

Oberösterreichischer



Landesrechnungshof

Initiativprüfung

Gesundheitsversorgung in Oö.

Schwerpunkt Krankenanstalten

Bericht

Auskünfte

Oberösterreichischer Landesrechnungshof

A-4020 Linz, Schubertstraße 4

Telefon: #43(0)732-7720/11426

Fax: #43(0)732-7720/14089

E-mail: post@lrh-ooe.at

Impressum

Herausgeber: Oberösterreichischer Landesrechnungshof
A-4020 Linz, Schubertstraße 4

Redaktion und Grafik: Oberösterreichischer Landesrechnungshof
Herausgegeben: Linz, im Jänner 2005

Abkürzungsverzeichnis / Glossar

A

| | |
|------------------------------|--|
| additiv | zusätzlich |
| AfA | Aufwendungen für Abschreibungen |
| AG (>65) | Altersgruppe (älter als 65 Jahre) |
| Adenotomie | operative Entfernung von Polypen (drüsenähnlichen Wucherungen) |
| AKH Linz | Allgemeines Krankenhaus der Stadt Linz |
| Apalliker | Wachkoma-Patientinnen bzw. -Patienten |
| Appendektomie | operative Entfernung des Blinddarms |
| Anästhesie | Betäubung, Narkose |
| angebotsinduzierte Nachfrage | eine vom Angebot gesteuerte Nachfrage |

B

| | |
|-----------------------|---|
| BBR | Konventhospital Barmherzige Brüder |
| Belagstag | Aufenthaltstag einer Patientin bzw. eines Patienten im Krankenhaus |
| Benchmark(ing) | Orientierung (an den Besten) |
| Best-Practice-Modelle | vorbildliche Lösungen |
| BM | Benchmark, Orientierungswert |
| BMGF | Bundesministerium für Gesundheit und Frauen |
| BMSG und | Bundesministerium für soziale Sicherheit, Generationen Konsumentenschutz |
| BSRK | Konventhospital Barmherzige Schwestern vom heiligen Kreuz |
| BSRV | Konventhospital Barmherzige Schwestern vom heiligen Vinzenz von Paul |

C

| | |
|--|---|
| Case Management (Case Managerin bzw. bzw. Case Manager) und | Betreuung (Betreuerin bzw. Betreuer) der Patientinnen Patienten während der gesamten Krankheitsversorgung Koordination aller beteiligten Personen und |
| Organisationen | einer Behandlungsepisode |
| Cholezystektomie | operative Entfernung der Gallenblase |
| Cook and Chill Technologie | Koch- und Gefriermethode (in Großküchen) |

CT Computertomographie
Cost Center Organisationseinheit mit Kostenverantwortung

D

Demenz Minderung geistiger Fähigkeiten als Folge einer Hirnschädigung

DG Deckungsgrad

Disease Management "Krankheitsmanagement"

DORIS Digitales Oberösterreichisches
RaumInformationsSystem

E

elektive Leistung planbare Leistung

ELISAB KH Krankenhaus der Elisabethinen

Entlassungsmanagement Vorbereitung und Unterstützung der Entlassung einer Patientin bzw. eines Patienten aus dem Krankenhaus

Epidemiologie Wissenschaft von der Entstehung, Ausbreitung und Bekämpfung von Massenerkrankungen, Seuchen

epidemiologisches Spektrum Anteil einzelner Krankheiten am Krankheitsbild der Gesamtbevölkerung

Evidence Based Medicine, auf Erfahrungen beruhende Medizin
evidenzbasierte Medizin

extramural Bereich außerhalb der Krankenanstalten (z.B. niedergelassene Ärztinnen bzw. Ärzte)

F

Facility Management "Gebäudemanagement"

Fondskrankenanstalten (Oö.) Alle Krankenanstalten, die über den Oö. KRAF finanziert werden

Fragmentierung Zerteilung, Zerlegen in Bruchstücke

15a-Vereinbarung Vereinbarung zwischen Bund und Ländern gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens

G

gespag oberösterreichische Gesundheits- und Spitals-AG

GGP Großgeräteplan

H

Hämodialyse Blutwäsche

HDG Hauptdiagnosegruppe

Health Technology Assessment Nutzen/Bewertung der Technologie des Gesundheits-

| | |
|----------------------------------|---|
| Hernienoperation | wesens Bruchoperation |
| I | |
| intramural | Bereich innerhalb der Krankenanstalten (stationär, tagesklinisch oder ambulant) |
| IST (Betten) | tatsächlich vorhandene Anzahl (an Betten) |
| K | |
| K(z.B. 408) | Krankenanstaltennummer laut österreichischem Krankenanstaltenkataster (z.B. KH Freistadt) |
| KA oder KH | Krankenanstalt oder Krankenhaus |
| KAP | Krankenanstaltenplan |
| kardiovaskuläre Krankheiten | Herz-/Kreislaufkrankungen |
| KöStG | Körperschaftssteuergesetz |
| KRAF | Krankenanstaltenfonds |
| L | |
| LFKK | Landes-Frauen- und Kinderklinik |
| LFKL | Landesfrauenklinik |
| LKF (- System) | leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung |
| LKH | Landeskrankenhaus |
| LKiKL | Landeskinderklinik |
| LNKL | Landesnervenklinik |
| LRH | Landesrechnungshof |
| LRHG | Landesrechnungshofgesetz |
| M | |
| Medikalisierung | Einsatz von Instrumenten des Medizinsystems zur Lösung von Problemen |
| Medikation | Anordnung/Verschreibung von Medikamenten |
| medizinisch vidiertes Pflegeheim | Pflegeheim mit erweiterter medizinischer Versorgung |
| MEL | Medizinische Einzelleistung |
| Max | Maximum |
| Min | Minimum |
| MW | Mittelwert |
| N | |
| Neonatologie | medizinische Versorgung von Neugeborenen |
| O | |
| obstruktive Lungenerkrankungen | z.B. Asthma, chronische Bronchitis |
| ÖBIG | Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen |

OECD HEALTH DATA

Oö.

OÖGKK

ÖKAP

Oö. KRAF

Onkologie

onkologische Operation

ÖSG 2005

Outsourcing

OP-Tag

P

Paracentese

Pflegetag

Pat.

poststationär(e) Betreuung

präoperativ(e) Verweildauer

Primary Care 24/7

pseudoradikuläres Syndrom

PSY Wels

R

Review

S

senile Demenz

SOLL (Betten)

St. (Josef)

stroke unit

Supportbereich

T

TILAK

Tomographie

Tonsillektomie

Totalendoprothetik

V

Varianz

Organisation for Economic Co-operation and
Development - Daten des Gesundheitswesens

Oberösterreich

Oberösterreichische Gebietskrankenkasse

Österreichischer Krankenanstaltenplan

Oberösterreichischer Krankenanstaltenfonds

medizinische Versorgung von Krebskranken

Krebsoperation

Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2005

Auslagerung von Geschäftstätigkeiten aus einem
Unternehmen und Zukauf dieser Leistungen von
Fremdfirmen

Operationstag

Öffnung des Trommelfells bei Mittelohrvereiterungen

Aufenthaltstag einer Patientin bzw. eines Patienten im
Krankenhaus

Patient

Betreuung nach einem stationären Aufenthalt

Verweildauer vor einer Operation

Erstversorgung rund um die Uhr, 24h am Tag -7 Tage
die Woche

Kreuzschmerz

Psychiatrische Klinik Wels

Übersicht

altersbedingte Geistesschwäche

geplante Anzahl (an Betten)

Sankt (Josef)

Spezialstation zur Akutbehandlung von Schlaganfällen

Unterstützungsbereich

Tiroler Landeskrankenanstalten Ges.m.b.H.

Röntgenschichtaufnahmeverfahren

Mandelentfernung

Ersatz von Körperteilen (z.B. Hüft- oder Kniegelenk)

Abweichung, Unterschiedlichkeit

Varizen

Veränderungsresistenz

Verweildauer

vidiert

W

WHO

Organization

Z

Z

Sonderzeichen

Δ = "Delta"

Krampfadern

Widerstand gegen Veränderungen

Dauer des Krankenhausaufenthaltes

begutachtet

Weltgesundheitsorganisation - World Health

Ziffer

Veränderung

Der Oö. Landesrechnungshof (LRH) hat in der Zeit vom 17.5.2004 bis 22.11.2004 (mit Unterbrechungen) eine Initiativprüfung im Sinne des § 4 Abs. 1 Z. 1 in Verbindung mit § 2 Abs. 1 Z. 1 und Z. 3 des Oö. LRHG, LGBI. Nr. 38/99 idgF, durchgeführt.

Gegenstand der Prüfung war die Gesundheitsversorgung in Oö., Schwerpunkt Krankenanstalten. Ziel war es, die Effizienz und Effektivität des Gesundheitssystems zu beurteilen und daraus Vorschläge zu dessen Weiterentwicklung zu erarbeiten. Weiters sollte beurteilt werden, ob die mit der Ausgliederung der Landes-Krankenanstalten in die gespag verfolgten Ziele erreicht wurden.

Das Prüfungsteam setzte sich aus Mag. Elke Anast-Kirchsteiger als Prüfungsleiterin, Mag. Susanne Fink, Dr. Michaela Schramm und Barbara Spindelbalker zusammen. Das Prüfungsteam wurde durch externe Experten unterstützt.

Das vorläufige Ergebnis der Prüfung wurde den Vertretern der Abteilung Sanitäts- und Veterinärrecht, der Finanzabteilung, der gespag und der zuständigen Referenten der Landesregierung in der Schlussbesprechung am 13.12.2004 vollinhaltlich zur Kenntnis gebracht. Die schriftlichen Stellungnahmen sind in den Bericht eingearbeitet und als Beilage angeschlossen.

Nachstehend werden in der Regel punktweise die Sachverhaltsdarstellung (Kennzeichnung mit 1 an der zweiten Stelle der Absatzbezeichnung), deren Beurteilung durch den LRH (Kennzeichnung mit 2), die Stellungnahme der überprüften Stelle (Kennzeichnung mit 3 und im Kursivdruck) sowie die allfällige Gegenäußerung des LRH (Kennzeichnung mit 4) aneinandergereiht.

In Tabellen und Anlagen des Berichtes können bei der Summierung von gerundeten Beträgen und Prozentangaben durch die EDV-gestützte Verarbeitung der Daten rundungsbedingte Rechendifferenzen auftreten.

KURZFASSUNG

(1) **Österreich weist im internationalen Vergleich besonders viele akutstationäre Betten auf. Die Bettendichte in Oberösterreich liegt außerdem noch um 3,5 % über dem österreichischen Schnitt. In der Krankenhaushäufigkeit ist Österreich mit 312 Aufnahmen pro 1000 Einwohner EU-Spitzenreiter. Kosten und Leistungen der Gesundheitsversorgung in Oberösterreich stiegen in den vergangenen Jahren stark an. Wesentliche Ursachen dafür liegen in der angebotsinduzierten Nachfrage nach Gesundheitsleistungen und in der fehlenden Steuerung des Angebotes.**

Da künftig mit einer starken Zunahme der Zahl älterer Menschen zu rechnen ist, steht das Gesundheitswesen vor großen Herausforderungen. Diese sind nach Ansicht des LRH nur dann zu bewältigen, wenn es dem Land in seiner Steuerungsfunktion gelingt, die starke Veränderungsresistenz im Spitalswesen zu überwinden und zukunftsorientierte Strukturveränderungen vorzunehmen.

(2) Wegen der wachsenden Kosten in den Krankenanstalten und der Deckelung der Fondsmittel stiegen die Zahlungen für die von Land und Gemeinden zu tragende Abgangsdeckung zwischen 1999 und 2003 um 30,4 % auf rund 438 Mio. Euro an.

(3) In der Analyse des LRH zeigten sich erhebliche regionale Unterschiede in der stationären Krankenversorgung was Strukturangebot, Leistungsdichte sowie Art und Kosten der Leistungserbringung betrifft. Daraus lässt sich ein beträchtliches Optimierungspotenzial ableiten.

(4) 2004 wurden drei Konzepte zum Gesundheitswesen in Oberösterreich veröffentlicht (Reihung nach dem Zeitpunkt des Eingangs im LRH): Bericht der Oö. Spitalsreformkommission, Endbericht Integrierte Gesundheitsplanung (ÖBIG-Studie) und Dr. Silvia Stöger Gesundheitsplan für die Menschen in Oberösterreich.

Alle Planungsansätze streben eine Reduktion der Akutbetten in den Spitälern an, forcieren den Ausbau des tagesklinischen Angebots und den Aufbau von Überleitungsbetten. Zusätzlich fordern sie flankierende Maßnahmen in den angrenzenden Bereichen. Eine Umsetzungskommission arbeitet derzeit Regionalkonzepte aus.

Aus Sicht des LRH sind auf politischer Ebene zukunftsorientierte Entscheidungen zu treffen, und die notwendigen Strukturveränderungen umzusetzen. Das errechnete Einsparungspotenzial im Kernleistungsbereich beträgt 75,2 Mio. Euro pro Jahr und bei den Hilfs- und Nebenkostenstellen jährlich 23,8 Mio. Euro.

(5) Derzeit erfüllt der Oö. KRAF vor allem die Funktion der Mittelverteilung. Aus Sicht des LRH sollte er sich künftig auf die strategische trägerübergreifende Steuerung der Krankenanstalten konzentrieren. Mittelfristig wäre das Abgangsdeckungssystem durch eine bedarfsorientierte Leistungsfinanzierung abzulösen.

(6) Schwierigkeiten an der Schnitt- bzw. Nahtstelle zwischen den Krankenanstalten und der niedergelassenen Versorgung führen zu Nutzen- und Effizienzverlusten. Der LRH empfahl, in Abstimmung mit den Sozialversicherungen optimierte Versorgungsmodelle zu entwickeln.

(7) Mit der Ausgliederung der Landeskrankenanstalten in die gespag wurde nach Ansicht des LRH das Ziel erreicht, Aufgaben und Kompetenzen klarer zuzuordnen und die Entscheidungsgeschwindigkeit zu erhöhen. Der Ausgliederungsprozess wurde effizient abgewickelt. Der gespag gelang es strukturelle Reformen in Gang zu setzen.

(8) Die vorliegenden Unterlagen lassen deutliche Effizienzsteigerungen durch eine enge Kooperation zwischen LFKK und AKH Linz erwarten. Nach Meinung des LRH ist es unumgänglich, auf höchster politischer Ebene Verhandlungen aufzunehmen, die eine weitgehende Kooperation bzw. Zusammenarbeit im Bereich der medizinischen Kernleistung zum Ziel haben und auch die Möglichkeit einer einheitlichen Rechtsträgerschaft nicht ausschließen.

(9) Die Kostenanalyse des LRH zeigte deutliche Effizienzunterschiede zwischen den Krankenanstalten der gespag sowohl im Kernbereich als auch in den Supportbereichen. Der LRH ermittelte Einsparungspotenziale im Kernbereich von rund 6,6 Mio. Euro und im Supportbereich von rund 4,9 Mio. Euro.

(10) Zusammenfassend gab der LRH folgende Empfehlungen ab:

Umsetzung ab sofort

- Entwicklung und verbindliche Festlegung bedarfsgerechter sowie effizienzorientierter regionaler und überregionaler Versorgungskonzepte (siehe Berichtspunkte 6.2, 7.2, 17.2 und 21.2)
- Ausbau der mobilen Dienste sowie der Überleitungspflegeangebote an der Schnitt- bzw. Nahtstelle zwischen akutstationärer Versorgung und der Betreuung zuhause (siehe Berichtspunkte 1.2 und 19.2)
- Strategische trägerübergreifende Steuerung der Krankenanstaltenversorgung durch den Oö. KRAF (siehe Berichtspunkte 2.2 und 8.2)
- Setzen von finanziellen Anreizen für tagesklinische Leistungen durch den Oö. KRAF und Hinwirken auf die Aufnahme von Verhandlungen zwischen der Ärztekammer und den privaten Krankenversicherungsträgern über eine optimierte Finanzierung von Tagesklinikleistungen (siehe Berichtspunkte 8.2)
- Förderung von trägerübergreifenden Kooperationen im Supportbereich durch den Oö. KRAF (siehe Berichtspunkt 13.2)
- Nutzung der Optimierungspotenziale der Kooperation zwischen LFKK und AKH Linz (siehe Berichtspunkt 24.2)
- Abstimmung zwischen den verschiedenen Versorgungsbereichen durch Verhandlungen mit der Sozialversicherung bzw. im Rahmen der neuen Strukturen, die die Vereinbarung zwischen Bund und Ländern gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens beschreibt (siehe Berichtspunkt 3.2)
- Organisatorische Weiterentwicklung der gespag (siehe Berichtspunkt 23.2)
- Weitere Effizienzsteigerung der gespag-Krankenanstalten (siehe Berichtspunkte 25.2 und 26.2)
- Implementierung einer Messung der Ergebnisqualität der Krankenanstalten (siehe Berichtspunkt 9.2)
- Entwicklung von Benchmarkingansätzen (siehe Berichtspunkte 25.2 und 26.2)
- Koordination der Planungstätigkeiten des Landes (siehe Berichtspunkt 16.2)

Umsetzung bis 2008

- Umsetzung der regionalen und überregionalen Versorgungskonzepte (siehe Berichtspunkt 21.2)
- Entwicklung von optimierten Versorgungsangeboten an den Schnitt- bzw. Nahtstellen und von integrierten Versorgungsmodellen (siehe Berichtspunkte 11.2 und 12.2)
- Optimierungen im Ambulanzbereich auf Basis einer eingehenden Analyse in Abstimmung mit der OÖGKK (siehe Berichtspunkt 10.2)
- Ablösung des Abgangsdeckungssystems und der Investitionsförderungen durch eine bedarfsorientierte Leistungsfinanzierung (siehe Berichtspunkte 14.2 und 15.2)
- Im Rahmen der geltenden bundesgesetzlichen Regelungen ist eine verstärkte Koordination der Finanzierungsbereiche im Gesundheitswesen zwischen dem Land und den Sozialversicherungsträgern anzustreben. (siehe Berichtspunkt 3.2)

Problemaufriss

Demographische Entwicklung

- 1.1. Wegen der veränderten Bevölkerungsstruktur mit einer stark wachsenden Zahl älterer Menschen steht das Gesundheitswesen in den nächsten Jahren vor großen Herausforderungen. Zugleich wird sich das epidemiologische Spektrum verändern. Es ist vor allem mit einer relativen Zunahme chronischer Erkrankungen zu rechnen. Diese werden aufgrund der besseren diagnostischen Möglichkeiten früher erkannt werden. Auch die verbesserten therapeutischen Möglichkeiten führen zu einem sukzessiven Anstieg des Lebensalters der Bevölkerung und damit zu mehr altersbedingten chronischen Leiden. Dies wird einen Anstieg an medizinischen und insbesondere pflegerischen Leistungen und damit Mehrbelastungen des Systems nach sich ziehen. Zusätzlich bewirken die erhöhte Anspruchshaltung der Klientinnen bzw. Klienten und die Auflösung von generationenübergreifenden Familienzusammenhängen eine quantitative und qualitative Nachfragesteigerung. Die zunehmende Medikalisation vieler Lebensbereiche, also der Trend, immer mehr soziale Probleme mit den Instrumenten des Medizinsystems zu lösen, bringt weitere Kosten.

Eine lineare demographiebasierte Hochrechnung zur Inanspruchnahme alleine der stationären Leistungen untermauert die Dynamik dieser Entwicklung: Für den Zeithorizont 2010 wäre bei einem solchen Szenario mit einer Gesamtsteigerung der Aufnahmen um 8 % und der Belagstage um 11 % zu rechnen.

- 1.2. Die zwischen Land, OÖGKK und Stadt Linz abgestimmten Gesundheitsziele bieten einen strategischen Ansatz für Versorgungskonzepte, die diese Entwicklung berücksichtigen. Durch Maßnahmen zur Krankheitsvermeidung (z.B. Lebensstilveränderung), zur Früherkennung von Krankheiten und zur Optimierung der Betreuung von chronischen Erkrankungen kann auch bei der zu erwartenden Bevölkerungsentwicklung die Finanzierbarkeit positiv beeinflusst werden.

Nach Ansicht des LRH scheint ein weiterer Ausbau insbesondere der mobilen Pflegedienste sowie der Überleitungspflegeangebote an der Schnittstelle zwischen akutstationärer Versorgung und der Betreuung zuhause notwendig. Neben einer rein quantitativen Ausweitung ist auch die qualitative Optimierung in Bezug auf differenzierte Versorgungsangebote, die Flexibilität der mobilen Dienste und die Strukturqualität der stationären Angebote anzustreben.

Medizinischer Fortschritt

- 2.1. Innovationen in der Medizin sind primär getrieben vom Verbesserungsanspruch in Bezug auf diagnostische und therapeutische Verfahren. Der Fortschritt kommt bei gesicherter Erkenntnislage den Patientinnen und Patienten zugute und führt zugleich immer zu steigenden Kosten. Werden neu entwickelte Verfahren aufgrund geringerer Risiken oder besserer Wirkung breiter eingesetzt oder dadurch weitere Maßnahmen angestoßen, erhöht dies die Leistungsmengen und die entsprechenden Kosten. Demgegenüber stehen effizienzsteigernde Prozess- und Organisationsinnovationen im Hintergrund.
- 2.2. Der LRH vertrat die Auffassung, dass der Oö. KRAF im Rahmen seiner Steuerungsaufgabe eine aktive Rolle bei der Steuerung der routinemäßigen Etablierung medizinischer Innovationen übernehmen sollte.

Der Oö. KRAF und die Abteilung Sanitäts- und Veterinärrecht hätten in systematischer, nachvollziehbarer und transparenter Weise über die Genehmigung und Finanzierung von Innovationen zu entscheiden. Dabei wären diese Verfahren einzelnen Standorten zuzuordnen,

eine Evaluierung sicherzustellen und eine mögliche Aufnahme dieser Leistungsangebote in die Regelversorgung zu planen. Dabei kann auf etablierte methodische Konzepte in diesem Bereich (evidenzbasierte Medizin, Health Technology Assessment) aufgebaut werden. Die entsprechenden gesetzlichen Voraussetzungen dafür (z.B. im Oö. KAG) müssten geschaffen werden.

- 2.3. *Die Abteilung Sanitäts- und Veterinärrecht merkte dazu an, dass die vom LRH vorgeschlagene Zuordnung von medizinischen Innovationen auf einzelne Standorte im Rahmen der Leistungsangebotsplanung des Österreichischen Krankenanstalten- und Großgeräteplanes (ÖKAP/GGP) für ausgewählte spitzenmedizinische Leistungen (Stand ÖKAP/GGP 2003: Onkologie, Stammzellentransplantation, nuklearmedizinische Therapie, Herzchirurgie, Kinderkardiologie, Lebertransplantation, Nierentransplantation, Stroke Unit, Chronische Hämodialyse) bereits seit mehreren Jahren geschieht und laufend ausgebaut und erweitert wird. Dazu sind beim ÖBIG medizinische Expertengremien eingerichtet, von denen die entsprechenden Empfehlungen ausgearbeitet werden.*

Daraus abgeleitete verschärfte Finanzierungsregeln werden zur Zeit noch nicht angewendet, können aber nach entsprechender Beschlussfassung durch die Organe des Oö. KRAF jederzeit umgesetzt werden.

Darüber hinaus vertritt die Abteilung Sanitäts- und Veterinärrecht jedoch die Auffassung, dass Leistungskonzentrationen wie sie in Oberösterreich bereits jetzt - durchaus gesteuert vom Oö. KRAF - praktiziert werden, primär auf dem Verhandlungsweg umgesetzt werden sollten. Finanzielle Sanktionen können nur ein zusätzliches Steuerungselement darstellen und sollten nur subsidiär bzw. zusätzlich eingesetzt werden.

Damit sich medizinische Innovationen langfristig durchsetzen können und allen Patienten zugänglich werden, bedarf es einer Finanzierung, die dauerhaft sichergestellt ist. Diesbezüglich wird der medizinische Leistungskatalog des LKF-Modells laufend gewartet und weiterentwickelt, sodass er immer dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft entspricht. Zur Beurteilung der Aufnahme neuer Leistungen in den Leistungskatalog werden auch Kriterien der „Evidence Based Medicine“ herangezogen. Die laufende Wartung und Weiterentwicklung des Leistungskatalogs erfolgt, auch in Zusammenarbeit mit den Bundesländern, zentral im BMGF, die neuen Leistungen, die in den Katalog aufgenommen werden sollen, werden direkt von den Krankenanstalten vorgeschlagen.

