbund aufzunehmenden Krankenanstalten
- **Regel 9:** Laborverbände und Pathologieverbände
Kostenentfall: 10% Primärkosten (nur KoAGr 01-05) der in den Verbund aufzunehmenden Labor-/Pathologiekostenstellen
- **Regel 10:** Verbände in Anästhesiologie und Radiologie
Kostenentfall:
5% der KoAGr 01 (Personal) der in den Verbund aufzunehmenden Radiologie
10% der KoAGr 01 (Personal) der in den Verbund aufzunehmenden Anästhesiologien
- **Regel 11:** Nuklearmedizin
Kostenentfall: 40% der Primärkosten der dazukommenden Leistungsstellen; Hier wird davon ausgegangen, dass standortbezogene Schließungen von Instituten innerhalb eines Verbundes und eine Reduktion der aufgestellten Gammakameras umgesetzt werden können

Für den Pflege- und Sozialbereich wurde eine Minderung des Kostendämpfungspotenzials durch eine Gegenrechnung (Berücksichtigung zusätzlicher Kosten z.B. durch erforderliche Ausweitung der mobilen Dienste infolge Reduktion der Belagstage in den Krankenhäusern) in einer Gesamthöhe von EUR 1,8 Mio. in Ansatz gebracht.

3. Problemdarstellung

3.1. Reformbedarf im österreichischen Krankenhauswesen

Zahlreich verfügbare Unterlagen der Sozialversicherungsträger, z.B. der Masterplan Gesundheit, des Bundes, der Länder und der Interessenvertretungen befassen sich mit der Analyse der Problemlagen im österreichischen Krankenhauswesen und beschreiben die Notwendigkeit nachhaltiger Reformen im österreichischen Gesundheitswesen. Der Reformbedarf resultiert insbesondere aus:

- soziodemografischen Veränderungen, insbesondere die Zunahme der älteren Mitbürger mit den Auswirkungen auf Krankenhaus- und Pflegebedarf
- Herausforderungen aus der ständigen Zunahme von chronischen Krankheiten
- Notwendigkeit des Wechsels von der Reparaturmedizin zu einem ganzheitlichen Ansatz zur Verbesserung der Gesundheit
- Kompetenzzersplitterung und einrichtungsorientierte Finanzierung
- Mangelnde sektorenübergreifende Planung

Um die Versorgung mit qualifizierten Gesundheits- und Krankenhausleistungen für die folgenden Generationen zu sichern bedarf es nachhaltiger Reformen und geeigneter Maßnahmen um die erforderlichen Finanzierungsspielräume für den zunehmenden Bedarf und für Fortschritt und Innovation zu erhalten.

In diesem Zusammenhang wurde auch das von den Ländern eingebrachte Papier: „**Vorschläge der Länder zur Reform des österreichischen Gesundheitswesens**“ Anfang März 2011 veröffentlicht. Die Ideen dieses Papiers bestätigen obenstehende Analysen und Vorgangsweisen.

In mehreren Bundesländern werden zurzeit Reformprojekte für das Krankenhauswesen abgewickelt (Steiermark, Wien), wobei auf Grundlage hoher Finanzierungsengpässe bereits akuter Handlungsbedarf gegeben ist.

Die Reform des oberösterreichischen Krankenhauswesens ist als präventive Maßnahme zu sehen, um über die Identifikation von Kostendämpfungspotenzialen und Setzung entsprechender Maßnahmen den zukünftigen Finanzierungsbedarf abzudecken und weiter hin eine qualitativ hochwertige und allen Bürgern/Bürgerinnen zugängliche Versorgung mit Krankenhausleistungen zu garantieren („**Reform nach Maß**“).

3.2. Darstellung der Inanspruchnahme von Krankenhausleistungen in OÖ

Oberösterreich zeichnet sich im Vergleich zu den anderen Bundesländern durch eine überproportionale Inanspruchnahme von Krankenhausleistungen aus.

Die nachfolgenden Tabellen verdeutlichen diesen Befund:

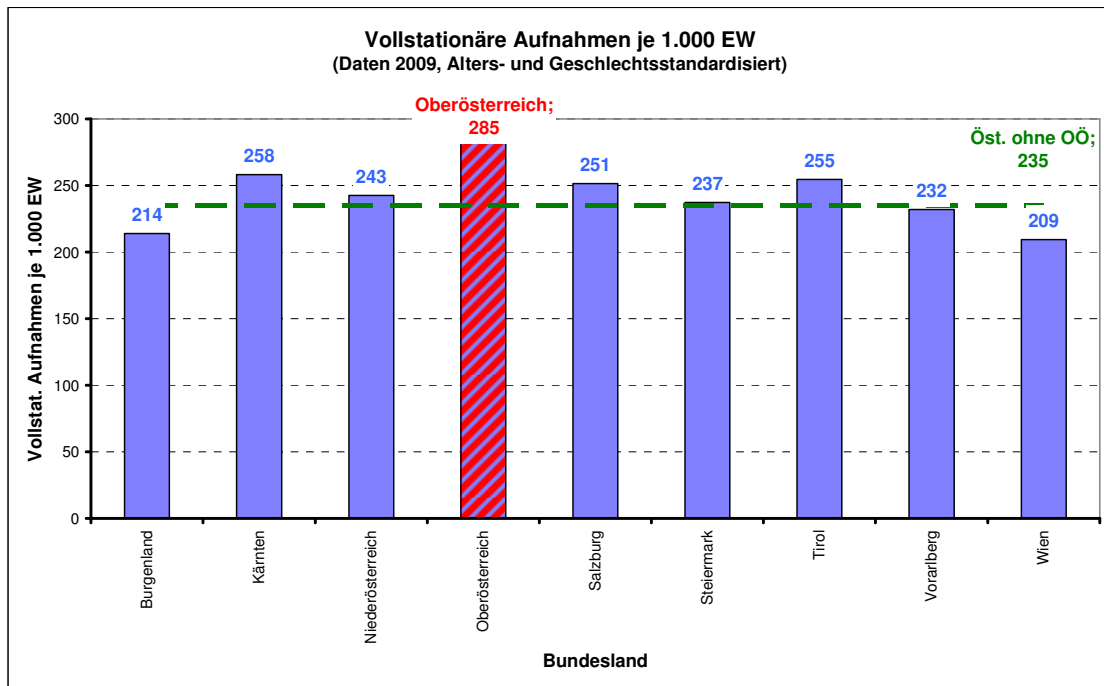


Abbildung 2: Vollstationäre Aufnahmen je 1.000 Einwohner

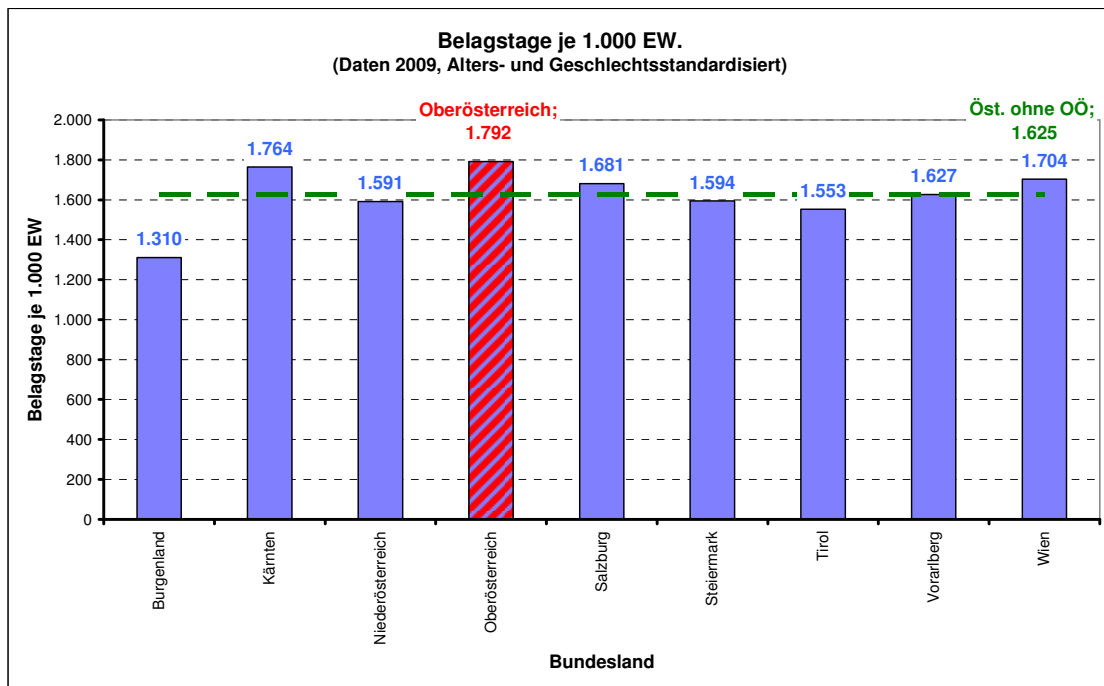


Abbildung 3: Belagstage je 1.000 Einwohner

Unter Einbezug der LKF-Punkte und differenziert nach Altersgruppen ergibt sich folgendes Bild:

AltGr-15	G.	Oberösterreich (2009)			Index OÖ zu Öst. ohne OÖ		
		Vollstat. Aufn je 1000EW	BT je 1000EW	LKF-Pkt je 1000EW	Vollstat. Aufn je 1000EW	BT je 1000EW	LKF-Pkt je 1000EW
00 - 14 Jahre	M	151	570	414.050	121%	111%	109%
00 - 14 Jahre	W	128	493	336.757	128%	114%	113%
15 - 29 Jahre	M	120	591	297.988	124%	115%	115%
15 - 29 Jahre	W	208	953	489.721	121%	118%	116%
30 - 44 Jahre	M	135	757	366.837	124%	112%	114%
30 - 44 Jahre	W	196	1.063	558.057	117%	118%	116%
45 - 59 Jahre	M	269	1.593	879.693	124%	109%	116%
45 - 59 Jahre	W	242	1.403	766.423	116%	108%	112%
60 - 74 Jahre	M	553	3.508	2.039.509	125%	108%	114%
60 - 74 Jahre	W	454	2.974	1.600.295	123%	111%	117%
75 Jahre und älter	M	930	7.239	3.535.800	118%	107%	115%
75 Jahre und älter	W	831	7.189	3.023.987	120%	109%	118%
Gesamt		281	1.761	912.846	119%	108%	113%

Tabelle 1: Vollstationäre Aufnahmen, Belagstage und LKF-Punkte je 1.000 Einwohner nach Altersgruppen ohne Alters- und Geschlechtsstandardisierung

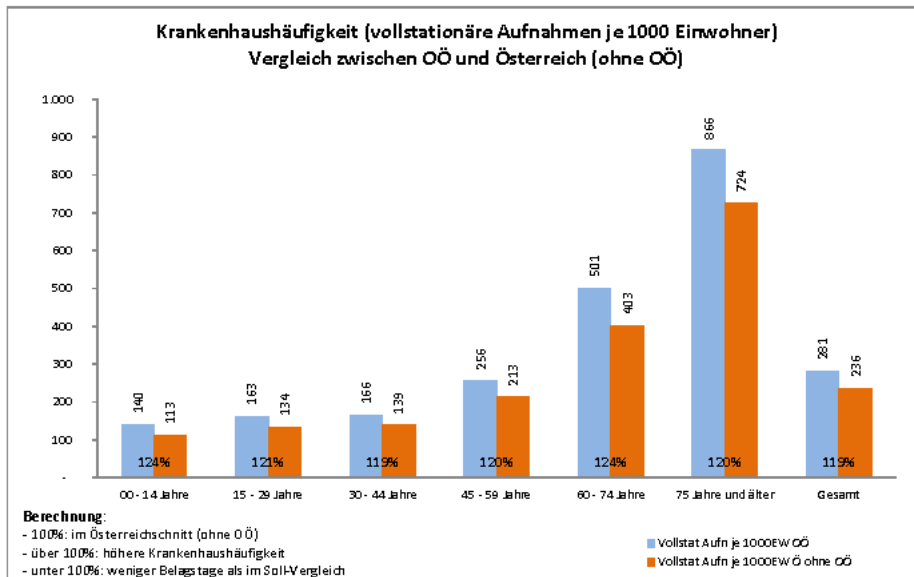


Abbildung 4: Krankenhaushäufigkeit – Vergleich zwischen OÖ und Österreich (ohne OÖ)

Auch innerhalb der Bezirke und Versorgungsregionen von Oberösterreich gibt es starke Unterschiede in der Inanspruchnahme von Krankenhausleistungen, wie die folgenden Schaubilder verdeutlichen.

Patienten, Belagstage und LDF-Punkte je 1000 Einwohner

Bezirk Nr	Bezirk	Patienten	Belagstage	LDF_Pkt	Bevölkerung	Pat je 1000 Einwohner	Belagstage je 1000 Einwohner	Pkt pro 1000 Einwohner
401	Linz(Stadt)	76.038	434.065	132.948.355	195.282	389	2.223	680.802
402	Steyr(Stadt)	15.727	95.675	27.619.383	39.655	397	2.413	696.492
403	Wels(Stadt)	22.248	114.195	38.828.645	65.478	340	1.744	593.003
404	Braunau am Inn	34.127	164.916	56.265.789	95.801	356	1.721	587.319
405	Eferding	9.134	46.457	16.367.411	31.737	288	1.464	515.720
406	Freistadt	18.324	96.184	33.590.068	62.567	293	1.537	536.866
407	Gmunden	36.843	197.328	63.287.135	97.785	377	2.018	647.207
408	Grieskirchen	21.134	101.584	36.187.430	62.535	338	1.624	578.675
409	Kirchdorf an der Krems	18.693	103.347	34.766.440	56.152	333	1.840	619.149
410	Linz-Land	44.004	228.954	75.981.911	136.101	323	1.682	558.276
411	Perg	19.751	100.449	34.918.169	65.391	302	1.536	533.990
412	Ried im Innkreis	22.047	103.010	35.274.371	59.107	373	1.743	596.788
413	Rohrbach	18.064	84.214	30.647.301	56.730	318	1.484	540.231
414	Schärding	20.100	94.500	32.949.819	57.003	353	1.658	578.037
415	Steyr-Land	18.710	104.561	34.199.770	57.589	325	1.816	593.859
416	Urfahr-Umgebung	21.518	104.364	37.605.882	78.025	276	1.338	481.972
417	Vöcklabruck	40.564	213.358	71.573.780	129.781	313	1.644	551.497
418	Wels-Land	19.140	95.672	34.250.660	59.863	320	1.598	572.151

Tabelle 2: Patienten, Belagstage und LDF-Punkt je 1.000 Einwohner

Bezogen auf die Quellbevölkerung ist die hohe Krankenhaushäufigkeit in den Bezirken Steyr (Stadt), Linz (Stadt) und Gmunden auffallend. Auf der anderen Seite weisen Bezirke ohne eigenen KH-Standort eine signifikant niedrigere Hospitalisierungsrate auf.

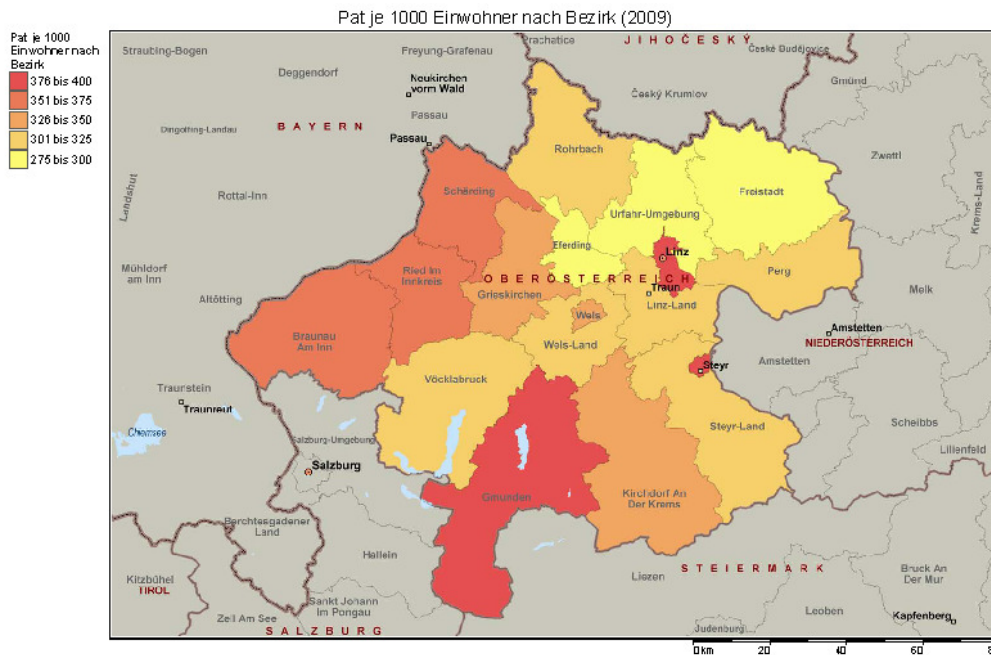


Abbildung 5: Krankenhaushäufigkeit je 1.000 EW in OÖ

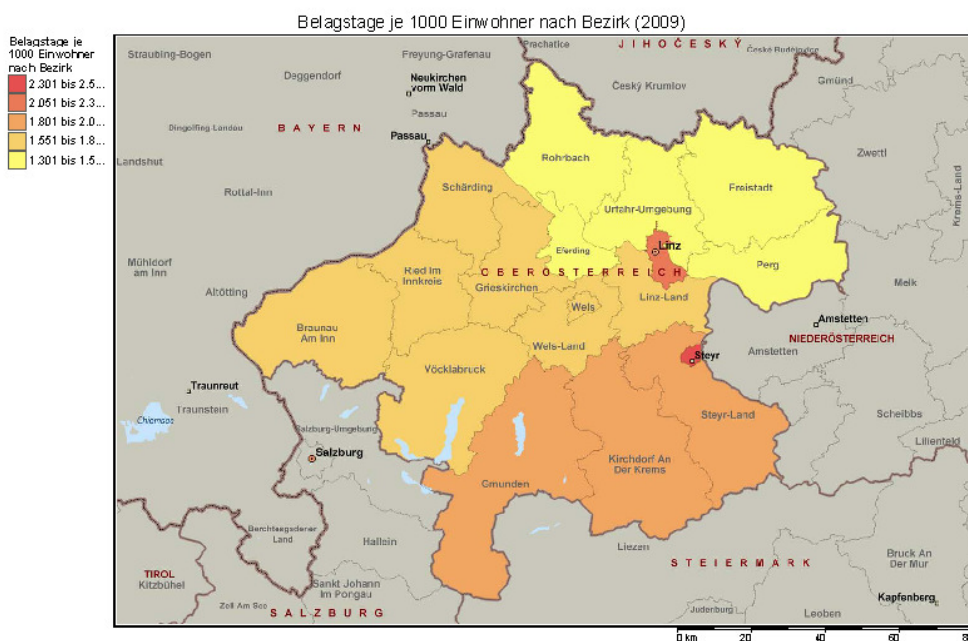


Abbildung 6: Belagstage je 1.000 EW in OÖ

3.3. Patientenstromanalyse

Eine wichtige Grundlage für die Planung der Krankenhauskapazitäten stellt die Patientenstromanalyse dar. Sie liefert Antworten auf folgende Fragen:

- Welche Krankenhäuser suchen die Einwohner des jeweiligen Bezirkes (Wohnsitzbevölkerung) auf. Bei Bezirken mit eigenen Krankenhausstandorten wird auch ersichtlich, wie viele Einwohner des eigenen Bezirkes jeweils das „eigene“ Krankenhaus aufsuchen.
- Und bezogen auf die einzelnen Krankenhausstandorte: Woher kommen die Patienten (eigener Bezirk, andere Bezirke OÖ, andere Bundesländer, Ausland)?

Nachfolgende Grafiken und Tabellen fassen die Grunddaten zu den Patientenströmen nach OÖ Bezirken zusammen.

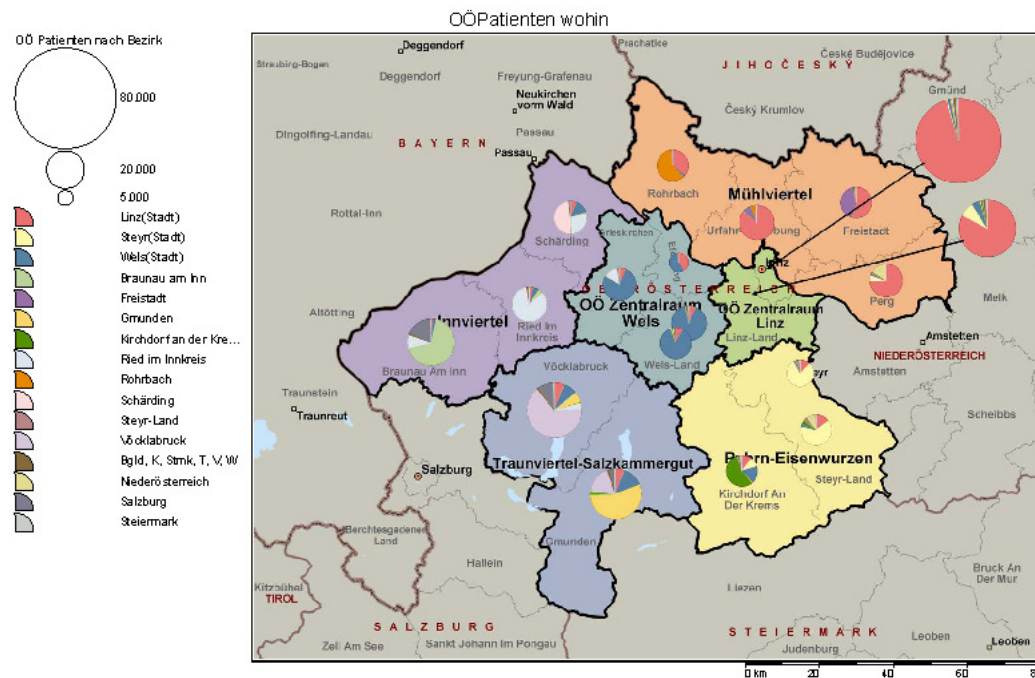


Abbildung 7: Darstellung der Patientenströme der OÖ Einwohner

auf), Perg (rund 17%, vorwiegend NÖ) sowie mit Abstand Vöcklabruck und Steyr-Land (jeweils 10%) auf.

Für die Zwecke der Maßnahmenplanung nach der Bettenbedarfsprognose für 2020 wurden die Patientenbewegungen weitgehend konstant angesetzt. Nur in folgenden Fällen wurde eine Neuordnung von Patientenbewegungen vorgenommen:

- Reduktion von Spitzenversorgungsleistungen im Krankenhaus Wels-Grieskirchen (Herzchirurgie, MKG); Patientenbewegung in den Zentralraum Linz
- Entfall der Inneren Medizinischen Abteilung am Standort Enns, teilweise Kompensation durch Patientenbewegungen in Linzer Krankenhäuser (*Anmerkung:* der Standort Enns ist zur Zeit dem Krankenhaus Steyr und damit der VR 44/Pyhrn-Eisenwurzen zugeordnet und zukünftig der Landesnervenklinik Wagner Jauregg, also dem VR 41/Zentralraum Linz
- Weiters wurde versucht durch restriktivere Bettenreduktionen in den Krankenhäusern der Zentral- und Schwerpunktversorgung gegenüber den peripheren Standard-Krankenhäusern die Sogwirkung nicht zu verstärken und die Qualität einer wohnortnahen Versorgung aufrecht zu erhalten.

3.4. Weitere Analysen

Bedingt durch die hohe Krankenhaushäufigkeit ergeben sich auch die höchsten LKF-Punkte je Einwohner in Österreich. Unter Umständen wirkt neben den hohen Angeboten auch das Finanzierungssystem noch zusätzlich verstärkend, in dem es für jede einzelne stationäre Aufnahme die Abrechnung einer neuen Fallpauschale ermöglicht.

Die im Österreichvergleich sehr gute Kostenkennzahl „Kosten je LKF-Punkt“ führt aber in Kombination mit der hohen Krankenhaushäufigkeit zu überdurchschnittlichen Kosten je Einwohner im stationären Bereich. Das ist ein wesentliches Indiz für vorhandene Entlastungspotenziale und begründet den Handlungsbedarf für Reformmaßnahmen.

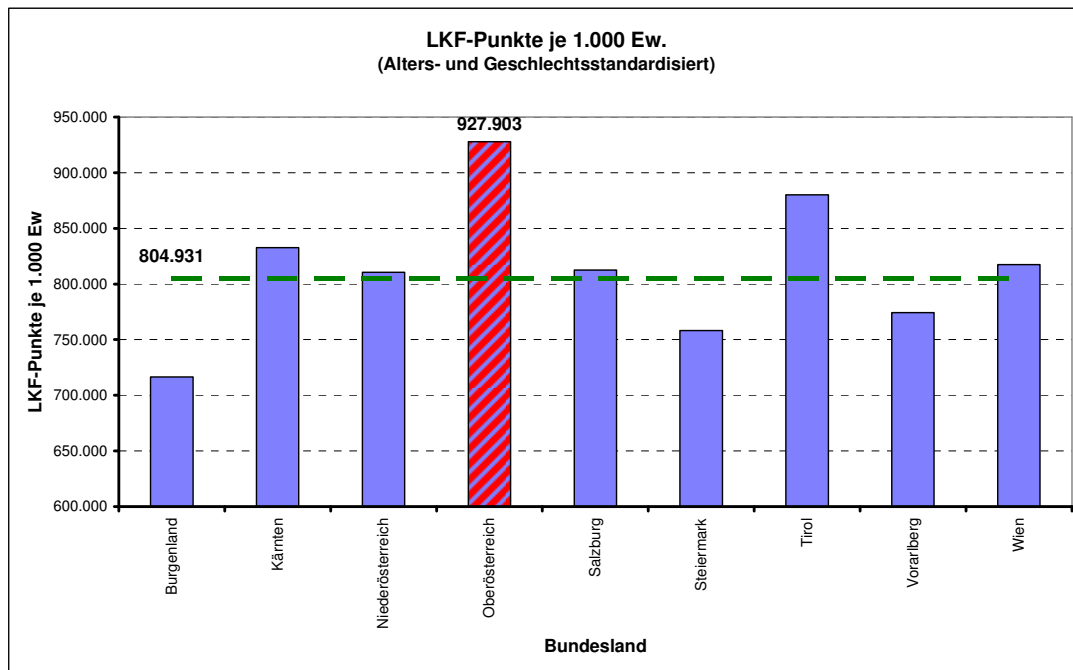


Abbildung 8: LKF-Punkte je 1.000 Einwohner (alters- und geschlechtsstandardisiert)

Als ein Beispiel für die oben angesprochene falsche Inanspruchnahme von stationären Aufnahmen können die Katarakt-Operationen dienen, und die dazu von einigen Krankenhäusern abgerechneten stationären Fälle.

Häufig wird einerseits die begünstigte Fallpauschale für eine tagesklinische Leistungserbringung abgerechnet, und andererseits erfolgt zusätzlich einige Tage davor bereits eine stationäre Aufnahme zur präoperativen Vorbereitung. Diese bedingt eine doppelte Inanspruchnahme stationärer Ressourcen.

Fall-pauschale1	Bezeichnung Vorgängeraufenthalt	Fall-pauschale2	Bezeichnung Folgeaufenthalt	Wiederaufnahmen innerhalb von 1-7 Tagen
HDG03.02	Operative Diagnosen am Auge	MEL15.05	Katarakt-Operationen	600
HDG03.03	Augen-Diagnosen I	MEL15.05	Katarakt-Operationen	146
HDG03.04	Augen-Diagnosen II	MEL15.05	Katarakt-Operationen	50
HDG03.05	Augen-Diagnosen III	MEL15.05	Katarakt-Operationen	61

Tabelle 5: Beispiel für Aufenthaltskombinationen bei planbaren Operationen

Ein ähnliches Aufnahmeverhalten kann z.B. auch bei Endoprothesen der Hüfte oder des Kniegelenks und anderen planbaren Operationen beobachtet werden.

Eine weitere Ursache für hohe Krankenhaushäufigkeit und Gesamtkosten ist die Erbringung von Leistungen im stationären Bereich, die grundsätzlich auch ambulant erbringbar wären.

So werden MR-Leistungen bei einer sehr hohen Anzahl von Patienten (25% gegenüber 19% im Österreichvergleich) mit kurzer Belagsdauer (0-2 Tage) - und damit eher zur Diagnosestellung ohne eine unmittelbar im selben stationären Aufenthalt folgende Behandlung -erbracht. Ursachen dafür könnten in fehlenden Angeboten im extramuralen ambulanten Bereich, aber auch im hohen intramuralen Angebot und der Abrechnungsmöglichkeit durch stationäre Aufnahmen zu suchen sein.

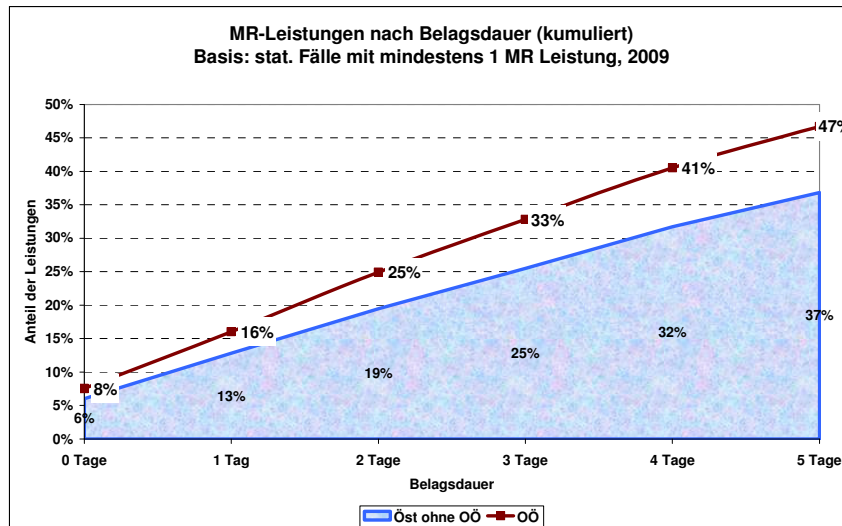


Abbildung 9: MR-Leistungen nach Aufenthaltsdauer

Analysiert wurden auch die präoperativen Liegedauern, d.h. jene Zeit von der Aufnahme bis zur Durchführung der Operation. Auch hier zeigen sich Potenziale für eine Verkürzung der Belagsdauer.

Exemplarisch wird hier die Leistung LM090 „Verschluss einer Inguinal- oder Femoralhernie – laparoskopisch“ angeführt.

Diese Leistung wird in Deutschland im Katalog für ambulantes Operieren angeführt und ist auch in Österreich im Katalog tagesklinisch abrechenbarer Leistungen enthalten.

Die Leistung wurde an 521 PatientInnen erbracht, darunter nur 2-mal tagesklinisch und 15-mal mit 1 Belagstag.

Die folgende Tabelle zeigt den Mittelwert der tatsächlichen Belagsdauer (3,7 Tage gesamt), die mittlere Dauer bis zur Operation (1,1 Tage) und somit 2,6 postoperative Belagstage bei geplanten Aufnahmen mit dieser Leistung.

KANr (anonymisiert)	Mittelwert Belagsdauer gesamt	Dauer von Aufnahme bis OP in Tagen
K4x1	3,7	0,9
K4x2	5,3	1,5
K4x3	4,1	1,3
K4x4	5,1	1,4
K4x5	3,8	1,2

K4x6	5,9	1,9
K4x7	4,1	1,0
K4x8	3,6	1,6
K4x9	2,0	0,6
K4x10	4,9	1,6
K4x11	3,4	1,1
K4x12	2,8	0,7
K4x13	2,1	0,5
K4x14	3,5	1,3
K4x15	3,0	0,6

Tabelle 6: Beispiel für präoperative Liegedauern bei planbaren Operationen

Ähnliche Beispiele lassen sich noch viele weitere finden. So wurde bei Leistung HM110 „Cholezystektomie – laparoskopisch“ in einem Krankenhaus eine mittlere präoperative Liegedauer von 2,5 Tagen für geplante Aufnahmen erhoben. Bei Optimierung der Abläufe wäre eine vermehrte tagesklinische Leistungserbringung oder zumindest eine Verkürzung der Belagsdauer möglich.

3.5. Angebotsstruktur – qualitative Beschreibung

Das Gesamtbild der oberösterreichischen Spitalslandschaft zeichnet sich durch eine hohe Anzahl an Krankenhausstandorten (v.a. im Zentralraum Linz) und - im Vergleich mit anderen Bundesländern - durch hohe Bettenkapazitäten aus.

Weiters sind Doppelgleisigkeiten und Mehrfachangebote von Abteilungen, Referenzzentren und Instituten kennzeichnend für das „oberösterreichische System“.

Am Beispiel der Referenzzentren lässt sich dieses qualitativ hohe Leistungsangebot im Vergleich mit der Steiermark gut darstellen.

Referenzzentrum	Anzahl OÖ	Anzahl Stmk.
Herzchirurgie	2	1
Thoraxchirurgie	3	1
Gefäßchirurgie	7	2
Nierentransplantation	2	1
Int. Kardiologie	4	3
Onkologie	6	2
Stammzellentransplantation	2	2

Tabelle 7: Referenzzentren – Vergleich OÖ mit der Steiermark

Ein möglicher Grund für das Überangebot an Krankenhauskapazitäten und damit Krankenhausleistungen ist die im Vergleich mit anderen Bundesländern wesentlich heterogenere Trägerstruktur (gespag, Stadt Linz, mehrere Orden).

Diese Trägerstruktur erschwert Abstimmungen in der Leistungsangebotsplanung und die Umsetzung landesweiter Strategien zum Abgleich von Leistungen und Kapazitäten.

Wenngleich diese Struktur für den Patienten mehr Wahlmöglichkeit bietet, ist doch kritisch anzumerken, dass sie auch zu einem Angebotswettbewerb zwischen den Trägern geführt und dadurch angebotsinduzierte Nachfragen generiert hat, die letztendlich einen höheren Ressourceneinsatz bedeuten und die insgesamt knappen finanziellen Ressourcen binden.

Im Rahmen der Reformarbeit wurde daher konsequenterweise versucht, Doppelstrukturen zu reduzieren und über operationalisierbare Versorgungsaufträge steuernd auf die Kapazitätsplanung einzuwirken.

4. Angebotsplanung

4.1. Beschreibung der Methodik

Berechnung der Akutbetten 2020

Für die Bemessung der für den Zeithorizont 2020 in OÖ erforderlichen Akutbetten wurde folgender Planungsansatz gewählt:

- Berechnung des Bettenbedarfs anhand der Anwendung der Kenngröße „**Belagstage je 1.000 Einwohner**“ der **Durchschnittswerte aus Österreich ohne Oberösterreich**, umgelegt auf die Einwohner je Altersgruppe in OÖ (ausgehend von 2,52 Mio. Belagstagen im Jahre 2009 würde sich daraus eine Reduktion um 230.000 Belagstage auf 2,29 Mio. Belagstage ergeben)

Dadurch wird dem Sachverhalt Rechnung getragen, dass bisher auf Grundlage der verfügbaren (hohen) Bettenkapazitäten auch eine höhere Nachfrage nach stationären Leistungen begünstigt wird (angebotsinduzierte Nachfrage).

- Berücksichtigung der Auswirkungen auf die Krankenhaushäufigkeit infolge der zu erwartenden **demographischen Entwicklung** (bedeutet einen Zuwachs von rund 315.000 Belagstagen auf insgesamt 2,61 Mio. Belagstage aufgrund der höheren KH-Inanspruchnahme durch ältere Mitbürger)
- Berechnung von **Verlagerungspotenzialen** durch Planung und Umsetzung geeigneter Maßnahmen, insbesondere
 - Forcieren der ambulanten und tagesklinischen Leistungen anstelle vollstationärer Aufnahmen
 - verbesserte Schnittstellen zum Pflege- und Sozialbereich (z.B. Ausbau von mobilen Diensten und Übergangspflege, verbesserte Versorgung im Alten- und Pflegebereich zur Vermeidung von Krankenhauszuweisungen) und zum niedergelassenen Bereich (z.B. Triagierung)
 - organisatorische Maßnahmen (z.B. häuserübergreifende Verbundmodelle, standortübergreifende Abteilungen, interdisziplinäre Aufnahmestationen, Wochenkliniken, verbesserte Patientenprozesse und damit weitere Verkürzung der Liegedauer)

Das Gesamtentlastungspotenzial durch Verlagerungen aus dem stationären Bereich wurde mit knapp über 300.000 Belagstagen ermittelt.

Auf Grundlage der Berechnungen und unter Ansatz fachspezifischer Auslastungen wurde eine Reduktion um 815 Betten ermittelt, das sind 9,5% der 2009 in Oberösterreich aufgestellten 8.575 Betten.

Bei allen Berechnungen wurden die **Wanderungsbewegungen** nach bzw. aus anderen Bundesländern **konstant** gehalten.

Die Ergebnisse der Modellrechnungen wurden in weiterer Folge auf die einzelnen Versorgungsregionen und Krankenhausstandorte unter Berücksichtigung der inner-oberösterreichischen Wanderungen umgelegt.

Aufgrund der Notwendigkeit **von individuellen Anpassungen** (z.B. Berücksichtigung von Abteilungsmindestgrößen) und der nachfolgend genannten Prämissen reduziert sich das **Veränderungspotenzial** an Akutbetten auf **rund 760 Betten** (rund 9%).

- Ausgewogenheit des Vorschlages im Sinne der Aufrechterhaltung einer **regionalisierten Krankenhausstruktur**
- Sicherung einer **wohnnahen Versorgung**
- **Schaffung einer abgestuften Versorgungsstruktur**: Unterscheidung nach Leistungen der Basisversorgung und Leistungen der Spitzen- und Zentralversorgung bei Berücksichtigung von Qualitätskriterien, wie Fallzahlen und Anforderungen an die Infrastruktur

Analyse und Neufestlegung der Referenzzentren

Für die Analyse und Neufestlegung der Referenzzentren wurde folgende Methodik gewählt:

- Vergleich der Anzahl und Struktur der Referenzzentren mit anderen Bundesländern
- Auswertung der auf die Referenzzentren entfallenden Leistungsdaten
- Sonderanalysen für die interventionelle Kardiologie
- Restrukturierung anhand der Kriterien Fallaufkommen, Leistungsbedarf (zentral oder an mehreren Standorten) und vorhandene Expertise

Analyse und Neufestlegung der medizinischen Supportbereiche (Institute) einschließlich Großgeräte

Für die Analyse und Neufestlegung der medizinischen Supportbereiche (Institute) und Großgeräte wurde folgende Methodik gewählt:

- Vergleich der Anzahl und Struktur der Institute und Großgerätedichten mit anderen Bundesländern

- Auswertung der auf einzelne medizinische Supportbereiche entfallenden Leistungsdaten sowie Auswertung der Leistungs- und Auslastungsdaten für Großgeräte
- Restrukturierungsvorschläge auf Basis der Kriterien: Übereinstimmung mit den medizinischen Versorgungsaufträgen, Bündelbarkeit von Leistungen, betriebsorganisatorische und betriebswirtschaftliche Optimierungsmöglichkeiten

4.2. Abschätzung der Einflussparameter

Zur Ermittlung der Entlastungspotenziale des vollstationären Bereiches wurden mehrere Modellrechnungen durchgeführt (siehe auch Beschreibungen unter Punkt 6, Rahmenbedingungen und Begleitmaßnahmen).

Nachfolgend sind die Prämissen für die wichtigsten Modellrechnungen dargelegt.

Entlastungspotenziale durch Forcierung Tagesklinikleistung

- Basisdaten
 - Fälle mit tagesklinisch abrechenbaren Leistungen mit der Belagsdauer von max. 5 Tagen
 - Fälle ohne Intensivaufenthalt und ohne Mehrfach-/Zusatzleistung
 - Fälle ohne Sterbefall und ohne Transferierung
- Grundlagen: Potenzialabschätzungen in der Subarbeitsgruppe „Organisatorische Maßnahmen“
- Zusätzliche Annahmen
 - Bestimmte TKL-MEL werden in dieser Modellrechnung nicht berücksichtigt (z.B. Entbindungen, Kardangiographien)
 - Neben dem Potenzial zur tagesklinischen Leistungserbringung ist in dieser Gruppe auch eine Belagsdauerverkürzung möglich (z.B. von 2 Tagen auf 1 Tag, von 3 Tagen auf 2 Tage etc.)

Unter den gesetzten Modellannahmen wurde eine durchschnittliche **Belagstagereduktion von 2,3%, das sind rund 60.500 Belagstage** ermittelt, wobei fachspezifisch eine Bandbreite von 0% (z.B. Neurologie) bis max. 25% (Augenheilkunde) gegeben ist.

Entlastungspotenziale durch ambulante Leistungserbringung

Ausgewertet wurden 0-Tagesfälle sowie Aufnahmen vor Operationen (z.B. Vorgängeraufenthalte vor Katarakt-OP's zur diagnostischen Abklärung), die bei entsprechender Betriebsorganisation auch ambulant erbringbar sind (im Bereich der Spitalambulanzen oder im niedergelassenen Bereich), aber auch präoperative Liegedauern, für die ein entsprechendes Reduktionspotenzial

festgestellt werden konnte. Eine Gegenrechnung für den spitals-ambulanten Bereich wurde durchgeführt Aufgrund der derzeit nicht möglichen Einschätzung der Verschiebungen in den

niedergelassenen Bereich wurde dorthin keine explizite Gegenrechnung durchgeführt. Im Sinne der gesamtwirtschaftlichen Betrachtung werden daher eventuelle Leistungsverschiebungen nach einer Evaluierungsphase mit Mitteln der Krankenhausfinanzierung gegen zu verrechnen sein.

- Basisdaten
 - Typische LDF: mit mehr als 50 0-Tagesfällen (ohne MEL22, ohne Intensiv, ohne Entlassungsart S, T, max. 5 Tage Belagsdauer)
 - Bestimmte LDF werden ausgeschlossen (z.B. Comotio Cerebri, ausschließlicher Aufenthalt auf AG/R, Palliativ, ...)
- Verschiebungspotenziale
 - Belagsdauerverkürzung analog Methode für Tagesklinikpotenzial, d.h. es sind auch Belagsdauerverkürzungen möglich (z.B. von 2 Tagen auf 1 Tag, von 3 Tagen auf 2 Tage etc.)

