

Bericht des Rechnungshofes

**Leistungserbringung ausgewählter
Krankenanstalten im Land Steiermark**

Inhaltsverzeichnis

Tabellen- und Abbildungsverzeichnis _____	444
Abkürzungsverzeichnis _____	447

Steiermark**Wirkungsbereich des Landes Steiermark****Leistungserbringung ausgewählter Krankenanstalten
im Land Steiermark**

KURZFASSUNG _____	450
Prüfungsablauf und -gegenstand _____	456
Rahmenbedingungen der stationären Versorgungsplanung _____	457
Allgemeines _____	457
Strukturplanung _____	458
Zielsteuerung Gesundheit _____	462
Geplante und tatsächliche Versorgungsstruktur der überprüften Krankenanstalten _____	470
Versorgungsfunktion der überprüften Krankenanstalten _____	479
Leistungserbringung Chirurgie _____	488
Leistungsentwicklung _____	488
Leistungsspektren _____	494
Unfallchirurgische Leistungen _____	501
Leistungserbringung Innere Medizin _____	508
Leistungsentwicklung _____	508
Leistungsspektren _____	514
Schlussempfehlungen _____	519
ANHANG Entscheidungsträger der überprüften Unternehmen _____	523

Tabellen- und Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Überblick Rahmenbedingungen _____	458
Tabelle 1:	Übersicht Regionale Strukturpläne Gesundheit in Österreich _____	460
Tabelle 2:	Erfüllung der rechtlich erforderlichen Mindestinhalte __	460
Tabelle 3:	Operatives Ziel „klare Versorgungsaufträge“ und Umsetzungsmaßnahmen _____	464
Tabelle 4:	Operatives Ziel „Forcierung der tagesklinischen Leistungserbringung“ und Umsetzungsmaßnahmen __	465
Tabelle 5:	Operatives Ziel „Reduktion nicht indizierter Null- und Ein-Tages-Aufenthalte“ und Umsetzungsmaßnahmen _____	466
Tabelle 6:	Operatives Ziel „Entlastung akutstationärer Bereich durch entsprechende Versorgung in Pflegeheimen“ und Umsetzungsmaßnahmen _____	466
Tabelle 7:	Operatives Ziel „Beseitigung evidenter Über-, Unter- und Fehlversorgung“ und Umsetzungsmaßnahmen _____	467
Tabelle 8:	Versorgungsauftrag und Bettenanzahl der überprüften Krankenanstalten _____	470
Tabelle 9:	Bettenstruktur MKH Vorau _____	472
Tabelle 10:	Bettenstruktur LKH Hartberg _____	475
Tabelle 11:	Bettenstruktur LKH Weiz _____	476
Tabelle 12:	Versorgungsfunktion der überprüften Krankenanstalten gemessen an deren Leistungsspektren und Einzugsgebieten _____	480
Tabelle 13:	Aufenthalte nach den zehn häufigsten Fallgruppen im MKH Vorau 2013 _____	481

Tabelle 14:	Funktionelle Eingriffe an Rückenmark, Nerven und vegetativem Nervensystem in Österreich _____	482
Tabelle 15:	Einzugsgebiet MKH Vorau _____	483
Tabelle 16:	Aufenthalte nach den zehn häufigsten Fallgruppen im LKH Hartberg 2013 _____	484
Tabelle 17:	Einzugsgebiet LKH Hartberg _____	484
Tabelle 18:	Aufenthalte nach den zehn häufigsten Fallgruppen im LKH Weiz 2013 _____	485
Tabelle 19:	Einzugsgebiet LKH Weiz _____	486
Tabelle 20:	Kennzahlen Abteilungen für Chirurgie _____	489
Tabelle 21:	Kennzahlen der Abteilung für Chirurgie des MKH Vorau _____	490
Tabelle 22:	Kennzahlen der Abteilung für Chirurgie des LKH Hartberg von 2010 bis 2013 _____	491
Tabelle 23:	Kennzahlen der Abteilung für Chirurgie des LKH Weiz von 2010 bis 2013 _____	492
Tabelle 24:	Leistungsspektren Chirurgie _____	494
Tabelle 25:	Fünf häufigste Leistungen nach Aufenthalten an der Abteilung für Chirurgie des MKH Vorau _____	495
Tabelle 26:	Fünf häufigste Leistungen nach Aufenthalten an der Abteilung für Chirurgie des LKH Hartberg _____	496
Tabelle 27:	Fünf häufigste Leistungen nach Aufenthalten an der Abteilung für Chirurgie des LKH Weiz _____	497
Tabelle 28:	Aufenthalte 2013 an den Abteilungen für Chirurgie nach operativer/konservativer Behandlung an den überprüften Krankenanstalten _____	497
Tabelle 29:	Ausgewählte unfallchirurgische Leistungen an den Abteilungen für Chirurgie _____	501

Tabelle 30:	Arthroskopien in den überprüften Krankenanstalten im Jahr 2014 _____	502
Tabelle 32:	Anzahl Implantation einer Endoprothese des Hüftgelenks in den überprüften Krankenanstalten im Jahr 2014 _____	503
Tabelle 31:	Einzugsgebiete bei arthroskopischen Eingriffen am MKH Vorau 2013 _____	503
Tabelle 33:	Zeit zwischen Aufnahme und Operation bei der Versorgung von Schenkelhalsfrakturen _____	504
Tabelle 34:	Kennzahlen Abteilungen für Innere Medizin _____	509
Tabelle 35:	Kennzahlen der Abteilung für Innere Medizin am MKH Vorau von 2010 bis 2013 _____	509
Tabelle 36:	Kennzahlen des Departments für Akutgeriatrie am MKH Vorau von 2010 bis 2013 _____	510
Tabelle 37:	Kennzahlen der Abteilung für Innere Medizin am LKH Hartberg von 2010 bis 2013 _____	511
Tabelle 38:	Kennzahlen der Abteilung für Innere Medizin am LKH Weiz von 2010 bis 2013 _____	511
Tabelle 39:	Leistungsspektren Innere Medizin _____	514
Tabelle 40:	Fünf häufigste Diagnosen an der Abteilung für Innere Medizin des MKH Vorau _____	515
Tabelle 41:	Fünf häufigste Diagnosen an der Abteilung für Innere Medizin des LKH Hartberg _____	516
Tabelle 42:	Fünf häufigste Diagnosen an der Abteilung für Innere Medizin des LKH Weiz _____	517

Abkürzungsverzeichnis

Abs.	Absatz
Art.	Artikel
BGBL.	Bundesgesetzblatt
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
bspw.	beispielweise
bzw.	beziehungsweise
DIAG	Dokumentations- und Informationssystem für Auswertungen im Gesundheitswesen
GZ	Geschäftszahl
G-ZG	Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz
HDG	Hauptdiagnosegruppen
i.d.g.F.	in der geltenden Fassung
KAGes	Steiermärkische Krankenanstaltengesellschaft m.b.H.
KAKuG	Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten
KH	Krankenhaus
LGBL.	Landesgesetzblatt
lit.	litera
LKH	Landeskrankenhaus
MEL	medizinische Einzelleistungen
MKH Vorau	Marienkrankenhaus Vorau
Nr.	Nummer
ÖSG	Österreichischer Strukturplan Gesundheit
rd.	rund
RH	Rechnungshof
RSG	Regionaler Strukturplan Gesundheit

Abkürzungen



StKAG 2012 Steiermärkisches Krankenanstaltengesetz 2012

TZ Textzahl(en)

u.a. unter anderem

vgl. vergleiche

Z Ziffer

z.B. zum Beispiel

Wirkungsbereich des Landes Steiermark

Leistungserbringung ausgewählter Krankenanstalten im Land Steiermark

Da das Land Steiermark den Landeskrankenanstaltenplan seit 17 Jahren nicht mehr adaptierte, berücksichtigte dieser auch nicht die seither durch den Beschluss des Österreichischen Strukturplans Gesundheit (ÖSG) auf Bundes- und des Regionalen Strukturplans Gesundheit (RSG) auf Landesebene entwickelten Planungsvorgaben. Die Inhalte des RSG waren demnach nicht unmittelbar rechtsverbindlich, was einer wirksamen Steuerung durch die stationäre Versorgungsplanung entgegenstand.

Dies hatte u.a. zur Folge, dass es zwischen den drei überprüften Krankenanstalten zum Teil deutliche Unterschiede hinsichtlich der Leistungsspektren und der Einzugsgebiete gab, obwohl für sie ähnliche Versorgungsaufträge vorgesehen waren.

Selbst darauf hatte das Land Steiermark nicht mit einer Aktualisierung des Landeskrankenanstaltenplans zur Definition klarer Versorgungsaufträge reagiert.

Die Identifizierung und Beseitigung solcher Unterschiede in der Versorgungs- und Leistungsdichte waren zwar ebenso wie die Definition klarer Versorgungsaufträge wesentliche Ziele des Landes-Zielsteuerungsvertrags Steiermark. Anhand des Vertrags war jedoch erkennbar, dass die Arbeiten der Zielsteuerungs-Partner auf Bundesebene in einigen Bereichen noch nicht abgeschlossen waren, weil bei zehn von zwanzig darin festgelegten Umsetzungsmaßnahmen nur der Verweis „Mitwirkung auf Bundesebene“ an Stelle von konkreten Steuerungsmaßnahmen auf Landesebene enthalten war.

KURZFASSUNG

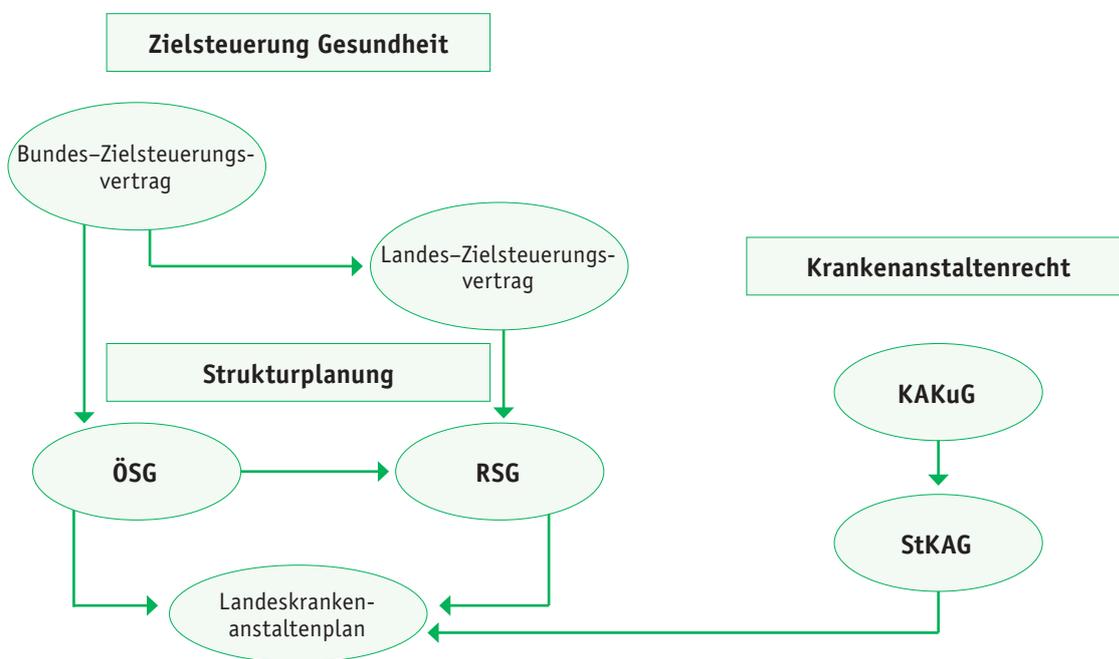
Prüfungsziel

Ziel der Gebarungüberprüfung war es, gemessen an der stationären Versorgungsplanung des Landes Steiermark die Versorgungsstrukturen bzw. die Leistungserbringung an den drei überprüften Krankenanstalten insbesondere im Bereich der Chirurgie und der Inneren Medizin zu analysieren, um auch vor dem Hintergrund der Gesundheitsreform 2013 die Steuerungswirksamkeit der Planung zu beurteilen. (TZ 1)

Rahmenbedingungen der stationären Versorgungsplanung

Das Land Steiermark hatte bei der stationären Versorgungsplanung folgende Rahmenbedingungen zu berücksichtigen: (TZ 2)

Überblick Rahmenbedingungen



Quelle: RH

Strukturplanung

Der Landeskrankenanstaltenplan des Landes Steiermark erfüllte die rechtlich erforderlichen Mindestinhalte nur teilweise. Allerdings waren wesentliche Bereiche, wie die für die Fachbereiche jeweils vorgesehenen Organisationsformen (z.B. Abteilung, Tagesklinik, etc. ...), die im Landeskrankenanstaltenplan ungeregelt blieben, im RSG enthalten. (TZ 3)

Da das Land Steiermark den Landeskrankenanstaltenplan seit 17 Jahren nicht mehr adaptiert hatte, berücksichtigte dieser nicht die seither durch den Beschluss des ÖSG auf Bundes- und des RSG auf Landesebene entwickelten Planungsvorgaben. Dies widersprach dem Krankenanstaltenrecht, wonach der Landeskrankenanstaltenplan den Vorgaben des ÖSG entsprechen musste und mit dem jeweils gültigen RSG abzustimmen war. Die Inhalte des RSG waren demnach nicht Teil einer Verordnung und somit auch nicht unmittelbar rechtsverbindlich, was einer wirksamen Steuerung durch die stationäre Versorgungsplanung entgegenstand. (TZ 3)

Zielsteuerung Gesundheit

Anhand des Landes-Zielsteuerungsvertrags Steiermark war erkennbar, dass die Arbeiten der Zielsteuerungs-Partner auf Bundesebene in einigen Bereichen noch nicht abgeschlossen waren; bei zehn von zwanzig Umsetzungsmaßnahmen enthielt der Vertrag nur den Verweis „Mitwirkung auf Bundesebene“ an Stelle von konkreten Steuerungsmaßnahmen auf Landesebene. Die für eine Beschlussfassung in den Zielsteuerungsgremien notwendige Einstimmigkeit erschwerte die Zielerreichung zusätzlich und konnte zu Lösungen auf Basis des „kleinsten gemeinsamen Nenners“ führen bzw. notwendige Maßnahmen verhindern. (TZ 4)

Die Regelung zur Übernahme der Transportkosten durch die gesetzliche Krankenversicherung stand in Widerspruch zu einer bedarfsgerechten Nutzung der bestehenden Versorgungsstrukturen; sie berücksichtigte Kriterien wie frei verfügbare Kapazitäten oder verkehrsbedingt längere Fahrtzeiten trotz einer kilometermäßig kürzeren Entfernung nicht. (TZ 4)

Geplante und tatsächliche Versorgungsstrukturen

Der tatsächliche Gesamtbettenstand im Jahr 2014 lag in zwei der drei überprüften Krankenanstalten über dem im Landeskrankenanstaltenplan festgelegten Maximalbettenstand, entsprach aber in allen drei Krankenanstalten bereits weitestgehend dem laut RSG für 2020 geplanten Stand. (TZ 5)

Das Marienkrankenhaus (MKH) Vorau hatte seine Abteilung für Chirurgie bereits in eine Wochenklinik umgewandelt. Hierfür fehlte allerdings der Bescheid der zuständigen Behörde, weil das MKH Vorau keinen entsprechenden Antrag auf Bewilligung beim Amt der Landesregierung gestellt hatte. Erst im Zusammenhang mit der Gebarungsüberprüfung durch den RH hatte das Amt den Träger des MKH Vorau im Jänner 2015 aufgefordert, einen solchen Antrag zu stellen, den dieser im März 2015 einreichte. Im Antrag fehlte allerdings die für den Betrieb einer Wochenklinik notwendige schriftliche Kooperationsvereinbarung mit der Fachabteilung einer anderen Krankenanstalt. (TZ 5)

Die geplante Umwandlung der chirurgischen Abteilung des LKH Weiz in eine Abteilung für Unfallchirurgie mit einer dislozierten chirurgischen Tagesklinik war noch nicht erfolgt. Eine solche Kombination war allerdings im Krankenanstaltenrecht bisher auch nicht vorgesehen. (TZ 5)

Die krankenanstaltenrechtlichen Bewilligungsbescheide entsprachen zum Teil nicht den Vorgaben des Landeskrankenanstaltenplans, weil sich das Amt der Steiermärkischen Landesregierung nach eigenen Angaben nicht mehr an dem 17 Jahre alten Landeskrankenanstaltenplan, sondern am RSG orientierte. Diese Vorgangsweise war jedoch nicht von den krankenanstaltenrechtlichen Vorschriften gedeckt. (TZ 5)

Versorgungsfunktion der überprüften Krankenanstalten

Sowohl hinsichtlich der allgemeinen Leistungsspektren als auch der Einzugsgebiete gab es einen deutlichen Unterschied zwischen dem MKH Vorau einerseits und den LKH Hartberg und Weiz andererseits. (TZ 6)

Hauptgrund dafür war die deutliche Schwerpunktsetzung des MKH Vorau. Insbesondere die am MKH Vorau erbrachten funktionellen Eingriffe an Rückenmark, Nerven und vegetativem Nerven-



Leistungserbringung ausgewählter Krankenanstellen im Land Steiermark

system sowie die arthroskopischen Eingriffe führten zu einem Einzugsgebiet, das im Unterschied zu den beiden LKH stark bezirks- und bundesländerübergreifend ausgeprägt war. Dies stand im Widerspruch zu dem laut RSG geplanten regionalen Versorgungsauftrag einer Standardkrankenanstalt der Basisversorgung. Das Land Steiermark hatte diesen Widerspruch bisher nicht durch eine klare Definition des Versorgungsauftrags im Rahmen eines aktualisierten Landeskrankenanstellenplans aufgelöst. (TZ 6)

Leistungsentwicklung Chirurgie

Die Belagstage und die durchschnittliche Verweildauer waren an allen drei Abteilungen für Chirurgie rückläufig. Im Vergleich verzeichnete die Abteilung für Chirurgie des MKH Vorau nach einer Umstellung auf einen reinen 5-Tagesbetrieb und einer Einschränkung des Leistungsangebots mit Abstand die stärkste Reduktion mit mehr als zwei Drittel bei den Belagstagen und mehr als der Hälfte bei der Verweildauer. (TZ 7)

Am LKH Weiz konnte die Verweildauer um rd. 19 % gesenkt werden, obwohl gleichzeitig eine Steigerung der Anzahl der stationären Patienten um rd. 10 % zu verzeichnen war. (TZ 7)

Mit rd. 3.400 Patienten versorgte die Abteilung des LKH Weiz (40 Betten) mittlerweile fast gleich viele stationäre Patienten wie die um 25 % größere Abteilung des LKH Hartberg (rd. 3.700 Patienten und 50 Betten). Dadurch ergab sich auch eine unterschiedliche Auslastung der Abteilungen, die am LKH Weiz mit rd. 88 % höher lag als am LKH Hartberg mit rd. 76 %. Aufgrund des reinen 5-Tagesbetriebs der chirurgischen Betten wies das MKH Vorau mit rd. 90 % die höchste Auslastung auf. Diese Unterschiede hatte das Land Steiermark bisher nicht im Rahmen einer Aktualisierung des Landeskrankenanstellenplans berücksichtigt. (TZ 7)

Leistungsspektren Chirurgie

Die Abteilungen für Chirurgie der überprüften Krankenanstellen wiesen – im Gegensatz zu den Abteilungen für Innere Medizin (TZ 11) – zum Teil deutlich unterschiedliche Leistungsspektren auf. Auffällig war insbesondere, dass an den chirurgischen Abteilungen der LKH mit Anteilen von rd. 65 % (Hartberg) bzw. rd. 54 % (Weiz) mehr konservative Behandlungen als operative Eingriffe erfolgten. Am MKH Vorau betrug dieser Anteil hingegen nur rd. 25 %. Das

Land Steiermark hatte diese Unterschiede in den Leistungsspektren bisher nicht im Rahmen einer Aktualisierung des Landeskrankenanstaltenplans berücksichtigt. (TZ 8)

Unfallchirurgische Leistungen

An den Abteilungen für Chirurgie aller drei überprüften Krankenanstalten wurden sowohl Arthroscopien als auch Implantationen von Hüftgelenksprothesen und damit unfallchirurgische Leistungen erbracht, obwohl der RSG für 2020 nur am LKH Weiz eine unfallchirurgische Versorgungsstruktur vorsah. Darauf, dass die Leistungsspektren aller drei Abteilungen für Chirurgie nach wie vor unfallchirurgisch geprägt waren, hatte das Land bisher nicht im Rahmen einer Aktualisierung des Landeskrankenanstaltenplans reagiert. Die daraus resultierenden Unklarheiten hinsichtlich der Versorgungsaufträge standen einer wirksamen Steuerung durch die stationäre Versorgungsplanung entgegen. (TZ 9)

Dies zeigte sich insbesondere am Beispiel des MKH Vorau, das mit der Erbringung von über 600 Arthroscopien pro Jahr einen über die Bezirks- und Landesgrenzen hinausgehenden unfallchirurgischen Versorgungsschwerpunkt aufgebaut hatte, der in Widerspruch zu dem laut RSG geplanten regionalen Versorgungsauftrag einer Standardkrankenanstalt der Basisversorgung stand. (TZ 9)

Die LKH Hartberg und Weiz führten mit den komplexen Implantationen von Tumor-/Resektionsendoprothesen Eingriffe durch, die laut den Strukturqualitätskriterien an Einheiten höherer Versorgungsstufen zu behandeln waren. (TZ 9)

Die Wartezeit zwischen Aufnahme und Operation bei der Versorgung akuter Schenkelhalsfrakturen an den beiden LKH war, gemessen an der Empfehlung der entsprechenden Leitlinie, zu lange. Im LKH Hartberg erfolgten mehr als die Hälfte, im LKH Weiz ein Drittel der Eingriffe nicht in den empfohlenen 24 Stunden. Im LKH Hartberg fanden insgesamt 15 Eingriffe (rd. 38,5 %) und am LKH Weiz drei Eingriffe (12,5 %) auch nicht innerhalb der in Ausnahmefällen (schwerkranke Patienten) von der Leitlinie vorgesehenen 48 Stunden-Frist statt. (TZ 9)

Leistungsentwicklung Innere Medizin

Die Belagstage und die durchschnittliche Verweildauer waren an allen drei Abteilungen für Innere Medizin zwischen 2010 und 2013 rückläufig. (TZ 10)

Im Vergleich lag die durchschnittliche Verweildauer an der Abteilung für Innere Medizin des LKH Weiz mit 5,19 Tagen über dem österreichweiten Durchschnitt von 4,82 Tagen und deutlich über dem Wert des LKH Hartberg mit 4,09 Tagen, dessen Patienten allerdings durchschnittlich um fünf Jahre jünger waren. Ein anderes Bild bot der Vergleich der durchschnittlichen Auslastung, die an der Abteilung für Innere Medizin des LKH Weiz mit rd. 97 % sehr hoch ausfiel und deutlich über jener der Abteilung des LKH Hartberg (rd. 74 %) lag. Das Land Steiermark hatte darauf bisher nicht im Rahmen einer Aktualisierung des Landeskrankenanstaltenplans reagiert. (TZ 10)

Leistungsspektren Innere Medizin

An den Abteilungen für Innere Medizin der überprüften Krankenanstalten wurden vor allem Erkrankungen des Kreislaufsystems behandelt. An allen drei Abteilungen waren essentieller (primärer) Bluthochdruck, Vorhofflattern und Vorhofflimmern sowie Herzinsuffizienz unter den fünf häufigsten Diagnosen. Sie wiesen damit – im Unterschied zu den Abteilungen für Chirurgie (TZ 8) – ähnliche Leistungsspektren auf. (TZ 11)

Trotz dieser Ähnlichkeit unterschied sich auch die durchschnittliche Verweildauer der fünf häufigsten Diagnosen an den Abteilungen des MKH Vorau (6,72 Tage) und des LKH Weiz (6,48 Tage) einerseits und des LKH Hartberg (3,85 Tage) andererseits deutlich. Das Land Steiermark hatte dies bisher nicht im Rahmen einer Aktualisierung des Landeskrankenanstaltenplans berücksichtigt. (TZ 11)

Kenndaten zur Leistungserbringung ausgewählter Krankenanstalten im Land Steiermark

Krankenanstalten	Landeskrankenhaus Hartberg (LKH Hartberg), Marienkrankenhaus Vorau (MKH Vorau), Landeskrankenhaus Weiz (LKH Weiz)		
Rechtsträger	Steiermärkische Krankenanstaltengesellschaft m.b.H. (KAGes), Marienkrankenhaus Vorau Gemeinützige GmbH (MKH Vorau GmbH)		
kompetenzrechtliche Grundlage	Art. 12 Abs. 1 Z 1 Bundes-Verfassungsgesetz, BGBl. Nr. 1930/1 i.d.g.F., Angelegenheiten der Heil- und Pflegeanstalten		
Bundesrecht	Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten (KAKuG) 1957, BGBl. Nr. 1/1957 i.d.g.F., Steiermärkisches Krankenanstaltengesetz 2012 (StKAG 2012), LGBL. Nr. 111/2012 i.d.g.F.		
Landesrecht			
Leistungsdaten 2014	MKH Vorau	LKH Hartberg	LKH Weiz
	Anzahl		
systemisierte Betten	127	180	78
tatsächliche Betten	110	162	78
Belagstage	29.768	45.331	25.722
stationäre Aufenthalte	5.840	10.979	5.359
davon 0-Tagesaufenthalte	886	1.256	529
ambulante Patienten	19.396	24.908	38.306
	in %		
durchschnittliche Auslastung	74,14	72,80	90,00
	Anzahl		
durchschnittliche Belagsdauer in Tagen	5,10	4,12	4,79

Quellen: LKH Hartberg; MKH Vorau; LKH Weiz

Prüfungsablauf und -gegenstand

- (1) Der RH überprüfte von Jänner bis März 2015 im Rahmen einer Querschnittsüberprüfung die Leistungserbringung im Marienkrankenhaus Vorau (MKH Vorau), im Landeskrankenhaus Hartberg (LKH Hartberg) und im Landeskrankenhaus Weiz (LKH Weiz).