Sollte der Oö. KRAF darüber hinausgehende Entscheidungsgrundlagen erarbeiten müssen, so wären entsprechende zusätzliche personelle Ressourcen an medizinischen Experten erforderlich. Dies erscheint angesichts der oben beschriebenen bereits bestehenden Instanzen allerdings weder aus ökonomischer noch aus fachlicher Sicht sinnvoll, möglicherweise sogar kontraproduktiv.

Hinsichtlich der Steuerung bei der Einrichtung von diversen Spezialambulanzen fehlen zur Zeit die rechtlichen Möglichkeiten.

- 2.4. Der LRH anerkennt, dass die Rahmenvorgaben der Steuerung auf Bundesebene entwickelt werden. Für ihn steht aber außer Zweifel, dass es im Interesse des Landes im Hinblick auf Versorgungsqualität und Finanzierbarkeit liegt, oberösterreichspezifische Steuerungsansätze zu entwickeln und anzuwenden.

So war z.B. der Oö. KAP bisher ein Spiegelbild des ÖKAP. Die notwendigen Strukturveränderungen sind auf dieser Basis nur in geringem Ausmaß erfolgt.

Leistungsfinanzierung und Steuerung

- 3.1. Die Finanzierung der Gesundheitsversorgung erfolgt aus mehreren Quellen. Die Zuständigkeit der finanzierenden Institutionen ist unterschiedlich geregelt. Problematisch ist dabei die getrennte Finanzierung und Steuerung der Krankenanstalten, des Bereichs der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte und der Pflege. Grundsätzlich kommt für den niedergelassenen Bereich den Sozialversicherungen und für die Fondskrankenanstalten dem Oö. KRAF die Hauptverantwortung zu.

Eine Detailanalyse zeigt darüber hinaus ein sehr komplexes Geflecht von wechselseitigen Verpflichtungen und Abhängigkeiten. In der Studie zur Finanzierung des österreichischen Gesundheitswesens hat das Industriewissenschaftliche Institut (IWI) die Finanzverflechtungen exemplarisch aufgearbeitet, eine Übersichtsdarstellung ist in Abbildung 1 wiedergegeben.

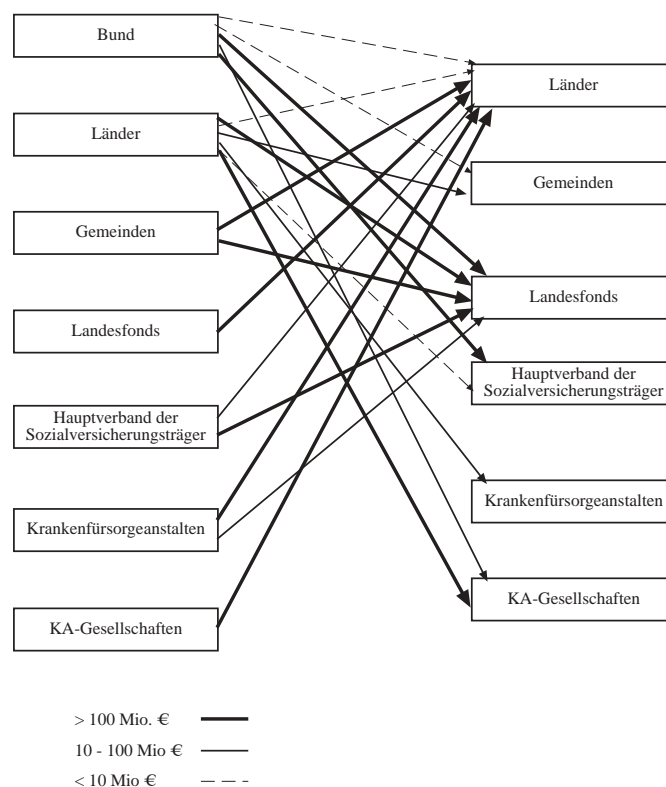
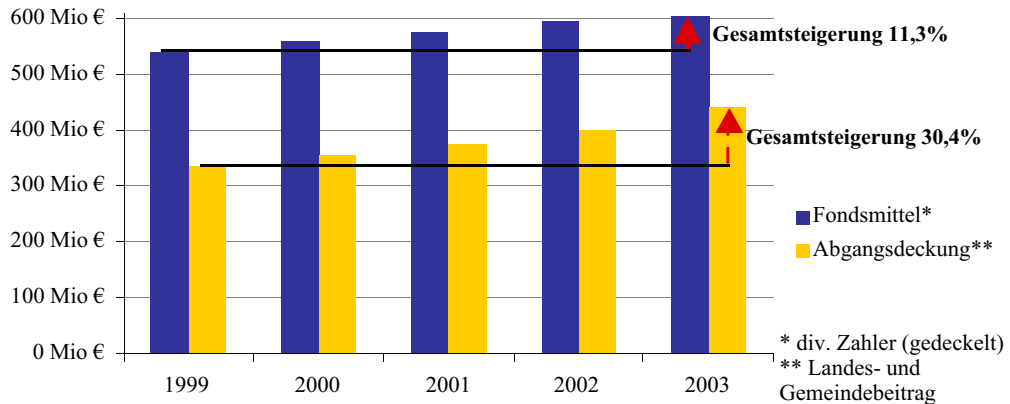


Abbildung 1: Finanzmittelströme¹

Der Oö. KRAF ist aus Beiträgen der Sozialversicherungen, des Landes, des Bundes und der Gemeinden dotiert. Die Beiträge sind an einen Index gebunden. Die Entwicklung der Beitragszahlungen ist damit von den Kostenanstiegen in den Krankenanstalten entkoppelt. Steigen die Kosten stärker an als die Fondsdotierung, ergeben sich daraus höhere Betriebsabgänge. Diese sind im Wege der Abgangsdeckung, finanziert durch das Land (53 %) und die Gemeinden (47 %) bzw. die Krankenanstalenträger abzudecken.

Demzufolge sind die Leistungszahlungen des Oö. KRAF für stationäre und ambulante Leistungen zwischen 1999 und 2003 entsprechend dem Indexanstieg um 11,3 % gestiegen, während die Abgangsdeckung im selben Zeitraum um 30,4% wuchs (siehe Abbildung 2).

Abbildung 2: Kostensteigerungen²

Aufgrund der entkoppelten Finanzierung und Steuerung der Versorgungsbereiche entwickeln die Financiers unterschiedliche Zielsysteme. In Wahrnehmung ihrer Verantwortung orientieren sie sich stärker an den Interessen ihrer Institutionen als an übergeordneten Zielen für das Gesamtsystem.

Diese teilweise gegenläufigen Kräfte zeigen sich insbesondere an den Schnitt- bzw. Nahtstellen in Form besonders strikter Abgrenzung der Finanzierungs- bzw. Leistungszuständigkeiten. Aus Sicht eines Financiers lohnt es sich, Leistungen, für die er nicht gesichert zuständig ist und für die auch ein anderer zuständig sein könnte, zu verlagern. Die komplexen Finanzierungs- und Steuerungsanreize beeinflussen den Weg der Patientinnen und Patienten durch das Versorgungssystem. Die Prinzipien der Effektivität, Effizienz und Qualität sind auf Systemebene nicht durchgängig gewährleistet.

- 3.2. Aus Sicht des LRH gibt es Handlungsbedarf des Landes zur Systemoptimierung im Sinne einer besseren Abstimmung zwischen den einzelnen Versorgungsbereichen. Diese Abstimmung kann durch direkte Verhandlungen mit der Sozialversicherung oder im Rahmen der in der Vereinbarung zwischen Bund und Ländern gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens (15a-Vereinbarung) beschriebenen neuen Strukturen erfolgen.

Langfristig ist die Zusammenführung der Finanzierung für den gesamten Gesundheitsbereich in eine Hand, eventuell auch unter Einbeziehung ausgewählter Sozialleistungen anzustreben.

Fondskrankenanstalten

Akutstationärer Bereich

Strukturen

- 4.1. In Oberösterreich bestehen erhebliche regionale Unterschiede in der stationären Krankenversorgung bezogen auf Strukturangebot, Leistungsdichte, Art und Kosten der Leistungserbringung. Es handelt sich dabei um kein spezifisch oberösterreichisches Problem. Die Unterschiede in der stationär medizinischen Leistungserbringung weisen auf ein Fehlen von anerkannten Best-Practice-Modellen hin, dies wird in der Literatur umfangreich beschrieben.³

Im internationalen Vergleich weist Österreich besonders viele akutstationäre Betten auf (Abbildung 3), wobei die Bettendichte in Oberösterreich noch um 3,5% über dem österreichischen Durchschnitt liegt⁴.

| | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 |
|-------------------------------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| Österreich | 652 | 644 | 635 | 628 | 620 | 607 | 610 |
| Dänemark | 377 | 368 | 358 | 352 | 350 | 340 | |
| Finnland | 299 | 276 | 261 | 250 | 242 | 235 | 230 |
| Deutschland | 674 | 659 | 651 | 644 | 636 | 627 | |
| Ungarn | 690 | 634 | 639 | 632 | 629 | 598 | 595 |
| Italien | 509 | 472 | 449 | 423 | 403 | 398 | |
| Niederlande | 347 | 346 | 342 | 337 | 324 | 307 | |
| Slowakei | 751 | 726 | 710 | 704 | 689 | 674 | 671 |
| Slowenien | 468 | 469 | 464 | 459 | 449 | 424 | 414 |
| Schweden | 282 | 269 | 257 | 254 | 245 | 234 | 228 |
| Mittelwert (ohne Österreich) | 489 | 469 | 459 | 451 | 441 | 426 | 428 |

Abbildung 3: Akutstationäre Betten pro 100.000 Einwohner⁵

Leistungen

Österreich weist bezogen auf die Krankenhaushäufigkeit mit 312 Aufnahmen pro tausend Einwohner im Jahr 2002 den EU-Spitzenwert auf (Abbildung 4). Das bedeutet, dass Österreicherinnen und Österreicher mit einer doppelt so hohen Wahrscheinlichkeit stationär in ein Krankenhaus aufgenommen werden wie Schwedinnen und Schweden.

| | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 |
|-------------------------------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| Osterreich | 251 | 267 | 278 | 288 | 292 | 297 | 312 |
| Dänemark | 182 | 182 | 182 | 186 | 190 | 189 | |
| Finnland | 269 | 267 | 268 | 267 | 267 | 260 | 262 |
| Deutschland | 221 | 219 | 227 | 231 | 235 | 236 | |
| Ungarn | 223 | 224 | 228 | 230 | 236 | 239 | 246 |
| Italien | 176 | 178 | 177 | 168 | 161 | 162 | |
| Niederlande | 99 | 98 | 99 | 97 | 94 | 93 | |
| Slowakei | 196 | 199 | 203 | 194 | 199 | 197 | 190 |
| Slowenien | 155 | 162 | 165 | 166 | 168 | 166 | 164 |
| Schweden | 180 | 167 | 166 | 162 | 159 | 157 | 155 |
| Mittelwert (ohne Österreich) | 189 | 188 | 191 | 189 | 190 | 189 | 203 |

Abbildung 4: Krankenhaushäufigkeit (Aufnahmen pro 1.000 Einwohner internationaler Vergleich)⁶

Die nachfolgenden Beispiele zeigen die starken regionalen Unterschiede in der Krankenhaushäufigkeit. Der Vergleich erfolgt altersgruppen- und leistungsspezifisch auf Basis von Regionen, die auf dem natürlichen Einzugsgebiet der Krankenanstaltenstandorte beruhen. Die Höhe der Säule zeigt die regionale, wohnortbezogene Krankenhaushäufigkeit an, die unterschiedlichen Farbenteile stellen die auf die jeweilige Krankenanstalt bezogenen Marktanteile in der Region dar. Der Benchmark (BM) ist der Mittelwert für Österreich. Datenbasis sind die oberösterreichischen Fonds-Krankenanstalten. Patientinnen und Patienten, für die Leistungen in anderen Bundesländern erbracht wurden, scheinen nicht auf. Daher ist die Säule Braunau jeweils relativ niedrig, weil viele Patientinnen und Patienten aus dieser Region durch Salzburger Krankenanstalten versorgt werden. Im Folgenden (Abbildung 5 bis Abbildung 7) wird diese Varianz an Hand von Beispielen belegt.

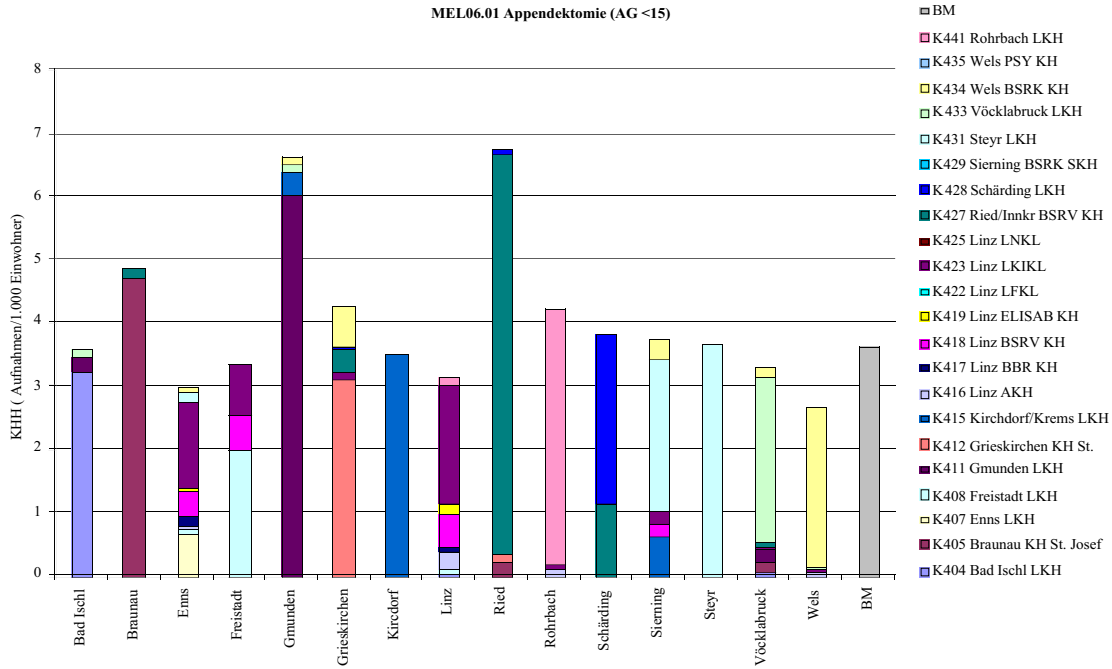


Abbildung 5: Krankenhaushäufigkeit MEL06.01 Appendektomie (Altersgruppe unter 15 Jahren)⁷

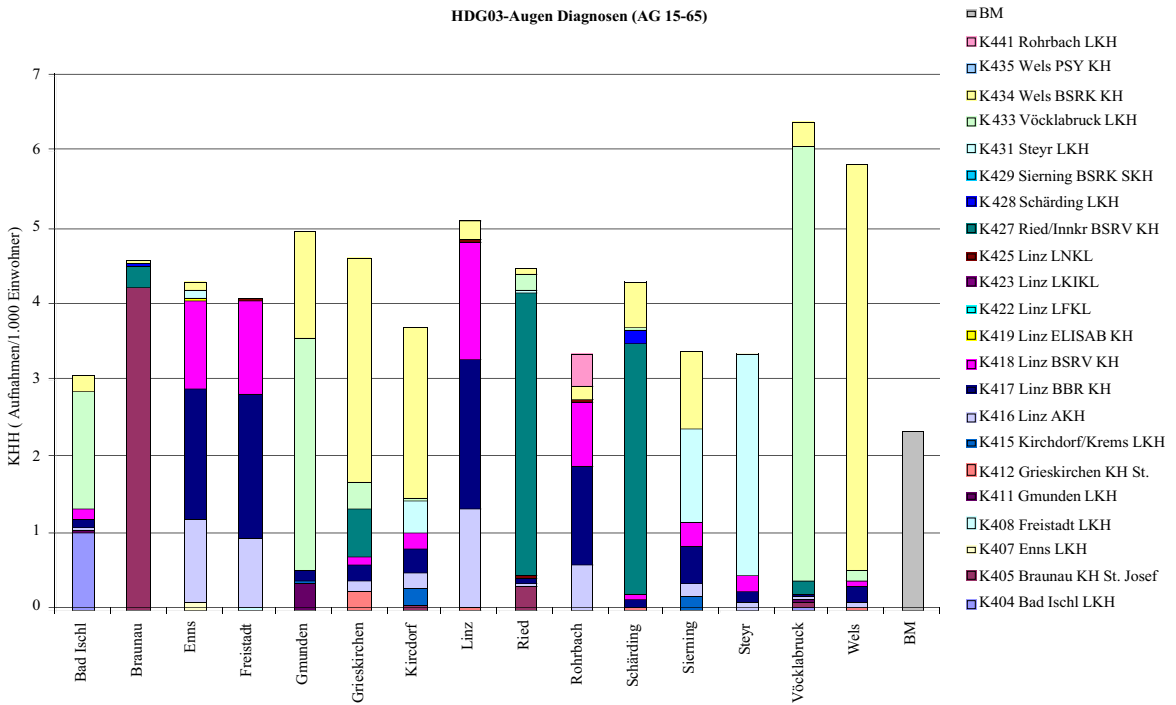


Abbildung 6: Krankenhaushäufigkeit HDG03-Augen Diagnosen (Altersgruppe 15-65 Jahre)⁸

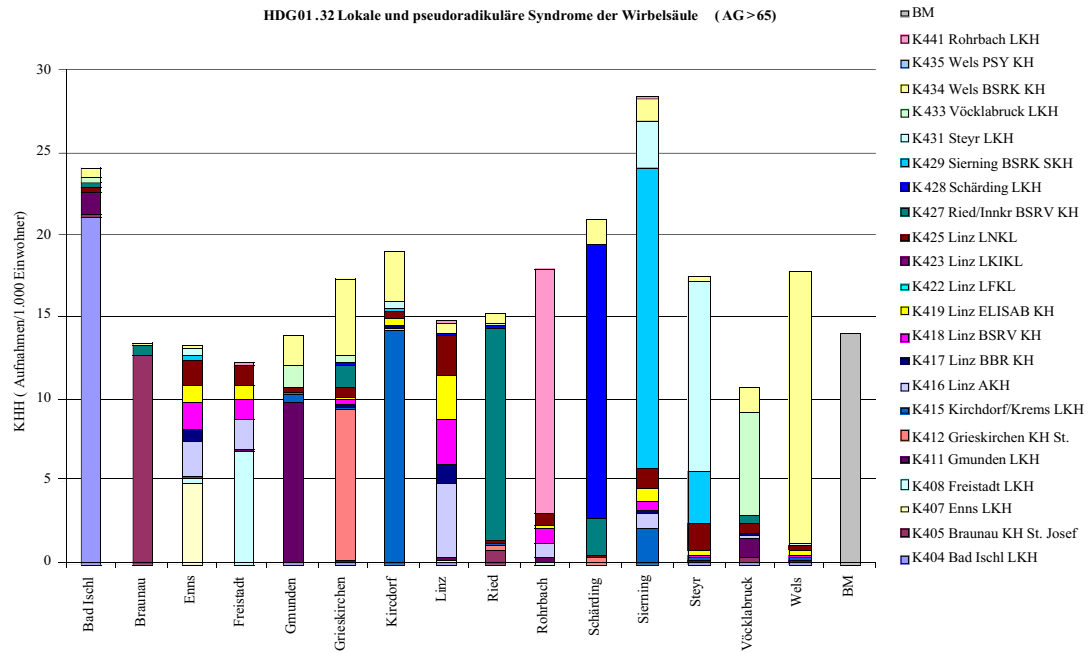


Abbildung 7: Krankenhaushäufigkeit HDG01.32 Lokale und pseudoradikuläre Syndrome der Wirbelsäule (Altersgruppe über 65 Jahre) ⁹

Auch die Verweildauer auf Ebene vergleichbarer Leistungen des Jahres 2003 variiert zwischen den Krankenanstalten deutlich. Abbildung 8 bis Abbildung 10 zeigen an Hand ausgewählter Leistungen diese Unterschiede. Die relative Verweildauer stellt einen validen Vergleich auf Basis homogener Patientengruppen dar. Eine relative Verweildauer von 1,20 bedeutet, dass die Verweildauer um 20% über dem österreichischen Durchschnitt (jeweils 1,00) liegt. Die Differenzen zwischen kürzester und längster relativer Verweildauer weisen auf deutliche Optimierungspotenziale hin.

MEL04.04 Tonsillektomie, Adenotomie, Paracentese

| Krankenanstalt | Patienten | durchschnittl. Verweildauer | relative Verweildauer |
|---------------------------|---------------|-----------------------------|-----------------------|
| K408-Freistadt LKH | 59 Patienten | 1,8 Belagstage | 0,84 |
| K431-Steyr LKH | 507 Patienten | 2,1 Belagstage | 0,85 |
| K433-Vöcklabruck LKH | 587 Patienten | 2,3 Belagstage | 0,93 |
| K441-Rohrbach LKH | 184 Patienten | 1,9 Belagstage | 0,98 |
| K419-Linz ELISAB KH | 281 Patienten | 2,8 Belagstage | 1,04 |
| K415-Kirchdorf/Krems LKH | 155 Patienten | 2,3 Belagstage | 1,07 |
| K416-Linz AKH | 686 Patienten | 2,1 Belagstage | 1,09 |
| K405-Braunau KH St. Josef | 332 Patienten | 2,8 Belagstage | 1,12 |
| K418-Linz BSRV KH | 961 Patienten | 2,4 Belagstage | 1,14 |
| K404-Bad Ischl LKH | 271 Patienten | 2,7 Belagstage | 1,16 |
| K417-Linz BBR KH | 589 Patienten | 2,9 Belagstage | 1,17 |
| K434-Wels BSRK KH | 602 Patienten | 3,0 Belagstage | 1,20 |
| K423-Linz LKIKL | 395 Patienten | 2,5 Belagstage | 1,25 |
| K412-Grieskirchen KH St. | 145 Patienten | 3,0 Belagstage | 1,29 |
| K428-Schärding LKH | 20 Patienten | 3,0 Belagstage | 1,35 |
| K427-Ried/Innkr BSRV KH | 452 Patienten | 3,5 Belagstage | 1,53 |

Abbildung 8: Verweildaueranalyse MEL04.04 Tonsillektomie, Adenotomie, Paracentese¹⁰

MEL05.05 Cholezystektomie

| <i>Krankenanstalt</i> | <i>Patienten</i> | <i>durchschnittl. Verweildauer</i> | <i>relative Verweildauer</i> |
|---------------------------|------------------|------------------------------------|------------------------------|
| K408-Freistadt LKH | 113 Patienten | 6,7 Belagstage | 0,77 |
| K427-Ried/Innkr BSRV KH | 165 Patienten | 7,0 Belagstage | 0,78 |
| K418-Linz BSRV KH | 260 Patienten | 7,9 Belagstage | 0,80 |
| K419-Linz ELISAB KH | 221 Patienten | 7,5 Belagstage | 0,80 |
| K434-Wels BSRK KH | 273 Patienten | 7,2 Belagstage | 0,84 |
| K441-Rohrbach LKH | 95 Patienten | 8,4 Belagstage | 0,90 |
| K431-Steyr LKH | 245 Patienten | 8,4 Belagstage | 0,91 |
| K412-Grieskirchen KH St. | 112 Patienten | 8,6 Belagstage | 0,91 |
| K416-Linz AKH | 297 Patienten | 8,3 Belagstage | 0,94 |
| K423-Linz LKIKL | 6 Patienten | 8,0 Belagstage | 0,96 |
| K417-Linz BBR KH | 133 Patienten | 8,7 Belagstage | 0,98 |
| K404-Bad Ischl LKH | 75 Patienten | 8,2 Belagstage | 0,98 |
| K433-Vöcklabruck LKH | 147 Patienten | 8,9 Belagstage | 1,00 |
| K405-Braunau KH St. Josef | 125 Patienten | 8,5 Belagstage | 1,00 |
| K415-Kirchdorf/Krems LKH | 128 Patienten | 8,6 Belagstage | 1,02 |
| K411-Gmunden LKH | 115 Patienten | 8,8 Belagstage | 1,03 |
| K407-Enns LKH | 66 Patienten | 9,4 Belagstage | 1,06 |
| K428-Schärding LKH | 66 Patienten | 9,8 Belagstage | 1,16 |

Abbildung 9: Verweildaueranalyse MEL05.05 Cholezystektomie¹¹**MEL14.08 Totalendoprothetik des Hüftgelenks**

| <i>Krankenanstalt</i> | <i>Patienten</i> | <i>durchschnittl. Verweildauer</i> | <i>relative Verweildauer</i> |
|---------------------------|------------------|------------------------------------|------------------------------|
| K427-Ried/Innkr BSRV KH | 138 Patienten | 13,6 Belagstage | 0,82 |
| K416-Linz AKH | 340 Patienten | 14,0 Belagstage | 0,84 |
| K411-Gmunden LKH | 206 Patienten | 14,0 Belagstage | 0,85 |
| K408-Freistadt LKH | 89 Patienten | 14,4 Belagstage | 0,86 |
| K415-Kirchdorf/Krems LKH | 168 Patienten | 14,5 Belagstage | 0,87 |
| K441-Rohrbach LKH | 95 Patienten | 14,9 Belagstage | 0,90 |
| K433-Vöcklabruck LKH | 86 Patienten | 15,2 Belagstage | 0,92 |
| K431-Steyr LKH | 316 Patienten | 16,1 Belagstage | 0,97 |
| K434-Wels BSRK KH | 287 Patienten | 16,6 Belagstage | 1,00 |
| K407-Enns LKH | 35 Patienten | 16,8 Belagstage | 1,00 |
| K405-Braunau KH St. Josef | 207 Patienten | 17,1 Belagstage | 1,03 |
| K418-Linz BSRV KH | 304 Patienten | 18,2 Belagstage | 1,09 |
| K428-Schärding LKH | 70 Patienten | 18,5 Belagstage | 1,11 |
| K404-Bad Ischl LKH | 53 Patienten | 19,2 Belagstage | 1,16 |
| K412-Grieskirchen KH St. | 65 Patienten | 23,4 Belagstage | 1,39 |

Abbildung 10: Verweildaueranalyse MEL14.08 Totalendoprothetik des Hüftgelenks¹²

Die Organisationsabläufe in den Krankenanstalten führen bei vielen planbaren chirurgischen Eingriffen dazu, dass Patientinnen und Patienten schon vor dem Operationstag im Krankenhaus aufgenommen werden (präoperative Verweildauer). Im Durchschnitt beträgt die prä-

operative Verweildauer in Oberösterreich 1,17 Tage. Geplante Aufnahmen am Freitag für operative Eingriffe am darauf folgenden Montag, zeigen sich in manchen Bereichen.

