

Oberösterreichischer



Landesrechnungshof

Initiativprüfung

Umsetzung der Oö. Spitalsreform

Bericht

Auskünfte

Oberösterreichischer Landesrechnungshof

A-4020 Linz, Promenade 31

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

Fax: #43(0)732/7720-214089

E-mail: post@lrh-ooe.at

Impressum

Herausgeber: Oberösterreichischer Landesrechnungshof
A-4020 Linz, Promenade 31

Redaktion und Grafik: Oberösterreichischer Landesrechnungshof
Herausgegeben: Linz, im März 2009

Inhaltsverzeichnis

Kurzfassung	2
Entwicklung der Oö. Spitalsreform 2005	6
Reformprozess	6
Ziel der Reform	7
Umsetzung der Oö. Spitalsreform	9
Umsetzungsprozess	9
Umsetzungsverantwortung	9
Umsetzungskonzept	10
Stand der Umsetzung per 31.12.2007	10
Maßnahmen	10
Evaluierungen	13
Kostendämpfung auf Basis Gesamtkosten	13
Kostendämpfung nach Angaben der Krankenanstalten-Träger	16
Spezifische Strukturentwicklungen	17
Kooperationen	17
Barmherzige Schwestern Linz / Barmherzige Brüder Linz	17
AKH Linz / Landes-Frauen- und Kinderklinik Linz (LFKK)	18
Krankenhaus St. Josef Braunau / Kreiskrankenhaus Simbach	26
Fusion	27
Klinikum Wels-Grieskirchen GmbH	27
Entwicklungen im Leistungsspektrum	27
Salzkammergutverbund der gespag	27
Kreuzschwestern Sierning GmbH Krankenhaus Sierning	28
LKH Steyr, Standort Enns	28
LKH Freistadt, Psychiatrie	29
Medizintechnische Großgeräte	30
Magnetresonanztomographen (MRT)	30
Koronarangiographien (KOR)	30
Analyse spezifischer Leistungsbereiche	33
Fallzahlentwicklung	33
Tagesklinik	35
Mindestfallzahlen	38
Weiterentwicklung der Spitalslandschaft in Oberösterreich	41

Rahmenvorgaben des ÖSG _____	41
Strukturvorgaben aus dem RSG Oö. _____	42
Zu erwartende Kosteneffekte des RSG Oö. _____	45

Der Landesrechnungshof (LRH) hat in der Zeit vom 19.9.2008 bis 22.12.2008 im Sinne des § 4 Abs. 1 Z. 1 in Verbindung mit § 2 Abs.1 Z. 1 und Z. 3 des Oö. LRHG, LGBl. Nr. 38/99 idgF, eine Initiativprüfung durchgeführt.

Gegenstand der Prüfung war die Umsetzung der Oö. Spitalsreform mit Blickrichtung auf die weitere Entwicklung der Oö. Spitalslandschaft (RSG Oö.). Ausgangspunkt der Prüfung war für den LRH das von der Landesregierung am 20.6.2005 beschlossene Zukunftsprogramm für die Spitäler in Oberösterreich. Der LRH weist darauf hin, dass die von der Abteilung Gesundheit vorgelegten aktuellen Unterlagen (Maßnahmen und Kostendämpfung) zum Umsetzungsstand der Oö. Spitalsreform auf Basis Stichtag 31.12.2007 erstellt wurden.

Das Prüfungsteam setzte sich aus Manfred Holzer-Ranetbauer als Prüfungsleiter, Mag. Lisa Höllwirth, Josef Lenglachner und Barbara Spindelbalker zusammen. Dr. Johannes Hohenauer, Ebner Hohenauer HC Consult, Wien, unterstützte den LRH bei dieser Prüfung. Weiters beauftragte der LRH o. Univ. Prof. Dr. Peter Husslein, Vorstand der Universitäts-Klinik für Frauenheilkunde sowie allgemein beedeter und gerichtlich zertifizierter Sachverständiger, mit der Erstellung eines medizinischen Fachgutachtens betreffend die Kooperation AKH/LFKK im Bereich der Gynäkologie und Geburtshilfe.

Das vorläufige Ergebnis der Prüfung wurde der Direktion Finanzen und der Direktion Soziales und Gesundheit, Abteilung Gesundheit, in der Schlussbesprechung am 29.1.2009 zur Kenntnis gebracht. Den Vertretern des AKH Linz, der gespag sowie der Direktion Soziales und Gesundheit, Abteilung Gesundheit, wurde das vorläufige Ergebnis der Prüfung in Besprechungen am 30.1.2009 und am 2.3.2009 zur Kenntnis gebracht.

Weiters wurde dieses Ergebnis der Gesundheitsreferentin Landesrätin Dr. Silvia Stöger am 9.2.2009 und dem Landesfinanzreferenten LH Dr. Josef Pühringer am 10.2.2009 zur Kenntnis gebracht.

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.

Abkürzungsverzeichnis / Glossar

A	
AEP	Appropriateness Evaluation Protocol standardisiertes Erhebungsverfahren zur Ermittlung der Aufnahmenotwendigkeit in stationäre Betreuung
AG/R	Akutgeriatrie/Remobilisation
AKH Linz/AKH Linz GmbH	Allgemeines Krankenhaus der Stadt Linz
B	
BHBR Linz	Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Linz
BHS Linz	Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern Linz
BHS Ried	Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern Ried
C	
CT	Computertomographie
D	
d. s.	das sind
E	
elektive Leistung	planbare Leistung
ELI	Krankenhaus der Elisabethinen Linz
F	
Fin	Finanzabteilung (seit 1.1.2008 Direktion Finanzen)
Fondskrankenanstalten	sind jene Krankenanstalten, deren Leistungen durch den Oö. Gesundheitsfonds mitfinanziert werden
G	
Geb	Geburtshilfe
gespag	Oberösterreichische Gesundheits- und Spitals-AG
GmbH	Gesellschaft mit beschränkter Haftung
Gyn	Gynäkologie
H	
HDG	Hauptdiagnosegruppe
I	
idgF	in der geltenden Fassung
K	
KA	Krankenanstalt
Katarakt	Grauer Star (Trübung der Augenlinse)
KH	Krankenhaus

Klinikum WE-GR	Klinikum Wels-Grieskirchen; früher AKH Wels und Krankenhaus St. Franziskus in Grieskirchen
Kollegiale Führung	Krankenhaus-Verwaltung bestehend aus einer ärztlichen, einer kaufmännischen und einer Pflegedirektion
KOR	Koronarangiographie
L	
LDF	Leistungsbezogene Diagnose-Fallgruppen
LFKK	Landes Frauen- und Kinderklinik Linz
LGBL	Landesgesetzblatt
LKF	Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung
LKH	Landeskrankenhaus
LNKL	Landes-Nervenklinik Wagner-Jauregg Linz
LRH	Landesrechnungshof Oberösterreich
LRHG	Landesrechnungshofgesetz
M	
Mamma	Mammographie
max.	maximal
MEL	Medizinische Einzelleistung
MHG	Medizinische Hauptgruppe
min.	minimal
Mio.	Millionen
Mrd.	Milliarden
MRT	Magnetresonanztomographie
O	
ÖBIG	Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen
ÖKAP	Österreichischer Krankenanstaltenplan
Oö. GGP	Oberösterreichischer Großgeräteplan
Oö. KAG	Oberösterreichisches Krankenanstaltengesetz
Oö. KAP	Oberösterreichischer Krankenanstaltenplan
OÖGKK	Oberösterreichische Gebietskrankenkassa
OP	Operation
ÖSG	Österreichischer Strukturplan Gesundheit
Ösophagus	Speiseröhre
P	
p. a.	per anno/jährlich
PSO	Psychosomatik

R	
rd.	rund
RNS	Remobilisation und Nachsorge
RO	Rohrbach
RSG Oö.	Regionaler Strukturplan Gesundheit Oberösterreich
S	
SanD	Abteilung Sanitätsdienst (seit 1.1.2008 Direktion Soziales und Gesundheit, Abteilung Gesundheit)
SanR	Abteilung Sanitäts- und Veterinärrecht (seit 1.1.2008 Abteilung Gesundheit)
SKV	Salzkammergutverbund
Standard-Krankenhaus	Krankenanstalten der Basisversorgung meist mit den Abteilungen Innere Medizin und Allgemeinchirurgie (siehe § 15 Oö. KAG) und versorgt in der Regel zwischen 50.000 und 90.000 Einwohner (siehe § 39 Oö. KAG)
T	
tat.	tatsächlich
TK	Tagesklinik
U	
UKH	Unfallkrankenhaus
V	
v. a.	vor allem
VB	Vöcklabruck
Vollabteilung	Eine Abteilung, die neben dem Abteilungsleiter weitere Fachärzte umfasst, die Ausbildung zum Facharzt leisten kann und stationäre Betten belegt.
VR	Versorgungsregion
VWD	Verweildauer

KURZFASSUNG

- (1) Der LRH prüfte die Umsetzung der Oö. Spitalsreform mit Blickrichtung auf die zukünftige Entwicklung der Spitalslandschaft in Oberösterreich. Ziel des von der Landesregierung beschlossenen Zukunftsprogrammes für die Spitäler ist bei einer optimierten Versorgung eine Verringerung der erwarteten Kostensteigerungen (=Kostendämpfung) von jährlich rd. 75 Mio. Euro bis 2011. Dieses Ziel soll durch Strukturoptimierungen und einen Abbau bzw. eine Umwandlung von Betten erreicht werden. Der LRH anerkennt zwar die Bemühungen um Veränderungen im Spitalswesen, schränkt aber ein, dass die großen Strukturveränderungen (z.B. Schließung von Krankenanstalten-Standorten) bereits mit den Krankenanstaltenplänen 2002 bzw. 2004 verbindlich waren.
- (2) **Insgesamt kommt der LRH zu einer differenzierten Bewertung über die Zielerreichung der Oö. Spitalsreform. Obwohl Reformmaßnahmen umgesetzt wurden, ist aus der Entwicklung der Gesamtkosten der Krankenanstalten 2002 bis 2007 keine wesentliche nachhaltige Kostendämpfung erkennbar. Der Bettenstand Ende 2007 liegt mit 8.665 auch noch deutlich über dem Zielwert der Reform von 8.108 Betten. Darüber hinaus ist er der Meinung, dass notwendige Strukturentscheidungen durch vorgesehene aber noch nicht durchgeführte Evaluierungen zumindest hinausgeschoben wurden (z.B. gynäkologische Versorgung im Zentralraum Linz).**

Die einzelnen Häuser errechnen für ihre bisher getätigten Maßnahmen eine jährliche Kostendämpfung von insgesamt rd. 38 Mio. Euro. Weil die Berechnungsmethoden stark voneinander abweichen, ist für den LRH dieser Effekt in der Gesamtzusammenschau aller Krankenanstalten nicht aussagekräftig.

- (3) Von den in der Oö. Spitalsreform vorgesehenen Kooperationen beurteilt der LRH die Zusammenarbeit der Barmherzigen Schwestern und der Barmherzigen Brüder in Linz als richtungsweisend. Es wurden tatsächlich Leistungen transferiert und Strukturen bereinigt.

In der Zusammenarbeit zwischen dem AKH Linz und der Landes-Frauen- und Kinderklinik (LFKK) ist das Kinderherzzentrum hervorzuheben. Daneben gibt es funktionierende Kooperationen im Supportbereich.

Im Gegensatz dazu ist die beabsichtigte Kooperation im Bereich der Gynäkologie und Geburtshilfe nicht gelungen. Ein vom LRH beigezogener medizinischer Gutachter kommt zum Ergebnis, dass **„die Kooperation in der bestehenden Form im Bereich der Gynäkologie und Geburtshilfe zwischen dem AKH Linz und der LFKK als gescheitert anzusehen ist. Die derzeitige Situation im Bereich der Gynäkologie und Geburtshilfe ist als chaotisch und unhaltbar einzustufen. Die Arbeitsbedingungen im AKH Linz und in der LFKK sind für die involvierten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sämtlicher Berufsgruppen unhaltbar, mit anerkannten Managementprinzipien unvereinbar und müssen ehebaldigst geändert werden. Durch die doppelte Trägerschaft sind die notwendigen organisatorischen Voraussetzungen für die optimale Betreuung von Frauen, Schwangeren und deren Kinder nicht gegeben“**. Ein Weiterführen der beiden Abteilungen unter diesen organisatorischen Rahmenbedingungen ist aus Sicht des LRH nicht zu verantworten.

Weiters führte der Gutachter aus, dass „eine Vereinheitlichung unabhängig von ihrer Kosten-Nutzen-Effizienz aus rein medizinischen Überlegungen unabdingbar notwendig ist.“

- (4) Die Oö. Spitalslandschaft ist geprägt von einer großen Bettendichte, einer hohen Krankenhaushäufigkeit und entsprechend hohen Kosten. Dem LRH ist nicht nachvollziehbar, warum den aufgezeigten Möglichkeiten zum Abbau von Parallelstrukturen nicht mehr Augenmerk geschenkt wurde.

Im nunmehr beschlossenen RSG Oö. kommt es zu einer deutlichen Erhöhung der Plankapazitäten gegenüber den Ansätzen der Spitalsreform. Fixiert sind 8.554 Betten, die damit deutlich über der Oö. Spitalsreform liegen. Einige der in der Reform vorgesehenen Strukturmaßnahmen wurden mit dem RSG Oö. aufgehoben. Eine Berechnung des LRH ergab, dass sich das Kostendämpfungspotential der Oö. Spitalsreform von geplanten 75 Mio. Euro auf rd. 15,3 Mio. Euro reduzierte.

- (5) Mit Ausnahme der Aufenthalte der Patientinnen und Patienten der Region Mühlviertel liegen diese 2007 überall über den auf Grund der demographischen Entwicklung für 2010 errechneten Werten (siehe Sollfallzahlen im ÖSG). Der LRH empfiehlt dem Land, die ihm zur Verfügung stehenden Steuerungsmöglichkeiten so einzusetzen, dass eine aus Qualitäts- und Effizienzgründen anzustrebende gleichmäßige regionale Versorgung erreicht wird.
- (6) **Ungeachtet des unbestritten positiven Zusammenhanges zwischen Leistungsmenge (jährliche Fallzahl in einer Abteilung) und Ergebnisqualität werden die im RSG Oö. empfohlenen Mindestfallzahlen für operative Eingriffe in einigen Bereichen massiv unterschritten. Ein damit verbundenes Qualitätsrisiko wurde nach Ansicht des LRH zu wenig beachtet. Zur Sicherung einer adäquaten Versorgungsqualität der Patientinnen und Patienten empfiehlt der LRH dem Land, ausgewählte Mindestfallzahlen mit den Krankenanstalten verbindlich festzulegen und deren Einhaltung sicher zu stellen. Demnach müsste es zu einer Spezialisierung kommen. Zusätzlich sollten weitere Maßnahmen zur Qualitätssteigerung z.B. die Rotation von Fachärzten zwischen Krankenanstalten forciert werden.**
- (7) Der LRH sieht in der Erbringung von tagesklinischen Leistungen ein attraktives Angebot für Patientinnen und Patienten sowie eine Möglichkeit das Spitalswesen effizienter zu gestalten. Er empfiehlt dem Land weiterhin die Etablierung bzw. den Ausbau tagesklinischer Strukturen zu forcieren, zumal damit eine relevante Zahl an stationären Betten substituiert werden könnte.
- (8) Zu einzelnen Strukturentwicklungen trifft der LRH folgende Feststellungen:
- Zwischen den Krankenhäusern Vöcklabruck, Gmunden und Bad Ischl wurde der Salzkammergutverbund gegründet. Darin werden Lösungen zur Versorgung peripherer Häuser mit spezialisierten medizinischen Leistungen gefördert (z.B. Neurologie). Der LRH sieht im Verbund eine positive Möglichkeit der Zusammenarbeit im Bezug auf Qualität und Effizienz der Versorgung.

- Nach Schließung der Abteilung Chirurgie und Unfallchirurgie am Standort Enns betreibt die gespag noch immer eine unfallchirurgische Ambulanz mit jährlichen Kosten von rd. 770.000 Euro. Dem LRH ist nicht nachvollziehbar, warum im dicht versorgten Zentralraum eine derartige Sonderstruktur aufrecht erhalten wird.
- Im LKH Freistadt besteht eine psychiatrische Tagesklinik, die begleitend evaluiert wird. Laut RSG Oö. wird nach Vorliegen der Evaluierungsergebnisse über die Einrichtung einer Abteilung entschieden. Der LRH empfiehlt die stationäre Versorgung der Region Mühlviertel am Standort Linz (Landes-Nervenklinik) zu belassen.
- Zum Prüfungszeitpunkt lagen Anträge für den Ankauf und Betrieb einer Koronarangiographie für die Krankenhäuser Steyr, Vöcklabruck und Ried im Innkreis vor. Derzeit wird die Bevölkerung schwerpunktmäßig in Linz und Wels versorgt. Eine private Gesellschaft kaufte im Sommer 2008 eine Anlage, welche derzeit vom Rechtsträger des Krankenhauses Braunau in Simbach betrieben wird. Zum Zeitpunkt der Prüfung lag dafür kein Antrag auf Genehmigung durch das Land Oö. vor. Aus Sicht des LRH besteht mit den Anlagen in Wels und Linz insgesamt eine ausreichende Versorgung, daher wäre es zielführender den Ungleichgewichten in der regionalen Versorgung durch organisatorische Maßnahmen zu begegnen.

(9) Insgesamt gibt der LRH folgende Empfehlungen ab:

I. Kooperation AKH Linz/LFKK (auf Basis eines medizinischen Gutachtens):

1. Herbeiführung einer unverzüglichen Regelung, die ein gesetzes- und leitlinienkonformes Arbeiten ermöglicht - insbesondere Klärung der Verantwortung - (siehe Pkte. 12.2. u. 14.2.; Umsetzung ab sofort).
2. Zusammenführung der Gynäkologie und Geburtshilfe unter einer Leitung mit klarer Verantwortung, diese ist unabhängig von ihrer Kosten-Nutzen-Effizienz aus rein medizinischen Überlegungen unabdingbar notwendig (siehe Pkt. 14.2.; Umsetzung ab sofort).

II. Strukturanpassungen:

1. Schließung der unfallchirurgischen Ambulanz am Standort Enns, zumal im Zentralraum eine dichte Versorgung gegeben ist (siehe Pkt. 19.2.; Umsetzung mittelfristig).
2. Keine Genehmigung zusätzlicher Anlagen für Koronarangiographien, sondern Herbeiführung eines Ausgleiches in der regionalen Versorgung durch organisatorische Maßnahmen (siehe Pkt. 22.2.; Umsetzung ab sofort).
3. Überprüfung weiterer möglicher kostendämpfender Strukturveränderungen im Rahmen der Umsetzung des RSG Oö. (siehe Pkt. 29.2.; Umsetzung mittelfristig).

III. Steuerung:

1. Förderung von Investitionen aus Landesmitteln in Abhängigkeit von der Ausschöpfung möglicher Kooperationen und Schwerpunktbildungen (siehe Pkt. 10.2.; Umsetzung ab sofort).
2. Verknüpfung ausgewählter Strukturqualitätskriterien und Mindestfallzahlen mit der LKF-Finanzierung damit nicht genehmigte Leistungen nicht bezahlt werden (siehe Pkte. 22.2. u. 27.2.; Umsetzung ab sofort).
3. Verbindliche Vereinbarung von ausgewählten Mindestfallzahlen zwischen dem Land und den Krankenanstalten und Sicherstellung ihrer Einhaltung (siehe Pkt. 27.2.; Umsetzung ab sofort).
4. Weitere Forcierung der Erbringung tagesklinischer Leistungen und Etablierung der entsprechenden Strukturen bei Neu-, Zu- und Umbauten (siehe Pkt. 25.2.; Umsetzung ab sofort).
5. Steuerung und Kontrolle der Entwicklung der stationären Aufenthalte im Interesse einer regional gleichmäßigen Versorgung der Bevölkerung (siehe Pkt. 23.2.; Umsetzung ab sofort).
6. Prüfung der Zusammenführung der Supportprozesse von Alten- und Pflegeheimen mit peripheren Krankenanstalten unter Berücksichtigung spezifischer Qualitäten (siehe Pkt. 18.2.; Umsetzung ab sofort).

Entwicklung der Oö. Spitalsreform 2005

Reformprozess

- 1.1. In den Jahren 2003 bis 2005 gab es im Bereich der oö. Krankenanstalten verschiedene Reformbemühungen. Diese wurden im LRH-Bericht „Gesundheitsversorgung in Oö. Schwerpunkt Krankenanstalten“ aus dem Jahr 2005 analysiert.
- Die damaligen Reformpapiere (Bericht der Oö. Spitalsreformkommission vom August 2004, ÖBIG-Integrierte Gesundheitsplanung von 2002 und Dr. Silvia Stöger Gesundheitsplan für die Menschen in Oberösterreich) mündeten in die sogenannten Regionalkonferenzen, in denen die Maßnahmen mit den Krankenanstaltenträgern und weiteren Stakeholdern abgestimmt wurden.¹ Das Ergebnis dieser Konferenzen, ein Reformprogramm für die Oö. Spitäler, beschloss die Landesregierung am 20.6.2005. Diese Reform nahm der Landtag als „Zukunftsprogramm für die Spitäler in Oberösterreich“ (kurz: Oö. Spitalsreform) am 6.10.2005 zur Kenntnis (siehe Anlage 1).
- 1.2. Grundsätzlich war aus Sicht des LRH positiv zu bewerten, dass der Reformprozess gemeinsam gestartet und das Ergebnis in den Regionalkonferenzen auch mit den Krankenanstalten(-Trägern) und Vertretern aus den Regionen erarbeitet wurde. Dies umso mehr, weil Oberösterreich im Österreichvergleich überdurchschnittlich viele akutstationäre Betten aufweist. In der nachfolgenden Tabelle ist auch ersichtlich, dass die Bettenreduktion in den Jahren 1997 bis 2007 unter dem österreichischen Durchschnitt lag. Damit einhergehend ergab sich auch durch angebotsinduzierte Nachfrage im Jahr 2007 eine gegenüber der Zielvorgabe des ÖSG um 14% überhöhte Krankenhaushäufigkeit.

Betten Fonds-KA	Österr. gesamt	B	K	NÖ	OÖ	S	St	T	V	W
1997	53.134	1.386	4.251	8.686	9.222	3.595	7.919	4.172	2.117	11.786
1998	52.154	1.333	4.209	8.467	9.089	3.582	7.700	4.157	2.075	11.542
1999	51.365	1.321	4.216	8.212	9.002	3.559	7.536	4.045	2.076	11.398
2000	50.697	1.301	4.122	8.169	8.931	3.508	7.354	4.026	2.076	11.210
2001	50.230	1.315	4.118	8.061	8.915	3.479	7.198	4.044	2.027	11.073
2002	49.884	1.338	4.094	7.965	8.799	3.420	7.111	4.097	2.023	11.037
2003	49.292	1.248	3.919	7.923	8.743	3.397	7.002	4.079	2.021	10.960
2004	49.130	1.252	3.781	7.903	8.681	3.384	7.053	4.137	2.010	10.929
2005	48.958	1.246	3.700	7.998	8.779	3.403	6.967	4.143	1.991	10.731
2006	48.870	1.249	3.638	8.137	8.713	3.392	6.921	4.165	1.993	10.662
2007	48.983	1.271	3.616	8.367	8.665	3.439	6.908	4.149	1.982	10.586
Betten pro 1.000 Einwohner	6,07	4,56	6,44	5,40	6,27	6,63	5,82	6,15	5,64	6,78
Δ 1997-2007	-4.151	-115	-635	-319	-557	-156	-1.011	-23	-135	-1.200
	-7,8%	-8,3%	-14,9%	-3,7%	-6,0%	-4,3%	-12,8%	-0,6%	-6,4%	-10,2%

¹ Zur Konzeption und Abwicklung der Regionalkonferenzen und Zusammenfassung der Ergebnisse richtete das Land eine Spitalsreform-Umsetzungskommission ein.

- 1.3. *Das Gesundheitsreferat teilte dazu in der Stellungnahme Folgendes mit: Im Februar 2004 wurde von Herrn Landeshauptmann Dr. Josef Pühringer eine Spitalsreformkommission eingesetzt, um Kostendämpfungspotenziale bei gleichzeitiger Aufrechterhaltung der hochstehenden medizinischen Versorgung zu erzielen. Dieser Kommission gehörten neben externen Experten auch Krankenhausträgervertreter der in Oberösterreich vertretenen Trägergruppen und Begleiter des Landes (Fin, SanR, SanD) an.*

Auf Basis des Expertenpapiers wurde dann die politische Diskussion im Rahmen der unter dem Vorsitz des Landeshauptmannes eingerichteten Umsetzungskommission geführt. Aus der Umsetzungskommission (bestehend aus allen Vertretern der Verfasser der Reformpapiere, politischen Mandataren sowie bisher an der Erstellung der Papiere nicht beteiligten Interessensvertretungen, wie Ärztekammer, Gebietskrankenkasse, Arbeitnehmervertreter etc.) wurde ein Kernteam zur Ausrichtung der Regionalkonferenzen mit dem Auftrag, einen abgestimmten Maßnahmenkatalog auf Basis der vorliegenden Papiere zu erstellen, gebildet. Das Ergebnis der Regionalkonferenzen wurde dann als Zusammenfassung von der gesamten Umsetzungskommission beschlossen.

Diese Vorgangsweise hat einerseits gewährleistet, dass ein kleines Expertengremium ein bereits mit den Trägergruppen abgestimmtes Ergebnis erarbeitet hat, das dann in einem weiteren Schritt mit allen Stakeholdern diskutiert und zu einem Endergebnis entwickelt wurde. Das diesbezügliche Vorgehen wurde eingeleitet noch bevor auf Bundesebene die Gesundheitsreform 2005 beschlossen wurde, somit wurde der Prozess in Oberösterreich zu einem „Vorreiterprozess“.

Die angeführte 15% Zielwertüberschreitung für Krankenhaushäufigkeit ist für die Abteilung Gesundheit auf Basis der ÖSG-Zahlen nicht nachvollziehbar.

Oberösterreich weist im Vergleich der stationären Betten pro 1000 Einwohner niedrigere Werte als vergleichbare Bundesländer wie Kärnten und Salzburg auf. Der Österreichschnitt ist wenig aussagekräftig, da die Bundesländer wie Burgenland, Niederösterreich und Vorarlberg durch Wien bzw. Tirol mitversorgt werden und daher weniger stationäre Betten vorhalten müssen. Oberösterreich hingegen versorgt bis auf einige medizinische Spitzenleistungen, die vorwiegend an Universitätskliniken erbracht werden, die Bevölkerung des Bundeslandes weitgehend durch eigene Strukturen.

- 1.4. Der LRH hielt dazu fest, dass nach den vorliegenden Unterlagen der Auftrag an die Spitalsreformkommission gemeinsam vom Landeshauptmann und der Gesundheitslandesrätin in einer konstituierenden Sitzung am 11.2.2004 erteilt wurde.
- Der LRH merkte an, dass die 14%ige Zielwertüberschreitung für Krankenhaushäufigkeit (siehe Punkt 1.2.) auf den in der Versorgungsmatrix des Österreichischen Strukturplan Gesundheit 2006 (ÖSG 2006) dargestellten Soll-Fallzahlen 2010 basiert.

Ziel der Reform

- 2.1. Mit der von der Landesregierung beschlossenen und vom Landtag zur Kenntnis genommenen Reform soll bis Ende 2011 ein jährliches Kostendämpfungspotential² von 74,935 Mio. Euro (Leistungsbereich: 60,418 Mio. Euro; Hilfskosten/Nebenkosten: 14,517 Mio. Euro) erreicht werden. Um dieses Ziel zu erreichen war vorgesehen, 626 Betten abzubauen und 210 Betten in Nachsorge- bzw. Pflegebetten umzuwandeln.

² Im Gegensatz zu Kosteneinsparungen ist unter Kostendämpfungspotential ein Abflachen von erwarteten Kostensteigerungen zu verstehen, z.B. erwartete Kostensteigerung innerhalb von fünf Jahren 10%, durch Kostendämpfungsmaßnahmen eine Verringerung auf 8%.

Die angestrebte Bettenreduktion sollte durch Strukturveränderungen bzw. Redimensionierungen erreicht werden. In den während der Prüfung mit den Kollegialen Führungen geführten Gesprächen ergab sich, dass tatsächlich Bettenkapazitäten in neue Leistungsbereiche (AG/R, Palliativ) geschaffen wurden. Gleichzeitig war beabsichtigt, für Nachsorgebetten rd. 9,3 Mio. Euro pro Jahr zur Verfügung zu stellen.

Laut Auskunft der in der Oö. Spitalsreform beigezogenen externen Experten resultierten die Kostendämpfungen der Regionalkonferenzen teilweise aus den Angeboten der Träger bzw. der Häuser, die in den jeweiligen Regionalkonferenzen diskutiert wurden. Die Verantwortung für die Berechnung dieser Vorschläge lag bei den Häusern. Durch unterschiedliche Berechnungsmethoden der einzelnen Häuser war das Ergebnis in seiner Konsistenz beeinträchtigt. Die Krankenanstalten(-Träger) erhielten keine genaue Auflistung der durch die beschlossenen Reformmaßnahmen zu erreichenden Kostendämpfungspotenziale, insbesondere im Hilfs- und Nebenkostenstellenbereich.

Der Landeshauptmann kommunizierte mit einem Brief am 30.5.2005 die Maßnahmen der Oö. Spitalsreform an alle Kollegialen Führungen.

- 2.2. Unter Berücksichtigung der für Nachsorgebetten zur Verfügung gestellten rd. 9,3 Mio. Euro wäre aus Sicht des LRH das zu erreichende Kostendämpfungspotential mit 65,7 Mio. Euro anzusetzen gewesen, da anstelle der in der Reform vorgesehenen Nachsorgebetten die Krankenanstalten tatsächlich Bettenkapazitäten in neuen Leistungsbereichen im akutstationären Bereich schufen.

Der LRH anerkannte, dass in Oberösterreich, besser als in anderen Bundesländern, Veränderungen im Spitalwesen im Konsens mit den Krankenanstalten(-trägern) erreicht werden konnten. Anzumerken ist aber, dass der Konsens erst durch einen weitestgehenden Verzicht auf Strukturinnovationen möglich wurde. Das abgestimmte Ergebnis umfasste sowohl Strukturanpassungen als auch die entsprechenden Kostendämpfungswirkungen. Einschränkend stellte der LRH fest, dass ein Großteil der Strukturveränderungsmaßnahmen bereits im Oö. KAP 2002 und 2004 enthalten war. Zum Teil wurden auch Maßnahmen beschlossen, die schon langjährig erfolgreich umgesetzt waren. So bestand z.B. die Palliativeinrichtung am KH Ried schon seit 1998, aber große strukturverändernde Maßnahmen wie die Schließung der Standorte LKH Buchberg und LKH Gmundnerberg beschloss der Aufsichtsrat der gespag bereits im März 2002. Sie befanden sich zum Zeitpunkt der Reform schon in Umsetzung. Einige von der Spitalsreformkommission vorgeschlagenen Empfehlungen wurden nicht in die beschlossene Oö. Spitalsreform übernommen (insbesondere Strukturmaßnahmen im Bereich der Unfallchirurgie und der Gynäkologie und Geburtshilfe).

