

Die Umsetzung der oberösterreichischen
Spitalsreform 2010/2011
Jahresbericht der Evaluierungskommission
für 2018

Oktober 2019

**„Umsetzung nach Maß –
der Oö. Weg bis 2020“**

Executive Summary

Die Umsetzung der OÖ Spitalsreform 2010/11 ist in der Umsetzungsperiode C (2017-2020) im vorletzten Umsetzungsjahr angekommen. Die **Maßnahmen** der Umsetzungsperioden A (2011-2013) und B (2014-2016) konnten, wie in den Vorjahren berichtet, mit Abnahme dieses Berichtes umgesetzt bzw. bis Ende 2020 umgesetzt und die angestrebten Ergebnisse erreicht werden. Zu den Ergebnissen zählen neben der **Entwicklung der Leistungszahlen** auch die **Entwicklung der Budgets**, die eingehalten werden konnten.

Die geplanten und auch realisierten **Kostendämpfungen** mussten aufgrund exogener Veränderungen wie z.B. Disinflation, Schaffung zusätzlicher Stellen aufgrund bundesgesetzlicher Vorschriften wie z.B. KA-AZG, Ärztegehaltspakete 2012 und 2015, Pflegegehaltspaket 2015, Einführung einer Entschädigung für das klinisch praktische Jahr, Steigerungen bei den onkologischen Medikamenten angepasst werden, sodass im Jahr 2020 noch rund 105 Mio. Euro Kostenminderungen erwartet werden.

Die Zielgröße der Spitalsreform von 2.304.235 **Belagstagen im Jahr 2020** wird derzeit unterschritten und liegt im Jahr 2018 bei 2.189.994 Belagstagen. Ausgangspunkt für diese Zielsetzung war die Angleichung der Belagstage pro 1.000 Einwohner auf den Österreichschnitt ohne Oberösterreich (Basisjahr 2009), bei gleichzeitiger Bewältigung der vermehrten Inanspruchnahme von Spitalsleistungen durch die demografische Entwicklung der Bevölkerung.

Seit dem Start der oö. Spitalsreform entwickelten sich die Krankenhaushäufigkeiten (KHH) und Belagstagedichten (BTD) in Restösterreich ebenfalls nach unten (KHH von 235 vollstationären Aufenthalten je 1.000 Einwohner im Jahr 2009 auf 200 im Jahr 2018 und BTD von 1.625 Belagstagen je 1.000 Einwohner im Jahr 2009 auf 1.318 im Jahr 2018). Trotz leicht rückläufiger Entwicklung liegt damit Oberösterreich sowohl in der Kenngröße KHH als auch BTD weiterhin deutlich über den Werten von Österreich ohne OÖ. Deshalb regt die Evaluierungskommission an, diese beiden Parameter weiterhin verstärkt im Fokus zu behalten.

Die konsequente Planung und Umsetzung geeigneter Maßnahmen zur Vermeidung medizinisch nicht notwendiger stationärer Aufnahmen wird trotz Zielerreichung weiterhin empfohlen. Ein wesentlicher Faktor liegt nach Meinung der Kommission in der Organisation der Aufnahmeeinheiten der Spitäler (z.B. effiziente Triagierung, Etablierung von Aufnahme- bzw. Beobachtungstationen, Besetzung der Aufnahmeeinheiten mit erfahrenen (Allgemein-)Medizinern). Die Einführung des NTA-Modells zur Verlagerung von Nulltagesaufnahmen in den spitalsambulanten Bereich ist ein wichtiger Schritt zur Unterstützung dieses Vorhabens.

Wie in den Vorjahren ist eine „Sogwirkung“ bei den Patientenströmen in die Zentralräume Linz und Wels feststellbar. Außerdem ist zu beobachten, dass die Patienten generell mobiler werden, sodass das Ziel der wohnortnahen bedarfsgerechten Versorgung unter diesem Gesichtspunkt künftig genauer betrachtet werden muss.

Die Ausgaben für die nicht medizinischen Bereiche (z.B. Verwaltung oder Facility Management) sind – wie im Vorjahr – anteilig gegenüber den medizinischen Ausgaben rückläufig.

Die vorliegenden Berichte der von den Oö. Spitalern durchgeführten Patientenbefragungen bis 2018 sowie die Berichte der Patientenvertretung weisen darauf hin, dass die SR II zu keiner wesentlichen Veränderung der Zufriedenheit der Patienten und Bevölkerung mit der medizinischen Versorgung geführt hat. Der Anteil an sehr zufriedenen und zufriedenen Patienten ist gleichbleibend. Die Patientenzufriedenheit ist somit nach wie vor sehr hoch.

Wie auch vom Landesrechnungshof im letzten Berichtsjahr gefordert, sollen die Leistungsschwerpunkte sowohl innerhalb als auch zwischen den (neuen) Trägergruppen geprüft und an die geänderten Rahmenbedingungen im Zentralraum Linz angepasst werden. Dieser Empfehlung wird auch im Rahmen

des „RSG OÖ 2025“ entsprechen. Der RSG OÖ 2025 wurde entsprechend der Zielsetzung unter dem Grundsatz „Stärken stärken, Schwächen vermeiden“ unter Berücksichtigung der Anforderungen einer Universitätsklinik konzipiert. Um in diesem Prozess möglichst viele Perspektiven einzubeziehen, wurde ein partizipativer Ansatz gewählt (Einbindung der Krankenhausträger und Experten aus dem Gesundheitsbereich, Vertreter der JKU/Med. Fakultät). Gerade im Hinblick auf die Anpassung der Leistungsschwerpunkte an die geänderten Rahmenbedingungen (insbesondere neue Trägergruppen, ÖSG 2017) bleibt die Evaluierungskommission bei der Empfehlung, dass zukünftige Leitungsbesetzungen (inkl. Lehrstuhlbesetzungen) mit der Abteilung Gesundheit abzustimmen sind. Darüber hinaus empfiehlt die Kommission Masterpläne und daraus abgeleitete Investitionen für Baumaßnahmen und Großgeräte etc. nur zu genehmigen, wenn sie einer Kooperations- und/oder Leistungsschwerpunktstrategie entsprechen.

Die Empfehlung einer verstärkten leistungsbezogenen Abstimmung und Zusammenarbeit richtet sich nicht nur an die Rechtsträger im Zentralraum Linz, sondern grundsätzlich an alle Krankenhausträger (insbesondere auch zwischen KUK und OÖ Gesundheitsholding) und bezieht auch wirtschaftlich zielführende Kooperationen im nicht medizinischen Bereich (z.B. IKT, Beschaffung) ein.

Positiv bewertet die Kommission einerseits das Projekt der Etablierung einer Oö. Gesundheitsholding, die den Auftrag hat, sowohl die medizinische Leistungsabstimmung als auch die nicht medizinischen Unterstützungsprozesse zu optimieren und die Versorgung in OÖ gesamthaft zu denken.

Zusammenfassend kann eine weitgehend positive Entwicklung festgestellt werden, die sich einerseits in der Zielerreichung der Leistungskennzahlen und andererseits durch verstärkte institutionelle Kooperationen, wie die OÖ Gesundheitsholding, das Ordensklinikum Linz und die Spitalsverbände im Salzkammergut und in der Pyhrn-Eisenwurzen widerspiegelt. Besonderes Augenmerk soll bei der Leistungsabstimmung auf die Notwendigkeiten der Universitätsklinik für Forschung und Lehre gelegt werden. Hier empfiehlt die Kommission über Kooperationsmodelle die etablierten Stärken der nicht universitären Spitäler und damit die vorhandenen Ressourcen bestmöglich zu nutzen.

Die Evaluierungskommission wünscht allen Mitwirkenden weiterhin gute Entwicklungskraft, um die ständigen Veränderungen zu meistern, die Qualität und die Finanzierbarkeit der Versorgung weiterhin auf hohem Niveau sicherzustellen.

Inhaltsverzeichnis

1	Auftrag/Aufgabenstellung	11
1.1	Mitglieder der Kommission	12
1.2	Arbeitsweise der Kommission/Auftragsabwicklung	12
2	Evaluierung der Umsetzung der SR II	14
2.1	Das Evaluationsdesign	14
2.2	Ökonomische Bewertung	15
2.2.1	Gesamtbudgetentwicklung	15
2.2.2	Auslastung	18
2.2.3	Bettenentwicklung	20
2.3	Quantität der Leistungsentwicklung	21
2.3.1	Krankenhaushäufigkeit	21
2.3.2	Belagstagedichte	24
2.3.3	LKF-Punktedichte	27
2.3.4	Durchschnittliche Belagsdauer	30
2.3.5	Nulltagesaufenthalte	32
2.3.6	Präoperative Verweildauer	35
2.3.7	Wiederaufnahmerate	36
2.3.8	Patientenbewegungen von anderen Bundesländern nach OÖ	37
2.3.9	Patientenbewegungen innerhalb von OÖ	39
2.3.10	Tagesklinische Fälle und Potenzial	40
2.3.11	Verlagerungspotenzial in den ambulanten Bereich	41
2.3.12	Trends 2019	42
2.4	Qualität der Leistungserbringung	44
2.4.1	Strukturqualität	44
2.4.1.1	Allgemein	44
2.4.1.2	Neue Strukturen zur Verbesserung der Versorgungsqualität	44
2.4.2	Prozessqualität	48
2.4.3	Patientensicherheit und Ergebnisqualitätsmessung	51
2.4.3.1	Patientensicherheit	51
2.4.3.2	Ergebnisqualitätsmessung	52
2.4.3.3	Konzept für die sektorenübergreifende Qualitätsberichterstattung	52
2.4.3.4	Analyse der Alters- und Geschlechtsstandardisierten Mortalitätsraten	52
2.4.3.5	Rückmeldungen lt. Maßnahmenenerhebungsblättern	53
2.4.4	Über-, Unter-, Fehlversorgung	53
2.5	Patienten- und Bürgerbeteiligung	54
2.5.1	Bericht der sektorenübergreifenden Patientenbefragung	54
2.5.2	Bericht zur Bevölkerungsbefragung und den Patientenbefragungen der Krankenanstalten	54
2.5.3	Bericht der Oö. Patientenvertretung	56
2.5.4	Bericht der Clearingstelle	57
2.5.5	Bericht der Oö. Landes-Ausbildungskommission für Ärzte	57
3	Umsetzung der Maßnahmen der SR II	59
3.1	Medizinischer Bereich	60
3.1.1	Schaffung von Spitalsverbänden	60
3.1.2	Auswirkungen auf die Angebotsplanung	62
3.2	Nicht Medizinischer Bereich	64
3.3	Begleitmaßnahmen / Rahmenbedingungen	65
3.3.1	OÖ Krankenanstalten- und Großgeräteplan (Oö. KAP/GGP)	65
3.3.2	Bundesgesundheitsreform – Status Bundeszielsteuerung	65

3.3.3	Österreichischer Strukturplan Gesundheit (ÖSG).....	67
3.3.4	Regionaler Strukturplan Gesundheit Oberösterreich (RSG OÖ).....	68
3.3.5	eHealth/ELGA Strategie des Landes OÖ.....	69
3.3.6	Umsetzung des bundesweit einheitlichen spitalsambulanten Abrechnungsmodells.....	69
3.3.7	Steuerungssysteme.....	70
3.3.8	Nahtstellenmanagement.....	71
3.3.9	Mitarbeiterbefragung in den Oö. Fondsspitalern.....	72
4	<i>Sonderthemen</i>	73
4.1	Psychiatrieversorgung	73
4.1.1	Maßnahmen SR II.....	73
4.1.2	Status.....	73
4.2	Interventionelle Kardiologie	74
4.2.1	Maßnahme SR II.....	74
4.2.2	Fragestellungen/Herausforderungen.....	74
4.2.3	Status.....	74
4.3	Standortübergreifende Organisationsformen und Verbände	77
4.3.1	Status.....	78
4.4	Onkologie	79
4.4.1	Status Onkologiebeirat.....	80
4.5	Kinderversorgung OÖ	81
4.5.1	Status.....	81
5	<i>Vorschlag für die Anpassung der Beschlussfassung</i>	83
6	<i>Ausblick</i>	87
7	<i>Literaturverzeichnis</i>	90
	Anhang A: <i>Übersichtsdaten</i>	93
	Anhang B: <i>Wirkungskette (Ziele, Indikatoren, Ergebnisse)</i>	98
	Anhang C: <i>Umsetzungsstatus der Maßnahmen</i>	100

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Evaluationsdesign.....	14
Abbildung 2: Geplantes Kostendämpfungspotenzial durch die SR II.....	15
Abbildung 3: Ausgabenentwicklung in Mio. Euro 2009 bis 2020 noch nicht aktualisiert.....	16
Abbildung 4: Steuerungskurve in Mio. Euro 2009 bis 2020.....	17
Abbildung 5: Auslastung (inkl. NTA).....	18
Abbildung 6: Auslastung (exkl. NTA).....	19
Abbildung 7: Krankenhaushäufigkeits-Index von Oberösterreich.....	21
Abbildung 8: Krankenhaushäufigkeit – Bundesländervergleich.....	22
Abbildung 9: Krankenhaushäufigkeits-Index je Versorgungsregion.....	23
Abbildung 10: Krankenhaushäufigkeit je Versorgungsregion.....	23
Abbildung 11: Belagstagedichte-Index von Oberösterreich.....	24
Abbildung 12: Belagstagedichte – Bundesländervergleich.....	25
Abbildung 13: Belagstagedichte-Index je Versorgungsregion.....	26
Abbildung 14: Belagstagedichte je Versorgungsregion.....	26
Abbildung 15: Punktedichte-Index von Oberösterreich.....	27
Abbildung 16: Punktedichte – Bundesländervergleich.....	28
Abbildung 17: Punktedichte-Index je Versorgungsregion.....	29
Abbildung 18: Punktedichte je Versorgungsregion.....	29
Abbildung 19: Belagsdauer-Index von Oberösterreich.....	30
Abbildung 20: Belagsdauer – Bundesländervergleich.....	31
Abbildung 21: Belagsdauer-Index je Versorgungsregion.....	31
Abbildung 22: Belagsdauer je Versorgungsregion.....	32
Abbildung 23: Nulltagesanteils-Index von Oberösterreich.....	33
Abbildung 24: Nulltagesanteil – Bundesländervergleich.....	33
Abbildung 25: NTA-Index je Versorgungsregion.....	34
Abbildung 26: NTA-Anteil je Versorgungsregion.....	34
Abbildung 27: Entwicklung der Wiederaufnahmerate.....	37
Abbildung 28: Anzahl der Eingaben bei der Oö. Patientenvertretung, 2009-2018.....	57
Abbildung 29: Kostendämpfungs-Systematik – Medizinischer und nicht medizinischer Bereich.....	59

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Entwicklung der tatsächlichen Betten	20
Tabelle 2: Präoperative Verweildauer in operativen Fächern Tabelle bereits aktualisiert	35
Tabelle 3: Übersicht der Patientenbewegungen (Fälle) nach Bundesländern	38
Tabelle 4: Übersicht der OÖ-Patientenbewegungen nach Versorgungsregion	39
Tabelle 5: Tagesklinisch behandelte Fälle und tagesklinisches Potenzial.....	40
Tabelle 6: Ambulantes Potenzial.....	41
Tabelle 7: Interventionelle Kardiologie.....	75
Tabelle 8: Vorschlag für die Anpassung der Beschlussfassung	86
Tabelle 9: Übersichtsdaten Ö ohne OÖ.....	93
Tabelle 10: Übersichtsdaten OÖ	94
Tabelle 11: Übersichtsdaten Zentralraum Linz	94
Tabelle 12: Übersichtsdaten Zentralraum Wels	95
Tabelle 13: Übersichtsdaten Mühlviertel	95
Tabelle 14: Übersichtsdaten Pyhrn-Eisenwurzen.....	96
Tabelle 15: Übersichtsdaten Traunviertel/Salzkammergut	96
Tabelle 16: Übersichtsdaten Innviertel.....	97

Abkürzungsverzeichnis

AG/R	Akutgeriatrie/Remobilisation
A-IQI	Austrian Inpatient Quality Indicators
AKH Linz	Allgemeines Krankenhaus der Stadt Linz
AN	Anästhesie
AUVA	Allgemeine Unfallversicherungsanstalt
BBR	Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Linz
BD	Belagsdauer
BHS	Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern
BIP	Bruttoinlandsprodukt
BMASK	Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz
BTD	Belagstagedichte
B-VG	Bundes-Verfassungsgesetz
bzw.	beziehungsweise
COR	Coronarangiographie
CT	Computertomographie
d.h.	das heißt
DIAG	Dokumentations- und Informationssystem für Analysen im Gesundheitswesen
DSS	Demenzservicestelle
EK	Evaluierungskommission
ELGA	Elektronische Gesundheitsakte
ELIS	Elisabethinen
EPU	Elektrophysiologische Untersuchung
etc.	et cetera
EVE	Erstversorgungseinheiten
exkl.	exklusiv
FFR	fraktionelle Flussreserve
FH	Fachhochschule
GDA	Gesundheitsdiensteanbieter
Gespag	OÖ. Gesundheits- und Spitals-AG
ggf.	gegebenenfalls
GGH	Gynäkologie & Geburtshilfe
HÄND	Hausärztlicher Notdienst
HEK	Heilmittel-Evaluierungs-Kommission
HDG	Hauptdiagnosegruppe
HNO	Hals-Nasen-Ohren
HTA	Health Technologie Assessment
ICD-10	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme
inkl.	inklusive
IM	Innere Medizin
IVDOÖ	Integrierte Versorgung Demenz OÖ
JKU	Johannes-Kepler-Universität
KA-AZG	Krankenanstalten-Arbeitszeitgesetz
KAG	Krankenanstaltengesetz
KAL	Katalog ambulanter Leistungen
KA-Statistik	Krankenanstalten-Statistik
KDOK	Krankenanstaltendokumentation
KH	Krankenhaus
KHH	Krankenhaushäufigkeit
KIJUK	Kinder- und Jugendkompetenzzentrum
KJP	Kinder- und Jugendpsychiatrie

KMA	Klinischer Mehraufwand
KPJ	Klinisch-Praktisches Jahr
KUK	Kepler Universitätsklinikum
KV	Krankenversicherung
LDF	Leistungsorientierte Diagnosefallgruppen
LH-Stv.	Landeshauptmann-Stellvertreterin
LKF	Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung
LPBZ	Landespflege- und Betreuungszentren
LRH	Landesrechnungshof
lt.	laut
LZK	Landeszielsteuerungskommission
max.	maximal
MC3	Med Campus III. (ehem. Allgemeines Krankenhaus der Stadt Linz)
MC4	Med Campus IV. (ehem. Landes-Frauen- und Kinderklinik Linz)
MEL	Medizinische Einzelleistung
mind.	mindestens
Mio.	Million
MKG	Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie
Mrd.	Milliarde
MR/MRT	Magnetresonanztomographie
MVZ	Multidisziplinäres Versorgungszentrum
NA	Nicht anwendbar
NLA	Neurolinguistische Ambulanz
NMC	Neuromed Campus (ehem. Landesnervenklinik Wagner-Jauregg)
NÖ	Niederösterreich
NSM	Nahtstellenmanagement
NTA	Nulltagesaufenthalt
NUK	Nuklearmedizin
OKL	Ordensklinikum
Ö	Österreich
OÖ	Oberösterreich
Oö.	oberösterreichische
OÖG	Oberösterreichische Gesundheitsholding
OÖGKK	Oberösterreichische Gebietskrankkasse
Oö. KAG	Oberösterreichisches Krankenanstaltengesetz
Oö. KAP/GGP	Oberösterreichischer Krankenanstalten- und Großgeräteplan
OP	Operation
ÖSG	Österreichischer Strukturplan Gesundheit
PET-CT	Positronen Emissions Tomographie Computertomographie
Prio.	Priorität
PSY	Psychiatrie
PV	Primärversorgung
PVE	Primärversorgungseinheit
PVN	Primärversorgungsnetzwerk
PVZ	Primärversorgungszentrum
RAD	Radiologie
rd.	rund
RSG OÖ 2025	Regionaler Strukturplan Gesundheit
SKG	Salzkammergut Klinikum
SPAZ	Sozialpsychiatrisches Ambulanzzentrum
SR II	Oberösterreichische Spitalsreform 2010/2011
SZT	Stammzellentransplantation
TEWEB	telefon- und webbaserendes Erstkontakt- und Beratungsservice
TK	Tagesklinik; tagesklinisch

u.a.	unter anderem
UKH	Unfallkrankenhaus
URO	Urologie
vgl.	vergleiche
VR	Versorgungsregion
VR 41	Versorgungsregion Zentralraum Linz
VR 42	Versorgungsregion Zentralraum Wels
VR 43	Versorgungsregion Mühlviertel
VR 44	Versorgungsregion Pyhrn-Eisenwurzen
VR 45	Versorgungsregion Traunviertel/Salzkammergut
VR 46	Versorgungsregion Innviertel
ZAE	Zentrale ambulante Erstversorgungseinheit
z.B.	zum Beispiel
ZNA	Zentrale Notaufnahme
ZR	Zentralraum

1 Auftrag/Aufgabenstellung

Mit Regierungsbeschluss vom 6.6.2011 wurde der Auftrag zur Begleitung der Umsetzung der Spitalsreform II (SR II) an die Evaluierungskommission vergeben. Die Evaluierungskommission beschreibt daraus ihren Zuständigkeitsbereich folgendermaßen:

Die Evaluierungskommission begleitet die Umsetzung der Spitalsreform II. Ziel ist, dass die Maßnahmenumsetzung gemäß Beschlusslage erfolgt und die Erreichung der finanziellen Ziele sichergestellt wird. Abweichungen von der Beschlusslage (Angebotsstruktur und/oder finanzielle Ziele) sind vom jeweiligen Träger unter Angabe von Gründen und einem Alternativvorschlag zu beantragen. Die Anträge werden durch die Abteilung Gesundheit und die Evaluierungskommission geprüft. Im Fall einer Befürwortung werden diese Abweichungen, wenn nötig mit zusätzlichen Auflagen, in den Jahresbericht der Evaluierungskommission an die Oö. Landesregierung aufgenommen. Im Wege der Kenntnisnahme bzw. Abnahme des Jahresberichts der Evaluierungskommission erfolgt die Adaptierung der ursprünglichen Beschlusslage.

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

- Medizin
- Bürgerbeteiligung
- Ökonomie

Die Evaluierungskommission leitet daraus folgende Aufgaben ab:

- Die laufende Abstimmung mit dem Umsetzungsprojekt des Landes OÖ sowie die fachliche Beurteilung von Fragestellungen im Rahmen der Evaluierungstätigkeit
- Die Abhaltung und Organisation von Evaluierungsworkshops zur Sicherstellung der Einhaltung der Beschlusslage der Landesregierung zur Umsetzung der SR II
- Die Verfassung der Jahresberichte an die Landesregierung
- Die Verfassung von allfälligen Zwischenberichten an die Landesregierung bei Auftreten von gravierenden Zielabweichungen
- Die Unterstützung bei der Berichterstattung an den Gesundheitsreferenten sowie Teilnahme an Präsentationen soweit erforderlich

Darüberhinausgehend findet im zweijährlichen Rhythmus eine Prüfung der Umsetzung der SR II durch den Landesrechnungshof (LRH) statt. Die letzte Prüfung fand im Jahr 2016/17 statt.¹

¹ Landesrechnungshof-Bericht Initiativprüfung (2017): „Umsetzung Spitalsreform II (Stand Ende 2016)“.

1.1 Mitglieder der Kommission

Die Evaluierungskommission besteht aus folgenden Mitgliedern:

Dem Vorsitzenden

- MMag. Wolfgang Bayer, Geschäftsführer der Wolfgang Bayer Beratung GmbH,

Zwei landesexternen Mitgliedern

- Dr. Michaela Moritz, eh. Geschäftsführerin der Gesundheit Österreich GmbH bis 06.05.2019² und
- Mag. Rudolf Linzatti, Spitalsplaner und Partner der Solve Consulting Managementberatung GmbH

Zwei landesinterne Mitglieder mit beratender Stimme werden bei Bedarf beigezogen

- HR Dir. Dr. Matthias Stöger, Direktor Gesellschaft, Soziales und Gesundheit Land OÖ
- Dr. Georg Palmisano, Landessanitätsdirektor des Landes OÖ

1.2 Arbeitsweise der Kommission/Auftragsabwicklung

Die Evaluierungskommission berät auf Anfrage alle Beteiligten (Land OÖ, Spitäler etc.) über anfallende Frage- und Themenstellungen aus der Umsetzung der SR II. Durch die jeweiligen fachlichen Expertisen findet ein Austausch und Abgleich statt, sodass am Ende einer jeden Evaluierungskommissionssitzung eine einvernehmlich beschlossene Stellungnahme der Kommission abgegeben werden kann.

Der Vorsitzende der Evaluierungskommission, Herr MMag. Wolfgang Bayer, nimmt an den quartalsweisen Jour fixes der Abteilung Gesundheit zur SR II teil und ist somit das Bindeglied zwischen der Abteilung Gesundheit und der Evaluierungskommission. Im Jour fixe auftretende Themen und Problemstellungen übermittelt er vorab an die Kommissionsmitglieder, die sich dadurch auf die nächste Kommissionssitzung vorbereiten können. Die Koordination der die SR II betreffenden Informationen erfolgt über den Vorsitzenden.

Ein Informationsaustausch mit Stakeholdern (z.B. der OÖGKK) findet bedarfsorientiert statt.

Für die Kontrolle der Steuerung der Umsetzung der SR II wurden Prozesse zu den folgenden drei Themen definiert:

² Frau Dr. Moritz ist leider unerwartet am 6.5.2019 verstorben und hat bis dahin ihre Funktion als Mitglied der Evaluierungskommission vollständig ausgeübt. Eine Nachbesetzung erfolgte auf Vorschlag der verbleibenden Evaluierungskommissionsmitglieder nicht, da sich die Umsetzung bereits in einem sehr fortgeschrittenen Stadium befindet und eine Einarbeitung einer bisher nicht mit den Gegebenheiten vertrauten Person wirtschaftlich nicht vertretbar ist.

1. Laufende Steuerung

Die laufende Steuerung beinhaltet definierte Kennzahlen zu den Bereichen

- Ökonomie und
- Quantität/Qualität der Leistungserbringung,

die der Oö. Gesundheitsfonds, Geschäftsstelle für intramurale Aufgaben, erhebt, analysiert und der Evaluierungskommission zur Verfügung stellt.

Die Kommission überprüft anhand der Kennzahlen einerseits die Einhaltung der Ziele der SR II (Senkung der Krankenhaushäufigkeit, Belagstage etc.) und andererseits, ob die für die Zielerreichung definierten Maßnahmen eingehalten und umgesetzt werden. Bei wesentlichen Abweichungen erstellt die Kommission eine Kurzstellungnahme an den Auftraggeber. Darüber hinaus werden gemäß Auftrag die zur Verfügung stehenden Daten der Bürgerzufriedenheit eingeholt (Daten des Patientenanwaltes, Bevölkerungsbefragung etc.) und analysiert.

2. Maßnahmencontrolling

Zwei Mal jährlich erfolgt die Überprüfung der Maßnahmenumsetzung (medizinischer und seit 2013 auch nicht medizinischer Bereich) durch die Abteilung Gesundheit. Hierbei werden die Häuser aufgefordert, ihren Maßnahmenumsetzungsstand – in Form einer einheitlichen Statusmeldung mit Hilfe standardisierter Formblätter – bekanntzugeben. Der so erhobene Umsetzungsstatus und die kritischen Fälle werden der Kommission (über das Jour fixe) kommuniziert.

3. Jahresbericht

Die Ergebnisse der beiden Prozesse (laufende Steuerung und Maßnahmencontrolling) fließen in die Erstellung des Jahresberichts ein, der von der Evaluierungskommission verfasst und am Ende des Folgejahres an die Gesundheitsreferentin LH-Stv. Mag.^a Christine Haberlander übergeben wird.

Betrachtungszeitraum des Jahresberichts 2019 für 2018

Für den Jahresbericht 2019 für 2018 wurden der Datenstand und die Eingaben bis zum 21.10.2019 verwendet. Alle Daten wurden – soweit nicht anders erwähnt – aus den offiziellen KDOK-Daten (nur Fondskrankenanstalten) des Landes OÖ übernommen.

Hinweis zur Schreibweise

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

2 Evaluierung der Umsetzung der SR II

Gemäß Auftrag der Evaluierungskommission wird die Zielerreichung der SR II gemäß einstimmiger Beschlussfassung der Oö. Landesregierung vom 6.6.2011 und dem Landtagsbeschluss vom 7.7.2011 evaluiert. Im Anschluss an die Konzeptentwicklung des Evaluationsmodells laut Endbericht zur SR II wurden Evaluationskriterien, welche die Zielsetzung der SR II widerspiegeln, definiert und Indikatoren zur Messung und Analyse abgeleitet.

Die Darstellung der Wirkungskette erfolgt in tabellarischer Aufbereitung („strategisches Formular“). Dabei wird von den Zielen der SR II und deren beabsichtigte Wirkungen ausgegangen. Im zweiten Schritt werden die abgeleiteten Umsetzungsstrategien der SR II dargestellt. Die dafür definierten Maßnahmen der SR II und deren derzeitige Ergebnisse werden anhand von definierten Indikatoren der Evaluierungskommission analysiert und bewertet. Anhang A stellt die Übersichtsdaten der jeweiligen Indikatoren für Oberösterreich und die Versorgungsregionen dar. Anhang B beinhaltet einen Überblick über die Wirkungskette mit den wesentlichen Kennzahlen (Indikatoren) per 31.12.2018

2.1 Das Evaluationsdesign

Das Evaluationsdesign basiert auf ausgewählten Indikatoren, welche der Beurteilung der Erreichung der Ziele der SR II dienen (Messung der Ursachen und Wirkungszusammenhänge). Diese wurden in die drei wesentlichen Bereiche – siehe Abbildung 1 – Qualität/Quantität der Leistungserbringung, Ökonomie sowie Patienten- und Bürgerbeteiligung unterteilt.

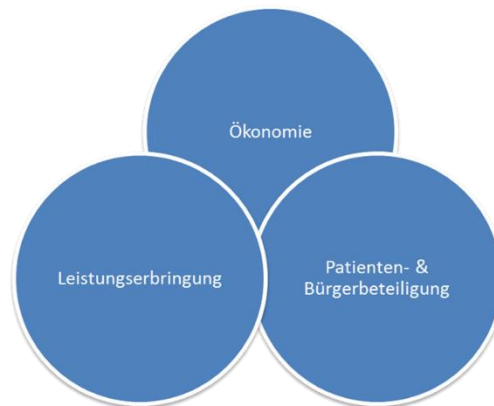


Abbildung 1: Evaluationsdesign

Die grafische Überschneidung der Bereiche verdeutlicht, dass eine gemeinsame Analyse dieser Bereiche notwendig ist, um eine umfassende Darstellung der Reformeffekte bieten zu können. Des Weiteren berücksichtigt eine solche Vorgehensweise die Interdependenzen zwischen den jeweiligen Bereichen. Je Bereich werden einerseits die „Hauptindikatoren“ (Patientenzufriedenheit, Leistungsentwicklung etc.) sowie jeweils weitere ausgewählte „Spezialkriterien“ (z.B. Mitarbeiterzufriedenheit, Schnittstellenbetrachtung) dargestellt.

2.2 Ökonomische Bewertung

2.2.1 Gesamtbudgetentwicklung

Durch die Ausschöpfung der Kostendämpfungspotenziale soll die langfristige Finanzierbarkeit des Spitalssystems – einschließlich des medizinischen Fortschritts – sichergestellt werden.

Die Umsetzung aller Maßnahmen der SR II hat zum Beschlusszeitpunkt (6.6.2011) für das Jahr 2020 ein Kostendämpfungspotenzial von rund 366 Mio. Euro gegenüber der Hochrechnung ohne SR II ergeben.³ Die Entwicklung über die Zeit ist in Abbildung 2 dargestellt. Die kumulierte Kostendämpfung bis zum Jahr 2020 betrug zum Beschlusszeitpunkt rund 2,3 Mrd. Euro.

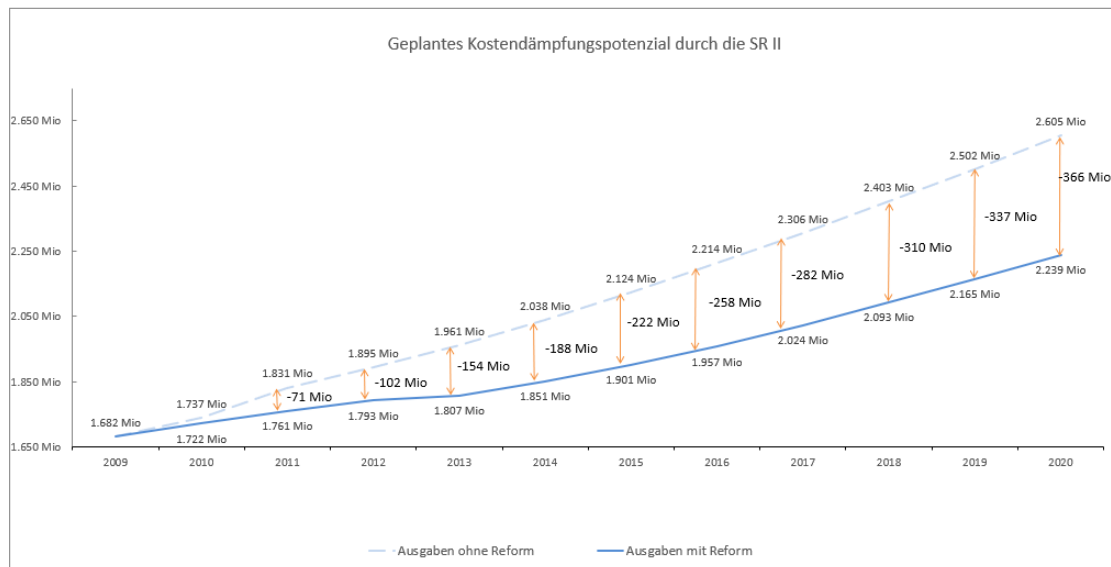


Abbildung 2: Geplantes Kostendämpfungspotenzial durch die SR II

Die Gegenüberstellung der zum Beschlusszeitpunkt prognostizierten Kostendämpfung mit der aktuellen Ausgabenentwicklung (siehe Abbildung 3) – unter Verwendung der aktuellen Indexwerte sowie der bereits eingeplanten Adaptierungen – ergibt für das Jahr 2020 eine prognostizierte Einsparung von rund 144 Mio. Euro sowie eine kumulierte Kostendämpfung von rd. 1,5 Mrd. Euro.⁴ Die Prognose bis 2020 kann durch die noch abzuschließenden Budgetverhandlungen für das Jahr 2020 beeinflusst werden, nachdem diese auf den eingereichten Voranschlägen mit Adaptierung der Abteilung Gesundheit 2020 aufbaut.

Die Reduktion des prognostizierten Kostendämpfungspotenzials im Vergleich zum geplanten Potenzial des Vorjahres kann durch begründete Änderungstatbestände (z.B. Personalmaßnahmen, Medikamentenkosten) und durch die prognostizierte Verringerung des Preisniveaustieges (Disinflation) erklärt werden.

³ Inkl. Steigerungen, Veränderungen der Leistungsentwicklung und Inflation.

⁴ Rechnungsabschlüsse bis 2017/2018 bzw. Voranschläge 2018/2019 (genehmigt) sowie Voranschläge ab 2020. (eingereicht).

Zu betonen ist, dass die Vorgaben hinsichtlich der Einsparungen der Spitalsreform von den Krankenhäusern eingehalten werden können, jedoch der Kostendämpfungseffekt aus der Umsetzung durch die oben dargestellten exogenen Kosteneffekte (Disinflation, Schaffung zusätzlicher Stellen aufgrund bundesgesetzlicher Vorschriften wie z.B. KA-AZG, Ärztegehaltspakete 2012 und 2015, Pflegegehaltspaket, neue gesetzliche Vorgaben, Entschädigung KPJ etc.) zum Teil wieder verbraucht werden.

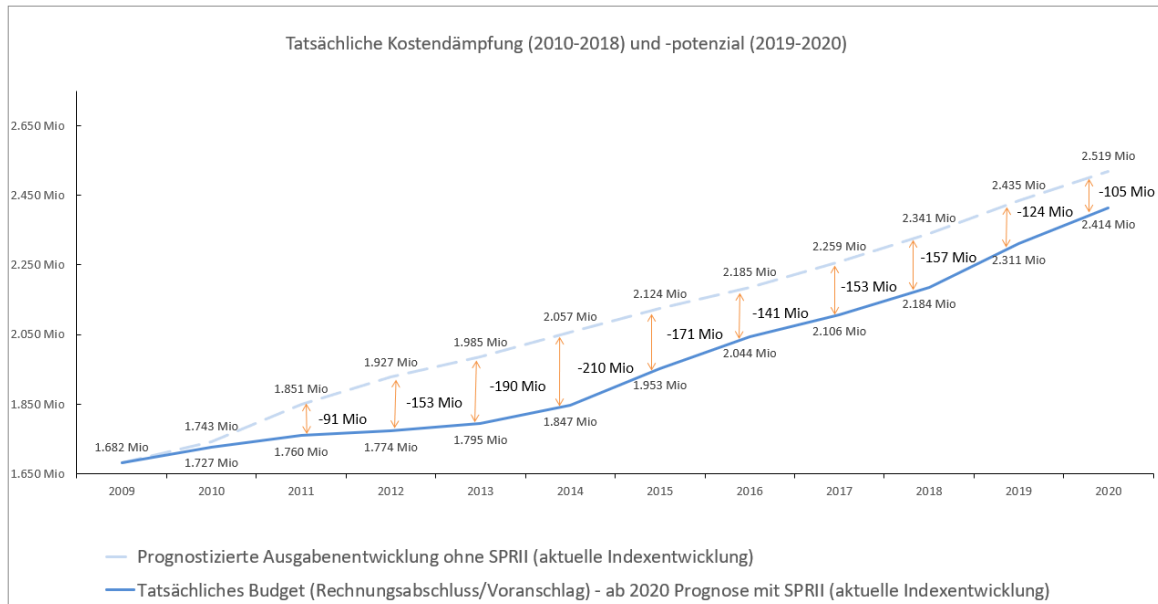


Abbildung 3: Ausgabenentwicklung in Mio. Euro 2009 bis 2020

Der Anstieg der Ausgaben vom Jahr 2013 auf das Jahr 2014 ergibt sich aus vorgezogenen Maßnahmen des Prioritätszeitraums B (ab 1.1.2014), welche bereits im Prioritätszeitraum A (bis 31.12.2013) umgesetzt wurden. Dies führte zu einer vorgezogenen zusätzlichen Kostendämpfung, die von 2013 auf 2014 wieder zum Teil kompensiert wurde. Die Ausgaben des Jahres 2019 basieren auf den genehmigten Voranschlägen inkl. bereits bekannten Adaptierungen. Die Ausgaben des Jahres 2020 basieren auf voraussichtlichen Voranschlagswerten der Abteilung Gesundheit des Landes OÖ und unterliegen noch Schwankungen aufgrund der noch nicht abgeschlossenen Budgetverhandlungen.

Für die Steuerung der Kostendämpfung wurde eine sogenannte „Steuerungskurve“ entwickelt, welche den maximalen Ausgabenrahmen eines jeden Krankenhauses darstellt. Der jährliche maximale Ausgabenrahmen wird berechnet als der indexierte Rechnungsabschluss des Jahres 2009, abzüglich der jeweiligen Maßnahmen und unter Berücksichtigung der begründeten Änderungstatbestände. Darüber hinaus werden auch die Einnahmen aus „nicht öffentlichen Mittel“ (z.B. Hausanteil an Sondergebühren) bei der Steuerung mitbetrachtet, da diese die Höhe der Mittelaufbringung des Landes bzw. der Gemeinden beeinflussen. Es wird eine periodische Adaptierung der Daten – Einarbeitung der Voranschläge bzw. Rechnungsabschlüsse – durchgeführt. Die Entwicklung der Steuerungskurve in Abbildung 4 zeigt, dass sich die Kurven immer mehr annähern, d.h. die Planabweichung wird kleiner. Für 2020 wird zum Zeitpunkt der Berichterstellung eine leichte Unterschreitung der Vorgaben der Steuerungskurve erwartet. Die erwartete Unterschreitung ist im Vergleich zum Vorjahresbericht fast gleichgeblieben.

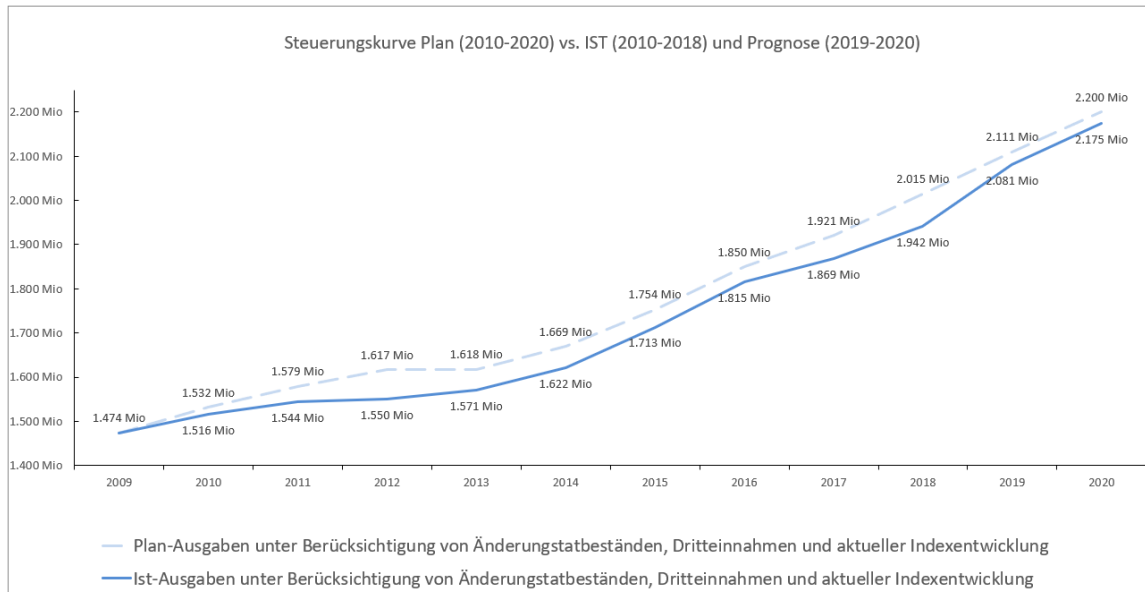


Abbildung 4: Steuerungskurve in Mio. Euro 2009 bis 2020

Die SR II Maßnahmen werden somit von der Abteilung Gesundheit des Landes OÖ in die einzelnen Häuserbudgets übergeleitet, wobei der maximale Ausgabenrahmen gemäß Steuerungskurve nicht überschritten werden darf. Damit ist eine kontinuierliche Steuerung und Abstimmung der Ausgabenentwicklung wirkungsvoll gegeben.

Eine der Planungsprämissen hinter diesen Kostenentwicklungen ist die durch den medizinischen Fortschritt bedingte Kostensteigerung. Im Zuge der Spitalsreform wurde ein jährlicher durchschnittlicher Steigerungsprozentsatz von 0,8 Prozent festgestellt. In Folge wurde in der SR II beschlossen, dass ein Prozentsatz in Höhe von 0,6 Prozent fixiert und ein Wert von 0,4 Prozent disponibel gewährt wird. Seit dem Jahr 2011 wurde für jede Krankenanstalt ein Wert von 0,8 Prozent angenommen. Analysen der tatsächlichen Ausgabenentwicklung für Bereiche des medizinischen Fortschrittes im Vorjahr haben ergeben, dass sich der Wert in Summe mit der Annahme der SR II deckt, aber die Höhe zwischen den Krankenanstalten differiert. Ab dem Jahr 2018 wird dieser Wert auf 0,6 Prozent je Krankenanstalt reduziert. Die verbleibenden 0,2 Prozent werden nach verursachungsgerechter und differenzierter Maßgabe der Abteilung Gesundheit im Zuge der Budgetverhandlungen den Krankenanstalten zugerechnet. Ausgenommen aus diesen Pauschalsätzen werden sogenannte „pharmazeutische Spezialitäten“ (z.B. Spinraza, Soliris, Elaprase), die nicht in diesem Schema abgebildet werden können, da diese auf Einzelfälle beruhen und immense Kosten verursachen.

