



Die Umsetzung der oberösterreichischen  
Spitalsreform 2010/2011  
Jahresbericht der Evaluierungskommission  
für 2015

Oktober 2016

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

## Executive Summary

Die Umsetzung der Spitalsreform II (SR II) nähert sich mit dem Jahr 2015 fast an das Ende des Prioritätszeitraumes B (bis Ende 2016). Dementsprechend wurde im vorliegenden Bericht besonders darauf geachtet, dass die vorgesehenen Maßnahmen für diesen Zeitraum auch umgesetzt werden. In einigen begründeten Fällen (z.B. Herzchirurgie des KH Wels, Urologie Elisabethinen) wird eine zeitliche Verschiebung vorgeschlagen.

Die Ergebnisse des vorliegenden Berichtes weisen darauf hin, dass die ökonomische Zielerreichung der SR II aus derzeitiger Sicht nach wie vor zu erwarten ist. Die Oö. Fondskrankenhäuser können die Kostendämpfungspotenziale der SR II einhalten. Allerdings werden die realisierten Kostendämpfungen durch exogene Veränderungen (z.B. Disinflation, Schaffung zusätzlicher Stellen aufgrund bundesgesetzlicher Vorschriften wie z.B. KA AZG, Ärztegehaltspakete 2012 und 2015, Pflegegehaltspaket, neue gesetzliche Vorgaben, Entschädigung KPJ, etc.) reduziert. Die Budgetverhandlungen für das Jahr 2017 sind ebenfalls noch nicht vollständig abgeschlossen. Mit dieser Prognose-Unsicherheit zeigt sich für das Jahr 2020 eine prognostizierte Einsparung von insgesamt rund 177 Mio. Durch diese exogenen Faktoren wird der erzielte Kostendämpfungseffekt aus der Spitalsreform II zu einem wesentlichen Teil wieder kompensiert. Dementsprechend sind die budgetären Notwendigkeiten der weiteren Dämpfung der Ausgaben entsprechend hoch.

In Hinblick auf die Zielsetzung, mit Gesamtösterreich vergleichbare Werte in Bezug auf Krankenhaushäufigkeiten und Belagstage je tausend Einwohner zu erreichen, stagnieren die Kennzahlen bzw. sind nur leicht rückläufig. Wie im Vorjahr ist es zwar gelungen die Krankenhaushäufigkeit (vollstationäre Aufnahmen je 1.000 Einwohner) und die Belagstagedichte (Belagstage je 1.000 Einwohner) weiterhin leicht zu senken. Allerdings war die Veränderung nicht ausreichend um beide Kennzahlen weiter an den Österreichschnitt ohne Oberösterreich anzunähern, im Gegenteil, der Abstand ist wieder größer geworden. Beide Werte liegen nach wie vor über dem Österreichdurchschnitt ohne Oberösterreich. Dies liegt vor allem daran, dass sich die Krankenhaushäufigkeit und die Belagstagedichte in den anderen Bundesländern stärker verringert haben als in Oberösterreich.

Die Krankenhaushäufigkeit und die Belagstagedichte unterscheiden sich weiterhin zwischen den Versorgungsregionen Oberösterreichs. Die höchste Krankenhaushäufigkeit weisen nach wie vor der Zentralraum Linz und die Versorgungsregionen Pyhrn-Eisenwurzen sowie das Innviertel auf. Aber auch die anderen Versorgungsregionen liegen noch über dem Vergleichswert der anderen Bundesländer. Die höchsten Belagstagedichten sind wiederum in den Versorgungsregionen Zentralraum Linz und der Pyhrn-Eisenwurzen zu beobachten. Wie im Vorjahr empfiehlt die Kommission die Praxis der stationären Aufnahme zu prüfen und unter der Verwendung von Best-Practice-Prozessen zu optimieren.

Im Vergleich zum Jahr 2014 konnte der Anteil der tagesklinischen Aufnahmen weiter geringfügig erhöht werden. Das noch immer vorhandene tagesklinische und ambulante Potenzial verdeutlicht, dass noch Spielraum für die Verringerung der vollstationären/stationären Inanspruchnahme vorhanden ist. Aufgrund des Abflachens der jährlichen Substitutionsraten scheinen aber weitere Optimierungen immer schwieriger umzusetzen zu sein.

Die Ausgaben für den nicht medizinischen Bereich (z.B.: Verwaltung oder Facility Management) konnten – wie im Vorjahr – prozentuell stärker gedämpft werden, als die Ausgaben für den medizinischen Bereich.

Die vorliegenden Berichte der von den Oö. Spitälern durchgeführten Patientenbefragungen sowie die Berichte der Patientenvertretung und die vom Land Oö jährlich durchgeführten Bevölkerungsbefragung deuten darauf hin, dass die SR II zu keiner Verschlechterung der Zufriedenheit der Patienten und Bevölkerung mit der medizinischen Versorgung geführt hat. Der Clearingstelle wurde kein Fall vorgelegt.

Die bereits vorhandenen Halbjahresdaten für 2016 deuten darauf hin, dass Reformmöglichkeiten weiterhin gegeben sind. Die Evaluierungskommission weist daher auf die Notwendigkeit hin, diese Möglichkeiten entsprechend zu heben. Es wird wie im Vorjahr u.a. die Implementierung von Best-Practice-Prozessen empfohlen. Ziel dabei ist die Findung von erfolgreichen Umsetzungsmodellen und der Austausch der Modelle zwischen den Häusern, um die Inanspruchnahme von stationären Krankenhausleistungen durch Verlagerung in den ambulanten und tagesklinischen Bereich zu beeinflussen. Dies betrifft auch eine Optimierung im präoperativen Management und in der Organisation der Aufnahmeeinheiten im Krankenhaus.

Für das Berichtsjahr 2016 und folgende haben sich die Rahmenbedingungen insofern verändert, als einerseits das Kepler Universitätsklinikum mit 31.12.2015 und das Ordensklinikum mit 1.1.2017 entstanden ist bzw. entstehen wird. Aus diesem Grund empfiehlt die Kommission die Leistungsschwerpunkte sowohl innerhalb als auch zwischen den (neuen) Trägergruppen zu prüfen und auf die geänderten Rahmenbedingungen im Zentralraum Linz anzupassen.

Mit der Entwicklung des neuen ÖSG wird die Möglichkeit geschaffen, den ambulanten Bereich besser zu planen und gemeinsam mit den Sozialversicherungsträgern eine Leistungsabstimmung durchzuführen. In diesem Zusammenhang ist auch zu erwähnen, dass die Evaluierungskommission empfiehlt, den Planungshorizont (derzeit bis 2020) – sofern der RSG OÖ in der Landeszielsteuerungskommission in ihrer Novembersitzung 2016 beschlossen wird - in den nächsten Jahren zeitgerecht zumindest auf 2025 zu erweitern.

## Inhaltsverzeichnis

<b>1</b>	<b>Auftrag/Aufgabenstellung.....</b>	<b>10</b>
1.1	Mitglieder der Kommission .....	11
1.2	Arbeitsweise der Kommission/Auftragsabwicklung .....	11
<b>2</b>	<b>Evaluierung der Umsetzung der SR II.....</b>	<b>13</b>
2.1	Das Evaluationsdesign .....	13
2.2	Ökonomische Bewertung .....	14
2.2.1	Gesamtbudgetentwicklung .....	14
2.2.2	Auslastung.....	16
2.2.3	Bettenentwicklung.....	18
2.3	Quantität der Leistungsentwicklung .....	19
2.3.1	Krankenhausthäufigkeit .....	19
2.3.2	Belagstagedichte .....	22
2.3.3	LKF-Punktedichte.....	24
2.3.4	Durchschnittliche Belagsdauer .....	26
2.3.5	Nulltagesaufenthalte .....	29
2.3.6	Präoperative Verweildauer .....	30
2.3.7	Wiederaufnahmerate .....	32
2.3.8	Patientenbewegungen von anderen Bundesländern nach OÖ .....	34
2.3.9	Patientenbewegungen innerhalb von OÖ.....	35
2.3.10	Tagesklinische Fälle und Potenzial .....	36
2.3.11	Verlagerungspotenzial in den ambulanten Bereich .....	37
2.3.12	Trends 2016.....	38
2.4	Qualität der Leistungserbringung .....	39
2.4.1	Strukturqualität .....	39
2.4.1.1	Allgemein .....	39
2.4.1.2	Neue Strukturen zur Verbesserung der Versorgungsqualität .....	39
2.4.2	Prozessqualität .....	41
2.4.3	Patientensicherheit und Ergebnisqualitätsmessung.....	42
2.4.3.1	Patientensicherheit.....	42
2.4.3.2	Ergebnisqualitätsmessung .....	43
2.4.3.3	Konzept für die sektorenübergreifende Qualitätsberichterstattung .....	45
2.4.3.4	Analyse der Alters- und Geschlechtsstandardisierten Mortalitätsraten .....	45
2.4.3.5	Rückmeldungen lt. Maßnahmenerhebungsblätter.....	45
2.4.4	Bundesqualitätsleitlinie Aufnahme- und Entlassungsmanagement „BQLL AUFEM“ .....	45
2.4.5	Über-, Unter-, Fehlversorgung.....	46
2.5	Patienten- und Bürgerbeteiligung .....	47
2.5.1	Bericht der sektorenübergreifenden Patientenbefragung.....	47
2.5.2	Bericht zur Bevölkerungsbefragung.....	47
2.5.3	Bericht der Patientenbefragungen der Krankenanstalten .....	48
2.5.4	Bericht der Oö. Patientenvertretung .....	49
2.5.5	Bericht der Clearingstelle .....	49
2.5.6	Bericht der Oö. Landes-Ausbildungskommission für Ärzte .....	50
<b>3</b>	<b>Umsetzung der Maßnahmen der SR II.....</b>	<b>51</b>
3.1	Medizinischer Bereich .....	52
3.1.1	Schaffung von Spitalsverbänden .....	52
3.1.2	Auswirkungen auf die Angebotsplanung.....	53
3.2	Nicht Medizinischer Bereich .....	54
3.3	Begleitmaßnahmen / Rahmenbedingungen .....	54

3.3.1	OÖ Krankenanstalten- und Großgeräteplan (Oö. KAP/GGP).....	54
3.3.2	Bundesgesundheitsreform (Zielsteuerung Gesundheit) .....	55
3.3.3	Österreichischer Strukturplan Gesundheit (ÖSG).....	57
3.3.4	eHealth/ELGA Strategie des Landes Oö .....	58
3.3.5	Katalog ambulanter Leistungen (KAL).....	59
3.3.6	Ambulante Finanzierung und Krankenanstaltenfinanzierung .....	59
3.3.7	Anreizsysteme .....	60
3.3.8	Nahtstellenmanagement .....	61
3.3.9	Organisations- und Zusammenarbeitsmodelle.....	62
<b>4</b>	<b><i>Sonderthemen</i></b> .....	<b>64</b>
<b>4.1</b>	<b>Psychiatrie- und Psychosomatikversorgung</b> .....	<b>64</b>
4.1.1	Maßnahmen SR II.....	64
4.1.2	Status .....	64
<b>4.2</b>	<b>Interventionelle Kardiologie</b> .....	<b>65</b>
4.2.1	Maßnahme SR II.....	65
4.2.2	Fragestellungen/Herausforderungen.....	65
4.2.3	Status .....	65
<b>4.3</b>	<b>Standortübergreifende Organisationsformen und Verbände</b> .....	<b>67</b>
<b>4.4</b>	<b>Pathologie-Verbände</b> .....	<b>68</b>
4.4.1	Maßnahmen SR II.....	68
4.4.2	Status .....	68
<b>4.5</b>	<b>Onkologiekonzept OÖ, Onkologiebeirat</b> .....	<b>69</b>
4.5.1	Status .....	70
<b>4.6</b>	<b>Kinderversorgung OÖ</b> .....	<b>70</b>
4.6.1	Status .....	70
<b>5</b>	<b><i>Vorschlag für die Anpassung der Beschlussfassung</i></b> .....	<b>72</b>
<b>6</b>	<b><i>Ausblick</i></b> .....	<b>78</b>
<b>7</b>	<b><i>Literaturverzeichnis</i></b> .....	<b>80</b>
<b>Anhang A: Übersichtsdaten</b> .....		<b>82</b>
<b>Anhang B: Wirkungskette (Ziele, Indikatoren, Ergebnisse)</b> .....		<b>87</b>
<b>Anhang C: Umsetzungsstatus der Maßnahmen</b> .....		<b>89</b>

## **Abbildungsverzeichnis**

Abbildung 1: Evaluationsdesign .....	13
Abbildung 2: Geplantes Kostendämpfungspotenzial durch die SR II.....	14
Abbildung 3: Ausgabenentwicklung in Mio. Euro 2009 bis 2020.....	15
Abbildung 4: Steuerungskurve in Mio. Euro 2009 bis 2020 .....	16
Abbildung 5: Auslastung (inkl. NTA).....	17
Abbildung 6: Auslastung (exkl. NTA) .....	18
Abbildung 7: Krankenhaushäufigkeits-Index von Oberösterreich.....	20
Abbildung 8: Krankenhaushäufigkeit – Bundesländervergleich .....	20
Abbildung 9: Krankenhaushäufigkeits- Index je Versorgungsregion .....	21
Abbildung 10: Krankenhaushäufigkeit je Versorgungsregion.....	21
Abbildung 11: Belagstagedichte- Index von Oberösterreich.....	22
Abbildung 12: Belagstagedichte – Bundesländervergleich .....	23
Abbildung 13: Belagstagedichte-Index je Versorgungsregion .....	23
Abbildung 14: Belagstagedichte je Versorgungsregion .....	24
Abbildung 15: Punktedichte-Index von Oberösterreich.....	24
Abbildung 16: Punktedichte – Bundesländervergleich .....	25
Abbildung 17: Punktedichte-Index je Versorgungsregion .....	25
Abbildung 18: Punktedichte je Versorgungsregion .....	26
Abbildung 19: Belagsdauer-Index von Oberösterreich .....	27
Abbildung 20: Belagsdauer - Bundesländervergleich.....	27
Abbildung 21: Belagsdauer-Index je Versorgungsregion .....	28
Abbildung 22: Belagsdauer je Versorgungsregion .....	28
Abbildung 23: Nulltagesanteils-Index von Oberösterreich .....	29
Abbildung 24: Nulltagesanteil Bundesländervergleich.....	30
Abbildung 25: NTA-Index je Versorgungsregion .....	30
Abbildung 26: NTA-Anteil je Versorgungsregion.....	30
Abbildung 27: Präoperative Verweildauer – Bundesländervergleich .....	32
Abbildung 28: Präoperative Verweildauer je Versorgungsregion .....	32
Abbildung 29: Entwicklung der Wiederaufnahmerate .....	33
Abbildung 30: Bürgerzufriedenheitsbefragung, 2015-2016 .....	47
Abbildung 31: Anzahl der Eingaben bei der Oö. Patientenvertretung, 2009-2015.....	49
Abbildung 32: Kostendämpfungs-Systematik – Medizinischer und nicht medizinischer Bereich	51

## ***Tabellenverzeichnis***

Tabelle 1: Entwicklung der tatsächlichen Betten.....	19
Tabelle 2: Präoperative Verweildauer in operativen Fächern.....	31
Tabelle 3:Übersicht der Patientenbewegungen nach Bundesländern.....	34
Tabelle 4: Übersicht der OÖ-Patientenbewegungen nach Versorgungsregion.....	35
Tabelle 5: Tagesklinisch behandelte Fälle und tagesklinisches Potenzial.....	36
Tabelle 6: Ambulantes Potenzial .....	37
Tabelle 7: Interventionelle Kardiologie.....	66
Tabelle 8: Vorschlag für die Anpassung der Beschlussfassung.....	77
Tabelle 9: Übersichtsdaten Ö ohne OÖ .....	82
Tabelle 10: Übersichtsdaten OÖ .....	83
Tabelle 11: Übersichtsdaten Zentralraum Linz.....	83
Tabelle 12: Übersichtsdaten Zentralraum Wels.....	84
Tabelle 13: Übersichtsdaten Mühlviertel .....	84
Tabelle 14: Übersichtsdaten Pyhrn-Eisenwurzen .....	85
Tabelle 15: Übersichtsdaten Traunviertel-Salzkammergut .....	85
Tabelle 16: Übersichtsdaten Innviertel.....	86

## *Abkürzungsverzeichnis*

A-IQI	Austrian Inpatient Quality Indicators
AKh Linz	Allgemeines Krankenhaus der Stadt Linz
AMR	Antimikrobielle Resistenzen
BBR	Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Linz
BD	Belagsdauer
BHS	Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern
BI	Bad Ischl
BKT	Bezirkskoordinationsteam
BMGF	Bundesministerium für Gesundheit und Frauen
BT	Belagstag
CATI	Computer assisted telephone interview
COR	Coronarangiographie
CT	Computertomographie
DIAG	Dokumentations- und Informationssystem für Analysen im Gesundheitswesen
dTK	Dislozierte Tagesklinik
dWK	Dislozierte Wochenklinik
ECT	Emissions-Computertomographie
ELGA	Elektronische Gesundheitsakte
ELGA-G	Elektronisches Gesundheitsakte-Gesetz
EPU	Elektrophysiologische Untersuchung
EW	Einwohner
GDA	Gesundheitsdiensteanbieter
gespag	Oö. Gesundheits- und Spitals-AG
GGP	Großgeräteplan
GKK	Gebietskrankenkasse
GM	Gmunden
HDG	Hauptdiagnosegruppe
HNO	Hals-Nasen-Ohren
ICD-10	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme
ICU	Intensive Care Unit
IMC	Intermediate Care Unit
KAG	Krankenanstaltengesetz
KAKuG	Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz
KAL	Katalog ambulanter Leistungen
KDok	Krankenanstaltendokumentation
KH	Krankenhaus
KHH	Krankenhaushäufigkeit
KPJ	Klinisch-Praktisches Jahr
KUK	Kepler Universitätsklinikum
LDF	Leistungsorientierte Diagnosenfallgruppen
LGF	Landesgesundheitsfonds
LFKK	Landesfrauen- und Kinderklinik Linz
LKF	Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung
LKH	Landeskrankenhaus



LNKL-WJ	Landesnervenklinik Wagner-Jauregg
LRH	Landesrechnungshof
MC3	Med Campus III. (ehem. Allgemeines Krankenhaus der Stadt Linz)
MC4	Med Campus IV. (ehem. Landesfrauen- und Kinderklinik Linz)
MEL	Medizinische Einzelleistung
MKG	Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie
MR / MRT	Magnetresonanz-Tomographie
MVZ	Multidisziplinäres Versorgungszentrum
NMC	Neuromed Campus (ehem. Landesnervenklinik Wagner-Jauregg)
NI	Nosokomiale Infekte
NPF	Normalpflege
NTA	Nulltagesaufenthalt
NSM	Nahtstellenmanagement
OÖ	Oberösterreich
Oö. KAP/GGP	Oberösterreichischer Krankenanstalten- und Großgeräteplan
ÖSG	Österreichischer Strukturplan Gesundheit
PAL	Palliativmedizin
PAT	Pathologie
PHC	Primary Health Care Center
PR	Public Relations
PSOE	Psychosomatik für Erwachsene
RSG	Regionaler Strukturplan Gesundheit
SatDep	Satellitendepartment
SR II	Oberösterreichische Spitalsreform 2010/2011
SR	Steyr
SV	Sozialversicherung
TKL	Tagesklinik; tagesklinisch
VB	Vöcklabruck
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
WGR	Klinikum Wels-Grieskirchen

## 1 Auftrag/Aufgabenstellung

Mit Regierungsbeschluss vom 06. Juni 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 2014 statt.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup>Landesrechnungshof-Bericht Initiativprüfung „Umsetzung Spitalsreform II (Stand Ende 2013)“, 2014.

## 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 und
- Mag. Rudolf Linzatti, Geschäftsführer der Solve Consulting Managementberatung GmbH

Zwei landesinterne Mitglieder mit beratender Stimme werden bei Bedarf beigezogen

- HR Dir. Dr. Matthias Stöger, Direktor 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:

## **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 den Landeshauptmann und Gesundheitsreferenten Dr. Josef Pühringer übergeben wird.

### **Betrachtungszeitraum des Jahresberichts 2016 für 2015**

Für den Jahresbericht 2016 für 2015 wurden der Datenstand und die Eingaben bis zum 30.9.2016 verwendet. Alle Daten wurden – soweit nicht anders erwähnt – aus den offiziellen KDOK-Daten 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.

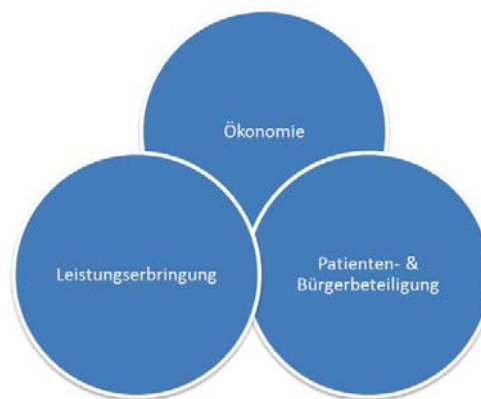
## 2 Evaluierung der Umsetzung der SR II

Gemäß Auftrag der Evaluierungskommission wird die Zielerreichung der SR II gemäß einstimmiger Beschlussfassung der Oö. Landesregierung vom 06.06.2011 und dem Landtagsbeschluss vom 07.07.2011 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 31.12.2015.

### 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 Spitalsystems – einschließlich des medizinischen Fortschritts – sichergestellt werden.

Die Umsetzung aller Maßnahmen der SR II hat zum Beschlusszeitpunkt (06.06.2011) für das Jahr 2020 ein Kostendämpfungspotenzial von rund 366 Mio. Euro gegenüber der Hochrechnung ohne SR II ergeben.<sup>2</sup> 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 177 Mio. Euro sowie eine kumulierte Kostendämpfung von rd. 1,6 Mrd. Euro.<sup>3</sup> Die Prognose bis 2020 kann durch die noch abzuschließenden Budgetverhandlungen für das Jahr 2017 beeinflusst werden, nachdem diese auf den eingereichten Voranschlägen 2017 aufbaut.

Die Reduktion des prognostizierten Kostendämpfungspotenzials zum Vorjahresbericht lässt sich unter anderem durch das Ärzte- und Pflegepaket erklären. Zudem kann, wie im Vorjahresbericht dargelegt, die Reduktion des Kostendämpfungspotenzials durch Änderungstatbestände (das 2012 abgeschlossene Ärzepaket etc.) sowie eine prognostizierte Verringerung des Preisniveaustieges (Disinflation) erklärt werden.

<sup>2</sup> Inkl. Steigerungen, Veränderungen der Leistungsentwicklung und Inflation.

<sup>3</sup> Rechnungsabschlüsse bis 2015 bzw. Voranschläge 2016 (genehmigt) und 2017 (eingereicht) sowie Hochrechnung ab 2018.

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.

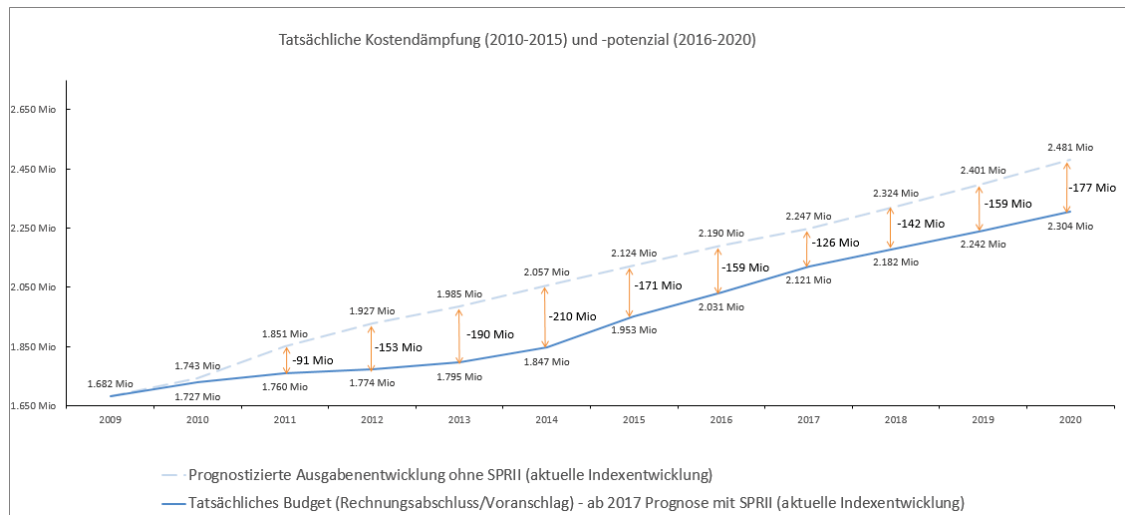
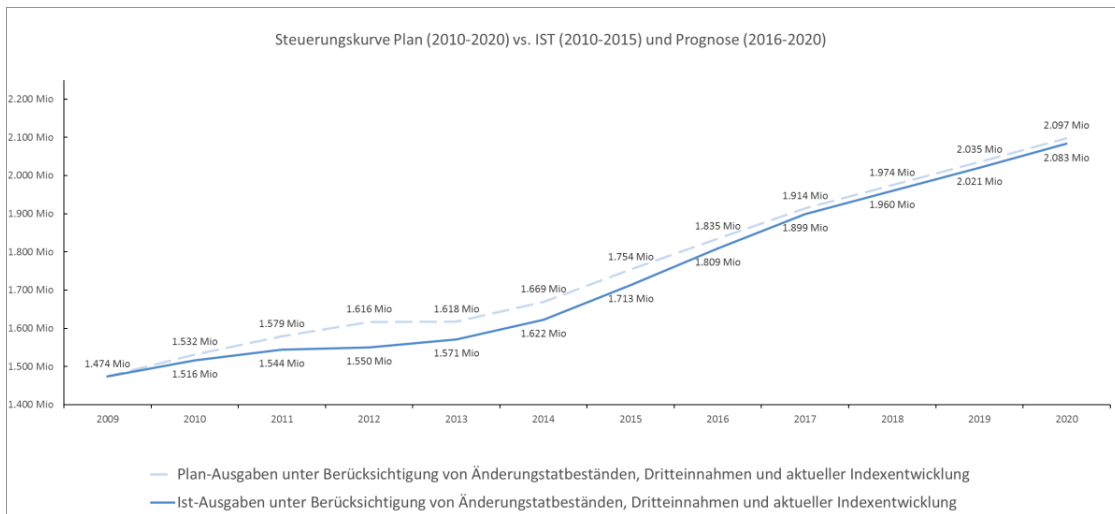


Abbildung 3: Ausgabenentwicklung in Mio. Euro 2009 bis 2020

Der Anstieg der Ausgaben vom Jahr 2013 auf das Jahr 2014 ergibt sich aus vorgezogenen Maßnahmen des Prioritätszeitraums B (ab 01.01.2014), welche bereits im Prioritätszeitraum A (bis 31.12.2013) umgesetzt wurden. Dies führt zu einer vorgezogenen zusätzlichen Kostendämpfung, die von 2013 auf 2014 wieder zum Teil kompensiert wird. Die Ausgaben des Jahres 2016 basieren auf den genehmigten Voranschlägen. Aktuellen Hochrechnungen zur Folge werden die Ausgaben in diesem Jahr um bis zu 17 Mio. Euro überschritten, da die Ausgaben für das Ärztepaket über den veranschlagten Beträgen liegen.

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 Änderungsstände. Darüber hinaus werden auch die Einnahmen aus „nicht öffentlichen Mitteln“ (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 speziell ab dem Jahr 2017 immer mehr annähern, d.h. die Planabweichung wird kleiner. Für 2020 wird zum Zeitpunkt der Berichterstellung eine Unterschreitung der Vorgaben der Steuerungskurve von rd. 14 Mio. Euro prognostiziert.



**Abbildung 4: Steuerungskurve in Mio. Euro 2009 bis 2020**

Die SR II Maßnahmen werden somit durch die 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 haben ergeben, dass sich der Wert in Summe mit der Annahme der SR II deckt, aber die Höhe zwischen den Krankenanstalten differiert. Die Evaluierungskommission empfiehlt daher, Kriterien und Mechanismen für eine verursachungsgerechtere und differenziertere Bemessung je Krankenanstalt zu entwickeln.

### 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:

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

Abbildung 5 zeigt den Auslastungsvergleich inkl. NTA für die Jahre 2009, 2014 und 2015. Die horizontale Linie zeigt den OÖ-Schnitt des Jahres 2015.



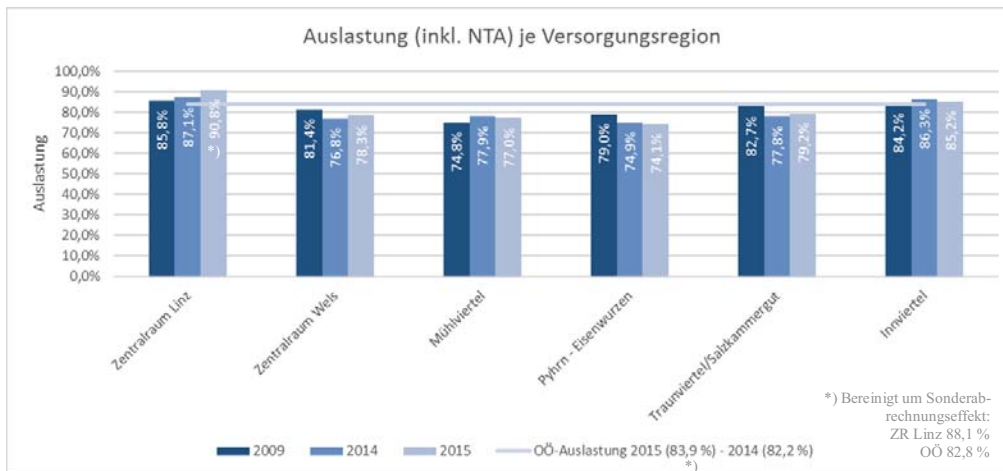


Abbildung 5: Auslastung (inkl. NTA)

Im Vergleich zum Vorjahr hat sich die OÖ-Auslastung um 1,7 Prozentpunkte erhöht (83,9 Prozent im Jahr 2015 und 82,2 Prozent im Jahr 2014). Auf der Ebene der Versorgungsregion gibt es sowohl Steigerungen als auch Rückgänge im Vergleich zu 2014. Anstiege sind im Zentralraum Linz (+3,7 Prozentpunkte), im Zentralraum Wels (+1,5 Prozentpunkte) und im Traunviertel/Salzkammergut (+1,4 Prozentpunkte) zu verzeichnen. In den Versorgungsregionen Innviertel (-1,1 Prozent), Pyhrn-Eisenwurzen (-0,8 Prozentpunkte) und Mühlviertel (-0,9 Prozent) sind hingegen rückläufige Entwicklungen zu erkennen. Hierbei sei jedoch angemerkt, dass Auslastungswerte von Jahr zu Jahr statistische Schwankungen aufweisen. Im Berichtsjahr 2015 gibt es einen besonderen statistischen Ausreißer: Im Zuge der Gründung des Kepler Universitätsklinikums per 1.1.2016 wurden alle Patienten der ehemaligen Standorte AKh Linz, Landes-Nervenlinik Wagner-Jauregg Linz und Landesfrauen- und -kinderklinik Linz am 31.12.2015 aus der bisherigen Krankenanstalt administrativ entlassen und abgerechnet und am 1.1.2016 in der neuen Krankenanstalt wiederaufgenommen. Da die Kennzahlen auf den Abrechnungsdaten beruhen, kam es insbesondere im Bereich der Belagstage (höherer Anteil von Patienten mit überdurchschnittlich hoher Belagsdauer aus der Psychiatrie der Landes-Nervenlinik Wagner-Jauregg) zu einem überproportionalen Anstieg aus diesem Effekt.<sup>4</sup> Bereinigt man die Auslastungswerte um diesen Sondereffekt, ergibt die Auslastung (inkl. NTA) für den Zentralraum Linz 88,1 Prozent (+1,0 Prozentpunkte zum Vorjahr) und für OÖ 82,8 Prozent (+0,6 Prozentpunkte).