Auf Grundlage der durchgeführten Modellrechnungen wurden **Belagstagekürzungen im Ausmaß von 4,7% bzw. absolut rund 122.000 Belagstage (BT)** ermittelt. Die fachspezifische Bandbreite beträgt 0% (z.B. Anästhesie) bis max. 18% (Funktionscode 72 = Radiologie/Strahlentherapie).

Verlagerungspotenziale in den Pflegebereich

Auf Basis zahlreicher Befunde und Studien sind Verlagerungen in den Pflegebereich (z.B. durch weiteren Ausbau der mobilen Dienste) geeignet, die Krankenhausinanspruchnahme zu reduzieren. Die Ermittlung des diesbezüglichen Potenzials erfolgte unter Anwendung folgender Modellprämissen.

- Basisdaten
 - Fälle ≥ 75 Jahre
 - Mindestbelagsdauer 15 Tage
 - Fälle ohne Intensivaufenthalt
- Verlagerungspotenziale
 - Alle Belagstage von Fällen, die länger sind als die doppelte Belagsdauer der ≥ 75 -jährigen aus dem Mittelwert Österreich je LDF (ohne OÖ)
- Siehe auch Analysen des ÖBIG mit Potenzialen bis zu 10% (!) der BT bei Forcieren mobiler Dienste

Unter den gesetzten Modellannahmen sind **Potenziale in der Höhe von 2,1% der Belagstage d.s. rund 55.000 BT** ansprechbar.

Weiters wurden Entlastungspotenziale durch **organisatorische Maßnahmen** in der Höhe von 2,0% (siehe dazu Abschnitt 6) sowie durch den **medizinischen Fortschritt** in der Höhe von 0,5% der Belagstage in Ansatz gebracht.

4.3. Bettenbedarfsrechnungen nach Versorgungsregion und Fach

Nachfolgend sind die Ergebnisse der Bettenbedarfsrechnung wie folgt dargestellt:

- Ausweis der Belagstage 2009 bis 2020 SOLL als Grundlage für die Bemessung der Bettenkapazitäten
- Ergebnisse der Bettenbedarfsrechnung nach Versorgungsregionen mit folgenden Informationen (zunächst aggregiert nach Fachgruppen)
 - Ist-Betten gemäß Stand der Krankenanstaltenstatistik 2009 (tatsächlich aufgestellte Betten 2009)
 - Ist-Betten korrigiert unter Ansatz der Planauslastung
 - Soll-Betten 2020 gemäß Maßnahmenplanung
 - Soll-Betten 2020 gemäß Modellrechnung unter Berücksichtigung inneroberösterreichischer Wanderbewegungen
 - Differenz zwischen Soll-Betten 2020 gemäß Maßnahmenplanung und Soll-Betten gemäß Modellrechnung (resultiert daraus, dass standortbezogen auf Grundlage von Abteilungsgrößen Abweichungen vom berechneten Soll erforderlich waren).

Hinweise:

- Die **Zuordnung der Belagstage** erfolgt nach entlassender Abteilung, im Verhältnis der österreichischen Verteilung. Damit ergeben sich geringe **Unschärfen** insbesondere zur Intensivbehandlung und –überwachung und zwischen verwandten Fachrichtungen (Innere Medizin, Neurologie, AG/R, RNS, PAL).
- In Oberösterreich sind einzelne medizinische Sonderfächer, z.B. Pulmologie, Neurologie stärker ausgebaut als in anderen Bundesländern.

Es wurde daher eine gemeinsame Betrachtung von „verwandten“ Fachbereichen vorgenommen, wie z.B. Unfallchirurgie - Orthopädie, Innere Medizin – Pulmologie – Neurologie, teilweise chirurgische Fächer.

Die Empfehlungen wurden unter dem Leitgedanken erstellt: **„Spezialisierung hat Vorrang, wenn organisatorisch, qualitativ und wirtschaftlich sinnvoll“**.

- Die Sonderbereiche AG/R, RNS, PAL sind im Gesamtvolumen der errechneten Belagstage enthalten und wurden in Entsprechung zum RSG übernommen. Diese Bereiche entlasten primär den Bettenbedarf für die Innere Medizin und Neurologie.
- Betten nach dem Funktionscode „Gemischter Belag“ umfassen teilweise interne Überwachungsbetten und wurden in Anlehnung an den Ist-Stand fortgeschrieben; dies trifft auch auf die Betten „andere Fachrichtungen“ (primär Inquisitenbetten) zu.
- Zwischen den einzelnen Fachgruppen und zwischen den ermittelten Betten nach Fachdisziplinen sind daher **Abgleiche bzw. Austausch möglich**, die auch in die Ergebnisse durch Berücksichtigung regionalspezifischer Gegebenheiten eingeflossen sind.
- Noch **zu evaluieren** sind die **Möglichkeiten des Bettenabbaus in der Psychiatrie** (erfordert entsprechenden Aufbau von tagesklinischen und ambulanten Leistungen), sowie des Bettenbedarfs Innere Medizin für den Zentralraum Wels (diesbezüglich wurde ein Verweis bei der Maßnahme gesetzt).

Belagstage 2009 IST	2.520.295
Belagstage 2009 SOLL	2.289.200
Belagstage 2020 SOLL (nur Demographie)	2.605.300

Entlastungen	Belagstage (2020)	Prozent (2020)
Tagesklinik / 0-Tagesfälle	-60.348	2,3%
amb. Verlagerungspotential	-121.724	4,7%
Pflege- Sozialbereich	-54.778	2,1%
Organisation	-51.372	2,0%
medizin. Fortschritt	-12.843	0,5%
Summe	-301.065	11,6%

Belagstage 2020 SOLL (Demographie + Entlastung)	2.304.235
--	------------------

Tabelle 8: SOLL-Belagstage 2020

Die Umrechnung in Bettenzahlen ist den nachfolgenden Tabellen zu entnehmen.

		VR 41+ VR 43					
Gruppe	Gr-Bezeichnung	SOLL	IST	IST	SOLL Betten	Diff	2020 ber.
		Auslastung	Betten	Betten Ausl. bereinigt	lt. Maßnahme	Plan ber. lt. Maßnahme	Betten
1	Konservative Fächer	errechnet sich aus den einzelnen Fächern	1.551	1.487	1.496	-9	1.505
2	Chirurgische Fächer		616	606	616	+17	599
3	GGH		258	263	210	+5	205
4	Kinder		233	217	193	+23	170
5	UC-OR		286	308	276	-51	327
6	PSY		496	614	502	+59	443
7	Sonderfächer (AU, HNO, URO)		312	328	242	+17	225
8	GEM		103	83	103	-3	106
Gesamt			3.855	3.906	3.638	+57	3.581

Tabelle 9: Umrechnung der Soll-Belagstage in Soll-Betten 2020 für die Versorgungsregion Linz (VR 41) inklusive Versorgungsregion Mühlviertel (VR 43)

		VR 44					
Gruppe	Gr-Bezeichnung	SOLL	IST	IST	SOLL Betten	Diff	2020 ber.
		Auslastung	Betten	Betten Ausl. bereinigt	lt. Maßnahme	Plan ber. lt. Maßnahme	Betten
1	Konservative Fächer	errechnet sich aus den einzelnen Fächern	476	474	419	-13	432
2	Chirurgische Fächer		170	148	130	+9	121
3	GGH		66	64	55	+5	50
4	Kinder		59	49	40	+13	27
5	UC-OR		193	173	161	+22	139
6	PSY		97	103	45	-43	88
7	Sonderfächer (AU, HNO, URO)		72	57	60	+10	50
8	GEM		22	21	20	-4	24
Gesamt			1.155	1.090	930	-1	931

Tabelle 10: Umrechnung der Soll-Belagstage in Soll-Betten 2020 für die Versorgungsregion Pyhrn Eisenwurzen (VR 44)

		VR 45					
Gruppe	Gr-Bezeichnung	SOLL	IST	IST	SOLL Betten	Diff	2020 ber.
		Auslastung	Betten	Betten Ausl. bereinigt	lt. Maßnahme	Plan ber. lt. Maßnahme	Betten
1	Konservative Fächer	errechnet sich aus den einzelnen Fächern	506	513	500	+0	500
2	Chirurgische Fächer		164	144	150	+10	140
3	GGH		96	91	75	+9	66
4	Kinder		38	39	33	+7	26
5	UC-OR		149	151	140	+8	132
6	PSY		66	78	66	-13	79
7	Sonderfächer (AU, HNO, URO)		98	97	65	-4	69
8	GEM		27	21	27	+10	17
Gesamt			1.144	1.133	1.056	+27	1.029

Tabelle 11: Umrechnung der Soll-Belagstage in Soll-Betten 2020 für die Versorgungsregion Salzkammergut (VR 45)

		VR 42					
Gruppe	Gr-Bezeichnung	SOLL	IST	IST	SOLL Betten	Diff	2020 ber.
		Auslastung	Betten	Betten Ausl. bereinigt	lt. Maßnahme	Plan ber. lt. Maßnahme	Betten
1	Konservative Fächer	errechnet sich aus den einzelnen Fächern	562	543	573	-8	581
2	Chirurgische Fächer		180	164	149	-40	189
3	GGH		95	95	80	+4	76
4	Kinder		75	71	45	+6	39
5	UC-OR		222	219	185	-6	191
6	PSY		84	92	84	-12	96
7	Sonderfächer (AU, HNO, URO)		115	121	90	+4	86
8	GEM		18	17	18	+21	-3
Gesamt			1.351	1.321	1.224	-31	1.255

Tabelle 12: Umrechnung der Soll-Belagstage in Soll-Betten 2020 für die Versorgungsregion Wels (VR 42)

		VR 46					
Gruppe	Gr-Bezeichnung	SOLL	IST	IST	SOLL Betten	Diff	2020 ber.
		Auslastung	Betten	Betten Ausl. bereinigt	lt. Maßnahme	Plan ber. lt. Maßnahme	Betten
1	Konservative Fächer	errechnet sich aus den einzelnen Fächern	401	422	421	+0	421
2	Chirurgische Fächer		145	134	145	+15	130
3	GGH		88	81	68	+7	61
4	Kinder		71	53	35	+4	31
5	UC-OR		180	181	147	+3	144
6	PSY		60	70	60	-24	84
7	Sonderfächer (AU, HNO, URO)		105	107	71	-2	73
8	GEM		20	16	18	-2	20
Gesamt			1.070	1.065	965	+1	964

Tabelle 13: Umrechnung der Soll-Belagstage in Soll-Betten 2020 für die Versorgungsregion Innviertel (VR 46)

		Oberösterreich					
Gruppe	Gr-Bezeichnung	SOLL	IST	IST	SOLL Betten	Diff	2020 ber.
		Auslastung	Betten	Betten Ausl. bereinigt	lt. Maßnahme	Plan ber. lt. Maßnahme	Betten
1	Konservative Fächer	errechnet sich aus den einzelnen Fächern	3.496	3.439	3.409	-29	3.438
2	Chirurgische Fächer		1.275	1.197	1.190	+12	1.178
3	GGH		603	594	488	+30	458
4	Kinder		476	428	346	+52	294
5	UC-OR		1.030	1.033	909	-25	934
6	PSY		803	956	757	-33	790
7	Sonderfächer (AU, HNO, URO)		702	712	528	+25	503
8	GEM		190	158	186	+21	165
Gesamt			8.575	8.516	7.813	+53	7.760

Tabelle 14: Umrechnung der Soll-Belagstage in Soll-Betten 2020 für Oberösterreich

4.4. Referenzzentren, überregionale Leistungen und Leistungen mit verbindlichen und empfohlenen Mindestfrequenzen

Auf Grundlage der unter Punkt 4.1 beschriebenen Methodik wurde eine Überprüfung und Neufestlegung der Referenzzentren vorgenommen.

Die folgende Tabelle fasst die Ergebnisse der Expertenkommission zusammen. Die Struktur der onkologischen Versorgung ist gesondert dargestellt und in der Tabelle nicht ausgewiesen.

	VR Linz/Mühlviertel					
	K416 AKH Linz	K417 BBR	K418 BHS	K419 Elisabethinen	K449 LFKK	K425 LNKL
Thoraxchirurgie	X			X		
Nierentransplantation	0			X		
Kardiologie	X		0	X		
Nuklearmedizinische Therapie			N			
Stammzelltransplantation	0			X		
Herzchirurgie	X					
Kinderkardiologie	X				X	
Gefäßchirurgie	X	X		X		X*)
	VR Phyrn - Eisenwurzen	VR Salzkammergut	VR Wels	VR Innviertel		
	K431 Steyr/Enns	K433 Vöcklabruck	K434 We-Gri	K427 Ried		
Thoraxchirurgie		N	X			
Nierentransplantation						
Kardiologie			X			
Nuklearmedizinische Therapie						
Stammzelltransplantation						
Herzchirurgie			0			
Kinderkardiologie						
Gefäßchirurgie	X	X	X	X		
Legende:						
X bestehendes und zukünftig eingerichtetes Referenzzentrum						
0 bestehendes Referenzzentrum entfällt						
N neues Referenzzentrum						
*) IRAD NEU						

Tabelle 15: Neufestlegung von Referenzzentren in ÖÖ

Im Einzelnen sind folgende Erläuterungen notwendig:

Neuorganisation der onkologischen Versorgung

Zielsetzung ist die Schaffung qualitativ entsprechender und klarer Strukturen für die onkologische Versorgung der Bevölkerung:

- ein onkologisches Referenzzentrum (KH der Barmherzigen Schwestern in Linz)

- mehrere onkologische Schwerpunkte mit Tumorboards und definierten Versorgungsaufträgen
- assoziierte onkologische Basisversorgung
- Chemotherapie und supportive Therapie sowie andere Leistungen in Abstimmung mit den Tumorboards: wohnortnahe Erbringung
- Installation eines Onkologiebeirates, der eine Strategie zur Tumorversorgung in OÖ gemeinsam mit der Abteilung Gesundheit erarbeitet

Herzchirurgie

Die zwei Zentren am AKh Linz und am Krankenhaus Wels-Grieskirchen weisen einen hohen aber sinkenden Anteil an „inländischen“ Gastpatienten auf.

Vorgeschlagen wird die Konzentration der herzchirurgischen Versorgung am AKh Linz, um Synergien im Personal- und Geräteeinsatz zu erreichen und ein entsprechend hohes Fallaufkommen zur Absicherung der Qualität sicherzustellen. Mit Ausnahme von Wien verfügt jedes Bundesland in Österreich über max. ein herzchirurgisches Zentrum.

Interventionelle Kardiologie (gleichzeitig COR hinsichtlich Großgeräteplan)

Mit Bezug auf die überdurchschnittliche Versorgung an Kardangiographien und Leistungen der interventionellen Kardiologie ist eine Ausweitung der Standorte mit Herzkatheterplätzen nicht zu empfehlen.

Vorgeschlagen wird die Konzentration auf 3 Standorte in OÖ (2 in Linz, ein Standort in Wels), wobei dem Standort AKH Linz in Hinblick auf die Verfügbarkeit der Herzchirurgie ein Referenzzentrum für Kardiologie der Versorgungsstufe 1 gemäß ÖSG 2010 zukommt.

Gerätemäßig kann bei Umsetzung des Vorschlages die Reduktion um einen Herzkatheter-Arbeitsplatz gegenüber dem RSG erzielt werden. Die Konzentration in Linz von 3 auf 2 Standorte erfordert jedoch noch eine Evaluierung der Akutversorgung.

Gefäßchirurgie

Die bestehenden Standorte für Gefäßchirurgie bleiben unverändert.

Nierentransplantation und Stammzellentransplantation

Für beide Referenzzentren ist mit Bezug auf das Fallabkommen jeweils ein Zentrum für OÖ ausreichend.

Thoraxchirurgie

Mit Bezug auf den leistungsmäßigen Schwerpunkt des LKH Vöcklabruck wird die Einrichtung eines Referenzzentrums für Thoraxchirurgie empfohlen. Die bereits bestehenden Zentren bleiben aufrecht.

Kinderurologie

Die Kinderurologie hat als Spitzenleistung einen hohen überregionalen Leistungsanteil und ist zurzeit im Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern in Linz eingerichtet.

Vorgeschlagen wird die Überführung in das Spezialklinikum der Landesfrauen- und Kinderklinik Linz, womit eine Bündelung der Spitzenversorgungsleistungen bei Kindern erreicht werden kann.

Kinderherzchirurgie und Kinderkardiologie

Die entsprechenden Kompetenzzentren werden in Kooperation der Landesfrauen- und Kinderklinik mit dem AKh Linz geführt. Keine Änderung zum Ist-Stand.

Erbringung von Leistungen für die im ÖSG Mindestfrequenzen vorgeschrieben bzw. empfohlen sind

Für die Leistungen mit verbindlichen Mindestfrequenzen (Pankreas- und Ösophaguschirurgie) wird eine Konzentration auf weniger Standorte als im IST gegeben vorgeschlagen. Für eine weitere Verdichtung sowie für die Erarbeitung von Empfehlungen zur Erbringung von Leistungen, für die Mindestfrequenzen empfohlen sind, wird der Einsatz einer Arbeitsgruppe unter Führung der Gesundheitsabteilung vorgeschlagen.

5. Kostendämpfungspotenziale im Supportbereich

5.1. Analyse medizinischer Supportbereiche und Großgeräte

5.1.1. Medizinisch-chemische Labors

Ausgangslage:

Zurzeit verfügen alle KH-Standorte über ein eigenes medizinisch-chemisches Labor; lediglich die KH Barmherzige Schwestern Linz und Barmherzige Brüder Linz verfügen über ein gemeinsames Labor. Die einzelnen Labors stehen teilweise unter der medizinischen Leitung eines Laborfacharztes (eigene Labor-Institute), sieben KH-Labors stehen unter der Leitung eines Abteilungsleiters für Innere Medizin der jeweiligen Krankenanstalt. Mögliche Synergieeffekte werden durch diese Organisationsstruktur nicht gefördert.

Vorschlag für Neuorganisation:

- Schaffung regionaler bzw. überregionaler abgestufter Laborstrukturen
- Leitlabor im 24-Stunden-Dienst und lokale Basislabors vor Ort mit eingeschränkten Betriebszeiten (notwendige Akutanalysen sind vorzuhalten).
- Medizinische Leitung des regionalen Laborverbundes durch einen Facharzt für medizinische und chemische Labordiagnostik.
- Zentralisierung von zentralisierbaren Analysen innerhalb des regionalen Laborverbundes (soweit sinnvoll, auch darüber hinaus durch Zusammenarbeit zwischen den regionalen Laborverbänden) unter Absicherung der qualitativ hochwertigen Behandlung von Akutfällen; Umfang der Zentralisierung auch abhängig von der Größe der jeweiligen Krankenanstalten bzw. dem anfallenden Probenspektrum und Probenvolumen.
- Probentransport: regelmäßiger Probentransport zwischen den Krankenanstalten (zumindest zwei Mal täglich); bei zwischendurch anfallenden dringenden Analysen, die nicht vor Ort in einem Basislabor durchgeführt werden können: Transport über einen geeigneten Botendienst.

Einsparungseffekte:

- Niedrigere Anschaffungspreise bei Geräten und Verbrauchsmaterial
- Reduzierung der Personalkosten durch Reduzierung von Anwesenheits- bzw. Rufbereitschaftsdiensten an den Standorten mit Basislabor
- Reduzierung von Personalkosten, die derzeit zur Absicherung von urlaubs- bzw. krankensstandsbedingten Personalengpässen bei BMAs in Kauf genommen werden müssen.

- Insourcing von bisher extern vergebenen Analysen durch Erreichung einer größeren Analysenzahl im Laborverbund
- Belieferung auch anderer Einsender von Proben (z.B. Sanatorien)

Voraussetzungen:

- Ausreichende räumliche Nähe der beteiligten Krankenanstalten und Berücksichtigung von Witterungseinflüssen auf den Transportwegen
- IT-Schnittstelle, die eine elektronische Übermittlung der Anforderungen und eine automatisierte Übernahme der Befundergebnisse in das jeweilige Krankenhaus-Informationssystem (KIS) erlaubt.
- Absicherung von effizienter und effektiver Willensbildung und Verantwortlichkeiten (z.B. gemeinsame Laborbetriebsgesellschaft mit entsprechender fachlicher und ökonomischer Verantwortung und mit Beteiligungen der jeweiligen Krankenanstaltenträger, Setzung von Maßnahmen, wenn mit der Reorganisation eine Änderung der Arzthonorare verbunden ist);
- Schrittweise Harmonisierung des Geräteparks zur Absicherung der geräteunabhängigen Vergleichbarkeit der Analyse-Ergebnisse.
- Gerechte Verrechnung der Transportkosten zwischen den Krankenanstalten (Vermeidung von Standortnachteilen für Krankenanstalten mit Basislabor; verursachergerechte Zuordnung der Transportkosten für Einzeltransporte)
- Fachlich fundierte Planung, welche Analysen im regionalen Leitlabor zentral durchgeführt werden können.

Vorschlag für die Bildung von Laborverbänden:

- Bildung von vier überregionalen Laborverbänden:
 - Laborverbund I: K417 BBR Linz / K418 BHS Linz sowie K427 BHS Ried und K419 Elisabethinen (alternativ: Elisabethinen mit Laborverbund II in Hinblick auf Kooperation gespag mit Elisabethinen).
 - Laborverbund II: alle gespag-Häuser; überregionales Leitlabor in K425 LNKL WJ; evtl. abgestufte Versorgungsangebote (regionalisiert)
 - Laborverbund III: K434 Klinikum Wels-Grieskirchen (bereits umgesetzt) mit K405 Braunau
Zusammenlegung der Institute Labor I und Labor II (Standort Wels) und Reduzierung von Labor III (Standort Grieskirchen) – entsprechend Vorschlag des Krankenanstaltenträgers
 - Laborverbund IV: AKh Linz (Labor wurde neu eingerichtet), längerfristig Konzentration auf drei Laborverbände

- Abstimmung von Neuinvestitionen zwischen Laborverbänden
- Kooperationen zwischen Laborverbänden hinsichtlich Spezialparameter

5.1.2. Pathologie

Ausgangslage:

Es gibt derzeit Institute für Pathologie in folgenden sieben Krankenanstalten: K416 AKh Linz, K418 BHS Linz, K425 LNKL WJ, K431 LKH Steyr, K433 LKH Vöcklabruck, K434 Wels-Grieskirchen und K427 BHS Ried. Die übrigen Krankenanstalten werden konsiliarärztlich durch Pathologen eines anderen KH oder durch niedergelassene Pathologen betreut.

Wesentlich für Krankenanstalten mit einem entsprechenden Leistungsspektrum ist die Möglichkeit, einen intraoperativen Gefrierschnitt durchzuführen. Dafür muss der Pathologe vor Ort in der KA anwesend sein was durch entsprechende organisatorische Maßnahmen sicherzustellen ist.

OÖ hat bezogen auf die Kostenstellen Pathologie (inkl. Prosektur) eine **deutliche** Abweichung zum Durchschnitt Österreich; Kosten von EUR 19,60 pro EW in OÖ gegenüber **EUR 15,30** Durchschnitt Österreich (ohne OÖ). (Basis: Kostenrechnung 2009, Auswertung des Fonds);

Einspareffekte ergeben sich primär in der Optimierung des Personaleinsatzes (sowohl ärztliches Personal als auch biomedizinische AssistentInnen)

Vorschläge für die Neuorganisation:

Die Zahl der Standorte mit Instituten für Pathologie soll reduziert werden.

Vorgeschlagen wird eine Konzentration auf drei Versorgungsverbände, die jeweils innerhalb des Verbundes die Versorgung der Standorte nach logistischen und ökonomischen Gesichtspunkten optimieren.

- Pathologie-Verbund I: Konzentration bei K418 BHS Linz (mit Versorgung von BBR, Elisabethinen, AKh Linz, BHS Ried und KH Sierning; Entfall des Instituts in Ried, Entfall des Instituts im AKh),
- Pathologie-Verbund II: Konzentration bei K425 LNKL WJ (mit Versorgung der gespaga-Krankenhäuser, Entfall von zumindest einem Institut für Pathologie in Steyr oder Vöcklabruck),
- Pathologie-Verbund III: Konzentration in K434 Wels-Grieskirchen (mit Versorgung des KH Braunau).

Zu empfehlen ist eine gemeinsame (häuser- bzw. trägerübergreifende) Trägerkonstruktion für jede Pathologie (z.B. gemeinnützige GmbH). Im Interesse einer gerechten Kostenverteilung könnten die durchschnittlichen Anfahrtskosten in die Verrechnungspreise für Gefrierschnitte eingerechnet werden.

Spezialisierte histo-pathologische Untersuchungen sollten auch Pathologieverbund-übergreifend arbeitsteilig durchgeführt werden, um die Qualität durch entsprechende Erfahrung der befundenden Pathologen sicherzustellen.

5.1.3. Radiologie

Ausgangslage:

Die Radiologie ist stärker als die Labormedizin standortgebunden:

- Die Transferierung von Patienten für radiologische Untersuchungen muss die Ausnahme bleiben. Routinediagnostik muss ohne Transferierung vor Ort stattfinden können.
- Radiologietechniker (früher: RTAs) müssen bei allen Untersuchungen vor Ort anwesend sein. In kleineren Krankenanstalten mit elektivem Leistungsspektrum kann zu Randzeiten (Nacht, Wochenende, Feiertage) unter Umständen mit Rufbereitschaftsdiensten das Auslangen gefunden werden (trifft nicht zu bei Unfallchirurgie).

Im Fall einer organisatorischen Zusammenlegung von Instituten und vergleichbarer Geräteausstattung ist auch eine Standort übergreifende Urlaubs- und Krankenstandsvertretung zumindest für Ausnahmefälle denkbar (geringere Personalvorhaltung für ausfallsbedingte Notfälle an jedem einzelnen Standort).

- Fachärzte für Radiologie müssen bei einigen Untersuchungen (z.B. Untersuchungen unter Einsatz eines Kontrastmittels) sowie bei radiologisch-interventionellen Eingriffen ebenfalls persönlich anwesend sein bzw. Leistungen persönlich durchführen. Abhängig vom Leistungsspektrum der Krankenanstalt kann der radiologisch-ärztliche Dienst zu Randzeiten auch über Rufbereitschaften organisiert sein.

Die in den meisten Krankenanstalten bereits verfügbaren Möglichkeiten der Teleradiologie erlauben aber eine zusätzliche Flexibilität hinsichtlich der persönlichen Anwesenheit von Radiologen zu Randzeiten sowie hinsichtlich der Einholung einer „second-opinion“ bei komplexen Aufgabestellungen (z.B. im Bereich der Mammadiagnostik). Im Fall der Einrichtung einer Rufbereitschaft von Fachärzten für Radiologie muss in den Zeiten der Rufbereitschaft eine Basis-Ultraschallkompetenz in den anderen Fächern der Krankenanstalt verfügbar sein.

Vorschläge für Neuorganisation:

Bildung von Radiologieverbänden unter einer gemeinsamen radiologisch-fachärztlichen Leitung:

- K416 AKh Linz – K449 LFKK Linz: Versorgung LFKK durch AKh Linz; unmittelbare räumliche Nähe; Computertomographie (CT) und Magnetresonanz-Tomographie (MRT) werden bereits in einem gemeinsamen Zentrum betrieben.
- K417 BBR Linz – K418 BHS Linz: unmittelbare räumliche Nähe; Fortsetzung des Zusammenwachsens der beiden Krankenanstalten; Zusammenführung der Institute für Radiologie in eine gemeinsame Struktur zur Nutzung der Synergiepotenziale am Standort Seilerstätte.

- K434 Wels-Grieskirchen: Zusammenlegung von Radiologie I + II des Standorts Wels; organisatorische Zusammenführung der Radiologie III (Grieskirchen) mit dem Institut für Radiologie am Standort Wels
- K431 Steyr-Enns – K415 Kirchdorf: Entfall des Röntgeninstitutes in Kirchdorf und organisatorische Zusammenführung der Radiologie mit dem Institut für Radiologie am Standort Steyr oder alternativ Beibehaltung der Institute unter der Prämisse der Leistungsabstimmung und der Hebung des Kostendämpfungspotenziales
- K 433 Vöcklabruck – K404 Bad Ischl – K411 Gmunden: Entfall der Röntgeninstitute in Bad Ischl und Gmunden; organisatorische Zusammenführung der Radiologie mit dem Institut für Radiologie am Standort Vöcklabruck. oder alternativ Beibehaltung der Institute unter der Prämisse der Leistungsabstimmung und der Hebung des Kostendämpfungspotenziales

5.1.4. Weitere Konzentrationspotenziale hinsichtlich Führung von Instituten bzw. Schaffung von Verbundmodellen:

Mikrobiologie/Molekularbiologie

Mikrobiologische Untersuchungen werden im Rahmen der Institute für Pathologie wahrgenommen. Spezialuntersuchungen im Bereich der Mikrobiologie, Molekularbiologie und Genetik, sowie im Bereich der Infektiologie (Krankenhaushygiene) sollten auf einen Standort in Oberösterreich konzentriert werden.

Mit Bezug auf die weitgehende Verdichtung der Zentralversorgungsleistungen im Zentralraum Linz wird vorgeschlagen, das Institut beim Krankenhaus der Elisabethinen als einziges Referenzinstitut für Oberösterreich zu führen. Dieser Vorschlag bedeutet, dass das Institut für Hygiene und Mikrobiologie am Standort Wels-Grieskirchen aufgelöst und in Leistungsteilbereichen (Bakteriologie, Serologie, Molekularbiologie) mit dem dortigen Institut für Pathologie zusammengeführt wird.

Nuklearmedizin

OÖ hat ein Überangebot an Gammakameras. Im Jahr 2009 waren 22 Geräte aufgestellt, Richtwerte gehen von einer Versorgung von 100.000 Einwohner je Gerät aus; daher ist offensichtlich auch eine angebotsinduzierte Leistungserbringung mitverursacht durch die hohe Anzahl an Geräten in Instituten gegeben. Dies schlägt sich auch in der Kostengegenüberstellung nieder:

Kosten der Kostenstellen Nuklearmedizin OÖ: rund EUR 15,00- je Einwohner. Durchschnitt-Österreich (ohne OÖ) EUR 11,0 je Einwohner (Basis: Kostenrechnung 2009, Auswertung des Fonds)

Die Leistungen der Nuklearmedizin sind *überwiegend planbare Leistungen* und können aus Sicht der Leistungserstellung an weniger Standorten, als im Ist gegeben, konzentriert werden. Kriterium für die Verdichtung und Zuordnung der nuklearmedizinischen Institute sind:

- Versorgungsauftrag des Krankenhauses, insbesondere im Bereich der onkologischen Schwerpunktsetzung
- Entfernung vom nächstgelegenen Institut für Nuklearmedizin
- Verfügbarkeit innerhalb einer Trägergruppe zur Nutzung trägerbezogener Synergien

Mit einer Verdichtung/Konzentration sind folgende *Vorteile* zu erwarten:

- Höhere Geräteauslastung ist erzielbar
- Nutzung von Synergien beim Personaleinsatz (sowohl ärztliches als auch nicht ärztliches Personal)
- Gemeinsame Nutzung von Infrastruktur (Nebenräume, Leitstellen, Wartezonen, Applikationsbereiche)
- Erzielung höherer Fallzahlen je Standort bei Reduktion von Instituten

Auf Basis der dargelegten Rahmenbedingungen werden *folgende Vorschläge* unterbreitet:

- Die Institute in K416 AKh Linz und K419 Elisabethinen (gemeinsamer PET) sollen zusammengeführt werden (Alternativ ist angesichts des Kooperationsvertrages gespag - Elisabethinen auch eine Zusammenführung der Institute von K419 Elisabethinen und K425 LNKL WJ möglich; dies unter Beibehaltung der PET-Kooperation zwischen AKh und Elisabethinen). Anmerkung: gemäß Aussage des KH der Elisabethinen ist die Auflösung des Institutes und Integration mit der Radiologie vorgesehen.
- Entfall des Instituts in K431 Steyr – Versorgung durch das Institut in K425 LNKL WJ.
- Entfall des Instituts am Standort K427 BHS Ried – Versorgung durch K418 BHS Linz.

Physikalische Medizin

- Entfall des Instituts für Physikalische Medizin in K415 Kirchdorf und Versorgung durch K431 Steyr in Übereinstimmung mit den Vorschlägen des Rechtsträgers

Anästhesie

Das Management anästhesiologischer Leistungen für die Bereiche Operation, Intensivmedizin, Notfallaufnahme und sonstige periphere Bereiche einschließlich perioperative Ambulanz und Schmerzambulanz stellt eine wesentliche Herausforderung für die klinische Arbeit im Krankenhaus dar.

Eine Zusammenführung bestehender Institute ist dort möglich, wo die räumlich-organisatorischen Gegebenheiten eine einheitliche Steuerung und operative Führung zulassen.

- K434 Wels-Grieskirchen: Reduktion von drei auf zwei Anästhesie-Institute
- K417 BBR Linz – K418 BHS Linz: Zusammenführen der Institute für Anästhesie
- K416 AKh Linz – K449 LFKK: Anästhesieverorgung der Landesfrauen- und Kinderklinik durch das AKh Linz

Mit der Zusammenführung sind Synergien im Personaleinsatz (vor allem Nacht- und Bereitschaftsdienste, Vertretungsregelungen, Aus- und Weiterbildung) sowohl beim ärztlichen als auch nicht ärztlichen Personal möglich.

5.1.5. Medizintechnische Großgeräte

Grundlagen für die Empfehlungen hinsichtlich der medizin-technischen Großgeräte sind

- der ÖSG 2010 inkl. Großgeräteplan (GGP)
- der RSG Oberösterreich 2008
- das CT/MR-Konzept 2010 für Oberösterreich (Entwurf)
- Auswertungen der K-DOK-Daten 2009
- Stellungnahmen der KA-Träger

Je nach Geräteart ist die Versorgung in Oberösterreich zumindest als ausreichend zu betrachten; lediglich in den Regionen außerhalb des Zentralraums Linz bzw. Wels gibt es einzelne Defizite, die durch Verlagerungen aus dem Zentralraum gedeckt werden sollten (z.B. im Bereich MR).

Computertomographie (CT)

Derzeit sind gemäß GGP im Bundesland OÖ 34 CT-Geräte vorhanden, 25 intramural und 9 extramural; die intramuralen CT-Geräte verteilen sich auf 22 Geräte in Fonds-Krankenanstalten und 3 Geräte in Nicht-Fonds-Krankenanstalten. Der GGP sieht eine Reduktion um zwei CT-Geräte auf 32 vor (23 intramural, 9 extramural); es soll dadurch ein Einwohnerwert von 44.045 je Gerät erzielt werden.

Gemäß CT/MR-Konzept 2010 (Entwurf) liegt die geplante Zahl der CT-Geräte im Rahmen der Planungsvorgaben-Bandbreite, wobei die regionale Verteilung nicht als optimal bezeichnet werden kann; es sollten keine weiteren zusätzlichen Geräte genehmigt werden; bei Neuanträgen seien daher grundsätzlich die Ausweitung der Betriebszeiten bestehender Geräte sowie die Möglichkeiten einer regionalen Umverteilung zu prüfen; jedenfalls zu forcieren seien Kooperationen zwischen dem intra- und extramuralen Bereich.

Auf Basis dieser grundlegenden Feststellungen und der K-DOK-Frequenzdaten 2009 werden folgende Empfehlungen hinsichtlich der weiteren Planung gegeben:

- K416 AKh Linz: Entsprechend der Fußnote 14) im RSG OÖ ist der aktuell noch in Betrieb befindliche dritte CT binnen 12 Monaten nach Anschaffung des 3. MR-Gerätes abzubauen.
- K417 BBR Linz und K418 BHS Linz: Im Zuge der Zusammenlegung der beiden Röntgeninstitute am Standort Seilerstätte, spätestens aber im Fall einer Ersatzinvestition, könnte bei Optimierung der Betriebsorganisation mit zwei CT-Geräten das Auslangen gefunden werden. Im IST sind Auslastungsreserven gegeben.
- K419 Elisabethinen: keine Änderung.
- K425 LNKL WJ: Mit einem CT-Gerät wird die Diagnostik durchgeführt. Ein anderes (älteres) Gerät dient ausschließlich der Durchführung von Schmerztherapien (CT-gezielte Infiltrationen). Vor diesem Hintergrund ist der Betrieb von zwei CT-Geräten trotz vergleichsweise niedriger Frequenzahlen vertretbar.
- K434 Wels-Grieskirchen: Die aktuelle Anzahl von drei CT-Geräten (davon eines am Standort Grieskirchen) ist als angemessen zu betrachten.
- K408 Freistadt / K441 Rohrbach / 404 Bad Ischl / K411 Gmunden und K405 Braunau; in geringerem Umfang auch K415 Kirchdorf a. d. Krems und K428 Schärding: Die CT-Geräte verfügen im derzeitigen Betrieb noch über Auslastungsreserven (K-DOK 2009: 4.300 bis 8.100 stationäre und ambulante Frequenzen). Die Möglichkeit einer Kooperation mit dem extramuralen Sektor ist daher im Interesse einer besseren Kapazitätsauslastung und einer besseren Vernetzung zwischen dem intramuralen und dem extramuralen Bereich zu prüfen. K404 Bad Ischl kann mit dem CT-Gerät die Herz-Kreislauf-SKA Bad Ischl mitversorgen (gemeinsame Beschaffung eines CT-Gerätes wurde von K404 vorgeschlagen); ebenso die Herz-Reha Bad Ischl.
- K429 Sierning: Das aktuell noch in Betrieb befindliche CT-Gerät (Baujahr 1994) soll auch in Zukunft nicht in den RSG aufgenommen werden (2009: 648 Frequenzen).

- K431 Steyr-Enns: Die Notwendigkeit des CT-Geräts am Standort Enns ist zukünftig vor dem Hintergrund der weiteren Entwicklung des Standortes nicht mehr gegeben (Reduzierung um ein CT-Gerät gegenüber dem RSG)

Magnetresonanz-Tomographie (MR)

Laut GGP waren im Jahr 2009 20 MR-Geräte im Bundesland Oberösterreich aufgestellt (12 intramural, 8 extramural; Einwohnerrichtwert: 70.472, also knapp innerhalb des Rahmens von 70.000 – 90.000); geplant sind lt. GGP 23 MR-Geräte (15 intramural, 8 extramural; entspricht einem Einwohnerrichtwert von 61.280).

Es liegen derzeit beim Land Oberösterreich Anträge auf 5 zusätzliche MR-Standorte auf (Freistadt, Rohrbach, Schärding, Kirchdorf und Bad Ischl). Laut GÖG/ÖBIG-Simulationsmodell kann für Freistadt, Rohrbach und Schärding annähernd eine Vollausslastung für ein MR-Gerät erwartet werden, für Kirchdorf und Bad Ischl ist dies nicht der Fall.

Gleichzeitig ist die MR-Dichte im Raum Linz sehr hoch. Die regionale Verteilung der MR-Geräte kann demnach nicht als optimal bezeichnet werden. Die Einrichtung eines zusätzlichen MR-Gerätes ist nur bei gleichzeitigem Abbau eines Gerätes in Linz zu empfehlen.

Auf Basis dieser grundlegenden Feststellungen und der K-DOK-Frequenzdaten 2009 werden folgende Empfehlungen hinsichtlich der weiteren Planung gegeben:

- K416 AKh Linz: Das im RSG OÖ vorgesehene 3. MR-Gerät ist angesichts der gegebenen Frequenzzahlen vertretbar (unter Einrechnung des 3. MR-Gerätes durchschnittlich 6.880 Frequenzen pro Jahr und Gerät); Mitversorgung von K449 LFKK Linz.
- K417 BBR Linz und K418 BHS Linz: Im Zuge der Zusammenlegung der beiden Röntgeninstitute werden auch die beiden MR-Geräte in eine gemeinsame organisatorische Einheit zusammengeführt. Die Zahl der MR-Geräte ist angesichts der Frequenzzahlen vertretbar (durchschnittlich 6.580 Frequenzen, wobei im Rahmen der Trägerstellungen die Möglichkeit von Kooperationen mit dem extramuralen Bereich zur besseren Nutzung der vorgehaltenen Ressourcen angesprochen wurde).
- K419 Elisabethinen: Derzeit verfügt die KA über ein MR-Gerät, das mit 5.052 Frequenzen etwas geringer ausgelastet ist; es besteht daher Potenzial für Kooperationen mit dem extramuralen Bereich bzw. zur Abdeckung von Bedarfsspitzen anderer Krankenanstalten. Ein Wegfall des einzigen MR-Gerätes ist angesichts der Größe und des Fächerspektrums der KA nicht zu empfehlen.
- K425 LNKL WJ: Der RSG OÖ 2008 sieht für die KA 3 MR-Geräte vor, davon wird ein MR-Gerät intraoperativ eingesetzt und ist somit nicht unmittelbar in die Frequenzbetrachtung einzubeziehen (Inbetriebnahme für März 2011 vorgesehen); im Jahr 2009 wurden bei 2 tatsächlich aufgestellten Geräten 6.191 Frequenzen verzeichnet, was bei bloßer Betrachtung der Frequenzen nur den Betrieb eines MR-Gerätes rechtfertigt. Spätestens in Zusammenhang mit einer Ersatzanschaffung ist die Verlagerung eines MR-Gerätes nach K441 Rohrbach zu prüfen (Hinweis: Über die LNKL WJ werden zurzeit K408 Freistadt und K441 Rohrbach mitversorgt; lt. Stellungnahme GÖG/ÖBIG, zit. im Entwurf des CT-/MR-Konzeptes 2010 für

Oberösterreich, ist der Aufbau eines MR-Gerätes in Freistadt und / oder Rohrbach grundsätzlich zu befürworten). Allfällige Auslastungsspitzen in LNKL WJ könnten durch Kooperationen mit anderen Krankenanstalten ausgeglichen werden.

- K434 Wels-Grieskirchen: Das Klinikum Wels-Grieskirchen verfügt über zwei MR-Geräte am Standort; ein zusätzliches MR-Gerät wird in Zusammenarbeit mit einem extramuralen Leistungsanbieter betrieben (Standort: im extramuralen Bereich); für dieses Gerät gibt es einen Kassenvertrag, der auf klaustrophobe und/oder adipöse PatientInnen eingeschränkt ist. Die Frequenz bei den beiden intramuralen MR-Geräten liegt bei durchschnittlich 6.545, also im Bereich der Krankenanstalten in Linz.
- K431 Steyr-Enns: Das vorhandene MR-Gerät ist mit 6.105 Frequenzen (2009) ähnlich ausgelastet wie die MR-Geräte in Linz. Aus den Daten ist kein Änderungsbedarf ableitbar.
- K433 Vöcklabruck: Lt. RSG OÖ sind zwei MR-Geräte in der KA vorgesehen, im Jahr 2009 war lediglich ein MR-Gerät in Betrieb (das zweite Gerät wurde seither noch nicht angeschafft), und es ist aus den Frequenzzahlen (6.420) auch kein Bedarf an einem zusätzlichen Gerät ableitbar. Gegenüber dem RSG OÖ kann daher die Zahl der MR-Geräte von 2 auf 1 reduziert werden.
- K411 Gmunden, K427 BHS Ried und K405 Braunau: Es bestehen jeweils Kooperationen mit einem extramuralen Anbieter, die fortgesetzt werden sollen.