2.2.2 Auslastung

In diesem Abschnitt findet sich die Darstellung der Auslastungsentwicklung. Sie gibt Auskunft über den Nutzungsgrad der stationären Bettenkapazitäten. Die Auslastung ist auf Ebene der Versorgungsregion (VR) dargestellt. Die Auslastung inkl. Nulltagesaufenthalte (NTA) ist definiert als:

$$\frac{\text{Belagstage} + \text{Nulltagesaufenthalte}}{\text{Tatsächliche Betten} * 365^5}$$

Abbildung 5 zeigt den Auslastungsvergleich inkl. NTA für die Jahre 2009, 2017 und 2018. Die horizontale Linie zeigt den OÖ-Schnitt des Jahres 2018.

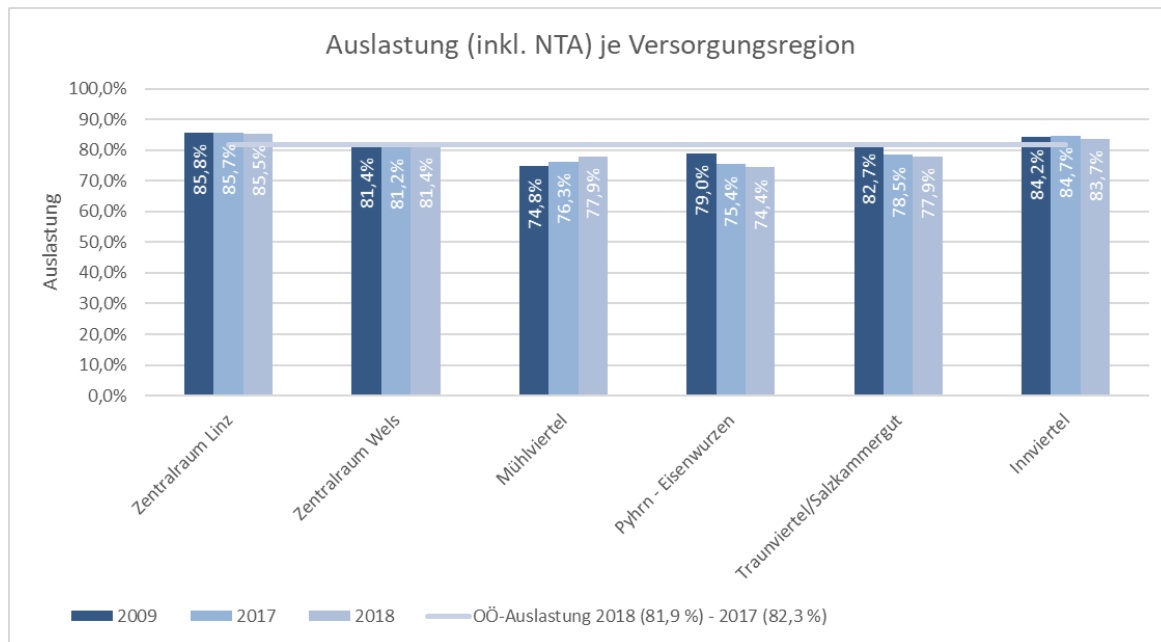


Abbildung 5: Auslastung (inkl. NTA)

Im Vergleich zum Vorjahr hat sich die OÖ-Auslastung um 0,4 Prozentpunkte reduziert (81,9 Prozent im Jahr 2018 und 82,3 Prozent im Jahr 2017). Auf der Ebene der Versorgungsregion gibt es sowohl Steigerungen als auch Rückgänge im Vergleich zu 2017. Anstiege sind im Zentralraum Wels (+0,2 Prozentpunkte) und Mühlviertel (+1,6 Prozentpunkte) zu verzeichnen. In den Versorgungsregionen ZR Linz (-0,2 Prozentpunkte), Pyhrn-Eisenwurzen (-1,0 Prozentpunkte) im Traunviertel/Salzkammergut (-0,6 Prozentpunkte) und Innviertel (-1,0 Prozentpunkte) sind hingegen rückläufige Entwicklungen zu erkennen. Hierbei sei jedoch angemerkt, dass Auslastungswerte von Jahr zu Jahr statistische Schwankungen aufweisen.

Des Weiteren sei angemerkt, dass es sich um eine Durchschnittsbetrachtung für ganz Oberösterreich bzw. für die Versorgungsregionen handelt. Die Auslastungen einzelner Fachabteilungen können hiervon abweichen. Deshalb wurde der Anteil der Fachabteilungen je Auslastungs-Kategorie – unter 70 Prozent, zwischen 70 und 80 Prozent, zwischen 80 und 90 Prozent und über 90 Prozent – berechnet. Der Anteil der Fachabteilungen unter 70 Prozent beläuft sich auf 36 Prozent (Vorjahr

⁵ Für Schaltjahre gilt: (Belagstage + NTA) / (Tatsächliche Betten * 366)

34 Prozent) und weitere 28 Prozent (Vorjahr 29 Prozent) entfallen auf den Auslastungsbereich 70 bis 80 Prozent. Im Bereich von 80 bis 90 Prozent finden sich 15 Prozent (Vorjahr 16 Prozent) und 21 Prozent (Vorjahr 21 Prozent) der Fachabteilungen weisen eine Auslastung von über 90 Prozent auf. Bei der Auslastung handelt es sich um eine jährliche Durchschnittsbetrachtung, saisonale Schwankungen sowie planweise unbelegte Betten, bedingt durch reduzierte Organisations- oder Betriebsformen (z.B. Wochen- oder Tageskliniken), bleiben dabei unberücksichtigt. In Gesprächen zwischen den Krankenhausträgern und der Abteilung Gesundheit zum Thema der Auslastungsbeurteilung wurde festgehalten, dass bei etwaigen Detailanalysen oder speziellen Vergleichen eine Berücksichtigung erfolgen muss.

Die Auslastung in Abbildung 5 inkludiert die NTA, die Auslastung ohne NTA findet sich in Abbildung 6.

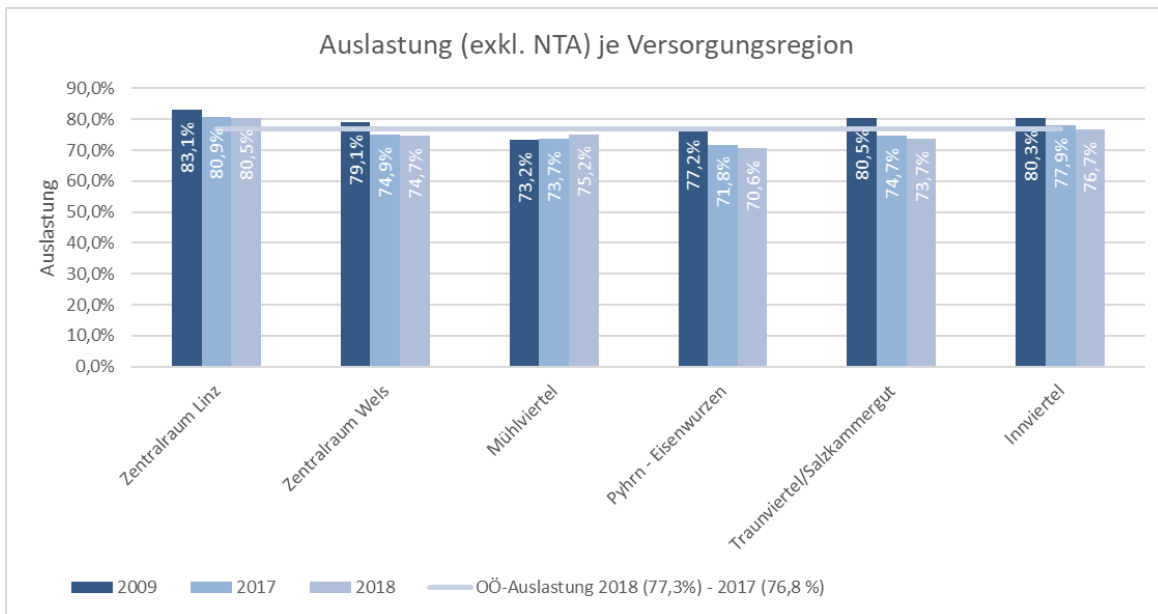


Abbildung 6: Auslastung (exkl. NTA)

Die Auslastung exkl. der Nulltagesaufenthalte (77,3 Prozent für OÖ) fällt definitionsgemäß geringer aus als die Auslastung inkl. NTA (81,9 Prozent). Die OÖ-Auslastung hat sich im Vergleich zum Vorjahr um 0,5 Prozentpunkte erhöht. Bezogen auf die Versorgungsregionen zeigen die Entwicklungen einen ähnlichen Trend wie bei der Auslastung inkl. NTA. Die Auslastung der Versorgungsregion Mühlviertel ist um 1,5 Prozentpunkte zum Vorjahr gestiegen. Alle anderen Versorgungsregionen zeigen eine Reduktion der Auslastung im Vorjahresvergleich. Während in der Versorgungsregion Mühlviertel die Auslastung über dem Wert 2009 liegt, zeigen sich in den anderen Versorgungsregionen Reduktionen im Vergleich zum Jahr 2009: Zentralraum Linz -2,6 Prozentpunkte, Innviertel -3,7 Prozentpunkte, Traunviertel/Salzkammergut -6,8 Prozentpunkte, Zentralraum Wels -4,4 Prozentpunkte und Pyhrn-Eisenwurzen -6,6 Prozentpunkte. Diese Entwicklung verdeutlicht den anhaltenden Trend der Verschiebung hin zu Nulltagesaufenthalten.

Bei der Beurteilung der Auslastung muss jedoch auch berücksichtigt werden, dass die unterschiedlichen Anteile an wochenklinisch geführten Stationen einen Einfluss auf die rechnerische Gesamtauslastung haben. Je höher dieser Anteil ist bzw. sich entwickelt desto niedriger stellt sich die Gesamtauslastung bezogen auf die verfügbare Bettenkapazität und 365 Betriebstage dar (Anmerkung:

bei einer Wochenklinik ergeben sich im Jahr rund 200 Mitternachtsstände, 4 pro Woche bei 50 Wochen und somit eine rechnerische Auslastung bezogen auf 365 Tage von rd. 55 Prozent). Diesem Sachverhalt wird im Rahmen der aktuellen RSG OÖ 2025 Planung insofern Rechnung getragen, als die Planauslastung von 85 Prozent für allgemeine Pflegestationen nur für die Wochentage Montag bis Freitag (vier Mitternachtsstände) in Ansatz gebracht wird.

2.2.3 Bettenentwicklung

Dieser Abschnitt befasst sich mit der Bettenentwicklung je Versorgungsregion. Dafür werden die Jahre 2009, 2017 und 2018 herangezogen. Für die Auswertung werden die – gemäß KA-Statistik ausgewiesenen – tatsächlich aufgestellten Betten verwendet (Strukturen, die in den Fußnoten vermerkt sind, wurden nicht berücksichtigt). Die Ergebnisse sind in Tabelle 1 abgebildet. Die erste Spalte zeigt die jeweilige Versorgungsregion, danach folgt der Bettenstand je Jahr, in der Spalte 5 und 6 die Differenz 2018 zu 2009 – sowohl absolut als auch prozentuell – und abschließend die Zielwerte (vorgegebene Veränderung und Bettenstand) laut Beschlusslage der SR II.

Entwicklung der tatsächlichen Betten

Versorgungsregion	Bettenstand			Differenz zu 2009		Zielwert KAP	lt. Oö. Betten
	2009	2017	2018	Absolut	Prozentuell	Differenz Zielwert	
Zentralraum Linz	3.473	3.276	3.269	-204	-5,9%	13	3.256
Zentralraum Wels	1.351	1.227	1.227	-124	-9,2%	0	1.227
Mühlviertel	382	367	367	-15	-3,9%	0	367
Pyhrn-Eisenwurzen	1.155	933	930	-225	-19,5%	-20*	950
Traunviertel/Salzkammergut	1.144	1.058	1.060	-84	-7,3%	2	1.058
Innviertel	1.070	958	964	-106	-9,9%	-1	965
Oberösterreich	8.575	7.819	7.817	-758	-8,8%	-6	7.823
Österreich ohne OÖ	39.971	36.919	36.335	-3.536	-8,9%	-2.351	38.686

*keine Vorgabe aus der SR II

Tabelle 1: Entwicklung der tatsächlichen Betten

Durch die Maßnahmen der SR II wurde die Anzahl der Betten in jeder Versorgungsregion gesenkt. Im Vergleich zu 2009 konnte der gesamte Bettenstand in Oberösterreich um 8,8 Prozent reduziert werden – im Vergleich dazu in Österreich ohne Oberösterreich um 8,9 Prozent. Dies entspricht 758 Betten und einem Zielerreichungsgrad von 100,8 Prozent. Der Zielerreichungsgrad liegt somit um 7,1 Prozentpunkte unter dem Vergleichswert des Vorjahres (100,5 Prozent).

2.3 Quantität der Leistungsentwicklung

In den folgenden Abschnitten wird die Quantität der Leistungsentwicklung anhand unterschiedlicher Kennzahlen (z.B. Krankenhaushäufigkeit oder der Belagstagedichte etc.) dargestellt. Die Kennzahlen werden einerseits auf der Ebene des Bundeslandes und der Versorgungsregion berechnet. Für jede Kennzahl werden die absoluten Werte sowie ein Index dargestellt. Die Indizes werden im Vergleich zu den Werten Österreichs ohne Oberösterreich berechnet. Der Index erlaubt daher die Aussage, ob die jeweilige Kennzahl Oberösterreichs über oder unter dem Wert Österreichs ohne dem Bundesland Oberösterreich liegt. Ein Wert von über 100 Prozent bedeutet, dass die OÖ-Kennzahl über der Kennzahl Österreichs ohne Oberösterreich liegt. Ein Wert von unter 100 Prozent bedeutet, dass die OÖ-Kennzahl unter der Kennzahl Österreichs ohne Oberösterreich liegt.

2.3.1 Krankenhaushäufigkeit

Dieser Abschnitt präsentiert die Entwicklung der Krankenhaushäufigkeit (KHH). Die KHH ist *definiert als die Anzahl der vollstationären Aufnahmen (ohne NTA) je 1.000 Einwohner. Dabei werden die Aufnahmen nach Wohnsitzbevölkerung je Versorgungsregion bzw. Bundesland herangezogen.* Abbildung 7 zeigt den KHH-Index – KHH OÖ im prozentuellen Verhältnis zur KHH der anderen Bundesländer. Wie sich zeigt, ist der Index im Vergleich zu 2009 von 121,5 Prozent auf 122,1 Prozent im Jahr 2018 leicht gestiegen. Im Vergleich zum Vorjahr ist der Index um 1,6 Prozentpunkte angestiegen (Gründe: mehr Verlegungen als andere Bundesländer, Verlegungen zwischen Ordensklinikum (OKL) -Standorten, Oberösterreichische Gesundheitsholding (OÖG) –Allianz, KH Steyr und KH Kirchdorf – KH Sierning). Die KHH liegt in Oberösterreich somit um 22,1 Prozent höher als der Österreichdurchschnitt ohne Oberösterreich.

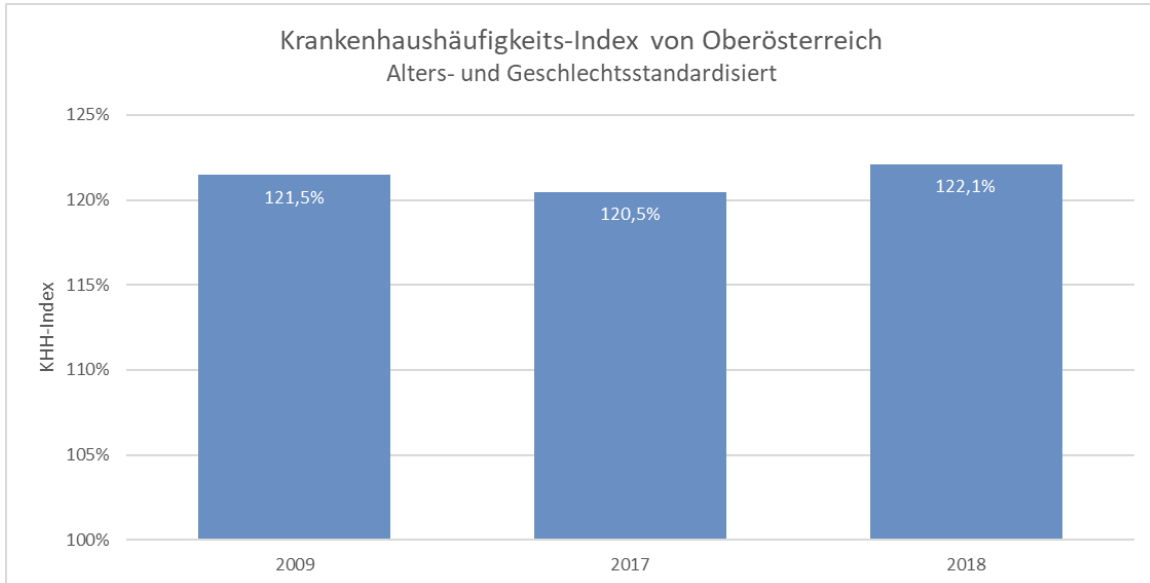


Abbildung 7: Krankenhaushäufigkeits-Index von Oberösterreich

In Abbildung 8 ist die KHH in absoluten Zahlen dargestellt, wobei die horizontale Linie den Österreichwert ohne OÖ des Jahres 2018 anzeigt. In OÖ ist die Kennzahl von 285 (2009) auf 245 Aufnahmen (2018) je 1.000 Einwohner zurückgegangen, was den höchsten Wert im Vergleich zu den anderen Bundesländern bedeutet. Wie in der Abbildung des Weiteren ersichtlich ist, ist die KHH jedoch auch in den anderen Bundesländern rückläufig, was bei der Interpretation des Index

zu beachten ist. Die unterschiedlichen Werte in den einzelnen Bundesländern sind auch auf die Unterschiedlichen Umsetzungsstände des spitalsambulanten Abrechnungsmodells zurückzuführen (in Kärnten 2017 umgesetzt, in Wien 2018 und in Salzburg teilweise umgesetzt). Im Vergleich zum Jahr 2017 ist in absoluten Zahlen die KHH in OÖ gleichgeblieben, jedoch konnte der Vergleichswert in Österreich ohne OÖ weiter reduziert werden, wodurch der KHH-Index OÖ als relative Messgröße gestiegen ist (Abbildung 7). Betrachtet man nur die Entwicklung in Oberösterreich, zeigt sich, dass die KHH seit 2009 um rund 14,2 Prozent gesunken ist. Diese Reduktionen verteilen sich unterschiedlich über Oberösterreich. Abbildung 9 zeigt daher die Entwicklung nach Versorgungsregionen, wiederum beginnend mit der Darstellung des KHH-Index.

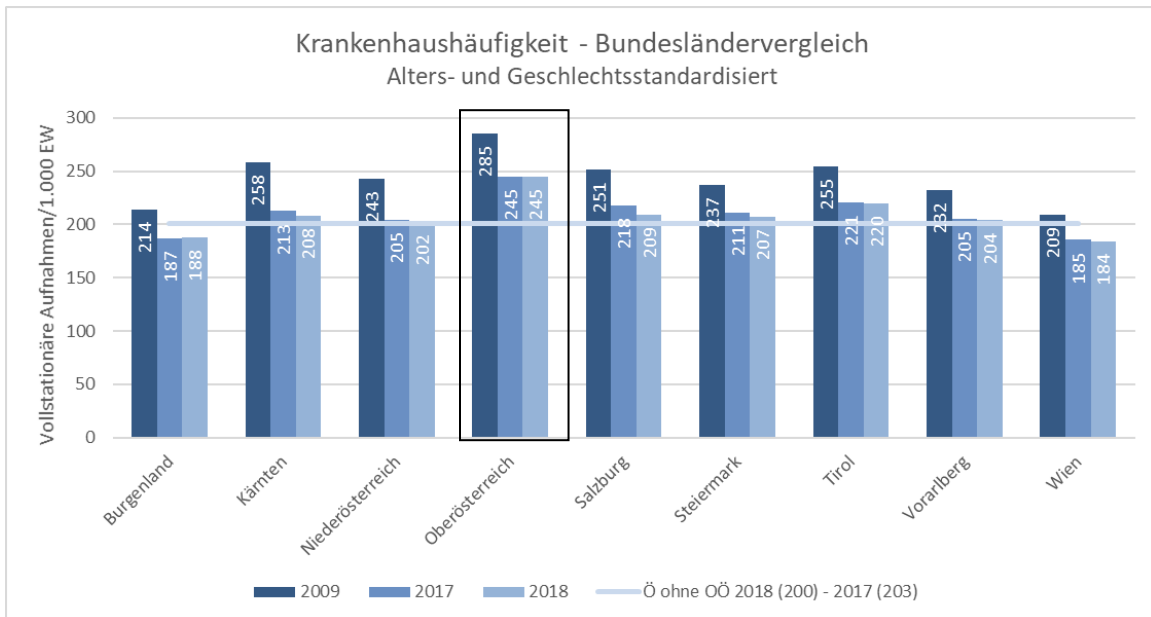


Abbildung 8: Krankenhaushäufigkeit – Bundesländervergleich

Für die Ermittlung des KHH-Index der Versorgungsregionen wurde der jeweilige Wert der Bevölkerung einer VR in Bezug zum Österreichwert ohne Oberösterreich gesetzt. In dieser Abbildung repräsentiert die horizontale Linie den OÖ-KHH-Index 2018.

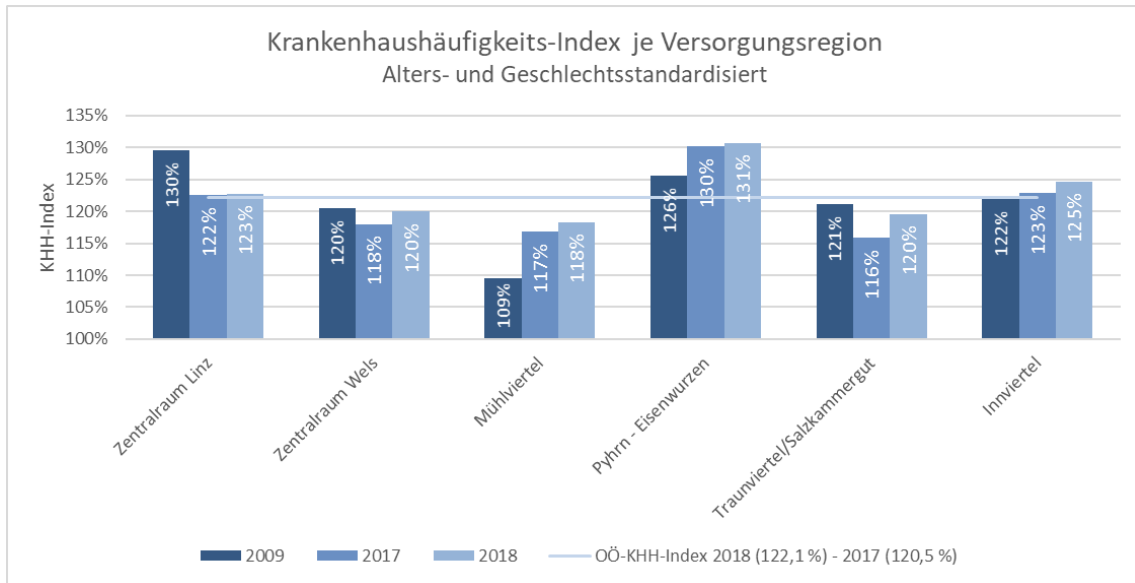


Abbildung 9: Krankenhaushäufigkeits-Index je Versorgungsregion

Im Vergleich zum Jahr 2009 ist der KHH-Index, im Zentralraum Linz und Traunviertel/Salzkammergut gesunken. Der ZR Wels ist im Vergleich zu 2009 unverändert, wo hingegen in den Versorgungsregionen Mühlviertel, Pyhrn-Eisenwurzen und Innviertel einen Anstieg im KHH-Index ersichtlich ist. Im Vergleich zum Jahr 2017 ist der Index in allen Versorgungsregionen gestiegen. Der höchste Anstieg zeigt sich in der Region Traunviertel/Salzkammergut (+4 Prozentpunkte). Zwar befinden sich drei Versorgungsregionen (Zentralraum Wels, Mühlviertel, Traunviertel/Salzkammergut) unter dem OÖ-KH Index des Jahres 2017, aber alle Regionen liegen über dem absoluten Wert des Österreichschnittes ohne OÖ. Die absolute KHH für Ö ohne OÖ liegt für das Jahr 2018 bei 200. Dieses empirische Muster spiegelt sich auch in der absoluten KHH wider, die in Abbildung 10 dargestellt ist.

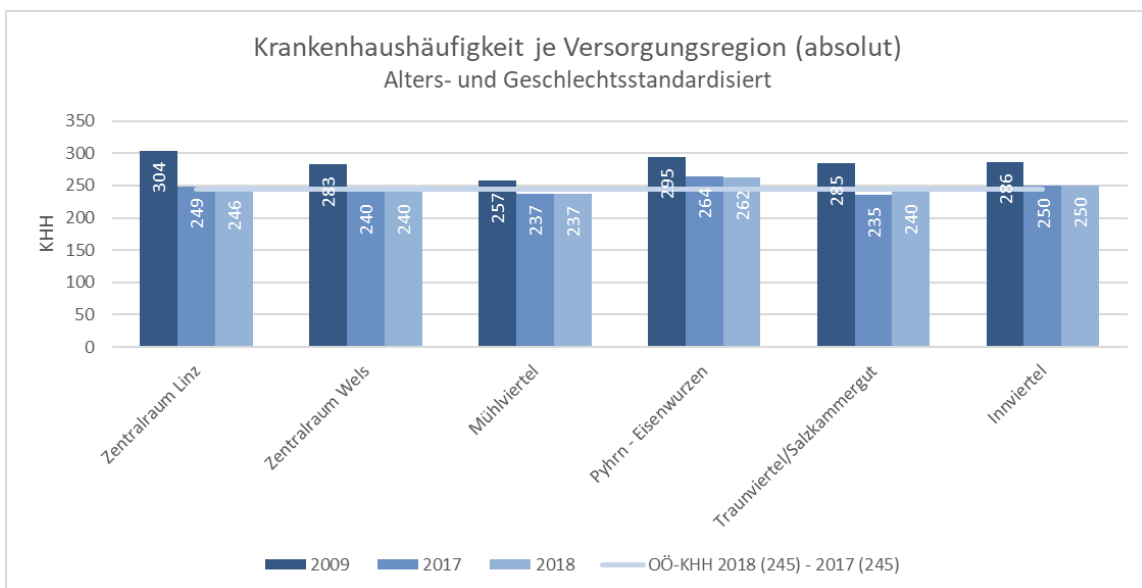


Abbildung 10: Krankenhaushäufigkeit je Versorgungsregion

In der Region Zentralraum Linz und Pyhrn-Eisenwurzen sind gegenüber dem Jahr 2017 leichte Rückgänge in der absoluten KHH zu verzeichnen, die Region Traunviertel/Salzkammergut zeigt hier einen leichten Anstieg. In allen anderen Versorgungsregionen stagniert die absolute KHH im Vergleich zum Vorjahr.

Auch wenn ein Teil der KHH durch Verlegungen oder unterschiedliche Umsetzungsstände des NTA-Modells, wie oben beschrieben, erklärbar ist, zeigt die im Vergleich zu Österreich weiterhin deutlich höhere Krankenhaushäufigkeit klar die Notwendigkeit von verstärkten Maßnahmen zur Substitution vollstationärer durch ambulante Leistungen sowie das Setzen Krankenhaus entlastender Maßnahmen auf. Die Maßnahmen im Krankenhaus beziehen sich auf die Stärkung organisatorischer und funktioneller Rahmenbedingungen in der Triagierung und Notfallaufnahme zur Vermeidung medizinisch nicht notwendiger stationärer Aufnahmen und auf den – insbesondere im Rahmen ohnehin nötiger Umbauten - Aufbau ambulanter räumlicher Behandlungs- und Betreuungsstrukturen (Infusionsräume, Untersuchungs-/Behandlungskojen, Nachsorgeräume u.ä.), um Fehlbelegungen auf Stationen zu vermeiden.

2.3.2 Belagstagedichte

Dieser Abschnitt präsentiert die Belagstagedichte (BTD), die sich *definiert als die Anzahl der Belagstage je 1.000 Einwohner. Dabei werden die Aufnahmen nach Wohnsitzbevölkerung je Versorgungsregion bzw. Bundesland herangezogen.* Wiederum folgt zuerst die Darstellung des Index dieser Kennzahl, wie in Abbildung 11 dargestellt.⁶ Der Index zeigt das Verhältnis des OÖ-Werts im Vergleich zum BTD-Durchschnittswert Österreichs ohne Oberösterreich. Belief sich der Index im Jahr 2009 auf 110,3 Prozent, so liegt der Wert im Jahr 2018 mit 112,7 Prozent über dem Ausgangswert von 2009.

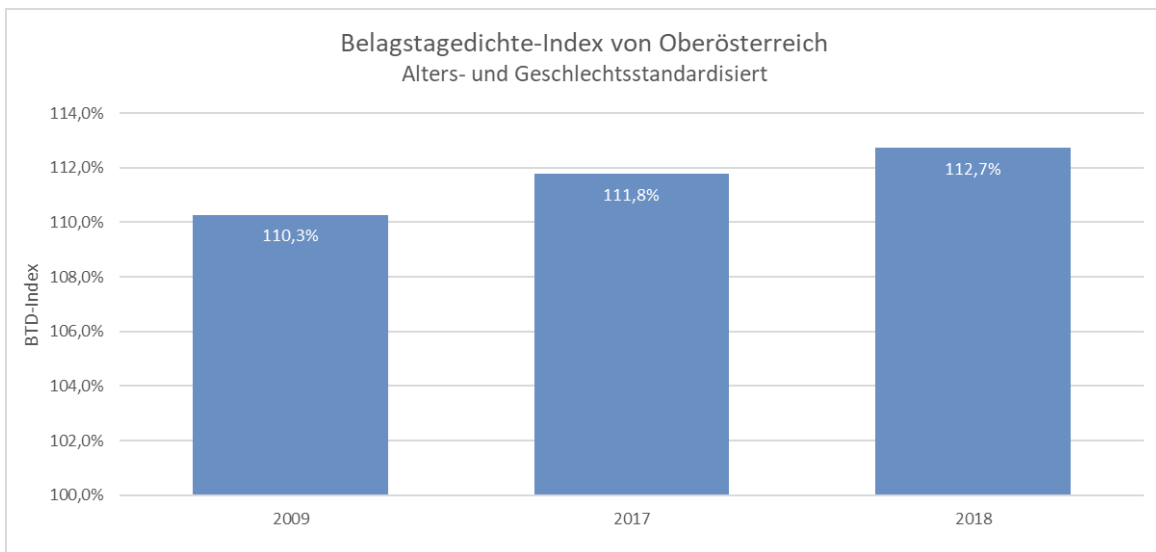


Abbildung 11: Belagstagedichte-Index von Oberösterreich

⁶ Veränderungen der Basiswerte 2009 im Vergleich zum Jahresbericht der Evaluierungskommission für 2011 vom September 2011 sind auf eine Veränderung der Zuordnungslogik zu Versorgungsregionen zurückzuführen (Zuordnung im vorliegenden Bericht anhand der Definition laut DIAG).

Abbildung 12 stellt die Entwicklung der BTD im Bundesländervergleich dar. Die BTD Oberösterreichs wurde von 1.792 Belagstagen je 1.000 Einwohner im Jahr 2009 auf 1.486 im Jahr 2018 gesenkt. Dies entspricht einer Reduktion von rund 17 Prozent.

Die Belagstagedichte Österreichs ohne Oberösterreich ist 2018 auf 1.318 Belagstage je 1.000 Einwohner gesunken. Im Vergleich zum Vorjahr ist die BTD in Oberösterreich um 1,1 Prozent gesunken.

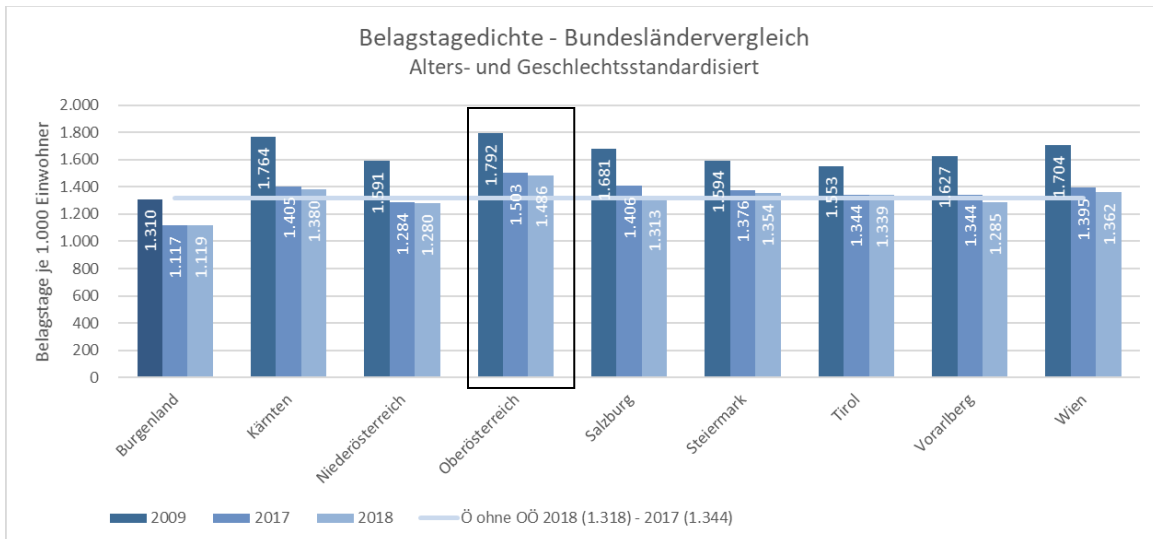


Abbildung 12: Belagstagedichte – Bundesländervergleich

Abbildung 13 zeigt den BTD-Index auf Ebene der Versorgungsregionen. Das Mühlviertel und der Zentralraum Wels weisen den niedrigsten BTD-Index auf. Im Vergleich zum Jahr 2017 ist beim Belagstagedichte-Index in allen Versorgungsregionen ein leichter Anstieg zu verzeichnen, außer im ZR Linz hier stagniert der BTD-Index zum Vorjahr.

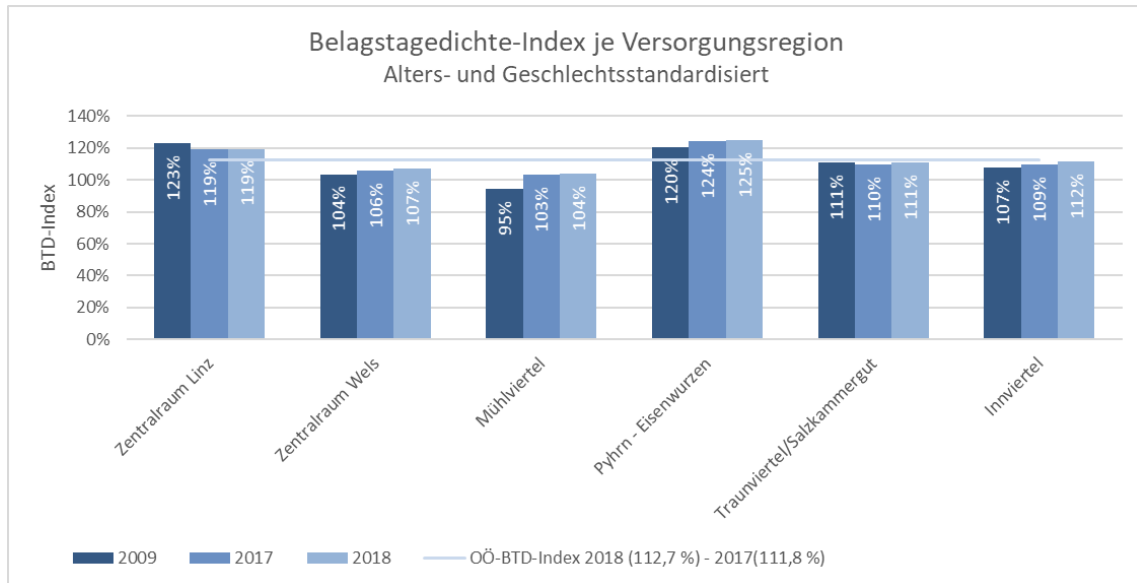


Abbildung 13: Belagstagedichte-Index je Versorgungsregion

Im Vergleich zum Jahr 2017 ist die absolute Belagstagedichte im Innviertel gleichbleibend, während in allen anderen Versorgungsregionen eine leichte Abnahme festgestellt werden konnte.

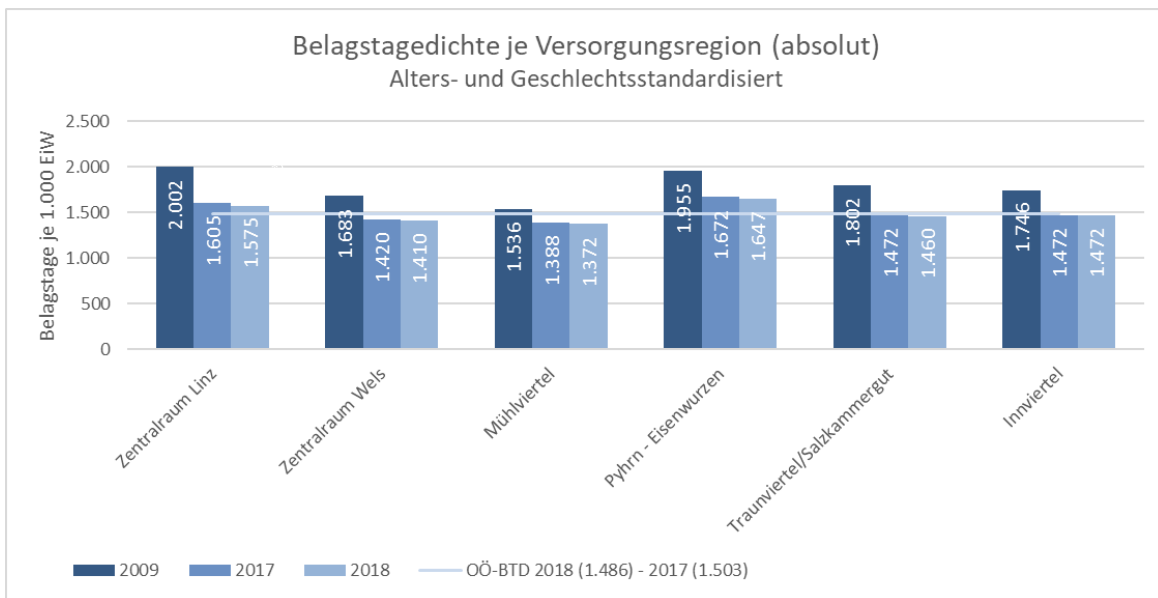


Abbildung 14: Belagstagedichte je Versorgungsregion

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die Belagstagedichte auf Oberösterreicherebene weiter reduziert werden konnte, jedoch fällt die Reduktion teilweise nur gering aus bzw. ist gleich geblieben. Im Vergleich mit den anderen Bundesländern weist Oberösterreich weiterhin die höchste Belagstagedichte auf.

Im Vergleich mit der KHH ist die Belagstagedichte zwar niedriger, weil die oberösterreichischen Krankenanstalten eine vergleichsweise niedrigere Belagsdauer als Österreich aufweisen, dennoch muss mit entsprechenden Maßnahmen in der Patientensteuerung, in der Kapazitätsplanung sowie im prästationären und stationären Bereich das Ziel einer weiteren Anpassung in Richtung Österreichwerte konsequent weiter verfolgt werden.

2.3.3 LKF-Punktedichte

Die bisherigen Kennzahlen haben sich mit der Aufnahme in den stationären Bereich und der Länge des Aufenthalts beschäftigt. Die LKF-Punktedichte hingegen – *definiert als die Anzahl der LKF-Punkte je Einwohner* – misst nicht nur diese beiden Parameter, sondern auch die Leistungserbringung.⁷ Der Punktedichte-Index ist in Abbildung 15 dargestellt und vergleicht die Punktedichte Oberösterreichs mit der der anderen Bundesländer.

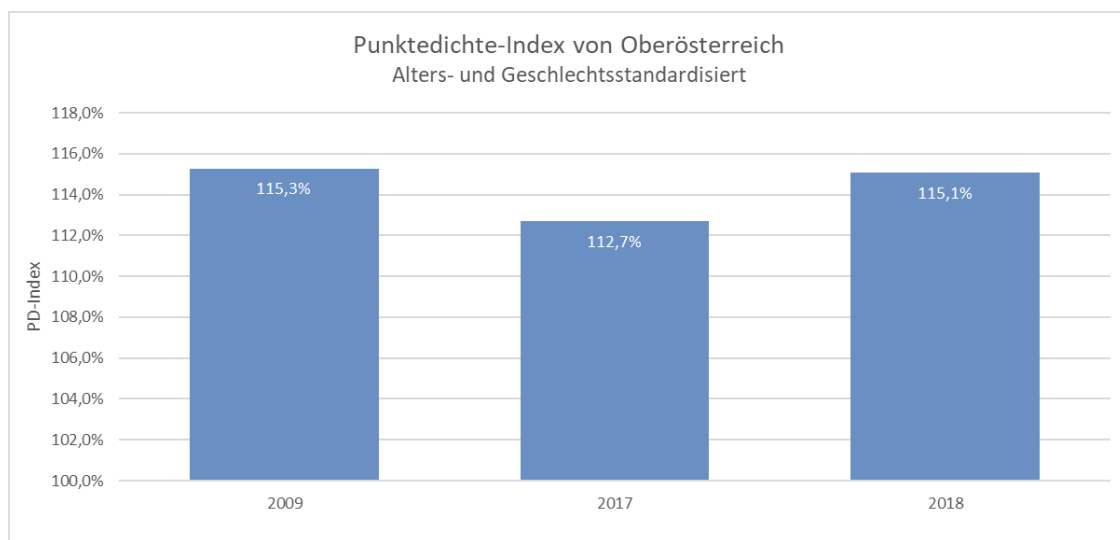


Abbildung 15: Punktedichte-Index von Oberösterreich

Im Vergleich zum Jahr 2009 hat sich der Punktedichte-Index von 115,3 Prozent auf 115,1 Prozent verändert, wobei die Veränderung zum Vorjahr ein Plus von 2,4 Prozentpunkten beträgt. Die LKF Punkte je Einwohner sind in Abbildung 16 dargestellt.

Im Rahmen der umfassenden Aktualisierung des Modells 2017 wurden neben nachkalkulierten MELs und neuer Preisbasis in allen Fallpauschalen die Belagsdauerwerte neu berechnet. Durch die Neukalkulation von medizinischen Einzelleistungen kommt es im Modell zu Änderungen der Punkte für die Leistungskomponente. Daher wurden für das Modell 2017 alle Fallpauschalen nach medizinischen, ökonomischen und statistischen Kriterien geprüft und bei Bedarf entsprechende Aktualisierungen durchgeführt. Die Weiterentwicklung erfolgte unter Einbeziehung der Beauftragungsregelung für Intensiveinheiten und für spezielle Leistungsbereiche.⁸ Diese Änderungen zeigen sich auch in den folgenden Grafiken zur Punktedichte ab 2017. Die Punkteänderungen zu

⁷ Die Darstellung pro Einwohner wurde gewählt, um eine bessere Lesbarkeit der Abbildungen zu gewährleisten.

⁸ vgl. Änderungen und Neuerungen im Modell 2017.

2009 ist aus diesem Grund wenig aussagekräftig, wird aber aus Kontinuitätsgründen und dem Österreichvergleich dargestellt. Im Modell von 2017 auf 2018 gab es keine wesentlichen Änderungen.