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 Auslastungskategorie – 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 37 Prozent, weitere 26 Prozent entfallen auf den Auslastungsbereich 70-80 Prozent. Im Bereich von 80-90 Prozent finden sich 18 Prozent und 19 Prozent der Fachabteilungen weisen eine Auslastung

<sup>4</sup> Die Auswirkungen dieses Effektes werden in den folgenden Abschnitten – sofern ein signifikanter Einfluss auf die Kennzahlen festgestellt wurde – im Erläuterungstext zu den Abbildungen näher beschrieben und in den Grafiken als Fußnote „Sonderabrechnungseffekt“ dargestellt.

von über 90 Prozent auf. Bei der Auslastung handelt es sich um eine jährliche Durchschnittsbeurteilung, saisonale Schwankungen sowie planweise unbesetzte 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 Auslastungsberechnung wurde festgestellt, dass eine lückenlose Dokumentation aller Betriebsformen und anderer Bettensperren in den bestehenden Systemen mit einem erheblichen Mehraufwand verbunden und somit nicht zielführend wäre. Es wurde jedoch festgehalten, dass bei etwaigen Detailanalysen oder speziellen Vergleichen eine Berücksichtigung erfolgt.

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

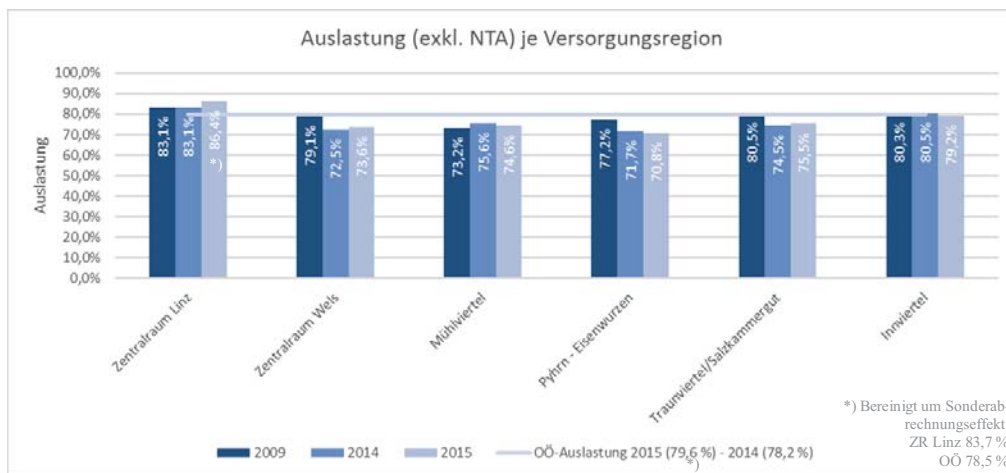


Abbildung 6: Auslastung (exkl. NTA)

Die Auslastung exkl. der Nulltagesaufenthalte (79,6 Prozent für OÖ) fällt definitionsgemäß geringer aus als die Auslastung inkl. NTA (83,9 Prozent). Die OÖ-Auslastung hat sich im Vergleich zum Vorjahr um 1,4 Prozentpunkte erhöht. Bezogen auf die Versorgungsregionen zeigen die Entwicklungen einen ähnlichen Trend wie bei der Auslastung inkl. NTA. Die Auslastung im Zentralraum Linz ist um 3,3 Prozentpunkte auf 86,4 Prozent gestiegen. Während auch im Mühlviertel die Auslastung über dem Wert 2009 liegt, zeigen sich in den anderen Versorgungsregionen Reduktionen im Vergleich zum Jahr 2009: Innviertel -1,1 Prozentpunkte, Traunviertel/Salzkammergut -5,0 Prozentpunkte, Zentralraum Wels -5,5 Prozentpunkte, Pyhrn – Eisenwurzen -6,4 Prozentpunkte. Diese Entwicklung verdeutlicht den anhaltenden Trend der Verschiebung hin zu Nulltagesaufenthalten. Wird die Auslastung (exkl. NTA) ebenso um den oben beschriebenen Sondereffekt aus der Gründung des Kepler Universitätsklinikums bereinigt, nimmt die Auslastung im Zentralraum Linz nur um 0,6 Prozentpunkte auf 83,7 Prozent zu bzw. erhöht sich die OÖ-Auslastung lediglich um 0,3 Prozentpunkte auf 78,5 Prozent im Vergleich zum Vorjahr.

### 2.2.3 Bettenentwicklung

Dieser Abschnitt befasst sich mit der Bettenentwicklung je Versorgungsregion. Dafür werden die Jahre 2009, 2014 und 2015 herangezogen. Für die Auswertung werden die – gemäß KA-Statistik ausgewiesenen – tatsächlich aufgestellten Betten verwendet. Die Ergebnisse sind in Tabelle 1 abgebildet. Die erste Spalte zeigt die jeweilige Versorgungsregion, danach folgt der Bettenstand je Jahr, in der Spalte 4 und 5 die Differenz 2015 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	
	2009	2014	2015	Absolut	Prozentuell	Veränderung	Betten
Zentralraum Linz	3.473	3.269	3.263	-210	-6,0%	-214	3.256
Zentralraum Wels	1.351	1.232	1.239	-112	-8,3%	-124	1.227
Mühlviertel	382	367	367	-15	-3,9%	-15	367
Pyhrn-Eisenwurzen	1.155	962	945	-210	-18,2%	-207	950
Traunviertel-Salzkammergut	1.144	1.058	1.058	-86	-7,5%	-86	1.058
Innviertel	1.070	965	966	-104	-9,7%	-105	965
<b>Oberösterreich</b>	<b>8.575</b>	<b>7.853</b>	<b>7.838</b>	<b>-737</b>	<b>-8,6%</b>	<b>-751</b>	<b>7.823</b>

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 8,6 Prozent reduziert werden – im Vergleich dazu in Österreich ohne Oberösterreich um 5,2 Prozent. Dies entspricht 737 Betten und einem Zielerreichungsgrad von 98 Prozent. Im Vergleich zum Vorjahr (96 Prozent) konnte der Zielerreichungsgrad somit um 2 Prozentpunkte erhöht werden.

## 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. 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 116,7 Prozent im Jahr 2015 rückläufig. Im Vergleich zum Vorjahr hat sich jedoch der Index wieder um 1,1 Prozent erhöht. Die KHH liegt in Oberösterreich somit um 16,7 Prozent höher als der Österreichdurschnitt ohne Oberösterreich.

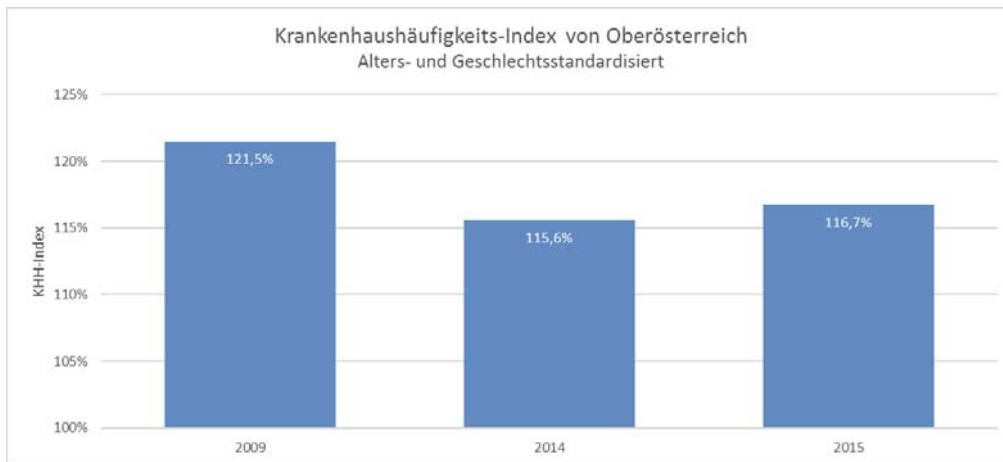


Abbildung 7: Krankenhaushäufigkeits-Index von Oberösterreich

In Abbildung 8 ist die KHH in absoluten Zahlen dargestellt, wobei die horizontale Linie den Österreichwert ohne OÖ des Jahres 2015 anzeigt. In OÖ ist die Kennzahl von 285 (2009) auf 248 Aufnahmen (2015) 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. Im Vergleich zum Jahr 2014 konnte die KHH in OÖ zwar absolut gesehen weiter reduziert werden, jedoch konnte der Wert in Österreich ohne OÖ stärker reduziert werden, wodurch der KHH-Index OÖ als relative Messgröße gestiegen ist (Abbildung 6). Betrachtet man nur die Entwicklung in Oberösterreich, zeigt sich, dass die KHH seit 2009 um rund 13 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.

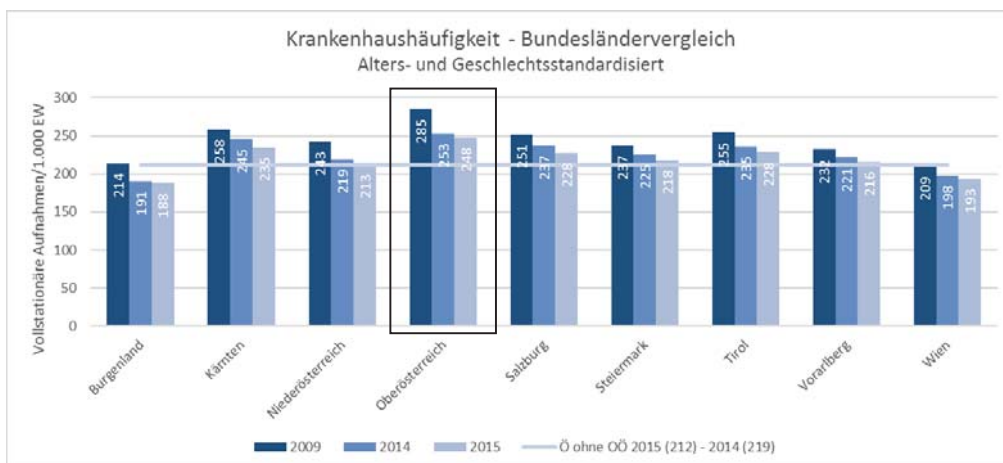


Abbildung 8: Krankenhaushäufigkeit – Bundesländervergleich

Für die Ermittlung des KHH-Index der Versorgungsregionen wurde der jeweilige Wert der VR in Bezug zum Österreichwert ohne Oberösterreich gesetzt. In dieser Abbildung repräsentiert die horizontale Linie den OÖ-KHH-Index 2015.

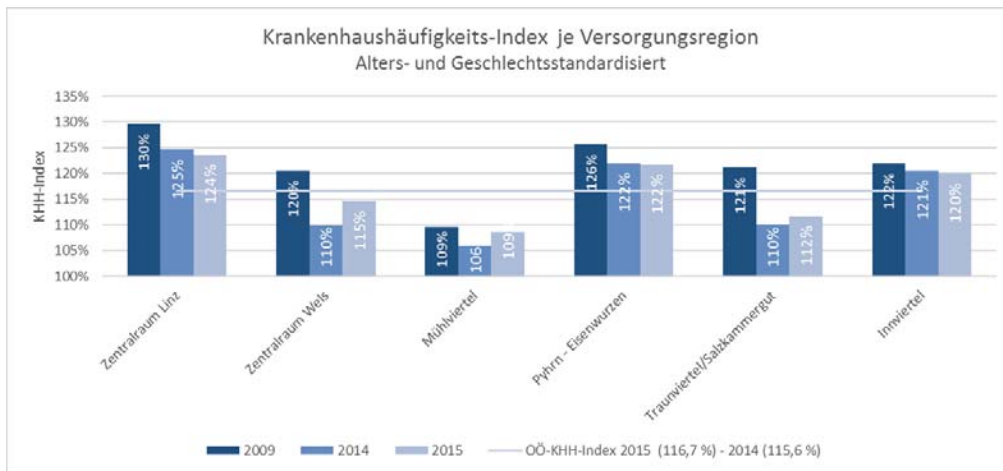


Abbildung 9: Krankenhausfähigkeits- Index je Versorgungsregion

Im Vergleich zum Jahr 2009 ist der KHH-Index, bis auf die Region Mühlviertel, in allen Versorgungsregionen rückläufig. Im Vergleich zum Jahr 2014 konnte der Index in den Regionen Zentralraum Linz und Innviertel jeweils um 1 Prozentpunkt leicht reduziert werden. Während der Wert in der Versorgungsregion Pyhrn – Eisenwurzen stagniert, erhöht sich der KHH-Index im Traunviertel–Salzkammergut (+2 Prozentpunkte), im Mühlviertel (+ 3 Prozentpunkte) und im Zentralraum Wels (+5 Prozentpunkte). Zwar befinden sich die drei Regionen unter dem OÖ-KHH-Index des Jahres 2015, aber diese Regionen liegen über dem Wert des Österreichschnittes ohne OÖ. Dieses empirische Muster spiegelt sich auch in der absoluten KHH wider, die in Abbildung 10 dargestellt ist.

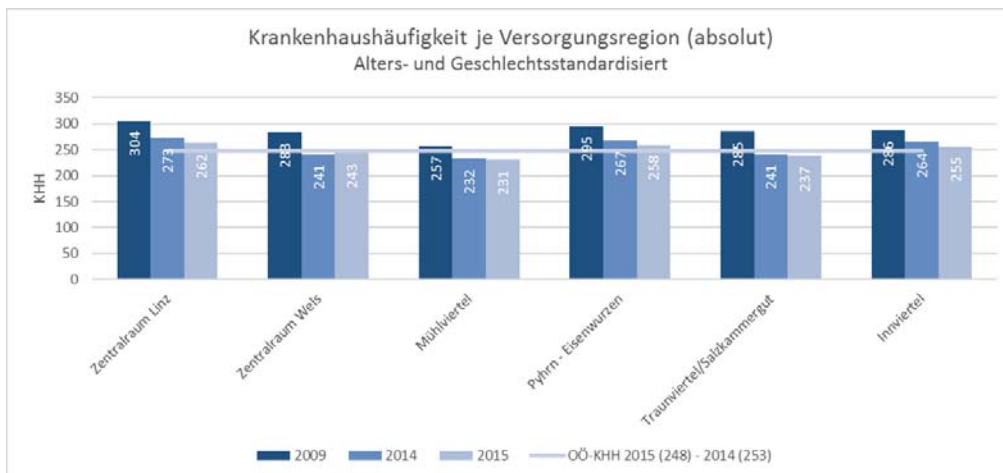
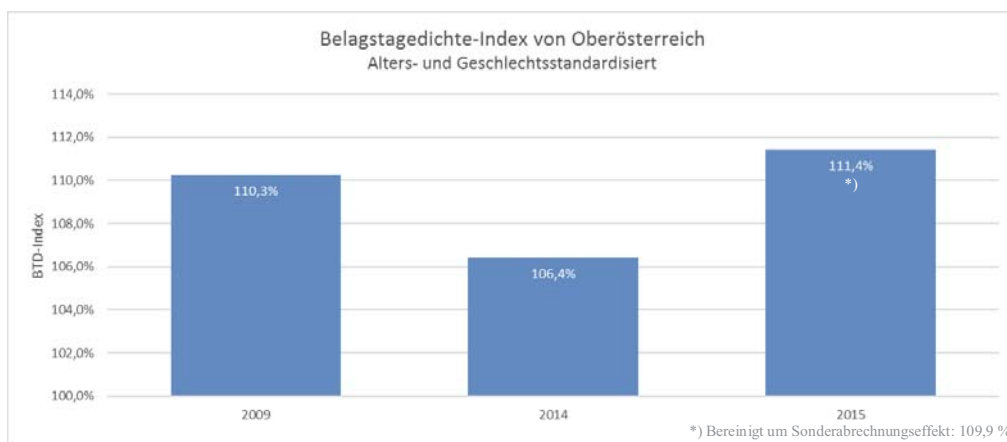


Abbildung 10: Krankenhausfähigkeits-Index je Versorgungsregion

Im Zentralraum Wels ist jedoch nicht nur der Index gestiegen, sondern auch die absolute KHH. Abnehmende Tendenzen zeigen sich in den Regionen Zentralraum Linz, Pyhrn – Eisenwurzen und Innviertel. Eher marginale Rückgänge zeigen sich im Traunviertel – Salzkammergut und dem Mühlviertel. Allerdings befinden sich auch diese Regionen – im Österreichvergleich – auf relativ hohem Niveau.

### 2.3.2 Belagstagedichte

Dieser Abschnitt präsentiert die Belagstagedichte (BTD), die sich *definiert als die Anzahl der Belagstage je 1.000 Einwohner*. Wiederum folgt zuerst die Darstellung des Index dieser Kennzahl, wie in Abbildung 11 dargestellt.<sup>5</sup> 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 2015 nach einem deutlichen Anstieg zum Vorjahr mit 111,4 Prozent über dem Ausgangswert von 2009. Auch bei dieser Kennzahl schlägt sich der im Abschnitt 2.2.2 beschriebene Abrechnungseffekt durch die Gründung des Kepler Universitätsklinikums durch. Bereinigt man den BTD-Index 2015 um diesen Sondereffekt liegt der Index bei 109,9 Prozent, somit unter dem Ausgangswert 2009 jedoch nach wie vor über dem Vorjahr.



**Abbildung 11: Belagstagedichte- Index von Oberösterreich**

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 1.574 im Jahr 2015 gesenkt. Dies entspricht einer Reduktion von rund 12 Prozent. Bereinigt man die Werte auch hier um den oben beschriebenen Abrechnungseffekt, reduziert sich der Wert für Oberösterreich auf 1.553 Belagstage je 1.000 Einwohner, was einer Reduktion von 13 Prozent zum Jahr 2009 entspricht.

Wie sich zeigt, ist – im Gegensatz zum Index – die absolute Belagstagedichte noch leicht rückläufig: 1.561 Tage im Jahr 2014 und 1.553 Tage (bereinigt um den Sondereffekt) im Jahr 2015. Der Unterschied erklärt sich dadurch, dass die Belagstagedichte Österreichs ohne Oberösterreich schneller gesunken ist. Im Vergleich zum Vorjahr ist die BTD in Oberösterreich um 0,8 Prozent gestiegen (bzw. bereinigt um den Sondereffekt um 0,5 Prozent gesunken) während sich der Rückgang der anderen Bundesländer auf 3,7 Prozent beläuft.

<sup>5</sup> 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).



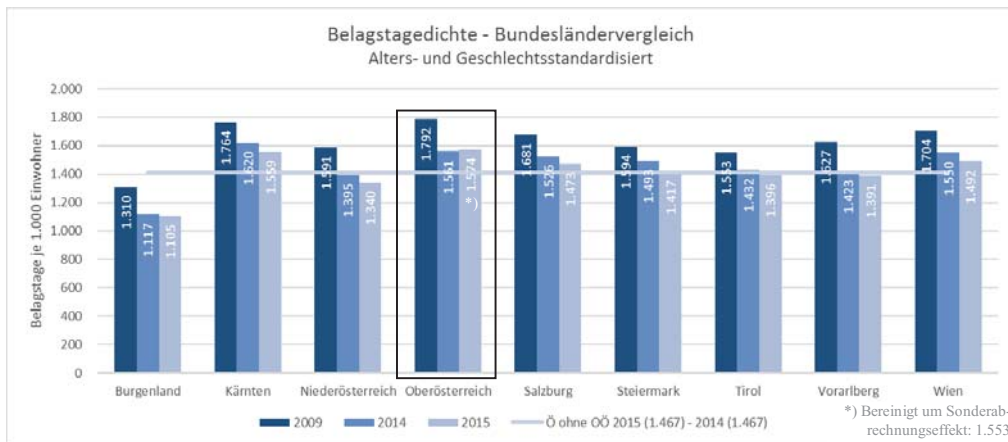


Abbildung 12: Belagstagedichte – Bundesländervergleich

Abbildung 13 zeigt den BTD-Index auf Ebene der Versorgungsregionen. Analog zur Krankenhaushäufigkeit weisen das Mühlviertel, der Zentralraum Wels und die Versorgungsregion Traunviertel/Salzkammergut den niedrigsten BTD-Index auf. Im Unterschied zur KHH liegt die BTD im Mühlviertel auch unter dem Österreichdurchschnitt ohne OÖ. Im Vergleich zum Jahr 2014 ist in allen – ausgenommen Pyhrn-Eisenwurzen – ein Anstieg zu verzeichnen. Im Zentralraum Linz ist ein Großteil des Anstiegs auf den bereits beschriebenen Abrechnungseffekt (Gründung Kepler Universitätsklinikum) zurückzuführen (der bereinigte Index 2015 beläuft sich auf 124 Prozent). Aus der Abbildung 12 ist somit ersichtlich, dass bis auf die VR Mühlviertel weiterhin alle oberösterreichischen Versorgungsregionen über dem Österreichdurchschnitt liegen.

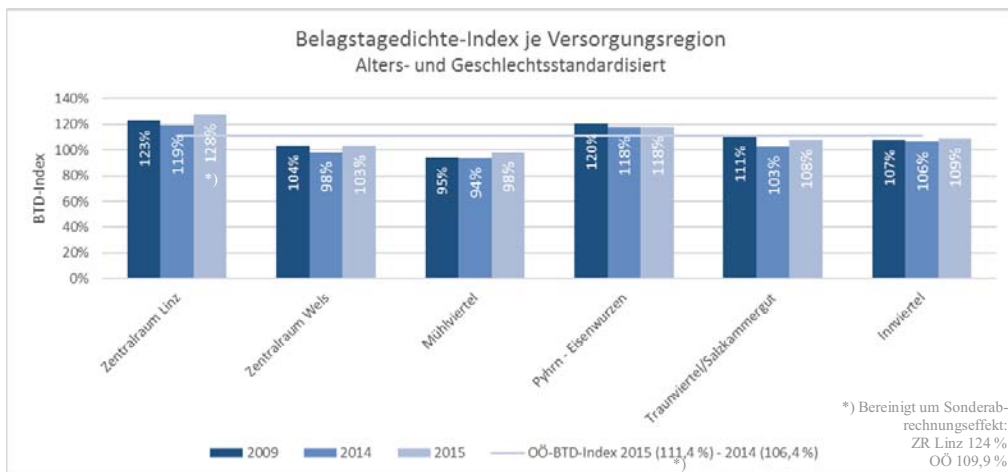


Abbildung 13: Belagstagedichte-Index je Versorgungsregion

Im Vergleich zum Jahr 2014 ist die absolute Belagstagedichte in den Versorgungsregionen Pyhrn–Eisenwurzen und Innviertel gesunken, während in allen anderen Versorgungsregionen eine Zunahme festgestellt werden konnte. Unter Berücksichtigung des Abrechnungseffektes (wie in diesem Kapitel bereits beschrieben) reduziert sich die BTD im Zentralraum Linz auf 1.748 Belagstage je 1.000 Einwohner und liegt damit leicht über dem Vorjahr.

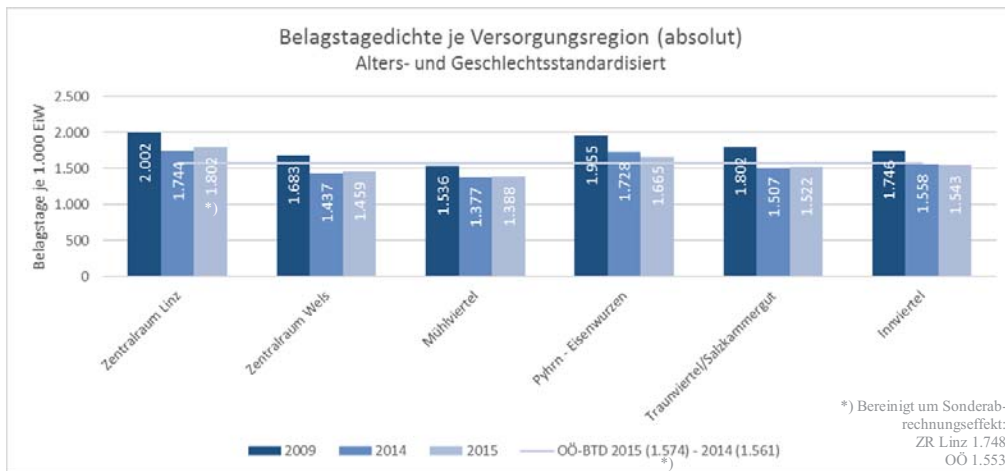


Abbildung 14: Belagstagedichte je Versorgungsregion

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die um den Abrechnungseffekt bereinigte Belagstagedichte auf Oberösterreicherebene zwar weiter reduziert werden konnte, sich die Reduktion jedoch verlangsamt hat. Des Weiteren fällt die Reduktion im Vergleich zu den anderen Bundesländern geringer aus.

### 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.<sup>6</sup> Der Punktedichte-Index ist in Abbildung 15 dargestellt und vergleicht die Punktedichte Oberösterreichs mit der der anderen Bundesländer.



Abbildung 15: Punktedichte-Index von Oberösterreich

<sup>6</sup> Die Darstellung pro Einwohner wurde gewählt, um eine bessere Lesbarkeit der Abbildungen zu gewährleisten.



Im Vergleich zum Jahr 2009 wurde der Punktedichte-Index von 115,3 Prozent auf 111,9 Prozent gesenkt, wobei die Veränderung zum Vorjahr ein Plus von 2,2 Prozentpunkten beträgt. Wird der Index 2015 ebenfalls um den unter Abschnitt 2.2.2 beschriebenen Abrechnungseffekt aus der Gründung des Kepler Universitätsklinikums bereinigt, liegt der Punktedichte-Index bei 111,0 Prozent. Die LKF-Punkte je Einwohner sind in Abbildung 16 dargestellt.

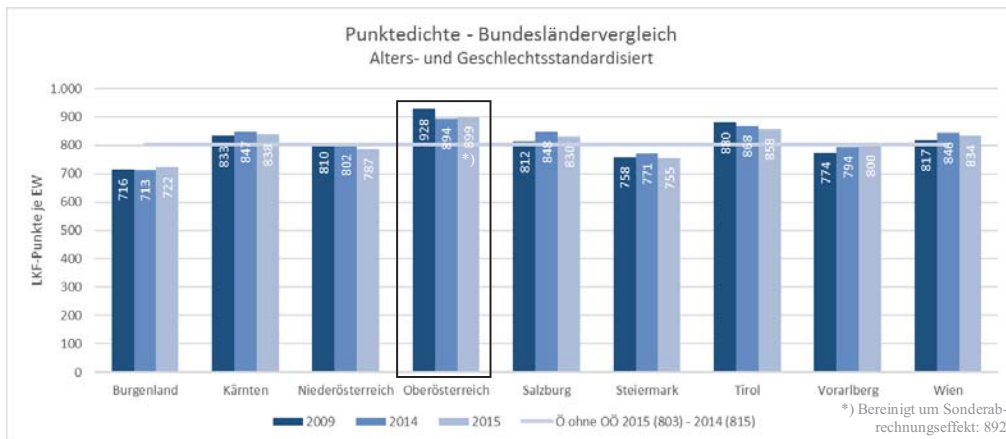


Abbildung 16: Punktedichte – Bundesländervergleich

Die Punktedichte Oberösterreichs wurde von 928 (2009) auf 899 (2015) reduziert. Dies entspricht einer Reduktion von 3,1 Prozent und fällt damit deutlich geringer aus als die Reduktion der Krankenhaushäufigkeit und der Belagstagedichte. Im Vergleich zum Vorjahr wurde die Punktedichte um fünf Punkte je Einwohner erhöht, dies entspricht einer prozentuellen Veränderung von 0,6 Prozent. Unter Berücksichtigung des oberhalb erwähnten Abrechnungseffektes würde der Wert 2015 bei 892 liegen, somit um 0,2 Prozent unter dem Vorjahr. Die Entwicklung der jeweiligen Versorgungsregionen zeigt Abbildung 17.

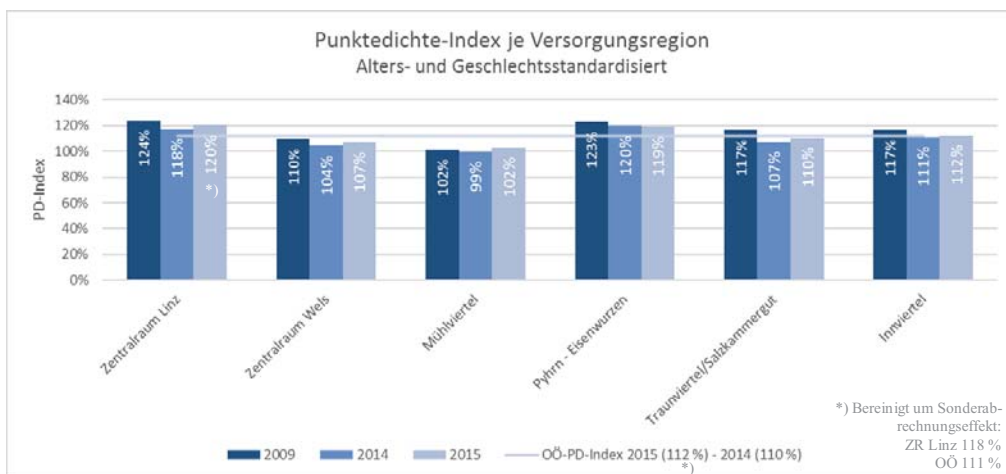


Abbildung 17: Punktedichte-Index je Versorgungsregion

Der höchste Index ist im Zentralraum Linz zu beobachten. Bereinigt um den bereits erwähnten Abrechnungseffekt würde der Index jedoch bei 118 Prozent liegen, wonach der höchste Wert in der VR Pyhrn-Eisenwurzen liegt. Diese VR liegt im Jahr 2015 um 19 Prozent über dem Öster-

reichvergleichswert. Im Vergleich zum Vorjahr konnte diese Differenz geringfügig gesenkt werden. Wie im Vorjahr befindet sich das Mühlviertel in etwa auf dem österreichischen Vergleichswert, wohingegen die restlichen Versorgungsregionen darüber liegen. Die Entwicklung der absoluten Punktedichte ist in Abbildung 18 dargestellt.