Problematisch sah der LRH, dass den Häusern zwar die Maßnahmen, nicht aber die zu erreichenden Kostendämpfungswirkungen detailliert kommuniziert wurden. Lt. Auskunft der Kollegialen Führungen der Häuser waren damit die zu erzielenden Kostendämpfungspotenziale nicht klar; insbesondere die Berechnung sowie die Vorgaben im Bereich der Hilfs- und Nebenkostenstellen.

- 2.3. *Dazu teilte das Gesundheitsreferat mit, dass in den Regionalkonferenzen für jede Region Maßnahmen und die grundsätzliche Bereitschaft zur Kostendämpfung bei den Hilfs- und Nebenkostenstellen festgehalten wurden. Das Kostendämpfungspotenzial für den Hilfs- und Nebenkostenstellenbereich wurde im Expertenpapier der Oö. Spitalsreformkommission dargestellt. Eine Berechnung auf Hausebene durch die Expertenkommission erfolgte in diesem Papier nicht. Hingewiesen wird, dass im Rahmen der Umsetzungskommission noch vor den Regionalkonferenzen das Expertenpapier in fast allen Häusern vorgestellt und die vorgeschlagenen Maßnahmen diskutiert wurden. Allerdings war die Kommunikation zwischen den kollegialen Führungen und den Bearbeitern in den Krankenhäusern teilweise nicht optimal.*
- 2.4. In der direkten Kommunikation mit den Vertretern der Krankenanstalten konnte der LRH feststellen, dass die Zielvorgaben v.a. im Bereich der Hilfs- und Nebenkostenstellen nicht klar kommuniziert wurden. Auch aus der Aktenlage war für den LRH die Kommunikation von Zielvorgaben in diesem Bereich an die Häuser nicht erkennbar.

Umsetzung der Oö. Spitalsreform

Umsetzungsprozess

Umsetzungsverantwortung

- 3.1. Im Reformprozess wechselte die Zuständigkeit innerhalb der Landesverwaltung: Während die Finanzabteilung (seit 1.1.2008 Direktion Finanzen) die interne Verantwortung bis zum Landesregierungsbeschluss inne hatte, übertrug die Landesregierung die Federführung in der Umsetzung der Abteilung Sanitäts- u. Veterinärrecht (kurz SanR, seit 1.1.2008 Abteilung Gesundheit). Gleichzeitig wechselte die Zuständigkeit vom Finanz- zum Gesundheitsressort. Die inhaltliche Verantwortung (Durchführung der Analyse und Erarbeitung eines abgestimmten nachhaltigen Maßnahmenkatalogs) lag bei den beauftragten externen Experten. Im Reformpapier war ein generelles Bekenntnis zur laufenden Evaluierung der Maßnahmen - insbesondere Statusbericht 2008 (auf Basis Ist-Daten 2008) - formuliert.
- 3.2. Aus der Prozessgestaltung konnte der LRH nicht erkennen, dass die Verantwortung für die Umsetzung der Reformmaßnahmen in der Reformkonzeption schon entsprechend mitbedacht wurde. Durch den Übergang der Verantwortung vom externen Experten auf die Landesverwaltung gingen maßgebliche Informationen für das Umsetzungscontrolling verloren.
- 3.3. *Das Gesundheitsreferat führte dazu aus, dass im Papier der Spitalsreformkommission ein Umsetzungsplan empfohlen wurde, welcher durch die Umsetzungskommission nicht dezidiert aufgegriffen wurde. Allerdings wurde in den Regionalkonferenzen eine Statusevaluierung 2008 (auf Basis der Zahlen des Rechnungsabschlusses 2008) festgehalten. Herr Landeshauptmann Dr. Josef Pühringer hat in diesem Zusammenhang eine externe Evaluierung für 2009 mit Frau Landesrätin Dr.ⁱⁿ Silvia Stöger vereinbart.*

Umsetzungskonzept

- 4.1. In der Oö. Spitalsreform waren die Ziele, nicht jedoch die notwendigen Umsetzungsschritte enthalten. Die Träger bzw. Krankenanstalten wurden nicht aufgefordert spezifische Umsetzungskonzepte zu erstellen und vorzulegen.
- 4.2. Im Idealfall hätten nach der Kommunikation der standortspezifischen Reformvorgaben von den Häusern bzw. den Trägern entsprechende Konzepte eingefordert werden sollen. Dazu wäre nach Ansicht des LRH eine Projektorganisation mit geeigneten Steuerungsgremien einzurichten gewesen. Die von den Häusern vorgelegten und vom Land abgenommenen Reformkonzepte hätten in weiterer Folge die Grundlage für ein sinnvolles Umsetzungscontrolling bilden können.

Der LRH empfahl dem Land in zukünftigen Strukturveränderungsprozessen eine effiziente Organisation des Umsetzungsprojektes auf Basis eines abgestimmten Konzeptes. Im Rahmen der Projektorganisation sind entsprechende Strukturen, Berichtspflichten und Steuerungskompetenzen vorzusehen.

Stand der Umsetzung per 31.12.2007

Maßnahmen

- 5.1. Die mit der Reform angestrebten 8.108 Betten sollten durch Redimensionierungen bzw. Strukturveränderungen erreicht werden (im Wesentlichen Zusammenlegung oder Schließung von Abteilungen, Kooperationen, Umwandlung von Akutbetten). In der Zwischenzeit wurden folgende Reformmaßnahmen abgeändert:
- Führung Unfallchirurgie Freistadt und Rohrbach als jeweils eigenständige Abteilungen anstelle eines Departements (per Landtagsbeschluss)
 - Etablierung des KH Sierning als Zentrum für Akutgeriatrie/Remobilisation der Region Pyhrn-Eisenwurzen anstelle des Trägermodells mit Integration des Alten- und Pflegeheimes (politisches Einvernehmen, rechtliche Basis wurde im RSG Oö. 2008 geschaffen)

Auf Basis der zum Prüfungszeitpunkt verfügbaren Unterlagen ergibt sich folgender Bettenstand je Versorgungsregion:

Region	Ist 2002	Oö. Spitalsreform	Ist 2007
VR 41 Zentralraum Linz	3.623	3.369	3.546
VR 42 Zentralraum Wels	1.354	1.291	1.340
VR 43 Mühlviertel	398	357	385
VR 44 Pyhrn-Eisenwurzen	1.169	1.053	1.151
VR 45 Traunviertel-Salzkammergut	1.222	1.082	1.171
VR 46 Innviertel	1.033	956	1.072
Oö. Gesamt	8.799	8.108³	8.665

³ Nachdem das in der Oö. Spitalsreform vorgesehene Trägermodell im KH Sierning nicht umgesetzt wurde, bleiben am Standort 90 statt 65 akutstationäre Betten bestehen. Das wären dann in Summe 8.133 Betten für Oberösterreich.

- 5.2. Der LRH kritisierte, dass per 31.12.2007 das Ziel im Bettenbereich nicht erreicht wurde. Er konnte sich vor Ort bei den Krankenanstalten überzeugen, dass die Schaffung neuer Leistungsbereiche zügig in Angriff genommen wurde, während sich die beschlossenen strukturbereinigenden Maßnahmen paradoxer Weise zeitlich nach hinten verschoben (u.a. durch Abwicklung bei Neu-, Zu- und Umbauten).

Die Kooperation im Bereich der Gynäkologie und Geburtshilfe zwischen dem AKH Linz und der Landes-Frauen- und Kinderklinik (LFKK) ist aus Sicht des LRH gescheitert (siehe Punkt 11. und folgende). Einzelne Maßnahmen waren in kritischen Bereichen inhaltlich unklar formuliert (z.B. Führung einer Fachabteilung eines KH durch ein anderes KH). Die Verwirklichung vorgesehener Maßnahmen in der Leistungserbringung scheiterte unter anderem auch an der Schaffung der erforderlichen, insbesondere auch bundesgesetzlichen Rahmenbedingungen (tagesklinische Versorgung anstelle einer Vollabteilung).

Trotz der zeitlichen Verschiebung bzw. der Nicht-Implementierung einzelner Maßnahmen konnte der LRH kaum gegensteuernde Maßnahmen durch das Land erkennen. Er empfahl bei der Umsetzung von Reformprojekten Steuerungs- und allenfalls Sanktionsmaßnahmen vorzusehen.

- 5.3. *Das Gesundheitsreferat teilte dazu mit, dass die Oö. Spitalsreform primär eine Dämpfung der konkreten Ausgabendynamik in Oberösterreich zum Ziel hatte und die erarbeiteten Kostendämpfungen sollen dazu beitragen, diesen Steigerungssatz zu verringern. Dies wurde auf die spezifische Situation in Oberösterreich angewandt und berechnet. Ein Vergleich mit der Literatur ist unseres Erachtens nur bedingt zulässig, da die Literatur von Schnittwerten ausgeht und die spezifische Situation in Oberösterreich (als Ausgangspunkt) nicht widerspiegeln kann.*

Aus der Stuserhebung 2008 soll eine Anpassung des Maßnahmenkataloges, der Anreizmechanismen und des Umsetzungscontrollings vorgenommen werden. Die Anregungen des LRH werden bei dieser Vorgangsweise einbezogen.

Wird ein Leistungsbereich im Oö. RSG neu geplant, so ist dieser unserer Meinung nach keinesfalls ins Verhältnis zu den Berechnungen der Oö. Spitalsreform zu stellen und auch nicht im Bettensaldo zu berücksichtigen. Ansonsten würde gedanklich ein völliger Stopp in der weiteren Entwicklung der Oö. Spitalslandschaft unterstellt werden.

Im Sinne der Versorgungssicherheit mit stationären Leistungen ist es nicht paradox, sondern sehr wohl erforderlich, zuerst neue Strukturen aufzubauen, bevor durch strukturbereinigende Maßnahmen bestehende Kapazitäten abgebaut oder redimensioniert werden.

Im Kommentar zur Tabelle in Pkt.5.1. wird der Begriff „akutstationäre“ Betten verwendet. Da diese Benennung in keiner gesetzlichen Bestimmung aufscheint, wäre hier von „stationäre Betten“ zu sprechen.

- 5.4. Aus Sicht des LRH sollte angesichts der hohen bestehenden Bettendichte angestrebt werden, die – sicherlich notwendige – Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen nicht additiv zu planen. Im Sinne einer Substitution wären bei der Etablierung neuer Strukturen Altstrukturen zumindest im selben Ausmaß zurückzuführen.

Der Auf- und Abbau von Versorgungsstrukturen sollte Zug um Zug erfolgen. Ansonsten besteht die Wahrscheinlichkeit, dass die neuen Strukturen zwar aufgebaut werden, es aber auch mittelfristig nicht zu einer entsprechenden Anpassung der Alt-Strukturen kommt.

Die Verwendung des Begriffes „akutstationäre“ Betten in der Fußnote 3 erfolgte bewusst, um begrifflich eine klare Abgrenzung zu den in Sierning auch geplanten stationären Pflegebetten zu schaffen.

- 6.1. Die Oö. Spitalsreform sah zur Entlastung des akutstationären Bereiches die Schaffung von Strukturen der „vidierten Pflege“ vor. Durch diese Strukturen sollten Patientinnen und Patienten mit erhöhtem Pflegebedarf auf einer angemessenen Versorgungsstufe außerhalb des Krankenhauses betreut werden. Eine genaue Definition der „vidierten Pflege“ ist in der Oö. Spitalsreform nicht erfolgt.
- 6.2. In einer Modellrechnung hat der LRH dazu Daten von Patientinnen und Patienten mit einer Verweildauer über 40 Tage analysiert (Datenbasis 2007). Die Hälfte der Tage nach dem 28. Belagstag wurde im Modell als Strukturpotenzial der vidierten Pflege angenommen. Hier ergibt sich ein rechnerischer Bedarf von 59 Betten, wobei die regionale Verteilung mit 33 Betten in Linz und keinen Betten in den Regionen Mühlviertel und Salzkammergut-Traunviertel sehr unterschiedlich ausfällt.

Krankenanstalt	Patienten mit Verweildauer >40 Tage	Mittlere VWD	Strukturbedarf*
KH St. Josef Braunau	133	55,7 Tage	5 Betten
KH St. Franziskus Grieskirchen	53	55,2 Tage	2 Betten
AKH Linz	452	59,5 Tage	19 Betten
KH der Barmherzigen Brüder Linz	115	54,2 Tage	4 Betten
KH der Barmherzigen Schwestern Linz	247	58,7 Tage	10 Betten
AKH Wels	217	59,8 Tage	9 Betten
LFKK	165	65,0 Tage	8 Betten
Oö. Gesamt	1.382	59,1 Tage	59 Betten

* In dieser Hochrechnung wird die Hälfte der Tage nach dem 28. Tag als Potenzial gewertet.

Der LRH stellte fest, dass die geplante Etablierung von akutstationären Betten im Bereich Remobilisation und Nachsorge (RNS) nicht der „vidierten Pflege“ gleichzusetzen ist. Diese bezieht sich explizit auf Patientinnen und Patienten, für die keine Spitalspflicht vorliegt und die damit angemessen außerhalb der Akutkrankenanstalt betreut werden können. Der LRH regte an, weitere Strukturen im Pflegebereich zu schaffen und stationäre Betten analog dazu zu reduzieren.

- 6.3. *Das Gesundheitsreferat führte dazu an, dass der Hinweis auf Langlieger-Patienten (mehr als 40 Tage) nicht zwingend den Schluss zu lässt, dass dafür analog im Pflegebereich stationäre Strukturen geschaffen werden müssten.*

Zur Erprobung adäquater medizinischer Versorgungsstrukturen für Bewohnerinnen und Bewohner von Pflegeheimen bzw. für ältere Menschen wurden zwei Reformpoolprojekte („Medizinische Versorgung in Alten- und Pflegeheimen“ und „Versorgung von demenziell erkrankten Menschen“) eingerichtet, die u.a. der Vermeidung von Aufnahmen in das Krankenhaus dienen sollen.

Weiters wurden seit dem Jahr 2008 Betten für langzeitbeatmete Menschen außerhalb des Krankenhauses (Schloss Haus, Carl Borromäus) sowie mobile Betreuungsformen eingerichtet. Diese Patientinnen und Patienten waren bisher vorwiegend auf Intensivstationen in den Krankenhäusern untergebracht.

Derzeit werden in Oberösterreich auch zwei Pilotprojekte zur neuen Versorgungsschiene der Remobilisation und Nachsorge (RNS) betrieben. Die Projekte am Klinikum Wels-Grieskirchen und am AKH Linz werden bis Ende 2010 laufend evaluiert, die Erkenntnisse daraus für Empfehlungen im ÖSG 2010 herangezogen. Der Begriff „vidierte Pflege“ findet sich nicht im ÖSG.

Evaluierungen

- 7.1. Die Oö. Spitalsreform sah in unterschiedlichsten Bereichen Evaluierungen von Maßnahmen vor:
 - Evaluierung der unfallchirurgischen Versorgung im Versorgungsraum Linz
 - Evaluierung des vorgeschlagenen Modells für die Gynäkologie im Krankenhaus der Elisabethinen
 - Evaluierung des Family-Center-Modells (Gesamt-Oö-Konzept)
 - Überdenken des Leistungsspektrums im Hinblick auf grenzübergreifende Kooperation Simbach
- 7.2. Zu den in der Oö. Spitalsreform beschlossenen Evaluierungen stellte der LRH fest, dass bis zum Zeitpunkt der Prüfung keine Evaluierung stattgefunden hatte und damit notwendige Entscheidungen hinausgeschoben wurden. Unklar war auch, wer dafür zuständig sei. Laut Auskunft der Abteilung Gesundheit ist geplant, diese Evaluierungen in der Umsetzungsphase des RSG Oö. aufzuarbeiten.
- 7.3. *Die vom LRH angesprochenen Evaluierungen sollen in der Umsetzungsphase des RSG Oö. aufgearbeitet werden. Derzeit kann vom Gesundheitsreferat hiezu Folgendes festgehalten werden:*
 - *Vom Bundesrechnungshof wurde im Jahr 2007 die „Unfallchirurgische Versorgung der Landeshauptstadt Linz“ eingehend geprüft.*
 - *Fächerübergreifende Versorgungskonzepte konnten bisher nicht evaluiert werden, da noch keine endgültigen, überprüfbaren Ergebnisse vorliegen (Gesamt-Oö-Konzept Family-Center).*
 - *Die Anträge (im Zusammenhang mit Koronarangiographie) des KH Braunau betreffend das Leistungsspektrum am Standort Simbach werden in die Beratungen des Unterausschusses „Verbesserung der Herzinfarktversorgung in Oö.“ des Oö. Landtages eingebracht.*

Kostendämpfung auf Basis Gesamtkosten

- 8.1. In den Jahren 2002 bis 2007 stiegen die Gesamtkosten in den Krankenanstalten von rd. 1,26 Mrd. Euro auf rd. 1,72 Mrd. Euro. Im Zeitraum 2002 bis 2006 betrug die durchschnittliche Steigerungsrate bei den Ausgaben der Oö. Spitäler rd. 5,5% p.a., zwischen 1997 und 2001 lag diese bei rd. 6,1%.
- 8.2. Das Kostendämpfungspotenzial der Oö. Spitalsreform im Hauptkostenstellenbereich wurde auf Basis einer Methodik berechnet, die in ähnlicher Form auch in anderen Bereichen zur Anwendung kommt.⁴ Diese Berechnung basiert auf den Veränderungen stationärer Betten, wobei die Schließung ganzer Einheiten stärker kostenwirksam wird, als der Ab- bzw. Aufbau einzelner Betten.

⁴ vgl. NÖGUS: Kostenmodell AHB 2.0 (2008).

ÖBIG: Struktur- und Angebotsplanung der akutstationären Versorgung Vorarlbergs (2002).

Zur Beurteilung der Kostendämpfung war es für den LRH notwendig, den Begriff „Kostendämpfung“ zu klären. Ein Kostendämpfungseffekt im Spitalsbereich wird vom LRH dann unterstellt, wenn das inflationsbereinigte Kostenwachstum unter 2,5% p.a. liegt. Im Kostenfaktor von 2,5% p.a. ist das „natürliche Kostenwachstum“⁵ im Krankenhausbereich abgebildet, damit werden neben der medizinischen und demographischen Entwicklung auch Lohnsteigerungen über der Inflation abgegolten. Nach dieser Berechnung beträgt der kumulierte „natürliche Kostenanstieg“ (inklusive der durchschnittlichen Inflation von 1,88 % p.a.) im Beobachtungszeitraum 4,38 % p.a.

Nachstehende Tabelle zeigt die Entwicklung auf Basis der Versorgungsregionen:

Region		Ist-Kosten 2002	Ist-Kosten 2007	Kosten 2007 Preisbasis 2002*	Kostenveränderung 2002 - 2007 (real)*	
VR 41+43	Zentralraum Linz, Mühlviertel	621.787.938	844.329.861	681.763.477	59.975.539	9,6%
VR 42	Zentralraum Wels	189.228.092	261.369.809	211.045.941	21.817.849	11,5%
VR 44	Pyhrn- Eisenwurzen	168.776.779	212.890.252	171.900.587	3.123.808	1,9%
VR 45	Traunviertel- Salzkammergut	146.061.777	218.372.908	176.327.618	30.265.841	20,7%
VR 46	Innviertel	129.128.901	186.891.207	150.907.370	21.778.469	16,9%
Oö. Gesamt		1.254.983.487	1.723.854.037	1.391.944.992	136.961.505	10,9%

* zusätzlich zur durchschnittlichen Inflation (1,87% p.a.) wird eine Indexanpassung für medizinische und demographische Entwicklung und Lohnsteigerungen über der Inflation in Höhe von 2,5% p.a. angenommen, insgesamt 4,38 % p.a.

Der LRH stellte fest, dass der Kostenanstieg durchgängig über der „natürlichen Rate“ lag. Es konnte somit nach Ansicht des LRH in keiner Region eine Kostendämpfung nachgewiesen werden, wiewohl er anerkannte, dass die durchschnittlichen jährlichen Steigerungsraten der Kosten gesunken sind. Insgesamt konnte der LRH messbare Kostendämpfungswirkungen nur bei tatsächlichen strukturellen Veränderungen erkennen.⁶

Nach Auffassung des LRH ist eine Beurteilung von Kostendämpfungseffekten nur auf Basis der Gesamtkostenentwicklung aussagekräftig, weil diese für die Financiers der Krankenhäuser ausschlaggebend sind und sich die Kostendämpfungsziele der Reform auch auf die Gesamtkosten bezogen.

Der LRH empfahl, künftig die Kostendämpfungspotentiale auf Basis der Gesamtkosten festzulegen und die Zielerreichung aus der realen Gesamtkostenentwicklung abzuleiten.

⁵ In der Literatur wird dieser Faktor mit 1,5 bis 2,5 % bewertet.

⁶ z.B. im KH Sierning durch die Einschränkung des Leistungsspektrums in Verbindung mit einer Bettenreduktion (Betten Ist 2002: 99 Betten, auf Trägermodell geplant 65 Betten). Diese Kostendämpfungswirkung wird allerdings durch die Erhöhung der Bettenzahl wieder aufgehoben.

- 8.3. *Nach Ansicht der Abteilung Gesundheit war unter dem in der Spitalsreform verwendeten Begriff „Kostendämpfung“ ein Absenken der Steigerungsraten des Kostenanstieges zu verstehen, nicht hingegen ein Erreichen des „natürlichen Kostenwachstums“.*

Die Oö. Spitalsreform hatte eine Dämpfung der konkreten Ausgabendynamik des Landes Oö. und der oö. Gemeinden zum Ziel. Die in der Beilage 1 angeführte Tabelle zeigt einen Vergleich der Prognose der Oö. Spitalsreformkommission mit der tatsächlichen Ausgabenentwicklung.

Eine Berechnung der Kostendämpfung auf Basis der Gesamtkosten erscheint insofern problematisch, da Oberösterreich eine sehr moderne und gut ausgebaute Krankenhausstruktur aufweist und die daraus resultierende Abschreibung in den Gesamtkosten enthalten ist.

Zur Tabelle im Punkt 8.2. wird Folgendes angemerkt:

In der VR 44 Pyhrn-Eisenwurzen wurde für einen möglichen Nachweis einer Kostendämpfung im Jahr 2002 das LKH Enns mit rd. 16,5 Mio. Euro nicht eingerechnet. Da sich die Kosten der Leistungen des ehem. LKH Enns im Jahr 2007 in den Kosten des LKH Steyr befinden, sind für einen Regionenvergleich auch die obg. Kosten im Jahr 2002 fiktiv hinzuzurechnen, sodass auf Basis der Endkosten der Kostenanstieg 2002 zu 2007 nicht rd. 58,2 Mio. Euro (140.225.692 Euro 2002; 198.442.152 Euro 2007), sondern 41,7 Mio. Euro beträgt (die Berechnung der Kostenveränderung auf Basis der Endkosten und unter Einbeziehung vom LKH Enns ist in der Beilage 1 ersichtlich).

Der Kostenanstieg ist auch begründet mit kalkulatorischen Anlagekapitalkosten (insb. Gebäude) von 37.574.797 Euro (von 45.953.574 Euro im Jahr 2002 auf 83.528.371 Euro im Jahr 2007). Nach deren Abzug verbleibt eine die Modellkosten überschreitende Kostenveränderung von 81.973.864 Euro.

Oberösterreich hat im Vergleich zu anderen Bundesländern die Umsetzung der notwendigen Leistungsausweitungen und Investitionen in neue Leistungsbereiche wesentlich entschlossener in Angriff genommen. Damit einhergehend sind Personalsteigerungen und höhere Investitionskosten unumgänglich. Die gesetzlichen Rahmenbedingungen, wie bspw. Strukturqualitätskriterien und das Krankenanstalten-Arbeitszeitgesetz, verursachen ebenfalls wesentliche Kostensteigerungen. Beispielhaft darf auf die aus der Beilage zu entnehmende Entwicklung der Ärztinnen und Ärzte in den oö. Fondskrankenanstalten hingewiesen werden. Damit ist die Differenz der tatsächlichen Kostenentwicklung zum natürlichen Kostenwachstum erklärt.

Trotz dieser Investitionen in neue Leistungsbereiche weist Oberösterreich im Vergleich der Endkosten der fondsfinanzierten Krankenanstalten eine niedrigere Steigerungsrate als vergleichbare Bundesländer aus (siehe Beilage 1).

- 8.4. Die in der Stellungnahme erwähnten Ausgabeneinsparungen stellen eine Momentaufnahme dar. Seitens des Gesundheitsreferates wird nicht beschrieben, dass sich die Ausgabeneinsparung bis Ende 2012 auf rd. 25,7 Mio. Euro drastisch reduzieren wird. Aus Sicht des LRH kann damit kein nachhaltiger Effekt nachgewiesen werden. Überdies sollten richtigerweise die Kosten und nicht die Ausgaben als Bezugsgröße herangezogen werden. Für den LRH stellt eine Berechnung der Kostendämpfungseffekte auf Basis der Gesamtkosten die valideste Vergleichsbasis dar.⁷

⁷ So können etwa z.B. Verzerrungen aus finanzierungstechnisch begründeten Leasingmodellen (z.B. Neuerrichtung des LKH Vöcklabruck) hintangehalten werden.

In der Analyse des LRH wurde auch schon im Ausgangsjahr 2002 das LKH Enns der Region Pyhrn-Eisenwurzen zugerechnet, auch wenn zu diesem Zeitpunkt die eigenständige Krankenanstalt formal der Region Zentralraum Linz-Mühlviertel zuzuordnen war. Die Vorwegnahme der Zuordnung zum LKH Steyr erfolgte, um in der Zeitreihe eine sinnvolle Vergleichsbasis herstellen zu können. Die Gesamtkostenbetrachtung wird durch die Zuordnungsfrage nicht berührt.

Der LRH anerkennt die Leistung, dass die Kostensteigerungen in Oberösterreich teilweise unter den Raten der anderen Bundesländer gehalten werden konnten. Dennoch ist anzumerken, dass angesichts zu erwartender sinkender Budgeteinnahmen auf allen Ebenen ein Bewusstsein dafür geschaffen werden muss, dass ein deutlich über dem Wirtschaftswachstum (bzw. Einnahmewachstum der Geldgeber) liegender Anstieg der Kosten zwingend zu Finanzierungsengpässen führt. Im Sinne einer nachhaltigen Sicherung der sozialen Gesundheitsversorgung ist daher eine Drosselung der Kostendynamik unbedingt anzustreben.

Kostendämpfung nach Angaben der Krankenanstalten-Träger

- 9.1. Die SanR/Abteilung Gesundheit hat zum Umsetzungscontrolling als ersten Schritt ein Formblatt für die Jahresmeldungen der Häuser entwickelt. Die jährlichen Umsetzungsmeldungen der Häuser bzw. der Träger wurden plausibilisiert und entsprechende Umsetzungsberichte für die politischen Entscheidungsträger erstellt. Folgende Tabelle gibt auf Ebene der Versorgungsregionen einen Überblick über geplante und per 31.12.2007 als realisiert gemeldete Kostendämpfungspotentiale:

	Kosten-veränderung 2002-2007 (real)	Kostendämpfung lt. Häuserangaben	Potential lt. Spitalsreform (ohne Nachsorgebetten)
VR 41+43 Linz, Mühlviertel	59.975.539	17.035.838	35.154.000
VR 42 Zentralraum Wels	21.817.849	3.174.133	14.669.000
VR 44 Pyhrn-Eisenwurzen	3.123.808	9.390.000	14.298.000
VR 45 Traunviertel-Salzkammergut	30.265.841	4.971.000	7.669.000
VR 46 Innviertel	21.778.469	805.100	3.145.000
Hilfs- u. Nebenkostenstellen gespag		2.481.000	
Oö. Gesamt	136.961.505	37.857.071	74.935.000

Die Krankenanstalten (-träger) berechneten die Kostendämpfung nach unterschiedlichen Methoden. So wählten sie beispielsweise für das Potential in den Leistungsbereichen folgende Berechnungsarten: Ein Haus valorisierte sein jährliches Potential, ein anderes rechnete mit Ist-Kosten. Eine Trägergruppe stellte in einer Hochrechnung die Kostenentwicklung mit Umsetzung der Maßnahmen jener ohne Reformaßnahmen gegenüber. Eine Trägergruppe setzte nur jene Bereiche an, bei denen sich eine Kostendämpfung ergab (neue Leistungsbereiche wurden nicht angesetzt), andere stellten auch neue Leistungsbereiche dar. Ein Haus verglich den jährlichen Voranschlag mit

dem Rechnungsabschluss. Ein Träger rechnete bei einem seiner Häuser ausschließlich mit Budgetzahlen. Hilfs- und Nebenkosten wurden von den Häusern ebenfalls in unterschiedlicher Form bzw. überhaupt nicht dargestellt.

- 9.2. Die zusammenfassende Darstellung der jährlichen Kostendämpfung hat durch die unterschiedliche Berechnungsmethodik der Häuser für den LRH keine Aussagekraft. Das von den Häusern in den vorliegenden Umsetzungsmeldungen errechnete Potential von rd. 37,9 Mio. Euro (d.s. rd. 50 %) war für ihn jedoch grundsätzlich nachvollziehbar.
- 9.3. *Wie der LRH aufzeigt, hat die Abteilung Gesundheit ein Umsetzungscontrolling installiert. Dabei stellt die Tatsache, dass im Zuge der Oö. Spitalsreform die Krankenanstaltenträger ihre Kostendämpfungspotenziale nach unterschiedlichen Methoden berechneten eine besondere Herausforderung dar; die von der Wirtschaftsaufsicht jährlich eingeforderten Statusberichte sind jedoch grundsätzlich nachvollziehbar.*
- 9.4. Aus Sicht des LRH hätte Vergleichbarkeit und Nachvollziehbarkeit vorab durch eine klare Berechnungsvorgabe der Abteilung Gesundheit sichergestellt werden müssen. Durch die mangelnde Konsistenz ist die Aussagekraft nicht gegeben.

Spezifische Strukturentwicklungen

Kooperationen

Barmherzige Schwestern Linz / Barmherzige Brüder Linz

- 10.1. Die im Kooperationsvertrag zwischen den Barmherzigen Schwestern Linz und den Barmherzigen Brüdern Linz vereinbarten Maßnahmen waren bis zum Prüfungszeitpunkt baulich und organisatorisch umgesetzt. Beide Krankenanstalten haben ihr Leistungsspektrum abgeglichen und in den Fachrichtungen ausdifferenziert. Dabei wurden tatsächlich Leistungen transferiert und Strukturen bereinigt (z.B. Neurologie).⁸ Mit dem errichteten Kooperationsbau wird das „Krankenhaus Seilerstätte“ nach außen sichtbar. Insgesamt sah die Oö. Spitalsreform für beide Häuser ein jährliches Kostendämpfungspotential von rd. 5,2 Mio. Euro vor.
- 10.2. Der LRH hob den von den beiden Trägern eingeschlagenen Weg der Kooperation und Leistungsabstimmung als richtungsweisend hervor. Beide Krankenanstalten-Träger zeigten eine hohe Bereitschaft, die Zusammenarbeit ihrer eigenständigen Krankenanstalten laufend weiter zu entwickeln und zu vertiefen. Obwohl die gesetzlichen Rahmenbedingungen dies nicht immer optimal unterstützen, war man um Lösungen auch im Sinne der Patientinnen und Patienten bemüht.