Aufnahmetag: Freitag

Fach: Orthopädie

| Krankenanstalt | OP-Tag | | |
|---------------------------------|---------|---------|--------|
| | Freitag | Samstag | Montag |
| <i>K415 Kirchdorf/Krems LKH</i> | 1 | 1 | 68 |
| <i>K416 Linz AKH</i> | 10 | 0 | 144 |

Abbildung 11: OP-Tag bei Freitagsaufnahmen (ausgewählte Abteilungen 2003)¹³

Die Möglichkeit der tagesklinischen Leistungserbringung wird in Oberösterreich nur in einem relativ geringen Ausmaß genutzt (Abbildung 12).

| | <i>internationaler Benchmark</i> | <i>Oberösterreich</i> |
|------------------|----------------------------------|-----------------------|
| Cholezystektomie | 8,5% | 0,04% |
| Varizen | 42,0% | 0,54% |
| Hernienoperation | 33,5% | 0,93% |
| Tonsillektomie | 22,0% | 0,29% |

Abbildung 12: Vergleich der Anteile tagesklinischer Leistungen¹⁴

In Bezug auf die Qualität der stationären Leistungen in Oberösterreich lassen sich derzeit, mit wenigen Ausnahmen, keine leistungsgruppenspezifischen Aussagen treffen, da es in diesem Bereich keine aussagekräftige Ergebnisqualitätsmessung gibt.

Steuerung und Finanzierung

- 5.1. Die Finanzierung und Steuerung der stationären Leistungen erfolgt derzeit über das österreichweit geltende LKF-System. Dabei wird auf Basis eines vorgegebenen Kalkulationsmodells für jeden stationären Aufenthalt ein von den Leistungen und Diagnosen abhängiger Punktwert errechnet. Die Verteilung der Mittel aus dem Oö. KRAF erfolgt auf Basis dieser Punktwerte an die einzelnen Krankenanstalten.

Steuerungseingriffe, wie beispielsweise die Beschränkung von bestimmten onkologischen Operationen auf definierte Schwerpunkte oder die degressive Finanzierung auf Basis von Leistungsmengen nimmt der Oö. KRAF derzeit nicht vor.

Das Angebot beeinflusst die Nachfrage durch die Patientinnen und Patienten. Die Steuerung des Gesamtsystems muss sich daher auf die Angebotsseite konzentrieren und sich dabei auf bedarfsorientierte nutzensteigernde Maßnahmen bzw. Angebote ausrichten.

Bedarfs-, qualitäts- und effizienzorientierte Strukturpassung im akutstationären Bereich

- 6.1. Planungsansätze, die sich einseitig auf Kosten beziehen, gefährden durch den möglichen Abbau von notwendigen und sinnvollen Leistungen die Versorgungssicherheit und die Bedarfsgerechtigkeit. Umgekehrt setzen einseitig leistungsorientierte Planungsansätze Anreize zur Leistungsausweitung.
- 6.2. Aus Sicht des LRH sollte eine sinnvolle Leistungsplanung den Ressourceneinsatz für versorgungsrelevante Leistungen sichern, für die Krankenanstalten klare Zielvorgaben in Bezug auf ihre Versorgungsfunktionen entwickeln und Steuerungsmöglichkeiten auf der Ebene der Patientinnen- bzw. Patientenströme schaffen. Um diese nutzenmaximierenden Ergebnisse zu gewährleisten, sind von der Leistungsplanung folgende Parameter zu erfüllen:
- **Redimensionierung der Krankenanstaltenstrukturen**
Ausgehend vom Problem der angebotsinduzierten Nachfrage („every built bed is a filled bed“) ist es entscheidend, die Strukturen bedarfsgerecht vorzuhalten. Es kommt nämlich durch die Angebotsinduktion zur Ausschöpfung bestehender Überkapazitäten. Diese Nutzung dieser Kapazitäten führt jedenfalls zu Kosten, während der Nutzen dieser Leistungen fraglich ist.
 - **Bedarfsorientierte Steuerung**
Auch wenn die Behandlungsentscheidung im Einzelfall zwischen Patientin bzw. Patient und Ärztin bzw. Arzt erfolgt, soll die Leistungsplanung Ansätze entwickeln, die Mittel dort einzusetzen wo der höchste Behandlungsnutzen zu erwarten ist.
 - **Schaffung von Qualitätsvoraussetzungen**
Die Strukturen (v.a. diagnostische und apparative Ausstattung bzw. spezifische Personalqualifikationen) sollen den am Standort angebotenen Leistungen entsprechen. Lösungsansätze zur Einhaltung von Strukturqualitätskriterien und Ärztarbeitszeitgesetz sind im Sinne einer effizienzorientierten Abstimmung von Leistungsangebot und Strukturen zu entwickeln (z.B. Einbindung von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten in den Nachtdienst, gesetzliche Möglichkeit einer flexibleren Besetzung von Nachtdiensten in parallelen Abteilungen).
 - **Schaffung von Effizienzvoraussetzungen**
Es sind Strukturen einzurichten, die optimale Betriebsgrößen sicherstellen. Dies gilt sowohl auf der Ebene der Krankenanstalten als auch auf der Ebene von Abteilungen bzw. Funktionseinheiten (z.B. CT, Herzkatheterlabor, Schlaflabor).
- 7.1. Für die Kostenentwicklung im Krankenanstaltenbereich und deren Beeinflussbarkeit durch Strukturmaßnahmen sind der hohe Anteil an Fixkosten durch das Vorhalten leistungsunabhängiger Mindeststrukturen (z.B. Nachtdienst von Ärztinnen bzw. Ärzten) und Investitionskosten sowie das Phänomen der sprungfixen Kosten (z.B. Notwendigkeit eines zusätzlichen Dienstes bzw. einer zusätzlichen Infrastruktur) entscheidend. Dies führt zu einer starken Abhängigkeit der Kosteneffizienz von der Leistungsmenge. Um optimale Effizienzvoraussetzungen für die eingesetzten Leistungsstrukturen zu schaffen, sind optimale Betriebsgrößen sicherzustellen.

Im Kalkulationsmodell (Abbildung 13) werden die Gesamtkosten durch die rote Linie markiert. Die „Kostensprünge“ stellen sprungfixe Kosten (z.B. die Notwendigkeit eines zusätzlichen Dienstes) dar. Die blaue Linie repräsentiert die durchschnittlichen Leistungskosten. Die Bereiche relativer Effizienz liegen auf der Ebene der jeweils niedrigsten Kosten pro Leistung. Im vorliegenden Modell ergeben sich bei 520 Leistungen Kosten von 41 Euro pro Leistung (gelber Punkt), bei einer Mengenanpassung (grüne Punkte) nach unten oder nach oben könnten die Kosten auf 31 Euro pro Leistung gesenkt werden. Das heißt, eine opti-

male Betriebsgröße ist entscheidende Voraussetzung für eine kostengünstige Leistungserstellung.

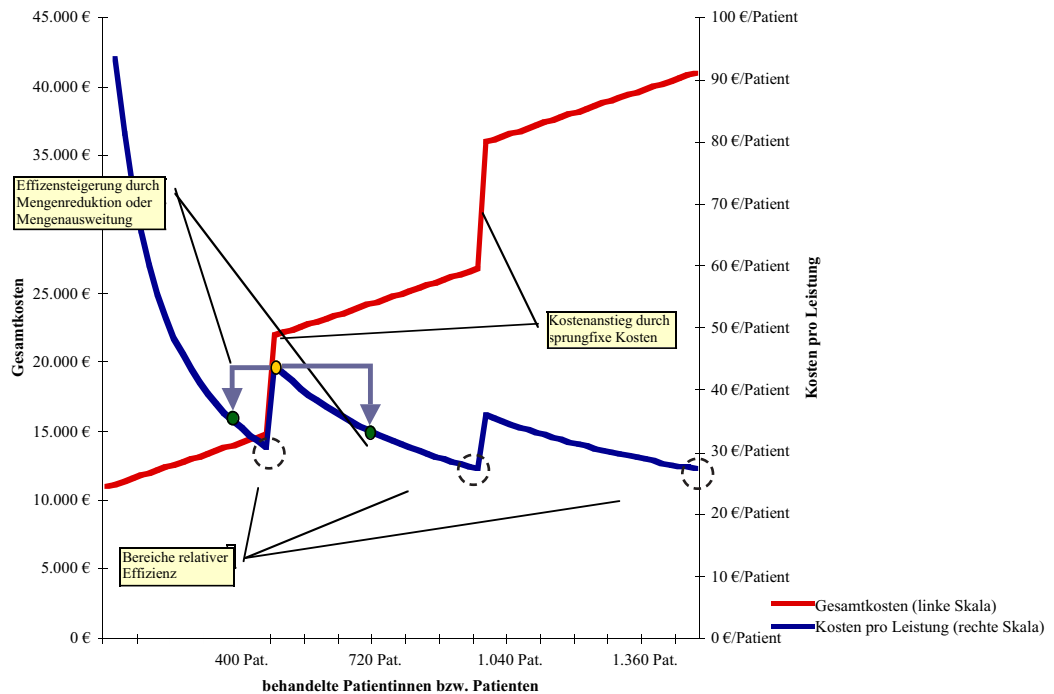


Abbildung 13: Modell Kostenentwicklung mit sprungfixen Kosten und kostenoptimale Betriebsgrößen

Die Kostenauswirkungen sind bei geringfügigen Strukturveränderungen sehr gering. Die Kosten verändern sich beim Abbau einzelner Betten an unterschiedlichen Standorten und Stationen kaum. Nur bei Anpassungen in größerem Ausmaß (Schließung von einzelnen Stationen, Zusammenführung von Abteilungen) ergeben sich Kostenveränderungen, die teilweise überproportional zu den Strukturveränderungen sind (Abbildung 14).

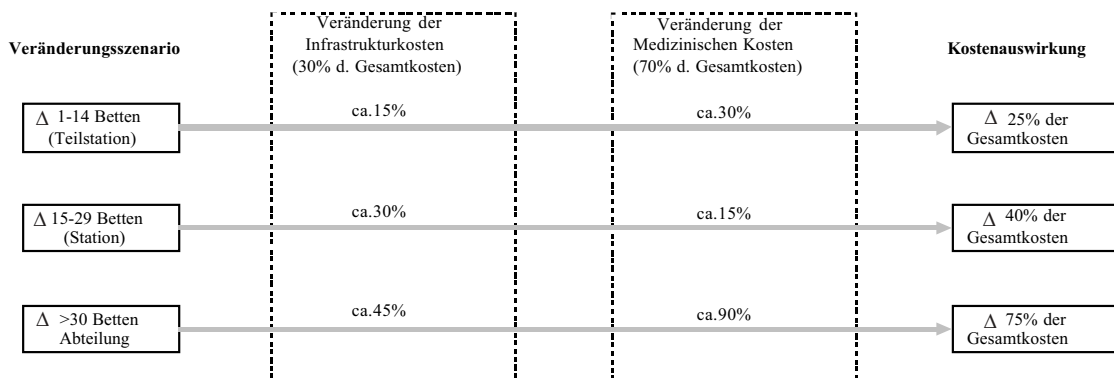


Abbildung 14: Kalkulationsmodell der Kosteneffekte aus Strukturveränderungen¹⁵

Wie in Abbildung 15 dargestellt, können die Kosteneffekte bei gleichem Strukturveränderungsvolumen sehr stark variieren. Ausgangspunkt sind zwei (benachbarte) Standorte chirurgischer Versorgung mit 32 bzw. 60 Betten. In der Leistungsplanungsvariante A wird eine Reduktion um 5 bzw. 10 Betten vorgenommen. In der Region ergibt sich damit eine Strukturreduktion um 16% (15 Betten). In Summe ergibt sich eine Kostenveränderung im Ausmaß von ca. 508.000 Euro pro Jahr, dies sind 4% der Gesamtkosten der beiden Chirurgien.

In der Leistungsplanungsvariante B (Strukturreduktion ebenfalls 15 Betten) wird die Versorgung an einem Standort zusammengefasst. In Summe ergibt sich eine Kostenveränderung im Ausmaß von ca. 2.845.000 Euro pro Jahr, dies sind 23% der Gesamtkosten. Der Kostenvorteil der substantiellen Strukturänderung (Variante B) gegenüber der reinen Bettenreduktion (Variante A) beträgt damit 2.337.000 Euro, das sind 19% der Gesamtkosten, obwohl der kostengünstigere Standort A aufgegeben wurde.

| KH | Betten (IST) | Kosten (IST) | Kosten / Bett |
|------------------|------------------|---------------------|------------------|
| KH A (Chirurgie) | 32 Betten | 4.200.000 € | 131.250 € |
| KH B (Chirurgie) | 60 Betten | 8.250.000 € | 137.500 € |
| Gesamt | 92 Betten | 12.450.000 € | 135.326 € |

| Leistungsplanungsvariante A (Bettenreduktion) | | | | Kosten- | Kosten- |
|---|------------------|-------------------|------------|-------------|-----------------------|
| KH | Betten (SOLL) | Δ Betten | % | anpassungs- | veränderung |
| | | | | faktor | |
| KH A (Chirurgie) | 27 Betten | -5 Betten | -16% | 25% | -164.000 € -4% |
| KH B (Chirurgie) | 50 Betten | -10 Betten | -17% | 25% | -344.000 € -4% |
| Gesamt (Bettenred.) | 77 Betten | -15 Betten | 16% | | -508.000 € -4% |

| Leistungsplanungsvariante B (Strukturanpassung) | | | | Kosten- | Kosten- |
|---|------------------|-------------------|-------------|-------------|--------------------------|
| KH | Betten (SOLL) | Δ Betten | % | anpassungs- | veränderung |
| | | | | faktor | |
| KH A (Chirurgie) | 0 Betten | -32 Betten | -100% | 90% | -3.780.000 € -90% |
| KH B (Chirurgie) | 77 Betten | 17 Betten | 28% | 40% | 935.000 € 11% |
| Gesamt (Bettenred.) | 77 Betten | -15 Betten | -16% | | -2.845.000 € -23% |

| | | |
|--|--------------------|-----------------------------------|
| Kostenvorteil Strukturanpassung gegenüber Bettenreduktion | 2.337.000 € | 19% der Gesamtkosten (Ist) |
|--|--------------------|-----------------------------------|

Abbildung 15: Modellkalkulation der Anpassung akutstationärer Strukturen

- 7.2. Nach Ansicht des LRH ist es eine vordringliche Aufgabe des Landes im Rahmen von Strukturplanungen Effizienzsteigerungspotenziale auszunutzen. Dazu bedarf es tiefgreifender Strukturveränderungen, z.B. die Zusammenführung von Abteilungen, Veränderung des Leistungsangebotes im Sinne einer Konzentration auf tagesklinische und elektive Leistungen und Entlastung der akutstationären Strukturen durch medizinische Pflege- bzw. Nachsorgebetten.

Steuerung des Leistungsangebotes durch den Oö. KRAF

- 8.1. Derzeit erfüllt der Oö. KRAF vor allem die Funktion der Mittelverteilung.
- 8.2. Nach Auffassung des LRH sollte der Oö. KRAF in seiner Steuerungsfunktion gestärkt werden. Nur über den Oö. KRAF ist eine trägerunabhängige Gesamtsteuerung der Versorgungsleistung möglich, die sich auf alle Fondskrankenanstalten bezieht. Dabei kann auf bedarfsorientierte Steuerungsansätze, wie sie derzeit im Entwurf der Bundesplanung (ÖSG 2005) dargestellt sind und in einigen Bundesländern (z.B. Kärnten, Niederösterreich, Vorarlberg) entwickelt werden, zurückgegriffen werden.

Um die tagesklinischen Leistungen auf ein international vergleichbares Niveau zu heben, sollte der Oö. KRAF finanzielle Anreize setzen. Mit den privaten Krankenversicherungs-

trägern ist über eine optimierte Finanzierung der Tagesklinik zu verhandeln. Gleichzeitig soll auch auf die Verhandlungen zwischen der Ärztekammer und den privaten Krankenversicherungsträgern bezüglich der Ärztehonoreare entsprechend eingewirkt werden. Mittelfristig wäre anzustreben, dass der Oö. KRAF auch im Bereich der Ärztehonoreare mitverhandeln kann.

Zudem müssen die Krankenanstalten ihre Prozesse auf eine tagesklinische Leistungserbringung ausrichten. Damit sollte auch erreicht werden, dass bei planbaren Eingriffen und einfacher Anästhesie eine Aufnahme erst am Tag der Operation erfolgt.

Seit 2004 stellt der Oö. KRAF trägerübergreifend die Leistungsdaten der oö. Fondskrankenanstalten zu Benchmarking-Zwecken zur Verfügung. Dies ist aus Sicht des LRH ein positiver Ansatz.

- 8.3. *Die Abteilung Sanitäts- und Veterinärrecht stellte dazu fest, dass gemäß Artikel 22 Abs. 5 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens die Bepunktungsregeln für den tagesklinischen Bereich für das LKF-Modell 2006 weiterzuentwickeln sind.*

An Lösungsvorschlägen zur Attraktivierung der tagesklinischen Bepunktungsregeln wird zur Zeit bereits gearbeitet. Eine Entscheidung darüber wird gemeinsam mit allen Ländern in der Bundesgesundheitsagentur voraussichtlich im Frühjahr 2005 getroffen werden.

Die Abgeltung tagesklinischer Leistungen betrifft den Kernbereich des LKF-Modells, der bundesweit einheitlich zu gestalten und verbindlich umzusetzen ist. Das Setzen zusätzlicher finanzieller Anreize durch den Oö. KRAF im Sinne einer Steuerungsfunktion durch den Oö. KRAF ist deshalb nicht möglich.

Ein weiterer Grund für die unbefriedigende Inanspruchnahme tagesklinischer Leistungen ist die Tatsache, dass diese bei Sonderklassepatienten nicht abgerechnet werden können.

Bezüglich der Anstaltsgebühren wurden seitens des Oö. KRAF gemeinsam mit den Rechtsträgern der Oö. Fondskrankenanstalten Gespräche mit dem Verband der Versicherungsunternehmen Österreichs aufgenommen, um eine Lösung für die Abrechnung von Sonderklassepatienten in Tageskliniken zu finden. Die Ärztehonoreare für Leistungen von Patienten der Sonderklasse gem. § 54 Oö. KAG 1997 werden zwischen Ärztekammer und Sonderklasseversicherungen direkt verhandelt.

- 8.4. Nach Ansicht des LRH bestünde auch bei gegebener Rechtslage durchaus die Möglichkeit tagesklinische Leistungen durch Einrichtung eines eigenen Topfes (Steuerungsbereich) besonders zu fördern.

Messung der Ergebnisqualität

- 9.1. Qualitätsmessung findet derzeit u.a. durch das Quality Indicator Project, durch eine Kooperation mit der TILAK im Bereich der onkologischen Eingriffe in der Gynäkologie und in der Neonatologie durch die Teilnahme an der Oxford-Vermont-Studie statt.
- 9.2. Aus Sicht des LRH sollte eine Weiterentwicklung der bestehenden Qualitätsmessung im Hinblick auf eine bessere Verwertbarkeit und Transparenz der Ergebnisse erfolgen. Sinnvoll scheint der Ansatz, den der Verein Outcome für einige Kantone in der Schweiz verfolgt. Grundlagen für leistungsgruppenspezifische Ergebnismessungen wurden im „Modellprojekt Messung Ergebnisqualität“ des BMSG gemeinsam mit den österreichischen medizinischen Fachgesellschaften entwickelt.

Ambulanzbereich

- 10.1. Die Erfassung von Ambulanzdaten ist nicht Basis für die Finanzierung der Ambulanzen. Die Daten unterliegen keiner Plausibilisierung und Datenqualitätskontrolle. Der Ambulanzleistungskatalog wurde in den letzten Jahren nicht weiterentwickelt, sodass neue Leistungen potenziell nicht entsprechend abgebildet sind. Die vorliegenden quantitativen Daten zu den Ambulanzleistungen sind damit relativ unzuverlässig und lassen keine sinnvolle Detailanalyse zu.
- Die Gesamtzahlen der Ambulanzleistungen spiegeln den Gesamttrend wider (Abbildung 16). Es sind deutliche Steigerungsraten zu verzeichnen, Ausnahme ist das Jahr 2001 (Einführung der Ambulanzgebühr).

| Ambulanzleistungen Steigerungsrate | | |
|---|-------------|------|
| 1999 | 86,0 Mio.€ | |
| 2000 | 90,3 Mio.€ | 5,0% |
| 2001 | 90,8 Mio.€ | 0,6% |
| 2002 | 94,0 Mio.€ | 3,5% |
| 2003 | 100,4 Mio.€ | 6,8% |

Abbildung 16: Entwicklung der Ambulanzleistungen¹⁶

Beim Anstieg der Leistungszahlen ist davon auszugehen, dass es sich zumindest zum Teil um echte Zusatzleistungen handelt. Dieser Anstieg ist weder durch eine Leistungsverlagerung aus dem niedergelassenen Bereich noch durch eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung zu erklären. Diese Entwicklung ist paradox. Sie ist nicht durch Leistungsanreize bedingt, da die pauschalierte Finanzierung der Ambulanzen keine Leistungsanreize setzt. Auch ist kein Zusammenhang mit dem niedergelassenen Versorgungsangebot zu erkennen, da die Ambulanzleistungen auch in Regionen mit dichter Versorgung (etwa dem Raum Linz) ansteigen.