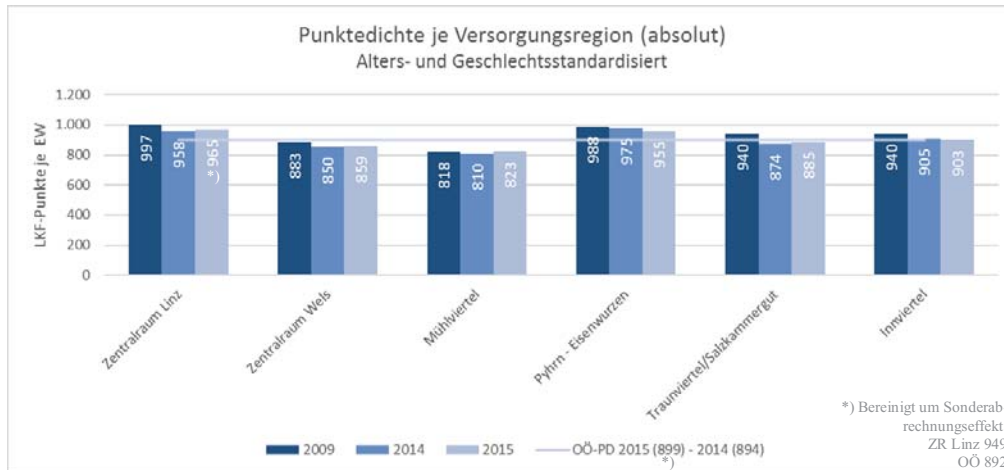


Abbildung 18: Punktedichte je Versorgungsregion

Ein Anstieg ist in den Versorgungsregionen Mühlviertel (+1,6 Prozent), Traunviertel/Salzkammergut (+1,3 Prozent), Zentralraum Wels (+1,1 Prozent) und Zentralraum Linz (+0,7 Prozent) festzustellen. Unter Berücksichtigung des Abrechnungseffektes im Zentralraum Linz liegt die Punktedichte bei 949, was ein Rückgang von 1,0 Prozent im Vergleich zum Vorjahr bedeutet. Ebenfalls rückläufig entwickelt sich die Punktedichte in der VR Pyhrn-Eisenwurzen während im Innviertel nur eine marginale Veränderung erkennbar ist.

Abschließend wird festgehalten, dass die Punktedichte im Vergleich zum Jahr 2009 zurückgegangen ist. Allerdings liegen noch immer alle Versorgungsregionen über dem Vergleichswert Österreichs.

### 2.3.4 Durchschnittliche Belagsdauer

Die durchschnittliche Belagsdauer (BD) – *definiert als die Anzahl der Belagstage je Aufenthalt inkl. Nulltagesaufenthalte* – lag im Gegensatz zu den anderen Kennzahlen bereits im Jahr 2009 unter dem Österreichvergleichswert. Wie Abbildung 19 weiter zeigt, liegt der BD-Index mit 91,8 Prozent auf dem Niveau des Jahres 2009, was eine Steigerung im Vergleich zum Vorjahr bedeutet. In diesem Zusammenhang ist anzumerken, dass sich die Wiederaufnahmerate Oberösterreichs ebenso auf niedrigem Niveau befindet (siehe Abschnitt 2.3.7). Der im Abschnitt 2.2.2 beschriebene Abrechnungseffekt wirkt sich auf diese Kennzahl insofern aus, dass durch die vermehrte Abrechnung von Patienten mit überdurchschnittlich hoher Belagsdauer, die Werte im Zentralraum Linz und Oberösterreich angestiegen sind. Der Belagsdauer-Index von Oberösterreich liegt unter Berücksichtigung dieses Effektes bei 90,7 Prozent.

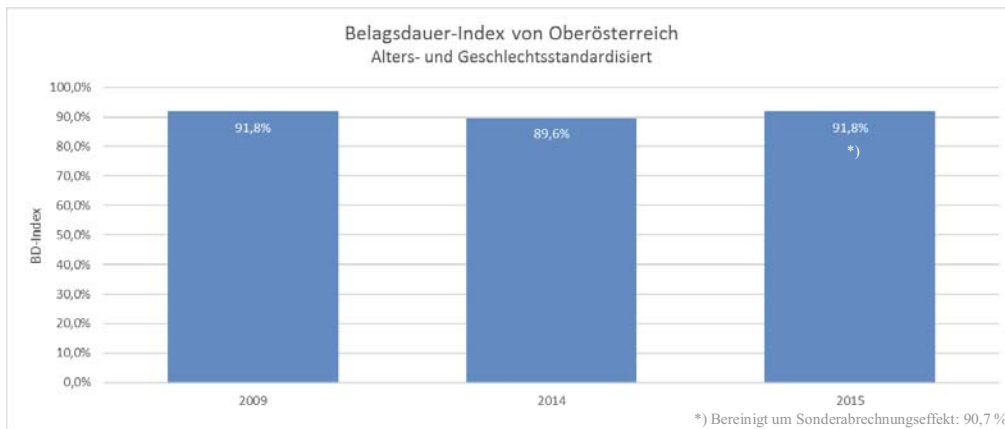


Abbildung 19: Belagsdauer-Index von Oberösterreich

Abbildung 20 zeigt die durchschnittliche Belagsdauer im Bundesländervergleich. Oberösterreich liegt hier im unteren Drittel, wobei unter Berücksichtigung des erwähnten Abrechnungseffektes die durchschnittliche Belagsdauer bei 4,62 Belagstagen liegen würde.

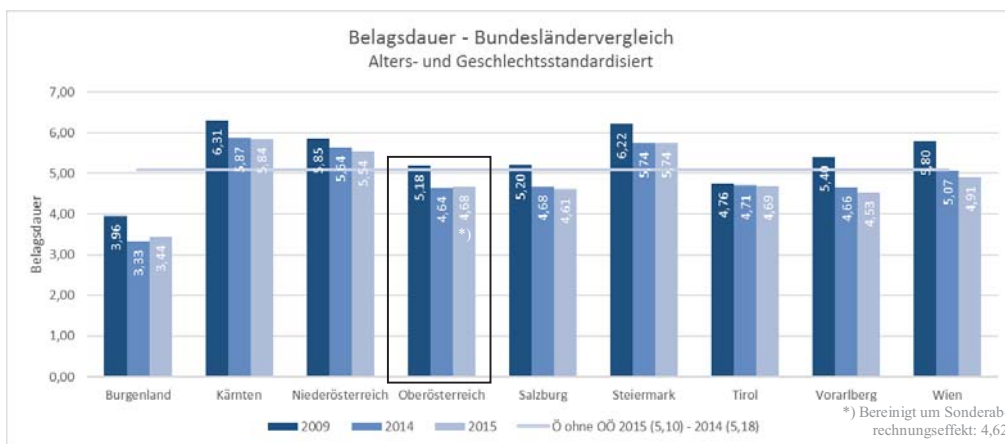


Abbildung 20: Belagsdauer - Bundesländervergleich

Die Entwicklung des Belagsdauer-Index je Versorgungsregion ist in Abbildung 21 dargestellt. In den Versorgungsregionen Traunviertel-Salzkammergut und Innviertel ist der Belagsdauer-Index im Vergleich zu 2009 so gut wie konstant geblieben. Ein Anstieg ist im Mühlviertel und im Zentralraum Linz zu beobachten (unter Berücksichtigung des Abrechnungseffektes liegt der Wert bei 95 Prozent, demnach ebenfalls auf dem Ausgangswert aus 2009). Rückläufige Entwicklungen sind in den Versorgungsregionen Pyhrn-Eisenwurzen und im Zentralraum Wels zu verzeichnen.

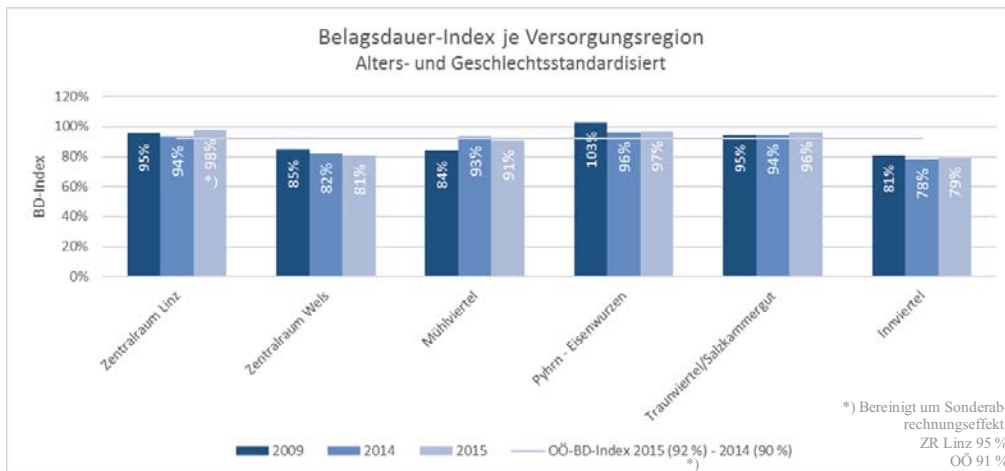


Abbildung 21: Belagsdauer-Index je Versorgungsregion

Abbildung 22 zeigt wiederum die absoluten Zahlen zur Belagsdauer je Versorgungsregion. Es zeigt sich, dass im Vergleich zu 2009 die Belagsdauer in allen Versorgungsregionen rückläufig ist. Im Vergleich zum Vorjahr ist die durchschnittliche Belagsdauer im Zentralraum Linz angestiegen (bereinigt um den Abrechnungseffekt mit 4,86 auf Vorjahresniveau), während die Werte in Innviertel und Traunviertel/Salzkammergut nahezu unverändert geblieben sind. Eine abnehmende Belagsdauer kann in den Regionen Mühlviertel, Zentralraum Wels und Pyhrn – Eisenwurzen verzeichnet werden.

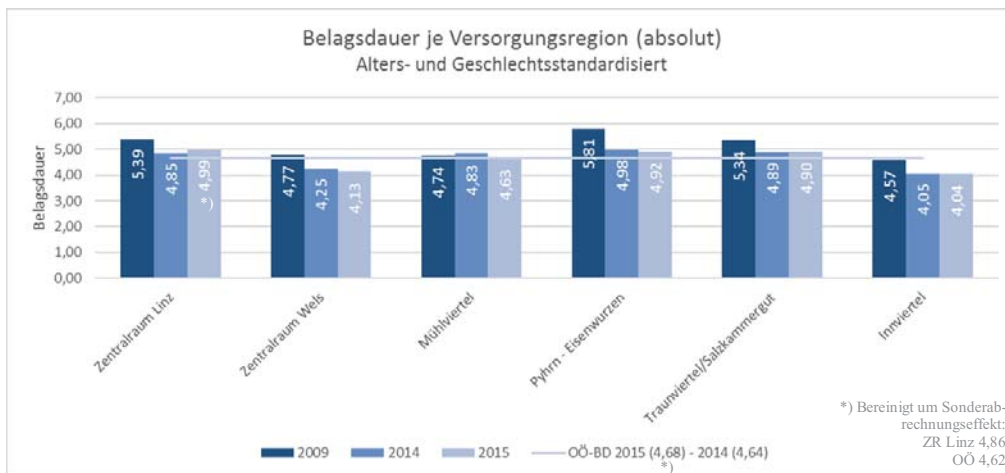


Abbildung 22: Belagsdauer je Versorgungsregion

### 2.3.5 Nulltagesaufenthalte

Dieser Abschnitt zeigt die Entwicklung der Nulltagesaufenthalte (NTA). Diese sind *definiert als der Anteil der Nulltagesaufenthalte an den Gesamtaufhalten*. Wie Abbildung 23 zeigt, ist der Nulltagesanteils-Index im Vergleich zu 2009 und auch im Vergleich zum Vorjahr angestiegen. Bei dieser Kennzahl ist eine Steigerung des Index als positiv zu bewerten, vorausgesetzt es erfolgt keine Verschiebung vom ambulanten Bereich in den stationären Bereich in Form von NTA. Der Nulltagesaufenthaltsanteil in Oberösterreich ist gemäß Index um 11 Prozent höher als der Österreichdurchschnitt ohne Oberösterreich.

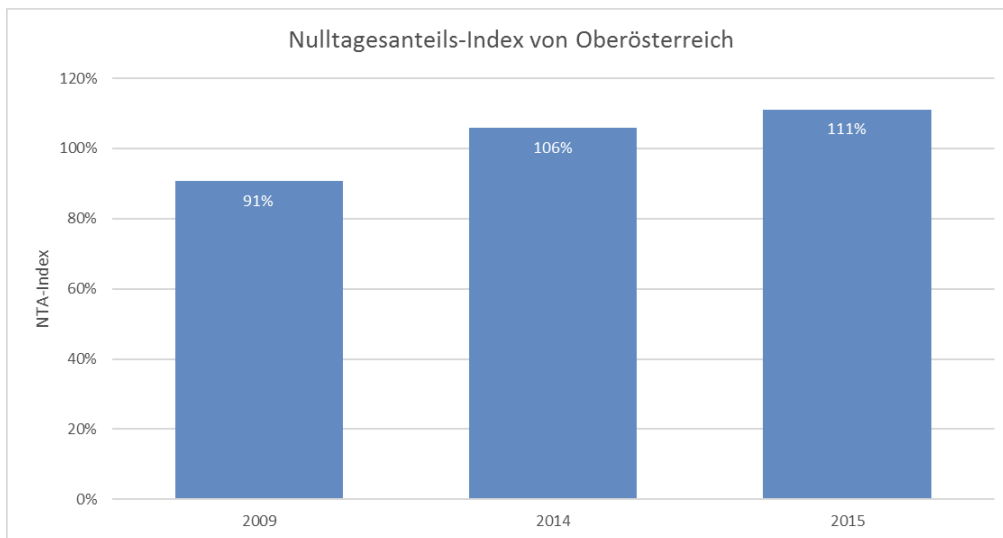
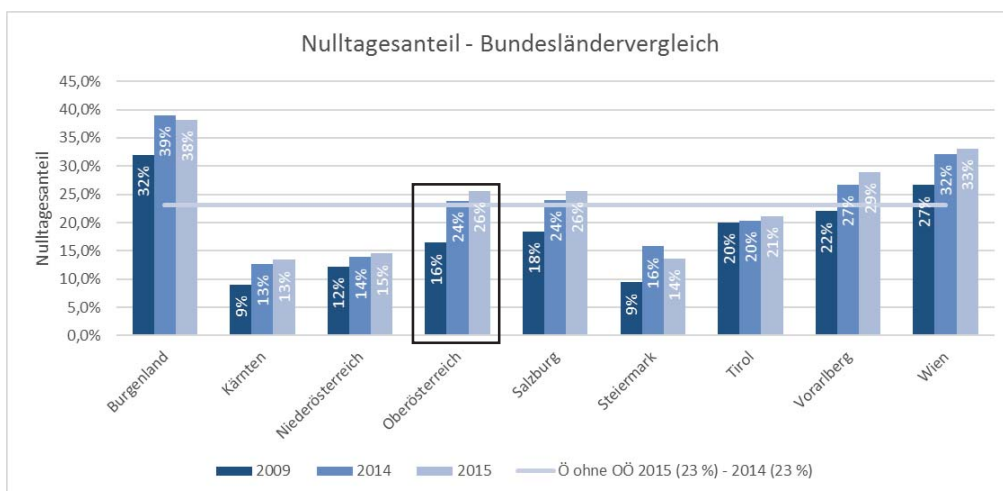


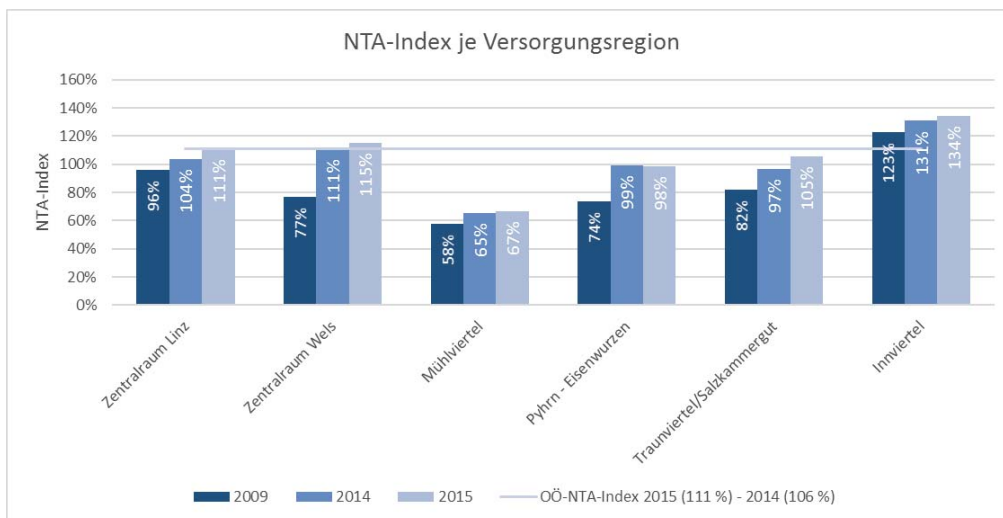
Abbildung 23: Nulltagesanteils-Index von Oberösterreich

Abbildung 24 stellt den Bundesländervergleich dar. Der NTA-Anteil ist insbesondere im Burgenland relativ hoch. Vergleichsweise niedrige Werte weisen Kärnten, Niederösterreich und die Steiermark auf, wobei jedoch 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 16 Prozent auf 26 Prozent im Jahr 2015 gestiegen. Der NTA-Index je Versorgungsregion ist in Abbildung 25 dargestellt.



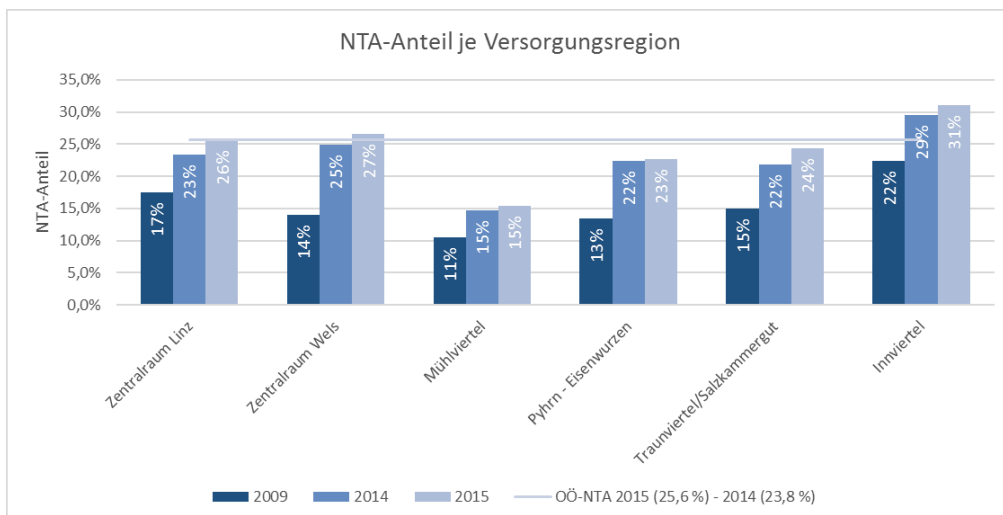
**Abbildung 24: Nulltagesanteil Bundesländervergleich**

Der NTA-Index des Jahres 2015 liegt in jeder Versorgungsregion oberhalb des Wertes 2009. Im Vergleich zum Vorjahr ist der NTA-Index in allen, mit Ausnahme Pyhrn - Eisenwurzen, Versorgungsregionen angestiegen.



**Abbildung 25: NTA-Index je Versorgungsregion**

Die nachfolgende Abbildung 26 zeigt den NTA-Anteil je Versorgungsregion. Während im Mühlviertel der NTA-Anteil gleichgeblieben ist, ist in den anderen Versorgungsregionen im Vergleich zu 2014 ein Zuwachs erkennbar.



**Abbildung 26: NTA-Anteil je Versorgungsregion**

### 2.3.6 Präoperative Verweildauer

Dieser Abschnitt beschäftigt sich mit der Entwicklung der präoperativen Verweildauer. Die Auswertung umfasst Aufenthalte mit mindestens einer operativen Leistung (ausgenommen sind Ent-

bindungen und die *sonstige OP*).<sup>7</sup> Das Ergebnis je Fach für die Jahre 2009, 2014 und 2015 ist in Tabelle 2 dargestellt. Bei der Kennzahl handelt es sich um die durchschnittliche präoperative Verweildauer.

### Präoperative Verweildauer in operativen Fächern

Fach	2009	2014	2015	Differenz 2015:2014
Kinder-Chirurgie	1,1	0,5	0,5	0,0
Augenheilkunde	0,3	0,1	0,1	0,0
Frauenheilk. u. Geburtsh.	0,8	0,4	0,5	0,1
Gynäkologie <sup>8</sup>	1,1	0,7	0,7	0,0
Mund-Kiefer-Gesicht	1,5	1,1	1,1	0,0
Neurochirurgie	4,1	3,2	3,2	0,0
Urologie	1,7	1,4	1,2	-0,2
Unfallchirurgie	0,8	0,6	0,6	0,0
Orthopädie	1,1	0,9	0,9	0,0
Chirurgie	1,6	1,4	1,3	-0,1
Hals-Nasen-Ohren	0,9	0,8	0,8	0,0
Plast. Chirurgie	0,7	0,6	0,8	0,2
<b>Gesamt</b>	<b>1,29</b>	<b>0,98</b>	<b>0,96</b>	<b>-0,02</b>

Tabelle 2: Präoperative Verweildauer in operativen Fächern

Im Vergleich zum Jahr 2009 ist die durchschnittliche präoperative Verweildauer der operativen Fächer von 1,29 Tage auf 0,96 Tage zurückgegangen. Im Vergleich zum Vorjahr belief sich der Rückgang 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.

Im Zuge der Bundeszielsteuerung wird ebenso die präoperative Verweildauer erhoben.<sup>9</sup> Die Ergebnisse je Bundesland sind in Abbildung 27 dargestellt. Die horizontale Linie zeigt dabei den Zielwert laut Bundeszielsteuerung (max. 1 Tag).

<sup>7</sup> Die Kategorie *Sonstige OP* umfasste all jene MELs, die in der LKF-Dokumentation die Bezeichnung *Sonstige OP* tragen und keiner LDF-Gruppe zugeordnet sind.

<sup>8</sup> Die getrennte Darstellung der Gynäkologie sowie der Frauenheilkunde und Geburtshilfe resultiert dadurch, dass die Fächer über unterschiedliche Fachcodes verfügen und diese zur Berechnung verwendet wurden.

<sup>9</sup> Allerdings unterscheiden sich die Berechnungsmethoden der SR II und jener der Bundeszielsteuerung. In der Bundeszielsteuerung werden Entbindungen und die sonstige OP erfasst, des Weiteren werden nur alle nicht akuten Aufenthalte herangezogen.



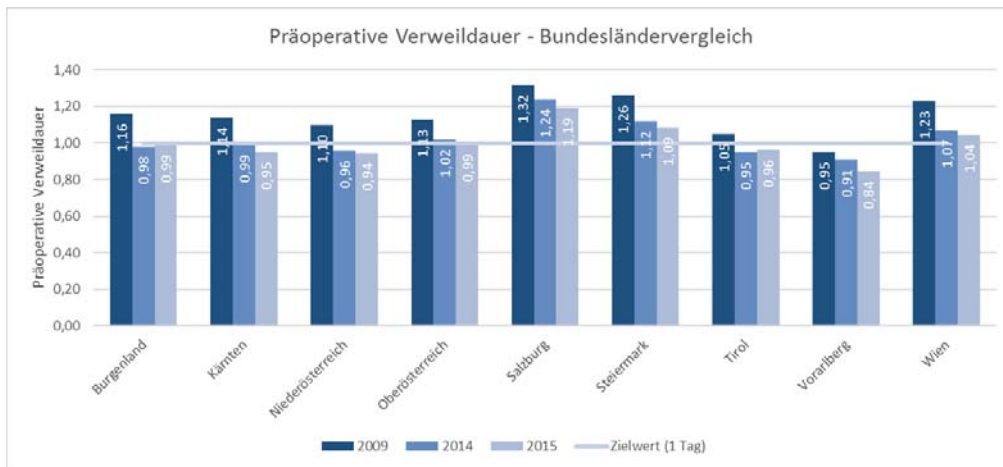


Abbildung 27: Präoperative Verweildauer – Bundesländervergleich

Oberösterreich hat mit 0,99 den Zielwert im Jahr 2015 erstmals erfüllt. Der Österreichschnitt ohne Oberösterreich beträgt im Jahr 2015 1,02 Tage. Die präoperative Verweildauer je Versorgungsregion ist in Abbildung 28 dargestellt.

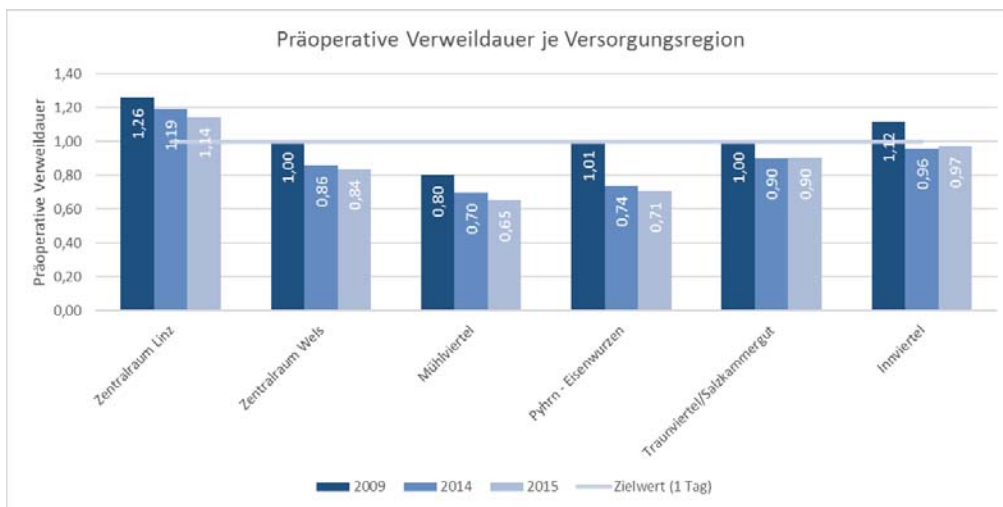


Abbildung 28: Präoperative Verweildauer je Versorgungsregion

Im Vergleich zu 2009 konnte die präoperative Verweildauer in allen oberösterreichischen Versorgungsregionen reduziert werden, wobei die größte Reduktion in der Pyhrn-Eisenwurzen zu beobachten ist. Der Zentralraum Linz weist jedoch die höchste präoperative Verweildauer auf, und deren Wert konnte im Vergleich zu 2009 nur geringfügig gesenkt werden. Im Vorjahresvergleich sinkt der Wert am stärksten in den Regionen Zentralraum Linz und Mühlviertel. Der Zentralraum Linz 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.<sup>10</sup> Die Wiederaufnahmerate wird berechnet als der Anteil der Wiederaufnahmen an den Gesamtaufhalten. Die durchschnittliche Wiederaufnahmerate für Oberösterreich ist im Vergleich zum Vorjahr von 3,3 auf 3,7 Prozent angestiegen. Die Wiederaufnahmerate je Versorgungsregion ist in Abbildung 29 dargestellt. Die Abbildung zeigt die Rate je Versorgungsregion für die Jahre 2009, 2014 und 2015. Die horizontale Linie stellt den OÖ-Wert für das Jahr 2015 dar.

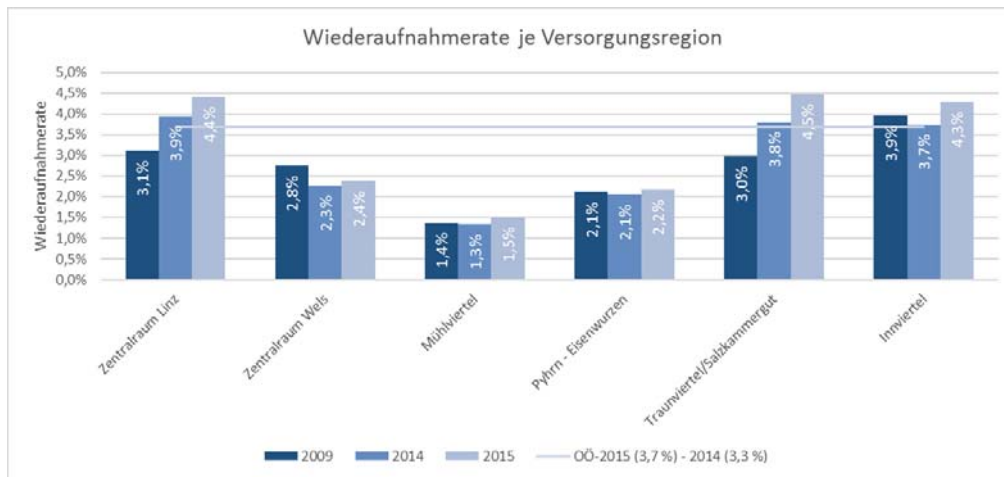


Abbildung 29: Entwicklung der Wiederaufnahmerate

Der stärkste Anstieg der Wiederaufnahmerate von 3,8 Prozent im Jahr 2014 auf 4,5 Prozent im Jahr 2015 ist im Traunviertel-Salzkammergut zu beobachten. Dieser und die Anstiege in den VR Innviertel und Zentralraum Linz sind lt. Analysen des Landes OÖ jedoch nicht durch eine Verschlechterung der Behandlungsqualität bedingt, sondern durch eine Zunahme von tagesklinischen Behandlungen, die mehrerer aufeinanderfolgender Aufnahmen bedürfen (z.B. Kataraktoperationen linkes und rechtes Auge), Therapieserien (z.B. extrakorporale Stoßwellentherapien) und präoperative Abklärungen, tagesklinische und tagesstrukturierende Behandlungen in der Psychiatrie oder aufeinanderfolgende Aufenthalte in den Pilotmodellen „neurologische und pulmonologische Tagesklinik“. Die Kennzahl „Wiederaufnahmerate“ weist somit unterschiedliche Wirkungsgrößen auf und ist daher differenziert zu betrachten. Jener Anteil, der sich auf Basis möglicher Komplikationen (zB Re-Operationsraten) bzw. eines „Fallsplitting“ oder medizinisch nicht erforderlicher „Voraufenthalte“ (welche durch ambulante Aufnahmen substituiert werden könnten) ergeben, wird als kritischer Indikator betrachtet und ist daher in der Zeitreihe genauer zu analysieren. Eine diesbezügliche Interpretation der Kenngröße ergibt für 2015 keine Auffälligkeit.

<sup>10</sup> Nachdem einer Person bei mehreren Aufenthalten unterschiedliche Aufnahmeummern zugewiesen werden, werden für die Identifikation eines Patienten das Geburtsdatum, das Geschlecht, und der Wohnort herangezogen.