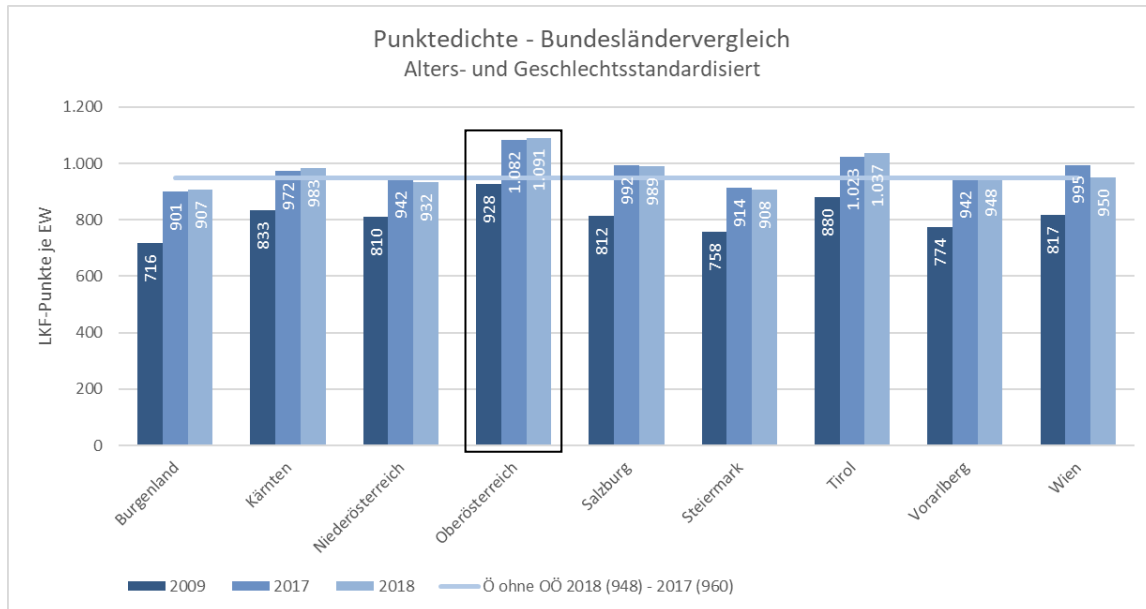


Abbildung 16: Punktedichte – Bundesländervergleich

Die Punktedichte Oberösterreichs wurde von 928 (2009) auf 1.091 (2018) erhöht. Dies entspricht einer Erhöhung um 17,6 Prozent. Im Vergleich zum Vorjahr nahm die Punktedichte für Österreich ohne OÖ von 960 (2017) auf 948 (2018) um 12 Punkte je Einwohner ab, dies entspricht einer prozentuellen Reduktion von 1,2 Prozent. Hinzuweisen ist, dass einige stationär bepunktete Fälle nun als ambulante Fälle in jenen Bundesländern abgerechnet werden, die das neue NTA-Modell bereits im Einsatz haben.

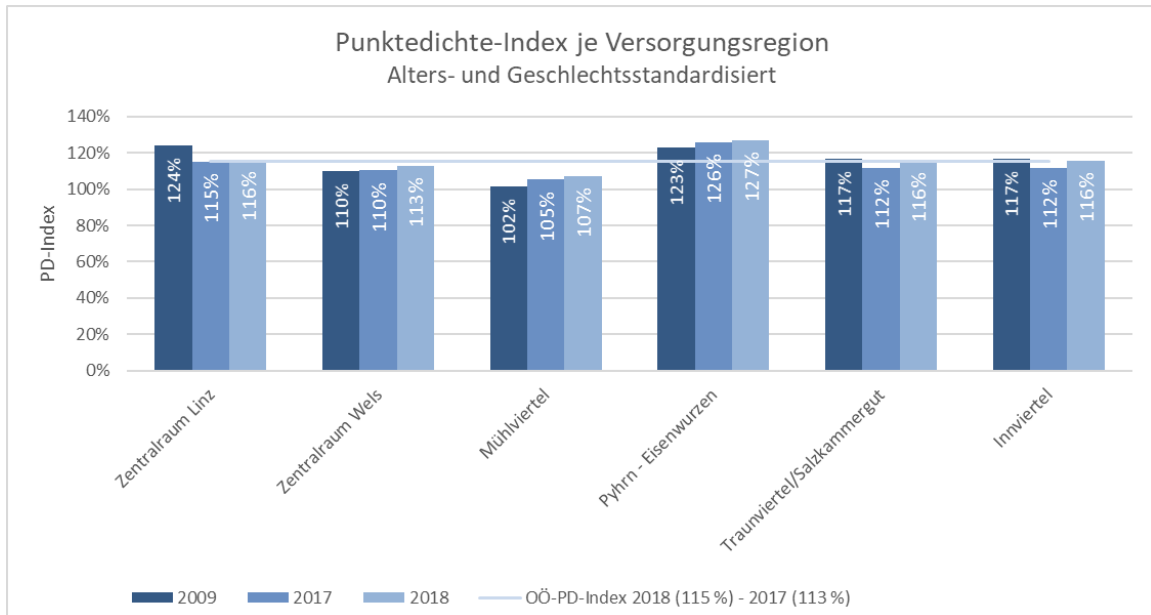


Abbildung 17: Punktedichte-Index je Versorgungsregion

Mit 127 Prozent ist der höchste Index in der Region Pyhrn-Eisenwurzen zu beobachten, gefolgt vom Zentralraum Linz, Traunviertel/Salzkammergut und Innviertel (jeweils mit 116 Prozent). In allen Versorgungsregionen ist ein leichter Indexanstieg zum Vorjahr zu verzeichnen. Der ZR Linz, die VR Pyhrn-Eisenwurzen, Traunviertel/Salzkammergut und Innviertel liegen über dem österreichischen Vergleichswert, wohingegen die anderen Versorgungsregionen unter dem Vergleichswert liegen. Die Entwicklung der absoluten Punktedichte ist in Abbildung 18 dargestellt.

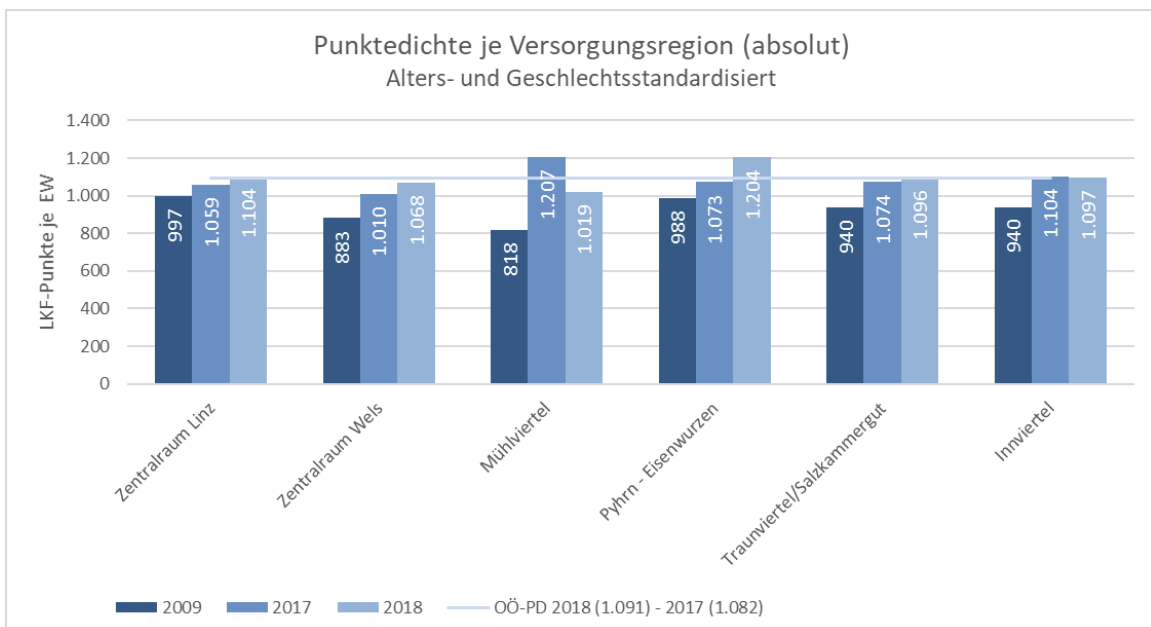


Abbildung 18: Punktedichte je Versorgungsregion

Die absolute Punktedichte ist im Vergleich zum Vorjahr in den Versorgungsregionen Mühlviertel und Innviertel gesunken, in allen anderen Versorgungsregionen ist die absolute Punktedichte etwas angestiegen.

Abschließend wird festgehalten, dass die absolute Punktedichte im Vergleich zum Jahr 2009 in allen Versorgungsregionen gestiegen ist. Diese deutliche Änderung ist vor allem auf die Änderungen im LKF Modell 2017 zurückzuführen. Im Österreichvergleich ohne OÖ ergibt sich auch eine Steigerung um 2,4 Prozentpunkte zum Vorjahr und liegt in Summe wieder mit 115,1 Prozent klar über 100 Prozent.

2.3.4 Durchschnittliche Belagsdauer

Die durchschnittliche Belagsdauer (BD) – *definiert als die Anzahl der Belagstage je Aufenthalt exkl. Nulltagesaufenthalte* – lag im Gegensatz zu den anderen Kennzahlen bereits im Jahr 2009 unter dem Österreichvergleichswert. In den Vorjahren wurde im Bericht die durchschnittliche Belagsdauer inkl. Nulltagesaufenthalte dargestellt. Durch die unterschiedlichen Umsetzungsstände des ambulanten Abrechnungsmodells in den einzelnen Bundesländern hat die Darstellung inkl. Nulltagesaufenthalte an Aussagekraft verloren. Daher werden für die Darstellung der durchschnittlichen Belagsdauer, die Anzahl der Belagstage je Aufenthalt exkl. Nulltagesaufenthalte herangezogen. Wie Abbildung 19 weiter zeigt, liegt der BD-Index mit 91,5 Prozent über dem Niveau des Jahres 2009, wobei eine Reduzierung im Vergleich zum Vorjahr gegeben ist.

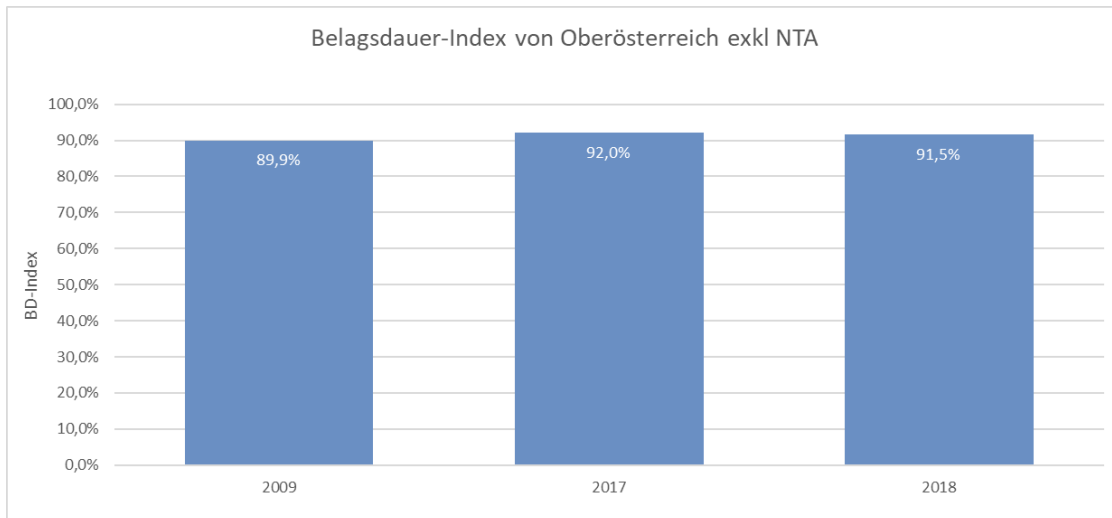


Abbildung 19: Belagsdauer-Index von Oberösterreich

Abbildung 20 zeigt die durchschnittliche Belagsdauer im Bundesländervergleich. Oberösterreich hat hier eine durchschnittliche Belagsdauer von 6,0 Belagstagen im Vergleich zu den anderen Bundesländern mit 6,6 Belagstagen.

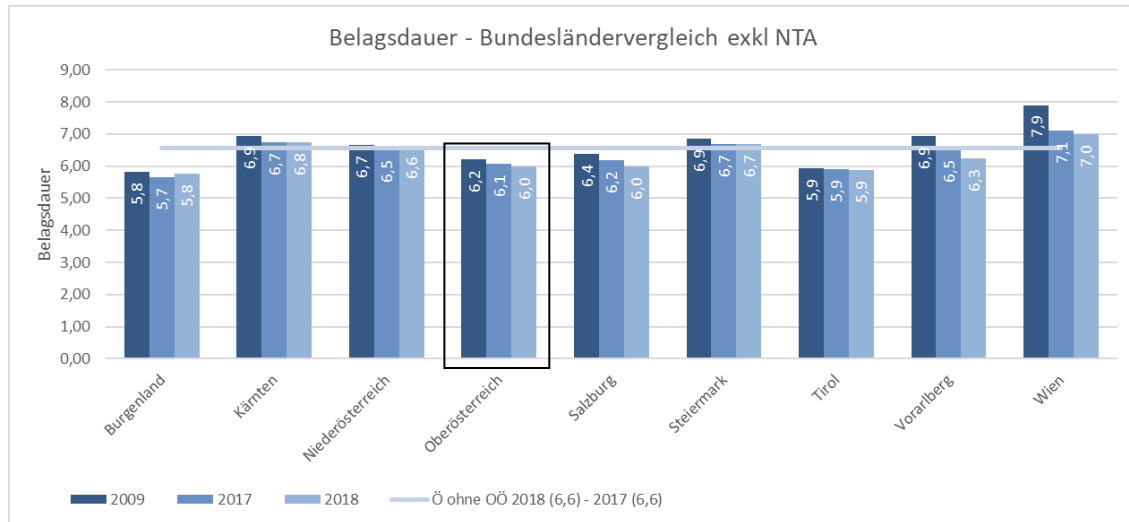


Abbildung 20: Belagsdauer – Bundesländervergleich

Die Entwicklung des Belagsdauer-Index je Versorgungsregion ist in Abbildung 21 dargestellt. Im Vergleich zum Vorjahr ist in der Versorgungsregion Mühlviertel ein leichter Anstieg des Belagsdauer-Index zu vermerken, in allen anderen Regionen ist der Index gesunken oder gleichbleibend. Der Belagsdauer-Index ist in der Versorgungsregion Zentralraum Linz mit 96 Prozent am höchsten und im Zentralraum Mühlviertel mit 84 Prozent am niedrigsten.

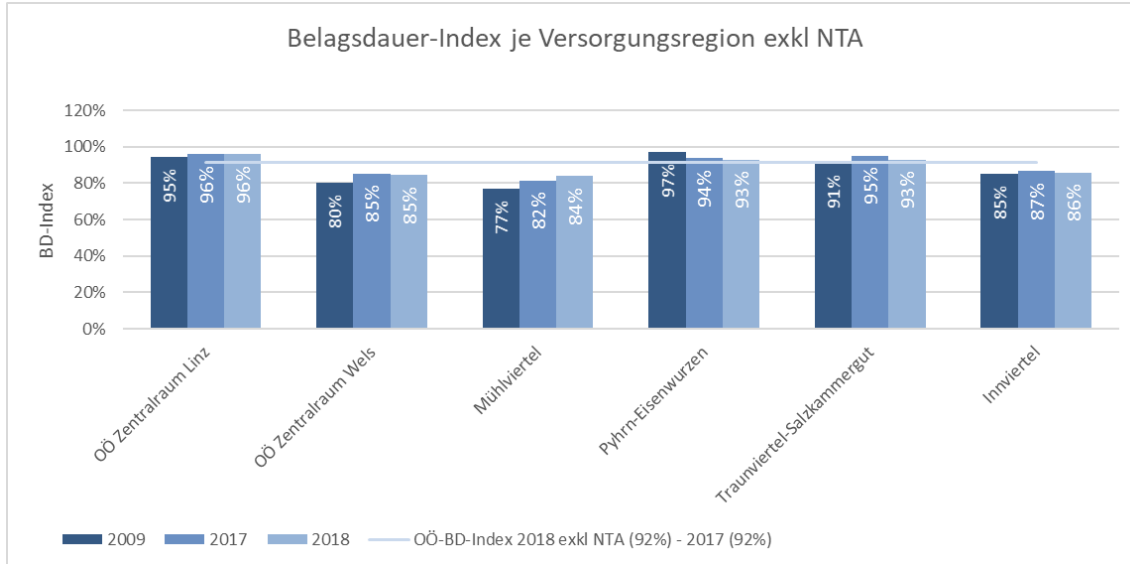


Abbildung 21: Belagsdauer-Index je Versorgungsregion

Abbildung 22 zeigt wiederum die absoluten Zahlen zur Belagsdauer je Versorgungsregion. Es zeigt sich, dass im Vergleich zu 2009 die Belagsdauer in allen Versorgungsregionen mit Ausnahme des Mühlviertels rückläufig ist. Im Vergleich zum Vorjahr ist zu beobachten, dass die durchschnittliche Belagsdauer, wie schon zuvor beim Belagsdauer-Index, in allen Versorgungsregionen mit Ausnahme der Versorgungsregion Mühlviertel abnehmend ist. Von 6,3 Tagen im Jahr 2017 auf 6,1

Tage im Jahr 2018 konnte die Versorgungsregion Traunviertel/Salzkammergut den höchsten Rückgang verzeichnen.

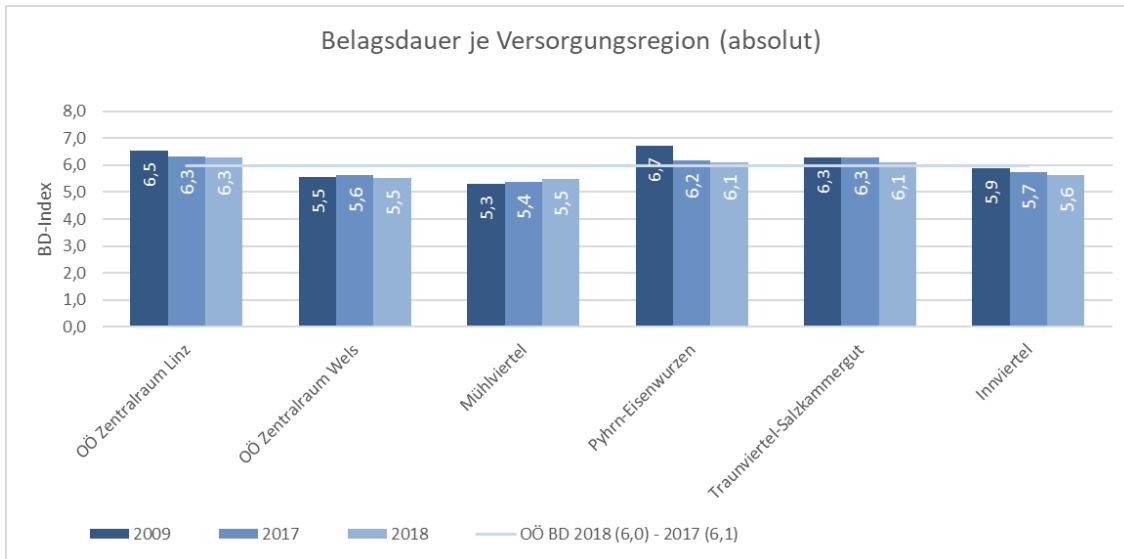


Abbildung 22: Belagsdauer je Versorgungsregion

2.3.5 Nulltagesaufenthalte

Dieser Abschnitt zeigt die Entwicklung der Nulltagesaufenthalte (NTA). Diese sind *definiert als der Anteil der Nulltagesaufenthalte an den Gesamtaufenthalten in den Oö. Krankenanstalten*. Wie Abbildung 23 zeigt, ist der Nulltagesanteils-Index im Vergleich zu 2009 angestiegen, ebenso im Vergleich zum Vorjahr. Bei dieser Kennzahl ist eine Steigerung des Index als positiv zu bewerten, insbesondere wenn damit ein Anstieg tagesklinischer Leistungen zulasten stationärer Aufnahmen und keine Verschiebung vom ambulanten Bereich in den stationären Bereich in Form von NTA gegeben ist. Der Nulltagesaufenthaltsanteil in Oberösterreich ist gemäß Index um 54 Prozent höher als der Österreichdurchschnitt ohne Oberösterreich.

Dieser Anstieg im Nulltagesanteils-Index resultiert aus dem Umstand, dass in einigen Bundesländern bereits das ambulante Abrechnungsmodell im Jahr 2018 umgesetzt wurde. So zeigt sich im Bundesländervergleich vor allem in Wien und im Burgenland ein deutlicher Rückgang an Nulltagesaufenthalten.

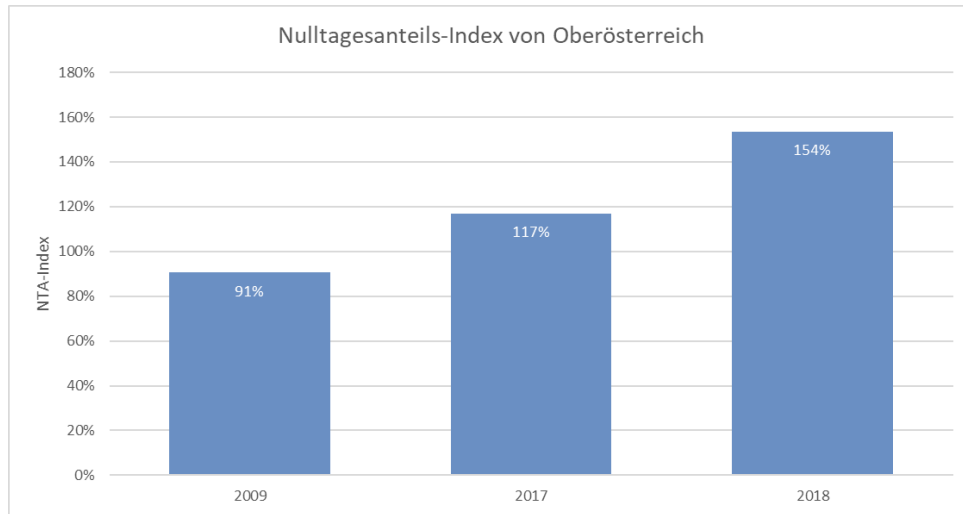


Abbildung 23: Nulltagesanteils-Index von Oberösterreich

Abbildung 24 stellt den Bundesländervergleich dar. Der NTA-Anteil ist insbesondere in Oberösterreich und in Vorarlberg relativ hoch. Vergleichsweise niedrige Werte weisen Kärnten, Niederösterreich und die Steiermark auf, wobei teilweise in diesen Bundesländern Leistungen ambulant erbracht werden, die in anderen Bundesländern in Form eines NTA durchgeführt werden (z.B. intravitreale Injektionen, Chemotherapien). In Oberösterreich ist der NTA-Anteil von 28 Prozent auf 29 Prozent im Jahr 2018 gestiegen. Der NTA-Index je Versorgungsregion ist in Abbildung 25 dargestellt. Auffallend aber durchaus erwartungsgemäß ist, dass Wien, wo das ambulante Abrechnungsmodell bereits 2018 umgesetzt wurde, einen deutlichen Rückgang im Nulltagesanteil aufweist. Das ambulante Abrechnungsmodell wurde 2017 bereits in Kärnten umgesetzt, in Salzburg teilweise. Im Burgenland ist das ambulante Abrechnungsmodell noch nicht umgesetzt, aber auch hier zeigt sich ein deutlicher Rückgang bei den Nulltagesaufenthalten im Vergleich zum Vorjahr.

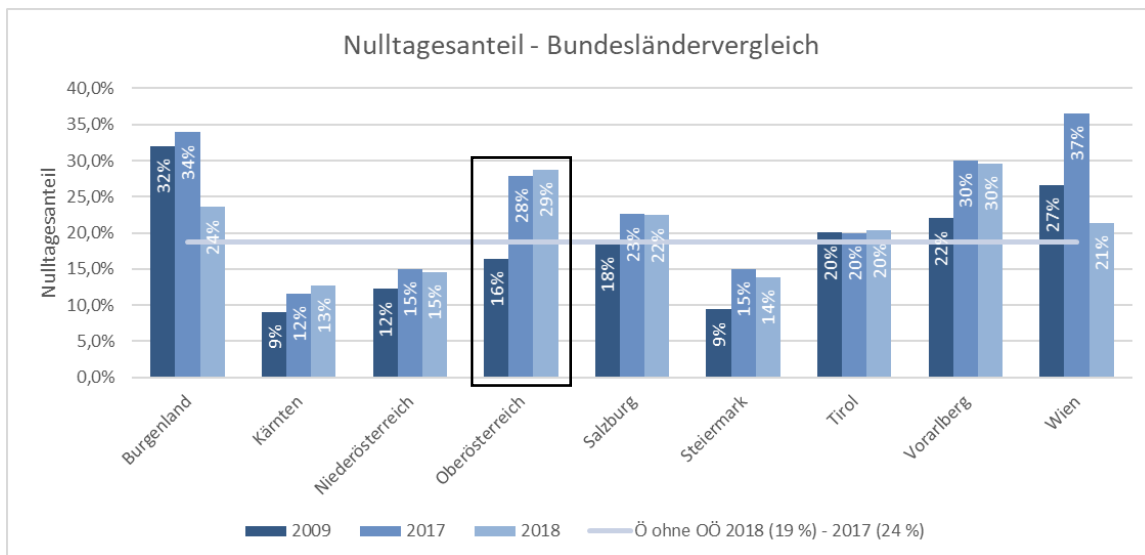


Abbildung 24: Nulltagesanteil – Bundesländervergleich

Der NTA-Index des Jahres 2018 liegt in jeder Versorgungsregion oberhalb des Wertes 2009. Im Vergleich zum Vorjahr ist der NTA-Index in allen Versorgungsregionen angestiegen, am stärksten dabei in der Versorgungsregion Innviertel (+43 Prozentpunkte), während im Mühlviertel der geringste Anstieg zu verzeichnen ist (+23 Prozentpunkt). Wie eingangs schon erwähnt, ist die Veränderung des NTA-Index auf die zeitlich unterschiedliche Umsetzung des ambulanten Abrechnungsmodells in den Bundesländer zurückzuführen. In Oberösterreich wird das ambulante Abrechnungsmodell seit 1.1.2019 umgesetzt.

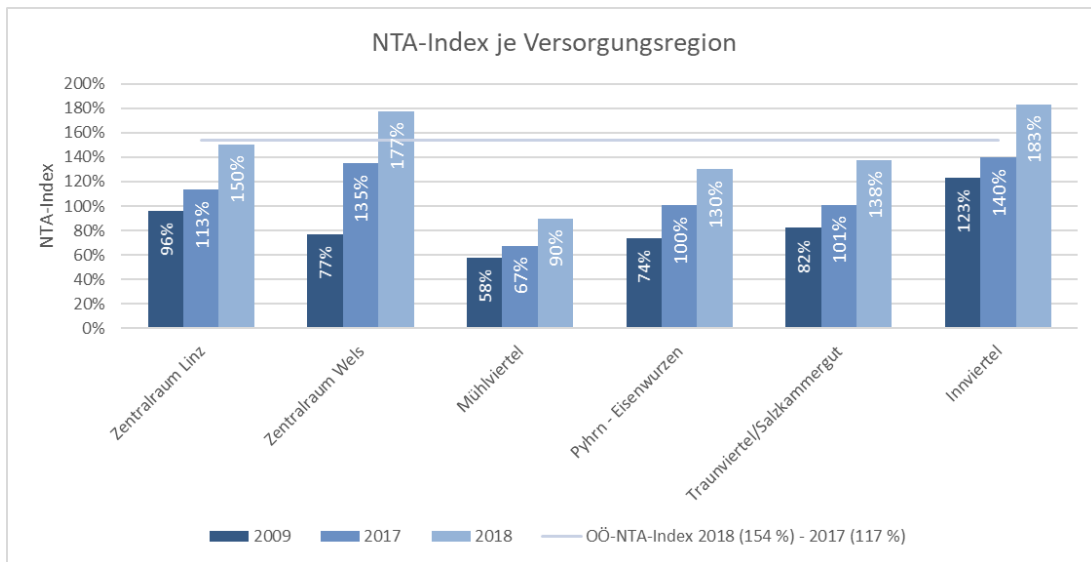


Abbildung 25: NTA-Index je Versorgungsregion

Die nachfolgende Abbildung 26 zeigt den NTA-Anteil je Versorgungsregion. Im Vergleich zum Vorjahr ist in allen Versorgungsregionen ein Anstieg im NTA-Anteil zu verzeichnen.

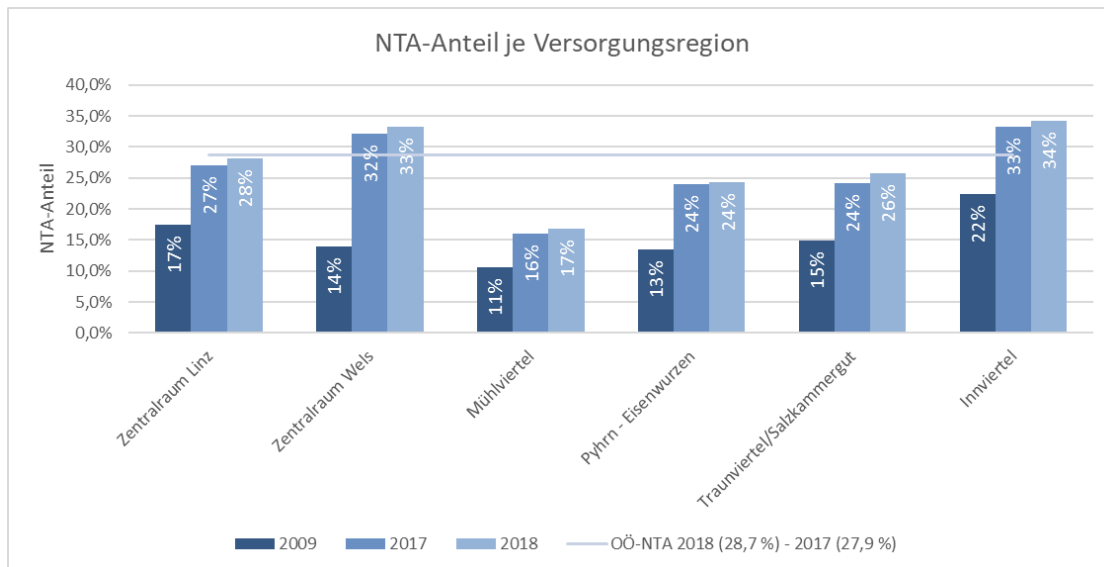


Abbildung 26: NTA-Anteil je Versorgungsregion

Mit der Einführung des neuen bundesweit einheitlichen spitalsambulanten Abrechnungsmodells ab 1.1.2019 werden die bisher im stationären Bereich erbrachten „sonstigen NTA“ grundsätzlich nicht mehr abgegolten – sondern sind künftig ambulant zu dokumentieren und abzurechnen (NTA im stationären Bereich sollen Ausnahmen darstellen und werden nur mehr mit reduzierten Punkten nach dem LKF-Modell für den stationären Bereich abgerechnet). In einigen Bundesländern wurde das ambulante Abrechnungsmodell bereits 2018 umgesetzt, wodurch die Veränderungen im Index und in den Bundesländervergleichen erklärbar sind.

2.3.6 Präoperative Verweildauer

Dieser Abschnitt beschäftigt sich mit der Entwicklung der präoperativen Verweildauer. Die Auswertung umfasst Aufenthalte mit mindestens einer operativen Leistung in Oö. Krankenanstalten (ausgenommen sind Entbindungen und die *sonstige OP*).⁹ Das Ergebnis je Fach für die Jahre 2009, 2017 und 2018 ist in Tabelle 2 dargestellt. Bei der Kennzahl handelt es sich um die durchschnittliche präoperative Verweildauer.

Präoperative Verweildauer in operativen Fächern

Fach	2009	2017	2018	Differenz 2018:2017
Kinder-Chirurgie	1,10	0,40	0,40	0,00
Augenheilkunde	0,30	0,10	0,10	0,00
Frauenheilk.-Geburtsh.	0,80	0,40	0,40	0,00
Gynäkologie	1,10	0,60	0,60	0,00
Mund-Kiefer-Gesicht	1,49	1,00	1,10	0,10
Neurochirurgie	4,10	3,40	4,10	0,70
Urologie	1,70	1,20	1,10	-0,10
Unfallchirurgie	0,80	0,50	0,50	0,00
Orthopädie	1,10	0,80	0,80	0,00
Chirurgie	1,64	1,20	1,10	-0,10
Hals-Nasen-Ohren	0,89	0,80	0,70	-0,10
Plast. Chirurgie	0,70	0,60	0,50	-0,10
Gesamt	1,29	0,93	0,95	0,02

Tabelle 2: Präoperative Verweildauer in operativen Fächern Tabelle bereits aktualisiert

Im Vergleich zum Jahr 2009 ist die durchschnittliche präoperative Verweildauer der operativen Fächer von 1,29 Tage auf 0,95 Tage zurückgegangen. Im Vergleich zum Vorjahr belief sich der Anstieg auf 0,02 Tage. Nach Fächern betrachtet, ist die Veränderung im Vergleich zum Vorjahr relativ gering. Aus Sicht einer optimierten Ressourcennutzung – d.h. reduzierte Aufenthaltsdauer, erhöhter Bettenumschlag – ist diese Entwicklung als positiv zu bewerten.

Der Anstieg der präoperativen Verweildauer im Fach Neurochirurgie, ist nach Auskunft des Spitalsträgers auf eingeschränkte OP-Kapazitäten im Jahr 2018 zurückzuführen. Auch wenn geringere

⁹ Die Kategorie *Sonstige OP* umfasste all jene MELs, die in der LKF-Dokumentation die Bezeichnung *Sonstige OP* tragen und keiner LDF-Gruppe zugeordnet sind.

OP-Kapazitäten zur Verfügung stehen, sind die präoperativen planbaren Prozesse so zu gestalten, dass eine möglichst kurze Verweildauer vor der Operation erreicht wird.

Im Zuge der Bundeszielsteuerung wird ebenso die präoperative Verweildauer erhoben. Im Jahr 2017 kam es auf Bundesebene zu einer Methodenänderung für die Berechnung dieser Messgröße. Betrachtet wird nun nicht mehr ein Durchschnittswert, sondern der Anteil der Aufenthalte in Fonds-krankenanstalten mit kurzer präoperativer Verweildauer (definiert als weniger als drei Pflegetage) mit einem Zielwert von 94 Prozent.

Nach der Berechnungsmethode der Bundeszielsteuerung je Bundesland zeigt sich, dass Oberösterreich im Jahr 2018 mit einem Anteil von 94,1 Prozent den vorgegebenen Zielwert bereits erreicht hat.¹⁰ Der Österreichwert ohne Oberösterreich liegt mit einem Anteil von 93,3 Prozent etwas niedriger. Drei Bundesländer (Burgenland, Kärnten, Wien) haben den Zielwert neben Oberösterreich im Jahr 2018 bereits erreicht.

Die Spitäler der Regionen Pyhrn-Eisenwurzen und Mühlviertel weisen im Oberösterreichvergleich mit 97,1 bzw. 96,5 Prozent den höchsten Anteil an Aufenthalten mit kurzer präoperativer Verweildauer für das Jahr 2018 auf. Auch der Zentralraum Wels (95,9 Prozent), das Innviertel (96,2 Prozent) und die VR Traunviertel/Salzkammergut (96,2 Prozent) haben den Zielwert im Berichtsjahr bereits erreicht. Der Zentralraum Linz (91,5 Prozent) ist die einzige oberösterreichische Versorgungsregion, welche den Zielwert noch nicht erreicht hat.

2.3.7 Wiederaufnahmerate

Dieser Abschnitt präsentiert die Entwicklung der Wiederaufnahmen. Für die Berechnung der Wiederaufnahmerate werden Fälle mit Neubildungen (ICD10: C00-D48) nicht berücksichtigt. Die Wiederaufnahme ist *definiert als eine erneute Aufnahme innerhalb von sieben Tagen nach der Entlassung mit der gleichen Hauptdiagnose*.¹¹ Die Wiederaufnahmerate wird berechnet als der Anteil der Wiederaufnahmen an den Gesamtaufenthalten (Summe der Wiederaufnahmen aus den KH-Standorten in der Region zu den Gesamtaufenthalten in der Region). Die durchschnittliche Wiederaufnahmerate für Oberösterreich ist im Vergleich zum Vorjahr von 3,7 auf 3,8 Prozent im Jahr 2018 leicht angestiegen. Die Wiederaufnahmerate je Versorgungsregion ist in Abbildung 27 dargestellt. Die Abbildung zeigt die Rate je Versorgungsregion für die Jahre 2009, 2017 und 2018. Die horizontale Linie stellt den OÖ-Wert für das Jahr 2018 dar.

¹⁰ Neue Berechnungslogik ab 2017, daher keine Vergleichswerte aus 2009 vorhanden.

¹¹ Nachdem einer Person bei mehreren Aufenthalten unterschiedliche Aufnahmeummern zugewiesen werden, werden für die Identifikation eines Patienten das Geburtsdatum, das Geschlecht, und der Wohnort herangezogen.

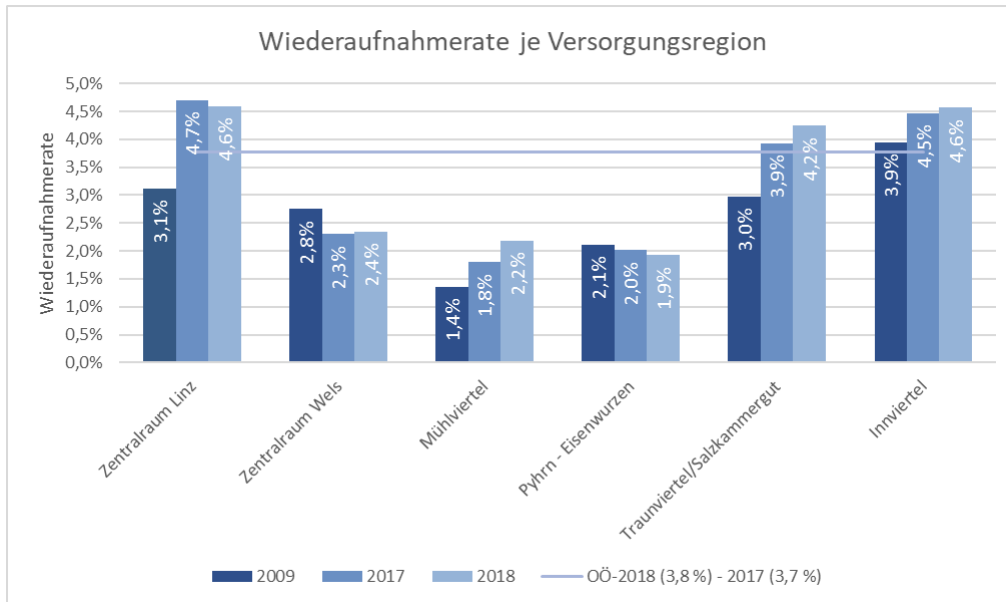


Abbildung 27: Entwicklung der Wiederaufnahmerate

Der Zentralraum Linz und die VR Innviertel haben die höchste Wiederaufnahmerate. Nach einer Analyse der Abteilung Gesundheit handelt es sich dabei um einzelne chronisch kranke Patienten, die im Rahmen geplanter Behandlungszyklen regelmäßig aufgenommen werden. Der leichte Anstieg der Wiederaufnahmen ist bedingt durch die Inbetriebnahme einer AG/R- Tagesklinik und durch intravitreale Injektionen bei altersbedingter Makuladegeneration (wenn beide Augen betroffen sind erfolgen die Injektionen des „ersten“ und des „zweiten“ Auges in der Regel im Abstand von einer Woche).

Der Anteil an akuten Wiederaufnahmen liegt für 2018 bei 0,8 Prozent und ist zum Vorjahr unauffällig.

2.3.8 Patientenbewegungen von anderen Bundesländern nach OÖ

In der folgenden Tabelle sind die Patientenbewegungen nach Bundesländern für die Jahre 2009, 2017 und 2018 dargestellt. „Aus OÖ“ bezeichnet jene oberösterreichischen Patienten, die in einem Krankenhaus außerhalb Oberösterreichs stationär behandelt wurden. „Nach OÖ“ bezieht sich auf Patienten aus anderen Bundesländern, die in oberösterreichischen Spitälern behandelt wurden. Der Saldo stellt die Differenz zwischen beiden Strömen dar. Von quantitativer Relevanz sind erwartungsgemäß die Bewegungen zwischen Oberösterreich und Niederösterreich, Salzburg und der Steiermark. In Summe gesehen, werden in Oberösterreich mehr Gastpatienten behandelt, als oberösterreichische Patienten in anderen Bundesländern. Der Saldo 2018 hat sich im Vergleich zum Jahr 2009 um 3.023 Fälle erhöht, wobei sich die größten Saldoänderungen in Salzburg und Niederösterreich zeigen.

Übersicht der Patientenbewegungen nach Bundesländern

	2009			2017				2018				
	Aus OÖ	Nach OÖ	Saldo	Aus OÖ	Nach OÖ	Saldo	Saldo-Differenz 2017:2009	Aus OÖ	Nach OÖ	Saldo	Saldo-Differenz 2018:2009	Saldo Differenz 2018:2017
Burgenland	102	261	159	95	210	115	-44	73	179	106	-53	-9
Kärnten	352	411	59	308	577	269	210	280	517	237	178	-32
Niederösterreich	5.918	19.260	13.342	5.524	22.574	17.050	3.708	5.316	22.463	17.147	3.805	97
Salzburg	12.139	3.627	-8.512	13.079	3.573	-9.506	-994	13.905	3.474	-10.431	-1.919	-925
Steiermark	1.391	4.142	2.751	1.435	4.733	3.298	547	1.366	4.589	3.223	472	-75
Tirol	1.468	367	-1.101	1.041	356	-685	416	1.026	372	-654	447	31
Vorarlberg	84	184	100	61	317	256	156	95	303	208	108	-48
Wien	1.854	1.845	-9	1.995	1.834	-161	-152	1.659	1.635	-24	-15	137
Gesamt	23.308	30.097	6.789	23.538	34.174	10.636	3.847	23.720	33.532	9.812	3.023	-824

Tabelle 3: Übersicht der Patientenbewegungen (Fälle) nach Bundesländern

Im Vergleich zum Jahr 2017 ist der Saldo in OÖ gesunken, was hauptsächlich auf die Saldoveränderung des Bundeslandes Salzburg zurückzuführen ist. Weiters sind auch Saldoveränderungen zu Wien (+137), Niederösterreich (+97) und Steiermark (-75) gegenüber dem Vorjahr zu verzeichnen, während bei den anderen Bundesländern keine merklichen Veränderungen festgestellt wurden. Generell ist festzustellen, dass im Jahr 2018 mit allen Bundesländern, ausgenommen Salzburg, Tirol und Wien ein positiver Saldo gegeben war. In der Größenordnung relevant sind die Saldi mit Salzburg (relativ hohe Bewegung zu Salzburger Krankenanstalten) und mit Niederösterreich (relativ hohe Bewegung von NÖ zu OÖ Krankenhäusern).

Im Falle von Niederösterreich wurden im Vergleich zu 2017 insbesondere ein Patientenzuwachs am Ordensklinikum Barmherzige Schwestern Linz (+284) sowie bei den Barmherzigen Brüdern (+54) festgestellt. Im Falle von Salzburg ist der größte Patientenzuwachs am Salzkammergut-Klinikum (+298) zur verzeichnen. Grundsätzlich ist für 2018 erkennbar, dass mehr Patienten aus OÖ in Salzburg behandelt werden als noch im Vorjahr (die größte Veränderung zeigt sich im Fachbereich Chirurgie). Im Jahr 2018 kamen um 9.812 Fälle mehr nach Oberösterreich als Oberösterreicher in andere Bundesländer gingen. Um das Ausmaß dieser Patientenbewegungen weiter zu quantifizieren, wurden die entsprechenden Belagstage dieser Fälle analysiert. Auffallend ist, dass der Saldo gegenüber 2017 von 5.880 auf -1.258 Belagstage gesunken ist. Dieser Saldo von -1.258 entspricht rund -4 Betten.

Die große Abweichung der Saldi zwischen der Fallanzahl (+9.812 Fälle mehr nach OÖ) und der Belagstage (negativer Saldo) liegt darin begründet, dass vor allem aus NÖ sehr viele tagesklinische Fälle und Fälle mit kurzer Belagsdauer nach Oberösterreich kommen, während die Oberösterreicher, die Krankenhäuser in anderen Bundesländern aufsuchen, eine längere Belagsdauer ausweisen. Einen signifikanten Anteil an Kurzliegern aus anderen Bundesländern weist beispielsweise die Augenabteilung der Barmherzigen Brüder in Linz auf.

Die Umrechnung der Belagstage in Betten zeigt, dass die Ströme von und nach OÖ ein ausgeglichenes Bild ergeben und die durch Gastpatienten belegten Kapazitäten ausgeglichen sind. Es werden durch Gastpatienten in OÖ 4 Betten weniger belegt als von Patienten mit oberösterreichischem Wohnsitz in anderen Bundesländern (404 Betten nach OÖ zu 408 Betten aus OÖ)¹² Im Jahr 2009 belief sich der entsprechende Saldo noch auf 76 Betten zugunsten der Patienten Oberösterreichs.