Ziel der Gebarungsüberprüfung war es, gemessen an der stationären Versorgungsplanung des Landes Steiermark die Versorgungsstrukturen bzw. die Leistungserbringung an den drei überprüften Krankenanstalten insbesondere im Bereich der Chirurgie und der Inneren Medizin zu analysieren, um auch vor dem Hintergrund der Gesundheitsreform 2013 die Steuerungswirksamkeit der Planung zu beurteilen.

Der Prüfungszeitraum umfasste im Wesentlichen die Jahre 2010 bis 2014.



(2) Der RH stellte die geplanten Versorgungsstrukturen der überprüften Krankenanstellen den tatsächlichen Versorgungsstrukturen gegenüber, indem er erhob, ob diese durch Betriebsbewilligungsbescheide der zuständigen Behörde gedeckt waren und ob die Bescheide der Versorgungsplanung entsprachen (TZ 5).

Zur Gewinnung eines Überblicks über die Versorgungsfunktion der überprüften Krankenanstellen analysierte der RH zum einen deren allgemeines Leistungsspektrum anhand der am häufigsten abgerechneten Leistungen und erhob zum anderen deren Einzugsgebiet anhand der Wohnbezirke der Patienten (TZ 6).

Daran anknüpfend überprüfte der RH die Leistungserbringung an den Abteilungen für Chirurgie und Innere Medizin. Hierzu analysierte er deren Leistungsentwicklung von 2010 bis 2013 anhand von Kennzahlen und deren fachbezogene Leistungsspektren anhand der fünf am häufigsten erbrachten Leistungen (TZ 7 bis 11).

(3) Zu dem im September 2015 übermittelten Prüfungsergebnis nahmen die Steiermärkische Krankenanstaltengesellschaft m.b.H. (KAGes) und die Marienkrankenhaus Vorau Gemeinnützige GmbH (MKH Vorau GmbH) im Oktober 2015 sowie das Land Steiermark und der Gesundheitsfonds Steiermark im Dezember 2015 Stellung.

Der RH erstattete seine Gegenäußerungen im Jänner 2016.

Rahmenbedingungen der stationären Versorgungsplanung

Allgemeines

2 Das Land Steiermark hatte bei der stationären Versorgungsplanung verschiedene Rahmenbedingungen zu berücksichtigen:

Das Steiermärkische Krankenanstaltengesetz 2012 (StKAG 2012)¹ etwa sah vor, dass der allgemeine Bedarf an öffentlichen Krankenanstellen in einem durch Verordnung zu erlassenden Krankenanstellenplan festzulegen war. Dieser hatte bestimmte Mindestinhalte zu umfassen (TZ 3), musste sich im Rahmen des Österreichischen Strukturplans Gesundheit (ÖSG) befinden und war hinsichtlich des festzulegenden Bedarfs mit dem Regionalen Strukturplan Gesundheit (RSG) abzustimmen (TZ 4, 6 und 7).²

¹ StKAG 2012, LGBL. 2012/111 i.d.g.F.

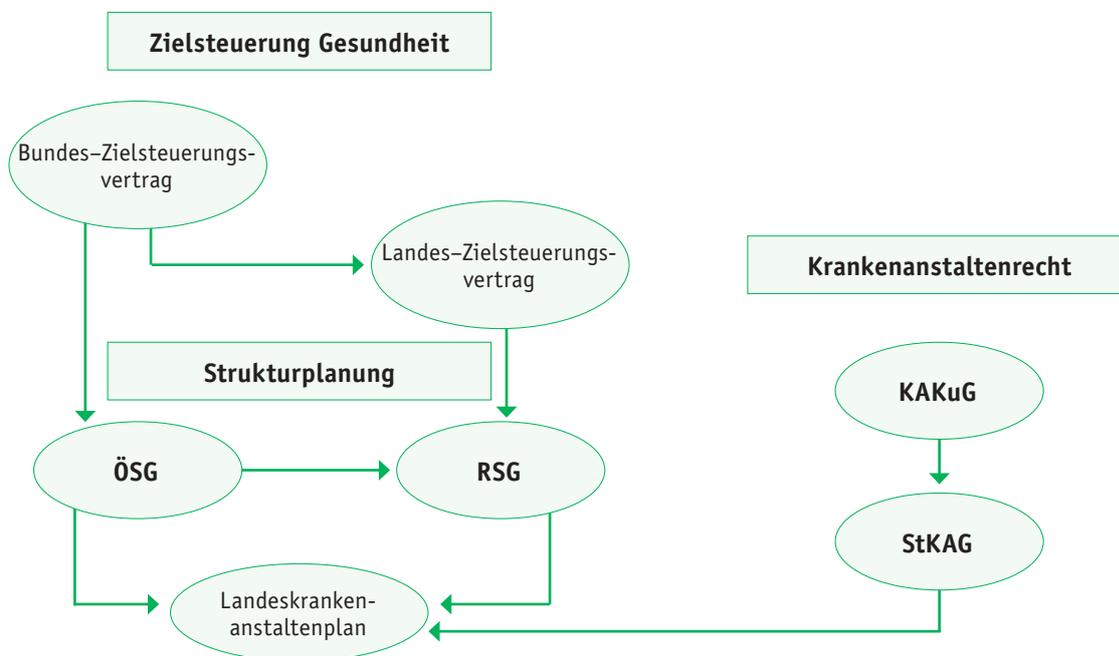
² siehe die §§ 4 Abs. 5 und 55 StKAG 2012

Rahmenbedingungen der stationären Versorgungsplanung

Zusätzliche Rahmenbedingungen kamen mit der Gesundheitsreform 2013 in Form der so genannten Zielsteuerung Gesundheit nicht nur auf Bundes-, sondern auch auf Landesebene hinzu (TZ 5).

Die folgende Abbildung gibt einen Überblick über diese Rahmenbedingungen:

Abbildung 1: Überblick Rahmenbedingungen



Quelle: RH

Strukturplanung

3.1 (1) Die Versorgung der Bevölkerung mit ausreichender und qualitativ einwandfreier Krankenanstaltspflege ist aufgrund des Krankenanstaltenrechts in Österreich eine staatliche Pflichtaufgabe.³ Gemäß § 18 des Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetzes (KAKuG)⁴ hat jedes Bundesland Krankenanstaltspflege für anstaltsbedürftige Personen im eigenen Land entweder durch Errichtung und Betrieb öffentlicher Krankenanstalten oder durch Vereinbarung mit Rechtsträgern anderer Krankenanstalten sicherzustellen. Dies hat unter Bedachtnahme auf den so genannten Landeskrankenanstaltenplan zu geschehen.

³ Kopetzki, Krankenanstaltenrecht, in: Holoubek/Potacs, Handbuch Wirtschaftsrecht, S. 472

⁴ Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten (KAKuG), BGBl. Nr. 1/1957 i.d.g.F.



Dieser konkretisiert das für die Sicherstellung der Versorgung erforderliche Ausmaß, indem er auf Ebene der einzelnen Krankenanstellen z.B. Fachbereiche und Bettenzahlen festlegt und solcherart auch den allgemeinen Bedarf an öffentlicher Krankenanstellenpflege definiert. In Bezug auf die stationäre Versorgung der Bevölkerung stellt der Landeskrankenanstaltenplan somit das zentrale Steuerungsinstrument des Landes dar. Da er von der jeweiligen Landesregierung durch Verordnung zu erlassen ist,⁵ bildet er auch die rechtliche Grundlage der Bescheide, mit denen das Land über die Errichtung und die Betriebsbewilligung (§§ 4, 5 und 6 StKAG 2012) bzw. über wesentliche Veränderungen (§ 12 StKAG 2012) von Krankenanstellen entscheidet. Darüber hinaus muss der Landeskrankenanstaltenplan den Vorgaben des ÖSG entsprechen (§ 55 StKAG 2012) und ist mit dem jeweils gültigen RSG abzustimmen (§ 4 Abs. 5 StKAG 2012), damit auch die Inhalte der Strukturplanung als Teil der Verordnung rechtsverbindlich werden.

Der zur Zeit der Gebarungsüberprüfung geltende Landeskrankenanstaltenplan des Landes Steiermark stammte aus dem Jahr 1998. Der ÖSG wurde erstmals im Jahr 2006 von der Bundesgesundheitskommission beschlossen und seither mehrmals, zuletzt im November 2012, erneuert. Der erste RSG für das Land Steiermark wurde im Jahr 2009 erlassen; 2011 folgte ein neuer RSG, der zuletzt im Dezember des Jahres 2013 überarbeitet wurde. Der 17 Jahre alte Landeskrankenanstaltenplan berücksichtigte daher nicht die Planungsvorgaben des ÖSG und des RSG, was sich z.B. daran zeigte, dass er keine reduzierten Organisationsformen (Tageskliniken, Departments, etc. ...) auswies.

Auch in anderen Ländern führten neue RSG nicht immer zu einer Adaptierung der Landeskrankenanstaltenpläne.⁶ Wie die folgende Tabelle zeigt, war der Landeskrankenanstaltenplan des Landes Steiermark allerdings mit Abstand der älteste; er war im Jahr 1998 erlassen und seitdem nicht mehr aktualisiert worden. Im Land Niederösterreich war hingegen gar kein Landeskrankenanstaltenplan in Kraft, ein Umstand, den der RH bereits in seinem Bericht „Medizinisch-technische Großgeräte mit Schwerpunkt in Niederösterreich und Salzburg“⁷ kritisiert hatte.

⁵ § 10a KAKuG bzw. § 55 StKAG 2012

⁶ Dies ergab eine Auswertung der über das Rechtsinformationssystem des Bundes verfügbaren Landeskrankenanstaltenpläne der anderen Bundesländer und des RSG-Monitorings des Bundes.

⁷ veröffentlicht in der Reihe Niederösterreich 2010/8 (siehe TZ 5)

Rahmenbedingungen der stationären Versorgungsplanung

Tabelle 1: Übersicht Regionale Strukturpläne Gesundheit in Österreich

	Landeskrankenanstaltenplan erlassen im Jahr	RSG beschlossen im Jahr
Burgenland	2009	2011, zuletzt geändert 2014
Kärnten	2009	2009
Niederösterreich	–	2010
Oberösterreich	2013	2013, als Anlage mitsamt Landeskrankenanstaltenplan als Verordnung erlassen
Salzburg	2007, zuletzt geändert 2014	2005
Steiermark	1998	2011, zuletzt geändert 2013
Tirol	2009, zuletzt geändert 2014	2009, in Anlage zu Landeskrankenanstaltenplan zuletzt geändert 2011
Vorarlberg	2008, zuletzt geändert 2011	2013, in einer Verordnung erlassen, die den alten Landeskrankenanstaltenplan ersetzt
Wien	2013	2009, zuletzt geändert 2013

Quelle: Rechtsinformationssystem und RSG-Monitoring des Bundes

(2) Gemäß § 10a KAKuG und § 55 StKAG 2012 sind im Landeskrankenanstaltenplan Mindestinhalte festzulegen. Wie die folgende Tabelle zeigt, enthielt der Landeskrankenanstaltenplan des Landes Steiermark nicht alle diese Mindestinhalte, der RSG hingegen schon:

Tabelle 2: Erfüllung der rechtlich erforderlichen Mindestinhalte

Mindestinhalte gemäß § 10a KAKuG und § 55 StKAG 2012	im LKAP ¹ festgelegt	im RSG enthalten
Standorte der Fondskrankenanstalten	ja	ja
maximale Gesamtbettenzahlen (für Normalpflege und Intensivbereich) je Standort	ja	ja
medizinische Fachbereiche je Standort	ja	ja
für die Fachbereiche jeweils vorgesehene Organisationsformen (z.B. Abteilung, Tagesklinik, etc. ...) je Standort	nein	ja
Art und Anzahl der medizinisch technischen Großgeräte je Standort	nein	ja
maximale Bettenanzahl je Fachbereich bezogen auf das Land und die Versorgungsregionen oder bezogen auf die Standorte	ja	ja
Festlegung von Referenzzentren und speziellen Versorgungsbereichen je Standort	nein	ja

¹ Landeskrankenanstaltenplan

Quelle: KAKuG, StKAG 2012, Landeskrankenanstaltenplan und RSG



Der RSG sah aufgrund seines Charakters als Planungsinstrument im Gegensatz zum Landeskrankenanstaltenplan nicht nur eine maximale Bettenanzahl pro Standort bzw. pro Fachbereich vor, sondern inkludierte neben einem Vergleich zwischen Soll- und Ist-Stand für das Jahr 2009 auch noch den Planungsstand für das Jahr 2020. Damit setzte er einen Rahmen für die schrittweise Umsetzung der bis dahin angestrebten Strukturänderungen.

- 3.2 Der RH stellte kritisch fest, dass das Land Steiermark den Landeskrankenanstaltenplan seit nunmehr 17 Jahren unverändert ließ, weshalb dieser die seither durch den Beschluss des ÖSG auf Bundes- und des RSG auf Landesebene entwickelten Planungsvorgaben nicht berücksichtigte. Das widersprach dem Krankenanstaltenrecht, wonach der Landeskrankenanstaltenplan den Vorgaben des ÖSG entsprechen musste und mit dem jeweils gültigen RSG abzustimmen war. Die Inhalte des RSG waren demnach nicht Teil einer Verordnung und somit auch nicht unmittelbar rechtsverbindlich, was einer wirksamen Steuerung durch die stationäre Versorgungsplanung entgegenstand.

Ein weiterer Widerspruch zum Krankenanstaltenrecht bestand, da der Landeskrankenanstaltenplan des Landes Steiermark die rechtlich erforderlichen Mindestinhalte nur teilweise erfüllte. Allerdings waren wesentliche Bereiche, wie die für die Fachbereiche jeweils vorgesehenen Organisationsformen (z.B. Abteilung, Tagesklinik, etc. ...), die im Landeskrankenanstaltenplan un geregelt blieben, im RSG enthalten.

Der RH empfahl daher dem Land, in Zukunft die im RSG enthaltene quantitative Strukturdarstellung für den stationären Bereich als erweiterten Landeskrankenanstaltenplan als Verordnung zu erlassen, um auf diese Weise die unmittelbare Rechtsverbindlichkeit der darin enthaltenen Planungsvorgaben und eine entsprechende Flexibilität für die Bewilligung der für die Umsetzung notwendigen schrittweisen Strukturänderungen zu gewährleisten.

- 3.3 (1) *Das Land Steiermark bestätigte in seiner Stellungnahme, dass sich die Sanitätsbehörde bei der Genehmigung nach dem Krankenanstaltenrecht nicht an dem mittlerweile 17 Jahre alten Landes-Krankenanstaltenplan, sondern am RSG orientiert habe, dessen Inhalte allerdings nicht Teil einer Verordnung und daher nicht unmittelbar rechtsverbindlich seien. Eine Verbindlichkeit sei jedoch dadurch gegeben, dass Inhalte des RSG und ÖSG (Strukturqualitätskriterien) in den krankenanstaltenrechtlichen Verfahren im Sinne eines Sachverständigengutachtens herangezogen und in Form von Auflagen mit Bescheid vorgeschrieben würden.*

Rahmenbedingungen der stationären Versorgungsplanung

Der Krankenanstaltenplan, der sich im Rahmen des RSG zu bewegen habe, werde 2016 formal als Verordnung erlassen.

(2) Laut Stellungnahme des Gesundheitsfonds Steiermark sei die Tatsache, dass die im RSG enthaltene quantitative Strukturdarstellung für den stationären Bereich zukünftig als erweiterter Landeskrankenanstaltenplan als Verordnung zu erlassen wäre, unwidersprochen. Die Behörde habe ihn jedoch bei krankenanstaltenrechtlichen Genehmigungsverfahren regelmäßig zur Stellungnahme darüber aufgefordert, ob eine RSG-Konformität vorliege.

- 3.4** Der RH entgegnete dem Land Steiermark und dem Gesundheitsfonds Steiermark, dass einzelne auf Antrag erlassene Bescheide aufgrund ihrer ausschließlich individuellen Rechtswirkung eine Verordnung als generell verbindliche Rechtsnorm nicht ersetzen können. Vor diesem Hintergrund nahm er die vom Land Steiermark für 2016 in Aussicht gestellte Maßnahme, einen neuen, im Rahmen des RSG befindlichen Krankenanstaltenplan durch Verordnung zu erlassen, positiv zur Kenntnis.

Zielsteuerung Gesundheit

- 4.1** (1) Die mit der Gesundheitsreform 2013 eingeführte Zielsteuerung Gesundheit stellt ein vom Bund und der gesetzlichen Krankenversicherung gemeinsam mit den Ländern, im Rahmen ihrer kompetenzrechtlichen Zuständigkeiten, eingerichtetes System zur Steuerung von Struktur, Organisation und Finanzierung der österreichischen Gesundheitsversorgung dar, auf deren Grundlage auch der ÖSG und die RSG der Länder weiter zu entwickeln sind.⁸

Dazu sollen zuerst auf Bundesebene nach Steuerungsbereichen geordnete strategische und operative Ziele sowie Maßnahmen alle vier Jahre in einem Bundes-Zielsteuerungsvertrag festgelegt werden.⁹ Der Vertrag ist von der Bundes-Zielsteuerungskommission, die aus von der Bundesregierung, dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und den Ländern bestellten Mitgliedern besteht, einstimmig zu beschließen.¹⁰ Die zur Beschlussfassung notwendige Einstimmigkeit hatte der RH in seiner Stellungnahme zum Entwurf eines

⁸ Als zentrale Instrumente der Versorgungsplanung auf Bundes- und auf Länderebene dienten sie der Umsetzung der Festlegungen der übergeordneten Zielsteuerung-Gesundheit. § 9 Bundesgesetz zur partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit (Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz – G-ZG), BGBl. I Nr. 81/2013

⁹ § 8 Abs. 2 G-ZG

¹⁰ § 22 Abs. 4 und 5 G-ZG



Gesundheitsreformgesetzes 2013¹¹ als unzweckmäßig erachtet, weil sie nach seiner Ansicht die Zielerreichung zusätzlich erschwert und zu Lösungen auf Basis des „kleinsten gemeinsamen Nenners“ führen bzw. notwendige Maßnahmen verhindern kann.

In einem zweiten Schritt soll eine detaillierte Ausgestaltung der Zielsteuerung auf Landesebene erfolgen. Ausgehend von den vertraglichen Festlegungen auf Bundesebene hat die gesetzliche Krankenversicherung mit dem jeweiligen Land darauf aufbauende weiterführende Umsetzungsmaßnahmen in einem Landes-Zielsteuerungsvertrag zu vereinbaren.¹²

Anhand des Landes-Zielsteuerungsvertrag Steiermark war erkennbar, dass die Arbeiten der Zielsteuerungs-Partner auf Bundesebene in einigen Bereichen nicht abgeschlossen waren. Er enthielt dementsprechend an mehreren Stellen einen Verweis auf die Mitwirkung in den Arbeitsgruppen der Bundes-Zielsteuerungskommission und keine weiterführenden Maßnahmen.¹³

(2) Für die gegenständliche Gebarungsüberprüfung waren insbesondere die strategischen Ziele „Definition von Versorgungsaufträgen“ und „bedarfsorientierte Anpassung der Versorgungsdichte“ aus dem Steuerungsbereich „Versorgungsstrukturen“ relevant.

– Definition von Versorgungsaufträgen

Dieses strategische Ziel umfasste die Rollenverteilung für alle Versorgungsstufen (Primärversorgung, ambulante spezialisierte Versorgung und stationäre Versorgung) mit Blick auf den „Best Point of Service“ und enthielt auch erste Umsetzungsmaßnahmen. Das daraus abgeleitete, für den stationären Bereich relevante operative Ziel legte fest, dass für die wesentlichen Anbieter klare Versorgungsaufträge im Sinne einer inhaltlichen und zeitlichen Abgrenzung (insbesondere auch für Tagesrand- und Wochenendzeiten) sowie die Rollenverteilungen untereinander definiert und entsprechende Umsetzungsschritte auf Landesebene gesetzt werden sollten.