- 10.2. Da derzeit keine ausreichenden Entscheidungsgrundlagen für Steuerungsmaßnahmen im Ambulanzbereich vorliegen, regte der LRH an, die Ursachen für die hohen Leistungssteigerungsraten zu klären. Zusätzlich soll eine Zuordnung von Leistungen zu Versorgungsstufen nach Effizienz- und Qualitätskriterien erfolgen. Auf Basis dieser Wissensgrundlage sind spezifische Steuerungsansätze zu entwickeln, wobei eine enge Kooperation mit der OÖGKK unumgänglich ist.
- 10.3. *Die Geschäftsstelle des Oö. KRAF befürwortet Maßnahmen, die zu besseren Entscheidungsgrundlagen für Steuerungsmaßnahmen im Ambulanzbereich führen.*

Aufgrund der nicht durchgängig validen Leistungs- und Fallzahlen im ambulanten Bereich analysierte bereits im Jahr 2000 eine Arbeitsgruppe mit Vertretern aller Oö. Fondskrankenanstalten die Ambulanzdokumentation und kam zum Ergebnis, dass manche Leistungssteigerungen systembedingt erklärbar sind, da die Leistungsdokumentation trägerspezifisch an die Honorarvereinbarungen der Ärzte gekoppelt ist. Zusätzlich entstanden Leistungssteigerungen im Ausmaß von etwa 10 % seit 1994 (Basis des Ambulanzleistungskatalogs) aufgrund neuer hinzugekommener medizinischer Leistungen.

Die Vorarbeiten für eine valide und steuerungsfähige Ambulanzdokumentation wurden mit einem zwischen Bund, Ländern und Sozialversicherungsträgern bundesweit einheitlichem Ambulanzdatensatz im Dezember 2004 geschaffen. Darin ist - entsprechend der neuen Vereinbarung gem. Art. 15a B-VG - die elektronische Dokumentation von Ambulanzfällen mit Diagnosen- und Leistungsdaten geregelt.

Diese Dokumentation bildet die Basis für eine einheitliche Ambulanzabteilung, wobei bis 1. Jänner 2007 ein bundeseinheitliches Modell zur leistungsorientierten Abteilung im ambulanten Bereich entwickelt wird.

Eine vergangenheitsbezogene Evaluierung der Leistungsdaten im Ambulanzbereich erscheint aufgrund der invaliden Datenlage derzeit nicht zielführend. Sobald ein bundesweiter Ambulanzleistungskatalog, der auch für den niedergelassenen Bereich herangezogen werden soll, vorliegt, erfolgt darauf aufbauend die Dokumentation der Ambulanzleistungen. Erst dann können die Anregungen des Oö. LRH zur Evaluierung der Leistungssteigerungen effizient umgesetzt werden. Die Analyse dieser Dokumentation kann in der Folge als Entscheidungsgrundlage für Steuerungsmaßnahmen im intra- und extramuralen Nahtstellenbereich gemeinsam mit der Sozialversicherung wahrgenommen werden.

- 10.4. Nach Dafürhalten des LRH, sollte die Verteilung von nicht unerheblichen Finanzmitteln, unabhängig von der jeweiligen Dokumentationslage mit einem Steuerungsanspruch verbunden sein. Ein solcher war jedoch in der Vergangenheit nicht erkennbar.

Schnittstellen/Nahtstellen

- 11.1. Der schnitt- bzw. nahtstellenübergreifende Versorgungsprozess lässt sich in den Teilprozessen Zuweisung, Aufnahme, Entlassungsvorbereitung, Entlassung und Übergangsversorgung / poststationäre Betreuung darstellen. Diese Prozesse sind Schnitt- bzw. Nahtstellenprozesse, an denen Patientinnen bzw. Patienten von einem Versorgungssystem in ein anderes wechseln. Dieser Übergang bedeutet auch einen Wechsel der Finanzierungs- und Steuerungsverantwortung. Der niedergelassene Bereich ist der Sozialversicherung zugeordnet, der stationäre Bereich dem Oö. KRAF bzw. der Aufgabengruppe Sanitätsrecht des Landes und der Pflegebereich der Aufgabengruppe Soziales. Durch diese Fragmentierung der Finanzierung und der damit einhergehenden Steuerung wird eine Gesamtoptimierung der Betreuungsprozesse erschwert. Die (negativen) Auswirkungen dieser Situation sind im Folgenden kurz umrissen.

Die im internationalen Vergleich hohe Krankenhaushäufigkeit ist ein Hinweis darauf, dass vermeidbare Spitalsaufenthalte ein für das System relevantes Problem darstellen. Patientinnen und Patienten suchen mit steigender Tendenz Krankenhausambulanzen auf, wo vielfach Turnusärztinnen bzw. -ärzte (als erste Ansprechstelle) tendenziell eher die Entscheidung zur Spitalsaufnahme treffen. Zusätzlich werden primär nicht medizinisch aufnahmepflichtige Patientinnen und Patienten aus einer pflegerischen oder sozialmedizinischen Indikation heraus in das Krankenhaus zugewiesen.

Derzeit besteht in allen Krankenanstalten zum Teil eine hohe präoperative Verweildauer. Nur ein sehr geringer Teil der Patientinnen und Patienten mit planbaren Eingriffen (elektive Aufnahmen) wird am Aufnahmetag operiert, da präoperative diagnostische Maßnahmen erst nach der Spitalsaufnahme durchgeführt werden.

Vermeidbare Wiederaufnahmen entstehen, wenn aus dem Krankenhaus entlassene Patientinnen bzw. Patienten aufgrund von Versorgungsdefiziten im extramuralen Bereich ungeplant in der Akutkrankenanstalt wiederaufgenommen werden müssen (Drehtüreffekt). „Langlieger“ sind zum Teil Patientinnen und Patienten, deren akutmedizinische Behandlung abgeschlossen ist, die aber nicht entlassen werden können, da das benötigte Pflegeangebot außerhalb der akutstationären Versorgung (noch) nicht gewährleistet ist.

- 11.2. Spezifisch zu entwickelnde Leistungsangebote sollen nach Meinung des LRH darauf abzielen, die oben beschriebenen Defizite aufzuheben. Entsprechende Vorschläge stellt Abbildung 17 dar.

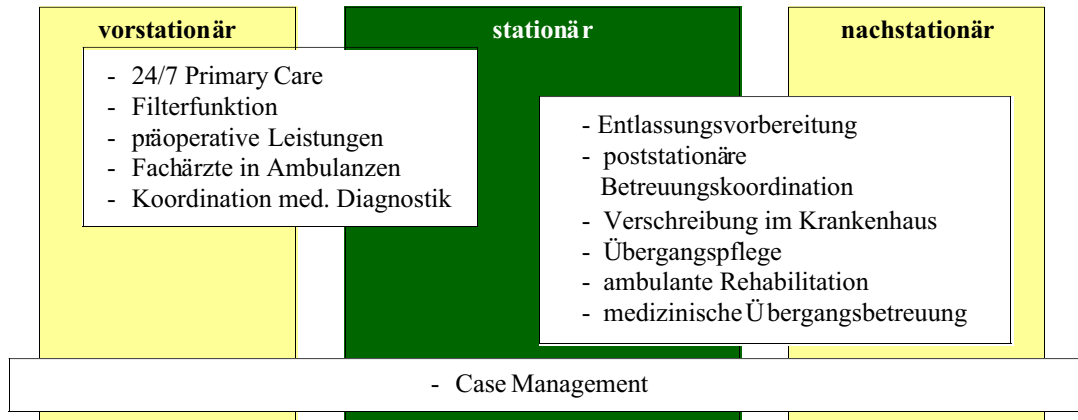


Abbildung 17: Versorgungsaufgaben an den Schnittstellen/Nahtstellen

Die medizinische Basisversorgung rund um die Uhr (24/7 Primary Care) meint eine wohnortnahe, niederschwellig zugängliche und zeitlich durchgängig verfügbare Versorgung im allgemeinmedizinischen Bereich („praktische Ärztinnen und Ärzte“)¹⁷. Voraussetzung dafür ist, dass dieses Versorgungsangebot patientinnen- bzw. patientenorientiert gestaltet und von der Bevölkerung akzeptiert bzw. in Anspruch genommen wird. An den Krankenanstalten könnten 24/7 Primary Care-Versorgungsangebote mit Filterfunktion geschaffen werden. Dort sollen Allgemeinmedizinerinnen bzw. -mediziner Patientinnen und Patienten, die innerhalb ihrer Versorgungskompetenz liegen, selbst behandeln und nur jene an die Fachambulanz bzw. Station weiterleiten, die dieser Versorgung bedürfen. Eine solche Filtereinrichtung wäre auch für die Patientinnen und Patienten attraktiv, da sie an einem definierten Ort rund um die Uhr qualifiziert betreut werden. Gleichzeitig würden die nachgelagerten Ambulanzen entlastet und vermeidbare Krankenhausaufenthalte reduziert werden.

Die Ansiedlung von Fachärztinnen und -ärzten in Krankenhausambulanzen und die effiziente Koordination medizintechnischer Leistungen (Radiologie und Labor) könnte zu einer Versorgungsoptimierung bei gleichzeitigen Kosteneinsparungen führen.¹⁸ Ein Beispiel für ein solches Modell sind „Community Health Center“ in Finnland. Diese Gesundheitszentren integrieren ambulante Versorgung und stationäre Basisversorgung und ermöglichen ein lückenloses Versorgungsmanagement bis hin zur Überweisung in spezialisierte Einrichtungen. Primäre Aufgabe in diesem Zusammenhang ist es, sinnvolle Kooperationsformen zu entwickeln, in denen die Krankenanstalten auch für die dem niedergelassenen Bereich zuzuordnenden Patientinnen und Patienten als Versorger auftreten können und diese Versorgungsleistungen auch durch die Sozialversicherungen honoriert werden.¹⁹

Ein definiertes präoperatives Leistungsangebot kann sicherstellen, dass möglichst viele Patientinnen und Patienten am Tag der stationären Aufnahme operiert werden. Voraussetzung dafür ist die Kenntnis und die Akzeptanz der vorliegenden Befunde durch die aufnehmende Spitalsabteilung.²⁰ Das Leistungspaket müsste die anästhesiologische Vorbereitung, die internistische Freigabe und die eingriffsspezifischen Untersuchungen bzw. Vorbereitungen umfassen. Mit diesem Leistungsangebot wäre auch eine wesentliche Voraussetzung für die Tageschirurgie geschaffen.

Durch die Entlassungsvorbereitung sollen alle Informationen, die für die Versorgung im nachstationären Bereich relevant sind, zusammengefasst werden und die erforderlichen poststationären Leistungen vorab geplant und organisiert werden²¹. Dadurch können die medizinischen und pflegerischen Aufgabenstellungen frühzeitig erfasst und Vorbereitungen getroffen werden, die Patientinnen bzw. Patienten ab dem Zeitpunkt ihrer Entlassung nahtlos zu versorgen.

Schnitt- bzw. nahtstellenübergreifendes Case Management²² betreut Patientinnen und Patienten in ihrer gesamten „Versorgungskarriere“. Diese Koordinationsfunktion ist insbesondere für chronisch kranke Patientinnen und Patienten mit hoher Pflegebedürftigkeit sinnvoll.

Die Medikamentenverschreibung im Krankenhaus sollte idealer Weise in Abstimmung mit der Kostensituation im niedergelassenen Bereich erfolgen. Dies könnte die Gesamtbehandlungskosten senken und würde für die Patientinnen bzw. Patienten Veränderungen in der Medikation einschränken. Derzeit stehen unterschiedliche Medikamentenpreise für Krankenanstalten und Sozialversicherung dem entgegen.

Diese dargestellten innovativen Versorgungsmodelle können aus dem in der 15a-Vereinbarung vorgesehenen „Reformpool“ finanziert werden.

Vorbedingungen der Implementierung sind die genaue Spezifizierung der Inhalte und der Qualität der finanzierten Leistungen, die Definition der eingekauften Leistungsmenge, die Definition spezifischer Qualitätskriterien für die Leistungen und eine entsprechende Anbieterauswahl, die angemessene Honorierung und klare Regelungen und Vereinbarungen zur Leistungsanforderung und Steuerung.

Zusätzlich ist bei der Umsetzung auf die ausgeglichene Mittelaufbringung zwischen den Bereichen, auf die sachgerechte Mittelverteilung und die Kontrolle der Gesamtkosten (insbesondere beim Transfer von Leistungen) zu achten. Dabei hat prinzipiell zu gelten, dass die jeweils auftretenden Leistungsverlagerungen auch mit entsprechenden Verschiebungen der Finanzflüsse einhergehen.

- 11.3. *Die Abteilung Sanitäts- und Veterinärrecht wies darauf hin, dass dem Nahtstellenmanagement und damit der Verbesserung der Kooperation der verschiedenen Sektoren des Gesundheitswesens in der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens große Bedeutung beigemessen wird.*

So ist zum Beispiel im Artikel 16 der zitierten Vereinbarung in Abs. 1 Z. 6 das Nahtstellenmanagement zwischen den verschiedenen Sektoren des Gesundheitswesens dezidiert als eine Aufgabe der einzurichtenden Gesundheitsplattformen angeführt.

Zur Finanzierung von Projekten, die der Verbesserung der Zusammenarbeit der einzelnen Sektoren dienen, ist im Artikel 26 die verbindliche Dotierung eines „Reformpools“ vorgesehen.

Zur Praxis der Medikamentenverschreibung wird ebenfalls auf eine Bestimmung in der zitierten 15a Vereinbarung verwiesen. Der Abs. 12 im Artikel 20 lautet: „Die Vertragsparteien verpflichten sich dafür zu sorgen, dass die Krankenanstalten bei der Entlassung Medikationsempfehlungen unter Berücksichtigung des Erstattungskodex erstellen und erforderlichenfalls eine Bewilligung des chef- und kontrollärztlichen Dienstes der Krankenversicherungsträger einholen.“

Integration der Versorgung durch innovative Modelle

- 12.1. Die mangelnde Integration der Versorgung scheint für Oberösterreich ein zentrales Problem zu sein, insbesondere der Bruch an der Grenze zwischen niedergelassener und stationärer Versorgung. Auf Basis bestehender Modelle im Ausland gibt es Hinweise, dass innovative Versorgungsmodelle in diesem Bereich zu einer Qualitäts- und Effizienzsteigerung im System führen könnten. Solche Modelle sind beispielsweise das Hausarztmodell sowie Disease Management Programme.

Die Versicherten wählen im **Hausarztmodell** eine Ärztin bzw. einen Arzt als „ihre“ Hausärztin bzw. „ihren“ Hausarzt und verpflichten sich im Bedarfsfall diese bzw. diesen aufzusuchen. Die Hausärztinnen und Hausärzte übernehmen die Steuerung für die Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen. Die zentralen Aufgaben sind die primäre Abklärung und Behandlung, das Case-Management (Koordination aller beteiligten Personen und Organisationen in einer Behandlungsperiode) und die Zugangssteuerung zu fachärztlicher Betreuung und zum Krankenhaus. In der Schweiz sind Hausarztmodelle seit 10 Jahren etabliert, derzeit befinden sich dort etwa 10% der Versicherten in Hausarztmodellen²³, in Dänemark und Finnland kommen solche Systeme flächendeckend zur Anwendung.

Disease Management Programme koordinieren Behandlung und Betreuung meist chronischer Gesundheitsstörungen über professionelle, organisatorische und sektorspezifische Grenzen hinweg. Sie beziehen sich in der Behandlung von z.B. Diabetes, Asthma oder Herz-Kreislaufkrankungen nicht nur auf einzelne Krankheitsepisoden bzw. Interventionen, sondern richten sich auf ganze Lebensphasen und umfassen auch Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation.

In der Literatur finden sich umfassende Hinweise, dass die Versorgung bei chronischen Krankheiten sehr unterschiedlich erfolgt und damit keine durchgängige Versorgungsqualität gegeben ist.²⁴ Disease Management Programme können die Versorgungsqualität verbessern und die Kostenentwicklung langfristig positiv beeinflussen.²⁵

Im englischsprachigen und skandinavischen Raum sind solche Modelle für häufige Erkrankungen etabliert, in Deutschland ist man dabei sie einzuführen.

Abbildung 18 zeigt die zu erwartenden Effekte solcher Versorgungsmodelle. Es zeigt sich, dass Investitionen in die Leistungsoptimierung im niedergelassenen Bereich eine Kostenersparnis im Bereich der Krankenanstalten erwarten lassen. Im bestehenden Finanzierungssystem würde das Investitionen im Sozialversicherungsbereich bedeuten, während die Effizienzgewinne primär dem Land zu Gute kämen.

| <i>Kostenträger</i> | | Hausarztmodell | Disease Management Programme |
|---|---------------------------------------|----------------|------------------------------|
| Allgemeinmedizinerinnen Allgemeinmediziner | <i>Sozialversicherungen</i> | ↑ | ↑ |
| Fachärztinnen Fachärzte | <i>Sozialversicherungen</i> | ↓ | ↓ |
| Medikamente | <i>Sozialversicherungen</i> | — | ↓ |
| Krankenanstalten | <i>Oö.KRAF Land Gemeinden</i> | ↓ | ↓ |

Legende: Abschätzung der Kosteneffekte

- ↑ primäre Kostensteigerung
- ⬇ Sekundäre Kostensteigerung

- ↓ primäre Kostensenkung
- ⬇ sekundäre Kostensenkung
- keine Veränderung

Abbildung 18: Darstellung der zu erwartenden Kosteneffekte innovativer Versorgungsmodelle

12.2. Eine Implementierung der oben beschriebenen innovativen Versorgungsmodelle kann zu einer Effizienz- und Qualitätssteigerung der Gesundheitsversorgung führen. Diese Potenziale sind aus Sicht des LRH nur in enger Abstimmung mit den Sozialversicherungen (v.a. OÖGKK) zu erzielen. Im Sinne der Entwicklung zukunftsorientierter Modelle ist hier daher eine Kooperation mit der OÖGKK anzustreben (siehe auch Punkt 11.2).

12.3. *Die Abteilung Sanitäts- und Veterinärrecht teilte dazu mit, dass sich das Land OÖ. gemeinsam mit Kooperationspartnern elf vorrangige Gesundheitsziele gesetzt hat. Für die Umsetzung wurden koordiniert durch das Institut für Gesundheitsplanung Arbeitskreise zu folgenden Themen eingerichtet:*

- *Diabetische Spätschäden verhindern*
- *Gesunde Betriebe*
- *Reduktion der Suizidrate*
- *Reduktion der kardiovaskulären Krankheiten*
- *Sucht*
- *Gesunde Schule*
- *Gesunde Städte und Gemeinden*
- *Reduktion der obstruktiven Lungenerkrankungen*
- *Seniorengesundheit*

In den Arbeitskreisen, zu denen alle wichtigen in Oberösterreich auf diesen Sektor tätigen Institutionen eingeladen wurden, wurden in einer ersten Phase Vorschläge und Handlungsempfehlungen zu den einzelnen Zielen erarbeitet und die Endberichte anlässlich der Gesundheitskonferenz am 22.9.2004 präsentiert.

In einer nächsten Phase soll nunmehr geprüft werden, welche Maßnahmen konkret zur Erreichung dieser Gesundheitsziele gesetzt werden können.

Besonders wies die Abteilung Sanitäts- und Veterinärrecht im Zusammenhang mit dem Gesundheitsziel 1, auf das Projekt DIALA (Diabetesbetreuung Land) hin. Nach einem ersten Projekt in einigen Gesunden Gemeinden wurde in den Jahren 2002 und 2003 im Auftrag der OÖGKK und des Landes OÖ. in Kooperation mit der OÖ. Gesellschaft für Allgemeinmedizin und oö. Diabetologen versucht, die Erkennung und Behandlung von Diabetes-Typ II zu optimieren. In 20 Arztpraxen (Ärzte für Allgemeinmedizin) mit speziell geschulten Ärzten wurde eine optimierte Betreuung von Diabetikern in ländlichen Regionen erprobt. Inhalte des Projektes waren eine genau definierte Betreuung einer speziellen Gruppe chronisch Kranker und die Patientenschulung nach dem sogenannten Düsseldorfer Modell. In das Projekt wurden auch andere Dienstleister wie örtliche Spitäler, Selbsthilfegruppen und Orthopädie-schuhmacher einbezogen um Dienstleister und bestehende Strukturen einzubeziehen und zu vernetzen. Ziel des Projektes war, die Voraussetzungen für eine flächendeckende Diabetesbetreuung bei definierter Qualität zu schaffen.

Aufgrund der Ergebnisse des Projektes laufen nunmehr Überlegungen, wie das Modell oberösterreichweit umgesetzt werden kann.

Supportleistungen

13.1. Zu unterscheiden sind medizinische Supportleistungen (z.B. Labor, Radiologie) und nicht-medizinische Supportleistungen (z.B. Küche, Wäsche, Reinigung). Diese erbringen Krankenanstalten traditionell größtenteils eigenständig. Outsourcing oder die Konzentration auf die Kernkompetenzen Medizin und Pflege sind nicht durchgängig zu beobachten. Es kommt

bei der Reinigung zu umfangreichem Outsourcing, während bei Küchenleistungen kaum extern zugekauft wird.

Sinnvoll sind Outsourcing, Insourcing bzw. Kooperationen dann, wenn sie die Leistungsqualität steigern oder die Kosten reduzieren. Positive Effekte gibt es durch:

- sinnvolle Kompetenzkonzentration
- bessere Investitionsnutzung
(Nutzung eines Gerätes über 10 statt nur 6 Stunden pro Tag)
- reduzierte Vorhaltekosten
(eine Radiologie kann in der Nacht über Teleradiologie mehrere Krankenanstalten betreuen)

Bei Vereinbarungen über Supportleistungen ist die Preisfindung ein zentrales Problem. Dienen die Gesamtkosten als Basis für die Preisfindung, ergeben sich bei hohen Investitionskosten²⁶ keine Anreize zum externen Zukauf. Umgekehrt bringt eine Preisfindung nur auf Basis von Grenzkosten wenig Motivation zur Mitversorgung anderer Krankenanstalten. Durch die Attraktivität einer eigenständigen Leistungserbringung ohne externe Abhängigkeit haben Kooperationsbestrebungen wenig Aussicht auf Erfolg. Auch regional- und parteipolitische Überlegungen stehen sinnvollen Kooperationen oft entgegen.

Ein markantes Beispiel unterlassener Kooperationen sind die Küchenleistungen. Hier kann durch eine Mengenausweitung die Effizienz gesteigert werden, wenn auf Basis der Cook and Chill Technologie mit einer zusätzlichen Produktionsschicht die Leistung eines Standortes ohne zusätzliche Investitionen verdoppelt wird. In Küchenplanungen geht man davon aus, dass Standorte innerhalb eines Radius von 50 km von einem Produktionsstandort sinnvoll zu beliefern sind. Von den Standorten Linz und Wels aus wären daher alle Standorte bis auf Bad Ischl, Braunau und Schärding servicierbar (Abbildung 19). Derzeit führen aber fast alle Standorte eigene Küchen, auch innerhalb von Linz und Wels.



Abbildung 19: Krankenhausstandorte und Küchen²⁷

- 13.2. Eine explizite Förderung von - auch trägerübergreifenden - Kooperationen ist nach Ansicht des LRH Steuerungsaufgabe des Oö. KRAF. Sinnvoll scheint dabei die Entwicklung eines Leitfadens zur Preisfindung, der entsprechende Anreize setzt und den wirtschaftlichen Nutzen sachgerecht verteilt. Diese Preise haben jedenfalls auch einem Drittvergleich standzuhalten. Bei Investitionsentscheidungen in Supportbereichen ist immer die Alternative des externen Zukaufs nach Effizienzkriterien zu prüfen. Investitionsentscheidungen (z.B. Küchen-

sanierung) sind kritisch, weil Kooperationen nach einer erfolgten Investition deutlich an Attraktivität verlieren und der Anreiz besteht, die eigene Infrastruktur zu nutzen.

- 13.3. *Die Abteilung Sanitäts- und Veterinärrecht stellte dazu fest, dass sie grundsätzlich die Sinnhaftigkeit von Kooperationen bei Supportleistungen bzw. deren mögliche Ausgliederung nicht anzweifelt. Es ist jedoch in jedem Einzelfall zu prüfen, ob die Ausgliederungsvariante tatsächlich kostengünstiger ist und nicht nur eine Verschiebung der Kosten vom Personalaufwand in den Sachaufwand (erhöht um die AfA, Personalrückstellungen und Gewinnzuschläge) darstellt.*

Im Fall von Reinvestitionserfordernissen wurden und werden bereits derzeit laufend Möglichkeiten zur Kooperation geprüft (z.B. Kooperationspotenziale Barmherzige Schwerstern Linz und Barmherzige Brüder Linz; gemeinsamer Betrieb von Großgeräten durch intramurale und extramurale Nutzer) und - soweit es unter Berücksichtigung von vorgebrachten regionalwirtschaftlichen und ökologischen Aspekten, im Besonderen bei Küchen- oder Wäschereileistungen, möglich ist - auch umgesetzt.

- 13.4. Fest steht, dass es derzeit kaum Kooperationen zwischen den Krankenanstalten gibt. Dem LRH scheint es im Hinblick auf die dadurch ungenutzten Optimierungspotenziale unverzichtbar in Zukunft verstärkt auf Kooperationen zu drängen.