### 2.3.8 Patientenbewegungen von anderen Bundesländern nach OÖ

In der folgenden Tabelle sind die Patientenbewegungen nach Bundesländern für die Jahre 2009, 2014 und 2015 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 insbesondere 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 2015 hat sich im Vergleich zum Jahr 2009 um 1.338 Fälle erhöht, wobei sich die größten Saldoveränderungen in Niederösterreich (Anstieg) und Salzburg (Rückgang) zeigen.

#### Übersicht der Patientenbewegungen nach Bundesländern

	2009			2014				2015			
	Aus OÖ	Nach OÖ	Saldo	Aus OÖ	Nach OÖ	Saldo	Saldo-Differenz	Aus OÖ	Nach OÖ	Saldo	Saldo-Differenz
Burgenland	102	261	159	107	223	116	-43	92	189	97	-62
Kärnten	352	411	59	307	527	220	161	288	563	275	216
Niederösterreich	5.918	19.260	13.342	5.318	21.010	15.692	2.350	5.391	20.792	15.401	2.059
Salzburg	12.139	3.627	-8.512	13.205	3.341	-9.864	-1.352	13.551	3.193	-10.358	-1.846
Steiermark	1.391	4.142	2.751	1.181	4.436	3.255	504	1.213	4.486	3.273	522
Tirol	1.468	367	-1.101	1.228	319	-909	192	1.082	396	-686	415
Vorarlberg	84	184	100	102	193	91	-9	99	202	103	3
Wien	1.854	1.845	-9	1.869	1.829	-40	-31	1.775	1.797	22	31
<b>Gesamt</b>	<b>23.308</b>	<b>30.097</b>	<b>6.789</b>	<b>23.317</b>	<b>31.878</b>	<b>8.561</b>	<b>1.772</b>	<b>23.491</b>	<b>31.618</b>	<b>8.127</b>	<b>1.338</b>

Tabelle 3: Übersicht der Patientenbewegungen nach Bundesländern

Im Vergleich zum Jahr 2014 ist der Saldo gesunken, was hauptsächlich auf die Saldoveränderung des Bundeslandes Salzburg zurückzuführen ist. Diese Veränderung ist jedoch beinahe vollständig auf eine geänderte Zuordnung einer Postleitzahl im Auswertesystem DIAG zurückzuführen.<sup>11</sup> Generell ist für das Bundesland Salzburg ein signifikanter negativer Saldo festzustellen, es werden folglich mehr Oberösterreicher in Salzburg behandelt, als dies umgekehrt der Fall ist. Im Vergleich zum Vorjahr sind außerdem der Saldo von Niederösterreich gesunken und der Saldo von Tirol gestiegen, während bei den anderen Bundesländern keine merklichen Veränderungen festgestellt wurden.

Im Falle von Niederösterreich wurden im Vergleich zu 2009 insbesondere Änderungen in den Patientenbewegungen in die Augenheilkundeabteilung der Barmherzigen Brüder Linz und in die Innere Medizin des AKh Linz festgestellt. Im Jahr 2015 kamen um 8.127 Fälle mehr nach Oberösterreich als Oberösterreicher in andere Bundesländer gingen. Um das Ausmaß dieser Pati-

<sup>11</sup> Postleitzahlen können in mehreren Gemeinde-Gebieten auftreten. Die genaue Zuordnung erfolgt auf Basis der exakten Adresse (Postleitzahl, Ort, Straße, Hausnummer). In den Abrechnungsdaten der Krankenanstalten sind nur Postleitzahlen und keine genauen Adressdaten enthalten. Um dennoch eine Gemeinde-Zuordnung der mehrgemeindrigen Postleitzahlen im DIAG durchführen zu können, wird bei der Gemeinde-Zuordnung die einwohnerstärkste Gemeinde herangezogen. Im Grenzgebiet Oberösterreich-Salzburg wurde diese Zuordnung aktualisiert und geändert.

entenbewegungen weiter zu quantifizieren, wurden die entsprechenden Belagstage dieser Fälle analysiert. Hierbei handelt es sich um 6.683 Belagstage und dies entspricht 22 Betten.<sup>12</sup> Dieser Methodik folgend hat sich der Bettensaldo von 2014 auf 2015 um 10 reduziert, wovon 7 Betten auf die geänderte Postleitzahlezuordnung entfallen (siehe Beschreibung im vorherigen Absatz). Im Jahr 2009 belief sich der entsprechende Saldo noch auf 76 Betten. Obwohl der Patientensaldo angestiegen ist, sind die Belagstage – durch eine Reduktion der Aufenthaltsdauern – gesunken.

### 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 2015 und das dritte die Differenz zwischen den Jahren 2009 und 2015. In den Zeilen sind die Herkunftsversorgungsregionen und in den Spalten die Zielversorgungsregionen dargestellt.

#### Übersicht der OÖ-Patientenbewegungen nach Versorgungsregion

2009							
Aus	Nach						
	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	

2015							
Aus	Nach						
	41 OÖ Zentralraum Linz	42 OÖ Zentralraum Wels	43 Mühlviertel	44 Pyhrn-Eisenwurzen	45 Traunviertel-Salzkammergut	46 Innviertel	
41 OÖ Zentralraum Linz	108.626	2.992	345	2.527	492	241	
42 OÖ Zentralraum Wels	9.428	57.061	122	448	1.084	3.864	
43 Mühlviertel	53.996	689	20.560	426	185	100	
44 Pyhrn-Eisenwurzen	7.745	4.228	39	36.928	476	84	
45 Traunviertel-Salzkammergut	4.962	8.745	50	918	52.768	1.796	
46 Innviertel	3.751	3.763	75	76	542	60.276	
Summe	188.508	77.478	21.191	41.323	55.547	66.361	

Veränderung 2015 zu 2009							
Aus	Nach						
	Zentralraum Linz	Zentralraum Wels	Mühlviertel	Pyhrn-Eisenwurzen	Traunviertel-Salzkammergut	Innviertel	
Zentralraum Linz	-771	26	64	-2.115	-152	-21	
Zentralraum Wels	1.117	-819	63	18	173	913	
Mühlviertel	4.047	-249	-136	-1.099	-75	-841	
Pyhrn-Eisenwurzen	852	92	-4	-2.013	70	-21	
Traunviertel-Salzkammergut	391	567	18	-109	-2.895	-56	
Innviertel	885	-653	-19	-20	164	75	
Summe	6.521	-1.036	-14	-5.338	-2.715	49	

Tabelle 4: Übersicht der OÖ-Patientenbewegungen nach Versorgungsregion

<sup>12</sup> Umrechnung der Belagstage in Betten erfolgte unter der Annahme einer Auslastung von 85 Prozent.

Während im Zentralraum Linz ein Anstieg zu verzeichnen ist, ist in den restlichen Regionen die Anzahl der Patienten zurückgegangen, wobei der Rückgang in der VR Pyhrn-Eisenwurzen am stärksten ausfällt – gefolgt von Traunviertel-Salzkammergut und Zentralraum Wels. Der Rückgang in der Region Pyhrn-Eisenwurzen ist im Wesentlichen auf die Schließung des Standortes Enns (Standort des LKH Steyr) im Jahr 2013 zurückzuführen. 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.
- Die Belagsdauer beträgt 0 Tage.
- Es wurden keine zusätzlichen abrechnungsrelevanten Leistungen erbracht.<sup>13</sup>
- 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 2015 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%
2014	42,6%	19,8%	17,8%	10,5%	5,9%	3,4%
2015	43,9%	19,5%	17,5%	9,9%	5,7%	3,5%
Diff. zu '09 %p	19,9%p	-3,7%p	-7,2%p	-4,8%p	-3,0%p	-1,2%p
Diff. zu '09 %	82,9%	-16,0%	-29,1%	-32,6%	-34,4%	-25,9%

Tabelle 5: Tagesklinisch behandelte Fälle und tagesklinisches Potenzial

Die TK-Fälle sind seit 2009 um 19,9 Prozentpunkte angestiegen und folglich hat sich das Potenzial im selben Ausmaß reduziert.<sup>14</sup> Die TK-Fälle liegen im Jahr 2015 um 82,9 Prozent höher als

<sup>13</sup> Ohne Zuschläge für Mehrfachleistungen.

<sup>14</sup> Berechnung:  $3,7 + 7,2 + 4,8 + 3,0 + 1,2 = 19,9$ .

2009 und im Vergleich zum Jahr 2014 konnten die TK-Fälle um 1,3 Prozentpunkte erhöht werden. Insgesamt konnten durch die stärkere Ausschöpfung der Tagesklinikpotenziale die vollstationären Inanspruchnahmen reduziert werden. Als die fünf Häuser mit den höchsten Ausschöpfungsgraden seien die BBR-Linz (76 Prozent), das KH Braunau (61 Prozent), das LKH Steyr (56 Prozent), die LFKK (50 Prozent) und das AKh Linz (49 Prozent) genannt. Bei der Interpretation ist jedoch zu berücksichtigen, dass die Leistungsspektren der einzelnen Krankenhäuser Einfluss auf die Ausschöpfung der tagesklinischen Potenziale haben.

Derzeit werden 43,9 Prozent des tagesklinischen Potenzials ausgeschöpft. Oberösterreich liegt damit im Bundesländervergleich an zweiter Stelle nach Niederösterreich. Zusammenfassend kann daher festgehalten werden, dass Oberösterreich zwar im österreichischen Spitzenfeld liegt, jedoch ein weiterer Ausbau möglich und erstrebenswert ist.

### 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 0-Tagesaufnahmen – 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 2015 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%
2014	37,3%	25,2%	15,8%	9,4%	7,4%	4,9%
2015	40,2%	24,0%	15,6%	8,8%	6,8%	4,7%
Differenz zu '09 %p	11,8%p	-4,8%p	-2,2%p	-1,9%p	-1,9%p	-1,0%p
Differenz zu '09 %	41,5%	-16,7%	-12,5%	-17,4%	-21,6%	-18,0%

Tabelle 6: Ambulantes Potenzial

Der Anteil der 0-Tagesfälle (Spalte 2) ist vom Jahr 2009 auf das Jahr 2015 um 11,8 Prozentpunkte angestiegen. Dies entspricht einer prozentuellen Veränderung von 41,5 Prozent. Im Vergleich zum Vorjahr betrug der Anstieg 2,9 Prozentpunkte.

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 Entwicklung des Katalogs ambulanter Leistungen – vgl. Kapitel 3.3.5 – verwiesen.

### 2.3.12 Trends 2016

Um zu analysieren inwieweit sich die Entwicklungen des Jahres 2015 auch im Jahr 2016 fortsetzen werden, wurden die zur Verfügung stehenden Halbjahresdaten des Jahres 2016 ausgewertet.<sup>15</sup> Es lassen sich folgende Trends erkennen.

Der Anteil der Nulltagesaufenthalte steigt im Vergleich zum 1. Halbjahr des Jahres 2015 um 1,5 Prozentpunkte auf 26,7 Prozent. Der Anteil liegt damit auch über dem Gesamtjahreswert 2015 in der Höhe von 25,6 Prozent. Die Gesamtaufenthalte sind im Vergleich zum ersten Halbjahr 2015 um 3,7 Prozent bzw. 8.889 Aufenthalte merklich angestiegen. Davon entfallen wiederum rd. 6.077 auf 0-Tagesaufenthalte.

Die durchschnittliche Belagsdauer, sowohl inklusive als auch exklusive der Nulltagesaufenthalte, ist im Vergleichszeitraum gesunken. Im ersten Halbjahr 2015 belief sich die durchschnittliche Belagsdauer ohne Nulltagesaufenthalte auf 4,7 Belagstage und im Vergleichszeitraum 2016 auf 4,4. Im Falle der durchschnittlichen Belagsdauer inkl. Nulltagesaufenthalte belief sich die Differenz ebenso auf 0,3 Tage (4,9 im 1. Halbjahr 2015 und 4,6 im ersten Halbjahr 2016).

Wie in Abschnitt 2.3.2 dargestellt, stagniert der Rückgang der Belagstagedichte. Laut den Halbjahresdaten für das 1. Halbjahr 2016 ist jedoch eine Reduktion der Belagstage im Vergleich zum 1. Halbjahr 2015 um 2,8 Prozent bzw. 31.373 Belagstage erkennbar.

#### **Stellungnahme der Evaluierungskommission zur Quantität der Leistungsentwicklung**

Die Krankenhaushäufigkeit konnte zwar von 253 auf 248 Aufnahmen je 1.000 Einwohner weiter reduziert werden, aber nachdem die Aufnahmen auch im restlichen Österreich rückläufig sind, ist der Index gestiegen. Folglich liegt die Krankenhaushäufigkeit in Oberösterreich noch immer um rund 17 Prozent über dem Österreichdurchschnitt ohne Oberösterreich und hat sich somit im Vergleich zum Vorjahr leicht erhöht.

Ein ähnliches Bild zeigt sich für die Belagstagedichte. Nach Berücksichtigung des unter Abschnitt 2.2.2 beschriebenen Abrechnungseffektes sinkt der Wert von 1.561 auf 1.553 Belagstage je 1.000 Einwohner, aber aufgrund der Veränderungen in den anderen Bundesländern ist der entsprechende Index-Wert um 3,3 Prozentpunkte auf 109,9 Prozent gestiegen. Im Vergleich zur Krankenhaushäufigkeit ist der Abstand zum Österreichdurchschnitt ohne Oberösterreich geringer. Die Halbjahresdaten für 2016 deuten jedoch wieder auf eine Reduktion hin.

Die analysierten Veränderungen entsprechen im Wesentlichen zwar der strategischen Zielsetzung der SR II, allerdings hat sich das Veränderungs-Tempo, wie im letzten Evaluierungsbericht prognostiziert, reduziert. Dies gilt insbesondere für die Krankenhaushäufigkeit und die Belagstagedichte im Vergleich zum Durchschnitt Österreich ohne Oberösterreich. Deshalb gilt es die Strategie der SR II konsequent weiterzuerfolgen. Die Evaluierungskommission regt daher an, einen Austausch zwischen den Krankenhäusern im Sinne von Best-Practice-Prozessen zu initiieren.

---

<sup>15</sup> Für die Halbjahresdaten steht nur ein eingeschränktes Kennzahlenset zur Verfügung.



Wesentliche Analyseschwerpunkte könnten dabei sein:

- Organisation der Aufnahmeeinheiten in den Krankenhäusern (Wahrnehmung einer Triage- und Filterfunktion)
- Spezifische Abteilungsvergleiche (insbesondere Augenheilkunde und kleinere chirurgische Fächer sowie Kinderheilkunde) sowohl hinsichtlich stationärer Aufnahmen als auch hinsichtlich Belagsdauer
- Organisation der Primärversorgung (z.B. PHC-Modelle, Patientenlenkung im Zentralraum, Hausärztlicher Notdienst) und der ambulanten Fachversorgung
- Unterschiede in der Hospitalisierung zwischen städtischen Ballungsgebieten und ländlichen Regionen

Im Fokus soll die Vermeidung von nicht erforderlicher stationärer Inanspruchnahme stehen. Weiters wird angeregt, die Quantität der Leistungserbringung im Sinne einer optimalen Leistungsabstimmung im Zentralraum Linz (Berücksichtigung geänderter Rahmenbedingungen durch Gründung Kepler Universitätsklinikum und Ordensklinikum) zu evaluieren und gegebenenfalls zusätzliche Maßnahmen bzw. Maßnahmenänderungen abzuleiten (siehe dazu auch Abschnitt 3.1.1 und 3.1.2).

## **2.4 Qualität der Leistungserbringung**

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

### **2.4.1 Strukturqualität**

#### **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.

#### **Pilotprojekt Essstörungen - Multidisziplinäres Versorgungszentrum (MVZ)**

Das Multidisziplinäre Versorgungszentrum für Essstörungen ist ein Kooperationsprojekt von Land OÖ und OÖGKK. 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 (ehem. LNKL-WJ) eingerichtet. Derzeit werden Erwachsene therapiert, das Angebot soll auch für (Kinder und) Jugendliche geöffnet werden. Die Aufnahme des Regelbetriebs ist von den Ergebnissen einer Begleitevaluierung abhängig.



### **Primary Health Care Center (PHC) Enns / Haslach**

Das PHC Enns ist ein Kooperationsprojekt von Land OÖ und der OÖGKK. Durch das PHC soll für die Patienten die Zugänglichkeit zur Primärversorgung mit einem attraktiven Leistungsangebot (auch Gesundheitsförderung und Prävention) verbessert werden. Nach derzeitigem Planungsstand wird das PHC Enns mit Jänner 2017 in Betrieb gehen. Ebenso wurde das PHC Haslach zwischen Land OÖ und OÖGKK mit den Projektwerbern verhandelt, die Inbetriebnahme ist für Anfang 2018 geplant. Die Beschlussfassung des Projektes ist in der Novembersitzung 2016 der Landeszielsteuerung vorgesehen.

### **Stationäres Hospiz**

Das stationäre Hospiz ist ein Kooperationsprojekt von Land OÖ und OÖGKK 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 und es 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 dieses Jahres in Betrieb, in der Anfangsphase werden 5 Betten betrieben, im Endausbau sind 10 Betten vorgesehen. Die Evaluation des Projektes soll spätestens im fünften Jahr durch die St. Barbara Hospiz GmbH und die Finanziere erfolgen.

### **Projekt Neurolinguistische Ambulanz (NLA) Autismus**

Das Projekt ist ein Kooperationsprojekt von Land OÖ und OÖGKK. Es handelt sich um ein Therapieangebot für Kinder mit frühkindlichem Autismus. Erste Evaluierungsergebnisse zeigen, dass die Kinder Fortschritte in der Sprachentwicklung und im expressiv eingesetzten Wortschatz aufweisen. Es kommt zu einer Verbesserung der Konversationsproblematik, das Entwicklungsalter und die soziale Orientierung wird 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. Im nächsten Jahr sollen Erkenntnisse aus der bereits stattgefundenen Evaluierung eingearbeitet werden und weitere Evaluierungen erfolgen.

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

Mit dem Kinder- und Jugendkompetenzzentrum soll ein kostenträgerübergreifendes Angebot als integriertes Versorgungsmodell für Kinder und Jugendliche mit Auffälligkeiten im emotionalen, kognitiven, sozialen und Verhaltensbereich und deren Angehörigen 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. Das KIJUK Innviertel ist im Jahr 2012 in Betrieb gegangen, das KIJUK St. Isidor hat Anfang Oktober dieses Jahres gestartet.

### 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.

Die tagesklinischen Fälle konnten bei einer gleichzeitigen Reduktion der vollstationären Fälle weiter erhöht werden. Zusätzlich wurde die präoperative Verweildauer weiter reduziert. 2015 betrug sie 0,99 Tage.<sup>16</sup> Somit konnte die Prozesseffizienz weiter erhöht werden.

Wichtige Elemente der Prozessqualität stellen des Weiteren die Organisation der Aufnahmeeinheiten, Art und Umfang der Terminambulanzen, die Organisation der tagesklinischen Versorgung sowie das Aufnahme- und Entlassungsmanagement dar. Angeregt werden hier Erfahrungsaustausche zwischen Krankenhäusern sowie systematische Prozessanalysen im Rahmen des Qualitätsmanagements der Krankenhäuser.

Zur Verbesserung der Prozessqualität – im Sinne einer integrierten und strukturierten – Versorgung werden derzeit untenstehende Projekte umgesetzt.

#### **Projekt Integrierte Versorgung Demenz OÖ (IVDOÖ)**

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

Die Evaluierung der Pilotbezirke (Kirchdorf u. Wels Stadt) zeigte klar den Nutzen der Demenzberatungsstellen für Patienten und deren Angehörige. Die Angebote Beratung, Diagnostik, Schulung der Angehörigen und Ressourcentraining werden von den Betroffenen bestens angenommen. Das OÖ. Konzept entspricht zudem den Vorgaben der Österreichischen Demenzstrategie. Nach Maßgabe der zur Verfügung stehenden Mittel wird von den Auftraggebern (Land OÖ u. OÖGKK) eine Ausrollung auf ganz Oberösterreich befürwortet.

Das Konzept für die zweite Pilotierungsphase bei den Alten- und Pflegeheimen (APH) steht vor der Fertigstellung, 2017 werden drei neue Heime (Haus für Senioren in Mauerkirchen, APH Peuerbach, APH Ternberg) mit der Adaptierung hauseigener Strukturen und der Erprobung der neuen Angebote starten.

---

<sup>16</sup> Quelle: Monitoring Zielsteuerung, Kennzahl präoperative Verweildauer, Ziel 6.2.4.

## **Projekt strukturierte Versorgung von Patienten mit Herzinsuffizienz**

Das Projekt „strukturierte Versorgung von Patienten mit Herzinsuffizienz“ ist ein Kooperationsprojekt von Land OÖ und OÖGKK.

Die Ziele sind:

- Reduktion der Hospitalisierungsrate bei Herzinsuffizienz (steigender Bedarf kann mit bestehenden Ressourcen abgedeckt werden)
- Transparenz über die Aufgabenverteilungen in der Versorgung (vermeiden von Irrwegen und Doppeluntersuchungen)
- Kooperation und Vernetzung zwischen den Versorgungspartnern
- Befähigung der Patienten zum Selbstmanagement (Steigerung der Gesundheitskompetenz)
- Steigerung der Lebensqualität bei den Patienten
- Positive Beeinflussung des Krankheitsverlaufs (z.B. weniger akute Dekompensationen)
- Evaluierung Zielerreichung (mittels med. Doku, Lebensqualitätsfragebogen u. Leistungsanbieterbefragung)

Im Projekt arbeiten die Kardiologen von Krankenanstalten, niedergelassene Hausärzte und Internisten sowie bei Bedarf die mobilen Dienste zusammen. Die Pilotregionen sind der Zentralraum Linz und der Bezirk Rohrbach. Das Projekt wird 2017 starten und soll vorerst 2 Jahre laufen. Anschließend ist eine Evaluierung geplant.

## **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. Den Beschluss der Landeszielsteuerungskommission in ihrer Novembersitzung vorausgesetzt, wird das Versorgungsmodell am 1.1.2017 starten.

## **2.4.3 Patientensicherheit und Ergebnisqualitätsmessung**

### **2.4.3.1 Patientensicherheit**

Die bundesweite Patientensicherheitsstrategie wurde für die Jahre 2013 bis 2016 festgelegt und gibt den österreichweiten Rahmen für bestehende und geplante Aktivitäten auf diesem Gebiet vor, wobei sie internationale Empfehlungen, insbesondere jene des Europarates, des Rates der Europäischen Union und der WHO berücksichtigt. Mit der Einrichtung eines Patientensicherheitsbeirates im Jahr 2013 wurde eine wichtige Vorgabe der Strategie, und zwar das Einbeziehen relevanter Akteurinnen und Akteure, umgesetzt.

Auf Grundlage der Schwerpunkte der Patientensicherheitsstrategie von 2013-2016 wurden im Rahmen des Bundes-Zielsteuerungsvertrag Zielsteuerung-Gesundheit für 2015 bundesweit folgende Themen bearbeitet:

## Hygiene mit den Schwerpunkten

- Nosokomiale Infektionen
- Nationaler Aktionsplan antimikrobielle Resistenzen (NAP-AMR)
- Qualitätsstandard Organisation und Strategie der Krankenhaushygiene

Im Jahr 2015 wurden Arbeiten zu folgenden Themenfeldern durchgeführt:

### Surveillance-Systeme

Die 2014 erarbeiteten Basisdatensätze zu antimikrobiellen Resistenzen (AMR) und nosokomialen Infektionen (NI) und die in Österreich bereits verwendeten Surveillance-Systeme wurden den potentiellen Anwenderinnen und Anwendern präsentiert und nach darauffolgenden Anpassungen den Entscheidungsgremien vorgelegt. Der vorgestellte Datensatz zu AMR wurde bereits im Frühjahr 2015 zur Anwendung empfohlen, eine IT-Applikation wurde entwickelt und mit der Pilotierung begonnen. Der Datensatz zu NI wurde nach weiteren inhaltlichen Abstimmungen im Dezember 2015 akkordiert.

### Qualitätsstandard Organisation und Strategie der Krankenhaushygiene

Der Qualitätsstandard wurde nach redaktioneller Überarbeitung von den Entscheidungsgremien im Juni 2015 abgenommen und ist auf der Webseite des BMGF abrufbar.

Internationaler Kongress: Das Symposium Nosokomiale Infektionen bei speziellen PatientInnengruppen wurde zum „Internationalen Tag der Händehygiene“ in Kooperation mit dem BMGF und dem Nationalen Referenzzentrum für nosokomiale Infektionen und Antibiotikaresistenz organisiert. Dabei wurden spezielle Probleme in der intensivmedizinischen Behandlung und in der Neonatologie erörtert.

### Nationaler Aktionsplan Antimikrobielle Resistenzen

An der im Bundes-Zielsteuerungsvertrag als operatives Ziel des Steuerungsbereiches Ergebnisorientierung definierten Umsetzung des 2013 veröffentlichten Nationalen Aktionsplans zur Antibiotikaresistenz - NAP-AMR wurde im Jahr 2015 weitergearbeitet. Im Zentrum standen dabei das Erfassen des Antibiotikaverbrauches sowie das Bearbeiten der Aktionsfelder Antimicrobial Stewardship und Diagnostik von Infektionskrankheiten.

### Berichterstattung zu Patientensicherheitsaktivitäten in Österreich

Die Datengrundlage zur Darstellung der Patientensicherheitsaktivitäten bildet unter anderem die Qualitätsplattform ([www.qualitaetsplattform.at](http://www.qualitaetsplattform.at)) der GÖG/BIQG. Über diese bereits bestehende, zugangsgeschützte Website werden derzeit in periodischen Abständen Informationen über Qualitätssysteme in Akutkrankenhäusern und stationären Rehabilitationseinrichtungen erhoben. Zukünftig sollen auch selbstständige Ambulatorien an der Qualitätsberichterstattung teilnehmen. Die Fragebögen der Qualitätsplattform wurden 2015 um einzelne Aspekte der Patientensicherheit erweitert und dienen als Datengrundlage für den Qualitätsbericht. Eine Ausweitung der Beobachtung von patientensicherheitsrelevanten Aspekten auf den niedergelassenen Bereich ist in enger Kooperation mit der Österreichischen Ärztekammer (ÖÄK) geplant.

#### 2.4.3.2 Ergebnisqualitätsmessung

A-IQI (Austrian Inpatient Quality Indicators) dient zur bundesweit einheitlichen Messung von Qualität im Krankenhaus (Bundesministerium für Gesundheit 2013c; Bundesministerium für

Gesundheit 2014b; Bundesministerium für Gesundheit 2015). 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 Kolleginnen und 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 2014 wurden 2015/2016 die Schwerpunktthemen Herzchirurgie, Gefäßchirurgie und Urologie geprüft.

Das Land Oberösterreich beteiligt sich an der (Weiter-) Entwicklung der Ergebnisqualitätsmessung auf Bundesebene (Systemebene) und sorgt für die Umsetzung auf Bundeslandebene. Über Antrag des Gesundheitsfonds wurde ein zusätzliches Peer-Review initiiert – das Thema Herzinfarkt. Die in diesen Verfahren empfohlenen Maßnahmen der Peer-Review Teams werden über den Oö. Gesundheitsfonds dem Umsetzungsmonitoring zugeführt.

Am 13.10.2016 findet ein bundesweites „Peer-Review-Follow-Up“ statt, in dem die Ergebnisse präsentiert und mit den Fachärzten diskutiert werden. Es werden bundesweit gültige Empfehlungen abgeleitet. Die Ergebnisse und Empfehlungen werden in allgemeiner Form (nicht krankenhausbefugten) im „AIQI-Bericht 2016“ auf der BMGF Homepage veröffentlicht werden. Die Ergebnisse aus dem Peer-Reviews 2014/2015 sowie das Umsetzungsmonitoring der damals empfohlenen Maßnahmen, sind im AIQI-Bericht 2015 auf der Homepage des BMGF<sup>17</sup> veröffentlicht. Es handelt sich dabei um einen Bericht, der v.a. für Experten bestimmt ist.

### **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. In einem ersten Schritt wurden folgende Behandlungen ausgewählt und nach den Kategorien Anzahl Behandlungsfälle, qualitätsrelevante Themen und Kennzahlen dargestellt:

- Bruchoperationen
- Entfernung der Gaumenmandeln
- Gallenblasenentfernung
- Gebärmutterentfernung
- Geburt
- Herzschrittmacher
- Hüftendoprothese
- Knieendoprothese
- Schilddrüsenentfernung

---

<sup>17</sup> Für weiterführende Informationen wird auf die Website des BMGF verwiesen: [http://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/7/5/0/CH1367/CMS1385999778812/a-iqi\\_bericht\\_2015.pdf](http://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/7/5/0/CH1367/CMS1385999778812/a-iqi_bericht_2015.pdf)

Die in diesem Webtool veröffentlichten Informationen werden laufend erweitert.<sup>18</sup>

### **Ausblick**

In Entwicklung befindet sich die Ergebnisqualitätsmessung für den ambulanten Bereich. Derzeit findet die Pilotierung im extramural-ambulanten Bereich statt. In absehbarer Zeit wird der spitals-ambulante Bereich einbezogen.

#### **2.4.3.3 Konzept für die sektorenübergreifende Qualitätsberichterstattung**

Im Rahmen der Bundeszielsteuerung wurde ein Rohkonzept für eine Sektorenübergreifende Qualitätsberichterstattung erstellt.

Das Konzept sieht vor, dass im Rahmen der sektorenübergreifenden Qualitätsberichterstattung in regelmäßigen Abständen spezielle Themen - beispielsweise Hygiene oder Patientensicherheit - aus verschiedenen Blickwinkeln des Gesundheitswesens beleuchtet werden. Dazu wird auf bestehende Qualitätsberichte der einzelnen Bereiche zurückgegriffen. Die gesammelten Informationen werden in sektorenübergreifenden Qualitätsberichten zusammengeführt. Diese Berichte sollen nicht nur die aktuelle Situation beschreiben, sondern sollen auch Verbesserungspotenziale identifizieren, die als Unterstützung für die umfassende Planung des österreichischen Gesundheitswesens dienen können.

#### **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 Vergleichswertes der anderen Bundesländer.

#### **2.4.3.5 Rückmeldungen lt. Maßnahmenenerhebungsblättern**

In den Maßnahmenenerhebungsblättern, 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. Bzgl. der Qualitätsauswirkungen wurde zum Stichtag 30. Juni 2016 in den meisten Fällen keine explizite Aussage getroffen. Die eingegangenen Rückmeldungen haben nicht auf eine Verschlechterung der Qualität hingewiesen.

#### **2.4.4 Bundesqualitätsleitlinie Aufnahme- und Entlassungsmanagement „BQLL AUFEM“**

Im Rahmen der Überprüfung durch die Sanitäre Aufsicht in OÖ wurde die Umsetzung der Bundesqualitätsleitlinie Aufnahme- und Entlassungsmanagement in den Krankenanstalten anhand einer standardisierten Checkliste zu den Themenbereichen Strukturqualität, Prozesse sowie Kennzahlen und Qualitätsindikatoren überprüft.

Als Grundlage für die Erstellung der Fragen wurde die Bundesqualitätsleitlinie Aufnahme- und Entlassungsmanagement (BQLL AUFEM) herangezogen. Einige Fragestellungen wurden auch zum Thema Nahtstellenmanagement (NSM OÖ) implementiert.