Gegenüber dem RSG OÖ kann demnach zumindest ein MR-Gerät reduziert werden (K433 Vöcklabruck). Die Verlagerung eines MR-Gerätes von K425 LNKL WJ nach K441 Rohrbach ist – spätestens in Zusammenhang mit einer Ersatzanschaffung – zu prüfen.

Emissions-Computertomographie (ECT)

Aktuell sieht der RSG 18 ECT-Geräte (Gamma-Kameras) vor. Lt. K-DOK waren im Jahr 2009 tatsächlich 22 ECT-Geräte aufgestellt. Die Rückführung der Zahl der ECT-Geräte soll angestrebt werden. Grundlage dafür ist neben dem RSG OÖ auch die Bevölkerungszahl in der jeweiligen Versorgungsregion (Richtwert: pro 100.000 Einwohner ein Gerät; zusätzlich Berücksichtigung von Spezialversorgungsaufträgen). Die in der K-DOK angegebenen Frequenzen sind zwischen den Krankenhäusern nicht vergleichbar und daher nur bedingt als Planungsgrundlage zu betrachten. Folgende Vorgangsweise wird empfohlen:

- K416 AKh Linz: Im RSG OÖ ist die Zahl der ECT-Geräte mit 3 festgelegt. Tatsächlich in Betrieb waren im Jahr 2009 4 Geräte. Angesichts der Frequenzzahlen 2009 und der Reduzierung des onkologischen Schwerpunktes im AKh Linz wird der Betrieb von 3 ECT-Geräten als ausreichend erachtet.
- K418 BHS Linz: Die gegenwärtige Zahl von 3 Geräten ist – auch vor dem Hintergrund der Funktion des Krankenhauses als onkologischer Zentralversorger – als angemessen zu beurteilen.
- K419 Elisabethinen: Der RSG OÖ sieht derzeit 2 ECT-Geräte vor; im Jahr 2009 waren 4 Geräte in Betrieb. Die Rückführung des IST auf den im RSG vorgesehenen Stand wird empfohlen.

- K425 LNKL WJ: Im RSG OÖ sind für die KA 2 ECT-Geräte vorgesehen; im Jahr 2009 war ein Gerät in Betrieb (1.870 Frequenzen). Vor dem Hintergrund der Frequenzzahlen und der bestehenden hohen Versorgungsdichte in der VR 41 wird die Reduzierung der Zahl der ECT-Geräte im RSG auf 1 empfohlen.
- K434 Wels-Grieskirchen: Die gegenwärtige Anzahl von 3 ECT-Geräten (davon im RSG OÖ 0,5 in der Rubrik „PET“ geführt) ist vor dem Hintergrund des Leistungsspektrums der Krankenanstalt als angemessen zu betrachten.
- K431 Steyr: Die gegenwärtige Anzahl von 3 ECT-Geräten (davon im RSG OÖ 0,5 in der Rubrik „PET“ geführt) ist angesichts der Bevölkerungszahl in der VR zu hoch. Die Reduzierung um 1 ECT-Gerät wird empfohlen; Abdeckung allfälliger Bedarfsspitzen durch VR 41.
- K433 Vöcklabruck: Vor dem Hintergrund der onkologischen Schwerpunktversorgungsfunktion ist der Stand von 2 ECT-Geräten als angemessen zu betrachten.
- K427 BHS Ried: Im RSG OÖ 2008 ist nur 1 ECT-Gerät vorgesehen; tatsächlich waren im Jahr 2009 2 ECT-Geräte in Betrieb. Es wird empfohlen, den Stand des RSG (1 Gerät) beizubehalten. Die Schilddrüsenambulanz soll weiterhin in Ried angeboten werden. Darüber hinaus wird für Bedarfsspitzen eine Mitversorgung durch K418 BHS Linz oder durch K434 Wels-Grieskirchen empfohlen.

Insgesamt wird demnach die Reduzierung der Zahl der ECT-Geräte von 18 (lt. RSG OÖ) auf 16 empfohlen.

Coronarangiographie (COR)

Die COR wird unter Punkt 4.4 Referenzzentren behandelt. Auf Basis des dort beschriebenen Vorschlages ergibt sich eine Reduktion von einem Herzkatheter-Arbeitsplatz im Zentralraum Linz (von 4 auf 3 gegenüber RSG) und die Beibehaltung der 2 Geräte im VR Wels.

Positronenemissions-Tomographie (PET)

Oberösterreich zeichnet sich durch eine gegenüber Österreich stark erhöhte PET-Dichte aus. So entfielen 2009 insgesamt rund 350.000 Einwohner auf ein PET-Gerät in Oberösterreich gegenüber 490.000 Einwohnern in Österreich. Die Leistungen sind planbare Leistungen, die auf Basis von Indikationsstellungen angefordert werden. Folgende Maßnahmen werden für die zukünftige Vorgangsweise empfohlen:

- K416 AKh Linz / K419 Elisabethinen: Für das Jahr 2009 wurden in der gemeinsamen PET-Einheit insgesamt 1.288 Frequenzen ausgewiesen (davon 687 vom AKh Linz und 601 von Elisabethinen; keine Änderung vorgesehen).
- K425 LNKL WJ: Die Zahl der Frequenzen des PET-Gerätes ist vergleichsweise niedrig (2009: 1.078 Frequenzen), jedoch ist der Betrieb eines PET-Gerätes aufgrund der medizinischen Indikationen für PET-Untersuchungen begründbar; für die Mitversorgung von Patienten aus dem westlichen Niederösterreich wurde vor kurzem eine Kooperationsvereinbarung mit der Niederösterreichischen Landeskliniken Holding

abgeschlossen. Bei Anstehen einer Ersatzinvestition könnte eine Mitversorgung, schwerpunktmäßig über das Gerätesystem im AKh Linz angedacht werden (im Hinblick auf neurologische Indikationsstellungen noch zu überprüfen); in diesem Fall Zielsetzung für PET im AKh Linz: ca. 1.900 Frequenzen.

- K418 BHS Linz: onkologische Zentralversorgungsfunktion; Beibehaltung der PET-Versorgung (2009: 1.750 Frequenzen; Zielsetzung im Fall einer Auflassung des PET-Standortes LNKL WJ: Erhöhung auf ca. 1.950 Frequenzen).
- K433 Vöcklabruck (2009: 591 Frequenzen): Ausbau der PET-Versorgung für die Regionen 42, 45 und 46; Übernahme von Patienten aus diesen Regionen, die bisher in Linz untersucht bzw. behandelt wurden (Zielsetzung: zumindest ca. 1.000 Frequenzen p.a.).
- K427 BHS Ried: Der Aufbau einer eigenen PET-Versorgung in Ried ist angesichts der gegebenen Daten nicht erforderlich; im RSG OÖ kann das PET-Gerät daher wegfallen.
- K434 Wels-Grieskirchen und K431 Steyr-Enns: Im Rahmen des RSG OÖ sind jeweils 0,5 PET vorgesehen (im Rahmen der ECT-Versorgung, nicht als eigene PET-Einheit).

In Summe kann die Zahl der PET-Geräte gegenüber dem RSG OÖ um 1 (BHS Ried) reduziert werden; keine Veränderung gegenüber IST.

Strahlentherapie

Im Status-quo gibt es eine strahlentherapeutische Versorgung in K418 BHS Linz (5 Linearbeschleuniger) und in K433 Vöcklabruck (2 Linearbeschleuniger), die auch im RSG OÖ abgebildet ist. Im Falle erforderlicher Ersatzinvestitionen ist eine Überprüfung der Anzahl der Linearbeschleuniger vorzunehmen.

Mit der Geräteanzahl liegt Oberösterreich knapp unter dem Bundesdurchschnitt (OÖ rund 201.500 EW je Gerät, Österreich rund 182.000 EW je Gerät).

5.2. Analyse nicht medizinischer Supportbereiche

Ausgangspunkt der Diskussionen um den nicht medizinischen Supportbereich waren die diesbezüglichen Eingaben aus der Interessentenbeteiligung, welche vor allem Prozessmanagement, Kostentransparenz und Einzelbereiche, mit welchen die Patienten im Rahmen ihres Aufenthalts direkt in Kontakt kamen (z.B. Speisenversorgung) betrafen.

Die nicht-medizinischen Supportbereiche stellen mit rund 404 Millionen EUR¹ (rund 30% der gesamten Spitalskosten) einen wesentlichen Kostenblock im oberösterreichischen Spitalswesen dar.

¹ Lt. ehRA 2009: Aufwendungen der KA abzüglich der nicht dem medizinischen Bereich zurechenbaren Erträge

Ziel war es daraus folgend die **Formulierung von Maßnahmen zur nachhaltigen Kostendämpfung im Sekundärbereich** durch Bearbeitung der Hilfs- und Nebenkostenstellen aus der Kostenrechnungsverordnung (KRV).

Der Sekundärbereich wurde als jener Bereich definiert, welcher den betrieblichen Funktionen, die in der Krankenanstattendokumentation (KDok) als Hilfskosten (H) und Nebenkosten (S) entspricht. Dieser Bereich beinhaltet

- kaufmännisch- rechtliche Bereiche:
 - Rechnungswesen,
 - Abrechnung,
 - Personalwesen,
 - Recht,
 - Cash Management.
- technische Bereiche:
 - Beschaffung / Logistik/Transporte,
 - Medizintechnik und Haustechnik,
 - Instandhaltung/Bauwesen,
 - Informationstechnologie,
 - Ver- und Entsorgung,
 - Sterilisation,
 - Radiologie,
 - Hygiene,
 - Apotheke,
 - Küche,
 - Wäscherei,
 - Labor,
 - Reinigung.
- Overheadbereiche (Geschäftsführung, Öffentlichkeitsarbeit, Managementfunktionen)
- Sonstige Bereiche (Schulen, Betriebskindergärten, Personalwohnheime).

5.2.1. Methodik

Grundlage für die Arbeiten bildeten die Vorschläge der Interessenten- und Häuserbeteiligung und die gemäß Kostenrechnungsverordnung zur Verfügung stehenden Daten der KDok der Jahre 2007 bis 2009. Aus dieser Grundlage heraus wurde eine detailliertere Datenerhebung für folgende Bereiche beschlossen: Facility-Management (FM), Informationstechnologie (IT) und Öffentlichkeitsarbeit (PR). Die Auswahl der Themenbereiche erfolgte auf Basis der Themen aus den Häuser- und Expertengesprächen.

Daten zu den Bereichen Sterilisation und Apotheke wurden aus der Häuserbeteiligung sowie den vorliegenden KDok-Daten individuell herausgegriffen und analysiert.

In weiterer Folge wurden die einheitlichen Rechnungsabschlüsse des Landes (ehRA) bearbeitet, sowie einige erhebungsbezogene Experteninterviews in den Krankenanstalten geführt.

5.2.1.1. Interessenten- und Häuserbeteiligung

Die für die Sekundärbereiche relevanten Gedanken aus der Interessentenbeteiligung können in den folgenden Gruppen zusammengefasst werden:

- Betriebliche Organisation:
 - Prozessabläufe (Infrastruktur- und Verwaltungsbereich) standardisieren
 - Outsourcing
- Transparenz und Information:
 - Kostentransparenz, einheitliche Kostenträgerrechnung
 - Benchmarking
 - Effizienzkontrolle
- Einzelthemen:
 - MA-Zeitschrift in elektronischer Form (anstelle Druck)
 - Nutzung alternativer Energie
 - Größe der Essensportionen und Essensauswahl
 - Logistik zwischen den Krankenanstalten (Patienten, sonstige Transporte für Proben, Blut etc.)

5.2.1.2. Krankenanstaltdokumentation (KDok)

Die umfangreiche Datenanalyse wurde notwendig, da die Kostenstelleninformationen aus der KDok nicht den notwendigen Detaillierungsgrad für die Arbeit ermöglichten.² Eine weitere Einschränkung des Analyseansatzes über KDok-basierte Auswertungen stellte die trägerspezifische Darstellung der Kostenarten dar.³

Zusätzliche Analysen in diesem Bereich durch Analysen aus weiteren Basisdaten und Blickrichtungen wurden durchgeführt (Triangulation der Analyse).

Die Analyseergebnisse aus den KDok-Daten erlauben im Wesentlichen eine **hausspezifische Berechnung von Kostendämpfungspotenzialen**⁴.

Für ein **generelles Benchmarking der Häuser** sollten die Daten jedoch nur gemeinsam mit detaillierten Datenerhebungen aus der jeweiligen spezifischen betrieblichen Einheit (z.B.

² Ein einheitlicher Kostenstellenplan ist für die Träger der öö. Krankenanstalten nicht verwirklicht, da der Ausweis von Funktionsbereichen (z.B. IT, Küche, Haustechnik, Medizintechnik) teilweise nicht erfolgt. Hier bestehen Abweichungen zu den Dokumentationsrichtlinien der KRV.

³ Abhängig von den betrieblichen Prozessen des einzelnen Hauses erfolgte eine direkte Darstellung über die Primärkosten der Hauptkostenstelle (z.B. KoAGr Nichtmedizinische Fremdleistungen) oder eine indirekte Darstellung über die Primärkosten der Hilfs- oder Nebenkostenstelle (HNK) mit anschließender Umlage an die verbrauchende Hauptkostenstelle (Abzug in den Abgegebene Kosten der HNK und Zugliederung als Sekundärkosten bei der verbrauchenden Kostenstelle – idR eine bettenführende (bf) oder nicht-bettenführende (nbf) Kostenstelle.

⁴ Je medizinischer Fachrichtung

Unterbereiche des FM, Bereich IT, Bereich PR) und **unter Einbeziehung der hauseigenen betrieblichen Prozesse** und von Gesprächen mit Vertretern betroffener Häuser verwendet werden.

5.2.1.3. Datenerhebungen für den Bereich Facility Management (FM)

Der Bereich FM wurde als ein Schwerpunkt der Analysearbeit definiert und stellte diesen wie in folgender Abbildung dargestellt, dar. Die oö-weiten FM-Aufwendungen der Krankenanstalten wurden im Rahmen der Analysen näherungsweise mit 187 Mio. EUR beziffert.⁵

Funktionscode (nach Kdok - FC6)	Funktions- bezeichnung	Kurzbeschreibung
321212	Gebäude	ÖNORM-Kostengruppe 6.1 und 5.6 (keine kalk. Zusatzkosten enthalten!) "Sammelposition im FM" - Großteil: Instandhaltung Baulichkeiten
311311, 311318, 311319, 201913	Küche, Personalverpflegung	ÖNORM-Kostengruppe 8 Küchenkosten und Personalverpflegung, inkl. Fremdversorgung
321214	Reinigung	ÖNORM-Kostengruppe 5.4 Alle Reinigungsbereiche beinhaltet, inkl. Fremdreinigung
321111	Energie	Strom, Wärme (Gas, Öl, Fernwärme, Sonne, Blockheizkraftwerk), Treibstoffe
321611, 321613	Wäscheversorgung, Näherei	ÖNORM-Kostengruppe 8.3 Patienten und OP-Wäsche und Näherei, inkl. Fremdwäsche
321311, 321299, 321211, 321329	Haustechnik / Werkstätten / Hausaufsicht / Gebäudetechnik / Medizintechnik	ÖNORM-Kostengruppe 5.3 Lüftungsanlagen, Aufzüge, Sanitär, Heizanlagen,... ebenso wie gesamte MT
311111, 311211	Sterilisation / Aufbereitung / Desinfektion	ÖNORM-Kostengruppe 8.2 Gesamte Sterilisationspalette, inkl. Fremdsteri
331615, 321213, 321332	Telefonzentrale / Portier / Sicherheitstechnik	ÖNORM-Kostengruppe 5.2
321411	Transport	ÖNORM-Kostengruppe 8.4: Essenstransport
201617	Garagen / Parkplätze	
321217	Abfallwirtschaft	ÖNORM-Kostengruppe 5.1
311712	Medizinische Gaszentrale	Medizinische Gase: Inklusive Wartungs- und IH-Arbeiten dafür
321511, 321599	Einkauf, Logistik	Einkaufseinheiten (zentral ebenso wie dezentral), inkl. Fremddienstleister Einkauf und Einkaufsverwaltung
ex 321399	Infrastruktur	ÖNORM-Kostengruppe 5.5 Ausenanlagen, Objekt-, Brand-, Katastrophenschutz, Hilfsdienst

Aus der Betrachtung ausgenommen wurden:

331613 Poststelle	kein FM-Teilbereich
311315 Milchküche	kein FM-Teilbereich
311511 Bettenzentrale	kein FM-Teilbereich
321415 Patiententransport	kein FM-Teilbereich
ex 321399 Betriebsdatenerfassung	kein FM-Teilbereich
ÖNORM Kostengruppe 6.2 Instandsetzung: Baumanagement	kein FM-Teilbereich

Abbildung 10: Definition des Bereiches FM

⁵ Ableitung aus der Analyse der einheitlichen Rechnungsabschlüsse, Plausibilisierung mit Werten der Datenerhebung.

Die Krankenanstalten wurden in einem Erhebungsblatt gebeten, mit haus- oder trägerspezifischen Informationen für die einzelnen Funktionsbereiche zu unterstützen. Die Informationen beschränkten sich auf:

- Kosten (Erhebungszweck: *Ergänzung der KDok-Information durch Erhebung von in KDok nicht getrennt ausgewiesenen Kostenstellen*)
- Betriebliche Strategien der Steuerung (Erhebungszweck: *Schaffung eines Strategiepools für einzelne Supportbereiche: Fremdvergabe, Sourcing, Service Levels, etc.*)
- Verwendete steuerungsrelevante Kennzahlen (Erhebungszweck: *Schaffung eines Pools, mit welchen Kennzahltypen einzelne Bereiche in den öö. Krankenanstalten gesteuert werden*⁶)

Als **Ergebnisse aus der Erhebung** schlägt die Spitalreformkommission vor, dass die Träger ihre **Strategien im Bereich Facility-Management insoweit abstimmen**, dass diese einander nicht entgegenstehen, sondern soweit möglich – nach Durchführung von Investitionsrechnungen – **Kooperationen und Strukturbereinigungen im Falle von (Re-)Investitionen** ermöglichen.

Als Vorgehensweise ist folgende Abfolge anzudenken:

- Einberufung eines FM-Gremiums (mit eigenen Untergruppen für einzelne Schwerpunktbereiche und unter Beisitz der Abteilung Gesundheit),
- Austausch von Herangehensweisen,
- Beschluss abgestimmter strategischer Entwicklungen und
- Hinterlegung dieser angedachten Entwicklungen mit geeigneten (struktur-, prozess- und ergebnisorientierten) Kennzahlen zu Kosten und Leistungen

Dieses Ergebnis ist aus der Erhebung abgeleitet, die im Einzelnen folgende Inhalte zeigt:

- **Kosten:**
Die stark abweichenden Werte der KDok bzw. teilweise in der KDok nicht eigens ausgewiesenen Werte wurden von den Trägern erläutert. Die Analyse unterstützte maßgeblich beim Verständnis der KDok-Buchungssystematik der einzelnen Häuser (direkte und indirekte Verbuchung).

Ergebnis für den Bereich Kosten ist letztlich, dass die KDok für einen hausübergreifenden Kostenvergleich (Bf/Nbf in Relation zu HNK, Primärkosten zu Sekundärkosten, etc.) auf Ebene der individuellen Funktionsbereiche des FM nicht zu empfehlen ist. Ein alternativer Zugang wurde durch Verwendung des einheitlichen Rechnungsabschlusses festgelegt.

⁶ Abgefragt wurden lediglich die Kennzahldefinition und die Erhebungshäufigkeit, nicht aber der Kennzahlenwert.

- **Strategien:**

Trägerschwerpunkte sind aktuell einerseits das Thema „Steuerung und Kostentransparenz“, andererseits die miteinander in starkem Bezug stehenden Themen „Qualitätssicherung und Zertifizierung“, „Prozessmanagement“, sowie „Aufbau- und Ablauforganisation“. Eine oberösterreichweite Abstimmung oder Diskussion der Strategien für die einzelnen Funktionsbereiche findet in der Regel lediglich im Rahmen von unverbindlichen Interessensgruppen statt. Die größten Potenziale liegen sicherlich in einer strukturierten und verbindlichen Abstimmung der einzelnen Teilbereiche des FM.

Die strategische Ausrichtung der Häuser für die einzelnen Funktionsbereiche ist im nachfolgenden „Strategiepool“ dargestellt.

- Gebäude und Infrastruktur
 - Klare Kostenabgrenzungen betreffend Verbuchung auf den Posten,⁷
 - Durchführung von Sanierungsmaßnahmen zur Senkung von Instandhaltungsaufwendungen,
 - Zertifizierung.
- Küche, Personalverpflegung
 - Erstellung eines Organisationshandbuches für den Küchenbereich,
 - Zertifizierung im Bereich Speiserversorgung,⁸
 - Prozessmanagement mit dem Ziel einer einheitlichen Organisationsstruktur innerhalb eines Trägers und Umsetzung in Stellenbeschreibungen,
 - Einführung monetärer Anreize für Küchenleitungen, Schaffung von Kooperationen mit Dritten (Seniorenzentren, Alten- und Pflegeheime, Schulen, Kindergärten, Sozialvereine,...)
 - Outsourcing: Austöchterung der Küchenbetriebe und/oder Fremdzukauf,
 - Senkung der Einkaufspreise durch Insourcing des Lebensmitteleinkaufs im Falle ausgegliederter Küchenbetriebe,
 - Änderung der Mitarbeiterselbstbehalte
- Reinigung
 - Vereinheitlichung von Service Levels je Funktionsbereich: Aufgabenanalyse und Funktionsbeschreibung,
 - Verwendung von Rayonsystem anstelle Kolonnensystem,
 - Qualitätssicherung und Zertifizierung der Reinigungsprozesse,
 - Prüfung von Out- und Insourcingpotenzialen je betrieblicher Funktion,
 - Schaffung von Kooperationen mit Dritten (Seniorenzentren, Alten- und Pflegeheime, Schulen, Kindergärten, Sozialvereine,...),
 - Interdisziplinäre Teams.

⁷ Der Funktionscode ist derzeit in einem Teil der Häuser ein „Sammelposten“, der nicht analysierbar ist. Auch unter Herausnahme der KoAGr 08 (kalk. AfA) ist der Posten noch betraglich relevant.

⁸ Beispielsweise Kesselzertifizierung

- Energie
 - Einführung / Ausbau einer Energiebuchhaltung (alle Energiekosten),
 - Zertifizierung,
 - Mitversorgung der ausgegliederten Betriebe (Küche, Labor, etc.) bei entsprechendem Betriebskostensatz,
 - Preisverhandlungen auf Ebene des Gesamtkonzerns,
 - Gebäude- und Anlagenoptimierung zur Erhöhung der Energieeffizienz.
- Wäscheversorgung, Näherei
 - Prüfung von Out- und Insourcingpotenzialen je Wäscheart,
 - Outsourcing und Lieferantenbündelung,
 - Investitionskostenrechnungen bei Re-Investitionen,
 - Zertifizierung,
 - Einsatz von Steuerungs- und Kennzahlenmodellen für alle Wäschearten,
 - Vereinheitlichung von Service Levels je Wäscherei und Wäscheart: Aufgabenanalyse und Funktionsbeschreibung,
 - Schaffung von Kooperationen mit anderen Krankenanstalten,
 - Schaffung von Kooperationen mit Dritten (Seniorenzentren, Alten- und Pflegeheime,...),
 - Definition von Pflegetagsätzen in der Reinigung bei externen Dienstleistern (definierte Leistungsbündel), Bereinigung dieser Bündel um seltene / ungewöhnliche Sonderleistungen.
- Haustechnik / Werkstätten / Hausaufsicht / Gebäudetechnik, Medizintechnik
 - Einsatz von Steuerungs- und Kennzahlenmodellen je Bereich,
 - Erstellung von Organisationshandbüchern,
 - Maßnahmen der Kosten- und Leistungstransparenz,
 - Einsatz von IT-Lösungen (beispielsweise vFM),
 - Zertifizierung,
 - Vereinheitlichung von Service Levels in der Wartung,
 - Prüfung von Out- und Insourcingpotenzialen auf Ebene der Aufgaben/Tätigkeiten,
 - Schaffung von Kooperationen mit Dritten (Seniorenzentren, Alten- und Pflegeheime,...).
- Sterilisation / Aufbereitung / Desinfektion
 - Einsatz von Steuerungs- und Kennzahlenmodellen,
 - Verbrauchsreduktion durch (Neu-)Definition von Sets und Einzelverpackungen,
 - Schaffung von Kostentransparenz zur Produktgruppendefinition und entsprechende Codierung,
 - Trägereinheitliche Chargendokumentation,
 - Prüfung von Out- und Insourcingpotenzialen,
 - Schaffung von Kooperationen mit Dritten (Seniorenzentren, Alten- und Pflegeheime),

- Investitionskostenrechnungen bei Re-Investition.
- Telefonzentrale / Portier / Sicherheitstechnik
 - Zertifizierung,
 - Einsatz von voice over IP,
 - Prüfung der Servicelevels (Portier, Telefonzentrale,...),
 - Interdisziplinäre Teams (Job Enrichment).
- Transport
 - Festlegung von Service Levels: Aufgabenanalyse und Funktionsbeschreibung.
- Garagen / Parkplätze
 - Parkraumbewirtschaftung (Besucher und Mitarbeiter),
 - Vermietung von Parkplätzen.
- Abfallwirtschaft
 - Prüfung von Out- und Insourcingpotenzialen,
 - Abfallbeauftragter und Abfallberichterstattung,
 - Abfallvermeidung und Umweltstrategie,
 - Zertifizierung,
 - Schaffung von Kooperationen mit anderen Krankenanstalten,
 - Schaffung von Kooperationen mit Dritten (Seniorenzentren, Alten- und Pflegeheime,...).
- Medizinische Gaszentrale
 - Substitution durch Sevofluran (APO-Produkt),
 - Investitionskostenreduzierung durch Verlegung der Verrohrungen, aber Aussetzen der Investition (Substitution),
 - Teilnahme an BBG Ausschreibung für Tank- und Flaschengase,
 - Wartungsstrategien (Berücksichtigung der Wahrung der Versorgungssicherheit).
- Einkauf, Logistik
 - Einkaufskooperationen und Mengenbündelung,
 - Standardisierung und Straffung des Produktkatalogs,
 - durchgängiges Bestandsmanagement über die Krankenhäuser und Stationen hinausgehend,
 - Zertifizierung,
 - durchgängige Dokumentation (Verknüpfung mit eMedikation)
 - Spezialisierung einzelner Einkäufer,
 - Expertengremien Einkauf (alle relevanten Mitarbeitergruppen),
 - Interdisziplinäre Teams,
 - Optimierung der Konditionen.

- **Kennzahlen**

Der Bereich der Kennzahlen und Steuerungsgrößen ist in den Öö. Krankenanstalten unterschiedlich stark ausgebaut. In der Regel werden einzelne Kennzahlen je Funktionsbereich erhoben. Durchgängige Kennzahlensysteme für die einzelnen Bereiche sind innerhalb der Träger kaum definiert. Trägervergleiche sind derzeit auf Kennzahlenebene (Prozess- und Ergebniskennzahlen) nicht möglich.

Die angegebenen Kennzahlen je Funktionsbereich sind in der Regel Strukturkennzahlen und zielen überwiegend auf Kosten oder Budgets. Ein Fremdvergleich (Relation Kosten zu definierter Struktur) wurde in der Erhebung nicht angestrebt, und wäre hier ohne weitere Prozessanalyse nicht zulässig, da die Aufbau- und Ablauforganisationen (Aufgaben der Funktionsbereiche) oder bauliche Infrastrukturen (Gebäudealter, ...) stark divergieren. Dies ist idR auch in der KDok-Verbuchung abgebildet.

Die Spitalreformkommission ist der Ansicht, dass durch eine gemeinsame Arbeit FM-Strategien und eine nachfolgende Definition von Kennzahlensystemen (und dem damit ermöglichten Fremdvergleich) Kostenpotenziale im Bereich der erbrachten FM-Leistungen gehoben werden können.⁹

Als derzeit verwendete Kennzahlen wurden für die einzelnen Funktionsbereiche von den Trägern angegeben:

- Gebäude und Infrastruktur
 - Kosten lt. ÖNORM 6.1 je Gebäudefläche [m²]
 - Kosten lt. ÖNORM 6.1 / LKF-Punkt
 - Monitoring: monatliche Primärkostenentwicklung SOLL, IST, PLAN
 - Gebäudeausmaße [m² oder m³] je KSt (gewichtet)
 - Kosten je systemisiertes Bett
 - Entwicklung Personalstellenplan SOLL, IST, PLAN
- Küche, Personalverpflegung
 - Gewichtete Küchenleistung je Küchen-VZÄ
 - Monitoring: monatliche Primärkostenentwicklung SOLL, IST, PLAN
 - Vollverpflegstage / Menüs / Portionen (gewichtete) je KSt
 - Kosten je Verpflegstag
 - Wareneinsatz je gewichtete Küchenleistung
 - Personalverpflegung je KSt
 - Entwicklung Anzahl Tagesverpflegungen SOLL, IST, PLAN
 - Wareneinsatz Sammelartikel je gewichtete Küchenleistung

⁹ Der Einsatz von Kennzahlenvergleichen bedingt zunächst aber eine intensive Abstimmung der Träger zur einheitlichen und prozessunabhängigen Definition der erhobenen Kennzahlen. Um den gewünschten Nutzen dieses Vergleichs untereinander zu erzielen (Kostendämpfung), sollte diese Abstimmung aus dem Antrieb der Träger selbst kommen, und nicht durch Vorgaben von Seiten der Abteilung Gesundheit entstehen.

- Reinigung
 - Jahresreinigungsfläche je VZÄ
 - Korrigiertes Eigenpersonal je KSt
 - Reinigungsfläche [m²] je VZÄ
 - Preisliste je definierter Leistung
 - Reinigungs-VZÄ je KSt
 - Kosten lt. ÖNORM 5.4 / Jahresreinigungsfläche [m²]
 - Fremdreinigungsfläche [m²] (gewichtet) nach Reinigungsfrequenz
- Energie
 - Entwicklung des Energieverbrauchs je Energieart¹⁰ SOLL, IST, PLAN
 - Entwicklung der Energiekosten SOLL, IST, PLAN
 - Zugekaufte Energieeinheiten je Energieart SOLL, IST, PLAN
 - Energieverbrauch Wärme je gewichtete NGF [m²]
 - Energieverbrauch Strom je gewichtete NGF [m²]
 - Energieverbrauch Wärme je LKF-Punkt
 - Energieverbrauch Strom je LKF-Punkt
 - Wasser- und Abwasserverbrauch [m³] SOLL, IST, PLAN
 - Größenverhältnisse der Medien
 - Dampf [t] getrennt nach Klima, Sterilisation, Wäscherei, Küche
- Wäscheversorgung, Näherei
 - Kosten lt. ÖNORM 8.3 je Gewichtseinheit [kg] je Wäscheart
 - Kosten der Patientenwäsche je Stationäre PatientInnen
 - Kosten der Personalwäsche je MitarbeiterIn
 - Kosten der Personalwäsche je Garnitur
 - Reinwäsche [kg] je Pflorgetag
 - Preisliste je definierter Leistung
 - Wäsche [kg] / LKF-Punkt
 - Fremdwäsche [kg] je Stationäre PatientInnen
 - Entwicklung Transportierte Wäsche [kg]
 - Entwicklung Wäschepool [kg]
- Haustechnik / Werkstätten / Hausaufsicht / Gebäudetechnik / Medizintechnik
 - Kosten lt. ÖNORM 5.3 je NGF [m²]
 - Kosten lt. ÖNORM 5.3 / LKF
 - Monitoring: monatliche Primärkostenentwicklung SOLL, IST, PLAN
 - Werkstattstunden je KSt
 - Entwicklung NF Gebäude [m²]
 - Entwicklung der Stundenanzahl Medizintechniker je KSt
 - Entwicklung der Stundenanzahl Medizininformatiker je KSt
 - Durchschnittliche Anzahl der Störmeldungen je Anlage
 - Kosten für Eigenleistung / Kosten für Gesamtleistung je Kst
 - Bearbeitete Ereignisse je VZÄ,

¹⁰ Strom, Erdgas, Erdöl, Fernwärme, Fernkälte

- Anwesenheitszeit je VZÄ,
- Kosten für Eigenleistung je VZÄ,
- Anzahl der Haustechnikanlagen je VZÄ der Haustechnik
- Anzahl der Medizintechnikanlagen je VZÄ der Medizintechnik
- Sterilisation / Aufbereitung / Desinfektion
 - Kosten lt. ÖNORM 8.2 je LKF-Punkt der schneidenden Fächer
 - Kosten lt. ÖNORM 8.2 je Patientenzzeit [OP-Min. oder Std.]
 - Kosten lt. ÖNORM 8.2 je AEMP Punkt (Leistungscodierung)
 - Kosten lt. ÖNORM 8.2 je Sterilguteinheit
 - Sterilguteinheiten je VZÄ und Jahr
 - Preisliste je definierter Leistung
 - Kosten- und Budgetentwicklung SOLL, IST, PLAN
 - Anteil der Sterilisationseinheiten für KSt-Gruppe Stationär
 - Anteil der Sterilisationseinheiten für KSt-Gruppe OP
 - Anteil an den Sterilisationseinheiten für KSt-Gruppe Ambulant
- Telefonzentrale / Portier / Sicherheitstechnik
 - Kosten lt. ÖNORM 5.2 / LKF
 - Monitoring: monatliche Primärkostenentwicklung SOLL, IST, PLAN
 - Kosten für MA-Telefonie je VZÄ
 - Kosten für PAT-Telefonie je stationäre PatientInnen (saldiert um Erlöse)
 - Entwicklung Personalstellenplan SOLL, IST, PLAN
- Transport
 - VZÄ je Transport gewichtetes Menü
- Garagen / Parkplätze
 - Kosten je Stellplatz
 - Entwicklung der Erlöse je Stellplatz
- Abfallwirtschaft
 - Entwicklung der Abfallmengen je Abfallart (Vorjahresvergleiche)
 - Entwicklung der Abfallkosten je Abfallart (Vorjahresvergleiche)
 - Entwicklung der Verhältniszahlen der Abfälle zueinander
- Medizinische Gaszentrale
 - Entwicklung der Kosten
- Einkauf, Logistik
 - Kostenanteil für Sammelartikel an den Gesamteinkaufskosten
 - Anzahl Abfasspositionen für Verbrauchsgüter Apotheke
 - Anzahl Abfasspositionen für Zentraleinkauf
 - Kostenentwicklung des Einkaufsvolumens
 - Anzahl der Bestellpositionen je Bestellung
 - Anteil der Bestellungen <100 EUR / Gesamte Bestellungen
 - Anteil der Bestellungen mit nur 1 Position an den gesamten Bestellungen
 - Durchschnittlicher Bestellwert je Bestellung
- Infrastruktur

- Kosten lt. ÖNORM 5.5 je NGF [m²]
- Kosten lt. ÖNORM 5.5 je LKF
- Verbrauch je Gasart und Vertrag
- Entwicklung der Kosten

5.2.1.4. Datenerhebungen für den Bereich IT

Der Bereich IT bildete einen weiteren Fokus. Die öö-weiten IT-Aufwendungen der Krankenanstalten wurden im Rahmen der Analyse näherungsweise mit 46 Mio. EUR beziffert¹¹.

Aufgrund der unterschiedlichen Zuordnungen der IT-Kosten auf verschiedene Kostenstellen, konnten anhand des Rechnungsabschlusses sowie der KDok-Daten keine Aussagen bezüglich der gesamten IT-Kosten bzw. Mengendaten getroffen werden.

Aus diesem Grund wurde vom Gremium entschieden, eine Erhebung der Daten durch eine Trägerbefragung durchzuführen, wobei folgende zwei Ansätze mit Vertretern der Krankenhäuser diskutiert wurden.

1. Datenerhebung anhand von Prozessen
2. Datenerhebung anhand eines vordefinierten Erhebungsbogen

Aufgrund des hohen Aufwandes der Erhebungen von qualitativen Daten sowie von Erhebungen anhand von Prozessen bei jenen Trägern, welche die IT-Daten bis dato nicht anhand von Abläufen erheben, wurde die quantitative Erhebung anhand eines definierten Fragebogens durchgeführt.

Der Fragebogen ist entsprechend folgender Abbildung aufgebaut:



Abbildung 11: Aufbau des IT-Fragebogens

Als Ergebnisse aus der Erhebung sowie den Gesprächen mit Vertretern der Häuser sind folgende Inhalte herauszuheben:

¹¹ Ableitung aus der Datenerhebung IT und den Experteninterviews

- **Allgemein:**

Durch Kooperationen sowie Abstimmungen von Strategien sollen bestehende **Synergieeffekte forciert** sowie **zukünftig Synergien** (mit Einbezug einer Investitionsrechnung) **geschaffen** werden, um dadurch Kostenersparnisse erzielen zu können.

Mögliche genannte Kooperationsbereiche bzw. Einsparungspotenziale:

- Infrastruktur (Storage, Server, etc.)
- Services (Backup Service, Archivierungs-Service, Datenbank-Service, etc.)
- „zentrale“ Services (Hotline, Internetzugang, etc.)
- Beschaffung (Hardware, Software, etc.)
- Standardisierung von Prozessen
- Standardisierung bzw. Konsolidierungen von Programmen bzw. Systemen (administrative Systeme, med. Systeme, Laborumgebungen, RIS/PACS, etc.)
- Aufbau von standardisierten Informationssystemen (Datawarehouse, etc.)
- Stilllegung von Altsystemen

Durch Kooperationen bzw. **trägerübergreifende Leistungszukäufe** kann zusätzlich zu dem Kostendämpfungspotenzial der einzelnen Träger ein **Kostendämpfungspotenzial für den gesamten Spitalsbereich** geschaffen werden. (statt Zukauf von Leistungen außerhalb des Gesundheitswesens sollen Potenziale der Träger erkannt und genützt werden).

Weiter können anhand von Kooperationen zwischen den Krankenhäusern im Hinblick auf **Lizenzen** sowie **Wartungsverträge Kostenersparnisse** geschaffen werden.

- **Applikationen:**

Die Erhebungen zeigen auf, dass im **kaufmännischen Bereich ein hoher Anteil** der befragten Häuser **gleiche Produkte** (vorwiegend SAP) verwendet. Die **Servicelevel** der kaufmännischen Applikationen sind **vorwiegend Bronze**, das heißt eine Bereitschaft ist fünf Tage die Woche – acht bis zehn Stunden gegeben. Ausnahmen hierbei sind jedoch das Krankenhaus Braunau, das Krankenhaus der Elisabethinen sowie teilweise das Klinikum Wels Grieskirchen, welche hierfür eine Bereitschaftsdienst sieben Tage die Woche haben. (vorwiegend betreut durch x-tention)

Im **klinischen Bereich** bestehen ebenfalls Gemeinsamkeiten der Produkte und somit **Synergiepotenziale** zwischen den Trägern. Der **Bereitschaftsdienst** im klinischen Bereich ist **meist sieben Tage die Woche** – 24 Stunden. Ausnahmen hierbei stellen jedoch das AKh Linz mit nur fünf Tage die Woche sowie nur acht Stunden und das Krankenhaus der Barmherzigen Brüder mit einer sieben täglichen Bereitschaft mit jedoch 13 Stunden dar.

Zusammenfassend wird anhand der Erhebung erkannt, dass die **Möglichkeit der Nutzung von Synergieeffekten besteht** sowie eine **Standardisierung der Servicelevel** sinnvoll erscheint. Weiter wäre eine **Erstellung von trägerübergreifenden Empfehlungen bezüglich der Bereitschaftsdienste** sinnvoll.

Die Rufbereitschaft bei gleichen Applikationen der Träger mit hohem Service Level könnte durch eine trägerübergreifende Zusammenarbeit, mit Rücksicht auf die diesbezüglich vorhandenen Richtlinien, effizienter gestaltet werden. Darauf aufbauend sollten weiterführende Kooperationen stattfinden.

- **Kosten:**

Für die Vergleichbarkeit der Daten wurden organisationsspezifische Strukturen verglichen und die jeweiligen Kostendaten bereinigt (z.B: Telefonie, etc.). Des Weiteren wurden als Vergleichsbasis die laufenden Kosten verwendet, da der Vergleich mit Investitionskosten aufgrund der Erhebung eines Jahres zu Falschaussagen führen könnte.

Anhand der Erhebungen bezüglich der Kostendaten ist eine sehr **hohe Regression** der IT-Endkosten mit verschiedenen Bezugsgrößen (Gesamtkosten, LKF Punkte, systemisierte Betten, Anwender und Arbeitsplätze) **erkennbar**. Dies würde somit eine Budgetierung anhand einer der oben erwähnten Bezugsgrößen ermöglichen, wobei die Bezugsgrößen Anwender sowie Arbeitsplätze einen falschen Anreiz (Erhöhung der Anwender bzw. Arbeitsplätze) geben könnten und somit als nicht geeignet erscheinen.

Zur Kennzahlenberechnung wurden die Endkosten IT des laufenden Aufwandes den Gesamtkosten, LKF Punkte, systemisierten Bett sowie Arbeitsplatz und Anwender gegenüber gestellt. (Median sowie 1. Quartil)

Da sich die Organisationsstrukturen sehr unterschiedlich darstellen, ist eine Aussage bezüglich einer effizienten bzw. nicht effizienten IT Abteilung schwer möglich. Zu erkennen ist jedoch, dass jene Krankenhäuser welche Kooperationen mit Anderen schließen (z.B. zum Teil externe Dienstleister aber auch zum Teil konzernale Organisation) wie beispielsweise das Klinikum Wels Grieskirchen, bzw. AKh Linz sowie die Vinzenzgruppe und die Barmherzigen Brüder, sehr gute Kennzahlen aufweisen.

Durch ein weiterführendes Benchmark mit genau definierten Kennzahlen könnten Verbesserungspotenziale und damit verbundene Kostenpotentiale erkannt werden.