¹¹ Stellungnahme des RH vom 13. März 2013, GZ 302.465/001-2B1/13 abrufbar unter: http://www.rechnungshof.gv.at/fileadmin/downloads/_jahre/2013/beratung/gesetzesbegutachtungen/Stellungnahme_Gesundheitsreform.pdf

¹² § 8 Abs. 4 Z 1 G-ZG

¹³ Eine detaillierte Darstellung des Stands der Umsetzung von im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit vereinbarten Zielen und Maßnahmen war dem diesbezüglichen Monitoringbericht aus dem Jahr 2015 zu entnehmen. http://bmg.gv.at/cms/home/attachments/6/6/1/CH1443/CMS1424786464880/monitoringbericht_ii_2014_zs-g_final.pdf (abgerufen am 15. Mai 2015)

Rahmenbedingungen der stationären Versorgungsplanung

Tabelle 3: Operatives Ziel „klare Versorgungsaufträge“ und Umsetzungsmaßnahmen

Operatives Ziel: abgegrenzte, klare Versorgungsaufträge und Rollenverteilungen für alle Versorgungsstufen und die wesentlichen dort tätigen Anbieter definieren und erste Umsetzungsschritte auf Landesebene setzen	
Umsetzungsmaßnahmen Bundes-Zielsteuerungsvertrag	Umsetzungsmaßnahmen Landes-Zielsteuerungsvertrag
bundesländerübergreifende, systematische, differenzierte Erhebung und Analyse der Patientenströme	Mitwirkung auf Bundesebene
Grundkonzeptionierung für Versorgungsaufträge und Rollenverteilungen entwickeln und abstimmen	Mitwirkung auf Bundesebene
Detailkonzepterstellung inklusive Entwicklung von quantitativen Indikatoren zur Feststellung der Versorgungswirksamkeit	Mitwirkung auf Bundesebene
Schaffen rechtlicher und organisatorischer Voraussetzungen auf Bundesebene, inklusive ÖSG	Schaffung allfälliger notwendiger rechtlicher und organisatorischer Voraussetzungen auf Landesebene unter Berücksichtigung der bundesweiten Arbeiten und Vereinbarung erster Umsetzungsschritte
Unterstützung durch die Bundesebene bei Umsetzungsschritten auf Landesebene	
Erstellung eines Konzepts zur Sicherstellung der öffentlichen Gesundheitsausgaben auf kommunaler Ebene	Mitwirkung auf Bundesebene und schrittweise Umsetzung auf Landesebene

Quelle: Bundes-Zielsteuerungsvertrag und Landes-Zielsteuerungsvertrag Steiermark

– Bedarfsorientierte Anpassung der Versorgungsdichte

Das zweite strategische Ziel umfasste insbesondere die Reduktion der Krankenhausaufenthalte sowie der Verweildauer und den Abbau bzw. die Verhinderung von Parallelstrukturen. Der Bundes-Zielsteuerungsvertrag und der Landes-Zielsteuerungsvertrag für die Steiermark enthielten dazu mehrere operative Ziele, nämlich:

- Forcierung der Leistungserbringung für ausgewählte tagesklinisch erbringbare Leistungen,
- Reduzierung der Anzahl der durch Fehlanreize bewirkten, medizinisch nicht indizierten Null-Tages- bzw. Ein-Tages-Aufenthalte¹⁴,

¹⁴ Darunter waren jene Null-Tages- bzw. Ein-Tages-Aufenthalte gemeint, bei denen es sich eigentlich um ambulante Fälle handelte, die jedoch aufgrund der pauschalen Abgeltung der spitalsambulanten Leistungen stationär erbracht wurden, um aus dem System der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung dennoch Einnahmen – wenn auch nur geringe – zu lukrieren (daher „durch Fehlanreize bewirkt“).



- Entlastung des akutstationären Bereichs in Bezug auf ausgewählte, medizinisch begründete, vermeidbare Aufenthalte durch Sicherstellung entsprechender Versorgung in Pflegeheimen sowie
- Analyse unterschiedlicher Versorgungs- und Leistungsdichten und Beseitigung evidenter Über-, Unter- und Fehlversorgung auf Landesebene.

Um das operative Ziel einer Forcierung der Leistungserbringung für ausgewählte tagesklinisch erbringbare Leistungen zu realisieren, waren im Bundes-Zielsteuerungsvertrag und im Landes-Zielsteuerungsvertrag für die Steiermark folgende Maßnahmen vereinbart:

Tabelle 4: Operatives Ziel „Forcierung der tagesklinischen Leistungserbringung“ und Umsetzungsmaßnahmen	
Operatives Ziel: Leistungserbringung für ausgewählte tagesklinisch erbringbare Leistungen entsprechend „Best Point of Service“ in adäquaten nicht-stationären Versorgungsformen forcieren	
Umsetzungsmaßnahmen Bundes-Zielsteuerungsvertrag	Umsetzungsmaßnahmen Landes-Zielsteuerungsvertrag
Zuordnung der „Tagesklinik“ zum ambulanten Bereich durch Anpassung des Krankenanstaltenrechts	Anpassung des StKAG an die Änderungen des KAKuG im Bereich „Tagesklinik“
Schaffen von Anreizsystemen zur Forcierung der Verlagerung	Mitwirkung auf Bundesebene und im Bedarfsfall gemeinsame Entwicklung und Anwendung von Anreizsystemen auf Landesebene
Definition weiterer tagesklinisch erbringbarer Leistungsbündel	Mitwirkung auf Bundesebene
	Festlegung eines Steiermark-Zielwertes für die in Anlage 2.1 des B-ZV angeführten Leistungsbündel
Unterstützung durch die Bundesebene bei der Einrichtung bzw. Umwidmung adäquater Strukturen auf Landesebene	—
—	Forcierung und Bündelung der tagesklinischen Erbringung von ausgewählten medizinischen Einzelleistungen in entsprechenden Versorgungsstrukturen (Tagesklinikzentren)

Quelle: Bundes-Zielsteuerungsvertrag und Landes-Zielsteuerungsvertrag Steiermark

Das operative Ziel, die Anzahl der durch Fehlanreize bewirkten, medizinisch nicht indizierten Null-Tages-Aufenthalte bzw. Ein-Tages-Aufenthalte zu reduzieren, sollte durch folgende Maßnahmen erreicht werden:

Rahmenbedingungen der stationären Versorgungsplanung

Tabelle 5: Operatives Ziel „Reduktion nicht indizierter Null- und Ein-Tages-Aufenthalte“ und Umsetzungsmaßnahmen

Operatives Ziel: Die Anzahl der durch Fehlanreize bewirkten, medizinisch nicht indizierten Null-Tages-Aufenthalte/ Ein-Tages-Aufenthalte reduzieren	
Umsetzungsmaßnahmen Bundes-Zielsteuerungsvertrag	Umsetzungsmaßnahmen Landes-Zielsteuerungsvertrag
Identifikation und Analyse der relevanten Krankheitsgruppen	Mitwirkung auf Bundesebene
Reduktion durch Sicherstellung einer bundesweit einheitlichen Dokumentation und eines bundesweit einheitlichen Abrechnungsmodells des spitals-ambulanten Bereichs bzw. der Null- bis Ein-Tages-Aufenthalte	Mitwirkung auf Bundesebene
—	Steiermark-spezifische Analyse der Null- bis Ein-Tages-Aufenthalte im Bereich der Hauptdiagnosen
—	Festlegen von diagnosespezifischen Zielwerten für relevante Krankheitsgruppen

Quelle: Bundes-Zielsteuerungsvertrag und Landes-Zielsteuerungsvertrag Steiermark

Zur Entlastung des akutstationären Bereichs durch Sicherstellung entsprechender Versorgung in Pflegeheimen sahen der Bundes-Zielsteuerungsvertrag bzw. der Landes-Zielsteuerungsvertrag des Landes Steiermark folgende Maßnahmen vor:

Tabelle 6: Operatives Ziel „Entlastung akutstationärer Bereich durch entsprechende Versorgung in Pflegeheimen“ und Umsetzungsmaßnahmen

Operatives Ziel: Akutstationären Bereich entlasten durch Sicherstellung entsprechender Versorgung in Pflegeheimen in Bezug auf ausgewählte medizinisch begründete vermeidbare Aufenthalte	
Umsetzungsmaßnahmen Bundes-Zielsteuerungsvertrag	Umsetzungsmaßnahmen Landes-Zielsteuerungsvertrag
Definition von medizinisch begründeten vermeidbaren Aufenthalten an internationalen Vorbildern orientiert und im österreichischen Kontext angepasst	Mitwirkung auf Bundesebene
Systematische Analyse der Entwicklung von medizinisch begründet vermeidbaren Aufenthalten bis Mitte 2014 und Ausarbeiten von differenzierten Empfehlungen zur Reduktion	Mitwirkung auf Bundesebene
—	Überführung der für die Steiermark relevanten Ergebnisse auf Bundesebene in die Zielsteuerung
—	Optimierung der medizinischen Versorgung in Pflegeheimen

Quelle: Bundes-Zielsteuerungsvertrag und Landes-Zielsteuerungsvertrag Steiermark



Für die Umsetzung der Beseitigung evidenter Über-, Unter- und Fehlversorgung auf Landesebene aufgrund einer Analyse der unterschiedlichen Versorgungs- und Leistungsdichten¹⁵ waren folgende Maßnahmen vereinbart:

Tabelle 7: Operatives Ziel „Beseitigung evidenter Über-, Unter- und Fehlversorgung“ und Umsetzungsmaßnahmen

Operatives Ziel: Unterschiedliche Versorgungs- und Leistungsdichten im akutstationären und ambulanten Bereich vor dem Hintergrund vorhandener nationaler und internationaler Indikatoren mit Bandbreiten analysieren und evidente Über-, Unter- und Fehlversorgung auf Landesebene beseitigen.	
Umsetzungsmaßnahmen Bundes-Zielsteuerungsvertrag	Umsetzungsmaßnahmen Landes-Zielsteuerungsvertrag
Detaillierte Analyse unterschiedlicher Versorgungs- und Leistungsdichten mit regionaler und sektoraler Differenzierung durchführen und sich daraus ergebende Verbesserungspotenziale unter Berücksichtigung der Versorgungsforschung aufzeigen	Mitwirkung auf Bundesebene
Entwicklung von weiteren Indikatoren zur Messung der Versorgungs- und Leistungsdichte	—

Quelle: Bundes-Zielsteuerungsvertrag und Landes-Zielsteuerungsvertrag Steiermark

(3) Im Steuerungsbereich Versorgungsprozesse enthielt der Landes-Zielsteuerungsvertrag mit der Verbesserung der Versorgungswirksamkeit und des ökonomischen Mitteleinsatzes ein operatives Ziel, zu dessen Erreichung als Maßnahme u.a. vorgesehen war, ein Konzept zur Optimierung der Art der Krankentransporte zu erstellen.

Ein diesbezüglich wesentlicher Faktor war die zur Zeit der Gebarungsüberprüfung geltende Regelung über die Übernahme der Transportkosten von gehunfähigen Patienten durch die gesetzliche Krankenversicherung. Eine solche erfolgte nur für die Beförderung zur nächstgelegenen geeigneten Behandlungseinrichtung. Dies konnte in der Praxis bspw. dazu führen, dass der Transport von gehunfähigen geriatrisch zu behandelnden Patienten aus dem LKH Weiz an die 45,2 km entfernte Akutgeriatrie des MKH Vorau nicht bezahlt wurde, weil die Albert Schweizer Klinik in Graz nur 42,3 km entfernt war.

Kriterien wie frei verfügbare Kapazitäten oder verkehrsbedingt längere Fahrtzeiten trotz einer kilometermäßig kürzeren Entfernung wurden nicht systematisch berücksichtigt.

¹⁵ Bis zur Entwicklung von weiteren Indikatoren (zweite Maßnahme) hatte diese Analyse insbesondere auf folgenden Kennzahlen zu basieren:
a) Belagstage je 1.000 Einwohner in Fondskrankenanstalten
b) Krankenhaushäufigkeit je 1.000 Einwohner in Fondskrankenanstalten
c) durchschnittliche Verweildauer in Belagstagen in Fondskrankenanstalten
d) Inanspruchnahme im ambulanten Bereich (e-Card Kontakte, Frequenzen in Spitalsambulanzen, Leistungshäufigkeiten)

- 4.2 Da die Arbeiten der Zielsteuerungs-Partner auf Bundesebene noch nicht abgeschlossen waren, enthielt der Landes-Zielsteuerungsvertrag bei zehn von zwanzig Umsetzungsmaßnahmen den Verweis „Mitwirkung auf Bundesebene“ an Stelle von konkreten Steuerungsmaßnahmen auf Landesebene. In diesem Zusammenhang verwies der RH auf seine Stellungnahme zum Entwurf eines Gesundheitsreformgesetzes 2013, in der er die Ansicht vertreten hatte, dass die für eine Beschlussfassung in den Zielsteuerungsgremien notwendige Einstimmigkeit die Zielerreichung zusätzlich erschwert und zu Lösungen auf Basis des „kleinsten gemeinsamen Nenners“ führen bzw. notwendige Maßnahmen verhindern kann.

Der RH wies darauf hin, dass einerseits ein zügiger Abschluss der Arbeiten auf Bundesebene und andererseits eine Einigung auf konkrete Steuerungsmaßnahmen auf Landesebene unerlässlich waren, um eine aktive partnerschaftliche Zielsteuerung zu realisieren. Er empfahl daher dem Land Steiermark gemeinsam mit der gesetzlichen Krankenversicherung als Vertragspartner des Landes-Zielsteuerungsvertrags, nach Abschluss der Arbeiten auf Bundesebene zeitnah konkrete Steuerungsmaßnahmen festzulegen und diese den Planungen der zukünftigen Leistungsangebote und Strukturen im nächsten RSG zu Grunde zu legen.

Bezüglich der Regelung zur Übernahme der Transportkosten durch die gesetzliche Krankenversicherung merkte der RH kritisch an, dass diese aus seiner Sicht in Widerspruch zu einer bedarfsgerechten Nutzung der bestehenden Versorgungsstrukturen stand; Kriterien wie frei verfügbare Kapazitäten oder verkehrsbedingt längere Fahrtzeiten trotz einer kilometermäßig kürzeren Entfernung berücksichtigte sie nämlich nicht. Der RH empfahl daher dem Land Steiermark gemeinsam mit der gesetzlichen Krankenversicherung als Parteien des Zielsteuerungsvertrags, bei der Erstellung des Konzepts zur Optimierung der Art der Krankentransporte auch die Auswirkung der derzeitigen Regelung zur Übernahme der Transportkosten auf die Versorgungsprozesse zu prüfen und die Regelung entsprechend zu adaptieren.

- 4.3 (1) *Laut Stellungnahme des Gesundheitsfonds Steiermark sei für zukünftige Strukturplanungen besonders das operative Ziel „abgegrenzte, klare Versorgungsaufträge und Rollenverteilungen für alle Versorgungsstufen und für die wesentlichen Anbieter innerhalb der Versorgungsstufen definieren und bis Ende 2016 erste Umsetzungsschritte auf Landesebene umzusetzen“ wesentlich. Diese mehrmals im Bericht angesprochenen Versorgungsaufträge seien auf Bundesebene in Vorbereitung und würden überdies in den ÖSG als Rahmenplanung für den RSG einfließen, um eine Umsetzung auf Landesebene zu ermöglichen.*



Der Gesundheitsfonds Steiermark werde der bevorstehenden RSG-Revision 2016, wie auch schon bei der Erstellung der bisherigen RSG, alle bis zu diesem Zeitpunkt vorhandenen Planungsgrundlagen zu Grunde legen und diese miteinbeziehen.

(2) Sowohl der Gesundheitsfonds Steiermark als auch die KAGes verwiesen hinsichtlich des Konzepts zur „Optimierung der Art der Krankentransporte“ auf das derzeit im Rahmen der Landeszielsteuerung laufende Projekt. Im Rahmen des Kick-Off-Meetings im April 2015 seien Arbeitsgruppen zu den Themen „Organisatorische Maßnahmen (Ambulanzbestellung und -entlassung)“, „Verbesserung der Informationspolitik“ bzw. „Änderungsbedarf bei der Infrastruktur“ gebildet worden.

(3) Die KAGes ergänzte diesbezüglich in ihrer Stellungnahme, dass sie mehrmals auf die Auswirkung der derzeitigen Regelungen zur Kostenübernahme der Krankenversicherungsträger auf die Versorgungsprozesse hingewiesen und sowohl den Gesundheitsfonds Steiermark als auch das BMG befasst hätte. Durch die Umsetzung des RSG 2011 sowie einhergehende Strukturmaßnahmen (insbesondere die Bildung von Krankenanstaltenverbänden, bei denen die Kosten für Krankentransporte zwischen den Standorten laut Stellungnahme des BMG vom 15. Jänner 2013 vom Krankenanstaltenträger zu tragen wären) seien jene Kosten, die vormals in die Kostentragungspflicht der Sozialversicherungsträger fielen, nunmehr von der KAGes zu tragen. Dies stelle nach Ansicht der KAGes eine einseitige Verschiebung der Finanzierungsströme dar, welche ausdrücklich nicht im Sinne des Landes-Zielsteuerungsvertrags sei. Derzeit liege hierzu weder eine endgültige Rückmeldung des Gesundheitsfonds Steiermark noch des BMG vor.

- 4.4 Der RH wies gegenüber dem Land Steiermark darauf hin, dass sich – laut Stellungnahme der KAGes – das Thema „Auswirkung der derzeitigen Regelungen zur Kostenübernahme der Krankenversicherungsträger auf die Versorgungsprozesse“ nicht in den im Rahmen des Kick-Off-Meetings gebildeten Arbeitsgruppen widerspiegelte; laut Angaben der KAGes seien auch ihre diesbezüglichen Hinweise beim Gesundheitsfonds Steiermark und beim BMG bisher ohne Reaktion geblieben. Er hielt daher seine Empfehlung, bei der Erstellung des Konzepts zur Optimierung der Art der Krankentransporte auch die Auswirkung der derzeitigen Regelung zur Übernahme der Transportkosten auf die Versorgungsprozesse zu prüfen und die Regelung entsprechend zu adaptieren, aufrecht.

Geplante und tatsächliche Versorgungsstruktur der überprüften Krankenanstalten

5.1 Im Landeskrankenanstaltenplan und im RSG waren für die überprüften Krankenanstalten unterschiedliche Versorgungsstrukturen geplant. Der tatsächliche Gesamtbettenstand im Jahr 2014 lag in zwei von drei Krankenanstalten über dem im Landeskrankenanstaltenplan festgelegten Maximalbettenstand, entsprach aber in allen drei überprüften Krankenanstalten bereits weitestgehend dem laut RSG für 2020 geplanten:

Tabelle 8: Versorgungsauftrag und Bettenanzahl der überprüften Krankenanstalten			
	MKH Vorau	LKH Hartberg	LKH Weiz
Versorgungsauftrag			
laut Landeskrankenanstaltenplan	Standardkrankenanstalt (Abteilungen für Chirurgie und Innere Medizin)	Erweiterte Standardkrankenanstalt (zusätzlich Abteilung für Gynäkologie)	Standardkrankenanstalt (Abteilungen für Chirurgie und Innere Medizin)
laut RSG 2020	Standardkrankenanstalt der Basisversorgung (Abteilung für Innere Medizin, chirurgische Tagesklinik) mit Department für Akutgeriatrie	zusätzlich psychiatrische Tagesklinik	„Standardkrankenanstalt“ mit Abteilung für Innere Medizin, einer Abteilung für Unfallchirurgie inklusive Chirurgischen Tagesklinik; zusätzliche Tageskliniken für Gynäkologie, Orthopädie, Augenheilkunde und Dermatologie
Gesamtbettenstand			
laut Landeskrankenanstaltenplan	104	206	76
laut RSG 2020	112	164	81
IST-Stand 2014	110	162	78

Quelle: Landeskrankenanstaltenplan und RSG Steiermark sowie Betriebsbewilligungsbescheide

MKH Vorau

(1) Dem MKH Vorau kam laut Landeskrankenanstaltenplan der Versorgungsauftrag einer regulären Standardkrankenanstalt (§ 2a KAKuG bzw. § 3 StKAG 2012) mit maximal 104 Betten zu, die auf die Fachbereiche Intensivmedizin, Innere Medizin und Chirurgie entfielen. Als Standardkrankenanstalt hatte das MKH Vorau zumindest in den Fachbereichen Chirurgie und Innere Medizin zeitlich uneingeschränkt betriebene Abteilungen vorzuhalten.¹⁶

¹⁶ § 2b Abs. 1 KAKuG bzw. § 3a Abs. 1 StKAG 2012



(2) Im Gegensatz zum Landeskrankenanstaltenplan wies der RSG für das Jahr 2009 einen IST-Stand von 126 Betten aus, die sich auf eine Abteilung für Chirurgie (44), eine Abteilung für Innere Medizin (54), ein Department für Akutgeriatrie/Remobilisation (24) und den Fachbereich Intensivmedizin (vier) verteilten.

Insofern ging der RSG von einem breiteren Versorgungsauftrag aus, sah bis zum Jahr 2020 allerdings einige Änderungen, insbesondere im Fachbereich Chirurgie, vor: anstelle der Abteilung sollte nur mehr eine dislozierte Tagesklinik mit acht Betten vorgehalten und der Versorgungsauftrag des MKH Vorau damit auf den einer Standardkrankenanstalt der Basisversorgung eingeschränkt werden.¹⁷ Dies war für Krankenanstalten vorgesehen, deren natürlicher Einzugsbereich weniger als 50.000 Einwohner umfasste¹⁸ (§ 3 Abs. 5 StKAG 2012). Im Gegensatz zu einer regulären Standardkrankenanstalt war in der Basisversorgungsvariante nur im Fachbereich Innere Medizin eine Abteilung zu führen. Im Fachbereich Chirurgie war die Vorhaltung einer reduzierten Organisationsform, die auf Basisversorgungsleistungen beschränkt war (entweder Wochen- oder Tagesklinik), ausreichend.

Im Gegenzug zur Reduktion der chirurgischen Versorgungsstruktur war geplant, den Fokus auf geriatrische Behandlungen zu verstärken und das Department für Akutgeriatrie an der Abteilung für Innere Medizin von 24 auf insgesamt 48 Betten zu verdoppeln. Für 2020 waren insgesamt 112 Betten geplant.

(3) Der letzte Betriebsbewilligungsbescheid, der eine konkrete Bettenanzahl enthielt, stammte aus dem Jahr 1995¹⁹ und wies insgesamt 130 Betten aus, die in gleichem Ausmaß auf die Abteilungen für Chirurgie (65) und Innere Medizin (65) verteilt waren. Im Jahr 2003 wurden durch Bescheid²⁰ drei chirurgische Intensivbetten und vier medizinische Intensivbetten in eine interdisziplinäre Überwachungsstation mit vier Betten umgewandelt und der Bettenstand somit auf 127 reduziert. 2005 wurden zusätzlich Errichtung und Betrieb eines Departments für Akutgeriatrie und Remobilisation bewilligt. Aus dem ent-

¹⁷ Standardkrankenanstalten waren verpflichtet, eine Abteilung für Chirurgie zu führen, was krankenanstaltenrechtlich eine zeitlich uneingeschränkte Betriebspflicht bedeutete (§ 3a Abs. 1 StKAG 2012). Die Einrichtung einer Wochenklinik als Ersatz einer Abteilung für Chirurgie war nur an Standardkrankenanstalten der Basisversorgung zulässig (§ 3a Abs. 2 Z 3 StKAG 2012).

¹⁸ und/oder wenn die rasche Erreichbarkeit einer regulären Standardkrankenanstalt oder einer Krankenanstalt höherer Versorgungsstufe gegeben war

¹⁹ Bescheid vom 6. April 1995, GZ: 12-87 Vo 8/28-1995

²⁰ Bescheid vom 17. Februar 2003, GZ: FA8A-87 Vo 8/46-2003

Geplante und tatsächliche Versorgungsstruktur der überprüften Krankenanstalten

sprechenden Bescheid²¹ ging hervor, dass das Department 24 Betten umfassen sollte, nicht aber, welche Betten dafür umgewidmet wurden.

Per Bescheid waren damit mehr Betten und Strukturen (Department für Akutgeriatrie) bewilligt als im Landeskrankenanstaltenplan ausgewiesen. Grund hierfür war, dass sich das Amt der Steiermärkischen Landesregierung nach eigenen Angaben nur mehr am RSG orientierte, weil der Landeskrankenanstaltenplan seit 17 Jahren nicht mehr aktualisiert worden war. Als Verordnung und damit als rechtliche Grundlage für die Bewilligungsbescheide war jedoch nur der Landeskrankenanstaltenplan erlassen (siehe TZ 3).

(4) Für 2014 betrug die Anzahl der im Jahresdurchschnitt tatsächlich aufgestellten Betten laut MKH Vorau 110 Betten. Davon entfielen 54 auf die Abteilung für Innere Medizin, 20 auf die Abteilung für Chirurgie, 28 auf das Department für Akutgeriatrie und Remobilisation, vier auf den Bereich der Remobilisation und Nachsorge; zusätzlich gab es vier Intensivbetten.