---

<sup>18</sup> Für weiterführende Informationen wird auf die Website des BMGF verwiesen: [kliniksuche.at](http://kliniksuche.at)



Die daraus erhobenen Daten wurden neben der Analyse der Umsetzung der BQLL AUFEM auch mit den Erfolgsfaktoren, die das Aufnahme- und Entlassungsmanagement verglichen und analysiert. Es zeigt sich, dass die BQLL AUFEM in OÖ umgesetzt wird.

#### **2.4.5 Über-, Unter-, Fehlversorgung**

Im Rahmen der Landeszielsteuerung (*Arbeitsgruppe Planung*) erfolgt eine mit der OÖGKK abgestimmte Analyse der Versorgungsregionen in Hinblick auf folgende Parameter:

- Versorgung (Bettenmessziffer, ambulante und stationäre Erreichbarkeit, Versorgungsdichte)
- Versorgungskette (Möglichkeit der Ambulanzbehandlung mit od. ohne Zuweisung, Vor- und Nachuntersuchungen bei chirurgischen Fällen)
- Leistungsentwicklung (10-Jahresverlauf, Entwicklung nach Umsetzung der Spitalsreform)
- Personalentwicklung (10- Jahresverlauf, Entwicklung nach Umsetzung der Spitalsreform)
- Wartezeiten
- Auffälligkeiten und Hinweise.

Aus den gewonnenen Erkenntnissen werden Handlungsempfehlungen abgeleitet und der Landeszielsteuerungskommission zur Umsetzung vorgeschlagen.

Mittlerweile sind alle Versorgungsregionen Oberösterreichs analysiert. Zusätzlich wurde ein erster Regionaler Strukturplan Gesundheit entwickelt und wird der Landeszielsteuerungskommission in ihrer Novembersitzung 2016 zum Beschluss vorgelegt.

#### **Stellungnahme der Evaluierungskommission**

In Bezug auf die Prozessqualität konnten anhand der Kennzahlenentwicklung weitere Verbesserungen besonders in den Bereichen Tagesklinik und präoperative Verweildauer festgestellt werden. Die Analyse der Mortalitätsraten sowie die Rückmeldungen im Rahmen der Maßnahmenerhebungsblätter bieten keine Evidenz für die Verschlechterung der Ergebnisqualität. Im Hinblick auf die Aktualisierung des ÖSG und der damit verbundenen Planungsprämissen für den ambulanten Bereich empfiehlt die Evaluierungskommission, gemeinsam mit den Sozialversicherungsträgern eine Leistungsabstimmung/-planung durchzuführen und die Verankerung des ambulanten Bereiches im Regionalen Strukturplan Gesundheit vorzubereiten. Im Bereich der Ergebnisqualitätsmessung ist sinnvoll, sich bundesweiten Vergleichen zu stellen, sodass die Evaluierungskommission den eingeschlagenen Weg Oberösterreichs befürwortet.

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 sind wesentliche Hebel zur Erreichung der Zielsetzung der Spitalsreform II.



## 2.5 Patienten- und Bürgerbeteiligung

### 2.5.1 Bericht der sektorenübergreifenden Patientenbefragung

In 2015 wurde von der Gesundheit Österreich GmbH / Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen im Auftrag der Bundes-Zielsteuerungskommission eine sektorenübergreifende Patientenbefragung durchgeführt. Allerdings ist der Ergebnisbericht noch nicht veröffentlicht und kann in diesem Bericht keine Berücksichtigung finden.<sup>19</sup>

### 2.5.2 Bericht zur Bevölkerungsbefragung

Vom Marktforschungsinstitut *market* wurde im Zeitraum zwischen 19. und 27. September 2016 im Auftrag des Landes Oberösterreich eine Befragung der heimischen Bevölkerung zu Gesundheitsthemen durchgeführt. 780 Personen wurden mittels telefonischen CATI-Interviews – repräsentativ für die oberösterreichische Bevölkerung ab 18 Jahre – befragt. Die maximale statistische Schwankungsbreite beträgt +/- 3,58 Prozent.

Die Befragten wurden u.a. über ihre Zufriedenheit mit ihrem letzten Spitalsaufenthalt befragt. Das Ergebnis für die Jahre 2015 und 2016 – wobei hierfür die Antworten jener Personen verwendet wurden, die angegeben haben, dass ihr letzter Spitalsaufenthalt maximal ein Jahr zurückliegt – ist in Abbildung 30 dargestellt.

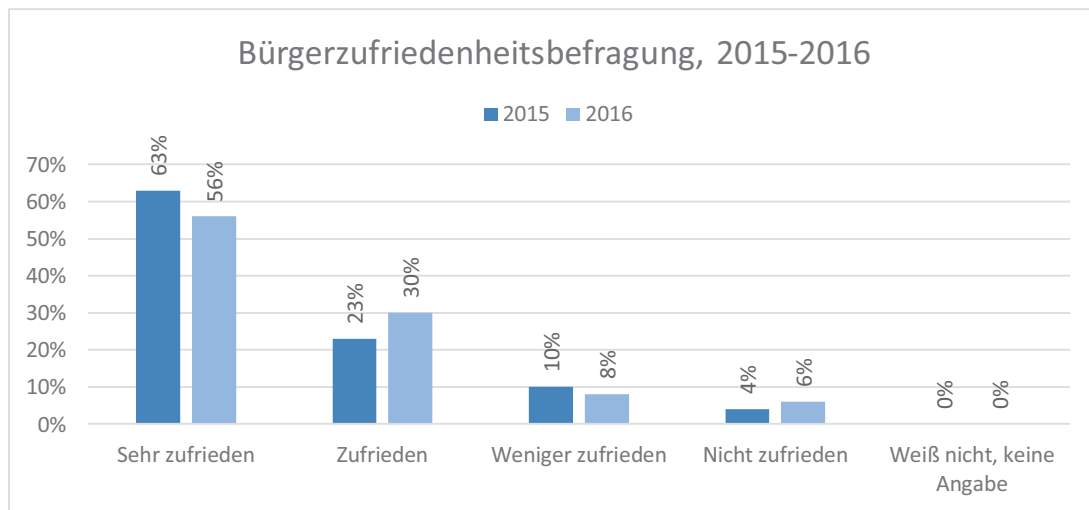


Abbildung 30: Bürgerzufriedenheitsbefragung, 2015-2016

Wie sich zeigt, sind die Anteile der Kategorie *Sehr zufrieden* und *Zufrieden* in Summe im Vergleich zum Vorjahr unverändert geblieben, wobei es eine Verschiebung von *Sehr zufrieden* zu *Zufrieden* gibt. Ein ähnliches Bild zeigt sich in den Kategorien *Weniger zufrieden* und *Nicht zufrieden* – in Summe gleichgeblieben und kleine Verschiebung von *Weniger zufrieden* zu *Nicht zufrieden*. In Bezug auf die Höhe der Veränderung wird auf die maximale statistische Schwan-

<sup>19</sup> Quelle: <http://www.goeg.at/de/Bereich/Patientenbefragung.html>. Download-Datum: 22. September 2016.

kungsbreite von +/- 3,58 Prozent hingewiesen. Zusammenfassend kann gesagt werden, dass sich 86 Prozent der Patienten mit ihrem letzten Spitalsaufenthalt sehr zufrieden oder zufrieden gezeigt haben.

Besonders positiv hervorgehoben wurden der bauliche Zustand des Krankenhauses, Kompetenz des Pflegepersonals und die medizinische Versorgung. Die geringsten Zufriedenheitswerte zeigten sich bei Wartezeiten in Ambulanzen, Wartezeiten im Allgemeinen und Informationsfluss innerhalb des Krankenhauses.

### **Stellungnahme der Evaluierungskommission**

Die Zufriedenheitswerte sind mit 86 Prozent stabil auf hohem Niveau einzustufen und legen von daher den Schluss nahe, dass es nicht zu einer signifikanten Verschlechterung der Patientenzufriedenheit gekommen ist.

### **2.5.3 Bericht der Patientenbefragungen der Krankenanstalten**

Um die Zufriedenheit aus Sicht der Patientinnen und Patienten vor Ort einschätzen zu können, wurden die OÖ Fondskrankenanstalten gebeten, eine zusammenfassende Darstellung ihrer Patientenzufriedenheitsbefragungen für den Zeitraum 1.1.2015 - 31.12.2015 zu übermitteln. Vom Großteil der Träger waren Ergebnisse für diesen Zeitraum vorhanden und wurden analysiert.

Bei der zusammenfassenden Interpretation ist zu berücksichtigen, dass die Methodik, das Fragebogendesign, der Befragungszeitraum, die Rücklaufquoten und die Ergebnisdarstellungen der jeweiligen Befragungen der Fondskrankenanstalten in Oberösterreich nicht vergleichbar sind, da jedes Haus ein individuelles Befragungskonzept anwendet. Bei diesem ersten direkten Abruf der Ergebnisse von den Häusern stand einerseits eine zusammenfassende Darstellung des Stimmungsbildes der Patientinnen und Patienten vor Ort im Vordergrund. Andererseits sollte ermöglicht werden, den Indikator „Patienten- und Bürgerbeteiligung“ im Rahmen der gesamtheitlichen Evaluierung zielgerichtet, direkt aus den individuellen Befragungen der Häuser aus dem Jahr 2015 einfließen zu lassen.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die Patientinnen und Patienten mit der medizinischen und pflegerischen Betreuung in den Krankenhäusern im Jahr sehr zufrieden waren (mind. 74 Prozent und höher), bzw. bei der Beurteilung nach dem Schulnotensystem eine hohe Zufriedenheit zeigten (1,1 - 1,3). Das Stimmungsbild der Patientinnen und Patienten bezugnehmend auf die Gesundheits- und Krankenversorgung in den OÖ-Spitälern ist sehr positiv.

### **Stellungnahme der Evaluierungskommission**

Die Zufriedenheitswerte sind im Allgemeinen, unter Berücksichtigung der individuellen Befragungskonzepte und Rücklaufquoten als hoch einzustufen. Von der Evaluierungskommission wird angeregt im nächsten Jahr 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.

### 2.5.4 Bericht der Oö. Patientenvertretung

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

In jenen Bezirken, die über eine öffentliche Krankenanstalt verfügen, bietet die Oö. Patientenvertretung Sprechtage an. Diese Möglichkeit wurde im Jahr 2015 von 24 Personen in Anspruch genommen (31 Patienten im Jahr 2014). Zusätzlich wurden in der Geschäftsstelle im LGF noch 79 Eingaben persönlich vorgebracht.

In der folgenden Abbildung ist die Entwicklung der schriftlichen Eingaben zwischen 2009 und 2015 dargestellt. Im Vergleich zum Jahr 2014 sind die Eingaben um 90 gesunken befinden sich nun unter dem Ausgangswert von 2009.<sup>20</sup>

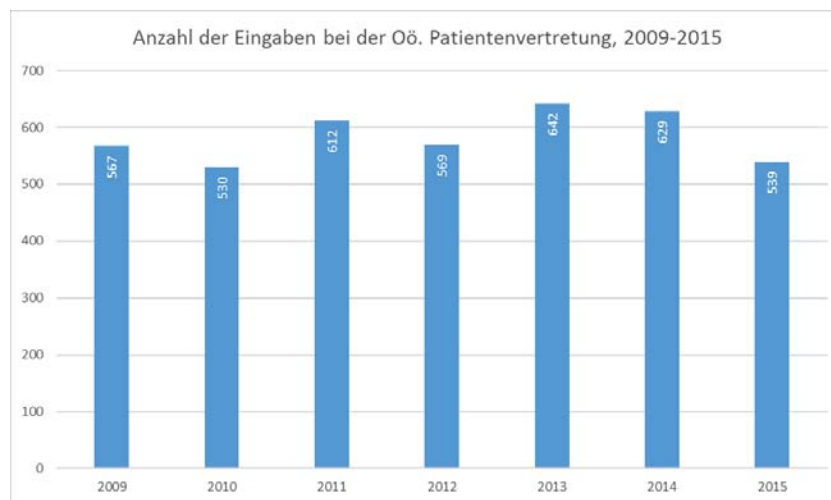


Abbildung 31: Anzahl der Eingaben bei der Oö. Patientenvertretung, 2009-2015

Relativierend ist festzuhalten, dass von den 539 nur drei Eingaben konkret einen Bezug zur SR II aufweisen. Des Weiteren gilt es zu bedenken, dass die Anzahl der Eingaben relativ gering erscheinen, wenn man sie in Relation zur Anzahl stationärer Aufenthalte in der Höhe von rund 485.000 setzt.

#### Stellungnahme der Evaluierungskommission

Die Anzahl der Eingaben ist im Jahr 2015 unter dem Wert von 2009 gefallen. Seit 2013 sinken die Eingaben, die insgesamt als eher gering anzusehen sind.

### 2.5.5 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 Zusam-

<sup>20</sup> Quelle: Oö. Patientenvertretung Tätigkeitsbericht 2015.

menhang 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.

#### **Stellungnahme der Evaluierungskommission**

Dass im Erhebungszeitraum kein einziger Fall eingebracht wurde, wird von Seiten der Evaluierungskommission als positiv bewertet.

#### **2.5.6 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. Oktober 2011 eingerichtet und hat unter dem Vorsitz von Ärztekammer-Präsident Dr. Peter Niedermoser bisher insgesamt siebenmal getagt.

Im Zentrum der letzten Sitzung, die am 2. Juni dieses Jahres stattfand, stand in erster Linie die neue Ärzte-Ausbildungsordnung (ÄAO 2015), welche mit 1. Juni 2015 in Kraft getreten ist. Nachdem erfreulicherweise bereits die ersten Ansuchen um neue Ausbildungsstellen via Bescheid der Österreichischen Ärztekammer (ÖÄK) positiv erledigt werden konnten, ist eine erste Tendenz dahingehend erkennbar, dass die Ausbildungsärzte im Rahmen Ihrer Ausbildung stärker als bisher zwischen den einzelnen Krankenanstalten rotieren werden müssen.

Ein weiteres zentrales Thema war ein möglicherweise erleichterter Zugang zum Medizinstudium für jene Personen, die bereits über eine einschlägige Ausbildung in einem Gesundheitsberuf verfügen. Zu denken wäre dabei aus Sicht der Oö. Landes-Ausbildungskommission an ein besonderes, zahlenmäßig jedoch überschaubares, Kontingent. Dieses Thema soll durch das Amt der Oö. Landesregierung an das hierfür zuständige Bundesministerium für Wissenschaft und Forschung herangetragen werden.

#### **Stellungnahme der Evaluierungskommission**

Bezugnehmend auf das Kapitel 4.3 merkt die Evaluierungskommission an, dass die Rotationen unterstützend auf die standortübergreifenden Organisationsformen wirken. Im Sinne der Versorgungswirksamkeit ist ein erleichterter Zugang zum Medizinstudium für jene Personen, die bereits über eine einschlägige Ausbildung in einem Gesundheitsberuf verfügen, positiv zu bewerten und dringend umzusetzen.

### 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

Medizinischer Bereich					Nicht medizinischer Bereich		
Träger	Medizinischer Bereich	Nicht-medizinischer Bereich	Gesamt	Anteil am SR II-Potential	Träger	Nicht-medizinischer Bereich	Anteil am SR II-Potential
AKh Linz	-5.454.275	-2.162.713	-7.616.987	9,24%	AKh Linz	-4.595.876	11,39%
gespag	-21.019.502	-9.616.837	-30.636.339	37,16%	gespag	-23.904.785	59,23%
Orden	-34.368.790	-9.817.558	-44.186.348	53,60%	Orden	-11.861.407	29,39%
<b>Summe</b>	<b>-60.842.566</b>	<b>-21.597.108</b>	<b>-82.439.674</b>	<b>100,00%</b>	<b>Summe</b>	<b>-40.362.068</b>	<b>100,00%</b>
n.a.	1.672.320	0	1.672.320		n.a.	0	
<b>Gesamtsumme</b>	<b>-59.170.246</b>	<b>-21.597.108</b>	<b>-80.767.354</b>		<b>Gesamtsumme</b>	<b>-40.362.068</b>	

**Umsetzung:**  
 Priorität A (2011-2013): 2011: 10 %; 2012: 30 % und 2013: 60 %  
 Priorität B (2014-2016): pro Jahr 33,33 %  
 Priorität C (2017-2020): pro Jahr 25 %

Kostendämpfung Gesamt						
Träger	Medizinischer Bereich	%-Anteil	Nicht-medizinischer Bereich	%-Anteil	Gesamt	Anteil am SR II-Potential
AKh Linz	-5.454.275	8,96%	-6.758.589	10,91%	-12.212.863	9,95%
gespag	-21.019.502	34,55%	-33.521.622	54,10%	-54.541.124	44,41%
Orden	-34.368.790	56,49%	-21.678.965	34,99%	-56.047.755	45,64%
<b>Summe</b>	<b>-60.842.566</b>	<b>100,00%</b>	<b>-61.959.176</b>	<b>100,00%</b>	<b>-122.801.742</b>	<b>100,00%</b>
n.a.	1.672.320		0		1.672.320	
<b>Gesamtsumme</b>	<b>-59.170.246</b>		<b>-61.959.176</b>		<b>-121.129.422</b>	

n.a. beinhaltet einen Kostenaufbau hinsichtlich Schnittstellen  
 Indexierung noch nicht berücksichtigt

Abbildung 32: Kostendämpfungs-Systematik – Medizinischer und nicht medizinischer Bereich

## 3.1 Medizinischer Bereich

### 3.1.1 Schaffung von Spitalsverbänden

#### Kepler Universitätsklinikum

Mit Jahreswechsel 2015/2016 wurden das AKh Linz, die Landes- Frauen- und Kinderklinik Linz und die Landes-Nervenklinik Wagner-Jauregg zur Kepler Universitätsklinikum GmbH zusammengeführt. Anlass dafür war die Gründung einer medizinischen Fakultät an der Johannes Kepler Universität Linz.

Mit über 1.800 Betten ist das Kepler Universitätsklinikum Österreichs zweitgrößtes Krankenhaus.

Die Strukturen des Kepler Universitätsklinikums wurden bzw. werden aktuell umgestaltet, um den gestiegenen Anforderungen zu entsprechen, die sich aus der Zusammenarbeit mit der Medizinischen Fakultät ergeben, und um die wirtschaftlichen und medizinischen Synergiepotenziale aus dem Zusammenschluss von drei Krankenhäusern bestmöglich zu nützen.

Die Aufnahme des vollen Studentenbetriebes ist 2018 geplant, zurzeit findet die Rekrutierung des wissenschaftlichen Personals statt.

Parallel mit der Harmonisierung der Abläufe und Strukturen sind Bauprojekte für die Realisierung des medizinischen Campus in Vorbereitung.

#### Ordensklinikum Linz

Im April 2016 wurde durch die Trägerinnen des Krankenhauses der Barmherzigen Schwestern Linz und des Krankenhauses der Elisabethinen Linz eine gemeinsame Trägergesellschaft für diese beiden Spitäler ab 1. Jänner 2017 angekündigt. Die beiden Häuser hatten im Jahr 2015 1.125 Betten.

Der neue Spitalsverbund wird unter dem Namen „Ordensklinikum Linz“ auftreten. Die strategischen Kooperationen der beiden Häuser mit dem Krankenhaus der Barmherzigen Brüder bzw. mit der Gespag sollen laut Aussagen der Krankenhausträger fortgeführt werden.

Im Rahmen einer Presseaussendung vom 07.04.2016 wurden seitens der Trägerinnen des geplanten Ordensklinikums die geplanten medizinischen Schwerpunktsetzungen bekannt gegeben. Diese lassen sich, wie folgt, zusammenfassen:

- Grundlagen bilden die bereits bestehenden Kooperationsfelder in der Pathologie, in der Radio-Onkologie, in der Mikrobiologie und in der akuten Herzkatheter-Versorgung.
- Die Trägerinnen des Ordensklinikums planen die nachfolgenden spitzenmedizinischen Schwerpunktsetzungen:
  - Standort Elisabethinen: Bauch (insb. Pankreas, Leber), Blut, Haut, Herz, Lunge, Niere, Blase, Prostata
  - Standort Barmherzige Schwestern: Bauch (insb. Magen, Darm), Bewegungsapparat, Frauengesundheit, Hals-Nasen-Ohren, Kinderspezialchirurgie, Schwerpunkt Altersmedizin

Neben der Abstimmung des medizinischen Leistungsangebotes soll zudem die Effizienz gesteigert, die Umsetzung des Arzttarbeitszeitgesetzes unterstützt und die Standortattraktivität für medizinisches und pflegerisches Fachpersonal erhöht werden.

Hinzuweisen ist, dass zum Zeitpunkt der Berichterstellung der Abteilung Gesundheit noch kein detailliertes Konzept vorliegt.

### **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, schlägt die Evaluierungskommission vor, im Jahr 2017 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 AufnahmeRAD“)
- Berücksichtigung der Ergebnisse des derzeit laufenden Projektes „Patientenlenkung im Zentralraum Linz“
- Verortung von Referenzzentren
- Überprüfung der Prioritätensetzungen

### **Stellungnahme der Evaluierungskommission**

Die für den Zentralraum Linz angestrebten Ziele einer effizienten und qualitätsorientierten Leistungserbringung sollten jedenfalls weiter untermauert und in Teilbereichen ggf. nachgeschärft werden. Die Evaluierungskommission empfiehlt die Leistungsschwerpunkte sowohl innerhalb als auch zwischen den (neuen) Trägergruppen zu prüfen und auf die geänderten Rahmenbedingungen im Zentralraum Linz anzupassen. Die möglichen zusätzlichen Synergiepotentiale aus den jeweiligen Zusammenarbeitsformen sind dabei zu analysieren und umzusetzen.



## 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 wurden getroffen, um der Krankenhausleitung hauspezifische Gestaltungsräume bei der Umsetzung zu ermöglichen.

Dazu wurden für die Jahre 2010-2015 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 2015 um 1,4 Prozentpunkte zugunsten des medizinischen Bereiches verändert.

Die Maßnahmen betreffen vorwiegend die Bereiche IT, Facility Management, Public Relations und diverse Re-Organisationsprojekte etc. In der SR II ist vorgesehen, dass bis zum Ende des Jahres 2015 50 Prozent dieses Potenzials erbracht werden. Laut Information der Krankenhausträger konnte dieser Anteil deutlich übererfüllt werden und der entsprechende Erreichungsgrad beläuft sich auf 78 Prozent.

### Stellungnahme der Evaluierungskommission

Die Veränderung von 2009 auf 2015 des Verhältnisses zwischen den bereinigten medizinischen Aufwendungen und den bereinigten nicht-medizinischen Aufwendungen um 1,4 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. Oktober 2013 von der Oö. Landesregierung beschlossen. Der Oö.KAP / GGP wird in regelmäßigen Abständen novelliert (Abbildung von Beschlussadaptierungen, jährliche Wartung der Leistungsmatrix, etc.).

Am 31. Dezember 2015 ist der Oö. KAP/GGP 2016 in Kraft getreten. Neben den Veränderungen, welche sich durch die Gründung des Kepler Universitätsklinikums ergeben haben, werden ab

dieser Fassung auch die Planbetten je Krankenanstalt und Fachhauptbereich dargestellt. In der kommenden Fassung, welche nach Publikation des gegenständlichen Berichts erscheinen wird, werden auch die tagesklinischen Behandlungsplätze der Psychiatrie und Psychosomatik (Kinder und Erwachsene) angeführt werden.

### **Stellungnahme der Evaluierungskommission**

Mit dem Beschluss des Oö. KAP/GGP wurden die in der SR II empfohlenen und bereits durch die Landesregierung beschlossenen Strukturmaßnahmen und die gemäß diesem Bericht empfohlenen Anpassungen formal umgesetzt. Die jährlichen Novellierungen ermöglichen die notwendige planerische Flexibilität bei einer gleichzeitigen verbindlichen und konkreten Umsetzungsplanung. Die Evaluierungskommission begrüßt die Darstellung der tagesklinischen Behandlungsplätze der Psychiatrie und Psychosomatik (Kinder und Erwachsene), da dadurch u.a. die Vergleichbarkeit zwischen den Häusern verbessert wird und dies eine konsequente Weiterentwicklung der Planung darstellt.

### **3.3.2 Bundesgesundheitsreform (Zielsteuerung Gesundheit)**

Bund, Länder und Sozialversicherungen haben im Rahmen der Gesundheitsreform 2013 den Bundes-Zielsteuerungsvertrag für den Zeitraum bis 2016 abgeschlossen, der auf Ebene der Bundesländer durch Landes-Zielsteuerungsverträge konkretisiert wurde. Die Fortsetzung des Zielsteuerungsprozesses über das Jahr 2016 hinaus wird zum Zeitpunkt der Berichterstellung (in Verbindung mit dem Finanzausgleich) verhandelt.

Die gemeinsame Zielsteuerung der Hauptakteure soll zum einen die langfristige Finanzierbarkeit eines leistungsfähigen und bedarfsgerechten öffentlichen Gesundheitswesens durch einen nachhaltigen Ausgabendämpfungspfad sicherstellen. Zum anderen wurden strategische Ziele für die Steuerungsbereiche „Versorgungsstrukturen“, „Versorgungsprozesse“ und „Ergebnisqualität“ definiert, die durch einen umfangreichen Katalog von Zielen und Maßnahmen operationalisiert werden.

#### **Landeszielsteuerungsvertrag**

Der Landeszielsteuerungsvertrag (Laufzeit 2013 – 2016) wurde zwischen Land OÖ und der Oö. Krankenversicherung abgeschlossen und regelt eine Fülle an verbindlichen Maßnahmen, Projekten und Konzeptionsarbeiten.

Zur gemeinsamen Bearbeitung der Arbeitsprogramme wurden Arbeitsgruppen auf ExpertInnen-Ebene eingerichtet. Diese erledigen die ihnen zugewiesenen Arbeitspakete in Form von Berichten, Konzepten, Analysen oder Entscheidungsempfehlungen, die anschließend der Landeszielsteuerungskommission vorgelegt werden.

Es ist klar definiert, welche Vertragspartei (Land OÖ oder Oö. Krankenversicherung) für welche Arbeitsaufträge zuständig ist. Vereinzelt Ziele oder Maßnahmen werden auch in Form von Kooperationsprojekten ausgearbeitet.

## Monitoringbericht

Der Zielsteuerungsprozess umfasst auch ein halbjährliches Monitoring-System. Für den Stichtag 31.12.2015 liegt der Monitoringbericht I/2016 vor. Diesem kann entnommen werden, dass das Land Oberösterreich – soweit bereits die erforderlichen Voraussetzungen auf Bundesebene geschaffen wurden – ein sehr hohes Ausmaß an Zielerreichung aufweist.

Die Monitoringberichte der Gesundheit Österreich GmbH enthalten neben einer allgemeinen Einführung (allgemeine Bestimmungen, Gegenstand und Ablauf des Monitorings, meldeverantwortliche Stellen) die beiden inhaltlichen Schwerpunktkapitel zum Finanzmonitoring und zum Monitoring der Steuerungsbereiche (Versorgungsstrukturen, Versorgungsprozesse und Ergebnisorientierung).

### Finanzmonitoring I/2016

Bei der bundesländerweisen Zusammenführung (gesetzliche Krankenversicherung und Länder zusammen) ist in den Jahren 2012 bis 2015 die Zielerreichung für Österreich insgesamt gegeben.

Für Oberösterreich ist gemäß Monitoringbericht I/2016 für 2015 die Zielerreichung (Land und Krankenversicherungs-Träger) ebenfalls gegeben (Unterschreitung der Ausgabenobergrenze um rd. 160 Mio Euro). Für 2016 ist ebenso eine Unterschreitung der vereinbarten Ausgabenobergrenze zu erwarten.

### Monitoring der Steuerungsbereiche I/2016

Im Zuge des Monitorings der Steuerungsbereiche dokumentiert der vorliegende Bericht den Stand der Umsetzung der vereinbarten Maßnahmen in den Bereichen Versorgungsstrukturen, Versorgungsprozesse und Ergebnisorientierung anhand der im Zielsteuerungsvertrag definierten Messgrößen und Zielwerte.

Die Einschätzung der für Oberösterreich betroffenen Ziele und Maßnahmen ist beim Großteil der Ziele und Maßnahmen „Ziel erreicht“ (6 Ziele), „Zielerreichung im Plan“ (7 Ziele) oder „Aussage derzeit nicht möglich“ bzw. „Zielerreichung gefährdet“, da noch keine Ergebnisse auf Bundesebene vorliegen (14 Ziele).

Bei einem Ziel (7.2.2) war die Zielerreichung innerhalb der Umsetzungsfrist (Ende 2014) nicht möglich. Die EDV-unterstützte Verarbeitung der BQLL Präoperative Diagnostik wird zu 80 Prozent erfüllt, die Vorgabe der Zielerreichung (100 Prozent) wird aber sukzessiv fortgeführt.

Aufgrund der Zusammenführung von drei Krankenanstalten zum Kepler Universitätsklinikum wurden mit 31.12.2015 alle Aufenthalte abgeschlossen. Insbesondere die Belagstage für Langlieger von der Landesnervenklinik Wagner-Jauregg führen daher dazu, dass in Oberösterreich ein leichter Anstieg bei der Verweildauer zu verzeichnen ist (Ziel 6.2.7.: Messgröße 3c „Verweildauern in FKA“).

### **Stellungnahme der Evaluierungskommission**

Da die Landeszielsteuerung die Intentionen und Ziele der SR II unterstützen, soll die Umsetzung der noch offenen Ziele und Maßnahmen forciert werden.

Zentrale Schwerpunkte der Zielsteuerung Gesundheit umfassen folgende Inhalte:

- Weiterentwicklung der multiprofessionellen und interdisziplinären Primärversorgung: Zum Zeitpunkt der Berichtslegung laufen auf Bundesebene noch intensive Verhandlungen über ein PHC-Gesetz zwischen den Vertragspartnern sowie den beruflichen Interessenvertretungen, insbesondere der Ärztekammer. Eine Einigung ist derzeit nicht absehbar. Zum Zeitpunkt der Berichterstellung sind in Oberösterreich zwei PHC-Modelle vorgesehen (Enns, Haslach).
- 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 (z.B. Klärung der offenen Fragen hinsichtlich der Primärversorgung) unterstützt werden.
- Reduzierung der stationären Verweildauern, z.B. durch Verkürzung der präoperativen Verweildauern und Ausbau der tagesklinischen Leistungserbringung: Hinsichtlich dieser Kriterien konnten die Ziele im Bundesland Oberösterreich mehrheitlich bereits im Jahr 2015 erreicht werden.
- Umsetzung bundeseinheitlicher Qualitätsleitlinien sowie eHealth-Projekte

Der Monitoringbericht zur Zielsteuerung Gesundheit bestätigt somit 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)**

Der aktuell geltende ÖSG 2012 soll gemäß Zielsteuerung Gesundheit adaptiert und erweitert werden. Die ursprünglich für Ende 2015 vorgesehene Beschlussfassung soll laut derzeitigem Planstand bis Ende 2016 erfolgen. Aktuell laufen intensive Verhandlungen über den ausgesendeten Entwurf.