¹² Umrechnung der Belagstage in Betten erfolgte unter der Annahme einer Auslastung von 85 Prozent.

2.3.9 Patientenbewegungen innerhalb von OÖ

Die folgende Tabelle stellt die Bewegungen der oberösterreichischen Patienten zwischen den oberösterreichischen Versorgungsregionen dar. Das erste Panel (=das oberste Drittel der Tabelle) zeigt die Bewegungen für 2009, das zweite für 2018 und das dritte die Differenz zwischen den Jahren 2009 und 2018. In den Zeilen sind die Herkunftsversorgungsregionen und in den Spalten die Zielversorgungsregionen dargestellt.

2009		Nach					
Aus	Zentralraum Linz	Zentralraum Wels	Mühlviertel	Pyhrn-Eisenwurzen	Traunviertel-Salzkammergut	Innviertel	
Zentralraum Linz	109.397	2.966	281	4.642	644	262	
Zentralraum Wels	8.311	57.880	59	430	911	2.951	
Mühlviertel	49.949	938	20.696	1.525	260	941	
Pyhrn-Eisenwurzen	6.893	4.136	43	38.941	406	105	
Traunviertel-Salzkammergut	4.571	8.178	32	1.027	55.663	1.852	
Innviertel	2.866	4.416	94	96	378	60.201	
Summe	181.987	78.514	21.205	46.661	58.262	66.312	

2018		Nach					
Aus	Zentralraum Linz	Zentralraum Wels	Mühlviertel	Pyhrn-Eisenwurzen	Traunviertel-Salzkammergut	Innviertel	
Zentralraum Linz	106.270	3.554	430	2.625	506	269	
Zentralraum Wels	9.423	63.167	121	455	1.156	4.330	
Mühlviertel	61.905	982	20.962	401	174	171	
Pyhrn-Eisenwurzen	8.174	5.508	43	38.672	464	132	
Traunviertel-Salzkammergut	5.090	9.534	33	1.118	55.995	1.743	
Innviertel	3.512	4.641	69	80	698	63.169	
Summe	194.374	87.386	21.658	43.351	58.993	69.814	

Veränderung 2018 zu 2009		Nach					
Aus	Zentralraum Linz	Zentralraum Wels	Mühlviertel	Pyhrn-Eisenwurzen	Traunviertel-Salzkammergut	Innviertel	
Zentralraum Linz	-3.127	588	149	-2.017	-138	7	
Zentralraum Wels	1.112	5.287	62	25	245	1.379	
Mühlviertel	11.956	44	266	-1.124	-86	-770	
Pyhrn-Eisenwurzen	1.281	1.372	0	-269	58	27	
Traunviertel-Salzkammergut	519	1.356	1	91	332	-109	
Innviertel	646	225	-25	-16	320	2.968	
Summe	12.387	8.872	453	-3.310	731	3.502	

Tabelle 4: Übersicht der OÖ-Patientenbewegungen nach Versorgungsregion

Während in der Versorgungsregion Pyhrn-Eisenwurzen ein Rückgang zu verzeichnen ist, ist in den restlichen Regionen der Saldo aus den Patientenbewegungen gegenüber 2009 weiter gestiegen. Insbesondere der Zentralraum Linz und der Zentralraum Wels zogen weiterhin kontinuierlich mehr Patienten aus den anderen Regionen ab. Der Zuwachs an stationär aufgenommenen Patienten im Zentralraum Linz resultiert vor allem aus Zuwanderungen aus dem linznahen Teil des Mühlviertels. In allen Versorgungsregionen ist die Anzahl der Gesamtstationären Aufenthalte gegenüber dem Vorjahr gestiegen (siehe dazu auch Übersichtsdaten Anhang A). Die höchste Sogwirkung hat der

Zentralraum Linz mit einem Plus von 15.514 Aufenthalten aus anderen Versorgungsregionen gefolgt von Wels mit einem Plus von 3.585 aus anderen Versorgungsregionen im Vergleich zu 2009. Es wird die weitere Beobachtung der Patientenströme-Entwicklung empfohlen.

2.3.10 Tagesklinische Fälle und Potenzial

Eine der Vorgaben der SR II, um die Inanspruchnahme von vollstationären Ressourcen zu reduzieren ist es, den Anteil der tagesklinisch behandelten Fälle zu erhöhen. Dieser Abschnitt enthält die Entwicklung der tagesklinischen Fälle und des noch vorhandenen tagesklinischen Potenzials. Die Kriterien für die Definition des tagesklinischen Falles sind:

- Die erhaltenen Leistungen sind im Katalog der tagesklinisch erbringbaren Leistungen enthalten. Um Kontinuität in den Auswertungen in der Zeitreihe zu erreichen, wurde ein konstanter TK-Katalog seit 2012 hinterlegt. Ergänzungen seit 2013 sind hier nicht enthalten. Damit wird ermöglicht, dass die Struktur der Belagsdauerentwicklung bei diesen Fällen besser beobachtbar ist.
- Die Belagsdauer beträgt 0 Tage.
- Es wurden keine zusätzlichen abrechnungsrelevanten Leistungen erbracht.¹³
- Bei dem Fall handelt es sich nicht um einen Intensivaufenthalt, der Patient wurde nicht transferiert und ist nicht verstorben.

Für die Bestimmung des Potenzials werden die gleichen Kriterien, mit Ausnahme der Belagsdauer, verwendet. Als Potenzial werden jene Fälle klassifiziert, die eine Belagsdauer von 1-5 Tagen aufweisen. Die Ergebnisse sind in Tabelle 5 dargestellt. Die erste Spalte zeigt das Beobachtungsjahr, wobei *Diff. zu '09 %p* die Differenz zwischen 2018 und 2009 in Prozentpunkten bezeichnet. Die letzte Zeile gibt diese Differenz in Prozent – mit dem Wert 2009 – als Basis wieder. Die zweite Spalte zeigt die tatsächlich tagesklinisch behandelten Fälle. Die restlichen Spalten (Tag 1-5) stellen das Potenzial dar.

Jahr	TK-Fälle		TK-Potenzial			
	0 Tage	1 Tag	2 Tage	3 Tage	4 Tage	5 Tage
2009	24,0%	23,2%	24,7%	14,7%	8,6%	4,8%
2017	47,6%	18,5%	17,1%	8,8%	5,1%	2,9%
2018	49,5%	17,8%	16,6%	8,5%	4,8%	2,7%
Diff. zu '09 %p	25,5%p	-5,4%p	-8,0%p	-6,2%p	-3,8%p	-2,1%p
Diff. zu '09 %	106,4%	-23,2%	-32,6%	-42,2%	-44,5%	-43,2%

Tabelle 5: Tagesklinisch behandelte Fälle und tagesklinisches Potenzial

Die TK-Fälle sind seit 2009 um 25,5 Prozentpunkte angestiegen und folglich hat sich das Potenzial im selben Ausmaß reduziert.¹⁴ Die TK-Fälle liegen im Jahr 2018 um 106,4 Prozent höher als 2009 und im Vergleich zum Jahr 2017 konnten die TK-Fälle um 1,9 Prozentpunkte erhöht werden. In absoluten Zahlen sind die tagesklinischen Fälle von 15.621 im Jahr 2009 auf 35.105 im Jahr 2018

¹³ Ohne Zuschläge für Mehrfachleistungen.

¹⁴ Berechnung: $5,4 + 8,0 + 6,2 + 3,8 + 2,1 = 25,5$.

gestiegen. Insgesamt konnten durch die stärkere Ausschöpfung der Tagesklinikpotenziale die vollstationären Inanspruchnahmen reduziert werden.

Aus der Verteilung nach Belagstagen 0-5 ist eine kontinuierliche Verschiebung zu kürzeren Belagsdauern festzustellen. Damit konnte die Belegung von stationären Bettenkapazitäten in erheblichem Ausmaß reduziert werden und ein wesentlicher Beitrag zur Kostendämpfung geleistet werden.

Auf Basis der für die Zielsteuerung definierten Bündel von Tagesklinikleistungen liegt in der Summe über alle Bündel OÖ mit 60,7 Prozent an tagesklinisch erbrachten Leistungen im oberen Drittel aller Bundesländer. Dennoch zeigt eine tiefere Betrachtung einzelner Bündel weitere Potenziale für eine vermehrte tagesklinische Leistungserbringung auf (z.B. Knie Arthroskopien, Varizen OP und Eingriffe im Bereich Haut mit Lappenplastik).

2.3.11 Verlagerungspotenzial in den ambulanten Bereich

Analog zum tagesklinischen Potenzial wurde im Zuge der SR II ein hohes Verlagerungspotenzial von stationär erbrachten Leistungen – insbesondere Nulltagesaufnahmen – in den spitalsambulanten Bereich erkannt.

Für die Bestimmung des ambulanten Potenzials kamen folgende Kriterien zur Anwendung:

- Es wurden jene HDG-Gruppen herangezogen, die einen hohen Anteil an Kurzliegern aufweisen.
- Darunter sind jene HDG-Gruppen zu verstehen, die mindestens 50 Nulltagesfälle aufweisen.
- Ausgenommen hiervon sind abrechenbare tagesklinische Leistungen, Leistungen mit Intensivaufenthalt und Leistungen mit Sterbefällen oder Transferierungen.

Die dadurch resultierenden Fälle wurden entsprechend ihrer Belagsdauer in die Gruppen 0-5 Tage eingeteilt. Das Ergebnis dieser Verteilung ist in Tabelle 6 dargestellt. Spalte 1 beinhaltet wiederum die Beobachtungsjahre sowie die Differenz in Prozentpunkten zwischen 2017 und 2009 als auch in Prozent mit Basis 2009. Die restlichen Spalten zeigen die Verteilung nach Belagstagen.

Ambulantes Potenzial						
Jahr	0 Tage	1 Tag	2 Tage	3 Tage	4 Tage	5 Tage
2009	28,4%	28,8%	17,8%	10,6%	8,7%	5,7%
2017	43,1%	23,6%	14,3%	8,2%	6,5%	4,3%
2018	43,4%	23,5%	14,4%	8,1%	6,3%	4,3%
Differenz zu '09 %p	15,0%p	-5,3%p	-3,4%p	-2,5%p	-2,4%p	-1,4%p
Differenz zu '09 %	52,8%	-18,5%	-19,2%	-23,5%	-27,2%	-24,6%

Tabelle 6: Ambulantes Potenzial

Der Anteil der Nulltagesfälle (Spalte 2) ist vom Jahr 2009 auf das Jahr 2018 um 15 Prozentpunkte angestiegen. Dies entspricht einer prozentuellen Veränderung von 52,8 Prozent. Im Vergleich zum Vorjahr betrug der Anstieg 0,3 Prozentpunkte. Anzumerken ist, dass die Zahl der Fälle mit Belagsdauer zwischen 1 und 5 Tagen seit 2009 stark gesunken sind.

Eine valide Analyse der ambulanten Fallentwicklung konnte aufgrund der zurzeit bestehenden Datenlage für den ambulanten Bereich nicht durchgeführt werden. In diesem Zusammenhang sei auf die Einführung und Umsetzung des bundesweit einheitlichen spitalsambulanten Abrechnungsmodells verwiesen vgl. Kapitel 3.3.6.

Mit der Einführung des neuen bundesweit einheitlichen spitalsambulanten Abrechnungsmodells ab 1.1.2019 in OÖ werden auch finanzielle Anreize gesetzt, viele bisher stationäre Leistungen in den ambulanten Bereich zu verlagern. Dann sind die möglichen Verschiebungspotenziale von stationärer zu ambulanter Leistungserbringung nach anderen Kriterien und Methoden zu ermitteln und betrachten.

2.3.12 Trends 2019

Um zu analysieren inwieweit sich die Entwicklungen des Jahres 2018 auch im Jahr 2019 fortsetzen werden, wurden die zur Verfügung stehenden Halbjahresdaten des Jahres 2019 ausgewertet.¹⁵ Es lassen sich folgende Trends erkennen:

Der Anteil der Nulltagesaufenthalte reduzierte sich im Vergleich zum 1. Halbjahr des Jahres 2018 um 12,3 Prozentpunkte auf 15,3 Prozent. Der Anteil liegt damit auch deutlich unter dem Gesamtjahreswert 2018 in der Höhe von 28,7 Prozent. Die Gesamtaufenthalte sind im Vergleich zum ersten Halbjahr 2018 um 18,3 Prozent bzw. 47.506 Aufenthalte merklich gesunken. Davon entfallen wiederum 41.412 auf Nulltagesaufenthalte, das entspricht einer Reduktion der Nulltagesaufenthalte um 56 Prozent im Vergleich zum Vorjahr 2018. Diese Entwicklung ist auf die Umsetzung des spitalsambulanten Abrechnungsmodells, welches mit 2019 in OÖ wirksam wurde, zurückzuführen. Dabei ist durch die Verschiebung in den ambulanten Bereich ein deutlicher Rückgang bei den Nulltagesaufenthalten und auch bei den normalstationären Aufenthalten zu erkennen, was auch dem Ziel des Modells entspricht.

Die durchschnittliche Belagsdauer, sowohl inklusive als auch exklusive der Nulltagesaufenthalte, ist im Vergleichszeitraum gestiegen. Im ersten Halbjahr 2018 belief sich die durchschnittliche Belagsdauer ohne Nulltagesaufenthalte auf 4,3 Belagstage und im Vergleichszeitraum 2019 auf 5,0. Im Falle der durchschnittlichen Belagsdauer inkl. Nulltagesaufenthalte belief sich die Differenz auf 0,6 Tage (4,5 im 1. Halbjahr 2018 und 5,1 im ersten Halbjahr 2019).

Wie in Abschnitt 2.3.2 dargestellt, ist im Vergleich zum Vorjahr eine Reduktion der Belagstage-dichte zu verzeichnen. Laut den Halbjahresdaten für das 1. Halbjahr 2019 ist ein deutlicher Rückgang der Belagstage im Vergleich zum 1. Halbjahr 2018 um 4,4 Prozent bzw. 48.891 Belagstage erkennbar.

Stellungnahme der Evaluierungskommission zur Quantität der Leistungsentwicklung

Die Analysen zu den Auslastungen (inkl. NTA und exkl. NTA) zeigen, dass die Auslastungszahlen wieder eine leicht fallende Tendenz aufweisen. In der Versorgungsregion Mühlviertel zeigt sich jedoch ein Anstieg in der Auslastung sowohl inklusive als auch exklusive NTA. Es ist auch ersichtlich, dass der Trend der Verschiebung hin zu Nulltagesaufenthalten weiter voranschreitet. Der Anteil an Nulltagesaufenthalten ist für das Berichtsjahr 2018 in allen Versorgungsregionen gestiegen. Wie aus den Halbjahresdaten für 2019 ersichtlich, wird dieser Trend mit der Umsetzung des spitalsambulanten Abrechnungsmodells für 2019 nicht fortgesetzt.

¹⁵ Für die Halbjahresdaten steht nur ein eingeschränktes Kennzahlenset zur Verfügung.

Die Krankenhaushäufigkeit ist mit 245 Aufnahmen je 1.000 Einwohner gleichbleibend zum Vorjahr, aber nachdem die Aufnahmen auch im restlichen Österreich rückläufig sind, ist der Index gestiegen. Folglich liegt der Index für die Krankenhaushäufigkeit in Oberösterreich noch immer um 22,1 Prozent über dem Österreichdurchschnitt ohne Oberösterreich und liegt somit über dem Ausgangswert von 2009 (21,5 Prozent) und hat sich im Vergleich zum Vorjahr erhöht.

Ein ähnliches Bild zeigt sich für die Belagstagedichte. Der Wert sinkt von 1.503 im Jahr 2017 auf 1.486 Belagstage je 1.000 Einwohner im Jahr 2018, aber aufgrund der Veränderungen in den anderen Bundesländern ist der entsprechende Index-Wert um 0,9 Prozentpunkte auf 112,7 Prozent gestiegen. Im Vergleich zur Krankenhaushäufigkeit ist der Abstand zum Österreichdurchschnitt ohne Oberösterreich geringer. Die Halbjahresdaten für 2019 deuten auf eine Reduktion der Belagstage hin, diese Reduktion steht mit der Umsetzung des ambulanten Abrechnungsmodells seit Jahresbeginn 2019 in Zusammenhang. Hinsichtlich des Index zur Belagstagedichte ist zu vermerken, dass in der Versorgungsregion Linz der Index zur Belagstagedichte gleichgeblieben ist, in allen anderen Versorgungsregionen im Vergleich zum Vorjahr aber gestiegen ist. Generell ist anzumerken, dass in anderen Bundesländern die Umsetzung des ambulanten Abrechnungsmodells schon fortgeschrittener ist bzw. bestimmte Leistungen (z.B. intravitreale Medikamenteneingabe in den Glaskörper oder Verabreichung von Chemotherapien) ambulant erbracht werden, die in Oberösterreich stationär abgerechnet werden und dadurch die Vergleichbarkeiten beeinflussen.

Erfreulich ist, dass gegenüber dem Vorjahr sowohl der Belagsdauer-Index als auch die durchschnittliche Belagsdauer für Oberösterreich weiterhin gesenkt werden konnte. Auf Basis der Werte des 1. Halbjahr 2019 setzt sich dieser Trend jedoch nicht fort.

Bei der Analyse der Patientenströme ist auffallend, dass gegenüber dem Vorjahr weniger Patienten aus anderen Bundesländern nach OÖ kamen. Es werden aber weiterhin mehr Patienten aus anderen Bundesländern in OÖ behandelt als Oberösterreicher in anderen Bundesländern. Der Belagstage-Saldo dieser Fälle wurde von 5.880 im Jahr 2017 auf -1.258 Belagstage im Jahr 2018 deutlich reduziert (Patienten, die nach OÖ kommen haben eine geringere Belagsdauer als Oberösterreicher in anderen Bundesländern). Allgemein zeigt sich, dass in allen Versorgungsregionen die Anzahl der gesamtstationären Aufenthalte gegenüber dem Vorjahr gestiegen ist (siehe dazu auch Übersichtsdaten Anhang A).

Die analysierten Veränderungen entsprechen grundsätzlich der strategischen Richtung der SR II. Ein Großteil der SR II Maßnahmen wurde bereits erfolgreich umgesetzt. Das Verhältnis zum Österreichdurchschnitt ohne OÖ ist jedoch über das Ausgangsniveau von 2009 gestiegen. Dies gilt insbesondere für die Krankenhaushäufigkeit und die Belagstagedichte, im Vergleich zum Durchschnitt Österreich ohne Oberösterreich. Ein Grund dafür sind Parallelentwicklungen in anderen Bundesländern, in denen auch Maßnahmen gesetzt wurden, um die Krankenhaushäufigkeit und Belagstagedichte zu reduzieren. Ebenso sind gewisse Verzerrungen aus der unterschiedlichen Umsetzung des ambulanten Abrechnungsmodelles gegeben. Immanent ist aber, dass weiterhin Maßnahmen getroffen werden müssen, um unnötige Hospitalisierung zu vermeiden.

Wesentliche Schwerpunkte könnten dabei sein:

- Organisation der Aufnahmeeinheiten in den Krankenhäusern (Wahrnehmung einer Triage- und Filterfunktion)
- Stärkung der Primärversorgung (z.B. Forcierung PVE-Modelle, Patientenlenkungssysteme, Hausärztlicher Notdienst) und der ambulanten Fachversorgung

- Forcierung der Gesundheitskompetenz
- Anpassung der stationären Kapazitäten entsprechend der demografischen Notwendigkeiten im Rahmen der laufenden Entwicklung des RSG OÖ 2025
- Forcierung der ambulanten Leistungserbringung durch baulich-funktionelle Maßnahmen bei gleichzeitiger Anpassung der stationären Kapazitäten
- Zielvereinbarungen mit den Leitungen der Krankenanstalten hinsichtlich Planung und Implementierung von Maßnahmen zur Vermeidung nicht notwendiger stationärer Aufenthalte und Belagsdauerreduktion
- Optimale Patientenplanung zur Vermeidung von unnötigen Liegedauern (Vermeidung von präoperativer Verweildauer, wirksames Entlassungsmanagement)
- Weiterentwicklung der telefonischen Gesundheitsberatung 1450 um den „web-Teil“

2.4 Qualität der Leistungserbringung

Die Qualität der Leistungserbringung umfasst laut Evaluationsdesign die Bereiche Strukturqualität, Ergebnisqualität und Prozessqualität.

2.4.1 Strukturqualität

Bei der Strukturqualität wird der Fokus auf die Qualitätskriterien der Infrastruktur gelegt. Die Strukturqualität beinhaltet die erforderliche Menge und Qualität personeller sowie sachlicher Ausstattung von Einrichtungen. Diese werden regelmäßig erhoben, evaluiert und weiterentwickelt.

2.4.1.1 Allgemein

Bei den Verfahren nach Oö. KAG und der sanitären Aufsicht wird sowohl bei Neugenehmigungen als auch bei Überprüfungen die Einhaltung der vorgegebenen Strukturqualitätskriterien abgefragt und eingefordert. Sind Bereiche betroffen, für die keine speziellen Strukturqualitätskriterien festgelegt sind, so wird die Qualität anhand verschiedener Kriterien wie räumliche Gegebenheiten, technische Ausstattung, Prozessabläufe, personelle Ausstattung, Hygiene etc. beurteilt.

2.4.1.2 Neue Strukturen zur Verbesserung der Versorgungsqualität

Die nachstehend angeführten Projekte haben das Ziel, die Versorgungsqualität durch neue Strukturen zu verbessern. Folgende Projekte wurden seit dem letzten Bericht fortgesetzt, weiterentwickelt oder neu aufgenommen:

Multidisziplinäres Versorgungszentrum Essstörungen (MVZ)

Das Multidisziplinäre Versorgungszentrum für Essstörungen ist eine Kooperation von Land OÖ und KV-Trägern. Es ist eine niederschwellige, ambulante, therapeutische und medizinische Versorgung von Menschen mit Essstörungen. Ein auf den Schweregrad und Krankheitsverlauf abgestimmtes Behandlungs- und Betreuungsangebot wird dabei sichergestellt. Das MVZ wurde in den Räumlichkeiten der psychosomatischen Tagesklinik im Rahmen des Departments für Psychosomatik am Neuromed Campus des Kepler Universitätsklinikums eingerichtet. Seit Ende 2016 werden auch Jugendliche behandelt. Die Evaluierung zeigt, dass die Behandlungs- bzw. Betreuungsangebote von den Betroffenen sehr gut angenommen werden und dass die Organisation und Prozesse gut abgestimmt sind. Das Projekt wurde 2019 in den Regelbetrieb übernommen.

Neue Primärversorgungseinheiten (PVE)

Auf Basis des neuen Zielsteuerungsvertrages erfolgt derzeit eine Stärkung bzw. Neuausrichtung der Primärversorgung. Diese umfasst neben dem bestehenden „Hausarztmodell“ durch niedergelassene Vertragsärzte für Allgemeinmedizin und den Vertragsgruppenpraxen die Möglichkeit der medizinischen Versorgung im Rahmen einer multidisziplinären Zusammenarbeit verschiedener medizinischer Berufsgruppen durch sogenannte Primärversorgungseinheiten (PVE).

Der Zugang zur Primärversorgung soll für die Patienten mit einem erweiterten Leistungsangebot und attraktiven Öffnungszeiten in den PVEs erleichtert werden. Beim Leistungsangebot wird der Bereich Gesundheitsförderung und Prävention forciert und gleichzeitig sollen die PVE-Standorte zu einer Krankenhausentlastung führen. Um diese Zielstellungen bestmöglich umzusetzen, gibt es seitens des Landes OÖ ein Bekenntnis zur Mitfinanzierung in diesem Bereich.

Die Landeszielsteuerungskommission hat bisher vier Projekte beschlossen. Das PVE Enns ist mit Jänner 2017, das PVE Marchtrenk mit Oktober 2017 und das PVE Haslach mit Anfang 2018 in Betrieb gegangen. Mit dem Modell Sierning/Neuzeug hat im Juli 2018 das erste Primärversorgungnetzwerk (PVN) in OÖ seine Pforten geöffnet.

Die OÖGKK, das Land Oberösterreich und die Ärztekammer OÖ haben sich auf einen weiteren Ausbau geeinigt. Dazu wurde von den Stakeholdern ein „PVE-Zielbild“ mit weiteren Standorten erarbeitet, welches in der Zielsteuerungskommission im November 2018 beschlossen wurde. Dabei wird auf eine oberösterreichweit ausgewogene regionale Verteilung der Primärversorgungseinheiten geachtet.

Eine schnittstellenübergreifende, abgestimmte Zusammenarbeit der bestehenden abgestuften Akut- und Notfallversorgung, (insbesondere dem HÄND) und der, sich derzeit im Aufbau befindlichen neuen Modelle der Primärversorgung können die Versorgungswirksamkeit unterstützen.

Stationäres Hospiz

Das stationäre Hospiz ist ein Kooperationsprojekt von Land OÖ und KV-Trägern und wird vom Roten Kreuz, den Elisabethinen Linz-Wien, der Vinzenz Gruppe und den Barmherzigen Brüdern, als St. Barbara Hospiz GmbH gemeinsam betrieben. Es ist Teil des abgestuften Hospiz- und Palliativversorgungsplanes. Dabei werden Palliativpatienten in der letzten Lebensphase betreut, bei denen eine Behandlung im Akutkrankenhaus nicht erforderlich und eine Betreuung zu Hause nicht mehr möglich ist. Das stationäre Hospiz ist seit Juni 2016 in Betrieb und wird in der ersten Phase mit 6 Betten betrieben. Im Endausbau sind 10 Betten vorgesehen, dessen Realisierung im 1. Halbjahr 2020 geplant ist. Die durchwegs positiven Ergebnisse der Evaluierung und aus dem Pilotbetrieb gewonnene Erkenntnisse fließen in einen weiteren geplanten Ausbau in den kommenden Jahren ein.

Neurolinguistische Ambulanz (NLA) Autismus

Die von Land OÖ und OÖGKK finanzierte NLA Autismus bietet ein Therapieangebot für Kinder mit frühkindlichem Autismus. Die Evaluierungsergebnisse haben gezeigt, dass Kinder Fortschritte in der Sprachentwicklung und im expressiv eingesetzten Wortschatz aufweisen. Es kommt zu einer Verbesserung der Konversationsproblematik, das Entwicklungsalter und die soziale Orientierung werden gesteigert, ebenso wie die Lebensqualität in der Familie. Die Betreuung der Kinder erfolgt durch das Team der NLA des KH der Barmherzigen Brüder Linz im häuslichen Umfeld des Kindes. In einer neuerlichen Evaluierung konnten weitere Erfahrungswerte, sowie ein bedarfsgerechtes

Konzept zur Dezentralisierung eingebracht werden, was nunmehr eine effizientere, wohnortnahe Betreuung der Kinder ermöglicht. Ein entsprechendes Therapieangebot für diese Kinder liegt nunmehr vor. Die Aufnahme des Projekts in den Regelbetrieb ist mit 2019 erfolgt.

Ambulanz für Menschen mit Beeinträchtigung

Die von Land OÖ und KV-Trägern finanzierte Ambulanz für Menschen mit Beeinträchtigung ist ein optionales Angebot und richtet sich primär an erwachsene Menschen in Oberösterreich, mit kognitiver Beeinträchtigung oder Mehrfachbeeinträchtigung mit kognitiver Beteiligung (ausgenommen sind im Projekt Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen aufgrund von Demenz und Sucht).

Je nach Beschwerdebild deckt diese Einrichtung folgende Aufgabenbereiche ab:

- Umfassende neurologische Diagnostik und/oder Behandlung
- Koordination und gegebenenfalls Begleitung zur umfassenden Diagnostik und/oder Behandlung bzw. Folgeuntersuchungen und/oder -therapien durch kooperierende Fachrichtungen (z.B. Innere Medizin, Chirurgie, Gynäkologie)
- Schrittweise Erstellung von Informationsmaterial für andere Gesundheitsdiensteanbieter ggf. Schulungen

Nach einer positiven Evaluierung wurde das Projekt mit 2019 in den Regelbetrieb übernommen. Zusätzlich erfolgt die Ausweitung des Leistungsspektrums auf das Institut Hartheim.

Zahnbehandlung in Sedierung oder Narkose

Zahnärzte mit besonderen Fertigkeiten im Umgang mit Kindern

Mit Jänner 2018 startete das Kooperationsprojekt zwischen Land OÖ und KV-Trägern, welches sich zum Ziel gesetzt hat, insbesondere die zahnärztliche Versorgung von Menschen mit Beeinträchtigung jeder Altersgruppe und nur in Sedierung oder Narkose behandelbare Kinder unter 8 Jahren sicherzustellen. Hierfür wurden am Standort Wels des Klinikums Wels-Grieskirchen zusätzliche 500 Behandlungsfälle pro Jahr vereinbart, wodurch künftig ein Angebot für 1.000 Behandlungsfälle pro Jahr besteht. Dadurch sollen die Wartezeiten auf eine Behandlung in Sedierung bzw. Narkose kontinuierlich abgebaut und die Akutversorgung zur zeitnahen Behandlung von Schmerzpatienten sichergestellt werden.

Die Zahnbehandlung umfasst künftig neben Extraktionen und Füllungen auch eine Sanierungsbehandlung, sofern eine Zahnerhaltung sinnvoll erscheint.

Zusätzlich wurde ab Oktober 2018 ein Angebot für Kinder, die in einer Ordination nicht behandelbar sind, am Klinikum Wels-Grieskirchen etabliert. Mediziner mit besonderen Fertigkeiten im Umgang mit Kindern sollen eine Behandlung auch ohne Sedierung bzw. Narkose ermöglichen und dadurch den Einsatz von Sedierungen bzw. Narkosen minimieren. Die Finanzierung dieses Angebots erfolgt durch die KV-Träger. Eine umfangreiche Evaluierung wird für die LZK im November 2020 vorbereitet.

Projekt assistierte Peritonealdialyse in OÖ – Pilotregion Steyr

Im Jahr 2019 wurde gemeinsam mit dem Klinikum Steyr ein Konzept zur assistierten Peritonealdialyse ausgearbeitet. Das Klinikum Steyr arbeitet derzeit an der Umsetzung zur Etablierung von 5 Plätzen für eine assistierte Peritonealdialyse. Hierbei werden Patienten im Zuge des Peritonealdialyseverfahrens von mobilen Mitarbeitern des Krankenhauses täglich zu Hause besucht und bei der medizinischen Versorgung unterstützt.

Lehrpraxen

Im Rahmen der Zielsteuerung Gesundheit werden derzeit diverse Maßnahmen zur Attraktivierung der Allgemeinmedizin gesetzt, dazu gehört auch die Förderung von Lehrpraxen. Gemäß der Ärzte-Ausbildungsordnung 2015 (ÄAO2015) ist am Ende der Ausbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin (gemäß den Vorgaben des Ärzteausbildungsrechts) für 6 Monate eine Ausbildung in Allgemeinmedizin in einer von der Ärztekammer bewilligten Lehr(gruppen)praxis zu absolvieren.

Um das Thema bestmöglich zu unterstützen, wurde auf Landesebene eine Arbeitsgruppe eingerichtet, welche Informationen, die Beteiligung und Begleitung der betroffenen Systempartner sicherstellen soll. In den Oö. Fondsspitalern haben mit Sommer 2018 die ersten Jungärztinnen/-ärzte die 6-monatige Lehrpraxis begonnen.

Kinder- und Jugendkompetenzzentrum (KIJUK) Innviertel/St. Isidor

Mit dem Kinder- und Jugendkompetenzzentrum soll ein kostenträgerübergreifendes Angebot, ein integriertes Versorgungsmodell für Kinder und Jugendliche und deren Angehörige zur Verfügung stehen. Durch ein umfassendes diagnostisches, therapeutisches, heil- und sozialpädagogisches Angebot soll sich der körperliche und seelische Zustand bzw. das Wohlbefinden der Kinder und Jugendlichen verbessern und sich deren Verhaltens- und Erlebnisrepertoire erweitern. Das engere soziale Umfeld soll mit dem Angebot eine Entlastung erfahren. Der Zugang zum Angebot soll frühzeitig, niederschwellig und gezielt erfolgen.

Urologie Braunau

Die stationäre urologische Versorgung im Innviertel wurde unter Erhalt der Bettenkapazitäten am Standort der Barmherzigen Schwestern Ried konzentriert (Personalprobleme am Standort Braunau). Im Krankenhaus Braunau wird weiterhin eine Konsiliarversorgung angeboten, die urologische Ambulanz wurde per 31.3.2017 geschlossen.

Für die weiterführende Versorgung bislang spitalsambulanter Patienten des Krankenhauses in Braunau wurde folgende Vereinbarung getroffen: Der niedergelassene Facharzt für Urologie in Braunau übernimmt seit April 2017 die Versorgung all jener Patientengruppen in der Region, die bis dahin durch die Spitalsambulanz versorgt wurden.

Braunauer Psychosemodul

Beim Braunauer Psychose-Modul handelt es sich um ein integriert ambulant-stationäres Behandlungsangebot für Patienten, die an einer Schizophrenie erkrankt sind, mit folgenden Zielsetzungen: Schaffung eines zusätzlichen ambulanten Therapiebausteines zur Stabilisierung der Patienten, auch um immer wiederkehrende stationäre Einweisungen zu reduzieren sowie die Lebensqualität und die Teilnahme der Patienten am gesellschaftlichen Leben zu verbessern.

Magnetresonanz (MR) – Klinikum Rohrbach

In Umsetzung des Großgeräteplans wurde im Klinikum Rohrbach ein intramurales MR-Gerät aufgestellt. In Hinblick auf eine Sicherstellung der extramuralen Versorgung sowie einer optimierten Geräteauslastung wurde ein sektorenübergreifendes Kooperationsmodell zwischen der Oberösterreichischen Gesundheitsholding GmbH und der Sozialversicherung vereinbart, wobei die Sozialversicherung die Kosten für alle Untersuchungen übernimmt, die nicht in einem zeitlichen und sachlichen Zusammenhang mit einer Krankenhausbehandlung (stationär und/oder ambulant) stehen. Ein ähnliches Modell ist für das zweite MR am KH Vöcklabruck geplant.

Schließung einer Versorgungslücke – GGH Freistadt

Zwischen der OÖ Gesundheitsholding, dem Land OÖ, der OÖGKK und für die SV der Bauern wurde eine Zusatzvereinbarung zum Ambulanzvertrag betreffend den Ausbau der gynäkologischen Facharztversorgung im Krankenhaus Freistadt ausgearbeitet, um eine Versorgungslücke aufgrund einer unbesetzt gebliebenen Facharztstelle für Gynäkologie und Geburtshilfe (GGH) in Freistadt zu schließen. Als Ersatz für die weggefallene Vertragsarztpraxis sollen die Patientinnen durch Ausweitung der Ambulanztätigkeit der gynäkologischen/geburtshilflichen Ambulanz des Klinikums Freistadt versorgt werden. Die Ambulanz wird 10 Stunden pro Woche geöffnet sein (2 Stunden täglich) und es werden die Frequenzen von den betroffenen Sozialversicherungsträgern mit einer Pauschale vergütet. Die Vereinbarung startete mit 1.3.2019 und ist auf ein Jahr befristet.

2.4.2 Prozessqualität

Die Prozessqualität umfasst grundsätzlich alle Bereiche, die die Qualität des Versorgungsprozesses beschreiben. Im Rahmen der Datenanalyse wurden bereits einige Prozesskennzahlen beschrieben, die auch der Expertenbericht zur SR II angeführt hat.

Zentrale ambulante Erstversorgung ZAE gem. ÖSG 2017

Im RSG OÖ 2025, der der LZK im November 2019 zum Beschluss vorgelegt wird, wurden für alle Schwerpunktkrankenanstellen Oberösterreichs Zentrale ambulante Erstversorgungseinheiten (ZAE) vorgesehen und ambulante Betreuungsplätze zugeordnet. Weiters ist für alle Zentralen ambulanten Erstversorgungseinheiten die Anbindung einer zentralen Notaufnahme¹⁶ (ZNA gem. ÖSG = interdisziplinäre Aufnahmestation) vorgesehen.

Erstversorgungseinheiten (EVE)

Neben ZAE sind gemäß LKF-Modell ambulant auch auf Landesebene genehmigte und ausgewiesene ambulante Einheiten zur Erstversorgung von Akutfällen mit der Möglichkeit zur mehrstündigen Beobachtung am Standort zulässig. Diese Einheiten sind im RSG OÖ 2025 (siehe Punkt ZAE) für alle Standardkrankenanstellen bzw. Schwerpunktkrankenanstellen- Standorte mit Standardkrankenanstellen-Funktion vorgesehen.

¹⁶ Dem stationären Bereich zugeordnete Normalpflegebetten, die fakultativ an eine zentrale ambulante Erstversorgung (ZAE) angebunden sein können für stationäre Aufenthalte bis maximal 36 Stunden.

Integrierte Versorgung Demenz OÖ (IVDOÖ)

Das Projekt IVDOÖ ist ein Kooperationsprojekt von Land OÖ und OÖGKK. Es soll unter anderem die Lebensqualität für Menschen mit Demenz steigern, den Krankheitsverlauf durch ein gezieltes stadienspezifisches, ressourcenorientiertes Training verzögern und pflegende Angehörige entlasten.

Aufgrund der positiven Evaluierungsergebnisse werden die in Kirchdorf und Wels pilotierten Demenzservicestellen (DSS) in einen oberösterreichweiten Regelbetrieb übergeführt. An den dann insgesamt OÖ-weit 11 DSS werden vor allem folgende Leistungen angeboten:

- Beratung für Klienten und Angehörige
- klinisch psychologische Testung der Klienten
- Ressourcentraining für Klienten
- Schulung der Angehörigen
- Schulung der Trainer
- Qualitätssicherung und Vernetzung
- Öffentlichkeitsarbeit, Aufklärung und Information

Auch die Evaluationsergebnisse der fünf pilotierten Alten- und Pflegeheime (Stadt Wels: Haus Neustadt, Haus für Senioren; Ternberg, Mauerkirchen und Kallham) sind sehr positiv. Durch fachärztliche und psychologische Leistungen kann die Optimierung der Diagnostik und Behandlung sowie die Verbesserung der Lebensqualität für Bewohner mit Demenz im Alten- und Pflegeheim erreicht werden. Die fünf pilotierten Heime werden daher im Rahmen der „Integrierten Versorgung Demenz in OÖ“ in einen unbefristeten Regelbetrieb überführt. Zudem ist eine Ausweitung des Konzeptes (nach Maßgabe von verfügbaren Finanzmitteln) auf weitere Alten- und Pflegeheime geplant.

Telefonische Gesundheitsberatung 1450 (PALES Light)

Mit der Gesundheitsberatung 1450 wird ein telemedizinisches Erstkontakt- und Beratungsservice angeboten, welches rund um die Uhr erreichbar ist. Es hilft Bürgern bei der Lotsung zu einem adäquaten Ort der Gesundheitsversorgung und soll künftig zur Entlastung von primär ambulanten und stationären Versorgungsstrukturen beitragen.

Mit dem Projekt „PALES Light“ wurden in OÖ von Land OÖ, OÖGKK, der Ärztekammer Oberösterreich und dem Roten Kreuz Oberösterreich gemeinsam die Voraussetzungen geschaffen, als eines der ersten Bundesländer den Rollout der künftig österreichweiten telefonischen Gesundheitsberatung 1450 zu starten. Die entsprechende Software wurde daher ab Herbst 2018 bei Anrufen unter 141 in der Leitstelle für die Bezirke Linz, Linz-Land, Urfahr-Umgebung, Freistadt und Perg verwendet. Das flächendeckende Rollout der Gesundheitsnummer 1450 in Oberösterreich ist mit 18.3.2019 erfolgt.

Depotbehandlung im Neuromed Campus (NMC)

Die ehemalige Landesnervenklinik Linz (nunmehr NMC) stellte fest, dass bei der Behandlung von Patienten mit Depotantipsychotika durch die Weiterbehandlung im extramuralen Bereich die Compliance der Patienten hinter jener bei einer durchgehenden Behandlungsführung im NMC zurückblieb. Es wurde daher der Vorschlag entwickelt, die Behandlungsführung dieser Patienten durchgehend im NMC zu halten, was aber eine Verlagerung der Finanzierung der Medikamente vom

extramuralen auf den intramuralen Bereich nach sich zieht. Da diese Medikamente intramural günstiger eingekauft werden können als extramural, ist die OÖGKK bereit, nach dem Grundsatz „Geld folgt der Leistung“ dem NMC sowohl die Medikamentenkosten als auch die zusätzlich entstehenden Personalkosten abzugelten, ohne dass dadurch Mehrkosten für die OÖGKK entstehen. Die Landeszielsteuerungskommission hat in ihrer Novembersitzung 2016 das Versorgungsmodell beschlossen, das sich mittlerweile im Regelbetrieb befindet.

Diabetikerbetreuung OÖ „Therapie Aktiv“

Die strukturierte Versorgung und Schulung von Typ II-Diabetikern soll zur Vermeidung/Verzögerung von Folgeschäden und zur Verbesserung der Lebensqualität der Betroffenen beitragen. Durch die intensive Betreuung innerhalb des Projekts sollen Krankenhausaufenthalte der Betroffenen reduziert oder die Liegedauer verkürzt werden. Die Betreuung wird von niedergelassenen Allgemeinmedizinern und Internisten auf freiwilliger Basis angeboten.

„Besser zuhause“ – mobile geriatrische Remobilisation

„Besser zuhause“ ist ein Pilotprojekt des Landes Oberösterreich, der OÖGKK, des Krankenhauses der Elisabethinen der Ordensklinikum GmbH und der OÖ Ärztekammer.

Der prognostizierte, steigende Anteil älterer Menschen erfordert neue Modelle im geriatrischen Therapieangebot. „Besser zuhause“ ist ein speziell für diese Situationen entwickeltes Programm, mit dem durch multiprofessionelle, interdisziplinäre Betreuung, zielgerichteten Einsatz von Hilfsmitteln sowie Optimierung der Medikation (Stichwort: Polypharmazie), eine Steigerung der Lebensqualität durch Verbesserung bzw. Wiedererlangung der Selbständigkeit im gewohnten häuslichen Umfeld erreicht werden soll.

Das Besondere an „Besser zuhause“ ist, dass die Remobilisation ausnahmslos zuhause stattfindet.

Nach erfolgreicher Evaluierung ist geplant, das Projekt Anfang 2020 in den Regelbetrieb zu überführen. Zudem werden Konzepte erarbeitet, wie Patienten anderer Krankenanstalten und in weiterer Folge auch Patienten, die vom Hausarzt zugewiesen werden, in das Programm aufgenommen werden können.

Wohnortnahe Versorgung mit teuren Medikamenten

Die getrennte Finanzierungszuständigkeit zwischen Land und Sozialversicherung für teure Medikamente an der Nahtstelle zwischen intramuralem und extramuralem Bereich sorgte in der Vergangenheit immer wieder zu Diskussionen über den Ort der Verabreichung. Um die Verabreichung für die Patienten am optimalsten und wohnortnahen zu gewährleisten, wurde im Bundes-Zielsteuerungsvertrag das strategische Ziel „Sicherstellen der Zufriedenheit der Bevölkerung durch Optimierung der Versorgungs- und Behandlungsprozesse“ mit dem Ziel 7 „Medikamentenversorgung sektorenübergreifend gemeinsam optimieren“ aufgenommen.

In Oberösterreich ist es sehr rasch gelungen, dass sich Land und Sozialversicherung bei ausgewählten und sehr hochpreisigen Medikamenten auf eine gemeinsame Kostentragung einigten. Damit ist für diese Patienten der „Best Point of Service“ gewährleistet.

Sozialpsychiatrisches Ambulanzzentrum (SPAZ)

Ziel ist die Verminderung des Überbelages im stationären Bereich. Dies soll durch eine Verbesserung des ambulanten Angebots an psychiatrischer Akutversorgung, einer gezielten Weiterleitung an außerstationäre Versorgungsangebote, sowie durch die Verbesserung der regionalen Versorgungsqualität durch Angebot einer multiprofessionellen, akuten Clearing- und Behandlungsstelle erreicht werden.

Strukturierte Versorgung von Glaukompatienten

Bei dem Projekt handelt es sich um eine Kooperation zwischen Land Oberösterreich und KV-Trägern sowie weiteren KV-Trägern zur Etablierung eines strukturierten Betreuungsprozesses zwischen intra- und extramuralen Bereich für Glaukompatienten. Die am Projekt beteiligten Institutionen sind die Universitätsklinik für Augenheilkunde und Optometrie des Kepler Universitätsklinikums und zuweisende niedergelassene Augenfachärzte. Das Projekt wurde im 4. Quartal 2018 gestartet.