(5) Die deutlichen Abweichungen zwischen Landeskrankenanstaltenplan, Bescheid und dem vom RH für 2014 erhobenen IST-Stand zeigt die folgende Tabelle:

Tabelle 9: Bettenstruktur MKH Vorau					
Landeskrankenanstaltenplan 1998	Bescheid 2005	IST-Stand 2009 laut RSG	IST-Stand 2014 laut MKH	SOLL-Stand 2020 laut RSG	
Anzahl					
Chirurgie	36	62	44	20	8
Innere Medizin	64	37	54	54	54
Akutgeriatrie/ Remobilisation	-	24	24	28	48
Remobilisation/ Nachsorge	-	-	-	4	-
Intensivbetten	4	4	4	4	2
Gesamt	104	127	126	110	112

Quelle: Landeskrankenanstaltenplan und RSG Steiermark sowie Betriebsbewilligungsbescheide

(6) Grund für diese Abweichung war eine Veränderung der Struktur im Fachbereich Chirurgie. Vor dem Hintergrund der RSG-Vorgaben, bis 2020 nur mehr eine chirurgische Tagesklinik zu betreiben, stellte das MKH Vorau den Betrieb der Abteilung für Chirurgie ab Mai 2012 am Wochenende ein und reduzierte im Zuge dieser Umwandlung in

²¹ Bescheid vom 2. November 2005, GZ: FA8A-87 Vo 13/11-2005



eine Wochenklinik (von Montag bis Freitag geöffnet) auch die chirurgischen Betten von 44 auf 20.²² Die Weiterleitung akuter chirurgischer Patienten am Wochenende wurde mit den betroffenen Krankenanstalten abgesprochen (siehe TZ 7).

Der Träger des MKH Vorau zeigte diese Veränderung zwar dem Gesundheitsfonds Steiermark an, beantragte aber keinen entsprechenden Bewilligungsbescheid. Dies wäre notwendig gewesen, weil die Umwandlung der zuvor zeitlich uneingeschränkt betriebenen Abteilung für Chirurgie in eine nur von Montag bis Freitag geöffnete Wochenklinik eine wesentliche Veränderung der Versorgungsstruktur darstellte.²³ Die Wesentlichkeit der Veränderung zeigte sich bspw. daran, dass die Wochenklinik als reduzierte Organisationsform zu Zwecken der Qualitätssicherung mit einer Fachabteilung in einer anderen Krankenanstalt zu kooperieren hatte.²⁴ Diese Kooperation war laut den Vorgaben des RSG in einer schriftlichen Vereinbarung zu regeln, die bestimmte Mindestinhalte (z.B. Definition des vorzuhaltenden Leistungsangebots) aufweisen musste.

(7) Im Zusammenhang mit der gegenständlichen Gebarungsüberprüfung durch den RH forderte das zuständige Amt der Steiermärkischen Landesregierung den Träger des MKH Vorau Ende Jänner 2015 schriftlich auf, den bis dahin verabsäumten Antrag auf Bewilligung für die Änderungen der funktionell-organisatorischen Gliederung mitsamt einer detaillierten Darstellung des aktuellen Planbettenstands einzubringen. Eine schriftliche Kooperationsvereinbarung zur Anbindung der Wochenklinik an die Fachabteilung einer anderen Krankenanstalt forderte das Amt der Landesregierung hingegen nicht ein.

Das MKH Vorau stellte daraufhin Anfang März 2015 einen entsprechenden Antrag auf Anpassung der krankenanstaltenrechtlichen Errichtungs- und Betriebsbewilligung, ohne jedoch einen Kooperationspartner zu nennen und eine den RSG-Vorgaben entsprechende schriftliche Vereinbarung vorzulegen.

²² Da acht Betten für Remobilisation/Nachsorge umgewidmet wurden, betrug die Reduktion insgesamt 16 Betten.

²³ Standardkrankenanstalten waren verpflichtet, eine Abteilung für Chirurgie zu führen, was krankenanstaltenrechtlich eine zeitlich uneingeschränkte Betriebspflicht bedeutete (§ 3a Abs. 1 StKAG 2012). Die Einrichtung einer Wochenklinik als Ersatz einer Abteilung für Chirurgie war nur an Standardkrankenanstalten der Basisversorgung zulässig (§ 3a Abs. 2 Z 3 StKAG 2012).

²⁴ Der RSG legte diesbezüglich fest, dass die Wahl des Kooperationspartners durch den Träger der Krankenanstalt mit reduzierter Organisationsform zu erfolgen hatte.

Geplante und tatsächliche Versorgungsstruktur der überprüften Krankenanstalten

LKH Hartberg

(1) Dem LKH Hartberg kam laut Landeskrankenanstaltenplan der Versorgungsauftrag einer erweiterten Standardkrankenanstalt (§ 2a KAKuG bzw. § 3 StKAG 2012) mit maximal 206 Betten zu, die auf die Fachbereiche Intensivmedizin, Innere Medizin, Chirurgie und Gynäkologie/Geburtshilfe entfielen.

(2) Vom gleichen Versorgungsauftrag – einer um eine Abteilung für Gynäkologie/Geburtshilfe erweiterte Standardkrankenanstalt – ging der RSG aus, der als IST-Stand des Jahres 2009 im LKH Hartberg insgesamt 197 Betten verzeichnete. Dies lag unter der Höchstgrenze des Landeskrankenanstaltenplans und entsprach auch dem damals per Bescheid bewilligten Stand.

Der RSG sah vor, den Versorgungsauftrag bis 2020 im Wesentlichen beizubehalten, aber im Bereich Psychiatrie zu ergänzen. Die bestehende Kooperation mit dem LKH Graz Süd-West für ambulante psychiatrische Behandlungen sollte ausgebaut und eine zusätzliche Einheit, in Form einer dislozierten Tagesklinik für Psychiatrie²⁵ geschaffen werden.

(3) Der letzte Bescheid, mit dem eine konkrete Anzahl an Betten für das gesamte Krankenhaus bewilligt wurde, stammte aus dem Jahr 2010.²⁶ Darin wurde der bis dahin in einem Bescheid aus 2009 bewilligte Gesamtbettenstand von 197 auf 180 reduziert. Diese 180 Betten setzten sich aus 56 Betten an der Abteilung für Chirurgie, 90 Betten – davon vier Intensivbetten – an der Abteilung für Innere Medizin und 30 Betten an der Abteilung für Gynäkologie/Geburtshilfe sowie zusätzlich vier Intensivbetten, die der Abteilung für Anästhesie zugeordnet waren, zusammen.

(4) Das LKH Hartberg hielt 2014 insgesamt 162 tatsächlich aufgestellte Betten vor. Davon entfielen 78 Betten auf die Abteilung für Innere Medizin, 49 auf die Abteilung für Chirurgie und 27 auf die Abteilung für Gynäkologie/Geburtshilfe; zusätzlich gab es acht Intensivbetten.

(5) Der IST-Stand im Jahr 2014 lag mit 162 tatsächlichen Betten unter dem 2010 per Bescheid festgelegten Bettenstand von 180. Damit war die RSG-Vorgabe, die Bettenanzahl bis 2020 auf 164 zu reduzieren, gemessen am tatsächlichen Gesamtbettenstand bereits erfüllt; die Ver-

²⁵ Die Tagesklinik soll im Rahmen der Abteilung für Psychiatrie des LKH Graz Süd-West disloziert geführt werden, weshalb die tagesklinischen Betten nicht dem LKH Hartberg zuzurechnen waren.

²⁶ Bescheid vom 29. Juni 2010, GZ: FA8A-86.09-1/2010-30

teilung auf die Fachbereiche entsprach noch nicht dem Planungsstand, wie die folgende Tabelle verdeutlicht:

Tabelle 10: Bettenstruktur LKH Hartberg						
Landeskranken- anstaltenplan 1998		Bescheid 2009	IST-Stand 2009 laut RSG	Bescheid 2010	IST-Stand 2014 laut LKH	SOLL-Stand 2020 laut RSG
		Anzahl				
Chirurgie	65	61	61	56	49	62
Innere Medizin	102	98	98	86	78	68
Gynäkologie/ Geburtshilfe	32	30	30	30	27	27
Intensivbetten	7	8	8	8	8	7
Gesamt	206	197	197	180	162	164

Quelle: Landeskrankenanstaltenplan und RSG Steiermark sowie die Betriebsbewilligungsbescheide

LKH Weiz

(1) Dem LKH Weiz kam laut Landeskrankenanstaltenplan der Versorgungsauftrag einer regulären Standardkrankenanstalt mit maximal 76 Betten für die Fachrichtungen Intensivmedizin, Innere Medizin und Chirurgie zu.

(2) Der RSG verzeichnete als IST-Stand 2009 76 Betten an den Abteilungen für Chirurgie und Innere Medizin und ging daher vom gleichen Versorgungsauftrag aus, sah bis 2020 allerdings einige Änderungen desselben und eine Erhöhung der Gesamtbettenanzahl auf 81 vor. Zum einen war eine Ergänzung des Versorgungsauftrags durch dislozierte Tageskliniken²⁷ für die Fachbereiche Gynäkologie, Orthopädie, Augenheilkunde und Dermatologie geplant. Die größte Änderung betraf jedoch die Abteilung für Chirurgie, die in eine Abteilung für Unfallchirurgie mit einer dislozierten Tagesklinik für Chirurgie umgewandelt werden sollte. Im Krankenanstaltenrecht war eine solche Kombination bisher allerdings nicht vorgesehen. Im Fachbereich Chirurgie nur eine reduzierte Organisationsform wie die für das LKH Weiz geplante dislozierte Tagesklinik vorzuhalten, war nur für eine Standardkrankenanstalt der Basisversorgung²⁸ möglich. An solchen Krankenanstalten konnte allerdings im Fachbereich Unfallchirurgie keine Abteilung, sondern maximal ein Satellitendepartment und damit ebenfalls eine reduzierte Organisationsform betrieben werden.²⁹

²⁷ Die Tageskliniken sollen im Rahmen der entsprechenden Fachabteilungen des LKH Graz disloziert geführt werden, weshalb die tagesklinischen Betten nicht dem LKH Weiz zuzurechnen waren.

²⁸ § 3 Abs. 5 Z 1 lit. b StKAG 2012

²⁹ § 3 Abs. 5 und Abs. 6 StKAG 2012

Geplante und tatsächliche Versorgungsstruktur der überprüften Krankenanstalten

(3) Der letzte Bescheid, mit dem eine konkrete Anzahl an Betten für das gesamte Krankenhaus bewilligt wurde, stammte aus dem Jahr 2014.³⁰ Damit wurden insgesamt 78 Betten bewilligt, wovon 40 auf die Abteilung für Chirurgie und 34 auf die Abteilung für Innere Medizin entfielen, zusätzlich gab es vier Intensivbetten. Per Bescheid waren damit zwei Betten mehr bewilligt als im Landeskrankenanstaltenplan ausgewiesen. Grund hierfür war, dass sich das Amt der Steiermärkischen Landesregierung nach eigenen Angaben nur mehr am RSG orientierte, der bis 2020 eine Bettenanzahl von 81 vorsah.

(4) Im Jahr 2014 hielt das LKH Weiz insgesamt 78 tatsächlich aufgestellte Betten in den Fachbereichen Chirurgie (40), Innere Medizin (34) und Intensivmedizin (4) vor.

(5) Der IST-Stand im Jahr 2014 entsprach daher dem bewilligten Bettenstand von 78, wie die folgende Tabelle zeigt:

Tabelle 11: Bettenstruktur LKH Weiz					
Landeskrankenanstaltenplan 1998	IST-Stand 2009 laut RSG	Bescheid 2014	IST-Stand 2014 laut LKH	SOLL-Stand 2020 laut RSG	
Anzahl					
Chirurgie	40	42	40	40	4
Innere Medizin	32	34	34	34	38
Unfallchirurgie	–	–	–	–	36
Intensivbetten	4	–	4	4	3
Gesamt	76	76	78	78	81

Quelle: Landeskrankenanstaltenplan und RSG Steiermark sowie die Betriebsbewilligungsbescheide

5.2 Der RH stellte anerkennd fest, dass sich die überprüften Krankenanstalten im Prozess der Anpassung ihrer tatsächlichen Versorgungsstrukturen an den im RSG für das Jahr 2020 vorgesehenen Planungsstand befanden. So entsprach der vom RH für das Jahr 2014 erhobene tatsächliche Gesamtbettenstand in allen drei überprüften Krankenanstalten bereits weitestgehend dem für 2020 geplanten Stand.

Das MKH Vorau hatte seine Abteilung für Chirurgie bereits in eine Wochenklinik umgewandelt. Wie der RH kritisch vermerkte, fehlte hierfür allerdings der Bescheid der zuständigen Behörde, weil das MKH Vorau die Änderungen zwar dem Gesundheitsfonds Steiermark angezeigt, aber keinen entsprechenden Antrag auf Bewilligung beim Amt der Landesregierung gestellt hatte. Erst im Zusammenhang mit der Gebarungsüberprüfung durch den RH hatte das Amt den Träger des

³⁰ Bescheid vom 18. Februar 2014, GZ: ABT08GP-86.10-2/2007-28

MKH Vorau im Jänner 2015 aufgefordert, einen solchen Antrag zu stellen, den dieser im März 2015 einreichte.

Obwohl die Wochenklinik als reduzierte Organisationsform zu Zwecken der Qualitätssicherung an die Fachabteilung einer anderen Krankenanstalt anzubinden und dies schriftlich zu regeln war, fehlte eine solche Kooperationsvereinbarung im Antrag des MKH Vorau bzw. war auch nicht vom Amt der Landesregierung eingefordert worden. Vor diesem Hintergrund empfahl der RH dem MKH Vorau, eine Anbindung an die Abteilung einer anderen Krankenanstalt zu vereinbaren, diese Zusammenarbeit schriftlich zu regeln und dabei die diesbezüglichen Vorgaben des RSG zu berücksichtigen.

Am LKH Weiz war die geplante Umwandlung der chirurgischen Abteilung in eine Abteilung für Unfallchirurgie mit einer dislozierten chirurgischen Tagesklinik noch nicht erfolgt. Der RH wertete dies jedoch positiv, weil eine solche Kombination im Krankenanstaltenrecht bisher nicht vorgesehen war. Er empfahl daher dem Gesundheitsfonds Steiermark, dies im nächsten RSG zu berücksichtigen und die Planungen dementsprechend anzupassen.

Der RH stellte weiters fest, dass die krankenanstaltenrechtlichen Bewilligungsbescheide zum Teil nicht den Vorgaben des Landeskrankenanstaltenplans entsprachen. Aus Sicht des RH war nachvollziehbar, dass sich das Amt der Steiermärkischen Landesregierung am RSG orientierte, weil der Landeskrankenanstaltenplan seit 17 Jahren nicht mehr aktualisiert worden war. Da diese Vorgangsweise aber nicht von den krankenanstaltenrechtlichen Vorschriften gedeckt war, wiederholte der RH seine Empfehlung an das Land, die im RSG enthaltene quantitative Strukturdarstellung für den stationären Bereich als erweiterten Landeskrankenanstaltenplan in Form einer Verordnung zu erlassen (siehe TZ 3).

- 5.3 (1) *Das Land Steiermark teilte in seiner Stellungnahme mit, eine schriftliche Kooperationsvereinbarung zur Anbindung der Wochenklinik an die Fachabteilung einer anderen Krankenanstalt sei vom Träger des MKH Vorau nicht angefordert worden, weil die Behörde grundsätzlich davon ausgegangen war, dass der Antragsteller die wesentlichen Antragsinhalte für eine Änderung der funktionell-organisatorischen Gliederung kenne. Mittlerweile habe der Träger des MKH Vorau eine entsprechende Kooperationsvereinbarung vorgelegt und diese sei Gegenstand des laufenden Verfahrens.*

Geplante und tatsächliche Versorgungsstruktur der überprüften Krankenanstalten

(2) Der Gesundheitsfonds Steiermark teilte in seiner Stellungnahme mit, dass er hinsichtlich der Kombination einer Abteilung für Unfallchirurgie mit einer dislozierten chirurgischen Tagesklinik im LKH Weiz mit dem BMG, das dem derzeit gültigen RSG in der Landes-Zielsteuerungskommission zugestimmt habe, Rücksprache halten werde. Die Planungen seien in der nächsten RSG-Revision aber jedenfalls anzupassen, weil die bisherigen Sonderfächer Unfallchirurgie und Orthopädie durch die Änderungen der Ärzteausbildung 2015 wegfallen und zum neuen Sonderfach Orthopädie und Traumatologie zusammengeführt würden.

(3) Die MKH Vorau GmbH teilte in ihrer Stellungnahme mit, dass sie die Erfüllung der RSG-Vorgaben mit größtmöglichem Bemühen vorantreibe. Die damit einhergehenden Entwicklungen seien mit dem Gesundheitsfonds Steiermark zu jeder Zeit zumindest mündlich abgesprochen und mit den umliegenden Krankenhäusern abgestimmt worden. Die entstandenen Verzögerungen im Hinblick auf formale Genehmigungsverfahren seien durch Systemträgheiten zu erklären.

5.4 (1) Der RH wies gegenüber dem Land Steiermark auf die Pflicht der Behörde hin, den für das Verfahren maßgeblichen Sachverhalt im Sinne der Offizialmaxime selbst zu ermitteln. Das Land hatte in seiner Stellungnahme zu TZ 3 selbst mitgeteilt, dass die Inhalte des RSG Steiermark sowie des ÖSG und damit auch die Strukturqualitätskriterien in den krankenanstaltenrechtlichen Verfahren herangezogen würden. Da die Anbindung der Wochenklinik an eine Fachabteilung Teil der Strukturqualitätskriterien war, hätte die Behörde dies im Verfahren zu berücksichtigen und vom Antragsteller zum Nachweis eine entsprechende Kooperationsvereinbarung einzufordern.

(2) Gegenüber dem Gesundheitsfonds Steiermark stellte der RH klar, dass das Prüfungsergebnis aufgrund der krankenanstaltenrechtlichen Fragestellungen auch dem BMG übermittelt wurde; dieses hatte aber von der Möglichkeit einer Stellungnahme abgesehen und sich daher zu der Kombination einer Abteilung für Unfallchirurgie mit einer dislozierten chirurgischen Tagesklinik im LKH Weiz nicht geäußert. Er verwies in diesem Zusammenhang auch auf seinen Bericht „Rolle des Bundes in der österreichischen Krankenanstaltenplanung“ (Bund 2015/17). Darin hatte der RH festgestellt, dass das BMG auch bei gravierenden Abweichungen vom ÖSG nur unverbindliche Anmerkungen machte und diese nicht in deutlicher Form beanstandete sowie sein Vetorecht gegen Beschlüsse der Landes-Zielsteuerungskommissionen selbst in jenen Fällen nicht eingesetzt hatte, in denen RSG-Beschlüsse im klaren Widerspruch zur Rahmenplanung des ÖSG standen (TZ 16).



Leistungserbringung ausgewählter Krankenanstellen im Land Steiermark

(3) Der MKH Voralpe GmbH gegenüber wies der RH darauf hin, dass er den Prozess der Anpassung der tatsächlichen Versorgungsstrukturen an den im RSG für das Jahr 2020 vorgesehenen Planungsstand anerkennend festgestellt hatte. Er hielt aber fest, dass die geltenden krankenanstaltenrechtlichen Rahmenbedingungen jedenfalls einzuhalten waren. Vor diesem Hintergrund verwies der RH auf den nachträglich eingereichten Antrag und nahm positiv zur Kenntnis, dass die MKH Voralpe GmbH diesen nach Angaben des Landes Steiermark auch um eine entsprechende Kooperationsvereinbarung ergänzt hatte.

Versorgungsfunktion der überprüften Krankenanstellen

- 6.1 Bezüglich der Versorgungsfunktion der überprüften Krankenanstellen stellte der RH sowohl hinsichtlich der allgemeinen Leistungsspektren als auch der Einzugsgebiete einen deutlichen Unterschied zwischen dem MKH Voralpe einerseits und den LKH Hartberg und Weiz andererseits fest:

Versorgungsfunktion der überprüften Krankenanstalten

Tabelle 12: Versorgungsfunktion der überprüften Krankenanstalten gemessen an deren Leistungsspektren und Einzugsgebieten

	MKH Vorau	LKH Hartberg	LKH Weiz
Versorgungsfunktion			
laut RSG 2020	Standardkrankenanstalt der Basisversorgung (Abteilung für Innere Medizin, chirurgische Tagesklinik) mit Department für Akutgeriatrie	Erweiterte Standardkrankenanstalt (zusätzlich Abteilung für Gynäkologie) mit psychiatrischer Tagesklinik	„Standardkrankenanstalt“ mit Abteilungen für Innere Medizin und für Unfallchirurgie inklusive chirurgischer Tagesklinik; mit Tageskliniken für Gynäkologie, Orthopädie, Augenheilkunde und Dermatologie
Leistungsspektrum			
drei häufigste Fallgruppen	<ol style="list-style-type: none"> 1. funktionelle Eingriffe an Rückenmark, Nerven und vegetativem Nervensystem 2. arthroskopische Eingriffe 3. geriatrische Behandlung auf einer Station für Geriatrie 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Entbindung normal 2. Eingriffe am Uterus 3. Gehirnerschütterung 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Eingriffe an Bindegewebe und Weichteilen 2. chronische Herz-erkrankungen 3. Herzrhythmusstörungen
Anteil an allen Aufenthalten in %	rd. 28	rd. 13	rd. 10
Einzugsgebiet			
laut Versorgungsauftrag	regional, < 50.000 Einwohner	regional	regional
Anteil Patienten aus der Steiermark in %	83	92	99
Bezirk der Krankenanstalt in %	55	78	91
Anteil Patienten aus sonstigen Bundesländern und Ausland in %	17	8	1

Quellen: RSG Steiermark, Dokumentations- und Informationssystem für Analysen im Gesundheitswesen (DIAG), ein gemäß § 4 Abs. 3 des Bundesgesetzes über die Dokumentation im Gesundheitswesen (BGBl. Nr. 745/1996 i.d.g.F.) vom BMG betriebenes Data Warehouse; Auswertung RH

MKH Vorau

(1) Am MKH Vorau entfielen rd. 45 % aller Aufenthalte auf die zehn häufigsten leistungsorientierten Diagnosefallgruppen. Wie die unten stehende Tabelle zeigt, war im Leistungsspektrum des MKH Vorau eine deutliche Schwerpunktsetzung auf drei Fallgruppen erkennbar, die insgesamt für rd. 28 % der gesamten Aufenthalte verantwortlich waren:

Tabelle 13: Aufenthalte nach den zehn häufigsten Fallgruppen im MKH Vorau 2013

leistungsorientierte Diagnosefallgruppe	Aufenthalte			Belagstage
	Anzahl	Anteil im MKH	Anteil an Stmk	
		in %		
funktionelle Eingriffe an Rückenmark, Nerven und vegetativem Nervensystem	662	11,23	27,73	384
arthroskopische Eingriffe	599	10,16	27,07	866
Behandlung auf einer Station für medizinische Geriatrie	417	7,08	10,88	7.925
Eingriffe an den peripheren Gefäßen	220	3,73	10,90	334
lokale und pseudoradikuläre Syndrome der Wirbelsäule	201	3,41	5,93	1.030
Pneumonie und Bronchiolitis	157	2,66	4,23	1.502
kleine Eingriffe an Bindegewebe und Weichteilen	111	1,88	3,02	105
lokale und pseudoradikuläre Syndrome der Wirbelsäule	101	1,71	2,55	312
komplizierte Affektionen der Haut	89	1,51	18,31	824
Eingriffe an Knie und Unterschenkel	85	1,44	15,18	235
Summe	2.642	44,81		13.517
2013 gesamt	5.893	100,00		29.600

Quellen: DIAG; Auswertung RH

Sowohl die Anzahl der funktionellen Eingriffe an Rückenmark, Nerven und vegetativem Nervensystem,³¹ als auch die Anzahl der arthroskopischen Eingriffe³² stellten mit einem steiermarkweiten Anteil von rd. 28 % bzw. rd. 27 % vor dem Hintergrund des Versorgungsauftrags des MKH Vorau eine auffällige Häufung dar.