Folgende zentrale inhaltliche Änderungen bzw. Aktualisierungen des ÖSG sind nach aktuellem Informationsstand zu erwarten:

- Verstärkte und strukturierte Einbeziehung des (intra- und extramuralen) ambulanten Bereiches inkl. fächerbezogene Erreichbarkeitsvorgaben, ambulante Leistungsmatrix und Qualitätskriterien; diese werden als Grundlagen für die integrierte Versorgungsplanung auf Ebene der Bundesländer im Rahmen der Regionalen Strukturpläne Gesundheit dienen.
- Weiterentwicklung von Qualitätskriterien für den stationären Bereich (Grundlagen, fächerbezogene Kriterien, Kriterien für die Umsetzung der abgestuften Versorgung, stationäre Leistungsmatrix)
- Weiterentwicklung der Festlegung verbindlicher Mindestfallzahlen
- Fortschreibung / Erweiterung von Versorgungsmatrix und Planungsmatrix

- Fortschreibung des Großgeräteplans
- Festlegung von Rahmenvorgaben für den RSG

#### **Stellungnahme der Evaluierungskommission**

Die Änderungen des ÖSG hinsichtlich Planung und Qualitätskriterien werden im Rahmen der Gesundheitsplanung auf Ebene der Länder zu beachten sein, insbesondere auch hinsichtlich der integrierten Versorgung. Im Zuge der Weiterentwicklung der oberösterreichischen Spitalsreform werden u.a. Bestimmungen betreffend die abgestufte Versorgung sowie die Grundlagen für die Umsetzung von Referenzzentren zu beachten sein. Außerdem werden entsprechend der Verlagerung von Leistungen in den ambulanten Bereich, stationäre Betten anzupassen sein.

#### **3.3.4 eHealth/ELGA Strategie des Landes Oö**

Für Oö resultiert aus den gemeinsamen Rolloutplanungen auf Bundesebene ein voraussichtlicher Starttermin des ELGA-Bereichs Oö mit Dezember 2016. Dabei wird versucht, die Auswirkungen mittlerweile eingetretener weiterer Verzögerungen und verbleibender Restrisiken durch vorgezogene Tests mit (noch nicht endgültigen) ELGA-Software-Releases auf operativer Ebene zu minimieren.

In Folge des Zusammenschlusses der Träger der Vinzenz Gruppe und der Elisabethinen Linz wurde als „Start-GDA“ im ELGA-Bereich Oö das KH Schärding der gespag (anstelle des KH der Elisabethinen) vorgezogen.

Durch die Synchronisierung der Starttermine der ELGA-Bereiche Oö und eGOR werden folgende Krankenanstalten gleichzeitig im Dezember 2016 mit ELGA starten:

- KH St. Josef Braunau
- KH Schärding
- KH Barmherzige Brüder Linz
- KH Barmherzige Schwestern Linz und
- KH Barmherzige Schwestern Ried

Der Rollout auf die restlichen Krankenanstalten (und ev. erste stationäre Pflegeeinrichtungen) ist für das 1. Halbjahr 2017 geplant.

Die Arbeiten der ELGA GmbH an zukünftigen Weiterentwicklungsthemen (z.B. zum Austausch radiologischer Bildinformationen) wurden deutlich eingeschränkt bzw. teilweise auch eingestellt. Das eHealth-Management Oö führt daher die Vorarbeiten gemeinsam mit relevanten Wissensträgern und interessierten Fachgremien derzeit in Kooperation mit dem eHealth-Forschungsteam der FH Hagenberg weiter.

Aus der Mitwirkung im Projekt Telemedizinische Dienste entstand im Auftrag der Fachgruppe Planung auf Bundesebene zwischen Bund, Ländern und Sozialversicherung ein weitgehend final abgestimmter technischer Architekturvorschlag, der mittlerweile auch international mit Standardisierungsgremien abgestimmt und qualitätsgesichert wird. Konkrete Umsetzungsaktivitäten in Österreich sind nach Klärung von organisatorischen und rechtlichen Rahmenbedingungen sowie grundsätzlicher Finanzierungsfragen zu erwarten.

Zum verstärkten Einsatz des eCard-Systems auch in Krankenanstalten wurden gemeinsame technische Abklärungen der Projektgruppe im Hauptverband mit dem IT-Managerforum der österr.

KH-Träger initiiert und begleitet. Da aktuell keine zwingenden technischen Hinderungsgründe verblieben sind, ist eine Grundsatzentscheidung im Rahmen der Bundes-Zielsteuerung zu treffen, um die Konkretisierung der Planungen und erste Pilotierungen im Jahr 2017 vornehmen zu können.

### **Stellungnahme der Evaluierungskommission**

Die Evaluierungskommission begrüßt die gemeinsamen Rollout-Planungen 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. Des Weiteren soll auch hinsichtlich der Versorgungswirksamkeit abgeklärt werden, welche konkreten Effekte sich bei der Umsetzung der eHealth-Themen ergeben werden.

### **3.3.5 Katalog ambulanter Leistungen (KAL)**

Bund, Länder und Sozialversicherung sind übereingekommen ab 1. Jänner 2014 bundesweit nach dem seit 2010 in Pilotprojekten getesteten Katalog ambulanter Leistungen (KAL) zu dokumentieren. Die ambulante Dokumentation für den intramuralen Bereich wird gemäß Dokumentationsverordnung von den Krankenanstalten an den Oö. Gesundheitsfonds und in weiterer Folge an das Bundesministerium für Gesundheit und Frauen gemeldet.

Daten des extramuralen Bereiches werden gemäß Dokumentationsverordnung vom Hauptverband dem Bundesministerium für Gesundheit und Frauen zur Verfügung gestellt.

Auf Landesebene wurde im Rahmen der Zielsteuerung eine Arbeitsgruppe KAL eingerichtet. Die AG KAL analysiert im Steuerungsbereich Versorgungsprozesse und die sektorenübergreifende einheitliche Leistungsdokumentation.

Das gemeinsame Analysetool (DIAG) wurde auf Bundesebene adaptiert um auch pseudonymisierte Daten analysieren zu können. Somit starteten die weiteren Analysen auf Landesebene. Das Konzept für die Herangehensweise wurde in der AG KAL bereits erarbeitet.

Bereits in der Pilotphase zur Dokumentation im ambulanten Bereich wurde auf Bundesebene das EDV-Tool „LKatManager“ mit dem Ziel entwickelt, die Länder, die Krankenanstalten und die Sozialversicherung im Mapping-Prozess zu unterstützen und von den Erfahrungen anderer Institutionen und deren Mapping-Regeln zu lernen. Der Online-Zugang zum Tool ist für alle Krankenanstalten eingerichtet worden.

### **Stellungnahme der Evaluierungskommission**

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

### **3.3.6 Ambulante Finanzierung und Krankenanstaltenfinanzierung**

Wie im vorherigen Abschnitt beschrieben, werden seit dem Jahr 2014 bundesweit ambulant erbrachte Leistungen von Spitälern und im niedergelassenen Bereich auf Grundlage des „Katalogs ambulanter Leistungen“ (KAL) dokumentiert. Neben der Weiterentwicklung des KAL wird aktuell die ambulante Diagnosedokumentation vorbereitet.



Auf Basis des Berichtswesens über das Leistungsgeschehen im ambulanten Bereich wird ein Bepunktungsmodell entwickelt. Dieses soll dazu dienen, eine dem LKF-Modell vergleichbare Abrechnung von ambulant erbrachten Leistungen einzuführen und – entsprechend der Zielsetzung der Erbringung medizinischer Leistungen am „Best-Point-of-Service“ – falsche finanzielle Anreize zur stationären Aufnahme zu vermeiden. Die Zielsetzung einer sektorenübergreifenden ambulanten Finanzierung der erbrachten ambulanten Leistungen soll nach heutigem Stand ab 2019 erfolgen. Ob der aktuelle Zeitplan eingehalten werden kann, wird sich voraussichtlich im Laufe des Jahres 2017 abschätzen lassen.

Die Bundesgesundheitskommission hat am 1. Juli 2016 das bundeseinheitliche Bepunktungsmodell für den spitalsambulanten Bereich beschlossen. Die verbindliche Umsetzung wurde mit 1.1.2019 festgelegt. Vor dem 1.1.2019 besteht auf Landesebene die Möglichkeit bei laufender Evaluierung und Weiterentwicklung, auf Basis aktueller Daten das Modell einzuführen.

Im Bereich der Leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung (LKF) sind – neben den laufenden Systemanpassungen sowie Änderungen im Bereich einzelner Leistungen – für das Jahr 2017 folgende Änderungen absehbar:

- Anwendung adaptierter Fallpauschalen auf Grundlage der Neukalkulation der LKF-Fallpauschale (Preisbasis 2014 statt bisher 2005)
- Aktualisierung der Belagsdauerwerte
- Vorbereitungen des Systems für die sektorenübergreifende Abrechnung ambulanter Leistungen (z.B. verpflichtende Dokumentation ausgewählter ambulanter Leistungen, die im Rahmen stationärer Aufenthalte erbracht werden)
- Null-Tagesaufenthalte werden (abgesehen von Aufenthalten mit medizinischen Leistungen aus dem Katalog für tagesklinisch abrechenbare Leistungen) in Zukunft grundsätzlich ambulant abgerechnet, um Anreize zur stationären Aufnahme zu vermeiden.

### **Stellungnahme der Evaluierungskommission**

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 bzw. niedergelassenen Bereich geschaffen werden. Diese Entwicklungen unterstützen den im Zuge der SR II eingeschlagenen Weg. Im Sinne der Umsetzungsgeschwindigkeit wird empfohlen, die vorzeitige (vor der verbindlichen bundesweiten Umsetzung per 1.1.2019) Einführung des ambulanten Bepunktungsmodells für den spitalsambulanten Bereich auf Umsetzbarkeit und Steuerungswirksamkeit zu prüfen.

### **3.3.7 Anreizsysteme**

Die Expertenkommission der SR II gab in ihrem Abschlussbericht die Empfehlung ab, das Leistungsabgeltungssystem zur Unterstützung vorgeschlagener Umsetzungsmaßnahmen anzupassen. Diese Anpassung sah eine Erweiterung der Leistungsabgeltung um ein Anreizsystem vor. Unter Verwendung eines Anreizsystems sollen positive Anreize gesetzt werden, die z.B. die Verlagerung von stationären Leistungen in den tagesklinischen bzw. ambulanten Bereich unterstützen. In weiterer Folge hat sich eine trägerübergreifende Arbeitsgruppe unter der Leitung der Abteilung



Gesundheit in Abstimmung mit der Evaluierungskommission mit der Überprüfung und Ausarbeitung möglicher Anreizvarianten beschäftigt.

Die im Zuge dessen diskutierten Instrumente umfassten eine Reduzierung des Pflegeanteils bei der Abgangsdeckung, ein Degressionsmodell der LKF-Punktemenge (unterjährig), die Leistungsorientierte Ambulanzfinanzierung (KAL), ein Tool zur verbindlichen Umsetzung des RSG OÖ sowie ein Bonussystem für die Tagesklinik. Die Arbeitsgruppe kam zu dem Schluss, dass mittels der Ausgabensteuerung die grundsätzlichen Ziele erreicht wurden, und die diskutierten Instrumente nicht unbedingt notwendig sind um die Ziele zu erreichen.

Vor dem Hintergrund einer kontinuierlichen Weiterentwicklung erarbeitet die Abteilung Gesundheit ein Anreizmodell zur Unterstützung der Erreichung von Zielwerten bei ausgewählten tagesklinischen Leistungen/Leistungsbündel gemäß Bundes- bzw. Landeszielsteuerungsvertrag. Dieses Anreiz- bzw. Steuerungsmodell soll die Weiterentwicklung des Bundes- bzw. Landeszielsteuerungsvertrages berücksichtigen und könnte dann ab 2017 angewendet werden. Bis dahin führt die Abteilung Gesundheit ein Monitoring über die bestehenden tagesklinischen Leistungen/Leistungsbündel, welches auch den Krankenanstalten zur Verfügung gestellt wird.

#### **Stellungnahme der Evaluierungskommission:**

Die Evaluierungskommission befürwortet die Weiterentwicklung des Anreizsystems inkl. RSG-Tool auch im Hinblick auf die Zielwerte gemäß Bundes- bzw. Landeszielsteuerungsvertrag. 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. Mit der Umsetzung des neuen ÖSG sind zusätzlich in die Steuerung der Anreize die ambulanten Betreuungsplätze miteinzubeziehen.

### **3.3.8 Nahtstellenmanagement**

Eine landesweit einheitliche Patientenversorgung wird u.a. durch den Regelbetrieb des Nahtstellenmanagements (NSM) in Oberösterreich kontinuierlich verfolgt. Basierend auf den, von den NSM Gremien 2015 abgenommen Bericht zur NSM Evaluierung wurden folgende Verbesserungspotenziale identifiziert, welche nun gezielt bearbeitet werden:

- bessere Einbindung der Ärzteschaft in die NSM-Aktivitäten, sowohl was die patientenbezogene NSM-Arbeit anbelangt, als auch die
- Mitarbeit in den Bezirkskoordinationsteams (BKT)
- Verwendung des Einweisungsformulars mit Sozialanamnese
- Verwendung des einheitlichen ELGA-konformen NSM Pflegebegleitschreibens im extramuralen Bereich
- Intensivierung der Informationsarbeit zu allgemeinen NSM-Themen
  - Bekanntheitsgrad bzw. Nutzungsgrad von Newsletter, Homepage und Best-Practice Datei erhöhen
- Informationsweitergabe zu NSM Themen in den Organisationen
- Verwendung der Patienten Checkliste im Rahmen des Entlassungsgesprächs oder eines adäquaten Infomaterials für die Patienten
- konkrete Aufgabenstellungen zur Bearbeitung an die BKTs übergeben,
  - um noch mehr praxistaugliche Lösungen zu erarbeiten
- Gruppengröße der BKTs Beachtung schenken

- BKT-Zusammensetzung und Teilnehmerquote
- Forcierung der NSM-Best-Practice Datei

2015 wurde durch die Gremien beschlossen, dass die NSM Ziele den SMART Kriterien entsprechen sollen. Dazu wurde ein entsprechendes Monitoring etabliert. Damit ist es in Oberösterreich möglich, einen weiteren Beitrag zur Optimierung des Nahtstellenmanagements zu leisten.

### **Stellungnahme der Evaluierungskommission**

Im Sinne eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses ist die Fokussierung auf Potenziale aus der Evaluierungsphase sinnvoll. Um die Veränderung der Versorgungssituation für die Patienten festzustellen und somit die Messbarkeit der Zielerreichung zu ermöglichen, wird die Etablierung eines Monitorings als positiv bewertet.

### **3.3.9 Organisations- und Zusammenarbeitsmodelle**

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 drei große Projekte bzw. Kooperationsmodelle in Angriff genommen:

1. Salzkammergut-Klinikum

Die Zusammenführung der Krankenanstalten Vöcklabruck, Gmunden und Bad Ischl zum Salzkammergut-Klinikum wurde mit 1. Jänner 2014 erfolgreich umgesetzt und erste Abstimmungen zwischen den Standorten sind erfolgt. 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.

2. Kepler Universitätsklinikum

Die Errichtung der Medizinischen Fakultät Linz und die damit einhergehende Zusammenführung der Krankenanstalten AKh Linz, LFKK, und LNK WJ zum Kepler Universitätsklinikum – welche auch die Nutzung von Synergiepotenzial ermöglichen kann – stellt eine wesentliche Veränderung der Rahmenbedingungen für die SR II dar. Dies begründet sich dadurch, dass für ein Universitätsklinikum besondere Anforderungen gegeben sind.

3. Ordensklinikum Linz

Ab 1. Jänner 2017 werden die beiden Krankenhäuser der Barmherzigen Schwestern und Elisabethinen unter einer gemeinsamen Trägerschaft (Ordensklinikum GmbH) geführt.

### **Stellungnahme der Evaluierungskommission**

#### **Salzkammergut-Klinikum**

Es wird angeregt, das Salzkammergut-Klinikum als Beispiel für die Verbesserung in der Leistungsabstimmung und Versorgung der Patienten auch für Krankenanstalten anderer Versorgungsregionen heranzuziehen.

#### **Kepler Universitätsklinikum**

Den Anforderungen eines Universitätsklinikums ist – wo erforderlich – in der Maßnahmenausgestaltung Rechnung zu tragen. Allerdings darf dies nicht isoliert geschehen, sondern hat in einer gesamthaften Versorgungsplanung entsprechend zu erfolgen. Die Evaluierungskommission regt daher an, die Versorgungsplanung insbesondere im Zentralraum Linz im Lichte dieser Veränderung erneut zu bewerten. Wie bereits an anderer Stelle dargelegt, wird die Notwendigkeit dazu durch die gemeinsame Trägerschaft (Ordensklinikum GmbH) der Krankenhäuser der Barmherzigen Schwestern und Elisabethinen noch weiter verstärkt.

#### **Ordensklinikum Linz**

Der Zusammenschluss wird durch die Evaluierungskommission eindeutig begrüßt, da diese Kooperation den Zielen und der strategischen Ausrichtung der SR II entspricht. Allerdings handelt es sich auch hierbei um eine wesentliche Veränderung der Rahmenbedingungen, welche eine Neubewertung der Versorgungssituation im Zentralraum Linz und der davon abgeleiteten Maßnahmenausgestaltung erforderlich macht.

## 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 Psychiatrie- und Psychosomatikversorgung

#### 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. Landesnervenlinik Wagner-Jauregg) bzw. die Anpassung der Psychiatrie-Bettenkapazität in der Versorgungsregion Pyhrn-Eisenwurzen erfolgt in Prio C.

Kinder- und Jugendpsychiatrie: Zusammenführung der Abteilung aus der MC IV (ehem. LFKK) mit der Abteilung am NMC (ehem. LNK WJ). Der Spitalsträger hat nach qualitativen Aspekten diesen Vorschlag zu überprüfen und gegebenenfalls eine neue Festlegung der Standorte zu treffen. Umsetzungsperiode ist die Prio B.

#### 4.1.2 Status

##### **Psychiatrie**

Die neuerliche Evaluierung der Psychiatrie- und Psychosomatik-Versorgung ist für 2018 geplant.

##### **Kinder- und Jugendpsychiatrie<sup>21</sup>**

Der Spitalsträger hat sich aufgrund der bestehenden räumlichen Gegebenheiten und der baulichen Limitation vorerst entschieden die beiden Abteilungen an den nunmehrigen Standorten MC4 und NMC beizubehalten und begründet dies durch einen hohen Investitionsbedarf, den eine räumliche Zusammenführung mit sich bringen würde. Beide Abteilungen werden durch einen Leiter geführt, das Kostendämpfungspotenzial wurde gehoben und eine Schwerpunktsetzung vorgenommen.

#### **Stellungnahme der Evaluierungskommission**

##### **Kinder- und Jugendpsychiatrie**

Entsprechend der 4-Kriterien-Prüfung wird festgehalten, dass in diesem Fachbereich eine Unterteilung in akutes und elektives Leistungsgeschehen als nicht zielführend betrachtet wird, eine

---

<sup>21</sup> Hinsichtlich der Dezentralisierung der Kinder- und Jugendpsychiatrie wird auf die Ausführungen im Abschnitt 4.6 verwiesen.

klare Zuordnung von Aufgaben- und Verantwortungsbereichen vorgenommen wurde, und das Kostendämpfungspotenzial gehoben wurde. Hinsichtlich der Schwerpunktsetzung, der Forensik und den Ausführungen zu den LKF Personalstrukturkriterien sind jedoch noch Präzisierungen vorzunehmen. Aus diesem Grund wird die Maßnahme noch nicht als vollständig umgesetzt betrachtet.

## **4.2 Interventionelle Kardiologie**

### **4.2.1 Maßnahme SR II**

Oberösterreich verfügte 2009 über sechs COR-Anlagen für Erwachsene (zwei AKh Linz, eine BHS, eine KHE und zwei im Klinikum Wels-Grieskirchen) und zusätzlich hat seit Mitte 2008 ein Leistungszukauf aus Bayern stattgefunden. Des Weiteren verfügte Oberösterreich 2009 über zwei EPU-Anlagen (eine AKh Linz und eine KHE).

Folgende Maßnahmen wurden für den Bereich der Interventionellen Kardiologie definiert:

- Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern Linz: Reduktion um ein Großgerät – Prio B (2014-2016), damit Reduktion eines COR-Standortes
- Krankenhaus Braunau: Kein Leistungszukauf am Standort Braunau 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 Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern in Linz hat die Koronarangiografie mit August 2015 geschlossen und die Versorgung wurde durch das KHE übernommen. Folglich sind die Maßnahmen der interventionellen Kardiologie betreffend umgesetzt.

Tabelle 7 zeigt die Entwicklung der Inanspruchnahme von Herzkatheterleistungen differenziert nach Angiographien und Interventionen sowie der Aufnahmeart für die Jahre 2009, 2014 und 2015. Wie bereits oben erwähnt, werden für die Ausschöpfung des Potenzials die planbaren Angiographien verwendet.

Art		2009	2014	2015	Diff. 14 zu 09	Diff. 15 zu 09
Angiografie	Planbar	7.756	6.995	6.642	-761	-1.114
	Akut	236	290	241	54	5
	Summe	7.992	7.285	6.883	-707	-1.109
Interventionen	Planbar	3.519	3.370	3.145	-149	-374
	Akut	1.046	1.220	1.204	174	158
	Summe	4.565	4.590	4.349	25	-216
<b>Gesamtsumme</b>		<b>12.557</b>	<b>11.875</b>	<b>11.232</b>	<b>-682</b>	<b>-1.325</b>

**Tabelle 7: Interventionelle Kardiologie**

Im Vergleich der Jahre 2015 und 2009 zeigt sich, dass die gesamte Anzahl an Leistungen um 1.325 rückläufig ist. Im Vergleich zum Vorjahr sind die Leistungen deutlich um 643 gesunken, was auf die unterjährige Schließung der Koronarangiografie im Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern Linz zurückzuführen ist. In Hinblick auf Wartezeiten gingen nach Rückfrage bei der Abteilung Gesundheit keinerlei Patientenbeschwerden in diesem Zusammenhang ein. Die geplanten Angiografien, welche auch zur Potenzialberechnung verwendet werden, haben im Vergleich zu 2009 um 1.114 abgenommen. Als Potenzial wurden hierfür 1.080 Leistungen angesetzt, folglich beläuft sich der Zielerreichungsgrad auf mehr als 100 Prozent.<sup>22</sup> Im Jahr 2014 betrug dieser 70 Prozent.

### **Stellungnahme der Evaluierungskommission**

Durch die Schließung der COR-Anlage bei den Barmherzigen Schwestern Linz und die demensprechende Leistungsübernahme durch das KHE wurde die letzte Maßnahme dieses Bereichs umgesetzt und das Ziel der SR II zur Reduktion der der COR-Standorte erreicht. Generell ist jedoch festzuhalten, dass die Anzahl der Untersuchungen insgesamt und insbesondere der Anteil der diagnostischen Angiografien in Oberösterreich nach wie vor über dem Österreichdurchschnitt liegt. 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 weitere Analysen im nationalen und internationalen Vergleich. Ziel ist dabei die Identifikation zusätzlicher Optimierungspotenziale und Evaluierung der Zielvorgaben der SR II.

<sup>22</sup> 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, welches sich nur auf die planbaren Angiographien bezieht.

### 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:<sup>23</sup>

1. Das Modell ermöglicht eine Steuerung der Patientenversorgung nach den Kriterien Behandlung von akuten Patienten und Behandlung von elektiven Patienten und schafft damit Vorteile in der Wirtschaftlichkeit jener Abteilungseinrichtung, die primär elektiv geführt wird (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.

Bzgl. 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 zurück zu führen, dass eine solche Prüfung im Zuge der neuen Anerkennungsvoraussetzungen nun ohnehin erfolgt.<sup>24</sup>

---

<sup>23</sup> Siehe in diesem Zusammenhang auch die Evaluierungsberichte für 2011 und für 2012.

<sup>24</sup> Für weiterführende Informationen wird auf die Website der Ärztekammer verwiesen: <http://www.aerztekammer.at/anererkennung-von-ausbildungstatten>, Downloaddatum: 21. September 2016.



## **Stellungnahme der Evaluierungskommission**

### **Ausbildungskooperation**

Es wird 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**

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

## **4.4 Pathologie-Verbünde**

### **4.4.1 Maßnahmen SR II**

Die ursprüngliche Beschlusslage der SR II hinsichtlich der Patho-Verbünde war wie folgt:

#### **Patho-Verbund I**

- Pathologieverbund zwischen AKh Linz und BHS Linz in Form einer ausgegliederten Gesellschaft mit einer Mindestbeteiligung des AKh Linz mit 25,1 Prozent und der ausschließlichen Beteiligung von Krankenanstaltenträgern.
- Dem KH Elisabethinen obliegt die Wahl zwischen dem Patho-Verbund I oder II.
- BHS Ried: Zusammenführung in einen Verbund mit dem Institut BHS Linz (laut Expertenvorschlag BHS Linz gemeinsam mit AKh Linz) Mitversorgung des Krankenhauses Barmherzige Brüder.

#### **Patho-Verbund II**

- Konzentration in der LNKL-WJ mit Versorgung der gespag-Krankenhäuser.
- Entfall des Institutes am Krankenhaus Vöcklabruck

#### **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.

### **4.4.2 Status**

Laut Beschluss der Landesregierung des Evaluierungsberichts 2012 wurde der Patho-Verbund I aufgrund eines Antrags der betroffenen Häuser abgeändert. Die Pathologie des NMC (ehem. LNKL-WJ) formt nun einen Verbund – unter einer Leitung (ein Primariat) – gemeinsam mit der Pathologie des MC3 (ehem. AKh Linz) und versorgt wie bisher den MC4 (ehem. LFKK) mit.

Damit verfügt das neue Kepler Universitätsklinikum über ein Pathologisches Institut. Dieser Verbund – Priorität A – gilt als umgesetzt. Ebenso der Patho-Verbund III.

Von Seiten der gespag wurde die Zusammenführung aller Pathologie- und Laboreinrichtungen zu einem Diagnostikverbund beantragt. Dieser besteht aus

- den Instituten für Pathologie des LKH Steyr und des Salzkammergutklinikums-Vöcklabruck,
- den Instituten für Medizinische und Chemische Labordiagnostik des LKH Steyr und des Salzkammergutklinikums-Vöcklabruck sowie
- den Laboreinrichtungen der LKH Freistadt, Kirchdorf, Rohrbach und Schärding sowie des Salzkammergutklinikums-Bad Ischl und Salzkammergutklinikums-Gmunden.

Der Pathologie-Verbund zwischen den Barmherzigen Schwestern Linz und Ried wird per 30. Juni 2016 als umgesetzt bewertet.

Im Fall des KHE obliegt die Wahl des Verbundes dem Träger, welcher sich entschieden hat, dass die Pathologie-Versorgung weiter wie bisher über die BHS Linz erfolgt.

#### **Stellungnahme der Evaluierungskommission**

Die Zusammenführung der Labor- und Pathologieeinrichtungen der gespag zu einem eigenen Diagnostikverbund wird von Seiten der Evaluierungskommission positiv bewertet, da es sich um ein weitreichenderes Modell handelt, als ursprünglich vorgesehen war. Die Schwerpunktsetzungen (insbesondere in der In-Vitro-Diagnostik) sollen weiter forciert und zusätzliche Synergien weiterverfolgt werden. Dasselbe gilt für die Pathologiestandorte der KUK, insbesondere unter Berücksichtigung der Neuropathologie, der an die Pathologieinstitute angeschlossenen Mikrobiologiebereiche und dem eh. gespag-Hygienezentrum. Im Bereich Pathologie sollten insbesondere Entwicklungen der Tele-Pathologie in der Umsetzung Berücksichtigung finden. Generell beinhaltet der hier beschriebene Status der Pathologie-Verbünde dass die in der ursprünglichen Beschlusslage der SR II vorgesehene Anzahl um einen Verbund überschritten wird. Es wird daher eine laufende Evaluierung zur Anzahl der Pathologieverbünde empfohlen.

## **4.5 Onkologiekonzept OÖ, Onkologiebeirat**

Der Onkologiebeirat des Landes Oberösterreich stellt ein beratendes Steuerungsgremium der Abteilung Gesundheit in Belangen der onkologischen Versorgung dar und beschäftigt sich mit Planung, Weiterentwicklung und Koordination der onkologischen Versorgung im Bundesland. Dies umfasst auch die Belange der Qualitätsentwicklung und Qualitätssicherung des Versorgungsangebots.

Die Zielsetzung einer patientenorientierten, wohnortnahen und durchgängigen Betreuung von hoher medizinischer Qualität steht dabei im Vordergrund. Im Sinne der Angebotsabstimmung und Vernetzung der Leistungserbringer untereinander sind im Beirat neben Repräsentanten des onkologischen Fachbereiches auch Vertreter der mobilen Dienste und der Palliativversorgung wie auch der Ethikkommission nominiert. Darüber hinaus sind auch Experten aus dem Bereich der Gesundheitsökonomie und der Wirtschaftsaufsicht des Landes im Beirat vertreten.

#### 4.5.1 Status

Die aktuelle medizinische Entwicklung neuer und aufwendiger Behandlungsverfahren sowie die erwartete Epidemiologie in der Onkologie erfordern umfangreiche Maßnahmen zur Sicherstellung einer patientenorientierten, möglichst wohnortnahen, abgestuften und kontinuierlichen Versorgung onkologischer Patienten in Oberösterreich. Um eine langfristige Finanzierbarkeit der geforderten qualitativen Versorgung zu sichern, sind wirksame Maßnahmen zu setzen.

Im Rahmen der Spitalsreform II wurde der Onkologiebeirat mit der Erstellung eines Strukturplanes für die abgestufte onkologische Versorgung für Oberösterreich beauftragt. Ziel ist die Darstellung von besonders relevanten Themenfeldern, welche in der künftigen onkologischen Versorgung (Oberösterreichs) voraussichtlich eine essentielle Rolle spielen werden. Diese wurden aus den aktuellen und erwarteten Rahmenbedingungen und Einflussfaktoren auf die onkologische Versorgung in Oberösterreich abgeleitet. Betrachtet wurden unter dem Versorgungsbegriff alle kurativen und palliativen Aspekte ab der Diagnosestellung einer onkologischen Erkrankung im stationären und spitalsambulanten Setting sowie die Nahtstellenprozesse zwischen dem intramuralen und extramuralen Bereich. Aufgrund des Umfangs und der Komplexität des Themas wurden Prävention und Rehabilitation und die Patientenversorgung im „niedergelassenen“, extramuralem Setting im Rahmen dieses Expertenpapiers ausgespart.

Im Rahmen eines Projektes mit externer Begleitung wurde als erster Schritt eine Themenlandkarte zur Erstellung der onkologischen Versorgungsstruktur erstellt. Die einzelnen Schwerpunktthemen wurden von benannten Fachexperten im Rahmen moderierter Gremiensitzungen ausgearbeitet und im Projektbericht dokumentiert.