2.4.3 Patientensicherheit und Ergebnisqualitätsmessung

2.4.3.1 Patientensicherheit

Die bereits im Bericht 2015 angeführten Arbeiten zu den Themenfeldern Surveillance-Systeme, Nationaler Aktionsplan antimikrobielle Resistenzen etc. wurden und werden kontinuierlich weiterbearbeitet.

Überprüfungen im Rahmen der Sanitären Aufsicht 2018

Im Rahmen der Sanitären Aufsicht wurde 2018 die Endoskopie mit dem Fokus auf Prozessabläufe und Aufbereitung der Endoskope und die Abteilungen Unfallchirurgie/Orthopädie mit dem Schwerpunkt elektive Eingriffe wie Endoprothetik, geprüft.

Die Überprüfungen wurden in den allgemein öffentlichen Schwerpunkt- und Standardkrankenanstalten, für die die Zuständigkeit der zentralen Prüfgruppe gegeben ist (alle Krankenanstalten mit Ausnahme der Linzer Krankenanstalten), durchgeführt.

Wie bei allen Prüfthemen ist die Patientensicherheit integraler Bestandteil der Erhebungen – sie findet sich beispielsweise in den Fragen zu OP-Vorbereitung, Aufklärung, Hygiene, Pflegeorganisation, Entlassungsmanagement etc. Das Resultat der Überprüfungen war durchwegs positiv, wobei insbesondere die Organisation und die Prozessabläufe bei geplanten Eingriffen hervorzuheben sind.

Das Thema Patientensicherheit (Teil 2), das 2017 von der zentralen Prüfgruppe bearbeitet wurde, wurde nun seitens des Magistrates Linz in den Linzer Fondskrankenanstalten überprüft. Es handelte sich um die Themenbereiche Datenschutz, Antibiotikamanagement, Verbesserung der Gesprächsqualität in der Krankenversorgung, Deeskalationsmanagement und Ernährung/Mangelernährung in den Krankenanstalten.

Zusammenfassend kann erneut angemerkt werden, dass sich die oberösterreichischen Krankenanstalten intensiv zum Wohle der Patienten mit dem Thema Patientensicherheit auseinandersetzen und kontinuierlich durch Analyse, Risikobewertung und Einleitung von Korrekturmaßnahmen ihren diesbezüglichen Aufgaben nachkommen.

2.4.3.2 Ergebnisqualitätsmessung

A-IQI (Austrian Inpatient Quality Indicators) dient zur bundesweit einheitlichen Messung von Qualität im Krankenhaus. Das System A-IQI besteht aus zwei wesentlichen Elementen – den Qualitätsindikatoren und dem Analyseinstrument Peer-Review-Verfahren. Die Qualitätsindikatoren sind dazu da, potenzielle Problemfelder aufzuzeigen. Das Peer-Review-Verfahren soll den medizinisch Verantwortlichen helfen, mit externen Kollegen Verbesserungspotenziale in der eigenen Organisation zu identifizieren und darauf aufbauend gemeinsam Verbesserungsmaßnahmen festzulegen.

Jährlich werden Schwerpunktthemen festgelegt, zu welchen dann die Peer-Review-Verfahren durchgeführt werden. Auf Datenbasis 2017 wurden 2018/2019 die Schwerpunktthemen Magenoperationen und Adipositaschirurgie geprüft.

Das Land Oberösterreich beteiligt sich an der (Weiter-) Entwicklung der Ergebnisqualitätsmessung auf Bundesebene (Systemebene) und sorgt für die Umsetzung auf Bundeslandebene. Die in diesen Verfahren empfohlenen Maßnahmen der Peer-Review Teams werden über den Oö. Gesundheitsfonds dem Umsetzungsmonitoring zugeführt.

Am 27.9.2018 fand das jährliche bundesweite „Peer-Review-Follow-Up“ mit Präsentation der Ergebnisse und Diskussion mit den Fachärzten statt. Die Ergebnisse und Empfehlungen wurden in allgemeiner Form (nicht krankenhausbefugten) im „AIQI-Bericht 2018“ auf der BMASK Homepage veröffentlicht.

Veröffentlichung von Qualitätsdaten für die Bevölkerung

2015 startete im Auftrag der Bundes-Zielsteuerungskommission die Konzeption für ein Webtool (kliniksuche.at), um Qualitätsinformationen zu ausgewählten Behandlungen für die Bevölkerung online zugänglich zu machen. Die Veröffentlichung fand im April 2016 statt. Zurzeit werden diverse Behandlungen nach den Kategorien Anzahl der Behandlungsfälle, Kriterien für den Aufenthalt und allgemeine Kriterien zum Krankenhaus dargestellt. Die in diesem Webtool veröffentlichten Informationen werden laufend erweitert. Waren im Jahr 2017 noch 16 Behandlungen/ Operationen abgebildet, sind es aktuell bereits 46.

2.4.3.3 Konzept für die sektorenübergreifende Qualitätsberichterstattung

Die Fachgruppe Versorgungsqualität kommt nach der vergleichenden Betrachtung der verschiedenen Qualitätsberichte zu dem Schluss, dass ein sektorenübergreifender Qualitätsbericht zum jetzigen Zeitpunkt nicht realisierbar ist. Da die beschlossenen Mindestanforderungen an Qualitätsmanagement lt. Zielsteuerung-Gesundheit 2017 verbindlich in allen Gesundheitseinrichtungen und bei allen Gesundheitsdiensteanbietern weiter umgesetzt werden sollen, soll zu einem späteren Zeitpunkt über die Realisierbarkeit eines sektorenübergreifenden Qualitätsberichtes beraten werden.

2.4.3.4 Analyse der Alters- und Geschlechtsstandardisierten Mortalitätsraten

Für diese Analyse wurden die Alters- und Geschlechtsstandardisierten Mortalitätsraten der Bundesländer verglichen. Wie im Vorjahr liegt die Mortalitätsrate Oberösterreichs unterhalb des Gleichwertes der anderen Bundesländer.

2.4.3.5 Rückmeldungen lt. Maßnahmenerhebungsblättern

In den Maßnahmenerhebungsblättern, in denen halbjährlich der Umsetzungsstand der Maßnahmen abgefragt wird, ist auch die Bewertung des (Zwischen-)Ergebnisses in Hinblick auf die Evaluationskriterien u.a. die Qualität anzuführen. Bezüglich der Qualitätsauswirkungen wurde zum Stichtag 30.6.2019 in den meisten Fällen keine explizite Aussage getroffen. Die eingegangenen Rückmeldungen haben nicht auf eine Verschlechterung der Qualität hingewiesen.

2.4.4 Über-, Unter-, Fehlversorgung

Die Abteilung Gesundheit hat in den letzten Jahren alle Versorgungsregionen Oberösterreichs hinsichtlich Über-, Unter- und Fehlversorgung analysiert. Insgesamt zeigt sich eine sehr gute Versorgungssituation in Oberösterreich (bezogen auf die Bettenmessziffer pro Fach und Region). Jene Bereiche, in denen Handlungsbedarf gegeben war, wurden identifiziert und im Auftrag der Landeszielsteuerungskommission zielgerichtete Handlungsmaßnahmen seitens des Landes bzw. seitens der KV-Träger, insbesondere OÖGKK, gesetzt. Neu auftretende Problemstellungen werden laufend bearbeitet.

Stellungnahme der Evaluierungskommission

Am Beispiel der ZAE kann gut festgemacht werden, dass die Implementierung neuer Organisationsmodelle begleitender Maßnahmen im Bereich der Betriebsorganisation bedarf, um eine nachhaltige Wirkung sicherzustellen. ZAE bedeutet die Konzentration der akuten ambulanten Prozesse im Rahmen einer räumlichen Einheit mit entsprechender Prozessabfolge und -struktur (Triagierung, personelle Besetzung, Filterung hinsichtlich notwendiger stationärer Aufnahme etc.) und ermöglicht die Re-Organisation der Ambulanzbereiche in Form von Terminambulanzen und Bestellambulanzen zum Vorteil des Patienten und zur Ermöglichung planbarer Prozesse. Die Umsetzung einer solchen neuen Struktur zieht räumliche und personelle Konsequenzen nach sich. Die Konzentration räumlicher und personeller Strukturen in einem Bereich (ZAE) bedingt auf der anderen Seite die konsequente Anpassung der nun freiwerdenden räumlichen und personellen Ressourcen im Bereich der Bestellambulanzen. Dies kann beispielsweise durch die Nachnutzung nunmehr freiwerdender Räume für andere (Wachstums-)Bereiche erreicht werden. Wenn dies nicht konsequent erfolgt (und in der Praxis werden diese Schritte oft nicht gesetzt), werden letztlich Überkapazitäten geschaffen, die sich nachteilig auf die Folgekosten auswirken. Diese strukturellen Veränderungen sollen im Rahmen der geplanten Reinvestitionszyklen mitgeplant werden, um die Investitionssummen effizient zu gestalten.

Die Analyse der Mortalitätsraten sowie die Rückmeldungen im Rahmen der Maßnahmenerhebungsblätter bieten wie im Vorjahr keine Evidenz für die Verschlechterung der Ergebnisqualität. Im Bereich der Ergebnisqualitätsmessung ist es sinnvoll, sich bundesweiten Vergleichen zu stellen, sodass die Evaluierungskommission den eingeschlagenen Weg Oberösterreichs befürwortet. Auch die Transparentmachung von Qualitätsdaten für die Bevölkerung ist ein sinnvoller Weg, Qualitätsverbesserungen in der Leistungserbringung zu bewirken.

Die Weiterverfolgung der angeführten Projekte wird hinsichtlich ihres Beitrages (Wirkung) zur Verbesserung der Qualität der Leistungserbringung zu beurteilen sein. Besonders die Vermeidung von Über-, Unter- oder Fehlversorgung ist ein wesentlicher Faktor zur Erreichung der Zielsetzung der SR II. Die Evaluierungskommission befürwortet den eingeschlagenen Weg der Abteilung Gesundheit, nach einer strukturierten Basiserhebung für neu auftretende Problembereiche konsequent gemeinsam mit der SV Lösungen zu erarbeiten.

2.5 Patienten- und Bürgerbeteiligung

2.5.1 Bericht der sektorenübergreifenden Patientenbefragung

Der letzte Bericht der sektorenübergreifenden Patientenbefragung stammt aus dem Jahr 2015, sodass in diesem Zusammenhang keine Aussage über eine Entwicklung getroffen werden kann.

Stellungnahme der Evaluierungskommission

Um eine Beurteilung der Qualitätsentwicklung in Übergängen von einem Versorgungssetting in das nächste zu ermöglichen, wird empfohlen, die entsprechenden Daten durchgängig und ohne Systembruch zu erheben und in regelmäßigen Zyklen eine sektorenübergreifende Patientenbefragung durchzuführen.

2.5.2 Bericht zur Bevölkerungsbefragung und den Patientenbefragungen der Krankenanstalten

In den Berichtsjahren 2012-2016 wurde vom Marktforschungsinstitut *market* im Auftrag des Landes OÖ jährlich eine Befragung der heimischen Bevölkerung zu Gesundheitsthemen durchgeführt. Die Befragten wurden dabei u.a. über ihre Zufriedenheit mit ihrem letzten Spitalsaufenthalt befragt, wobei hierfür die Antworten jener Personen verwendet wurden, die angegeben haben, dass ihr letzter Spitalsaufenthalt maximal ein Jahr zurückliegt. Da der Anteil der Personen aus der Stichprobe, die dieser Gruppe zuzuordnen sind dabei gering ausgefallen ist und damit nur eine sehr eingeschränkte Aussagekraft gegeben war, wurden seitens des Landes OÖ die OÖ Fondskrankenanstalten ab 2015 gebeten, eine zusammenfassende Darstellung ihrer Patientenzufriedenheitsbefragungen zu übermitteln, um die Zufriedenheit aus Sicht der Patienten vor Ort besser einschätzen zu können. (Grundgesamtheit rund 600 und davon rund 20 Prozent Spitalsaufenthalt in den letzten 12 Monaten).

Beim Abruf der Ergebnisse von den Häusern stand eine zusammenfassende Darstellung des Stimmungsbildes der Patienten vor Ort im Vordergrund, um im Sinne einer gesamtheitlichen Evaluierung den Indikator „Patienten- und Bürgerbeteiligung“ direkt aus den individuellen Befragungen der Häuser zielgerichtet einfließen zu lassen.

Die Ergebnisse der Patientenerhebungen aus den Häusern wiesen eine ähnliche Gesamttendenz auf und sind durch die Größe der Fallzahlen (Rücklauf im Jahr 2017 über 42.000) wesentlich aussagekräftiger als die Bevölkerungsbefragung, sodass im Jahr 2018 darüber hinaus keine allgemeine Bevölkerungsbefragung durchgeführt wurde.

Ergebnisse 2018

Um die Zufriedenheit aus Sicht der Patienten vor Ort einschätzen zu können, wurden die Oö. Fondskrankenanstalten auch für das aktuelle Berichtsjahr gebeten, eine zusammenfassende Darstellung ihrer Patientenzufriedenheitsbefragungen für den Zeitraum 1.1.2018 - 31.12.2018 zu übermitteln. Vom Großteil der Krankenhausträger waren Ergebnisse (Rücklauf über 35.000) für diesen Zeitraum vorhanden und wurden analysiert.¹⁷

Bei der zusammenfassenden Interpretation ist zu berücksichtigen, dass die Methodik, das Fragebogendesign (Unterschiede in Erhebungsdimensionen und Antwortskalen), der Befragungszeitraum (ganzjährig, 2-3 Monate, jahresübergreifend), die Rücklaufquoten (zwischen 3,6-50,6 Prozent im Jahr 2018 im Vergleich zu 4,6-72,7 Prozent für 2017) und die Ergebnisdarstellungen der jeweiligen Befragungen der Fondskrankenanstalten in Oberösterreich unterschiedlich sind, da die Häuser bzw. Krankenhausträger ein individuelles Befragungskonzept anwenden. Nachfolgend wird daher ein zusammenfassender Überblick über die zentralen Aspekte dargestellt.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die Zufriedenheit der Patienten mit der medizinischen und pflegerischen Betreuung in den Krankenhäusern, wie bereits in den Jahren zuvor, für 2018 auf hohem Niveau liegt (71 Prozent und mehr sind „sehr zufrieden“ bzw. über 94 Prozent und mehr sind „eher zufrieden“, eine Erhöhung von 1 Prozent im Vergleich zum Vorjahr), bzw. bei der Beurteilung nach dem Schulnotensystem eine hohe Zufriedenheit zeigten (2018: 1,2 - 1,3; 2017: 1,1 - 1,4). Anzumerken ist, dass im Jahresvergleich in einigen Häusern eine leichte Verschiebung der Antworten aus der Kategorie „sehr zufrieden“ in Richtung „eher zufrieden“ zu verzeichnen ist. Diese Entwicklung deckt sich mit der bisherigen Tendenz aus der Bevölkerungsbefragung. Das Stimmungsbild der Patienten bezugnehmend auf die Gesundheits- und Krankenversorgung in den OÖ-Spitalern ist insgesamt betrachtet sehr positiv.

Zusätzliche Aspekte, die nicht durchgehend von allen Häusern vorliegen, betreffen beispielsweise die moderne Ausstattung des Krankenhauses (mind. 98 Prozent sind „sehr bzw. eher zufrieden“ im Vergleich zu 2017 sind es mind. 97 Prozent; Schulnoten: 1,5 im Vergleich zu 2017 mit 1,27 – 1,5). Etwas geringere Zufriedenheitswerte zeigten sich unter anderem bei Wartezeiten in Ambulanzen und im Allgemeinen (mind. 89 Prozent sind „sehr bzw. eher zufrieden“ im Vergleich zum Vorjahr waren es mind. 90 Prozent; Schulnoten: 1,5 - 1,7 gleichbleibend zum Jahr 2017), der Zusammenarbeit im Krankenhaus bzw. mit nachgelagerten Bereichen (mind. 86 Prozent sind „sehr bzw. eher zufrieden“ gleichbleibend zum Jahr 2017; Schulnoten: im Jahr 2018 nicht vorliegend; 2017: 1,3) oder auch der Verpflegung (mind. 80 Prozent sind „sehr bzw. eher zufrieden“ bzw. waren es mind. 75 Prozent im Jahr 2017; Schulnoten: 1,5 im Vergleich zu 1,5 - 1,99 für 2017).

Projekt „Der gelungene Patientenkontakt“

Das Projekt wird gemeinsam vom Land OÖ und der OÖGKK getragen. Darüber hinaus sind alle Spitalsträger und Fonds-Krankenhäuser in Oberösterreich, die Ärztekammer für OÖ, das Rote Kreuz und die FH für Gesundheitsberufe zur Unterstützung eingebunden.

¹⁷ Die restlichen Krankenhausträger führen jährlich abwechselnd Zufriedenheitsbefragungen stationärer und ambulanter Patienten durch. Aus Vergleichbarkeitsgründen werden im Bericht nur jene Ergebnisse berücksichtigt, die sich auf stationär aufgenommene Patienten beziehen.

Das Projekt soll den Menschen in Oberösterreich das Zurechtfinden im Gesundheitssystem erleichtern und sie dadurch in ihrer Gesundheitskompetenz stärken. Zudem soll die Gesundheitskompetenz in Bezug auf den Umgang mit bestimmten Beschwerdebildern gestärkt werden. Ein weiterer Punkt zielt darauf ab, für und mit Professionisten im Gesundheitswesen Werkzeuge zu erarbeiten, die sie in der Begegnung mit den Patienten sowie in der innerorganisatorischen Kommunikation unterstützen.

Um zielgerichtete Maßnahmen setzen zu können, wurden eine elektronische Befragung der Professionisten in den Oö. Akutambulanzen sowie eine qualitative Befragung von Patienten durchgeführt. Seit dem Sommer 2019 werden die ersten Maßnahmen erarbeitet, welche bis Ende des Jahres umgesetzt werden sollen. Hierzu zählen Informationen über das Gesundheitssystem und über den Ablauf in Akutambulanzen (Manchester Triage System), weiters sollen noch in diesem Jahr die ersten Videos zu Beschwerdebildern zur Stärkung der Gesundheitskompetenz der Oö. Bevölkerung online gehen.

Stellungnahme der Evaluierungskommission

Die Zufriedenheitswerte sind im Allgemeinen unter Berücksichtigung der individuellen Befragungskonzepte und Rücklaufquoten als hoch einzustufen. Von der Evaluierungskommission wird wie im Vorjahr angeregt, ausgewählte, einheitliche Fragestellungen zum Thema Zufriedenheit in alle Patientenbefragungen der Häuser einfließen zu lassen, um ein möglichst vergleichbares, standardisierbares Ergebnis zu erhalten, mit dem Ziel den Bereich Patienten- und Bürgerbeteiligung noch umfassender evaluieren zu können.

2.5.3 Bericht der Oö. Patientenvertretung

Ein weiterer Indikator für die Patientenzufriedenheit wird dem Tätigkeitsbericht der Oö. Patientenvertretung entnommen. Darin sind die Eingaben der Patienten bei der Patientenvertretung enthalten.

In jenen Bezirken, die über eine öffentliche Krankenanstalt verfügen, bietet die Oö. Patientenvertretung Sprechtag an. Diese Möglichkeit wurde im Jahr 2018 von 34 Personen in Anspruch genommen (27 Patienten im Jahr 2017). Darüber hinaus wurden in der Geschäftsstelle im Landesdienstleistungszentrum noch 119 Eingaben in einem persönlichen Gespräch vorgebracht.

In der folgenden Abbildung ist die Entwicklung der schriftlichen Eingaben zwischen 2009 und 2018 dargestellt. Im Vergleich zum Jahr 2017 sind die Eingaben um 47 gestiegen, das entspricht einem Anstieg von 9 Prozent zum Vorjahr. Die schriftlichen Eingaben befinden sich weiterhin unter dem Ausgangswert von 2009.¹⁸

¹⁸ vgl. Oö. Patientenvertretung Tätigkeitsbericht 2018.

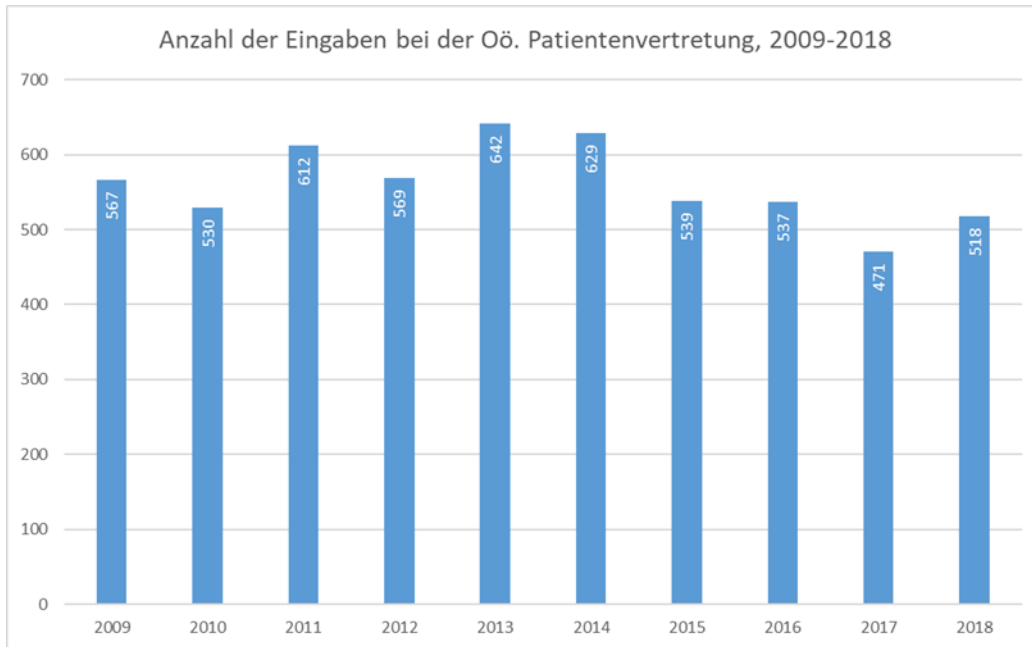


Abbildung 28: Anzahl der Eingaben bei der Oö. Patientenvertretung, 2009-2018

Aus dem Tätigkeitsbericht der Oö. Patientenvertretung ergibt sich kein Hinweis auf einen Zusammenhang zwischen den Eingaben und der SR II. Des Weiteren gilt es zu bedenken, dass die Anzahl der Eingaben relativ gering anzusehen ist, wenn man sie in Relation zur Anzahl stationärer Aufenthalte in der Höhe von rund 524.000 setzt.

Stellungnahme der Evaluierungskommission

Die Anzahl der allgemeinen Eingaben ist zum Vorjahr zwar angestiegen, allerdings im Vergleich auf dem zweitniedrigsten Stand seit 2009. Die Eingaben sind insgesamt als eher gering anzusehen.

2.5.4 Bericht der Clearingstelle

Die Aufgabe der Clearingstelle besteht in einer Vermittlungsfunktion zwischen den Rechtsträgern der Krankenhäuser und den Arbeitnehmern. Die Clearingstelle wird betraut, wenn es in Zusammenhang mit Maßnahmen der SR II zwischen Arbeitnehmern und Arbeitgebern zu keiner Einigung kommen sollte. Die Clearingstelle ist beim Amt der Oö. Landesregierung eingerichtet und sie besteht aus drei Vertretern der Oö. Landesregierung und zwei Vertretern der Ärztekammer für OÖ. Im Erhebungszeitraum wurde kein Fall an die Clearingstelle herangetragen.

2.5.5 Bericht der Oö. Landes-Ausbildungskommission für Ärzte

Bekanntermaßen wurde im Zuge der Spitalsreform II die Oö. Landes-Ausbildungskommission eingerichtet, deren Hauptaufgabe laut den Statuten darin liegt, eine fundierte und qualitativ hochwertige Ärzteausbildung in Oberösterreich sicherzustellen. Die Oö. Landes-Ausbildungskommission wurde mit Wirksamkeit 1.10.2011 eingerichtet und hat unter dem Vorsitz von Ärztekammer-Präsident Dr. Peter Niedermoser bisher insgesamt achtmal getagt. Neben der Oö. Landes-Ausbildungskommission tagt der Ausschuss für ärztliche Ausbildung unter der Leitung von Prim. Dr. Werner Saxinger, MSc im Rhythmus von 4-6 Wochen.

Im Fokus der letzten Sitzung der Oö. Landes-Ausbildungskommission, welche am 29.1.2018 stattgefunden hat, standen die Ergebnisse der Ausbildungsevaluierung und die Finanzierungssicherung für die Lehrpraxis.

Was die Evaluierung sowohl der allgemeinmedizinischen als auch der fachärztlichen Ausbildung zeigt, so liegt erfreulicherweise die Gesamtzufriedenheit der oberösterreichischen Ausbildungsärzte in beiden Bereichen deutlich über dem österreichweiten Durchschnitt. Verglichen mit den Ergebnissen aus den vorangegangenen Jahren ist obendrein ein positiver Trend hinsichtlich der Gesamtzufriedenheit erkennbar. Als Faktoren für eine gute Ausbildung werden u. a. die Umsetzung eines entsprechenden Ausbildungskonzeptes, das Bemühen um eine gute Ausbildung durch die Ausbildungsverantwortlichen, die Erreichbarkeit und Unterstützung durch die Stammmannschaft und geeignete Fortbildungsmaßnahmen angesehen.

Nicht zuletzt durch die Finanzierungszusage für die Lehrpraxis konnten mittlerweile bereits 78 Lehrpraxen in Oberösterreich für die allgemeinmedizinische Ausbildung bewilligt werden (Stand Sept. 2019). Verglichen mit den anderen Bundesländern nimmt Oberösterreich auch hierbei eine absolute Spitzenposition ein, wenngleich auch zukünftig noch alle Anstrengungen unternommen werden müssen, um die Anzahl der bewilligten Lehrpraxen noch deutlich zu steigern und so den Bedarf lückenlos zu decken.

Insgesamt sieht die Oö. Landes-Ausbildungskommission Oberösterreich im Bereich der Ärzteausbildung auf dem richtigen Weg, wobei das erklärte Ziel aller Beteiligten nur darin liegen kann, das derzeit hohe Niveau zu halten bzw. im Idealfall noch zu steigern.

Stellungnahme der Evaluierungskommission

Die Evaluierungskommission begrüßt die Gesamtzufriedenheit über die allgemeinmedizinische und fachärztliche Ausbildung sowie den weiteren Ausbau der Lehrpraxis. Dennoch regt die Kommission an, die Landes-Ausbildungskommission zu nutzen, um aktuelle Themen in diesem Bericht noch effizienter zu lösen (z.B. Allgemeinmediziner im KH, Sichterstellung durchgängiger Ausbildungs-Rotationen), soweit dies nicht bereits in einer anderen Verantwortung erfolgt.

3 Umsetzung der Maßnahmen der SR II

Die Maßnahmen der SR II betreffen sowohl den medizinischen Bereich als auch den nicht medizinischen Bereich. Im medizinischen Bereich wurden viele Einzelmaßnahmen beschrieben, deren Kosteneffekte sich auf den medizinischen Kernbereich und auf den nicht medizinischen Bereich auswirken. Zusätzlich wurden weitere Budgetvorgaben für den nicht medizinischen Bereich festgelegt.

Für alle Maßnahmen wurden Prioritätenzeiträume definiert:

- Priorität A: Umsetzung bis Ende 2013
- Priorität B: Umsetzung bis Ende 2016
- Priorität C: Umsetzung bis Ende 2020

Innerhalb dieser Zeiträume obliegt es dem Management der Krankenhausträger, die Maßnahmen so umzusetzen, dass jeweils der auf den jeweiligen Prioritätszeitraum entfallende Kostendämpfungsbetrag erreicht wird. Dabei liegt es im Entscheidungsspielraum des Krankenhausträgers, die Geschwindigkeit der Umsetzung unter Berücksichtigung seiner Rahmenbedingungen vor Ort festzulegen. Folgende Darstellung illustriert die Systematik und Beträge:

Kostendämpfungs-Systematik – Medizinischer und nicht medizinischer Bereich

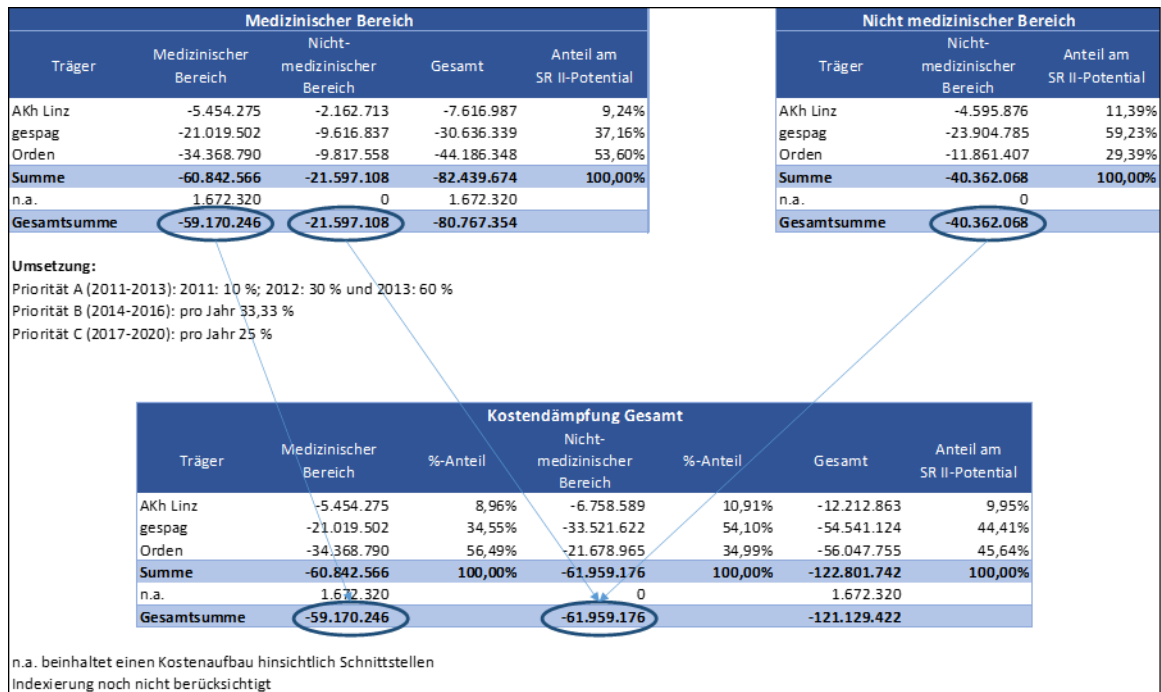


Abbildung 29: Kostendämpfungs-Systematik – Medizinischer und nicht medizinischer Bereich

3.1 Medizinischer Bereich

3.1.1 Schaffung von Spitalsverbänden

Ein wichtiges Element der SR II stellen standortübergreifende und -bezogene Maßnahmen mit dem Ziel der Umsetzung eines abgestuften Versorgungskonzeptes dar. In diesem Zusammenhang wurden u.a. folgende Vorgehensweisen empfohlen:

- 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 – unter Rücksichtnahme auf gegebene regionale und strukturelle Voraussetzungen – voranzutreiben.

Seit dem Beschluss der SR II wurden bzw. werden in Oberösterreich fünf große Projekte bzw. Kooperationsmodelle in Angriff genommen:

Kepler Universitätsklinikum

Der mit Jahreswechsel 2015/2016 erfolgte Zusammenschluss der Linzer Krankenanstalten, AKH Linz, Landes-Frauen- und Kinderklinik Linz und Landes-Nervenklinik Wagner-Jauregg zur Kepler Universitätsklinikum GmbH erfolgt anlässlich der Gründung einer medizinischen Fakultät an der Johannes-Kepler-Universität Linz. Diese befindet sich im laufenden Betrieb. Die Zusammenführung der Krankenanstalten zum Kepler Universitätsklinikum ermöglicht die Nutzung von Synergiepotenzial und stellt eine wesentliche Veränderung der Rahmenbedingungen für die SR II dar. Dies begründet sich dadurch, dass für ein Universitätsklinikum besondere Anforderungen hinsichtlich Lehre und Forschung gegeben sind.

Eigentümer des Kepler Universitätsklinikums sind das Land Oberösterreich im Wege der OÖ Landesholding GmbH (74,9 Prozent) und die Stadt Linz (25,1 Prozent).

Die medizinischen Bereiche befinden sich an drei Standorten, wobei der Neuromed Campus weiterhin disloziert ist.

- Med Campus III. (vormals AKH – Allgemeines Krankenhaus der Stadt Linz)
- Med Campus IV. (vormals Landes-Frauen- und Kinderklinik Linz)
- Neuromed Campus (vormals Landes-Nervenklinik Wagner-Jauregg)

Mit Verordnung zum RSG OÖ 2025 werden die beiden Standorte Med Campus III und IV zu einem Standort Med Campus zusammengezogen.

Mit über 1.800 Betten ist das Kepler Universitätsklinikum Österreichs zweitgrößtes Krankenhaus. Der Studentenbetrieb in Linz wurde 2017 in Kooperation mit der Medizinischen Universität Graz (Nicht-Klinik ab 2015) aufgenommen. Mit dem Studienjahr 2019/2020 befindet man sich im 6. Jahr der insgesamt 14-jährigen Aufbauphase (720 von 1800 Studenten im Vollausbau inkl. Graz).

Ordensklinikum Linz

Seit 1.1.2017 werden die beiden Krankenhäuser der Barmherzigen Schwestern und Elisabethinen unter einer gemeinsamen Trägerschaft geführt. Mit 1.7.2017 erfolgte die formale Gründung der Ordensklinikum Linz GmbH. Damit wurde die rechtliche Basis für das schrittweise Zusammenrücken von zwei Ordensspitälern in Linz, das sind die Krankenanstalt der Barmherzigen Schwestern und die Krankenanstalt der Elisabethinen, gelegt. Die Eigentümer der Ordensklinikum Linz GmbH sind zu je 50 Prozent die Vinzenz Gruppe und die Elisabeth von Thüringen GmbH. Die konzeptionelle Ausgestaltung der standortbezogenen Schwerpunktsetzungen ist noch nicht final abgeschlossen.

Das erklärte Ziel ist eine klare Ausdifferenzierung der medizinischen Leistungen beider Häuser und die Nutzung von Synergien, um die bestmögliche Betreuung und Versorgung von Patienten zu erreichen. Durch die Allianzpartnerschaft mit der OÖ Gesundheitsholding- und AUVA//UKH Linz, die Spitalspartnerschaft mit dem Konventhospital der Barmherzigen Brüder sowie die Kooperation mit dem Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern in Ried, will das Ordensklinikum Linz, insbesondere in der Onkologie, eine überregionale Versorgung der Patienten auf höchstem Niveau sicherstellen.

Im Laufe des letzten Jahres wurden die Urologie am OKL Elisabethinen und die Gastroenterologie am OKL Barmherzige Schwestern angesiedelt.

Salzkammergut-Klinikum

Die Zusammenführung der Krankenanstalten Vöcklabruck, Gmunden und Bad Ischl zum Salzkammergut-Klinikum wurde mit 1.1.2014 erfolgreich umgesetzt. Von Seiten des Hauses wurde u.a. die Leistungsabstimmung hervorgehoben. Durch die gemeinsame Führungs- und Organisationsstruktur wird eine Steuerung über die Standorte hinweg ermöglicht. Die nun vorhandene Steuerungsfunktion hat auch positiven Einfluss auf die Ausgestaltung der standortübergreifenden Organisationsformen.

Oberösterreichische Gesundheitsholding (OÖG)

Mit Juli 2019 wurde der Anteil der OÖ Landesholding GmbH (74,9 Prozent) an der KUK in die OÖG eingebracht. Mit der Umsetzung der OÖ Gesundheitsholding GmbH erfolgt eine neue Ausrichtung der oberösterreichischen Versorgungsstruktur, in der neben den Spitälern auch die Landes-Pflege- und Betreuungszentren (LPBZ GmbH) in die Holding einbezogen wurden. Prozesse und Strukturen können somit optimal auf die erweiterte Wertschöpfungskette zur bestmöglichen Versorgung der Oö. Bevölkerung ausgerichtet werden. Auch für die Mitarbeiter der OÖG und deren Beteiligungen sollen Rahmenbedingungen geschaffen werden, die nachhaltig die Qualität der Leistungserbringung sicherstellen. Aus der verstärkten Zusammenarbeit, welche auch den nichtmedizinischen Bereich umfasst für die entsprechende Synergiepotentiale bemessen wurden, werden weitere Impulse für die Leistungsabstimmung mit den Ordenskliniken erwartet.

Pyhrn-Eisenwurzen Klinikum Steyr-Kirchdorf

In der Aufsichtsratssitzung am 12.10.2018 wurde die Zusammenführung der beiden Spitäler Steyr und Kirchdorf unter dem Namen „Pyhrn-Eisenwurzen Klinikum Steyr Kirchdorf“ beschlossen. Die

Zusammenführung der beiden Standorte zu einem Klinikum ist mit 1.1.2020 geplant. Dadurch wird die regionale Gesundheitsversorgung mit den beiden Spitalsstandorten langfristig sichergestellt.

3.1.2 Auswirkungen auf die Angebotsplanung

Die von der Oö. Spitalsreform initiierten Maßnahmen für den Zentralraum Linz hatten die Bereinigung von Parallelstrukturen auf Ebene von Abteilungen und Instituten vor dem Hintergrund von 5 Rechtsträgern zum Inhalt.

Vor der dargelegten neuen Ausgangssituation mit nur mehr drei Rechtsträgern, aber der Erweiterung um Aufgaben in der Lehre und Forschung, hat die Evaluierungskommission in ihren letzten beiden Berichten vorgeschlagen, eine Evaluierung und ggf. Fortschreibung dieser Maßnahmen nach Maßgabe folgender Kriterien durchzuführen:

- Beurteilung der Anforderungen, die sich aus der neuen Funktion „Forschung und Lehre“ ergeben (rechtliche und prozessuale Fragestellungen, Auswirkungen auf Versorgungsstrukturen durch die Integration von Lehr- und Forschungsaufgaben eines Universitätsklinikums)
- Zusätzliche Synergien im administrativ-wirtschaftlichen-technischen Bereich, die sich aus der Reduktion von 5 auf 3 Rechtsträger ergeben
- Neubewertung der Verbünde in den medizinischen Supportbereichen (Pathologie, Nuklearmedizin, Labormedizin etc.)
- Allfällige Optimierung von Abteilungs- und Leistungsstrukturen unter Beibehaltung bzw. zur Nachschärfung der Zielerreichung in der Kostendämpfung, unter Berücksichtigung der geänderten strukturellen Rahmenbedingungen, wie Zentrenbildung, Schwerpunktsetzungen auf Ebene des Universitätsklinikums und des Ordensklinikums unter Einbezug des Krankenhauses der Barmherzigen Brüder
- Neu-/Re-Organisation der Akut- und Notfallversorgung („Linzer Aufnahmeplan“)
- Berücksichtigung der Ergebnisse des derzeit laufenden Projektes „Patientenlenkung im Zentralraum Linz“
- Verortung von Referenzzentren
- Überprüfung der Prioritätensetzungen
- Auswirkungen auf die landesweiten Möglichkeiten der abgestuften Versorgung

Im Herbst 2017 wurden daraufhin mit den Abstimmungsgesprächen im Zentralraum begonnen, um einerseits nach obigen Kriterien einen adaptierten Angebotsplan zu entwickeln und andererseits den RSG OÖ 2025 vorzubereiten.

Um den Empfehlungen des Landesrechnungshofs¹⁹ und der Evaluierungskommission im Jahresbericht 2015 und 2016, die Leistungsschwerpunkte sowohl innerhalb als auch zwischen den (neuen) Trägergruppen zu analysieren und an die geänderten Rahmenbedingungen anzupassen, nachzukommen, wurden alle Krankenhausträger und die kollegialen Führungen der Oö. Fondskrankenhäuser zu Gesprächsterminen mit der Abteilung Gesundheit und der Evaluierungskommission eingeladen. Um möglichst viele Perspektiven zu berücksichtigen, wurden auch Termine mit der Medizinischen Fakultät der JKU und dem UKH Linz vereinbart. Der Beginn dieser Gespräche erfolgte Anfang September 2017 im Zentralraum Linz und im Anschluss erfolgten die Gespräche mit den

¹⁹vgl. https://www.lrh-ooe.at/Mediendateien/Berichte%202017/IP_SpiRef2016_Bericht_20170516.pdf.

peripheren Häusern im Rahmen der RSG OÖ Entwicklung 2025 bis Mitte 2019. In diesen Gesprächen lag das Augenmerk auf der Leistungsabstimmung und der Weiterentwicklung des Leistungsspektrums im Linzer Zentralraum. Zur Gesprächsvorbereitung für die Krankenhausträger wurde von der Abteilung Gesundheit ein Fragebogen entwickelt, mit dem zukünftige Herausforderungen im Gesundheitswesen, Verbesserungspotentiale für die Patienten, personal- und ausbildungsrelevante Themen sowie strukturelle Fragestellungen und Synergiepotentiale abgefragt wurden. Weiters wurden sowohl die Erwartungen von den peripheren Krankenanstalten an den Zentralraum als auch von dem Zentralraum an die peripheren Krankenanstalten im Fragebogen berücksichtigt. Erfreulicherweise zeigte sich in den Gesprächen, dass die Krankenhausträger im Sinne einer bedarfsgerechten Patientenversorgung eine trägerübergreifende Leistungsabstimmung befürworten und Bereitschaft für weitere Kooperationen signalisierten.

Im Gespräch mit der Medizinischen Fakultät der JKU wurden etwaige Auswirkungen der Forschung und Lehre (z.B. Lehrstuhlbesetzungen) auf die Versorgungsplanung thematisiert.

Außerdem sind die Träger aufgefordert konkrete Zusammenarbeitsthemen, insbesondere in der Onkologie sowie Spezialchirurgie zu identifizieren und umzusetzen.

Alle Stellungnahmen der interviewten Spitäler bzw. Spitalsträger wurden im Rahmen der Entwicklung des RSG OÖ 2025 analysiert und in ein Gesamtkonzept verarbeitet. Klarheit wurde für das Zusammenspiel der Anforderungen von Forschung/Lehre und Versorgungsschwerpunkten weitgehend geschaffen.

Demzufolge kann man daraus folgende Vorstellungen ableiten:

- Nutzung der Schwerpunkte in der Versorgung für Forschung und Lehre. Für Versorgungsschwerpunkte außerhalb des Kepler Universitätsklinikums, kann die Einbindung solcher Strukturen in Form der Bildung von Forschungsinstituten, bei denen einer oder mehrere Träger eingebunden werden und deren Führung vom Rektor der JKU bestellt wird, erfolgen. Die Führung könnte in Personalunion – Leiter eines Forschungsinstitutes und Primar einer Abteilung außerhalb des Kepler Universitätsklinikums – ausgeübt werden. Dies erfordert ein hohes Maß an Kooperationsbereitschaft.
- Kein Aufbau bzw. Reduktion von Parallelstrukturen und dadurch Stärkung der bisherigen Stärken einzelner Versorgungsstrukturen.
- Aus den obigen Punkten ist eine gute Abstimmung der Versorgungsplanung mit der Planung an der JKU (insbesondere Lehrstuhlbesetzungen) wünschenswert.

Im vorliegenden Entwurf des RSG OÖ 2025 wurde auf die Beibehaltung bzw. Verstärkung der Kooperation, insbesondere im Zentralraum Wert gelegt und entspricht somit weitgehend den Vorstellungen der oben angeführten Punkte.

Stellungnahme der Evaluierungskommission

Die Evaluierungskommission begrüßt, dass das Thema Leistungsabstimmung im Zentralraum und zwischen Zentralraum und den Regionen strukturiert begonnen wurde und die Ergebnisse im RSG OÖ 2025 berücksichtigt wurden.

Weiters wird nach wie vor empfohlen analog zur Weiterführung der SR II folgende Strategie zu verfolgen: „Stärken zu stärken und Schwächen zu vermeiden.“ Dies bedeutet, Doppelgleisigkeiten vermeiden und damit etwaige Lehrstuhlbesetzungen danach auszurichten.

Die Evaluierungskommission ist der Auffassung, dass etwaige Schwerpunktsetzungen der JKU in Hinblick auf Forschung und Lehre, die auch Auswirkungen auf die Patientenversorgung haben, in Abstimmung mit der Abteilung Gesundheit erfolgen sollen. Umgekehrt soll bei Primariatsbesetzungen an Abteilungen oder Instituten außerhalb des Kepler Universitätsklinikums, die als Institute der JKU in Frage kommen, die JKU einbezogen werden. Unabhängig von der Sondersituation in Bezug auf die JKU ist die Evaluierungskommission der Auffassung, dass sämtliche Ausschreibungen von ärztlichen Leitungspositionen insbesondere in Bezug auf das fachliche Anforderungsprofil mit der Abteilung Gesundheit abzustimmen sind und auf die Zielsetzungen des RSG 2025 zu überprüfen sind.