Investitionen

- 14.1. Investitionen der Krankenanstalten müssen nicht aus den laufenden Einnahmen „verdient“ werden, wie es im niedergelassenen Bereich der Fall ist, sondern werden direkt gefördert. Dies schafft Investitionsanreize für die Krankenanstaltenträger.

Bei Investitionen, die nicht allein der Krankenanstalt dienen (z.B. gemeinsame Gerätenutzung mit Niedergelassenen), stößt die Finanzierung durch Investitionsbeiträge an ihre Grenzen. Es bestehen Abgrenzungsprobleme zwischen den Nutzungsbereichen, die nicht im Vorhinein gelöst werden können.

- 14.2. Mittelfristig schien es dem LRH sinnvoll, Investitionsentscheidungen im Rahmen vorzugebender Strukturqualitäts- und Effizienzkriterien den Krankenanstaltenträgern zu überlassen. Voraussetzung ist eine entsprechende Anhebung der Leistungsfinanzierung, um die Refinanzierung der Investitionen zu ermöglichen.
- 14.3. *Gegen die vorgeschlagene Anhebung der Leistungsfinanzierung zur Refinanzierung der Investitionen spricht nach Ansicht der Abteilung Sanitäts- und Veterinärrecht, dass damit entgegen der geltenden Rechtslage auch unbare Aufwendungen (AfA) durch den jährlichen Landesbeitrag im Vorhinein zu finanzieren wären.*

Das würde eine zusätzliche Belastung der jährlichen Liquidität des Landes und der Gemeinden bedeuten; es wird bezweifelt, dass die Umstellung auf dieses neue Finanzierungssystem finanzierbar wäre.

Außerdem würde das Land durch diese Form der Vorfinanzierung von Investitionen ein wesentliches Steuerungsinstrument (Einflussnahme auf die Investitionsentscheidung) aus der Hand geben (z.B. bei zukünftigen Kooperationsprojekten).

Es liegt in der Natur der Sache, dass sich die Interessen der Rechtsträger nicht immer mit jenen der öffentlichen Hand decken. Daher sollte auf jeden Fall die letzte Entscheidung „wo“, „wann“ und „in welcher Höhe“ Investitionen bzw. Reinvestitionen im Gesundheitswesen erfolgen, vom Land getroffen werden.

Die Finanzabteilung merkte zu diesem Punkt an, dass im Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz des Bundes im § 3 bestimmt wird, dass Krankenanstalten sowohl zu ihrer

Errichtung wie auch zu ihrem Betrieb eine Bewilligung der Landesregierung bedürfen, wobei die Bewilligung zur Errichtung einer Krankenanstalt unter anderem nur erteilt werden darf, wenn ein Bedarf gegeben ist.

Werden nun die Investitionsentscheidungen den Krankenanstalten überlassen, würde sich ihrer Ansicht nach daraus eher eine Eigen- und Konkurrenzdynamik entwickeln, die der gesetzlich normierten Leistungsangebotsplanung des Landes zuwiderläuft.

Nach Ansicht der Finanzabteilung ist daher in erster Linie eine bedarfsorientierte Leistungsangebotsplanung durch das Land den Investitionsentscheidungen voran zu stellen, wobei einer exakten Darstellung der Folgekosten besondere Bedeutung zukommt. Hinsichtlich der Entwicklung der Folgekosten verwies die Finanzabteilung auf die Steigerung der Betriebsausgaben der Spitäler Oberösterreichs von 1997 bis 2005 um 46 %.

Die Form der Finanzierung ist ein weiterer Entscheidungsschritt. Die vom LRH angesprochene Anhebung der Leistungsfinanzierung, um die Refinanzierung der Investitionen zu ermöglichen, ist wie folgt zu differenzieren:

- *Bereits anhand der derzeitigen Finanzierungsform von Investitionen der Spitäler ist im Rahmen der Leistungsfinanzierung (einschließlich der Abgangsdeckungsmittel des Landes) eine Quote für die Finanzierung von Investitionen, die sogenannten Ersatzinvestitionen, enthalten, die von der Wirtschaftsaufsicht der Abteilung Sanitäts- und Veterinärdienst transparent festgelegt und überprüft werden kann.*
- *Die Investitionszuschüsse des Landes sowie des Oö. Krankenanstaltenfonds werden zu den jeweiligen konkreten Projekten nach Maßgabe des tatsächlichen Bedarfes geleistet. Dies gilt auch bei einer Fremdfinanzierung.*
- *Eine Leistungsfinanzierung, die eine Cash-flow-Finanzierung von Investitionen durch die Krankenanstalten ermöglicht, setzt eine Rücklagenbildung - etwa durch Verrechnung von AfA-Komponenten oder sonstigen Überschüssen aus Leistungsentgelten - voraus.*

Derartige Rücklagen werden einerseits zulasten von Mitteln der öffentlichen Hand gebildet und erschweren unserer Ansicht nach aber andererseits die Leistungsangebotsplanung des Landes.

In Anbetracht der oben angeführten Aspekte wäre aus wirtschaftlicher und finanzieller Sicht des Landes eine derartige Finanzierungsform abzulehnen.

Die Finanzabteilung vertritt daher die Ansicht, dass Investitionsentscheidungen durch das Land primär nach Maßgabe exakter Leistungsangebotsplanungen des Landes und unter besonderer Berücksichtigung der Folgekosten zu erfolgen haben. Eine Rücklagenbildung bei den Krankenanstalten aus Mitteln der öffentlichen Hand lehnt sie dabei ab.

- 14.4. Bei aller Wertschätzung der vorgebrachten Argumentation, sieht der LRH die Steuerungsfunktion im Bereich der Investitionen derzeit nicht optimal erfüllt. Eine Systemumstellung ist nur mit umfassenden Begleitmaßnahmen, insbesondere im Bereich der Leistungsplanung sinnvoll.

Das Argument des Liquiditätsnachteils ist für den LRH nicht nachvollziehbar. Das folgende Modell für ein Einzelprojekt zeigt im Gegenteil positive Liquiditätseffekte.

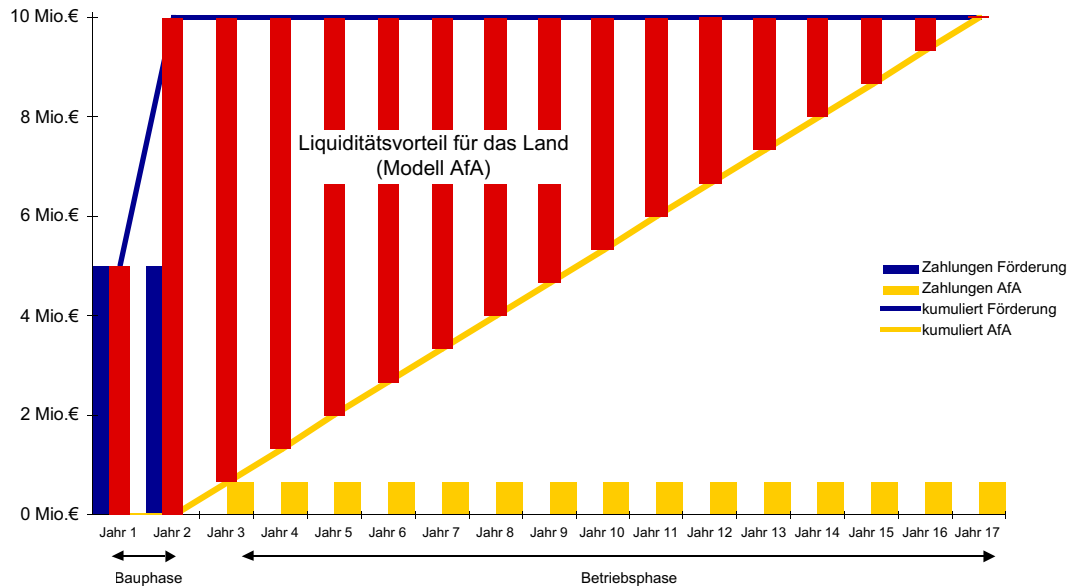


Abbildung 20: Modellvergleich Investitionsfinanzierung (Förderungsmodell versus AfA)

Finanzierung des Gesamtbetriebes

15.1. Die Finanzierung der Leistungen der Krankenanstalten erfolgt in OÖ. über 2 Systeme:

- LKF-Finanzierung des Oö. KRAF
- Abgangsdeckung durch Land und Gemeinden

Die Abgangsdeckung ist in den §§75-77 Oö. KAG geregelt und errechnet sich in einem komplexen Verfahren. Dabei ist ein Eigenanteil der Träger von 15% vorgesehen, der bis auf 4% absinken kann. Voraussetzung dafür ist die Genehmigung des Krankenanstaltenbudgets durch die Wirtschaftsaufsicht des Landes. Im Rahmen dieses Verfahrens werden die einzelnen Budgetposten mit den Krankenanstalten verhandelt.

Da die Kosten der Krankenanstalten stärker stiegen als die Fondsdotierungen, wuchs der Anteil der Kosten, der über Abgänge zu finanzieren ist, zwischen 1999 und 2003 von 39,3% auf 42,1%.

15.2. Die Budgetverhandlungen sind aus Sicht des LRH unbefriedigend. Die Wirtschaftsaufsicht hat in diesen Verhandlungen einen strukturellen Informationsnachteil gegenüber den Krankenanstalten. Eine sinnvolle Steuerungsrolle der Wirtschaftsaufsicht würde direkte Eingriffe in operative Entscheidungen der Krankenanstalten ausschließen. Die Effizienzunterschiede zwischen den Krankenanstalten konnte dieses Vorgehen nicht beseitigen. Durch eine Verlagerung der Mittel aus dem Bereich der Abgangsdeckung in die Leistungsfinanzierung sah der LRH eine Möglichkeit, Effizianzanreize zu stärken. Eine Möglichkeit wäre ein Kostenbenchmark im Sinne eines best-practice-Modells der kostengünstigsten Häuser. Mittelfristig sollten sich die Mehrkosten der anderen Häuser gegenüber dem Kosten-Benchmark stark reduzieren. Zur Unterstützung wäre ein transparentes, trägerübergreifendes Kostenbenchmarking aufzubauen und den Trägern zugänglich zu machen.

15.3. *Nach Meinung der Abteilung Sanitäts- und Veterinärrecht ist es unbestritten, dass geprüfte Einrichtungen zunächst einen Informationsvorteil über ihren eigenen Betrieb gegenüber der Behörde haben.*

Gerade deshalb ist im § 30 Abs.2 Z 6 des Oö. KAG festgehalten, dass die Aufsichtsbehörde im Zug der Prüfung des Voranschlages alle erforderlichen Auskünfte verlangen, Erhebungsorgane zur Durchführung von Erhebungen in die Krankenanstalten entsenden kann, und der Rechtsträger verpflichtet ist, alle schriftlichen Aufzeichnungen auf Verlangen vorzuweisen.

Wird z.B. im Zuge der Voranschlagsprüfungen festgestellt, dass die von einem Rechtsträger geplanten Leistungsarten und -mengen sowie die Budgetansätze nicht den Grundsätzen einer wirtschaftlichen, sparsamen und zweckmäßigen Betriebsführung bzw. den Vorgaben des Oö. KAP/GGP entsprechen, so ist es geradezu die Pflicht der Aufsichtsbehörde, auch direkt in die operativen Entscheidungen des Betriebes einzugreifen.

Bei den Budgetverhandlungen mit den Fondskrankenanstalten geht es jedoch grundsätzlich nicht darum, in den operativen Bereich einzugreifen, sondern die auf Grund von politischen Entscheidungen jährlich zur Verfügung stehenden Mittel so zu verteilen, dass z. B. Veränderungen in Leistungsbereichen, die Erfüllung von gesetzlichen Vorgaben und strukturelle Gegebenheiten berücksichtigt werden können.

Die Steuerung der Krankenhauskosten sollte nach Ansicht der Abteilung Sanitäts- und Veterinärrecht nicht primär über das Finanzierungssystem erfolgen, sondern sollte bereits bei der Leistungsplanung bzw. der Genehmigung von Leistungsveränderungen und Leistungsausweitungen ansetzen.

Die vorgeschlagene Verlagerung der Mittel aus dem Bereich der Abgangsfinanzierung in die Leistungsfinanzierung würde jedenfalls eine stärkere Fokussierung der Krankenanstalten auf die Punkteoptimierung mit sich bringen.

Die in Oberösterreich praktizierte Form der Abgangsfinanzierung ist lediglich eine andere Form des Steuerungsbereiches wie er in anderen Bundesländern zum Ausgleich von strukturellen und/oder regionalen Unterschieden im LKF-Modell direkt eingesetzt wird.

Eine Verbesserung der bestehenden Krankenanstaltenfinanzierung unter Berücksichtigung von Elementen, die einen stärkeren Sparanreiz bieten, wird jedoch bereits diskutiert und zur politischen Entscheidung vorbereitet.

Benchmarks sind auf Grund der eingeschränkten Vergleichbarkeit der zur Zeit verfügbaren Daten nur sehr begrenzt aussagefähig und verlangen eine sorgsame Interpretation durch Experten. Selbst bei gegebener Datenqualität ist zur seriösen Auswertung von Benchmarks ein entsprechendes Hintergrundwissen über strukturelle Unterschiede erforderlich, um Fehlschlüsse zu vermeiden.

Eine Erhöhung der Datenvalidität ist für die Kostenrechnungsdaten ab 2004 zu erwarten, da ab 2004 die Kostenrechnung im Rahmen des Dokumentationsgesetzes neu geregelt wurde.

Zur besseren Vergleichbarkeit der Finanzdaten (Voranschlag und Rechnungsabschluss) ist die Einführung einer einheitlichen Struktur auf Basis des Rechnungslegungsgesetzes mit 2006 vorgesehen.

Insgesamt ist hinsichtlich der Aussagekraft des verfügbaren Zahlenmaterials festzuhalten, dass der aktuelle Stand natürlich nicht als Endzustand zu betrachten ist, sondern laufend weiterzuentwickeln ist.

Wie der Landesrechnungshof in seinem Prüfbericht vom 19. Februar 2002,

LRH-100009/7-2002-An/Gb, bereits festgestellt hat, wurde in den letzten Jahren der Prüfungsansatz für die Genehmigung der Voranschläge und der Rechnungsabschlüsse laufend verfeinert. Es konnte durch eine verbesserte Grundlagenarbeit im Bereich der Benchmarks und einer sinnvollen Steuerung der zur Verfügung gestellten Mitteln durchaus eine Minimierung der Effizienzunterschiede herbeigeführt werden.

- 15.4. Klar ist für den LRH, dass bei einer Verschiebung der Finanzierung in Richtung Leistungsfinanzierung verstärkte Steuerungsaktivitäten, insbesondere im Sinne von Leistungsmengenvereinbarungen, notwendig sind. Unbestritten ist aber auch, dass durch eine Abgangsfinanzierung keinerlei Wirtschaftlichkeitsanreize gesetzt werden.

Grundsätzlich begrüßt der LRH die angekündigte Verbesserung der Krankenanstaltenfinanzierung. Eine inhaltliche Bewertung ist aufgrund der fehlenden Information derzeit nicht möglich.

Vorliegende Reformpapiere zum öö. Gesundheitswesen

Darstellung der Konzepte

- 16.1. Im Laufe des Jahres 2004 wurden drei Konzepte zum Gesundheitswesen in Oberösterreich veröffentlicht (Reihung nach dem Zeitpunkt des Eingangs im LRH):

- Bericht der Oö. Spitalsreformkommission
- Endbericht Integrierte Gesundheitsplanung (ÖBIG-Studie)
- Dr. Silvia Stöger Gesundheitsplan für die Menschen in Oberösterreich

Zwischen Oktober 2001 und September 2002 erstellte das ÖBIG außerdem im Auftrag der Landesregierung die Studie "Langfristige Planung der stationären Versorgung in Oberösterreich".

Die Papiere haben unterschiedliche inhaltliche Ausrichtungen. Sie unterscheiden sich im Bezug auf konkrete Vorschläge, zeigen aber übereinstimmend einen deutlichen Veränderungsbedarf im Sinne der Optimierung der Versorgungsstruktur.

Der **Bericht der Spitalsreformkommission** bezieht sich primär auf die akutstationäre Versorgung und entwickelt 3 Szenarien. Szenario 1 ergänzt Vorgaben des ÖKAP zur Reduktion der Akutbetten. Szenario 2 sieht stärkere strukturelle und organisatorische Veränderungen vor, die veränderte Rahmenbedingungen voraussetzen. Das langfristig angelegte Szenario 3 umfasst auch den Pflegebereich. Die Kommission empfahl die Umsetzung von Szenario 2 und entwickelte dazu einen detaillierten standortbezogenen Plan. Durch eine Bettenreduktion im akutstationären Bereich um 12,7% (-1.118 Betten) ergibt sich ein Einsparungspotenzial von 99 Mio. Euro pro Jahr.

Der **Endbericht Integrierte Gesundheitsplanung** befasst sich mit Fragen der stationären Planung, des Schnitt- bzw. Nahtstellenmanagements und der niedergelassenen Versorgung. Er stellt auf den sehr kurzfristigen Planungshorizont 2005 ab. Laut Planungsmatrix sind 304 akutstationäre Betten abzubauen bei gleichzeitiger Erhöhung von Kapazitäten im Pflegebereich. Im niedergelassenen Bereich wird ein regionaler Ausgleich der Versorgungsangebote (Ausbau der peripheren Kapazitäten) vorgeschlagen. Der Bericht enthält keine Abschätzung der Kostenauswirkungen.

Der **Dr. Silvia Stöger Gesundheitsplan** schlägt die Umwandlung von 500 Akutbetten in Nachsorgebetten ohne weitergehenden Abbau der stationären Strukturen vor. Zusätzlich sind eine Aufstockung um 300 Remobilisationsbetten und der Ausbau von Tageskliniken in den Krankenanstalten vorgesehen. Es wird auch eine Stärkung der mobilen Pflegedienste, des Angebotes an betreubaren Wohnungen, an Fachärzten in den peripheren Regionen und der Gesundheitsvorsorge angestrebt. Auch dieser Bericht enthält keine Abschätzung der Kostenauswirkungen.

Von Bundesseite gibt es den Entwurf zum Österreichischen Strukturplan Gesundheit 2005 (ÖSG 2005), der den Österreichischen Krankenanstaltenplan (ÖKAP) als Mittel der Bundesplanung ablösen soll. Auch die 15a-Vereinbarung über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens enthält Reformmaßnahmen im Bereich des Gesundheitswesens.

- 16.2. Aus Sicht des LRH schien eine stärkere Koordination der Planungsmaßnahmen des Landes sinnvoll, da es nicht nachvollziehbar war, wieso gleichzeitig mehrere Studien innerhalb eines Themenbereiches aus Steuermitteln finanziert wurden.

Wesentliche Reformansätze der vorliegenden Konzepte

Krankenanstalten

- 17.1. Alle Planungsansätze streben eine Reduktion der Akutbetten an, forcieren den Ausbau des tagesklinischen Angebots und den Aufbau von Überleitungsbetten.

Deutliche Unterschiede gibt es in der Ausprägung der Bettenreduktion und der standortbezogenen Strukturmaßnahmen. Ein detaillierter Vergleich war nicht möglich, da die Ergebnisse in den Berichten unterschiedlich dargestellt und nicht durchgängig auf Standortebene heruntergebrochen wurden.

Zusammenführungen von Abteilungen und die Anpassung der Versorgungsfunktion einzelner Standorte werden in unterschiedlicher Ausprägung vorgeschlagen. Einige dieser Ansätze sind schon seit längerem Teil von Planungskonzepten und wurden zum Teil bereits in ÖKAP-Planungen vorgeschlagen, ohne dass es zu den entsprechenden Strukturveränderungen gekommen wäre.

- 17.2. Entscheidend für den Nutzen der Restrukturierungsvorschläge hielt der LRH die Entwicklung bedarfsgerechter regionaler und überregionaler Versorgungskonzepte. Diese müssen die Verfügbarkeit einer qualitativ hochwertigen wohnortnahen stationären Grundversorgung sicherstellen und eine aus Qualitätsgründen angezeigte Konzentration von Schwerpunktleistungen vorsehen. Eine standortbezogene Straffung des Versorgungsangebotes wäre notwendig, um Effizienzsteigerungen zu erzielen.

Zur Sicherung einer effizienten wohnortnahen stationären Grundversorgung brauchen Regionen mit schlechter Erreichbarkeit und geringen Einwohnerzahlen spezifische Versorgungskonzepte. Um die regionale Versorgung nachhaltig qualitativ und effizient sicherzustellen sind insbesondere folgende Modelle zweckmäßig:

- Anbindung der regionalen Leistungserbringung an Leitabteilungen (z.B. mit einem gemeinsamen Ärzteteam unter einer Leitung)
- Einbindung von niedergelassenen Fachärztinnen und -ärzten in Nacht- und Bereitschaftsdienste
- Konzentration des Angebotes auf tagesklinische oder elektive Leistungen
- Zusammenführung von Fachleistungsspektren (insbesondere im Bereich Unfallchirurgie und Orthopädie)
- grenzübergreifende Kooperationen mit anderen Krankenanstalten

Niedergelassener Bereich

- 18.1. Grundsätzlich liegt die Versorgungsverantwortung für diesen Bereich nicht beim Land. Versorgungsungleichgewichte im niedergelassenen Bereich werden von der OÖGKK insgesamt bestätigt. Sie ist bestrebt, diese zu beseitigen.

Sozialbereich

- 19.1. Übereinstimmend wird festgestellt, dass die Versorgung von primär pflegebedürftigen Menschen in akutstationären Einrichtungen weder aus Qualitäts- noch aus Effizienzgründen optimal ist.

Für die Langzeitpflegebetten ergibt sich kein konsistentes Bild. Es scheint regionale Unterschiede in der Verfügbarkeit zu geben. Diese wirken auf die Verweildauern in den Krankenanstalten zurück. Dabei scheinen Versorgungsengpässe vor allem in Bereichen hoher Pflegeintensität und spezifischer Angebote (z.B. Apalliker, senile Demenz) zu bestehen.

- 19.2. Ziel sollte es sein, Menschen wieder in den eigenen Lebensbereich entlassen zu können. Dabei wäre nach Meinung des LRH der Ausbau von Remobilisationseinrichtungen und mobilen Diensten von primärer Bedeutung.

Die Etablierung von medizinischen Pflege- bzw. Nachsorgebetten und medizinisch vidierten Pflegeheimen hält der LRH für eine sinnvolle Ergänzung der Versorgung und sollte den akutstationären Bereich entlasten.

Schnittstellen/Nahtstellen

- 20.1. Der Schnitt- bzw. Nahtstellenbereich wird in den vorliegenden Plänen vor allem in Bezug auf den Übergang zwischen stationärer Versorgung und Pflege angesprochen. Im Endbericht Integrierte Gesundheitsplanung werden dazu umfangreiche Hinweise gegeben. Diese werden als Voraussetzungen und Rahmenbedingungen für funktionierendes Schnitt- bzw. Nahtstellenmanagement definiert, wobei explizit keine direkten Handlungsempfehlungen abgegeben werden.
- 20.2. Die diesbezüglichen Vorschläge des LRH finden sich in Punkt 11.2.

Umsetzungsmaßnahmen

- 21.1. Eine Umsetzungskommission unter Vorsitz des Landeshauptmannes entwickelt in regionalen Untergruppen regionsbezogene Versorgungskonzepte, die bis März 2005 vorliegen sollen.
- 21.2. Aus Sicht des LRH ist es entscheidend, die starke Veränderungsresistenz im Krankenanstaltenwesen zu überwinden und im Sinne der oben beschriebenen Grundsätze zukunftsorientierte Strukturveränderungen vorzunehmen.

Die regionalen Arbeitsgruppen sollen einen gewissen Freiraum zur Ausgestaltung der Veränderung erhalten, die Vorgaben in Bezug auf Einsparungspotenzial und Qualitätsniveau sollten aber jedenfalls erreicht werden. Die regionalen Maßnahmenpläne wären durch die Umsetzungskommission zu verabschieden und ihre Implementierung wäre im Rahmen jährlicher Reviews zu überprüfen.

Oö. Gesundheits- und Spitals-AG (gespag)

Ausgliederung der Landes-Krankenanstalten in die gespag

Ziele und Zielerreichung

- 22.1. Das Land Oö. führte bis zur Ausgliederung (1.1.2002) 15 Krankenanstalten²⁸ als Betriebe gewerblicher Art gem. § 2 KöStG.