⁸ Die Schließung von Abteilungen führte auch zu einem Personalwechsel zwischen den beiden Krankenanstalten.

Auf Basis dieses positiven Beispiels regte der LRH auch an, Kooperationsmöglichkeiten zwischen anderen Krankenanstalten zu prüfen bzw. Investitionspläne dahingehend zu optimieren, dass Kooperationen und Schwerpunktbildungen im medizinischen Bereich und in den Supportprozessen gefördert werden. Der LRH stellte fest, dass die beiden Häuser das prognostizierte Kostendämpfungspotential erreichten, wobei die Schaffung der neuen Leistungsbereiche mit ihren Kosten berücksichtigt wurde.

AKH Linz / Landes-Frauen- und Kinderklinik Linz (LFKK)

- 11.1. In der Oö. Spitalsreform wurde das „Bekanntnis der Teilnehmer der Regionalkonferenz zu weiteren Gesprächen hinsichtlich umfassender Kooperation zwischen der LFKK und dem AKH Linz“ vereinbart. Die Voraussetzungen für eine Zusammenarbeit wurden durch die Errichtung der LFKK in unmittelbarer Nähe zum AKH Linz geschaffen. Mit dem Bau wurde die Absicht verfolgt, Synergiepotentiale beider Krankenanstalten auszunutzen. Grundgedanke war die aus Effizienzgründen erstrebenswerte Zusammenführung der geburtshilflichen und gynäkologischen Bereiche beider Spitäler mit einem geschätzten Einsparungspotential von rd. 1,2 Mio. Euro jährlich. Dafür wurden von Seiten des Landes Oö. in der LFKK entsprechende Raumreserven errichtet. Zum Prüfungszeitraum waren diese Flächen von mehr als 1.100 m² keiner konkreten Nutzung zugeführt.
- 11.2. Nach Auffassung des LRH schuf das Land durch die Situierung des Neubaus der LFKK im Nahbereich des AKH die optimalen Voraussetzungen für eine umfassende Kooperation. Diese Zusammenarbeit ist eine zentrale Maßnahme der Oö. Spitalsreform mit hoher Beispielswirkung für die Oö. Spitalslandschaft. Das vom LRH eingeholte medizinische Gutachten besagt, dass „der Aufbau von Doppelgleisigkeiten im Abstand von knapp 100 Metern medizinisch und ökonomisch nicht den geringsten Sinn macht und geradezu ein peinliches Licht auf die dafür Verantwortlichen wirft“. Das Einsparungspotential kann nach Auffassung des LRH nur bei einer auch medizinisch notwendigen Zusammenführung von Gynäkologie und Geburtshilfe unter einer gemeinsamen Führung erreicht werden.
Aus Sicht des LRH ist anzustreben, dass die Freiflächen im Kernbereich der LFKK in Abstimmung mit dem AKH einer sinnvollen medizinischen Nutzung zugeführt werden, die nach Möglichkeit auch einer Förderung der Kooperation der beiden Krankenanstalten dient.
- 11.3. *Zu den Feststellungen des LRH „AKH/Landes-Frauen- und Kinderklinik Linz (LFKK)“ verweist das Gesundheitsreferat auf die Stellungnahmen der gespag und des AKH Linz.*

Ergänzend darf noch festgehalten werden, dass nachweisbar auch die Abteilung Gesundheit ständig bemüht war, diese Kooperation der beiden Häuser - wie auch alle anderen Kooperationsmöglichkeiten - bestmöglich zu unterstützen.

Landesrätin Dr.ⁱⁿ Silvia Stöger weist in diesem Zusammenhang auch darauf hin, dass das AKH der Stadt Linz finanziell schlechter gestellt ist, als die LFKK und das AKH der Stadt Linz als Kooperationspartner daher nicht über die gleichen Möglichkeiten wie die LFKK verfügt. Darüber hinaus wurde außerhalb der Gesundheits- und Spitals AG und außerhalb des Gesundheitsresorts des Landes OÖ von Herrn Landeshauptmann Dr. Pühringer eine eigene Kooperationsgesellschaft gegründet.

Die AKH Linz GmbH teilte dazu mit, dass die Standortentscheidung nach Diskussionen mit Vertretern des ÖBIG von der Stadt Linz und dem Land OÖ einvernehmlich getroffen wurde. Das ÖBIG hatte folgende Varianten erarbeitet:

- Auflassung der Landesfrauenklinik und Aufteilung der Betten auf die bestehenden Standorte (AKH, BHS, BHBR, Elisabethinen)
- Standort Klinikum Seilerstätte – Neubau bei BHS/BHBR
- Neubau bei Landeskinderklinik und AKH

Vom ÖBIG wurde übrigens zu Beginn das Klinikum Seilerstätte favorisiert. Nach Aufzeigen der großen Synergie-Effekte am Standort Krankenhausstraße – gerade auch mit der Landeskinderklinik und einem Schwerpunktkrankenhaus – konnte damals ein Umdenken erzielt werden, nicht zuletzt durch die Intervention der Krankenhausreferentin Christiana Dolezal und des damaligen LR Dr. Walter Aichinger.

Der Grundgedanke war der Support durch das Schwerpunktkrankenhaus AKH und die großen Synergien mit der Landeskinderklinik. In allen folgenden Besprechungen wurde von den Beteiligten immer wieder festgehalten, dass die Gyn/Geb-Abteilung des AKH unverändert aufrecht erhalten bleibt. Auch im ÖKAP 2004 und im aktuellen ÖSG sind diese AKH-Betten unverändert enthalten.

Die Stadt Linz hat große Vor- und Zusatzleistungen für die Neuerrichtung am Standort Krankenhausstraße getätigt. Die ersten Pläne für den Neubau der LFKK enthielten kein Obergeschoß mit den erwähnten 1.100 m². Vertraglich wurde festgelegt, dass Planungsänderungen mit der Stadt Linz abzusprechen sind. Zu keiner Zeit wurde mit Vertreterinnen und Vertretern der Stadt Linz und auch nicht mit Vertreterinnen und Vertretern des AKH die Erweiterung des Neubaus besprochen. Somit steht fest, dass die Zusatzflächen nicht im Konsens mit der Stadt Linz errichtet wurden.

Der vom LRH erwähnte Grundgedanke der Zusammenführung der beiden Abteilungen war daher offensichtlich nur einseitig vorhanden und widerspricht den oben angeführten Vereinbarungen.

In ihrer gemeinsamen Stellungnahme teilten die AKH Linz GmbH und die gespag dazu mit, dass der zwischen den beiden Trägern bestehende Zusammenarbeitsvertrag nicht – wie im Gutachten zitiert – den Aufbau von Doppelgleisigkeiten vorsieht. Der Zusammenarbeitsvertrag regelt die Verteilung und Zuordnung der Leistungsfelder auf beide Träger. Insbesondere wurde die Geburtshilfe in der LFKK, die Gynäkologie im AKH konzentriert. Im Übrigen wird die unsachliche Diktion aus dem Gutachten als unangemessen zurück gewiesen.

Zu den vom LRH angesprochenen Freiflächen gibt es Notwendigkeiten für eine medizinische Nutzung. Es liegen auch entsprechende Konzepte dafür vor.

Die gespag hält fest, dass derzeit die Umsetzungsplanungen für eine dringend erforderliche medizinische Nutzung zur Verbesserung der medizinischen Strukturqualität in der LFKK durchgeführt werden. Insbesondere sind davon die neonatologische und gynäkologisch/geburtshilfliche Versorgung betroffen.

- 11.4. Der LRH wies nochmals auf die hohe Beispielswirkung dieser Zusammenarbeit hin. Wichtig erscheint ihm eine sinnvolle medizinische Nutzung der Freiflächen, die nach Möglichkeit auch einer Förderung der Kooperation der beiden Krankenanstalten dient.
- 12.1. Im Frühling 2006 wurde die AKH Linz – LFKK Kooperationsgesellschaft mbH gegründet. Der Gesellschaftsvertrag formuliert als Hauptziel dieser Gesellschaft die Entwicklung, Bündelung, Steuerung und Sicherung der Zusammenarbeit in der Betriebsführung der beiden Abteilungen für Gynäkologie und Geburtshilfe des AKH Linz und der

LFKK. Der medizinisch-fachliche Bereich ist davon nicht erfasst. Weitere Ziele sind die Sicherung der Qualität und die Hebung von wirtschaftlichen Synergien durch Zusammenarbeit in ausgewählten medizinischen und pflegerischen Bereichen.

Der Zusammenarbeitsvertrag vom Jänner 2007 regelt die Kooperation in der Gynäkologie und Geburtshilfe. In diesem Vertrag wurde unter anderem vereinbart, dass ein trägerübergreifendes gemeinsames Zentrum für Frauenheilkunde unter folgenden Schwerpunktsetzungen geschaffen wird:

- **Bettenführung:**

Das AKH Linz überträgt die Versorgung der Patientinnen der Geburtshilfe an die LFKK. Die im AKH systemisierten 15 Betten werden in die LFKK transferiert. Die LFKK überträgt die Versorgung der Patientinnen der Gynäkologie, mit Ausnahme jener, deren medizinische Behandlung in ursächlichem Zusammenhang mit Sterilität, Schwangerschaft und Geburt stehen, an das AKH Linz. Die in der LFKK systemisierten 10 Betten werden in das AKH transferiert.

Mit Mai 2007 erfolgte dieser Bettenabtausch. Ab diesem Zeitpunkt schloss das AKH den Kreißaal und betrieb keine Geburtenstation, die LFKK keine gynäkologische Station mehr.

- **Medizinisch-fachliche Betreuung:**

Die stationäre und ambulante ärztliche Versorgung von Patientinnen der Geburtshilfe in den Räumlichkeiten der LFKK ist auch weiterhin durch die Ärztinnen und Ärzte der gynäkologisch-geburtshilflichen Abteilung des AKH möglich. Die organisatorische Verantwortung liegt dabei beim Abteilungsvorstand der LFKK. Analoges gilt für die Gynäkologie im AKH Linz.

Laut Zusammenarbeitsvertrag sind auch die notwendigen haftungsrechtlichen Voraussetzungen zu schaffen. Diese rechtlichen Fragen der Haftpflicht sind in einer Vereinbarung zwischen den jeweiligen Versicherungen umfassend geklärt.

Entsprechend angepasste Anstaltsordnungen lagen zum Prüfungszeitpunkt in der SanR/Abteilung Gesundheit nicht vor.

- 12.2. Der LRH kam zur Auffassung, dass in der bestehenden Zusammenarbeit hinsichtlich der Zuständigkeiten an den Schnittstellen keine eindeutigen Regelungen vereinbart wurden. Dies führt zu unklaren Zuständigkeiten⁹ und zeigt im Bereich der Patientenverantwortung bereits erste Auswirkungen. Der Gutachter des LRH führte dazu aus, „dass zu jeder Zeit zweifelsfrei klar sein muss, wer die Letztverantwortung hat und wer gegebenenfalls eine subsidiäre Verantwortung so lange ausüben kann, so lange der Letztverantwortliche sie ihm nicht aus der Hand nimmt“.

Dem medizinischen Gutachter des LRH „war es trotz intensivster Gespräche, genauester Durchsicht aller übersandten Unterlagen und ernstem Bemühen, die Situation zu verstehen nicht vollständig klar, wer im Frauenheilkundebereich für was verantwortlich ist“. Er kam daher zur Auffassung, dass es „langfristig nur eine Abteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe im AKH-LFKK-Areal geben kann“.

Der LRH empfahl daher, diese unausweichliche Zusammenführung unter einer Führung mit klarer Verantwortung rasch zu realisieren.

⁹ Der Gutachter zeigte „Schwierigkeiten bei der Abgrenzung bezüglich der Definition der Schwangerschaft, oder Abgrenzung der Abklärung und Behandlung von gynäkologischen Erkrankungen, die im Zusammenhang mit Sterilität stehen“ auf.

- 12.3. Das AKH Linz und die gespag halten in ihren mündlichen und schriftlichen Stellungnahmen dazu fest, dass die Verantwortlichkeiten im Bereich der Gynäkologie und Geburtshilfe auf Grund der bestehenden Kooperationsvereinbarung, der gemeinsamen Organisationsverfügung der beiden ärztlichen Direktoren und mündlicher Vereinbarungen über den Willen der vertrags-schließenden Parteien klar geregelt sind. Für die dislozierten Betten ist jeweils der Abteilungsleiter jenes Hauses, in dem die ärztliche Tätigkeit erfolgt, zuständig. Ausgenommen davon sind die beiden Abteilungsleiter, die immer letztverantwortlich tätig werden. Es sind daher die Aussagen des Gutachters sachlich nicht gerechtfertigt. Die beiden Träger halten fest, dass durch die derzeitige Form der Zusammenarbeit die Voraussetzungen für eine qualitativ hochwertige Behandlung gegeben sind.

Zur angesprochenen Transferierung der Betten wird festgehalten, dass der Bettenabtausch nicht in Form einer krankenanstaltenrechtlichen Verlagerung erfolgte, sondern durch Belegung mit Gyn.-Patientinnen im AKH und Geburtshilfepatientinnen in der LFKK umgesetzt wurde.

Im Zuge der Beschlussfassung des RSG in OÖ war es erforderlich, eine generelle Anpassung der Anstaltsordnungen vorzunehmen. Durch den länger dauernden Prozess der Beschlussfassung musste mit dieser Anpassung zugewartet werden. Die erforderlichen Änderungen der Anstaltsordnungen des AKH und der LFKK sollten im Zuge dieser Änderungen gemeinsam vorgenommen werden. Im Zuge der Ausarbeitung haben sich Widersprüche zwischen den Regelungen des Zusammenarbeitsvertrages und dem OÖ KAG herausgestellt (siehe dazu den Aktenvermerk der Abteilung Gesundheit vom 18.12.2008).

- 12.4. Die vom medizinischen Gutachter angesprochene „unklare Regelung der Verantwortung“ wird durch die in der Stellungnahme angesprochenen mündlichen Vereinbarungen untermauert. Nach Auffassung des LRH ist eine klare (auch schriftliche) Regelung von Zuständigkeiten und Verantwortung unbedingt erforderlich. Im angesprochenen Aktenvermerk ist nachzulesen, dass „adaptierte Anstaltsordnungen zur krankenanstaltenrechtlichen Genehmigung insbesondere deshalb nach wie vor nicht vorgelegt werden können, da die Verantwortlichkeiten, insbesondere die fachliche Letztverantwortung, im Zusammenhang mit der Kooperation bzw. der Dislozierung derzeit nicht geregelt sind und auch nicht regelbar bzw. erzwingbar seien“.

- 13.1. Im Zusammenarbeitsvertrag wurde auch festgelegt, dass das AKH und die LFKK im Rahmen der Kooperation sicherstellen, dass ihren jeweiligen Ärzten in Ausbildung der Zugang zu den Leistungen des gesamten medizinischen Sonderfaches in jenem Umfang ermöglicht wird, der der jeweiligen Ausbildungsordnung entsprechen bzw. in den Strukturqualitätskriterien normiert ist (=Rotation). Im Rahmen der Facharzt-Rotation ist vorgesehen, dass jeweils 2 Fachärzte wechselseitig dem Kooperationspartner halbjährlich zur Dienstleistung zur Verfügung gestellt werden.

Im Mai 2008 brachten Ärztinnen und Ärzte des AKH Klage auf Feststellung der Unzulässigkeit ihrer Rotation ein. Zum Jahresende 2008 entschied das Gericht, dass die Rotation arbeitsrechtlich nicht zulässig war. Das AKH legte gegen dieses Urteil Berufung ein. Die Ärztinnen und Ärzte des AKH werden seit der Zustellung des Urteils mittels Weisung (auf Basis Gemeindebediensteten-Zuweisungsgesetz) in die LFKK dienstzuge-teilt. In Gesprächen während der Prüfung brachten die Kollegialen Führungen nachdrücklich zum Ausdruck, dass sie den Zusammenarbeitsvertrag erfüllen wollen.

Im Rahmen eines Personalgestellungsvertrages stellte die gespag dem AKH im April 2007 einen Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe als Abteilungsvorstand zur Verfügung. Mit 1.10.2008 kehrte dieser wieder in die LFKK zurück. Die Abteilungsleitung im AKH wurde zunächst interimistisch und ab Anfang November 2008 neu besetzt.

- 13.2. Nach Auffassung des LRH wäre eine Kooperation unter den gegebenen vertraglichen Vereinbarungen grundsätzlich möglich. Vor der Rotation hätte die Zustimmung der betroffenen Ärztinnen und Ärzte eingeholt werden müssen. Auch wenn es nach dem Gemeindebediensteten-Zuweisungsgesetz für das AKH die Möglichkeit gibt, Ärztinnen und Ärzte bis zu drei Monate per Weisung in die LFKK wechseln zu lassen, wird die Zusammenarbeit nach Ansicht des LRH dadurch deutlich schwieriger. Die Rückkehr des AKH-Abteilungsvorstandes als Facharzt in die LFKK sowie die Neubestellung eines Abteilungsvorstandes im AKH erhöhen die Komplexität zusätzlich.

Nach Ansicht des vom LRH beigezogenen medizinischen Gutachters sind „die Arbeitsbedingungen zum Zeitpunkt der Prüfung im AKH und in der LFKK für die involvierten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sämtlicher Berufsgruppen unhaltbar, mit anerkannten Managementprinzipien unvereinbar und müssen ehebaldigst geändert werden.¹⁰ Durch die vorliegende doppelte Trägerschaft sind die notwendigen organisatorischen Voraussetzungen für die optimale Betreuung von Frauen, Schwangeren und deren Kindern nicht gegeben“. Ein Weiterführen der beiden Abteilungen unter diesen organisatorischen Rahmenbedingungen ist aus Sicht des LRH nicht zu verantworten.

- 13.3. *Die Abteilung Gesundheit teilt die Meinung des LRH, dass eine Kooperation unter den gegebenen vertraglichen Vereinbarungen grundsätzlich möglich ist. Hingewiesen werden soll in diesem Zusammenhang auch auf die Feststellung des LRH im Bericht unter Punkt 17.2., wonach produktive Zusammenarbeit eine hohe Bereitschaft der beteiligten Führungskräfte voraussetzt.*

In ihren mündlichen und schriftlichen Stellungnahmen halten dazu die AKH Linz GmbH und die gespag gemeinsam fest, dass die Verantwortlichkeiten im Bereich der Gynäkologie und Geburtshilfe klar geregelt sind (siehe Stellungnahme zu Punkt 12.2.). Die beiden Träger und insbesondere die beiden ärztlichen Direktoren stellen daher fest, dass durch die derzeitige Form der Zusammenarbeit die Voraussetzungen für eine qualitativ hochwertige Behandlung gegeben sind. Auf welcher Grundlage der Gutachter unhaltbare Zustände für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter herleitet, ist weder ausgeführt noch nachvollziehbar.

Das AKH Linz und die gespag gehen davon aus, dass sie die Voraussetzungen für eine optimale Betreuung von Frauen, Schwangeren und deren Kindern bereit halten. Unter welchen Gesichtspunkten und aufgrund welcher Konsequenzen ein Weiterführen der beiden Abteilungen nicht zu verantworten sein soll, wird vom LRH weder ausgeführt noch begründet.

Im Übrigen halten beide Träger fest, dass sich auf Grund der gemeinsamen Stellungnahme von AKH und gespag der LRH und der Gutachter veranlasst sahen, die Feststellung zu treffen, dass „keine unmittelbare Gefahr für Patientinnen bei der Weiterführung der derzeitigen Struktur besteht“.

Zur Facharztrotation merkt die AKH Linz GmbH an, dass diese trotz mancherlei Widerstände aus dem fachärztlichen Personal bislang lückenlos umgesetzt wurde. Die AKH GmbH vertritt auch die Meinung, dass mit dieser Facharztrotation die in den Strukturqualitätskriterien des ÖSG angesprochenen Standards der garantierten Leistungserbringung im jeweilig anderen Teilbereich des Faches lückenlos erfüllt sind. Die AKH Linz GmbH ist auch der Meinung, dass die Zusammenfassung des gynäkologischen Fachbereiches einerseits sowie des geburtshilflichen Bereiches andererseits grundsätzlich zu einer Qualitätsverbesserung führen sollte.

¹⁰ Siehe dazu Lewis, G.: Bericht über mütterliche und kindliche Gesundheit in Großbritannien. In diesem Bericht werden als vermeidbare Faktoren vor allem der Mangel an interdisziplinärer Kommunikation, schlechtes oder fehlendes Teamwork, unklare Hierarchien und mangelhafte zwischenmenschliche Interaktionen angeprangert.

- 13.4. Es mag sein, dass die Kooperation schriftlich geregelt ist. Faktisch stellte der LRH aber fest, dass betroffene Ärzte nur mit artikuliertem Widerstand ihren Dienst versahen. Weiters gewann der LRH den Eindruck, dass die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter starke Vorbehalte gegen diese Kooperation haben. Dies spiegelt sich auch in den diesbezüglichen gerichtlichen Auseinandersetzungen zwischen dem ärztlichen Personal und den Krankenhaus-Trägern wider, was nach Ansicht des LRH die Unhaltbarkeit der derzeitigen Situation unterstreicht.

Auch wenn derzeit eine doppelte Trägerschaft gegeben ist, sind aus Sicht des LRH die organisatorischen Rahmenbedingungen so zu gestalten bzw. weiter zu entwickeln, dass eine optimale Betreuung der Patientinnen gewährleistet ist.

- 14.1. Die Geschäftsführer der Kooperations GmbH vereinbarten, dass die Gyn-Ambulanz des AKH und die Geb-Ambulanz der LFKK räumlich im ersten Stock der LFKK in der damaligen Gyn/Geb-Ambulanz geführt werden soll. Dazu war eine oberirdische Anbindung an das AKH-Gebäude angedacht. Der Eigentümer des AKH stimmte letztlich der Situierung der Ambulanz in der LFKK nicht zu.

Das umfangreiche Vertragswerk sieht Möglichkeiten für die Zusammenarbeit in weiteren Bereichen vor. Im Wesentlichen im medizinischen Bereich die bildgebende Diagnostik, Anästhesie und Intensivmedizin, Pathologie, Mikrobiologie und Molekularbiologie, Knochenmarktransplantationen und Krankenhaushygiene. Dafür sowie für Kooperationen im nicht-medizinischen Bereich sind gesonderte Vereinbarungen zu treffen. Ein Positionspapier vom Juni 2004 errechnete bei maximaler Synergienutzung zwischen den Krankenhäusern AKH Linz, LFKK und UKH Linz ein Einsparungspotential von jährlich maximal 4,1 Mio. Euro. Um dieses zu erreichen, wäre eine Ausweitung der Zusammenarbeit in den Bereichen Pädiatrie, Zytogenetik, Neonatologie, Pränatalmedizin, Zentral-OP, Anästhesie, Mamma-Kompetenzzentrum, Kinderherzzentrum und Apotheke notwendig.

Zum Prüfungszeitpunkt bestanden Kooperationen in den Bereichen CT/MR, Kinderherzzentrum, Brustkompetenzzentrum, Wäsche, Garage und Entsorgung. Weiters wurde in einigen Bereichen die Leistungsübernahme geklärt bzw. festgelegt (z.B. Pathologie/Mikrobiologie, Hygiene). Noch keine Zusammenführung bzw. Kooperation gibt es unter anderem in den Bereichen Radiologie, Anästhesie sowie Hygiene.

- 14.2. Der medizinische Gutachter des LRH stellte fest, dass „die Kooperation in der bestehenden Form im Bereich der Gynäkologie/Geburtshilfe zwischen dem AKH Linz und der LFKK als gescheitert angesehen werden muss“. Positiv hervorheben möchte der LRH jedoch das Kinderherzzentrum, welches trotz der sehr komplexen Konstellation hervorragend funktioniert und sich innerhalb kürzester Zeit zu einem Referenzzentrum in Österreich entwickelt hat.

Nach Ansicht des LRH kann es langfristig auf dem Areal des AKH und der LFKK nur eine Abteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe geben. Der Gutachter führte dazu aus, dass „nur eine derartige Lösung einheitliche rechtliche Arbeitsbedingungen gewährleistet, Doppelläufigkeiten vermeidet und schlanke sowie klare Verantwortungsstrukturen erlaubt. Jede andere Lösung ist unzeitgemäß und wird - zweifellos - im Laufe der Zeit zusammengeführt werden. Diese Vereinheitlichung ist unabhängig von ihrer Kosten-Nutzen-Effizienz aus rein medizinischen Überlegungen unabdingbar notwendig“.

Dazu wird es erforderlich sein, dass das Krankenhaus A seine Abteilung und sein Leistungsspektrum dem Krankenhaus B vollständig überträgt oder umgekehrt. Nach Meinung des LRH wären beide Lösungen als gleichwertig zu betrachten. Möglich wäre es aus seiner Sicht auch, eine Betriebsgesellschaft zu gründen, in die sämtliche gynäkologische u. geburtshilfliche Bereiche eingebracht werden. Generell ist aus Sicht des LRH als erster Schritt eine entsprechende Entscheidung der Eigentümer (Stadt Linz und Land Oberösterreich) unabdingbar, ob und in welcher Form kooperiert werden soll. Aus Sicht des Gutachters „ist mittel- bis langfristig eine Vereinheitlichung im Sinne ein Träger, ein Betreiber, eine Abteilung anzustreben“.

Dem LRH ist bewusst, dass Änderungen von gewachsenen Strukturen schwierig und anspruchsvoll sind und den vollen Rückhalt der jeweiligen Eigentümer in der Vergangenheit erforderte. Der LRH gewann den Eindruck, dass dieser nicht immer gegeben war.

Bezüglich der vom AKH und der LFKK dargestellten Synergieeffekte stellte der LRH fest, dass die beiden Häuser bei gleichen Bereichen - vereinzelt sogar erheblich - unterschiedliche Potentiale anführten. Das angestrebte jährliche Potential aus der Kooperation im gynäkologischen u. geburtshilflichen Bereich in Höhe von rd. 1,2 Mio. Euro wurde aus Sicht des LRH bisher nicht erreicht.

- 14.3. *In ihren mündlichen und schriftlichen Stellungnahmen stellen dazu die AKH Linz GmbH und die gespag noch einmal fest, dass die Verantwortlichkeiten im Bereich der Gynäkologie und Geburtshilfe klar geregelt sind (siehe Stellungnahme zu Punkt 12.2.). Die beiden Träger und insbesondere die beiden ärztlichen Direktoren stellen fest, dass durch die derzeitige Form der Zusammenarbeit die Voraussetzungen für eine qualitativ hochwertige Behandlung gegeben sind.*

Zu den Bereichen Radiologie, Anästhesie und Hygiene halten beide Träger fest, dass sowohl in der Radiologie (z.B. Ausbildungsrotation) als auch in der Anästhesie (z.B. die teilweise anästhesiologische Versorgung des Gyn.-OP im AKH durch die LFKK) Kooperationen bereits bestehen. Für den Bereich der Hygiene bringt eine Zusammenarbeit keine Synergiepotenziale.

Weiters lehnen das AKH und die gespag die Feststellung ab, dass „die Kooperation in der bestehenden Form im Bereich der Gynäkologie/Geburtshilfe zwischen dem AKH Linz und der LFKK als gescheitert angesehen werden muss“ und halten daher fest: Durch die Zusammenführung der Geburtshilfe entstand in der LFKK mit mehr als 3.100 Geburten die größte Geburtshilfe Österreichs. Ebenso wurde die Gynäkologie im AKH konzentriert.

Zu dem im Bericht angesprochenen unterschiedlichen Synergiepotenzialen können die beiden Träger ohne Kenntnis der verglichenen Zahlen keine detaillierte Stellungnahme abgeben. Der genannte Betrag von Mio. 1,2 Euro im Gyn/Geb.-Bereich setzt eine vollständige organisatorische und räumliche Zusammenführung der Abteilungen voraus. Gespag und AKH schlagen daher zu diesem Punkt eine gemeinsame Detailbesprechung mit dem Landesrechnungshof vor.

Beide Träger halten fest, dass sie an einer Weiterentwicklung der Kooperation arbeiten, jedoch die Rahmenbedingungen (gesetzliche Regelungen, Eigentümerentscheidungen) eine Optimierung erfordern.

Die AKH Linz GmbH teilte mit, dass die Zusammenlegung der Ambulanzen tatsächlich diskutiert wurde, jedoch wurde aus medizinisch-fachlichen und räumlichen Überlegungen seitens des AKH davon Abstand genommen.

Die weit reichenden Kooperationsfelder zwischen AKH und LFKK wurden zumindest von der AKH GmbH konsequent verfolgt und teilweise auch einseitig umgesetzt.

Die Kooperation im Bereich der Anästhesie wird vom AKH seit Jahren gefördert. Die Leitung der LFKK-Anästhesie erfolgt seit mehreren Jahren durch eine AKH-Oberärztin, welche dafür vom AKH teilweise freigestellt ist. Diese Freistellung in Form einer Nebenbeschäftigung wurde über den vereinbarten Zeitraum hinaus von Seiten der AKH GmbH bereits mehrfach verlängert, da von Seiten der Gespag bisher noch keine Entscheidung über eine Zusammenführung der beiden Abteilungen herbeigeführt wurde. Zuletzt wurde von der LFKK die weitere Bearbeitung dieser Kooperationsthematik auf unbestimmte Zeit ausgesetzt.

Auch in der Radiologie gibt es bereits seit einiger Zeit eine gelebte Unterstützung der LFKK durch das AKH in Form einer Ausbildungsstelle. Eine weitere Zusammenführung wurde bisher von der LFKK nicht gewünscht.

Unbenommen der eindeutig formulierten Einschätzung des Landesrechnungshofes bezüglich der Umsetzung der Kooperation zwischen AKH Linz und LFKK muss doch klargestellt werden, dass eine Patientinnengefährdung zumindest im Leistungsbereich des AKH Linz durch die derzeitige Form der Kooperation keinesfalls besteht. Die Versorgung der Patientinnen mit gynäkologischen Leistungen ist durch die Bestellung eines fachlich hoch kompetenten und organisatorisch versierten Abteilungsvorstandes deutlich besser geworden als im Vorjahr. Dies lässt sich durch die bisherigen Behandlungsergebnisse und auch die deutlich höhere Zufriedenheit von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern sowie Patientinnen belegen.