Die für den Zentralraum Linz angestrebten Ziele einer effizienten und qualitätsorientierten Leistungserbringung sollten jedenfalls weiter gestärkt und laufend nachgeschärft werden. Die Evaluierungskommission empfiehlt wie in den Vorjahren die Leistungsschwerpunkte sowohl innerhalb als auch zwischen den (neuen) Trägergruppen laufend zu prüfen und im Rahmen der abgestuften Versorgung zwischen Zentralraum und Peripherie, insbesondere im Bereich der Onkologie, Kardiologie, „Lungenkrebszentrum“ und Traumatologie anzupassen.

Außerdem sind in diesem Zusammenhang auch alle Investitionsanträge und Masterpläne zu überprüfen, ob darin die Zusammenarbeit in den neuen und alten Verbänden nachhaltig Rechnung getragen wird, wie z.B. Diagnostikverbände, OP-Ressourcen.

3.2 Nicht Medizinischer Bereich

Die Einsparungen im nicht medizinischen Bereich wurden in der SR II mit 40.362.068 Euro auf Basis eines Gesamtbudgets im Jahr 2009 von rund 403 Mio. festgelegt.

Das Ziel war, die Kosten im nicht medizinischen Bereich, zumindest im gleichen Ausmaß wie die des medizinischen Bereiches, zu dämpfen. Die Entscheidung in welchem nicht medizinischen Bereich die Kostendämpfung erfolgt, obliegt dem Krankenhausträger. Das erwirtschaftete Potenzial ist im Rechnungsabschluss darzustellen. Der Krankenhausträger ist daher nicht verpflichtet jede einzelne Maßnahme finanziell zu bewerten, sondern das vorgegebene Kostendämpfungspotenzial zeitgerecht pro Priorität zu erbringen. Diese Vereinbarung wurde getroffen, um der Krankenhausleitung hausspezifische Gestaltungsräume bei der Umsetzung zu ermöglichen.

Dazu wurden für die Jahre 2010-2018 die Niveau-Anteile (medizinisch, nicht medizinisch) an den Rechnungsabschlüssen berechnet. Das Verhältnis zwischen den bereinigten medizinischen Aufwendungen und den bereinigten nicht medizinischen Aufwendungen hat sich vom Jahr 2009 bis zum Jahr 2018 um 2,6 Prozentpunkte zugunsten des medizinischen Bereiches verändert.

Die Maßnahmen betreffen vorwiegend die Bereiche IT, Facility Management, Public Relations, Beschaffungsmanagement und diverse Re-Organisationsprojekte etc. In der SR II ist vorgesehen, dass bis zum Ende des Jahres 2018 80 Prozent dieses Potenzials erbracht werden. Laut Information der Krankenhausträger konnte dieser Anteil deutlich übererfüllt werden und der entsprechende Erreichungsgrad beläuft sich auf 92 Prozent.

Stellungnahme der Evaluierungskommission

Die Veränderung von 2009 auf 2018 des Verhältnisses zwischen den bereinigten medizinischen Aufwendungen und den bereinigten nicht medizinischen Aufwendungen um 2,6 Prozentpunkte zugunsten des medizinischen Bereiches zeigt, dass es ebenso zu signifikanten Reduktionen im nicht medizinischen Bereich gekommen ist und der nicht medizinische Bereich prozentuell mehr zur SR II beiträgt als der medizinische Bereich.

3.3 Begleitmaßnahmen/Rahmenbedingungen

In der Umsetzung der SR II – insbesondere für die Erreichung der finanziellen und strukturellen Ziele – im medizinischen und nicht medizinischen Bereich sind folgende Rahmenbedingungen und Vorgaben von besonderer Relevanz.

3.3.1 OÖ Krankenanstalten- und Großgeräteplan (Oö. KAP/GGP)

In den Jahren 2012 und 2013 wurde der Oberösterreichische Krankenanstalten- und Großgeräteplan von der Abteilung Gesundheit – in Abstimmung mit der Evaluierungskommission und somit die SR II berücksichtigend – erstellt. Ziel war, die Überführung der Maßnahmen der SR II in die Planungsmatrix des Oberösterreichischen Krankenanstalten- und Großgeräteplans. Der Oberösterreichische Krankenanstalten- und Großgeräteplan wurde am 21.10.2013 von der Oö. Landesregierung beschlossen. Der Oö. KAP/GGP wird in regelmäßigen Abständen novelliert (Abbildung von Beschlussadaptierungen, jährliche Wartung der Leistungsmatrix etc.), zuletzt im Jahr 2017 (Oö. KAP/GGP 2017, Landesgesetzblatt für OÖ, Nr. 11/2017) – siehe Details Jahresbericht der Evaluierungskommission für 2016 erstellt im Herbst 2017.

Die neuerliche Weiterentwicklung der Planung findet im Rahmen der Entwicklung des RSG OÖ 2025 statt. Auch im Rahmen der Erstellung des RSG 2025 finden die Ziele und Umsetzungsmaßnahmen der SR II Berücksichtigung. Der RSG OÖ 2025 wird der LZK im November 2019 zum Beschluss empfohlen und es wird um Freigabe der zur Verordnung vorgesehenen Teile zur Weiterleitung an die Gesundheitsplanungs- GmbH gebeten. Mit Erlass der VO zum RSG OÖ 2025 wird der Oö. KAP/GGP 2017 abgelöst. Die VO zum RSG OÖ 2025 wird Anfang 2020 erwartet.

3.3.2 Bundesgesundheitsreform – Status Bundeszielsteuerung

Das partnerschaftliche Zielsteuerungssystem dient der Steuerung von Struktur, Organisation und Finanzierung der österreichischen Gesundheitsversorgung. Damit ist eine bessere Abstimmung zwischen dem niedergelassenen Versorgungsbereich und den Krankenanstalten garantiert.

Der zweite Zielsteuerungsvertrag auf Bundesebene für die Periode 2017-2021 wurde zwischen Bund, Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und den Ländern abgeschlossen und ist seit 1.1.2017 in Kraft. Kern ist eine Weiterführung und Verbesserung des Systems, das bereits in den Jahren 2013 bis 2016 eingerichtet war.

Im Zielsteuerungsvertrag sind die strategischen und operativen Ziele festgeschrieben. Zu jedem Ziel werden Messgrößen mit Zielwerten oder mit Zielvorgaben definiert. Es wurden aber auch konkrete Maßnahmen vereinbart und verbindlich festgelegt, die auf Bundes- und Landesebene zu setzen sind, um diese Ziele zu erreichen. Organisation und Steuerungsmechanismen auf Bundes- und Landesebene basieren auf dem Prinzip der Wirkungsorientierung und wurden weiterentwickelt.

Fortgeführt wird als wichtiger Bestandteil des neuen Vertrages die Finanzzielsteuerung. Damit wird eine gemeinsame Finanzverantwortung für das österreichische Gesundheitswesen wahrgenommen. Konkret ist der Ausgabendämpfungspfad bis 2021 fortgeschrieben: Die Steigerung der öffentlichen Gesundheitsausgaben, insbesondere der Länder und Sozialversicherungen, soll in den kommenden Jahren von 3,6 Prozent schrittweise auf 3,2 Prozent gesenkt und damit an den prognostizierten Anstieg des BIP angenähert werden.

Durch die Vereinbarung sollen folgende Ziele erreicht werden:

- Die Gesundheitsversorgung soll rechtzeitig auf die zukünftigen Erfordernisse ausgerichtet werden, z.B. auf die demographische Entwicklung oder den technischen Fortschritt.
- Die Finanzierbarkeit soll langfristig sichergestellt werden.
- Das „Zusammenspiel“ zwischen den unterschiedlichen „Playern“ in der Gesundheitsversorgung soll gesichert werden.

Landes-Zielsteuerungsübereinkommen

Im Landes-Zielsteuerungsübereinkommen werden die im Zielsteuerungsvertrag auf Bundesebene festgelegten und auf Landesebene zu realisierenden Maßnahmen zu den Steuerungsbereichen, zu Versorgungsstrukturen, Versorgungsprozessen und Ergebnisorientierung sowie zur Finanzzielsteuerung im Hinblick auf ihre termingerechte Umsetzung operationalisiert.

Das zwischen Land OÖ, der OÖGKK, der Versicherungsanstalt öffentlicher Bediensteter, der Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft, der Sozialversicherungsanstalt der Bauern und der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau abgeschlossene „OÖ Landes-Zielsteuerungsübereinkommen 2017 – 2021“ wurde in der Sitzung der Landeszielsteuerungskommission vom 24.11.2017 einvernehmlich beschlossen.

Auf der Agenda der aktuellen Zielsteuerungsperiode stehen z.B.:

- die Weiterentwicklung der PV-Modelle und der multiprofessionellen und/oder interdisziplinären Versorgungsangebote
- die Verbesserung der Kinder- und Jugendgesundheitsversorgung
- der Ausbau des Versorgungsangebots für Menschen mit psychischen Erkrankungen
- der Ausbau des Hospiz- und Palliativ Angebotes
- die Stärkung der Gesundheitskompetenz der Oberösterreicher
- die Implementierung von Patientenlenkungssystemen wie TEWEB – des telefon- und web-basierenden Erstkontakt- und Beratungsservices.

Finanzmonitoring

Im Betrachtungszeitraum 2017 bis 2018 liegen die österreichweiten Ausgaben gemäß Finanzzielsteuerung der Länder und der gesetzlichen Krankenversicherung (KV) insgesamt jedenfalls unterhalb der gemeinsamen Ausgabenobergrenze. Für Oberösterreich ist die Zielerreichung (Land und KV-Träger) ebenfalls gegeben. Für 2018 ist eine Unterschreitung der vereinbarten Ausgabenobergrenze (vorläufiges Abschlussmonitoring) um 75 Mio. Euro (-2,0 %) zu erwarten.

Monitoring der Steuerungsbereiche

Im Zuge des Monitorings der Steuerungsbereiche dokumentiert der Monitoringbericht den Stand der Umsetzung der vereinbarten Maßnahmen in den Bereichen Versorgungsstrukturen, Versorgungsprozesse und Ergebnisorientierung anhand der im Zielsteuerungsvertrag definierten Messgrößen und Zielwerte. Insgesamt wird durch den Bericht die konsequente und auch zielgerichtete Umsetzung der im Rahmen der Zielsteuerung Gesundheit vereinbarten Ziele dokumentiert.

Aktivitäten im Kooperationsbereich

Im Zuge der Arbeiten zur Umsetzung des Landes-Zielsteuerungsvertrages werden von der Arbeitsgruppe Best Point of Service Kooperationsprojekte zwischen Land OÖ und Oö. Krankenversicherungsträger nach einem einheitlichen Bewertungsraster beurteilt. Einige Kooperationsprojekte sind bereits in den Regelbetrieb übergeführt. Die Kooperationsprojekte sind im Kapitel 2.4 aufgelistet.

Stellungnahme der Evaluierungskommission

Die Evaluierungskommission begrüßt die konsequente Umsetzung der Vorgaben der Bundeszielsteuerung, da sie auch den Intentionen der SR II entspricht. Die Ergebnisse der Arbeitsgruppen sind konsequent weiterzuführen.

Zentrale Schwerpunkte der Zielsteuerung Gesundheit in OÖ umfassen nach wie vor folgende Inhalte:

- Weiterentwicklung der multiprofessionellen und interdisziplinären Primärversorgung (PVE und MVZ): Zum Zeitpunkt der Berichterstellung sind das PVE Enns, PVE Marchtrenk, PVE Haslach und PVZ/PVN Sierning/Neuzeug in Betrieb. Derzeit finden weitere konkrete Interessentengespräche statt, z.B. zu einem PVZ im Zentralraum Linz.
- Die angestrebte Leistungserbringung am „Best Point of Service“ impliziert eine Stärkung der ambulanten und tagesklinischen zu Lasten der stationären Leistungserbringung: In diesem Bereich werden die Zielsetzungen und Vorgaben der oberösterreichischen Spitalsreform bestätigt; eine Konkretisierung der Zielsetzungen soll durch verbesserte bundesweite Rahmenregelungen unterstützt werden.
- Umsetzung/Weiterentwicklung von sinnvollen Kooperationsprojekten
- Verbesserung der Prozesse und Versorgung an der Schnittstelle zwischen intra- und extramuralen Bereich
- Umsetzung bundeseinheitlicher Qualitätsleitlinien
- Stärkung der ambulanten/tagesklinischen Leistungserbringung

Der Monitoringbericht zur Zielsteuerung Gesundheit bestätigt die im Rahmen der Spitalsreform und der übrigen gesundheitspolitischen Maßnahmen eingeschlagene Richtung. Der Zielerreichungsgrad der für Oberösterreich geltenden Ziele und Maßnahmen wird von der Evaluierungskommission als zufriedenstellend beurteilt.

3.3.3 Österreichischer Strukturplan Gesundheit (ÖSG)

Im Jahr 2018 fanden lediglich geringfügige Adaptierungen des ÖSG 2017, wie z.B. die Aktualisierung der Leistungsmatrix, statt.

3.3.4 Regionaler Strukturplan Gesundheit Oberösterreich (RSG OÖ)

Der Regionale Strukturplan Gesundheit Oberösterreich 2025 (RSG OÖ 2025) ist das zentrale Instrument zur Planung der Strukturen und der Angebote im oberösterreichischen Gesundheitswesen. Er folgt den Grundsätzen des ÖSG 2017 und legt die in Oberösterreich regional geplanten Kapazitäten in den verschiedenen Sektoren des Gesundheitswesens fest.

Im Sinne einer qualitätsvollen und kosteneffizienten Angebotsplanung, die sich an den Patienten ausrichtet, zielt der RSG OÖ 2025 auf eine abgestufte Versorgung mit einem breiten Angebot an hochspezialisierter Medizin im eigenen Bundesland und wohnortnahen Angeboten häufiger und komplikationsarmer Versorgungsleistungen ab.

Dabei bildet er die demographische Entwicklung, berücksichtigend – insbesondere folgende Schwerpunkte der Struktur- und Angebotsentwicklung, in den kommenden Jahren ab:

- Sektorenübergreifende Zusammenarbeit
- Ausbau der Primärversorgung
- Etablierung von multiprofessionellen und interdisziplinären Angeboten
- Förderung der ambulanten und tagesklinischen Leistungserbringung
- Bündelung von komplexen Leistungen
- Ausbau spezieller Angebote für Kinder und Jugendliche
- Ausbau der psychiatrischen Versorgung in den Regionen
- Ausbau der Akutgeriatrie und Remobilisation und Nachsorge
- Neustrukturierung der (zentralen) Erst- und Akutversorgung
- Ausbau der Palliativ- und Hospizversorgung

Für die Bedarfsbemessung 2025 wurde, ausgehend von den Ergebnissen der OÖ Spitalsreform II, durch bedarfsgerechte Kapazitätsverschiebungen innerhalb und zwischen Versorgungsregionen und Fachrichtungen der Epidemiologie und der Demographie Rechnung getragen. Ausbau und Stärkung tagesklinischer und spitalsambulanter Strukturen sowie des Aufnahme- und Entlassungsmanagements und abgestufte Versorgungsmodelle innerhalb eines Versorgungsbereichs (bestehend aus mehreren Stufen, ausgehend von einer möglichst wohnortnahen „Basisversorgung“ für häufige Versorgungsleistungen bis zur hochspezialisierten Versorgung an nur wenigen Standorten) bilden weitere Planungsschwerpunkte.

Der RSG OÖ 2025 liegt zum Zeitpunkt der Berichterstellung im Entwurf vor. Generelle Strategie ist, dass die bestehenden Angebotsstrukturen die künftigen Anforderungen aus der demografischen Entwicklung bewältigen. Demnach sind die Versorgungsprozesse und die Kapazitäten zwischen den Fächern und Versorgungsregionen aber auch innerhalb der Versorgungsregionen entsprechend anzupassen, damit die Kapazitäten für eine bedarfsgerechte Versorgung über das Jahr 2025 hinaus für alle Fachrichtungen reichen.

Stellungnahme der Evaluierungskommission

Die Entwicklung des RSG OÖ 2025 bringt beim Planungsgegenstand und bei der Planungstiefe wesentliche Änderungen mit sich. Erstmals werden u.a. der niedergelassene Bereich mitbetrachtet und die ambulanten Betreuungseinheiten bzw. -plätze geplant, die konsequenterweise leistungsorientiert abgegolten werden (vgl. auch Kapitel 3.3.6). Die Evaluierungskommission begrüßt die geplanten Schwerpunkte im RSG OÖ 2025 in Bezug auf die Struktur- und Angebotsentwicklung in

den folgenden Jahren. Die Strategie der langfristigen Vorschau, um der demografischen Entwicklung Rechnung zu tragen, ist für die Kommission plausibel, insbesondere wenn Verschiebungen zwischen den Fachrichtungen und den Versorgungsregionen bedarfsorientiert geplant werden.

3.3.5 eHealth/ELGA Strategie des Landes OÖ

Bis auf das Kepler Universitätsklinikum ist der Rollout auf die restlichen oberösterreichischen Fondskrankenanstalten vollständig abgeschlossen. Das Kepler Universitätsklinikum wird voraussichtlich im vierten Quartal 2019 den Echtbetrieb aufnehmen.

Einführung/Rollout e-Medikation in OÖ

Seit März 2018 wird die e-Medikation schrittweise in den österreichischen Apotheken und Kasernenordinationen eingeführt. Bei e-Medikation handelt es sich um eine Anwendung bzw. Funktion der Elektronischen Gesundheitsakte (ELGA). Von Ärzten verordnete und in der Apotheke abgegebene Medikamente werden in Form einer sogenannten „e Medikationsliste“ in ELGA gespeichert. Die Inbetriebnahme erfolgt gestaffelt nach Bundesländern und Regionen. In OÖ wurde mit der ersten Region im Dezember 2018 gestartet und ist bereits abgeschlossen.

Um den Start von e-Medikation in OÖ bestmöglich zu unterstützen, wurde das Projekt eMedOÖ eingerichtet, das Informationen, Beteiligung und Begleitung der betroffenen Stakeholder sicherstellen soll. Ziel des Projektes ist eine möglichst vollständige Medikationsliste zu erreichen, weshalb auch die Beteiligung der Oö. Krankenanstalten als wesentlicher Projektinhalt aufgenommen wurde. Im Projekt vertreten sind Ärztekammer, Apothekerkammer, Land OÖ und die Sozialversicherung.

Stellungnahme der Evaluierungskommission

Die Evaluierungskommission begrüßt die Umsetzung des Rollouts für die ELGA-Implementierung in den Krankenanstalten. Es erscheint weiterhin wichtig, Überzeugungsarbeit zu leisten, um die Sinnhaftigkeit von ELGA bei dem medizinischen Personal zu unterstreichen. Die Einführung der e-Medikation ist ein erster und wichtiger Schritt, um entsprechende Effekte zu erreichen.

3.3.6 Umsetzung des bundesweit einheitlichen spitalsambulanten Abrechnungsmodells

In der Sitzung der Bundes-Zielsteuerungskommission am 1.7.2016 wurde die Einführung eines bundesweit einheitlichen spitalsambulanten Abrechnungsmodells beschlossen.

Grundlage war der Bundes-Zielsteuerungsvertrag, operatives Ziel 6.2.3., Maßnahme 2, mit der die Reduktion der Anzahl der durch Fehlanreize bewirkten, medizinisch nicht indizierten Null-Tages-Aufenthalte/Ein-Tages-Aufenthalte durch Sicherstellung einer bundesweit einheitlichen Dokumentation und eines bundesweit einheitlichen Abrechnungsmodells des Bereichs Ein-Tages-Aufenthalte/Null-Tages-Aufenthalte/spitalsambulant vereinbart wurde.

Mit der Umsetzung des Bepunktungsmodells sind die vereinbarten Ziele zur Weiterentwicklung der Strukturen und einer Kostendämpfung im Gesundheitswesen durch folgende Nutzeneffekte erreichbar:

- langfristig Reduktion stationärer Strukturen/Betten und Reduktion der Krankenhaushäufigkeit

- Verlagerung vom stationären Bereich in den weniger kostenintensiven spitalsambulanten Bereich
- leistungsorientierte Ambulanzfinanzierung und auf aktuellen Datengrundlagen basierende Verteilung der Ambulanzmittel zwischen den Trägern auf Landesebene
- reduzierter Dokumentationsaufwand im spitalsambulanten Bereich hinsichtlich Pflegedokumentation, Krankengeschichte etc.
- Steuerungsmöglichkeiten für strukturelle oder regionale Erfordernisse durch Berücksichtigung einer Strukturkomponente im Bepunktungsmodell Verfügbarkeit eines bundesweit einheitlichen Berichtswesens über das Leistungsgeschehen im intra- und extramuralen Bereich auf Basis eines standardisierten Leistungskatalogs für den gesamten ambulanten Bereich (ehemals KAL) und damit Vergleichbarkeit zwischen dem intra- und extramuralen Bereich
- Schaffung einer einheitlichen Basis für die Beobachtung, Planung und Steuerung im Gesundheitswesen und für die Definition eines „Best Point of Service“ für die jeweilige Leistungserbringung

Im Rahmen mehrerer Workshops auf Bundes- und Landesebene wurde die Umsetzung des Modells vorbereitet und die Umsetzung in OÖ mit 1.1.2019 in der Sitzung der Oö. Gesundheitsplattform am 18.5.2018 beschlossen.

Stellungnahme der Evaluierungskommission

Die Evaluierungskommission empfiehlt in Hinblick auf die ambulante Angebotsplanung die Datenvalidität im ambulanten Bereich weiter zu forcieren und unterstützt die konsequente Weiterentwicklung der sektorenübergreifenden Analyse und Planung.

Durch die Anpassungen der ambulanten und stationären Finanzierung soll eine weitere zentrale Grundlage für die angestrebte Verlagerung von Leistungen aus dem stationären bzw. tagesklinischen in den spitalsambulanten Bereich geschaffen werden. Diese Entwicklungen unterstützen den im Zuge der SR II eingeschlagenen Weg.

3.3.7 Steuerungssysteme

Monitoring

Zur Unterstützung der Erreichung von Zielwerten bei ausgewählten tagesklinischen Leistungen/Leistungsbündel gemäß Bundes- bzw. Landeszielsteuerungsvertrag führt die Abteilung Gesundheit ein Monitoring über die bestehenden tagesklinischen Leistungen/Leistungsbündel, welches auch den Krankenanstalten zur Verfügung gestellt wird.

RSG-Tool

Das „RSG-Tool“ ist ein EDV-basiertes Werkzeug zur Prüfung des Leistungsangebotes der Krankenanstalten. Auf Grund der Planungsmatrix des Oö. KAP/GGP, der Leistungsmatrix des ÖSG und

der Ärzteausbildungsordnung als „Krücke“ zur Definition des Leistungsumfangs der Sonderfächer²⁰, werden die von den Krankenanstalten angebotenen Leistungen geprüft. Dabei wird unter anderem überprüft, ob für die abgerechnete Leistung der erforderliche Fachbereich in der mindest-erforderlichen Versorgungsstufe in der Krankenanstalt oder am Krankenanstalten- Standort vorliegt. Zusätzlich werden die Kriterien zur Anästhesie bzw. Operation von Kindern < 1 Jahr gemäß ÖSG geprüft, ebenso ob für bestimmte Leistungen eine Abrechnungsgenehmigung durch den Landesgesundheitsfonds vorliegt.

Das Jahr 2017 wurde zur Beobachtung genutzt. Das heißt 2017 wurde mit den LKF-Daten 2016 eine Simulation durchgeführt und das Ergebnis den Krankenanstalten präsentiert. Ab 2019 ist geplant, jene Leistungen, die von den Krankenanstalten erbracht werden, aber nicht mit den o.g. Kriterien übereinstimmen, nicht mehr zu finanzieren.

Im vergangenen Jahr wurde – neben der Simulation mit den Jahresdaten 2016 – der Echtbetrieb ab 2019 (mit den Jahresdaten 2018) festgelegt.

Die Prüfung der Jahresdaten 2018 läuft zum Zeitpunkt der Erstellung des Evaluierungsberichtes noch.

Neben einer Qualitätskontrolle ist ein wichtiges Ziel einen mit der Behörde nicht abgestimmten Leistungsaufbau hintanzuhalten.

Stellungnahme der Evaluierungskommission

Die Evaluierungskommission befürwortet die Weiterentwicklung der Steuerungssysteme inkl. RSG-Tool auch im Hinblick auf die Zielwerte gemäß Zielsteuerungsvertrag und des RSG OÖ 2025. In diesem Zusammenhang sollte jedoch angemerkt werden, dass sichergestellt sein muss, dass es zu keiner Verlagerung aus dem ambulanten in den tagesklinischen Bereich kommen soll.

3.3.8 Nahtstellenmanagement

Im Rahmen des Nahtstellenmanagement (NSM) OÖ stellte die Einholung von nutzbringenden Anregungen von Experten aus der Praxis, den Bezirkskoordinationsteams 2018, einen Schwerpunkt dar. Die übermittelten Anregungen waren u.a. Kurzzeitpflegebörse optimieren, Versorgung dementer Alten- und Pflegeheimbewohner in ihrer letzten Lebensphase sowie bedarfsgerechter Ausbau der mobilen Betreuung.

Weitere Themen, welche 2018 bearbeitet wurden:

- Vereinheitlichung des Antragsformulars für die Aufnahme in ein Alten- und Pflegeheim durch die Sozialabteilung des Landes OÖ
- Erstellung einer Broschüre zum Nutzen von NSM OÖ
- Etablierung der Patientencheckliste NSM OÖ zur Vorbereitung der Patienten und Angehörigen auf das Entlassungsgespräch und die poststationäre Zeit

²⁰ Vgl.: Planungstool Fachrichtungszuordnung zur Leistungsmatrix stationär 2020 - https://www.sozialministerium.at/site/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitssystem_Qualitaetssicherung/Planung_und_spezielle_Versorgungsbereiche/Der_Oesterreichische_Strukturplan_Gesundheit_OeSG_2017

- Bewerbung des NSM OÖ ärztlichen Einweisungsformulars mit Sozialanamnese (welches kombiniert mit einem Transportschein ist)

Da sich das NSM OÖ seit Jahren im Regelbetrieb befindet und mittlerweile gut etabliert ist, wurden 2019 die internen Strukturen und Prozessabläufe evaluiert. Die Organisation in den Bezirkskoordinationsteams als Säule des NSM OÖ bleibt unverändert, auch erfolgt die Bearbeitung von Anfragen und Themen bzw. die Unterstützung der Bezirkskoordinationsteams in gewohnter Weise. Die Abläufe und die Sitzungshäufigkeit der übergeordneten Gremien werden entsprechend dem jetzigen Regelbetrieb angepasst und die Gremien entsprechend informiert.

Stellungnahme der Evaluierungskommission

Die Evaluierungskommission begrüßt das über die Jahre gut entwickelte Nahtstellenmanagement OÖ und die laufende Weiterentwicklung der Anregungen von Experten in der Praxis. Checklisten unterstützen die Arbeit bzw. bereiten die Betroffenen auf ein Leben außerhalb des Spitals vor. Je besser diese Prozesse ineinandergreifen, desto besser ist auch der Erfolg der medizinischen Therapie und Pflege für das Leben zu Hause.

3.3.9 Mitarbeiterbefragung in den Oö. Fondsspitalern

Die Abteilung Gesundheit (unter Einbindung der Abteilung Statistik) wurde Ende Juni 2016 vom Unterausschuss Spitalsreform des Landtages beauftragt, einen Entwurf für eine einheitliche Mitarbeiter-Zufriedenheitsbefragung für alle Krankenhausträger zu erarbeiten, der unter anderem auch die Auswirkungen durch die Veränderungen im Spitalswesen abbildet. Unter Einbindung aller KH-Trägervertretern und Betriebsräte (OÖG, KUK und Orden) wurde ein Befragungskonzept erarbeitet, das am 15.3.2017 dem Unterausschuss Spitalsreform vorgestellt wurde. Nach der Freigabe wurde das Befragungskonzept den Krankenhausträgern von der Abteilung Gesundheit übermittelt und darauf hingewiesen, das Konzept zu verwenden oder Teile davon in die eigene Mitarbeiterbefragung einzubauen, sofern die Fragethemen nicht ohnedies bereits in geeigneter Form durch die eigene Mitarbeiterbefragung abgedeckt sind. Die von den Krankenanstalten ausgewerteten Ergebnisse werden der Abteilung Gesundheit zur Verfügung gestellt.

Da einige Krankenhäuser zu einem späteren Zeitpunkt eine Mitarbeiterbefragung geplant haben, führten im Jahr 2017 elf Standorte und 2018 ein Krankenhaus eine Mitarbeiterbefragung durch. Dabei hat die Evaluierungskommission nur Teilergebnisse zu den Fragestellungen von den Krankenanstalten erhalten. Ein Gesamtbild über die Lage durch die Veränderungen der Spitalsreform konnte sich die Evaluierungskommission nicht machen. Bei den Ergebnissen für das Jahr 2018 ist eine hohe Gesamtzufriedenheit auffallend. In den zuvor eingelangten Ergebnissen ist ersichtlich, dass sich vor allem das Anspruchsverhalten der Patienten geändert hat und dies auch eine Herausforderung für das Gesundheitspersonals ist.

Stellungnahme der Evaluierungskommission

Die Evaluierungskommission begrüßt die positive Gesamtzufriedenheit aus der Rückmeldung für das Jahr 2018 und empfiehlt wie im Vorjahr eine regelmäßige Mitarbeiterbefragung. Um die Ergebnisse zu vergleichen, müssen zukünftig die Prozesse bei der Mitarbeiterbefragung optimiert und demnach bei allen Trägern einheitliche Fragen herangezogen werden.

4 Sonderthemen

Im Folgenden werden jene Themenbereiche speziell erläutert, die den Kriterien

- a. besondere Relevanz für die Umsetzung der vorgegebenen Ziele (und/oder)
- b. wesentliche Entwicklungen, die über den Maßnahmenrahmen der SR II hinausgehen

entsprechen.

4.1 Psychiatrieversorgung

4.1.1 Maßnahmen SR II

Psychiatrie

Aufgrund der derzeitigen Krankenhaushäufigkeit und Überauslastung der Stationen kann vorerst kein Bettenabbau vorgenommen werden. Erst nach weiterem Ausbau einer niederschweligen Versorgungsstruktur (Verbesserung des Nahtstellenmanagements mit dem niedergelassenen Bereich, der ambulanten Versorgung, Ausbau der tagesklinischen Strukturen etc.) kann die Anpassung an den vorgeschlagenen Bettenabbau erfolgen. Der Bettenabbau am Standort Neuromed Campus (ehem. Landesnervenklinik Wagner-Jauregg) erfolgt in Prio C. Diesbezüglich wurde auch vom Klinikum Steyr ein Änderungsantrag zur Aufhebung der Maßnahme eingereicht.

4.1.2 Status

Eine Evaluierung der Psychiatrie-Versorgung erfolgte im Rahmen des RSG OÖ 2025 Entwicklungsprozesses.

Die dabei eingeschlagene Entwicklung stellt sich unter den Entwicklungstrends der Regionalisierung und Ambulantisierung dar. Die Regionalisierung bedeutet die Aufstockung der Angebote in den Regionen, soweit entsprechendes Personal gefunden werden kann. So wurden in Vöcklabruck 16 Strukturen bereits zusätzlich beschlossen und für Braunau sind 10 vollstationäre Betten im RSG OÖ 2025 bereits für 2020 vorgesehen.

Die Ambulantisierung versteht die psychiatrische Versorgung außerstationär verstärkt wohnortnah anzubieten. Damit sollen die stationären Strukturen entlastet und der Zugang zu notwendigen Leistungen erleichtert werden. In diesem Zusammenhang sollen ambulante Einrichtungen (früher Tageskliniken und Tagesstrukturen) im KH Ried sowie verstärkt auch in den Spitälern des Mühlviertels angeboten werden, soweit das erforderliche Personal zur Verfügung steht.

Auch im Zentralraum soll durch die Etablierung von psychiatrischen Spezialambulanzen („Versorgungszentrum“) am Neuromed Campus der stationäre Bereich entlastet und der Bevölkerung ein schneller und effizienter Zugang zu notwendigen Versorgungsleistungen ermöglicht werden.

Stellungnahme der Evaluierungskommission

Die Entwicklung der Psychiatrieversorgung ist sehr dynamisch und auch in Abhängigkeit mit den Versorgungsangeboten im Sozialbereich zu sehen. Die Kommission begrüßt alle Aktivitäten und Zusammenarbeitsformen der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit. Den Ausbau der ambulanten/tagesklinischen Angebote an den regionalen Spitalsstandorten unterstützt die Kommission im Sinne einer wohnortnahen Versorgung, soweit ein gut abgestimmtes und abgestuftes Versorgungskonzept mit einer Vollabteilung implementiert ist. Der Fokus ist nicht nur auf das Vorhandensein eines Angebotes zu legen, sondern vor allem ist auf die Versorgungswirksamkeit zu achten. Die Aufstockung von 10 vollstationären Betten in Braunau unterstützt die Kommission, da bereits jetzt der Bedarf entsprechend vorhanden ist.

4.2 Interventionelle Kardiologie

4.2.1 Maßnahme SR II

Oberösterreich verfügte 2009 über sechs COR-Anlagen für Erwachsene in den Fonds-KA (zwei KUK, eine OKL BHS, eine OKL Elisabethinen und zwei im Klinikum Wels-Grieskirchen) und zusätzlich hat seit Mitte 2008 ein Leistungszukauf in Bayern stattgefunden. Des Weiteren verfügte Oberösterreich 2009 über zwei EPU-Anlagen (eine KUK und eine OKL Elisabethinen).

Folgende SPII-Maßnahmen wurden für den Bereich der Interventionellen Kardiologie definiert:

- OKL Barmherzigen Schwestern: Reduktion um ein Großgerät – Prio B (2014-2016), damit Reduktion eines COR-Standortes
- Krankenhaus Braunau: Kein Leistungszukauf in Bayern ab 2012
- Kein weiterer Aufbau von Standorten und Gerätesystemen

4.2.2 Fragestellungen/Herausforderungen

Österreich liegt zum Beschlusszeitpunkt der SR II mit 4,5 Herzkatheterplätzen pro 1 Mio. Einwohner in der oberen europäischen Bandbreite (Norwegen 2,2; Deutschland 5,6). Oberösterreich hat mit 4 Standorten und mit 8,9 Leistungen/1.000 Einwohner 60 Prozent mehr Untersuchungen und 30 Prozent mehr Interventionen als Österreich (5,4 Leistungen/1.000 Einwohner). Ein Zusammenhang zwischen der Anzahl der Herzkatheterleistungen und der Sterblichkeit der oberösterreichischen Bevölkerung konnte anhand einer Auswertung von Mortalitätsdaten nicht festgestellt werden.

Demzufolge wurde in der SR II beschlossen, anhand definierter Strukturkriterien die planbaren Untersuchungen an den Österreichdurchschnitt heranzuführen. Das durch die Expertenkommission errechnete Gesamt-Potenzial für 2009 wurde mit rund 3.500 Untersuchungen bei Beibehaltung der Anzahl der Akutfälle und der geplanten Interventionen beziffert. Als Maßnahmenziel wurde von diesem Gesamtpotenzial rund ein Drittel (1.080) angesetzt.

4.2.3 Status

Gemäß dem Zeithorizont der Maßnahmenumsetzung wurde der Leistungszukauf aus Bayern durch das Krankenhaus Braunau ab dem Jahr 2012 beendet. Das OKL Barmherzigen Schwestern hat die Koronarangiographie mit August 2015 geschlossen und die Versorgung wurde durch das KHE übernommen. Folglich sind die Maßnahmen die interventionelle Kardiologie betreffend umgesetzt.

Tabelle 7 zeigt die Entwicklung der Inanspruchnahme von Herzkatheterleistungen differenziert nach Angiographien und Interventionen sowie der Aufnahmeart für die Jahre 2009, 2017 und 2018. Wie bereits oben erwähnt, werden für die Ausschöpfung des Potenzials die planbaren Angiographien verwendet.

	Art	2009	2017	2018	Diff. 17 zu 09	Diff. 18 zu 09
Angiographie	Planbar	7.756	6.379	6.426	-1.377	-1.330
	Akut	236	263	254	27	18
	Summe	7.992	6.642	6.680	-1.350	-1.312
Interventionen	Planbar	3.519	3.458	3.569	-61	50
	Akut	1.046	1.297	1.287	251	241
	Summe	4.565	4.755	4.856	190	291
Gesamtsumme		12.557	11.397	11.536	-1.160	-1.021

Tabelle 7: Interventionelle Kardiologie

Im Vergleich der Jahre 2018 und 2009 zeigt sich, dass die gesamte Anzahl an Leistungen um 1.021 rückläufig ist. Die geplanten Angiographien, welche auch zur Potenzialberechnung verwendet werden, haben im Vergleich zu 2009 um 1.330 abgenommen. Als Potenzial wurden hierfür 1.080 Leistungen angesetzt, folglich beläuft sich der Zielerreichungsgrad auf 123 Prozent.²¹ Im Jahr 2017 betrug dieser 128 Prozent.

Trends in der Kardiologie

Die diagnostischen Möglichkeiten im Bereich der Schnittbilddiagnostik und die interventionellen Möglichkeiten im Bereich der Herzklappeneingriffe werden durch den technischen Fortschritt immer vielfältiger und rasant vorangetrieben. Sie stellen somit eine immer wichtiger werdende Alternative zu diagnostischen Herzkatheteruntersuchungen bzw. zu herkömmlichen chirurgischen Verfahren dar.

Mit der Anzahl der Interventionen befindet sich Österreich im europäischen Vergleich weiterhin im Spitzenfeld. Wie in anderen Ländern sind auch in Österreich die interventionellen Eingriffe an der Reizleitung (EPU) und an den Aortenklappen (TAVI) zunehmend. Generell zeigt sich, dass die Interventionen immer komplexer werden (mehrgefäßige perkutane Interventionen, multiple Stents etc.).²² Ebenso ist feststellbar, dass teure und komplexere Interventionen (Vitientherapien) steigen. Diesbezüglich wurde auch ein Änderungsantrag auf Neubewertung der Maßnahme eingebracht.

Internationale Analysen ergeben, dass Patienten, die mit akuten Brustschmerzen in der Notaufnahme vorstellig werden und bei denen zur Abklärung eine Schnittbilddiagnostik (CT, MR) durchgeführt wird, im Vergleich zum traditionellen Behandlungsprotokoll signifikant geringere (Re-)Hospitalisierungsraten und kürzere Krankenhausaufenthalte aufweisen. Ebenfalls wird beobachtet, dass bei Patienten mit primär erfolgter CT-Angiographie die Anzahl an zusätzlichen klinischen

²¹ Der Zielerreichungsgrad bezieht sich auf jenes Potenzial, das bei 60 Prozent-Angleichung an den Österreichschnitt ohne Oberösterreich erzielt werden könnte. Wobei ein konservativer Zugang gewählt wurde, welcher sich nur auf die planbaren Angiographien bezieht.

²² vgl. Mühlberger et al., 2016

Tests (z.B. Stressbildgebung) und invasiven Angiographien niedriger sind als mit der herkömmlichen Abklärungsmethode.²³ Auch durch die frühzeitige Anwendung von MR-Angiographien und Myokardperfusionsszintigraphien können rein diagnostische Herzkatheter signifikant reduziert werden.²⁴

Die auf Mehrschicht-CT-Aufnahmen basierende Abschätzung der fraktionellen Flussreserve (FFR) ist eine neue vielversprechende Diagnostikmethode zur nichtinvasiven intrakoronaren Druckmessung, die die CT-Angiographie nochmals aufwertet. Sie hat das Potential, den Behandlungsablauf von Patienten mit einer symptomatischen koronaren Herzkrankheit optimieren zu können.²⁵ Der Vergleich der FFR-Messung nach einer CT-Angiographie und während der interventionellen Angiographie zeigt, dass die Ergebnisse sehr ähnlich sind und miteinander korrelieren.²⁶ Das heißt, dass durch die CT-Angiographie mit zusätzlicher CT-FFR-Messung die Anzahl der diagnostischen Katheteruntersuchungen signifikant reduziert werden könnte. Ebenso konnte beobachtet werden, dass in einem Jahresvergleich dieser beiden Methoden die Gesamtkosten durch die CT-Angiographie mit zusätzlicher CT-FFR-Messung gegenüber der Standardmethode mittels interventioneller Angiographie gesenkt wurden.²⁷

Das Ordensklinikum Elisabethinen hat einen Schwerpunkt im Bereich der Rhythmologie und hat die Inbetriebnahme einer zusätzlichen EPU-Anlage für elektrophysiologische Durchleuchtung beantragt. Die Inbetriebnahme erfolgt mit Ende 2019.

Stellungnahme der Evaluierungskommission

Durch die Schließung der COR-Anlage im OKL Barmherzige Schwestern und die demensprechende Leistungsübernahme durch das OKL Elisabethinen wurde die letzte Maßnahme dieses Bereichs umgesetzt und das Ziel der SR II zur Reduktion der COR-Standorte erreicht. Generell ist jedoch festzuhalten, dass die Anzahl der Untersuchungen insgesamt und insbesondere der Anteil der diagnostischen Angiographien in Oberösterreich nach wie vor über dem Österreichdurchschnitt liegen. Durch die Schnittbilddiagnostik (CT, MR) ist eine Substitution von diagnostischen Angiographien gegeben, die zu einem weiteren Rückgang der Untersuchungszahlen führen wird. Die Entwicklung bei den Interventionen (PTCA's, Klappenersatz, Stents, EPU) wird demgegenüber konstant bis zunehmend sein. Die Evaluierungskommission empfiehlt für eine nachhaltige Maßnahmenumsetzung ein laufendes Monitoring der nationalen und internationalen Trends. Ziel ist dabei die Identifikation zusätzlicher Optimierungspotenziale und Evaluierung der Zielvorgaben der SR II. Hinsichtlich des Antrages der Neubewertung durch höhere Kosten, ist die Evaluierungskommission der Meinung, dieses Thema im Rahmen des medizinischen Fortschrittes gesamthaft zu behandeln.

Die steigende Lebenserwartung steht im Zusammenhang mit einer zunehmenden Inzidenzrate an Herzrhythmusstörungen, die zu einem steigenden Ablationsbedarf führt. Somit ist das mit dem letzten Evaluierungsbericht beschlossene Gerät zu befürworten. Die Entwicklung der Fallzahlen soll aber beobachtet werden.

²³ vgl. Wichmann, 2017

²⁴ vgl. Greenwood et al., 2016

²⁵ vgl. Nakanishi, Budoff, 2016

²⁶ vgl. Kawaji et al., 2017

²⁷ vgl. Douglas et al., 2016

4.3 Standortübergreifende Organisationsformen und Verbünde

Im Rahmen der organisatorischen Maßnahmen der SR II kam den standortübergreifenden Organisationsformen eine besondere Bedeutung zu. Folgende Zielsetzungen wurden dabei verfolgt:

- Beibehaltung einer qualitativ hochstehenden und wohnortnahen Versorgung
- Erwirken von Kostendämpfungseffekten durch eine effiziente Leistungsabstimmung zwischen zwei Abteilungen an unterschiedlichen Standorten mit einer gemeinsamen Leitungsstruktur

Im Rahmen der vorgeschlagenen Maßnahmen wurden standortübergreifende Organisationsformen für mehrere Abteilungen (Allgemeine Chirurgie, Unfallchirurgie, Geburtshilfe/Gynäkologie, Kinderheilkunde, Pulmologie) sowohl trägerbezogen als auch trägerübergreifend eingerichtet.

Die Evaluierungskommission ist der Meinung, dass sich die Auswahl des geeigneten Modells für eine standortübergreifende Abteilung insbesondere an folgenden Teilzielen, die in der Reformkommission dieser Maßnahme zugrunde gelegt wurden, orientieren sollte:²⁸

1. Das Modell ermöglicht eine Steuerung der Patientenversorgung nach den Kriterien Behandlung von akuten Patienten und Behandlung von elektiven Patienten oder einem anderen geeigneten Selektionskriterium (z.B. Alter, Geschlecht, Prozess) und schafft damit Vorteile in der Wirtschaftlichkeit an den beiden Abteilungseinrichtungen (z.B. Reduktion Nachtdienste, Reduktion Wochenenddienste, kein Bedarf an Intensivbehandlungsbetten durch entsprechende Leistungsplanung).
2. Das Modell schafft Vorteile für beide Krankenanstalten durch Schwerpunktsetzung, Zuordnung von Leistungen, Ermöglichung von Rotationslösungen für den ärztlichen Dienst.
3. Das Modell schafft klare Zuordnungen von Aufgaben- und Verantwortungsbereichen.
4. Mit dem Modell können die vorgegebenen Kostendämpfungspotenziale erreicht werden.