Unmittelbaren Anlass für die Ausgliederung der Landes-Krankenanstalten bildete die "Spitalsaffäre im LKH Freistadt", die Gegenstand eines Untersuchungsausschusses des Oö. Landtages war. Als wesentliche Mängel stellte dieser die verteilten Kompetenzen und unklaren Verantwortungen bei der Führung der Landes-Krankenanstalten fest.

Ein Team aus internen und externen Experten sollte daher ein funktionsfähiges Ausgliederungsmodell mit klarer gesellschaftsrechtlicher Konstruktion und dem Rückzug des Landes auf die Eigentümerfunktion entwerfen. Der Oö. Landtag entschied sich am 7.12.2000 für die Ausgliederung der Oö. Landes-Krankenanstalten in die gesellschaftsrechtliche Holdingstruktur einer AG. Am 26.3.2001 beschloss die Landesregierung die Gründung der Oö. Gesundheits- und Spitals-AG. Die gespag nahm am 1.1.2002 ihren operativen Betrieb auf.

Der Unternehmensgegenstand ist laut Satzung "die Sicherung einer nach Regionen ausgewogenen, an den natürlichen Einzugsgebieten orientierten, qualitäts- und bedürfnisgerechten medizinischen und pflegerischen Versorgung der Bevölkerung im stationären, ambulanten und tagesklinischen Bereich unter Einhaltung betriebswirtschaftlicher Kriterien durch die Errichtung und den Betrieb von Krankenanstalten samt angeschlossenen Lehr-, Ausbildungs- und Fortbildungseinrichtungen, das Halten von Beteiligungen an solchen Krankenanstalten oder Gesellschaften die solche Krankenanstalten betreiben, sowie das Eingehen von Kooperationen zu diesem Zweck".

Der Landeshauptmann konkretisierte die Ziele des Eigentümers hinsichtlich Organisation, Qualität und Wirtschaftlichkeit. Wesentlich dabei waren mehr Spielraum für raschere Entscheidungen, eine klare Zuordnung von Aufgaben und Kompetenzen, die Definition von Regional- und Leistungsverbänden sowie die Suche nach Kooperationen. Hochwertige medizinische und pflegerische Standards sollten durch Qualitätsmanagement-Strategien sichergestellt und Ressourcen optimal eingesetzt werden.

Der Vorstand entwickelte auf Basis der Eigentümergegebenen ein Strategiekonzept. Darauf aufbauend entstanden für die einzelnen Krankenanstalten Strategiepapiere.

Der Aufsichtsrat vereinbart jährlich mit dem Vorstand konkrete quantitative und qualitative Ziele, in denen es primär um die Einhaltung von Budgets sowie um Maßnahmen zur Veränderung der Strukturqualität geht.

- 22.2. Nach Ansicht des LRH wurde der Ausgliederungsprozess effizient abgewickelt. Es war zweckmäßig in diesen Prozess internes und externes Know-how einzubinden.

Mit der Ausgliederung wurde das Ziel erreicht, Aufgaben und Kompetenzen klarer zuzuordnen und die Entscheidungsgeschwindigkeit zu erhöhen.

Der LRH erachtete die Rechtsform der AG als vorteilhaft. In diesem Rahmen ist es gelungen, eine Reihe von strukturellen Maßnahmen umzusetzen, die sowohl Versorgungsqualität als auch Wirtschaftlichkeit positiv beeinflussen. Es handelte sich dabei um Maßnahmen, die wie in Punkt 17.1. beschrieben, schon lange Inhalte von Planungsvorschlägen waren.

Eine Quantifizierung der Ausgliederungseffekte war im Hinblick auf den kurzen Beobachtungszeitraum seriöser Weise nicht möglich.

Organisation

- 23.1. Vor Gründung der gespag waren unterschiedliche Dienststellen des Amtes der Landesregierung mit Aufgaben der Führung der Landes-Krankenanstalten betraut. Mit dem Personalzuweisungsgesetz (alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der gespag sind Landesbedienstete) wurden der gespag 38 Bedienstete aus diesen Dienststellen²⁹ zugewiesen.

Das Organigramm der gespag-Unternehmensleitung zeigte mit 1.3.2002 unter der Leitung der beiden Vorstandsmitglieder 4 Stabsfunktionen und 6 Bereiche mit insgesamt 52 Bediensteten.

Mit 1.1.2003 wandelte die gespag den Geschäftsbereich Gesundheitsinformatik in ein Cost Center um. Im März 2004 wurde zusätzlich der Bereich Facility Management eingerichtet. Mitte November 2004 wurden Rechtsabteilung und Strategische Entwicklung zu einem Geschäftsbereich zusammengefasst, für April 2005 plant die gespag die Zusammenführung der Bereiche Technische Direktion und Facility Management. Per 2.12.2004 beschäftigte die gespag in der Unternehmensleitung 56 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter³⁰.

Entsprechend einem Dienstleistungsvertrag erbringen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Landes in mehreren Bereichen³¹ Dienstleistungen für die gespag auf unbestimmte Zeit. Dafür refundierte die gespag im Jahr 2003 rd. 1,72 Mio. Euro.

- 23.2. Positiv sah der LRH die aktuell vorgenommene organisatorische Straffung auf Ebene der gespag-Unternehmensleitung. Der LRH erachtete es auch in Zukunft für wichtig, die Unternehmensleitung schlank zu halten. Er empfahl daher zu prüfen, ob es sinnvoll wäre, spezifische Bereiche bzw. Aufgaben aus der Unternehmensleitung herauszulösen. Diese könnten z.B. als dezentrale Service-Schwerpunkte, in zielorientierten Kooperationen oder auch in eigenen Rechtsformen betrieben werden.

Um strukturelle Veränderungen entsprechend einem regionalen Versorgungsauftrag wirkungsvoll umzusetzen, hält es der LRH für zweckmäßig, die Verantwortung für die medizinische und pflegerische Versorgung stärker regional zu verankern (siehe auch Punkt 17.2.).

Kooperation zwischen AKH Linz und LFKK

- 24.1. Die Landes-Frauen- und Kinderklinik (LFKK) wird in unmittelbarer Nähe zum AKH Linz errichtet mit der Absicht, Synergiepotenziale der beiden Krankenanstalten auszunützen. Im Hinblick auf eine aus Effizienzgründen erstrebenswerte Zusammenführung der gynäkologisch-geburtshilflichen Bereiche von Landesfrauenklinik und AKH Linz wurden entsprechende Raumreserven vorgesehen.

Für die LFKK sind es vor allem die medizinischen (z.B. Labor, Radiologie, Physiotherapie, Hygiene) und nicht-medizinischen Supportbereiche (z.B. Einkauf, Küche, Haus- u. Medizintechnik, Reinigung), die aufgrund der geringen Größe allein nicht effizient betrieben werden können.

In einigen Bereichen wie z.B. Radiologie, Wäsche und Entsorgung bestehen bereits Kooperationen mit dem AKH Linz. Der Vorstand der gespag und die kollegiale Führung des AKH Linz haben Ende 2002 Gespräche aufgenommen, um Kooperationsmöglichkeiten zu lokalisieren.

Daraus ist ein Positionspapier entstanden, das die höchsten Synergieeffekte in einer völligen Verschmelzung von LFKK und AKH Linz zu einem Krankenhaus bzw. in einer Betriebsgesellschaft sieht. Das daraus resultierende Einsparungspotenzial wird auf rd. 4,1 Mio. Euro jährlich geschätzt. Ungeachtet dessen wird diese Variante von den Eigentümern derzeit allerdings ausgeschlossen.

Die Zusammenführung der Gynäkologie und Geburtshilfe in den neuen Räumen der LFKK würde ein Einsparungspotenzial von 1,2 Mio. Euro jährlich bringen. Aufgrund einer politischen Entscheidung scheint auch diese Zusammenführung derzeit nicht gewünscht.

Die im Positionspapier verbleibenden Kooperationsmöglichkeiten für andere medizinische Kernleistungen und medizinische sowie nicht-medizinische Supportprozesse und Servicebereiche bergen ein jährliches Einsparungspotenzial von rd. 0,6 Mio. Euro in sich.

Diese Kooperationen sehen vor, dass jeweils nur eine Organisationseinheit die Versorgung/Dienstleistung für beide Krankenhäuser erbringt.

- 24.2. Da die ehemalige Frauenklinik im Sommer 2006 in den Neubau übersiedeln wird, sind dringend Kooperationsvereinbarungen abzuschließen. Der LRH hält es für unumgänglich, auf höchster politischer Ebene vor allem auch über eine weitgehende Kooperation bzw. Zusammenführung im Bereich der medizinischen Kernleistung zu verhandeln, da dort das größte Potenzial zur Effizienzsteigerung liegt. Auch der Gedanke einer einheitlichen Rechtsträgerschaft darf dabei nicht ausgeschlossen werden.
- 24.3. *Die in diesem Kapitel angeführten Vorschläge des LRH werden inhaltlich von der gespag unterstrichen. Es wird jedoch zum Kapitel 24.1. eine ergänzende Bemerkung bzw. Korrektur angeführt:*

Es liegt auf der Hand, dass grundsätzlich getrennte medizinische / nicht medizinische Versorgungsbereiche nicht mit der Effizienz geführt werden können, als wenn eine Einheit des gesamten Klinikzentrums (AKH Linz + LFKK) bestünde.

Hinsichtlich einiger Servicebereiche ist dies durch die Gesamtorganisation der gespag allerdings nicht der Fall. Die gespag hat ihre gesamten Aufgaben z.B. hinsichtlich der Versorgung betreffend Labor, Pathologie und Einkauf synergetisch zusammen geschlossen. So wird die LFKK hinsichtlich des Labors und der Pathologie sowie der Apothekenversorgung von der Landes-Nervenklinik Wagner-Jauregg betreut. Jede dieser Versorgungseinheiten umfasst etwa 1.400 Betten. Ein Herauslösen einer einzelnen kleineren Einheit wie die LFKK würde die Wirtschaftlichkeit im Bereich der gespag senken, hingegen bei einem neu zugeordneten Bereich würde dem AKH dies die entsprechend gleichen Vorteile zuwachsen.

Im Besonderen ist der Einkauf (Einkauf generell aber auch im Apothekenbereich) durch den Konzerneinkauf der gespag auf eine Versorgungsleistung von 4.200 Betten ausgelegt. Auch hier liegt daher der Schluss nahe, dass der Einkauf einer fünf Mal größeren Einheit wie der gespag effizienter dargestellt werden kann.

Hier wäre sogar eine Gesamtkooperation einer Zusammenlegung dieser Bereiche für die gesamte gespag und dem AKH Linz zu überlegen.

Diese Überlegung wurde auch im Absatz 4. des Kapitels 24.1. zum Ausdruck gebracht, in dem der LRH die höchsten Synergieeffekte in einer völligen Verschmelzung von LFKK und AKH Linz zu einem Krankenhaus bzw. in einer Betriebsgesellschaft sieht.

Kosten

Kernleistungen

- 25.1. Die gespag setzt für die Kontrolle der stationären Kernleistungen eine Deckungsgradberechnung ein. Dabei wird die Leistungseffizienz von Abteilungen durch die Gegenüberstellung von LKF-Punkten (Einnahmen) und Kosten als Deckungsgrad gemessen.

Auf Basis der Deckungsgradberechnung wurden alle Fachbereiche vergleichend analysiert.³² Als Beispiele sind die Innere Medizin (Abbildung 21) und die Chirurgie (Abbildung 22) jeweils ohne Intensivseinheiten dargestellt.

Das Effizienzsteigerungspotenzial wird durch eine Reduktion der Kostenvarianz errechnet. Die vorsichtige Schätzung basiert darauf, dass jene Standorte, deren Deckungsgrad schlechter als das Mittel der Vergleichsabteilungen ausfällt, diese Abweichung um 50% verringern.

| | |
|------|---------------------|
| Fach | 1-11 Innere Medizin |
| Jahr | 2003 |

| KA-Name | Pat. | Tage | Punkte | Kosten in € | DG in % | DG in € | Potenzial |
|-----------------------|---------------|------------|-------------------|-------------------|--------------|-------------------|------------------|
| LKH Enns | 4.070 | 5,4 | 7.320.261 | 5.732.797 | 111,1% | 635.830 | - |
| LKH Schärding | 2.983 | 7,4 | 6.526.026 | 5.181.632 | 109,6% | 496.011 | - |
| LKH Bad Ischl | 3.006 | 6,7 | 5.934.133 | 4.765.457 | 108,3% | 397.239 | - |
| LKH Vöcklabruck | 5.695 | 6,8 | 12.714.962 | 10.384.168 | 106,5% | 677.849 | - |
| LKH Rohrbach | 4.171 | 6,2 | 7.756.546 | 6.451.180 | 104,6% | 297.015 | - |
| LKH Gmunden | 6.071 | 11,3 | 15.578.976 | 13.442.242 | 100,8% | 111.467 | - |
| LKH Freistadt | 3.165 | 7,0 | 6.327.265 | 6.057.971 | 90,9% | -553.250 | 231.351 |
| LKH Kirchdorf | 3.357 | 7,9 | 7.514.431 | 7.512.623 | 87,0% | -975.068 | 431.388 |
| LKH Steyr | 5.636 | 8,5 | 14.265.631 | 14.606.282 | 85,0% | -2.195.183 | 988.431 |
| Gesamtergebnis | 38.154 | 7,7 | 83.938.231 | 74.134.352 | 98,5% | -1.108.091 | 1.651.170 |

Abbildung 21: Kostenvergleich Innere Medizin³³

| | |
|------|----------------|
| Fach | 1-21 Chirurgie |
| Jahr | 2003 |

| KA-Name | Pat. | Tage | Punkte | Kosten in € | DG in % | DG in € | Potenzial |
|-----------------------|---------------|------------|-------------------|-------------------|---------------|------------------|----------------|
| LKH Rohrbach | 1.661 | 6,3 | 4.510.552 | 3.292.761 | 119,2% | 631.419 | - |
| LKH Freistadt | 1.689 | 5,2 | 4.314.657 | 3.382.824 | 111,0% | 370.928 | - |
| LKH Vöcklabruck | 2.818 | 7,3 | 8.024.872 | 6.312.496 | 110,6% | 669.143 | - |
| LKH Schärding | 2.291 | 5,7 | 4.839.217 | 3.967.901 | 106,1% | 242.218 | - |
| LKH Kirchdorf | 2.576 | 7,4 | 7.497.601 | 6.297.375 | 103,6% | 225.538 | - |
| LKH Gmunden | 3.300 | 4,9 | 7.200.637 | 6.168.486 | 101,6% | 96.068 | 27.292 |
| LKH Steyr | 3.903 | 7,5 | 12.361.744 | 11.173.744 | 96,2% | -419.027 | 345.961 |
| LKH Enns | 1.653 | 5,5 | 3.634.652 | 3.361.188 | 94,1% | -199.041 | 140.565 |
| LKH Bad Ischl | 2.757 | 4,9 | 5.427.215 | 5.139.838 | 91,9% | -418.161 | 271.846 |
| Gesamtergebnis | 22.648 | 6,2 | 57.811.147 | 49.096.613 | 102,4% | 1.199.085 | 785.665 |

Abbildung 22: Kostenvergleich Chirurgie³⁴

25.2. Die gespag hat ein aus Sicht des LRH funktionales Controllinginstrument geschaffen.

Das Ergebnis der Hochrechnung der Einsparungspotenziale der gespag ist in Abbildung 23 ausgewiesen.³⁵ Diese Hochrechnung zeigt ein jährliches Einsparungspotenzial von rd. 6,55 Mio. Euro. Intensivstationen wurden in diese Berechnungen nicht miteinbezogen.

| Fach | Potenzial |
|---|--------------------|
| 1-11 Innere Medizin | 1.651.170 € |
| 1-12 Pulmologie (Lungenheilkunde) | 113.244 € |
| 1-21 Chirurgie | 785.665 € |
| 1-22 Unfallchirurgie | 607.833 € |
| 1-23 Orthopädie und orthopädische Chirurgie | 224.115 € |
| 1-3* Gynäkologie und Geburtshilfe | 722.940 € |
| 1-41 Augenheilkunde | 331.574 € |
| 1-42 Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten | 208.726 € |
| 1-43 Urologie | 96.531 € |
| 1-51 Kinderheilkunde | 356.875 € |
| 1-61 Psychiatrie und Neurologie | 264.013 € |
| 1-62 Psychiatrie | 805.726 € |
| 1-63 Neurologie | 342.399 € |
| 1-64 Kinder-Neuropsychiatrie | 37.128 € |
| Gesamtpotenzial | 6.547.938 € |

Abbildung 23: Hochrechnung des Einsparpotenziales³⁶

Die gespag sollte ihre Anstrengungen intensivieren, die Kostenunterschiede im Sinne einer Orientierung an Best Practice Modellen zu reduzieren und die Leistungseffizienz weiter zu steigern. Zur Unterstützung dieser Bemühungen erscheinen standardisierte trägerübergreifende Vergleiche der Kosteneffizienz sinnvoll (siehe Punkt 15.2).

- 25.3. Die gespag geht mit der Meinung des LRH betreffend des theoretischen Einsparungspotenzials vom € 6,55 Mio. konform, das sich auf Grund der Deckungsgradanalyse der einzelnen Abteilungen in den einzelnen Landes-Krankenhäusern ergeben könnte.

Sie wies aber darauf hin, dass sich diese Ziffern auf Grund nicht zur Gänze vergleichbarer Leistungen bzw. spezifischer Umstände in der Praxis nicht in diesem Ausmaß ergeben werden. Die gespag geht davon aus, dass sie in der Praxis etwa die Hälfte dieses Wertes realisieren kann.

Außerdem können nach Ansicht der gespag diese Werte nicht additiv zu den Einsparungspotenzialen gesehen werden, die im Bericht der Spitalsreformkommission angeführt sind. Organisationsänderungen und eine bessere Ausnutzung der Kapazitäten zur Verbesserung der Leistungsfähigkeit der angesprochenen Abteilungen sind in den Umsetzungsvorschlägen bereits enthalten.

Am Beispiel des LKH Steyr sei exemplarisch dargestellt, dass durch die derzeitige bauliche Anordnung der Funktionsräume ein extrem hoher Logistikaufwand verbunden ist. Durch die bereits in Errichtung befindlichen Neubauten soll hier eine deutliche Kostenentlastung herbeigeführt werden. Das wurde auch in einem Prüfbericht des Bundesrechnungshofes festgestellt.

- 25.4. Das errechnete Einsparungspotential bezieht sich auf die Leistungserbringung in den bestehenden Strukturen. Eine Überleitung auf die zu erwartenden Potenziale einer tiefgreifenden Strukturveränderung ist daher nicht möglich.

Supportleistungen

- 26.1. Die Analyse der Kosten der Supportleistungen erfolgte auf Basis der gemäß Kostenrechnungsverordnung erhobenen Daten. Für die gespag wurde die Konsistenz der Daten durch das Controlling überprüft³⁷, die Vergleichsdaten der anderen Krankenanstalten könnten Inkonsistenzen gegenüber den gespag-Daten aufweisen, sie bieten aber eine gewisse Orientierung.

Abbildung 24 zeigt die Kosten pro Essenseinheit. Der Mittelwert der gespag Krankenanstalten liegt mit 17,26 Euro deutlich über dem Mittel der anderen Krankenanstalten (13,58 Euro). Besonders hohe Kosten weisen die Psychiatrische Klinik Wels (26,30 Euro; +52%) und das Krankenhaus Kirchdorf (23,28 Euro; +35%) auf. Durch die Absenkung der Kosten pro Essen an den Standorten mit erhöhten Kosten auf den gespag-Mittelwert ergibt sich eine rechnerische Einsparung von 1.632.750 Euro pro Jahr³⁸.

| Krankenanstalt | Gesamtkosten | Kosten pro Küchenleistung | Abweichung vom Mittelwert gespag |
|--------------------|--------------|---------------------------|----------------------------------|
| Gmundnerberg | 444.360 | 15,15 | |
| Bad Ischl | 2.304.034 | 19,80 | +15% |
| Buchberg | 690.888 | 12,32 | |
| Enns | 1.004.373 | 16,56 | |
| Freistadt | 1.449.644 | 17,76 | +3% |
| Gmunden | 2.001.972 | 19,19 | +11% |
| Kirchdorf | 2.755.057 | 23,28 | +35% |
| Landesfrauenklinik | 664.349 | 15,07 | |
| Landeskinderklinik | 1.341.866 | 13,50 | |
| Wagner Jauregg | 4.318.521 | 15,14 | |
| Schärding | 1.475.674 | 17,01 | |
| Steyr | 3.541.537 | 13,98 | |
| Vöcklabruck | 2.326.414 | 12,83 | |
| Psych. Wels | 616.833 | 26,30 | +52% |
| Rohrbach | 1.742.898 | 19,13 | +11% |
| BM gespag | Min | 12,32 | |
| | MW | 17,26 | |
| | Max | 26,30 | |
| BM ander KA Oö | Min | 9,86 | |
| | MW | 13,58 | |
| | Max | 17,44 | |

Abbildung 24: Kosten pro Essen³⁹

Die Kosten pro kg Wäsche werden in Abbildung 25 dargestellt. Die Kosten an den Standorten Bad Ischl, Freistadt, Landes-Frauen- und Kinder-Klinik und Rohrbach liegen mehr als 20% über dem gespag-Mittelwert. Durch die Absenkung der Wäschekosten an den Standorten mit erhöhten Kosten auf den gespag-Mittelwert ergibt sich eine rechnerische Einsparung von 944.551 Euro pro Jahr.

| Krankenanstalt | Gesamtkosten | Kosten pro kg Wäsche | Abweichung vom Mittelwert gespag |
|--------------------|--------------|----------------------|----------------------------------|
| Gmundnerberg | 95.609 | 1,68 | |
| Bad Ischl | 794.807 | 2,35 | +24% |
| Buchberg | 152.695 | 1,85 | |
| Enns | 464.166 | 1,70 | |
| Freistadt | 633.527 | 2,35 | +24% |
| Gmunden | 738.696 | 2,21 | +16% |
| Kirchdorf | 758.282 | 1,93 | +1% |
| Landesfrauenklinik | 442.803 | 2,32 | +22% |
| Landeskinderklinik | 650.890 | 2,53 | +33% |
| Wagner Jauregg | 276.924 | 0,31 | |
| Schärding | 190.543 | 0,65 | |
| Steyr | 2.030.237 | 2,01 | +6% |
| Vöcklabruck | 713.419 | 1,21 | |
| Psych. Wels | 159.629 | 2,21 | +16% |
| Rohrbach | 712.151 | 2,54 | +34% |
| BM gespag | Min | 0,31 | |
| | MW | 1,90 | |
| | Max | 2,54 | |
| BM ander KA Oö | Min | 0,17 | |
| | MW | 1,31 | |
| | Max | 2,32 | |

Abbildung 25: Kosten pro kg Wäsche⁴⁰

Abbildung 26 zeigt die Streuung der Reinigungskosten pro m² Nutzfläche. Das Krankenhaus Steyr liegt um 46% über dem gespag-Mittelwert. Durch die Absenkung der Reinigungskosten an den Standorten mit erhöhten Kosten auf den gespag-Mittelwert ergibt sich eine rechnerische Einsparung von 2.278.263 Euro.

| Krankenanstalt | Gesamtkosten | Kosten pro m2 Nutzfläche | Abweichung vom Mittelwert gespag |
|--------------------|---------------------------|--------------------------|----------------------------------|
| Gmundnerberg | 251.761 | 36,84 | |
| Bad Ischl | 1.171.415 | 41,65 | |
| Buchberg | 402.021 | 47,09 | |
| Enns | 623.086 | 56,84 | +18% |
| Freistadt | 1.018.265 | 48,72 | +1% |
| Gmunden | 1.087.494 | 34,68 | |
| Kirchdorf | 1.606.920 | 57,02 | +18% |
| Landesfrauenklinik | keine eigene Kostenstelle | | |
| Landeskinderklinik | 1.687.333 | 54,56 | +13% |
| Wagner Jauregg | 3.542.714 | 50,87 | +5% |
| Schärding | keine eigene Kostenstelle | | |
| Steyr | 4.928.676 | 70,80 | +46% |
| Vöcklabruck | 1.092.508 | 37,85 | |
| Psych. Wels | keine eigene Kostenstelle | | |
| Rohrbach | 1.066.929 | 45,74 | |
| BM gespag | Min | 34,68 | |
| | MW | 48,34 | |
| | Max | 70,80 | |
| BM ander KA Oö | Min | 7,01 | |
| | MW | 13,74 | |
| | Max | 20,45 | |

Abbildung 26: Kosten pro m² Nutzfläche⁴¹

- 26.2. Die bestehenden Kostenunterschiede zeigten für den LRH, dass die gespag Maßnahmen setzen muss, um eine Optimierung der Kosten in den Supportbereichen zu erreichen. Das rechnerische Einsparungspotenzial beträgt rund 4,86 Mio. Euro.