Die Empfehlung des LRH bezüglich einer vollständigen Übertragung des Leistungsspektrums eines Krankenhauses auf das andere kann nur dahin gehend verstanden werden, dass das Schwerpunktkrankenhaus AKH, in welchem die gesamte fachliche Infrastruktur für die Frauenheilkunde besteht (Urologie, Onkologie, Chirurgie, Intensivmedizin, Physikalische Medizin, etc.) die Leistungen von der LFKK übernimmt. Die Ausgliederung der Gynäkologie aus der Struktur eines Allgemeinkrankenhauses in ein fachlich solitäres Spezialkrankenhaus würde sowohl in Österreich, als auch international einem Anachronismus entsprechen, welcher weder medizinisch, noch wirtschaftlich begründbar wäre. Im übrigen wird wiederum auf die diesbezüglichen Ausführungen unter Pkt.11.2. verwiesen.

Bezüglich der Synergieeffekte mag es durchaus Faktum sein, dass beide Häuser unterschiedliche Potenziale anführten. Eindeutig nachweisbar ist, dass im Zuge der Kooperation Gyn/Geb die jährlichen Personalkosten im AKH um 530.000 Euro reduziert werden konnten und die jährlichen Gesamtkosten der Abteilung Gynäkologie und Geburtshilfe des AKH um 700.000 Euro. Die AKH Linz GmbH ist der Meinung, dass für eine weitere Nutzung von Synergiepotenzialen durchaus noch Möglichkeiten bestehen. Letztendlich stellte das AKH auch durch die Bestellung einer LFKK-Primars zum Abteilungsvorstand der Gyn/Geb des AKH seine große Kooperationsbereitschaft unter Beweis.

In einer weiteren schriftlichen Stellungnahme teilte die AKH Linz GmbH bezüglich der Gleichwertigkeit der Kooperationslösungen mit, dass diese Feststellung des LRH den ökonomischen und qualitativen Anforderungen an eine zeitgemäße medizinische Versorgung widerspricht, da die Ausgliederung der Gynäkologie aus dem Schwerpunktkrankenhaus AKH keinesfalls gleichwertig mit der Eingliederung einer fachlich isolierten Abteilung in ein Krankenhaus mit kompletter medizinischer Ausstattung zu sehen ist.

Zum Ende der Prüfung sagten beide Träger die Umsetzung von Maßnahmen zu, mit denen die Kooperation verbessert bzw. Problemstellungen im organisatorischen oder rechtlichen Bereich beseitigt werden sollen. Mit folgenden Maßnahmen soll auch die Kommunikation verbessert werden:

- *einmal monatlich moderierte Teamsitzungen an der neben den Leitern der Abteilungen auch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus dem ärztlichen Bereich teilnehmen sollen. In diesen Sitzungen sollen Anforderungen und Fragen, die sich im fachärztlichen Bereich ergeben, abgestimmt werden.*

- *Klärung der organisations-, krankenanstalten-, und dienstrechtlichen Fragestellungen die sich aus einer nochmaligen Prüfung des Zusammenarbeitsvertrages ergeben haben. Zwischen den Trägern wurde daher vereinbart, dass gemeinsam Arbeiten für einen Zusammenarbeitsvertrag NEU begonnen werden, in dem insbesondere das Konstrukt der dislozierten Betten mit der Zuordnung der Patientinnenbetreuung und der medizinischen Verantwortung widerspruchsfrei abgebildet werden sollen. Außerdem soll vertraglich festgehalten werden, dass der Zugang zum fachlichen Spektrum für das ärztliche Personal im notwendigen Ausmaß gewahrt bleibt.*

14.4. Der LRH nimmt die Maßnahmen zur Verbesserung der Kooperation zur Kenntnis und wird diese im Zuge der Folgeprüfung evaluieren. Nach Ansicht des LRH bestätigen diese geplanten Maßnahmen die Aussagen betreffend der mangelnden Funktionalität dieser Kooperation.

Bezüglich der optimalen organisatorischen Zuordnung der Gyn/Geb stellte der LRH fest, dass sowohl zum Bereich der kinderheilkundlichen Versorgung in der LFKK als auch zum breiten Leistungsspektrum des AKH als Schwerpunktkrankenhause sinnvolle und notwendige Verknüpfungen bestehen. Daher vertritt der LRH die Ansicht, dass die Zuordnung dieses Bereiches grundsätzlich sowohl zur LFKK als auch zum AKH möglich ist. Nach Ansicht des LRH kann es langfristig auf dem Areal des AKH und der LFKK nur eine Abteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe geben.

Die AKH Linz GmbH teilte dem LRH im Verlauf der Prüfung jenes Kostendämpfungspotential mit, das im Rahmen der Oö. Spitalsreform erzielt wurde. Für die Kooperation im Bereich der Gyn/Geb wurde per 31.12.2007 eine Kostendämpfung von 400.000,-- Euro angeführt. Jene per Ende 2008 wurde vom AKH Linz mit 618.000,-- Euro beziffert, der in der Stellungnahme angeführte Effekt von 700.000,-- Euro war für den LRH daher nicht nachvollziehbar. Die gesparg erzielte nach eigenen Angaben kein Kostendämpfungspotential aus dieser Kooperation. Aus alleiniger Sicht des AKH Linz ist eine Reduktion der Personalkosten erzielt worden. Allerdings ist nach Ansicht des LRH festzuhalten, dass diese Personalkosten von der LFKK dem AKH Linz für dienstzugehörige Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter refundiert werden.

Krankenhaus St. Josef Braunau / Kreiskrankenhaus Simbach

- 15.1. Zwischen dem KH Braunau und dem KH Simbach (Landkreis Rottal-Inn, Deutschland) besteht eine Kooperation über die Staatsgrenze hinweg („Europa-Klinikum“). Dabei werden die Versorgungsaufgaben wie folgt zugeordnet:
- spezialisierte stationäre Versorgung kardiologischer Patientinnen und Patienten aus Österreich disloziert am Standort Simbach
 - Versorgung Herzkatheter am Standort Simbach
 - Notfallversorgung deutscher Patientinnen und Patienten in Braunau, für jene Fächer, die am KH Simbach nicht angeboten werden
 - Elektivversorgung deutscher Patientinnen und Patienten in Braunau nur bei Kostenübernahme der deutschen Sozialversicherungen
- 15.2. Aus Sicht des LRH ist diese Form der Kooperation grundsätzlich positiv zu bewerten. Wichtig erschien ihm allerdings, dass vorab eine klare Abstimmung zwischen dem Land Oö. und dem Landkreis Rottal-Inn erfolgt, da ansonsten die Vorgaben des Landes durch Leistungsverchiebungen über die Landesgrenze unterlaufen werden.

Fusion

Klinikum Wels-Grieskirchen GmbH

- 16.1. Durch Fusion der Psychiatrie Wels und des KH Grieskirchen mit dem AKH Wels wurde die Klinikum Wels-Grieskirchen GmbH geschaffen. Damit wurden die Versorgungsangebote von drei unterschiedlichen Trägern organisatorisch und rechtlich zusammengeführt. Für die Ausdifferenzierung des Leistungsspektrums an den einzelnen Standorten lag zum Zeitpunkt der Prüfung ein Masterplan vor, der auch die dafür baulich notwendigen Maßnahmen beschrieb. Das Klinikum gab ein mögliches jährliches Kostendämpfungspotential von rd. 4,1 Mio. Euro für beide Standorte bekannt.
- 16.2. Mit dieser Zusammenführung wurde nach Meinung des LRH die Grundlage für eine effiziente und bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung im Zentralraum Wels geschaffen. Der LRH empfahl dem Land, auf eine möglichst zeitnahe Umsetzung der geplanten Maßnahmen zu achten, damit die prognostizierten Potentiale gehoben werden können.
- 16.3. *Das Gesundheitsreferat teilte dazu mit, dass durch die Zusammenführung des AKH Wels mit dem KH Grieskirchen ein durch die Spitalsreformdiskussion ausgelöster Prozess über das ursprüngliche Ziel hinaus weitergeführt wurde.*

Entwicklungen im Leistungsspektrum

Salzkammergutverbund der gespag

- 17.1. Der Salzkammergutverbund (SKV) wurde als Pilotprojekt regionaler Integration der gespag gestartet. Er forciert die Zusammenarbeit der eigenständigen Häuser Vöcklabruck, Gmunden und Bad Ischl in der Versorgungsregion Salzkammergut. Die Organisation erfolgt durch eine Verbundkonferenz, in der die Kollegialen Führungen aller drei Krankenanstalten gleichberechtigt vertreten sind.
Im Rahmen des SKV werden insbesondere innovative Lösungen zur Versorgung peripherer Häuser mit spezialisierten medizinischen Leistungen gefördert. Als Beispiel sei die neurologische Versorgung genannt. Durch diese Zusammenarbeit kann eine stationäre neurologische Basisversorgung am Standort Bad Ischl angeboten werden. Die Betreuung durch das LKH Vöcklabruck sichert die sinnvolle Einbindung in die abgestufte Versorgung der Neurologie und die Eingliederung in die Qualitätssicherung und Kompetenz einer Vollabteilung.
- 17.2. Anhand dieses Beispiels sah der LRH durchaus positive Möglichkeiten der Zusammenarbeit sowohl in Bezug auf die Qualität als auch die Effizienz der Versorgung. An diesem Beispiel ist allerdings auch erkennbar, dass produktive Zusammenarbeit eine hohe Bereitschaft der beteiligten Führungskräfte voraussetzt, die in der Kooperation zwischen den Standorten Bad Ischl und Vöcklabruck jedenfalls gegeben scheint.
Aus Sicht des LRH könnten die Erfolgsvoraussetzungen des Verbundes durch eine hierarchische organisatorische Struktur erhöht werden, etwa durch die Nominierung eines Verbundverantwortlichen oder die Etablierung eines Leitkrankenhauses, dessen Kollegiale Führung in definierten Bereichen Leitungsfunktionen gegenüber den anderen

Krankenanstalten übernimmt. Ohne hierarchische Strukturierung erfolgt die Kooperation allzu unverbindlich auf dem Konzept der Freiwilligkeit und bietet den Partnern immer auch die Option nicht zu kooperieren.

Kreuzschwestern Sierning GmbH Krankenhaus Sierning

- 18.1. Ergebnis des Reformprozesses für Sierning war nach einem Modell des Trägers die Integration des Alten- u. Pflegeheimes in die Krankenanstalt. Mit diesem Modell war eine Reduktion auf 65 Akutbetten verbunden. Die Sozialabteilung gab dazu im Dezember 2006 eine negative Stellungnahme¹¹ ab. Mit der darauffolgenden Entscheidung Sierning als Zentrum für Akutgeriatrie der Region Pyhrn-Eisenwurzen zu etablieren ging eine Aufstockung auf 90 Betten einher.
- 18.2. Der LRH hat berechnet, dass diese Kapazitätsausweitung zu jährlichen Mehrkosten im Ausmaß von rd. 2,55 Mio. Euro¹² führt. Aus seiner Sicht ist klar, dass die Erhöhung der Bettenzahl das Kostendämpfungspotential entsprechend reduziert. Dieses Beispiel zeigt, dass Strukturveränderungen zu maßgeblichen Kostensenkungen führen. In diesem Fall wurden aber die positiven Effekte durch nachfolgende Entscheidungen wieder aufgehoben.

Grundsätzlich ist dem LRH wichtig, dass die Qualitätsanforderungen der Alten- u. Pflegeheime und deren spezifischen Ausrichtung in einer klaren Abtrennung von der Krankenanstalt gesichert bleiben, aber gleichzeitig Synergiepotentiale genutzt werden. Dazu zählt insbesondere die Mitversorgung in den Bereichen Wäsche und Facility-Management. Für die Zukunft regte er daher im Sinne von optimalen Synergienutzungen an, die Strategie einer möglichen Zusammenführung im Supportbereich von peripheren Krankenhäusern mit Alten- u. Pflegeheimen zu überdenken.

LKH Steyr, Standort Enns

- 19.1. Im Rahmen der Oö. Spitalsreform wurden die Abteilungen Unfallchirurgie und Chirurgie des LKH Enns geschlossen. Eine unfallchirurgische Ambulanz wird derzeit rund um die Uhr betrieben. Nach Angaben der gespag fallen dafür jährliche Kosten von rd. 770.000 Euro an. Zusätzlich wird eine Terminambulanz der Chirurgie zur Vor- und Nachsorge stationärer Patientinnen und Patienten des LKH Steyr betrieben. Die gespag gab in ihrer Umsetzungsmeldung per 31.12.2007 an, dass die Schließung noch offen ist, und nach entsprechender Evaluierung gegebenenfalls erfolgen soll.
- 19.2. Dem LRH war nicht nachvollziehbar, wieso im dicht versorgten Zentralraum an der Aufrechterhaltung der unfallchirurgischen Ambulanz festgehalten wird. Er empfahl dem Land eine allenfalls notwendige Evaluation umgehend durchzuführen und jedenfalls die sinnvollen Strukturveränderungen rasch umzusetzen.

¹¹ Ablehnungsgründe waren, dass massive Eingriffe in die bauliche Substanz erforderlich wären, der vorgegebene Normkostenrahmen aller Voraussicht nach deutlich überschritten würde und dennoch – verglichen mit Alten- und Pflegeheimneubauten – eine suboptimale Lösung entstünde.

¹² In der Hochrechnung wurden Kosten je Bett in der Akutgeriatrie von 85.000 Euro pro Jahr angenommen. Diese Kostenausweitung ist in der Hochrechnung des Landes für die Kosteneffekte des RSG Oö. nicht enthalten.

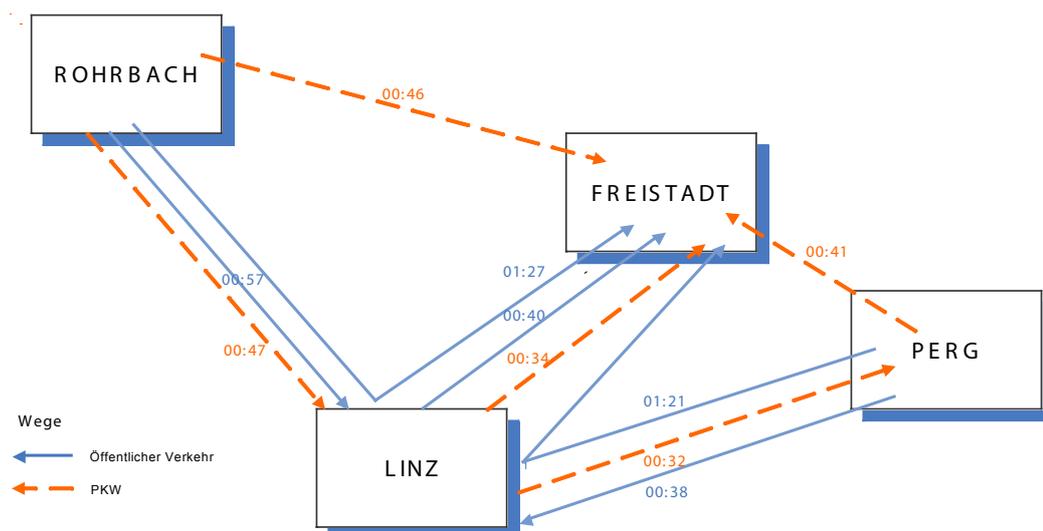
- 19.3. Dazu teilte das Gesundheitsreferat mit, dass bereits mit 1. September 2004 die stationäre Versorgung von chirurgischen und unfallchirurgischen Patientinnen und Patienten nach Steyr verlagert wurde. Es wurde jedoch einvernehmlich vereinbart, dass die Versorgung im Akutfall weiterhin in Form einer Ambulanz aufrecht erhalten bleibt.
- 19.4. Der LRH betonte nochmals, dass im dicht versorgten Zentralraum der Bedarf einer unfallchirurgischen Ambulanz nicht gegeben ist und eine entsprechende Anpassung der Versorgungsstruktur umzusetzen wäre.

LKH Freistadt, Psychiatrie

- 20.1. Im Rahmen der Regionalisierung der psychiatrischen Versorgung wurden neben den bestehenden Standorten in Linz und Wels weitere dezentrale stationäre Versorgungseinheiten an den Standorten Steyr, Vöcklabruck und Braunau etabliert. Diese psychiatrischen Versorgungseinheiten verbessern die regionale Vollversorgung in der Psychiatrie.

Zum Prüfungszeitpunkt war im LKH Freistadt eine tagesklinische Versorgung in Betrieb. Diskutiert wurde die Schaffung einer stationären Versorgungseinheit für die Region Mühlviertel am Standort Freistadt. Die stationären Versorgungsstrukturen für die Region Mühlviertel werden derzeit durch die Landes-Nervenlinik Wagner-Jauregg abgedeckt.¹³ In den Bezirken Freistadt, Perg, Rohrbach und Urfahr-Umgebung leben derzeit ca. 268.000 Einwohner.

- 20.2. Der LRH hielt fest, dass eine Verlagerung der stationären Versorgung in der Psychiatrie nach Freistadt insgesamt keine Verbesserung darstellt. Während sich die Zugänglichkeit der Versorgung für den Bezirk Freistadt naturgemäß verbessern würde, ergeben sich für die Bezirke Perg, Rohrbach und Urfahr-Umgebung keine positiven Effekte. In Bezug auf die Erreichbarkeit mit öffentlichen Verkehrsmitteln würde sich die Situation zum Teil substanziell verschlechtern, da die Verbindungen über Linz geführt werden.



¹³ Der RSG Oö. hält dazu in einer Fußnote fest: Im Rahmen eines Pilotprojektes werden Strukturen für 8 tagesklinische Patientinnen und Patienten geführt und begleitend evaluiert. Die fachärztliche Betreuung erfolgt durch die Landes-Nervenlinik Wagner-Jauregg. Erst nach Vorliegen der Evaluierungsergebnisse wird über die Einrichtung einer Abteilung für Psychiatrie endgültig entschieden.

Der LRH empfahl, die stationäre psychiatrische Versorgung am Standort Linz zu belassen. Neben der insgesamt günstigeren Verkehrsanbindung sprechen auch gute Effizienz- und Qualitätsvoraussetzungen für den Fortbestand der Versorgung an der Landes-Nervenklinik.

Hinsichtlich der Versorgungsfunktion der Tagesklinik regte der LRH an, diese insbesondere dahingehend zu überprüfen, ob in dieser Tagesklinik tatsächlich spitalspflichtige Patientinnen und Patienten betreut werden, oder ob nicht primär dem Sozialbereich zuzuordnende Fragestellungen behandelt werden.

- 20.3. *Eine stationäre psychiatrische Versorgung des Bezirks Rohrbach durch das LKH Freistadt, so wie im angeführten Modell dargestellt, war laut Gesundheitsreferat nicht vorgesehen. Die Empfehlung zur Schaffung einer psychiatrischen Vollabteilung im LKH Freistadt beruht auf einem Vorschlag des Österreichischen Bundesinstituts im Gesundheitswesen.*
- 20.4. Nachdem, wie unter Punkt 29.2. ausgeführt, auch andere wesentliche ÖBIG-Vorschläge nicht umgesetzt werden, ist für den LRH nicht nachvollziehbar, warum ausgerechnet dieser Vorschlag des ÖBIG aufgegriffen werden sollte.

Medizintechnische Großgeräte

Magnetresonanztomographen (MRT)

- 21.1. Die Gespag stellte Anträge für den Ankauf und den Betrieb von MRT in den Standard-Krankenhäusern Rohrbach, Freistadt, Schärding, Kirchdorf und Bad Ischl. Vorgesehen ist, diese Geräte sowohl für die Versorgung im stationären als auch im extramuralen Bereich zu nutzen. Voraussetzung dafür ist eine Verrechnungsmöglichkeit dieser Leistung mit der OÖGKK.
- 21.2. Der LRH begrüßte im Sinne der Versorgungsqualität in peripheren Standorten den Betrieb von MRT-Geräten. Insgesamt bleibt aber festzuhalten, dass die Versorgungsdichte von medizintechnischen Großgeräten in Oberösterreich sehr hoch ist.
Der LRH empfahl dem Land bei einer Erhöhung der Versorgungsdichte darauf Rücksicht zu nehmen, dass die Mehrkosten dieser Versorgung möglichst gering gehalten werden. In den mit der OÖGKK zu führenden Verhandlungen für eine vertragliche Gestaltung ist auf bestehende Vereinbarungen Bedacht zu nehmen.

Koronarangiographien (KOR)

- 22.1. Die Versorgung der oö. Bevölkerung mit KOR-Leistungen erfolgt derzeit schwerpunktmäßig in Linz (AKH, Barmherzige Schwestern und Elisabethinen) und Wels (Klinikum Wels-Grieskirchen), wo auch ein entsprechendes herzchirurgisches Backup zur Verfügung steht. Ein weiteres Angebot gibt es außerhalb des akutstationären Bereiches (Bad Schallerbach). Zum Prüfungszeitpunkt lagen Anträge für den Ankauf und Betrieb derartiger Anlagen für die Krankenhäuser Steyr, Vöcklabruck und Ried im Innkreis vor.
Eine private Gesellschaft kaufte im Sommer 2008 eine Anlage, welche derzeit vom Rechtsträger des Krankenhauses Braunau in Simbach betrieben wird. Zum Zeitpunkt der Prüfung lag dafür kein Antrag auf Genehmigung durch das Land Oö. vor.

Seit Oktober 2007 wird die Verbesserung der Herzinfarktversorgung in Oberösterreich im Rahmen eines Unterausschusses des Oö. Landtags behandelt. Eine endgültige Entscheidung lag zum Ende der Prüfung nicht vor. Eine landesinterne Arbeitsgruppe und das Österreichische Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG) kamen übereinstimmend zu dem Ergebnis, dass die derzeitigen Ressourcen ausreichen, den im ÖSG zu Grunde gelegten Bedarf zu decken. Bei gleichbleibender Geräteausrüstung sollten die Ablaufprozesse optimiert und eine stärkere Vernetzung der Beteiligten erreicht werden.

Nach Meinung des ÖBIG sind zusätzliche KOR-Standorte in Oberösterreich nicht erforderlich. Bei einer Regionalisierung (z.B. Steyr oder Vöcklabruck) wären jedenfalls bestehende Strukturen im Zentralraum abzubauen. Diese Meinung wird auch von der Österreichischen Kardiologischen Gesellschaft mit einem Hinweis auf die ausdrücklich überdurchschnittlich guten Kapazitäten für Herzkatheteruntersuchungen in Oberösterreich bestätigt. Auch sie sehen Verbesserungsmöglichkeiten in der Infarktversorgung nur in einer Optimierung der Transportlogistik.¹⁴

- 22.2. Insgesamt ist in Oberösterreich eine deutliche Unausgewogenheit der Versorgung festzustellen. Während die Leistungszahlen für den Zentralraum Linz und Wels deutlich über den Leistungsvorgaben des ÖSG liegen (+36% bzw. +27%), liegen die Werte im Innviertel und im Traunviertel-Salzkammergut (-11% bzw. -24%) deutlich unter den Sollzahlen.

MEL21.01 Interventionelle Kardiologie - Revaskularisation I	Ist-Fallzahlen				Soll	Abweichung 2007 zu Soll 2010	
	2004	2005	2006	2007	2010	Anzahl	%
Region							
VR 41 Zentralraum Linz	2.221	1.973	2.038	2.124	1.563	+561	+36%
VR 42 Zentralraum Wels	1.012	1.100	1.154	1.291	1.020	+271	+27%
VR 43 Mühlviertel	1.213	1.151	1.193	1.197	1.279	-82	-6%
VR 44 Pyhrn-Eisenwurzen	564	500	566	664	728	-64	-9%
VR 45 Traunviertel-Salzkammergut	860	841	821	979	1.094	-115	-11%
VR 46 Innviertel	604	607	712	759	1.005	-246	-24%
Oö. Gesamt	6.474	6.172	6.484	7.014	6.689	325	5%

Der LRH stellte fest, dass das KH Braunau durch seine Vorgehensweise das Land unter Umgehung des für die Errichtung von Großgeräten vorgesehenen Bedarfsprüfungsverfahrens vor vollendete Tatsachen stellte. Neben der negativen Beispielwirkung wurden auch vor der Entscheidung des Unterausschusses Fakten geschaffen. Die Abteilung Gesundheit teilte mit, dass ein genehmigungsloser Zustand vorliegt und daher werden die diesbezüglichen Ausgaben nicht mehr anerkannt.¹⁵ Die damit erbrachten Leistungen werden auch ohne Vorliegen einer entsprechenden Errichtungs- und Betriebsbewilligung bzw. einer entsprechenden Vereinbarung über die Leistungserbringung bis zur Entscheidung des Unterausschusses über LKF-Pauschalen finanziert.

¹⁴ Siehe auch LRH-Folgeprüfung Investitionen in Fondskrankenanstalten.

¹⁵ Diese Ausgaben werden beim RA 2008 entsprechend der noch offenen politischen Beschlussfassung behandelt werden und sind im VA 2009 vorläufig nicht anerkannt. Analoges gilt für die LKF-Pauschalen.

Generell bieten die vorliegenden fachlichen und wirtschaftlichen Expertisen nach Auffassung des LRH keinerlei Argumente für einen weiteren Ausbau der Koronarangiographie in Oberösterreich. Dies umso mehr, da die Folgekosten von jährlich rd. 6 Mio. Euro die Investitionskosten von rd. 2 Mio. Euro weit übersteigen.

Sollte das Land Oö. aus Gründen des regionalen Ausgleichs der Versorgungsangebote dennoch die Schaffung zusätzlicher Standorte befürworten, ist anzustreben, dass dafür entsprechende Strukturreduktionen im Zentralraum erfolgen. In Bezug auf die Versorgungsqualität für die regionale Bevölkerung hält der LRH fest, dass diese nur dann signifikant gesteigert wird, wenn die zusätzlichen Standorte auch in der zeitkritischen Notfallversorgung zum Einsatz kommen. Dies würde voraussetzen, dass diese Geräte mit einer entsprechenden Dienstmannschaft von jeweils zumindest 7 interventionellen Kardiologen versehen werden können. Einschränkend ist außerdem festzuhalten, dass akutversorgende Zentren idealer Weise jeweils im Sinne der Ausfallsicherheit über 2 Herzkatheterplätze verfügen sollten. Diese im Zentralraum derzeit vorhandene Strukturqualität müsste bei einer Dezentralisierung der Versorgung jedenfalls aufgegeben werden, da an den neuen Standorten die Etablierung von 2 Herzkatheterplätzen in keinem Fall zu rechtfertigen wäre.

Zusätzliche Geräte, die primär elektiven Eingriffen dienen, sind nach Ansicht des LRH jedenfalls abzulehnen, da diese Mehrkosten in der Versorgung erwarten lassen, aber zu keiner klaren Verbesserung der regionalen medizinischen Versorgung beitragen.

Angesichts des regionalen Versorgungsungleichgewichtes regte der LRH an, unabhängig von der Standortentscheidung, die Versorgungskette im Notfall bzw. die Zuweisung im Elektivfall zu optimieren. Ziel sollte ein Ausgleich in der Versorgungsdichte unter Einhaltung der Vorgaben des ÖSG sein.

- 22.3. *Das Gesundheitsreferat bestätigt die Aussage des LRH, wonach in Oberösterreich eine deutliche Unausgewogenheit der Versorgung festzustellen ist. Seit 11. Oktober 2007 beschäftigt sich der Oö. Landtag im Rahmen des Unterausschusses „Verbesserung der Herzinfarktversorgung in Oberösterreich“ mit dieser Thematik. Die Unterversorgung in den Regionen außerhalb der Zentralräume soll durch geeignete Maßnahmen behoben werden.*
- 22.4. Festzuhalten ist aus Sicht des LRH, dass der Großteil der KOR-Untersuchungen und -Behandlungen nicht akut sondern geplant durchgeführt wird, damit ist die Erreichbarkeit von sekundärer Bedeutung. Wichtig für eine qualitativ hochwertige Versorgung der Patientinnen und Patienten ist hingegen die Möglichkeit der direkten Anbindung an eine Herzchirurgie, um Komplikationen behandeln zu können. Dies ist derzeit in Oberösterreich gegeben und kann bei einer Regionalisierung nicht mehr sichergestellt werden. Die Zentralisierung der KOR wird auch in anderen Bundesländern (z.B. Vorarlberg, Tirol und Steiermark) erfolgreich praktiziert. Auch gibt es in anderen Bundesländern Erfolgsbeispiele, wie die Herz-Kreislauf-Sterblichkeit durch organisatorische Maßnahmen („Herzinfarkt-Netzwerk Tirol“ und „Das steirische Herz“) gesenkt werden kann. Es besteht keine Evidenz dafür, dass durch zusätzliche Geräte die Sterblichkeit in einem insgesamt dicht versorgten Bereich wie Oberösterreich gesenkt werden kann. Zusätzliche Geräte sind aus Sicht des LRH jedenfalls abzulehnen.

Analyse spezifischer Leistungsbereiche

Fallzahlentwicklung

- 23.1. Im Rahmen des ÖSG werden Sollfallzahlen¹⁶ je Versorgungsregion und Fallgruppe als Richtwert mit einer Bandbreite von +/- 25 % festgelegt. Folgende Tabelle gibt auf Basis der Versorgungsregionen einen Überblick über die Fallzahlentwicklung:

Region	Ist-Fallzahlen				Soll	Abweichung	
	2004	2005	2006	2007	2010	n	%
VR 41 OÖ Zentralraum Linz	113.964	123.734	126.650	129.601	99.485	30.116	30%
VR 42 OÖ Zentralraum Wels	60.993	65.681	69.606	73.488	66.202	7.286	11%
VR 43 Mühlviertel	70.714	75.511	77.109	80.349	82.970	-2.621	-3%
VR 44 Pyhrn-Eisenwurzen	49.118	52.617	53.436	56.634	47.126	9.508	20%
VR 45 Traunviertel-Salzkammergut	66.403	71.500	73.720	76.707	70.459	6.248	9%
VR 46 Innviertel	63.734	66.541	70.720	75.124	66.190	8.934	13%
Oberösterreich	424.926	455.584	471.241	491.903	432.432	59.471	14%

Generell zeigte sich in allen Versorgungsregionen eine Fallzahlsteigerung unabhängig davon, ob im Ausgangsjahr 2004 die Fallzahlen über oder unter dem Sollwert lagen. Insgesamt lagen die Fallzahlen im Jahr 2007 um 14% über dem Soll. Einzig die Region Mühlviertel (-3%) lag geringfügig unter dem Sollwert, die anderen Versorgungsregionen lagen z.T. wesentlich (Linz + 30%, Pyhrn-Eisenwurzen +20%) über diesem.

In einzelnen Leistungsbereichen ist eine ausgeprägte regionale Varianz erkennbar. Diese Abweichung ist untenstehend am Beispiel Katarakt dargestellt. Hier stehen 3 Regionen mit erhöhter Versorgungsdichte, 3 Regionen mit einer gewissen Unterversorgung gegenüber. Die Leistungsausweitung von 2004 bis 2007 lag in den dicht versorgten Gebieten Linz und Wels über den Steigerungen in den relativ gering versorgten Gebieten Traunviertel-Salzkammergut bzw. Innviertel. Das Ungleichgewicht in der Versorgungsdichte ist somit größer geworden.