Unter strikter Einhaltung der oben genannten Kriterien sollte die höchstmögliche Flexibilität bei der Wahl der jeweiligen Organisationsform gewährleistet sein und auf Basis der nunmehr bestehenden gesetzlichen Grundlagen die jeweils beste Lösung umgesetzt werden.

Bezüglich des 2. Kriteriums, welches u.a. eine Ausbildungskooperation vorsieht, ist festzuhalten, dass sich die Vorgaben im Rahmen der Ärzteausbildungsordnung 2015 zwischenzeitlich derart geändert haben, dass die gesonderte Regelung hinsichtlich der Ausbildungskooperation nicht mehr erforderlich ist. Dies ist auf den Umstand zurückzuführen, dass eine solche Prüfung im Zuge der neuen Anerkennungsvoraussetzungen nun ohnehin erfolgt.²⁹

Auf Anfrage des Unterausschusses Gesundheit wurde seitens der Evaluierungskommission im Jahr 2017 eine Evaluierung der ökonomischen Bewertung der standortübergreifenden Maßnahmen durchgeführt. Zu diesem Zweck wurde die Kosten- und Leistungsentwicklung gemäß der Krankenanstalten-Statistik und -Kostenrechnung der Jahre 2009 und 2015 der betroffenen bettenführenden und nicht bettenführenden Fachabteilungen miteinander verglichen und der erwarteten Entwicklung lt. Maßnahmenberechnung der SR II gegenübergestellt.

²⁸ Siehe in diesem Zusammenhang auch die Evaluierungsberichte für 2011 und für 2012.

²⁹ Für weiterführende Informationen wird auf die Website der Ärztekammer verwiesen: <http://www.aerztekammer.at/anerkennung-von-ausbildungstatten>.

Die Evaluierung der Erreichung der angestrebten Kostendämpfungseffekte hat ergeben, dass in allen untersuchten standortübergreifenden Maßnahmen die geplante Kostendämpfung erzielt wurde. Der Zielerreichungsgrad im Bereich der Kostenentwicklung variiert zwischen 108 und 342 Prozent. Die Analyse der Leistungsentwicklung hat ergeben, dass bei der Kennzahl Belagstage die Zielwerte erreicht bzw. übertroffen wurden. Der Zielerreichungsgrad schwankt hierbei zwischen 98 und 368 Prozent. Die Ambulanzfrequenzen in den untersuchten Maßnahmen sind mit einer Ausnahme entsprechend dem Rückgang der stationären Aufenthalte zurückgegangen.

4.3.1 Status

Von Seiten des Ordensklinikums wurde die Zusammenlegung der Institute Radiologie und Nuklearmedizin in ein Institut für bildgebende Medizin gemäß Maßnahme der SPRII durchgeführt. Mit Änderungsantrag wurde die Auflösung dieser Maßnahme beantragt, bei gleichzeitiger Zusammenführung der Institute für Radiologie des KH der Elisabethinen und des KH der BHS. Mittelfristig soll es eine gemeinsame Struktur mit den Barmherzigen Brüdern Linz angestrebt werden.

Das Doppelprimariat der Pneumologie Klinikum Steyr/OKL Elisabethinen wird aufgrund anstehender Pensionierungen aufgehoben.

Das Doppelprimariat der Gynäkologie und Geburtshilfe Klinikum Pyhrn-Eisenwurzen Standort Steyr und Standort Kirchdorf wird aufgehoben, da eine Besetzung für zwei Standorte nicht möglich war.

Stellungnahme der Evaluierungskommission

Ausbildungskooperation

Es wird wie im Vorjahr festgehalten, dass aufgrund der neuen Vorgaben in der Ärzteausbildungsordnung 2015 in den Kooperationsverträgen, die auf Grundlage der SR II geschlossen werden, für das 2. Kriterium Ausbildungskooperationen nicht mehr berücksichtigt werden müssen.

Laufende Evaluierung/Beobachtung

Im Sinne der laufenden Evaluierung sollen auch die konkreten Ausgestaltungen und die Auswirkungen (Qualität und Wirtschaftlichkeit) der standortübergreifenden Organisationsformen weiterhin beobachtet werden.

Institut für Radiologie und Nuklearmedizin Ordensklinikum

Die Evaluierungskommission stimmt dem Antrag für die mittelfristige jeweils gemeinsame Leitung der Institute für Nuklearmedizin und Radiologie zu. Synergiepotentiale sollen auch mit dem Institut für Radiologie der BBR genutzt werden. Mittelfristig ist eine Struktur, gemeinsam mit den Barmherzigen Brüdern, über alle 3 Häuser das Ziel.

Auflösung Doppelprimariat der Pneumologie Klinikum Steyr/OKL Elisabethinen

Die Strategie der standortübergreifenden Organisationsformen in der SR II hatte den Sinn, entsprechende Leistungsabstimmungen und Schwerpunktsetzungen vorzunehmen bzw. die Vermeidung von Doppelgleisigkeiten. Die Nachteile solcher Organisationsformen sind die teilweise weiten Dis-

tanzen und der zusätzliche organisatorische Aufwand der Leitungen. Sofern die Ziele der Leistungsabstimmung/Schwerpunktsetzungen und Versorgungssicherheit in Form von Kooperationen im Bedarfsfall sichergestellt sind, ist einer Besetzung mit einem eigenen Primariat an jedem Standort der Vorzug zu geben. Daher stimmt die Kommission unter der Voraussetzung, dass die bisherigen Zielsetzungen beibehalten werden (keine Kostenerhöhung, nachhaltige Leistungsabstimmung und Gewährleistung der Versorgungssicherheit im Bedarfsfall), zu.

Auflösung Doppelprimariat Frauenheilkunde und Geburtshilfe am Pyhrn-Eisenwurzen-Klinikum

Die Kommission stimmt der Auflösung des Doppelprimariats zu. Durch die Auflösung der gemeinsamen Leitung entstehen keine Mehrkosten. Ab 2020 ist die Beibehaltung der Leistungsabstimmung im Pyhrn-Eisenwurzen-Klinikum durch die gemeinsame Kollegiale Führung sicher zu stellen

4.4 Onkologie

Im Oktober 2017 wurde unter Federführung der Abteilung Gesundheit im Auftrag des Amtes der oberösterreichischen Landesregierung unter Einbindung der fachlichen Experten des Onkologiebeirates ein Expertenpapier zur onkologischen Versorgung in Oberösterreich erarbeitet.

Der Onkologiebeirat stellt ein beratendes Gremium der Abteilung Gesundheit für die Belange der onkologischen Versorgung dar und wurde mit Beschluss der Spitalsreform II umgesetzt.

In Fortsetzung der Entwicklung des Versorgungskonzeptes im Bereich der Onkologie aus den vorangegangenen Jahren wurden folgende Schwerpunkte gesetzt:

Strukturplanung: Bezugnehmend auf die Erhebungen und Planungsschritte des Vorjahres wurde die Verankerung einer gesamthaften onkologischen Versorgung auch im Rahmen des RSG OÖ 2025 aufgenommen. Angestrebt wird dabei eine bedarfsgerechte Anpassung der Leistungserbringung. Mit diesem Schritt soll auf längere Sicht gewährleistet sein, dass in Oberösterreich eine abgestimmte und vernetzte Weiterentwicklung der Leistungen in allen Regionen und über alle Versorgungsstufen erfolgt. Der Handlungsspielraum für eine eigenständige Planung der einzelnen Träger soll dabei im Sinne des medizinischen Fortschrittes so weit wie möglich gesetzt werden, gleichzeitig aber auch in eine klare und trägerübergreifende Strukturplanung eingebettet sein.

Prozessplanung: Da die Erfassung von onkologischen Behandlungsdaten nicht nur für wissenschaftliche Auswertungen nützlich ist, sondern auch der Analyse der Versorgungsqualität und Behandlungsökonomie dient, wird seitens der Abteilung Gesundheit eine Machbarkeitsanalyse eines gemeinsamen Datenbanksystems (Tumordatenbank) aller öö., an der Tumorversorgung beteiligten Spitäler, angestrebt. Weitreichende Vorarbeiten dazu wurden in den letzten Jahren bereits von Seiten des OKL Elisabethinen in Allianz mit der OÖG getroffen, welche durch die Gründung des Ordensklinikums nochmals eine maßgebliche Ausweitung erfahren haben. Um einen landesweiten Datenbestand zu erreichen und die Möglichkeit von bundeslandweiten Auswertungen voranzutreiben, wird es als besonders wichtig angesehen, dass auch das Kepler-Universitätsklinikum, das Klinikum Wels-Grieskirchen und das KH Braunau ihre Daten in eine Oberösterreich weite Tumordatenbank einbringen. Dies setzt eine kommunizierende IT-Lösung voraus. Diese Maßnahme schafft

die Voraussetzung dafür, dass Behandlungskonzepte vor dem Hintergrund einer Wirksamkeitsanalyse bewertet und in Art und Umfang angepasst werden können.

Als wichtige Themen in diesem Zusammenhang werden betrachtet:

- Vernetzung der Standorte zur Erzielung einer verbesserten Behandlungsqualität
- Patienten erhalten unabhängig der Versorgungsstufe ihres Eintritts in das Versorgungssystem die gleiche Behandlungsqualität

Kostenentwicklung: Die Entwicklung der Kosten stellt – wie auch in anderen medizinischen Leistungsbereichen – in der Onkologie aufgrund des hohen Innovationspotenzials und der demographischen Entwicklungen eine Herausforderung dar. Um diesen Trends im Sinne der Prinzipien eines ressourcengerechten Versorgungssystems begegnen zu können, sind neue Instrumente erforderlich. Neben den bereits genannten Auswertungen der Behandlungsdaten soll auch ein von den Bundesländern initiiertes bundesweites Projekt zur Etablierung eines Evaluierungs- und Empfehlungsprozesses betreffend Arzneispezialitäten im intramuralen Bereich pilotiert werden. Im Rahmen der Evaluation soll festgelegt werden, ob die jeweilige Arzneispezialität einen wesentlichen therapeutischen Zusatznutzen zu den verfügbaren Alternativen aufweist. In Zusammenschau der medizinisch-therapeutischen sowie der gesundheitsökonomischen Evaluation soll ein Verwendungsalgorithmus für den intramuralen Bereich durch eine interdisziplinäre Kommission aus Ländervertretern vorgeschlagen werden. Auf diese Weise soll ein abgestimmtes auch österreichweit einheitliches Vorgehen für den Einkauf (ökonomische Bezugskonditionen) und den Einsatz (medizinische Indikationen) von Arzneispezialitäten erarbeitet werden. Damit soll auch sichergestellt werden, dass in den jeweiligen Anwendungsgebieten jene Präparate zur Anwendung kommen, welche sich am besten eignen und gleichzeitig die Belastung des Finanzrahmens in vernünftigen (d.h. langfristig tragbaren) Grenzen halten.

4.4.1 Status Onkologiebeirat

Im Jahr 2018 wurden 2 Sitzungen des Onkologiebeirates abgehalten. Bei diesen Sitzungen wurden u.a. folgenden Themen behandelt:

- Statusbericht Beobachtungsstudie zur intraoperativen Radiotherapie
- Neuroonkologie
- Ernährungskonzept im onkologischen Setting
- Medizinisches Innovationsboard und Spitals-HEK

Stellungnahme der Evaluierungskommission

Die Evaluierungskommission begrüßt die bisherige Entwicklung des Versorgungskonzeptes und die weitere Ausdifferenzierung der onkologischen Leistungserbringung im Zuge des RSG OÖ 2025 Prozesses. Dabei wird eine bedarfsgerechte und nachhaltig finanzierbare Anpassung der Leistungserbringung angestrebt. Der Auf-/Ausbau eines oö-weiten Onkologienetzwerkes mit gemeinsamen Datenbanken unterstützt die Kommission, da einerseits die Versorgungsgerechtigkeit verbessert wird und die Leistungserbringung planbarer und transparenter erfolgt.

4.5 Kinderversorgung OÖ

4.5.1 Status

Der Workshop „Zukunft Kinderversorgung“ im Jahr 2016 verfolgte das Ziel gemeinsam mit den Abteilungsleitern wesentliche Handlungsschwerpunkte für die Gestaltung der künftigen Kinderversorgung ausfindig zu machen. Dabei wurden folgende Themenstellungen für die Weiterentwicklung identifiziert:

Pädiatrische Palliativ-Versorgung

Die pädiatrische Palliativ-Versorgung soll weiterentwickelt und ausgebaut werden. Im Sinne der abgestuften Versorgung sind neben der stationären Versorgung auch mobile Versorgungsangebote zu berücksichtigen. Für die Erarbeitung eines oberösterreichischen Versorgungskonzeptes ist auf Landesebene eine Arbeitsgruppe eingerichtet.

Dezentralisierung der Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJPP)

Wie bereits im letztjährigen Evaluierungsbericht festgehalten, erarbeitet die Abteilung Gesundheit gemeinsam mit dem Leiter der Kinder- und Jugendpsychiatrie (KUK) einen Stufenplan, welcher realistische Szenarien für die Weiterentwicklung des ärztlichen Angebots enthält. Durch das zusätzliche ärztliche Angebot wird es möglich sein eine Dezentralisierung der Kinder- und Jugendpsychiatrie vorzunehmen.

Im Salzkammergut Klinikum Vöcklabruck werden 12 Betreuungsplätze in einer Tagesklinik mit angeschlossener Ambulanz für Kinder und Jugendliche mit psychologischen, psychosomatischen und psychiatrischen Erkrankungen errichtet.

Weiterentwicklung der integrierten Versorgung

In diesem Zusammenhang sollen vor allem Verschränkung-/Kooperationssmodelle – analog zum Modell Kirchdorf – zwischen dem stationären und niedergelassenen Bereich weiterentwickelt werden.

Folgende Zukunftsthemen werden im RSG OÖ 2025 zusätzlich berücksichtigt:

- Langzeitbeatmete Kinder und Jugendliche
- Sozialpädiatrisches Netzwerk
- Spezielle Angebote für Kinder und Jugendliche (z.B. Transition, Palliativversorgung)

Stellungnahme der Evaluierungskommission

Allgemeine Empfehlung

Die Evaluierungskommission befürwortet wie im Vorjahr die Weiterentwicklung dieser wichtigen Versorgungsbereiche und betont auch die Wichtigkeit, die nicht erforderlichen stationären Aufnahmen zu reduzieren.

Innviertel

Im Evaluierungsbericht für das Jahr 2014 wurde festgehalten, dass für die Kinder-Intensivversorgung in der VR Innviertel ein begründbarer zusätzlicher Intensivbettenbedarf in der Höhe von einem Bett besteht. Es wurde empfohlen, dass Bett durch Umwidmung eines Bettes der Normalpflege

zu generieren und eine laufende Beobachtung der Versorgungssituation vorzunehmen. Die laufende Beobachtung hat den zusätzlichen Bedarf – auch für das gegenständliche Evaluierungsjahr – bestätigt.

Salzkammergut

Die Aufstockung von 12 ambulanten Betreuungsplätzen im Bereich der psychiatrischen und psychosomatischen Kinderversorgung am KH Standort Vöcklabruck unterstützt die Kommission, da dieses Angebot eine Versorgungslücke schließt.

5 Vorschlag für die Anpassung der Beschlussfassung

Im Folgenden werden die Anträge der Träger und der Vorschlag für die Anpassung der Beschlusslage tabellenartig dargestellt. Für jegliche Trägeranträge gelten dieselben Vorgaben wie im Evaluierungsbericht 2011 erläutert:

Handelte es sich bei den eingebrachten Anträgen z.B. um Verlagerungen von Betten innerhalb des Hauses (max. 5) unter Beachtung der gesetzlichen Vorgaben und der Ziele der SR II, die die Gesamtbettenanzahl des Hauses unberücksichtigt ließen, bedarf es keiner Änderung der Beschlusslage, weil dies, wie in der SR II beschlossen, in die Managementkompetenz des Krankenhausträgers fällt. Eine Abstimmung mit der Abteilung Gesundheit inkl. Adaptierung des Krankenanstaltenplans bzw. zukünftig des Regionalen Strukturplans Gesundheit bei positiver Beurteilung ist jedoch weiterhin erforderlich.

Haus	Fach	Prio	Beschluss Maßnahme	Antrag lt. KH	Antrag: SOLL Betten	Beurteilung der EK	Kostenver- änderung zum Experten- vorschlag
KUK	IM/AN	-	Keine Maßnahme geplant	Bettenverschiebung von der Inneren Medizin (-26 Betten) hin zur Notaufnahme (+26 Betten) mit fachlicher Leitung durch die Abteilung für Anästhesiologie und Intensivmedizin zum Betrieb einer interdisziplinären Aufnahmestation bis maximal 36 Stunden.	IM -26 AN +26	Dieser Teil der IM wurde zum Großteil aus der ZAE belegt, sodass eine Umwandlung in eine ZNA ohnehin die bereits gegebenen Strukturen abbildet. Bei künftigen baulichen Maßnahmen ist darauf zu achten, dass die interdisziplinäre Aufnahmestation auch räumlich im Bereich der ZAE verortet werden kann. Organisatorisch wird die ZNA von der AN geführt.	Neutral
Steyr/OKL Elis	Pneumologie		Errichtung einer Standortübergreifenden Organisationsform der Krankenhäuser Steyr (VR Pyhrn Eisenwurzen) und OKL Elisabethinen (VR Linz)	Aufhebung des Doppelprimariats der Pneumologie Steyr/OKL Elis. aufgrund anstehender Pensionierung. Als Herausforderung werden unterschiedliche Träger und Versorgungsregionen sowie die Einarbeitungsphase genannt.	NA	Die Evaluierungskommission stimmt dem Antrag unter Einhaltung des Kostendämpfungspotenzials zu.	Neutral
OKL	RAD/ NUK	A	Zusammenlegung der Institute Radiologie sowie Nuklearmedizin in ein Institut für bildgebende Diagnostik mit errechnetem Kostendämpfungspotential von -752.511 Euro.	Aufhebung der Maßnahme - Institut Radiologie und Nuklearmedizin. Durch Gründung des OKL Zusammenarbeit zwischen den beiden Instituten Radiologie und Nuklearmedizin BHS und Elis. Keine relevante Anzahl an Fachärzten, die sowohl Facharzt für Nuklearmedizin als auch Radiologie sind.	NA	Zustimmung zum Antrag und mittelfristig eine jeweils gemeinsame Leitung der Institute für Nuklearmedizin und Radiologie. Synergiepotentiale sollen auch mit dem Institut für Radiologie der BBR genutzt werden und es ist mittelfristig eine Struktur, gemeinsam mit den Barmherzigen Brüdern, über alle 3 Häuser das Ziel.	Neutral

Haus	Fach	Prio	Beschluss Maßnahme	Antrag lt. KH	Antrag: SOLL Betten	Beurteilung der EK	Kostenver- änderung zum Experten- vorschlag
KUK	SZT	A	Oö. weites Referenzzentrum für Stammzelltransplantation am Standort des Krankenhauses OKL Elisabethinen.	Errichtung eines Referenzzentrums für autologe Stammzelltherapie am Kepler Universitätsklinikum für Erwachsene und Kinder.	NA	<p>Aus Versorgungssicht ist die Etablierung eines zusätzlichen Zentrums für autologe Stammzelltransplantation zu verneinen, da die anfallenden Mengen wie bisher von einem Zentrum sehr qualitativ und effizient abgewickelt werden können. Je nach Forschungsschwerpunkt der med. Fakultät ist aber der Zugang zu Patienten mit „Forschungshintergrund“ notwendig.</p> <p>Die Evaluierungskommission empfiehlt daher ein Zusammenarbeitsmodell zu finden, das sicherstellt, dass die Qualität beibehalten werden wird, die Kosten für die Versorgung dadurch nicht erhöht werden, aber gleichzeitig ein Zugang zu den Forschungspatienten gegeben ist. (etwaige zusätzliche Kosten sind als KMA zu vergüten)</p>	Neutral
Sierning	CT	A	Entfall des CT-Gerätes am KH Sierning.	CT Gerät in Sierning zur Aufnahme in den Großgeräteplan des ÖSG und RSG OÖ 2025	NA	<p>Grundsätzlich: Bei Neu- und Ersatzanschaffungen ist nach den Kriterien Mindestfrequenzen, Öffnungszeiten und Patientennutzen zu beurteilen.</p> <p>Befürwortung in diesem Fall wegen hochbetagtem Patientengut u nicht kurzfristig zu lösender stand alone AG/R in Sierning</p> <p>Mittelfristig sollte nach Meinung der EK generell die Akutgeriatrie näher an einen Akutkrankenhausstandort z.B. Steyr und/oder Kirchdorf herangeführt werden.</p>	Ist im Rahmen der Bewertung des RSG OÖ 2025 zu bemessen.
Braunau	PSY		Keine Maßnahme geplant	Aufstockung der systemisierten Betten von 60 auf 70 im Fachbereich Psychiatrie	+10 60+10 = 70	Die Aufstockung der Psychiatrie im Innviertel entspricht den planerischen Zielen des RSG OÖ 2025.	Ist im Rahmen der Bewertung des RSG OÖ 2025 zu bemessen.
WeGr/ Ried	PET-CT	A	Nichtankauf und damit Reduktion um 1 PET-CT Gerät am Standort Ried	Anschaffung PET-CT am Standort Wels im gemeinsamen Betrieb mit BHS Ried (50:50).	NA	Im Sinne einer wohnortnahen Versorgung ist die Anschaffung eines PET-CT gerechtfertigt.	Ist im Rahmen der Bewertung des RSG OÖ 2025 zu bemessen.

Haus	Fach	Prio	Beschluss Maßnahme	Antrag lt. KH	Antrag: SOLL Betten	Beurteilung der EK	Kostenver- änderung zum Exper- tenvor- schlag
Steyr/Kirchdorf	GGH	A	Empfehlung einer standortübergreifenden Organisationsform der Krankenhäuser Steyr und Kirchdorf; Leistungsabstimmung	Auflösung Doppelprimariat Frauenheilkunde und Geburtshilfe	NA	Durch die Auflösung der gemeinsamen Leitung entstehen keine Mehrkosten und ab 2020 ist die Beibehaltung der Leistungsabstimmung im Pyhrn-Eisenwurzen-Klinikum durch die gemeinsame Kollegiale Führung sicher zu stellen.	Neutral
Rohrbach	AG/R		Keine Maßnahme geplant	Umwandlung Department AG/R auf Abteilung	NA	die Attraktivierung der AG/R entspricht den planerischen Zielen des RSG OÖ 2025 bei Kostenneutralität.	Neutral
Ried	HNO	A	Umwandlung der Abteilung HNO im Krankenhaus Ried in einen Fachschwerpunkt	Belassung des Abteilungsstatus an der HNO im Krankenhaus Ried im Innkreis	NA	Dadurch wird eine umfassende wohnortnahe Versorgung im Bereich HNO sichergestellt. Die Attraktivität des Faches für Fachärzte, ist mit dem Abteilungsstatus besser gegeben. Die Umwandlung hat kostenneutral zu erfolgen. Die bestehende Leistungsabstimmung mit dem BHSL soll fortgesetzt werden.	Neutral
SKG/Vöcklabruck	Thora- xchi- rurgie		Referenzzentrum Thoraxchirurgie	-	NA	Wegfall des Referenzzentrums für Thoraxchirurgie aufgrund zu geringer Fallzahlen.	Neutral

Tabelle 8: Vorschlag für die Anpassung der Beschlussfassung

6 Ausblick

Die Kenndaten Krankenhaushäufigkeit und Belagstagedichten sind wie in den Vorjahren höher als im Österreichvergleich bzw. sind wieder annähernd bei der Ausgangslage angelangt, wenngleich die ursprüngliche Zielsetzung bei diesen Zielgrößen eingehalten wurde. Die konsequente Weiterverfolgung zielführender Maßnahmen zur Vermeidung von unnötigen Spitalsaufenthalten ist unumgänglich. Mit der Umsetzung des ÖSG 2017 bzw. des RSG OÖ 2025 wird dieser Weiterentwicklung Rechnung getragen.

Schwerpunkte müssen weiterhin in der Umsetzung von krankenhauserleichternden Maßnahmen bzw. in der weiteren Verstärkung der Kooperationen zwischen den Krankenanstalten auf Ebene der Leistungsabstimmung im medizinischen und nicht medizinischen Bereich liegen. Insbesondere ist hier auch auf die bereits in Umsetzung befindliche verstärkte Zusammenarbeit zwischen der OÖ Gesundheitsholding und dem Kepler Universitätsklinikum im Rahmen der neuen OÖ Gesundheitsholding hinzuweisen. Hierbei gilt es erfolgreiche Umsetzungsmodelle (z.B. Psychiatrie, Nuklearmedizinische Versorgung NMC/Steyr) einerseits nachhaltig abzusichern und andererseits die Grundlage für einen Weiterentwicklungsprozess zwischen den Häusern und Trägern (z.B. Etablierung Oberösterreich weites Tumornetzwerk) zu ermöglichen bzw. zu intensivieren.

Durch die Inbetriebnahme des Kepler Universitätsklinikums Ende 2015 und des Ordensklinikums Anfang 2017 wurden neue Rahmenbedingungen geschaffen, die auch dazu genutzt werden müssen, die Versorgungssituation im Zentralraum durch Leistungsabstimmung zwischen den Krankenanstalten und durch Abstimmung der Leistungsangebote mit den peripheren Häusern zu optimieren. Dieser Prozess wurde bereits begonnen und ist im nächsten Jahr fortzuführen.

Ein Schwerpunkt soll somit die Prüfung und ggf. Neuordnung von Leistungsschwerpunkten nach wirtschaftlichen und qualitativen Gesichtspunkten (z.B. Zuordnung von Leistungen nach den Kriterien: *akut-planbar (Kurzlieger)*, *operativ-konservativ*, *Grundversorgung-erweiterte Versorgung*, *Betreuungsintensität*, *etc.*) sowohl innerhalb der entstandenen Verbünde als auch zwischen den Verbänden (Ordensklinikum und KUK) und der abgestuften Versorgung mit den Standard- und Schwerpunktspitalern der Regionen sein.

Besonders hinzuweisen ist, dass die Schwerpunktsetzungen nach dem Prinzip der Stärkung der bisherigen Stärken erfolgen sollen und die entsprechenden Leitungsbesetzungen unter Berücksichtigung der Notwendigkeiten der Medizinischen Fakultät der JKU, aber auch der Erfordernisse der Patientenversorgung, vorzunehmen sind. Dazu soll ein ständiger Austauschprozess der Abteilung Gesundheit des Landes OÖ mit der Med. Fakultät der JKU bzw. den Krankenanstaltenträgern eingerichtet werden. Die Leitungsausschreibungen bzw. -besetzungen sollen in diesem Zusammenhang nur in Abstimmung mit der Abteilung Gesundheit erfolgen und auf die tatsächlich erforderlichen Anforderungen zugeschnitten sein.

Weiterhin sieht die Kommission die Notwendigkeit der Beurteilung von technischen Innovationen (und daraus induzierter Investitionsvorhaben) durch Kosten-Nutzen-Analysen in adäquater Form (z.B. HTA, Innovationsrichtlinie) gegeben.

Weitere Schwerpunkt-Themen betreffen z.T. wie im Vorjahr bzw. laufend:

- Schaffung von weiteren Leistungsverbänden in Form abgestufter Versorgungsstrukturen (z.B. innerhalb der OÖ Gesundheitsholding) oder Zusammenfassung von Leistungserstellungsprozessen (z.B. gemeinsame Diagnostikverbünde).

- Die Weiterentwicklung und Prüfung von möglichen Effizienzpotentialen von spitalsentlastenden Versorgungsstrukturen (z.B. PVE, Kooperationsmodell), um die Bundesvorgaben zu den jährlichen Steigerungsraten zur Ausgabenobergrenze halten zu können (wie im aktuellen Landesrechnungshof-Bericht empfohlen).
- Analyse der Veränderungen der Patientenbewegungen im Rahmen des RSG OÖ 2025 sowohl innerhalb Oberösterreichs als auch bundesländerübergreifend bei der Angebotsplanung, um daraus allfällige Steuerungsmaßnahmen ableiten zu können.
- Analyse der Entwicklung der ambulanten Versorgung auf Grundlage zu schaffender valider Daten unter Berücksichtigung der Vorgaben und Grundsätze des neuen ÖSG hinsichtlich Integration der ambulanten Planung.
- Evaluierung von Zusammenarbeitsmodellen zwischen dem intra- und extramuralen Bereich (z.B. akute Primärversorgung/Notfallversorgung, Abstimmung mit primären Versorgungseinheiten) und Konzeption von Projekten zur Optimierung der Versorgungskette („Best Point of Service“) zur Entlastung der Krankenhäuser in Zusammenarbeit mit den Sozialversicherungsträgern.
- Die Weiterverfolgung der Umsetzung der Bundes-Gesundheitsreform (Zielkongruenz) und der RSG OÖ 2025 Umsetzung.
- Die Weiterverfolgung (in Abhängigkeit einer validen Datengrundlage) der Entwicklung der Kostendämpfung im nicht medizinischen Bereich, wie Verwaltung, IT etc.
- Weiterhin konsequente Analyse der Entwicklung der Krankenhaushäufigkeit und der Belegstage, solange die Oberösterreich Werte signifikant über dem Bundesdurchschnitt liegen.
- Analyse der seit 2009 vorgenommenen Veränderungen der Rahmenbedingungen in den Bereichen Normen und Gesetze, insbesondere die Beurteilung der Auswirkung der neuen ambulanten Finanzierung ab 1.1.2019.
- Weiterentwicklung von Kriterien zur verursachungsgerechteren Bemessung des medizinischen Fortschrittes.
- Konkretisierung bzw. Weiterentwicklung der onkologischen Versorgungsstruktur für Oberösterreich auf Basis der bisherigen Arbeiten des Onkologiebeirates.

Danksagung:

Wir bedanken uns bei den politischen Entscheidungsträgern für die konsequente Umsetzung und Unterstützung in der Zusammenarbeit. Darüber hinaus möchten wir uns bei den Mitarbeitern des Landes Oberösterreich sowie bei den Ansprechpartnern in den Häusern bedanken, die uns zeitnah und umfassend mit den erforderlichen Informationen versorgt haben. Wir sind überzeugt, dass mit großem Engagement an der Umsetzung der Maßnahmen gearbeitet wird und auch bei schwierig umzusetzenden Maßnahmen Lösungen im konsensualen Dialog gefunden werden.

Besonderen Dank dürfen wir auch unserem leider sehr unerwartet verstorbenen Kommissionsmitglied Frau Dr. Michaela Moritz aussprechen, die sich bis zuletzt mit ihrer Sachkenntnis und hohem Engagement für die Sache einer qualitativ hochwertigen und nachhaltig finanzierbaren Gesundheitsversorgung für OÖ eingebracht hat.

7 Literaturverzeichnis

Ärztchammer für OÖ - Arbeitsrecht & Standesführung (2019): Unveröffentlichte Stellungnahme „Oö. Landes-Ausbildungskommission“, Linz.

Bayer, W. et al. (2011): Endbericht „Die oberösterreichische Spitalsreform 2010/2011. ‚Reform nach Maß – der Oö. Weg bis 2020‘“, Linz.

Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen/Gesundheit Österreich GmbH (2019): Qualität im Gesundheitswesen, <https://www.gesundheit.gv.at/gesundheitsleistungen/gesundheitswesen/qualitaet>

Bundesministerium für Gesundheit (2014c): A-IQI Peer-Review-Verfahren. Analysekriterien. Wien.

Bundesministerium für Gesundheit (2015): Austrian Inpatient Quality Indicators (A-IQI): A-IQI Bericht 2014. Hg. v. Türk, Silvia et al., Bundesministerium für Gesundheit, Wien.

Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (2016): Bundeseinheitliche Ergebnisqualitätsmessung aus Routinedaten: Austrian Inpatient Quality Indicators (A-IQI).

Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (2016a): Patientensicherheit Jahresbericht 2015.

Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (2017): Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung: Änderungen und Neuerung im Modell 2017.

Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (2017): Austrian Inpatient Quality Indicators (A-IQI): A-IQI Bericht 2016. Hg. v. Türk, Silvia et al., Bundesministerium für Gesundheit, Wien.

Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (2017): Anfrage Nr. 13293/J: Re-Hospitalisierungen und Wiederaufnahme ins Spital.

Douglas P.; De Bruyne B.; Pontone G. et al. (2016): 1-Year Outcomes of FFRCT-Guided Care in Patients With Suspected Coronary Disease. The PLATFORM Study. In: Journal of the American College of Cardiology, 68 (5), S. 435-445

Gesundheit Österreich GmbH (2016): Sektorenübergreifende Patientenbefragung. Ergebnisbericht 2015. Hg. v. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, Wien.

Gesundheit Österreich GmbH (2019): Monitoringbericht 2018. Monitoring nach Vereinbarung gem. Art 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit und Bundeszielsteuerungsvertrag, Wien.

Gesundheit Österreich GmbH (2017): Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2017 (inklusive Großgeräteplan). Hg. v. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, Wien.

Greenwood J.; Ripley D.; Berry C. et al. (2016): Effect of Care guided by Cardiovascular Magnetic Resonance, Myocardial Perfusion Scintigraphy, or NICE Guidelines on Subsequent Unnecessary Angiography Rates: The CE-MARC 2 Randomized Clinical Trial. In: Jama, 316, S. 1051-1060

Johannes Kepler Universität Linz (2019): Daten & Fakten, <https://www.jku.at/die-jku/ueberuns/daten-fakten/>

Kawaji T.; Shiomi H.; Morishita H., (2017): Feasibility and diagnostic performance of fractional flow reserve measurement derived from coronary computed tomography angiography in real clinical practice. In: The international Journal of Cardiovascular Imaging, 33 (2), S. 271-281

Land OÖ (2019): Regionaler Strukturplan Gesundheit Oberösterreich 2025, Linz.

Land OÖ (2019): Unveröffentlichte Stellungnahme zum Status der Bundeszielsteuerung, Linz.

Land OÖ (2019): Unveröffentlichte Stellungnahme zum Status Dialyseversorgung in OÖ, Linz.

Land OÖ (2019): Unveröffentlichte Stellungnahme zum Status eHealth/ELGA, Linz.

Land OÖ (2019): Unveröffentlichte Stellungnahme zum Status Katalog ambulanter Leistungen (KAL) und ambulante Finanzierung, Linz.

Land OÖ (2019): Unveröffentlichte Stellungnahme zum Status Nahtstellenmanagement und BQLL AUFEM, Linz.

Land OÖ (2019): Unveröffentlichte Stellungnahme zum Status Onkologiebeirat/Onkologiekonzept, Linz.

Land OÖ (2019): Unveröffentlichte Stellungnahme zum Status Oö. KAP/GGP, Linz.

Land OÖ (2019): Unveröffentlichte Stellungnahme zum Status Prozessqualität, Linz.

Land OÖ (2019): Unveröffentlichte Stellungnahme zum Status RSG OÖ, Linz.

Land OÖ (2019): Unveröffentlichte Stellungnahme zum Status RSG-Tool, Linz.

Land OÖ (2019): Unveröffentlichte Stellungnahme zum Status Strukturqualität, Linz.

Land OÖ-Clearingstelle (2019): Unveröffentlichte Stellungnahme, Linz.

Mühlberger V.; Kaltenbach L.; Ulmer H. (2016): Herzeingriffe in Österreich im Jahr 2015 (mit Audit bis 2016). In: Journal für Kardiologie – Austrian Journal of Cardiology, 24 (1-2), S. 7-12

Nakanishi R.; Budoff M. (2016): Noninvasive FFR derived from coronary CT angiography in the management of coronary artery disease: technology and clinical update. In: Vascular Health and Risk Management, 12, S. 269-278

Oberösterreichische Gesundheitsholding (2019): Presseberichte des Salzkammergut Klinikums, Zu- und Umbau am Salzkammergut-Klinikum Vöcklabruck schafft mehr Raum für Kinder- und Jugendliche, Dialyse und Labor, <https://www.ooeg.at/service/presse/salzkammergut-klinikum/presseberichte>

OÖ Landes-Ausbildungskommission für Ärzte (2019): Unveröffentlichte Stellungnahme zum Status Ausbildungsstellen, Linz.

Oö. Landesrechnungshof (2014): Initiativprüfung. Umsetzung der Spitalsreform II (Stand: Ende 2013), Linz.

Oö. Landesrechnungshof (2017): Initiativprüfung. Umsetzung der Spitalsreform II (Stand: Ende 2016), Linz.

Oö. Patientenvertretung (2019): Tätigkeitsbericht 2018, Linz.

UN Department of Public Information (2018): 68% of the world population projected to live in urban areas by 2050, says UN

Wichmann J. (2017): Kosteneffizienz von CT Angiografie bei akutem Brustschmerz im Vergleich zu konservativer Behandlung in 2.156 Patienten – Bewerber für den Young Investigator Award. In: RøFo, 189 (S 01), S. 1-124, Georg Thieme Verlag

Anhang A: Übersichtsdaten

Bei der Kennzahl „Frequenzen ambulanter Patienten“ ist darauf hinzuweisen, dass durch die eingeschränkte Datenvalidität die Aussagekraft entsprechend reduziert ist. Dementsprechend wird das Thema Ambulanzdaten seitens der Abteilung Gesundheit im Zuge der Umsetzung des ambulanten Abrechnungsmodells aufgearbeitet und sollte daher in den nächsten Jahren in ausreichender Validität zur Verfügung stehen.

BTD und KHH werden nach Wohnsitzbevölkerung in der Region berechnet.

Die Kennzahl Gesamtstationäre Aufenthalte beinhaltet die Aufenthalte inkl. NTA nach Standort Krankenhaus in der Versorgungsregion.

Berechnungen auf Basis von Einwohnerzahlen berücksichtigen Bevölkerungsdaten zu Jahresbeginn 1.1.20xx – einheitlicher Gebietsstand.