Zur Unterstützung dieser Bemühungen erscheinen standardisierte trägerübergreifende Vergleiche der Kosteneffizienz sinnvoll (siehe Punkt 15.2).

- 26.3. *Die Abteilung Sanitäts- und Veterinärrecht wies darauf hin, dass sie bei den den Auswertungen zugrunde liegenden übermittelten Daten folgende Fußnoten angebracht hatte:*

„Da die Bezugsgrößen „Küchenleistung“ in den Krankenhäusern unterschiedlich beurteilt wird, ist ein Vergleich nur bedingt möglich. Gewichtet heißt, dass die Tagesverpflegung mit 0,2 für Frühstück, 0,5 für Mittagessen und 0,3 für Abendessen bewertet wird.

„In der Kostenrechnungsverordnung ist keine eigenen Kostenstelle „Reinigung“ vorgegeben (Reinigungsdienst ist unter „Hausaufsicht“ mit Kosten für Gebäude, Portier, Gärtnerei, Strasse, Abfallwirtschaft, Kläranlage, Betriebsfeuerwehr subsumiert) d.h. dass die Zuordnung in den einzelnen Krankenanstalten unterschiedlich gehandhabt wird. In manchen Krankenanstalten werden die Aufwände für Reinigung direkt der jeweiligen Hauptkostenstelle zugeordnet. Die Daten sind daher nicht vergleichbar.“

Im Begleitschreiben wurde zusätzlich auf die eingeschränkte Vergleichbarkeit folgendermaßen hingewiesen:

„Beiliegend übersende ich Ihnen die gewünschten Kostenrechnungsdaten. Die Brauchbarkeit dieser Daten im direkten Vergleich einzelner Krankenanstalten ist jedoch sehr eingeschränkt gegeben, da bis zum Jahr 2003 die Zuordnung der Kostendaten je Haus mitunter sehr unterschiedlich gehandhabt wurde. Um eine befriedigende Validität herzustellen, müssten erst die einzelnen Auffälligkeiten konkret hinterfragt und geklärt werden.

Ab dem Jahr 2004 ist mit der Kostenrechnungsverordnung, die auf einem österreichweiten Projekt zur Vereinheitlichung der Kostenrechnung basiert, mit wesentlich valideren Daten zu rechnen.“

Der Vorstand der gespag merkte an, dass er auch hinsichtlich der Supportleistungen der Meinung ist, dass hier Einsparungspotenziale in einzelnen Häusern vorhanden sind. Aus diesem Grund wurde auch 2004 ein zukünftig besonderer Schwerpunkt auf das Facility Management (das die Supportleistungen mit einschließt) gelegt.

Für alle drei Servicebereiche Küche, Wäscherei und Reinigung gilt jedoch gemeinsam, dass auf Grund unterschiedlicher Sekundärkostenumlage und der damit verbundenen Verzerrung der Beurteilung der Kosten pro Leistungseinheit falsche Managementaussagen getroffen werden können.

So wäre es beispielsweise bei den Küchen sinnvoll, nur die Primärkosten für die Beurteilung der Leistungsfähigkeit heranzuziehen. Außerdem sind in den einzelnen Häusern die Kostenstellenstrukturen und Kontierungsrichtlinien unterschiedlich und die Bereiche damit nicht vergleichbar dargestellt.

So werden z. B. bestimmte Spezialbereiche, wie Sonderkostformen (Diätmenüs, Milchküche für Säuglinge und Kinder, etc), nicht abgegrenzt und daher mit ihren Gesamtkosten den einzelnen Leistungseinheiten (Tagesverpflegung) zugerechnet. Weiters werden teilweise Catering und Aufwendungen für interne Veranstaltungen nicht entsprechend gesondert dargestellt. Dies führt auch zu dieser erheblichen Varianz in der Kostendarstellung.

Weitere Diskrepanzen gibt es auch im Bereich der Wäscherei oder der Reinigung. Exemplarisch sei nur die Psychiatrische Klinik Wels hervor gehoben, die keine eigene

Reinigungskostenstelle aufweist und ein wesentlicher Teil der Reinigung daher in den Kosten der Küche zu finden ist.

Die gepag ist sich schon längerer Zeit dieses Umstandes bewusst und hat daher mit 1.1.2005 das obsolet werdende Rechnungswesenspaket PHOENIX durch das SAP-System abgelöst. Auf der Grundlage dieses neuen SAP-Software-Pakets hat sie einerseits die Umstellungen in den organisatorischen Prozessen vorgenommen bzw. ist sie in der Lage, auch eigene Kontrollinstrumente aufzubauen bzw. die Absicherung der Kostenrechnungsergebnisse (Kostenarten, Kostenstellen) zu erhöhen bzw. in der weiteren Folge eine Kostenträgerrechnung aufzubauen.

Mit dem Projekt der SAP-Einführung wurde bereits 2002 gestartet und wie aus aktueller Sicht dargestellt werden kann, wurde die Umstellung aller Landes-Krankenhäuser mit 1.1.2005 erfolgreich durchgeführt. Dieses Projekt war das größte Organisationsprojekt in der Geschichte der Landes-Krankenhäuser und wird seine Fortsetzung in der Implementierung des SH-Moduls (Patientenverrechnung) und in der weiteren Folge mit der geplanten Implementierung des Personal-Verwaltungsmoduls (HR) in den nächsten drei Jahren finden. Das Paket wird aber nicht nur im Rahmen des Controlling und Rechnungswesen massive Verbesserungen bringen, sondern auch im Rahmen etwa des Einkaufes und der Materialwirtschaft. Inhaltlich wird dieses System für die gesamte gepag die Grundlage für weitere Rationalisierungspotentiale bilden.

- 26.4. Dem LRH ist bewusst, dass die Zahlen nur bedingt vergleichbar sind, darauf wird im Sachverhalt auch explizit hingewiesen. Bei der Abstimmung der Daten der gepag-Krankenanstalten mit dem gepag-Controlling ergaben sich keine Hinweise, dass diese Informationen wegen mangelnder Datenqualität nicht in die Analyse einfließen könnten. Unabhängig von den Einwänden in Bezug auf die Datenqualität bestehen Kostenunterschiede, die im Sinne einer Orientierung am Besten reduziert werden sollten.

4 Beilagen

Linz, am 27. Jänner 2005

Dr. Helmut Brückner
(Direktor des Oö. Landesrechnungshofes)

Fußnoten:

- 1 Quelle: adaptiert nach Finanzierung des österreichischen Gesundheitswesens (IWI-Studie 99). Industriewissenschaftliches Institut, Wien, 2002
- 2 Quelle: Daten Oö. KRAF, eigene Berechnungen
- 3 Vgl. Fisher, E.S.; Gottlieb, D.J.; Lucas F. L., Pinder É.L., Stukel T. A., Wennberg D.E.: The implications of regional variations in Medicare spending, *Annals of Internal Medicine*, 2003, Volume 138, Issue 4, pp. 273–87 oder The Dartmouth Atlas Project (www.dartmouthatlas.org)
- 4 Quelle: BMGF Krankenanstalten in Zahlen (2004)
- 5 Quelle: WHO Health for All-Datenbank (2004)
- 6 Quelle: WHO Health for All-Datenbank (2004)
- 7 Quelle: Oö. KRAF, Abteilung Statistik, eigene Berechnungen
- 8 Quelle: Oö. KRAF, Abteilung Statistik, eigene Berechnungen
- 9 Quelle: Oö. KRAF, Abteilung Statistik, eigene Berechnungen
- 10 Quelle: Oö. KRAF, eigene Berechnungen
- 11 Quelle: Oö. KRAF, eigene Berechnungen
- 12 Quelle: Oö. KRAF, eigene Berechnungen
- 13 Quelle: Oö. KRAF, eigene Berechnungen
- 14 Quelle: Internationale Vergleichswerte von Dänemark, Finnland, Irland, Italien, Portugal und Schweiz der OECD HEALTH DATA (Basisjahr 2001), Oö. KRAF, eigene Berechnungen
- 15 Vgl. ÖBIG: Struktur- und Angebotsplanung der akutstationären Versorgung Vorarlbergs (2002)
- 16 Quelle: Daten Oö. KRAF, eigene Berechnungen
- 17 Derzeit erfolgen Zahlungen des Landes für den Bereitschaftsdienst der Ärztinnen und Ärzte an die Ärztekammer. Es handelt sich dabei um eine freiwillige Ausgabe des Landes, wobei bis 2006 ein Anstieg auf 2 Mio. Euro pro Jahr erwartet wird.
- 18 Vor allem durch die Vermeidung von Doppelbefunden und die gemeinsame Nutzung von Infrastrukturen.
- 19 Derzeit sind solche Versorgungsmodelle nur durch komplizierte Vertragskonstrukte möglich, in dem Infrastrukturen gleichzeitig vom Krankenhaus und einer niedergelassenen Ärztin bzw. einem niedergelassenen Arzt oder Institut genutzt aber unabhängig von einander verrechnet werden.
- 20 Ein Ansatz zur technischen Unterstützung in diesem Bereich wäre eine elektronische Befundmappe, die einen standort- und organisationsunabhängigen Zugriff für die Behandler zu den medizinischen Daten der Patientinnen bzw. Patienten erlaubt.
- 21 An den Krankenanstalten wird diese Aufgaben zunehmend von spezifisch mit dieser Aufgabe betrauten „Entlassungsmanagerinnen“ bzw. “-managern” übernommen. Vom BMGF wurde ein diesbezügliches Modellprojekt durchgeführt.
- 22 Derzeit sind an den Bezirksstellen der Gebietskrankenkassen Case Managerinnen bzw. Manager beschäftigt, um mit dem Entlassungsmanagement der Krankenanstalten zu kooperieren.
- 23 Felder, St.; Werblow A.: Mit Hausarztnetzen Kosten sparen – Der Kontrahierungszwang als „Bremsklotz“; in: *Neue Zürcher Zeitung*, 02.03.2004, Nr. 51, S. 25
- 24 Wagner, E.: Managed care and chronic illness: health services research needs, in: *Health Serv Res*, 1997; Vol.32, 702:714
Wagner, E.; Austin, B.; von Korff, M.: Organizing care for patients with chronic illness, in: *Milbank Q*, 1996, Vol.74; 511:544
- 25 Fischer, C.; Kuhlmeier, A.; Lauterbach, K.; Rosenbrock, R.; Schwartz, F.; Scriba, P.; Wille, E.: Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität, Gutachten, 2003
- 26 Diese Investitionskosten trägt großteils das Land.
- 27 Quelle: DORIS

- 28 Diese 9 allgemeinen und 6 Sonderkrankenanstalten verfügten im Jahr 2001 über 4.100 Betten, ein Budget von 545 Mio. Euro und beschäftigten 7.200 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (Vollzeitäquivalente).
- 29 Landesanstaltendirektion, Personalabteilung, Abteilung Hochbau, Finanzabteilung, Rechenzentrum.
- 30 Anzahl der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (Köpfe) ohne die Bediensteten des Cost Centers Gesundheitsinformatik.
- 31 Finanzabteilung (Versicherungen), Bau H (laufende Bauvorhaben betreffend technische Oberleitung, geschäftliche Oberleitung, örtliche Bauaufsicht und CAD-Leistungen), Personalabteilung (Reisestelle, Ausrichtung von Jubiläumsfeiern, EDV-Leistungen, Beratungs- und Bearbeitungstätigkeit im Zusammenhang mit der DPO 1966, Dienstleistungen der Pensionsstelle, Kündigung), Präsidium (Dienstkraftwagenbetrieb), Zentrale Besoldungsstelle (Abrechnung von Löhnen, Gehältern und sonstigen Leistungen des gesamten gespag-Personals).
- 32 Die Analysen übernehmen direkt die Daten aus dem System der gespag. Die Ergebnisse wurden grundsätzlich mit den Verantwortlichen in der gespag plausibilisiert. Mögliche Unschärfen, etwa durch eine uneinheitliche Kostenzuordnung zwischen Ambulanzen und Stationen oder durch Probleme bei der Erlöszuordnung sind systemimmanent, sollten aber auf der Aggregationsebene der Abteilungen kaum zu Verzerrungen führen.
- 33 Quelle: Controllingdaten gespag, eigene Berechnungen
- 34 Quelle: Controllingdaten gespag, eigene Berechnungen
- 35 Für Abteilungen, die es innerhalb der gespag nur einmal gibt (Kinderchirurgie, Dermatologie und Neurochirurgie) und interdisziplinäre Bereiche wird kein Optimierungspotenzial ausgewiesen.
- 36 Quelle: Controllingdaten gespag, eigene Berechnungen
- 37 Nach Aussage des gespag-Controllings wird künftig durch die flächendeckende SAP-Einführung die Konsistenz und Aussagekraft dieser Daten weiter erhöht werden.
- 38 Dieses Einsparungspotenzial ist nicht rein additiv zur Kostenanalyse im Kernbereich zu sehen, da sich erhöhte Kosten in diesem Bereich im Wege der Leistungsverrechnung auch auf die Kosten des Kernbereiches auswirken.
- 39 Quelle: Oö. KRAF, eigene Berechnungen
- 40 Quelle: Oö. KRAF, eigene Berechnungen
- 41 Quelle: Oö. KRAF, eigene Berechnungen

6. Sill (Cale)
Jose/kenke
SE

All
Hansen



ABTEILUNG
SANITÄTS- UND VETERINÄRRECHT

4021 Linz
Bahnhofplatz 1

Aktenzeichen: **SanRW-700016/5-2005-Sö/Bre**

*Bearbeiter: Mag. Leopold Söllradl
Telefon: 0732 / 7720-14198
Fax: 0732 / 7720-214355
E-mail: sanr.post@ooe.gv.at*

21. Jänner 2005

An den
Oberösterreichischen Landesrechnungshof

**Landesrechnungshof;
Initiativprüfung Gesundheitsversorgung
in Oö, Schwerpunkt Krankenanstalten;
Stellungnahmen**

Sehr geehrte Damen und Herren!

Beiliegend übersenden wir Stellungnahmen zu ggstl. Initiativprüfung.

Mit freundlichen Grüßen!

Mag. Söllradl

Beilagen

Hinweise:

Wenn Sie mit uns schriftlich in Verbindung treten wollen, richten Sie Ihr Schreiben bitte an das Amt der Oö. Landesregierung, Abteilung Sanitäts- und Veterinärrecht, Bahnhofplatz 1, 4021 Linz, und führen Sie das Aktenzeichen dieses Schreibens an.

2.3.:

Die vom LRH vorgeschlagene Zuordnung von medizinischen Innovationen auf einzelne Standorte geschieht im Rahmen der Leistungsangebotsplanung des Österreichischen Krankenanstalten- und Großgeräteplanes (ÖKAP/GGP) für ausgewählte spitzenmedizinische Leistungen (Stand ÖKAP/GGP 2003: Onkologie, Stammzellentransplantation, nuklearmedizinische Therapie, Herzchirurgie, Kinderkardiologie, Lebertransplantation, Nierentransplantation, Stroke Unit, Chronische Hämodialyse) bereits seit mehreren Jahren und wird laufend ausgebaut und erweitert. Dazu sind beim Österreichischen Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG) medizinische Expertengremien eingerichtet, von denen die entsprechenden Empfehlungen ausgearbeitet werden.

Daraus abgeleitete verschärfte Finanzierungsregeln werden zur Zeit noch nicht angewendet, können aber nach entsprechender Beschlussfassung durch die Organe des Oö. Krankenanstaltenfonds jederzeit umgesetzt werden.

Darüber hinaus vertreten wir jedoch die Auffassung, dass Leistungskonzentrationen wie sie in Oberösterreich bereits jetzt - durchaus gesteuert vom Oö. KRAF - praktiziert werden, primär auf dem Verhandlungsweg umgesetzt werden sollten. Finanzielle Sanktionen können nur ein zusätzliches Steuerungselement darstellen und sollten nur subsidiär bzw. zusätzlich eingesetzt werden.

Damit sich medizinische Innovationen langfristig durchsetzen können und allen Patienten zugänglich werden, bedarf es einer Finanzierung, die dauerhaft sichergestellt ist. Diesbezüglich wird der medizinische Leistungskatalog des LKF-Modells laufend gewartet und weiterentwickelt, sodass er immer dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft entspricht. Zur Beurteilung der Aufnahme neuer Leistungen in den Leistungskatalog werden auch Kriterien der „Evidence Based Medicine“ herangezogen. Die laufende Wartung und Weiterentwicklung des Leistungskatalogs erfolgt, auch in Zusammenarbeit mit den Bundesländern, zentral im BMGF, die neuen Leistungen, die in den Katalog aufgenommen werden sollen, werden direkt von den Krankenanstalten vorgeschlagen.

Sollte der Oö. KRAF darüber hinausgehende Entscheidungsgrundlagen erarbeiten müssen, so wären entsprechende zusätzliche personelle Ressourcen an medizinischen Experten erforderlich. Dies erscheint angesichts der oben beschriebenen bereits bestehenden Instanzen allerdings weder aus ökonomischer noch aus fachlicher Sicht sinnvoll, möglicherweise sogar kontraproduktiv.

Hinsichtlich der Steuerung bei der Einrichtung von diversen Spezialambulanzen fehlen zur Zeit die rechtlichen Möglichkeiten.

8.3.

Gemäß Artikel 22 Abs. 5 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens sind die Bepunktungsregeln für den tagesklinischen Bereich für das LKF-Modell 2006 weiterzuentwickeln.

An Lösungsvorschlägen zur Attraktivierung der tagesklinischen Bepunktungsregeln wird zur Zeit bereits gearbeitet. Eine Entscheidung darüber wird gemeinsam mit allen Ländern in der Bundesgesundheitsagentur voraussichtlich im Frühjahr 2005 getroffen werden.

Die Abgeltung tagesklinischer Leistungen betrifft den Kernbereich des LKF-Modells, der bundesweit einheitlich zu gestalten und verbindlich umzusetzen ist. Das Setzen zusätzlicher finanzieller Anreize durch den Oö. KRAF im Sinne einer Steuerungsfunktion durch den Oö. KRAF ist deshalb nicht möglich

Ein weiterer Grund für die unbefriedigende Inanspruchnahme tagesklinischer Leistungen ist die Tatsache, dass diese bei Sonderklassepatienten nicht abgerechnet werden können.

Bzgl. der Anstaltsgebühren wurden seitens des Oö. KRAF gemeinsam mit den Rechtsträgern der Oö. Fondskrankenanstalten Gespräche mit dem Verband der Versicherungsunternehmen Österreichs aufgenommen, um eine Lösung für die Abrechnung von Sonderklassepatienten in Tageskliniken zu finden. Die Ärztehonorare für Leistungen von Patienten der Sonderklasse gem. § 54 Oö. KAG 1997 wird zwischen Ärztekammer und Sonderklasseversicherungen direkt verhandelt.

10.3.

Die Geschäftsstelle des Oö. Krankenanstaltenfonds befürwortet Maßnahmen, die zu besseren Entscheidungsgrundlagen für Steuerungsmaßnahmen im Ambulanzbereich führen.

Aufgrund der nicht durchgängig validen Leistungs- und Fallzahlen im ambulanten Bereich analysierte bereits im Jahr 2000 eine Arbeitsgruppe mit Vertretern aller Oö. Fondskrankenanstalten die Ambulanzdokumentation und kam zum Ergebnis, dass manche Leistungssteigerungen systembedingt erklärbar sind, da die Leistungsdokumentation trägerspezifisch an die Honorarvereinbarungen der Ärzte gekoppelt ist. Zusätzlich entstanden Leistungssteigerungen im Ausmaß von etwa 10 % seit 1994 (Basis des Ambulanzleistungskatalogs) aufgrund neuer hinzugekommener medizinischer Leistungen.

Die Vorarbeiten für eine valide und steuerungsfähige Ambulanzdokumentation wurden mit einem zwischen Bund, Ländern und Sozialversicherungsträgern bundesweit einheitlichem Ambulanzdatensatz im Dezember 2004 geschaffen. Darin ist - entsprechend der neuen Vereinbarung gem. Art. 15a B-VG - die elektronische Dokumentation von Ambulanzfällen mit Diagnosen- und Leistungsdaten geregelt.

Diese Dokumentation bildet die Basis für eine einheitliche Ambulanzabgeltung, wobei bis 1. Jänner 2007 ein bundeseinheitliches Modell zur leistungsorientierten Abgeltung im ambulanten Bereich entwickelt wird.

Eine vergangenheitsbezogene Evaluierung der Leistungsdaten im Ambulanzbereich erscheint aufgrund der invaliden Datenlage derzeit nicht zielführend. Sobald ein bundesweiter Ambulanzleistungskatalog, der auch für den niedergelassenen Bereich herangezogen werden soll, vorliegt, erfolgt darauf aufbauend die Dokumentation der Ambulanzleistungen. Erst dann können die Anregungen des Oö. LRH zur Evaluierung der Leistungssteigerungen effizient umgesetzt werden. Die Analyse dieser Dokumentation kann in der Folge als Entscheidungsgrundlage für Steuerungsmaßnahmen im intra- und extramuralen Nahtstellenbereich gemeinsam mit der Sozialversicherung wahrgenommen werden.

11.3.

Dem Nahtstellenmanagement und damit der Verbesserung der Kooperation der verschiedenen Sektoren des Gesundheitswesens wird in der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens große Bedeutung beigemessen.

So ist zum Beispiel im Artikel 16 der zitierten Vereinbarung in Abs. 1 Z. 6 das Nahtstellenmanagement zwischen den verschiedenen Sektoren des Gesundheitswesens dezidiert als eine Aufgabe der einzurichtenden Gesundheitsplattformen angeführt.

Zur Finanzierung von Projekten, die der Verbesserung der Zusammenarbeit der einzelnen Sektoren dienen, ist im Artikel 26 die verbindliche Dotierung eines „Reformpools“ vorgesehen.

Zur Praxis der Medikamentenverschreibung wird ebenfalls auf eine Bestimmung in der zitierten 15a Vereinbarung verwiesen. Der Abs. 12 im Artikel 20 lautet: „Die Vertragsparteien verpflichten sich dafür zu sorgen, dass die Krankenanstalten bei der Entlassung Medikationsempfehlungen unter Berücksichtigung des Erstattungskodex erstellen und erforderlichenfalls eine Bewilligung des chef- und kontrollärztlichen Dienstes der Krankenversicherungsträger einholen.“

12.3.

Das Land OÖ. hat sich gemeinsam mit Kooperationspartnern elf vorrangige Gesundheitsziele gesetzt. Für die Umsetzung wurden koordiniert durch das Institut für Gesundheitsplanung Arbeitskreise zu folgenden Themen eingerichtet:

- Diabetische Spätschäden verhindern
- Gesunde Betriebe
- Reduktion der Suizidrate
- Reduktion der kardiovaskulären Krankheiten
- Sucht
- Gesunde Schule
- Gesunde Städte und Gemeinden
- Reduktion der obstruktiven Lungenerkrankungen
- Senioren Gesundheit

In den Arbeitskreisen, zu denen alle wichtigen in Oberösterreich auf diesen Sektor tätigen Institutionen eingeladen wurden, wurden in einer ersten Phase Vorschläge und Handlungsempfehlungen zu den einzelnen Zielen erarbeitet und die Endberichte anlässlich der Gesundheitskonferenz am 22.9.2004 präsentiert.

In einer nächsten Phase sollen nunmehr geprüft werden, welche Maßnahmen konkret zur Erreichung dieser Gesundheitsziele gesetzt werden können.

Besonders hinzuweisen ist im Zusammenhang mit dem Gesundheitsziel 1, auf das Projekt DIALA (Diabetesbetreuung Land). Nach einem ersten Projekt in einigen Gesunden Gemeinden wurde in den Jahren 2002 und 2003 im Auftrag der OÖ. Gebietskrankenkasse und des Landes OÖ. in Kooperation mit der OÖ. Gesellschaft für Allgemeinmedizin und oö. Diabetologen versucht, die Erkennung und Behandlung von Diabetes-Typ II zu optimieren. In

20 Arztpraxen (Ärzte für Allgemeinmedizin) mit speziell geschulten Ärzten wurde eine optimierte Betreuung von Diabetikern in ländlichen Regionen erprobt. Inhalte des Projektes war eine genau definierte Betreuung einer speziellen Gruppe chronisch Kranker und die Patientenschulung nach dem sogenannten Düsseldorfer Modell. In das Projekt wurden auch andere Dienstleister wie örtliche Spitäler, Selbsthilfegruppen und Orthopädieschuhmacher einbezogen um Dienstleister und bestehende Strukturen einzubeziehen und zu vernetzen. Ziel des Projektes war, die Voraussetzungen für eine flächendeckende Diabetesbetreuung bei definierten Qualität zu schaffen.

Aufgrund der Ergebnisse des Projektes laufen nunmehr Überlegungen, wie das Modell oberösterreichweit umgesetzt werden kann.

13.3.

Grundsätzlich wird die Sinnhaftigkeit von Kooperationen bei Supportleistungen bzw. deren mögliche Ausgliederung nicht angezweifelt. Es ist jedoch in jedem Einzelfall zu prüfen, ob die Ausgliederungsvariante tatsächlich kostengünstiger ist und nicht nur eine Verschiebung der Kosten vom Personalaufwand in den Sachaufwand (erhöht um die AfA, Personalarückstellungen und Gewinnzuschläge) darstellt.

Im Fall von Reinvestitionserfordernissen wurden und werden bereits derzeit laufend Möglichkeiten zur Kooperation geprüft (z.B. Kooperationspotenziale Barmherzige Schwerstern Linz und Barmherzige Brüder Linz; gemeinsamer Betrieb von Großgeräten durch intramurale und extramurale Nutzer) und - soweit es unter Berücksichtigung von vorgebrachten regionalwirtschaftlichen und ökologischen Aspekten, im Besonderen bei Küchen- oder Wäschereileistungen, möglich ist - auch umgesetzt.

14.3.

Gegen die vorgeschlagene Anhebung der Leistungsfinanzierung zur Refinanzierung der Investitionen spricht, dass damit entgegen der geltenden Rechtslage auch unbare Aufwendungen (AfA) durch den jährlichen Landesbeitrag im Vorhinein zu finanzieren wären.

Das würde eine zusätzliche Belastung der jährlichen Liquidität des Landes und der Gemeinden bedeuten; es wird bezweifelt, dass die Umstellung auf dieses neue Finanzierungssystem finanzierbar wäre.

Außerdem würde das Land durch diese Form der Vorfinanzierung von Investitionen ein wesentliches Steuerungsinstrument (Einflussnahme auf die Investitionsentscheidung) aus der Hand geben (z.B. bei zukünftigen Kooperationsprojekten).

Es liegt in der Natur der Sache, dass sich die Interessen der Rechtsträger nicht immer mit jenen der öffentlichen Hand decken. Daher sollte auf jeden Fall die letzte Entscheidung „**wo**“, „**wann**“ und „**in welcher Höhe**“ Investitionen bzw. Reinvestitionen im Gesundheitswesen erfolgen, vom Land getroffen werden.

15.3.

Es ist unbestritten, dass geprüfte Einrichtungen zunächst einen Informationsvorteil über ihren eigenen Betrieb gegenüber der Behörde haben.

Gerade deshalb ist im § 30 Abs.2 Z 6 des Oö. KAG festgehalten, dass die Aufsichtsbehörde im Zug der Prüfung des Voranschlags alle erforderlichen Auskünfte verlangen, Erhebungsorgane zur Durchführung von Erhebungen in die Krankenanstalten entsenden kann, und der Rechtsträger verpflichtet ist, alle schriftlichen Aufzeichnungen auf Verlangen vorzuweisen.

Wird z.B. im Zuge der Voranschlagsprüfungen festgestellt, dass die von einem Rechtsträger geplanten Leistungsarten und -mengen sowie die Budgetansätze nicht den Grundsätzen einer wirtschaftlichen, sparsamen und zweckmäßigen Betriebsführung bzw. den Vorgaben des Oö. Krankenanstalten und Großgeräteplanes entsprechen, so ist es geradezu die Pflicht der Aufsichtsbehörde, auch direkt in die operativen Entscheidungen des Betriebes einzugreifen.

Bei den Budgetverhandlungen mit den Fondskrankenanstalten geht es jedoch grundsätzlich nicht darum, in den operativen Bereich einzugreifen, sondern die auf Grund von politischen Entscheidungen jährlich zur Verfügung stehenden Mittel so zu verteilen, dass z. B. Veränderungen in Leistungsbereichen, die Erfüllung von gesetzlichen Vorgaben und strukturelle Gegebenheiten berücksichtigt werden können.

Die Steuerung der Krankenhauskosten sollte unserer Ansicht nach nicht primär über das Finanzierungssystem erfolgen, sondern sollte bereits bei der Leistungsplanung bzw. der Genehmigung von Leistungsveränderungen und Leistungsausweitungen ansetzen.

Die vorgeschlagene Verlagerung der Mittel aus dem Bereich der Abgangsfinanzierung in die Leistungsfinanzierung würde jedenfalls eine stärkere Fokussierung der Krankenanstalten auf die Punkteoptimierung mit sich bringen.

Die in Oberösterreich praktizierte Form der Abgangsfinanzierung ist lediglich eine andere Form des Steuerungsbereiches wie er in anderen Bundesländern zum Ausgleich von strukturellen und/oder regionalen Unterschieden im LKF-Modell direkt eingesetzt wird.

Eine Verbesserung der bestehenden Krankenanstaltenfinanzierung unter Berücksichtigung von Elementen, die einen stärkeren Sparanreiz bieten, wird jedoch bereits diskutiert und zur politischen Entscheidung vorbereitet.

Benchmarks sind auf Grund der eingeschränkten Vergleichbarkeit der zur Zeit verfügbaren Daten nur sehr begrenzt aussagefähig und verlangen eine sorgsame Interpretation durch Experten. Selbst bei gegebener Datenqualität ist zur seriösen Auswertung von Benchmarks ein entsprechendes Hintergrundwissen über strukturelle Unterschiede erforderlich, um Fehlschlüsse zu vermeiden.

Eine Erhöhung der Datenvalidität ist für die Kostenrechnungsdaten ab 2004 zu erwarten, da ab 2004 die Kostenrechnung im Rahmen des Dokumentationsgesetzes neu geregelt wurde.

Zur besseren Vergleichbarkeit der Finanzdaten (Voranschlag und Rechnungsabschluss) ist die Einführung einer einheitlichen Struktur auf Basis des Rechnungslegungsgesetzes mit 2006 vorgesehen.

Ingesamt ist hinsichtlich der Aussagekraft des verfügbaren Zahlenmaterials festzuhalten, dass der aktuelle Stand natürlich nicht als Endzustand zu betrachten ist, sondern laufend weiterzuentwickeln ist.

Wie der Landesrechnungshof in seinem Prüfbericht vom 19. Februar 2002, LRH-100009/7-2002-An/Gb, bereits festgestellt hat, wurde in den letzten Jahren der Prüfungsansatz für die Genehmigung der Voranschläge und der Rechnungsabschlüsse laufend verfeinert. Es konnte durch eine verbesserte Grundlagenarbeit in Bereich der Benchmarks und einer sinnvollen Steuerung der zur Verfügung gestellten Mitteln durchaus eine Minimierung der Effizienzunterschiede herbeigeführt werden.

26.3.

Bei den den Auswertungen zugrunde liegenden übermittelten Daten wurden von der Abteilung Sanitäts- und Veterinärrecht folgende Fußnoten angebracht:

„Da die Bezugsgrößen „Küchenleistung“ in den Krankenhäusern unterschiedlich beurteilt wird, ist ein Vergleich nur bedingt möglich. Gewichtet heißt, dass die Tagesverpflegung mit 0,2 für Frühstück, 0,5 für Mittagessen und 0,3 für Abendessen bewertet wird.

„In der Kostenrechnungsverordnung ist keine eigenen Kostenstelle „Reinigung“ vorgegeben (Reinigungsdienst ist unter „Hausaufsicht“ mit Kosten für Gebäude, Portier, Gärtnerei, Strasse, Abfallwirtschaft, Kläranlage, Betriebsfeuerwehr subsumiert) d.h. dass die Zuordnung in den einzelnen Krankenanstalten unterschiedlich gehandhabt wird. In manchen Krankenanstalten werden die Aufwände für Reinigung direkt der jeweiligen Hauptkostenstelle zugeordnet. **Die Daten sind daher nicht vergleichbar.**“

Im Begleitschreiben wurde zusätzlich auf die eingeschränkte Vergleichbarkeit folgendermaßen hingewiesen:

„Beiliegend übersende ich Ihnen die gewünschten Kostenrechnungsdaten. Die Brauchbarkeit dieser Daten im direkten Vergleich einzelner Krankenanstalten ist jedoch sehr eingeschränkt gegeben, da bis zum Jahr 2003 die Zuordnung der Kostendaten je Haus mitunter sehr unterschiedlich gehandhabt wurde. Um eine befriedigende Validität herzustellen, müssten erst die einzelnen Auffälligkeiten konkret hinterfragt und geklärt werden.

Ab dem Jahr 2004 ist mit der Kostenrechnungsverordnung, die auf einem österreichweiten Projekt zur Vereinheitlichung der Kostenrechnung basiert, mit wesentlich valideren Daten zu rechnen.“

FINANZABTEILUNG

4021 Linz
Klosterstraße 7



Aktenzeichen: **Fin-160247/3-I-2005-Ra/Ma**

Bearbeiter: Johann Raab
Telefon: 0732 / 7720-11303
Fax: 0732 / 7720-11767
E-mail: fin.post@ooe.gv.at

12. Jänner 2005

An den
Oö. Landesrechnungshof

**Initiativprüfung Gesundheitsversorgung
in Oberösterreich, Schwerpunkt Krankenanstalten;
Investitionsfinanzierung**

Sehr geehrte Damen und Herren!

Unter Punkt 14.2. des Entwurfes Ihres Prüfungsberichtes vertreten Sie die Ansicht, dass Investitionsentscheidungen im Rahmen vorzugebender Strukturqualitäts- und Effizienzkriterien den Krankenanstalenträger überlassen werden sollen. Voraussetzung ist eine entsprechende Anhebung der Leistungsfinanzierung, um die Refinanzierung der Investitionen zu ermöglichen.

Hiezu nehmen wir wie folgt Stellung:

Im Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz des Bundes wird im § 3 bestimmt, dass Krankenanstalten sowohl zu ihrer Errichtung wie auch zu ihrem Betrieb eine Bewilligung der Landesregierung bedürfen, wobei die Bewilligung zur Errichtung einer Krankenanstalt unter anderem nur erteilt werden darf, wenn ein Bedarf gegeben ist. Werden nun die Investitionsentscheidungen den Krankenanstalten überlassen, würde sich unser Ansicht nach daraus eher eine Eigen- und Konkurrenzdynamik entwickeln, die der gesetzlich normierten Leistungsangebotsplanung des Landes zuwiderläuft.

Unserer Ansicht nach ist daher in erster Linie eine bedarfsorientierte Leistungsangebotsplanung durch das Land den Investitionsentscheidungen voran zu stellen, wobei einer exakten Darstellung der Folgekosten besondere Bedeutung zukommt. Hinsichtlich der Entwicklung der Folgekosten verweisen wir auf die Steigerung der Betriebsausgaben der Spitäler Oberösterreichs von 1997 bis 2005 um 46 %.

Die Form der Finanzierung ist ein weiterer Entscheidungsschritt. Die von Ihnen angesprochene



Anhebung der Leistungsfinanzierung, um die Refinanzierung der Investitionen zu ermöglichen, ist wie folgt zu differenzieren:

- Bereits anhand der derzeitigen Finanzierungsform von Investitionen der Spitäler ist im Rahmen der Leistungsfinanzierung (einschließlich der Abgangsdeckungsmittel des Landes) eine Quote für die Finanzierung von Investitionen, die sogenannten Ersatzinvestitionen, enthalten, die von der Wirtschaftsaufsicht der Abteilung Sanitäts- und Veterinärdienst transparent festgelegt und überprüft werden kann.
- Die Investitionszuschüsse des Landes sowie des Oö. Krankenanstaltenfonds werden zu den jeweiligen konkreten Projekten nach Maßgabe des tatsächlichen Bedarfes geleistet. Dies gilt auch bei einer Fremdfinanzierung.
- Eine Leistungsfinanzierung, die eine Cash-flow-Finanzierung von Investitionen durch die Krankenanstalten ermöglicht, setzt eine Rücklagenbildung - etwa durch Verrechnung von AfA-Komponenten oder sonstigen Überschüssen aus Leistungsentgelten – voraus. Derartige Rücklagen werden einerseits zulasten von Mitteln der öffentlichen Hand gebildet und erschweren unserer Ansicht nach aber andererseits die Leistungsangebotsplanung des Landes.
In Anbetracht der oben angeführten Aspekte wäre aus wirtschaftlicher und finanzieller Sicht des Landes eine derartige Finanzierungsform abzulehnen.

Wir vertreten daher die Ansicht, dass Investitionsentscheidungen durch das Land primär nach Maßgabe exakter Leistungsangebotsplanungen des Landes und unter besonderer Berücksichtigung der Folgekosten zu erfolgen haben. Eine Rücklagenbildung bei den Krankenanstalten aus Mitteln der öffentlichen Hand lehnen wir dabei ab.

Mit freundlichen Grüßen!

Johann Raab

12. Jänner 2005

An den
Oberösterreichischen Landesrechnungshof
Schubertstraße 4
4020 Linz

**Stellungnahme zur Initiativprüfung
des LRH "Gesundheitsversorgung in OÖ –
Schwerpunkt Krankenanstalten" – geänderte
Besprechungsunterlage Exemplar Nr. 5
vom 15.12.2004 (LRH-120005/32-2004-An)**

Sehr geehrte Damen und Herren!

1. Präambel

In der Schlussbesprechung des LRH und den beteiligten Abteilungen des Landes OÖ sowie des Vorstandes der gespag am 13.12.2004 wurde die Besprechungsunterlage vom 9.12.2004 in dieser Sitzung abgeändert und als geänderte Besprechungsunterlage vom 15.12.2004 erstellt. Es wurde auch in dieser Sitzung vereinbart, dass die gespag hinsichtlich des Kapitels "OÖ Gesundheits- und Spitals-AG (gespag)", Seiten 29 ff und vor allem hinsichtlich der Kapitel "Fondskrankenanstalten, Akutstationärer Bereich Strukturen" und "Kosten", Seiten 32 ff, bis 25.1.2005 eine gesonderte schriftliche Stellungnahme erstellen wird.

2. Anmerkung zum Kapitel „Fondskrankenanstalten; Akutstationärer Bereich, Strukturen“

Die Aussage auf Seite 11 der Besprechungsunterlage vom 15. 12. 2004, wonach die Differenz zwischen kürzester und längster relativer Verweildauer auf deutliche Optimierungspotentiale hinweist, ist in dieser Form zu relativieren.

Zu MEL04.04 Tonsillektomie, Adenotomie, Paracentese: Nach unserer Auffassung ist die Krankenanstalt K423 Linz LKIKL aus dieser vergleichenden Betrachtung herauszunehmen. Operationen im Kehlkopfbereich bei Kindern bedürfen einer erhöhten postoperativen Beobachtung, da der erhöhten Pflegeaufwand bei Schluckbeschwerden sowie das Auftreten der Gefahr von Nachblutungen längere Aufenthalte pädiatrischer Patientinnen und Patienten bedingt. Die Zahl der tagesklinischen Patienten ist in der Betrachtung der MEL04.04 ebenfalls nicht berücksichtigt und sollte zur Vertiefung der Analyse gerade bei dieser MEL herangezogen werden.

Zu MEL05.05 Cholezystektomie: Der Unterschied in den Belagstagen ist durch deutlich unterschiedliche, vor allem fortschrittlichere OP-Techniken (endoskopisch versus laparotomie) sowie durch unterschiedliche co-Morbiditäten zu erklären.

Zu MEL14.08 Totalendoprothetik des Hüftgelenks: Auch hier sind unterschiedliche Operationstechniken im Einsatz, die die unterschiedliche Aufenthaltsdauer erklären. In diesem Zusammenhang möchten wir darauf verweisen, dass die durch das LKF-Punktesystem festgelegten Höchst- bzw. Mindestverweildauern in der Frage der Mindestverweildauer einer Revision bedürfen, um nicht durch die Anwendung neuer, patientenschonender Operationstechniken nicht in den Bereich der punktemäßigen Unterdeckung zu geraten.

Zum Thema der Verkürzung der präoperativen Verweildauer ist im Bereich der gespag bereits ein Projekt zur Verbesserung dieser Situation initiiert. Die vermehrte Durchführung von Leistungen als tagesklinische Leistungen hängt wie bereits an anderer Stelle ausgeführt, von einer Akkordierung der unterschiedlichen Anreizsysteme ab.

3. Anmerkung zum Kapitel "Kooperation zwischen AKH Linz und LFKK"

Die in diesem Kapitel angeführten Vorschläge des LRH können inhaltlich unterstrichen werden. Es wird jedoch zum Kapitel 24.1. eine ergänzende Bemerkung bzw. Korrektur angeführt:

Es liegt auf der Hand, dass grundsätzlich getrennte medizinische / nicht medizinische Versorgungsbereiche nicht mit der Effizienz geführt werden können, als wenn eine Einheit des gesamten Klinikzentrums (AKH Linz + LFKK) bestünde.

Hinsichtlich einiger Servicebereiche ist dies durch die Gesamtorganisation der gespag allerdings nicht der Fall. Die gespag hat ihre gesamten Aufgaben z.B. hinsichtlich der Versorgung betreffend Labor, Pathologie und Einkauf synergetisch zusammen geschlossen. So wird die LFKK hinsichtlich des Labors und der Pathologie sowie der Apothekenversorgung von der Landes-Nervenlinik Wagner-Jauregg betreut. Jede dieser Versorgungseinheiten umfasst etwa 1.400 Betten. Ein Herauslösen einer einzelnen kleineren Einheit wie die LFKK würde die Wirtschaftlichkeit im Bereich der gespag senken, hingegen bei einem neu zugeordneten Bereich würde dem AKH dies die entsprechend gleichen Vorteile zuwachsen.

Im Besonderen ist der Einkauf (Einkauf generell aber auch im Apothekenbereich) durch den Konzerneinkauf der gespag auf eine Versorgungsleistung von 4.200 Betten ausgelegt. Auch hier liegt daher der Schluss nahe, dass der Einkauf einer fünf Mal größeren Einheit wie der gespag effizienter dargestellt werden kann.

Hier wäre sogar eine Gesamtkooperation einer Zusammenlegung dieser Bereiche für die gesamte gespag und dem AKH Linz zu überlegen.

Diese Überlegung wurde auch im Absatz 4. des Kapitels 24.1. zum Ausdruck gebracht, in dem der LRH die höchsten Synergieeffekte in einer völligen Verschmelzung von LFKK und AKH Linz zu einem Krankenhaus bzw. in einer Betriebsgesellschaft sieht.

4. Anmerkung zum Kapitel "Kosten"

4.1. Kernleistungen

Wir gehen mit der Meinung des LRH betreffend des theoretischen Einsparungspotenzials vom € 6,55 Mio. konform, der sich auf Grund der Deckungsgradanalyse der einzelnen Abteilungen in den einzelnen Landes-Krankenhäusern ergeben könnte.

Wir möchten aber darauf hinweisen, dass sich diese Ziffern auf Grund nicht zur Gänze vergleichbarer Leistungen bzw. spezifischer Umstände in der Praxis nicht in diesem Ausmaß ergeben werden. Wir gehen davon aus, dass wir in der Praxis etwa die Hälfte dieses Wertes realisieren können.

Außerdem können diese Werte nicht additiv zu den Einsparungspotenzialen gesehen werden, die im Bericht der Spitalsreformkommission angeführt sind. Organisationsänderungen und eine bessere Ausnutzung der Kapazitäten zur Verbesserung der Leistungsfähigkeit der angesprochenen Abteilungen sind in den Umsetzungsvorschlägen bereits enthalten.

Am Beispiel des LKH Steyr sei exemplarisch dargestellt, dass durch die derzeitige bauliche Anordnung der Funktionsräume ein extrem hoher Logistikaufwand verbunden ist. Durch die bereits in Errichtung befindlichen Neubauten soll hier eine deutliche Kostenentlastung herbeigeführt werden. Das wurde auch in einem Prüfbericht des Bundesrechnungshofes festgestellt.

4.2. Supportleistungen

Auch hinsichtlich der Supportleistungen ist der Vorstand der gespag der Meinung, dass hier Einsparungspotenziale in einzelnen Häusern vorhanden sind. Aus diesem Grund wurde auch 2004 ein zukünftig besonderer Schwerpunkt auf das Facility Management (das die Supportleistungen mit einschließt) gelegt.

Für alle drei Servicebereiche Küche, Wäscherei und Reinigung gilt jedoch gemeinsam, dass auf Grund unterschiedlicher Sekundärkostenumlage und der damit verbundenen Verzerrung der Beurteilung der Kosten pro Leistungseinheit falsche Managementaussagen getroffen werden können.

So wäre es beispielsweise bei den Küchen sinnvoll, nur die Primärkosten für die Beurteilung der Leistungsfähigkeit heranzuziehen. Außerdem sind in den einzelnen Häusern die Kostenstellenstrukturen und Kontierungsrichtlinien unterschiedlich und die Bereiche damit nicht vergleichbar dargestellt.

So werden z. B. bestimmte Spezialbereiche, wie Sonderkostformen (Diätmenüs, Milchküche für Säuglinge und Kinder, etc), nicht abgegrenzt und daher mit ihren Gesamtkosten den einzelnen Leistungseinheiten (Tagesverpflegung) zugerechnet. Weiters werden teilweise Catering und Aufwendungen für interne Veranstaltungen nicht entsprechend gesondert dargestellt. Dies führt auch zu dieser erheblichen Varianz in der Kostendarstellung.

Weitere Diskrepanzen gibt es auch im Bereich der Wäscherei oder der Reinigung. Exemplarisch sei nur die Psychiatrische Klinik Wels hervor gehoben, die keine eigene Reinigungskostenstelle aufweist und ein wesentlicher Teil der Reinigung daher in den Kosten der Küche zu finden ist.

Wir sind uns schon längerer Zeit dieses Umstandes bewusst und haben daher mit 1.1.2005 das obsolet werdende Rechnungswesenspaket PHOENIX durch das SAP-System abgelöst. Auf der Grundlage dieses neuen SAP-Software-Pakets haben wir einerseits die Umstellungen in den organisatorischen Prozessen vorgenommen bzw. sind wir in der Lage, auch eigene Kontrollinstrumente aufzubauen bzw. die Absicherung der Kostenrechnungsergebnisse (Kostenarten, Kostenstellen) zu erhöhen bzw. in der weiteren Folge eine Kostenträgerrechnung aufzubauen.

Mit dem Projekt der SAP-Einführung wurde bereits 2002 gestartet und wie aus aktueller Sicht dargestellt werden kann, wurde die Umstellung aller Landes-Krankenhäuser mit 1.1.2005 erfolgreich durchgeführt. Dieses Projekt war das größte Organisationsprojekt in der Geschichte der Landes-Krankenhäuser und wird seine Fortsetzung in der Implementierung des SH-Moduls (Patientenverrechnung) und in der weiteren Folge mit der geplanten Implementierung des Personal-Verwaltungsmoduls (HR) in den nächsten drei Jahren finden. Das Paket wird aber nicht nur im Rahmen des Controlling und Rechnungswesen massive Verbesserungen bringen, sondern auch im Rahmen etwa des Einkaufes und der Materialwirtschaft. Inhaltlich wird dieses System für die gesamte gespag die Grundlage für weitere Rationalisierungspotentiale bilden.

Hinsichtlich der Details zu den Kostenanalysen bzw. Zahlen verweisen wir auf eine separate Unterlage unseres Controllings.

Wir möchten auch die Gelegenheit dieser Stellungnahme nutzen, um uns für die kompetente und sehr effiziente Zusammenarbeit mit den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Landesrechnungshofes zu bedanken und ersuchen Sie die angeführten Anmerkungen in entsprechender Form im Schlussbericht zu berücksichtigen.

Für allfällige weitere Ergänzungen oder Details stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen,

Oö. Gesundheits- und Spitals-AG

Dr. Maximilian Koblmüller

Dr. Harald Geck

Anlagen