5.2.1.5. Datenerhebungen für den Bereich PR

Aus den Prioritätensetzungen wurde auch die Öffentlichkeitsarbeit / PR zum Inhalt einer gesonderten Erhebung ausgesucht. Die oberösterreichweiten PR-Aufwendungen der Krankenanstalten wurden im Rahmen der Analysen näherungsweise mit 4 Mio. EUR beziffert.¹²

Der Fragebogen für die Erhebung wurde durch die Experten gemeinsam mit Vertretern der Häuser erstellt und durch einen Pretest getestet.

Die Träger wurden dann gebeten, anhand dieses Fragebogens die Daten, gruppiert nach folgender Auflistung, zu liefern.

- medizinisch-pflegerische Fachinformationen

¹² Ableitung aus der Datenerhebung PR und den Experteninterviews

- Öffentlichkeitsarbeit - Wirkung nach außen (z.B: Medienkooperationen)
- Interne Leistungen - Wirkung nach innen (z.B: Magazine für Mitarbeiter, etc.)

Ein Kostenpotenzial wird nur in jenen Bereichen gesehen, welche keine Informationen für den Patienten darstellen sowie nicht zu Rekrutierungszwecken benötigt werden.

5.2.1.6. Datenerhebungen für den Bereich Apotheke

Die Daten bezüglich der Versorgungsstruktur sowie Kosten der Apotheken wurde einerseits aus den Informationen der Häusergespräche und andererseits anhand der KDok-Daten beschrieben und analysiert.

- **Versorgungsstruktur:**

Folgende Abbildung zeigt die derzeitige, laut Häusergespräch erhobene, regionale Medikamentenversorgung in Oberösterreich.

Hierbei wird unterschieden in

 - Krankenanstalten, welche andere Krankenhäuser mitversorgen (Mitversorger)
 - Kooperierende Krankenanstalten bezüglich der Versorgung
 - Krankenanstalten als Selbstversorger (Eigenversorger)

Mitversorger		
KANr	Bezeichnung	Mitversorgung
K404	Bad Ischl	- Konsiliarapotheke im Landeskrankenhaus Gmunden - Psychosomatische Klinik Bad Aussee - <i>Parenteralia und Infusionslösungen: Versorgung aller gespag - Krankenhäuser und anderen Trägern</i> - <i>Universitätskliniken: zusätzlich klinische Prüfmuster</i>
K416	AKh Linz	- UKH Linz
K425	Landesnervenlinik Wagner Jauregg	- Landes Frauen und Kinderklinik - Freistadt - Rohrbach - Schärding - Sonnenpark Bad Hall
K431	Landeskrankenhaus Steyr	- Enns - Kirchdorf - <i>Zytostatika Versorgung anderer KH durch SR</i>
Kooperationen		
K418	Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern vom hl. Vinzenz von Paul Linz	- Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Linz (öffentliche Anstaltsapotheke mit Doppelfunktion)
Eigenversorger		
K405	A.ö. Krankenhaus St. Josef Braunau	
K419	Krankenhaus der Elisabethinen Linz GmbH (SLI GmbH)	
K427	Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern Ried Betriebsges.m.b.H	
K433	A.ö. Landeskrankenhaus Vöcklabruck	
K434	Klinikum Wels Grieskirchen	
Medikamentendepot – Mitversorgung durch Externe		
K429	Krankenhaus Sierning	- externe Konsiliarapotheke

Abbildung 12: Versorgungsstruktur der Apotheken laut Häusergesprächen

Kooperationen bezüglich des Medikamenteneinkaufes sollen gestärkt werden um durch höheres Einkaufsvolumen von günstigen Einkaufskonditionen profitieren zu können.

- **Kostenstruktur:**

Die Apothekenkosten werden pro Haus gemäß der in der linken Spalte dargestellten Funktionscodes definiert. Jene Kosten, welche aufgrund der differenzierten bzw. speziellen Medikamentenversorgung aus der Berechnung ausgenommen werden, in der rechten Spalte dargestellt.

Apothekendefinition anhand folgender Kostenstellen			Ausnahmen aus den Berechnungen		
Funktions- - code	Kostenstellen- bezeichnung	Kosten- stellentyp	Funktions- code	Kostenstellen- bezeichnung	Kosten- stellentyp
311411	Apotheke allgemein / Apotheke	H	201999	Apothek.prod + Verkauf	S
311412	Medikamentendepot	H	311799	Apotheke Zytostatika	H

Abbildung 13: Definition der Apothekenkosten mit Abgrenzungen

Für den Vergleich der Kosten wurden verschiedene Zugänge gewählt:

1. Addition der Kosten sowie Bezugsgrößen anhand der „Zusammengehörigkeit“ (Hauptapotheke + zugehöriges Medikamentendepot)
2. Vergleich anhand der Gruppierungen
 - Gruppe: Mitversorgung anderer
 - Gruppe: Eigenversorgung
 - Gruppe: Medikamentendepot

Ergebnis: Bei beiden Zugängen besteht eine sehr geringe Regression zu definierten Bezugsgrößen (LKF-Punkte, systemisierte Betten, Belagstage, Pflagestage, etc.) und somit kann keine Aussage bzw. Vergleich bezüglich der definierten Kennzahlen getroffen werden.

Dies könnte auf das sehr unterschiedliche Aufkommen der Medikamente in Abhängigkeit vom jeweiligen Schwerpunkt bzw. Patientenverlauf zurück zu führen sein.

5.2.1.7. Datenerhebungen für den Bereich Sterilisation

Die Daten bezüglich der Versorgungsstruktur sowie Kosten der Sterilisation wurden aus den Informationen der Häusergespräche sowie anhand der KDok-Daten beschrieben und analysiert.

- **Versorgungsstruktur:**

Folgende Abbildung zeigt die derzeitige regionale Versorgung von Sterilisationsgütern in Oberösterreich.

Hierbei wird unterschieden in

- Krankenanstalten, welche andere Krankenhäuser mitversorgen (Mitversorger)
- Kooperierende Krankenanstalten bezüglich der Versorgung
- Fremdvergabe der Sterilisation

Mitversorger	
KANr	Bezeichnung
K411	Gmunden
K416	Allgemeines Krankenhaus der Stadt Linz
K429	Krankenhaus Sierning
Kooperationen	
K418	Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern vom hl. Vinzenz von Paul Linz (geplant)
K417	Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Linz (geplant)
Eigenversorger	
K404	Bad Ischl (ausgenommen Sterile OP-Wäsche)
K408	LKH Freistadt
K415	A.ö. LKH Kirchdorf
K425	Landesnervenklinik Wagner Jauregg (Mischform)
K428	A.ö. Krankenhaus Schärding (Instrumente)
K431	A.ö. Landeskrankenhaus Steyr
K441	LKH Rohrbach (Fremdvergabe geprüft - nicht zielführend)
Fremdvergabe	
K405	A.ö. Krankenhaus St. Josef Braunau (SLI GmbH)
K419	Krankenhaus der Elisabethinen Linz GmbH (SLI GmbH)
K433	A.ö. Landeskrankenhaus Vöcklabruck (SLI GmbH)
K434	Klinikum Wels Grieskirchen (SLI GmbH)
K449	Landes- Frauen- und Kinderklinik Linz (SLI GmbH)

Abbildung 14: Versorgungsstruktur der Sterilisation laut Häusergesprächen

- **Kostenstruktur:**

Die Sterilisationskosten werden nach dem Funktionscode 311111 „Zentralsterilisation“, definiert.

Die Kosten weisen eine gute bis relativ gute Regression mit den Bezugsgrößen stationärer Patient, LKF-Punkte sowie gesamte Aufnahmen auf. Bei näherer Betrachtung der Kennzahlen werden jedoch Unplausibilitäten erkannt. Diese können aufgrund unterschiedlicher Prozesse und somit unterschiedlicher Kostenzuordnungen teilweise erklärt werden.

Ergebnisse:

Anhand der Versorgungsstruktur sowie Kostenstruktur ist ersichtlich, dass eine Fremdvergabe zu Kosteneinsparungen führen kann. Hierbei muss jedoch im Vorhinein das Potenzial einer Fremdvergabe geprüft werden. Des Weiteren sollten Kooperationen sowie Mitversorgungskonzepte fokussiert werden. Eine Standardisierung der Prozesse, aufgrund

der gleichen Arbeitsabläufe, führt ebenfalls zu einer Effizienzsteigerung und wird somit als sinnvoll erachtet.

5.2.1.8. Einheitliche Rechnungsabschlüsse des Landes

Die ehRA des Landes stellen die Diskussionsgrundlage zwischen den Trägern und der Abteilung Gesundheit dar. Der „Betrachtungsumfang“ des ehRA beginnt im Sinne einer mit dem Land abgestimmten krankenhausindividuellen Jahresplanung („Voranschlag“) und erstreckt sich bis zur Genehmigung des Abschlusses durch die Abteilung. Er stellt damit das zentrale finanzielle Steuerungselement des Landes für den Spitalsbereich dar.

Der ehRA gleicht in Inhalt und Gliederung ein Gewinn- und Verlustrechnung. In den Analysen wurden die einzelnen Positionen der Erlöse¹³ und des Aufwands (mit Ausnahme des Personalaufwands) jeweils einem von zwei Niveaus zugeteilt:

- Medizinischer Bereich,
- Nicht-medizinischer Bereich.

Die Personalkosten wurden in Höhe des Personalaufwands aus ehRA anteilig aus der KoAGr 01 zugerechnet:

- Medizinischen Bereich: Anteil der Kosten laut KoAGr1 für Kostenstellen Bf und Nbf
- Nicht-medizinischer Bereich: Anteil der Kosten laut KoAGr1 für Kostenstellen H und S

Daraus ergibt sich eine hausspezifische Auswertung der Kostenanteile des medizinischen und nicht-medizinischen Bereichs. Diese Verteilung ergibt sich im Unterschied zur KDok unabhängig von der Art der Verbuchung¹⁴. Die errechneten Werte für den nicht-medizinischen Bereich liegen für die Öö. Krankenanstalten im Schnitt bei 29,3% (zwischen 23,9% bei den Barmherzige Brüdern und 37,1% im LKH Freistadt). Folgende Abbildung zeigt die Werte der einzelnen Häuser.

Damit entfallen aufgrund dieser Berechnungslogik insgesamt

- auf den nicht-medizinischen Bereich: rund EUR 404 Mio. (29,3%)
Saldo des Aufwands iHv EUR 491 Mio. und der Dritterlöse iHv EUR 87 Mio.
- auf den Medizinischen Bereich rund EUR 975 Mio. (70,7%)
Saldo des Aufwands iHv EUR 1.108 Mio und der Dritterlöse iHv EUR 133 Mio.

¹³ Leistungserlöse aus LKF und Ambulanzfinanzierung wurden nicht saldiert, wohl aber sonstige Erlöse für die medizinischen und nicht-medizinischen Bereiche. Grundgedanke ist, dass die Generierung dieser „Drittmittel“-Einnahmen zusätzliche Kosten verursacht. Nach Ansicht der Spitalreformkommission soll das Prinzip gelten, dass derartige Einnahmen zumindest kostendeckend sein müssen.

¹⁴ Siehe weiter oben: Direkte oder Indirekte Verbuchungen der sogenannten Sekundärbereiche.

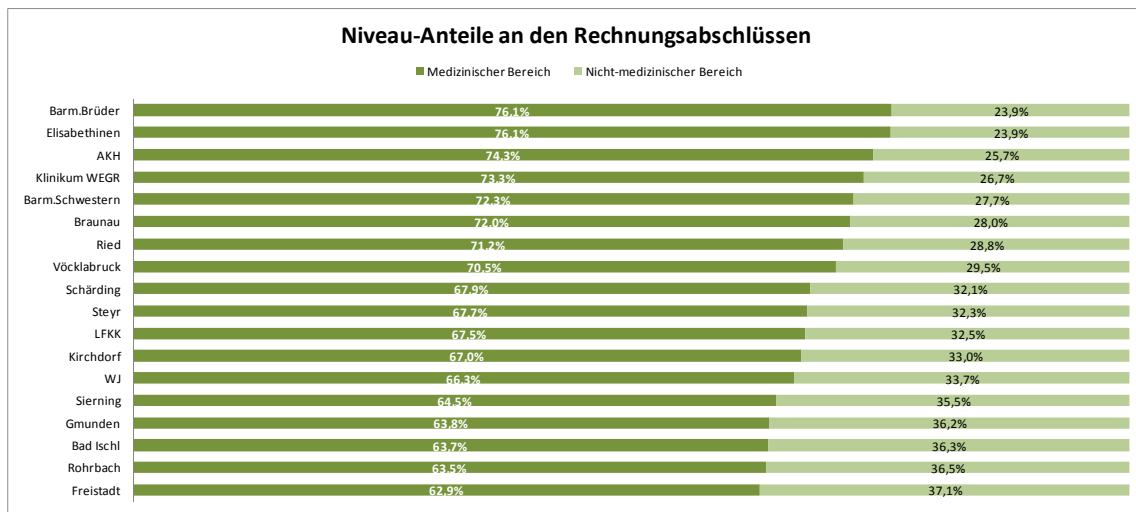


Abbildung 15: Relative Größen Medizinischer und Nicht-medizinischer Bereiche je Haus 2009¹⁵

Eine Aussage über die Effizienz je Haus lässt sich aus dieser Analyse nicht ziehen, da ein wesentlicher Einflussfaktor auf die Kostenverteilung zwischen den zwei Niveaus die Aufteilung der Personalkosten ist. Angenommen wurde, dass unterschiedliche betriebsorganisatorische bedingte Zuordnungen des Personals maßgeblichen Einfluss auf die dargestellten Anteile haben¹⁶.

Untersucht wurde auch die Güte der Korrelation der Aufwendungen für die medizinischen und nicht-medizinischen Bereiche mit den wichtigsten Bezugsgrößen für die Häuser (LKF-Punkte, Anzahl stationärer Patienten, Betten, Korrigiertes Personal, etc.). Die Regressionsanalysen weisen jeweils sehr starke bis nahezu perfekte Korrelationen der Aufwendungen zu den einzelnen Bezugsgrößen auf. Folgende Abbildung stellt dies beispielhaft für die LKF-Punkte dar.¹⁷

¹⁵ Die Analyse wurde auch für das Jahr 2008 durchgeführt. Die Verteilung der Bereiche ändert sich nur unwesentlich.

¹⁶ Manche Träger ordnen das Personal nach betrieblichen Prozessen zu, manche Träger stellen die betriebliche Funktion in den Vordergrund: z.B. Zuteilung Reinigungspersonal auf Bf/Nbf KSt oder auf HNK.

¹⁷ In diesem konkreten Fall korreliert das *korrigierte Personal* noch stärker mit den Kosten des nicht-medizinischen Bereichs (die entsprechende Maßzahl ist 0,978)

Nichtmedizinischer Bereich (Regr. Gerade = 0,2589*LKF + 4.000.000)		N.MED. BEREICH 2009	LKF - Punkte 2009
Krankenhaus			
Allgemeines Krankenhaus der Stadt Linz	1	1	47.425.660,43
Allgemeines öffentliches Krankenhaus der Barmherzigen Brüder	2	2	11.833.241,72
Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern vom hl. Vinzenz von Pa	3	6	31.397.530,19
KRANKENHAUS DER ELISABETHINEN LINZ GmbH	4	3	22.921.684,19
A.ö. Krankenhaus St. Josef Braunau	5	4	16.573.778,24
Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern Ried Betriebsges. m.b.	6	5	21.004.080,89
Krankenhaus Sierning - Sonderkrankenanstalt der Kreuzschwester	7	18	2.470.000,61
Klinikum Wels-Grieskirchen	8	7	58.855.361,93
LKH Bad Ischl	9	8	12.503.516,90
LKH Freistadt	10	9	10.905.700,08
LKH Gmunden	11	10	15.661.467,70
A.ö. LKH Kirchdorf	12	11	13.627.533,20
Landes-Frauen- und Kinderklinik Linz	13	16	20.295.288,05
LKH Rohrbach	14	12	11.992.251,24
Allgem öffentl. Landeskrankenhaus Schärding	15	13	9.493.369,75
A.ö. Landeskrankenhaus Steyr	16	14	38.996.181,38
Allgemeines Öffentliches Landeskrankenhaus Vöcklabruck	17	15	26.985.346,86
Landesnervenklinik Wagner-Jauregg	18	17	30.678.685,63
"Beste Maßzahl" innerhalb der Bezugsgrößen		Korrigiertes Personal	0,978
			0,952

Abbildung 16: Regressionsanalyse des nicht-medizinischen Bereiches 2009

Die grafische Darstellung dieser Regressionsanalyse erfolgt in folgender Abbildung. Je geringer die Abstände einzelner Datenpunkte zur Regressionsgeraden sind, desto höher ist die „Vorhersage-kraft“. Eine perfekte Korrelation besteht, wenn alle Datenpunkte auf der Regressionsgeraden liegen.¹⁸

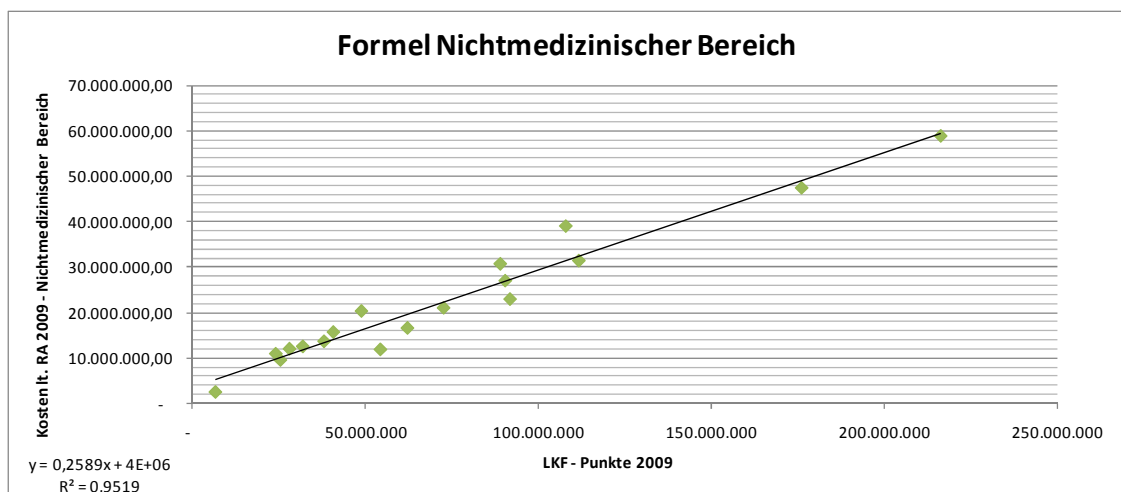


Abbildung 17: Darstellung der Regressionsgeraden des nicht-medizinischen Bereiches 2009

¹⁸ Dazu können die LKF-Punkte in die Formel der Regressionsgeraden eingesetzt werden. Die Formel ist in beiden Abbildungen enthalten. Hinweis: Aus dem oben genannten Grund betriebsorganisatorisch bedingter Zuordnungen des Personals ist dies jedoch in diesem Fall für den Gesamtbereich des nicht-medizinischen Supports nicht empfohlen, kann aber für einzelne Posten des Sachaufwandes für die Budgetierung angesetzt werden.

Für künftige Budgetvereinbarung hat dies einen wesentlichen Effekt: Die gute Korrelation bedeutet etwa, dass aufgrund einer der genannten Bezugsgrößen sehr gut auf die Höhe der nicht-medizinischen Voranschlagsbudgets geschlossen werden kann.

Ergebnis ist, dass aus Sicht der Spitalreformkommission dieser Ansatz **für die Berechnung der Maßnahmenauswirkungen herangezogen** wird. Es werden die **hausspezifischen Verteilungen** für die **Überleitung des Maßnahmenpotentials auf die beiden Niveaus (medizinisch und nicht-medizinisch)** verwendet.

Die Spitalreformkommission empfiehlt, dieses Herangehen als ein zusätzliches Controllinginstrument für den **jährlichen Prozess der Budgetierung** zwischen den Krankenhäusern und der Abteilung Gesundheit einzusetzen. Dadurch könnten etwaige Prozessveränderungen zwischen den beiden Bereichen rechtzeitig erkannt und erforderlichenfalls entsprechend gegengesteuert werden.

5.2.1.9. Erhebungsbezogene Experteninterviews

Im Anschluss an den Erhalt der Rückmeldungen zu den genannten weiteren Datenerhebungen wurden mit einzelnen Häusern telefonische Interviews oder persönliche Termine mit einzelnen Fachbereichsspezialisten durchgeführt. Die Themen der einzelnen Interviews orientierten sich dabei stets an den für das jeweilige Haus relevanten Spezifika.

5.2.2. Festlegungen / Ergebnisse im Sekundärbereich

Sie SRK spricht im Zusammenhang mit den Sekundärbereichen folgende Empfehlungen aus:

1. Einsatz des ehRA als Basis für die Maßnahmenformulierung (Kostenveränderungsziele) im Sekundärbereich. Auf Basis der diskutierten Optimierungsmöglichkeiten werden für den nicht-medizinischen Bereich Kostendämpfungsprozentsätze abgeleitet von den nicht-medizinischen *Kosten des 1.Quartils* je LKF-Punkt¹⁹ empfohlen. Die SRK muss jedoch davon ausgehen, dass eine Rückführung auf das 1. Quartil aus Strukturgründen, Krankenanstaltengrößen und Standortbedingungen nicht voll umsetzbar ist. Als Ziel wird deswegen ein Potential iHv 10% vorgeschlagen. Die Darstellung der errechneten Auswirkung erfolgt in Abbildung 18.
2. Die Fixierung des Verhältnisses zwischen medizinischem und nicht-medizinischem Bereich erfolgt nach Abschluss der SRK auf Basis einer Überleitungsrechnung zwischen den Werten 2009 und der durch die Kommission beschlossenen Kostenveränderungen individuell je Krankenhaus. Für die Budgetgespräche mit den einzelnen Häusern in den Folgejahren bedeutet dies
 - a. bei absolutem Kostenrückgang des Kernbereichs: Absenken der Kosten im Sekundärbereich zumindest im gleichen Ausmaß, nach Maßgabe darüber hinaus.
 - b. bei Anstieg der absoluten Kosten des Kernbereichs: Erhöhung der Kosten im Sekundärbereich maximal im gleichen Ausmaß, nach Maßgabe darunter.
 - c. eine Änderung der spezifischen Verhältniszahl nur im Falle von geänderten betrieblichen Prozessen.
3. Budgetfestlegungen durch Verwendung von Regressionsberechnungen für einzelne Positionen des ehRA nur soweit diese abgrenzbar und weitgehend unbeeinflusst sind.²⁰
4. Betonung der grundsätzlichen strategischen Verantwortung der einzelnen Träger zur Erreichung der oben dargestellten Kostenentwicklungen („Managementaufgabe Strategie und Führung“) für den Gesamtbereich des nicht-medizinischen Bereiches
 - a. Schaffung von Synergien durch Leistungsabstimmung im Sekundärbereich (inklusive trägerübergreifende Leistungszukäufe)
 - b. Empfehlung zu trägerübergreifend abgestimmten Sekundärbereichs-Strategien

¹⁹ normalisiert hinsichtlich Kostenrelation des medizinischen und nicht-medizinischen Bereichs je Haus um die unterschiedlichen betriebsorganisatorisch bedingten Zuordnungen des Personals auszugleichen (funktionale vs. prozessorientierte Personalzuordnung zum medizinischen und nicht-medizinischen Bereich)

²⁰ Diese Empfehlung ist etwa anwendbar beim Budgetposten Öffentlichkeitsarbeit und Repräsentation, bei Ausbildung, und ähnlichen. Keine Anwendung kann diese Methode bei Positionen finden, die durch Strukturen (Gebäudeinfrastruktur) oder aufgrund betriebsorganisatorischer Prozesse (Fremdleistung vs. Eigenleistung) gemeinsam mit weiteren Budgetposten betrachtet werden müssen: z.B. Speisensversorgung, Reinigung, Wäsche, etc.

- c. Empfehlung zu organisatorischen Verschränkungen einzelner Supportbereiche
- d. Umsetzung gemeinsamer Steuerungsansätze durch trägerübergreifend erhobene Prozess- und Ergebniskennzahlen (und Kennzahlenvergleiche) auf Ebene individueller Funktionen

Krankenhaus	GESAMT		GESAMT Opt 2009	Rechn. Potential	Proz. Potential
	IST 2009			Ableitung 2009	Ableitung 2009
gespag	191.139.341		167.234.556	-23.904.785	-12,5%
A.ö.Krankenhaus St. Josef Braunau	16.573.778		15.948.439	-625.339	-3,8%
Allgemeines Krankenhaus der Stadt Linz	47.425.660		42.829.784	-4.595.876	-9,7%
KRANKENHAUS DER ELISABETHINEN LINZ GmbH	22.921.684		20.760.328	-2.161.356	-9,4%
Klinikum Wels-Grieskirchen	58.855.362		54.075.491	-4.779.871	-8,1%
Allgemeines öffentliches Krankenhaus der Barmherzigen Brüder	11.833.242		11.736.505	-96.737	-0,8%
Krankenhaus Sierning - Sonderkrankenanstalt der Kreuzschwestern	2.470.001		2.232.345	-237.656	-9,6%
VINZENZ	52.401.611		48.441.162	-3.960.449	-7,6%
	10,00%	403.620.679		-40.362.068	

Abbildung 18: Kostendämpfungsziele je Träger auf Basis 2009

Folgende Abbildung stellt die rechnerischen Potenziale auf das erste Quartil dar. Sie ist als Grundlage für die Kostendämpfungsziele der vorangestellten Abbildung an dieser Stelle angeführt.

Krankenhaus	25%	GESAMT	GESAMT	GESAMT Opt 2009	Rechn. Potential	Anteil 2009
		IST 2009	Multiplikation 2009		zum 1. Quartil 2009	
gespag		191.139.341	156.663.817	156.663.817	-34.475.524	-18,0%
A.ö.Krankenhaus St. Josef Braunau		16.573.778	15.671.913	15.671.913	-901.865	-5,4%
Allgemeines Krankenhaus der Stadt Linz		47.425.660	40.797.480	40.797.480	-6.628.181	-14,0%
KRANKENHAUS DER ELISABETHINEN LINZ GmbH		22.921.684	19.804.573	19.804.573	-3.117.111	-13,6%
Klinikum Wels-Grieskirchen		58.855.362	51.961.823	51.961.823	-6.893.539	-11,7%
Allgemeines öffentliches Krankenhaus der Barmherzigen Brüder		11.833.242	11.693.728	11.693.728	-139.514	-1,2%
Krankenhaus Sierning		2.470.001	2.127.253	2.127.253	-342.748	-13,9%
VINZENZ		52.401.611	46.689.844	46.689.844	-5.711.767	-10,9%
	14,42%	403.620.679			-58.210.248	

Abbildung 19: Grundlagen für Kostendämpfungsziele je Träger auf Basis 2009

6. Rahmenbedingungen und Begleitmaßnahmen

6.1. Optimierung der Schnittstellen zu vor- und nachgelagerten Bereichen

6.1.1. Aufgabenstellung und Zielsetzung

- **Aufgabenstellung** im Bereich der Schnittstellen zu vor- und nachgelagerten Bereichen ist es, nachhaltige und Gesamtkosten dämpfende Kooperationsmodelle mit dem niedergelassenen Bereich zu definieren, Schnittstellen zum Pflege- und Sozialbereich darzulegen und effizienter zu gestalten, Empfehlungen für sektorenübergreifende Leistungsangebote auszuarbeiten, Kostendämpfungspotenziale zu ermitteln (Nettobetrachtung)²¹ und Maßnahmen zur adäquaten Leistungsabgeltung und Schaffung von den Zielen der Spitalreform entsprechenden Leistungsanreizen zu definieren.
- Seitens der Reformkommission waren **folgende Zielsetzungen** maßgeblich:
 - Entwicklung integrativer und/oder alternativer Lösungsmodelle durch
 - Einbindung/Kooperation mit dem niedergelassenen Bereich (praktische Ärzte, Fachärzte)
 - Einbindung/Kooperation mit dem Rehabilitationsbereich
 - Einbindung/Kooperation mit dem Alten- und Pflegebereich
 - Einbindung/Kooperation mit mobilen Diensten und sozialen Diensten
 - Reduktion der Krankenhaushäufigkeit mit nachhaltiger KostendämpfungAls Rahmenbedingung wurde festgelegt, dass Maßnahmen zur Reorganisation und Kostendämpfung **keine Beeinträchtigung des Qualitätsniveaus** bewirken dürfen.

6.1.2 Vorgehensweise

- Von den Experten wurden **35 Input-Papiere** zu diesem Themenbereich eingebracht und in den Sitzungen diskutiert.
- Im Zuge der Arbeit wurde eine **Priorisierung** der für die Ziele der Reformkommission relevanten Themen durchgeführt, die folgende zu fokussierende Bereiche ergab:
 1. gemeinsame Planung und Budgetierung integrierter Versorgungsmodelle
 2. verbesserte Koordination mit dem Alten- und Pflegebereich
 3. leistungsorientierte Vergütung im spitalsambulanten Bereich

²¹ Die Nettobetrachtung besagt, dass Einsparungen in einem Sektor mit den Mehraufwendungen in einem anderen Sektor entsprechend aufgerechnet werden müssen

4. Als weiteres wichtiges Thema – vor allem auch in qualitativer Hinsicht – wurde die kontinuierliche Planung und Umsetzung von Disease Management Programmen (DMP) eingestuft.

6.1.3. Vorschläge der Expertenkommission

6.1.3.1. Integrierte Planung, Steuerung und Budgetierung (intramuraler Bereich, niedergelassener Bereich)

Ausgangslage, Problemstellungen:

Trotz langjähriger systematischer Planung des intramuralen Bereiches gibt es in Österreich nach wie vor teils erhebliche Überkapazitäten, die dazu führen, dass die Krankenhaushäufigkeit in Österreich deutlich höher als in den meisten anderen vergleichbaren Staaten ist.

Die Planung des niedergelassenen Bereiches erfolgte bis vor kurzem völlig isoliert davon; erst mit dem Österreichischen Strukturplan Gesundheit und den darauf aufbauenden Regionalen Strukturplänen Gesundheit der Länder werden Ansätze in Richtung einer integrierten Planung verfolgt; diese Ansätze sind aber bisher nur wenig versorgungswirksam geworden.

Die Finanzierung des intramuralen Bereiches und des niedergelassenen Bereiches erfolgt nach weitgehend unabhängigen Logiken und über unterschiedliche Finanzströme.

Der zwischen dem stationären Bereich und dem niedergelassenen Bereich angesiedelte spitalsambulante Bereich wurde bisher von den Planungen kaum erfasst, und es gibt auch keine adäquate, an der Versorgungswirkung orientierte Ambulanzfinanzierung.

Dem entsprechend gibt es einen erheblichen Verbesserungsbedarf im Bereich einer integrierten, an den Bedürfnissen der Patienten ausgerichteten und gleichzeitig gesundheitsökonomisch zweckmäßigen Patientenversorgung.

Datengrundlagen:

Auch die Dokumentation der im intramuralen Bereich und im niedergelassenen Bereich erbrachten Leistungen erfolgt auf unterschiedlichen Grundlagen und erschwert die integrierte bzw. abgestimmte Planung, Steuerung und Budgetierung bzw. Finanzierung erheblich. Auf der Ebene der Bundesgesundheitskommission wird gegenwärtig an der Umsetzung einer gemeinsamen Dokumentation gearbeitet. Der Katalog ambulanter Leistungen (KAL) sollte eine adäquate Datenbasis bringen und damit die integrierte bzw. abgestimmte Planung, Steuerung und Finanzierung erheblich erleichtern.

Mögliche Lösungsansätze innerhalb der KH-Finanzierung:

- Im Interesse einer verstärkten Verlagerung der Leistungserbringung aus dem stationären in den kostengünstigeren ambulanten Bereich wird vorgeschlagen, die Finanzierung ambulanter Leistungen zu Lasten des stationären Finanzierungstopfes auszubauen (bei gleichzeitiger Reduzierung der stationären Strukturen). Dadurch wird die Leistungserbringung im

ambulanten Bereich für die Krankenanstalten gegenüber dem stationären Bereich finanziell attraktiver.

- Voraussetzung dafür ist eine leistungsbezogene Finanzierung spitalsambulanter Leistungen, an der auf Ebene des Bundes bereits – aufbauend auf dem einheitlichen Katalog ambulanter Leistungen (KAL) – gearbeitet wird. Mit einem Inkrafttreten der Finanzierungsregeln für ambulante Leistungen ist frühestens 2012 zu rechnen.

Integrierte bzw. abgestimmte Planung/Steuerung/Budgetierung mit dem niedergelassenen Bereich):

- Die Expertengruppe schlägt vor, im Rahmen eines Pilotprojektes ein adaptiertes HMO-Modell für ausgewählte Fachgebiete in der VR 42 Zentralraum Wels zu konzipieren (Vernetzung der fachärztlichen Versorgung zwischen Krankenhaus und niedergelassenem Bereich); bei erfolgreicher Umsetzung könnte das Modell auf andere Regionen bzw. Fächer ausgeweitet werden.
- Auch für die VR 46 (Innviertel) soll auf Basis eines Business Planes und nach Vorliegen der Evaluierungsergebnisse Wels ein Modellprojekt für die Augenheilkunde konzipiert und verhandelt werden.

Bereits in Erprobung/Konzeption befindliche Modellprojekte für integrierte Versorgung:

- Gesundheitszentrum Augen Wels (GHZ Wels): Im Rahmen eines Reformpoolprojektes wurde die Durchführung von Eingriffen an Augen im Rahmen des GHZ Wels am Standort des Klinikums Wels-Grieskirchen auf neue Beine gestellt. Niedergelassene Augenfachärzte wurden in die Durchführung der Eingriffe im Rahmen einer Ordinationsgemeinschaft eingebunden. Die Evaluierung ist im Gange.
- Vorschläge der AG zur Erweiterung der Modellprojekte:

Organisationsmodell Pädiatrie Kirchdorf: Es wird vorgeschlagen, die Kassenvertragsstelle für Pädiatrie auf eine fachärztliche Gruppenordination mit erweiterten Öffnungszeiten und an Outcome orientierten Zielsetzungen (z.B. hinsichtlich Wartezeit auf einen Termin, Wartezeit in der Ordination usw.) zu übertragen, die in Personalunion von den Spitalsärzten geführt wird.

Dadurch können Doppelstrukturen in der ambulanten Versorgung vermieden und stationäre Aufnahmen und Bettenkapazitäten im Krankenhaus reduziert werden. Für die Konzeption dieses Pilotprojektes ist ein Einvernehmen zwischen den betroffenen Partnern (Gespag, Ärztekammer und GKK herzustellen). *Durch geeignete trilaterale Vereinbarungen (Spital, Kasse, ÄK für die ng. Ärzte) wird sichergestellt, dass die Leistungsverlagerungen aus dem intra- in den extramuralen Bereich insgesamt zu einer Kostendämpfung führen, von der alle Systempartner gleichermaßen profitieren.*

Shared services: Nutzung der Krankenhaus-Infrastruktur für den niedergelassenen Bereich und vice versa

- Erfolgreiche Modelle zur optimierten Ressourcennutzung (z.B. MR-Untersuchungen und Colonoskopie-Untersuchungen) sollten weiter ausgebaut werden
- Die Tätigkeit von Spitalsärzten in Ordinationen bzw. das gemeinsame Betreiben einer Kassenordination durch Spitalsärzte kann speziell an peripheren Standorten helfen, die Gesundheitsversorgung zu optimieren, Ressourcen durch Vermeidung von Doppelvorhaltungen gut auszulasten und die Tätigkeit für Fachärzte in diesen Regionen attraktiv zu gestalten.

6.1.3.2. Versorgung von psychisch Kranken – Entlastung der stationären Bereiche

Ausgangslage, Problemstellung:

Im Bundesland Oberösterreich ist eine vergleichsweise hohe stationäre Versorgung psychiatrischer Erkrankungen gegeben (16 % mehr Aufnahmen, 22 % mehr Belagstage als der Durchschnitt der übrigen Bundesländer).

Es ist weiters mit einer Zunahme von psychiatrischen Erkrankungen zu rechnen.

Im internationalen Vergleich verfügt Österreich sowie OÖ über eine sehr geringe Versorgung mit niedergelassenen Fachärzten für Psychiatrie. Trotz des bereits hohen Anteils stationärer psychiatrischer Versorgung werden viele Patienten von psychiatrischen Abteilungen aus Kapazitätsgründen abgewiesen.

Datengrundlagen:

Rund 10 % aller stationären Aufenthalte enden mit einer psychiatrischen Diagnose; etwa ein Viertel der Erwachsenen leidet im Laufe eines Jahres unter einer psychiatrischen Erkrankung.

In Österreich werden lt. Psychiatriebericht 2004 etwa 75 % der psychiatrischen Diagnosen nicht an psychiatrischen Fachabteilungen behandelt. Die Gesamtkosten für fünf häufige psychiatrische Krankheitsbilder werden mit EUR 7 Mrd. p.a. angegeben (38 % davon sind direkte medizinische Kosten, 15 % direkte nicht-medizinische Kosten (z.B. für soziale Dienste) und 46 % indirekte Kosten (z.B. durch Krankenstand)).

Lösungsansätze und Empfehlungen:

Es wird empfohlen, die Versorgungsstrukturen in Richtung eines abgestimmten, abgestuften und regionalen Leistungsangebotes weiterzuentwickeln:

- Ausbau im ambulanten und tagesklinischen Bereich („psychiatrische Ambulanzzentren“ in den Versorgungsregionen)
- Optimierte Nahtstellenmanagement
- Behandlungsnetzwerke
- Multiprofessionelle Diagnose- und Behandlungseinrichtungen für Kinder und Jugendliche

Durch diese Maßnahmen wird es möglich, ca. 10 % der stationären Aufnahmen zu vermeiden. Weitere Entlastungspotenziale (max. 5 %) liegen in einem forcierten Angebot von Home

Treatment (z.B. durch Psycho-soziale Dienste), betreuten Wohnplätzen und in der psychiatrischen Rehabilitation.

6.1.3.3. Alten- und Pflegebereich

Ausgangslage, Problemstellung:

Bedingt durch die Zunahme der Anzahl älterer Menschen steigt auch der Bedarf an Leistungen in der Altenbetreuung und in der Pflege rapide an. Daraus leiten sich nachfolgende Zielsetzungen ab:

- Weiterentwicklung eines abgestuften Angebots zur Betreuung älterer und pflegebedürftiger Menschen und Anpassung der Betreuungsleistungen an den tatsächlichen Bedarf
- Sicherung der Vorhaltung ausreichend qualifizierten Personals in den jeweiligen Betreuungsstufen
- Drosselung der Zunahme der altersstrukturbedingten stationären Krankenhausaufnahmen

Datengrundlagen:

Das durchschnittliche Alter und der Pflegebedarf von Bewohnern von Alten- und Pflegeheimen (APH) nehmen zu.

Die Zahl der Betreuungsplätze in APH war in den Jahren 2001 bis 2008 weitgehend stabil, der (durch die erhöhte Pflegeintensität der Bewohner) gestiegene Mindestpflegepersonalbedarf konnte in diesem Zeitraum weitgehend gedeckt werden, wobei der relative Anteil des diplomierten Pflegepersonals von 24,5 % auf 22,7 % zurückgegangen ist.

Eine starke Zunahme des Bedarfs an Betreuungsplätzen von 12.853 (2010) auf 13.837 im Jahr 2015 wurde prognostiziert. Dem entsprechend steigen auch die Anforderungen an die Pflege und an die medizinische Versorgung in den APH.

Im Bereich der Hauskrankenpflege ist die Anzahl der KlientInnen zwischen 2001 und 2007 um rd. 50 % gestiegen, die Zahl der durchgeführten Hausbesuche um rd. 37 % und die Zahl der MitarbeiterInnen um rd. 42 %. Im Jahr 2007 waren durchschnittlich 235 Personaleinheiten (PE = Vollzeitäquivalente) in der Hauskrankenpflege tätig (SOLL laut Oö Sozialbericht 2009: 338 PE). Bis 2015 wird der Bedarf auf voraussichtlich 402 PE steigen.

In der mobilen Betreuung hat sich die Zahl der betreuten Personen zwischen 2001 und 2007 verdoppelt, die Zahl der MitarbeiterInnen ist um rd. 82 % auf 711 gestiegen, wobei vor allem im Bereich der Heimhilfen eine erhebliche Unterdeckung zu verzeichnen war. Der Bedarf ist auch im Bereich der mobilen Betreuung steigend.

Im Bereich der Tagesbetreuung gibt es derzeit 382 Betreuungsplätze. Für betreubares Wohnen standen 2008 rund 2.900 Wohnplätze zur Verfügung. Der Bedarf wird bis 2015 auf rund 4.300 steigen (Oö. Sozialbericht 2009) .

In Oberösterreich gab es im Jahr 2009 7.684 Bewohner in APH, von denen 54 % (4.133 Personen) im Laufe des Jahres in einem Krankenhaus stationär aufgenommen wurden; insgesamt

waren in dieser Gruppe 9.361 stationäre KH-Aufenthalte (2,3 Aufnahmen pro stationär behandeltem APH-Bewohner) und 93.370 Belagstage zu verzeichnen.

Die häufigsten Diagnosen sind Demenz/Alzheimer, Harnwegsinfektionen, Augenerkrankungen (Degeneration der Makula, Katarakt), Bluthochdruck, Atemwegs- und Lungenerkrankungen (Pneumonie, Bronchitis) sowie Unfalldiagnosen (Gehirnerschütterungen, Schenkelhalsfrakturen). Es besteht bei einigen dieser Diagnosen ein erhebliches Potenzial zur Verringerung der Krankenhaushäufigkeit bei verbesserter medizinischer Versorgung in den APH.

Evaluierung anhand von verfügbaren Studien: Wertvolle Ansätze und Anregungen enthält der Abschlussbericht zum Reformpoolprojekt „Verbesserung der medizinischen Versorgung in Alten- und Pflegeheimen in OÖ“ – siehe unten.