Übersichtsdaten Österreich ohne Oberösterreich

	Österreich									Veränderung absolut 09-18	Veränderung in % 09-18
	2009	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018		
Betten (tatsächlich)	39.871	39.146	38.869	38.396	38.148	37.778	37.377	36.919	36.335	-3.536	-8,9%
Belagstage	11.477.206	11.046.334	10.829.243	10.695.165	10.543.010	10.254.903	10.213.371	9.982.154	9.852.879	-1.624.327	-14,2%
Gesamt stationäre Aufenthalte	2.032.076	2.030.228	2.032.390	2.024.395	2.036.700	2.012.276	2.036.540	1.988.434	1.850.082	-181.994	-9,0%
vollstationäre Aufenthalte	1.663.114	1.630.787	1.612.466	1.591.562	1.577.642	1.547.842	1.539.031	1.513.911	1.503.868	-159.246	-9,6%
Nulltagesaufenthalte	368.962	399.441	419.924	432.833	459.058	464.434	497.509	474.523	346.214	-22.748	-6,2%
Frequenzen ambulanter Patienten	13.887.873	14.064.629	14.078.524	14.120.872	13.990.622	13.794.098	14.144.763	14.485.375	15.210.346	1.322.473	9,5%
KHH (vollstat. Aufnahmen je 1.000 Einwohner)	235	229	225	222	219	212	208	203	200	-35	-14,8%
Ø Belagsdauer (Belagstage/Gesamtaufenthalte)	5,6	5,4	5,3	5,3	5,2	5,1	5,0	5,0	5,3	-0,3	-5,7%
Belagstage je 1.000 Einwohner	1.625	1.556	1.517	1.497	1.467	1.412	1.387	1.344	1.318	-307	-18,9%
Bettenauslastung inkl. 0-Tagesaufenthalte	81,4%	80,1%	79,1%	79,4%	79,0%	77,7%	78,3%	77,6%	76,9%	-4,50%	-5,5%
Bettenauslastung exkl. 0-Tagesaufenthalte	78,9%	77,3%	76,1%	76,3%	75,7%	74,4%	74,7%	74,1%	74,3%	-4,57%	-5,8%
LKF-Punkte je 1.000 Einwohner	804.931	808.486	809.699	814.185	814.996	803.376	801.024	960.093	948.377	143.446	17,8%

Tabelle 9: Übersichtsdaten Ö ohne OÖ

Übersichtsdaten Oberösterreich

	Oberösterreich										
	2009	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Veränderung absolut 09-18	Veränderung in % 09-18
Betten (tatsächlich)	8.575	8.521	8.189	7.998	7.853	7.838	7.847	7.819	7.817	-758	-8,8%
Belagstage	2.520.288	2.437.001	2.321.410	2.254.988	2.241.718	2.276.476	2.203.652	2.206.875	2.189.994	-330.294	-13,1%
Gesamt stationäre Aufenthalte	486.153	493.981	481.477	480.185	481.565	485.137	497.047	504.599	512.483	26.330	5,4%
vollstationäre Aufenthalte	406.177	399.560	379.885	368.100	366.736	360.792	364.038	363.979	365.226	-40.951	-10,1%
Nulltagesaufenthalte	79.976	94.421	101.592	112.085	114.829	124.345	133.009	140.620	147.257	67.281	84,1%
Frequenzen ambulanter Patienten	3.070.969	3.153.859	3.096.804	3.083.873	3.075.348	3.000.127	3.062.833	3.148.484	3.177.174	106.205	3,5%
KHH (vollstat. Aufnahmen je 1.000 Einwohner)	285	278	264	256	253	248	247	245	245	-40	-14,1%
Ø Belagsdauer (Belagstage/Gesamtaufenthalte)	5,2	4,9	4,8	4,7	4,7	4,7	4,4	4,4	4,3	-0,8	-16,2%
Belagstage je 1.000 Einwohner	1.792	1.711	1.627	1.583	1.561	1.574	1.510	1.503	1.486	-306	-17,1%
Bettenauslastung inkl. 0-Tagesaufenthalte	83,1%	81,4%	80,8%	82,0%	82,2%	83,9%	81,4%	82,3%	81,9%	-1,18%	-1,4%
Bettenauslastung exkl. 0-Tagesaufenthalte	80,5%	78,4%	77,5%	78,1%	78,2%	79,6%	76,7%	77,3%	76,8%	-3,77%	-4,7%
Patientenbewegung (Saldo) exkl. Ausland	6.789	9.047	8.892	7.763	8.561	8.127	8.864	10.636	9.812	3.023	44,5%
LKF-Punkte je 1.000 Einwohner	927.903	923.211	898.390	899.162	894.116	899.038	884.759	1.081.903	1.091.335	163.432	17,6%

Tabelle 10: Übersichtsdaten OÖ

Übersichtsdaten Zentralraum Linz

	VR 41 Zentralraum Linz										
	2009	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Veränderung absolut 09-18	Veränderung in % 09-18
Betten (tatsächlich)	3.473	3.461	3.365	3.273	3.269	3.263	3.278	3.276	3.269	-204	-5,9%
Belagstage	1.053.044	1.024.640	990.561	973.689	991.542	1.028.918	954.746	967.109	960.161	-92.883	-8,8%
Gesamt stationäre Aufenthalte	195.433	205.252	201.803	202.317	204.513	205.685	209.652	210.977	212.237	16.804	8,6%
vollstationäre Aufenthalte	161.347	162.727	157.847	153.535	156.670	152.986	153.218	152.974	152.475	-8.872	-5,5%
Nulltagesaufenthalte	34.086	42.525	43.956	48.782	47.843	52.699	56.434	58.003	59.762	25.676	75,3%
Frequenzen ambulanter Patienten	1.065.952	1.112.429	1.100.257	1.095.563	1.114.903	1.087.919	1.096.120	1.139.624	1.147.598	81.646	7,7%
KHH (vollstat. Aufnahmen je 1.000 Einwohner)	304	288	285	272	273	262	258	249	246	-58	-19,1%
Ø Belagsdauer (Belagstage/Gesamtaufenthalte)	5,4	5,0	4,9	4,8	4,8	5,0	4,6	4,7	4,7	-0,7	-12,9%
Belagstage je 1.000 Einwohner	2.002	1.888	1.812	1.749	1.744	1.802	1.626	1.605	1.575	-427	-21,3%
Bettenauslastung inkl. 0-Tagesaufenthalte	84,7%	83,3%	84,0%	85,6%	87,1%	90,8%	84,3%	85,7%	85,5%	0,80%	0,9%
Bettenauslastung exkl. 0-Tagesaufenthalte	83,1%	81,1%	80,4%	81,5%	83,1%	86,4%	79,6%	80,9%	80,5%	-2,60%	-3,1%
Patientenbewegung (Saldo) exkl. Ausland	10.860	13.391	13.365	13.633	14.818	14.569	15.118	15.841	15.520	4.660	42,9%
LKF-Punkte je 1.000 Einwohner	997.216	965.392	961.467	968.153	957.632	964.913	922.375	1.106.962	1.104.082	106.866	10,7%

Tabelle 11: Übersichtsdaten Zentralraum Linz

Übersichtsdaten Zentralraum Wels

	VR 42 Zentralraum Wels										Veränderung absolut 09-18	Veränderung in % 09-18
	2009	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018			
Betten (tatsächlich)	1.351	1.331	1.255	1.221	1.232	1.239	1.239	1.227	1.227	-124	-9,2%	
Belagstage	389.906	362.175	328.665	319.932	326.175	332.804	334.913	335.508	334.372	-55.534	-14,2%	
Gesamt stationäre Aufenthalte	81.688	78.583	73.931	75.420	76.684	80.117	83.664	87.847	90.308	8.620	10,6%	
vollstationäre Aufenthalte	70.258	65.556	58.828	57.067	57.550	58.816	59.134	59.605	60.343	-9.915	-14,1%	
Nulltagesaufenthalte	11.430	13.027	15.103	18.353	19.134	21.301	24.530	28.242	29.965	18.535	162,2%	
Frequenzen ambulanter Patienten	504.702	522.378	494.351	505.881	513.063	497.955	512.456	509.132	517.193	12.491	2,5%	
KHH (vollstat. Aufnahmen je 1.000 Einwohner)	283	267	245	239	241	243	241	240	240	-43	-15,0%	
Ø Belagsdauer (Belagstage/Gesamtaufenthalte)	4,8	4,6	4,4	4,2	4,3	4,2	4,0	3,8	3,7	-1,1	-22,4%	
Belagstage je 1.000 Einwohner	1.683	1.555	1.445	1.404	1.437	1.459	1.433	1.420	1.410	-273	-16,2%	
Bettenauslastung inkl. 0-Tagesaufenthalte	81,4%	77,2%	74,8%	75,9%	76,8%	78,3%	79,3%	81,2%	81,4%	-0,05%	-0,1%	
Bettenauslastung exkl. 0-Tagesaufenthalte	79,1%	74,5%	71,6%	71,8%	72,5%	73,6%	73,9%	74,9%	74,7%	-4,41%	-5,6%	
Patientenbewegung (Saldo) exkl. Ausland	1.749	1.533	1.470	1.416	1.263	1.423	1.430	1.711	1.578	-171	-9,8%	
LKF-Punkte je 1.000 Einwohner	882.992	849.703	824.651	820.053	849.561	858.975	855.371	1.058.928	1.068.143	185.151	21,0%	

Tabelle 12: Übersichtsdaten Zentralraum Wels

Übersichtsdaten Mühlviertel

	VR 43 Mühlviertel										Veränderung absolut 09-18	Veränderung in % 09-18
	2009	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018			
Betten (tatsächlich)	382	382	367	367	367	367	367	367	367	-15	-3,9%	
Belagstage	102.060	98.796	102.579	102.385	101.245	99.880	99.896	98.676	100.668	-1.392	-1,4%	
Gesamt stationäre Aufenthalte	21.533	21.181	21.239	20.692	20.945	21.571	21.929	21.940	22.023	490	2,3%	
vollstationäre Aufenthalte	19.267	18.512	18.465	17.939	17.869	18.251	18.363	18.368	18.330	-937	-4,9%	
Nulltagesaufenthalte	2.266	2.669	2.774	2.753	3.076	3.320	3.566	3.572	3.693	1.427	63,0%	
Frequenzen ambulanter Patienten	170.259	170.332	175.499	169.768	164.557	164.166	173.342	183.324	188.071	17.812	10,5%	
KHH (vollstat. Aufnahmen je 1.000 Einwohner)	257	259	245	232	232	231	231	237	237	-20	-7,8%	
Ø Belagsdauer (Belagstage/Gesamtaufenthalte)	4,7	4,7	4,8	4,9	4,8	4,6	4,6	4,5	4,6	-0,2	-3,6%	
Belagstage je 1.000 Einwohner	1.536	1.538	1.465	1.394	1.377	1.388	1.354	1.388	1.372	-164	-10,7%	
Bettenauslastung inkl. 0-Tagesaufenthalte	84,7%	83,3%	78,4%	78,5%	77,9%	77,0%	77,0%	76,3%	77,9%	-6,77%	-8,0%	
Bettenauslastung exkl. 0-Tagesaufenthalte	73,2%	70,9%	76,4%	76,4%	75,6%	74,6%	74,4%	73,7%	75,2%	1,96%	2,7%	
Patientenbewegung (Saldo) exkl. Ausland	-4.003	-3.794	-3.737	-3.550	-3.536	-3.618	-3.663	-3.796	-3.675	328	-8,2%	
LKF-Punkte je 1.000 Einwohner	817.769	844.384	824.337	802.962	809.999	823.277	808.163	1.010.284	1.018.813	201.045	24,6%	

Tabelle 13: Übersichtsdaten Mühlviertel

Übersichtsdaten Pyhrn-Eisenwurzen

	VR 44 Pyhrn/Eisenwurzen									Veränderung absolut 09-18	Veränderung in % 09-18
	2009	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018		
Betten (tatsächlich)	1.155	1.156	1.108	1.087	962	945	939	933	930	-225	-19,5%
Belagstage	325.535	312.621	293.538	266.275	251.623	244.352	244.658	244.437	239.761	-85.774	-26,3%
Gesamt stationäre Aufenthalte	55.989	54.044	52.818	50.786	50.539	49.434	50.916	51.914	51.993	-3.996	-7,1%
vollstationäre Aufenthalte	48.483	45.809	43.273	40.474	39.259	38.229	39.156	39.468	39.342	-9.141	-18,9%
Nulltagesaufenthalte	7.506	8.235	9.545	10.312	11.280	11.205	11.760	12.446	12.651	5.145	68,5%
Frequenzen ambulanter Patienten	426.390	424.940	421.460	409.348	410.839	381.379	388.642	413.325	424.708	-1.682	-0,4%
KHH (vollstat. Aufnahmen je 1.000 Einwohner)	295	281	272	271	267	258	264	264	262	-33	-11,1%
Ø Belagsdauer (Belagstage/Gesamtaufenthalte)	5,8	5,8	5,6	5,2	5,0	4,9	4,8	4,7	4,6	-1,2	-20,6%
Belagstage je 1.000 Einwohner	1.955	1.857	1.772	1.758	1.728	1.665	1.676	1.672	1.647	-309	-15,8%
Bettenauslastung inkl. 0-Tagesaufenthalte*	79,0%	76,0%	74,7%	75,8%	74,9%	74,1%	74,6%	75,4%	74,4%	-4,64%	-5,9%
Bettenauslastung exkl. 0-Tagesaufenthalte*	77,2%	74,1%	72,4%	72,9%	71,7%	70,8%	71,2%	71,8%	70,6%	-6,59%	-8,5%
Patientenbewegung (Saldo) exkl. Ausland	6.416	6.167	6.347	5.484	5.582	5.578	5.977	6.005	5.985	-431	-6,7%
LKF-Punkte je 1.000 Einwohner	988.166	981.532	981.027	987.803	975.064	954.842	963.151	1.207.030	1.203.981	215.814	21,8%

* Bettenanzahl beruht auf LKF-Meldungen. Im Fall von Steyr (2013) wurden Betten gemeldet, die unterjährig abgebaut wurden. Diese wurden aus Auslastungsberechnung entfernt, da dies zu einer Verzerrung führen würde.

Tabelle 14: Übersichtsdaten Pyhrn-Eisenwurzen

Übersichtsdaten Traunviertel-Salzkammergut

	VR 45 Traunviertel/Salzkammergut									Veränderung absolut 09-18	Veränderung in % 09-18
	2009	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018		
Betten (tatsächlich)	1.144	1.144	1.094	1.084	1.058	1.058	1.058	1.058	1.060	-84	-7,3%
Belagstage	336.114	330.325	311.609	309.493	287.753	291.438	293.083	288.593	285.322	-50.792	-15,1%
Gesamt stationäre Aufenthalte	62.949	63.693	62.003	61.556	58.899	59.282	60.476	60.553	63.108	159	0,3%
vollstationäre Aufenthalte	53.560	52.844	49.848	49.043	46.044	44.860	46.451	45.974	46.854	-6.706	-12,5%
Nulltagesaufenthalte	9.389	10.849	12.155	12.513	12.855	14.422	14.025	14.579	16.254	6.865	73,1%
Frequenzen ambulanter Patienten	480.784	491.103	496.769	475.235	438.822	431.218	450.754	462.125	455.508	-25.276	-5,3%
KHH (vollstat. Aufnahmen je 1.000 Einwohner)	285	277	259	255	241	237	241	235	240	-45	-15,8%
Ø Belagsdauer (Belagstage/Gesamtaufenthalte)	5,3	5,2	5,0	5,0	4,9	4,9	4,8	4,8	4,5	-0,8	-15,3%
Belagstage je 1.000 Einwohner	1.802	1.728	1.617	1.601	1.507	1.522	1.497	1.472	1.460	-341	-19,0%
Bettenauslastung inkl. 0-Tagesaufenthalte	82,7%	81,7%	80,9%	81,4%	77,8%	79,2%	79,3%	78,5%	77,9%	-4,75%	-5,7%
Bettenauslastung exkl. 0-Tagesaufenthalte	80,5%	79,1%	77,8%	78,2%	74,5%	75,5%	75,7%	74,7%	73,7%	-6,75%	-8,4%
Patientenbewegung (Saldo) exkl. Ausland	-1.881	-1.719	-1.606	-2.099	-2.430	-2.719	-3.011	-2.074	2.443	-562	29,9%
LKF-Punkte je 1.000 Einwohner	940.024	927.664	895.629	912.133	874.033	885.500	896.558	1.072.728	1.096.403	156.379	16,6%

Tabelle 15: Übersichtsdaten Traunviertel/Salzkammergut

Übersichtsdaten Innviertel

	VR 46 Innviertel									Veränderung absolut 09-18	Veränderung in % 09-18	
	2009	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018			
Betten (tatsächlich)	1.070	1.047	1.000	966	965	966	966	958	964	-106	-9,9%	
Belagstage	313.629	308.444	294.457	283.214	283.380	279.084	276.356	272.552	269.710	-43.919	-14,0%	
Gesamt stationäre Aufenthalte	68.565	71.222	69.676	69.414	69.985	69.048	70.410	71.368	72.814	4.249	6,2%	
vollstationäre Aufenthalte	53.260	54.112	51.623	50.042	49.344	47.650	47.716	47.590	47.882	-5.378	-10,1%	
Nulltagesaufenthalte	15.305	17.110	18.053	19.372	20.641	21.398	22.694	23.778	24.932	9.627	62,9%	
Frequenzen ambulanter Patienten	422.882	432.677	408.468	428.078	433.164	437.490	441.519	440.954	444.096	21.214	5,0%	
KHH (vollstat. Aufnahmen je 1.000 Einwohner)	286	285	276	270	264	255	250	250	250	-36	-12,7%	
Ø Belagsdauer (Belagstage/Gesamtaufenthalte)	4,6	4,3	4,2	4,1	4,0	4,0	3,9	3,8	3,7	-0,9	-19,0%	
Belagstage je 1.000 Einwohner	1.746	1.684	1.623	1.589	1.558	1.543	1.492	1.472	1.472	-273	-15,7%	
Bettenauslastung inkl. 0-Tagesaufenthalte	84,2%	85,2%	85,4%	85,8%	86,3%	85,2%	84,6%	84,7%	83,7%	-0,46%	-0,5%	
Bettenauslastung exkl. 0-Tagesaufenthalte	80,3%	80,7%	80,5%	80,3%	80,5%	79,2%	78,2%	77,9%	76,7%	-3,65%	-4,5%	
Patientenbewegung (Saldo) exkl. Ausland	-6.352	-6.531	-6.942	-7.121	-7.136	-7.106	-6.987	-7.051	-	7.153	-801	12,6%
LKF-Punkte je 1.000 Einwohner	940.440	933.942	906.727	911.345	905.267	902.644	880.134	1.074.477	1.097.178	156.738	16,7%	

Tabelle 16: Übersichtsdaten Innviertel

Anhang B: Wirkungskette (Ziele, Indikatoren, Ergebnisse)

Ziel, politischer Auftrag	Ableitung SR II - Strategien	Indikator	Ergebnis per 31.12.2018
Sicherstellung einer flächendeckenden, bedarfsgerechten, in ihrem Leistungsspektrum aufeinander abgestimmten, hochwertigen medizinischen Versorgung der Bevölkerung.	<ul style="list-style-type: none"> - Reduktion der Krankenhaushäufigkeit - Senkung der Belagstage - gleichbleibende Qualität - Beibehaltung der Patientenströme innerhalb OÖ und Ö - abgestuftes Versorgungsangebot nach Referenzzentren, Schwerpunktleistungen und Leistungen der Basisversorgung 	<ul style="list-style-type: none"> - Entwicklung vollstationärer Aufnahmen je 1.000 Einwohner - Entwicklungen Belagstage je 1.000 Einwohner - Ergebnis A-IQI, Anzahl Fälle in der Clearingstelle, Ergebnis Bürgerbefragung - Entwicklung des Saldos zwischen Zugängen und Abgängen innerhalb OÖ und aus anderen/zu anderen Bundesländern 	<ul style="list-style-type: none"> - Die Krankenhaushäufigkeit ist von 2009 auf 2018 um 14,2 Prozent gesunken (285 bzw. 245 Aufenthalte je 1.000 Einwohner). Der Österreichwert (ohne OÖ) betrug im Jahr 2018 200 vollstationäre Aufenthalte je 1.000 Einwohner. - Die Belagstagedichte ist von 1.792 BT je 1.000 Einwohner im Jahr 2009 auf 1.486 BT je 1.000 Einwohner im Jahr 2018 gesunken. Die Veränderung von 2009 auf 2018 beträgt -17,1 Prozent. Der Belagstagedichte-Index liegt 2018 bei 112,7%. - A-IQI-Daten werden derzeit nur auf Ö-Ebene veröffentlicht. Über das Webtool kliniksuche.at können seit 2015 Patienten zu ausgewählten Behandlungen Qualitätsinformationen einholen. - In der Clearingstelle ist kein einziger Fall eingelangt. - Bürgerbefragung zeigte überwiegend (sehr) zufriedenstellende Ergebnisse über die Spitalsaufenthalte (bis 2017). - Die Ergebnisse der Patientenbefragung sind annähernd gleichbleibend und zeigen einen hohen Anteil an sehr zufriedenen und zufriedenen Patienten. Die Patientenzufriedenheit ist somit nach wie vor sehr hoch. - Die derzeit validen verfügbaren Daten lassen den Schluss zu, dass die Qualität der Leistungserbringung im Vergleich zum Niveau 2009 gehalten wurde. Die Rückmeldungen lt. Maßnahmenerhebungsblätter deuten ebenfalls auf keine Verschlechterung der Qualität hin. - Die Entwicklung des Patientenbewegungssaldos ist im Vergleich zum Jahr 2009 angestiegen. Im Jahr 2018 wurden um 9.812 mehr Fälle aus anderen Bundesländern in OÖ behandelt, als dies umgekehrt der Fall war. Dieser Saldo hat sich im Vergleich zum Jahr 2009 um 3.023 Fälle erhöht.
Weiterentwicklung und Anpassung des medizinischen Leistungsangebotes entsprechend der demografischen Entwicklung.	<ul style="list-style-type: none"> - Berücksichtigung der Anpassung des Leistungsangebotes auf die Entwicklung der Bevölkerungsgruppen (Kinder, betagte und hochbetagte Menschen, Morbiditätsentwicklung etc.) 	<ul style="list-style-type: none"> - Prozent-Veränderung der Patienten (inkl. 0-Tagespatienten) nach ausgewählten Fachgruppen (zB Kinder, Gyn/Geb etc.) - demografische Entwicklung der Bevölkerung nach den Alters- und Geschlechtsgruppen 	<ul style="list-style-type: none"> - Die aktuellen Bevölkerungsprognosen weichen in Bezug auf die Kinder und Jugendlichen von den Planungsprämissen ab. Allerdings ist der Effekt tendenziell gering und wurde in der Empfehlung der Maßnahmenänderung für LFKK-KI entsprechend berücksichtigt. - Der demografischen Entwicklung hinsichtlich der Zunahme (hoch)betagter Menschen wurde mit der Verortung zusätzlicher AGR-, NEU-, PAL und RNS-Betten Rechnung getragen. - Aufgrund epidemiologischer Veränderungen wurden zusätzliche Kapazitäten in der KJP, NICU und NIMCU-Versorgung geschaffen.
Sicherstellung der langfristigen Finanzierbarkeit des Spitalssystems, insbesondere des medizinischen Fortschritts durch Ausschöpfung von Kostendämpfungspotenzialen.	<ul style="list-style-type: none"> - Ausschöpfung von Potenzialen zur Reorganisation und Restrukturierung im Oö. Krankenhauswesen zur nachhaltigen Kostendämpfung 	<ul style="list-style-type: none"> - Einhaltung der Kostendämpfungspotenziale 	<ul style="list-style-type: none"> - Die durch die Maßnahmen vorgesehenen Kostendämpfungen wurden bisher eingehalten und dies lässt den Schluss zu, dass diese auch für die noch umzusetzenden Maßnahmen eingehalten werden.

Maßnahmenliste "grüne Liste"

Ziel, politischer Auftrag	Ableitung SR II - Strategien	Indikator	Ergebnis per 31.12.2018
Optimierung der Erbringung der Spitalsleistungen in OÖ unter bestmöglicher Ausnützung von Synergien in allen Bereichen (medizinisch, administrativ).	<ul style="list-style-type: none"> - Schwerpunktsetzungen: Spezialisierung hat Vorrang, wenn organisatorisch, qualitativ und wirtschaftlich sinnvoll - Substitution der vollstationären Leistungen durch ambulante und tagesklinische Leistungen; - Festlegung von abgestuften Versorgungsaufträgen (z.B. inkl. Konzentration von Großgeräten, Verbundlösungen, standortübergreifende Organisationseinheiten) 	<ul style="list-style-type: none"> - Umsetzung der Maßnahmen der SR II, insbesondere im Bereich Großgeräte, Verbundmodelle, standortübergreifende OE, Onkologieversorgung etc.; - Prozent-Veränderung der Patienten (vollstationär, Tagesklinik, ambulant) - Belagstageentwicklung gesamt 	<ul style="list-style-type: none"> - Alle Maßnahmen der Priorität A sind wirtschaftlich umgesetzt. - Mit einer Ausnahme sind alle Maßnahmen der Priorität B umgesetzt. Des Weiteren wurden drei Maßnahmen des Prio-B-Zeitraums auf den Prio-C-Zeitraum verschoben. - Rückgang der vollstationären Aufenthalte um 40.951 von 2009 auf 2018 bei gleichzeitigem Anstieg der 0-Tagesaufenthalte um 67.281 zeigt, dass ein großer Teil verlagert werden konnte. Die gesamten Belagstage sind um 330.294 gefallen. Die Tendenz der Verlagerung ist dadurch erkennbar. 2018 wurden 49,5 Prozent aller potenziell tagesklinischen Fälle mit einer Belagsdauer von 0 bis 5 Tagen auch tatsächlich tagesklinisch erbracht (Vergleichswert 2009: 24,0 %).
Vermeidung aller Organisationskosten, die den Patienten keinen Nutzen stiften.	<ul style="list-style-type: none"> - Nachhaltige Kostendämpfung im Sekundärbereich durch eigene Betrachtung - Vorgabe eines Kostenrahmens für das KH-Management 	<ul style="list-style-type: none"> - Kostendämpfung im Sekundärbereich - Entwicklung der Rechnungsabschlüsse des nicht medizinischen Bereichs - Zielerreichung der Kostendämpfungen 	<p>Das Verhältnis zwischen medizinischen Aufwendungen und nicht-medizinischen Aufwendungen hat sich vom Jahr 2009 bis zum Jahr 2018 um 2,6 Prozent zugunsten des medizinischen Bereiches verändert. Die Kosten wurden linear mit den Maßnahmen im medizinischen Bereich mitangepasst (Küche, Ge- und Verbrauchsgüter, Medikamente etc.) und darüber hinaus wurde ein zusätzlicher Effekt aus isolierten Maßnahmen (z.B. FM, Energiesparmaßnahmen, PR etc.) generiert.</p>

Anhang C: Umsetzungsstatus der Maßnahmen

Auf den folgenden Seiten ist der Umsetzungsstatus der Maßnahmen aus den einzelnen Prioritätszeiträumen zusammengefasst dargestellt.

Prioritätszeiträume

Priorität	Zeitraum	Erläuterung
Priorität A	Kurzfristig (2011-2013)	Innerhalb eines Rechtsträgers zu bewerkstelligen
Priorität B	Mittelfristig (2014-2016):	Insbesondere standortübergreifende Lösungen, wenn Priorität A nicht möglich ist.
Priorität C	Langfristig (2017-2020):	Umsetzung in der Psychiatrie und eventuell auch einzelne Institutslösungen.

Versorgungsregionen

VR-Code	Versorgungsregion
VR 41	Versorgungsregion Linz
VR 42	Versorgungsregion Wels
VR 43	Versorgungsregion Mühlviertel
VR 44	Versorgungsregion Pyhrn-Eisenwurzen
VR 45	Versorgungsregion Traunviertel/Salzkammergut
VR 46	Versorgungsregion Innviertel
ÜR Vers	Überregionale Versorgung

Fachbereich	VR	Stand vor SR II Basis 2009	Abbau/ Zuwachs Berechnung	Beschlossener Expertenvorschlag SR II	Kostenver. Experten- vorschlag	Prio	Umsetzungsstatus per 30.06.2019 lt. Mitteilung der Häuser
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	umgesetzt (keine Veränderung)
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	AKH: umgesetzt (01.08.2012)
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	AKH: umgesetzt (15.02.2012) KHE: umgesetzt (31.12.2012)
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)	AKH: umgesetzt (01.03.2012) KHE: umgesetzt (31.12.2018) Änderung Kooperationspartner auf BHSL, Verschiebung in Priorität C, vollst. Abteilung am Standort KHE anstatt BHSL, TK am Standort BHSL vorbehaltlich eines umsetzungswürdigen Konzeptes lt. Beschluss der LR des Evaluierungsberichts 2016
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	AKH: umgesetzt (31.12.2012) BBR: umgesetzt (31.12.2012) BHS: umgesetzt (30.6.2011)
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	AKH: umgesetzt (31.12.2015) In Prioritätszeitraum B geändert lt. Beschluss der LR des Evaluierungsberichts 2011 RO: umgesetzt (02.05.2012)

Fachbereich	VR	Stand vor SR II Basis 2009	Abbau/ Zuwachs Berechnung	Beschlossener Expertenvorschlag SR II	Kostenver. Experten- vorschlag	Prio	Umsetzungsstatus per 30.06.2019 lt. Mitteilung der Häuser
RNS	VR 41	AKH Linz 0	AKH Linz 20	Bettenaufbau am Standort AKH Linz	975.280	A	AKH: umgesetzt (31.12.2015) Trägerantrag zur Änderung auf Prio B lt. Beschluss der LR des Evaluierungsberichts 2012 genehmigt.
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	AKH: umgesetzt (15.2.2012)
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	AKH: umgesetzt (21.12.2012) Trägerantrag zur Verlagerung von 26 Betten NFA zum Fachbereich Anästhesie zur ZNA RO: umgesetzt (02.05.2012) BHSL, KHE: umgesetzt Trägerantrag zur Verschiebung von 6 Betten von BHSL zu KHE lt. Beschluss der LR des Evaluierungsberichts 2016 genehmigt
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	AKH: umgesetzt (31.12.2012) KHE: umgesetzt (30.06.2014) KHE/SR: umgesetzt (31.12.2015) Trägerantrag auf Aufhebung des Doppelpimariats KHE/SR
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	AKH: umgesetzt (25.10.2012)
NC	VR 41	WJ 90 SUMME 90	WJ 0 SUMME 0	weiterhin Konzentration der neurochirurgischen Versorgung ausschließlich beim WJ KH, Übernahme von Fällen aus Wels-Grieskirchen (Abbau Leistungen MEL01.08 - AJ140)	197.198	B	umgesetzt (31.12.2012)
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	umgesetzt (31.12.2016)

Fachbereich	VR	Stand vor SR II Basis 2009	Abbau/ Zuwachs Berechnung	Beschlossener Expertenvorschlag SR II	Kostenver- Experten- vorschlag	Prio	Umsetzungsstatus per 30.06.2019 lt. Mitteilung der Häuser
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)	RO: umgesetzt (30.06.2012) LFKK: in Umsetzung - Adaptierung Kostendämpfungspotential auf -2.132.187 lt. Beschluss der LR des Evaluierungsberichts 2014. - Verschiebung der Reduktion von 7 Betten in den Prioritätszeitraum C und erneuter Evaluierung lt. Beschluss der LR des Evaluierungsberichts 2015. Evaluierung im Rahmen des RSG 2025 BHS: umgesetzt (31.12.2013)
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	LFKK: umgesetzt (31.12.2016) in Prio B geändert lt. Beschluss der LR des Evaluierungsberichts 2011 Gemeinsam mit Maßnahme LFKK-KI bearbeitet.
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 gegebenfalls eine neue Festlegung der Standorte zu treffen.	-319.082	B	LFKK: umgesetzt (30.06.2016) - Zusätzlich 10 tagesklinische Plätze lt. Beschluss der LR des Evaluierungsberichts 2014. WJ: umgesetzt (30.06.2016)
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 niedergelassene Bereich, der ambulanten Versorgung, Ausbau der tagesklinischen Strukturen, etc.) kann die Anpassung an den vorgeschlagenen Bettenabbau erfolgen. Bettenabbau am Standort Landesnervenklinik Wagner Jauregg	-3.902.762	C	WJ: umgesetzt (31.12.2018)

Fachbereich	VR	Stand vor SR II Basis 2009	Abbau/ Zuwachs Berechnung	Beschlossener Expertenvorschlag SR II	Kostenver- Experten- vorschlag	Prio	Umsetzungsstatus per 30.06.2019 lt. Mitteilung der Häuser
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	SR-PSOE: umgesetzt (30.06.2013) SR-PSOK: umgesetzt ¹⁾ (31.12.2013) WJ-PSOE: umgesetzt (01.07.2013) WJ-PSOK: umgesetzt ¹⁾ (31.12.2013) ¹⁾ Standortabklärung durchgeführt. 6 Betten verbleiben in Steyr.
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	AKH: umgesetzt (26.06.2012)
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 - standortübergreifende 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/B BR, KHE) C (LFKK)	AKH: umgesetzt (31.12.2012) LFKK: umgesetzt (01.01.2013) KHE: umgesetzt (31.12.2016) BBR/BHS: umgesetzt (30.6.2016) RO: umgesetzt (30.06.2012) FR: umgesetzt (03.06.2013) Beibehalt einer eigenen Leitung lt. Evaluierungsbericht 2015.

Fachbereich	VR	Stand vor SR II Basis 2009	Abbau/ Zuwachs Berechnung	Beschlossener Expertenvorschlag SR II	Kostenver. Experten- vorschlag	Prio	Umsetzungsstatus per 30.06.2019 lt. Mitteilung der Häuser
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 Elis. (8 Betten) Leistungsabstimmung mit dem Elis., insbesondere keine Behandlung von onkologischen Patienten am Standort des AKh Linz.	-1.840.996	A	AKH: umgesetzt (23.12.2011) - Monitoringergebnis: weiterhin onk. OPs durchgeführt. umgesetzt: Leistungsabstimmung - Trägerantrag seitens KUK zur Aufhebung der Einschränkung für die Behandlung dermatologisch-onkologischer Leistungen lt. Beschluss der LR des Evaluierungsberichts 2017
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	AKH: umgesetzt - Bettenreduktion mit 20.12.2012; - Strabismus-OPs weiterhin an AKH lt. Beschluss der LR des Evaluierungsberichts 2012. - Erhalt Abteilungsstatus lt. Beschluss der LR des Evaluierungsberichts 2015. - Leistungsabstimmung beider Häuser BBR: umgesetzt (31.12.2012) -Leistungsabstimmung beider Häuser
Kinderherzchir.	VR 41	1 Standort am AKH Linz in Kooperation mit der Landesfrauen und Kinderklinik		keine Veränderung zum Ist-Zustand	0	A	umgesetzt (keine Veränderung)
Kinderurologie	VR 41	1 Standort BHS Linz		Beibehaltung der Kinderurologie im Krankenhaus der BHS Linz.	0	A	umgesetzt (keine Veränderung)
Stammzelltransplantation	VR 41	2 Standorte AKH Linz Krankenhaus der Elisabethinen		Oö. weites Referenzzentrum für Stammzellentransplantation am Standort des Krankenhauses der Elisabethinen.	0	A	AKH: umgesetzt Monitoringergebnis: Vereinzelt aut. SZT im AKH (5 im Jahr 2016). Aufforderung zur Einstellung bereits ergangen. In Umsetzung: Antrag zur Errichtung eines Referenzzentrums für autologe SZT am Kepler Universitätsklinikum

Fachbereich	VR	Stand vor SR II Basis 2009	Abbau/ Zuwachs Berechnung	Beschlossener Expertenvorschlag SR II	Kostenver. Expertenvorschlag	Prio	Umsetzungsstatus per 30.06.2019 lt. Mitteilung der Häuser
Nieren transplantation	VR 41	2 Standorte AKH Linz Krankenhaus der Elisabethinen		- Leistungsentfall der MEL 18.02 (Nierentransplantation) am Standort AKH Linz	0	A	AKH: umgesetzt (31.12.2013) KHE umgesetzt (keine Veränderung)
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 (SI)	SR: umgesetzt (01.03.2013) SI: umgesetzt (30.06.2013)
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	SR: umgesetzt (31.12.2015) Kostenneutraler Erhalt der beiden RCU-Betten und laufendes Monitoring lt. Beschluss der LR des Evaluierungsberichts 2015. SR/KHE: umgesetzt (01.07.2014) Trägerantrag zur zur Aufhebung des Doppelprimariats SR/KHE .
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	SR: umgesetzt (31.12.2013) KI: umgesetzt (31.12.2013)
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	SR: umgesetzt (31.12.2013) KI: umgesetzt (31.12.2013)
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	SR: umgesetzt (31.12.2013) KI: umgesetzt (31.12.2013)
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	SR: umgesetzt ¹⁾ (01.05.2014) KI: umgesetzt ¹⁾ (01.05.2014) Trägerantrag zur Auflösung des Doppelprimariats GGH ¹⁾ Bettenreduktion bereits 2012 erfolgt.

Fachbereich	VR	Stand vor SR II Basis 2009	Abbau/ Zuwachs Berechnung	Beschlossener Expertenvorschlag SR II	Kostenver- Experten- vorschlag	Prio	Umsetzungsstatus per 30.06.2019 lt. Mitteilung der Häuser
AU	VR 44	Steyr 20 SUMME 20	Steyr -5 SUMME -5	- Bettenabbau - Im gespag- Verbund Mutterabteilung für Fachschwerpunkt in Vöcklabruck	-462.378	A	umgesetzt (01.01.2014)
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	umgesetzt (31.12.2013)
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	umgesetzt (31.12.2016) Änderung des Kooperationspartners KHE und keine standort-übergreifende Organisationform lt. Beschluss der LR des Evaluierungsberichts 2016
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	SR: umgesetzt (31.12.2013) KI: umgesetzt (30.06.2013)
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	umgesetzt Trägerantrag zur Aufhebung der Maßnahme liegt vor. Beurteilung im Rahmen der PSY-Evaluierung RSG 2025.
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	A	SI: umgesetzt (31.12.2013) SI/SR: umgesetzt (31.12.2013)
	VR 45	Gmunden Vöcklabruck		0 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	GM/VB/BI: umgesetzt (01.01.2014)

Fachbereich	VR	Stand vor SR II Basis 2009	Abbau/ Zuwachs Berechnung	Beschlossener Expertenvorschlag SR II	Kostenver. Expertenvorschlag	Prio	Umsetzungsstatus per 30.06.2019 lt. Mitteilung der Häuser
PUL	VR 45	Vöcklabruck 36 SUMME 36	Vöcklabruck -6 SUMME -6	Bettenabbau am Standort Vöcklabruck	-180.162	A	umgesetzt (01.04.2012)
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	VB: umgesetzt (31.12.2015) GM: umgesetzt (31.12.2015)
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	VB: umgesetzt (01.04.2014) GM: umgesetzt (01.04.2014)
OR	VR 45	Gmunden 34 SUMME 34	Gmunden 16 SUMME 16	Bettenaufbau am Standort Gmunden	2.355.446	B	umgesetzt (01.04.2014)
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	VB: umgesetzt (01.10.2013) GM: umgesetzt (01.10.2013) BI: umgesetzt (31.12.2013)
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	umgesetzt (31.12.2013)
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	VB: umgesetzt (01.04.2012) BI: umgesetzt (31.12.2013) dWK lt. Beschluss der LR des Evaluierungsberichts 2012
URO	VR 45	Vöcklabruck 35 SUMME 35	Vöcklabruck -7 SUMME -7	Bettenabbau am Standort Vöcklabruck	-864.438	A	umgesetzt (01.04.2012)
KI	VR 45	Vöcklabruck 30 Bad Ischl 8 SUMME 38	Vöcklabruck -5 Bad Ischl 0 SUMME -5	Bettenabbau am Standort Vöcklabruck	-578.444	A	umgesetzt (01.04.2012)

Fachbereich	VR	Stand vor SR II Basis 2009	Abbau/ Zuwachs Berechnung	Beschlossener Expertenvorschlag SR II	Kostenver. Experten- vorschlag	Prio	Umsetzungsstatus per 30.06.2019 lt. Mitteilung der Häuser
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 Bett	-1.875.346	A	umgesetzt (01.04.2012)
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	umgesetzt (01.04.2012) SatDep am Standort GR lt. Beschluss der LR des Evaluierungsberichts 2011.
OR	VR 42	Wels-Griesk. 96 SUMME 96	Wels-Griesk. -11 SUMME -11	Bettenabbau	-1.448.421	A	umgesetzt (04.06.2012)
MKG	VR 42	Wels-Griesk. 16 SUMME 16	Wels-Griesk. -8 SUMME -8	Umwandlung der Abteilung in einen Fachschwerpunkt (Standort Wels) - Priorität A	-1.183.269	A	umgesetzt (01.04.2012)
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	umgesetzt (31.12.2012)
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 Schwestern (siehe VR 41) Sicherstellung der konsiliarischen Versorgung auch in anderen Krankenhäusern	-1.751.412	B	umgesetzt (31.12.2016)
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	umgesetzt (01.04.2012)
AU	VR 42	Wels-Griesk. 35 SUMME 35	Wels-Griesk. -10 SUMME -10	Bettenabbau von 10 Betten am Standort Wels	-1.169.365	A	umgesetzt (01.04.2012)
HNO	VR 42	Wels-Griesk. 40 SUMME 40	Wels-Griesk. -10 SUMME -10	Bettenabbau	-952.087	A	umgesetzt (01.04.2012)
URO	VR 42	Wels-Griesk. 40 SUMME 40	Wels-Griesk. -10 SUMME -10	Bettenabbau	-1.050.973	A	umgesetzt (01.04.2012)
DER	VR 42	Wels-Griesk. 36 SUMME 36	Wels-Griesk. -6 SUMME -6	Bettenabbau	-537.996	A	umgesetzt (31.12.2012)

Fachbereich	VR	Stand vor SR II Basis 2009	Abbau/ Zuwachs Berechnung	Beschlossener Expertenvorschlag SR II	Kostenver. Expertenvorschlag	Prio	Umsetzungsstatus per 30.06.2019 lt. Mitteilung der Häuser
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	umgesetzt (01.04.2012)
PSOK	VR 42	Wels-Griesk. 6 SUMME 6	Wels-Griesk. 6 SUMME 6	Bettenaufbau von 6 Betten am Standort Grieskirchen	200.537	A	umgesetzt (01.04.2012)
NEU	VR 42	Wels-Griesk. 33 SUMME 33	Wels-Griesk. 13 SUMME 13	Bettenaufbau von 13 Betten am Standort Wels	1.462.088	B	umgesetzt (31.12.2014)
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	umgesetzt (31.12.2012)
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	RI: umgesetzt (31.12.2014) BR: umgesetzt (31.12.2013)
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)	RI: umgesetzt Trägerantrag zur Belassung des Abteilungsstatus am KH BHS Ried BR: umgesetzt (31.12.2013)
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	-1.486.997	A	RI: umgesetzt (31.01.2014) BR: umgesetzt (31.12.2013) Antrag zur Schließung der urologischen dislozierten Tagesklinik in Braunau und Bettentransfer nach Ried lt. Beschluss der LR des Evaluierungsberichts 2016 genehmigt
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	umgesetzt (01.04.2012)

Fachbereich	VR	Stand vor SR II Basis 2009	Abbau/ Zuwachs Berechnung	Beschlossener Expertenvorschlag SR II	Kostenver. Expertenvorschlag	Prio	Umsetzungsstatus per 30.06.2019 lt. Mitteilung der Häuser
OR	VR 46	BHS Ried 32 SUMME 32	BHS Ried 10 SUMME 10	BHS Ried: Bettenaufbau von 10 Betten	1.472.154	B	umgesetzt (01.01.2014)
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	RI: umgesetzt (31.12.2014) SD: umgesetzt Trägerantrag für 2 Rechtsträger, 2 Krankenanstalten an 2 Standorten, 2 Abteilungen, 2 Leitungen und Änderung des Kooperationspartners auf Wels-Grieskirchen lt. Beschluss der LR des Evaluierungsberichts 2016 genehmigt
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	SD: umgesetzt (01.07.2013) Trägerantrag SatDep (Bettenerfordernis: 15) statt dWK von der LR am 21.10.2013 genehmigt. BR: umgesetzt (30.06.2016) RI: umgesetzt (01.01.2014)
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	-1.996.773	A	SD: umgesetzt (01.08.2011) BR: umgesetzt (31.12.2013) RI: umgesetzt (30.06.2012)
NEU	VR 46	BHS Ried 38 SUMME 38	BHS Ried 8 SUMME 8	BHS Ried: Bettenaufbau von 8 Betten	899.747	B	umgesetzt in Prio A geändert lt. Beschluss der Landesregierung des Evaluierungsberichts 2011 (31.12.2012) Trägerantrag zur Aufstockung von 2 Stroke Unit Betten (1 intern umgewidmet, 1 Verschiebung von SD) lt. Beschluss der LR des Evaluierungsberichts 2016 genehmigt
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	umgesetzt (13.11.2010)
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, SR, 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)	AKH: umgesetzt (31.12.2014) BHS: umgesetzt (31.12.2015) BR: umgesetzt (30.11.2011) VB, SR, RI: wurde gemäß SPR II nicht realisiert

Fachbereich	VR	Stand vor SR II Basis 2009	Abbau/ Zuwachs Berechnung	Beschlossener Expertenvorschlag SR II	Kostenver. Experten- vorschlag	Prio	Umsetzungsstatus per 30.06.2019 lt. Mitteilung der Häuser
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.	-1.020.789	B	umgesetzt (31.12.2018)
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	BHS/BBR: umgesetzt (01.01.2015) AKH/LFKK: umgesetzt (01.01.2012)
Institut für Anästhesiologie	VR 42	Wels-Griesk.		Zusammenführen der drei Institute auf zwei Institute	-178.168	B	umgesetzt (01.01.2015)
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-Grieskirchen 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	LV I: BBR, BHS, RI: umgesetzt KHE: umgesetzt Schließt sich dem LV I an. Offen: Organisationskonzept Verschiebung in Prio C LV II: umgesetzt Trägerantrag für Zusammenführung zu einem gespag-Diagnostikverbund lt. Beschluss der LR des Evaluierungsberichts 2016 genehmigt LV III: umgesetzt
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 / BHS Ried(B)	AKH, LFKK, WJ: umgesetzt (30.06.2014) Veränderte Zusammensetzung lt. Beschluss der LR des Evaluierungsberichts 2012 Offen: Organisationskonzept KHE: umgesetzt (30.6.2016) Durch Gründung Ordensklinikum mit 1.1.2017 dem Pathoverbund BBR, BHS, RI angeschlossen. BBR, BHS, RI: umgesetzt (30.06.2015)

Fachbereich	VR	Stand vor SR II Basis 2009	Abbau/ Zuwachs Berechnung	Beschlossener Expertenvorschlag SR II	Kostenver. Experten- vorschlag	Prio	Umsetzungsstatus per 30.06.2019 lt. Mitteilung der Häuser
Institute für Pathologie	VR 42 + VR 46	Institut in Wels-Grieskirchen		Patho-Verbund III: Konzentration in Wels-Grieskirchen (mit Versorgung des KH Braunau) organisatorische/infrastrukturelle Zusammenführung der Institute Pathologie und Mikrobiologie unter Beibehaltung der fachlichen Eigenständigkeit	-291.271	A	umgesetzt (31.12.2012)
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	in Umsetzung
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 Nutzung der Synergiepotenziale am Standort Seilerstätte.	-106.447	B	umgesetzt (30.06.2016) Trägerantrag für vorübergehende Anpassung der Maßnahme: Zusammenarbeit mit Elisabethinen im Rahmen Ordensklinikum. Mittelfristig Verbund (BHB, BHS, Elisabethinen) lt. Beschluss der LR des Evaluierungsberichts 2017 genehmigt.
Institute für Radiologie	VR 42	Institute für Radiologie sind in jedem KH eingerichtet		Klinikum Wels-Grieskirchen: Zusammenführung der 3 Institute auf 2 Institute, keine Zusammenlegung mit Nuklearmedizin, wohl aber infrastrukturelle Kooperation	-167.923	A	umgesetzt (01.06.2012)
Institute für Radiologie	VR 44	Institute für Radiologie sind defacto in jedem KH eingerichtet (ausgen. KH 429 Sierning)		Steyr-Enns-Kirchdorf: Entfall des Röntgeninstitutes in Kirchdorf und organisatorische Zusammenführung der Radiologie mit dem Institut für Radiologie am Standort Steyr-Enns <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.)	-60.122	A	umgesetzt (30.06.2013)
Institute für Radiologie	VR 45	Institute für Radiologie sind in jedem KH eingerichtet	0	Vöcklabruck – Bad Ischl – Gmunden: organisatorische Zusammenführung der Röntgeninstitute in Bad Ischl und Gmunden mit dem Institut für Radiologie am Standort Vöcklabruck Alternative: Beibehalten der jeweiligen Standortleitungen mit Leistungsabstimmung Erzielung des Kosteneinsparungspotenzials muss gewährleistet werden.	-108.303	B	VB/GM/BI: umgesetzt (20.12.2012)
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	-1.734.937	A	SR: umgesetzt (31.12.2013) RI: umgesetzt ¹⁾ (31.12.2013) KHE: umgesetzt ¹⁾ (31.12.2013) Antrag auf Aufhebung der Maßnahme Institut Radiologie und Nuklearmedizin mit Bericht 2018 ¹⁾ Weiterhin 2 Institute, da dzt. kein Primar mit erforderlicher Doppelausbildung. Lt. Beschluss der LR des Evaluierungsberichts 2012

Fachbereich	VR	Stand vor SR II Basis 2009	Abbau/ Zuwachs Berechnung	Beschlossener Expertenvorschlag SR II	Kostenver. Experten- vorschlag	Prio	Umsetzungsstatus per 30.06.2019 lt. Mitteilung der Häuser
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	umgesetzt
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 Anbieter, 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	AKH: umgesetzt (31.12.2011) SI: Wirtschaftlich umgesetzt (30.06.2014) Prüfung einer qualitativ hochwertigen Versorgung der akutgeriatrischen Patienten in der VR läuft. Trägerantrag zur Aufnahme des CT Sierning in den Großgeräteplan des ÖSG und RSG. SR: umgesetzt (28.02.2013)
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 kein Änderung zum Ist) bei erforderlicher Ersatzbeschaffung eines der 3 MR-Geräte im WJ prüfen, ob Verlagerung zum KH Rohrbach möglich ist	0	A	VB: umgesetzt lt. Beschluss der LR Aufbau MR Rohrbach bzw. Vöcklabruck.
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	WJ: umgesetzt (31.12.2011) SR: umgesetzt (31.12.2011) Adaptierung Kostendämpfungspotenzials um +80.000 lt. Beschluss der LR des Evaluierungsberichts 2015. AKH: umgesetzt (01.01.2012) KHE: umgesetzt (31.12.2011)
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	RI: umgesetzt (30.06.2012) Trägerantrag zur Anschaffung eines PET-CT am Standort Wels zur gemeinsamen Nutzung mit BHS Ried (50:50)