Katarakt OP (MEL15.05)	Ist-Fallzahlen				Soll	Abweichung 2007 zu Soll 2010	
	2004	2005	2006	2007	2010	Fälle	%
VR 41 Zentralraum Linz	2.973	3.038	3.137	3.647	2.479	+1.168	+47%
VR 42 Zentralraum Wels	1.091	1.385	1.531	2.101	1.598	+503	+31%
VR 43 Mühlviertel	1.297	1.324	1.316	1.915	2.013	-98	-5%
VR 44 Pyhrn-Eisenwurzen	1.226	1.294	1.349	1.483	1.192	+291	+24%
VR 45 Traunviertel-Salzkammergut	1.236	1.225	1.135	1.463	1.788	-325	-18%
VR 46 Innviertel	1.404	1.408	1.361	1.567	1.674	-107	-6%
Oö. Gesamt	9.227	9.674	9.829	12.176	10.744	+1.432	+13%

¹⁶ Beziehen sich auf die zu erwartenden stationären Aufenthalte im Jahr 2010. In die Berechnung flossen Annahmen zur Bedarfsgerechtigkeit, Daten aus der Einwohnerstruktur und der demographischen Entwicklung ein.

23.2. Im Zuge der Prüfung war für den LRH ein Controlling der Fallzahlen in direktem Bezug zu den Sollfallzahlen seitens des Landes derzeit nicht erkennbar. Ebenso wenig gab es entsprechende Informationen an die Krankenanstalten (-träger). Er konnte auch keine entsprechenden Steuerungseingriffe erkennen. Grundsätzlich stehen dem Land folgende Instrumentarien zur Verfügung:

- Controlling der Fallzahlentwicklung und entsprechende Informationen an die Krankenanstalten (-träger)
- Fallzahlsteuerung über Strukturen, indem entsprechend regionaler Über- bzw. Unterversorgungsszenarien Leistungsstrukturen auf- bzw. abgebaut werden
- Verbindung von finanzieller Steuerung u. Fallzahlentwicklung (Bsp. Steiermark, Kärnten)
- Evaluation der Aufnahmenotwendigkeiten über standardisierte Protokolle z.B. AEP

Der LRH empfahl dem Land Oö., die ihm zur Verfügung stehenden Steuerungsmöglichkeiten so einzusetzen, dass die aus Qualitäts- und Effizienzgründen anzustrebenden Sollwerte für eine regional möglichst gleichmäßige Versorgung erreicht werden. Im Rahmen der Umsetzung des RSG Oö. startete die Abteilung Gesundheit ein Projekt, in dem Möglichkeiten für die Steuerung der Leistungserbringung inkl. Sanktionsmechanismen erarbeitet werden.

23.3. *Dazu merkte das Gesundheitsreferat an, dass die dargestellten Soll-Fallzahlen 2010 auf der Versorgungsmatrix des Österreichischen Strukturplan Gesundheit 2006 (ÖSG 2006) basieren. Ausgangspunkt waren Ist- und nicht Bedarfswerte. Eine exakte Beschreibung der Berechnungsmethode wurde von den Autoren des ÖSG 2006 nicht geboten. Sie verweisen aber auf die Annahme idealtypischer Verhältnisse und betonen - unabhängig vom Toleranzbereich von +/- 25 % des jeweiligen Richtwertes - ausdrücklich, dass die Inhalte der Versorgungsmatrix in Bezug auf Vollständigkeit und Richtigkeit noch nicht abschließend validiert sind (Kapitel 1.5 ÖSG 2006). Planungen für den ambulanten Bereich des Gesundheitswesens, den Rehabilitationsbereich und den Pflege- und Sozialbereich, von denen entscheidende Impulse zur stationären Behandlung ausgehen, stehen im ÖSG 2006 nicht oder nicht in dem Detaillierungsgrad zur Verfügung.*

- *Aus o.a. Gründen ist die Versorgungsmatrix nicht Teil der Verordnung mit der der RSG Oö.-Oö. KAP/ GGP 2008 erlassen wurde.*
- *Die Abteilung Gesundheit sieht in den Planungswerten der Versorgungsmatrix des ÖSG 2006 eine wertvolle Unterstützung für die eigenen Planungen. Sie bildeten daher für das ÖBIG, das mit der Grundlagenarbeit zur Erstellung des RSG Oö. – Oö. KAP/ GGPs 2008 beauftragt war, einen wesentlichen Ausgangspunkt für die Festlegung der Strukturen in den oö. Fondskrankenanstalten (Fachrichtung, Versorgungsstufe, Bettenkapazitäten). Die lt. Versorgungsmatrix zu erwartenden Trends wurden dabei auch auf Ebene der Versorgungsregionen berücksichtigt. Die Empfehlung einer Steuerung über Strukturen wird daher bereits umgesetzt. Aufgrund der o.a. Schwächen verlässt sich die Abteilung Gesundheit jedoch nicht ausschließlich auf die Versorgungsmatrix des ÖSG.*
- *Die Verbindung von finanzieller Steuerung und Fallzahlentwicklung ist für die Abteilung Gesundheit erst dann vorstellbar, wenn nach längerfristigem Monitoring und Evaluierung der Planungswerte die Unsicherheiten mit denen die derzeitige Versorgungsmatrix noch behaftet ist, ausgeräumt sind und abschätzbar ist, inwieweit sie sich von echten Bedarfswerten unterscheiden. Zu berücksichtigen sind außerdem die Kapazitäten der Krankenversorgung außerhalb der Spitäler.*

- Die Einführung von Aufnahmeprotokollen ist für die Abteilung Gesundheit nur dann vertretbar, wenn eine verbindliche Übernahme der Patientinnen und Patienten in jene Einrichtungen außerhalb des Spitals, das von Ärztinnen und Ärzten und Pflegepersonal empfohlen ist (z.B. Hauskrankenpflege, Rehabilitation) ohne Zeitverzögerung möglich ist.
- Die Geschäftsstelle für intramurale Aufgaben des Oö. Gesundheitsfonds informiert seit 2003 die Krankenanstalten regelmäßig über folgende Zahlen:
monatlich: Fallzahlen und Punkte je Krankenanstalt;
quartalsweise: Fallzahlen, Punkte und Belagstage je Fachhauptbereich;
halbjährlich: MHG je Krankenanstalt und MHG je Bundesland Österreichweit.

23.4. Aus Sicht des LRH ist klar, dass die auf Ist-Zahlen beruhenden Zielzahlen des ÖSG keine harten Fakten bezüglich der spezifischen Bedarfslagen bieten. Grundsätzlich können evidenzbasierte eindeutige Bedarfzahlen aus methodischen Gründen kaum ermittelt werden. Angesichts der im internationalen Vergleich sehr hohen Krankenhaushäufigkeit in Österreich, die in Teilbereichen in Oberösterreich noch deutlich überschritten wird, liegen aus Sicht des LRH ausreichende Gründe für entsprechende (Gegen-)Steuerungsmaßnahmen vor. Ein weiteres Zuwarten seitens des Gesundheitsreferates ist daher unverständlich.

Tagesklinik

24.1. Das Tagesklinikmodell des LKF-Systems betrifft ausgewählte operative und nicht-operative stationäre medizinische Einzelleistungen, die innerhalb von 12 Stunden erbracht werden können. Diese Leistungen sind in einem umfassenden Tagesklinikcatalog definiert.¹⁷ Kleinere Eingriffe, die primär dem ambulanten Bereich zugeordnet werden, sind nicht vom Tagesklinikcatalog erfasst.

Jeder Fall mit Aufnahme und Entlassung am selben Tag und einer genehmigten Leistungsposition aus dem Katalog wird entsprechend der LKF-Bepunktungsregel für Ein-Tagesfälle mit der entsprechenden Fallpauschale abgerechnet. Da die Verweildaueruntergrenze für den Großteil der Leistungen aus dem Tagesklinikcatalog bei einem Tag liegt, ergibt sich für die tagesklinische Leistung die gleiche Leistungsverrechnung wie im Falle der stationären Abwicklung. Die Vergütung ist in der untenstehenden Tabelle an Hand einiger Schlüsselleistungen dargestellt.¹⁸ Die MEL-Leistungen entsprechen dem Tagesklinikcatalog und sind bei Null-Tagespatienten entsprechend höher bewertet als die HDG-Leistung.¹⁹

¹⁷ Voraussetzung für die Abrechnung ist, dass für die Patientinnen und Patienten ein systemisiertes Bett verwendet wird und die pflegerische und ambulante oder stationäre medizinische Nachsorge gewährleistet ist. Systemisierte Betten einer Tagesklinik sind Betten, die mit mehr als einer Patientin bzw. einem Patienten pro Tag belegt werden können.

¹⁸ Bepunktung nach LKF-Modell 2009.

¹⁹ Fall ohne Einzelleistung aus dem Tagesklinikcatalog.

Leistung	Punkte in Abhängigkeit von der Verweildauer			
	0 Tage	1 Tag	2 Tage	3 Tage
MEL12.05A Kleinere Eingriffe am äußeren männlichen Genital	2.110	2.110	2.110	2.110
MEL13.07B Kleine gynäkologische Eingriffe	1.644	1.644	1.644	1.644
MEL14.21B Arthroskopische Eingriffe	1.605	1.605	1.605	1.605
MEL15.05A Katarakt-Operationen	1.322	1.322	1.322	1.322
HDC08.04 C Einfache Affektionen Ösophagus, Magen, Duodenum	95	799	799	799

Zusätzlich konnte in Oberösterreich für ein vertraglich festgelegtes Leistungsspektrum auch für die Sonderklasse eine verbesserte Tagesklinikfinanzierung vereinbart werden.

- 24.2. Der LRH war der Meinung, dass diese Finanzierungsbedingungen eine angemessene Grundlage für die Entwicklung tagesklinischer Leistungen in den Oö. Fondskrankenanstalten darstellen. Die Schlechterstellung von HDG-Leistungen gegenüber der im LKF-System anerkannten Tagesklinikleistungen scheint dem LRH sinnvoll, da diese Leistungen - sofern sie an Nulltagespatienten erbracht werden - eigentlich dem ambulanten Bereich zuzurechnen wären.

In den Gesprächen mit den Kollegialen Führungen im Zuge der Prüfung zeigte sich, dass diese günstigen Finanzierungsbedingungen noch nicht durchgängig bekannt waren. Manche Führungskräfte vertraten nach wie vor die Meinung, dass tagesklinische Leistungen generell ungenügend finanziert sind. Dies ist dem LRH unverständlich, zumal die Abteilung Gesundheit entsprechende Informationsveranstaltungen abhält. Der LRH regte in diesem Zusammenhang an, in Informationsveranstaltungen die Tagesklinik an Hand konkreter Erfolgsmodelle (z.B. der Katarakt-Tagesklinik am Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Linz) darzustellen.

- 24.3. *Die Geschäftsstelle für intramurale Aufgaben des Oö. Gesundheitsfonds hat seit Einführung der tagesklinischen Abrechnung in der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung die Krankenanstalten über Abrechnungsmöglichkeiten informiert. Im Rahmen dieser Veranstaltungen wurden auch Erfolgsmodelle - wie zB Augen-Tagesklinik - präsentiert. Ebenso erfolgt ein jährliches Monitoring, wie viele der möglichen tagesklinischen Leistungen bereits tagesklinisch erbracht werden. Diese Daten werden auch den Krankenanstalten zur Verfügung gestellt.*

Bei der in der Tabelle angeführten HDC08.04 handelt es sich um ein Fallpauschale, welches keine abrechnungsrelevante Leistung während des Aufenthaltes beinhaltet. Dementsprechend niedriger ist die Leistungskomponente (bei HDC08.04 - 58 Punkte, vgl. MEL15.05 - 551 Punkte). Entsprechend dem LKF-Modell erhalten derartige Fälle mit Aufnahme und Entlassung am selben Tag die volle Leistungs-Komponente und 10% von der Tages-Komponente, die nach den LKF-Bepunktungsregeln für Belagsdauerausreißer nach unten berechnet wird.

- 25.1. Insgesamt zeigten sich im Jahr 2007 in der Tageschirurgie in den Oö. Fondskrankenanstalten relativ geringe Fallzahlen.

Abgesehen von der grundsätzlich geringen Leistungsdichte in der operativen Tagesklinik, zeigte sich eine hohe Varianz in den Leistungen. Dies ist in der untenstehenden Tabelle an Hand einiger Schlüsselleistungen dargestellt.

Leistung	Anzahl 2007	Anteil Tagesklinik			
		Ø OÖ	Ø Ö	max.	min.
MEL12.05 Kleinere Eingriffe am äußeren männlichen Genitale	2.617	32%	35%	66% (LKH VB)	2% (KH ELI)
MEL13.07 Kleine gynäkologische Eingriffe	6.611	31%	15%	66% (LFKK)	3% (AKH Wels)
MEL14.21 Arthroskopische Eingriffe	7.986	3%	3%	17% (BHS Linz)	0% (LKH RO, LKH Bad Ischl, AKH Wels, AKH Linz, BHS Ried)
MEL15.05 Katarakt-Operationen	12.166	7%	12%	73% (BHS Ried)	<1% (AKH Linz, BHBR Linz, LKH Steyr, LKH VB, AKH Wels)

Eine Voraussetzung für Tagesklinikprozesse ist die Schaffung einer spezifischen Struktur für diese Eingriffe. Beispielhaft ist dies an Hand der Katarakteingriffe im KH der Barmherzigen Brüder in Linz zu illustrieren. 2007 lag der Anteil tagesklinischer Eingriffe in diesem Krankenhaus beim Katarakt noch bei unter 1% (9 tagesklinische Kataraktoperationen im ganzen Jahr 2007). Nach Etablierung der spezifischen Tagesklinik mit 7 Plätzen konnten alleine im Monat Oktober 2008 211 Kataraktoperationen durchgeführt werden.

- 25.2. Der LRH gelangte zur Ansicht, dass bei einer umfassenden Umsetzung der tagesklinischen Leistungsangebote eine relevante Zahl an vollstationären Betten substituiert werden könnte. Eine Hochrechnung auf Basis der Leistungszahlen der Barmherzigen Brüder Linz zeigt folgendes Ergebnis: 211 Eingriffe pro Monat würden bei einer angenommenen Verweildauer von 2,5 Tagen etwa 20 stationäre Betten (bzw. 12 Betten bei 1,5 Tagen Verweildauer) binden.

Das tagesklinische Leistungsangebot ist aus Sicht des LRH für Patientinnen und Patienten attraktiv. Eine wissenschaftliche Evaluation ergab, dass Patientinnen und Patienten des Krankenhauses Ried im Innkreis, die zunächst an einem Auge vollstationär und in der Folge am anderen Auge tagesklinisch operiert wurden, die Tagesklinik im Allgemeinen bevorzugen.²⁰

Voraussetzung für einen attraktiven und effizienten tagesklinischen Betrieb stellt die Etablierung entsprechender Prozesse und Strukturen dar. Diese sind nicht von hohen investiven Maßnahmen abhängig, sondern können auch kostengünstig in bestehenden Krankenanstaltenstrukturen etabliert werden (z.B. KH St. Josef Braunau). Die krankenhausspezifischen Unterschiede zeigten sich beispielhaft auch bei den tagesklinischen gynäkologischen Leistungen. Eine Analyse der Leistungsdaten durch den LRH zeigte, dass es dem AKH Linz trotz der Übernahme der Gyn-Patientinnen der LFKK nicht ge-

²⁰ siehe Zulehner, Ch.: Konzeptentwicklung zur Veränderung einer vollstationären Behandlung in eine tagesklinische Versorgung am Beispiel der Kataraktoperation (Grauer Star) und ihre sozialwissenschaftliche Evaluation. Dissertation Osnabrück, 2007

lang, seine tagesklinischen Leistungen zu vermehren. Nach Ansicht des LRH war es nicht nachvollziehbar, warum für Leistungen, die die LFKK vorher tagesklinisch erbrachte, im AKH ein bis zu dreitägiger stationärer Aufenthalt erforderlich war.²¹

Der LRH empfahl dem Land jedenfalls dafür Sorge zu tragen, dass in Neu-, Zu- und Umbauten tagesklinische Strukturen etabliert werden. Nach Angaben der Kollegialen Führung ist dies etwa im aktuellen Neubau des LKH Gmunden unterlassen worden. Generell sollte das Land den Ausbau von Tageskliniken forcieren bzw. Anreize für die Errichtung derartiger Strukturen schaffen.

- 26.1. Eine spezifische Problemstellung in der Etablierung von Tageskliniken ist, dass bei einer dislozierten Tagesklinik (wie z.B. im KH Ried vorgesehen), keine Möglichkeit der vollen Facharztausbildung in diesem Fach gegeben ist. Unter gewissen Voraussetzungen ist eine teilweise Facharztausbildung möglich und von der Ärztekammer zu genehmigen.
- 26.2. Der LRH stellte fest, dass die Einschränkung in der Ausbildungsmöglichkeit eine Problemstellung in der Umsetzbarkeit von tagesklinischen Einheiten darstellt. Da die Ausbildungsordnung nicht auf Ebene des Landes verändert werden kann, ist das Land angehalten, entsprechende Veränderungen auf Bundesebene anzustoßen. Parallel ist durch geeignete Kooperationen zwischen den Fachabteilungen sicherzustellen, dass die Ausbildungsmöglichkeiten auch für dislozierte Tageskliniken und andere reduzierte Organisationsformen gegeben sind.

Mindestfallzahlen

- 27.1. Medizinische Experten bzw. Fachgesellschaften gehen grundsätzlich davon aus, dass insbesondere bei komplexen Leistungen ein positiver Zusammenhang zwischen Leistungsmenge und Ergebnisqualität besteht. Dementsprechend sind im ÖSG Mindestfallzahlen für bestimmte Leistungsgebiete vorgeschlagen. Im RSG Oö. sind diese Mindestfallzahlen im Sinne von Richtlinien, die den Charakter von Empfehlungen haben, ausgewiesen. Die Zuordnung der Leistungen zu den Mindestfallzahlen erfolgt über eine Matrix auf Basis von medizinischen Einzelleistungen (MEL).
Eine Modellrechnung über die strukturellen Auswirkungen einer vollständigen Umsetzung der Mindestfallzahlen konnte dem LRH zum Zeitpunkt der Prüfung nicht vorgelegt werden. Im Rahmen des laufenden Projektes „Umsetzung RSG Oö.“ ist von der Abteilung Gesundheit die Erstellung von Modellrechnungen geplant.
- 27.2. Im Sinne einer qualitativ hochwertigen Versorgung der Patientinnen und Patienten ist für den LRH die Vorgabe von Mindestfallzahlen und die damit einhergehende Steuerungswirkung bei spezialisierten Leistungen sinnvoll. Er empfahl daher, ausgewählte Mindestfallzahlen mit den Leistungserbringern verbindlich festzulegen. Damit sind auch Maßnahmen vorzusehen, die eine Einhaltung dieser Vorgaben sicherstellen. Basis dazu ist eine Modellrechnung, um zu überprüfen, zu welchen Leistungsverschiebungen die Umsetzung führen würde. Außerdem müsste eine spezifische Information an die Krankenanstalten (-träger) ergehen, um festzulegen, welche Leistungsveränderungen vorgenommen werden sollten.

²¹ Die LFKK verzeichnete im Jahr 2006 rd. 1.100 und im Jahr 2007 rd. 900 tagesklinische Eingriffe. Das AKH Linz wies für das Jahr 2006 rd. 200 und für das Jahr 2007 rd. 230 tagesklinische Eingriffe auf.

Der LRH hat für ausgewählte Gruppen von Leistungen eine Modellrechnung auf Basis der Leistungen des Jahres 2007 vorgenommen. Diese ist in den nachstehenden Tabellen dargestellt, wobei jene Bereiche, in denen die Mindestfallzahl nicht erreicht wurde, jeweils gelb markiert sind. Nach den Leistungszahlen der Krankenanstalten sind jeweils noch die Mindestfallzahl und die Anzahl der Krankenanstalten, die im Beobachtungsjahr diese Leistungen erbracht haben, angeführt. Ausgehend davon hat der LRH eine Abschätzung der für eine qualitativ hochwertige Leistungserbringung sinnvollen Anzahl an Standorten getroffen. Beispielsweise erbrachten alle Krankenhäuser der Region Salzkammergut gemeinsam bei den Operationen an der Wirbelsäule/Bandscheiben bei weitem nicht die vorgesehene Mindestanzahl. Die Krankenhäuser Rohrbach und Freistadt (Versorgungsregion Mühlviertel) erreichten bei den Eingriffen an der Leber, am Pankreas, im Thorax und in der Tumor-Orthopädie die vorgesehenen Mindestfallzahlen nicht.

	Eingriffe an der Leber / Leberresektion	Operationen Wirbelsäule / Bandscheiben	Eingriffe am Pankreas	Eingriffe am Rektum	Eingriffe im Thorax	Brustkrebsoperationen
LKH Bad Ischl	3	9	5	21	3	22
KH Braunau	1	14	3	15	3	20
LKH Freistadt	3	21	3	15	3	10
LKH Gmunden	2	1	5	12	8	23
KH Grieskirchen	2	8	5	13	2	40
LKH Kirchdorf	2	24	6	10	11	36
AKH Linz	17	51	15	26	210	118
Barmherzige Brüder Linz		20	3		7	
Barmherzige Schwestern Linz	28	4	25	69	45	342
KH Elisabethinen	19		24	31	219	89
LNKL Linz		1.597			2	
Barmherzige Schwestern Ried	4	99	3	9	29	38
LKH Schärding	5	3	3	19		18
LKH Steyr	17	49	9	33	75	39
LKH Vöcklabruck	6	8	5	22	42	54
AKH Wels	20	830	18	25	169	148
LKH Rohrbach	3		1	26	22	25
LFKK	3	4		2	20	
Summe Oö KA	135	2.742	133	348	870	1.022
Mindestzahl	10	100	10	15	50	30
Ist Krankenanstalten	16	16	16	16	17	15
Sinnvolle Anzahl an Standorten	3-5	2	3-5	7-9	4-6	8-10

	Eingriffe an der Aorta	Schild- drüsen- operati- onen	Ösophagu- schirurgie	Magen- operati- onen	Endo- prothetik Schulter	Tumor- Orthopä- die	Entbin- dung
LKH Bad Ischl		57		4	3	2	246
KH Braunau	3	11	3	6	20	3	567
LKH Freistadt		23	4	11	1	5	429
LKH Gmunden	32	44	1	18		12	422
KH Grieskirchen	1	23	1	5		4	626
LKH Kirchdorf	5	36	1	6	1	11	416
AKH Linz	72	190	6	39	24	14	132
Barmherzige Brüder Linz	67						1.284
Barmherzige Schwestern Linz	1	208	17	47	40	20	
KH Elisabethinen	53	115	12	19		1	
LNKL Linz						2	
Barmherzige Schwestern Ried	16	126	2	20	7	3	492
LKH Schärding		12		6	1	5	318
LKH Steyr	20	198	4	31	23	13	863
LKH Vöcklabruck	27	112	2	15	4	3	825
AKH Wels	54	276	10	38	19	40	1.362
LKH Rohrbach	3	13	3	3	1	1	439
LFKK				2		2	2.154
Summe Oö KA	354	1.444	66	270	144	141	10.575
Mindestzahl	10	30	5	10	50	30	365
Ist Kranken- anstalten	13	15	13	16	12	17	14
Sinnvolle Anzahl an Kranken- anstalten	8-10	8-10	3-4	7-9	1	1	11

27.3. Das Gesundheitsreferat teilte dazu mit, dass die erwähnten Mindestfallzahlen auch im ÖSG 2006 als Vorschläge von medizinischen Experten/Fachgesellschaften im Sinne einer Diskussionsgrundlage für weiterführende Evaluierung bzw. Weiterentwicklung angeführt sind (vgl. Kap.3.9. ÖSG 2006) und wurden so in den RSG.OÖ – OÖKAP/GGP 2008 übernommen.

Der Grund für die Ausweisung von Mindestfrequenzen mit Vorschlagscharakter im ÖSG war ein Kompromiss, der zwei verschiedene Aspekte vereinen sollte: zum einen jenen, den auch der LRH anführt, nämlich dass medizinische Experten von einem positiven Zusammenhang zwischen Leistungsmengen und Ergebnisqualität ausgehen. Andererseits wurde aber auch der Aspekt berücksichtigt, dass für viele dieser Zahlen noch keine evidenzbasierte Grundlage vorliegt und sich verschiedene Fachgesellschaften, deren Mitglieder die gleichen Leistungen erbringen, mit unterschiedlichen Meinungen in die Diskussion der sie betreffenden Leistungsmindestfrequenzen einbrachten.

Die Empfehlung für eine wissenschafts-/evidenzbasierte Festlegung von Mindestfrequenzen pro Standort/Leistungserbringer ist als Arbeitsschritt für die Wartung und Weiterentwicklung des ÖSG 2009/2010 seitens des GÖG/ÖBIG definiert.

Die Abteilung Gesundheit evaluiert Fälle, in denen die Mindestfallzahl unterschritten wurde dahingehend, ob es sich bei den erbrachten Leistungen um Notfälle (die in jedem Fall erbracht werden sollen) oder um geplante Eingriffe handelte; ob rücklaufende Leistungszahlen vor dem Hintergrund eines Strukturabbaus zu sehen sind, etc. Die Ergebnisse dieser Evaluierung sind sehr unterschiedlich.

Gemeinsam mit den Ergebnissen der Evaluierung bereitet die Abteilung Gesundheit in Zusammenschau mit anderen Parametern der Leistungsmatrix eine EDV-gestützte Modellrechnung vor und wird mit Trägergesprächen beginnen.

Begleitend dazu ist eine Änderung der Aus- und Fortbildung des Fachpersonals (Ärztinnen und Ärzte, diplomiertes Personal) in der Praxis dahingehend notwendig, als Eingriffe, die sie am jeweiligen Standort im Routinebetrieb nicht mehr erbringen, insbesondere für Notfallsituationen geübt werden müssen.

- 27.4. Aus Sicht des LRH hätte eine Steuerung auf Basis der Mindestfallzahlen mit Beschluss des ÖSG 2006 starten sollen. Jedenfalls hätte diese Fragestellung unter dem Aspekt einer qualitativ hochwertigen medizinischen Versorgung der Patientinnen und Patienten im Rahmen der RSG-Entwicklung analysiert und bearbeitet werden müssen. Nach Ansicht des LRH sollte einer weitergehenden Transparenz der Fallzahlen größere Bedeutung zugemessen werden.²²

Weiterentwicklung der Spitalslandschaft in Oberösterreich

Rahmenvorgaben des ÖSG

- 28.1. Der ÖSG gibt Rahmenvorgaben zur Krankenanstalten-Planung auf Ebene der Länder. Im Gegensatz zu früheren Bundesplanungen (ÖKAP) werden aber keine auf Standorte bezogenen Vorgaben in Bezug auf die Bettenzahlen je Fach abgegeben.²³ Konkret werden im ÖSG folgende Bereiche definiert:
- Strukturqualitätskriterien für spezifische Leistungsbereiche
 - Planungsmatrix, in der die Bettenhöchststände und die Versorgungsstrukturen je Krankenanstalten-Standort definiert werden
 - Versorgungsmatrix, in der die Sollfallzahlen für das Jahr 2010 auf der Ebene Versorgungsregion und LDF-Gruppe definiert werden sowie
 - Mindestfallzahlen für spezifische Leistungsbereiche

Der im Dezember 2008 beschlossene RSG Oö. mit Planungshorizont 2010 stellt die Umsetzung des ÖSG für Oberösterreich dar.

²² siehe auch ÖBIG-Spitalskompass: <http://www.spitalskompass.at>

²³ In den auf Basis des RSG Oö. zu erarbeitenden genehmigungspflichtigen Anstaltsordnungen müssen die Bettenzahlen je Fach ausgewiesen werden.

Strukturvorgaben aus dem RSG Oö.

Das Land Oö. beauftragte im Juli 2006 das ÖBIG mit der Erstellung eines Regionalen Strukturplans Gesundheit Oberösterreich 2010, der als inhaltliche Weiterführung des ÖSG zu sehen ist. Er diente für den Bereich der stationären Versorgung in weiterer Folge als Basis für die Abstimmungsgespräche des Landes mit den Krankenanstalten(-trägern). Die einvernehmlich getroffenen Ergebnisse dieser Gespräche bildeten die wesentliche Grundlage für den RSG Oö.

Ausgehend von den erhobenen Ist-Daten zeigte das ÖBIG in einem ersten Schritt – ohne die Vorgaben der Oö. Spitalsreform zu berücksichtigen - folgende Möglichkeiten für strukturreduzierende Maßnahmen (d.h. die Auflösung von Abteilungen an einzelnen Krankenanstaltenstandorten) in den einzelnen Versorgungsregionen auf:

- Versorgungsregion 41 „Zentralraum Linz“:
 - 2 Abteilungen Augenheilkunde
 - 2 Abteilungen Urologie
 - 1 Abteilung Geburtshilfe
 - 1 Abteilung Gynäkologie
 - 1 Abteilung HNO
- Versorgungsregion 42 „Zentralraum Wels“:
 - 1 Abteilung Kinder- und Jugendheilkunde
 - 1 Abteilung Gynäkologie und Geburtshilfe
- Versorgungsregion 43 „Mühlviertel“:
 - 1 Abteilung Gynäkologie und Geburtshilfe
- Versorgungsregion 44 „Pyhrn-Eisenwurzen“:
 - 1 Abteilung Innere Medizin
 - 1 Abteilung Gynäkologie und Geburtshilfe
- Versorgungsregion 45 „Traunviertel-Salzkammergut“:
 - 1 Abteilung Kinder- und Jugendheilkunde
 - 1 Abteilung Gynäkologie und Geburtshilfe
 - 1 Abteilung Pulmologie
- Versorgungsregion 46 „Innviertel“:
 - 1 Abteilung Gynäkologie und Geburtshilfe
 - 1 Abteilung Kinder- und Jugendheilkunde

Der im Dezember 2008 beschlossene RSG Oö. enthält die Schließung einer Augenabteilung und einer HNO-Abteilung in der Versorgungsregion Linz, das heißt, dass nur zwei von 17 vorgeschlagenen Strukturveränderungen Eingang gefunden haben.

Folgende kostendämpfende Maßnahmen aus der Oö. Spitalsreform wurden nicht in den RSG Oö. übernommen:

- Redimensionierung Unfallchirurgie im LKH Gmunden
- Neustrukturierung der Inneren Medizin im LKH Steyr, Standort Steyr
- Adaptierung des Trägermodells in Sierning
- Aufgabe der stationären Unfallchirurgie im LKH Freistadt
- Aufgabe der stationären Augenversorgung im KH der Barmherzigen Schwestern Ried

Die von der Landesregierung beschlossene und vom Landtag zur Kenntnis genommene Oö. Spitalsreform hat keine unmittelbare rechtliche Wirksamkeit für die Krankenanstalten. Eine rechtlich verbindliche Vorgabe für die Krankenanstalten ergibt sich erst durch die Verordnung eines Krankenanstaltenplans (Regionaler Strukturplan Gesundheit Oö. - Oö. Krankenanstalten- und Großgeräteplan 2008 - RSG Oö. - Oö. KAP/GGP 2008).