In der Steiermark wurde eine Studie zur Ermittlung des Ausmaßes an Fehlbelegungen in drei Abteilungen für Innere Medizin in Krankenanstalten durchgeführt. Diese Studie zeigte, dass rund 20 % der stationären Behandlungen überhaupt nicht notwendig gewesen wären (primäre Fehlbelegungen); in rund 75 % davon hätte die Behandlung ambulant oder durch einen niedergelassenen Arzt erfolgen können. Bei den Fällen, bei denen die Notwendigkeit der stationären Aufnahme als gegeben angesehen wurde, wurden noch einmal 20 % der Behandlungstage als nicht notwendig angesehen (Hauptursache: ambulante oder teilstationäre Behandlung wäre angemessen gewesen; weitere Ursachen: Versorgung in Pflegeeinrichtung (tw. Kurzzeitpflege) wäre angemessen; Warten auf Operationstermin bzw. auf diagnostische oder therapeutische Maßnahmen). Ursachen für die verzögerte Entlassung bzw. Verlegung liegen überwiegend im Bereich der Verantwortung des Arztes bzw. des Krankenhauses (tw. wegen mangelnder Organisation der weiteren Versorgung); vergleichsweise selten gab es eine externe Verantwortung (z.B. kein Pflegeplatz verfügbar).

Lösungsansätze und Empfehlungen der AG:

- Ausbau mobiler Pflege und Betreuung
- Verbesserung des Entlassungsmanagements (Nahtstellenmanagement zwischen Krankenhäusern und mobiler Pflege und Betreuung)
- Systematischer Einsatz der Sozialberatung (inkl. Überprüfung / Erweiterung von Öffnungszeiten, Personalstruktur und Leistungspalette)
- Ausbau der systematischen Überleitungspflege seitens der Krankenhäuser
- Einrichtung einer gemeinsamen Koordinationsstelle für alle ambulanten Anbieter,
- Maßnahmen in Alten- und Pflegeheimen (APH) zur Entlastung der Krankenhäuser:
 - Einsetzung eines ärztlichen Koordinators für jedes APH, u.a. zur Optimierung der Schnittstelle zwischen ärztlicher Versorgung durch Hausärzte und Pflege, zur Koordination des ökonomischen Arzneimitteleinsatzes, zur Verbesserung des Visitenmanagements und zur Sicherung des geriatrischen Know-hows in den APH (Pilotprojekte in Linz und Kremsmünster geplant)

- Vorhaltung einer adäquaten apparativen Ausstattung in den APH zur Ermöglichung der Durchführung einfacher medizinischer Untersuchungen sowie einer Unterstützung bei der Wundversorgung vor Ort, soweit wirtschaftlich sinnvoll
- Einführung von gemeinsamen Mindeststandards für geriatrische Assessments in APH
- Verbesserung der fachärztlichen Betreuung in APH (Fachrichtungen lt. APH-Projekt) in Form einer Berufung durch bzw. in Abstimmung mit den im Heim tätigen Allgemeinmediziner aus einem zur Verfügung stehenden Fachärztee pool (je nach Verfügbarkeit z.B. Vertragsärzte, Wahlärzte, Spitalsärzte)
- Schaffung von Kurzzeit-Pflegeplätzen zur Überbrückung kurzzeitiger Unterbrechungen in der häuslichen Pflege
- Einrichtung von Beobachtungsbetten für kurzfristige Beobachtung von Personen, die derzeit zur Beobachtung in das Krankenhaus eingewiesen werden müssen.
- Verbesserung der geriatrischen Ausbildung von Hausärzten, evtl. mit finanzieller Unterstützung der Fortbildungen
- Erhöhung des Anteils des diplomierten Pflegepersonals in Alten- und Pflegeheimen zur Anpassung an den zunehmenden Pflegebedarf der dort lebenden Personen
- Kostendämpfungseffekte durch Ausbau mobiler Pflege und Betreuung:
Im Rahmen einer ÖBIG-Studie wurde ermittelt, dass selbst bei Annahme eines niedrigen KE-Pflegetagssatzes von EUR 92,00 ein Einsparungspotenzial von insgesamt mehr als EUR 10 Mio. und von bis zu 10 % der Belagstage bestünde. Die Experten sprechen sich daher für einen weiteren Ausbau der mobilen Dienste aus.

6.1.3.4. Rehab-Bereich

Ausgangslage, Problemstellung:

Die Information über die Bewilligung von Rehab-Aufenthalten erfolgt zumeist erst nach der Entlassung des Patienten aus dem Krankenhaus. Das Procedere für Beantragung und Bewilligung von Rehab-Aufenthalten ist sehr kompliziert – auch vor dem Hintergrund der zahlreichen unterschiedlichen Kostenträger mit jeweils unterschiedlichen Bewilligungskriterien.

Zielsetzungen:

Folgende Zielsetzungen sollten angestrebt werden:

- Bei elektiven und möglichst auch bei akuten Eingriffen sollte der Patient noch während des stationären Aufenthaltes im Akutkrankenhaus erfahren, wie, wann und wo er rehabilitiert wird. Die Entscheidung, in welche Einrichtung zur Reha eingewiesen wird, liegt ausschließlich beim zuständigen Sozialversicherungsträger. Die einweisende Krankenanstalt kann jedoch diesbezüglich aus medizinischen Gründen eine Empfehlung abgeben.
- Die Rehab-Einrichtung sollte über den Patienten bereits informiert sein.

- Die administrativen Prozesse (Beantragung, Kostenübernahme) und die Informations- und Befundübermittlung sollten standardisiert und (auch mit entsprechender IT-Unterstützung) vereinfacht werden.

Lösungsansätze, Empfehlungen der Expertenkommission: Umsetzung eines patientenorientierten, medizinisch-fachlich und administrativ komplexitätsreduzierten Patiententransferprozesses:

- Frühzeitige Antragstellung an geeignete Reha-Einrichtung
- Parallel Beginn des Bewilligungsverfahrens beim SV-Träger (vereinfachte und zeitlich optimierte Kommunikation)
- Abklärung des optimalen Transferzeitpunktes zwischen Krankenhaus (Medizin und Pflege) und Reha-Einrichtung
- Übermittlung der Krankengeschichte bzw. Klärung zusätzlich erforderlicher diagnostischer Schritte zur Vermeidung von Doppeluntersuchungen
- Ein regionales Pilotprojekt unter Berücksichtigung einer Erkrankungsgruppe (z.B. Kardiologie; Neurologie) soll angestrebt werden.

6.1.3.5. Sonstige Maßnahmen

Konzeption / Ausbau von Disease-Management-Programmen (DMP):

Zielsetzung von DMP ist eine strukturierte, integrierte (sektorenübergreifende) und patientenorientierte Versorgung bzw. Betreuung insbesondere chronisch kranker Personen sowie von Personen, die an besonders häufigen Erkrankungen leiden (z.B. Koronare Herzerkrankung/Herzinsuffizienz, Hypertonie, Asthma, Schlaganfall, Diabetes Mellitus und Brustkrebs).

DMP können der Qualitätssicherung (durch Definition bestmöglicher Diagnose- und Therapieprozesse) sowie u.U. auch der Kosteneinsparung dienen.

Erfahrungen mit DMP liegen in OÖ bereits für Diabetes („Therapie Aktiv“) und für Schlaganfall vor. Ein DMP Postmyocardinfarkt wird aktuell durch mehrere Krankenkassen gemeinsam ausgearbeitet.

In Deutschland gibt es bereits positive Ergebnisse von Evaluierungen des DMP Diabetes. Die Evaluierungen zeigen u.a. eine niedrigere Sterblichkeitsrate und eine verbesserte Lebensqualität von DMP-Teilnehmern und eine von den Teilnehmern wahrgenommene bessere Betreuung durch die Ärzte. Außerdem haben DMP-Teilnehmer seltener KH-Aufnahmen wegen Herzinfarkt, Schlaganfall und Amputationen. Die Kosten pro Versichertem und Jahr lagen bei den DMP-Teilnehmern um 8 % unter den entsprechenden Kosten von Nicht-Teilnehmern).

Der Ausbau bzw. die weitere Einführung von DMP wird empfohlen.

Erhöhung der Versorgungswirksamkeit der niedergelassenen Ärzte

Durch die sinnvolle und gezielte Erhöhung der Versorgungswirksamkeit des niedergelassenen Facharztbereiches können stationäre und ambulante Fälle im Krankenhaus vermieden werden. In diesem Zusammenhang sind die wechselseitigen Zuweisungen entsprechend zu hinterfragen und gezielt zwischen ÄK, Land und Kasse abgestimmte Anreize (z.B. Bewusstseinsbildung zur Krankenanstaltenbedürftigkeit) zu setzen, welche die Krankenhaushäufigkeit reduzieren.

Telemonitoring / Telemedizin

Telemedizinische Anwendungen zeigen insbesondere in der Tertiärprävention (z.B. bei Herzinsuffizienz- bzw. Diabetespatienten) positive Auswirkungen durch Sicherheits- und Qualitätsgewinne für die Patienten und durch reduzierte Hospitalisierungsraten. Studien aus Deutschland zeigen erhebliche Kostenvorteile insbesondere infolge reduzierter stationärer Aufenthalte für in Frage kommende Patientengruppen auf. Die Expertenkommission empfiehlt den Einsatz telemedizinischer Anwendungen zielorientiert zu prüfen und bei positivem Kosten-/Nutzenergebnis zu forcieren.

6.2. Organisatorische Maßnahmen im Krankenhaus

6.2.1. Aufgabenstellung und Vorgehensweise

Die Aufgabenstellung war:

- Entwicklung von geeigneten Zusammenarbeitsmodellen auf Ebene der Versorgungsregionen, der Krankenhäuser und der Abteilungen / Institute
- Festlegung von organisatorischen Maßnahmen für das Krankenhaus zur Erhöhung von Effizienz und Wirtschaftlichkeit
- sowie geeignete Maßnahmen im Personalbereich zur Verbesserung der Prozesse und Arbeitsabläufe
- Von den Experten wurden 35 Inputpapiere zu folgenden Themen eingebracht:
 - Organisation der Schwerpunkt- und Zentralversorgung
 - Niederschwellige Organisationsformen
 - Forcierung tagesklinische Leistungen
 - Stations-/Pflegeorganisation, OP-Management
 - Triagierung, Verschränkung mit niedergelassenem Bereich
 - Entkopplung Primärbereich vom Tertiärbereich
 - Standardisierung, klinische Pfade
 - Aufgabenverlagerung zwischen Personalgruppen

- Interdisziplinäre Aufnahmestation, Erstaufnahme
- Telemedizin
- Kooperationsmodelle
- Neueinführung medizinischer Methoden und Geräte im Krankenhaus
- Aus Sicht der Kostendämpfung wurden dabei folgende Themen als prioritär gesehen:
 1. Ausbau tagesklinischer Leistungsangebote bei gleichzeitiger Rücknahme stationärer Kapazitäten
 2. Analyse und Weiterentwicklung der Aufgabenbereiche zwischen den Personalgruppen
 3. Weiterentwicklung der Betriebsorganisation in Richtung Prozessorientierung und Effizienzsteigerung
 4. Konzeption eines evidenzbasierten Verfahrens bei der Einführung neuer Technologien
 5. Des Weiteren wurden Empfehlungen zur Wahrnehmung der Zentralversorgungs- und Schwerpunktaufgaben im Zentralraum Linz und hinsichtlich Schwerpunktfunktionen für die weiteren Versorgungsregionen erarbeitet.

6.2.2. Ziele im Sinne der Reformkommission

Mit den organisatorischen Maßnahmen sollen die Ziele zur Erreichung einer Kostendämpfung wirksam unterstützt und ermöglicht werden. Zentraler Gestaltungsgrundsatz dabei ist die Ermöglichung aufeinander abgestimmter und abgestufter Versorgungsstrukturen im medizinisch-pflegerischen Kernbereich.

6.2.3. Vorschläge der Expertenkommission

6.2.3.1. Ausbau tagesklinischer und ambulanter Bereiche zur Entlastung der vollstationären Bereiche

Ausgangslage, bisherige Bemühungen

Die Forcierung der Tagesklinik war bereits ein wesentliches Thema der Spitalsreform I. In der Vergangenheit wurden wesentliche Impulse und Anreize geschaffen, eine Substitution vollstationärer durch tagesklinische oder ambulante Leistungen zu erreichen.

- Anreize über das LKF-System im bundesweit einheitlichen Kernbereich (Erhöhung Fallpauschale)
- Anreize zur Reduktion der 0-Tagesfälle
- Anreize für die Sonderklasse durch pauschalisierte Anstaltsgebühr und Adaption der Ärztehonorare
- Regelmäßiges Monitoring durch den oberösterreichischen Gesundheitsfonds
- Berücksichtigung der Tagesklinik bei baulichen Maßnahmen

Trotz dieser Maßnahmen ist nach Meinung der Experten das tagesklinische bzw. ambulant erbringbare Verlagerungspotenzial noch lange nicht ausgeschöpft. Dies zeigen insbesondere auch internationale Vergleiche.

Mögliche Gründe für die unzureichende Forcierung sind:

- Organisatorische Veränderungen werden nur langsam umgesetzt
- Stationäre Bettenkapazitäten sind vorhanden und wollen ausgelastet werden
- Tagesklinik setzt straffe Abläufe und geeignete baulich-funktionelle Lösungen voraus
- Betriebsabgang wird nach Pflegetagen finanziert (Fehlansreize)

Datengrundlagen, Evidenzen

In OÖ sind 84.939 Aufnahmen von TK-MELs im Jahr dokumentiert. Davon sind 15.939 0-Tages-Fälle (18,93%).

SK-TK	MEL	MEL_Bez	AnzAufn	0 %-Tg	MELTGKL	LDF Gruppe	Punkte TGKL	Split
X	BF020	Extrakapsuläre Kataraktoperation mit Linsenimplantation (LE=je Seite)	13.530	4.389	32	J	MEL15.05	1.322
	JN020	Entbindung (LE=je Sitzung)	7.365	155	2	J	MEL13.09	2.388
X	NF020	Arthroskopische Operation des Kniegelenks (LE=je Seite)	5.767	350	6	J	MEL14.21	1.607
X	JK030	Curetage (LE=je Sitzung)	5.406	2.233	41	J	MEL13.07	1.153
	DD010	Katheterangiographie der Koronargefäße (LE=je Sitzung)	4.649	3	0	J	MEL21.01	2.459
X	EK050	Radikale Varizenoperation (Stripping) (LE=je Seite)	2.603	296	11	J	MEL09.03	2.672
X	AJ070	Dekompression des Nervus medianus – offen (LE=je Seite)	2.288	1.042	46	J	MEL02.03	990
X	NZ010	Entfernung von Osteosynthesematerial an der unteren Extremität (LE=je Seite)	1.769	672	38	J	MEL14.23	1.583
	LM080	Verschluss einer Inguinal- oder Femoralhernie – offen (LE=je Seite)	1.740	18	1	J	MEL06.06	2.856
X	JH120	Zirkumzision (LE=je Sitzung)	1.626	860	53	J	MEL12.05	1.004
	EF010	Katheterangiographie – untere Extremität (LE=je Seite)	1.300	2	0	J		
	DG010	Katheterangiographie Aorta und Becken (LE=je Sitzung)	1.153	4	0	J		
X	MZ010	Entfernung von Osteosynthesematerial an der oberen Extremität (LE=je Seite)	1.071	492	46	J	MEL14.23	1.583
	MJ120	Ringbandspaltung (LE=je Seite)	1.046	814	78	J	MEL02.03	990
	FA030	Tonsillektomie (LE=je Sitzung)	1.037	11	1	NEIN	NEIN	
	GA030	Korrektur des Nasenseptums (Septumplastik) (LE=je Sitzung)	1.024	17	2	J	MEL04.03	1.944
X	JK020	Konisation (LE=je Sitzung)	989	279	28	J	MEL13.07	1.644
X	FA010	Adenotomie (LE=je Sitzung)	849	396	47	J	MEL04.04	932
	LM100	Verschluss einer Ventralhernie – offen (LE=je Sitzung)	817	12	1	J	MEL06.06	3.471
	ED010	Katheterangiographie – Viszeralgefäße (LE=je Sitzung)	804	3	0	J		
X	BA010	Korrektur des Augenlids (LE=je Seite)	796	341	43	J	MEL15.01	1.391
	JJ020	Teilentfernung der Adnexe – laparoskopisch (LE=je Sitzung)	740	7	1	J	MEL13.03	3.071
X	JK010	Hysteroskopische Entfernung von Uterusgewebe (LE=je Sitzung)	633	170	27	J	MEL13.07	1.670
	JC040	Endoskopische Extraktion eines Uretersteines (LE=je Sitzung)	605	2	0	J	MEL29.01	2.754
	JC010	Extrakorporale Stoswellenlithotripsie – Niere, Harnwege (LE=je Sitzung)	587	26	4	J	MEL29.01	1.520
X	HK020	Hämorrhoidektomie (LE=je Sitzung)	585	46	8	J	MEL06.09	2.518
	GA040	Korrektur des Nasenseptums und der äußeren Nase (Septorhinoplastik) (LE=je Sitzung)	582	4	1	J	MEL04.03	1.944
	MZ020	Exstipation einer Synovialzyste an der oberen Extremität (LE=je Seite)	579	355	61	J	MEL02.03	990
	EB010	Katheterangiographie – Kopf und Hals (LE=je Sitzung)	556	24	4	J		
X	MC030	Osteosynthese am distalen Unterarm (LE=je Seite)	552	12	2	J	MEL14.03	3.131
	AP010	Narkose zur Durchführung einer CT oder MR Untersuchung (LE=je Sitzung)	549	93	17	J		

Tabelle 16: Liste der TK Leistungen

In den einzelnen KA werden TK-Leistungen in sehr unterschiedlichem Ausmaß erbracht.

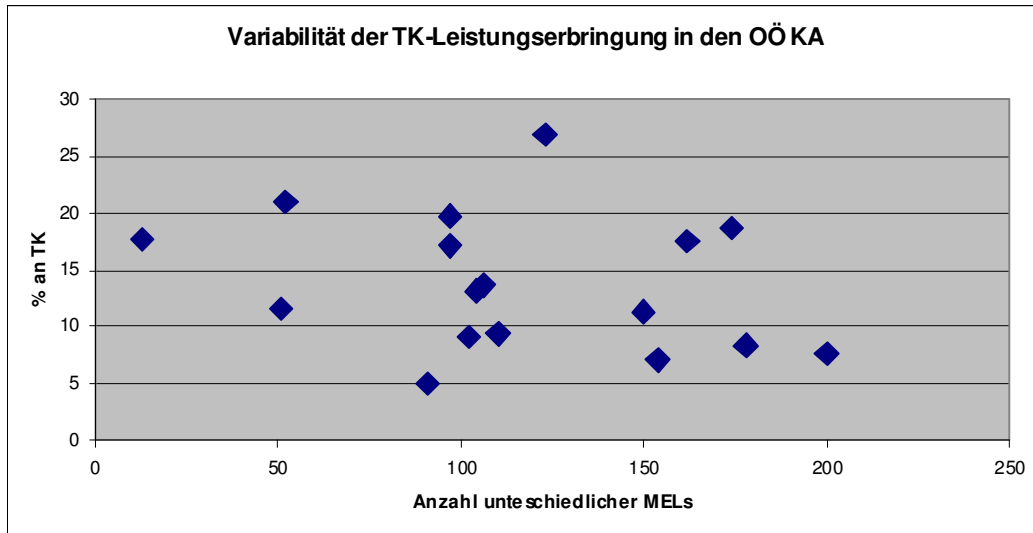


Abbildung 20: Variabilität der TK-Leistungserbringung in den OÖ Krankenanstalten

In weiterer Folge wurden von ausgewählten Experten der Träger Analysen durchgeführt, die auf Best-Practice-Lösungen hinsichtlich der tagesklinischen Leistungserstellung abstellen.

Daraus leitet sich ein deutliches Potenzial zur Forcierung tagesklinischer Leistungen ab. Orientiert man sich pro tagesklinisch erbringbarer Leistungsart (gemäß Katalog tagesklinisch erbringbarer Leistungen des BMG) jeweils an der oberösterreichischen Krankenanstalt mit dem höchsten tagesklinischen Anteil, ermittelt sich unter den gesetzten Annahmen ein ansprechbares Potenzial von 28.000 zusätzlichen Tagesklinikfällen und 56.000 Belagstagen bzw. von insgesamt 192 Betten.

Darüber hinaus sind durch Verkürzung der Belagsdauer bei stationären Aufenthalten mit diesen Leistungen weitere Effekte erreichbar, die in der Modellrechnung des intramuralen Angebotsplanes berücksichtigt werden.

Aus dem Gesichtspunkt der Kostendämpfung sind unter Einbezug von ausländischen Referenzmodellen weitere Potenziale durch Forcierung tagesklinischer Leistungen ansprechbar.

Die Kostendämpfung ergibt sich primär aus den Auswirkungen auf den Pflegepersonalbedarf durch Wegfall anteiliger Personalbindungen durch den vollstationären 24-Stunden Dienst sowie zu einem geringeren Ausmaß durch die Reduktion flächenbezogener Kosten (Flächenrichtwert je tagesklinischer Platz ist niedriger als Flächenrichtwert je Bett).

Potenzialermittlung für die Reduktion von Belagstagen und Kostendämpfung

Weiterführende Berechnungen zur Potenzialabschätzung beziehen insgesamt drei Betrachtungsebenen ein:

- Verlagerungspotenziale durch Optimierung innerhalb des Krankenhauses (wie oben dargestellt) mit dem Effekt einer Substitution vollstationärer durch tagesklinische Leistungen bzw. einer Reduktion der Belagstage
- Verlagerungspotenziale durch Optimierung unter Einbezug des **Nachtstellenmanagements** zum extramuralen Bereich mit ähnlichen (jedoch in der Höhe geringeren) Effekten, z.B. durch wirksame Nachsorge
- Verlagerungspotenziale von 0-Tagesfällen in den ambulanten Bereich bzw. Entlastungspotenzial durch Belagstageverkürzungen von stationären Aufenthalten mit „typischen“ 0-Tages LDF (mehr als 50 0-Tagesfälle)

Die Modellrechnungen zur Abschätzung der entsprechenden Entlastungspotenziale wurden erarbeitet und zeigen Verschiebungspotenziale bis zu 180.000 Belagstagen (von insgesamt 2,5 Mio. Belagstagen) auf.

Begleitende Maßnahmen

Für die Steigerung des tagesklinischen und ambulanten Leistungsanteils bedarf es begleitender organisatorischer Maßnahmen und einer weiteren Forcierung finanzieller Anreize. Beispielhaft sind zu nennen:

- Bei größeren Krankenhäusern eigene OP-Einheit mit rascher Ein- und Ausschleusmöglichkeit und angepassten Hygienestandards
- Eigener Aufwachraum mit Sitz- und Liegeplätzen und anästhesiologischer Überwachung
- Anästhesie-Ambulanz bzw. präoperative Ambulanz für die präoperative Abklärung
- Geeignete OP-Planungstools
- Klare Prozesse / Abläufe für das Personal, die Patienten und die Logistik
- Weitere Differenzierung des LKF-Finanzierungssystems in Richtung Leistungsorientierung, Tarifgestaltung mit Anreizen für Finanzierungsträger (z.B. Privatkassen) und Krankenhaus (LKF-Bepunktung)
- Vergleichbare Abrechnungsmöglichkeit im ambulanten Bereich, um fehlsteuernde finanzielle Anreize zu vermeiden

6.2.3.2. Aufgabenanalysen zwischen den Personalgruppen, Effizienzerhöhung durch Zuordnung von Aufgabenbereichen im Krankenhaus

Ausgangslage, Problemstellungen

Derzeit ist die Aufgabenverteilung zwischen den beteiligten Berufsgruppen im Krankenhaus vielfach von traditionellen Rollenbildern geprägt und berücksichtigt zu wenig prozessorientierte Arbeitsweisen. Darunter leiden nicht nur die Arbeitsabläufe, sondern auch die Ausbildung von Ärzten und Pflegepersonen und die Arbeits- und Patientenzufriedenheit.

Datengrundlagen, Evidenzen

Als ein Beispiel unterschiedlich gehandhabter Aufgabenverteilungen zwischen den Berufsgruppen wurde eine Analyse der Aufteilung von diplomiertem Gesundheits- und Krankenpflegefachpersonal und Sanitätshilfspersonal auf den Normalpflegestationen in den oberösterreichischen Krankenhäusern vorgenommen.

Danach zeigen sich zwischen den Trägergruppen Bandbreiten zwischen 74 % und 89 % Anteil DGKP an der Summe von diplomiertem Pflegepersonal und Pflegehelferinnen.

In einzelnen Bundesländern (z.B. NÖ) werden Vorgabewerte von z.B. 70 % für den Anteil an DGKP für Normalpflegestationen definiert, die auf entsprechenden Aufgabenanalysen beruhen und insgesamt eine Reduktion der Personalkosten nach sich ziehen.

Erwartete Effekte

Bei Erreichung eines Zielwertes von 70 % DGKP-Anteil für die Normalpflegestationen ergäbe sich bei einer Personalkostendifferenz von 9.000 EUR zwischen DGKP und PH gemäß Kostenrechnung ein Einsparungspotenzial von 3,9 Mio. EUR (Reduktion von 83 % Gesamtanteil in OÖ auf 70 %, das sind 430 Personen mal 9.000 EUR p.a.).

Beschreibung der Maßnahmen

Als Umsetzungsstrategie ist eine prozessorientierte Neukonzeption der Arbeitsabläufe unter Berücksichtigung der gesetzlich zulässigen Aufgabenbilder je Berufsgruppe zu empfehlen.

Dabei sind am Beispiel der Aufgabenverschiebung von Turnusärzten aus dem mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich gemäß § 15 Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG) an die diplomierte Gesundheits- und Krankenpflege (die ihrerseits dafür geeignete Tätigkeiten an PflegehelferInnen und StationssekretärInnen abgeben können) folgende Schritte für die Umsetzung erforderlich:

- Erarbeitung der Prozessdetails und Klärung, welche Tätigkeiten von welcher Berufsgruppe im Sinne der Prozessorientierung und unter Berücksichtigung der erforderlichen Qualifikation am besten wahrgenommen werden sollen
- Prüfung, ob das Umschichtungspotenzial für die Reduktion eines Dienstrades bei den Turnusärzten in Verbindung mit anderen organisatorischen Maßnahmen z.B. Konzentration der Patientenaufnahmen in einer zentralen Aufnahme ausreicht
- Wenn ja, Festlegung der künftigen prozessorientierten Aufgabenverteilung zwischen den Berufsgruppen und Errechnung des künftigen Personalbedarfs für die diversen Berufsgruppen
- Schulung und praktische Übung bei der Übernahme der bisher von Turnusärzten wahrgenommenen mitverantwortlichen Tätigkeitsbereiche gem. § 15 GuKG durch diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegekräfte
- Aufbau von PflegehelferInnen und StationssekretärInnen und deren Schulung bezüglich der Übernahme von Tätigkeiten, die künftig von Ihnen im Sinne der Prozessorientierung und unter Berücksichtigung des Berufsrechtes wahrgenommen werden sollen

- Neugestaltung des Aufgabenbereiches der Turnusärzte unter Berücksichtigung der Ärzteausbildungsordnung und der betrieblichen Erfordernisse
- Beispielsweise Neuorganisation der Patientenaufnahme, damit die Einsparung eines TA-Dienstrades möglich wird

Bisherige Erfahrungen:

Auf Grund von Erfahrungen in diesem Bereich ist davon auszugehen, dass die Voraussetzungen für die Umsetzung dieser Schritte eine Mindestgröße eines Krankenhauses voraussetzt (im Regelfall wird die Zahl der Turnusärzte von der Zahl der in einem Krankenhaus notwendigen Diensträder bestimmt); die Möglichkeit einer Personalumschichtung entsteht unter diesen Voraussetzungen dann, wenn ein Dienstrad bei den Turnusärzten entfallen kann.

6.2.3.3. Organisatorische Maßnahmen

Durch organisatorische Maßnahmen kann eine Entlastung des vollstationären Bereiches und der damit verbundenen Personal- und Ressourcenbindung erreicht werden.

Es wurden dabei insbesondere folgende Vorschläge eingebracht, wobei sich je Krankenhaus natürlich unterschiedliche organisatorische und baulich-funktionelle Rahmenbedingungen für die Planung und Umsetzung der organisatorischen Maßnahmen ergeben.

6.2.3.3.1 Interdisziplinäre Aufnahmestation

Kurzbeschreibung:

Die Trennung der Patientenströme in geplante und ungeplante Patienten ist eine wesentliche betriebsorganisatorische Maßnahme zur Optimierung der Prozesse. Moderne Kliniken verfügen über interdisziplinäre Akutaufnahmen und angeschlossene interdisziplinäre Aufnahmestationen. Letztere können wesentliche Funktionen im Anschluss an die Akutaufnahme übernehmen:

- **Filterfunktion:**
D.h. Beobachtung des Patienten bis max. 24 Stunden bei unklarer stationärer Aufnahmeindikation, dadurch sollen „unnötige“ stationäre Aufnahmen vermieden und eine bessere Planbarkeit der Patienten für die Normalpflegestationen erreicht werden.
- **Pufferfunktion:**
Abwicklung von akuten Nachtaufnahmen über die interdisziplinäre Aufnahmestation, dadurch Konzentration des Akutgeschehens in einer Betriebsstelle und Reduktion der Belastung durch Nachtaufnahmen auf den Stationen.

Mögliche Einsparpotenziale und Vor- und Nachteile:

Vorteile:

- Verringerung von Aufnahmen auf den Normalpflegestationen
- Zentraler Anlaufpunkt für Patienten und Zulieferer (Einweiser, Rettungsdienste etc.)
- Entlastung der Stationen durch Vorabklärung der Patienten in einer zentralen Aufnahmeeinheit
- Reduktion von Irrwegen von PatientInnen
- Erkennbare Ansprechpartner für Patienten und Zulieferer
- Fehlbelegungen können vermindert werden
- Reduktion des stationären Arbeitsaufkommens außerhalb der Kernarbeitszeit

Nachteile:

- Organisation in kleineren Krankenhäusern (oft ohne/geringe Effekte)
- Bauliche Erfordernisse
- Gefahr der Durchlaufstation

Rahmenbedingungen, die geändert werden müssen:

Anpassung der Ambulanzfinanzierung und adäquate Abrechnungsmöglichkeit von Kurzaufhalten mit hohem diagnostischem Aufwand.

Referenzbeleg: Im Auftrag der niederösterreichischen Gesundheitsplattform wurde eine Evaluierung der interdisziplinären Aufnahmestation (IAS) am Krankenhaus Horn in Niederösterreich vorgenommen. Gemäß Evaluierungsbericht sind folgende Ergebnisse festzuhalten:

- Deutliche Reduktion der Belagstage **und** der stationären Aufnahmen mit Einsparungen zwischen 0,9 und 1,4 Mio. EUR pro Jahr am Beispiel des Krankenhauses Horn
- Keine signifikanten Nachfrageverschiebungen bei den benachbarten extramuralen Leistungsanbietern
- Hohe Patienten- und auch Mitarbeiterzufriedenheit

Auswirkungen auf die Qualität:

Durch die interdisziplinäre Zusammenarbeit kann eine qualitativ entsprechende Leistungserbringung erwartet werden.

Erforderliche Maßnahmen zur Umsetzung:

sind nach Maßgabe der baulich-funktionellen Gegebenheiten hausspezifisch zu setzen.

6.2.3.3.2. Modulare Organisation der Pflege, interdisziplinäres Bettenmanagement, bedarfsorientierte Stationskonzepte

Kurzbeschreibung:

Modulare Organisationsmodelle für die Pflege beziehen sich auf die Schaffung von Stationskonzepten, die in Hinblick auf die personelle und räumliche Ausstattung eine weitgehende Deckung zwischen Pflegeanforderungen (z.B. ausgedrückt durch die Pflegeintensität) und strukturellen Gegebenheiten ermöglichen sollen.

So sieht das sogenannte „Progressive Care Concept“ abgestufte Modultypen wie folgt vor:

- Tagesklinische Einheiten (operativ, konservativ)
- Low care-Stationen (niedrige Pflegeintensität)
- Regular care-Stationen (mittlere Pflegeintensität)
- Intermediate care-Stationen (mittlere bis hohe Pflegeintensität)
- Intensive care-Stationen (Intensivbehandlung und Pflege, differenziert nach Stufen)

Als Sonderformen sind Wochenstationen bzw. Kurzzeitstationen mit Betriebszeiten von Montag bis Freitag zu sehen. Diese Stationen können sowohl fachspezifisch als auch interdisziplinär geführt werden und stellen im Wesentlichen auf wenig pflegeintensive Patienten (PPR: A1 – A2) ab.

Mögliche Kosteneinsparungen, Vor- und Nachteile:

- Personelle Einsparung durch modulgerechte Personalausstattung, Möglichkeit des Einsatzes von „Etagenpersonal“ für low care-Stationen mit niedrigeren Personalkosten als diplomiertes Pflegepersonal
- Reduktion von Wochenenddiensten (bei Kurzzeit- und Wochenstationen)
- Entlastung der Sekundärbereiche am Wochenende (Küche, Reinigung, Transport)
- Nachteile sind bei modularen Konzepten höhere Verlegungen zwischen den Modulen und bei Wochenstationen fallweise erforderliche Verlegungen auf die Normalpflegestationen
- Ein konsequentes modulares Pflegekonzept setzt zudem eine effiziente Visitenorganisation voraus

Auswirkungen auf Qualität:

- Bei interdisziplinärer Belegung ergeben sich hohe Anforderungen an das Personal, die entsprechende Aus- und Fortbildungsprogramme voraussetzen
- Im ärztlich-medizinischen Bereich ist eine straffe Visitenorganisation erforderlich

Erforderliche Maßnahmen zur Umsetzung:

- Sind nach Maßgabe der baulich-funktionellen Gegebenheiten (bestehendes Stationsraster, Verkehrswege, etc.) hausspezifisch zu setzen
- Für Neu- und Zubauten ist ein hohes Maß an Mikro- und Makroflexibilität zu fordern, um Bedarfsverschiebungen im laufenden Betrieb leichter umsetzen zu können

6.2.3.3.3. Alternativstationäre Versorgungsstrukturen

Es wurden folgende alternative Versorgungsstrukturen vorgeschlagen:

1.) Umwandlung von Akutbetten in „Übergangspflegebetten“:

Kurzbeschreibung:

Einrichtung einer eigenen Einheit mit dem Ziel der Stabilisierung des Gesundheitszustandes des Patienten / der Patientinnen und der Stabilisierung des Pflege- und Betreuungsnetzwerkes; reduzierte Personalanzahl und –qualifikation gegenüber einer Normalstation (ca. 0,6 VZÄ pro Bett für Pflege und Betreuung; hoher Anteil an Sozialarbeitern; einmal täglich ärztliche Visite durch diensthabenden Facharzt).

Eine Alternative dazu ist die Umwandlung von Akutbetten in den KH-Typ des „Genesungsheimes“, der ähnliche Effekte wie die Übergangspflege bringen kann.

Kosteneinsparungen:

Reduzierter Personalaufwand; geringere Wiederaufnahmeraten („Drehtüreffekt“); reduzierte Belagstage auf der Akutstation; Mitfinanzierung durch Sozialversicherung (wegen Einsparungen im niedergelassenen Bereich durch Reduzierung von Visiten, Medikamenten, einfachen Laboruntersuchungen, Pflegehilfsmitteln und Heilbehelfen) und aus dem Sozialbudget (wegen späterer Übersiedlung ins Pflegeheim bzw. in einem verbesserten Gesundheitszustand sowie Reduzierung von mobilen Pflege- und Betreuungsstunden). Die Pilotierung und Umsetzung solcher Projekte könnte über Mittel des Reformpools erfolgen.

Auswirkungen auf die Qualität:

Die Qualität bzw. Nachhaltigkeit des Erfolgs der Behandlung im Akutkrankenhaus sollte durch die Umsetzung des Vorschlags (institutionalisierte Stabilisierung siehe oben) verbessert werden können; die Bettenkapazitäten auf der Akutstation können besser geplant werden (zusätzlicher Kostendämpfungseffekt).

Erforderliche Maßnahmen zur Umsetzung:

Vereinbarung eines Kostenaufteilungsschlüssels zwischen den Kostenträgern, Festlegung von Strukturqualitätskriterien (ÖSG), Schaffung eigener baulicher Einheiten im Rahmen der bestehenden Kapazitäten (KA-Träger)

2.) Verbesserte rechtliche Verankerung der Möglichkeit zur Einrichtung von alternativen stationären Versorgungsformen:

Kurzbeschreibung:

Erleichterung der Einrichtung hausübergreifender Abteilungen, von räumlich dislozierten Satellitendepartements (derzeit nur für Unfallchirurgie vorgesehen), dislozierten Wochenkliniken und dislozierten Tageskliniken, vor allem in Standardkrankenanstalten; Vorsehen einer gemeinsamen fachärztlichen Leitung in der Versorgungsregion

Kostenauswirkungen:

Einsparung von Vollabteilungen und Vorhaltekosten; Einsparung von infrastrukturellen Parallelstrukturen; Einsparen von Nachtdiensten an geeigneten Standorten (dadurch auch Reduzierung des Bedarfs an Fachärzten)

Auswirkungen auf die Qualität:

Verbesserte Leistungsabstimmung zwischen Vollabteilung und dislozierten Einheiten durch gemeinsame Leitung.

Erforderliche Maßnahmen zur Umsetzung:

Anpassung von RSG und OÖ KAG (Land OÖ); Umsetzung für geeignete Fächer und Standorte

Sicherstellung der Ärzteausbildung durch geeignete organisatorische Maßnahmen (z.B. Rotationsmodelle)

6.2.3.3.4. Standardisierung/Klinische Pfade

Kurzbeschreibung:

Durch die Etablierung qualitätsgesicherter klinischer Pfade für häufige bzw. teure Leistungen auf der Grundlage des PDCA-Zyklus sollen folgende Ziele erreicht werden:

- Sicherstellung einer einheitlichen, hohen Qualität / Reduzierung von Komplikationsraten
- Einsparungen durch Vermeidung unnötiger Mehrfachuntersuchungen

Standards beziehen sich auf Behandlungsziele, die eingesetzte Diagnostik und Therapien und die Aufenthaltsdauer (Entwicklung in Richtung Tagesklinik). Die Einhaltung der klinischen Pfade

soll durch Festlegung von Benchmarks, Peer-Review-Maßnahmen und Anreizsysteme sichergestellt werden.

Kosteneinsparungen:

Eine Quantifizierung der Kosteneinsparungen ist erst im Zuge der Diskussion und Erstellung der konkreten klinischen Pfade möglich. Die Höhe der Einsparungen je Krankenhaus hängt auch von der bisher jeweils üblichen Vorgangsweise ab. Die Förderung von tagesklinischen Behandlungen bzw. Kurzaufenthalten (Vermeidung unnötig langer Bettenbelegungen) wird durch die Einführung von klinischen Pfaden unterstützt.

Klinische Pfade bergen die Gefahr einer Überversorgung (und damit einer nicht notwendigen Kostenerhöhung bei der Behandlung einfacher Fälle) in sich; dieser Bedrohung ist bei ihrer Erstellung entgegen zu wirken.

Auswirkungen auf die Qualität:

Derzeit ist die Therapie (und damit auch der Therapieerfolg) in hohem Maß abhängig von der individuellen Einschätzung und Erfahrung des behandelnden Arztes. Durch eine stärkere Standardisierung kann ein einheitlicheres Qualitätsniveau erzielt werden.

Bisherige Hindernisse für die Umsetzung:

Zum einen gab es bisher keinen von den Verantwortungsträgern der einzelnen Krankenhäuser getragenen Versuch, gemeinsame klinische Pfade zu entwickeln. Zum anderen hängt die Standardisierung auch von einem gemeinsamen Ausbildungs- und Erfahrungsstand (Fähigkeiten und Fertigkeiten, z.B. hinsichtlich Operationstechniken) und von der vorhandenen Ausstattung des jeweiligen Krankenhauses ab. Der kurzfristigen Umsetzung auf breiter Ebene sind damit Grenzen gesetzt.

Erforderliche Maßnahmen zur Umsetzung:

Vorgeschlagen wird in einem ersten Schritt die Sammlung vorhandener Erfahrungen mit klinischen Pfaden und die Erarbeitung von ein bis drei gemeinsamen klinischen Pfaden für wenig komplexe Aufgabenstellungen durch ein Gremium der Ärztlichen Direktoren bzw. der Abteilungsleiter des entsprechenden Faches unter der Leitung der Landessanitätsdirektion. Grundlage sollten die einschlägigen Erfahrungen einzelner Träger (auch außerhalb Oberösterreichs) sein. In weiterer Folge sollten die gemachten Erfahrungen die Erstellung weiterer klinischer Pfade in verschiedenen Fächern und mit zunehmendem Komplexitätsgrad unterstützen.

6.2.3.3.5. OP-Management

Kurzbeschreibung:

- Verbesserung der Koordination von präoperativer Diagnostik und Therapie sowie des OP-Managements
- Standardisierung der präoperativen Diagnostik und der Festlegung der Zuständigkeiten (inkl. Leistungszuordnung und präoperative Kooperation zwischen niedergelassenem Bereich und Krankenhäusern)
- Festlegung und Umsetzung von Standards im Bereich der präoperativen Therapie (z.B. Management des Blutdrucks oder der Lungenfunktion, Einnahme von gerinnungshemmenden Medikamenten)
- Koordination des präoperativen Managements im Rahmen einer strukturierten Präanästhesie-Ambulanz (inkl. Patientenaufklärung betreffend Anästhesie)
- Sicherstellung einer strukturierten operativen Ambulanz (inkl. Patientenaufklärung und Seitenmarkierung)
- Ausarbeitung und Einhaltung entsprechender OP-Checklisten mit entsprechenden Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten
- Verbesserte OP-Planung (inkl. Sicherstellung des Vorhandenseins benötigter Implantate) unter Einsatz adäquater IT-Tools und Einhaltung der Pläne (Vermeidung von nicht notwendigem Verschieben geplanter Operationen und des kurzfristigen Ansatzens elektiver Operationen als „akut“)

Kosteneinsparungen:

- Vermeidung von Doppel- und Mehrfachbefundungen wegen durchgeführter, aber nicht verfügbarer oder wegen unzureichender Diagnostik
- Vermeidung der Einholung nicht erforderlicher Befunde
- Vermeidung von Verlängerungen stationärer Aufenthalte zur Nachholung von notwendigen Befunden für die OP-Freigabe bzw. zur Nachholung der OP-Freigabe selbst
- Vermeidung von Leerzeiten im Operationssaal – optimale Ausnutzung der Vorhaltungen an räumlichen und personellen Ressourcen
- Abflachung von Auslastungsspitzen – Reduzierung von Überstunden im OP-Bereich

Auswirkungen auf die Qualität:

Eine bessere Koordination und Planung im Bereich des präoperativen Managements und der OP-Planung dient der Qualitätssicherung durch besser abgestimmte Abläufe. Die Vermeidung von

vermeidbaren Stressfaktoren und der Einsatz von Checklisten helfen, die Fehleranfälligkeit in diesem komplexen Bereich zu reduzieren.