Das Projekt wurde im Auftrag der Abteilung Gesundheit des Amtes der Oö. Landesregierung unter Leitung von Hrn. Landessanitätsdirektor Dr. Georg Palmisano mit Einbindung weiterer Experten des Landes Oberösterreich und des Onkologiebeirates Oberösterreich durchgeführt und die Ergebnisse im Projektendbericht festgehalten. Es richtet sich primär an die Abteilung Gesundheit des Amtes der Oö. Landesregierung und dient als Grundlage für die nächsten Planungsschritte in der onkologischen Versorgung. In weiterer Folge werden von der Abteilung Gesundheit, in Abstimmung mit der Evaluierungskommission, die relevanten planerischen Strukturgrößen und weiterführende Empfehlungen für die Angebotsplanung konkretisiert.

#### **Stellungnahme der Evaluierungskommission**

Die Evaluierungskommission betont sowohl die Wichtigkeit als auch die Dringlichkeit zur weiteren Konkretisierung der Planung der onkologischen Versorgung. Spätestens für den nächsten Evaluierungsbericht soll ein entsprechendes Versorgungskonzept vorliegen.

### 4.6 Kinderversorgung OÖ

#### 4.6.1 Status

Anschließend an die letztjährige Evaluierung der Kinderversorgung lud die Abteilung Gesundheit und die Evaluierungskommission zum Workshop „Zukunft Kinderversorgung“. Ziel dieses Workshops war es gemeinsam mit den Abteilungsleiterinnen und -leitern wesentliche Handlungsschwerpunkte für die Gestaltung der künftigen Kinderversorgung ausfindig zu machen. Folgende Themen wurden identifiziert und werden im kommenden Evaluierungsjahr bearbeitet:

### **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 geplant auf Landesebene eine Arbeitsgruppe einzurichten.

### **Dezentralisierung der Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP)**

Wie bereits im letztjährigen Evaluierungsbericht festgehalten, erarbeitet die Abteilung Gesundheit gemeinsam mit dem Leiter der Kinder- und Jugendpsychiatrie 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. Zur Erarbeitung eines weiterführenden Versorgungskonzeptes wurde im Juni 2016 auf Landesebene ein Projekt initiiert, in welchem die Konzeption erfolgen wird.

### **Weiterentwicklung der integrierten Versorgung**

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

### **Reduktion der stationären Inanspruchnahme**

Die stationäre Inanspruchnahme soll durch die Vermeidung von medizinisch nicht erforderlichen bzw. unklaren Aufnahmen weiter reduziert werden. Eine Möglichkeit dazu ist durch die Steigerung der Gesundheitskompetenz gegeben. Eltern sollen besser einschätzen können, ob ein Spitalsbesuch notwendig ist. Die Etablierung bzw. Weiterentwicklung eines entsprechenden Informationswesens im Rahmen der Geburt würde eine gute Möglichkeit bieten, um eine effiziente Patientenlenkung zu unterstützen. Des Weiteren sollten, im Sinne des Best Point of Service, vermehrt Untersuchungen in den spitalsambulanten Bereich verlagert werden, um die stationäre Inanspruchnahme zu reduzieren. Der leitliniengerechten Patientenversorgung kommt in diesem Zusammenhang ebenfalls eine entscheidende Bedeutung zu.

### **Stellungnahme der Evaluierungskommission**

#### **Allgemeine Empfehlung**

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

#### **Innviertel**

Im letztjährigen Evaluierungsbericht 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 das 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. Folglich wird die Empfehlung – bei Fortsetzung der laufenden Evaluierung – beibehalten.

## 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.

Für diese Fälle weist die Evaluierungskommission darauf hin, dass bei Vorziehen von Maßnahmen auch sichergestellt werden muss, dass die damit verbundenen Kostendämpfungen über den gesamten Umsetzungszeitraum bis 2020 eingehalten werden (vgl. auch Oö. Landesrechnungshofbericht S. 1).

Jahresbericht der Evaluierungskommission

Haus	Fach	IST-Betten	SOLL-Betten	Prio	Beschluss Maßnahme	Antrag lt. KH	Antrag: Prio	Antrag: SOLL Betten	Beurteilung der EK	Kostenveränderung zum Expertenvorschlag
KHE	URO	37	0	B	Einrichtung einer standortübergreifenden Organisationsform der Krankenhäuser Steyr und KH der Elisabethinen.  Rechtsform: 2 Rechtsträger, 2 Krankenanstalten an 2 Standorten, 1 Abteilung, 1 Primar	Gemeinsamer Antrag KHE und BHS Linz:  Durch Gründung Ordensklinikum Linz GmbH zum 1.1.2017 Änderung des Kooperationspartners von KH Steyr auf BHS Linz	C	61 Betten für URO	Aufgrund der Gründung der Ordensklinikums Linz GmbH ist die Änderung des Kooperationspartners nachvollziehbar und dem Antrag kann prinzipiell zugestimmt werden. Es wird empfohlen, der dislozierten Tagesklinik am Standort BHS Linz vorbehaltlich eines umsetzungswürdigen Konzeptes und lfd. Evaluierung der gesamten Leistungsabstimmung im Linzer Zentralraum zuzustimmen. Das Kostendämpfungspotenzial ist bis spätestens 31.12.2018 zu realisieren und es ist zu überprüfen, ob durch diese Maßnahmenänderung zusätzliche Kostendämpfungen realisiert werden können.	2016: +1.200.654 2017: -600.327 2018: -600.327
								-3 Betten Dermatologische -2 Chirurgie		Verschiebung zwischen den Krankenanstalten der BHS Linz und Elisabethinen Linz nach Maßgabe des konkreten Umsetzungskonzeptes unter der Bedingung der Kostenneutralität und inhaltlicher Evaluierung.
BHS Linz	URO	61	61	B	Leistungsabstimmung	1 Abteilung in KHE mit 61 Betten, 1 disl. TK mit Amb. in BHS Linz mit 5 Betten (Umwidmung aus Bettenbestand: 3 Dermatologie, 2 Chirurgie)  Verschiebung auf Prio C (Umsetzungszeitpunkt 1.1.2019)  Verschiebung des noch nicht realisierten Kostendämpfungspotenzials (1/3 der Maßnahme) von 2016 auf spätestens 2019	C	+5 (Umwidmung aus Bettenbestand bei den Elisabethinen)		
SR	URO	30	30	B	Einrichtung einer standortübergreifenden Organisationsform der Krankenhäuser Steyr und KH der Elisabethinen  Rechtsform: 2 Rechtsträger, 2 Krankenanstalten an 2 Standorten, 1 Abteilung  Alternativmöglichkeit - mit gleichem Kostenveränderungspotenzial: 2 Rechtsträger, 2 Krankenanstalten an 2 Standorten, 2 Abteilung	Durch Änderung des Kooperationspartners von KH Steyr auf BHS Linz keine standortübergreifende Organisationsform in KH Steyr	-	-	Als Folge des geänderten Kooperationspartners von Seiten KHE ändert sich dieser Teil der Maßnahme konsequenterweise wie dargestellt.	Kostenneutral

Jahresbericht der Evaluierungskommission

Haus	Fach	IST-Betten	SOLL-Betten	Prio	Beschluss Maßnahme	Antrag lt. KH	Antrag: Prio	Antrag: SOLL Betten	Beurteilung der EK	Kostenveränderung zum Expertenvorschlag
gespag	Pathologie, Labor	-	-	B	<p>Patho-Verband II: Konzentration in der LNKL WJ mit Versorgung der Gespag-Krankenhäuser.</p> <p>Entfall des Institutes am Krankenhaus Vöcklabruck.</p> <p>Laborverband II: alle Gespag-Häuser; Leitlabor in der LNK WJ</p>	<p>Es wird beantragt alle Pathologie- und Laboreinrichtungen unter einem Gespag-Diagnostikverbund zusammenzuführen. (siehe auch Kapitel 4.4.2)</p>	-	-	<p>Unter den geänderten Rahmenbedingungen (Zusammenführung der drei KH AKh Linz, LFKK und LNKL-WJ) ist die Neugestaltung der Pathologie- und Laborverbände zu befürworten. Die Zusammenführung zu einem Diagnostikverbund wird von Seiten der Evaluierungskommission positiv bewertet, da es sich um ein weitreichenderes Modell handelt, als ursprünglich vorgesehen war. Es wird empfohlen folgende Bereiche weiterzuentwickeln: Schwerpunktsetzungen der Institute innerhalb des Diagnostikverbundes (insbesondere in der In-Vitro-Diagnostik), Identifikation zusätzlicher Synergien, Tele-Pathologie</p> <p>Generell wird festgehalten, dass auf OO-Ebene der in diesem Bericht beschriebene Status der Pathologie-Verbände einen Verbund mehr als die ursprüngliche Beschlusslage der SR II enthält. Es wird daher angefragt, dass die Anzahl der Verbände lfd. evaluiert werden.</p>	Kostenneutral



Jahresbericht der Evaluierungskommission

Haus	Fach	IST-Betten	SOLL-Betten	Prio	Beschluss Maßnahme	Antrag lt. KH	Antrag: Prio	Antrag: SOLL Betten	Beurteilung der EK	Kostenveränderung zum Expertenvorschlag
KUK/ WGR	HCH	-	-	B	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.	Aufgrund des noch nicht abgeschlossenen Berufungsverfahren für die Lehrstuhlbesetzung im Kepler Universitätsklinikum wird für die Ausgestaltung der Kooperation mit WGR die Verlängerung der Umsetzungsfrist auf den Prioritätszeitraum C beantragt. Die wirtschaftliche Umsetzung der Maßnahme ist nach Trägerangaben bereits erfolgt.	C	-	Unter den beschriebenen Rahmenbedingungen wird die Zustimmung zur Verschiebung empfohlen – unter dem Vorbehalt der Vorlage eines Umsetzungskonzeptes bis 31.12.2017.	Kostenneutral
SD	GGH	23	10	B	Einrichtung einer standortübergreifenden Organisationsform der Krankenhäuser Schärding mit KH Braunau Rechtsform: 2 Rechtsträger, 2 Krankenanstalten an 2 Standorten, 1 Abteilung, 1 Primar Bettenabbau Änderung des Kooperationspartners auf WGR	Unter der Begründung fehlender Patientenströme vom Bezirk Schärding nach Braunau wird ein Antrag für folgende Rechtsform gestellt: 2 Rechtsträger, 2 Krankenanstalten an 2 Standorten, 2 Abteilungen, 2 Leitungen	-	-	Aufgrund der fehlenden Patientenströme nach Braunau und unter der Prämisse, dass Patientinnen ebenfalls die Versorgung im KH Ried freistehen muss (Notfälle sind ohnehin in der nächstgelegenen geeigneten KA zu behandeln), empfiehlt die Evaluierungskommission die Änderung des Kooperationspartners zuzustimmen.  Aufgrund der Abteilungsgröße (10 Betten) wird empfohlen, den Änderungsantrag unter der Bedingung der lfd. Evaluierung der qualitativen und wirtschaftlichen (Vorhaltekosten) Rahmenbedingungen zuzustimmen.	Kostenneutral

Haus	Fach	IST-Betten	SOLL-Betten	Prio	Beschluss Maßnahme	Antrag lt. KH	Antrag: Prio	Antrag: SOLL	Beurteilung der EK	Kostenveränderung zum
------	------	------------	-------------	------	--------------------	---------------	--------------	--------------	--------------------	-----------------------

Jahresbericht der Evaluierungskommission

		Prio	Betten	Expertenvor- schlag						
<b>BR</b>	URO	10	5 lt. SRII (-1 zu HNO) = 4	A	Umwandlung des Fachschwer- punktes URO in eine Tagesklinik Empfohlen wird eine enge Zu- sammenarbeit zwischen BHS Ried und dem St. Joseph Kran- kenhaus Braunau	Änderung unter gemeinsamer Beteiligung der Träger: Schließung der dTK am Standort Braunau und Verla- gerung der verbleibenden 4 Betten nach RI	-	4	Nach planmäßiger Umset- zung der Maßnahme per 31.12.2013 haben sich nach Angaben des Hauses Schwie- rigkeiten bei der Besetzung im ärztlichen Bereich erge- ben (mangelnde Attraktivität aufgrund des eingeschränk- ten Leistungsspektrums). Nachdem ebenfalls die Ausgestaltung einer dislo- zierten Wochenklinik (Vor- schlag des Hauses) mangels Mutterabteilung nicht umge- setzt werden konnte, emp- fehlt sich die Verlagerung der 4 verbleibenden Betten nach RI, bei gleichzeitiger Sicherstellung der urologi- schen Versorgung im spitals- ambulanten oder niedergelas- senen Bereich im Bezirk Braunau.	-233.319
<b>RI</b>	URO	29	21 lt. SRII (+1 interne Umwid- mung) = 22	A	Abteilung bleibt erhalten Bettenabbau von 8 Betten Für eine entsprechende Facharz- tausbildung ist Sorge zu tragen Empfohlen wird eine enge Zu- sammenarbeit zwischen BHS Ried und dem St. Joseph Kran- kenhaus Braunau	Siehe oben!	-	+4	Gemäß der Darstellung unter BR/URO würden die Lei- stungen der dTK von BR nach RI verlagert werden.	+233.319

Jahresbericht der Evaluierungskommission

Haus	Fach	IST-Betten	SOLL-Betten	Prio	Beschluss Maßnahme	Antrag lt. KH	Antrag: Prio	Antrag: SOLL Betten	Beurteilung der EK	Kostenveränderung zum Expertenvorschlag
KHE	IM (Interv. Kardiologie)	-	-	B	Reduktion um 1 Großgerät bei BHS Linz	Durch die Übernahme der Coronapatienten von BHSL durch KHE ergibt sich der Bedarf zur Verschiebung von Bettenkapazitäten. Gemeinsamer Trägerantrag zur Transferierung von 6 Betten der Inneren Medizin	-	+6	Der Antrag ist nachvollziehbar und führt in der Versorgungsregion zu keiner Beteiligung. Demnach empfiehlt die Evaluierungskommission die Zustimmung.	Kostenneutral
				B	Annahme der Kooperation zwischen den BHS Linz und KH Elisabethinen bis zur Schließung des Standortes BHS Linz	-	-6			Kostenneutral
BHSL	IM (Interv. Kardiologie)	-	-							
RI	NEU/SU	-	-	-	Aufbau von 2 Stroke Unit Betten		-	+1 Gesamtbettenstand	Hinsichtlich der Bettenmessziffer im Vergleich zu anderen VR kann dem Antrag grundsätzlich gefolgt werden. Eine Aufstockung notwendig ist des Gesamtbettenstandes wird nicht gesehen. Nach Abstimmung der Abt. Gesundheit mit den Trägern kann 1 Bett aus dem Bettenbestand Ried (Chirurgie) umgewidmet und 1 Bett von SD (Chirurgie) nach RI verlagert werden. Bei Betten und Kostenneutralität in der VR kann dem Antrag zugestimmt werden.	Kostenneutral
				-		-1 Gesamtbettenstand				
SD	CH	-	-							

**Tabelle 8: Vorschlag für die Anpassung der Beschlussfassung**

## 6 Ausblick

Im Evaluierungsjahr 2015 (ein Jahr vor Ende des Prioritätszeitraumes B) konnte die bisherige konsequente Maßnahmenumsetzung weiter vorangetrieben werden. Allerdings hat sich das Tempo der Reform, wie an der Kennzahlentwicklung erkennbar, wie bereits im Vorjahr erwähnt, deutlich verlangsamt. Umso wichtiger wird es die bisher konsequente Umsetzung auf intensivem Niveau weiter zu führen.

Im kommenden Evaluierungsjahr gilt es diesen Entwicklungen entgegenzuwirken. Daher wird die Findung von Best Practice Beispielen der Umsetzung von krankenhausesentlastenden Maßnahmen empfohlen. Hierbei gilt es erfolgreiche Umsetzungsmodelle einerseits zu würdigen und andererseits die Grundlage für einen Austauschprozess zwischen den Häusern und Trägern zu ermöglichen bzw. weiter zu intensivieren.

Durch die Inbetriebnahme des Kepler Universitätsklinikums Ende 2015 und des Ordensklinikums Anfang 2017 werden neue Anforderungen an die Maßnahmenausgestaltung gestellt sein und diese sind im Sinne einer Gesamtbetrachtung der Versorgungssituation vor allem im Zentralraum zu beurteilen.

Ein weiterer Schwerpunkt soll die Prüfung und ggf. Neuordnung der Leistungsschwerpunkte innerhalb der entstandenen Verbünde als auch zwischen den Verbänden (Ordensklinikum und KUK) sein.

Durch die angespannte Budgetsituation sieht die Kommission weiterhin die Notwendigkeit der Beurteilung von technischen Innovationen durch Kosten-Nutzen-Analysen in adäquater Form (zB. HTA, Innovationsrichtlinie) gegeben.

Weitere Evaluierungs-Themenbereiche betreffen z.T. wie im Vorjahr:

- Veränderungen der Patientenbewegungen sowohl innerhalb Oberösterreichs als auch bundesländerübergreifend.
- Auswirkungen auf die ambulante Versorgung soweit valide Daten verfügbar sind und somit der Berücksichtigung der Entwicklung des neuen ÖSG durch die Integration der ambulanten Planung
- Evaluierung von Zusammenarbeitsmodellen zwischen dem intra- und extramuralen Bereich
- Die Weiterverfolgung der Umsetzung der Bundes-Gesundheitsreform (Zielkongruenz) mit der SR II.
- Die Weiterverfolgung (in Abhängigkeit einer validen Datengrundlage) der Entwicklung der Kostendämpfung im nicht-medizinischen Bereich, wie Verwaltung, IT etc.
- Der bereits bekannte Schwerpunkt auf die Analyse der Entwicklung der Krankenhaushäufigkeit und der Belagstage bleibt bestehen, vor allem auch solange Oberösterreich Werte signifikant über dem Bundesdurchschnitt aufweist.
- 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.
- Erarbeitung von Kriterien zur verursachungsgerechteren Bemessung des medizinischen Fortschrittes.
- Konkretisierung der onkologischen Versorgungsstruktur für Oberösterreich auf Basis des im letzten Jahr durchgeführten Projektes

**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 Gespräche und Lösungsfindungen auf Augenhöhe stattfinden.

## 7 Literaturverzeichnis

Ärztchamber für OÖ - Arbeitsrecht & Standesführung. Unveröffentlichte Stellungnahme „Oö. Landes-Ausbildungskommission“, Linz, 2016.

Bayer, W. et al (Leiter der Expertenkommission zu Spitalsreform II). Endbericht „Die oberösterreichische Spitalsreform 2010/2011. „Reform nach Maß –der Oö. Weg bis 2020““, Linz, 2011.

Bundesministerium für Gesundheit (2013a): Patientensicherheit - Österreichweite Strategie 2013 – 2016. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich BIQG, Bundesministerium für Gesundheit BMG, Wien.

Bundesministerium für Gesundheit (2013c): Bericht an die Bundes-Zielsteuerungskommission über die Einführungsphase des A-IQI-Projektes. Austrian Inpatient Quality Indicators (A-IQI). Hg. v. Türk, Silvia et al., Bundesministerium für Gesundheit, Wien B

Bundesministerium für Gesundheit (2014a): Patientensicherheit Jahresbericht 2014. Wien 2015.

Bundesministerium für Gesundheit (2014b): Bundeseinheitliche Ergebnisqualitätsmessung aus Routinedaten: Austrian Inpatient Quality Indicators (A-IQI). Wien

Bundesministerium für Gesundheit (2014c): A-IQI Peer-Review-Verfahren. Analyse Kriterien. 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 (2016a): Patientensicherheit Jahresbericht 2015

Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (2016b): Bevölkerungsbefragung 2016 - Erhebung des Wissensstandes der Bevölkerung zu gesundheitspolitischen Themen mit besonderem Fokus auf die aktuelle Gesundheitsreform

Land OÖ-Clearingstelle. Unveröffentlichte Stellungnahme, Linz, 2016.

Land OÖ: Unveröffentlichte Stellungnahme zum Status der Bundeszielsteuerung, Linz, 2016.

Land OÖ: Unveröffentlichte Stellungnahme zum Status eHealth/ELGA, Linz, 2016.

Land OÖ: Unveröffentlichte Stellungnahme zum Status Katalog ambulanter Leistungen (KAL), Linz, 2015.

Land OÖ: Unveröffentlichte Stellungnahme zum Status Nahtstellenmanagement, Linz, 2016.

Land OÖ: Unveröffentlichte Stellungnahme des Onkologiebeirats, Linz, 2016.

market Institut: „Gesundes Oberösterreich 2016“. Umfrage, Linz, 2016.

Oö. Patientenvertretung „Tätigkeitsbericht 2015“, Linz, 2016.



## Anhang A: Übersichtsdaten

### Übersichtsdaten Österreich ohne Oberösterreich

	Österreich										Veränderung absolut 09-15	Veränderung in % 09-15	
	2009	2011	2012	2013	2014	2015	2015	2014	2013	2012			
Betten (tatsächlich)	39.871	39.146	38.869	38.396	38.148	37.778	37.778	38.148	38.396	38.869	37.778	-2.093	-5,2%
Belagstage	11.477.206	11.046.334	10.829.243	10.695.165	10.543.010	10.254.903	10.254.903	10.543.010	10.695.165	10.829.243	10.254.903	-1.222.303	-10,6%
Gesamt stationäre Aufenthalte	2.032.076	2.030.228	2.032.390	2.024.395	2.036.700	2.012.276	2.012.276	2.036.700	2.024.395	2.032.390	2.012.276	-19.800	-1,0%
vollstationäre Aufenthalte	1.663.114	1.630.787	1.612.466	1.591.562	1.577.642	1.547.842	1.547.842	1.577.642	1.591.562	1.612.466	1.547.842	-115.272	-6,9%
Nulltagesaufenthalte	368.962	399.441	419.924	432.833	459.058	464.434	464.434	459.058	432.833	419.924	464.434	95.472	25,9%
Frequenzen ambulanter Patienten	13.887.873	14.064.629	14.078.524	14.120.872	13.990.622	13.794.098	13.794.098	13.990.622	14.120.872	14.078.524	13.794.098	-93.775	-0,7%
KHH (vollstat.-Aufnahmen je 1.000 Einwohner)	235	229	225	222	219	212	212	219	222	225	212	-23	-9,7%
Ø Belagsdauer inkl. 0-Tagesaufenthalte	5,6	5,4	5,3	5,3	5,2	5,1	5,1	5,2	5,3	5,3	5,1	-0,5	-9,7%
Belagstage je 1.000 Einwohner	1.625	1.556	1.517	1.497	1.467	1.412	1.412	1.467	1.497	1.517	1.412	-213,0	-13,1%
Bettenauslastung inkl. 0-Tagesaufenthalte	81,4%	80,1%	79,1%	79,4%	79,0%	77,7%	77,7%	79,0%	79,4%	79,1%	77,7%	-3,7%p	-4,5%
Bettenauslastung exkl. 0-Tagesaufenthalte	78,9%	77,3%	76,1%	76,3%	75,7%	74,4%	74,4%	75,7%	76,3%	76,1%	74,4%	-4,5%p	-5,7%
LKF-Punkte je 1.000 Einwohner	804.931	808.486	809.699	814.185	814.996	803.376	803.376	814.996	814.185	809.699	803.376	-1.555	-0,2%

**Tabelle 9: Übersichtsdaten Ö ohne OÖ**

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 Entwicklung des KAL aufgearbeitet und sollte daher in den nächsten Jahren in ausreichender Validität zur Verfügung stehen.

### Übersichtsdaten Oberösterreich

	Oberösterreich									
	2009	2011	2012	2013	2014	2015	Veränderung absolut 09-15	Veränderung in % 09-15		
Betten (tatsächlich)	8.575	8.521	8.189	7.998	7.853	7.838	-737	-8,6%		
Belagstage	2.570.288	2.437.001	2.321.410	2.254.988	2.241.718	2.276.476	-243.812	-9,7%		
Gesamt stationäre Aufenthalte	486.153	493.981	481.477	480.185	481.565	485.137	-1.016	-0,2%		
vollstationäre Aufenthalte	406.177	399.560	379.885	368.100	366.736	360.792	-45.385	-11,2%		
Nulltagesaufenthalte	79.976	94.421	101.592	112.085	114.829	124.345	44.369	55,5%		
Frequenzen ambulanter Patienten	3.070.969	3.153.859	3.096.804	3.083.873	3.075.348	2.974.277	-96.692	-3,1%		
KHH (vollstat. Aufnahmen je 1.000 Einwohner)	285	278	264	256	253	248	-37	-13,0%		
Ø Belagsdauer inkl. 0-Tagesaufenthalte	5,2	4,9	4,8	4,7	4,7	4,7	-0,5	-9,3%		
Belagstage je 1.000 Einwohner	1.792	1.711	1.627	1.583	1.561	1.574	-217,7	-12,2%		
Bettenauslastung inkl. 0-Tagesaufenthalte	83,1%	81,4%	80,8%	82,0%	82,2%	83,9%	0,8%p	1,0%		
Bettenauslastung exkl. 0-Tagesaufenthalte	80,5%	78,4%	77,5%	78,1%	78,2%	79,6%	-1,0%p	-1,2%		
Patientenbewegung (Saldo) exkl. Ausland	6.789	9.047	8.892	7.763	8.561	8.127	1.338	19,7%		
LKF-Punkte je 1.000 Einwohner	927.903	923.211	898.390	899.162	894.116	899.038	-28.865	-3,1%		

Tabelle 10: Übersichtsdaten OÖ

### Übersichtsdaten Zentralraum Linz

	VR 41 Zentralraum Linz									
	2009	2011	2012	2013	2014	2015	Veränderung absolut 09-15	Veränderung in % 09-15		
Betten (tatsächlich)	3.473	3.461	3.365	3.273	3.269	3.263	-210	-6,0%		
Belagstage	1.053.044	1.024.640	990.561	973.689	991.542	1.028.918	-24.126	-2,3%		
Gesamt stationäre Aufenthalte	195.433	205.252	201.803	202.317	204.513	205.685	10.252	5,2%		
vollstationäre Aufenthalte	161.347	162.727	157.847	153.535	156.670	152.986	-8.361	-5,2%		
Nulltagesaufenthalte	34.086	42.525	43.956	48.782	47.843	52.699	18.613	54,6%		
Frequenzen ambulanter Patienten	1.065.952	1.112.429	1.100.257	1.095.563	1.114.903	1.087.813	21.861	2,1%		
KHH (vollstat. Aufnahmen je 1.000 Einwohner)	304	288	285	272	273	262	-42	-13,7%		
Ø Belagsdauer inkl. 0-Tagesaufenthalte	5,39	4,99	4,91	4,81	4,85	5,00	-0,4	-7,2%		
Belagstage je 1.000 Einwohner	2.002	1.888	1.812	1.749	1.744	1.802	-200,6	-10,0%		
Bettenauslastung inkl. 0-Tagesaufenthalte	84,7%	83,3%	84,0%	85,6%	87,1%	90,8%	6,1%p	7,3%		
Bettenauslastung exkl. 0-Tagesaufenthalte	83,1%	81,1%	80,4%	81,5%	83,1%	86,4%	3,3%p	4,0%		
Patientenbewegung (Saldo) exkl. Ausland	10.860	13.391	13.365	13.633	14.818	14.569	3.709	34,2%		
LKF-Punkte je 1.000 Einwohner	997.216	965.392	961.467	968.153	957.632	964.913	-32.302	-3,2%		

Tabelle 11: Übersichtsdaten Zentralraum Linz

### Übersichtsdaten Zentralraum Wels

	VR 42 Zentralraum Wels									
	2009	2011	2012	2013	2014	2015	Veränderung absolut 09-15	Veränderung in % 09-15		
Betten (tatsächlich)	1.331	1.255	1.221	1.232	1.232	1.239	-112	-8,3%		
Belagstage	389.906	362.175	328.665	319.932	326.175	332.804	-57.102	-14,6%		
Gesamt stationäre Aufenthalte	81.688	78.583	73.931	75.420	76.684	80.117	-1.571	-1,9%		
vollstationäre Aufenthalte	70.258	65.556	58.828	57.067	57.550	58.816	-11.442	-16,3%		
Nulltagesaufenthalte	11.430	13.027	15.103	18.353	19.134	21.301	9.871	86,4%		
Frequenzen ambulanter Patienten	504.702	522.378	494.351	505.881	513.063	497.955	-6.747	-1,3%		
KHH (vollstat. Aufnahmen je 1.000 Einwohner)	283	267	245	239	241	243	-40	-14,0%		
Ø Belagsdauer inkl. 0-Tagesaufenthalte	4,8	4,6	4,4	4,2	4,3	4,2	-0,6	-13,0%		
Belagstage je 1.000 Einwohner	1.683	1.555	1.445	1.404	1.437	1.459	-223,6	-13,3%		
Bettenauslastung inkl. 0-Tagesaufenthalte	81,4%	77,2%	74,8%	75,9%	76,8%	78,3%	-3,1%p	-3,8%		
Bettenauslastung exkl. 0-Tagesaufenthalte	79,1%	74,5%	71,6%	71,8%	72,5%	73,6%	-5,5%p	-6,9%		
Patientenbewegung (Saldo) exkl. Ausland	1.749	1.533	1.470	1.416	1.263	1.423	-326	-18,6%		
LKF-Punkte je 1.000 Einwohner	882.992	849.703	824.651	820.053	849.561	858.975	-24.017	-2,7%		

Tabelle 12: Übersichtsdaten Zentralraum Wels

### Übersichtsdaten Mühlviertel

	VR 43 Mühlviertel									
	2009	2011	2012	2013	2014	2015	Veränderung absolut 09-15	Veränderung in % 09-15		
Betten (tatsächlich)	382	382	367	367	367	367	-15	-3,9%		
Belagstage	102.060	98.796	102.579	102.385	101.245	99.880	-2.180	-2,1%		
Gesamt stationäre Aufenthalte	21.533	21.181	21.239	20.692	20.945	21.571	38	0,2%		
vollstationäre Aufenthalte	19.267	18.512	18.465	17.939	17.869	18.251	-1.016	-5,3%		
Nulltagesaufenthalte	2.266	2.669	2.774	2.753	3.076	3.320	1.054	46,5%		
Frequenzen ambulanter Patienten	170.259	170.332	175.499	169.768	164.557	164.166	-6.093	-3,6%		
KHH (vollstat. Aufnahmen je 1.000 Einwohner)	257	259	245	232	232	231	-27	-10,4%		
Ø Belagsdauer inkl. 0-Tagesaufenthalte	4,74	4,66	4,83	4,95	4,83	4,63	-0,1	-2,3%		
Belagstage je 1.000 Einwohner	1.536	1.538	1.465	1.394	1.377	1.388	-148,0	-9,6%		
Bettenauslastung inkl. 0-Tagesaufenthalte	84,7%	83,3%	78,4%	78,5%	77,9%	77,0%	-7,6%p	-9,0%		
Bettenauslastung exkl. 0-Tagesaufenthalte	73,2%	70,9%	76,4%	76,4%	75,6%	74,6%	1,4%p	1,9%		
Patientenbewegung (Saldo) exkl. Ausland	-4.003	-3.794	-3.737	-3.550	-3.536	-3.618	385	-9,6%		
LKF-Punkte je 1.000 Einwohner	817.769	844.384	824.337	802.962	809.999	823.277	5.508	0,7%		