- 28.2. Die Bettenzahlen werden im Vergleich zum Ist 2007 in Summe nur geringfügig von 8.665 auf 8.554 Betten reduziert. Die in der Oö. Spitalsreform mit 8.108 festgelegte Bettenzahl liegt deutlich unter jener des RSG Oö. Insgesamt blieb damit für den LRH ein deutlicher Bettenüberhang bestehen.

Region	2002	Oö. Spitalsreform	2007	RSG Oö.
VR 41 Zentralraum Linz	3.623	3.369	3.546	3.454
VR 42 Zentralraum Wels	1.354	1.291	1.340	1.328
VR 43 Mühlviertel	398	357	385	382
VR 44 Pyhrn-Eisenwurzen	1.169	1.053	1.151	1.139
VR 45 Traunviertel-Salzkammergut	1.222	1.082	1.171	1.146
VR 46 Innviertel	1.033	956	1.072	1.105
Oö. Gesamt	8.799	8.108	8.665	8.554

Wenngleich in der Umsetzung der Oö. Spitalsreform teilweise neue Leistungsbereiche aufgebaut wurden, ergeben sich durch die demographische Entwicklung und den medizinischen Fortschritt zusätzliche Anforderungen an die Krankenhausstrukturen. Die effizienzsteigernden Ansätze der Oö. Spitalsreform im RSG Oö. wurden im Wesentlichen übernommen. Ungeachtet dieser Entwicklung gelangte der LRH zur Auffassung, dass der Abbau von bestehenden Parallelstrukturen verstärkt im Fokus stehen soll.

Wie im Punkt 23. dieses Berichtes aufgezeigt wird, bestehen derzeit in Oberösterreich starke regionale Unterschiede in der Leistungsdichte, wobei insgesamt die Fallzahlen über den Sollfallzahlen aus dem ÖSG liegen. Aus Sicht des LRH sollte auf diese Unterschiede mit spezifischen Anpassungen der Angebote reagiert werden, eine solche Steuerung war für ihn aus dem RSG Oö. nicht erkennbar.

Die im RSG Oö. empfohlenen Mindestfallzahlen (siehe Punkt 27. dieses Berichtes) wirken sich in Bereichen mit geringen Fallzahlen (z.B. Leberresektionen) kaum auf die Bettenstrukturen aus. In Bereichen mit hohen Fallzahlen (z.B. Geburtshilfe oder Brustkrebs) sind bei Einhaltung dieser Vorgaben auch Veränderungen in Bereich der Bettenzahlen zu erwarten. Auch in diesem Bereich konnte der LRH keine entsprechende Strukturanpassung ableiten. Werden im Sinne der Regionalversorgung Strukturen vorgehalten, obwohl die notwendigen Mindestfallzahlen nicht erreicht werden können, so sollte dies explizit vorgesehen werden. In diesem Fall sind begleitende Qualitätssicherungsmaßnahmen zu treffen, um die entsprechenden Qualitätsvoraussetzungen auf Ebene der Prozesse und Strukturen zu schaffen.

Insgesamt regte der LRH an, den RSG Oö. in Bezug auf die Auswirkungen in folgenden Bereichen zu evaluieren und gegebenenfalls entsprechend anzupassen:

- Konsequenter Abbau von Parallelstrukturen
- Kapazitätsanpassungen hinsichtlich der Zielerreichung im Bereich der Fallzahlen
- Schwerpunktsetzungen insbesondere in Bezug auf die Mindestfallzahlen
- Reduktion der vollstationären Betten zugunsten tagesklinischer Strukturen

- 28.3. *Das Gesundheitsreferat teilte dazu mit, dass die vom LRH dargestellten Möglichkeiten einer Besprechungsgrundlage des ÖBIG entnommen sind, die auftragswidrigerweise z.T. die Vorgaben der Oö. Spitalsreform und/oder des ÖSG nicht berücksichtigten. Die aus der Oö. Spitalsreform nicht in den Oö. RSG übernommenen Maßnahmen wurden von der Oö. Landesregierung auf der Grundlage eines Berichtes mit einer Kostendarstellung einstimmig beschlossen.*

Eine der wesentlichsten Grundlagen für den RSG Oö. - Oö. KAP/GGP 2008 bildeten die Ergebnisse der Oö. Spitalsreform nach den Regionalkonferenzen. Demzufolge wurden alle in der Spitalsreform beschlossenen Bereinigungen von Parallelstrukturen auch in den RSG Oö. übernommen.

Die effizienzsteigernden Ansätze der Oö. Spitalsreform wurden – wie der LRH ausführt – im RSG. Oö. übernommen.

Aus Sicht von Landesrätin Dr.ⁱⁿ Silvia Stöger waren Schließungspläne von Abteilungen für Gynäkologie und Geburtshilfe, Unfallchirurgien und Kinderstationen bereits im „Pühriinger-Plan“ enthalten, wurden ausführlich diskutiert und sind schlussendlich einvernehmlich abgelehnt worden. Einzelne Maßnahmen der Spitalsreform konnten nicht in den RSG Oö. übernommen werden. Dies war notwendig, da die Versorgungssicherheit der Menschen in Oberösterreich zu gewährleisten ist und daher die Planungsvorgaben entsprechend zu adaptieren waren.

Die im ÖSG bis 2010 prognostizierten Leistungsmengen je MHG sind für den RSG Oö. in das Rechenmodell für die Bettenzahlen eingeflossen. Für diese von GÖG/ ÖBIG prognostizierten Fallzahlen wird derzeit ein ÖSG-Monitoring eingerichtet, mit dem die Werte laufend evaluiert und angepasst werden.

Die vom LRH vorgeschlagene Reduktion von vollstationären Betten zugunsten tagesklinischer Strukturen wird dort, wo es medizinisch sinnvoll ist, auch weiterhin forciert. Die entsprechenden abrechnungstechnischen Rahmenbedingungen wurden vor kurzem geschaffen, sodass auch von dieser Seite die entsprechende Basis zum Ausbau tagesklinischer Strukturen gelegt ist.

- 28.4. Der LRH konnte die Beschränkung bei der Entwicklung des RSG Oö. auf die Ergebnisse der Jahre zurückliegenden Oö. Spitalsreform nicht nachvollziehen, da wie auch in der Stellungnahme des Gesundheitsreferates (siehe Punkt 5.3.) angeführt, die Notwendigkeit von Innovation und Weiterentwicklung im Gesundheitswesen hoch ist. Dennoch wurden nicht alle effizienzsteigernden Ansätze der Oö. Spitalsreform übernommen.

Positiv bemerkte der LRH, dass seitens des Gesundheitsreferates die von ihm im Zuge der Prüfung aufgearbeiteten Zahlen weiter beobachtet werden. Wichtig ist es jedenfalls, dass aus diesen Beobachtungen auch die entsprechenden Steuerungsmaßnahmen abgeleitet werden.

Zu erwartende Kosteneffekte des RSG Oö.

- 29.1. Die erwarteten Kosteneffekte des RSG Oö. wurden von der Abteilung Gesundheit mit zusätzlichen jährlichen Kosten in der Höhe von 26,3 Mio. Euro berechnet. Die Basis bildeten Kostenannahmen in Bezug auf neu geschaffene Versorgungsstrukturen.

Fachbereich	Krankenanstalt	Anzahl Betten	Kosten je tat. Bett	Gesamtkosten	Gesamtkosten nach Fachbereichen
AG/R	Bad Ischl	20	95.917	1.918.336	
	Braunau	35	95.917	3.357.088	
	Elisabethinen	24	95.917	2.302.003	
	Ried	24	95.917	2.302.003	
	Schärding	20	95.917	1.918.336	
	Rohrbach	20	95.917	1.918.336	13.716.104
PSO Erwachsene	Klinikum WE-GR	18	79.175	1.425.142	1.425.142
PSO Kinder	LFKK	14	55.463	776.476	
	Steyr	6	55.463	332.776	
	Vöcklabruck	6	55.463	332.776	
	Klinikum WE-GR	6	55.463	332.776	1.774.803
Palliativ	AKH Linz	9	183.158	1.648.424	
	Steyr	12	183.158	2.197.899	
	Rohrbach	3	183.158	549.475	
	Klinikum WE-GR	11	183.158	2.014.740	6.410.538
Strahlentherapie	Vöcklabruck	10	231.601	2.316.007	2.316.007
Nukleartherapie	BHS Linz	4	157.000	628.000	628.000
Summe / Durchschnittskosten		242	108.556	26.270.593	26.270.593

- 29.2. Nach Ansicht des LRH wurden die Folgekosten in der RSG Oö.-Planung zu wenig beachtet. Er regte an, die Kostenauswirkungen stärker in den Planungsprozess zu integrieren und neben der Versorgungsqualität als expliziten Planungsbestandteil zu definieren. Nur so kann die Nachhaltigkeit der Versorgung im Sinne einer langfristigen Finanzierbarkeit sichergestellt werden.

Weiters stellte der LRH fest, dass sich die Gesamtbettenzahl im RSG Oö. gegenüber dem Ist-Stand 2007 um 111 Betten reduzierte. Aus seiner Sicht sollte es daher möglich sein, die neuen Versorgungsangebote jedenfalls im bestehenden Kostenrahmen bzw. mit einer leichten Kostendämpfung entsprechend der Bettenreduktion zu realisieren.

Im Vergleich zur Oö. Spitalsreform reduzierte sich im RSG Oö. durch Erhöhung der Bettenzahlen das Kostendämpfungspotenzial. Die Kalkulation der Kostendämpfungseffekte auf Ebene der Versorgungsregionen ist in untenstehender Tabelle²⁴ dargestellt:

	Region	Kosten 2002	Kostendämpfung Hauptkostenstellen	
			Oö. Spitalsreform	RSG Oö. ²⁵
VR 41+43	Zentralraum Linz, Mühlviertel	583,6 Mio.	-29,1 Mio.	-16,4 Mio.
VR 42	Zentralraum Wels	173,6 Mio.	-12,7 Mio.	-2,2 Mio.
VR 44	Pyhrn-Eisenwurzen	140,2 Mio.	-12,1 Mio.	-0,2 Mio.
VR 45	Traunviertel-Salzkammergut	131,9 Mio.	-5,0 Mio.	-4,0 Mio.
VR 46	Innviertel	119,9 Mio.	-1,5 Mio.	7,5 Mio.
Oö. Gesamt		1.149,1 Mio.	-60,4 Mio.	-15,3 Mio.

Die größten Veränderungen in der Kostendämpfung (Mehrkosten gegenüber der Oö. Spitalsreform) gab es dabei in folgenden Bereichen:

- LFKK - Mehrkosten in Höhe von rd. 1,36 Mio. Euro p.a.
v.a. durch die Erhöhung der Planbetten und geringere Synergiegewinne der Kooperation mit dem AKH Linz
- LKH Freistadt - Mehrkosten in Höhe von rd. 1,23 Mio. Euro p.a.
v.a. durch die Fortführung der Unfallchirurgie und die Etablierung der psychiatrischen Tagesklinik
- LKH Rohrbach - Mehrkosten in Höhe von rd. 1,23 Mio. Euro p.a.
v.a. durch die Erhöhung der Planbetten
- Klinikum Wels-Grieskirchen GmbH - Mehrkosten in Höhe von rd. 7,40 Mio. Euro p.a. v.a. durch die Erhöhung der Planbetten in der Akutgeriatrie am Standort Grieskirchen
- LKH Steyr - Mehrkosten in Höhe von rd. 7,52 Mio. Euro p.a.
v.a. durch die Erhöhung der Planbetten, der Nicht-Zusammenlegung der Abteilungen für Innere Medizin²⁶ und Fortführung der unfallchirurgischen Ambulanz am Standort Enns
- KH Sierning - Mehrkosten in Höhe von rd. 2,55 Mio. Euro p.a.
v.a. durch die Erhöhung der Planbetten und Verzicht auf die Zusammenführung mit dem Pflegeheim
- KH St. Josef Braunau - Mehrkosten in Höhe von rd. 4,01 Mio. Euro p.a.
v.a. durch die Erhöhung der Planbetten im Bereich Unfallchirurgie, Psychiatrie und AG/R und die Etablierung der Fachschwerpunkte im Bereich Urologie und HNO

24 Die Berechnungen der Kostenauswirkungen des RSG wurden entsprechend der Methodik der Oö. Spitalsreform kalkuliert und sind zur Sicherstellung der Vergleichbarkeit auf die Kostenbasis 2002 bezogen. Die Darstellung bezieht sich nur auf die Hauptkostenstellen, da die Bereiche der Hilfs- und Nebenkostenstellen nicht vom RSG Oö. erfasst werden.

25 Die Schlüssigkeit der vom LRH angestellten Berechnung wurde vom Wirtschaftsprüfungsunternehmen, das die Oö. Spitalsreform federführend beraten und das Kostendämpfungsmodell entwickelt hat, bestätigt.

26 In Bezug auf die Zusammenlegung der Inneren Medizin geht der LRH davon aus, dass die Kosteneinsparungspotenziale in der Berechnung der Spitalsreformkommission überschätzt wurden.

- KH der Barmherzigen Schwestern Ried - Mehrkosten in Höhe von rd. 5,20 Mio. Euro p.a. v.a. durch die Erhöhung der Planbetten und Etablierung der Augenheilkunde

Der LRH stellte fest, dass sich die rechnerische Kostendämpfung des RSG Oö. gegenüber der Oö. Spitalsreform, bezogen auf die Hauptkostenstellen um fast drei Viertel von rd. 60,4 Mio. Euro der Gesamtkosten auf rd. 15,3 Mio. Euro reduziert. Ohne gegensteuernde Maßnahmen wird daher das erhoffte Kostendämpfungspotenzial der Oö. Spitalsreform nicht zu erreichen sein.

- 29.3. *Das Gesundheitsreferat merkte dazu an, dass im Rahmen der Oö. Spitalsreform eine Methodik gewählt wurde, welche sich auf Basis von Schätzungen und Plausibilisierungen der Parameter der Experten und Trägervertreter stützt. Daher kann es in Einzelfällen und bei isolierter Betrachtung von Maßnahmen und Häuser zu Ergebnisdifferenzen kommen. Für die RSG-Erstellung ist der Sachverhalt 2007 relevant und deshalb ist das Ergebnis der Spitalsreform nur bedingt mit den RSG-Ergebnissen vergleichbar. Einerseits können natürlich einzelne Maßnahmen miteinander verglichen werden, aber andererseits ist auch die Gesamtkostenentwicklung im Vergleich zu sehen, die ja entsprechende Ausgabendämpfungen ermöglicht hat. Nichts desto trotz sollen alle Maßnahmen auf Basis der Statusevaluierung überdacht werden und ggf. angepasst werden.*

Eine regional ausgewogene Basisversorgung, die sich an den aktuellen und künftigen Entwicklungen für die zu versorgende oberösterreichische Bevölkerung zu orientieren hat, und der uneingeschränkte Zugang zu spitzenmedizinischen Leistungen stellt einen einhelligen gesundheitspolitischen Konsens dar. Auch wenn natürlich die Finanzierbarkeit ein wichtiger Aspekt der Gesundheitsplanung ist, bleibt dennoch eine effektive, an den Bedürfnissen der oö. Bevölkerung ausgerichtete Gesundheitsversorgung oberstes Ziel.

In diesem Spannungsfeld sieht der vorliegende RSG Oö. – Oö. KAP/ GGP 2008 eine strukturelle Umgestaltung von Bettenkapazitäten vor. So wird einerseits, ausgehend vom Betten-Ist-Stand Ende 2007, vor allem in den Bereichen Innere Medizin, Chirurgie, Orthopädie und Unfallchirurgie sowie der Kinderheilkunde insgesamt um rund 490 Betten reduziert. Auf der anderen Seite werden, vor allem bei den Leistungsbereichen Akutgeriatrie und Remobilisation, Psychosomatik für Erwachsene und Kinder, Neurologie, Palliativmedizin, Strahlentherapie und Nuklearmedizin in etwa 370 Betten neu geschaffen. Eine lineare Kostensenkung bei der Reduktion von insgesamt 111 Betten wäre nur dann realisierbar, wenn dabei ganze Organisationseinheiten geschlossen würden.

Allein ein von der gespag erstellter Bettenvergleich Reformkommission und Planbetten 2010 inkl. neue/zusätzliche Leistungsbereiche weist einen zusätzlichen Bettenbedarf von 286 Betten aus.

Dieser aufgrund der demographischen und medizinischen Entwicklung notwendige Umbau des künftigen Leistungsangebots stellt im Hinblick auf den Zeithorizont 2010 ein durchaus als engagiert zu bezeichnendes Vorhaben dar. An jenen Standorten, an denen diese wichtigen Leistungsangebote neu aufgebaut werden, ist mit jährlichen Kosten in Höhe von insgesamt rund Euro 26,3 Mio. zu rechnen.

Diese zu erwartenden Kosten sind jedoch unabhängig vom Kostendämpfungspotenzial der Oö. Spitalsreform zu sehen. Ziel dieser Reform war und ist es, durch ein beschlossenes Maßnahmenbündel den Anstieg der Kostenkurve abzuflachen. Dieses Ziel kann aus Sicht der Abteilung Gesundheit, trotz Umsetzung der gesundheitspolitisch notwendigen und sinnvollen Leistungsausweitungen, erreicht werden.

Wird ein Leistungsbereich im Oö. RSG neu geplant, so ist dieser keinesfalls ins Verhältnis zu den Berechnungen der Oö. Spitalsreform zu stellen und auch nicht im Bettensaldo zu berücksichtigen. Ansonsten würde gedanklich ein völliger Stopp in der weiteren Entwicklung der Oö. Spitalslandschaft unterstellt werden. Diese Ansicht wurde auch vom Wirtschaftsprüfungsunternehmen, das die Oö. Spitalsreform federführend beraten und das Kostendämpfungsmodell entwickelt hat, geteilt.

- 29.4. Aus Sicht des LRH ist es unzulässig, auf die Herausforderungen in Medizin und Demographie nur mit zusätzlichen Leistungsangeboten im stationären Bereich zu reagieren. Es gibt zahlreiche wissenschaftliche Hinweise²⁷, dass in dicht versorgten Regionen zusätzliche Leistungen bzw. Strukturen zu keiner Qualitätsverbesserung in der Behandlung von Patientinnen und Patienten führen. In Oberösterreich führt daher ein Mehr an Leistungen und Strukturen nicht direkt zu einer Qualitätsverbesserung. Innovationen im System sind so zu etablieren, dass sie effektiv die Leistungsqualität und Effizienz verbessern, gleichzeitig sind substituierend bestehende Strukturen zurückzufahren. Damit sollten Innovationen auch möglich sein, ohne das Kostendämpfungsziel der Oö. Spitalsreform zu unterlaufen.

Die in der Stellungnahme angeführte Reduktion von rd. 490 Betten in den Leistungsreichen Innere Medizin, Chirurgie, Orthopädie und Unfallchirurgie sowie Kinderheilkunde ist für den LRH auf Basis der während der Prüfung vorliegenden Daten in keiner Weise nachvollziehbar.

1 Anlage

6 Beilagen

Linz, am 19. März 2009

Dr. Helmut Brückner
Direktor des Oö. Landesrechnungshofes

²⁷ Baicker K., Chandra: HA 2004 pp w184-w197

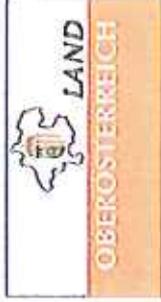
Welch W.P. et al: NEJM 328 (9) 1993 pp.621-627

Wennberg J.E., Cooper M.M.: The Dartmouth Atlas of Health Care (1999)



ÖÖ. Spitalsreform

Ergebnisse der Regionalkonferenzen



OÖ. Spitalsreform

Ergebnisse der Regionalkonferenzen

Generelles Bekenntnis

- Grundsätzliches Bekenntnis zu erforderlichen Strukturmaßnahmen von allen Trägern und Häusern
- Bekenntnis zum Anpassungsbedarf beim Akutbettenangebot
- Bekenntnis zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit im Hilfskosten- und Nebenkostenstellenbereich bei allen Häusern
- Bekenntnis zur laufenden Evaluierung der Maßnahmen insbesondere Statusbericht 2008

Versorgungsregion „Linz“

<p>Krankenhaus der Barmherzigen Brüder</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Schließung der Abteilung Hals-Nasen-Ohren ■ Einrichtung einer Akutgeriatrie/Remobilisation ■ Augenheilkunde: Zusammenführung mit dem Konventhospital Barmherzige Schwestern. ■ Zusammenarbeit der Gynäkologie/Geburtshilfe mit dem Konventhospital Barmherzige Schwestern im organisatorischen Bereich und im Leistungsbereich. ■ Neurologie: Zusammenführung mit den Barmherzigen Schwestern ■ Anpassung des Akutbettenangebotes
<p>Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Schließung der Abt. Augenheilkunde ■ Schließung der Abt. Neurologie ■ Einrichtung einer Akutgeriatrie/Remobilisation und Palliativ ■ Gynäkologie/Geburtshilfe -Zusammenarbeit mit dem Konventhospital Barmherzige Brüder im organisatorischen Bereich und im Leistungsbereich. ■ Hals-Nasen-Ohren - Zusammenführung mit dem Konventhospital Barmherzige Brüder. ■ Anpassung des Akutbettenangebotes
<p>Krankenhaus der Elisabethinen</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Schließung der Abt. für Hals-Nasen-Ohren laut dem ÖKAP (Österreichischer Krankenanstaltenplan) ■ Zusammenlegung zweier Interner Abteilungen. ■ Einrichtung einer Akutgeriatrie/Remobilisation und eines Leistungsbereiches Palliativmedizin. ■ Anpassung des Akutbettenangebotes. ■ Evaluierung des vorgeschlagenen Modells für die Gynäkologie.
<p>Nervenlinik Linz</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Dezentralisierung der Psychiatrie. ■ Bettenabklärungen (Abstimmung ÖBIG; ÖRK, gespag)
<p>AKH der Stadt Linz</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Einrichtung einer Akutgeriatrie/Remobilisation ■ Evaluierung der unfallchirurgischen Versorgung 2007 in Abstimmung mit dem UKH ■ Umwidmung von Akutbetten in Nachsorgebetten (interdisziplinäre Akutnachsorge) ■ Anpassung des Akutbettenangebotes
<p>LFKK</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Anpassung des Akutbettenangebotes.
<p>AKH und LFKK</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Umfassendes Kooperationsprojekt im Bereich Gynäkologie/Geburtshilfe und sonstigen Leistungsbereichen

Versorgungsregion „Mühlviertel“

Krankenhaus	Inhalt
LKH Freistadt	<ul style="list-style-type: none"> ■ LKH Freistadt als Krankenhaus der Regionalbasisversorgung mit Anpassung des Akutbettenangebotes (Basis 2002) mit Psychiatrie gemäß ÖÖKAP 2004 (Pilotprojekt Psychiatrie mit tagesklinischen Betten im Rahmen der inneren Medizin) ■ Weiterführung der Unfallchirurgie in der derzeitigen Form.
LKH Rohrbach	<ul style="list-style-type: none"> ■ Ein Krankenhaus der regionalen Basisversorgung ■ Verlagerung von Akutbetten in neue Leistungsbereiche (Akutgeriatrie/Remobilisation und Palliativmedizin). ■ Einrichtung einer Akutgeriatrie/Remobilisation und eines Leistungsbereiches Palliativmedizin durch Verlagerung gemäß Punkt 2 ■ Erarbeitung und Evaluierung des Family-Center – Modells (Gesamtobersterreichkonzept)

Versorgungsregion „Zentralraum Wels“

Krankenhaus	Inhalt
Klinikum Kreuzschwester Wels	<ul style="list-style-type: none"> ■ Zusammenführung zweier Abteilungen Innere Medizin und Aufbau einer interdisziplinären Akutnachsorge ■ Anpassung des Akutbettenangebotes. ■ Integration des Psychiatrischen Krankenhauses Wels (Akutpsychiatrie) ■ Aufbau einer Gerontopsychiatrie in Kooperation zwischen Wels und Grieskirchen
Krankenhaus St. Franziskus Grieskirchen	<ul style="list-style-type: none"> ■ Einrichtung der Leistungsbereiche Akutgeriatrie/Remobilisation und Psychosomatik. ■ Aufbau einer Gerontopsychiatrie in Kooperation zwischen Wels und Grieskirchen ■ Reduktion der operativen Akutbetten (Verlagerung in den tagesklinischen Bereich und Leistungsabstimmung mit Wels) ■ Die Maßnahmen für Grieskirchen wurden bis 2008 konkretisiert
Psychiatrische Klinik Wels	<ul style="list-style-type: none"> ■ Integration in bestehende Krankenanstalten (Wels und Grieskirchen)

Versorgungsregion „Pyhrn-Eisenwurzen“

Krankenhaus	Inhalt
LKH Kirchdorf	<ul style="list-style-type: none"> ■ Zusammenführung Gynäkologie/Geburtshilfe und Kinder- und Jugendheilkunde in Form eines Mutter-Kind-Zentrums (Family-Center) (Erarbeitung und Evaluierung des Family-Center – Modells (Gesamtobersterreichkonzept)) ■ Gemeinsame Führung von Orthopädie und Unfallchirurgie ■ Anpassung des Akutbettenangebotes ■ Errichtung einer Diagnosestraße
LKH Steyr-Enns (Standort Steyr)	<ul style="list-style-type: none"> ■ Neustrukturierung der Abteilungen Innere Medizin unter Berücksichtigung der Änderungen bzw. Aufbau der konservativen Leistungsbereiche unter Berücksichtigung des internistischen regionalen Versorgungskonzeptes in Zusammenarbeit mit Sierning. ■ Einrichtung einer neuen Abteilung Psychiatrie ■ Einrichtung des Leistungsbereiches Palliativmedizin ■ Anpassung des Akutbettenangebotes.
LKH Steyr-Enns (Standort Enns)	<ul style="list-style-type: none"> ■ Schließung der Abteilung Chirurgie und Unfallchirurgie. ■ Einrichtung einer Psychosomatik. ■ Anpassung des Akutbettenangebotes.
Krankenhaus der Kreuzschwestern Sierning	<ul style="list-style-type: none"> ■ Einigung über die Zukunft des Standortes Sierning auf Basis des vom Träger vorgestellten Modells: Der Standort des Alten- und Pflegeheimes St. Josef wird ins Krankenhaus der Kreuzschwestern Sierning überführt. Aufbau einer Akuteriatrie/Remobilisation mit max. 65 Betten (inklusive Spezialangebote für Personen mit eingeschränkter Urteils- und Handlungsfähigkeit), sowie internistischer tagesklinischer Betten; Ambulanz für innere Medizin (Kooperationsvertrag mit anderen Spitälern möglich);

Versorgungsregion „Salzkammergut“

Krankenhaus	Inhalt
LKH Bad Ischl	<ul style="list-style-type: none"> ■ Einrichtung eines Family Centers (Erarbeitung und Evaluierung des Family-Center – Modells (Gesamtobersterreichkonzept)) ■ Anpassung des Akutbettenangebotes ■ Aufbau einer Akutgeriatrie/Remobilisation
LKH Gmunden	<ul style="list-style-type: none"> ■ Gynäkologie/Geburtenhilfe: derzeit Beibehaltung des Status ÖÖKAP 2004 (Fachabteilung, Führung durch Vöcklabruck, 25 Betten, Schwerpunktsetzung der Leistungserbringung in Abstimmung in der Region) ■ Beibehaltung der Unfallchirurgie bei gleichzeitiger Redimensionierung ■ Neuer Leistungsbereich Akutgeriatrie/Remobilisation ■ Anpassung des Akutbettenangebotes ■ Integration von Buchberg in das LKH Gmunden
LKH Vöcklabruck	<ul style="list-style-type: none"> ■ Neuerrichtung Strahlentherapie und Nuklearmedizin ■ Einrichtung eines neuen Leistungsbereiches für Palliativmedizin ■ Interdisziplinärer Bettenbereich der Leistungsbereiche Hals-Nasen-Ohren und Urologie. ■ Integration von Gmundnerberg (Pulmologie, Psychiatrie) in das LKH Vöcklabruck
LKH Buchberg	<ul style="list-style-type: none"> ■ Integration von Buchberg in das LKH Gmunden
LKH Gmundnerberg	<ul style="list-style-type: none"> ■ Integration von Gmundnerberg in das LKH Vöcklabruck

Versorgungsregion „Innviertel“

Krankenhaus	Inhalt
KH Braunau	<ul style="list-style-type: none"> ■ Anpassung der Organisationsformen für die Leistungsbereiche Hals-Nasen-Ohren, Augenheilkunde und Urologie ■ Einrichtung eines Leistungsbereichs Akutgeriatrie/Remobilisation und Aufbau einer Abteilung für Psychiatrie ■ Anpassung des Akutbettenangebotes ■ Überdenken des Leistungsspektrums in Hinblick auf grenzübergreifende Kooperation und erweiterten Versorgungsraum Simbach
KH Ried	<ul style="list-style-type: none"> ■ Anpassung der Organisationsform für Augenheilkunde (tagesklinische Versorgung) ■ Einrichtung der Leistungsbereiche Akutgeriatrie/Remobilisation und Palliativmedizin ■ Anpassung des Akutbettenangebotes
LKH Schärding	<ul style="list-style-type: none"> ■ Einrichtung eines Leistungsbereichs Akutgeriatrie/Remobilisation ■ Anpassung des Akutbettenangebotes ■ Erarbeitung und Evaluierung des Familycenter-Modells (Gesamtobersterreichkonzept) – Prüfung der standortbezogenen Voraussetzungen



Amt der Oö. Landesregierung
Direktion Soziales und Gesundheit
Abteilung Gesundheit
4021 Linz • Bahnhofplatz 1

Geschäftszeichen:
SanRW-7000043/35-2009-Str

Bearbeiter: Josef Strasser
Tel: (+43 732) 77 20-142 18
Fax: (+43 732) 77 20-214 355
E-Mail: ges.post@ooe.gv.at

www.land-oberoesterreich.gv.at

Oö. Landesrechnungshof
Promenade 31
4020 Linz

Linz, 12. März 2009

– **Stellungnahmen des Gesundheitsreferates zum
Bericht "Umsetzung der Oö. Spitalsreform"**

Sehr geehrte Damen u. Herren!

In der Beilage übersenden wir die Stellungnahmen des Gesundheitsreferates zum Bericht "Umsetzung der Oö. Spitalsreform".

Mit freundlichen Grüßen

Dr. Matthias Stöger

Beilage:

Stellungnahmen des Gesundheitsreferates

Hinweise:

Wenn Sie mit uns schriftlich in Verbindung treten wollen, richten Sie Ihr Schreiben bitte an das Amt der Oö. Landesregierung, Direktion Soziales und Gesundheit / Abteilung Gesundheit, Bahnhofplatz 1, 4021 Linz, und führen Sie das Geschäftszeichen dieses Schreibens an. Sie erreichen uns mit öffentlichen Verkehrsmitteln über die Nahverkehrsdrehscheibe (Regional- und städtische Busse, Straßenbahn, Bahnen). Fahrplanauskunft: <http://www.ooevg.at> Im Landesdienstleistungszentrum (LDZ) gibt es ca. 1000 überdachte Fahrrad-Abstellplätze.