(2) Die funktionellen Eingriffe an Rückenmark, Nerven und vegetativem Nervensystem erbrachten in der Steiermark im Wesentlichen nur das MKH Vorau und das KH der Elisabethinen Graz. Diese beiden Krankenanstalten kamen damit auf einen österreichweiten Anteil von rd. 50 %, wie die folgende Tabelle zeigt:

³¹ Dabei handelte es sich im MKH Vorau vorwiegend um CT-unterstützte Injektionstherapien zur Behandlung von chronischen Rückenschmerzen, die von Anästhesisten durchgeführt wurden.

³² Dabei handelte es sich im MKH Vorau ausschließlich um Operationen des Knie- bzw. Schultergelenks; diese Operationen wurden von Unfallchirurgen vorgenommen.

Tabelle 14: Funktionelle Eingriffe an Rückenmark, Nerven und vegetativem Nervensystem in Österreich

	Anzahl	österreichweiter Anteil in %
Steiermark		
KH der Elisabethinen Graz	1.747	36,4
MKH Vorau	662	13,8
LKH Stolzalpe	1	0,0
LKH Graz	32	0,7
gesamt	2.442	50,9
sonstige Bundesländer	2.358	49,1
Summe	4.800	100,0

Quellen: DIAG; Auswertung RH

Aufgrund dieser Häufung hatte der Gesundheitsfonds bereits 2009 eine Studie zur systematischen Auswertung wissenschaftlicher Evidenzdaten für die Wirksamkeit von Injektionstherapien und Radiofrequenztherapie bei chronischen Rückenschmerzen beauftragt. Die Studie kam jedoch zu keinem eindeutigen Ergebnis: einerseits konnte aufgrund der Evidenzdaten keine eindeutige Empfehlung für die Therapien ausgesprochen werden, andererseits war eine positive Wirkung bei ausgewählten Patienten auch nicht auszuschließen. Die einschlägigen europäischen³³ und österreichischen Leitlinien³⁴ sahen dann keine Empfehlungen für diese Therapien vor, wenn es sich um unspezifische, also noch nicht medizinisch abgeklärte Rückenschmerzen handelte. Laut MKH Vorau würden diese Leitlinien berücksichtigt und nur solche Patienten therapiert, deren Schmerzen bereits abgeklärt seien und die sich zumeist auch schon länger in Behandlung befänden.

(3) Laut RSG kam dem MKH Vorau die regionale Funktion einer Standardkrankenanstalt der Basisversorgung zu, deren natürlicher Einzugsbereich weniger als 50.000 Einwohner umfassen sollte.³⁵

³³ European Guidelines for the management of chronic non-specific low back pain, amended version June 14th 2005

³⁴ Friedrich M, Likar R, et al. (2007) Evidenz- und konsensusbasierte österreichische Leitlinien für das Management akuter und chronischer unspezifischer Kreuzschmerzen. Wien Klinische Wochenschrift 2007, 119/5-6, S.189-97 i.d.F. des Updates aus dem Jahr 2011, abrufbar auf der Homepage der Ärztekammer Wien unter: http://www.aekwien.at/aek-media/UpdateLeitlinienKreuzschmerz_2011_0212.pdf

³⁵ § 3 Abs. 5 StKAG 2012



Das tatsächliche Einzugsgebiet des MKH Vorau war jedoch aufgrund der oben beschriebenen Schwerpunktsetzung³⁶ stark bezirks- und bundesländerübergreifend ausgeprägt. Nur 55 % der Aufenthalte entfielen auf Patienten aus dem Bezirk der Krankenanstalt (Hartberg/Fürstenfeld):

Tabelle 15: Einzugsgebiet MKH Vorau	
	in %
Steiermark	
Hartberg/Fürstenfeld	55
Weiz	24
Bruck/Mürzzuschlag	2
Graz	1
Graz-Umgebung	1
gesamt	83
sonstige Bundesländer und Ausland	17
Summe	100

Quellen: DIAG; Auswertung RH

(4) Diesen Widerspruch zwischen dem, für eine Standardkrankenanstalt der Basisversorgung grundsätzlich vorgesehenen, regionalen Einzugsbereich und einem aufgrund der Schwerpunktsetzung im Leistungsspektrum tatsächlich stark bezirks- und bundesländerübergreifend ausgeprägten Einzugsgebiet hatte das Land Steiermark bisher nicht durch eine klare Definition des Versorgungsauftrags im Rahmen eines aktualisierten Landeskrankenanstaltenplans aufgelöst.

LKH Hartberg

(1) Am LKH Hartberg war im Unterschied zum MKH Vorau keine Konzentration auf wenige Fallgruppen und damit auch keine vergleichbare Schwerpunktsetzung erkennbar, wie die folgende Tabelle zeigt:

³⁶ bezüglich der Wohnorte der Patienten, die arthroskopische Eingriffe erhielten siehe auch TZ 9

Versorgungsfunktion der überprüften Krankenanstalten

Tabelle 16: Aufenthalte nach den zehn häufigsten Fallgruppen im LKH Hartberg 2013

leistungsorientierte Diagnosefallgruppe	Aufenthalte			Belagstage
	Anzahl	Anteil im LKH	Anteil an Stmk	
		in %		
Entbindung normal (C)	612	5,72	11,47	2.318
einfache Eingriffe am Uterus	418	3,91	15,15	265
Gehirnerschütterung	324	3,03	15,43	542
Entbindung Sectio (A)	284	2,65	11,12	1.380
Pneumonie und Bronchiolitis	228	2,13	6,15	1.792
Symptome und Zustände betreffend Verdauungssystem	211	1,97	7,54	311
lokale und pseudoradikuläre Syndrome der Wirbelsäule	209	1,95	5,29	647
Komplikationen in der Schwangerschaft und im Wochenbett	201	1,88	9,77	460
chronische Herzerkrankungen	198	1,85	5,29	1.503
Herzrhythmusstörungen	186	1,74	6,50	844
Summe	2.871	26,83		10.062
2013 gesamt	10.699	100,00		42.480

Quellen: DIAG; Auswertung RH

(2) Laut RSG kam dem LKH Hartberg die regionale Versorgungsfunktion einer erweiterten (zusätzliche Abteilung für Gynäkologie/Geburts-hilfe) Standardkrankenanstalt zu. Dementsprechend verzeichnete das LKH Hartberg mit 78 % einen hohen Anteil an Aufenthalten aus dem eigenen Bezirk und wies mit 8 % nur eine geringere Streuung in andere Bundesländer auf.

Tabelle 17: Einzugsgebiet LKH Hartberg

	in %
Steiermark	
Hartberg/Fürstenfeld	78
Weiz	11
Bruck/Mürzzuschlag	1
Graz	1
Graz-Umgebung	0,5
Südoststeiermark	0,5
gesamt	92
sonstige Bundesländer und Ausland	8
Summe	100,0

Quellen: DIAG; Auswertung RH

LKH Weiz

(1) Das LKH Weiz wies ebenso wie das LKH Hartberg ein ausgewogenes Leistungsspektrum auf, wie die unten stehende Tabelle zeigt:

Tabelle 18: Aufenthalte nach den zehn häufigsten Fallgruppen im LKH Weiz 2013

leistungsorientierte Diagnosefallgruppe	Aufenthalte			Belagstage
	Anzahl	Anteil im LKH	Anteil an Stmk	
		in %		
kleine Eingriffe an Bindegewebe und Weichteilen	255	4,67	6,94	297
chronische Herzerkrankungen	161	2,95	4,30	1.318
Herzrhythmusstörungen	141	2,58	4,92	798
Verdacht auf Neoplasie	131	2,40	12,22	50
Entfernung von Osteosynthesematerial	110	2,02	6,76	203
arthroskopische Eingriffe	107	1,96	4,84	301
Appendicitis und Darmdivertikel	100	1,83	3,04	409
Eingriffe bei Bauchwandhernien, Leistenhernien beim Kind	98	1,80	6,86	372
Eingriffe an Unterarm, Handwurzel und Hand	86	1,58	11,89	251
Pneumonie und Bronchiolitis	84	1,54	2,26	625
Summe	1.273	23,33		4.624
2013 gesamt	5.455	100,00		26.143

Quellen: DIAG; Auswertung RH

(2) Als reguläre Standardkrankenanstalt kam dem LKH Weiz laut RSG ebenfalls eine regionale Versorgungsfunktion zu. Im Vergleich mit den anderen Krankenanstalten lag der Anteil der lokalen bzw. regionalen Versorgung im LKH Weiz am höchsten. Hier entfielen allein 91 % der Aufenthalte auf Patienten aus dem Wohnbezirk Weiz. Eine Streuung über die Bundeslandgrenzen hinaus war nicht zu beobachten:

Versorgungsfunktion der überprüften Krankenanstalten

Tabelle 19: Einzugsgebiet LKH Weiz	
Steiermark	in %
Hartberg/Fürstenfeld	1
Weiz	91
Bruck/Mürzzuschlag	1
Graz-Umgebung	5
Graz	1
gesamt	99
sonstige Bundesländer und Ausland	1
Summe	100

Quellen: DIAG; Auswertung RH

- 6.2** Der RH stellte sowohl hinsichtlich der allgemeinen Leistungsspektren als auch der Einzugsgebiete einen deutlichen Unterschied zwischen dem MKH Vorau einerseits und den LKH Hartberg und Weiz andererseits fest.

Hauptgrund dafür war die deutliche Schwerpunktsetzung des MKH Vorau. Insbesondere die am MKH Vorau erbrachten funktionellen Eingriffe an Rückenmark, Nerven und vegetativem Nervensystem sowie die arthroskopischen Eingriffe führten zu einem Einzugsgebiet, das im Unterschied zu den beiden LKH stark bezirks- und bundesländerübergreifend ausgeprägt war. Insofern stand diese Schwerpunktsetzung in Widerspruch zu der laut RSG geplanten regionalen Versorgungsfunktion einer Standardkrankenanstalt der Basisversorgung.

Dem RH war bewusst, dass das Leistungsspektrum vom Land Steiermark gebilligt wurde. Die daraus resultierenden Unklarheiten hinsichtlich des Versorgungsauftrags beurteilte er jedoch kritisch, weil diese einer wirksamen Steuerung durch die stationäre Versorgungsplanung entgegenstanden. Er empfahl deshalb dem Land Steiermark, eine Klärstellung bzw. Adaptierung des Versorgungsauftrags des MKH Vorau vorzunehmen und letztendlich für dessen Einhaltung zu sorgen. Dies insbesondere auch vor dem Hintergrund des im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit verankerten operativen Ziels, abgegrenzte, klare Versorgungsaufträge und Rollenverteilungen zu definieren (TZ 4).

- 6.3** *Der Gesundheitsfonds Steiermark teilte zu den festgestellten Unterschieden bei den allgemeinen Leistungsspektren in seiner Stellungnahme mit, dass diese durchaus im Sinne der vom RSG mit Planungs-*



horizont 2020 verfolgten regionalen Ausdifferenzierung der einzelnen Standorte seien.

Zum MKH Vorau führte der Gesundheitsfonds Steiermark aus, dass die Betriebsform einer chirurgischen Wochenklinik erwartungsgemäß ein etwas anderes Leistungsspektrum zeige; arthroskopische Eingriffe am Kniegelenk, als ausgewiesene Basisversorgungsleistung, sowie funktionelle Eingriffe an Rückenmark, Nerven und vegetativem Nervensystem, sofern tagesklinisch erbracht, stünden nicht im Widerspruch zur Struktur einer Standardkrankenanstalt der Basisversorgung. Da aber bei beiden Arten von Leistungen eine Auffälligkeit hinsichtlich des steiermarkweiten Anteils bestünde, werde der Gesundheitsfonds Steiermark diese im Rahmen der Arbeitsgemeinschaft LKF Daten- und Leistungsmonitoring prüfen. Das bezirksübergreifende Einzugsgebiet des MKH Vorau sei in erster Linie der geographischen Ausrichtung des Bezirkes geschuldet.

Der Gesundheitsfonds Steiermark teilte weiters mit, dass im Rahmen der Zielsteuerung die Definition abgegrenzter, klarer Versorgungsaufträge für alle Versorgungsstufen auf Bundesebene in Vorbereitung sei und nach Fertigstellung eine Umsetzung auf Landesebene erfolgen könne.

- 6.4 Der RH stellte gegenüber dem Gesundheitsfonds Steiermark klar, dass er die Unklarheiten hinsichtlich des Versorgungsauftrags des MKH Vorau kritisch beurteilt, sich jedoch nicht grundsätzlich gegen eine regionale Ausdifferenzierung der einzelnen Standorte ausgesprochen hatte. Die Erbringung tagesklinischer Eingriffe an Rückenmark, Nerven und vegetativem Nervensystem sowie arthroskopischer Basisversorgungsleistungen war – wie vom Gesundheitsfonds Steiermark angemerkt – grundsätzlich möglich. Die auffällige Häufung dieser Leistungen mit einem steiermarkweiten Anteil von jeweils knapp unter 30 % war aber nur durch eine stark bezirks- und bundesländerübergreifende Versorgung zu erklären. Er anerkannte in diesem Zusammenhang die Zusage des Gesundheitsfonds Steiermark, die Häufung der betreffenden Leistungen im Rahmen der Arbeitsgemeinschaft LKF Daten- und Leistungsmonitoring zu prüfen.

Der RH hielt nochmals fest, dass diese Häufung im Widerspruch zu dem regionalen Einzugsbereich von weniger als 50.000 Einwohnern einer Standardkrankenanstalt der Basisversorgung, als die das MKH Vorau im Planungsstand des RSG für das Jahr 2020 ausgewiesen war, stand. Er wiederholte daher seine Empfehlung an das Land Steiermark und wies in diesem Zusammenhang darauf hin, dass der in der Zielsteuerung-Gesundheit vorgesehenen Definition abgegrenzter, klarer Ver-

sorgungsaufträge und Rollenverteilungen auch grundsätzliche Überlegungen zu den bestehenden Strukturen vorausgehen sollten.

Leistungserbringung Chirurgie

Leistungsentwicklung **7.1** Die Krankenanstalten übermittelten dem BMG Kostenstellenstatistikdaten³⁷, die u.a. folgende Kennzahlen auswiesen:

- tatsächlich aufgestellte Betten,³⁸
- Belagstage,³⁹
- stationäre Patienten,⁴⁰
- durchschnittliche Verweildauer⁴¹ und
- durchschnittliche Auslastung.⁴²

Die durchschnittliche Verweildauer wird oft als Kennzahl und Effizienzindikator herangezogen, u.a. von der OECD. Eine kurze Verweildauer kann die Kosten eines Krankenhausaufenthalts verringern. Allerdings ist ein kürzerer Aufenthalt in der Regel auch leistungsintensiver, so dass die Kosten je Belagstag höher sind. Eine zu geringe Verweildauer wiederum kann sogar negative Auswirkungen auf den Gesundheitszustand des Patienten haben. Österreichweit lag die durchschnittliche Verweildauer an Abteilungen für Chirurgie im Jahr 2013 bei 3,95 Tagen.

Die Kennzahl durchschnittliche Auslastung wird üblicherweise als Indikator dafür herangezogen, ob die Anzahl der vorgehaltenen Betten angemessen ist. Dabei wird in der Regel bei einer durchschnittlichen Auslastung von 85 % ausgegangen. So soll sichergestellt werden, dass genügend freie Betten für Notfälle oder Epidemien wie Grippewellen zur Verfügung stehen. Auch die Personalressourcen eines Krankenhauses sind üblicherweise auf eine Auslastung zwischen 85 % und

³⁷ siehe die vom BMG veröffentlichten „Überregionalen Auswertung der Kostenrechnungsergebnisse der landesgesundheitsfondsfinanzierten Krankenanstalten“

³⁸ Betten, die im Berichtsjahr im Jahresdurchschnitt tatsächlich aufgestellt waren

³⁹ Summe der Mitternachtsstände der Patienten; ein Aufenthalt im Krankenhaus der über Mitternacht hinausgeht, entspricht einem Belagstag

⁴⁰ berechnete Aufenthalte stationärer Patienten: (Aufnahmen + Entlassungen + Verstorbene)/2

⁴¹ durchschnittliche Dauer eines Aufenthalts im Krankenhaus in Tagen: (Belagstage/stationäre Patienten)

⁴² Bettenauslastung in Prozent im Jahresdurchschnitt: (Belagstage x 100/tatsächlich aufgestellte Betten x 365)



90 % ausgerichtet, weshalb eine noch höhere Auslastung aufgrund des daraus resultierenden Arbeitsdrucks für Ärzte und Pflegekräfte negative Auswirkungen auf die Behandlungsqualität haben kann.⁴³

Gemessen an diesen Kennzahlen zeigte sich an den Abteilungen für Chirurgie der überprüften Krankenanstellen von 2010 bis 2013 folgende Leistungsentwicklung:

Tabelle 20: Kennzahlen Abteilungen für Chirurgie			
	MKH Vorau	LKH Hartberg	LKH Weiz
	Entwicklung der Kennzahlen von 2010 bis 2013 in %		
tatsächlich aufgestellte Betten	- 63,6	- 10,7	- 4,8
Belagstage	- 67,9	- 6,3	- 10,7
stationäre Patienten	- 30,6	- 3,5	10,2
durchschnittliche Verweildauer in Tagen	- 53,7	- 2,8	- 19,0
durchschnittliche Auslastung in %	23,6	5,7	- 6,3

Quellen: DIAG; Auswertung RH

MKH Vorau

Die Kennzahlen der Abteilung für Chirurgie des MKH Vorau zeigten für den Zeitraum von 2010 bis 2013 eine deutliche Reduktion, die bei den Belagstagen mit mehr als zwei Drittel und bei der Verweildauer mit mehr als der Hälfte besonders auffällig war. Letztere lag im Jahr 2013 mit 1,78 Tagen weit unter dem österreichweiten Durchschnitt von 3,95 Tagen:

⁴³ So zeigte eine Studie bei der Daten von 82.280 Patienten aus 256 Abteilungen von 83 deutschen Krankenhäusern untersucht wurden, dass bei einer durchschnittlichen Auslastung von über 92,5 % die Mortalitätsrate der Patienten steigt. Siehe Deutsches Ärzteblatt, 2014 (Jahrgang 111), Heft 19, S. 817. Die Studie von Kuntz, Mennicken und Scholtes mit dem Titel „Stress on the Ward: Evidence of Safety Tipping Points in Hospitals“ ist unter http://www.health.jbs.cam.ac.uk/research/current/downloads/120806_stress_on_the_ward.pdf abrufbar.

Tabelle 21: Kennzahlen der Abteilung für Chirurgie des MKH Vorau

	2010	2011	2012	2013	Entwicklung in %
	Anzahl				
tatsächlich aufgestellte Betten	44	40	40	16	- 63,6
Belagstage	11.650	11.392	6.071	3.744	- 67,9
stationäre Patienten	3.034	3.163	2.504	2.106	- 30,6
durchschnittliche Verweildauer in Tagen	3,84	3,60	2,42	1,78	- 53,7
durchschnittliche Auslastung in %	72,54	78,03	41,47	89,66 ¹	23,6

¹ Berechnungsformel auf reinen 5-Tagesbetrieb angepasst: Belagstage x 100/tatsächliche Betten x 261 (anstatt 365)

Quellen: DIAG; Auswertung RH

Grund für diese Entwicklung, war – wie das MKH Vorau angab – die Umstellung auf einen 5-Tagesbetrieb an der Abteilung für Chirurgie. Diese Umstellung ging mit einer Bettenreduktion von 44 auf 16 und einer Einschränkung des Leistungsspektrums – insbesondere sollten keine offenen, großen Bauchoperationen mehr durchgeführt werden – von vorher rd. 80 auf insgesamt 55 Leistungen⁴⁴ einher. Letztere führte auch zu einem Rückgang der stationären Patienten um rd. 30 % und – nach Schwankungen während der Umstellungsphase – zu einer mit rd. 90 % deutlich höheren Auslastung.

Parallel zu dieser Umstellung entwickelte der Träger des MKH Vorau unter Einbindung der umliegenden Krankenhäuser ein Konzept, wie chirurgische Patienten am Wochenende bzw. über das angebotene Leistungsspektrum des MKH Vorau hinaus versorgt werden können. Akute unfallchirurgische Patienten leitete das MKH Vorau an die LKH Hartberg, Weiz oder Feldbach bzw. an das UKH Graz weiter. Patienten, die bauchchirurgisch versorgt werden mussten, leitete das MKH Vorau im Akutfall an das LKH Hartberg weiter; bei planbaren Eingriffen erfolgte eine Terminvereinbarung mit dem KH der Elisabethinen Graz, dem KH der Barmherzigen Brüder Graz oder dem LKH Hartberg.

Für die auffällige Reduktion der Belagstage und Verweildauer waren auch die Optimierung der administrativen und medizinischen Abläufe sowie eine Reorganisation des Entlassungsmanagements mitverantwortlich. Ein großer Teil der Patienten konnte dadurch bereits am Aufnahmetag operiert und rasch wieder entlassen werden. Dementspre-

⁴⁴ Davon waren die meisten Basisversorgungsleistungen i.S.d. Vorgaben des ÖSG und konnten ohne besondere Anforderungen an die medizinisch-technische Infrastruktur und das Komplikationsmanagement erbracht werden. Zumindest zwei dieser Leistungen (Gallengangsrevision offen und Rekonstruktion des hinteren Kreuzbandes) konnten jedoch nicht in einer reduzierten Organisationsform erbracht werden, sondern erforderten gemäß ÖSG eine Fachabteilung als Mindestversorgungsstruktur.

chend stieg der Anteil der tagesklinisch erbrachten Leistungen von 0,12 % im Jahr 2010 auf 14,76 % im Jahr 2013.

LKH Hartberg

An der Abteilung für Chirurgie des LKH Hartberg zeigten die Kennzahlen im Zeitraum 2010 bis 2013 – bis auf die durchschnittliche Auslastung – einen leichten Rückgang. Die durchschnittliche Verweildauer lag im Jahr 2013 mit 3,51 Tagen unter dem österreichweiten Durchschnitt von 3,95 Tagen:

Tabelle 22: Kennzahlen der Abteilung für Chirurgie des LKH Hartberg von 2010 bis 2013

	2010	2011	2012	2013	Entwicklung in %
	Anzahl				
tatsächlich aufgestellte Betten	56	50	50	50	- 10,7
Belagstage	13.953	11.749	13.213	13.078	- 6,3
stationäre Patienten	3.866	3.544	3.746	3.729	- 3,5
durchschnittliche Verweildauer in Tagen	3,61	3,32	3,53	3,51	- 2,8
durchschnittliche Auslastung ¹ in %	71,92	68,27	76,76	75,99	5,7

¹ Berechnungsformel berücksichtigt reinen 5-Tagesbetrieb von 10 Betten:
Belagstage x 100 / (40 Betten x 365) + (10 Betten x 261)

Quellen: DIAG; Auswertung RH

Gründe für diese Entwicklung waren neben einem Rückgang der Anzahl der stationären Patienten laut LKH Hartberg die Erhöhung des Tagesklinikanteils, die auch Auswertungen des RH erkennen ließen (von 6,74 % auf 12,35 %) und die bereits 2007 eingeführte und seither stetig weiterentwickelte zentrale Bettenkoordination⁴⁵, die durch ein Entlassungsmanagement und seit Anfang 2015 auch durch einen definierten auf die zentrale Bettenkoordination abgestimmten Prozess für die präoperative Diagnostik ergänzt wurde.

Für die um 5 % leicht gestiegene Auslastung war vor allem die Reduktion um sechs Betten verantwortlich.

Die KAGes beobachtete und analysierte die Leistungsentwicklung ihrer Krankenanstalten und damit auch der LKH Hartberg und Weiz im Rah-

⁴⁵ Diese von dafür eingeteilten diplomierten Pflegekräften wahrgenommene Aufgabe umfasste die Verantwortung für verschiedene Prozesse, die so zentral gesteuert werden konnten. Dazu gehörten neben der Terminvergabe für geplante Operationen auch die Evaluierung und gegebenenfalls Anpassung der OP-Planung im Rahmen einer wöchentlichen Besprechung sowie die Abwicklung geplanter und akuter stationärer Aufnahmen sowie bei Bedarf eine interdisziplinäre Belegung der Betten.

Leistungserbringung Chirurgie

men des Projekts MEDVISION 2030. Mit diesem Projekt sollten die strategischen Stoßrichtungen und Ziele des Unternehmens definiert und die medizinisch/pflegerischen Leistungsangebote und Strukturen bis 2030 geplant und in einem Monitoring begleitet werden. Ein erster Ergebnisbericht war zur Zeit der Gebarungsüberprüfung in Vorbereitung.

LKH Weiz

Die Kennzahlen der Abteilung für Chirurgie des LKH Weiz zeigten für den Zeitraum von 2010 bis 2013 eine zum Teil deutliche Reduktion, mit Ausnahme der stationären Patienten, bei denen die Abteilung im Gegensatz zu den anderen Krankenanstalten einen Zuwachs um rd. 10 % verzeichnete. Dennoch war die durchschnittliche Verweildauer im selben Zeitraum um rd. 19 % gesunken und lag im Jahr 2013 mit 3,74 Tagen unter dem österreichweiten Durchschnitt von 3,95 Tagen:

Tabelle 23: Kennzahlen der Abteilung für Chirurgie des LKH Weiz von 2010 bis 2013

	2010	2011	2012	2013	Entwicklung in %
	Anzahl				
tatsächlich aufgestellte Betten	42	38	38	40	- 4,8
Belagstage	14.384	12.170	12.289	12.841	- 10,7
stationäre Patienten	3.113	2.994	3.141	3.431	10,2
durchschnittliche Verweildauer in Tagen	4,62	4,06	3,91	3,74	- 19,0
durchschnittliche Auslastung in %	93,83	87,74	88,36	87,95	- 6,3

Quellen: DIAG; Auswertung RH

Laut LKH Weiz mussten wegen des um rd. 10 % gestiegenen Patientenaufkommens und der entsprechend dem RSG vorgenommenen Reduktion um zwei Betten die Belagstage und die durchschnittliche Verweildauer vor allem durch eine Erhöhung des Tagesklinik-Anteils, aber auch durch organisatorische Maßnahmen, wie eine neue computerunterstützte Operations- und Aufnahmeplanung, reduziert werden. Auswertungen des RH, die zwischen 2010 und 2013 eine Zunahme des tagesklinischen Anteils von 5,54 % auf 13,96 % zeigten, bestätigten dies. Mit rd. 3.400 Patienten versorgte die Abteilung des LKH Weiz (40 Betten) mittlerweile fast gleich viele stationäre Patienten wie die um 25 % größere Abteilung des LKH Hartberg (rd. 3.700 Patienten und 50 Betten). Sie wies deshalb mit rd. 88 % auch eine höhere Auslastung auf als die Abteilung am LKH Hartberg (rd. 76 %). Diese Unterschiede hatte das Land Steiermark bisher nicht im Rahmen einer Aktualisierung des Landeskrankenanstaltenplans berücksichtigt.

- 7.2 Der RH stellte aner kennend fest, dass die Belagstage und die durchschnittliche Verweildauer an allen überprüften Abteilungen für Chirurgie rückläufig waren.

Im Vergleich verzeichnete die Abteilung für Chirurgie des MKH Vorau mit Abstand die stärkste Reduktion mit mehr als zwei Drittel bei den Belagstagen und mehr als der Hälfte bei der Verweildauer, die der RH positiv hervorhob. Er wies in diesem Zusammenhang allerdings darauf hin, dass die dafür verantwortlichen Maßnahmen – reiner 5-Tagesbetrieb und Einschränkung des Leistungsangebots in der Chirurgie – den beiden LKH nicht offen standen, weil diese zeitlich uneingeschränkt zu betreibende Abteilungen vorzuhalten hatten.

Vor diesem Hintergrund beurteilte der RH daher auch die Entwicklung an den LKH positiv. Dies galt insbesondere für das LKH Weiz, wo die durchschnittliche Verweildauer um rd. 19 % gesenkt wurde, obwohl gleichzeitig eine Steigerung der Anzahl der stationären Patienten um rd. 10 % zu verzeichnen war. Mit rd. 3.400 Patienten versorgte die Abteilung des LKH Weiz (40 Betten) mittlerweile fast gleich viele stationäre Patienten wie die um 25 % größere Abteilung des LKH Hartberg (rd. 3.700 Patienten und 50 Betten). Dadurch ergab sich auch eine unterschiedliche Auslastung der Abteilungen, die am LKH Weiz mit rd. 88 % höher lag als am LKH Hartberg mit rd. 76 %. Aufgrund des reinen 5-Tagesbetriebs der chirurgischen Betten wies das MKH Vorau mit rd. 90 % die höchste Auslastung auf.

Diese Unterschiede hatte das Land Steiermark bisher nicht im Rahmen einer Aktualisierung des Landeskrankenanstaltenplans berücksichtigt. Vor diesem Hintergrund empfahl der RH dem Gesundheitsfonds Steiermark und der KAGes, die Gründe für diese Unterschiede zu erheben und bei den Planungen der zukünftigen Leistungsangebote und Strukturen zu berücksichtigen.

- 7.3 (1) *Der Gesundheitsfonds Steiermark bestätigte in seiner Stellungnahme, dass die angeführten Unterschiede in der aktuellen Auslastung in erster Linie einem Zusammenspiel von Betten und Belagstagen und Letztere wiederum verschiedenen Einflussfaktoren unterlägen. Auch für die kommende RSG-Revision werde der Gesundheitsfonds Steiermark die aktuellen Daten, Fakten und Entwicklungen einbeziehen und, wie vom RH empfohlen, die dargelegten Unterschiede analysieren.*

(2) *Die KAGes verwies in ihrer Stellungnahme auf das Projekt MEDVISION 2030, wo u.a. die medizinisch/pflegerischen Leistungsangebote und Strukturen geplant würden.*

Leistungserbringung Chirurgie

7.4 Der RH wies gegenüber dem Gesundheitsfonds Steiermark nochmals darauf hin, dass das MKH Vorau die im Vergleich besten Ergebnisse bei den Belagstagen, der durchschnittlichen Verweildauer und der Auslastung insbesondere aufgrund eines reinen 5-Tagesbetriebs und einer Einschränkung des Leistungsangebots erreichte. Daraus ableitbare grundsätzliche Überlegungen zu den bestehenden Strukturen sollten bei der vom Gesundheitsfonds in Aussicht gestellten RSG-Revision berücksichtigt werden.

Leistungsspektren

8.1 Die Leistungsspektren der Abteilungen für Chirurgie wiesen gemessen an den fünf nach Aufhalten häufigsten Leistungen, die zwecks Abrechnung in Fallgruppen von medizinischen Einzelleistungen (MEL) gruppiert waren, zum Teil deutliche Unterschiede auf:

Tabelle 24: Leistungsspektren Chirurgie			
	MKH Vorau	LKH Hartberg	LKH Weiz
Versorgungsauftrag Chirurgie			
laut RSG 2020	Standardkrankenanstalt der Basisversorgung mit chirurgischer Tagesklinik	Erweiterte Standardkrankenanstalt mit Abteilung für Chirurgie	„Standardkrankenanstalt“ mit Abteilung für Unfallchirurgie und chirurgischer Basisversorgung durch Tagesklinik
Leistungsspektrum			
5 häufigsten Leistungen bzw. konservativen Behandlungen	1. arthroskopische Eingriffe 2. Eingriffe an den peripheren Gefäßen 3. Eingriffe an Bindegewebe und Weichteilen 4. Eingriffe an Knie und Unterschenkel 5. Eingriffe bei Hernien	1. Gehirnerschütterung 2. Symptome betreffend Verdauungssystem 3. Hautverletzungen 4. Eingriffe bei Bauchwandhernien 5. Entfernung der Gallenblase	1. Eingriffe an Bindegewebe und Weichteilen 2. Hautverletzungen 3. Eingriffe bei Bauchwandhernien 4. arthroskopische Eingriffe 5. Verdacht auf Neubildung eines Tumors
Gesamtanzahl der Aufenthalte und Belagstage im Jahr 2013	1.170/1.847	954/2.878	903/2.094
Anteil operativer Leistungen/konservativer Behandlungen			
operativ (MEL)	75 %	35 %	46 %
konservativ (HDG)	25 %	65 %	54 %

Quelle: RSG Steiermark, Dokumentations- und Informationssystem

MKH Vorau

An der Abteilung für Chirurgie des MKH Vorau entfielen die meisten Aufenthalte⁴⁶ auf folgende fünf Leistungen bzw. operative Eingriffe; diese wurden in der Regel tagesklinisch erbracht, wie die auffällig niedrige durchschnittliche Verweildauer von 0,63 Tagen zeigt:

Tabelle 25: Fünf häufigste Leistungen nach Aufenthalten an der Abteilung für Chirurgie des MKH Vorau

	Anzahl Aufenthalte	Anteil Aufenthalte gesamt in %	Anzahl Belagstage	durchschnittliche Verweildauer in Tagen
MEL 14.21 arthroskopische Eingriffe	628	32,35	902	0,70
MEL 09.03 Eingriffe an den peripheren Gefäßen	218	11,23	328	0,66
MEL 02.03 kleine Eingriffe an Bindegewebe und Weichteilen	121	6,23	101	1,20
MEL 14.14 Eingriffe an Knie und Unterschenkel	115	5,92	296	0,39
MEL 06.06 Eingriffe bei Hernien	88	4,53	220	0,40
gesamt	1.170	60,26	1.847	0,63

Quellen: DIAG; Auswertung RH

LKH Hartberg

Im Gegensatz zum MKH Vorau entfielen an der Abteilung für Chirurgie des LKH Hartberg die meisten Aufenthalte nicht auf operative Eingriffe (MEL), sondern auf konservative Behandlungen (gruppiert als Hauptdiagnosegruppen – HDG). Die durchschnittliche Verweildauer der fünf häufigsten Leistungen lag bei 3,02 Tagen:

⁴⁶ Die dritt- und vierthöchste Anzahl an Aufenthalten entfielen auf die Diagnosen Lumboschalgie (eine Kombination aus Rückenschmerz, der umgangssprachlich als „Hexenschuss“ bezeichnet wird, und Schmerzen im Ischias, einem Nerv der über das Hüftgelenk und den Oberschenkel verläuft) und Bandscheibenschaden. Diese waren jedoch nicht dem Fachbereich Chirurgie zuzurechnen, weil die Folge der Diagnosen eine schmerztherapeutische Behandlung (siehe TZ 6) durch Fachärzte der Anästhesie war, die im Regelfall zu keinem stationären Aufenthalt über Nacht führte. Wenn doch ein ein- bzw. mehrtägiger Aufenthalt notwendig war, wurde der Aufenthalt aber der Chirurgie zugerechnet, weil die Anästhesie abgesehen von den Intensivbetten über keine eigenen stationären Ressourcen verfügte und daher Betten der Abteilung für Chirurgie in Anspruch nahm. Der RH berücksichtigte daher aus Gründen der Vergleichbarkeit ausschließlich jene Diagnosen, die zu einer Behandlung der Ärzte der Abteilung für Chirurgie führten.

Tabelle 26: Fünf häufigste Leistungen nach Aufenthalten an der Abteilung für Chirurgie des LKH Hartberg

	Anzahl Aufenthalte	Anteil Aufenthalte gesamt in %	Anzahl Belagstage	durchschnittliche Verweildauer in Tagen
HDG 01.28 Gehirnerschütterung	315	9,07	507	1,61
HDG 08.18 Symptome und Zustände betreffend Verdauungssystem	173	4,98	316	1,83
HDG 15.06 Hautverletzungen, Verbrennungen Grad I–II	173	4,98	485	2,80
MEL 06.06 Eingriffe bei Bauchwandhernien, Leistenhernien beim Kind	165	4,75	715	4,33
MEL 05.05 Entfernung der Gallenblase	128	3,68	855	6,68
gesamt	954	27,46	2.878	3,02

Quellen: DIAG; Auswertung RH

Mit Abstand die häufigste Leistung war die Beobachtung von Gehirnerschütterungen. Mit 315 Aufenthalten entfiel eine hohe Anzahl – nach Auswertungen des RH entsprach dies einem steiermarkweiten Anteil von rd. 15 % – auf diese konservative Behandlung. Das LKH begründete diese auffällige Häufung einerseits mit den vielen Pflegeheimen in der Umgebung; deren Bewohner würden häufig stürzen und müssten als alte, polymorbide Patienten und sehr oft wegen der gerinnungsaktiven Begleitmedikation zur Beobachtung kurz stationär aufgenommen werden. Der RH stellte in diesem Zusammenhang allerdings fest, dass nur rund ein Drittel der Patienten mit Gehirnerschütterung über 75 Jahre alt war. Andererseits brächte laut LKH die Polizei auch zahlreiche alkoholisierte Personen zur Abklärung ins Krankenhaus, weil anderorts keine entsprechenden Strukturen (sogenannte Ausnüchterungszellen) verfügbar seien.

LKH Weiz

Auch an der chirurgischen Abteilung des LKH Weiz waren konservative Behandlungen (HDG) unter den fünf häufigsten Leistungen, deren durchschnittliche Verweildauer insgesamt bei 2,32 Tagen lag:

Tabelle 27: Fünf häufigste Leistungen nach Aufenthalten an der Abteilung für Chirurgie des LKH Weiz

	Anzahl Aufenthalte	Anteil Aufenthalte gesamt in %	Anzahl Belagstage	durchschnittliche Verweildauer in Tagen
MEL 02.03 kleine Eingriffe an Bindegewebe und Weichteilen	279	8,65	370	1,33
HDG 15.06 Hautverletzungen, Verbrennungen Grad I-II	187	5,79	473	2,53
MEL 06.06 Eingriffe bei Bauchwandhernien, Leistenhernien beim Kind	167	5,18	770	4,61
MEL 14.21 arthroskopische Eingriffe	139	4,31	431	3,10
HDG 23.02 Verdacht auf Neubildung eines Tumors	131	4,06	50	0,38
gesamt	903	27,99	2.094	2,32

Quellen: DIAG; Auswertung RH

Vergleich des Anteils an konservativen Behandlungen

An der Abteilung des LKH Hartberg waren die drei häufigsten bzw. an der Abteilung des LKH Weiz zwei der fünf häufigsten Leistungen konservative Behandlungen. Ein Vergleich der Gesamtanteile konservativer Behandlungen an den Abteilungen der überprüften Krankenanstalten zeigte folgendes Bild:

Tabelle 28: Aufenthalte 2013 an den Abteilungen für Chirurgie nach operativer/konservativer Behandlung an den überprüften Krankenanstalten

	MKH Vorau	LKH Hartberg	LKH Weiz
	Anzahl		
Aufenthalte operativ	1.455	1.221	1.489
Aufenthalte konservativ	486	2.249	1.738
sonstige	0	2	0
Summe	1.941	3.472	3.227
Anteil operativ in %	75,0	35,2	46,1
Anteil konservativ in %	25,0	64,8	53,9

Quellen: DIAG; Auswertung RH

Wie der Tabelle zu entnehmen ist, entfielen im Jahr 2013 sowohl am LKH Hartberg (rd. 65 %) als auch am LKH Weiz (rd. 54 %)⁴⁷ mehr als die Hälfte der Aufenthalte an der Abteilung für Chirurgie auf konservative Behandlungen. Nur am MKH Vorau waren die chirurgischen Betten vorrangig (75 %) mit operativen Fällen belegt. Das Land Steiermark hatte diese Unterschiede in den Leistungsspektren bisher nicht im Rahmen einer Aktualisierung des Landeskrankenanstaltenplans berücksichtigt.

- 8.2** Der RH stellte fest, dass an den überprüften Krankenanstalten die Abteilungen für Chirurgie – im Gegensatz zu den Abteilungen für Innere Medizin (TZ 11) – zum Teil deutlich unterschiedliche Leistungsspektren aufwiesen. Auffällig war insbesondere, dass an den chirurgischen Abteilungen der LKH mit Anteilen von rd. 65 % (Hartberg) bzw. rd. 54 % (Weiz) mehr konservative Behandlungen als operative Eingriffe erfolgten. Am MKH Vorau betrug dieser Anteil hingegen nur rd. 25 %.

Darauf hatte das Land Steiermark bisher, trotz des im Landes-Zielsteuerungsvertrag festgelegten operativen Ziels, unterschiedliche Versorgungs- und Leistungsdichten zu analysieren und evidente Über-, Unter- und Fehlversorgung zu beseitigen (siehe TZ 4), nicht im Rahmen einer Aktualisierung des Landeskrankenanstaltenplans reagiert. Vor diesem Hintergrund empfahl der RH dem Gesundheitsfonds Steiermark und der KAGes als Träger der LKH Hartberg und Weiz, die Gründe für den hohen Anteil an konservativen Behandlungen zu erheben und diese bei den Planungen der zukünftigen Leistungsangebote und Strukturen zu berücksichtigen.

Dem Gesundheitsfonds Steiermark empfahl er darüber hinaus, die auffällig hohe Anzahl an Gehirnerschütterungen, die an der Abteilung für Chirurgie des LKH Hartberg behandelt wurden, im Rahmen der Arbeitsgruppe LKF-Daten- und Leistungsmonitoring zu untersuchen.

- 8.3** (1) *Der Gesundheitsfonds Steiermark teilte zu den festgestellten Unterschieden hinsichtlich der chirurgischen Leistungsspektren mit, diese seien durchaus im Sinne der vom RSG mit Planungshorizont 2020 verfolgten regionalen Ausdifferenzierung der einzelnen Standorte. Sowohl der Gesundheitsfonds Steiermark als auch die KAGes wiesen in diesem Zusammenhang darauf hin, dass die Betriebsform einer chirurgischen Wochenklinik wie am MKH Vorau erwartungsgemäß ein etwas anderes Leistungsspektrum zeige.*

⁴⁷ Laut LKH Weiz war dies u.a. darauf zurückzuführen, dass chirurgische Betten bei Bedarf auch interdisziplinär mit internistischen und daher konservativ behandelten Patienten belegt wurden.

Der Gesundheitsfonds Steiermark sagte weiters zu, er werde die Empfehlungen des RH aufnehmen und die auffällig hohe Anzahl an Gehirnerschütterungen, die an der Abteilung für Chirurgie des LKH Hartberg behandelt wurden, im Rahmen der Arbeitsgemeinschaft LKF Daten- und Leistungsmonitoring untersuchen; den hohen Anteil konservativer Behandlungen an den Abteilungen für Chirurgie am LKH Hartberg und Weiz werde er gemeinsam mit der KAGes analysieren. Bezüglich der angesprochenen Ziele des Landes-Zielsteuerungsvertrags seien bereits mehrere Aktivitäten gesetzt worden; der Abschluss etlicher Arbeiten auf Bundesebene und infolgedessen eine Übertragung auf Landesebene stünde aber, wie vom RH dargelegt, noch aus.

(2) Die KAGes teilte in ihrer Stellungnahme mit, sie habe bereits Gründe für den hohen Anteil konservativer Leistungen in den LKH Hartberg und Weiz erhoben.

(a) Demnach sei das LKH Hartberg betreffend Folgendes zu berücksichtigen:

- Das LKH Hartberg verfüge über keine Beobachtungsstation im ambulanten Setting.*
- Das LKH Hartberg erbringe eine Vielzahl (rd. 400 im Jahr 2014) an Eingriffen, z.B. „Sonstige Operation – Haut, Hautanhangsgebilde, Subkutis“ oder „Sonstige Operation am Bewegungsapparat“, die im System der leistungsorientierten Krankenanstellenfinanzierung mangels einer zuordenbaren medizinischen Einzelleistung (MEL) unter konservativen Hauptdiagnosegruppen (HDG) abgerechnet worden seien.*
- Im LKH Hartberg trage außerdem die große Anzahl von Fällen, welche unter die HDG 01.28 Gehirnerschütterung fallen, zu dem hohen Anteil konservativer Fälle bei. Stichproben auf Ebene von Einzelfallanalysen würden bestätigen, dass es sich zu einem großen Anteil um Patienten handle, die nach einem Sturzgeschehen im häuslichen oder privaten Umfeld das LKH Hartberg aufsuchten, und um (oftmals junge) Patienten, die nach Alkoholkonsum mit Verletzungen im Kopfbereich behandelt würden.*

(b) Sowohl das LKH Hartberg als auch das LKH Weiz betreffend, wies die KAGes auf die stationäre Abwicklung von Dickdarmspiegelungen im Rahmen von tagesklinischen bzw. sehr häufig 1-Tages-Aufenthalten hin. Diese sei zu einem nicht unbeträchtlichen Anteil für den hohen konservativen Patientenanteil verantwortlich und im Zuge der Leistungsplanung sowie des medizinischen Controllings bereits kritisch

beurteilt worden. Die KAGes habe im September 2015 bei den Budgetgesprächen mit den LKH darauf aufmerksam gemacht, dass noch vor der nächsten Leistungsplanung eine Bearbeitung dieser Thematik erfolgen werde. Sie verwies in diesem Zusammenhang auch auf das vom BMG initiierte Projekt „Bepunktungsmodell im spitalsambulantem Bereich“, welches zu einer verbesserten Abrechenbarkeit von ambulanten Dickdarmspiegelungen führen soll.

(c) Beide LKH seien darüber hinaus auf eine interdisziplinäre Bettenbelegung ausgerichtet, um eine Überbelegung der einzelnen Abteilungen zu vermeiden. Für das LKH Weiz treffe dies – aufgrund der trotz eines großen Einzugsgebiets und des Fehlens anderer Fachabteilungen geringen Bettenanzahl sowie der sehr hohen Auslastung der Abteilung für Innere Medizin – in besonderem Ausmaß zu, weil dadurch verstärkt konservative Fälle auf der chirurgischen Abteilung aufgenommen werden müssten.

8.4 (1) Der RH stellte gegenüber dem Gesundheitsfonds Steiermark erneut klar, dass er sich nicht grundsätzlich gegen eine regionale Ausdifferenzierung der einzelnen Standorte ausgesprochen hatte. Dass am MKH Vorau mit der chirurgischen Wochenklinik eine andere Betriebsform bestand, hatte er dargestellt. Dennoch war der sehr viel höhere Anteil an konservativen Behandlungen an den Abteilungen für Chirurgie der LKH Hartberg und Weiz für den RH allein damit nicht erklärbar. Dies bestätigte auch die Stellungnahme der KAGes, in der sie verschiedene andere Gründe dafür anführte. Die diesbezüglichen Bemühungen der KAGes nahm der RH positiv zur Kenntnis.

(2) Gegenüber dem Gesundheitsfonds und der KAGes verwies der RH auf die Ausführungen der KAGes, wonach der hohe Anteil an konservativen Behandlungen vor allem durch die stationäre Abwicklung von nicht als operative Leistung abrechenbaren Eingriffen und die Belegung chirurgischer Betten mit Patienten anderer Abteilungen, an denen entsprechende stationäre Kapazitäten fehlten, begründet sei.

Dies deutete aus Sicht des RH auf die Notwendigkeit struktureller Maßnahmen hin, wie der im RSG vorgesehenen Verschiebung stationärer Kapazitäten der derzeitigen Abteilung für Chirurgie zugunsten der Abteilung für Innere Medizin, die bisher noch nicht umgesetzt war. Hinsichtlich des LKH Hartberg hatte die KAGes in ihrer Stellungnahme selbst auf das Fehlen einer Beobachtungsstation im ambulanten Setting hingewiesen. Vor diesem Hintergrund wies der RH darauf hin, dass den Planungen im Sinne des im Landes-Zielsteuerungsvertrag festgelegten Ziels, unterschiedliche Versorgungs- und Leistungsdichten zu analysieren und evidente Über-, Unter- und Fehlversorgung



zu beseitigen, auch grundsätzliche Überlegungen zu den bestehenden Strukturen vorausgehen sollten.

Unfallchirurgische Leistungen

9.1 In der Steiermark waren aufgrund historisch gewachsener Strukturen an vielen Abteilungen für Chirurgie Unfallchirurgen tätig und erbrachten unfallchirurgische Leistungen. Auch an den drei überprüften Krankenanstellen war dies der Fall; laut RSG war bis 2020 nur im LKH Weiz eine unfallchirurgische Versorgungsstruktur vorgesehen:

Tabelle 29: Ausgewählte unfallchirurgische Leistungen an den Abteilungen für Chirurgie

	MKH Vorau	LKH Hartberg	LKH Weiz
chirurgische/unfallchirurgische Versorgungsstrukturen			
IST-Stand 2014	chirurgische Wochenklinik	Abteilung für Chirurgie	Abteilung für Chirurgie
laut RSG 2020	chirurgische Tagesklinik	Abteilung für Chirurgie	chirurgische Tagesklinik Abteilung für Unfallchirurgie
ausgewählte unfallchirurgische Leistungen an den Abteilungen für Chirurgie im Jahr 2014			
Arthroskopien	639	55	104
Hüftendoprothetik	6	36	50

Quellen: RSG Steiermark, Dokumentations- und Informationssystem

Arthroskopien

In allen drei überprüften Krankenanstellen wurden an den Abteilungen für Chirurgie arthroskopische Operationen an Knie- und Schultergelenken, nicht jedoch an Hüftgelenken durchgeführt. Bei den erbrachten Eingriffen handelte es sich nach den Strukturqualitätskriterien des ÖSG um Basisversorgungsleistungen. Für ihre Erbringung war keine Mindestfallzahl vorgegeben.

Allerdings war die Indikation für eine Arthroskopie des Kniegelenks in der aktuellen Leitlinie der American Academy of Orthopaedic Surgeons⁴⁸, die auf medizinwissenschaftlichen Evidenzdaten beruhte, zu Gunsten konservativer Therapien mittlerweile stark eingeschränkt. Beispielsweise wurde für diesen Eingriff bei reinen Verschleißerscheinungen (Arthrose) keine Empfehlung mehr ausgesprochen.

⁴⁸ abrufbar unter <http://www.aaos.org/Research/guidelines/GuidelineOAKnee.asp>

Leistungserbringung Chirurgie

90 % der Arthroscopien betrafen Eingriffe am Kniegelenk; die mit Abstand größte Anzahl wies das MKH Vorau auf, wie die folgende Tabelle zeigt:

Tabelle 30: Arthroscopien in den überprüften Krankenanstalten im Jahr 2014			
	MKH Vorau	LKH Hartberg	LKH Weiz
Kniearthroskopie			
diagnostische Arthroskopie	2	7	3
operative Arthroskopie	585	46	94
Meniskusnaht	44	1	2
gesamt	631	54	99
Schulterarthroskopie			
operative Arthroskopie	8	1	5
Summe	639	55	104

Quellen: MKH Vorau, LKH Hartberg und LKH Weiz; Auswertung RH

Die Eingriffe wurden in allen drei überprüften Krankenanstalten fast ausschließlich tagesklinisch bzw. als Ein-Tagesfall erbracht.

Die im Vergleich mit den anderen Krankenanstalten auffällige Häufung von Kniearthroskopien begründete das MKH Vorau damit, dass elektive arthroskopische Gelenkoperationen seit 1998 angeboten und derzeit von zwei an der Abteilung angestellten Fachärzten für Unfallchirurgie durchgeführt würden. Das MKH Vorau sei dafür regional und überregional bekannt.

Eine überregionale Streuung bestätigte auch die Erhebung der Wohnorte der Patienten, die sich im Jahr 2013 am MKH Vorau einer arthroskopischen Gelenkoperation unterzogen:

Tabelle 31: Einzugsgebiete bei arthroskopischen Eingriffen am MKH Vorau 2013

Steiermark	Verteilung in %
Hartberg/Fürstenfeld	47,0
Weiz	20,0
Bruck/Mürzzuschlag	4,4
sonstige Bezirke Stmk	3,0
gesamt	74,4
sonstige Bundesländer und Ausland	25,6
Summe	100,0

Quellen: DIAG; Auswertung RH

Laut MKH Vorau waren für die überregionale Streuung vor allem auch die beiden an der Abteilung für Chirurgie beschäftigten Fachärzte für Unfallchirurgie verantwortlich. Beide betrieben Privatordinationen, davon einer in Niederösterreich, mit Schwerpunkt insbesondere auf Verletzungen von Knie und Schulter.

Hüftendoprothetik

Ebenso erbrachten alle drei überprüften Krankenanstellen hüftendoprothetische Eingriffe, bei denen es sich nach den Strukturqualitätskriterien des ÖSG grundsätzlich um Basisversorgungsleistungen handelte. Davon ausgenommen waren die von den LKH Hartberg und Weiz erbrachten komplexeren Implantationen einer Tumor-/Resektionsendoprothese; deren Erbringung war nur an Fachabteilungen für Unfallchirurgie oder Orthopädie vorgesehen. Die Mindestfallzahl für alle hüftendoprothetischen Eingriffe lag laut ÖSG pro Jahr bei insgesamt 100. Wie die folgende Tabelle zeigt, erreichte keine der drei Krankenanstellen diese Fallzahl:

Tabelle 32: Anzahl Implantation einer Endoprothese des Hüftgelenks in den überprüften Krankenanstellen im Jahr 2014

	MKH Vorau	LKH Hartberg	LKH Weiz
Implantation einer Teilendoprothese	6	24	26
Implantation einer Totalendoprothese	–	10	19
Implantation einer Tumor-/Resektionsendoprothese	–	2	5
Summe	6	36	50

Quellen: Daten des MKH Vorau, des LKH Hartberg und des LKH Weiz; Auswertung RH

Leistungserbringung Chirurgie

Die Implantationen erfolgten in der Regel zur Versorgung akuter Verletzungen des Schenkelhalses. Eine entsprechende Leitlinie der Deutschen und Österreichischen Gesellschaft für Unfallchirurgie sah vor, dass Patienten mit akuter Schenkelhalsfraktur möglichst frühzeitig innerhalb von 24 Stunden operiert werden sollten.⁴⁹

Laut der vom MKH Vorau übermittelten Auswertung traf dies auf alle im Jahr 2014 durchgeführten Eingriffe zu. Im LKH Hartberg erfolgten allerdings mehr als die Hälfte, im LKH Weiz ein Drittel der Eingriffe nicht in den empfohlenen 24 Stunden, wie die folgende Tabelle zeigt:

Tabelle 33: Zeit zwischen Aufnahme und Operation bei der Versorgung von Schenkelhalsfrakturen								
	0 Tage	1 Tag	2 Tage	3 Tage	4 Tage	5 Tage	> 5 Tage	gesamt
MKH Vorau	2	4	–	–	–	–	–	6
LKH Hartberg	1	17	6	6	4	1	4	39
LKH Weiz	–	16	5	1	1	1	–	24

Quellen: Daten des MKH Vorau, des LKH Hartberg und des LKH Weiz; Auswertung RH

Die LKH Hartberg und Weiz begründeten die längere Wartezeit zwischen Aufnahme und Operation mit dem Alter bzw. der Multimorbidität der Patienten. Wie aus der Tabelle ersichtlich, erfolgten jedoch am LKH Hartberg insgesamt 15 Eingriffe (rd. 38,5 %) und am LKH Weiz immerhin drei Eingriffe (12,5 %) auch nicht innerhalb der in diesen Fällen von der Leitlinie vorgesehenen 48 Stunden-Frist.

Bezüglich jener Fälle, in denen Tumor-/Resektionsendoprothesen implantiert wurden, gaben die LKH an, dass die dafür notwendigen, an den Patienten individuell angepassten, bzw. modularen Implantationssysteme nicht vor Ort vorgehalten werden konnten und daher gesondert zu bestellen waren. Dies habe zu mehrtägigen Wartezeiten geführt.

Abgrenzung Chirurgie/Unfallchirurgie

Da unfallchirurgische Leistungen laut den Vorgaben des ÖSG nur an entsprechenden fachspezifischen Versorgungsstrukturen (Abteilung oder Satellitendepartment für Unfallchirurgie) erbracht werden sollten,

⁴⁹ Schwerstkranke Patienten konnten mitunter auch von 48 Stunden Vorbereitungszeit profitieren. Die allgemeinen Evidenzdaten wiesen als Folgen eines Behandlungsaufschubs über 24 Stunden aber erhöhte Sterbe- und Komplikationsraten aus.



hatte sich das Land Steiermark zum Ziel gesetzt, im Rahmen des RSG die klare Abgrenzung zwischen chirurgischer und unfallchirurgischer Versorgung in den Regionen zu forcieren.⁵⁰ Dementsprechend sollte von den drei überprüften Krankenanstellen laut RSG bis zum Jahr 2020 nur das LKH Weiz eine unfallchirurgische Versorgungsstruktur vorhalten (siehe TZ 5). Dennoch hatte das Land darauf, dass die Leistungsspektren aller drei Abteilungen für Chirurgie nach wie vor unfallchirurgisch geprägt waren, bisher nicht im Rahmen einer Aktualisierung des Landeskrankenanstellenplans reagiert.

Noch nicht in die Planungen einbezogen war der Umstand, dass mit der derzeit in Umsetzung befindlichen Reform der Ärzteausbildung die medizinischen Sonderfächer „Unfallchirurgie“ sowie „Orthopädie und orthopädische Chirurgie“ entsprechend der weitgehend einheitlichen Praxis in der Europäischen Union zu einem neuen Sonderfach „Orthopädie und Traumatologie“ zusammengeführt wurden. Dies könnte in Zukunft eine noch stärkere Konzentration der fachspezifischen Leistungen erfordern. Im Detail waren die mit diesem Schritt verbundenen Konsequenzen für die zukünftige österreichweite Strukturplanung allerdings noch offen; die Ausbildung zum neuen Sonderfach Orthopädie und Traumatologie werden Turnusärzte erstmals in einigen Jahren abschließen.

- 9.2 Der RH stellte kritisch fest, dass an den Abteilungen für Chirurgie aller drei Krankenanstellen sowohl Arthroskopien als auch Implantationen von Hüftgelenksprothesen und damit unfallchirurgische Leistungen erbracht wurden, obwohl der RSG für 2020 nur am LKH Weiz eine unfallchirurgische Versorgungsstruktur vorsah. Insofern war die vom Land Steiermark geplante Abgrenzung zwischen chirurgischer und unfallchirurgischer Versorgung an den überprüften Krankenanstellen nicht gegeben.

Dies zeigte sich insbesondere am Beispiel des MKH Vorau, das mit der Erbringung von über 600 Arthroskopien pro Jahr einen über die Bezirks- und Landesgrenzen hinausgehenden unfallchirurgischen Versorgungsschwerpunkt aufgebaut hatte, der in Widerspruch zu dem laut RSG geplanten regionalen Versorgungsauftrag einer Standardkrankenanstalt der Basisversorgung stand.

Dennoch hatte das Land Steiermark auf die nach wie vor mangelnde Abgrenzung nicht im Rahmen einer Aktualisierung des Landeskrankenanstellenplans reagiert, sondern die unfallchirurgisch geprägten Leistungsspektren der Abteilungen für Chirurgie weiterhin gebilligt.

⁵⁰ siehe den Punkt 1.4 „Planungszielsetzung und inhaltliche Schwerpunkte“ im RSG, S. 17

Die daraus resultierenden Unklarheiten hinsichtlich der Versorgungsaufträge beurteilte er jedoch kritisch, weil diese einer wirksamen Steuerung durch die stationäre Versorgungsplanung entgegenstanden.

Bezüglich der Erbringung unfallchirurgischer Leistungen empfahl der RH dem Land Steiermark deshalb – auch im Sinne der Zielsteuerung-Gesundheit (TZ 5) – eine Klarstellung der bestehenden Versorgungsaufträge aller überprüften Krankenanstalten vorzunehmen bzw. für deren Erfüllung/Einhaltung zu sorgen.

Für die Planungen der zukünftigen Versorgungsaufträge und Leistungsspektren empfahl er dem Land Steiermark zu berücksichtigen, dass das nunmehr eingeführte kombinierte Sonderfach „Orthopädie und Traumatologie“ und die im Rahmen des ÖSG vorgesehenen Mindestfrequenzen eine noch stärkere Konzentration der fachspezifischen Leistungen erfordern könnten.

Arthroskopien

Da aufgrund aktueller medizinwissenschaftlicher Evidenzdaten die Indikation für Arthroskopien des Kniegelenks zu Gunsten konservativer Therapien mittlerweile stark eingeschränkt war, empfahl der RH allen überprüften Krankenanstalten, diese Daten in der Praxis zu berücksichtigen.

Hüftendoprothetik

Da die LKH Hartberg und Weiz mit den komplexen Implantationen von Tumor-/Resektionsendoprothesen Eingriffe durchführten, die laut den Strukturqualitätskriterien an Einheiten höherer Versorgungsstufen zu behandeln waren, empfahl der RH der KAGES, für eine entsprechende Konzentration an den dafür vorgesehenen Zentren wie dem LKH Graz und dem LKH Hochsteiermark zu sorgen.

Aus Sicht des RH war die Wartezeit zwischen Aufnahme und Operation bei der Versorgung akuter Schenkelhalsfrakturen an den beiden LKH, gemessen an der Empfehlung der Leitlinie, zu lange. Im LKH Hartberg erfolgten mehr als die Hälfte, im LKH Weiz ein Drittel der Eingriffe nicht in den empfohlenen 24 Stunden. Auch unter Berücksichtigung der Begründung seitens der LKH, es habe sich um schwerstkranke Patienten gehandelt, war für den RH nicht nachvollziehbar, warum im LKH Hartberg insgesamt 15 Eingriffe (rd. 38,5 %) und am LKH Weiz drei Eingriffe (12,5 %) nicht innerhalb der in diesen Fällen von der Leitli-

nie vorgesehenen 48 Stunden-Frist erfolgten. Der RH empfahl daher beiden LKH, verstärkt auf eine rasche operative Versorgung der Schenkelhalsfrakturen zu achten und organisatorische Maßnahmen für eine der Leitlinie entsprechende Wartezeit zu treffen.

- 9.3 (1) *Der Gesundheitsfonds Steiermark verwies auf seine Stellungnahme zu TZ 6, wonach eine regionale Ausdifferenzierung der einzelnen Standorte in chirurgische und unfallchirurgische Abteilungen, allerdings mit Planungshorizont 2020, vorgesehen sei. Wie vom RH dargestellt, gäbe es in Richtung des Zielhorizontes eine stufenweise positive Entwicklung.*

Klare Versorgungsaufträge seien, wie bereits unter TZ 4 angeführt, für alle Versorgungsstufen zu definieren und auf Bundesebene bereits in Vorbereitung. Nach Fertigstellung sei eine Umsetzung auf Landesebene möglich. Der Gesundheitsfonds Steiermark sagte zu, neben den schon bisher herangezogenen Planungsgrundlagen für RSG-Weiterentwicklungen zusätzlich zu berücksichtigen, dass die bisherigen Sonderfächer Unfallchirurgie und Orthopädie zum neuen Sonderfach Orthopädie und Traumatologie zusammengeführt werden.

(2) Bezüglich der Arthroscopien teilte der Gesundheitsfonds Steiermark mit, er werde sich mit der angeführten Evidenzlage und der diesbezüglichen Indikationsqualität für arthroskopische Eingriffe am Kniegelenk in der Arbeitsgemeinschaft LKF Daten- und Leistungsmonitoring auseinandersetzen.

Die KAGes bestätigte den vom RH dargestellten Inhalt der aktuellen Leitlinien der Amerikanischen Gesellschaft orthopädischer Chirurgen. Sie teilte weiters mit, dass fast die Hälfte der arthroskopischen Eingriffe in Fällen durchgeführt worden seien, in denen der Eingriff auch laut Leitlinie durchaus zu einer Verbesserung der Symptomatik führen könne. Um ein leitliniengerechtes Vorgehen innerhalb der KAGes-Spitäler zu forcieren, werde die KAGes die chirurgischen Abteilungen darauf aufmerksam machen, dass hinsichtlich des Einsatzes arthroskopischer Eingriffe die aktuellsten Evidenzen zu beachten und die entsprechenden Leitlinien einzuhalten seien.

(3) Bezüglich der Hüftendoprothetik teilte der Gesundheitsfonds Steiermark darüber hinaus mit, er werde den Hinweis des RH bezüglich der Wartezeiten Hüftendoprothetik und Tumor-/Resektionsendoprothesen aufgreifen und die Thematik ebenfalls in die Arbeitsgemeinschaft LKF Daten- und Leistungsmonitoring einbringen sowie mit der KAGes klären.

Leistungserbringung Chirurgie

Die KAGes teilte mit, dass das LKH Hartberg betreffend die zeitlich verzögerte, operative Versorgung von Schenkelhalsfrakturen bereits organisatorische Maßnahmen getroffen habe. Dies betreffe insbesondere die Festlegung eines fixen Zeitfensters am Wochenende für die prothetische Versorgung mit verstärkten personellen Ressourcen bzw. allgemeine Maßnahmen wie die Markierung der 24 bzw. 48 Stunden-Grenze in der Fieberkurve.

Weiters sagte die KAGes zu, Initiativen für die flächendeckende Umsetzung der Leitlinie der Deutschen und Österreichischen Gesellschaft für Unfallchirurgie zu setzen und diese zentral zu begleiten. Darüber hinaus fände eine Evaluierung der Behandlung komplexer Implantationen von Tumor-/Resektionsendoprothesen an den dafür vorgesehenen Zentren im Fachbeirat „Prothesenregister“ statt, woraus die KAGes etwaige notwendige Maßnahmen ableiten werde.

- 9.4** Der RH wies gegenüber dem Gesundheitsfonds Steiermark darauf hin, dass er die sukzessive Anpassung der tatsächlichen Versorgungsstrukturen an den im RSG für das Jahr 2020 vorgesehenen Planungsstand anerkennend festgestellt hatte. Dennoch zeigten die Leistungsspektren noch nicht jene klare Abgrenzung zwischen chirurgischer und unfallchirurgischer Versorgung, die vom Land ursprünglich geplant war. Der RH nahm daher die Zusage des Gesundheitsfonds Steiermark, klare Versorgungsaufträge zu definieren und die angesprochenen Faktoren bei der Weiterentwicklung des RSG zu berücksichtigen, positiv zur Kenntnis, hielt aber an seinen Empfehlungen fest. Aus der Sicht des RH war nach wie vor eine Anpassung der Planung notwendig. Insbesondere aufgrund des neuen Sonderfachs Orthopädie und Traumatologie sollten auch grundsätzliche Überlegungen zu den bestehenden Strukturen angestellt werden.

Leistungserbringung Innere Medizin

- Leistungsentwicklung **10.1** Gemessen an den Kennzahlen der Kostenstellenstatistik (TZ 7) zeigte sich an den Abteilungen für Innere Medizin der überprüften Krankenanstalten von 2010 bis 2013 folgende Leistungsentwicklung:

Tabelle 34: Kennzahlen Abteilungen für Innere Medizin

	MKH Vorau	LKH Hartberg	LKH Weiz
	Entwicklung der Kennzahlen von 2010 bis 2013 in %		
tatsächlich aufgestellte Betten	-	- 9,3	-
Belagstage	- 3,4	- 9,5	- 0,2
stationäre Patienten	- 2,3	- 2,6	5,3
durchschnittliche Verweildauer in Tagen	- 1,3	- 7,0	- 5,1
durchschnittliche Auslastung in %	- 3,4	-	- 0,1

Quellen: DIAG; Auswertung RH

MKH Vorau

Die Kennzahlen der Abteilung für Innere Medizin des MKH Vorau zeigten für den Zeitraum von 2010 bis 2013 eine leichte Reduktion. Die durchschnittliche Verweildauer lag im Jahr 2013 mit 4,61 Tagen unter dem österreichweiten Durchschnitt von 4,82 Tagen:

Tabelle 35: Kennzahlen der Abteilung für Innere Medizin am MKH Vorau von 2010 bis 2013

	2010	2011	2012	2013	Entwicklung
	Anzahl				in %
tatsächlich aufgestellte Betten	54	54	54	54	-
Belagstage	15.191	15.748	15.108	14.675	- 3,4
stationäre Patienten	3.255	3.261	3.279	3.181	- 2,3
durchschnittliche Verweildauer in Tagen	4,67	4,83	4,61	4,61	- 1,3
durchschnittliche Auslastung in %	77,07	79,90	76,44	74,45	- 3,4

Quellen: DIAG; Auswertung RH

Das Department für Akutgeriatrie war zwar organisatorisch der Abteilung für Innere Medizin zugeordnet und wurde vom selben Primar geleitet, verfügte aber als eigene Kostenstelle auch über eigene Statistikdaten, die sich aufgrund des unterschiedlichen Patientenprofils und der speziellen Funktion einer Akutgeriatrie deutlich von den Daten der Abteilung unterschieden, wie die folgende Tabelle zeigt:

Tabelle 36: Kennzahlen des Departments für Akutgeriatrie am MKH Vorau von 2010 bis 2013

	2010	2011	2012	2013	Entwicklung
	Anzahl				in %
tatsächlich aufgestellte Betten	24	24	24	24	–
Belagstage	8.502	8.629	8.798	9.000	5,9
stationäre Patienten	482	491	519	517	7,3
durchschnittliche Verweildauer in Tagen	17,64	17,57	16,95	17,41	– 1,3
durchschnittliche Auslastung in %	97,05	98,50	100,16	102,74	5,9

Quellen: DIAG; Auswertung RH

Die durchschnittliche Verweildauer ging auch am Department für Akutgeriatrie um rd. 1 % leicht zurück. Im Gegensatz zur „allgemeinen“ Inneren Medizin verzeichnete die Akutgeriatrie aber aufgrund steigenden Bedarfs an geriatrischen Behandlungen einen Zuwachs bei den stationären Patienten und damit auch den Belagstagen. Aufgrund der gleichbleibenden Bettenanzahl stieg damit die durchschnittliche Auslastung von bereits sehr hohen 97 % auf über 100 %, weshalb das MKH Vorau im Zuge des letzten Antrags auf Anpassung der Betriebsbewilligung, dem tatsächlichen Bedarf entsprechend, eine Ausweitung auf 30 Betten beantragt hatte. Im RSG war bis 2020 eine Verdoppelung der Bettenzahl vorgesehen (siehe TZ 5).

LKH Hartberg

An der Abteilung für Innere Medizin des LKH Hartberg zeigten die Kennzahlen im Zeitraum 2010 bis 2013 einen deutlichen Rückgang. Die Belagstage gingen bis 2013 mit 9,5 % in jenem Ausmaß zurück, in dem auch die Betten reduziert wurden (– 9,3 %, obwohl die Abteilung im selben Zeitraum nur um 2,6 % weniger stationäre Patienten verzeichnete). Dies war nur aufgrund einer weiteren Senkung der bereits 2010 vergleichsweise niedrigen durchschnittlichen Verweildauer von rd. 7 % auf 4,09 Tage im Jahr 2013 möglich. Damit lag das LKH Hartberg deutlich unter dem österreichweiten Durchschnitt von 4,82 Tagen. Das LKH Hartberg verfügte allerdings auch als einzige der überprüften Krankenanstalten über eine eigene 5–Tagesstation für Innere Medizin mit sieben tatsächlichen Betten.

Tabelle 37: Kennzahlen der Abteilung für Innere Medizin am LKH Hartberg von 2010 bis 2013

	2010	2011	2012	2013	Entwicklung
	Anzahl				in %
tatsächlich aufgestellte Betten	86	81	78	78	- 9,3
Belagstage	22.673	20.943	21.693	20.513	- 9,5
stationäre Patienten	5.154	5.049	5.193	5.018	- 2,6
durchschnittliche Verweildauer in Tagen	4,40	4,15	4,18	4,09	- 7,0
durchschnittliche Auslastung ¹ in %	73,94	72,63	78,20	73,94	-

¹ Berechnungsformel berücksichtigt reinen 5-Tagesbetrieb von 7 Betten:
Belagstage x 100/(Betten - 7 x 365) + (7 Betten x 261)

Quellen: DIAG; Auswertung RH

LKH Weiz

Die Kennzahlen der Abteilung für Innere Medizin des LKH Weiz zeigten für den Zeitraum von 2010 bis 2013 eine differenzierte Entwicklung. Die Anzahl der Belagstage sank trotz einer Steigerung der stationären Patienten von rd. 5 % um nur 0,2 % und blieb damit annähernd gleich. Dies war nur möglich, weil im selben Zeitraum die durchschnittliche Verweildauer um 5 % gesenkt werden konnte. Diese lag im Jahr 2013 mit 5,19 Tagen über dem österreichweiten Durchschnitt von 4,82 Tagen. Die durchschnittliche Auslastung betrug 2013 wie auch schon 2010 rd. 97 %. Eine derart hohe Auslastung konnte aufgrund des daraus resultierenden Arbeitsdrucks für Ärzte und Pflegekräfte negative Auswirkungen auf die Behandlungsqualität⁵¹ haben (siehe auch TZ 7). Das Land Steiermark hatte darauf bisher nicht im Rahmen einer Aktualisierung des Landeskrankenanstaltenplans reagiert.

Tabelle 38: Kennzahlen der Abteilung für Innere Medizin am LKH Weiz von 2010 bis 2013

	2010	2011	2012	2013	Entwicklung
	Anzahl				in %
tatsächlich aufgestellte Betten	34	34	34	34	-
Belagstage	12.059	11.486	11.886	12.041	- 0,2
stationäre Patienten	2.206	2.405	2.437	2.322	5,3
durchschnittliche Verweildauer in Tagen	5,47	4,78	4,88	5,19	- 5,1
durchschnittliche Auslastung in %	97,17	92,55	95,52	97,03	- 0,1

Quellen: DIAG; Auswertung RH

⁵¹ Eine Studie von Kuntz, Mennicken und Scholtes mit dem Titel „Stress on the Ward: Evidence of Safety Tipping Points in Hospitals“ zeigte, dass bei einer durchschnittlichen Auslastung von über 92,5 % die Mortalitätsrate der Patienten steigt; sie ist unter http://www.health.jbs.cam.ac.uk/research/current/downloads/120806_stress_on_the_ward.pdf abrufbar.

Die vergleichsweise hohe Verweildauer begründete das LKH Weiz damit, dass Patienten wegen der sehr hohen Auslastung – sofern medizinisch vertretbar – ambulant behandelt und nicht stationär aufgenommen wurden, um genug Betten für ältere Patienten mit schwereren Krankheiten zur Verfügung zu haben. Das führe zu nur wenigen kürzeren und mehrheitlich längeren stationären Aufenthalten und in Folge zu einer höheren durchschnittlichen Verweildauer. Eine Auswertung des RH für das Jahr 2013 bestätigte, dass die Patienten an der Abteilung für Innere Medizin im LKH Weiz mit einem Altersschnitt von rd. 71 Jahren älter waren als im MKH Vorau (rd. 69 Jahre) und im LKH Hartberg (rd. 66 Jahre).

- 10.2** Der RH stellte anerkennd fest, dass die Belagstage und die durchschnittliche Verweildauer an den Abteilungen für Innere Medizin aller drei überprüften Krankenanstalten zwischen 2010 und 2013 rückläufig waren.

Im Vergleich lag die durchschnittliche Verweildauer an der Abteilung für Innere Medizin des LKH Weiz mit 5,19 Tagen über dem steiermarkweiten Durchschnitt von 4,93 Tagen und deutlich über dem Wert des LKH Hartberg mit 4,09 Tagen, dessen Patienten allerdings durchschnittlich um fünf Jahre jünger waren. Ein anderes Bild bot der Vergleich der durchschnittlichen Auslastung, die an der Abteilung für Innere Medizin des LKH Weiz mit rd. 97 % sehr hoch ausfiel und deutlich über jener der Abteilung des LKH Hartberg (rd. 74 %) lag. Das Land Steiermark hatte darauf bisher nicht im Rahmen einer Aktualisierung des Landeskrankenanstaltenplans reagiert.

Vor diesem Hintergrund empfahl der RH daher dem Gesundheitsfonds Steiermark und der KAGes, die Gründe für die von ihm aufgezeigten Unterschiede zwischen den LKH zu erheben und diese bei den Planungen der zukünftigen Leistungsangebote und Strukturen zu berücksichtigen.

Da eine Auslastung über 90 % aufgrund des daraus resultierenden Arbeitsdrucks für Ärzte und Pflegekräfte negative Auswirkungen auf die Behandlungsqualität haben konnte, empfahl er der KAGes, als Träger des LKH Weiz außerdem Maßnahmen zur Senkung der Auslastung bzw. zur Entlastung des Personals zu treffen, um weiterhin eine hohe Behandlungsqualität gewährleisten zu können.

Da auch die durchschnittliche Auslastung am Department für Akutgeriatrie des MKH Vorau mit rd. 103 % im Jahr 2013 zu hoch war, beurteilte er den Antrag des Krankenanstaltenträgers, das Department für

Akutgeriatrie dem tatsächlichen Bedarf entsprechend auf insgesamt 30 Betten aufzustocken, positiv.

10.3 (1) Der Gesundheitsfonds Steiermark sagte in seiner Stellungnahme zu, er werde, wie auch schon bisher, alle vorhandenen Planungsgrundlagen und Erkenntnisse für RSG-Weiterentwicklungen berücksichtigen. Zusätzlich werde er, wie vom RH empfohlen, den Planungen eine Analyse der Unterschiede zwischen den LKH Hartberg und Weiz zugrunde legen.

(2) Die KAGes teilte in ihrer Stellungnahme mit, dass die 90%ige Auslastung der Abteilung für Innere Medizin in erster Linie aus der Diskrepanz zwischen der zu geringen Bettenkapazität sowie der Größe des natürlichen und tatsächlichen Einzugsbereichs resultiere. Verschiedene Maßnahmen zur Reduktion der Auslastung seien in den letzten Jahren ergriffen worden, unter anderem werde ein großer Teil der Patienten so weit wie möglich ambulant behandelt. Zusätzlich puffere die Abteilung für Chirurgie Engpässe in der Bettenbelegung durch eine interdisziplinäre Belegung ab, weshalb im RSG auch eine tendenzielle Umverteilung zugunsten der Inneren Medizin festgehalten sei. Die Implementierung der laut RSG am LKH Weiz geplanten dislozierten Tagesklinik für verschiedene Fachdisziplinen mit Planungshorizont 2020 würde Investitionen in größerem Umfang erfordern, weshalb diese in der Gesamtplanung für die Umsetzung des RSG von der KAGes nach hinten gereiht worden sei.

10.4 Die vom Gesundheitsfonds Steiermark in Aussicht gestellten Planungen nahm der RH positiv zur Kenntnis. Er wies in diesem Zusammenhang darauf hin, dass der von ihm empfohlenen Berücksichtigung der aufgezeigten Unterschiede im Sinne der Zielsteuerung Gesundheit auch grundsätzliche Überlegungen zu den bestehenden Strukturen vorausgehen sollten.

Gegenüber der KAGes wies der RH darauf hin, dass er die Bemühungen des LKH Weiz, Patienten der Inneren Medizin nach Möglichkeit ambulant zu behandeln, dargestellt hatte. Offen blieb nach wie vor, wann und inwiefern die im RSG vorgesehene Umverteilung von stationären Kapazitäten zugunsten der Abteilung für Innere Medizin realisiert werden sollte.

Leistungserbringung Innere Medizin

Leistungsspektren **11.1** Die Leistungsspektren der Abteilungen für Innere Medizin zeigten gemessen an den Daten der Diagnosedokumentation⁵² insofern eine Gemeinsamkeit, als die meisten Aufenthalte in allen drei überprüften Abteilungen für Innere Medizin auf Krankheiten des Kreislaufsystems (Diagnosegruppe I00 bis I99) entfielen:

Tabelle 39: Leistungsspektren Innere Medizin			
	MKH Vorau	LKH Hartberg	LKH Weiz
Versorgungsauftrag Innere Medizin			
laut RSG 2020	Standardkrankenanstalt der Basisversorgung mit Abteilung für Innere Medizin und Department für Akutgeriatrie	Erweiterte Standardkrankenanstalt mit Abteilung für Innere Medizin	Standardkrankenanstalt mit Abteilung für Innere Medizin
Leistungsspektrum			
5 häufigste Diagnosen	<ol style="list-style-type: none"> 1. offenes Bein 2. Lungenentzündung 3. Vorhofflattern/Vorhofflimmern 4. Herzinsuffizienz nicht näher bezeichnet 5. essentieller Bluthochdruck 	<ol style="list-style-type: none"> 1. essentieller Bluthochdruck 2. Polyp des Kolons 3. kongestive Herzinsuffizienz 4. Synkope und Kollaps 5. Vorhofflattern/Vorhofflimmern 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Vorhofflattern/Vorhofflimmern 2. essentieller Bluthochdruck 3. kongestive Herzinsuffizienz 4. Herzinsuffizienz nicht näher bezeichnet 5. Atherosklerotische Herzkrankheit
Gesamtanzahl der Aufenthalte und Belagstage im Jahr 2013	373/2.585	856/3.196	539/3.226

Quellen: RSG Steiermark, Dokumentations- und Informationssystem

Im Detail sahen die Leistungsspektren wie folgt aus:

MKH Vorau

An der Abteilung für Innere Medizin des MKH Vorau führten die fünf häufigsten Diagnosen insgesamt zu 373 Aufenthalten (zwei davon Null-Tagesfälle) und im Durchschnitt zu einer Verweildauer von 6,72 Tagen.

⁵² Im Modell der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung werden stationäre Aufenthalte auf Basis der an den Abteilungen dokumentierten Diagnosen nach Fallgruppen abgegolten.

Tabelle 40: Fünf häufigste Diagnosen an der Abteilung für Innere Medizin des MKH Vorau

	Aufenthalte 2013			Belagstage	durchschnittliche Verweildauer in Tagen
	Anzahl	davon Null-Tagesfälle	Anteil Stmk in %		
L97 offenes Bein	85	–	25,4	849	9,99
J18.9 Lungenentzündung	78	–	3,2	663	8,50
I48 Vorhofflattern und Vorhofflimmern	74	–	2,5	287	3,88
I50.9 Herzinsuffizienz, nicht näher bezeichnet	74	–	4,0	561	7,58
I10 essentieller (primärer) Bluthochdruck	62	2	1,4	225	3,63
Summe	373	2		2.585	6,72

Quellen: DIAG; Auswertung RH

Die häufigste Diagnose war das sogenannte „offene Bein“⁵³. Die Anzahl und der hohe steiermarkweite Anteil dieser Diagnose waren darauf zurückzuführen, dass an der Abteilung für Innere Medizin im MKH Vorau u.a. durch eine spezielle Fußambulanz ein entsprechender Schwerpunkt gesetzt wurde.

LKH Hartberg

An der Abteilung für Innere Medizin des LKH Hartberg entfielen 856 Aufenthalte auf die fünf häufigsten Diagnosen. Die durchschnittliche Verweildauer lag im Vergleich zu den Abteilungen der anderen beiden Krankenanstalten mit 3,85 Tagen deutlich niedriger. Das Land Steiermark hatte dies bisher nicht im Rahmen einer Aktualisierung des Landeskrankenanstaltenplans berücksichtigt.

⁵³ offene Wunde am Unterschenkel, die aufgrund eines Gewebedefekts, der mehrere Ursachen haben kann (z.B. Diabetes mellitus), nicht richtig abheilt; davon betroffen sind meist sehr alte, multimorbide Patienten

Tabelle 41: Fünf häufigste Diagnosen an der Abteilung für Innere Medizin des LKH Hartberg

	Aufenthalte 2013			Belagstage	durchschnittliche Verweildauer in Tagen
	Anzahl	davon Null-Tagesfälle	Anteil Stmk in %		
I10 essentieller (primärer) Bluthochdruck	191	6	4,2	514	2,69
K63.5 Polyp des Kolons	189	52	6,5	220	1,16
I50.0 Kongestive Herzinsuffizienz	166	2	7,9	1.264	7,61
R55 Synkope und Kollaps	164	16	7,2	526	3,21
I48 Vorhofflattern und Vorhofflimmern	146	3	4,9	672	4,60
Summe	856	79		3.196	3,85

Quellen: DIAG; Auswertung RH

Die häufigste Diagnose an der Abteilung für Innere Medizin des LKH Hartberg war der essentielle (primäre) Bluthochdruck mit 191 Aufenthalten. Mit 189 Aufenthalten lag die Diagnose Polyp des Kolons beinahe gleich auf.

Die Synkope (Kollaps mit Bewusstlosigkeit) waren am LKH Hartberg unter den fünf häufigsten Diagnosen, weil an der Abteilung für Innere Medizin die Möglichkeit einer sogenannten Kipptischuntersuchung⁵⁴ bei unerklärten Phasen von kurzer Bewusstlosigkeit bestand, über die nur wenige Krankenanstalten in der Steiermark verfügten. Dies erklärte den weiter oben festgestellten etwas höheren Anteil des LKH Hartberg bei der Diagnosegruppe „Symptome“, zu der auch die Synkope zählten.

LKH Weiz

An der Abteilung für Innere Medizin im LKH Weiz waren folgende fünf Diagnosen mit den meisten Aufenthalten – insgesamt 539 – verbunden und führten zu einer Verweildauer von durchschnittlich 6,48 Tagen:

⁵⁴ Diese komplexe Untersuchung erlaubt eine standardisierte Abklärung. Durch ein aufwendiges Monitoring können in einem Untersuchungsgang gleichzeitig die Funktion des Herzens, des Kreislauf- sowie des Gefäßsystems untersucht werden und damit unklare Ursachen für die Bewusstlosigkeit gefunden werden. Siehe Blick Hinein/Offizielle Nachrichten der Bezirkshauptmannschaft Hartberg, 3/2012, S. 25

Tabelle 42: Fünf häufigste Diagnosen an der Abteilung für Innere Medizin des LKH Weiz

	Aufenthalte 2013			Belagstage	durchschnittliche Verweildauer in Tagen
	Anzahl	davon Null-Tagesfälle	Anteil Stmk in %		
I48 Vorhofflattern und Vorhofflimmern	160	2	5,3	861	5,38
I10 essentieller (primärer) Bluthochdruck	158	4	3,5	621	3,93
I50.0 Kongestive Herzinsuffizienz	98	–	4,7	809	8,26
I50.9 Herzinsuffizienz, nicht näher bezeichnet	72	–	3,9	608	8,44
I25.1 Atherosklerotische Herzkrankheit	51	1	1,4	327	6,41
Summe	539	7		3.226	6,48

Quellen: DIAG; Auswertung RH

Die fünf häufigsten Diagnosen an der Abteilung für Innere Medizin des LKH Weiz waren allesamt der Gruppe „Krankheiten des Kreislaufsystems“ (I00 bis I99) zuzuordnen; insofern wies die Abteilung das einheitlichste Leistungsspektrum auf.

- 11.2** Der RH stellte fest, dass an den Abteilungen für Innere Medizin der überprüften Krankenanstalten vor allem Erkrankungen des Kreislaufsystems behandelt wurden. An allen drei Abteilungen waren essentieller (primärer) Bluthochdruck, Vorhofflattern und Vorhofflimmern sowie Herzinsuffizienz unter den fünf häufigsten Diagnosen. Sie wiesen damit – im Unterschied zu den Abteilungen für Chirurgie (TZ 8) – ähnliche Leistungsspektren auf.

Trotz dieser Ähnlichkeit unterschied sich auch die durchschnittliche Verweildauer der fünf häufigsten Diagnosen (vgl. TZ 10) an den Abteilungen des MKH Vorau (6,72 Tage) und des LKH Weiz (6,48 Tage) einerseits und des LKH Hartberg (3,85 Tage) andererseits deutlich. Das Land Steiermark hatte dies bisher nicht im Rahmen einer Aktualisierung des Landeskrankenanstaltenplans berücksichtigt.

Der RH wiederholte daher seine Empfehlung an den Gesundheitsfonds Steiermark und die KAGes, die Gründe für die von ihm aufgezeigten Unterschiede zwischen den LKH zu erheben und diese bei den Planungen der zukünftigen Leistungsangebote und Strukturen zu berücksichtigen.

- 11.3** *Der Gesundheitsfonds Steiermark sagte zu, wie auch schon bisher, alle vorhandenen Planungsgrundlagen und Erkenntnisse für RSG-Weiterentwicklungen zu berücksichtigen und den Planungen, wie vom RH empfohlen, zusätzlich eine Analyse der Unterschiede zwischen den LKH Hartberg und Weiz zugrunde zu legen.*
- 11.4** Die vom Gesundheitsfonds in Aussicht gestellten Planungen nahm der RH positiv zur Kenntnis. Er wies in diesem Zusammenhang darauf hin, dass der von ihm empfohlenen Berücksichtigung der aufgezeigten Unterschiede im Sinne der Zielsteuerung Gesundheit auch grundsätzliche Überlegungen zu den bestehenden Strukturen vorausgehen sollten.

Schlussempfehlungen

12 Zusammenfassend hob der RH folgende Empfehlungen hervor:

Land Steiermark

(1) Die im RSG enthaltene quantitative Strukturdarstellung für den stationären Bereich wäre in Zukunft als erweiterter Landeskrankenanstaltenplan als Verordnung zu erlassen, um auf diese Weise die unmittelbare Rechtsverbindlichkeit der darin enthaltenen Planungsvorgaben und eine entsprechende Flexibilität für die Bewilligung der für die Umsetzung notwendigen schrittweisen Strukturänderungen zu gewährleisten. (TZ 3, 5)

(2) Gemeinsam mit der gesetzlichen Krankenversicherung als Vertragspartner des Landes-Zielsteuerungsvertrags, wären nach Abschluss der Arbeiten auf Bundesebene zeitnah konkrete Steuerungsmaßnahmen festzulegen und diese den Planungen der zukünftigen Leistungsangebote und Strukturen im nächsten RSG zu Grunde zu legen. (TZ 4)

(3) Gemeinsam mit der gesetzlichen Krankenversicherung als Parteien des Zielsteuerungsvertrags bei der Erstellung des Konzepts zur Optimierung der Art der Krankentransporte, wäre die Auswirkung der derzeitigen Regelung zur Übernahme der Krankentransportkosten durch die Krankenversicherung auf die Versorgungsprozesse zu prüfen und die Regelung entsprechend zu adaptieren. (TZ 4)

(4) Es wäre eine Klarstellung bzw. Adaptierung des Versorgungsauftrags des MKH Vorau vorzunehmen und letztendlich für dessen Erfüllung/Einhaltung zu sorgen. (TZ 6)

(5) Bezüglich der Erbringung unfallchirurgischer Leistungen wäre eine Klarstellung der bestehenden Versorgungsaufträge aller überprüften Krankenanstalten vorzunehmen und letztendlich für deren Einhaltung zu sorgen. (TZ 9)

(6) Für die Planungen der zukünftigen Versorgungsaufträge und Leistungsspektren wäre zu berücksichtigen, dass das nunmehr eingeführte kombinierte Sonderfach „Orthopädie und Traumatologie“ und die im Rahmen des ÖSG vorgesehenen Mindestfrequenzen eine noch stärkere Konzentration der fachspezifischen Leistungen erfordern könnten. (TZ 9)

Schlussempfehlungen

- MKH Vorau** (7) Es wären eine Anbindung an die Abteilung mit einer anderen Krankenanstalt zu vereinbaren, diese Zusammenarbeit schriftlich zu regeln und dabei die diesbezüglichen Vorgaben des RSG zu berücksichtigen. (TZ 5)
- Gesundheitsfonds Steiermark** (8) Im nächsten RSG wäre zu berücksichtigen, dass im Krankenanstaltenrecht die für das LKH Weiz vorgesehene Kombination einer Abteilung für Unfallchirurgie mit einer dislozierten chirurgischen Tagesklinik nicht vorgesehen war; die Planungen wären dementsprechend anzupassen. (TZ 5)
- (9) Die auffällig hohe Anzahl an Gehirnerschütterungen, die an der Abteilung für Chirurgie des LKH Hartberg behandelt wurden, wäre im Rahmen der Arbeitsgruppe LKF-Daten- und Leistungsmonitoring zu untersuchen. (TZ 8)
- KAGes und Gesundheitsfonds Steiermark** (10) Die Gründe für die vom RH aufgezeigten Unterschiede zwischen den LKH Hartberg und Weiz wären zu erheben und bei den Planungen der zukünftigen Leistungsangebote und Strukturen zu berücksichtigen. (TZ 7, 10, 11)
- (11) Die Gründe für den hohen Anteil an konservativen Behandlungen an den Abteilungen für Chirurgie der LKH Hartberg und Weiz wären zu erheben und bei den Planungen der zukünftigen Leistungsangebote und Strukturen zu berücksichtigen. (TZ 8)
- MKH Vorau, LKH Hartberg, LKH Weiz** (12) Die aktuellen medizinwissenschaftlichen Evidenzdaten bezüglich der Arthroskopien des Kniegelenks wären in der Praxis zu berücksichtigen. (TZ 9)
- LKH Hartberg, LKH Weiz** (13) Es wäre verstärkt auf eine rasche operative Versorgung der Schenkelhalsfrakturen zu achten und es wären organisatorische Maßnahmen für eine der Leitlinie entsprechende Wartezeit zu treffen. (TZ 9)

**KAGes**

(14) Es wäre für eine entsprechende Konzentration der komplexen Implantationen von Tumor-/Resektionsendoprothesen an den dafür vorgesehenen Zentren wie dem LKH Graz und dem LKH Hochsteiermark zu sorgen. (TZ 9)

(15) Maßnahmen zur Senkung der über 90 % liegenden Auslastung der Abteilung für Innere Medizin des LKH Weiz bzw. zur Entlastung des dort tätigen Personals wären zu treffen, um weiterhin eine hohe Behandlungsqualität gewährleisten zu können. (TZ 10)

ANHANG

Entscheidungsträger der überprüften Unternehmen

Anmerkung:
im Amt befindliche Entscheidungsträger in **Gründruck**

**Steiermärkische Krankenanstaltengesellschaft m.b.H.
(KAGes)****Aufsichtsrat**

Vorsitzender Thomas JOZSEFFI
(19. Dezember 2005 bis 5. Dezember 2010)

Dr. Peter RIEDLER
(13. Dezember 2010 bis 22. Juli 2013)

Dr. Günter RIEGLER
(seit 23. Juli 2013)

Stellvertreter des
Vorsitzenden Dr. Karin SCHAUPP
(23. Oktober 2007 bis 5. Dezember 2010)

Thomas JOZSEFFI
(13. Dezember 2010 bis 19. April 2013)

Mag. Gerhard POPPE
(seit 23. Juli 2013)

Vorstand

Vorsitzender Dipl.-Ing. Dr. Werner LEODOLTER
(1. April 2008 bis 31. März 2013)

Univ.-Prof. Dr. Petra KOHLBERGER, MSc
(2. Februar 2009 bis 14. Februar 2013)

Univ.-Prof. Dr. Karlheinz TSCHELIESSNIGG
(15. Februar 2013 bis 31. März 2013)

Dipl.KHBW Ernst FARTEK, MBA
(seit 1. April 2008)

Univ.-Prof. Dr. Karlheinz TSCHELIESSNIGG
(seit 1. April 2013)

Marienkrankehaus Voral Gemeinnützige GmbH

Geschäftsführung

Manuela HOLOWATY
(seit 5. August 2009)

Johanna SCHLAGBAUER
(seit 5. August 2009)