Bisherige Hindernisse für die Umsetzung:

Bisher gab es keine Ansätze zur sektoren- und häuserübergreifenden verbindlichen Festlegung von Zuständigkeiten und Abläufen. Einige Maßnahmen können nur auf der Ebene des einzelnen Krankenhauses geplant und umgesetzt werden (z.B. Einführung von OP-Statuten und strukturiertem OP-Management); hier gibt es teilweise bereits erfolgreiche Ansätze.

Erforderliche Maßnahmen zur Umsetzung:

- Abstimmung der Prozesse in Zusammenhang mit dem präoperativen Management unter Beteiligung der Träger von Krankenanstalten und der Krankenkassen.
- Strukturierter Erfahrungsaustausch zwischen den Krankenhäusern über Erfolgsfaktoren im präoperativen Management und im OP-Management.

6.2.3.3.6. Triagierung, Lotsensystem, bessere Verschränkung mit dem niedergelassenen Bereich

Kurzbeschreibung:

Die Spitalsambulanzen werden insbesondere außerhalb der Öffnungszeiten der niedergelassenen Ordinationen stark frequentiert. Durch den Ausbau verbesserter Angebote (z.B. hinsichtlich Öffnungszeiten, Notfalldienste, z.B. im Rahmen von Gruppenpraxen, Ärztezentren, etc.) wäre eine Entlastung der Krankenhäuser möglich.

Die Rolle des „Lotsen im Gesundheitssystem“ kommt dabei insbesondere dem Allgemeinarzt zu, mögliche Modelle sind auch dem Krankenhaus vorgeschaltete Ordinationen, um eine bessere Steuerung der Patienten nach dem Subsidiaritätsprinzip zu erreichen.

Für ländliche Regionen ist nicht zuletzt infolge des erwarteten Fachärztemangels eine starke Verschränkung zwischen dem spitalsambulanten und dem niedergelassenen Bereich zu empfehlen.

Mögliche Maßnahmen und Voraussetzungen:

- Neuregelung der Finanzierung der Spitalsambulanzen (Anreiz zur Aufnahme geringer)
- Regionale Abstimmung, welche ambulanten Leistungen der niedergelassene Bereich und welche die Krankenanstalten abzudecken haben. Bei passender Finanzierung sollte diese Leistung durch den kostengünstigeren Bereich erfolgen (Probleme der unterschiedlichen Qualitäts- und Leistungsdefinition)
- Triage durch gut ausgebildete AllgemeinmedizinerInnen, die der definierte erste Ansprechpartner für die Gesundheitsprobleme der Bevölkerung sind

- Anmerkung: Eine Problemstellung liegt darin, dass die Bevölkerung beliebig jede Ebene des Gesundheitssystems aufsuchen kann. Lösungsansätze wie Selbstbehalte oder Managed Care Modelle sind in Hinblick auf den Steuerungseffekt, die soziale Verträglichkeit und die Umsetzbarkeit zu diskutieren.
- Bessere Abstimmung zwischen fachärztlichen Spitalsbereich und dem niedergelassenen Facharztbereich insbesondere in ländlichen Regionen
- Vorgeschaltete Allgemeinordination, welche unabhängig vom operativen Krankenhausbetrieb eingerichtet ist, und den Zugang zur Ressource Krankenhaus filtert
 - rund um die Uhr
 - auch für einzelne Fächer zu überlegen (z.B. Pädiatrie-Modell Bremen)
 - Leistungsangebot (welches, wann, welche Qualität)
 - abgestimmte Behandlungspläne (z.B. im Sinne Disease Management)
 - Finanzierung

Erwartete Kostendämpfungseffekte:

- Reduktion der ambulanten Krankenhausfrequenzen
- Bessere Ressourcennutzung durch gemeinsame Planung spitalsambulanter und niedergelassener Bereiche
- Gemeinsame Nachdienstorganisation

Auswirkungen auf die Qualität:

Eine bessere Verschränkung des extramuralen mit dem intramuralen Bereich liegt im Hinblick auf die Vermeidung von Redundanzen (z.B. Doppelbefundungen) und integrierter Informations- und Qualitätsmanagementkonzepte im Interesse des Patienten.

Erforderliche Maßnahmen zur Umsetzung:

- Gemeinsame Zielsetzungen der stake holder
- Abgestimmtes Finanzierungssystem für alle Sektoren des Gesundheitsbereichs
- Abklärung rechtlicher Rahmenbedingungen
- Erweiterung der Modelle einer integrierten Versorgung

6.2.3.4. Steuerung des nicht medizinischen Bereiches

Als wirksames Anreizsystem für Kosteneinsparungen wird die Trennung der Betrachtung des patientenfernen Immobilien- und Anlagenbereiches und des Bereiches des technischen und infrastrukturellen Managements vom patientennahen Kernbereich vorgeschlagen.

In einigen Häusern sind die Aufwendungen des patientenfernen Bereiches stärker gestiegen, als die der patientennahen Bereiche. Die Expertenkommission schlägt daher vor die entsprechenden Relationen als Zielvorgaben für die einzelnen Häuser zu fixieren. Darüber hinaus sieht der Vorschlag der Experten die Einberechnung der jeweiligen Einnahmen vor. Damit erhält das einzelne Haus die Möglichkeit ihre Kostenstruktur durch Einnahmen entsprechend zu verbessern.

6.2.3.5. Prozess für die Neueinführung medizinischer Methoden

Kurzbeschreibung:

Der Prozess der Neueinführung medizinischer Methoden (insbesondere chirurgischer Verfahren) in den Krankenanstalten erfolgt ganz unterschiedlich.

Dadurch werden zum Teil Verfahren (außerhalb von klinischen Studien) eingeführt, deren Effektivität für die Patienten noch nicht ausreichend klar ist, bzw. bei deren Einführung der betriebswirtschaftliche Nutzen für die Krankenanstalt eine überproportionale Rolle in der Entscheidung zur Einführung spielt (gegenüber dem Nutzen für die Patienten, bzw. dem volkswirtschaftlichen Nutzen).

Es besteht daher die Möglichkeit, dass Methoden angewendet werden (bzw. Medizinprodukte oder Geräte verwendet werden), die bei gleichen Kosten wie andere Verfahren, weniger Nutzen für die Patienten bringen, bzw. mehr Kosten verursachen, ohne einen entsprechenden Nutzen zu stiften.

Beispiele:

- Robodoc in der Hüftendoprothetik. Dieser OP-Roboter wurde relativ kurze Zeit angewendet. Anschließend wurde seine Anwendung ausgesetzt, weil sich im OP Aerosole bildeten und eine Übertragung von z.B. HIV Partikeln dadurch nicht sicher auszuschließen war.
- Verwendung unterschiedlichster Hüftprothesen mit unterschiedlichen Preisen/Kosten für gleichartige Indikationen, obwohl wesentliche Vorteile teurer Transplantate für die Patienten nicht ausreichend nachgewiesen waren.

Im Krankenanstaltengesetz ist bezüglich der Neueinführung medizinischer Methoden definiert, dass diese der Ethikkommission vorgelegt werden müssen, wenn sie in Österreich noch nicht angewendet werden.

Diese Regelung kann also sehr weit im Sinne der Krankenanstalt interpretiert werden und dient nicht dazu, den Einsatz solcher Methoden, Medizinprodukte oder Geräte effektiv zu regulieren.

Vorschlag zur Neudefinition des Prozesses:

Die Neudefinition des Prozesses sollte umfassen:

1. die Festlegung der Kriterien, nach denen solche Entscheidungen getroffen werden, und

2. das Festlegen der grundsätzlichen Schritte des Ablaufs, den Krankenanstalten und Träger bei der Neueinführung einhalten müssen (muss über die derzeitigen Regelungen hinausgehen).

Nach Abschluss der SPRK II sollte eine Ist-Analyse / Erhebung durchgeführt werden, für welche Bereiche entsprechende Kriterien und Prozesse bereits jetzt angewendet werden.

Es sollte eine Bewertung erfolgen, für welche Bereiche die Erarbeitung solcher Kriterien und Prozesse sinnvoll wären und anschließend sollten diese Kriterien und der Prozess der Einführung gemeinsam von der Abteilung Gesundheit und den Krankenanstalenträgern definiert und erarbeitet werden.

Danach sollte seine Einhaltung verbindlich zwischen der Abteilung Gesundheit bzw. dem Gesundheitsfonds vereinbart werden. Die Einhaltung könnte z.B. im Rahmen der Sanitären Aufsicht und im Rahmen der Budget-Voranschläge stichprobenweise überprüft werden. Die Nichteinhaltung sollte zu negativen Konsequenzen bei der Finanzierung für die Krankenanstalt führen.

Erwarteter Kostendämpfungseffekt:

Ein Kostendämpfungseffekt ist zu erwarten, weil erstens fast nur mehr "ausgereifte" medizinische Verfahren in großem Stil in den Krankenanstalten eingeführt würden und weniger ineffiziente Geräte im Sinne einer prestigeträchtigen Modeerscheinung mit der Konsequenz beträchtlicher Folgekosten angekauft würden und zweitens durch die Anwendung der Verfahren größerer Nutzen für Patienten entstünde (mit verkürzter Behandlungsdauer, Vermeidung von Komplikationen und damit verbunden Behandlungskosten sowie Vermeidung ineffektiver Behandlungsmethoden).

Eine Quantifizierung der Kostendämpfung ist derzeit jedoch nicht seriös ableitbar.

Impact auf die Qualität:

Siehe oben. Kurz zusammengefasst, weil mehr effektive Verfahren angewendet werden, bzw. nur teilweise effektive Verfahren weniger zur Anwendung kommen.

Erforderliche Maßnahmen zur Umsetzung:

- Definition und weitere Spezifizierung des Auftrags.
- Schaffung eines entsprechenden Gremiums / einer entsprechenden Arbeitsgruppe.
- Abarbeitung dieses Punktes durch die Gruppe (Abteilung Gesundheit, Trägervertreter, KA-Vertreter, ggf. Beiziehung anderer Fachleute).
- Verbindliche Vereinbarung zwischen Abteilung Gesundheit / Fonds und Krankenanstalten / Trägern.
- Überprüfung der grundsätzlichen Einhaltung durch die Abteilung Gesundheit / Fonds; Verknüpfung der Einhaltung / Nichteinhaltung mit finanziellen Konsequenzen für die KA (positiven oder negativen).

6.2.3.6. Empfehlungen zur Wahrnehmung der Aufgaben in der Schwerpunkt- und Zentralversorgung

Kurzbeschreibung:

Die oberösterreichische Krankenhauslandschaft zeichnet sich – im Unterschied zu anderen Bundesländern – durch eine äußerst heterogene Trägerstruktur aus.

Dies führt unter anderem zu einem Wettbewerb zwischen den Trägergruppen mit Auswirkungen auf die Qualität der Leistungserbringung und auf die Bau- und Ausstattungsstandards.

Auf der anderen Seite erschwert sie Leistungsabstimmungen und medizinisch-organisatorisch zielführende Kompetenzbildungen infolge von Doppelstrukturen und Mehrfachleistungsangeboten.

Im Rahmen der Reformarbeit wurden, basierend auf einem Fragebogen, Vor- und Nachteile möglicher Organisationsmodelle für die Wahrnehmung der Versorgungsaufgaben in der Zentral- und Schwerpunktversorgung durch die Krankenanstalten analysiert.

Dabei wurden folgende grundsätzlichen Organisationsmodelle verglichen:

- Status quo-Modell (Wahrnehmung der Versorgungsaufträge durch mehrere Krankenhäuser wie im Ist-Stand)
- Kooperationsmodell (Schaffung eines verbindlichen Kooperationsrahmens für die Leistungs- und Ressourcenabstimmung, z.B. über die Schaffung/Aktivierung von Regionalkonferenzen)
- Konzentrationsmodell (Krankenhaus-Verbundmodell, gemeinsame Betriebsgesellschaften bzw. standortübergreifende Abteilungen (sowohl innerhalb eines Rechtsträgers als auch rechtsträgerübergreifend))

Folgende Empfehlungen können abgeleitet werden:

- Anzustreben sind klare und sanktionierbare Vorgaben des Landes hinsichtlich der Leistungszuordnung bzw. Definition der Versorgungsaufträge je KH-Standort (Wahrnehmung der Regulierungskompetenz).
- Auf Seiten der Gesundheitsdienstleister (Rechtsträger bzw. Krankenanstalten) ist aus Sicht der Abteilung Gesundheit eine Reduzierung der Ansprechpartner im Vergleich zum Status quo zu bevorzugen, da dies tendenziell eine Reduktion von Doppel- und Mehrfachstrukturen begünstigen kann.
- Kooperationsmodelle können für eine bessere Leistungsabstimmung geeignet sein, bedürfen jedoch eines entsprechenden Maßes an Verbindlichkeit und setzen eine Win-Win-Situation für die kooperierenden Partner voraus.
- Eine Weiterentwicklung geeigneter Organisationsstrukturen (z.B. gemeinsame Betriebsgesellschaften, KH-Verbundlösungen räumlich-getrennter Schwerpunkt-KH) ist im

Sinne der Zielsetzung der Reformkommission voranzutreiben, muss jedoch auf gegebene regionale und strukturelle Voraussetzungen Rücksicht nehmen.

6.3. Rechtliche und finanzielle Aspekte

6.3.1. Ausgangslage

Durch die Interessentenbeteiligungen und Vorschläge der Häusergespräche wurden nötige beziehungsweise zur Verbesserung des Systems wünschenswerte Gesetzesänderungen aufgezeigt.

Demzufolge müssen die Vorschläge der Häusergespräche, Interessentenbeteiligungen sowie die erarbeiteten Maßnahmenvorschläge der Öö. Spitalsreformkommission auf die gesetzlichen und behördlichen Möglichkeiten geprüft sowie Änderungsmöglichkeiten der derzeitigen Gesetzgebung aufgezeigt werden. Zudem sollten mögliche Folgekosten einer gesetzlichen Änderung mit dem entstehenden Nutzen abgewogen werden.

Im Rahmen des Datenerhebungsprozesses ebenfalls kritisch angemerkt wurden Schwächen der Leistungsabteilungs-/Anreizsysteme, da *Bestandteile der derzeitigen Leistungsabteilung aufgrund fehlender bzw. nicht zielführender Anreizinstrumente zur „falschen“ Steuerung von Prozessen beziehungsweise Finanzierungsströmen führen.*

Aufgabenstellung war daraus folgend die **Definition behördlicher** (z.B. Hygiene, Dokumentation, Bau, etc.), **und gesetzlicher** (z.B. ÖÖ KAG, etc.) **Möglichkeiten** der durch die Interessentenbeteiligungen, Häusergespräche sowie der Experten eingebrachten Vorschläge.

Des Weiteren wird der gesetzliche Rahmen in Hinblick auf ein Leistungsabteilungsmodell zur Verbesserung der Umsetzung von Kostendämpfungen betrachtet.

Folgende Zielsetzungen wurden für den Themenbereich gesetzliche Rahmenbedingungen definiert:

- 1. Aufbereitung der gesetzlichen, behördlichen und sonstigen Rahmenbedingungen, die im Sinne der Zielsetzung der Reformkommission geändert werden sollen.**
- 2. Erarbeitung von Leistungsabteilungs- und Anreizsystemen zur nachhaltigen Kostendämpfung.**
- 3. Übernahme der Ergebnisse der Arbeitsgruppe des Landes (Behördenauflagen, Gesetzesauflagen) und eventuelle Ergänzungen zur nachhaltigen Kostendämpfung.**

6.3.2. Methodik

Grundlage bilden die gesetzlich relevanten Vorschläge des Datenerhebungsprozesses, welcher aus den Interessentenbeteiligungen, den Häusergesprächen und den Vorschlägen der Experten besteht. Darauf basierend werden die Inputs in einem strukturierten Raster dargestellt der einen Überblick über alle Inputs (Grundgesamtheit=76) bildet und einzeln bearbeitet.

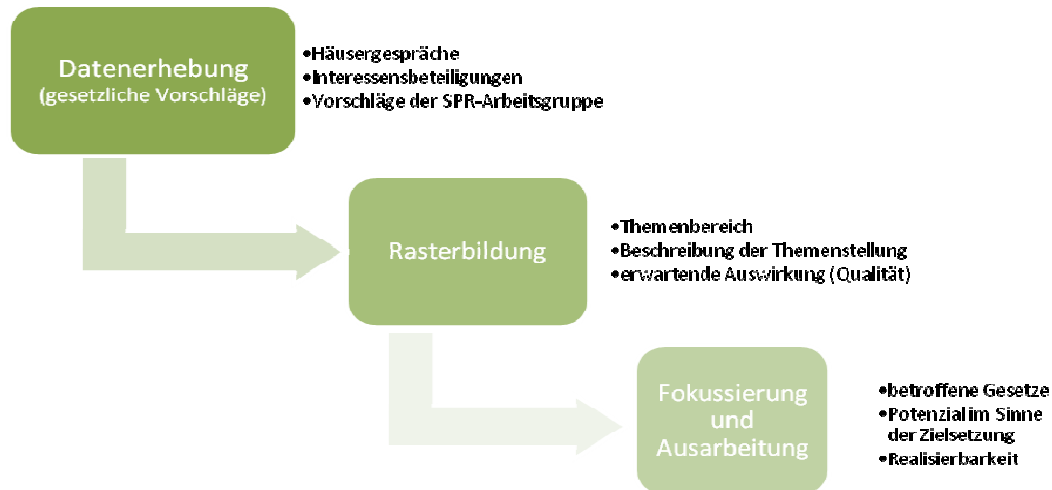


Abbildung 21: Methodik der Abarbeitung der Vorschläge

Das strukturierte Raster ist wie folgt aufgebaut:

- Themenbereich: Untergliederung der Vorschläge in folgende Fachgebiete
 - Bau
 - Betrieb/Haftung
 - Dienstrecht
 - Führung/Organisation
 - Leistungsabteilung/Steuerung
 - Allgemein
- Beschreibung der Themenstellung
- erwartete Auswirkung (in Hinsicht auf Kosten und Qualität)
- Potenzial im Sinne der Zielsetzung (hoch - mittel – gering)
- Realisierbarkeit (hoch - mittel – gering)

Die eingebrachten Vorschläge wurden einzeln laut Rastervorgabe bearbeitet und anhand der Parameter des Potenzials im Sinne der Zielsetzung und der Realisierbarkeit anhand folgender, in der Tabelle dargestellten, Kriterien eingeteilt.

hoch	keine gesetzlichen Änderungen notwendig bzw. nur Landesgesetzgebung betroffen	wiederholende bzw. laufende Verbesserung der Arbeitsabläufe / des Kostenveränderungspotenzials bzw. wird die Änderung für eine in Abhängigkeit stehende Maßnahme benötigt
mittel	Landesgesetzgebung betroffen und zusätzliche Landesentscheidungsträger notwendig (z.B: Gesundheitsplattform) bzw. Widerstände von Interessensgruppen sind zu erwarten	wesentlicher Einmaleffekt bezüglich einer Vereinfachung von Arbeitsabläufen und/oder eines Kostenveränderungspotenzial
gering	Bundesgesetzgebung betroffen bzw. wesentliche Widerstände von Interessensgruppen sind zu erwarten	geringe Vereinfachung von Arbeitsabläufen und/oder geringes Kostenveränderungspotenzial

Tabelle 17: Kriterien der Einteilung der Realisierbarkeit und des Potenzials

Für den weiteren Prozess der Maßnahmenabarbeitung wurden die oben beschriebenen Kriterien durch eine gemeinsame Betrachtung der Realisierbarkeit und des Potenzials in drei Prioritätsstufen eingeteilt. Zudem wurde für jede Prioritätsstufe eine Bearbeitungsfrist definiert.

Priorität	Realisierbarkeit	Potenzial	Vermerk
A	hoch	hoch	
A	hoch	mittel	
A	mittel	hoch	
B	hoch	gering	Prüfung der Aufwendigkeit des Prozesses
B	gering	hoch	
B	mittel	mittel	
C	mittel	gering	
C	gering	mittel	
C	gering	gering	

Tabelle 18: Einteilung der Priorisierung anhand Realisierbarkeit und Potenzial

Anhand dieser zwei Schritte, Kriterien- und Potenzialfestlegung, können somit alle Potenziale in den folgenden Raster eingeordnet werden.

Realisierbarkeit	hoch keine gesetzlichen Änderungen notwendig bzw. nur Landesgesetzgebung betroffen	3			Priorität A
	mittel Landesgesetzgebung und zusätzliche Landesentscheidungsträger notwendig (GPF) bzw. erwartbare Widerstände von Interessensgruppen	2			Priorität B
	gering Bundesgesetzgebung bzw. wesentliche erwartbare Widerstände von Interessensgruppen	1			
			1	2	3
			gering geringe Vereinfachung von Arbeitsabläufen und/oder geringes Kostenveränderungspotenzial	mittel wesentlicher Einmaleffekt bezüglich einer Vereinfachung von Arbeitsabläufen und/oder Kostenveränderungspotenzial	hoch wiederholende bzw. laufende Verbesserung der Arbeitsabläufe / Kostenveränderungspotenzial bzw. Änderung wird für eine abhängigen Maßnahme (anderer Arbeitsgruppen) benötigt
			Potenzial im Sinne der Zielsetzung		

Abbildung 22: Kriterienfestlegung und Priorisierung der Potenziale

Die priorisierten Vorschläge werden in einem weiteren Schritt näher bearbeitet und Vorschläge (Maßnahmen) für die nötigen gesetzlichen Änderungen ausgearbeitet. Der Themenbereich „Bau“ wird seitens einer Arbeitsgruppe des Amtes der Landesregierung bearbeitet, wobei die Ergebnisse eingearbeitet werden.

Zur Erarbeitung von Leistungsabteilungs- und Anreizsystemen zur nachhaltigen Kostendämpfung wurden des Weiteren anhand einer Literaturrecherche mögliche Anreizmodelle definiert. Ausgehend von den derzeitigen Finanzierungsproblematiken werden im weiteren Schritt anhand des folgend dargestellten Rasters durch einen Diskussionsprozess die dafür am besten geeigneten Anreizinstrumente (mit Beachtung der derzeitigen öö. Rahmenbedingungen) gesucht und die nötigen Gesetzesänderungen zu einer möglichen Implementierung je Anreizmodell aufgezeigt.

Dieser Raster untergliedert sich in positive bzw. negative Anreize und baut sich wie folgt auf:

- Anreizinstrument
- Beschreibung
- Auswirkungen des Anreizinstrument auf die Kosten
- Auswirkungen des Anreizinstrument auf die Qualität
- betroffenen Gesetze / Behördenauflagen
- Anmerkungen
- positive/negative Effekte

Änderungen mit Landeskompetenz stehen wiederum für die weitere Bearbeitung im Vordergrund.

6.3.3. Festlegungen / Ergebnisse

Priorisierung der Potenziale

Jene Maßnahmen (Veränderungsvorschläge), welche

- keine gesetzlichen Änderung benötigen beziehungsweise nur die Landesgesetzgebung / Landeskompetenzen betroffen ist/sind sowie
- wiederholende bzw. wesentliche Einmaleffekte der Verbesserung der Arbeitsabläufe und/oder des Kostenveränderungspotenzial dadurch erzielt werden oder
- die Änderung für eine in Abhängigkeit stehenden Maßnahme benötigt wird,

werden **prioritär behandelt** und sollten wenn möglich sofort umgesetzt werden, jedoch **bis spätestens Juli 2012** (Priorität A).

Vorschläge **mit Priorität B**, sollten nach Prüfung des Aufwandes des Implementierungsprozesses so bald als möglich implementiert werden, jedoch **bis spätestens Juli 2013**.

Alle weiteren Vorschläge sollten, nach Prüfung der Möglichkeit einer gesetzlichen Änderung umgesetzt werden. Hierbei kann aufgrund der Notwendigkeit von Änderungen von Bundesgesetzen und damit verbundenen langen Implementierungsphase keine Bearbeitungsfrist vorgegeben werden.

Priorität	Realisierbarkeit	Potenzial	Anzahl der Vorschläge	Bearbeitungsfrist
A	hoch	hoch	17	bis Juli 2012
A	hoch	mittel	2	bis Juli 2012
A	mittel	hoch	1	bis Juli 2012
Priorität A			20	bis Juli 2012
B	hoch	gering	2	bis Juli 2013
B	gering	hoch	6	bis Juli 2013
B	mittel	mittel	3	bis Juli 2013
Priorität B			11	bis Juli 2013
C	mittel	gering	2	wenn möglich
C	gering	mittel	3	wenn möglich
C	gering	gering	1	wenn möglich
Priorität C			6	wenn möglich
Gesamt			37	

Tabelle 19: Prioritätsfestlegung mit Anzahl der Vorschläge sowie Angabe der Bearbeitungsfrist

Des Weiteren wurden von den 76 Inputs, 39 Vorschläge aufgrund folgender Punkte nicht weiterverfolgt:

- Vorschlag war nicht zutreffend beziehungsweise konnte nicht nachvollzogen werden
- keine gesetzlichen Einschränkungen und somit besteht die Möglichkeit der Umsetzung

- notwendige gesetzliche Änderung hat keine Auswirkung auf Kosten oder Qualität

Anreizmodelle

Aus der Grundgesamtheit von zehn Anreizmodellen werden durch die fachliche Auseinandersetzung folgende fünf **Anreizmodelle** vorgeschlagen, welche ebenfalls als Input in die Prioritätsliste eingearbeitet wurden.

- Reduzierung des Pflegeteile bei der Abgangsdeckung
- Degressionsmodell der LKF-Punktemenge (unterjährig)
- Leistungsorientierte Ambulanzfinanzierung
- Tool zur verbindlichen Umsetzung des RSG
- Definition von Zielwerten für Tagesklinik (Bonussystem)

Diesbezüglich wurden folgende Zielsetzungen bzw. Grundsätze definiert:

1. Erbringung einer definierten Leistung muss bei zumindest gleichbleibender Qualität (medizinischer Qualität sowie Servicequalität) mit den kostengünstigsten Strukturen erbracht werden (ambulant, tagesklinisch, stationär)
2. Abstimmung der ambulanten Leistungen im intra- und extramuralen Bereich (inhaltlicher Vergleich durch das Projekt KAL)
3. Abgeltungsanreize für Verlagerungspotenzial vom stationären zum tagesklinische Bereich sowie vom tagesklinischen/OTages Bereich zum ambulanten Bereich müssen gestärkt werden
4. Geld folgt Leistung (Leistungsverschiebungen)

7. Konzeptentwicklung für ein Evaluationsmodell der Ergebnisse der öö. Spitalsreformkommission

7.1. Ausgangslage

Die öö. Spitalsreformkommission nahm die Anregung des Landesrechnungshofes auf, der in seinem Bericht betreffend die *Initiativprüfung zur Umsetzung der Spitalsreform* aus den Jahren 2004/2005 (LRH-100044/43-2008-HR) bemängelte, dass – was die Umsetzung der Ergebnisse der damaligen Kommission anbelangt – *notwendige Strukturentscheidungen durch vorgesehene aber noch nicht durchgeführte Evaluierungen zumindest hinausgeschoben wurden.*²²

Auftragsinhalt war die **Erstellung von Dokumentationsrichtlinien** für die von der Spitalsreformkommission beschlossenen Reformvorschläge („Maßnahmen“). In der Umsetzungsphase können damit methodisch einheitlich aufgebaute Evaluationen durchgeführt werden, die über den Erfolg bzw. Misserfolg der einzelnen Maßnahmen Auskunft geben.

Folgende Ziele wurden für den Themenbereich Evaluation definiert:

Sicherstellung des Erfolges der Spitalsreformkommissionsarbeit durch

- Richtlinienerstellung für die "Maßnahmenformulierung" (inklusive Vordenken von erheblichen "Messgrößen",...)
- Erstellung von Begriffsdefinitionen (Kostendämpfung, med. Fortschritt,...), Rechenbasis, Indexempfehlungen für Inflation und medizinischen Fortschritt...
- Berücksichtigung der Erfordernisse des öö. KAG und der Nettobetrachtung

Sicherstellung der erfolgreichen Umsetzung der Maßnahmen zur Spitalsreform durch

- Erarbeitung einer einheitlichen Evaluationsmethodik für die Maßnahmen der Spitalsreformkommission (medizinisch und ökonomisch)
- Festlegung von Evaluationskriterien, welche die Zielsetzungen der Spitalsreformkommission widerspiegeln
- Berücksichtigung der Erfordernisse der ÖÖ KAG und der Nettobetrachtung

7.2. Methodik

Theoretische Grundlage des von der Spitalsreformkommission gewählten Evaluationsansatzes sind die von der OECD verfolgten Ansätze hinsichtlich der Evaluation.²³ Auch die EU verwendet diesen Evaluationsansatz einheitlich für alle Politikfelder.

²²; https://www.lrh-ooe.at/files/downloads/berichte/2009/IP_Spitalsreform_Bericht.pdf; Seite 1, Ziffer 2

²³ <http://www.oecd.org/dataoecd/29/21/2754804.pdf>

Als Evaluationskriterien werden demzufolge die folgenden fünf Dimensionen gewählt:

Relevanz	Entspricht die Maßnahme den Zielen der Spitalreformkommission?
Wirkung	Inwieweit trägt die Maßnahme zur Erreichung der Strategie bei?
Effektivität	Sind die Ziele der einzelnen Maßnahme erreicht?
Effizienz	In welchem Ausmaß wurde der Ressourceneinsatz optimiert?
Nachhaltigkeit	Inwieweit wurden langfristig positive Effekte erzielt?

Abbildung 23: Evaluationskriterien

Zur Erhöhung der Erfolgsaussichten der Umsetzung der Reform setzen die Gedankengänge der Evaluation bereits in der Planungsphase – also während der Maßnahmendefinition – an.

Ist dies nämlich der Fall, kann **durch entsprechende Dokumentation sichergestellt** werden, dass die der **einzelnen Maßnahme zugrundeliegende Gedankenlogik**

1. in strukturierter, einheitlicher Form dargestellt ist,
2. mit den Zielsetzungen der SRK verknüpft ist,
3. mit definierten, erhebenden Indikatoren hinterlegt wird, und
4. Annahmen und Vorbedingungen einbezieht.

Die Darstellung der Gedankenlogik erfolgt einzeln für jede Maßnahme **in grafischer Form („Interventionslogik“)** und **in tabellarischer Aufbereitung („strategisches Formular“)**. In der Planung der Reformmaßnahmen wird dabei stets von den Zielen der Spitalsreform (beabsichtigte Wirkungen) ausgegangen. Die Ableitung erfolgt in diesem Falle wie dargestellt von der Zielsetzung ins Detail.

Die Interventionslogik aus folgender Abbildung gibt die grafische Darstellung anhand einer Wirkungskette wieder. Diese unterstützt die Schaffung eines Überblicks in Bezug auf die dargestellte Reformmaßnahme. Das Prinzip von „Ursache“ und „Wirkung“ der Intervention wird durch die Verbindungslinien hervorgehoben.²⁴ Die Planung erfolgt dabei immer ausgehend von den Zielsetzungen der Spitalsreformkommission. Die Ableitung auf geeignete Umsetzungsstrategien ist der zweite Schritt. Danach erfolgt die Überlegung, welche Maßnahmen diese Strategie umsetzen und welche Ergebnisse die individuelle Maßnahme erzielt. Es besteht somit für alle Vorschläge der Reformkommission eine geschlossene logische Verknüpfung zwischen der Zielsetzung der Spitalsreform und der Maßnahme.

²⁴ Bei Abbildung 24 handelt es sich rein um eine schematische Darstellung. Die Zelleninhalte sind keiner konkreten Reformmaßnahme entnommen.

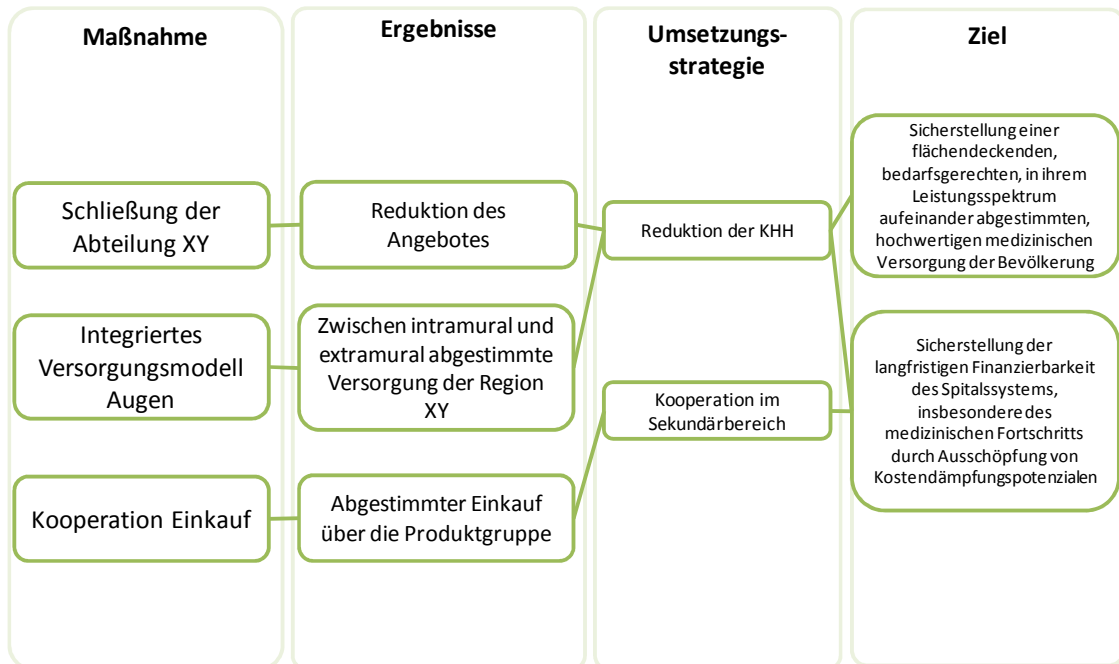


Abbildung 24: Interventionslogik: Darstellung der Gedankenlogik durch eine Wirkungskette²⁵

Aus Abbildung 24 ist folgendes Beispiel entnommen: Die Schließung einer Abteilung führt nach dieser Annahme zu einer Reduktion des Angebots und senkt die Krankenhausfrequenz (KHH). Unter der Berücksichtigung einer jedenfalls „bedarfsgerechten“ Leistungsplanung trägt diese Maßnahme zu einer Sicherstellung der langfristigen Finanzierbarkeit des Spitalssystems bei.

Das strategische Formular aus Abbildung 25 bildet die Gedankenlogik in höherem Detaillierungsgrad ab. Die Tabelle beinhaltet als wesentliche Informationen: eine beschreibende Ausformulierung der einzelnen Aspekte, Indikatoren für die Messung der erfolgreichen Umsetzung der Reformmaßnahme, Quelle für Ableitung dieser Indikatoren, sowie eine Darstellung der zugrundeliegenden Annahmen²⁶ und Vorbedingungen²⁷.

²⁵ Als Zielsetzungen für die Spitalsreformkommission sind gemäß dem Auftrag 5 Punkte definiert. Alle fünf Zielsetzungen sind den beiden dargestellten Zielen „hochwertige medizinische Versorgung“ und „langfristige Finanzierbarkeit“ zuzuordnen. Zur klareren Darstellung erfolgt an dieser Stelle nur die Darstellung dieser beiden Oberziele.

²⁶ Im Kernbereich sind das etwa Einflussfaktoren auf die Leistungsplanung (Altersstruktur, Wanderungsbewegungen, medizinischer Fortschritt,...).

²⁷ Im Kernbereich ist die etwa die Schaffung von gesetzlichen Grundlagen, die zur Durchführung der Reformmaßnahme notwendig sind.

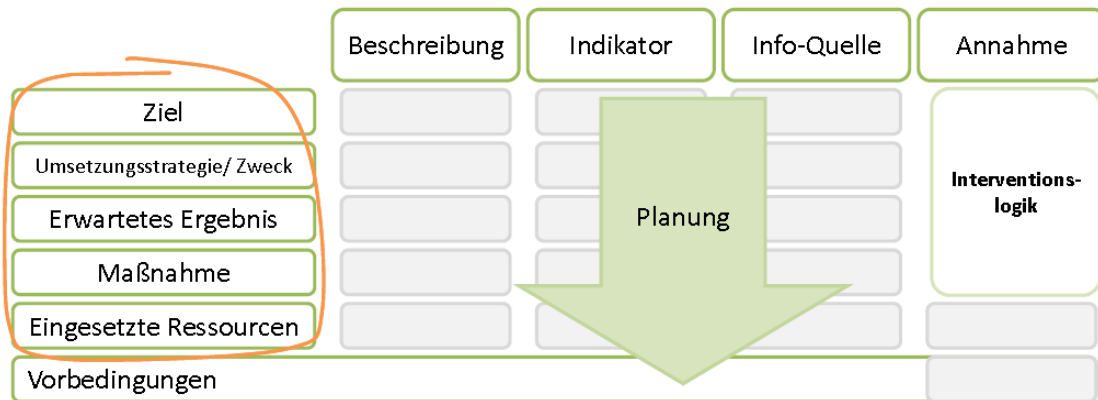


Abbildung 25: Strategisches Formular: Detaillierung der Wirkungskette

Während der Evaluation wird anhand dieser einheitlichen Dokumentation der Umsetzungsstand anhand der fünf Dimensionen Relevanz, Wirkung, Effektivität, Effizienz und Nachhaltigkeit eingeschätzt. Das Vorgehen ist dabei in der Regel gegenläufig zum Planungsvorgehen. Zunächst wird betrachtet, ob die Vorbedingungen erfüllt sind. Diese stellen ja die Basis für die Realisierung der Reformmaßnahme dar.

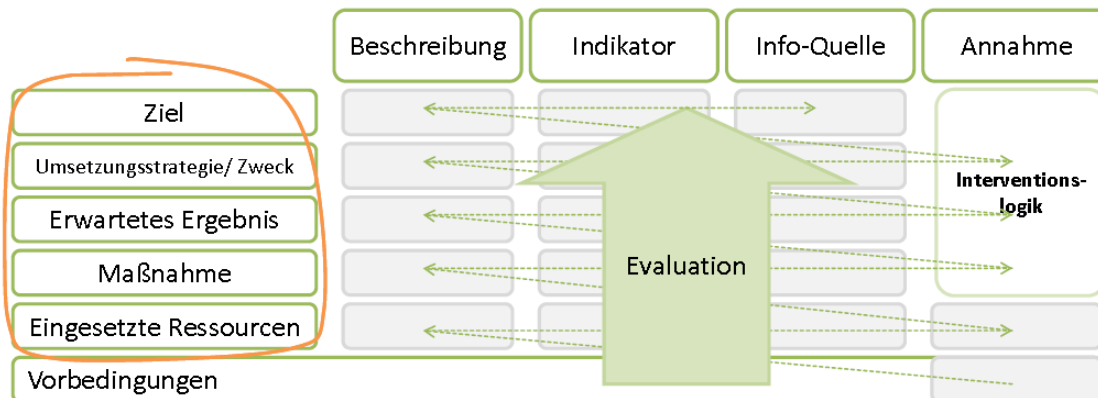


Abbildung 26: Strategisches Formular: Evaluationsansatz

Die Dimensionen decken unterschiedliche Ebenen des Strategischen Formulars ab, wobei eine Evaluation zwischen 7 bis 10 Fragen beinhalten wird. Diese Beziehungen sind in folgender Abbildung dargestellt. So stehen beispielsweise Evaluationsfragen iZm der Relevanz stets in einem Naheverhältnis zur Zielsetzung einer Intervention.

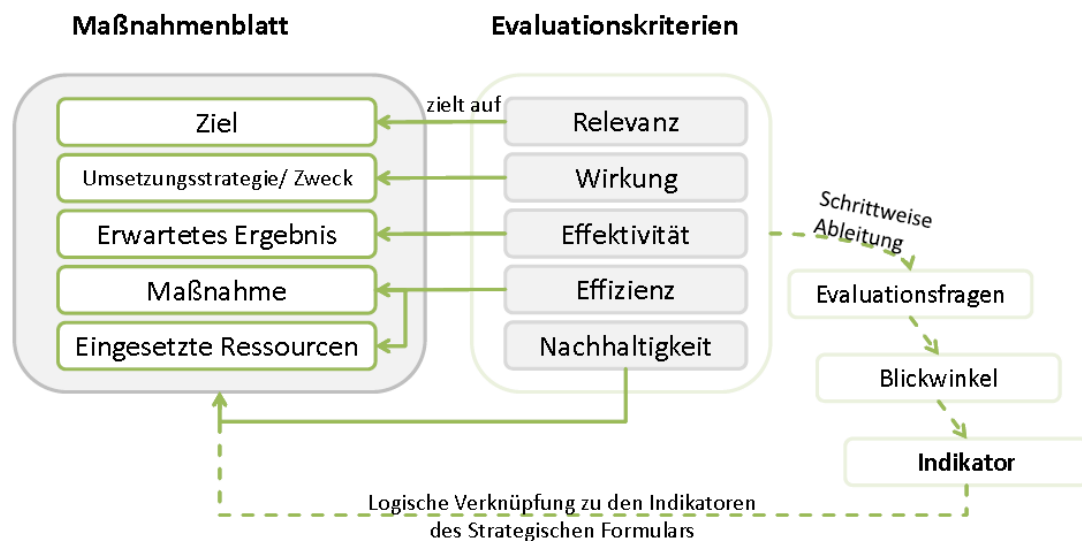


Abbildung 27: Verknüpfung von Planung und Evaluation

Die Evaluation der in der Spitalsreform ausgearbeiteten Maßnahmen folgt diesem einheitlichen schematischen Vorgehen.²⁸ Die Beantwortung der Evaluationsfragen erfolgt aus sogenannten Blickwinkeln und den definierten Indikatoren. Hier besteht eine logische Verknüpfung mit den Indikatoren des Strategischen Formulars der einzelnen Maßnahme. Diese werden für die Zwecke der Evaluation herangezogen.

Folgende Abbildung stellt die schrittweise Ableitung anhand eines Beispiels dar:

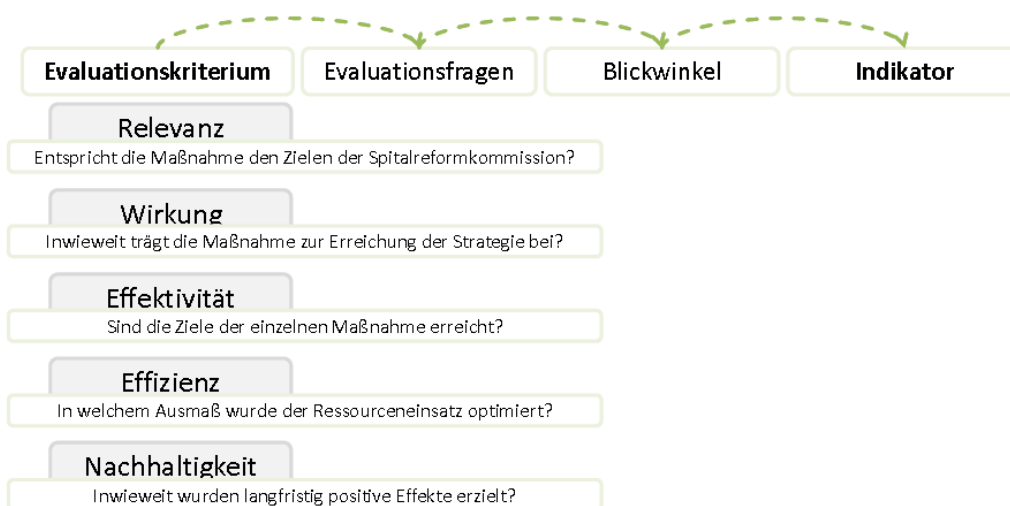


Abbildung 28: Beispiel einer schrittweisen Ableitung von Evaluationskriterium zu Indikator

²⁸ Die Evaluationsfragen von der Ebene „Erwartetes Ergebnis“ abwärts unterscheiden sich teilweise voneinander. Diese „Freiheitsgrade“ sind in der Evaluation notwendig, um auf die unterschiedlichen Spezifika einzelner Reformmaßnahmen einzugehen. Die Evaluation wird auf Maßnahmenschwachstellen ausgerichtet.

Für das Evaluationskriterium Relevanz stellt sich die Ableitung wie folgt dar:

- **Mögliche Evaluationsfrage:**

Entspricht die Maßnahme den Zielen der Spitalsreform?

- **Mögliche Blickwinkel:**

Blickwinkel *1*: *Sicherstellung einer flächendeckenden, [...] medizinischen Versorgung*

Indikator *1.1*: *medizinische Prozess-, und Ergebnisindikatoren (Morbidität, ...)*

Blickwinkel *2*: *Sicherstellung der langfristigen Finanzierbarkeit des öö. Spitalssystems*

Indikator *2.1*: *Kostenentwicklung, Abgangsentwicklung*

Dieses Vorgehen dient der Schärfung der Fragestellung, die durch die Evaluation beantwortet wird. Schwierige, breit gefasste Themenfelder werden in Aspekte mit sehr geringer Komplexität zerlegt. Die gestellten Fragen werden anhand der Einzelaspekte leicht beantwortbar.

7.3. Dokumentation der Maßnahmen

Jede durch die Spitalsreformkommission beschlossene Maßnahme ist durch zwei Dokumente darzustellen:

1. Wirkungskette
2. Interventionslogik

Diese Arbeit erfolgte verpflichtend vor der Beschlussfassung durch die SRK und stellt einen wichtigen Teil in deren Entscheidungsfindungsprozess dar.

Diese Dokumentation je Maßnahme bildet die Grundlage der nachfolgenden jährlichen Evaluation.

Die Maßnahmen können sich auf folgende Ebenen auswirken:

- Oberösterreich gesamt
- Versorgungsregion
- Mehrere Krankenhausstandorte
- Einen Krankenhausstandort

Die Beschreibung der Auswirkungen erfolgt zumindest auf den ersten beiden Ebenen und soweit möglich auch auf den beiden verbleibenden Ebenen.

Wichtig ist an dieser Stelle der Hinweis, dass die Darstellung der Maßnahme durch die Spitalsreformkommission keine operationalisierte Umsetzungsplanung darstellt. Die dokumentierten Maßnahmen sind lediglich die Ausgangsbasis für diese Detailplanung, welche durch die betroffene Organisationseinheiten (Krankenhausstandorte, -träger) erstellt wird und mit der Abteilung Gesundheit zu vereinbaren ist. Schon aus den unterschiedlichen Planungstiefen

können sich Unterschiede zum Vorschlag der SRK (z.B. Zeitplanung, Kostendämpfungspotential) ergeben. Die Detailplanung erfolgt nach Abschluss der Arbeit der Spitalsreformkommission.

7.4. Evaluationsprozess

Der Gedankengang zur Evaluation der Spitalsreform und der darin vereinbarten Reformmaßnahmen stellt darauf ab, dass einmal jährlich die Dokumentation der einzelnen Maßnahmen (Wirkungskette und Interventionslogik) aktualisiert wird. Dieser Vorgang ist als Aufgabe im Sinne des Projektmanagements der einzelnen Maßnahme zu sehen und steht am Anfang des Evaluationsprozesses zur Spitalsreform. Der Ablauf ist als Flussdiagramm in folgender Abbildung dargestellt.

Diese Aktualisierung betrifft im Wesentlichen die Erhebung der Indikatoren aus den definierten Quellen durch den jeweiligen Dateneigner. Erste Erhebende sind die Krankenanstalten oder deren Träger. Danach ergänzt die Abteilung Gesundheit die in ihrem Datenmaterial vorhandenen Indikatoren und ist auch für die Erfassung jener Indikatoren verantwortlich, die bei „Dritten“ liegen (Abteilung Soziales, Sozialversicherung, Vor- und Nachgelagerte Versorger, ...). Die medizinischen Indikatoren auf Ebene der Ziele müssen zum Beispiel durch die Abteilung Gesundheit bei der Sozialversicherung erhoben werden.

Nach erfolgter Datensammlung vergleicht die Abteilung Gesundheit IST und SOLL der Indikatoren auf Ebene der Zielsetzungen der Spitalsreform. Sind die Zielsetzungen der Spitalsreform zum Evaluationszeitpunkt erreicht, wird der Prozess der detaillierten Evaluation für das betreffende Jahr ausgesetzt.

Im Falle eines nicht erreichten Ziels (Nichterreichung SOLL) werden die Indikatoren auf Ebene der Umsetzungsstrategien hinsichtlich ihrer (Nicht-)Erreichung abgeglichen und innerhalb dieser Umsetzungsstrategien einzelne Maßnahmen zur Evaluation ausgewählt. Dies erfolgt v.a. in jenen Strategien, deren Indikatoren im IST die SOLL-Messwerte nicht erreichen.

Für diese erfolgt eine Evaluation auf Basis der in Abschnitt 7.2 dargestellten Vorgehensweise (Evaluationskriterien – Fragen – Blickwinkel – Indikatoren). Ein Evaluationsbericht wird je definierter Maßnahme erstellt. Die Abteilung Gesundheit ist verantwortlich für die Durchführung der einzelnen Maßnahmenevaluationen.

Der jährliche Evaluierungsprozess der Spitalsreformkommission ist jeweils mit dem 2. Quartal des Folgejahres durch die Abteilung zu initiieren. Die Sammlung der einzelnen Indikatoren erfolgt dabei nach Maßgabe der Verfügbarkeit dieser Messgrößen im Verlauf des 2. Quartals (Verfügbarkeit genehmigte Rechnungsabschlüsse, Verfügbarkeit KDok, Mortalitätsdaten, ...).

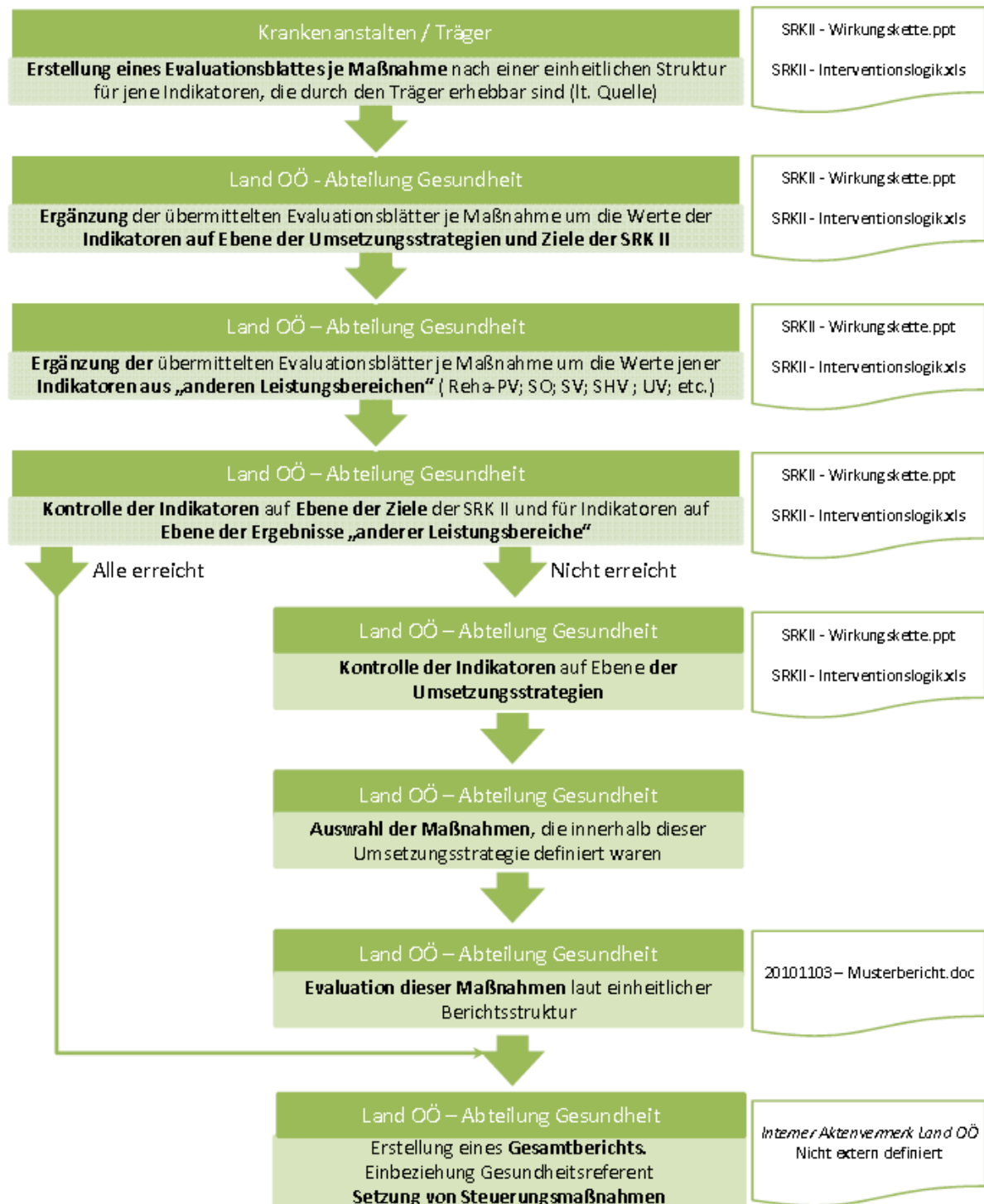


Abbildung 29: Jährlicher Evaluationsprozess der Spitalsreform

7.5. Evaluationswerkzeuge

Je evaluierter Maßnahme wird ein einzelner Evaluationsbericht erstellt. Die Auswahl der im Detail zu evaluierenden Maßnahmen soll unter einer treffsicheren Berücksichtigung von Auswahlkriterien erfolgen (Gesundheitsbeitrag zum öö. Spitalwesen, monetärer Beitrag der Maßnahme zur SRK, Umsetzungsstatus, Vorbedingungen, Erfahrungen aus Vorjahren).

Je Bericht sind etwa 5 bis 8 Fragen zu stellen. Je höher die Bedeutung und Komplexität der Reformmaßnahme, desto höher ist tendenziell die Anzahl der untersuchten Fragen innerhalb dieser Bandbreite.

Im Musterbericht sind weitere Werkzeuge genannt (Ablaufschema der Evaluation, Evaluationsmatrix und Erhebungsmethoden, Gedankenmuster). Auf diese wird an dieser Stelle nicht gesondert eingegangen.

7.6. Einheitliche Definitionen und Rechenverfahren

Die folgenden Abschnitte behandeln Festlegungen, die aus dem Gesichtspunkt der Evaluation heraus für die Arbeit der gesamten Spitalsreformkommission einheitlich angewandt werden.

7.6.1. Indikatoren auf Ebene der Ziele der Spitalsreform: Medizin

Relevante Zielsetzung der öö. SRK ist die *Beibehaltung einer flächendeckenden, bedarfsgerechten, in Ihrem Leistungsspektrum aufeinander abgestimmten, hochwertigen medizinischen Versorgung der Bevölkerung.*

Um das Erreichen dieser Ziele beurteilen zu können, ist die Messung der medizinischen Prozess- und Ergebnisqualität notwendig.

Die Empfehlungen der Spitalsreformkommission für die Messung von medizinischen Indikatoren auf Zielebene sind nachfolgend dargestellt. Diese sollten jedenfalls mit den Ergebnissen der „Arbeitsgruppe med-EQM des Landes OÖ“ zusammengeführt werden, welche sich derzeit auf Landesebene mit der medizinischen Ergebnisqualitätsmessung in öö. Krankenanstalten auseinandersetzt. Diese Gesamtempfehlung soll verbindlich umgesetzt werden.

Die Kommission diskutierte internationale Kennzahlensysteme²⁹ hinsichtlich eines Einsatzes für OÖ. Es wurde entschieden, dass auf diese internationalen Modelle nicht zurückgegriffen wird. Die Beeinflussbarkeit von Indikatoren einerseits, resultierende Anreize (an ihren Grenzen:

²⁹ Etwa EHCI – Euro Health Consumer Index 2010

Fehlansätze), sowie Erhebungsunsicherheiten und Dokumentationsaufwände waren die häufigsten Ausschlussgründe anderer Indikatoren im Bereich der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität.

Prämisse ist, dass möglichst viele der zu erhebenden Kennzahlen aus bereits jetzt in den Krankenanstalten erhobenen Routinedaten abgeleitet werden sollen. Damit würde der zur Datenerhebung notwendige Aufwand minimiert.

Abgestimmt mit diesbezüglichen Entwicklungen auf Bundesebene sollten – je nach konkreter Empfehlung der „Arbeitsgruppe med-EQM“ – Kennzahlen wie die in den Abbildungen 30 bis 32 beispielsweise dargestellten erhoben werden.

Diese Kennzahlen könnten als Referenzkennzahlen für die Entwicklung der medizinischen Behandlungsqualität in OÖ herangezogen werden. Sie könnten die wesentlichen Entwicklungen im öö. Spitalswesen unabhängig und aussagekräftig abbilden. Als „zentrale Zielindikatoren der Spitalsreformkommission“ könnten sie bereits jetzt erhoben werden.

OECD: Causes of mortality	ICD-10	sdr/100.000pop	Kennzahl	Quelle
1 Malignant neoplasms of the colon	C18-C21	16,8	1-Jahresmortalität	Tumor-Dokumentation
2 Malignant neoplasms of the lung	C33-C34	28,9	1-Jahresmortalität	Tumor-Dokumentation
3 Malignant neoplasms of the female breast	C50	21,1	1-Jahresmortalität	Tumor-Dokumentation
4 Malignant neoplasms of the cervix	C53	2,5	1-Jahresmortalität	Tumor-Dokumentation
5 Malignant neoplasms of the prostate	C61	20,6	1-Jahresmortalität	Tumor-Dokumentation
6 Diabetes mellitus	E10-E14	21,3	1-Jahresmortalität	Statistik Austria
7 Ischaemic heart diseases	I20-I25	98,4	1-Jahresmortalität	Statistik Austria
8 Acute myocardial infarction	I21, I22	41,3	Spitalsmortalität	KIS
9 Cerebrovascular diseases	I60-I69	34,8	1-Jahresmortalität	Statistik Austria
10 Stroke			Spitalsmortalität	IVSA
11 Influenza & pneumonia	J10-J18	8,0	Spitalsmortalität	KIS
12 Bronchitis, emphysema and asthma	J40-J43	8,2	1-Jahresmortalität	Statistik Austria
13 Chronic liver disease and cirrhosis	K70, K73	14,3	???	???
14 Misadventures to patients during surgical and medical care	Y60-Y84	0,9	Spitalsmortalität	???

Abbildung 30: Ziele der SRK – Ergebnisindikatoren (Mortalität)

Sentinel Incidents	sdr/100.000pop	Kennzahl	Quelle
1 Tod nach Cholecystektomie		Spitalsmortalität	
2 Tod nach Entbindung		Spitalsmortalität	
3 Tod nach Coronarangiographie		Spitalsmortalität	
4 Tod nach Coronarintervention		Spitalsmortalität	
5 Tod nach Schrittmacherimplantation, -wechsel, -aggregatwechsel		Spitalsmortalität	
6 Tod nach Schenkelhalsfraktur		Spitalsmortalität	

Abbildung 31: Ziele der SRK – Ergebnisindikatoren (Mortalität, Sentinel)

Prozess	Zielwert	Kennzahl	Quelle
1 Perioperative Versorgung	48-Stunden-Mortalität nach chir. Eingriffen in Narkose (Risikoadjustierung nach ASA)	Perioperative Mortalität	
2 Verweildauermanagement	Prozentsatz jeder HDG, bzw. MEL, bei welchem die Entlassung nicht nach der minimalen Verweildauer erfolgt	%HDG, bzw. %MEL < untere VD+4	
3 Tagesklinische Versorgung	Prozentsatz an tagesklinischen Leistungen bei jeder TK-MEL	%MEL mit VD=3	

Abbildung 32: Ziele der SRK – Prozesskennzahlen med. Kernprozess

System	Zielwert	Kennzahl	Quelle
1 Erstaufnahme		% Erstaufnahme	
2 Wiederaufnahme wegen derselben Diagnose		% Wiederaufnahme gesamt	
3 Wiederaufnahme wegen derselben Diagnose		% Wiederaufnahme mit geplantem Termin	
4 Wiederaufnahme wegen derselben Diagnose		% Wiederaufnahme nach Selbsteinweisung	
5 Wiederaufnahme wegen derselben Diagnose		% Zuweisung vom niedergelassenen Arzt	
6 Wiederaufnahme wegen derselben Diagnose		% Zuweisung vom Standard-KH	
7 Wiederaufnahme wegen derselben Diagnose		% Zuweisung vom Schwerpunkt-KH	
8 Wiederaufnahme wegen derselben Diagnose		% Zuweisung vom Zentral-KH	
9 Wiederaufnahme wegen derselben Diagnose		% Wiederaufnahme als Notfall	

Abbildung 33: Ziele der SRK – Systemkennzahlen Aufnahme

7.6.2. Indikatoren auf Ebene der Ziele der Spitalsreform: Bürgerbefragung

Neben der Messung der medizinischen Prozess- und Ergebnisqualität (siehe 7.5.1.) sollte auch die Zufriedenheit der Bevölkerung mit dem Krankenversorgungs- bzw. Gesundheitssystem als Qualitätsindikator vor Beginn und nach der Umsetzung der empfohlenen Maßnahmen gemessen werden.

Die Gesamtzufriedenheit der öö. Bevölkerung mit dem öö. Gesundheitswesen sollte nach der erfolgreichen Umsetzung der Spitalsreformmaßnahmen im Bereich der derzeit aktuellen Zufriedenheitsniveaus liegen. Ergibt sich aus künftigen Befragungen eine wesentliche und dauerhafte, nachteilige Veränderung dieses Zufriedenheitsniveaus, ist seitens der Abteilung Gesundheit eine entsprechend detaillierte Ursachenanalyse durchzuführen.

Der Zufriedenheitswert der Oberösterreicher muss jeweils im Kontext von gesellschafts-politischen Rahmenbedingungen und Einflüssen (Wahlen, Kampagnen, Anlassfälle) gesehen werden.

7.6.3. Indikatoren auf Ebene der Ziele der Spitalsreform: Ökonomie

Indikator hinsichtlich der Sicherstellung der langfristigen Finanzierbarkeit und Bezugswert für die Arbeit der SRK in der Maßnahmendefinition sind die Kosten des öö. Spitalswesens (Ausgaben auf Basis des ordentlichen Haushalts inklusive der Ersatzbeschaffungen).

Die Ausgaben des ordentlichen Haushalts liegen im Schnitt um rund 4,3% unter den Kosten laut KDok. Eine Überleitung erfolgt in den Rechenwerken der SRK nicht. Ein Sicherheitsaufschlag von rund 5% auf die Kostendämpfung wird im Zuge der Maßnahmenformulierungen zur Sicherung des Ausgabenziels berücksichtigt.

Setzt eine Maßnahme bei der Ausgabenentwicklung des ordentlichen Haushalts an, ist das Dämpfungspotential zur Sicherung der Vergleichbarkeit entsprechend überzuleiten.

Ziel der Spitalsreform ist die Sicherstellung einer nachhaltig „gedämpften“ Kostenentwicklung, wobei die Indizes der laufenden Entwicklung unabhängig („unbeeinflussbare Größen“) betrachtet werden. Als reformunabhängige Indizes wurden festgelegt:

- Sachkostenindex
- Personalkostenindex
- Index des medizinischen Fortschritts (zusätzlich zum Sachkostenindex)

Während sich Sach- und Personalkostenindex jährlich an die volkswirtschaftliche Entwicklung anpassen, wird für den medizinischen Fortschritt ein durchschnittlicher Zuwachsbetrag festgelegt und aus den Vergangenheitsdaten berechnet.

Aus dieser Vorgangsweise ergibt sich, dass die Ergebnisse aus der Umsetzung der Maßnahmen weitgehend unabhängig von der Entwicklung der jeweiligen Indizes beurteilt werden können.

7.6.4. Einheitliche Definition des medizinischen Fortschritts

Der Medizinische Fortschritt für den Sachkostenbereich wurde durch die Spitalsreformkommission im Schnitt für alle öö. Krankenanstalten mit 0,2% p.a. errechnet. Diese Berechnungen beruhen auf der Annahme, dass sich der medizinische Fortschritt v.a. aus den Bereichen der patientenzahl-bereinigten Endkostensteigerung für medizinische Verbrauchsgüter, medizinischen Geräte und medizinischen Fremdleistungen ableiten ließe. Leistungsausweitungen werden nicht im Sinne des Medizinischen Fortschritts, sondern im Rahmen der Leistungsplanung einbezogen.³⁰

Die Betrachtung inklusive der Personalkostensteigerung (inkl. normaler Leistungsentwicklung) aus den vergangenen Jahren ergab einen Steigerungsprozentsatz von rund 0,8% im Durchschnitt. Von der Kommission wird vorgeschlagen im Sinne der Steuerung des medizinischen Fortschrittes eine Teil dieses %-Satzes zu fixieren, das sind 0,6% und einen disponiblen Teil von maximal 0,4% in den einzelnen Jahren zu gewähren.

7.6.5. Sonstige Indexierung der Sachkosten und Personalkosten

Der Index für die Sachkosten orientiert sich am VPI, jener der Personalkosten an den jeweiligen Lohn- und Gehaltsabschlüssen für die Landesbediensteten.

Während der Personalkostenindex nach Abschluss der jährlichen Voranschlagsverhandlungen feststeht, gibt es für den Sachkostenindex einen Planwert laut Voranschlag der Budgetperiode und einen Istwert am Ende der Budgetperiode.

³⁰ Für die öö. Ordensspitäler wurde im Rahmen der Finanzierungsvereinbarung ein medizinischer Fortschritt von 1% für den medizinischen Fortschritt angesetzt. Dieser beinhaltet die Aspekte Sachkosten, Personalkosten und Mengenausweitung. In den aktuellen Budgetvoranschlägen/Rechnungsabschlüssen wurde dieser Wert nicht in vollem Umfang ausgenützt.

7.6.6. Auswirkungen auf andere Sektoren

Nicht nur die Auswirkungen im intramuralen Bereich sind entsprechend laufend zu evaluieren, sondern auch mögliche Entwicklungen in anderen Sektoren (niedergelassener Bereich, Sozialbereich, mobile Pflege etc.) sind entsprechend der vorgeschlagenen Maßnahmen entsprechend zu evaluieren. Es wird empfohlen auch für diese Bereiche ein Evaluationsmodell zu entwickeln, welche die Auswirkungen von Maßnahmen des intramuralen Sektors auf die jeweiligen Sektoren nachvollziehen lässt.

Fachbereich	Versorgungsregion	Iststand_Häuser	Abbau/ Zuwachs Berechnung	Expertenvorschlag	Kostenveränderung Experten vorschlag	Priorität*
OR	VR 41	AKH Linz 60 BHS 68 SUMME 128	AKH Linz 0 BHS 0 SUMME 0	Beibehaltung der derzeit bestehenden Bettenanzahl unter der Berücksichtigung des Bettenabbaus von 10 unfallchirurgischen Betten	0	A
UC	VR 41 + VR 43	AKH Linz 90 Freist 34 Rohrb 34 UKH Linz 155 SUMME 313	AKH Linz -10 Freist 0 Rohrb 0 SUMME -10	Bettenabbau von 10 Betten unter Berücksichtigung der Beibehaltung der derzeitigen orthopädischen Betten	-2.201.957	A
HNO	VR 41	AKH Linz 32 BHS 54 Elis. 19 SUMME 105	AKH Linz -2 BHS 0 Elis. -19 SUMME -21	Schließung der Abteilung HNO im Krankenhaus der Elisabethinen (ist bereits erfolgt) Bettenabbau am Standort AKH Linz	-2.790.595	A
URO	VR 41	AKH Linz 41 Elis. 37 BHS 61 SUMME 139	AKH Linz -2 Elis. -37 BHS 0 SUMME -39	Einrichtung einer standortübergreifenden Organisationsform der Krankenhäuser Steyr und KH der Elisabethinen Rechtsform: 2 Rechtsträger, 2 Krankenanstalten an 2 Standorten, 1 Abteilung, 1 Primar Leistungsabstimmung Erzielung des Kosteneinsparungspotenzial muss seitens des Trägers gewährleistet sein Bettenabbau am Standort AKh Linz	-3.761.344	A (AKH) B (Elis)
NEU	VR 41	AKH Linz Neurologie: 18 AKH Linz Stroke Unit: 4 AKH Linz Neurologie/Psychiatrie: 58 BBR 91 WJ 85 BHS 2 SUMME 258	AKH Linz 47 AKH Linz 0 AKH Linz -58 BBR -21 WJ 0 BHS -2 SUMME -34	- Schließung einer Abteilung Neurologie im KH der Barmherzigen Brüder - Bettenabbau am Standort Akh Linz	-3.333.270	A
PAL	VR 41 + VR 43	AKH Linz 0 Rohrbach 0 SUMME 0	AKH Linz 9 Rohrbach 3 SUMME 12	Bettenaufbau an den Standorten: - AKH Linz - Rohrbach	847.968	A
RNS	VR 41	AKH Linz 0	AKH Linz 20	Bettenaufbau am Standort AKH Linz	975.280	A
AG/R	VR 41	AKH Linz 24 BBR 24 BHS 24 Elis. 17 SUMME 89	AKH Linz 2 BBR 0 BHS 0 Elis. 0 SUMME 0	Bettenaufbau am Standort AKH Linz	164.688	A

Fachbereich	Versorgungsregion	Iststand_Häuser	Abbau/ Zuwachs Berechnung	Expertenvorschlag	Kostenveränderung Experten vorschlag	Priorität*
IM	VR 41 + VR 43	AKH Linz 228 BBR 88 BHS 189 Elis. 217 Rohrbach 98 Freistadt 74 SUMME 894	AKH Linz -7 BBR 0 BHS 0 Elis. 0 Rohrbach -3 Freistadt 0 SUMME -10	Bettenabbau am Standort AKH Linz Umwidmung der IM Betten im Krankenhaus Rohrbach zu Palliativ Betten Keine Änderungen in den Krankenhäusern Barmherzige Brüder und Schwestern Linz, Krankenhaus der Elisabethinen, Freistadt	-1.217.597	A
PUL	VR 41	AKH Linz 80 Elis. 60 SUMME 140	AKH Linz -5 Elis. -10 SUMME -15	- Standortübergreifende Abteilung der Elisabethinen mit dem LKH Steyr. Rechtsform: 2 Rechtsträger, 2 Krankenanstalten an 2 Standorten, 1 Abteilung, 1 Primar - Leistungsabstimmung - Bettenabbauen an den Standorten AKH Linz und KH der Elisabethinen - Verlagerung der RCU (Respiratory Care Unit) vom KH Steyr zu den Elisabethinen	-1.353.580	A
MKG	VR 41	AKH Linz 31 SUMME 31	AKH Linz -8 SUMME -8	- Konzentration der Mund-Kiefer Chirurgie (MKG) Leistungen am Standort AKH Linz Aufgrund des Erhalt des Fachschwerpunktes in Wels, Bettenabbau am Standort AKH Linz	-560.431	A
PCH	VR 41	BHS 27 SUMME 27	BHS 0 SUMME 0	Konzentration der Plastischen Chirurgieleistungen am Standort der Barmherzigen Schwestern Schließung des Departments im Klinikum Wels Grieskirchen (siehe VR 42) Gewährleistung der Bedarfsversorgung muss auch für andere Krankenhäuser gegeben werden	350.076	B
KI	VR 41 + VR 43	LFKK 127 BHS 43 Rohrb 15 SUMME 185	LFKK -22 BHS -3 Rohrb -5 SUMME -30	- Bettenabbauen an den Standorten: - Landesfrauen- und Kinderklinik - Barmherzige Schwestern Linz - Rohrbach	-3.651.893	A B (LFKK)
KCH	VR 41	LFKK 48 SUMME 48	LFKK 0 SUMME 0	weiterhin Konzentration der kinderchirurgischen Versorgung in der LFKK unter Einbindung der Kooperationsmodelle mit spezialisierten operativen Fächern Umwidmung von 10 kinderchirurgischen Betten in interdisziplinäre pädiatrische Betten	0	A
PSY	VR 41	WJ 441 SUMME 441	WJ -41 SUMME -41	aufgrund der derzeitigen Krankenhaushäufigkeit und Überauslastung der Stationen kann vorerst kein Bettenabbau vorgenommen werden. Erst nach Aufbau einer niederschweligen Versorgungsstruktur (Verbesserung des Nahtstellenmanagements mit dem niedergelassenen Bereich, der ambulanten Versorgung, Ausbau der tagesklinischen Strukturen, etc.) kann die Anpassung an die vorgeschlagenen Bettenabbau erfolgen. Bettenabbau am Standort Landesnervenklinik Wagner Jauregg	-3.902.762	C

Fachbereich	Versorgungsregion	Iststand_Häuser	Abbau/ Zuwachs Berechnung	Expertenvorschlag	Kostenveränderung Experten vorschlag	Priorität*
PSOE + PSOK	VR 41 + VR 44	Steyr Psychosomatik 40 WJ Psychosomatik 0 Steyr Kinderpsychosomatik 6 WJ Kinderpsychosomatik 0 SUMME 46	Steyr -40 WJ 40 Steyr -6 WJ 6 SUMME 0	Organisatorische Eingliederung der Abteilung für Psychosomatik vom heutigen Standort Enns (heute im KH Steyr) in die Landesnervenklinik WJ. Mit Bezug auf die Psychosomatik sowie Kinderpsychosomatik ist noch eine Standortabklärung innerhalb der gespag durchzuführen.	0	B
KJP	VR 41	LFKK 24 WJ 30 SUMME 54	LFKK -24 WJ 25 SUMME 1	Zusammenführung der Abteilung aus der LFKK mit der bereits bestehenden Abteilung in der LNK WJ. Standort Enns wird dislozierter Standort der LNK WJ (bisher KH Steyr) Tagesklinische Struktur in der LNK WJ im Bereich der KJP bleibt erhalten Der Spitalsträger hat nach qualitativen Aspekten diesen Vorschlag zu überprüfen und gegebenenfalls eine neue Festlegung der Standorte zu treffen.	-319.082	B
Anästhesie (Intensiv)	VR 41	AKH Linz 21 BBR 6 BHS 10 Elis. 10 SUMME 47	AKH Linz 7 BBR 0 BHS 0 Elis. 0 SUMME 0	Bettenaufbau von 7 IMCU - Betten	719.488	A
GGH	VR 41 + VR 43	AKH Linz 32 BBR 35 BHS 34 Elis. 32 LFKK 75 Rohrb 25 Freist 25 SUMME 258	AKH Linz -32 BBR -2 BHS -2 Elis. -32 LFKK 17 Rohrb -5 Freist -5 SUMME -61	Gyn/Geb Versorgung AKH Linz - LFKK: Priorität A (01.01.2013): Überführung der gesamten Abteilung für Gynäkologie als eigenständige Abteilung an der LFKK. Führung dieser Abteilung mit 17 Betten an der LFKK Einrichtung eines Zentrums für "Sozialmedizinische Frauenheilkunde", welches eine gynäkologische Tagesklinik mit 6 Betten, die Durchführung der Fristenlösung samt Beratung, First-Love Ambulanz sowie die Gendermedizin umfasst. Priorität C (Ende 2017): am Standort LFKK: Zusammenführung der Abteilungen Gynäkologie und der Abteilung Geburtshilfe zu einer gemeinsamen Abteilung Vision: Zusammenführung der Krankenhäuser AKH Linz und der LFKK in ein Krankenhaus nach Oö. KAG - standardübergreifende Abteilung zwischen LFKK und LKH Freistadt Rechtsform: 1 Rechtsträger, 2 Krankenanstalten, 2 Standorte 1 Abteilung, 1 Primar - Konsequente Weiterführung des Kooperationsmodells der Barmherzigen Schwestern und Barmherzigen Brüder und Schließung einer Abteilung - Schließung Abteilung Gynäkologie im KH Elisabethinen - Reduktion um 5 Betten im LKH Rohrbach	-7.644.462	A (FR / RO /AKH) B (BHS/BBR) C (LFKK)

Fachbereich	Versorgungsregion	Iststand_Häuser	Abbau/ Zuwachs Berechnung	Expertenvorschlag	Kostenveränderung Experten vorschlag	Priorität*
DER	VR 41	AKH Linz 57 Elis. 42 SUMME 99	AKH Linz -32 Elis. 0 SUMME -32	Erhalt der Abteilung am AKH Linz bei gleichzeitigen Bettenabbau von 32 Betten Beibehaltung der Aids Betten in der dermatologischen Abteilung am AKH Linz kein Bettenaufbau am Standort Elisabethinen (8 Betten) Leistungsabstimmung mit dem KH der Elisabethinen, insbesondere keine Behandlung von onkologischen Patienten am Standort AKH	-1.840.996	A
AU	VR 41	AKH Linz 24 BBR 44 SUMME 68	AKH Linz -10 BBR -4 SUMME -14	- Fokussierung im Zentralraum am Standort der Barmherzigen Brüder - Umwandlung der Augen Abteilung im AKH Linz in einen Fachschwerpunkt - Bettenabbau am Standort der Barmherzigen Brüder Leistungsabstimmung der beiden Krankenanstalten: Strabismus-Operationen in Linz werden ausschließlich im KH der Barmherzigen Brüder erbracht. Am Standort AKH Linz sollen zusätzlich zum Leistungsspektrum eines FSP Hornhauttransplantationen durchgeführt werden dürfen. Abstimmung bei Großgeräteanschaffungen der beiden Krankenanstalten.	-2.359.002	A
Kinderherzchir.	VR41	1 Standort am AKH Linz in Kooperation mit der Landesfrauen und Kinderklinik		keine Veränderung zum Ist-Zustand	0	A
Kinderurologie	VR41	1 Standort BHS Linz		Beibehaltung der Kinderurologie im Krankenhaus der BHS Linz.	0	A
Stammzell transplantation	VR41	2 Standorte AKH Linz Krankenhaus der Elisabethinen		Oö. weites Referenzzentrum für Stammzellentransplantation am Standort des Krankenhauses der Elisabethinen.	0	A
Nieren transplantation	VR41	2 Standorte AKH Linz Krankenhaus der Elisabethinen		- Leistungsentfall der MEL 18.02 (Nierentransplantation) am Standort AKH Linz	0	A
IM	VR 44	Steyr 194 davon Enns 70 Kirchdorf 80 Sierning 18 SUMME 292	Steyr -44 davon Enns -70 Kirchdorf 0 Sierning -18 SUMME -132	Schließung der Inneren Medizin am dislozierten Standort Enns und Bettenaufbau am Standort Steyr. Im Krankenhaus Sierning werden die gesamten Betten der Inneren Medizin in AG/R Betten umgewidmet.	-3.134.692	B A (Sierning)
PUL	VR 44	Steyr 70 SUMME 70	Steyr -30 SUMME -30	- Einrichtung einer standortübergreifenden Organisationsform der Krankenhäuser Steyr und KH der Elisabethinen(VR Linz) - bereits in Umsetzung Rechtsform: 2 Rechtsträger, 2 Krankenanstalten an 2 Standorten, 1 Abteilung Alternativmöglichkeit - mit gleichem Kostenveränderungspotenzial: 2 Rechtsträger, 2 Krankenanstalten an 2 Standorten, 2 Abteilung - Verlagerung der RCU (Respiratory Care Unit) zu den Elisabethinen - reduziertes Bettenangebot in Steyr	-978.174	A

Fachbereich	Versorgungsregion	Iststand_Häuser	Abbau/ Zuwachs Berechnung	Expertenvorschlag	Kostenveränderung Experten vorschlag	Priorität*
CH	VR 44	Steyr 95 Kirchdorf 75 SUMME 170	Steyr -20 Kirchdorf -20 SUMME -40	- Empfehlung einer standortübergreifenden Organisationsform der Krankenhäuser Steyr und Kirchdorf Rechtsform: 1 Rechtsträger, 2 Krankenanstalten an 2 Standorten, 1 Abteilung - Leistungsabstimmung	-2.215.364	A
UC	VR 44	Steyr 77 Kirchdorf 40 SUMME 117	Steyr -22 Kirchdorf -10 SUMME -32	Bettenabbau in Steyr und Kirchdorf Leistungsabstimmung	-2.276.783	B
OR	VR 44	Steyr 46 Kirchdorf 30 SUMME 76	Steyr 0 Kirchdorf 0 SUMME 0	- Empfehlung einer standortübergreifenden Organisationsform der Krankenhäuser Steyr und Kirchdorf - Rechtsform: 1 Rechtsträger, 2 Krankenanstalten an 2 Standorten, 1 Abteilung Entscheidung der Standortwahl soll beim Träger liegen - Leistungsabstimmung	-959.154	A
GGH	VR 44	Steyr 41 Kirchdorf 25 SUMME 66	Steyr -6 Kirchdorf -5 SUMME -11	- Empfehlung einer standortübergreifenden Organisationsform der Krankenhäuser Steyr und Kirchdorf - Rechtsform: 1 Rechtsträger, 2 Krankenanstalten an 2 Standorten, 1 Abteilung Bettenabbau an beiden Standorten Leistungsabstimmung	-677.840	A
AU	VR 44	Steyr 20 SUMME 20	Steyr -5 SUMME -5	- Bettenabbau - Im gespag- Verbund Mutterabteilung für Fachschwerpunkt in Vöcklabruck	-462.378	A
HNO	VR 44	Steyr 22 SUMME 22	Steyr -7 SUMME -7	- Umwandlung der HNO Abteilung im Krankenhaus Steyr in einen Fachschwerpunkt (reduzierte Organisationsform) mit Mutterabteilung Vöcklabruck (Lösung im gespag-Verbund)	-163.075	A
URO	VR 44	Steyr 30 SUMME 30	Steyr 0 SUMME 0	- Einrichtung einer standortübergreifenden Organisationsform der Krankenhäuser Steyr und KH der Elisabethinen(VR Linz) - Ressourcenverteilung innerhalb des Gesamtkostendämpfungsziel in Trägerverantwortung Rechtsform: 2 Rechtsträger, 2 Krankenanstalten an 2 Standorten, 1 Abteilung Alternativmöglichkeit - mit gleichem Kostenveränderungspotenzial: 2 Rechtsträger, 2 Krankenanstalten an 2 Standorten, 2 Abteilung	0	B

Fachbereich	Versorgungsregion	Iststand_Häuser	Abbau/ Zuwachs Berechnung	Expertenvorschlag	Kostenveränderung Experten vorschlag	Priorität*
KI	VR 44	Steyr 39 Kirchdorf 20 SUMME 59	Steyr -14 Kirchdorf -5 SUMME -19	Bettenabbau am Standort Steyr Kinderheilkunde kann am LKH Kirchdorf erhalten bleiben, wenn ein Kooperationsmodell mit dem niedergelassenen Bereich erreicht werden kann. Ambulanzmodell: Das geplante Verschränkungsmodell zwischen Krankenhaus und niedergelassenen Bereich, sieht eine Gruppenpraxis der Spitalsärzte außerhalb des Krankenhauses mit verlängerten Öffnungszeiten vor. Im Gegenzug wird die Spitalsambulanz entsprechend reduziert.	-1.505.017	A
PSY	VR 44	Steyr 51 SUMME 51	Steyr -6 SUMME -6	aufgrund der derzeitigen Krankenhaushäufigkeit und Überauslastung der Stationen kann derzeit kein Bettenabbau vorgenommen werden. Erst nach Aufbau einer niederschweligen Versorgungsstruktur (Verbesserung des Nahtstellenmanagements mit dem niedergelassenen Bereich, der ambulanten Versorgung, Ausbau der tagesklinischen Strukturen, etc.) kann die Anpassung an die vorgeschlagenen Bettenabbau erfolgen. Anpassen der Psychiatrie - Bettenkapazität (VR 44)	-774.680	C
AG/R	VR 44	Sierning 55 SUMME 55	Sierning 35 SUMME 35	Ausbau der AG/R Betten durch die Umwandlung der IM Betten im Krankenhaus Sierning (bereits erfolgt) • Die standortübergreifende Organisation der Akutgeriatrie zwischen dem KH Sierning und dem KH Steyr geht von folgenden Prämissen aus: - keine Akutaufnahme in Sierning (erfolgen durch Steyr und Kirchdorf) - konkrete Leistungsabstimmung mit dem Krankenhaus Steyr - Nutzung der Synergien bei den diagnostischen Leistungen (Radiologie, Labor etc.) In welcher Rechtsform die Einbindung in das LKH Steyr erfolgt, ist Entscheidung der Träger.	1.301.226	Aufstockung der AG/R bereits erfolgt A
	VR 45	Gmunden Vöcklabruck		Zusammenführung der Krankenanstalten Gmunden mit Vöcklabruck zu einem gemeinsamen KH nach KAG mittel- bis längerfristig Einbindung des Standortes Bad Ischl Während des Umsetzungszeitraumes sind bei Primarbesetzungen beide kollegialen Führungen einzubinden.	-590.057	B
PUL	VR 45	Vöcklabruck 36 SUMME 36	Vöcklabruck -6 SUMME -6	Bettenabbau am Standort Vöcklabruck	-180.162	A
CH	VR 45	Vöcklabruck 61 Gmunden 56 Bad Ischl 47 SUMME 164	Vöcklabruck 0 Gmunden -14 Bad Ischl 0 SUMME -14	- Empfehlung einer standortübergreifenden Organisationsform der Krankenhäuser Vöcklabruck und Gmunden Rechtsform: 1 Rechtsträger, 1 Krankenanstalt an 2 Standorten, 1 Abteilung, 1 Primar - Leistungsabstimmung -Keine Änderung am Standort Bad Ischl	-1.226.889	B

Fachbereich	Versorgungsregion	Iststand_Häuser	Abbau/ Zuwachs Berechnung	Expertenvorschlag	Kostenveränderung Experten vorschlag	Priorität*
UC	VR 45	Vöcklabruck 50 Gmunden 35 Bad Ischl 30 SUMME 115	Vöcklabruck 0 Gmunden -25 Bad Ischl 0 SUMME -25	Verteilung der unfallchirurgischen Betten der Standorte Vöcklabruck und Gmunden von insgesamt 60 obliegt dem Träger. Tagesklinik und Unfallambulanz am Standort Gmunden Erzielung des Kosteneinsparungspotenzial muss seitens des Trägers gewährleistet sein Keine Änderung am Standort Bad Ischl	-2.716.388	B
OR	VR 45	Gmunden 34 SUMME 34	Gmunden 16 SUMME 16	Bettenaufbau am Standort Gmunden	2.355.446	B
GGH	VR 45	Vöcklabruck 50 Gmunden 25 Bad Ischl 21 SUMME 96	Vöcklabruck -10 Gmunden -10 Bad Ischl -1 SUMME -21	-Empfehlung einer standortübergreifenden Organisationsform der Krankenhäuser Vöcklabruck und Gmunden Rechtsform: 1 Rechtsträger, 1 Krankenanstalt an 2 Standorten, 1 Abteilung, 1 Primar - Geburtshilfe ausschließlich am Standort Vöcklabruck und Bad Ischl - Leistungsabstimmung - Bettenabbauen an allen Standorten	-891.281	B
AU	VR 45	Vöcklabruck 27 SUMME 27	Vöcklabruck -12 SUMME -12	- Umwandlung der Augen Abteilung im Krankenhaus Vöcklabruck in einen Fachschwerpunkt (reduzierte Organisationsform) mit Mutterabteilung Steyr (Lösung im gespag-Verbund)	-1.311.936	A
HNO	VR 45	Vöcklabruck 28 Bad Ischl 8 SUMME 36	Vöcklabruck -10 Bad Ischl -4 SUMME -14	- Bettenabbau am Standort Vöcklabruck - Umwandlung des Fachschwerpunktes HNO im LKH Bad Ischl in eine dislozierte Tagesklinik mit Bettenabbau	-841.600	A
URO	VR 45	Vöcklabruck 35 SUMME 35	Vöcklabruck -7 SUMME -7	Bettenabbau am Standort Vöcklabruck	-864.438	A
KI	VR 45	Vöcklabruck 30 Bad Ischl 8 SUMME 38	Vöcklabruck -5 Bad Ischl 0 SUMME -5	Bettenabbau am Standort Vöcklabruck	-578.444	A
IM	VR 42	Wels-Griesk. 352 SUMME 352	Wels-Griesk. 0 SUMME 0	Keine Erweiterung der Inneren Med. bis 2015, danach Evaluierung	0	B
CH	VR 42	Wels-Griesk. 149 SUMME 149	Wels-Griesk. -6 SUMME -6	Empfehlung einer standortübergreifenden Abteilung Chirurgie an den Standorten Wels und Grieskirchen Rechtsform: 1 Rechtsträger, 1 Krankenanstalt an 2 Standorten, 1 Abteilung, 1 Primar Leistungsabstimmung Bettenabbau am Standort Grieskirchen von 5 Betten	-1.875.346	A

Fachbereich	Versorgungsregion	Iststand_Häuser	Abbau/ Zuwachs Berechnung	Expertenvorschlag	Kostenveränderung Experten vorschlag	Priorität*
UC	VR 42	Wels-Griesk. 126 SUMME 126	Wels-Griesk. -33 SUMME -33	Empfehlung einer standortübergreifenden Abteilung Unfallchirurgie an den Standorten Wels und Grieskirchen Leistungsabstimmung Rund 15 Betten am Standort Grieskirchen	-3.338.831	A
OR	VR 42	Wels-Griesk. 96 SUMME 96	Wels-Griesk. -11 SUMME -11	Bettenabbau	-1.448.421	A
MKG	VR 42	Wels-Griesk. 16 SUMME 16	Wels-Griesk. -8 SUMME -8	Umwandlung der Abteilung in einen Fachschwerpunkt (Standort Wels) - Priorität A	-1.261.245	A
NC	VR 42	Wels-Griesk. 0 SUMME 0	Wels-Griesk. 0 SUMME 0	- Konzentration der planbaren neurochirurgischen Leistungen (MEL.01.08) im Zentralraum Linz (am Standort der Landesnervenklinik WJ)	-394.397	A
PCH	VR 42	Wels-Griesk. 15 SUMME 15	Wels-Griesk. -15 SUMME -15	Schließung des Departments am Standort Wels Konzentration der Plastischen Chirurgieleistungen im Zentralraum Linz - am Standort der Barmherzigen Schwester (siehe VR 41) Sicherstellung der konsiliarischen Versorgung auch in anderen Krankenhäusern	-1.751.412	B
GGH	VR 42	Wels-Griesk. 95 SUMME 95	Wels-Griesk. -15 SUMME -15	- Empfehlung einer standortübergreifenden Abteilung Geburtshilfe/Gynäkologie der Standorte Wels und Grieskirchen Rechtsform: 1 Rechtsträger, 1 Krankenanstalt an 2 Standorten, 1 Abteilung, 1 Primar Rund 20 Betten Gynäkologie am Standort Grieskirchen	-798.544	A
AU	VR 42	Wels-Griesk. 35 SUMME 35	Wels-Griesk. -10 SUMME -10	Bettenabbau von 10 Betten am Standort Wels	-1.169.365	A
HNO	VR 42	Wels-Griesk. 40 SUMME 40	Wels-Griesk. -10 SUMME -10	Bettenabbau	-952.087	A
URO	VR 42	Wels-Griesk. 40 SUMME 40	Wels-Griesk. -10 SUMME -10	Bettenabbau	-1.050.973	A
DER	VR 42	Wels-Griesk. 36 SUMME 36	Wels-Griesk. -6 SUMME -6	Bettenabbau	-537.996	A

Fachbereich	Versorgungsregion	Iststand_Häuser	Abbau/ Zuwachs Berechnung	Expertenvorschlag	Kostenveränderung Experten vorschlag	Priorität*
KI	VR 42	Wels-Griesk. 75 SUMME 75	Wels-Griesk. -27 SUMME -27	standortübergreifende Abteilung Kinderheilkunde der Standorte Wels und Grieskirchen - trifft nicht die Neonatologie am Standort Wels Rechtsform: 1 Rechtsträger, 1 Krankenanstalt an 2 Standorten, 1 Abteilung, 1 Primar Leistungsabstimmung 8 Betten am Standort Grieskirchen	-2.204.985	A
PSOK	VR 42	Wels-Griesk. 6 SUMME 6	Wels-Griesk. 6 SUMME 6	Bettenaufbau von 6 Betten am Standort Grieskirchen	200.537	A
NEU	VR 42	Wels-Griesk. 33 SUMME 33	Wels-Griesk. 13 SUMME 13	Bettenaufbau von 13 Betten am Standort Wels	1.462.088	B
AN (Intensiv)	VR 42	Wels-Griesk. 18 SUMME 18	Wels-Griesk. -1 SUMME -1	Schließung der Intensivstation mit gleichzeitigem Aufbau einer Überwachungseinheit mit 4 Betten am Standort Grieskirchen Triagierung der intensivpflichtigen Patienten nach Wels	-526.109	B
IM	VR 46	BHS Ried 100 Braunau 140 Schärding 79 SUMME 319	BHS Ried 0 Braunau 0 Schärding 0 SUMME 0	Der derzeitige IST-Stand von 111 wird schrittweise bis Ende 2016 auf 100 Betten zurück geführt.	0	B
AU	VR 46	BHS Ried 20 Braunau 12 SUMME 32	BHS Ried -2 Braunau -6 SUMME -8	BHS Ried: Umwandlung der Abteilung Augen im Krankenhaus Ried in einen Fachschwerpunkt Bettenreduktion um 2 Betten KH Braunau: Umwandlung des Fachschwerpunkt Augen in eine Tagesklinik	-1.305.066	A
HNO	VR 46	Braunau 10 BHS Ried 23 SUMME 33	Braunau -5 BHS Ried -5 SUMME -10	BHS Ried: Umwandlung der Abteilung HNO im Krankenhaus Ried in einen Fachschwerpunkt Priorität B wird angenommen KH Braunau: Fachschwerpunkt bleibt erhalten Betten sind in einem Gesamtkonzept HNO-Augen-URO mit insgesamt 16 Betten zu sehen	-1.307.807	A B (BHS Ried)

Fachbereich	Versorgungsregion	Iststand_Häuser	Abbau/ Zuwachs Berechnung	Expertenvorschlag	Kostenveränderung Experten vorschlag	Priorität*
URO	VR 46	BHS Ried 29 Braunau 10 SUMME 39	BHS Ried -8 Braunau -5 SUMME -13	BHS Ried: Abteilung bleibt erhalten Bettenabbau von 8 Betten Für eine entsprechende Facharztausbildung ist Sorge zu tragen Empfohlen wird eine enge Zusammenarbeit zwischen BHS Ried und dem St. Joseph Krankenhaus Braunau KH Braunau: Umwandlung des Fachschwerpunkt URO in eine Tagesklinik	-2.214.978	A
CH	VR 46	BHS Ried 59 Braunau 46 Schärding 40 SUMME 145	BHS Ried 0 Braunau 0 Schärding -10 SUMME -10	In Hinblick auf die Beibehaltung der Geburtshilfe wird vorgeschlagen, die Chirurgie als vollstationäre Abteilung mit 30 Betten zu erhalten.	-601.037	A
UC	VR 46	BHS Ried 37 Braunau 67 Schärding 44 SUMME 148	BHS Ried -7 Braunau -7 Schärding -34 SUMME -48	BHS Ried: Bettenabbau von 7 Betten mit Priorität B KH Braunau: Bettenabbau KH Schärding: Umwandlung der Abteilung Unfallchirurgie im Krankenhaus Schärding in eine dislozierte Wochenklinik	-3.111.715	B
OR	VR 46	BHS Ried 32 SUMME 32	BHS Ried 10 SUMME 10	BHS Ried: Bettenaufbau von 10 Betten	1.472.154	B
GGH	VR 46	BHS Ried 37 Schärding 23 SUMME 60	BHS Ried -7 Schärding -13 SUMME -20	-Einrichtung einer standortübergreifenden Organisationsform der Krankenhäuser Schärding mit KH Braunau Rechtsform: 2 Rechtsträger, 2 Krankenanstalten an 2 Standorten, 1 Abteilung, 1 Primar Bettenabbau am Standort Schärding und BHS Ried	-921.439	B
KI	VR 46	Braunau 30 Schärding 11 BHS Ried 30 Summe 71	Braunau -10 Schärding -11 BHS Ried -10 SUMME -31	KH Schärding: Schließung der Kindereinrichtung KH Braunau: Bettenabbau am Standort Braunau BHS Ried: Bettenabbau von 10 Betten Einstufung Kategorie 3, Möglichkeit der Überwachung der Neugeborenen gegeben	-1.912.965	A

Fachbereich	Versorgungsregion	Iststand_Häuser	Abbau/ Zuwachs Berechnung	Expertenvorschlag	Kostenveränderung Experten vorschlag	Priorität*
NEU	VR 46	BHS Ried 38 SUMME 38	BHS Ried 8 SUMME 8	BHS Ried: Bettenaufbau von 8 Betten	899.747	B
AG/R	VR 46	Schärding 0 SUMME 0	Schärding 20 SUMME 20	Ausbau der AG/R Betten durch die Bettenabbau anderer Fächer (bereits erfolgt)	1.646.880	A
KH gesamt	VR 46	Schärding		Umwidmung Krankenhaus Schärding in Krankenhaus der erweiterten Basisversorgung Nutzung von freierwerdenden Ressourcen für Einrichtungen der Pflege und Altenbetreuung sowie für innovative Angebote wie z.B: Gesundheitszentrum	0	B bis C
Interv. Kardiologie	VR 41 + VR	5 Standorte (exkl.Kinderkardiologie) - AKH Linz - KH Elisabethinen - BHS Linz - Klinikum Wels-Grieskirchen - Bad Schallerbach Anträge auf 3 weitere Standorte (VB, SE, BHS Ried); Braunau: Leistungszukauf von Simbach		- Referenzzentrum am Standort AKH Linz - Reduktion um 1 Großgerät bei BHS Linz Annahme der Kooperation zwischen den BHS Linz und KH Elisabethinen bis zur Schließung des Standortes BHS Linz - kein Leistungszukauf am Standort Braunau ab 2012 - keine weiteren Standorte	-1.232.000	B A(Braunau)
Herzchirurgie	VR 41 + VR 42	2 Standorte (1 Standort am AKH Linz und 1 Standort im Klinikum Wels)		Konzentration der herzchirurgischen Versorgung am AkH Linz bis spätestens Ende 2016 (Priorität B). Es liegt in der Entscheidung des Akh Linz, ob ab dem Zeitpunkt der Umsetzung (spätestens Ende 2016) herzchirurgische Leistungen am Standort Klinikum Wels-Grieskirchen erbracht werden oder nicht. Für den Fall einer herzchirurgischen Leistungserbringung am Standort Wels ist zwischen dem AKh Linz und dem Klinikum Wels-Grieskirchen eine schriftliche Dienstleistungsvereinbarung in Abstimmung mit der Gesundheitsbehörde abzuschließen. Mit dieser Dienstleistungsvereinbarung sind folgende Ziele zu erreichen: '- Konzentration der herzchirurgischen Versorgung in einer Abteilung des AKH Linz (mit 1 Primarius) mit der Option einer zusätzlichen dislozierten Leistungserbringung im Klinikum Wels-Grieskirchen - Leistungsabstimmung - Reduktion der gesamten Leistungsmenge (Reduktion des Gastpatientenanteils gegenüber 2009) - Einhaltung des von der Expertenkommission errechneten Kostendämpfungspotentiales in der Höhe von 1.029.789 Euro (Basis 2009) - Umsetzung bis spätestens Ende 2016	-1.020.789	B
Institut für Anästhesiologie	VR 41	BHS BBR AKH Linz LFKK		BHS-BBR: Zusammenführen der beiden Institute in ein Standortübergreifendes Institut bei den Barmherzigen Schwestern AKH Linz - LFKK: Zusammenführen der beiden Institute (Kinderanästhesie) in ein Standortübergreifendes Institut am AKH Linz	-358.873	AKH (A) /B

Fachbereich	Versorgungsregion	Iststand_Häuser	Abbau/ Zuwachs Berechnung	Expertenvorschlag	Kostenveränderung Experten vorschlag	Priorität*
Institut für Anästhesiologie	VR 42	Wels-Griessk.		Zusammenführen der drei Institute auf zwei Institute	-178.168	B
Institute für Labormedizin (medizinisch-chemische Routinelabore)	VR 41 + VR 42 + VR 43 + VR 44 + VR 45 + VR 46	Organisationsformen: - Labor als eigenes Institut - Labor angegliedert an die Inneren Medizin - bestehende Verbände		Laborverbund I: BBR Linz und BHS Linz sowie BHS Ried (bereits umgesetzt) mit Elisabethinen <u>Alternativvorschlag:</u> Elisabethinen mit Laborverbund II in Hinblick auf Kooperation gespag mit Elis. Laborverbund II: alle Gespag-Häuser; Leitlabor in der LNK WJ Laborverbund III: Klinikum Wels-Griesskirchen mit KH Braunau (bereits umgesetzt) - Zusammenlegung der Institute Labor I und Labor II (Standort Wels) Laborverbund IV: AKH Linz	-1.532.621	Wels(A) /B
Institute für Pathologie	VR 41 + VR 46	Institute in AKH Linz BHS Linz BHS Ried		Patho-Verbund I: Pathologieverbund zwischen AKH Linz und BHS Linz in Form einer ausgegliederten Gesellschaft mit einer Mindestbeteiligung des AKH Linz mit 25,1% und der ausschließlichen Beteiligung von Krankenanstaltenträgern KH Elisabethinen: Wahl des Pathoverbundes I oder II ist Entscheidung des Trägers. BHS Ried: Zusammenführung in einen Verbund mit dem Institut BHS Linz (laut Expertenvorschlag BHS Linz gemeinsam mit AKH Linz) Mitversorgung des Krankenhauses Barmherzige Brüder	-429.895	A
Institute für Pathologie	VR 41 + VR 44 + VR 45 + VR 46	Institute in K425 LNK WJ K431 LKH Steyr K433 LKH VB		Patho-Verbund II: Konzentration in der LNKL WJ mit Versorgung der gespag-Krankenhäuser. Entfall des Institutes am Krankenhaus Vöcklabruck	-249.747	B
Institute für Pathologie	VR 42 + VR 46	Institute in K434 Wels-Gr.		Patho-Verbund III: Konzentration in Wels-Griesskirchen (mit Versorgung des KH Braunau) organisatorische/infrastrukturelle Zusammenführung der Institute Pathologie und Mikrobiologie unter Beibehaltung der fachlichen Eigenständigkeit	-291.271	A
Institute für Radiologie	VR 41 + VR 43	Institute für Radiologie sind in jedem KH eingerichtet		AKH Linz – LFKK Linz: Versorgung LFKK durch AKH Linz; unmittelbare räumliche Nähe; CT und MRT werden bereits in einem gemeinsamen Zentrum betrieben.	-58.998	C
Institute für Radiologie	VR 41 + VR 43	Institute für Radiologie sind in jedem KH eingerichtet		BBR Linz – BHS Linz: Zusammenführung der Institute für Radiologie in eine gemeinsame Struktur zur Nützung der Synergiepotenziale am Standort Seilerstätte.	-106.447	B
Institute für Radiologie	VR 42	Institute für Radiologie sind in jedem KH eingerichtet		Klinikum Wels-Griesskirchen: Zusammenführung der 3 Institute auf 2 Institute, keine Zusammenlegung mit Nuklearmedizin, wohl aber infrastrukturelle Kooperation	-167.923	A

Fachbereich	Versorgungsregion	Iststand_Häuser	Abbau/ Zuwachs Berechnung	Expertenvorschlag	Kostenveränderung Experten vorschlag	Priorität*
Institute für Radiologie	VR 44	Institute für Radiologie sind defacto in jedem KH eingerichtet (ausgen. KH 429 Sierning)		<p>Steyr-Enns – Kirchdorf: Entfall des Röntgeninstitutes in Kirchdorf und organisatorische Zusammenführung der Radiologie mit dem Institut für Radiologie am Standort Steyr-Enns</p> <p><u>Alternativmöglichkeit:</u> - beide Institute an den Krankenhäusern Steyr und Kirchdorf bleiben an den Standorten erhalten - Empfehlung einer besseren Ressourcenplanung (Leistungsabstimmung, Reduktion des Nachtdienstes, etc.)</p>	-60.122	A
Institute für Radiologie	VR 45	Institute für Radiologie sind in jedem KH eingerichtet		<p>Vöcklabruck – Bad Ischl – Gmunden: organisatorische Zusammenführung der Röntgeninstitute in Bad Ischl und Gmunden mit dem Institut für Radiologie am Standort Vöcklabruck</p> <p>Alternative: Beibehalten der jeweiligen Standortleitungen mit Leistungsabstimmung Erzielung des Kosteneinsparungspotenzial muss gewährleistet werden</p>	-108.303	B
Institut für Nuklearmedizin	VR 41 + VR 42+ VR 44 + VR 45 + VR 46	Institute in Akh Linz BHS Linz Elis. Linz WJ Linz LKH Steyr BHS Ried LKH Vöcklabruck Klinikum Wels-Grieskirchen		Standortübergreifendes Institut Steyr mit der Landesnervenklinik WJ KH Elisabethinen: Zusammenlegung der Institute Radiologie sowie Nuklearmedizin in ein Institut für bildgebende Diagnostik mit errechneten Kostendämpfungspotenzials BHS Ried: Priorität: A Zusammenlegung der Institute Radiologie und Nuklearmedizin in ein Institut für bildgebende Diagnostik bei Beibehaltung des errechneten Kostendämpfungspotenzials Priorität C (Vision): -Modellentwicklung zur Intensivierung der Zusammenarbeit zwischen dem niedergel. und Krankenhausbereich inkludiert auch die ECT Großgeräte (derzeit nicht berechnet)	-1.734.937	A
Institut für Physikalische Medizin	VR 44			- Empfehlung eines standortübergreifenden Instituts der Krankenhäuser Steyr und Kirchdorf mit Betreuung durch Steyr (durch gespag bereits in Vorbereitung)	-95.528	A
CT	VR 41 + VR 42+ VR 44 + VR 45 + VR 46	AKH Linz: 3 (2);BBR Linz: 1 (1) BHS Linz: 2 (2);Elis. Linz: 1 (1) WJ Linz: 2 (2);Rohrbach: 1 (1) Freistadt: 1 (1);Steyr: 3 (3) Sierning: 1 (0);Kirchdorf: 1 (1) Bad Ischl: 1 (1);Gmunden: 1 (1) Vöcklabr.: 1 (1);Wels-Gr.: 3 (3) Braunau: 1 (1);Ried: * Schärding: 1 (1) * in Koop. mit extramuralen Anbietern RSG-Stand in Klammer		Reduktion folgender Geräte: Akh Linz: 1CT (verbleibend 2) Sierning: 1 CT (Altgerät) (verbleibend 0) durch Umwidmung Standort Enns: Entfall 1 CT bei LKH Steyr (verbleibend 2)	-836.246	A

Fachbereich	Versorgungsregion	Iststand_Häuser	Abbau/ Zuwachs Berechnung	Expertenvorschlag	Kostenveränderung Experten vorschlag	Priorität*
MR	VR 41 + VR 42+ VR 44 + VR 45 + VR 46	AKH Linz: 3 MR BBR Linz: 1 MR BHS Linz: 1 MR Elis. Linz: 1 MR WJ Linz: 3 MR Steyr: 1 MR Vöcklabr.: 2 MR Wels-Gr.: 2 MR* * plus 1 Gerät in Koop. mit extramuralem Leistungsanbieter zusätzliche Koop. mit extramuralen Anbietern (Gmunden, Ried, Braunau)		Reduktion 1 MR im LKH Vöcklabruck (2. MR wurde noch nicht angeschafft, daher keine Änderung zum Ist) bei erforderlicher Ersatzbeschaffung eines der 3 MR-Geräte im WJ prüfen, ob Verlagerung zum KH Rohrbach möglich ist	0	A
ECT	VR 41 + VR 42+ VR 44 + VR 45 + VR 46	Großgerät im AKH Linz: 4 (3) ECT BHS Linz: 3 (3) ECT Elis. Linz: 4 (2) ECT WJ Linz: 2 (2) ECT Steyr: 2,5 (2,5) ECT Vöcklabr.: 2 (2) ECT Wels-Gr.: 2,5 (2,5) ECT BHS Ried: 2 (1) ECT *RSG-Stand in Klammer		Reduktion ECT Geräte: - WJ Linz: 1 ECT (verbleibend 1) - Steyr: 1 ECT (verbleibend 1,5) - AKH Linz: 1 ECT (verbleibend 3) - Elis. Linz: 2 ECT (verbleibend 2)	-400.000	A
PET	VR 41 + VR 42+ VR 44 + VR 45 + VR 46	Großgerät in: AKH Linz: 1 PET BHS Linz: 1 PET WJ Linz: 1 PET Steyr: 0,5 PET Vöcklabr.: 1 PET Wels-Gr.: 0,5 PET BHS Ried: 1 PET		Nichtankauf und damit Reduktion um 1 PET-Gerät am Standort Ried	0	A

* Priorität der Umsetzungsfrist:

Priorität A - kurzfristig(2011 - 2013): innerhalb eines Rechtsträgers zu bewerkstelligen**Priorität B** - mittelfristig(2014 - 2016): insbesondere standortübergreifende Lösungen wenn

Priorität A (kurzfristig) nicht möglich ist

Priorität C - langfristig(2017 - 2020): Umsetzung in den Bereichen Herzchirurgie, Psychiatrie und

Fachbereich	Versorgungsregion	Iststand_Häuser	Abbau/ Zuwachs Berechnung	Expertenvorschlag	Kostenveränderung Experten vorschlag	Priorität*
-------------	-------------------	-----------------	---------------------------------	-------------------	--	------------

Legende:

VR 41: Versorgungsregion Linz

VR 42: Versorgungsregion Wels

VR 43: Versorgungsregion Mühlviertel

VR 44: Versorgungsregion Phyrn/Eisenwurzen

VR 45: Versorgungsregion Salzkammergut

VR 46: Versorgungsregion Innviertel

ÜR Vers: überregionale Versorgung

9. Lenkungsausschuß

„Reform nach Maß –
der Oö. Weg bis 2020“
Gesamtdarstellung

31. Mai 2011

Zielsetzung



1. Sicherstellung einer flächendeckenden, bedarfsgerechten, in ihrem Leistungsspektrum aufeinander abgestimmten, hochwertigen medizinischen Versorgung der Bevölkerung
2. Weiterentwicklung und Anpassung des medizinischen Leistungsangebotes entsprechend der zu erwartenden demografischen Entwicklung
3. Sicherstellung der langfristigen Finanzierbarkeit des Spitalsystems, insbesondere des medizinischen Fortschritts durch Ausschöpfung von Kostendämpfungspotenzialen
4. Optimierung der Erbringung der Spitalsleistungen unter bestmöglicher Ausnutzung von Synergien in allen Bereichen
5. Vermeidung aller Organisationskosten, die den Patientinnen und Patienten keinen Nutzen stiften

Diese Ziele werden erreicht durch ... (1)



- Abgestuftes Versorgungsangebot auf Grundlage von Versorgungsaufträgen
 - Versorgungsaufträge je Krankenhaus
 - ausgewählter Referenzzentren
 - ausgewählter Kompetenzzentren
 - Bekenntnis zu spitzenmedizinischen Leistungen
 - der onkologischen Versorgung

- Standortübergreifende Organisationsformen zur Nutzung von Synergien in der Leistungserbringung, z.B.
 - Leistungsabstimmung: Standort A: akute und planbare Leistungen – Standort B: Schwerpunkt planbare Leistungen, Tages- und Wochenklinik
 - Krankenhausverbände
 - Institutsverbände (Labor, Pathologie etc.)

Diese Ziele werden erreicht durch ... (2)



- Abbau von Parallelstrukturen bei bettenführenden Abteilungen primär in den Zentralräumen Linz und Wels
 - z.B.: Dermatologie (abgestuft), Neurologie, Augen (abgestuft), HNO, Mund-/Kiefer-/ Gesichts-chirurgie (abgestuft), Plastische Chirurgie
- Umwandlung von Vollabteilungen in reduzierte Organisationsformen (Fachschwerpunkte, Tageskliniken)
- Ausbildungs- und Facharztrotationen zur Sicherung der ärztlichen Qualität
- Berücksichtigung von Qualitätskriterien wie zB. Mindestfallzahlen
- Forcierung ambulanter und tagesklinischer Leistungserstellung

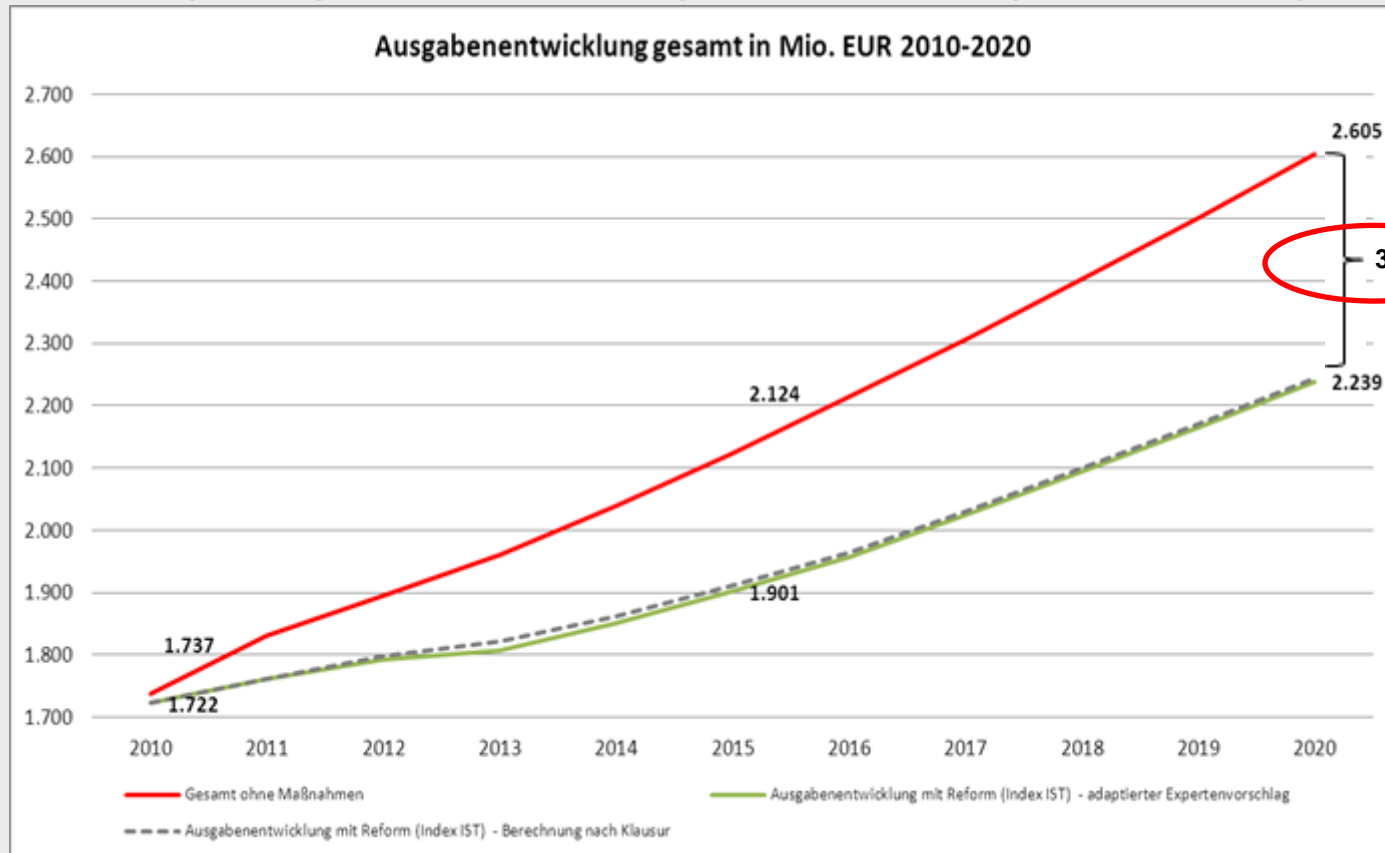
Diese Ziele werden erreicht durch ... (3)



- Initiierung von Modellprojekten
- Standortgarantie und keine Kündigungen

Gesamtergebniss

- Dämpfung von 366 Mio EUR gegenüber den Hochrechnungen für 2020 (inkl. Steigerungen, Veränderungen der Leistungsentwicklung, Inflation)



Kumuliert beträgt die Kostendämpfung rund 2,3 Mrd Euro!

Bettenzahl

- Reduktion von 778 Akutbetten, rd. 9% der öö Akutbettenkapazität

Krankenhäuser	IST Betten anzahl 2009	Bettenanzahl 1. Experten vorschlag	Betten abbau (zu 2009)	im politischen Lenkungsausschuss beschlossene Bettenanzahl	Betten abbau (zu 2009)	Anteil an IST- Betten	Anteil am Potenzial
Krankenhaus Steyr (inkl. Enns)	803	601	202	601	202	25%	26%
Klinikum Wels Grieskirchen	1.360	1.233	127	1.227	133	10%	17%
AKH Linz	967	877	90	886	81	8%	10%
Krankenhaus der Elisabethinen	520	430	90	422	98	19%	13%
Barmherzige Brüder*	364	312	52	304	60	16%	8%
Krankenhaus Schärding	205	154	51	154	51	25%	7%
Krankenhaus Vöcklabruck	586	536	50	536	50	9%	6%
Krankenhaus Kirchdorf	279	239	40	239	40	14%	5%
Krankenhaus Braunau	419	386	33	386	33	8%	4%
Krankenhaus Gmunden	320	287	33	287	33	10%	4%
Barmherzige Schwestern Ried	446	425	21	425	21	5%	3%
Landesfrauen- und Kinderklinik	274	258	16	245	29	11%	4%
Krankenhaus Rohrbach	212	202	10	202	10	5%	1%
Krankenhaus Freistadt	170	165	5	165	5	3%	1%
Krankenhaus Bad Ischl	238	233	5	233	5	2%	1%
Barmherzige Schwestern Linz*	678	694	-16	704	-26	-4%	-3%
Krankenhaus Sierning	73	90	-17	90	-17	-23%	-2%
Landesnervenklinik Wagner Jauregg (inkl. Verlagerung Enns)	670	700	-30	700	-30	-4%	-4%
Gesamt	8.584	7.822	762	7.806	778	9%	100%

*Abhängig von der Kooperationsform der Gynäkologie/Geburtshilfe

Bettenzahl Trägerverteilung



Krankenhäuser	IST Betten anzahl 2009	Bettenanzahl 1. Experten vorschlag	Betten abbau (zu 2009)	im politischen Lenkungsausschuss beschlossene Bettenanzahl	Betten abbau (zu 2009)	Anteil an IST- Betten	Anteil am Potenzial
gespag	3.757	3.375	382	3.362	395	11%	51%
Orden	3.860	3.570	290	3.558	302	8%	39%
AKH Linz	967	877	90	886	81	8%	10%
Gesamt	8.584	7.822	762	7.806	778	9%	100%

Jährliches Kostendämpfungspotential nach Umsetzung aller Maßnahmen



LAND
OBERÖSTERREICH

Expertenvorschlag 25.3.2011

Priorität	Medizinischer Bereich	Nicht-Medizinischer Bereich	GESAMT	Anteil am SRK-Potential
A (2011-2013)	-27.741.723	-18.730.922	-46.472.645	39,38%
B (2014-2016)	-26.722.444	-20.193.663	-46.916.106	39,75%
C (2017-2020)	-2.570.349	-22.066.531	-24.636.880	20,87%
Gesamtergebnis	-57.034.516	-60.991.115	-118.025.631	100%
Anteil	48,3%	51,7%		

adaptierter Expertenvorschlag 31.5.2011

Priorität	Medizinischer Bereich	Nicht-Medizinischer Bereich	GESAMT	Anteil am SRK-Potential
A (2011-2013)	-34.387.072	-24.165.845	-58.552.917	48,3%
B (2014-2016)	-21.138.647	-19.671.511	-40.810.159	33,7%
C (2017-2020)	-3.644.527	-18.121.819	-21.766.346	18,0%
Gesamtergebnis	-59.170.246	-61.959.176	-121.129.422	100,0%
Anteil	48,8%	51,2%		

Übersicht über die Strukturmaßnahmen 31.5.2011

Reform mit Mass - der oö. Weg						
Organisatorische Maßnahmen	Linz - Mühlviertel VR 41/43	Wels/Grieskirchen VR 42	Pyhrn- Eisenwurzen VR 44	Salzkammergut VR 45	Innviertel VR 46	Summe
Schließung der Abteilung	2	0	1	0	1	4
Zusammenführung oder standortübergreifende Abteilung	5	5	4	2	1	17
Reduktion der Organisationsform (Abteilung in Fachschwerpunkt/Tages klinik oder Fachschwerpunkt in Tagesklinik)	1	2	1	2	5	11
Institute - Zusammenlegung oder Verbundlösung	6	6	4	1	2	19
Insgesamt	14	13	10	5	9	51

Gesamtergebnis nicht medizinischer Bereich



Zusätzlich zu den bereits in der medizinischen Angebotsstruktur enthaltenen nicht medizinischen Kostendämpfungen von rund 22 Mio Euro kommen rund 40 Mio Euro im nicht medizinischen Bereich dazu (insgesamt: 62 Mio Euro)

	GESAMT IST 2009	GESAMT optimiert 2009	Rechn. Potential Ableitung 2009	Proz. Potential Ableitung 2009
Krankenhaus				
gespag	191.139.341	167.243.665	-23.895.676	-12,5%
A.ö.Krankenhaus St. Josef Braunau	16.573.778	15.948.678	-625.101	-3,8%
Allgemeines Krankenhaus der Stadt Linz	47.425.660	42.831.536	-4.594.125	-9,7%
KRANKENHAUS DER ELISABETHINEN LINZ GmbH	22.921.684	20.761.152	-2.160.532	-9,4%
Klinikum Wels-Grieskirchen	58.881.292	54.085.270	-4.796.022	-8,1%
Allgemeines öffentliches Krankenhaus der Barmherzigen Brüder	11.833.242	11.736.542	-96.700	-0,8%
Krankenhaus Sierning - Sonderkrankenanstalt der Kreuzschwestern	2.470.001	2.232.435	-237.565	-9,6%
VINZENZ	52.401.611	48.442.671	-3.958.940	-7,6%
	10,00%	403.646.609	-40.364.661	

Umsetzung: 30% in A (2011-2013)
 30% in B (2014-2016)
 40% in C (2017-2020)

Ergebnisse

Im Detail
siehe Maßnahmenliste

31. Mai.2011

Konzentration bei der Zentral- und Spitzenversorgung



■ Interventionelle Kardiologie (COR)

- 2 AKH Linz, 1 KH der Elisabethinen, 2 Klinikum Wels-Grieskirchen

■ Herzchirurgie

- AKH Linz

■ Kinderherzchirurgie

- AKH-LFKK

■ Thoraxchirurgie

- AKH Linz, KH der Elisabethinen, Klinikum Wels-Grieskirchen und LKH Vöcklabruck

Konzentration bei der Zentral- und Spitzenversorgung



- Stammzelltransplantationen
 - KH der Elisabethinen
- Nierentransplantationen
 - KH der Elisabethinen
- Kinderurologie
 - BHS-Linz
- Spezialklinik Landesfrauen- und Kinderklinik
- Spezialklinik Landesnervenlinik Wagner Jauregg
(Psychiatrie, Psychosomatik, Neurologie, Neurochirurgie)
- Spezialklinik für Akutgeriatrie in Sierning

Konzentration bei der Zentral- und Spitzenversorgung



- Strahlentherapie
 - KH BHS, KH Vöcklabruck
- Onkologisches Zentrum
 - BHS Linz
- Plastische Chirurgie
 - BHS Linz
- Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie
 - AKH Linz als einzige Vollabteilung

Sicherstellung der Umsetzung Evaluation



Die Evaluierung prüft Indikatoren zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität, die in folgenden Bereichen erhoben werden:

- **Medizin**
- **Bürgerbeteiligung**
- **Ökonomie**

Die Evaluierung der Umsetzung der Maßnahmen erfolgt demnach nach ökonomischen als auch medizinischen Gesichtspunkten.

Sicherstellung der Umsetzung Evaluation



Drei Vertreter des Expertenkomitees unter Leitung von MMag. Wolfgang Bayer und unter Einbindung der sanitären Aufsicht wird beauftragt, die Umsetzung der Spitalsreform II begleitend zu evaluieren. Die Evaluierung wird laufend, beginnend ab 2012 durchgeführt.

- Wesentliche Veränderungen oder Verzögerungen bei der Umsetzung sind unverzüglich der Oö. Landesregierung vorzulegen.**
- Der Oö. Landesregierung und dem Oö. Landtag ist jährlich eine Umsetzungsbericht vorzulegen.**

Sicherstellung der Umsetzung Landesrechnungshof



**Der Oö. Landesrechnungshof wird beauftragt,
alle zwei Jahre die Durchführung der
Umsetzungsschritte zu überprüfen (ab 2013)**

Sicherstellung der Umsetzung



Clearingstelle der Ärztekammer und des Landes OÖ

Neben der Klärung von dienst- und besoldungsrechtlichen Fragen soll die Clearingstelle bei Bedarf auch **vermittelnde Gespräche** mit den betroffenen Rechtsträgern führen. Die Clearingstelle wird gemeinsam vom Amt der oö. Landesregierung, der Oö. Ärztekammer und Vertretern der Rechtsträger geführt werden – **betrifft alle Personalgruppen!**

Ausbildungskommission

Die Landesausbildungskommission ist **Anlaufstelle** für junge Ärztinnen und Ärzte sein, wenn Fragen im **Zusammenhang mit der Ärzteausbildung** auftreten. Die Landesausbildungskommission wird unter dem **Vorsitz der Oö. Ärztekammer** geführt werden, der stellvertretende Vorsitz wird vom Amt der oö. Landesregierung gestellt. In der Kommission werden darüber hinaus Rechtsträger sowie fachkundige Mitglieder vertreten sein. Die Landesausbildungskommission soll zumindest zwei Mal im Jahr zusammen treten.

Beschlussfassung

Lenkungsausschuss 31.5.2011:



„Dem vorliegenden Bericht der Expertenkommission zur Spitalsreform II samt angeschlossenen Maßnahmenpaket und dem dargelegten Umsetzungsvorschlag wird zugestimmt“

Weitere Vorgangsweise



- **Regierungsbeschluss 6. Juni 2011**
- **Umsetzungsauftrag an die Krankenhausträger durch die
Direktion Soziales und Gesundheit**
- **Landtagsbeschluss 7. Juli 2011**
- **Beschlussfassung Landesgesundheitsplattform**
- **Novellierung Oö KAG, RSG Oö. - Oö. KAP/GGP 2008**

Reform nach Maß!



- Nachhaltige und qualitätsvolle Absicherung der öö Spitallandschaft gelungen
- Kostendämpfungsziele erreicht
- Evaluation und Steuerung der Umsetzung vereinbart
- Umsetzungsprozess beginnt unverzüglich
- Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter einbinden
- Clearingstelle
- Landesausbildungskommission

Besten Dank für Ihre Unterstützung !