Ein gesundes Oberösterreich ist unser Ziel!

Die Abteilung Gesundheit



Amt der Oö. Landesregierung
Direktion Soziales und Gesundheit
Abteilung Gesundheit
4021 Linz • Bahnhofplatz 1

Stellungnahmen des Gesundheitsreferates
zum Bericht des Oö. Landesrechnungshofes
"Umsetzung der Oö. Spitalsreform"

Zum Bericht des Oö. Landesrechnungshofes
"Umsetzung der Oö. Spitalsreform"

werden seitens des Gesundheitsreferates folgende Stellungnahmen abgegeben:

Punkt 1.3.

Im Februar 2004 wurde von Herrn Landeshauptmann Dr. Josef Pühringer eine Spitalsreformkommission eingesetzt, um Kostendämpfungspotenziale bei gleichzeitiger Aufrechterhaltung der hochstehenden medizinischen Versorgung zu erzielen. Dieser Kommission gehörten neben externen Experten auch Krankenhausträgervertreter der in Oö. vertretenen Trägergruppen und Begleiter des Landes (Fin, SanR, SanD) an.

Auf Basis des Expertenpapiers wurde dann die politische Diskussion im Rahmen der unter dem Vorsitz des Landeshauptmannes eingerichteten Umsetzungskommission geführt. Aus der Umsetzungskommission (bestehend aus allen Vertretern der Verfasser der Reformpapiere, politischen Mandataren sowie bisher an der Erstellung der Papiere nicht beteiligten Interessensvertretungen, wie Ärztekammer, Gebietskrankenkasse, Arbeitnehmervertreter etc.) wurde ein Kernteam zur Ausrichtung der Regionalkonferenzen mit dem Auftrag, einen abgestimmten Maßnahmenkatalog auf Basis der vorliegenden Papiere zu erstellen, gebildet. Das Ergebnis der Regionalkonferenzen wurde dann als Zusammenfassung von der gesamten Umsetzungskommission beschlossen.

Diese Vorgangsweise hat einerseits gewährleistet, dass ein kleines Expertengremium ein bereits mit den Trägergruppen abgestimmtes Ergebnis erarbeitet hat, das dann in einem weiteren Schritt mit allen Stakeholdern diskutiert und zu einem Endergebnis entwickelt wurde. Das diesbezügliche Vorgehen wurde eingeleitet noch bevor auf Bundesebene die Gesundheitsreform 2005 beschlossen wurde, somit wurde der Prozess in Oberösterreich zu einem „Vorreiterprozess“.

Die angeführte 15% Zielwertüberschreitung für Krankenhaushäufigkeit ist für die Abteilung Gesundheit auf Basis der ÖSG-Zahlen nicht nachvollziehbar.

Oberösterreich weist im Vergleich der stationären Betten pro 1000 Einwohner niedrigere Werte als vergleichbare Bundesländer wie Kärnten und Salzburg auf. Der Österreichschnitt ist wenig aussagekräftig, da die Bundesländer wie Burgenland, Niederösterreich und Vorarlberg durch Wien bzw. Tirol mitversorgt werden und daher weniger stationäre Betten vorhalten müssen. Oberösterreich hingegen versorgt bis auf einige medizinische Spitzenleistungen, die vorwiegend an Universitätskliniken erbracht werden, die Bevölkerung des Bundeslandes weitgehend durch eigene Strukturen.

Punkt 2.3.

In den Regionalkonferenzen wurden für jede Region Maßnahmen und die grundsätzliche Bereitschaft zur Kostendämpfung bei den Hilfs- und Nebenkostenstellen festgehalten. Das Kostendämpfungspotenzial für den Hilfs- und Nebenkostenstellenbereich wurde im Expertenpapier der Oö. Spitalsreformkommission dargestellt. Eine Berechnung auf Hausebene durch die Expertenkommission erfolgte in diesem Papier nicht. Hingewiesen wird, dass im Rahmen der Umsetzungskommission noch vor den Regionalkonferenzen das Expertenpapier in fast allen Häusern vorgestellt und die vorgeschlagenen Maßnahmen diskutiert wurden. Allerdings war die Kommunikation zwischen den kollegialen Führungen und den Bearbeitern in den Krankenhäusern teilweise nicht optimal.

Punkt 3.3.

Im Papier der Spitalsreformkommission wurde ein Umsetzungsplan empfohlen, welcher durch die Umsetzungskommission nicht dezidiert aufgegriffen wurde. Allerdings wurde in den Regionalkonferenzen eine Staturevaluierung 2008 (auf Basis der Zahlen des Rechnungsabschlusses 2008) festgehalten. Herr Landeshauptmann Dr. Josef Pühringer hat in diesem Zusammenhang eine externe Evaluierung durch die KPMG für 2009 mit Frau Landesrätin Dr.ⁱⁿ Silvia Stöger vereinbart.

Punkt 5.3.

Die Oö. Spitalsreform hatte primär eine Dämpfung der konkreten Ausgabendynamik in Oö. zum Ziel und die erarbeiteten Kostendämpfungen sollen dazu beitragen, diesen Steigerungssatz zu verringern. Dies wurde auf die spezifische Situation in Oö. angewandt und berechnet. Ein Vergleich mit der Literatur ist unseres Erachtens nur bedingt zulässig, da die Literatur von Schnittwerten ausgeht und die spezifische Situation in Oö. (als Ausgangspunkt) nicht widerspiegeln kann.

Aus der Staturerhebung 2008 soll eine Anpassung des Maßnahmenkataloges, der Anreizmechanismen und des Umsetzungscontrollings vorgenommen werden. Die Anregungen des LRH werden bei dieser Vorgangsweise einbezogen.

Wird ein Leistungsbereich im Oö. RSG neu geplant, so ist dieser unserer Meinung nach keinesfalls ins Verhältnis zu den Berechnungen der Oö. Spitalsreform zu stellen und auch nicht im Bettensaldo zu berücksichtigen. Ansonsten würde gedanklich ein völliger Stopp in der weiteren Entwicklung der Oö. Spitalslandschaft unterstellt werden.

Im Sinne der Versorgungssicherheit mit stationären Leistungen ist es nicht paradox, sondern sehr wohl erforderlich, zuerst neue Strukturen aufzubauen, bevor durch strukturbereinigende Maßnahmen bestehende Kapazitäten abgebaut oder redimensioniert werden.

Im Kommentar zur Tabelle in P.5.1. wird der Begriff "akutstationäre" Betten verwendet. Da diese Benennung in keiner gesetzlichen Bestimmung aufscheint, wäre hier von "stationäre Betten" zu sprechen.

Punkt 6.3.

Der Hinweis auf Langlieger-Patienten (mehr als 40 Tage) lässt nicht zwingend den Schluss zu, dass dafür analog im Pflegebereich stationäre Strukturen geschaffen werden müssten.

Zur Erprobung adäquater medizinischer Versorgungsstrukturen für Bewohnerinnen und Bewohner von Pflegeheimen bzw. für ältere Menschen wurden zwei Reformpoolprojekte ("Medizinische Versorgung in APH" und "Versorgung von demenziell erkrankten Menschen") eingerichtet, die u.a. der Vermeidung von Aufnahmen in das Krankenhaus dienen sollen.

Weiters wurden seit dem Jahr 2008 Betten für langzeitbeatmete Menschen außerhalb des Krankenhauses (Schloss Haus, Carl Borromäus) sowie mobile Betreuungsformen eingerichtet. Diese Patientinnen und Patienten waren bisher vorwiegend auf Intensivstationen in den Krankenanstalten untergebracht.

Derzeit werden in Oö. auch zwei Pilotprojekte zur neuen Versorgungsschiene der Remobilisation und Nachsorge (RNS) betrieben. Die Projekte am Klinikum Wels-Grieskirchen und am AKH Linz werden bis Ende 2010 laufend evaluiert, die Erkenntnisse daraus für Empfehlungen im ÖSG 2010 herangezogen. Der Begriff "vidierte Pflege" findet sich nicht im ÖSG.

Punkt 7.3.

Die vom LRH angesprochenen Evaluierungen sollen in der Umsetzungsphase des RSG Oö. aufgearbeitet werden.

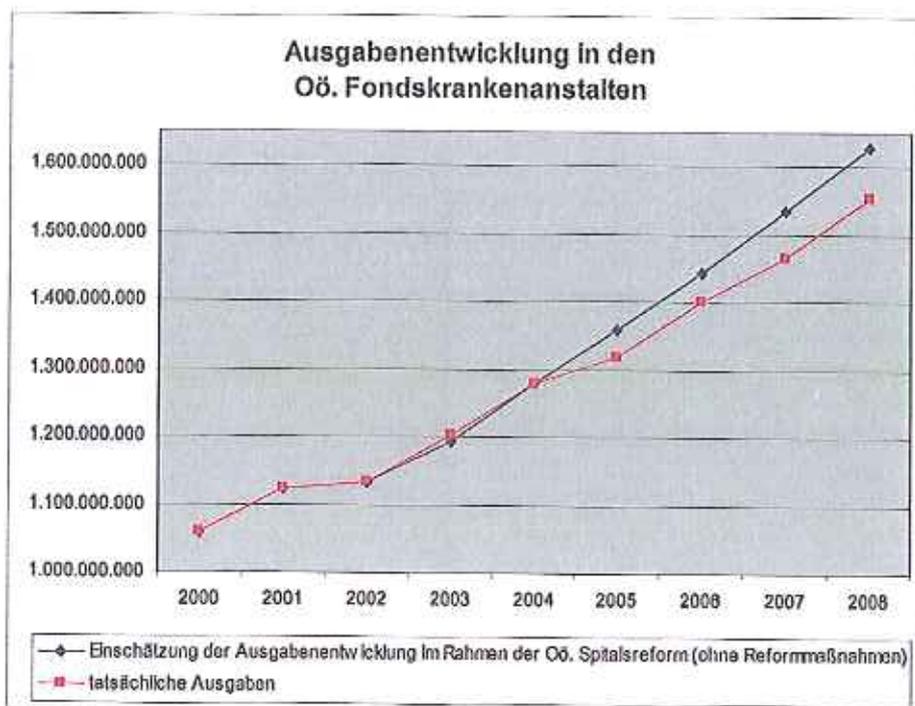
Derzeit kann hierzu folgendes festgehalten werden:

- Vom Bundesrechnungshof wurde im Jahr 2007 die "Unfallchirurgische Versorgung der Landeshauptstadt Linz" eingehend geprüft.
- Fächerübergreifende Versorgungskonzepte konnten bisher nicht evaluiert werden, da noch keine endgültigen, überprüfbaren Ergebnisse vorliegen (Gesamt-Oö-Konzept Family-Center).
- Die Anträge (im Zusammenhang mit Koronarangiographie) des KII Braunau betreffend das Leistungsspektrum am Standort Simbach werden in die Beratungen des Unterausschusses "Verbesserung der Herzinfarktversorgung in Oö." des Oö. Landtages eingebracht.

Punkt 8.3.

Nach Ansicht der Abteilung Gesundheit war unter dem in der Spitalsreform verwendeten Begriff "Kostendämpfung" ein Absenken der Steigerungsraten des Kostenanstieges zu verstehen, nicht hingegen ein Erreichen des "natürlichen Kostenwachstums".

Die Oö. Spitalsreform hatte eine Dämpfung der konkreten Ausgabedynamik des Landes Oö. und der oö. Gemeinden zum Ziel. Nachstehende Tabelle zeigt einen Vergleich der Prognose der Oö. Spitalsreformkommission mit der tatsächlichen Ausgabenentwicklung:



Jahr	Einschätzung der Ausgabenentwicklung im Rahmen der Oö. Spitalsreform (ohne Reformmaßnahmen)	tatsächliche AUSGABEN lt. Landesbeitragsberechnung gem. Oö. KAG.	erreichte Ausgaben-einsparung
2002	1.132.294.806	1.132.294.806	0
2003	1.192.155.700	1.201.579.452	-9.423.752
2004	1.279.226.500	1.279.374.071	-147.571
2005	1.358.794.388	1.319.857.047	38.937.341
2006	1.443.311.399	1.400.633.786	42.677.613
2007	1.533.085.368	1.464.171.473	68.913.895
2008	1.628.443.278	1.553.738.800 ¹⁾	74.704.478

Eine Berechnung der Kostendämpfung auf Basis der Gesamtkosten erscheint insofern problematisch, da Oberösterreich eine sehr moderne und gut ausgebaute Krankenhausstruktur aufweist und die daraus resultierende AfA in den Gesamtkosten enthalten ist.

¹⁾ Genehmigter Voranschlag gem. Oö. KAG.

Anmerkung zur Tabelle Kostenveränderung 2002 bis 2007:

In der VR 44 Pyhrn-Eisenwurzen wurde für einen möglichen Nachweis einer Kostendämpfung im Jahr 2002 das LKH Enns mit rd. 16,5 Mio.€ nicht eingerechnet.

Da sich die Kosten der Leistungen des ehem. LKH Enns im Jahr 2007 in den Kosten des LKH Steyr befinden, sind für einen Regionenvergleich auch die obg. Kosten im Jahr 2002 fiktiv hinzuzurechnen, sodass auf Basis der Endkosten der Kostenanstieg 2002 zu 2007 nicht rd. 58,2 Mio.€ (140.225.692€ 2002; 198.442.152€ 2007), sondern 41,7 Mio.€ beträgt.

Berechnung der Kostenveränderung auf Basis der Endkosten und unter Einbeziehung vom LKH Enns :

Region	ENDKOSTEN	Ist-Kosten 2002	Ist-Kosten 2007	Kosten 2007 Preisbasis 2002 1)	Kostenveränderung 2002 - 2007 (real)
VR 41+43	ZR Linz, Mühlviertel	567.117.596	763.573.665	616.260.709	49.143.113
VR42	ZR Wels	173.557.219	237.079.381	191.340.684	17.783.465
VR44	Pyhrn-Eisenw.	156.685.657	198.442.152	160.157.568	3.471.911
VR45	Traunviertel- Salzkammergut	131.871.147	198.924.096	160.546.533	28.675.386
VR46	Innviertel	119.874.489	173.898.821	140.349.275	20.474.786
Öb. Gesamt		1.149.106.108	1.571.918.115	1.268.654.769	119.548.661

Der Kostenanstieg ist auch begründet mit kalkulatorischen Anlagekapitalkosten (insb. Gebäude) von 37.574.797 € (von 45.953.574 € im Jahr 2002 auf 83.528.371 € im Jahr 2007). Nach deren Abzug verbleibt eine die Modellkosten überschreitende Kostenveränderung von 81.973.864 €

Oberösterreich hat im Vergleich zu anderen Bundesländern die Umsetzung der notwendigen Leistungsausweitungen und Investitionen in neue Leistungsbereiche wesentlich entschlossener in Angriff genommen. Damit einhergehend sind Personalsteigerungen und höhere Investitionskosten unumgänglich. Die gesetzlichen Rahmenbedingungen, wie bspw. Strukturqualitätskriterien und das Krankenanstalten-Arbeitszeitgesetz, verursachen ebenfalls wesentliche Kostensteigerungen. Beispielhaft darf auf die aus der Beilage zu entnehmende Entwicklung der Ärztinnen und Ärzte in den öö. Fondskrankenanstalten hingewiesen werden. Damit ist die Differenz der tatsächlichen Kostenentwicklung zum natürlichen Kostenwachstum erklärt.

Trotz dieser Investitionen in neue Leistungsbereiche weist Oberösterreich im Vergleich der Endkosten der fondsfinanzierten Krankenanstalten eine niedrigere Steigerungsrate als vergleichbare Bundesländer aus:

Steigerung der Endkosten von 2006 auf 2007:

Niederösterreich:	9,05 %
Salzburg:	6,39 %
Steiermark:	6,24 %
Oberösterreich:	5,86 %

Ein Endkostenvergleich der Bundesländer nach Einwohnern zeigt folgendes Bild:



Punkt 9.3.

Wie der LRH aufzeigt hat die Abteilung Gesundheit ein Umsetzungscontrolling installiert. Dabei stellt die Tatsache, dass im Zuge der Oö. Spitalsreform die Krankenanstaltenträger ihre Kostendämpfungspotenziale nach unterschiedlichen Methoden berechneten eine besondere Herausforderung dar; die von der Wirtschaftsaufsicht jährlich eingeforderten Statusberichte sind jedoch grundsätzlich nachvollziehbar.

Punkt 11.3.

Zu den Feststellungen des LRH "AKH/Landes-Frauen- und Kinderklinik Linz (LFKK)" darf auf die Stellungnahmen der gspag und des AKH Linz verwiesen werden.

Ergänzend darf noch festgehalten werden, dass nachweisbar auch die Abteilung Gesundheit ständig bemüht war, diese Kooperation der beiden Häuser - wie auch alle anderen Kooperationsmöglichkeiten - bestmöglich zu unterstützen.

Landesrätin Dr.ⁱⁿ Silvia Stöger weist in diesem Zusammenhang auch darauf hin, dass das AKH der Stadt Linz finanziell schlechter gestellt ist, als die LFKK und das AKH der Stadt Linz als Kooperationspartner daher nicht über die gleichen Möglichkeiten wie die LFKK verfügt. Darüber hinaus wurde außerhalb der Gesundheits- und Spitals AG und außerhalb des

Gesundheitsressorts des Landes OÖ von Herrn Landeshauptmann Dr. Pühringer eine eigene Kooperationsgesellschaft gegründet.

Punkt 13.3.

Die Abteilung Gesundheit teilt die Meinung des LRH, dass eine Kooperation unter den gegebenen vertraglichen Vereinbarungen grundsätzlich möglich ist. Hingewiesen werden soll in diesem Zusammenhang auch auf die Feststellung des LRH im Bericht unter Punkt 17.2., wonach produktive Zusammenarbeit eine hohe Bereitschaft der beteiligten Führungskräfte voraussetzt.

Punkt 16.3.

Durch die Zusammenführung des AKH Wels mit dem KH Grieskirchen wurde ein durch die Spitalsreformdiskussion ausgelöster Prozess über das ursprüngliche Ziel hinaus weitergeführt.

Punkt 19.3.

Bereits mit 1. September 2004 wurde die stationäre Versorgung von chirurgischen und unfallchirurgischen Patientinnen und Patienten nach Steyr verlagert. Es wurde jedoch einvernehmlich vereinbart, dass die Versorgung im Akutfall weiterhin in Form einer Ambulanz aufrecht erhalten bleibt.

Punkt 20.3.

Eine stationäre psychiatrische Versorgung des Bezirks Rohrbach durch das LKH Freistadt, so wie im angeführten Modell dargestellt, war nicht vorgesehen. Die Empfehlung zur Schaffung einer psychiatrischen Vollabteilung im LKH Freistadt beruht auf einem Vorschlag des Österreichischen Bundesinstituts im Gesundheitswesen.

Punkt 22.3.

Das Gesundheitsreferat bestätigt die Aussage des LRH, wonach in Oberösterreich eine deutliche Unausgewogenheit der Versorgung festzustellen ist. Seit 11. Oktober 2007 beschäftigt sich der Oö. Landtag im Rahmen des Unterausschusses "Verbesserung der Herzinfarktversorgung in Oberösterreich" mit dieser Thematik. Die Unterversorgung in den Regionen außerhalb der Zentralräume soll durch geeignete Maßnahmen behoben werden.

Punkt 23.3.

Die dargestellten Soll-Fallzahlen 2010 basieren auf der Versorgungsmatrix des Österreichischen Strukturplan Gesundheit 2006 (ÖSG 2006). Ausgangspunkt waren Ist- und nicht Bedarfszahlen. Eine exakte Beschreibung der Berechnungsmethode wurde von den Autoren des ÖSG 2006 nicht geboten. Sie verweisen aber auf die Annahme idealtypischer Verhältnisse und betonen - unabhängig vom Toleranzbereich von +/- 25 % des jeweiligen

Richtwertes - ausdrücklich, dass die Inhalte der Versorgungsmatrix in Bezug auf Vollständigkeit und Richtigkeit noch nicht abschließend validiert sind (Kapitel 1.5 ÖSG 2006). Planungen für den ambulanten Bereich des Gesundheitswesens, den Rehabilitationsbereich und den Pflege- und Sozialbereich, von denen entscheidende Impulse zur stationären Behandlung ausgehen, stehen im ÖSG 2006 nicht oder nicht in dem Detaillierungsgrad zur Verfügung.

- Aus o.a. Gründen ist die Versorgungsmatrix nicht Teil der Verordnung mit der der RSG Oö.- Oö. KAP/ GGP 2008 erlassen wurde.
- Die Abteilung Gesundheit sieht in den Planungswerten der Versorgungsmatrix des ÖSG 2006 eine wertvolle Unterstützung für die eigenen Planungen. Sie bildeten daher für das ÖBIG, das mit der Grundlagenarbeit zur Erstellung des RSG Oö. – Oö. KAP/ GGPs 2008 beauftragt war, einen wesentlichen Ausgangspunkt für die Festlegung der Strukturen in den oö. Fondskrankenanstellen (Fachrichtung, Versorgungsstufe, Bettenkapazitäten). Die lt. Versorgungsmatrix zu erwartenden Trends wurden dabei auch auf Ebene der Versorgungsregionen berücksichtigt. Die Empfehlung einer Steuerung über Strukturen wird daher bereits umgesetzt. Aufgrund der o.a. Schwächen verlässt sich die Abteilung Gesundheit jedoch nicht ausschließlich auf die Versorgungsmatrix des ÖSG.
- Die Verbindung von finanzieller Steuerung und Fallzahlentwicklung ist für die Abteilung Gesundheit erst dann vorstellbar, wenn nach längerfristigem Monitoring und Evaluierung der Planungswerte die Unsicherheiten mit denen die derzeitige Versorgungsmatrix noch behaftet ist, ausgeräumt sind und abschätzbar ist, inwieweit sie sich von echten Bedarfswerten unterscheiden. Zu berücksichtigen sind außerdem die Kapazitäten der Krankenversorgung außerhalb der Spitäler.
- Die Einführung von Aufnahmeprotokollen ist für die Abteilung Gesundheit nur dann vertretbar, wenn eine verbindliche Übernahme der Patientinnen und Patienten in jene Einrichtungen außerhalb des Spitals, das von Ärztinnen und Ärzten und Pflegepersonal empfohlen ist (z.B. Hauskrankenpflege, Rehabilitation) ohne Zeitverzögerung möglich ist.
- Die Geschäftsstelle für intramurale Aufgaben des Oö. Gesundheitsfonds informiert seit 2003 die Krankenanstellen regelmäßig über folgende Zahlen:
 - monatlich: Fallzahlen und Punkte je Krankenanstalt;
 - quartalsweise: Fallzahlen, Punkte und Belagstage je Fachhauptbereich;
 - halbjährlich: MHG je Krankenanstalt und MHG je Bundesland Österreichweit.

Punkt 24.3.

Die Geschäftsstelle für intramurale Aufgaben des Oö. Gesundheitsfonds hat seit Einführung der tagesklinischen Abrechnung in der leistungsorientierten Krankenanstellenfinanzierung die Krankenanstellen über Abrechnungsmöglichkeiten informiert. Im Rahmen dieser Veranstaltungen wurden auch Erfolgsmodelle - wie zB Augen-Tagesklinik - präsentiert. Ebenso erfolgt ein jährliches Monitoring, wie viele der möglichen tagesklinischen Leistungen bereits tagesklinisch erbracht werden. Diese Daten werden auch den Krankenanstellen zur Verfügung gestellt.

Bei der in der Tabelle angeführten HDG08.04 handelt es sich um ein Fallpauschale, welches keine abrechnungsrelevante Leistung während des Aufenthaltes beinhaltet. Dementsprechend niedriger ist die Leistungskomponente (bei HDG08.04 - 58 Punkte, vgl. MEL15.05 - 551 Punkte). Entsprechend dem LKF-Modell erhalten derartige Fälle mit Aufnahme und Entlassung am selben Tag die volle Leistungs-Komponente und 10% von der Tages-Komponente, die nach den LKF-Bepunktungsregeln für Belagsdauerausreißer nach unten berechnet wird.

Punkt 27.3.

Die erwähnten Mindestfallzahlen sind auch im ÖSG 2006 als Vorschläge von medizinischen Experten/Fachgesellschaften im Sinne einer Diskussionsgrundlage für weiterführende Evaluierung bzw. Weiterentwicklung angeführt (Vgl. Kap.3.9. ÖSG 2006) und wurden so in den RSG.OÖ - OÖKAP/GGP 2008 übernommen.

Der Grund für die Ausweisung von Mindestfrequenzen mit Vorschlagscharakter im ÖSG war ein Kompromiss, der zwei verschiedene Aspekte vereinen sollte: zum einen jenen, den auch der LRH anführt, nämlich dass medizinische Experten von einem positiven Zusammenhang zwischen Leistungsmengen und Ergebnisqualität ausgehen. Andererseits wurde aber auch der Aspekt berücksichtigt, dass für viele dieser Zahlen noch keine evidenzbasierte Grundlage vorliegt und sich verschiedene Fachgesellschaften, deren Mitglieder die gleichen Leistungen erbringen, mit unterschiedlichen Meinungen in die Diskussion der sie betreffenden Leistungsmindestfrequenzen einbrachten.

Die Empfehlung für eine wissenschafts-/evidenzbasierte Festlegung von Mindestfrequenzen pro Standort / Leistungserbringer ist als Arbeitsschritt für die Wartung und Weiterentwicklung des ÖSG 2009/2010 seitens des GÖG/ÖBIG definiert.

Die Abteilung Gesundheit evaluiert Fälle, in denen die Mindestfallzahl unterschritten wurde dahingehend, ob es sich bei den erbrachten Leistungen um Notfälle (die in jedem Fall erbracht werden sollen) oder um geplante Eingriffe handelte; ob rücklaufende Leistungszahlen vor dem Hintergrund eines Strukturabbaus zu sehen sind, etc. Die Ergebnisse dieser Evaluierung sind sehr unterschiedlich.

Gemeinsam mit den Ergebnissen der Evaluierung bereitet die Abteilung Gesundheit in Zusammenschau mit anderen Parametern der Leistungsmatrix eine EDV-gestützte Modellrechnung vor und wird mit Trägergesprächen beginnen.

Begleitend dazu ist eine Änderung der Aus- und Fortbildung des Fachpersonals (ÄrztInnen, DGKS/P) in der Praxis dahingehend notwendig, als Eingriffe, die sie am jeweiligen Standort im Routinebetrieb nicht mehr erbringen, insbesondere für Notfallsituationen geübt werden müssen.

Punkt 28.3.

Die vom LRH dargestellten Möglichkeiten sind einer Besprechungsgrundlage des ÖBIG entnommen, die auftragswidrigerweise z.T. die Vorgaben der Oö. Spitalsreform und/oder des ÖSG nicht berücksichtigten. Die aus der Oö. Spitalsreform nicht in den Oö. RSG

übernommenen Maßnahmen wurden von der Oö. Landesregierung auf der Grundlage eines Berichtes mit einer Kostendarstellung einstimmig beschlossen.

Eine der wesentlichsten Grundlagen für den RSG Oö. - Oö. KAP/GGP 2008 bildeten die Ergebnisse der Oö. Spitalsreform nach den Regionalkonferenzen. Demzufolge wurden alle in der Spitalsreform beschlossenen Bereinigungen von Parallelstrukturen auch in den RSG Oö. übernommen.

Die effizienzsteigernden Ansätze der Oö. Spitalsreform wurden – wie der LRH ausführt – im RSG Oö. übernommen.

Aus Sicht von Landesrätin Dr.ⁱⁿ Silvia Stöger waren Schließungspläne von Abteilungen für Gynäkologie und Geburtshilfe, Unfallchirurgien und Kinderstationen bereits im Pühringer-Plan enthalten, wurden ausführlich diskutiert und sind schlussendlich einvernehmlich abgelehnt worden. Einzelne Maßnahmen der Spitalsreform konnten nicht in den RSG Oö. übernommen werden. Dies war notwendig, da die Versorgungssicherheit der Menschen in Oberösterreich zu gewährleisten ist und daher die Planungsvorgaben entsprechend zu adaptieren waren.

Die im ÖSG bis 2010 prognostizierten Leistungsmengen je MHG sind für den RSG Oö. in das Rechenmodell für die Bettenzahlen eingeflossen. Für diese von GÖG/ ÖBIG prognostizierten Fallzahlen wird derzeit ein ÖSG-Monitoring eingerichtet, mit dem die Werte laufend evaluiert und angepasst werden.

Die vom LRH vorgeschlagene Reduktion von vollstationären Betten zugunsten tagesklinischer Strukturen wird dort, wo es medizinisch sinnvoll ist, auch weiterhin forciert. Die entsprechenden abrechnungstechnischen Rahmenbedingungen wurden vor kurzem geschaffen, sodass auch von dieser Seite die entsprechende Basis zum Ausbau tagesklinischer Strukturen gelegt ist.

Punkt 29.3.

Im Rahmen der Oö. Spitalsreform wurde eine Methodik gewählt, welche sich auf Basis von Schätzungen und Plausibilisierungen der Parameter der Experten und Trägervertreter stützt. Daher kann es in Einzelfällen und bei isolierter Betrachtung von Maßnahmen und Häusern zu Ergebnisdifferenzen kommen. Für die RSG-Erstellung ist der Sachverhalt 2007 relevant und deshalb ist das Ergebnis der Spitalsreform nur bedingt mit den RSG-Ergebnissen vergleichbar. Einerseits können natürlich einzelne Maßnahmen miteinander verglichen werden, aber andererseits ist auch die Gesamtkostenentwicklung im Vergleich zu sehen, die ja entsprechende Ausgabendämpfungen ermöglicht hat. Nichts desto trotz sollen alle Maßnahmen auf Basis der Statusevaluierung überdacht werden und ggf. angepasst werden.

Eine regional ausgewogene Basisversorgung, die sich an den aktuellen und künftigen Entwicklungen für die zu versorgende oberösterreichische Bevölkerung zu orientieren hat, und der uneingeschränkte Zugang zu Spitzenmedizinischen Leistungen stellt einen einhelligen gesundheitspolitischen Konsens dar. Auch wenn natürlich die Finanzierbarkeit ein wichtiger Aspekt der Gesundheitsplanung ist, bleibt dennoch eine effektive, an den Bedürfnissen der oö. Bevölkerung ausgerichtete Gesundheitsversorgung oberstes Ziel.

In diesem Spannungsfeld sieht der vorliegende RSG Oö. – Oö. KAP/ GGP 2008 eine strukturelle Umgestaltung von Bettenkapazitäten vor. So wird einerseits, ausgehend vom Betten-Ist-Stand Ende 2007, vor allem in den Bereichen Innere Medizin, Chirurgie, Orthopädie und Unfallchirurgie sowie der Kinderheilkunde insgesamt um rund 490 Betten reduziert. Auf der anderen Seite werden, vor allem bei den Leistungsbereichen Akutgeriatrie und Remobilisation, Psychosomatik für Erwachsene und Kinder, Neurologie, Palliativmedizin, Strahlentherapie und Nuklearmedizin in etwa 370 Betten neu geschaffen. Eine lineare Kostensenkung bei der Reduktion von insgesamt 111 Betten wäre nur dann realisierbar, wenn dabei ganze Organisationseinheiten geschlossen würden.