Tabelle 13: Übersichtsdaten Mühlviertel

### Übersichtsdaten Pyhrn-Eisenwurzen

	VR 44 Pyhrn/Eisenwurzen									
	2009	2011	2012	2013	2014	2015	Veränderung absolut 09-15	Veränderung in % 09-15		
Betten (tatsächlich)	1.155	1.156	1.108	1.087	962	945	-210	-18,2%		
Belagstage	325.535	312.621	293.538	266.275	251.623	244.352	-81.183	-24,9%		
Gesamt stationäre Aufenthalte	55.989	54.044	52.818	50.786	50.539	49.434	-6.555	-11,7%		
vollstationäre Aufenthalte	48.483	45.809	43.273	40.474	39.259	38.229	-10.254	-21,1%		
Nulltagesaufenthalte	7.506	8.235	9.545	10.312	11.280	11.205	3.699	49,3%		
Frequenzen ambulanter Patienten	426.390	424.940	421.460	409.348	410.839	381.379	-45.011	-10,6%		
KHH (vollstat. Aufnahmen je 1.000 Einwohner)	295	281	272	271	267	258	-37	-12,4%		
Ø Belagsdauer inkl. 0-Tagesaufenthalte	5,8	5,8	5,6	5,2	5,0	4,9	-0,9	-15,0%		
Belagstage je 1.000 Einwohner	1.955	1.857	1.772	1.758	1.728	1.665	-290,4	-14,9%		
Bettenauslastung inkl. 0-Tagesaufenthalte*	79,0%	76,0%	74,7%	75,8%	74,9%	74,1%	-4,9%p	-6,2%		
Bettenauslastung exkl. 0-Tagesaufenthalte*	77,2%	74,1%	72,4%	72,9%	71,7%	70,8%	-6,4%p	-8,3%		
Patientenbewegung (Saldo) exkl. Ausland	6.416	6.167	6.347	5.484	5.582	5.578	-838	-13,1%		
LKF-Punkte je 1.000 Einwohner	988.166	981.532	981.027	987.803	975.064	954.842	-33.324	-3,4%		

\* 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									
	2009	2011	2012	2013	2014	2015	Veränderung absolut 09-15	Veränderung in % 09-15		
Betten (tatsächlich)	1.144	1.144	1.094	1.084	1.058	1.058	-86	-7,5%		
Belagstage	336.114	330.325	311.609	309.493	287.753	291.438	-44.676	-13,3%		
Gesamt stationäre Aufenthalte	62.949	63.693	62.003	61.556	58.899	59.282	-3.667	-5,8%		
vollstationäre Aufenthalte	53.560	52.844	49.848	49.043	46.044	44.860	-8.700	-16,2%		
Nulltagesaufenthalte	9.389	10.849	12.155	12.513	12.855	14.422	5.033	53,6%		
Frequenzen ambulanter Patienten	480.784	491.103	496.769	475.235	438.822	416.281	-64.503	-13,4%		
KHH (vollstat. Aufnahmen je 1.000 Einwohner)	285	277	259	255	241	237	-48	-16,8%		
Ø Belagsdauer inkl. 0-Tagesaufenthalte	5,3	5,2	5,0	5,0	4,9	4,9	-0,4	-7,9%		
Belagstage je 1.000 Einwohner	1.802	1.728	1.617	1.601	1.507	1.522	-279,1	-15,5%		
Bettenauslastung inkl. 0-Tagesaufenthalte	82,7%	81,7%	80,9%	81,4%	77,8%	79,2%	-3,5%p	-4,2%		
Bettenauslastung exkl. 0-Tagesaufenthalte	80,5%	79,1%	77,8%	78,2%	74,5%	75,5%	-5,0%p	-6,2%		
Patientenbewegung (Saldo) exkl. Ausland	-1.881	-1.719	-1.606	-2.099	-2.430	-2.719	-838	44,6%		
LKF-Punkte je 1.000 Einwohner	940.024	927.664	895.629	912.133	874.033	885.500	-54.524	-5,8%		

### Tabelle 15: Übersichtsdaten Traunviertel-Salzkammergut

## Übersichtsdaten Innviertel

	VR 46 Innviertel									
	2009	2011	2012	2013	2014	2015	Veränderung absolut 09-15	Veränderung in % 09-15		
Betten (tatsächlich)	1.070	1.047	1.000	966	965	966	-104	-9,7%		
Belagstage	313.629	308.444	294.457	283.214	283.380	279.084	-34.545	-11,0%		
Gesamt stationäre Aufenthalte	68.565	71.222	69.676	69.414	69.985	69.048	483	0,7%		
vollstationäre Aufenthalte	53.260	54.112	51.623	50.042	49.344	47.650	-5.610	-10,5%		
Nulltagesaufenthalte	15.305	17.110	18.053	19.372	20.641	21.398	6.093	39,8%		
Frequenzen ambulanter Patienten	422.882	432.677	408.468	428.078	433.164	426.683	3.801	0,9%		
KHH (vollstat. Aufnahmen je 1.000 Einwohner)	286	285	276	270	264	255	-32	-11,1%		
Ø Belagsdauer inkl. 0-Tagesaufenthalte	4,6	4,3	4,2	4,1	4,0	4,0	-0,5	-11,6%		
Belagstage je 1.000 Einwohner	1.746	1.684	1.623	1.589	1.558	1.543	-202,9	-11,6%		
Bettenauslastung inkl. 0-Tagesaufenthalte	84,2%	85,2%	85,4%	85,8%	86,3%	85,2%	1,0%p	1,2%		
Bettenauslastung exkl. 0-Tagesaufenthalte	80,3%	80,7%	80,5%	80,3%	80,5%	79,2%	-1,2%p	-1,4%		
Patientenbewegung (Saldo) exkl. Ausland	-6.352	-6.531	-6.942	-7.121	-7.136	-7.106	-754	11,9%		
LKF-Punkte je 1.000 Einwohner	940.440	933.942	906.727	911.345	905.267	902.644	-37.796	-4,0%		

**Tabelle 16: Übersichtsdaten Innviertel**

## Anhang B: Wirkungskette (Ziele, Indikatoren, Ergebnisse)

Ziel, politischer Auftrag	Ableitung SR II - Strategien	Indikator	Ergebnis per 31.12.2015
Sicherstellung einer flächendeckenden, bedarfsgerechten, in ihrem Leistungsspektrum aufeinander abgestimmten, hochwertigen medizinischen Versorgung der Bevölkerung	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reduktion der Krankenhausauflage, Senkung der Belagstage, gleichbleibende Qualität, Beibehaltung der Patientenströme innerhalb OÖ und Ö</li> <li>- abgestuftes Versorgungsangebot nach Referenzzentren, Schwerpunktleistungen und Leistungen der Basisversorgung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Entwicklung vollstationärer Aufnahmen je 1.000 Einwohner</li> <li>- Entwicklungen Belagstage je 1.000 Einwohner</li> <li>- Ergebnis A-IQI, Anzahl Fälle in der Clearingstelle, Ergebnis Bürgerbefragung</li> <li>- Entwicklung des Saldos zwischen Zugängen und Abgängen innerhalb OÖ und aus anderen/zu anderen Bundesländern</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Krankenhausauflage ist von 2009 auf 2014 um 13,0 % gesunken (285 bzw. 248 Aufenthalte je 1.000 Einwohner). Der Österreicherwert (ohne OÖ) im Jahr 2015 betrug 212 vollstationäre Aufenthalte je 1.000 Einwohner.</li> <li>- Die Belagstage sind von 2009 (1.792 BT je 1.000 Einwohner) auf 2015 (1.574 BT je 1.000 Einwohner) gesunken. Die Veränderung von 2009 auf 2015 beträgt -12,2 %.</li> <li>- A-IQI-Daten werden derzeit nur auf Ö-Ebene veröffentlicht. Über das webtool kliniksuche.at können seit 2015 Patienten zu ausgewählten Behandlungen Qualitätsinformationen einholen.</li> <li>- In der Clearingstelle ist kein einziger Fall eingelangt.</li> <li>- Bürgerbefragung zeigte überwiegend (sehr) zufriedenstellende Ergebnisse über die Spitalsaufenthalte.</li> <li>- Die derzeit validen verfügbaren Daten lassen den Schluss zu, dass die Qualität der Leistungserbringung im Vergleich zum Niveau 2009 gehalten wurde. Die Rückmeldungen lt. Maßnahmenerhebungsältern deuten ebenfalls auf keine Verschlechterung der Qualität hin.</li> <li>- Die Entwicklung des Patientenbewegungssaldos ist im Vergleich zum Jahr 2009 angestiegen. Im Jahr 2015 wurden um 8.127 mehr Fälle aus anderen Bundesländern in OÖ behandelt, als dies umgekehrt der Fall war. Dieser Saldo hat sich im Vergleich zum Jahr 2009 um 1.338 Fälle erhöht.</li> </ul>
Weiterentwicklung und Anpassung des medizinischen Leistungsangebotes entsprechend der demografischen Entwicklung	- Berücksichtigung der Anpassung des Leistungsangebotes auf die Entwicklung der Bevölkerungsgruppen (Kinder, betagte und hochbetagte Menschen, Morbiditätsentwicklung etc.)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- %-Veränderung der Patienten (inkl. 0-Tagespatienten) nach ausgewählten Fachgruppen (zB Kinder, Gyn/Geb etc.);</li> <li>- demografische Entwicklung der Bevölkerung nach den Alters- und Geschlechtsgruppen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Die aktuellen Bevölkerungsprognosen weichen in Bezug auf die Kinder- und Jugendlichen von den Planungsprämissen ab. Allerdings ist der Effekttendenzwert gering und wurde in der Empfehlung der Maßnahmenänderung für LFKK-KI entsprechend berücksichtigt.</li> <li>- Der demografischen Entwicklung hinsichtlich der Zunahme (hoch)betagter Menschen wurde mit der Verortung zusätzlicher AGR-, NEU-, PAL und RNS-Betten Rechnung getragen.</li> <li>- Aufgrund epidemiologischer Veränderungen wurden zusätzliche Kapazitäten in der KJP- und NIMCU-Versorgung geschaffen.</li> </ul>
Sicherstellung der langfristigen Finanzierbarkeit des Spitalsystems, insbesondere des medizinischen Fortschritts durch Ausschöpfung von Kostendämpfungspotenzialen	- Ausschöpfung von Potenzialen zur Reorganisation und Restrukturierung im Oö-Krankenhauswesen zur nachhaltigen Kostendämpfung	- Einhaltung der Kostendämpfungspotenziale	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.

Ziel, politischer Auftrag	Ableitung SR II - Strategien	Indikator	Ergebnis per 31.12.2015
<p>Optimierung der Erbringung der Spitalleistungen in OÖ unter bestmöglicher Ausnutzung von Synergien in allen Bereichen (medizinisch, administrativ)</p>	<p>- 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)</p>	<p>- Umsetzung der Maßnahmen der SR II, insbesondere im Bereich Großgeräte, Verbundmodelle, standortübergreifende OE, Onkologieversorgung etc.;            - %-Veränderung der Patienten (vollstationär, Tagesklinik, ambulant)            - Belagstageentwicklung gesamt</p>	<p>- Mit einer Ausnahme sind alle Maßnahmen der Priorität A umgesetzt.            - Des Weiteren sind eine Vielzahl von Maßnahmen des Prio-B-Zeitraums in Umsetzung bzw. wurden bereits umgesetzt.            - Rückgang der vollstationären Aufenthalte um 44.369 zeigt, dass ein großer Teil verlagert werden konnte. Die gesamten Belagstage sind um 243.812 gefallen. Die Tendenz der Verlagerung ist dadurch erkennbar. 2015 wurden 43,9 % aller potenziell tagesklinischen Fälle mit einer Belagsdauer von 0 bis 5 Tagen auch tatsächlich tagesklinisch erbracht (Vergleichswert 2009: 24,0 %).</p>
<p>Vermeidung aller Organisationskosten, die den Patienten keinen Nutzen stiften</p>	<p>- Nachhaltige Kostendämpfung im Sekundärbereich durch eigene Betrachtung;            - Vorgabe eines Kostenrahmens für das KH-Management</p>	<p>- Kostendämpfung im Sekundärbereich            - Entwicklung der Rechnungsabschlüsse des nicht medizinischen Bereichs            - Zielerreichung der Kostendämpfungen</p>	<p>Das Verhältnis zwischen medizinischen Aufwendungen und nicht-medizinischen Aufwendungen hat sich vom Jahr 2009 bis zum Jahr 2015 um 1,4 %-Punkte 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 (zB FM, Energiesparmaßnahmen, PR etc.) generiert.</p>



## Anhang C: Umsetzungsstatus der Maßnahmen

Auf den folgenden Seiten ist der Umsetzungsstatus der Prio-A-Maßnahmen und ausgewählter Prio-B-Maßnahmen dargestellt.

### Prioritätszeiträume

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

### Versorgungsregionen

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

Fachbereich	VR	Stand vor SR II Basis 2009	Abbau/ Zuwachs Berechnung	Beschlossener Expertenvorschlag SR II	Kostenver- Experten- vorschlag	Prio	Umsetzungsstatus per 30.06.2016 lt. Mitteilung der Häuser
OR	VR 41	AKH Linz 60 BHS 69 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 Rechtssträger, 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: in Umsetzung Trägerantrag zur Änderung des Kooperationspartners auf BHSL, Verschiebung in Prioritätsraum C und vollst. Abteilung am Standort KHE anstatt BHSL TK am Standort BHSL, liegt vor.
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 3 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 Prioritätsraum 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 30.06.2016 lt. Mittlung 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 Krankenhausem Barmherzige Brüder und Schwestern Linz, Krankenhaus der Elisabethinen, Freistadt	-1,217,597	A	AKH: umgesetzt (21.12.2012)  RO: umgesetzt (02.05.2012)  BHSL, KHE: Trägerantrag zur Verschiebung von 6 Betten von BHSL zu KHE liegt vor.
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	-1,393,580	A	AKH: umgesetzt (31.12.2012)  KHE: umgesetzt (30.06.2014)  KHE/SR: umgesetzt (31.12.2015)
MIKG	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	WU 90 SUMME 90	WU 0 SUMME 0	weiterhin Konzentration der neurochirurgischen Versorgung ausschließlich beim WJ KH, Übernahme von Fällen aus Wels-Grieskirchen (Abbau Leistungen MELO1.08 - 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	offen

Fachbereich	VR	Stand vor SR II Basis 2009	Abbau/ Zuwachs Berechnung	Beschlossener Experte(v) vorschlag SR II	Kostenver-Experten-vorschlag	Kostenver- Prio	Umsetzungstatus per 30.06.2016 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	- Bettenabbau 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.  BHS: umgesetzt (31.12.2013) in Umsetzung in Prio B geändert lt. Beschluss der LR des Evaluierungsberichts 2011
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	BHS: umgesetzt (31.12.2013) in Umsetzung in Prio B geändert lt. Beschluss der LR des Evaluierungsberichts 2011
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 Erms wird dislozierter Standort der LNK WJ (bisher KH Steyr)  Tagesklinische Struktur in der LNK WJ im Bereich der KJP bleibt erhalten  Der Spitalträger hat nach qualitativen Aspekten diesen Vorschlag zu überprüfen und gegebenenfalls eine neue Festlegung der Standorte zu treffen.	-319.082	B	LFKK: umgesetzt (30.06.2016) - Zusätzlich 10 tagsklinische Plätze lt. Beschluss der LR des Evaluierungsberichts 2014. - Offen: Leistungsabstimmung WJ: umgesetzt (30.06.2016) Offen: Leistungsabstimmung
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 niederschwelligen Versorgungsstruktur (Verbesserung des Nahtstellenmanagements mit dem niedergelassenen Bereich, der ambulanten Versorgung, Ausbau der tagsklinischen Strukturen, etc.) kann die Anpassung an die vorgeschlagenen Bettenabbau erfolgen.  Bettenabbau am Standort Landesnervenklinik Wagner Jauregg	-3.902.762	C	WJ: in Umsetzung

Fachbereich	VR	Stand vor SR II Basis 2009	Abbau/ Zuwachs Berechnung	Beschlossener Experteuvorschlag SR II	Kostenver-Experten-vorschlag	Prio	Umsetzungsstatus per 30.06.2016 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 Landesnervenambulanz WJ.  Mit Bezug auf die Psychosomatik sowie Kinderpsychosomatik ist noch eine Standortabklärung innerhalb der Gesp. durchzuführen.	0	B	SR-PSOE: umgesetzt (30.06.2013)  SR-PSOK: umgesetzt <sup>1)</sup> (31.12.2013)  WJ-PSOE: umgesetzt (01.07.2013)  WJ-PSOK: umgesetzt <sup>1)</sup> (31.12.2013)  <sup>1)</sup> 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 Frisistentüfung samt Beratung, First-Love Ambulanz sowie die Gendernmedizin 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 Öb. 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) C (KFE) (LFKK)	AKH: umgesetzt (31.12.2012) "Gendernmedizin" offen (BHS/B BR): umgesetzt (01.01.2013) KFE: in Umsetzung (LFKK)  BBR/BHS: umgesetzt (30.6.2016)  RO: umgesetzt (30.06.2012)  FR: umgesetzt (03.06.2013) Beibehaltung eigener Leitung lt. Evaluierungsbericht 2015.



Fachbereich	VR	Stand vor SR II Basis 2009	Abbau/ Zuwachs Berechnung	Beschlossener Experte vorschlag SR II	Kostenver- Experten- vorschlag	Prio	Umsetzungsstatus per 30.06.2016 lt. Mittlung 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 Avts 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.	-1.840.986	A	AKH: umgesetzt (23.12.2011) - Monitoringergebnis: weiterhin onk. OPs durchgeführt. - Trägerantrag seitens KUK zur Aufhebung der Leistungsabstimmung liegt vor.
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 des Abteilungsstatus lt. Beschluss der LR des Evaluierungsberichts 2015. Offen: Leistungsabstimmung BBR: umgesetzt (31.12.2012) Offen: Leistungsabstimmung
Kinderherzchir.	VR41	1 Standort am AKH Linz in Kooperation mit der Landesfrauen und Kinderklinik		keine Veränderung zum Ist-Zustand	0	A	umgesetzt (keine Veränderung)
Kinderurologie	VR41	1 Standort BHS Linz		Beibehaltung der Kinderurologie im Krankenhaus der BHS Linz.	0	A	umgesetzt (keine Veränderung)
Stammzell transplantation	VR41	2 Standorte AKH Linz Krankenhaus der Elisabethinen		Op. weites Referenzzentrum für Stammzellentransplantation am Standort des Krankenhauses der Elisabethinen.	0	A	AKH: umgesetzt Monitoringergebnis: Veranzelt aut. SZT im AKH. Auforderung zur Einstellung bereits ergangen.
Nieren transplantation	VR41	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 Erms 70 Kirchdorf 80 Sierling 18 SUMME 292	Steyr -44 davon Erms -70 Kirchdorf 0 Sierling -18 SUMME -132	Schließung der Inneren Medizin am dislozierten Standort Erms und Bettenaufbau am Standort Steyr. Im Krankenhaus Sierling werden die gesamten Betten der Inneren Medizin in AGR Betten umgewidmet.	-3.134.682	B A (S)	SR: umgesetzt (01.03.2013) SI: umgesetzt (30.06.2013)

Fachbereich	VR	Stand vor SR II Basis 2009	Abbau/ Zuwachs Berechnung	Beschlossener Expertenvorschlag SR II	Kostenver. Experten-vorschlag	Prio	Umsetzungsstatus per 30.06.2016 lt. Mitteilung der Häuser
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 Rechtssträger, 2 Krankenanstalten an 2 Standorten, 1 Abteilung - Alternativmöglichkeit - mit gleichem Kostenveränderungspotenzial: 2 Rechtssträger, 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)
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 Rechtssträger, 2 Krankenanstalten an 2 Standorten, 1 Abteilung - Leistungsabsimmung	-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 Leistungsabsimmung	-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 Rechtssträger, 2 Krankenanstalten an 2 Standorten, 1 Abteilung Entscheidung der Standortwahl soll beim Träger liegen - Leistungsabsimmung	-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 Rechtssträger, 2 Krankenanstalten an 2 Standorten, 1 Abteilung Bettenabbau an beiden Standorten Leistungsabsimmung	-677.940	A	SR: umgesetzt <sup>1)</sup> (01.05.2014) KI: umgesetzt <sup>1)</sup> (01.05.2014) <sup>1)</sup> Bettenreduktion bereits 2012 erfolgt umgesetzt (01.01.2014)
AU	VR 44	Steyr 20 SUMME 20	Steyr -5 SUMME -5	- Bettenabbau - im gespag- Verbund Mutterabteilung für Fachschwerpunkt in Vöcklabruck	-462.378	A	



Fachbereich	VR	Stand vor SR II Basis 2009	Abbau/ Zuwachs Berechnung	Beschlossener Expertenvorschlag SR II	Kostenver- Experten- vorschlag	Prio	Umsetzungsstatus per 30.06.2016 lt. Mittlung der Häuser
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 gespaq-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 Rechtssträger, 2 Krankenanstalten an 2 Standorten, 1 Abteilung Alternativmöglichkeit - mit gleichem Kostenveränderungspotenzial: 2 Rechtssträger, 2 Krankenanstalten an 2 Standorten, 2 Abteilung	0	B	offen Trägerantrag auf Änderung des Kooperationspartners vorliegend.
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 Spitalärzte 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 Krankenhaushaftigkeit und Überauslastung der Stationen kann derzeit kein Bettenabbau vorgenommen werden. Erst nach Aufbau einer niederschwelligen 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	offen
AG/R	VR 44	Siering 55 SUMME 55	Siering 35 SUMME 35	Ausbau der AG/R Betten durch die Umwandlung der IM Betten im Krankenhaus Siering (bereits erfolgt)  • Die standortübergreifende Organisation der Akutgeriatrie zwischen dem KH Siering und dem KH Steyr geht von folgenden Prämissen aus: - keine Akutaufnahme in Siering (erfolgen durch Steyr und Kirchdorf) - konkrete Leistungsabstimmung mit dem Krankenhaus Steyr - Nutzung der Synergien bei den diagnostischen Leistungen (Radiologie, Labor etc.)	1.301.226	A	St: umgesetzt (31.12.2013)  St/SR: umgesetzt (31.12.2013)
PUL	VR 45	Gmunden Vöcklabruck  Vöcklabruck 36 SUMME 36	0  Vöcklabruck -6 SUMME -6	In welcher Rechtsform die Einbindung in das LKH Steyr erfolgt, ist Entscheidung der Träger. 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. Bettenabbau am Standort Vöcklabruck	-590.057	B	GMV/Bi: umgesetzt (01.01.2014)
	VR 45	Vöcklabruck 36 SUMME 36	Vöcklabruck -6 SUMME -6		-180.162	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 30.06.2016 lt. Mittlung der Häuser
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 Kostenspannungspotenzial 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 gespaq-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	-541.600	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	-564.438	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 30.06.2016 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 Rechtssträger, 1 Krankenhausalt 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 Bettenabbau	-3.336.831	A	umgesetzt (01.04.2012) SalDep 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 Landesneurologie WU)	-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 Schwester (siehe VR 41) Sicherstellung der konsiliarischen Versorgung auch in anderen Krankenhäusern	-1.751.412	B	in Umsetzung
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 Rechtssträger, 1 Krankenhausalt an 2 Standorten, 1 Abteilung, 1 Primar Rund 20 Betten Gynäkologie am Standort Grieskirchen	-796.544	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	-1.060.973	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- Experten- vorschlag	Prio	Umsetzungsstatus per 30.06.2016 lt. Mittlung 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 Neomatologie 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)
AM (Intensiv)	VR 42	Wels-Griesk 18 SUMME 18	Wels-Griesk -1 SUMME -1	Schließung der Intensivstation mit gleichzeitigem Aufbau einer Überwachungsseinheit 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: in Umsetzung  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	-1.466.997	A	RI: umgesetzt (31.01.2014)  BR: umgesetzt (31.12.2013) Antrag auf Anpassung der Beschlussfassung: Schließung der urologischen Abteilung in Braunau und Bettentransfer nach Ried. Konzept zur ambulanten Versorgung in Ausbereitung.



Fachbereich	VR	Stand vor SR II Basis 2009	Abbau/ Zuwachs Berechnung	Beschlossener Expertenvorschlag SR II	Kostenver- Experten- vorschlag	Prio	Umsetzungsstatus per 30.06.2016 lt. Mittlung der Häuser
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)
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 Krankenshallen an 2 Standorten, 1 Abteilung, 1 Primar Bettenabbau am Standort Schärding und BHS Ried	-921.439	B	RI: umgesetzt (31.12.2014)  SD: in Umsetzung Trägerantrag für 2 Rechtsträger, 2 Krankenshallen an 2 Standorten, 2 Abteilungen, 2 Leitungen und Änderung des Kooperationspartners auf Weis-Grieskirchen.
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 (Bettenfördermis: 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  Einstellung 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)

Fachbereich	VR	Stand vor SR II Basis 2009	Abbau/ Zuwachs Berechnung	Beschlossener Expertenvorschlag SR II	Kostenver- Experten- vorschlag	Prio	Umsetzungsstatus per 30.06.2016 lt. Mittlung der Häuser
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 Sirnabach	- 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)	B A(Braunau)	AKH: umgesetzt BHS: umgesetzt (31.12.2015) BR: umgesetzt (30.11.2011) VB, SR, RI: wurde gemäß SPR II nicht realisiert
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	B	in Umsetzung  Gemeinsamer Trägerantrag für Verschiebung in Prioritätszeitraum C liegt vor.
Institut für Anästhesiologie	VR 41	BHS BBR AKH Linz LFKK	BHS-BBR: Zusammenführen der beiden Institute in ein Standortübergreifendes Institut bei den Bamherzigen Schwestern  AKH Linz - LFKK: Zusammenführen der beiden Institute (Kinderanästhesie) in ein Standortübergreifendes Institut am AKH Linz	-358.873	AKH (A) /B	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	B	umgesetzt (01.01.2015)

Fachbereich	VR	Stand vor SR II Basis 2009	Abbau/ Zuwachs Berechnung	Beschlossener Experte/vorschlag SR II	Kostenver- Experten- vorschlag	Prio	Umsetzungsstatus per 30.06.2016 lt. Mitteilung der Häuser
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 Alternativvorschlag; 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: in Umsetzung. Schließt sich dem LV I an. Organisationskonzept offen. LV II: in Umsetzung Trägerantrag für Zusammenführung zu einem gespag- Diagnostikverbund liegt vor. LV III: umgesetzt LV IV: umgesetzt
Institute für Pathologie	VR 41 + VR 46	Institute in AKH Linz BHS Linz BHS Ried		<b>Patho-Verbund I:</b> Pathologieverbund zwischen AKH Linz und BHS Linz in Form einer ausgliederten 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 Experte/vorschlag 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 It. Beschlusses der LR 46 It. Evaluierungsberichts 2012 <b>KHE: in Umsetzung</b> Durch Gründung Ordensklinikum mit 1.1.2017 dem Pathoverbund BBR, BHS, RI abgeschlossen. Organisationskonzept offen. BBR, BHS, RI: umgesetzt (30.06.2015)
Institute für Pathologie	VR 41 + VR 44 + VR 45 + VR 46	Institute in LNK WJ LKH Steyr LKH VB		<b>Patho-Verbund II:</b> Konzentration in der LNKL WJ mit Versorgung der gespag-Krankenhäuser. Entfall des Institutes am Krankenhaus Vöcklabruck.	-249.747	B	<b>in Umsetzung</b> Trägerantrag für Zusammenführung zu einem gespag- Diagnostikverbund liegt vor.
Institute für Pathologie	VR 42 + VR 46	Institut in Wels-Grieskirchen		<b>Patho-Verbund III:</b> 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		<b>BBR Linz – BHS Linz:</b> Zusammenführung der Institute für Radiologie in eine gemeinsame Struktur zur Nutzung der Synergiepotenziale am Standort Seilerstätte.	-106.447	B	umgesetzt (30.06.2016)
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)



Fachbereich	VR	Stand vor SR II Basis 2009	Abbau/ Zuwachs Berechnung	Beschlossener Experten-vorschlag SR II	Kostenver- Experten- vorschlag	Prio	Umsetzungsstatus per 30.06.2016 lt. Mittlung der Häuser
Institute für Radiologie	VR 44	Institute für Radiologie sind defacto in jedem KH eingerichtet (ausgen. KH 429 Stiering)		<b>Steyr-Enns-Kirchdorf:</b> Entfall des Röntgeninstitutes in Kirchdorf und organisatorische Zusammenführung der Radiologie mit dem Institut für Radiologie am Standort Steyr-Enns <b>Alternativmöglichkeit:</b> - 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	<b>Vöcklabruck – Bad Ischl – Gmunden:</b> organisatorische Zusammenführung der Röntgeninstitute in Bad Ischl und Gmunden mit dem Institut für Radiologie am Standort Vöcklabruck <b>Alternative:</b> Beibehalten der jeweiligen Standortleitungen mit Leistungsabstimmung Erzielung des Kosteneinsparungspotenzials muss gewährleistet werden.	-108.303	B	VR/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 Weils-Grieskirchen		<b>Standortübergreifendes Institut Steyr</b> 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) R: umgesetzt <sup>1)</sup> (31.12.2013) KHE: umgesetzt <sup>1)</sup> (31.12.2013) <sup>1)</sup> Weiterhin 2 Institute, da dzt. kein Primar mit erforderlicher Doppelausbildung. Lt. Beschluss der LR des Evaluierungsberichts 2012
Institut für Physikalische Medizin	VR 44			- Empfehlung eines standortübergreifenden Instituts der Krankenhaus Steyr und Kirchdorf mit Betreuung durch Steyr (durch Gespab 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) Stiering: 1 (0); Kirchdorf: 1 (1) Bad Ischl: 1 (1); Gmunden: 1 (1) Vöcklabruck: 1 (1); Weils-Gr.: 3 (3) Braunau: 1 (1); Ried: * Scharding: 1 (1) * in Koop. mit extramuralen Anbietern, RSG-Stand in Klammer		Reduktion folgender Geräte: Akh Linz: 1CT (verbleibend 2) Stiering: 1 CT (Algerat) (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 hochwertigeren Versorgung der akuten geriatrischen Patienten in der VR läuft. SR: umgesetzt (28.02.2013)

Fachbereich	VR	Stand vor SR II Basis 2009	Abbau/ Zuwachs Berechnung	Beschlossener Expertenvorschlag SR II	Kostenver- Experten- vorschlag	Prio	Umsetzungsstatus per 30.06.2016 lt. Mittlung der Häuser
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	VR: umgesetzt (nicht angekauft)
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 Kostendämpfungspotenzial s um +80.000 lt. Beschluss der LR des Evaluierungsberichts 2015.  AKH: umgesetzt (01.01.2012)  KHE: umgesetzt (31.12.2011)  Ri: umgesetzt (30.06.2012)
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	