Allein ein von der gespag erstellter Bettenvergleich Reformkommission und Planbetten 2010 inkl. neue/zusätzliche Leistungsbereiche weist einen zusätzlichen Bettenbedarf von 286 Betten aus.

Dieser aufgrund der demographischen und medizinischen Entwicklung notwendige Umbau des künftigen Leistungsangebots stellt im Hinblick auf den Zeithorizont 2010 ein durchaus als engagiert zu bezeichnendes Vorhaben dar. An jenen Standorten, an denen diese wichtigen Leistungsangebote neu aufgebaut werden, ist mit jährlichen Kosten in Höhe von insgesamt rund Euro 26,3 Mio. zu rechnen.

Diese zu erwartenden Kosten sind jedoch unabhängig vom Kostendämpfungspotenzial der Oö. Spitalsreform zu sehen. Ziel dieser Reform war und ist es, durch ein beschlossenes Maßnahmenbündel den Anstieg der Kostenkurve abzuflachen. Dieses Ziel kann aus Sicht der Abteilung Gesundheit, trotz Umsetzung der gesundheitspolitisch notwendigen und sinnvollen Leistungsausweitungen, erreicht werden.

Wird ein Leistungsbereich im Oö. RSG neu geplant, so ist dieser keinesfalls ins Verhältnis zu den Berechnungen der Oö. Spitalsreform zu stellen und auch nicht im Bettensaldo zu berücksichtigen. Ansonsten würde gedanklich ein völliger Stopp in der weiteren Entwicklung der Oö. Spitalslandschaft unterstellt werden. Diese Ansicht wurde auch vom Wirtschaftsprüfungsunternehmen, das die Oö. Spitalsreform federführend beraten und das Kostendämpfungsmodell entwickelt hat, geteilt.

Linz am 12. März 2009

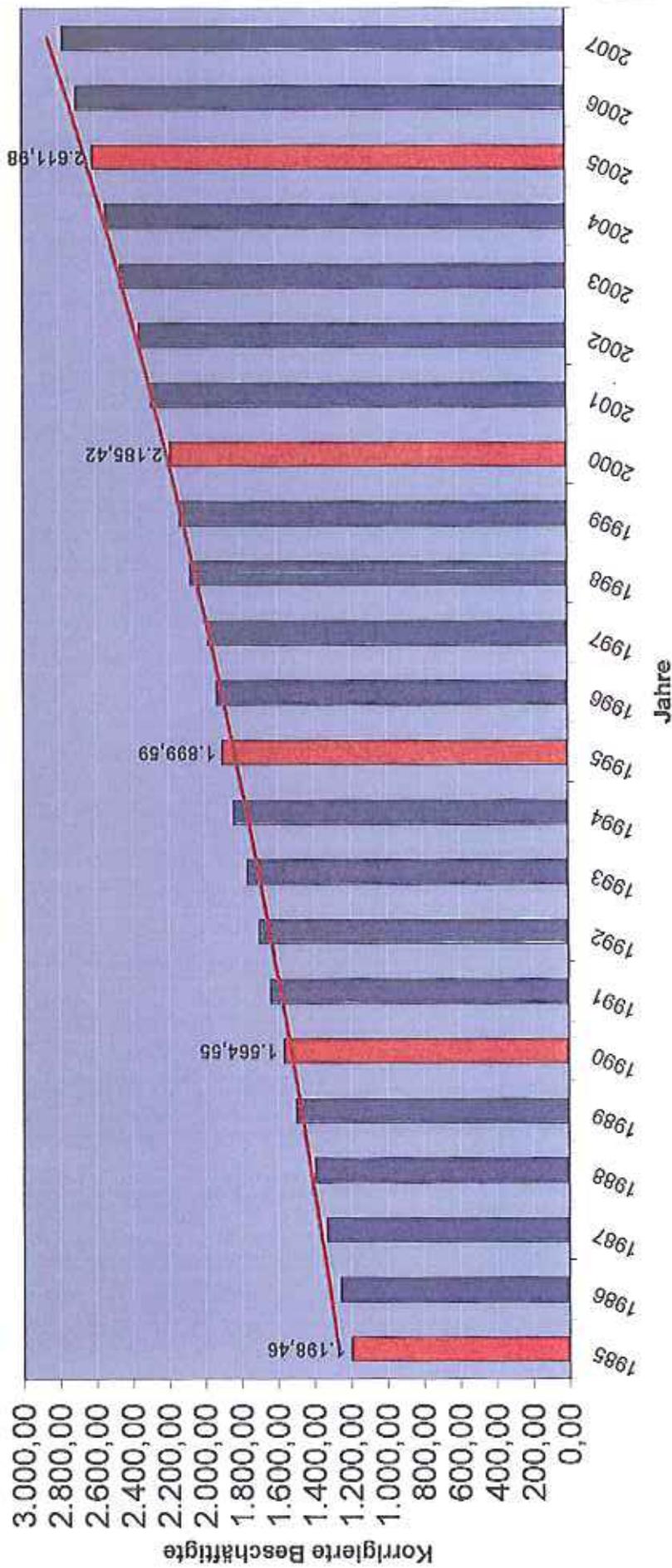


Dr. Matthias Stöger

Beilage:

Entwicklung der Ärzte/innen in den oö. Fondskrankenanstalten

Entwicklung der Ärzte/innen in den o.ö. Fondskrankenanstalten im Zeitraum 1985 bis 2007 nach dem Vollzeitäquivalent



Allgemeines Krankenhaus der Stadt Linz GmbH
 Medizinische Direktion
 Dr. Heinz Brock, MBA, MPH



LinZ
 verändert

Oö. Landesrechnungshof
 z.H. Hrn. Manfred Holzer-Ranetbauer
 Promenade 31
 A-4020 Linz

Datum
 Linz, 9.3.2009

bearbeitet von
 Dr. Heinz Brock, MBA, MPH
 Bau D, 1. St./Zi. 231
 & +43 (0)732/7806-1330
 ☎ +43 (0)732/7806-741330
 medion@akh.linz.at

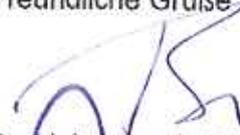
Stellungnahme der AKh GmbH zur Initiativprüfung „Umsetzung der oö. Spitalsreform – Kooperation AKh – LFKK“ des Landesrechnungshofes auf Basis der am 2.3.2009 zur Verfügung gestellten Besprechungsunterlage

Sehr geehrter Herr Holzer-Ranetbauer!

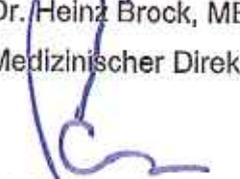
In der Besprechungsunterlage vom 2.3.2009 ist auf Seite 5 der Satz eingefügt: „Nach Meinung des LRH wären beide Lösungen als gleichwertig zu betrachten.“

Diese Feststellung widerspricht nach Meinung der AKh Linz GmbH den ökonomischen und qualitativen Anforderungen an eine zeitgemäße medizinische Versorgung, da die Ausgliederung der Gynäkologie aus dem Schwerpunktkrankenhaus AKh keinesfalls gleichwertig mit der Eingliederung einer fachlich isolierten Abteilung in ein Krankenhaus mit kompletter medizinischer Ausstattung zu sehen ist. Das AKh Linz ersucht den Landesrechnungshof um eine Begründung der oben erwähnten Aussage.

Freundliche Grüße


 Dr. Heinz Brock, MBA, MPH

Medizinischer Direktor des AKh Linz, Geschäftsführer der AKh Linz GmbH


 Dr. Karl Lenz, MPM

Verwaltungsdirektor des AKh Linz, Geschäftsführer der AKh Linz GmbH


 Erich O. Gattner, MSc

Pflegedirektor des AKh Linz, Geschäftsführer der AKh Linz GmbH

12562



Unser Zeichen
GZ

Datum
Linz, 02.03.2009

bearbeitet von
Dr. Heinz Brock, MBA, MPH
Bau D, 1. Stock, Zimmer 231
☎ +43 (0)732/7806-1330
☎ +43 (0)732/7806-741330
heinz.brock@akh.linz.at

Stellungnahme der AKh GmbH zur Initiativprüfung „Umsetzung der öö. Spitalsreform – Kooperation AKh – LFKK“ des Landesrechnungshofes auf Basis der am 28.1.2009 zur Verfügung gestellten Besprechungsunterlage

ad 11.1.:

Die Standortentscheidung wurde nach Diskussionen mit Vertretern des ÖBIG von der Stadt Linz und dem Land OÖ einvernehmlich getroffen. Das ÖBIG hatte folgende Varianten erarbeitet:

- Auffassung der Landesfrauenklinik und Aufteilung der Betten auf die bestehenden Standorte (AKh, BHSr, BHBr, Elisabethinen)
- Standort Klinikum Seilerstätte – Neubau bei BHSr/BHBr
- Neubau bei Landeskinderklinik und AKh

Vom ÖBIG wurde übrigens zu Beginn das Klinikum Seilerstätte favorisiert. Nach Aufzeigen der großen Synergie-Effekte am Standort Krankenhausstraße – gerade auch mit der Landeskinderklinik und einem Schwerpunktkrankenhaus – konnte damals ein Umdenken erzielt werden, nicht zuletzt durch die Intervention der Krankenhausreferentin Christiana Dolezal und des damaligen LR Dr. Walter Aichinger.

Der Grundgedanke war der Support durch das Schwerpunktkrankenhaus AKh und die großen Synergien mit der Landeskinderklinik. In allen folgenden Besprechungen wurde von den Beteiligten immer wieder festgehalten, dass die Gyn/Geb-Abteilung des AKh

unverändert aufrecht erhalten bleibt. Auch im ÖKAP 2004 und im aktuellen ÖSG sind diese AKh-Betten unverändert enthalten.

Die Stadt Linz hat große Vor- und Zusatzleistungen für die Neuerrichtung am Standort Krankenhausstraße getätigt. Die ersten Pläne für den Neubau der LFKK enthielten kein Obergeschoß mit den erwähnten 1.100 m². Vertraglich wurde festgelegt, dass Planungsänderungen mit der Stadt Linz abzusprechen sind. Zu keiner Zeit wurde mit VertreterInnen der Stadt Linz und auch nicht mit VertreterInnen des AKh die Erweiterung des Neubaus besprochen. Somit steht fest, dass die Zusatzflächen nicht im Konsens mit der Stadt Linz errichtet wurden.

Der vom LRH erwähnte Grundgedanke der Zusammenführung der beiden Abteilungen war daher offensichtlich nur einseitig vorhanden und widerspricht den oben angeführten Vereinbarungen.

ad 13.1.:

Zur Facharztrotation darf angemerkt werden, dass diese trotz mancherlei Widerstände aus dem fachärztlichen Personal bislang lückenlos umgesetzt wurde. Die AKh GmbH vertritt auch die Meinung, dass mit dieser Facharztrotation die in den Strukturqualitätskriterien des ÖSG angesprochenen Standards der garantierten Leistungserbringung im jeweilig anderen Teilbereich des Faches lückenlos erfüllt sind. Die AKh Linz GmbH ist auch der Meinung, dass die Zusammenfassung des gynäkologischen Fachbereiches einerseits sowie des geburtshilflichen Bereiches andererseits grundsätzlich zu einer Qualitätsverbesserung führen sollte.

ad 14.1.:

Die Zusammenlegung der Ambulanzen wurde tatsächlich diskutiert, jedoch wurde aus medizinisch-fachlichen und räumlichen Überlegungen seitens des AKh davon Abstand genommen.

Die weit reichenden Kooperationsfelder zwischen AKh und LFKK wurden zumindest von der AKh GmbH konsequent verfolgt und teilweise auch einseitig umgesetzt.

Die Kooperation im Bereich der Anästhesie wird vom AKh seit Jahren gefördert. Die Leitung der LFKK-Anästhesie erfolgt seit mehreren Jahren durch die AKh-Oberärztin Frau Dr. Geiselseder, welche dafür vom AKh teilweise freigestellt ist. Diese Freistellung in

Form einer Nebenbeschäftigung wurde über den vereinbarten Zeitraum hinaus von Seiten der AKh GmbH bereits mehrfach verlängert, da von Seiten der GESPAG bisher noch keine Entscheidung über eine Zusammenführung der beiden Abteilungen herbeigeführt wurde. Zuletzt wurde von der LFKK die weitere Bearbeitung dieser Kooperationsthematik auf unbestimmte Zeit ausgesetzt.

Auch in der Radiologie gibt es bereits seit einiger Zeit eine gelebte Unterstützung der LFKK durch das AKh in Form einer Ausbildungsstelle. Eine weitere Zusammenführung wurde bisher von der LFKK nicht gewünscht.

ad 14.2.:

Unbenommen der eindeutig formulierten Einschätzung des Landesrechnungshofes bezüglich der Umsetzung der Kooperation zwischen AKh Linz und LFKK muss doch klar gestellt werden, dass eine PatientInnengefährdung zumindest im Leistungsbereich des AKh Linz durch die derzeitige Form der Kooperation keinesfalls besteht. Die Versorgung der Patientinnen mit gynäkologischen Leistungen ist durch die Bestellung eines fachlich hoch kompetenten und organisatorisch versierten Abteilungsvorstandes deutlich besser geworden als im Vorjahr. Dies lässt sich durch die bisherigen Behandlungsergebnisse und auch die deutlich höhere Zufriedenheit von MitarbeiterInnen und PatientInnen belegen.

Die Empfehlung des LRH bezüglich einer vollständigen Übertragung des Leistungsspektrums eines Krankenhauses auf das andere kann nur dahin gehend verstanden werden, dass das Schwerpunktkrankenhaus AKh, in welchem die gesamte fachliche Infrastruktur für die Frauenheilkunde besteht (Urologie, Onkologie, Chirurgie, Intensivmedizin, Physikalische Medizin, etc.) die Leistungen von der LFKK übernimmt. Die Ausgliederung der Gynäkologie aus der Struktur eines Allgemeinkrankenhauses in ein fachlich solitäres Spezialkrankenhaus würde sowohl in Österreich, als auch international einem Anachronismus entsprechen, welcher weder medizinisch, noch wirtschaftlich begründbar wäre. Im übrigen wird wiederum auf die diesbezüglichen Ausführungen unter 11.2. verwiesen.

Bezüglich der Synergieeffekte mag es durchaus Faktum sein, dass beide Häuser unterschiedliche Potenziale anführten. Eindeutig nachweisbar ist, dass im Zuge der Kooperation Gyn/Geb die jährlichen Personalkosten im AKh um 530.000 Euro reduziert werden konnten und die jährlichen Gesamtkosten der Abteilung Gynäkologie und Geburtshilfe des AKh um 700.000 Euro. Die AKh Linz GmbH ist der Meinung, dass für eine weitere Nutzung von Synergiepotenzialen durchaus noch Möglichkeiten bestehen. Letztendlich stellte das AKh auch durch die Bestellung von Prim. Doz. Dr. Gernot Tews zum Abtei-

lungsvorstand der Gyn/Geb des AKh seine große Kooperationsbereitschaft unter Beweis.



Dr.ⁱⁿ Christiana Dolezal

Vizebürgermeisterin der Stadt Linz, Vorsitzende des Aufsichtsrates der AKh Linz GmbH



Dr. Heinz Brock, MBA, MPH

Medizinischer Direktor des AKh Linz, Geschäftsführer der AKh Linz GmbH

Dr. Karl Lenz, MPM

Verwaltungsdirektor des AKh Linz, Geschäftsführer der AKh Linz GmbH



Erich O. Gattner, MSc

Pflegedirektor des AKh Linz, Geschäftsführer der AKh Linz GmbH



LinZ
verändert



Linz, 06. März 2009

An den
Oberösterreichischen Landesrechnungshof
Promenade 31
4020 Linz

**Gemeinsame Stellungnahme des Allg. Krankenhauses Linz
und der Oö. Gesundheits- und Spitals-AG
zur Initiativprüfung "Umsetzung der Oö. Spitalsreform"**

Sehr geehrte Damen und Herren!

Der Landesrechnungshof Oberösterreich hat die Träger der Krankenhäuser AKH Linz und Landesfrauen- und Kinderklinik eingeladen, zu einzelnen, die Kooperation zwischen den Krankenhäusern im gynäkologisch-geburtshilflichen Bereich betreffenden und auszugsweise übermittelten Punkten eines Berichts des Landesrechnungshofes zur sog. „Oö. Spitalsreform“ Stellung zu nehmen. Die im Folgenden zu den einzelnen Punkten getroffenen Feststellungen stellen die gemeinsame und zwischen den Trägern abgestimmte Sichtweise dar. Es wird ersucht, diese Ausführungen im Bericht des Landesrechnungshofes zu würdigen und sowohl in der Sachverhaltsfeststellung als auch seiner Bewertung zu berücksichtigen.

Zu **Punkt 11.1.** werden sich die Träger erlauben, gesonderte Stellungnahmen abzugeben. In **Punkt 11.2.** des vorläufigen Berichts hält der LRH ua. fest, dass es zu einem bewussten Aufbau von Doppelgleisigkeiten gekommen sei und dies ein „peinliches Licht auf die dafür Verantwortlichen“ werfe.

AKh und gespag halten dazu fest:

Der zwischen den beiden Trägern bestehende Zusammenarbeitsvertrag sieht nicht – wie im Gutachten zitiert – den Aufbau von Doppelgleisigkeiten vor. Der Zusammenarbeitsvertrag regelt die Verteilung und Zuordnung der Leistungsfelder auf beide Träger. Insbesondere wurde die Geburtshilfe in der LFKK, die Gynäkologie im AKh konzentriert. Im Übrigen wird die unsachliche Diktion aus dem Gutachten als unangemessen zurück gewiesen.

Zu den vom LRH angesprochenen Freiflächen gibt es Notwendigkeiten für eine medizinische Nutzung. Es liegen auch entsprechende Konzepte dafür vor.

In **Punkt 12.1.** legt der LRH die Konstruktion der Kooperationsgesellschaft und wesentliche Inhalte aus dem Zusammenarbeitsvertrag dar. Der Umstand, dass bisher keine Anpassungen der Anstaltsordnungen vorliegen, wird bemängelt. In **Punkt 12.2.** wird von unklaren Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten gesprochen.

Das AKH Linz und die gspag halten dazu fest, dass die Verantwortlichkeiten im Bereich Gynäkologie und Geburtshilfe auf Grund der bestehenden Kooperationsvereinbarung, der gemeinsamen Organisationsverfügung der beiden ärztlichen Direktoren und mündlicher Vereinbarungen über den Willen der vertragsschließenden Parteien klar geregelt sind. Für die dislozierten Betten ist jeweils der Abteilungsleiter jenes Hauses, in dem die ärztliche Tätigkeit erfolgt, zuständig. Ausgenommen davon sind die beiden Abteilungsleiter, die immer letztverantwortlich tätig werden. Es sind daher die Aussagen des Gutachters sachlich nicht gerechtfertigt. Die beiden Träger halten fest, dass durch die derzeitige Form der Zusammenarbeit die Voraussetzungen für eine qualitativ hochwertige Behandlung gegeben sind.

Zur angesprochenen Transferierung der Betten wird festgehalten, dass der Bettenabtausch nicht in Form einer krankenanstaltenrechtlichen Verlagerung erfolgte, sondern durch Belegung mit Gyn.-Patientinnen im AKh und Geburtshilfepatientinnen in der LFKK umgesetzt wurde.

Im Zuge der Beschlussfassung des RSG in OÖ war es erforderlich, eine generelle Anpassung der Anstaltsordnungen vorzunehmen. Durch den länger dauernden Prozess der Beschlussfassung musste mit dieser Anpassung zugewartet werden. Die erforderlichen Änderungen der Anstaltsordnungen des AKh und der LFKK sollten im Zuge dieser Änderungen gemeinsam vorgenommen werden. Im Zuge der Ausarbeitung haben sich Widersprüche zwischen den Regelungen des Zusammenarbeitsvertrages und dem OÖ KAG herausgestellt (siehe dazu den Aktenvermerk der Abtlg. Gesundheit vom 18.12.2008).

In **Punkt 13.1.** geht der LRH auf die bestehende Facharztrotation ein. Unter **Punkt 13.2.** wird von unhaltbaren Arbeitsbedingungen und schweren Bedenken gegen eine Weiterführung der beiden Abteilungen gesprochen.

Zum Punkt 13.1. (Rotation) wird das AKH eine gesonderte Stellungnahme abgeben.

Das AKH Linz und die gspag halten dazu noch einmal fest, dass die Verantwortlichkeiten im Bereich der Gynäkologie und Geburtshilfe klar geregelt sind (siehe Stellungnahme zu Punkt 12.2.). Die beiden Träger und insbesondere die beiden ärztlichen Direktoren stellen daher fest, dass durch die derzeitige Form der Zusammenarbeit die Voraussetzungen für eine qualitativ hochwertige Behandlung gegeben sind. Auf welcher Grundlage der Gutachter unhaltbare Zustände für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter herleitet, ist weder ausgeführt noch nachvollziehbar.

Das AKH Linz und die gspag gehen davon aus, dass sie die Voraussetzungen für eine optimale Betreuung von Frauen, Schwangeren und deren Kindern bereit halten. Unter welchen Gesichtspunkten und aufgrund welcher Konsequenzen ein Weiterführen der beiden Abteilungen nicht zu verantworten sein soll, wird vom LRH weder ausgeführt noch begründet.

Im Übrigen halten beide Träger fest, dass sich auf Grund der gemeinsamen Stellungnahme von AKH und gspag der LRH und der Gutachter veranlasst sahen, die Feststellung zu treffen, dass „keine unmittelbare Gefahr für Patientinnen bei der Weiterführung der derzeitigen Struktur besteht“ (siehe die Aktennotiz des Gutachters über ein Telefonat mit Hrn. Holzer-Ranetbauer am 30.1.09, 11:00 Uhr, überreicht durch den Prüfungsleiter des LRH, Hrn. Holzer-Ranetbauer im Rahmen der Schlussbesprechung am 30.1.09).

In **Punkt 14.1.** geht der LRH auf Planungen im Zusammenhang mit der Gyn/Geb-Ambulanz ein. Weiters werden mögliche andere Kooperationsfelder und ihr Potenzial angesprochen. **Punkt 14.2.** gibt Einschätzungen zur bestehenden Kooperation und das Synergiepotenzial im Gyn/Geb-Bereich ab.

Zu den Inhalten in 14.1. halten die gspag und das AKh fest:

Das AKH Linz und die gspag stellen dazu noch einmal fest, dass die Verantwortlichkeiten im Bereich der Gynäkologie und Geburtshilfe klar geregelt sind (siehe Stellungnahme zu Punkt

12.2.). Die beiden Träger und insbesondere die beiden ärztlichen Direktoren stellen fest, dass durch die derzeitige Form der Zusammenarbeit die Voraussetzungen für eine qualitativ hochwertige Behandlung gegeben sind.

Der LRH führt an, dass es in den Bereichen Radiologie, Anästhesie und Hygiene keine Zusammenführung bzw. Kooperation gibt. Dazu halten beide Träger fest, dass sowohl in der Radiologie (z.B. Ausbildungsrotation) als auch in der Anästhesie (z.B. die teilweise anästhesiologische Versorgung des Gyn.-OP im AKH durch die LFKK) Kooperationen bereits bestehen. Für den Bereich der Hygiene bringt eine Zusammenarbeit keine Synergiepotenziale.

Weiters lehnen das AKH und die Gespag die Feststellung ab, dass „die Kooperation in der bestehenden Form im Bereich der Gynäkologie/Geburtshilfe zwischen dem AKH Linz und der LFKK als gescheitert angesehen werden muss“ und halten daher Folgendes fest: Durch die Zusammenführung der Geburtshilfe entstand in der LFKK mit mehr als 3.100 Geburten die größte Geburtshilfe Österreichs. Ebenso wurde die Gynäkologie im AKH konzentriert.

Zu Punkt 14.2. letzter Absatz kann zu den im Bericht angesprochenen unterschiedlichen Synergiepotenzialen ohne Kenntnis der verglichenen Zahlen keine detaillierte Stellungnahme abgegeben werden. Der genannte Betrag von Mio. 1,2 im Gyn/Geb.-Bereich setzt eine vollständige organisatorische und räumliche Zusammenführung der Abteilungen voraus. Gespag und AKH schlagen daher zu diesem Punkt eine gemeinsame Detailbesprechung mit dem Landesrechnungshof vor.

Beide Träger halten fest, dass sie an einer Weiterentwicklung der Kooperation arbeiten, jedoch die Rahmenbedingungen (gesetzliche Regelungen, Eigentümerentscheidungen) eine Optimierung erfordern.

Wir danken bereits im Voraus für die Berücksichtigung der Darlegungen in dieser Stellungnahme.

Für die Akh Allgemeines Krankenhaus
der Stadt Linz GmbH:


.....
Dr. Heinz Brock, MBA, MPH


.....
DGKP Erich O. Gattner, MSc


.....
Dr. Karl Lenz, MPM

Für die Oö. Gesundheits- und Spitals-AG:


.....
Mag. Karl Lehner, MBA


.....
Uppa Dr. Heinrich Birner

Der Vorstand

Telefon: 050 554/60 20011
Fax: 050 554/60 40011

2. März 2009

An den
Oö. Landesrechnungshof
Promenade 31
4020 Linz

**Stellungnahme der OÖ Gesundheits- und Spitals AG
zur Initiativprüfung „Umsetzung der OÖ Spitalsreform“**

Sehr geehrte Damen und Herren!

In Ergänzung der gemeinsamen Stellungnahme der AKh Allgemeines Krankenhaus der Stadt Linz GmbH und der OÖ Gesundheits- und Spitals AG vom 26. Februar 2009 ersuchen wir Sie, die nachstehende Ausführung zum Punkt 11.1 im Bericht des Landesrechnungshofes zu würdigen und sowohl in der Sachverhaltsfeststellung als auch seiner Bewertung zu berücksichtigen:

Im Punkt 11.1 hält der LRH unter anderem fest, dass „zum Prüfungszeitraum diese Flächen von mehr als 1.100 m² keiner konkreten Nutzung zugeführt, waren.

Dazu hält die gespag fest, dass derzeit die Umsetzungsplanungen für eine dringend erforderliche medizinische Nutzung zur Verbesserung der medizinischen Strukturqualität in der Landes- Frauen- und Kinderklinik Linz durchgeführt wird. Insbesondere sind davon die neonatologische und gynäkologisch/geburtshilfliche Versorgung betroffen.

Wir danken bereits im voraus für die Berücksichtigung der Darlegungen in dieser Stellungnahme.

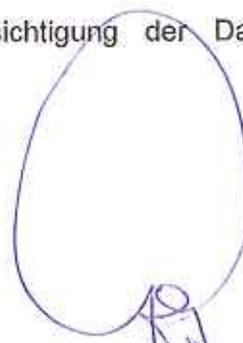
Mit freundlichen Grüßen,

Oö. Gesundheits- und Spitals-AG



Mag. Karl Lehner, MBA

GESUNDHEIT MIT SYSTEM.



Dr. Harald Geck

Beilage zur Initiativprüfung
LRH-100044/27-2009-Hr

AKTENVERMERK

Gegenstand: Schlussbesprechung über die Initiativprüfung betreffend
Umsetzung der Oö. Spitalsreform
 Aktenzahl: LRH-100044/25-2009-Hr
 Ort und Datum: Oö. Landesrechnungshof, Promenade 31, am 29. Jänner 2009
 Organisationseinheiten: Direktion Finanzen
Direktion Soziales und Gesundheit
 Mitglieder des LRH: Manfred Holzer-Ranetbauer
Mag. Lisa Höllwirth
Josef Lenglachner
Barbara Spindelbalker
Dr. Johannes Hohenauer

Den Teilnehmerinnen und Teilnehmern der oben angeführten Organisationseinheiten ist das vorläufige Ergebnis der Initiativprüfung in der gegenständlichen Schlussbesprechung vollinhaltlich zur Kenntnis gebracht worden.

Die von den Teilnehmerinnen und Teilnehmern mündlich eingebrachten Stellungnahmen wurden eingearbeitet (Kennzeichnung mit 3 an der zweiten Stelle und mit Kursivdruck). Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer behalten sich die Abgabe einer schriftlichen Stellungnahme gemäß § 6 Abs. 5 Oö. LRHG vor.

Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Organisationseinheiten Direktion Finanzen und Direktion Soziales und Gesundheit:

.....

Mitglieder des LRH:

.....

Beilage zur Initiativprüfung
LRH-100044/27-2009-Hr

AKTENVERMERK

Gegenstand: Schlussbesprechung über die Initiativprüfung betreffend
Umsetzung der Oö. Spitalsreform

Aktenzahl: LRH-100044/26-2009-Hr

Ort und Datum: Oö. Landesrechnungshof, Promenade 31, am 30. Jänner 2009

Organisationseinheiten: Allgemeines Krankenhaus der Stadt Linz GmbH
Oö. Gesundheits- und Spitals AG
Direktion Soziales und Gesundheit

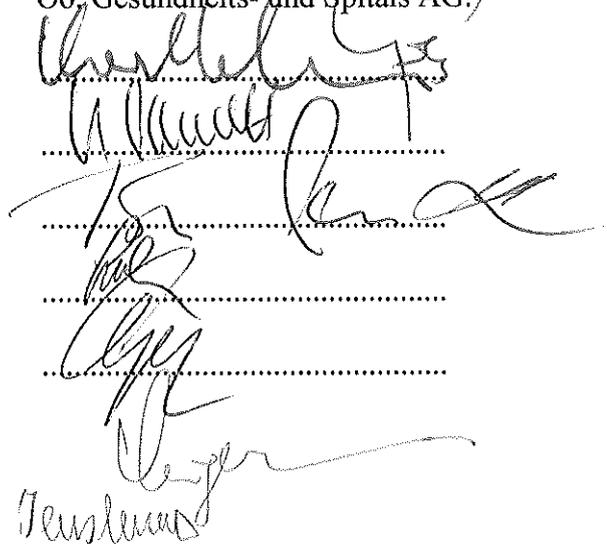
Mitglieder des LRH: Mag. Elke Anast-Kirchsteiger
Manfred Holzer-Ranetbauer
Mag. Lisa Höllwirth
Josef Lenglachner
Barbara Spindelbalker

Den Teilnehmerinnen und Teilnehmern der oben angeführten Organisationseinheiten ist das vorläufige Ergebnis der Initiativprüfung in der gegenständlichen Schlussbesprechung vollinhaltlich zur Kenntnis gebracht worden.

Die von den Teilnehmerinnen und Teilnehmern mündlich eingebrachten Stellungnahmen wurden eingearbeitet (Kennzeichnung mit 3 an der zweiten Stelle und mit Kursivdruck). Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer behalten sich die Abgabe einer schriftlichen Stellungnahme gemäß § 6 Abs. 5 Oö. LRHG vor.

Die Teilnehmerinnen und
Teilnehmer der
Organisationseinheiten

Allgemeines Krankenhaus der
Stadt Linz GmbH und
Oö. Gesundheits- und Spitals AG:



Mitglieder des LRH:

