

Bericht des Rechnungshofes

**Rolle des Bundes in der
österreichischen Krankenanstaltenplanung**

Inhaltsverzeichnis

Tabellen- und Abbildungsverzeichnis _____	9
Abkürzungsverzeichnis _____	11

BMG**Wirkungsbereich des Bundesministeriums für
Gesundheit****Rolle des Bundes in der österreichischen
Krankenanstaltenplanung**

KURZFASSUNG _____	14
Prüfungsablauf und -gegenstand _____	27
Planungsansätze und -ziele _____	27
Krankenanstaltenrecht und Art. 15a-Vereinbarungen _____	28
Bezugsgrößen der Planung _____	31
Instrumente der österreichweiten Krankenanstaltenplanung _____	32
Überblick _____	32
Österreichischer Krankenanstalten- und Großgeräteplan _____	32
Österreichischer Strukturplan Gesundheit _____	33
Rolle des Bundes bei der Erstellung der Detailplanungen _____	48
Zentrale und dezentrale Planung _____	48
Regionale Strukturpläne Gesundheit _____	50
Krankenanstaltenpläne der Länder _____	52

Evaluierung und Monitoring	55
Evaluierung des ÖKAP/GGP	55
Evaluierung des ÖSG	56
Struktur der österreichischen Krankenanstalten	65
EU-Vergleich	65
Vorberichte des RH	70
Versorgungsstrukturen der Länder	72
Wirtschaftliche Aspekte der Krankenanstaltenplanung	75
Entscheidungsstrukturen	81
Einleitung	81
Entscheidungsstrukturen auf Bundes- und Landesebene	81
Arbeitsstrukturen auf Bundesebene	83
Überregionale Krankenanstaltenplanung	87
Inländische Gastpatienten	87
Überregionale Versorgungsplanung	91
Schlussempfehlungen	96
ANHANG	
Entscheidungsträger des überprüften Unternehmens	99

Tabellen- und Abbildungsverzeichnis

Tabelle 1:	Art. 15a-Vereinbarungen im Überblick _____	29
Tabelle 2:	Instrumente der Krankenanstaltenplanung _____	32
Abbildung 1:	Umsetzung der integrierten Versorgungsplanung _____	36
Tabelle 3:	Auszug aus der Versorgungsmatrix des ÖSG 2012 _____	39
Tabelle 4:	Planungsmatrix am Beispiel eines Bundeslandes und einer Versorgungsregion _____	41
Tabelle 5:	Bettenmessziffer _____	44
Tabelle 6:	Darstellung der Kapazitätsplanung des akut- stationären Bereichs in den Instrumenten der österreichweiten Krankenanstaltenplanung _____	47
Tabelle 7:	Prozess der Kapazitätsplanung im Überblick _____	48
Tabelle 8:	Berechnungsschritte für Detailplanungen _____	49
Abbildung 2:	Evaluierungsansätze gemäß ÖSG _____	57
Abbildung 3:	Stufenweise Evaluierung des ÖSG _____	58
Tabelle 9:	Berichte zum ÖSG-Monitoring _____	59
Tabelle 10:	RSG-Monitoring (Auszug, Planungsstand 30. Juni 2014) _____	64
Abbildung 4:	Bettenvergleich mit den EU-15-Staaten, 2012 _____	66
Abbildung 5:	Akutbetten in Österreich im Vergleich mit dem EU-15-Schnitt, 2012 _____	67
Abbildung 6:	Krankenhausentlassungen im EU-15-Schnitt, 2010 _____	68
Abbildung 7:	Krankenhausverweildauer im EU-15-Schnitt, 2010 _____	69
Tabelle 11:	Versorgungsstrukturen der Bundesländer _____	73

Abbildung 8: Akutbetten und niedergelassene Ärzte _____	73
Tabelle 12: Unterschiede in der Betriebsabgangsdeckung _____	77
Tabelle 13: Unterschiede im LKF-Kern- und Steuerungsbereich __	78
Abbildung 9: Arbeitsgremien der Bundesgesundheits- agentur 2014 _____	83
Tabelle 14: Patientenströme nach stationären Aufenthalten 2013 _____	88
Tabelle 15: Auszug aus der überregionalen Versorgungs- planung im ÖSG _____	92

Abkürzungsverzeichnis

Abs.	Absatz
Art.	Artikel
ÄrzteG	Ärztegesetz 1998
BGBL.	Bundesgesetzblatt
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
B-VG	Bundes-Verfassungsgesetz
bzw.	beziehungsweise
d.h.	das heißt
DIAG	Dokumentations- und Informationssystem für Analysen im Gesundheitswesen
etc.	et cetera
EU	Europäische Union
EUR	Euro
EUROSTAT	Statistisches Amt der Europäischen Union
ff.	und folgende
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
HD	Hauptdiagnosen
i.d.g.F.	in der geltenden Fassung
i.V.m.	in Verbindung mit
lit.	litera
KAKuG	Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz
KH	Krankenhaus
KRAZAF	Krankenanstaltenzusammenarbeitsfonds
LGBl.	Landesgesetzblatt
LKF	Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung
MEL	Medizinische Einzelleistungen
Mio.	Million(en)
Mrd.	Milliarde(n)

Abkürzungen



NÖKAG Nr.	NÖ Krankenanstaltengesetz Nummer
ÖBIG OECD	Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
ÖKAP/GGP OrgFin	Österreichischer Krankenanstalten- und Großgeräteplan Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens
ÖSG	Österreichischer Strukturplan Gesundheit
n.v.	nicht verfügbar
rd.	rund
RSG	Regionale(r) Strukturplan/-pläne Gesundheit
RH	Rechnungshof
TZ	Textzahl(en)
u.a. usw.	unter anderem und so weiter
VfGH	Verfassungsgerichtshof
VMMHG	Obergruppen der MEL- bzw. HD-Gruppen in der Versorgungsmatrix
Z	Ziffer
z.B.	zum Beispiel

Wirkungsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit

Rolle des Bundes in der österreichischen Krankenanstaltenplanung

Der Einfluss des Bundes auf die österreichische Krankenanstaltenplanung beschränkte sich im Wesentlichen auf die Vornahme einer Rahmenplanung im Einvernehmen mit den Ländern und der Sozialversicherung. Die konkreten Planungen erfolgten auf Landesebene; der Bund konnte zu den Krankenanstaltenplänen der Länder nur unverbindliche Stellungnahmen abgeben. Gegenüber dem bis zum Jahr 2005 gültigen Österreichischen Krankenanstalten- und Großgeräteplan (ÖKAP/GGP) war der ab dem Jahr 2006 gültige Österreichische Strukturplan Gesundheit (ÖSG) für die Planungen auf Landesebene weniger klar verbindlich. Der ÖSG wies auch einen geringeren Informationsgehalt bei der Planung der stationären Kapazitäten auf, der in späteren Revisionen des ÖSG noch schrittweise reduziert wurde.

Stärker als der ÖKAP/GGP betonte der ÖSG die integrative Planung nicht nur des stationären, sondern auch des ambulanten, des Rehabilitations- und des Pflegebereichs. Allerdings enthielt er quantitative Planungsaussagen zunächst nur für den stationären Akutbereich. Der ÖSG enthielt zwar auch das Ziel einer überregionalen Abstimmung im Sinne einer länderübergreifenden Versorgungsplanung, die diesbezüglichen Fortschritte waren aber gering. So betrug der Anteil der inländischen Gastpatienten an den stationären Aufenthalten österreichweit rd. 10 %, in Wien sogar 20 %; die Länder gingen in ihren Planungen aber kaum auf Gastpatientenströme ein.

Zentrale Steuerungsmöglichkeiten durch Monitoring und Evaluierungen waren begrenzt. Auch die Einführung der „Zielsteuerung-Gesundheit“ im Jahr 2013 trug nicht zur Stärkung der Steuerungs- und Koordinationsfunktion des Bundes bei.

KURZFASSUNG

Prüfungsziele

Ziele der Überprüfung waren die Beurteilung der Beteiligung des Bundes am Prozess der Krankenanstaltenplanung in Österreich, seiner Einflussmöglichkeiten auf die Krankenanstaltenstruktur und seiner Möglichkeiten im Fall von Planabweichungen sowie eine Bewertung der bestehenden Entscheidungsstrukturen. (TZ 1)

Planungsansätze und -ziele

Seit dem Inkrafttreten des Österreichischen Strukturplans Gesundheit (ÖSG) im Jahr 2006 verfolgte die österreichische Gesundheitsplanung einen integrativen Ansatz. Dieser berücksichtigte nicht nur die stationäre Versorgung in Krankenanstalten, sondern umfasste alle Ebenen und Teilbereiche der Gesundheitsversorgung und angrenzender Teilbereiche, nämlich auch den ambulanten Bereich, den Rehabilitationsbereich und den Pflegebereich. (TZ 2)

Das zentrale Ziel der integrativen Gesundheitsplanung bestand darin, die Gesundheitsleistungen in der erforderlichen Qualität innerhalb der für die jeweilige Leistung angemessenen Struktur und damit auf die volkswirtschaftlich effizienteste Weise zu erbringen. Im Hinblick auf die Struktur der österreichischen Krankenanstalten und die Entwicklung der Kennzahlen im internationalen Vergleich wurde die Entlastung der Akutkrankenanstalten schon seit den Anfängen der österreichweiten Krankenanstaltenplanung angestrebt. (TZ 2)

Krankenanstaltenrecht und Art. 15a-Vereinbarungen

Die Art. 15a-Vereinbarungen zur Krankenanstaltenplanung definierten bis zum Jahr 2004 ein klares und nachvollziehbares Planungs- und Steuerungssystem: Die Landeskrankenanstaltenpläne durften die im Österreichischen Krankenanstalten- und Großgeräteplan (ÖKAP/GGP) festgelegten Kapazitäten nicht überschreiten. Dieser Zusammenhang wurde ab dem Jahr 2005 stark abgeschwächt, weil die Vereinbarungspartner verabsäumten, das Verhältnis der neu geschaffenen Planungsinstrumente auf Länderebene (Detailplanungen, RSG) zu den im Krankenanstaltenrecht normierten Landeskrankenanstaltenplänen klarzustellen. Ein Gesetzesentwurf des BMG sah die Verpflichtung der Landesgesetzgeber vor, die Anwendung des ÖSG als objektivierte Sachverständigengutachten sicherzustellen; es sollte sich dabei um eine grundsatzgesetzliche Bestimmung handeln. Davon abweichend wurde das BMG verpflichtet, den ÖSG auf seiner Homepage zu veröffentlichen; dabei handelte es sich um keine Grundsatzbestimmung. (TZ 3)

Der ÖSG war im Unterschied zum ÖKAP/GGP nicht Bestandteil der Art. 15a-Vereinbarungen. Auch diese weitere Abschwächung seiner Verbindlichkeit trug zu einer Einschränkung der Gestaltungsmöglichkeiten des Bundes bei. Ähnliche Nachteile von 15a-Vereinbarungen waren wiederholt festzustellen. (TZ 3)

Bezugsgrößen der Planung

Im Rahmen des integrativen Ansatzes der Gesundheitsplanung war nicht mehr ausschließlich das Krankenhausbett Ausdruck der erforderlichen Kapazität. Für die integrierte Planung war eine einheitliche Bezugsgröße zur Allokation der Ressourcen und zur Bestimmung des best point of service erforderlich. Bis zu deren Etablierung war die Orientierung an der Anzahl der Krankenhausbetten zweckmäßig: Sämtliche Länder hatten für ihre Detailplanungen den fachrichtungsspezifischen Bettenbedarf ermittelt; die Vergleichbarkeit der Rahmenplanung mit den Detailplanungen war insbesondere für Evaluierungs- und Monitoringzwecke unabdingbar. (TZ 4)

Instrumente der österreichweiten Krankenanstalten- planung

Überblick

Die Planungen wurden grundsätzlich in einem Zweijahresrhythmus revidiert. Die nächste Revision des ÖSG war auf Basis der Gesundheitsreform 2013 für das Jahr 2015 geplant. (TZ 5)

Österreichischer Krankenanstalten- und Großgeräteplan

Die Bemühungen um eine verstärkte zentrale Planung und Steuerung der Versorgung in Krankenanstalten reichten zwar bis in die 1970er-Jahre zurück, die Entwicklung eines Österreichischen Krankenanstaltenplans blieb bis 1997 aber unrealisiert. Mit dem ÖKAP/GGP wurde 1997 ein gesetzlich verbindliches Planungsinstrument eingeführt, das den Rahmen für die Landeskrankenanstaltenpläne vorgab. (TZ 6)

Österreichischer Strukturplan Gesundheit

Die Gesundheitsplanung entwickelte sich bereits während der Zeit des ÖKAP/GGP von einer ausschließlich auf Krankenhausbetten bezogenen Kapazitätsplanung in die Richtung einer Leistungsangebotsplanung nach Fachrichtungen, die auch neue Organisationsformen der intramuralen Leistungserbringung, insbesondere Tageskliniken, berücksichtigte. (TZ 7)

Der ÖSG war ein geeignetes Instrument für den Umstieg von der Krankenanstaltenplanung auf eine alle Ebenen und Teilbereiche der Gesundheitsversorgung umfassende integrative Planung. Er enthielt jedoch quantitative Planungsaussagen zunächst nur für den stationären Akutbereich. (TZ 7)

Die im ÖSG verwendeten Begriffe „Rahmenplanung“ und „Detailplanung“ waren unbestimmt, weil aus ihnen nicht hervorging, welche Planungstiefe bzw. welchen Detaillierungsgrad des ÖSG die Vereinbarungspartner beabsichtigt hatten. Die Möglichkeiten der zentralen Steuerung durch den Bund wurden im Vergleich zur Zeit der Geltung des ÖKAP/GGP eingeschränkt, weil diese Formulierungen im ÖSG missverständlich waren und Interpretationsspielräume eröffneten. Nachdem der ÖSG für die Leistungserbringer nicht unmittelbar rechtsverbindlich war und der rechtlichen Umsetzung durch Verordnung von Landeskrankenanstaltenplänen bedurfte, war eine Klarstellung der Verbindlichkeit des ÖSG erforderlich. (TZ 8)

Die Regionalen Strukturpläne Gesundheit (RSG) waren gemäß ÖSG für die Leistungserbringer nicht verbindlich. Der Bund stellte auch im Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz (KAKuG) nicht klar, inwieweit die RSG für die Verordnung der Landeskrankenanstaltenpläne maßgeblich waren. (TZ 9)

Der VfGH hatte in einem Erkenntnis festgehalten, dass die Krankenanstaltenplanung einem besonders wichtigen Interesse dient und nach bundesweit einheitlichen Grundsätzen und Zielen erfolgen muss, um ihren Zweck zu erfüllen. (TZ 9)

Die quantitativen Planungsaussagen des ÖSG waren hauptsächlich in drei Matrizen (Versorgungsmatrix, Planungsmatrix und Bettenmessziffer) dargestellt, die das Österreichische Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG) aus einem von ihm entwickelten und verwalteten Simulationsmodell herleitete. (TZ 10)

Die – grundsätzlich als Ausgangspunkt für die Kapazitätsplanung geeignete – Versorgungsmatrix verzichtete auf Angaben zum Saldo der inländischen Gastpatientenströme auf Ebene der Versorgungsregionen. Diese aus der Diagnosen- und Leistungsdokumentation der Krankenanstalten zentral verfügbare Information wäre ohne nennenswerten Aufwand in die Versorgungsmatrix zu integrieren und würde die Kapazitätsplanung sowie das Monitoring der Detailplanungen wesentlich erleichtern. (TZ 11)

Die Anzahl der Planaufenthalte war in der Planungsmatrix lediglich auf der Ebene des Bundeslandes und nicht für die Versorgungsregionen ausgewiesen, wodurch die Nachvollziehbarkeit eingeschränkt war. Die aus der Versorgungsmatrix stammenden Planaufenthalte je Leistungs- bzw. Diagnosengruppe wurden für die Planungsmatrix zwar in stationäre Aufenthalte je Fachrichtung transformiert, es unterblieb jedoch die Ermittlung und Darstellung des fachrichtungsspezifischen Bettenbedarfs. (TZ 12)

Bei der Ermittlung der Bettenmessziffer wurden regionale Besonderheiten – etwa komplementäre Versorgungsangebote oder Krankheitshäufigkeiten – sowie Gastpatientenströme nicht berücksichtigt. Der ÖSG legte fest, dass selbst eine Verletzung ihrer Intervallgrenzen nicht notwendigerweise eine Missachtung der Rahmenvorgaben darstellte. Die Bettenmessziffer war aufgrund der genannten Relativierungen weder für Planungs- und Steuerungszwecke noch für Evaluierungszwecke geeignet. (TZ 13)

Die im ÖSG abgebildeten Informationen zur Kapazitätsplanung wurden schrittweise reduziert, obwohl sie ohnedies bereits einen im Vergleich mit dem ÖKAP/GGP geringeren Informationsgehalt aufgewiesen hatten. Dies erhöhte die Intransparenz hinsichtlich der Einhaltung der im ÖSG enthaltenen Rahmenvorgaben und schränkte die Möglichkeiten des Bundes zur Steuerung des stationären Bereichs der Krankenanstalten weiter ein. (TZ 14)

Rolle des Bundes bei der Erstellung der Detailplanungen

Zentrale und dezentrale Planung

Der Prozess der Kapazitätsplanung und die Aufgabenverteilung war überaus komplex und nur eingeschränkt zweckmäßig. Verschiedene Berechnungsschritte erfolgten dezentral auf Landesebene, obwohl die dafür benötigten Informationen ohnedies zentral vorlagen oder bundesweit standardisiert werden konnten. Damit wurde ein innerhalb des Gesamtsystems vermeidbarer zusätzlicher Verwaltungsaufwand verursacht. (TZ 15)

Es wäre zweckmäßig, die Methode der Ermittlung des fachrichtungsspezifischen Bettenbedarfs bundesweit zu harmonisieren und offenzulegen, nicht zuletzt um ein einheitliches Versorgungsniveau für die Bevölkerung zu gewährleisten. In einzelnen Bundesländern abweichende Zuordnungen von Leistungen auf Fachrichtungen wären im Rahmen des Monitoring-Prozesses zu begründen. (TZ 15)

Regionale Strukturpläne Gesundheit

Der Bund wirkte an der Erstellung der Detailplanungen der Länder nicht mit; seine fehlende Einbindung stand dem Bekenntnis aller Vereinbarungspartner zur gemeinsamen Planung und Steuerung sowie zur Überwindung der Partikularinteressen entgegen. (TZ 16)

Die vom BMG im Vorfeld der RSG-Beschlüsse abgegebenen Stellungnahmen waren grundsätzlich zweckmäßig, jedoch erfolgte die Prüfung auf ÖSG-Konformität hauptsächlich anhand der dafür nicht tauglichen Bettenmessziffer. Das BMG machte auch bei gravierenden Abweichungen vom ÖSG nur unverbindliche Anmerkungen und beanstandete dies nicht in deutlicher Form. Dies wäre jedenfalls bei einer Verletzung der Intervallgrenzen zur Bettenmessziffer angezeigt, wenn die geplante Kapazitätsveränderung die Abweichung vergrößerte. (TZ 16)

Der Bund setzte sein Vetorecht gegen Beschlüsse der Gesundheitsplattformen bzw. der Landes-Zielsteuerungskommissionen selbst in jenen Fällen nicht ein, in denen RSG-Beschlüsse im klaren Widerspruch zur Rahmenplanung des ÖSG standen, obwohl der Beschluss eines nicht ÖSG-konformen RSG durch das zuständige Entscheidungsgremium auf Landesebene jedenfalls ein Anwendungsfall für dieses Vetorecht war. (TZ 16)

Krankenanstaltenpläne der Länder

Der Bund hatte Einflussmöglichkeiten oder Mitwirkungsbefugnisse bei der Verordnung der Krankenanstaltenpläne durch die Länder weder im KAKuG vorgesehen noch in den Art. 15a-Vereinbarungen durchgesetzt. Er verfügte zwar über die Möglichkeit, zu Verordnungsentwürfen der Landesregierungen Stellung zu nehmen (Konsultationsmechanismus), konnte jedoch im Rahmen dieses Verfahrens, das nicht im Zusammenhang mit der Krankenanstaltenplanung stand, keine Änderung der Landeskrankenanstaltenpläne – etwa aufgrund eines Verstoßes gegen die Rahmenplanung des ÖSG – bewirken. (TZ 17)

Das BMG stufte etwa die Detailplanungen Niederösterreichs und – in abgeschwächter Form – auch Oberösterreichs im Hinblick auf die im KAKuG und den entsprechenden Landes-Ausführungsgesetzen festgelegten Mindestinhalte der Landeskrankenanstaltenpläne bzw. RSG als gesetzwidrig ein. Der Entwurf des Niederösterreichischen Landeskrankenanstaltenplans entsprach bis dato nicht dem KAKuG

bzw. dem NÖKAG; dies war Ausdruck des mangelhaften Durchsetzungsvermögens des Bundes bei der Wahrnehmung seiner zentralen Steuerungs- und Koordinationsfunktion. (TZ 17)

Evaluierung und Monitoring

Evaluierung des ÖKAP/GGP

Das ÖBIG führte im Jahr 2005 eine Evaluierung des ÖKAP/GGP durch. Diese wurde durch den Umstand erleichtert, dass der ÖKAP/GGP klare und nachvollziehbare Vorgaben enthielt und auf allen Planungsebenen eine einheitliche Bezugsgröße – das Krankenhausbett – verwendet wurde. Im Rahmen der Evaluierung wurde jedoch nicht geprüft, ob und inwieweit die Landeskrankenanstaltenpläne dem ÖKAP/GGP entsprachen, obwohl der ÖKAP/GGP die auch gesetzlich verbindliche Grundlage für die Landeskrankenanstaltenpläne war. (TZ 18)

Evaluierung des ÖSG

Die Art. 15a-Vereinbarungen enthielten lediglich die allgemeine Verpflichtung, die Festlegungen im ÖSG und in den Detailplanungen hinsichtlich ihrer Umsetzung laufend zu überprüfen und zu evaluieren. Eine Konkretisierung, z.B. durch die Festlegung, auf welchem Aggregationsniveau die Umsetzung geprüft werden sollte, war nicht enthalten. (TZ 19)

Das Evaluierungskonzept des ÖSG ließ die Notwendigkeit zu einer abgestuften Vorgehensweise außer Acht. Der unmittelbare Vergleich der Planungsgrundlagen des ÖSG mit dem tatsächlichen Leistungsgeschehen in den Krankenanstalten war nicht ausreichend, zumal die ÖSG-Konformität der Detailplanungen – wegen der auf den verschiedenen Planungsebenen verwendeten unterschiedlichen Bezugsgrößen – nicht überprüfbar war. (TZ 19)

Das ÖSG-Monitoring enthielt zwar eine Vielzahl an Informationen und Daten, gestattete eine Beurteilung der Angemessenheit von Versorgungsangeboten und Leistungsdichte wegen des hohen Aggregationsniveaus des Bundeslandes aber nur eingeschränkt. (TZ 21)

Die Überprüfung der ÖSG-Konformität der Detailplanungen war vom ÖSG-Monitoring nicht umfasst, obwohl sie ein wesentlicher Bestandteil des Evaluierungskonzepts des ÖSG war. (TZ 22)

Das BMG löste den bei Verstößen gegen den ÖSG festgelegten Sanktionsmechanismus nicht aus. Es nahm seine Steuerungsverantwortung u.a. deswegen nicht wahr, weil die ÖSG-Konformität der Detailplanungen nicht überprüft wurde bzw. nicht überprüfbar war. (TZ 22)

Die in der Zielsteuerungsvereinbarung 2013 festgelegten, im Wesentlichen aus einer Berichtspflicht ohne finanzielle Konsequenzen bestehenden Sanktionsmechanismen waren nach Einschätzung des RH nicht geeignet, ein vereinbarungskonformes Agieren der Systempartner sicherzustellen und einen Impuls zur Stärkung der zentralen Steuerungs- und Koordinierungsfunktion zu liefern. (TZ 22)

Das RSG-Monitoring hatte eingeschränkte Aussagekraft, weil es bestehende und – von den Ländern – geplante Kapazitäten lediglich auf der Ebene des Bundeslandes verglich. Auch das RSG-Monitoring traf keine Aussage über die ÖSG-Konformität der RSG. (TZ 23)

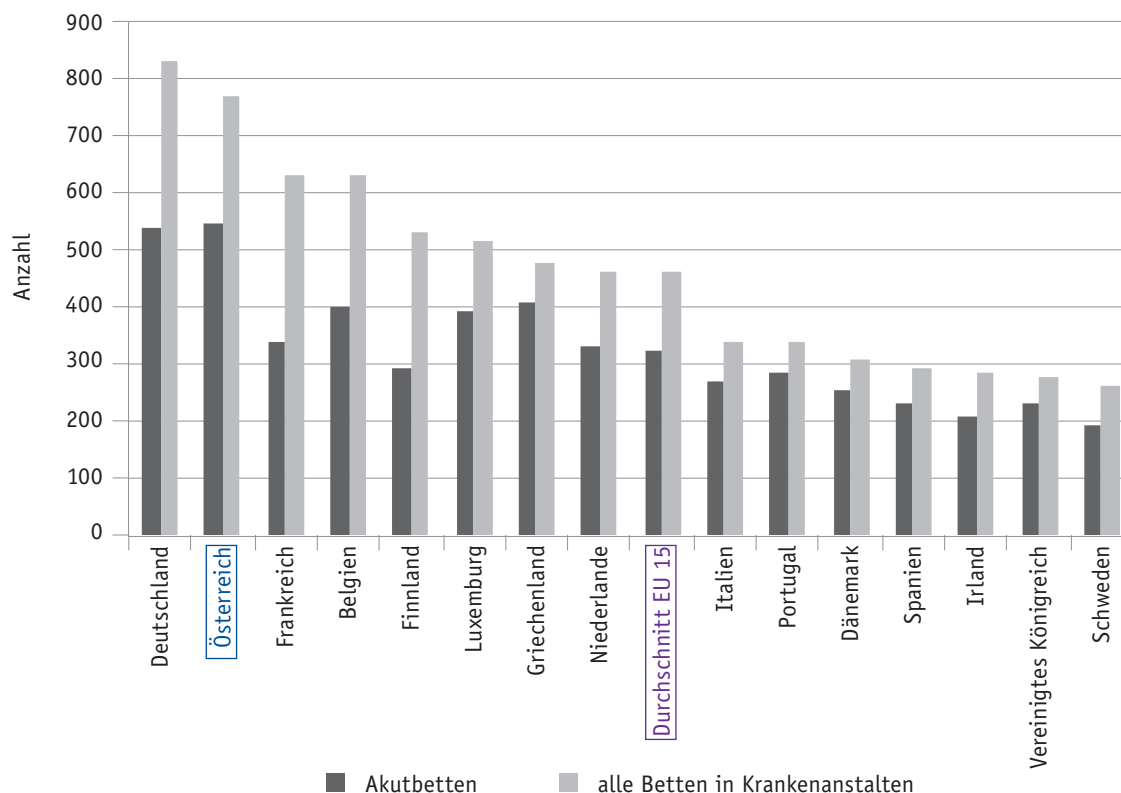
Die Zuordnung der im ÖSG geplanten medizinischen Leistungen auf die einzelnen Fachrichtungen erfolgte in den Ländern uneinheitlich. In letzter Konsequenz wurde dadurch die Überprüfung der ÖSG-Konformität der Detailplanungen verhindert, weil die Planungsmethoden der Länder nicht offengelegt wurden. Weder die Art. 15a-Vereinbarungen noch der ÖSG enthielten methodische Vorgaben dazu. (TZ 23)

Struktur der österreichischen Krankenanstalten

EU-Vergleich

Österreich wies im Jahr 2012 mit 546 aufgestellten Akutbetten je 100.000 Einwohner die im europäischen Vergleich höchste Akutbettendichte auf: (TZ 24)

Bettenvergleich mit den EU-15-Staaten, 2012



Quelle: OECD

Trotz einer Reduktion in den letzten Jahren müsste Österreich immer noch rd. 40 % der Akutbetten abbauen, um die Größe seines stationären Sektors dem EU-Niveau anzugleichen. Österreich wies im EU-Vergleich auch die höchste Krankenhaushäufigkeit und eine überdurchschnittliche Verweildauer auf. Die Überkapazitäten im stationären Bereich entsprachen zu aktuellen Kosten einem Umschichtungspotenzial in alternative (insbesondere ambulante) Behandlungsformen in Höhe von 4,75 Mrd. EUR. (TZ 24)

Vorberichte des RH

Die von der EU-Kommission thematisierten Reformhemmnisse in Form der komplexen österreichischen Verwaltungsstruktur hatte auch der RH in den Vorjahren wiederholt kritisiert. Durch das Festhalten an bestehenden Krankenhausstrukturen wurden Umschichtungspotenziale im stationären Bereich bislang nicht genutzt. Dies führte zu vermeidbaren Kostenbelastungen und beeinträchtigte die Qualität der Patientenbehandlung. (TZ 25)

Versorgungsstrukturen der Länder

Die Bettendichten der Bundesländer unterschieden sich deutlich. So verfügte im Jahr 2013 das Burgenland über 396 Akutbetten für 100.000 Einwohner, Salzburg dagegen über 725: (TZ 26)

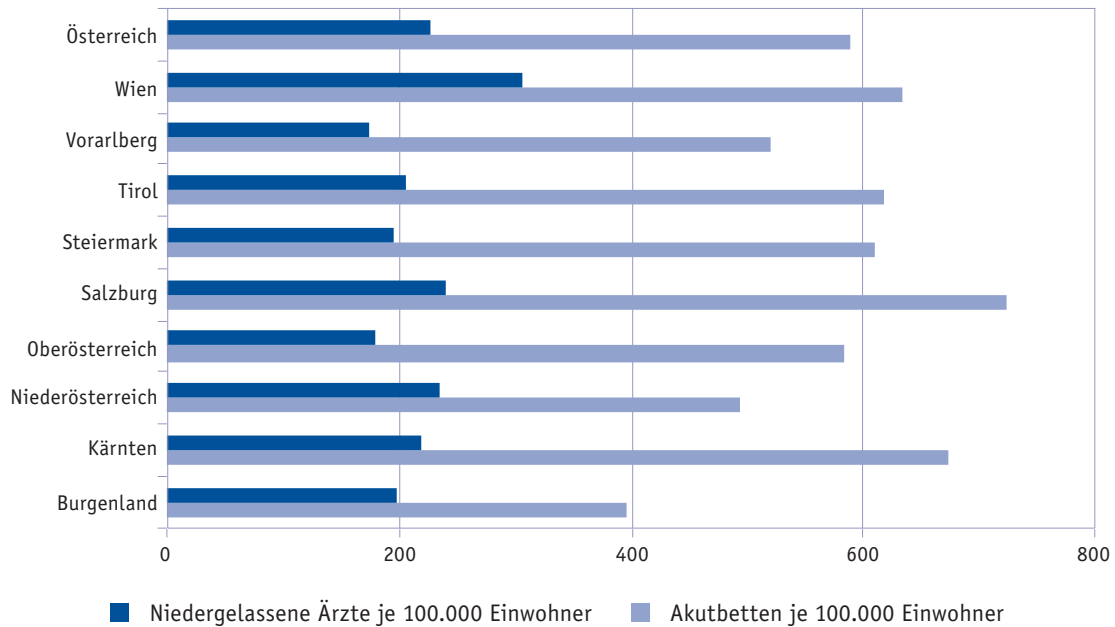
Versorgungsstrukturen der Bundesländer										
Akutbetten	Burgenland	Kärnten	Niederösterreich	Oberösterreich	Salzburg	Steiermark	Tirol	Vorarlberg	Wien	Summe Österreich
	Anzahl									
	1.138	3.748	8.044	8.319	3.874	7.399	4.445	1.954	11.177	50.098
Bevölkerung in 100.000 Einwohner	2,87	5,56	16,25	14,25	5,34	12,15	7,20	3,75	17,62	85,00
Betten je 100.000 Einwohner	396	674	495	584	725	609	617	521	634	589
Saldo inländische Gastpatienten	- 14.146	- 2.336	- 95.629	7.763	14.522	- 9.752	10.845	- 2.826	91.559	0
ausländische Gastpatienten	1.318	2.185	1.813	2.815	9.497	2.815	14.182	3.183	4.205	42.013
niedergelassene Ärzte	565	1.210	3.804	2.569	1.286	2.383	1.477	656	5.376	19.326
niedergelassene Ärzte pro 100.000 Einwohner	197	218	234	180	241	196	205	175	305	227

Quellen: Statistik Austria; RH

Ein negativer Gastpatientensaldo und eine hohe Bettendichte – wie z.B. im Land Kärnten – waren Indizien für Fehlallokationen in der Krankenanstaltenstruktur sowie das Vorliegen erheblicher Effizienzsteigerungspotenziale. (TZ 26)

Die folgende Abbildung zeigt, dass kein direktes Verhältnis zwischen der Anzahl der Akutbetten und der niedergelassenen Ärzte bestand: (TZ 26)

Akutbetten und niedergelassene Ärzte



Quellen: Statistik Austria; Darstellung RH

Nimmt man für Kärnten den österreichischen Durchschnitt von 589 Akutbetten für 100.000 Einwohner an, ergibt dies umgelegt auf die Bevölkerung einen Mehrbestand von 473 Betten bzw. rd. 83 Mio. EUR an stationären Endkosten pro Jahr. (TZ 26)

Wirtschaftliche Aspekte der Krankenanstaltenplanung

Das bestehende Krankenanstalten-Finanzierungssystem bot aufgrund der Verflechtung der Finanzierungsgrundlagen (Finanzausgleichsgesetz und Art. 15a-Vereinbarungen) sowie der umfassenden Gestaltungsmöglichkeiten der Länder hinsichtlich der landesspezifischen Ausgestaltung des LKF-Systems sowie der Betriebsabgangsdeckung nur wenig Anreize zum effizienten Mitteleinsatz. Bestehende Steuerungsgrundlagen wurden nicht genutzt: Obwohl ein zentrales Berichtswesen des Bundes betreffend Kosten und Rechnungsabschlussdaten der Fondskrankenanstalten bestand, spielten Wirtschaftlichkeitsaspekte in der Krankenanstaltenplanung keine Rolle; solche Aspekte waren im ÖSG und im KAKuG nur am Rande enthalten. (TZ 27)

Kurzfassung

Entscheidungsstrukturen

Entscheidungsstrukturen auf Bundes- und Landesebene

In Angelegenheiten der Krankenanstaltenplanung bestand ein Ungleichgewicht zwischen Bundes- und Landesebene: Während Beschlüsse auf Bundesebene grundsätzlich der Zustimmung sowohl der Länder- als auch der Sozialversicherungsvertreter bedurften, hatte der Bund auf Landesebene lediglich ein Vetorecht. Dadurch bestand die Gefahr einer substanziellen Beschränkung der gesamthaften und bundesländerübergreifenden Planung und Steuerung der Leistungserbringung in den Krankenanstalten. (TZ 29)

Der RH hatte bereits in seiner Stellungnahme zum Entwurf des Gesundheitsreformgesetzes 2013 kritisiert, dass das prägende Prinzip der Einstimmigkeit in den vorgesehenen Gremien zu Lösungen auf Basis des „kleinsten gemeinsamen Nenners“ führen könne und dass mit der Bundes-Zielsteuerungskommission ein zusätzliches Gremium geschaffen werde. (TZ 29)

Arbeitsstrukturen auf Bundesebene

Die bei der Bundesgesundheitsagentur eingerichteten Arbeits-, Fach- und Projektgruppen arbeiteten die Planungsaufgaben umfassend ab, wobei das BMG umfangreiche organisatorische und moderierende Aufgaben wahrnahm und diese im Detail dokumentierte. Der Planungsablauf in der gewählten Organisationsform verursachte beträchtlichen Aufwand. Um Verständigungen zu erreichen, waren langwierige Verhandlungs- und Abstimmungsrunden erforderlich; die Entscheidungsfindung gestaltete sich u.a. deshalb schwierig, weil Beschlüsse nur einstimmig gefasst werden konnten. Das BMG versuchte zwar, Entscheidungsprozesse zu beschleunigen und auf eine zentrale Planung aus gesamtstaatlicher Perspektive hinzuwirken, war aber in den bestehenden Strukturen limitiert. Dieser aufwändige Planungsprozess war ein Ausdruck der gegebenen Kompetenzzersplitterung. (TZ 30)

Überregionale Krankenanstaltenplanung

Inländische Gastpatienten

Auf Bundesebene fehlte eine verbindliche Vorgabe zur Berücksichtigung der inländischen Patientenströme in der Krankenanstaltenplanung, obwohl die inländischen Gastpatienten akutstationäre Versorgungsstrukturen erheblich beanspruchten. Die Länder verfügten im Rahmen der Regionalen Strukturpläne Gesundheit über umfassende

Gestaltungsmöglichkeiten, nutzen sie aber hinsichtlich einer länderübergreifenden Planung der Gastpatientenströme kaum. (TZ 31)

Obwohl sich der Anteil inländischer Gastpatienten an den Spitalsaufenthalten österreichweit auf rd. 10 % belief, in Wien sogar auf rd. 20 %, beruhten die Regelungen zur finanziellen Abgeltung der inländischen Gastpatienten nicht auf der tatsächlichen Inanspruchnahme, sondern erfolgten pauschal. Die Versorgung inländischer Gastpatienten wurde zwar einmalig durch höhere Landesquoten und Vorweganteile für einzelne Länder berücksichtigt, in der Folge aber nicht mehr angepasst. Damit bestanden keine Kostenwahrheit und kein Anreiz für die Länder, ihre regionalen Planungen intensiver aufeinander abzustimmen. (TZ 31)

Patientenströme nach stationären Aufenthalten 2013										
	Burgenland	Kärnten	Niederösterreich	Oberösterreich	Salzburg	Steiermark	Tirol	Vorarlberg	Wien	Summe Österreich
	Anzahl									
Burgenland	64.048	44	7.781	131	57	4.799	38	14	1.966	78.878
Kärnten	126	152.800	521	298	512	5.524	855	61	877	161.574
Niederösterreich	9.051	221	328.602	5.474	185	2.417	183	51	14.720	360.904
Oberösterreich	218	494	20.182	446.432	3.139	4.478	390	233	1.804	477.370
Salzburg	84	805	877	12.967	150.812	6.109	1.402	281	979	174.316
Steiermark	6.764	2.881	2.101	1.175	1.138	305.224	249	107	1.777	321.416
Tirol	61	5.555	515	1.226	3.233	523	208.378	2.981	646	223.118
Vorarlberg	9	46	94	113	115	88	518	101.384	201	102.568
Wien	12.663	1.064	95.860	1.791	603	2.006	260	282	447.751	562.280
Summe	93.024	163.910	456.533	469.607	159.794	331.168	212.273	105.394	470.721	2.462.424

Quellen: Statistik Austria; RH

In Deutschland waren bei ebenfalls ausgeprägten föderalen Strukturen überregionale Patientenströme in der Krankenanstaltenplanung verpflichtend zu berücksichtigen. Nach Ansicht des RH waren auch in Österreich inländische Patientenströme in der Krankenanstaltenplanung zu berücksichtigen, um Unter- bzw. Überversorgungen zu vermeiden. Zur Ermittlung des tatsächlichen Versorgungsbedarfs war für ihn eine bundesländerübergreifende Planung – z.B. durch verpflichtende gegenseitige Abstimmungen der Länder – unabdingbar. (TZ 31)

Überregionale Versorgungsplanung

Die Sicherung einer regionalen und überregionalen Abstimmung war im ÖSG und den ihm zugrunde liegenden Vereinbarungen grundsätzlich vorgesehen, ihr Ausbau erzielte aber nur langsame Fortschritte. (TZ 32)

Die Länder ließen in den Gremien der Bundesgesundheitsagentur nur geringe Bereitschaft erkennen, die überregionale Planung auszubauen. Das BMG war in die dafür eingerichteten „Zonenkonferenzen“ kaum eingebunden. (TZ 32)

Kenndaten zur Rolle des Bundes in der österreichischen Krankenanstaltenplanung					
Rechtsgrundlagen	auf Bundesebene:				
	Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit, BGBl. I Nr. 200/2013 Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, BGBl. I Nr. 105/2008 i.d.F. BGBl. I Nr. 199/2013 Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz, BGBl. Nr. 1/1957 i.d.g.F. Gesundheitsqualitätsgesetz, BGBl. I Nr. 179/2004 i.d.g.F. Bundesgesetz über die Dokumentation im Gesundheitswesen, BGBl. Nr. 745/1996 i.d.g.F. Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz, BGBl. I Nr. 81/2013 i.d.g.F.				
	auf Landesebene (Auszug):				
Burgenländisches Krankenanstaltengesetz 2000, LGBL. Nr. 52/2000 i.d.g.F. Kärntner Gesundheitsfondsgesetz, LGBL. Nr. 67/2013 i.d.g.F. Salzburger Gesundheitsfondsgesetz, LGBL. Nr. 90/2005 i.d.g.F. Salzburger Krankenanstaltengesetz 2000, LGBL. Nr. 24/2000 i.d.g.F. Steiermärkisches Krankenanstaltengesetz 2012, LGBL. Nr. 111/2012 i.d.g.F. Steiermärkisches Gesundheitsfondsgesetz 2013, LGBL. Nr. 105/2013 i.d.g.F. Steiermärkischer Landeskrankenanstaltenplan, LGBL. Nr. 5/1998 i.d.g.F. Salzburger Krankenanstalten- und Großgeräteplan, LGBL. Nr. 87/2007 i.d.g.F. Wiener Krankenanstaltenplan 2013, LGBL. Nr. 17/2013 i.d.g.F. Tiroler Krankenanstaltenplan 2009, LGBL. Nr. 85/2009 i.d.g.F.					
Krankenanstalten	2010	2011	2012	2013	Veränderung in %
Anzahl aller Krankenanstalten	267	272	277	278	+ 4,1
Anzahl aller Betten	64.008	64.417	64.691	64.825	+ 1,3
Anzahl der Akutbetten	51.745	51.445	50.815	50.098	- 3,2
Akutbetten je 100.000 Einwohner	617	612	601	589	- 4,5
Krankenhaushäufigkeit Akutbetten (Aufenthalte je 100 Einwohner)	26,1	25,9	25,3	24,8	- 5,1
Krankenhausverweildauer Akutbetten (durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Tagen)	6,6	6,5	6,5	6,5	- 1,7
in Mrd. EUR					
Endkosten der fondsfinanzierten Krankenanstalten	11,036	11,384	11,654	11,908	+ 7,9

Quellen: Rechtsinformationssystem des Bundes (RIS); BMG; Statistik Austria

**Prüfungsablauf und
-gegenstand**

1 (1) Der RH führte von Oktober 2014 bis Februar 2015 im BMG und in der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) eine Gebarungsüberprüfung zum Thema Rolle des Bundes in der österreichischen Krankenanstaltenplanung durch.

Ziele der Überprüfung waren die Beurteilung der Beteiligung des Bundes am Prozess der Krankenanstaltenplanung in Österreich, seiner Einflussmöglichkeiten auf die Krankenanstaltenstruktur und seiner Möglichkeiten im Fall von Planabweichungen sowie eine Bewertung der bestehenden Entscheidungsstrukturen.

Der überprüfte Zeitraum umfasste im Wesentlichen die Jahre ab dem Inkrafttreten des Österreichischen Strukturplans Gesundheit (ÖSG) im Jahr 2006.

Zu dem im Juli 2015 übermittelten Prüfungsergebnis nahmen die GÖG im August 2015 und das BMG im Oktober 2015 Stellung. Der RH erstattete seine Gegenäußerungen im November 2015.

(2) Der erste Teil des Berichts behandelt die zentralen Steuerungsinstrumente für den stationären Bereich, insbesondere den ÖSG, seine Erstellung und seine Wirkung auf die regionalen Planungen in den Ländern¹.

Die weiteren Teile des Berichts stellen die Struktur der österreichischen Krankenanstalten dar, weisen auf Hemmnisse für den Strukturwandel hin und befassen sich mit den bestehenden Entscheidungsmechanismen der Krankenanstaltenplanung vor dem Hintergrund der österreichischen Verwaltungsstrukturen.

(3) Im Bewusstsein der mit dem ÖSG eingeführten und mit der Zielsteuerung Gesundheit weiter verfolgten integrativen Planung aller Teilbereiche des Gesundheitswesens steht dennoch die Planung des stationären Bereichs im Fokus dieses Berichts.

**Planungsansätze
und -ziele**

2 Bis zum Jahr 1997 bestand in Österreich keine zentrale Planung für die Krankenanstalten oder andere Sektoren des Gesundheitswesens. Ein erster Entwurf für einen österreichweiten Krankenanstaltenplan war zwar bereits im Jahr 1973 erstellt worden, trat jedoch nicht in

¹ Der Bund verfügte darüber hinaus über weitere Möglichkeiten, auf die Krankenanstaltenplanung Einfluss zu nehmen, z.B. durch arbeitsrechtliche Vorgaben. Diese führen über den Rahmen dieses Prüfungsergebnisses hinaus und werden nicht behandelt. Zu Qualitätsvorgaben siehe die Berichte des RH zu Qualitätssicherungsmaßnahmen in Krankenanstalten, z.B. Reihe Bund 2012/12, 2013/12 oder 2014/7.

Planungsansätze und –ziele

Kraft. Im Jahr 1997 gab dann der Österreichische Krankenanstalten- und Großgeräteplan (ÖKAP/GGP) für den stationären Bereich erstmals einen verbindlichen Rahmen für die Planungen der Länder vor (siehe TZ 6).

Seit Inkrafttreten des ÖSG im Jahr 2006 verfolgte die österreichische Gesundheitsplanung einen integrativen Ansatz. Dieser berücksichtigte nicht nur die stationäre Versorgung in Krankenanstalten, sondern umfasste alle Ebenen und Teilbereiche der Gesundheitsversorgung und angrenzender Teilbereiche, nämlich auch den ambulanten Bereich (insbesondere Spitalsambulanzen und niedergelassene Ärzte), den Rehabilitationsbereich und den Pflegebereich.² Derzeit steht der ÖSG 2012 in Geltung.

Das zentrale Ziel der integrativen Gesundheitsplanung bestand darin, die Gesundheitsleistungen in der erforderlichen Qualität innerhalb der für die jeweilige Leistung angemessenen Struktur und damit auf die volkswirtschaftlich effizienteste Weise zu erbringen. Im Hinblick auf die Struktur der österreichischen Krankenanstalten und die Entwicklung der Kennzahlen im internationalen Vergleich wurde die Entlastung der Akutkrankenanstalten schon seit den Anfängen der österreichischen Krankenanstaltenplanung angestrebt (siehe TZ 24 ff.).

Krankenanstaltenrecht und Art. 15a-Vereinbarungen

- 3.1** (1) Im Krankenanstaltenwesen war der Bund gemäß Art. 12 Abs. 1 Z 1 B-VG für die Grundsatzgesetzgebung zuständig, was im Wesentlichen im Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten (KAKuG) erfolgte. Die Länder waren für die Ausführungsgesetzgebung sowie die Vollziehung zuständig. Vor diesem Hintergrund bildeten Vereinbarungen gemäß Art. 15a B-VG die wesentliche Grundlage für die Zusammenarbeit der Gebietskörperschaften in der Krankenanstaltenplanung.

Die folgende Tabelle gibt einen Überblick über den Geltungszeitraum dieser Vereinbarungen ab dem Inkrafttreten des ÖKAP/GGP, die jeweiligen Planungsinstrumente auf Bundes- und Landesebene sowie die Verknüpfung mit dem Krankenanstaltenrecht.

² Der Pflegebereich war umfasst, soweit er im Rahmen des Nahtstellenmanagements für die Gesundheitsversorgung von Bedeutung war.

Tabelle 1: Art. 15a–Vereinbarungen im Überblick

Titel	Geltungs- zeitraum	Planungs- instrument Bundesebene	Planungsinstrument Landesebene	Verknüpfung mit Kranken- anstaltenrecht
Reform des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung	1997 bis 2000	ÖKAP/GGP	Landeskranken- anstaltenplan	ja
Neustrukturierung des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung	2001 bis 2004	ÖKAP/GGP	Landeskranken- anstaltenplan	ja
Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens	2005 bis 2008	ÖSG	Detailplanung	nein
Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens	2008 bis 2012	ÖSG	RSG	nein
Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens – Änderungsvereinbarung	ab 2013	ÖSG	RSG	nein

Quellen: Art. 15a–Vereinbarungen; RH

Die Tabelle zeigt, dass die Vereinbarungen bis zum Jahr 2004 explizit auf die im Krankenanstaltenrecht verankerten Planungsinstrumente, insbesondere die Landeskrankenanstaltenpläne, Bezug nahmen. Die Landeskrankenanstaltenpläne waren so festzulegen, dass die im ÖKAP/GGP festgelegten Kapazitäten nicht überschritten wurden. Errichtungs- und Änderungsbewilligungen hatten im Einklang mit dem ÖKAP/GGP und den Landeskrankenanstaltenplänen zu erfolgen; Ähnliches galt für die Zurücknahme von Bewilligungen. Damit erfolgte in den Art. 15a–Vereinbarungen eine klare Verknüpfung der einvernehmlich festgelegten Vorgaben auf Bundesebene (insbesondere ÖKAP/GGP) mit den Planungen auf Länderebene (Landeskrankenanstaltenpläne). Ab dem Jahr 2005 fehlte dieser Bezug, indem in den Art. 15a–Vereinbarungen anstelle der Landeskrankenanstaltenpläne zunächst sogenannte Detailplanungen und ab dem Jahr 2008 die RSG als Planungsinstrumente der Länder vereinbart wurden.

(2) Während der ÖKAP/GGP als Anhang zu den Art. 15a–Vereinbarungen im Bundesgesetzblatt veröffentlicht wurde, war dies beim ÖSG nicht mehr der Fall. Um eine engere Verknüpfung der Planungsvorgaben (und damit eine höhere Verbindlichkeit) des ÖSG zu erreichen, sah der vom BMG in den vorparlamentarischen Prozess eingebrachte Gesetzesentwurf (Novelle zum Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz (KAKuG)) die Verpflichtung der Landesgesetzgeber vor, die Anwendung des ÖSG als objektivierte Sachverständigengutachten sicherzustellen; es sollte sich dabei um eine grundsatzgesetzliche Bestimmung handeln. Abweichend vom Entwurf des BMG wurde dieses mit BGBl. I Nr. 147/2011 verpflichtet, den ÖSG auf seiner Homepage zu veröffentlichen; dabei handelte es sich um keine Grundsatzbestimmung.

3.2 (1) Der RH hielt fest, dass die Art. 15a-Vereinbarungen bis zum Jahr 2004 ein klares und nachvollziehbares Planungs- und Steuerungssystem definierten: Die Landeskrankenanstaltenpläne durften die im ÖKAP festgelegten Kapazitäten nicht überschreiten. Dieser Zusammenhang wurde ab dem Jahr 2005 stark abgeschwächt, weil die Vereinbarungspartner nach Ansicht des RH verabsäumten, das Verhältnis der neu geschaffenen Planungsinstrumente auf Länderebene (Detailplanungen, Regionaler Strukturplan Gesundheit (RSG)) zu den im Krankenanstaltenrecht des Bundes normierten Landeskrankenanstaltenplänen klarzustellen (siehe dazu auch TZ 8). Ein Gesetzesentwurf des BMG sah die Verpflichtung der Landesgesetzgeber vor, die Anwendung des ÖSG als objektivierte Sachverständigengutachten sicherzustellen; es sollte sich dabei um eine grundsatzgesetzliche Bestimmung handeln. Davon abweichend wurde das BMG verpflichtet, den ÖSG auf seiner Homepage zu veröffentlichen; dabei handelte es sich um keine Grundsatzbestimmung.

(2) Der RH wies zudem kritisch darauf hin, dass der ÖSG im Unterschied zum ÖKAP/GGP nicht Bestandteil der Art. 15a-Vereinbarungen war. Auch diese weitere Abschwächung seiner Verbindlichkeit gegenüber den Ländern trug zu einer Einschränkung der Gestaltungsmöglichkeiten des Bundes bei. In seinen Gebarungsüberprüfungen und Gesetzesbegutachtungen wies der RH bereits mehrfach auf ähnliche Nachteile von Art. 15a-Vereinbarungen hin (z.B. im Sozial- oder im Schulbereich). Er empfahl daher dem BMG, den ÖSG – so wie früher den ÖKAP/GGP – zum Bestandteil künftiger Art. 15a-Vereinbarungen zu machen.

3.3 *Das BMG hielt in seiner Stellungnahme fest, dass eine Veröffentlichung des ÖSG als Anhang zu einem Bundesgesetzblatt an der bestehenden Kompetenzverteilung nichts ändern und dem ÖSG keinen stärkeren rechtlichen Status verleihen würde. Ob der ÖSG Bestandteil einer solchen Vereinbarung sei oder nicht, würde in keiner Weise zur Einschränkung bzw. Ausweitung der Gestaltungsmöglichkeiten der Bundes beitragen.*

Ergänzend wies das BMG darauf hin, dass auch der ÖKAP/GGP nur in seiner ersten Fassung eine Anlage einer Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG gewesen sei.

3.4 Der RH verwies gegenüber dem BMG auf den Kern seiner Kritik: Während die Landeskrankenanstaltenpläne zur Zeit der Gültigkeit des ÖKAP/GGP so festzulegen waren, dass die im ÖKAP/GGP festgelegten Kapazitäten nicht überschritten wurden, fehlte diese eindeutige Verknüpfung ab dem Jahr 2005. Dies lag insbesondere daran, dass in den

Rolle des Bundes in der österreichischen Krankenanstaltenplanung

Art. 15a-Vereinbarungen anstelle der Landeskrankenanstaltenpläne zunächst sogenannte Detailplanungen und ab dem Jahr 2008 die RSG als Planungsinstrumente der Länder vereinbart wurden und das Verhältnis dieser Instrumente zu jenen des Krankenanstaltenrechts des Bundes nicht klargestellt war.

Der RH hielt daher seine Empfehlung aufrecht, den ÖSG zum Bestandteil künftiger Art. 15a-Vereinbarungen zu machen, um seine Verbindlichkeit ungeachtet der weiteren rechtstechnischen Umsetzung klarzustellen.

Der RH stellte ferner klar, dass der ÖKAP/GGP nicht nur Bestandteil der Art. 15a-Vereinbarung aus dem Jahr 1997, sondern auch jener aus dem Jahr 2002 war.

Bezugsgrößen der Planung

- 4.1 Dem integrativen Planungsansatz des ÖSG lag das Konzept der Leistungsangebotsplanung sowie die Frage zugrunde, in welchem Teilbereich des Gesundheitswesens die Leistungserbringung – bei zumindest gleicher Qualität – am zweckmäßigsten erfolgen sollte: Mit anderen Worten sollte der best point of service für jede Leistung identifiziert werden.

Im Rahmen dieses Ansatzes war nicht mehr ausschließlich das Krankenhausbett Ausdruck der erforderlichen Kapazität: Daneben wurden z.B. die Anzahl der Ärzte im ambulanten Bereich der Krankenanstalten, der niedergelassenen Ärzte, der Bettenäquivalente (im Rehabilitationsbereich) oder der Einsatzstunden (im Pflegebereich) für die Analyse und Steuerung der Leistungserbringung herangezogen.

Dessen ungeachtet blieb für die Planung des stationären Bereichs das Krankenhausbett die wesentliche Bezugsgröße: Sämtliche Länder ermittelten für ihre Detailplanungen den fachrichtungsspezifischen Bettenbedarf.

- 4.2 Der RH betonte, dass im Rahmen der integrierten Planung eine einheitliche Bezugsgröße zur Ressourcenallokation erforderlich war, um die Kosten der Leistungserbringung und damit – unter der Annahme der qualitativen Gleichwertigkeit – den best point of service für einzelne medizinische Leistungen bestimmen zu können.

Dessen ungeachtet hielt es der RH für zweckmäßig, sich bei der Planung des stationären Bereichs bis zur Etablierung einer für die integrierte Planung geeigneten Bezugsgröße an der Anzahl der Krankenhausbetten zu orientieren, weil nach Ansicht des RH die Vergleichbarkeit

der Rahmenplanung mit den Detailplanungen insbesondere für Evaluierungs- und Monitoringzwecke (siehe dazu TZ 18 f(f) (Evaluierung und Monitoring)) unabdingbar war.

Instrumente der österreichweiten Krankenanstaltenplanung

Überblick

5 Die folgende Tabelle gibt einen Überblick über die Instrumente der Krankenanstaltenplanung:

Tabelle 2: Instrumente der Krankenanstaltenplanung		
Erstellungsjahr	Bundesebene	Landesebene
1973	Entwurf ÖKAP	Landeskrankenanstaltenpläne
1997	ÖKAP/GGP 1997	
1999	ÖKAP/GGP 1999	
2001	ÖKAP/GGP 2001	
2003	ÖKAP/GGP 2003	
2006	ÖSG 2006	
2008	ÖSG 2008	Regionale Strukturpläne Gesundheit
2010	ÖSG 2010	
2012	ÖSG 2012	

Quelle: RH

Die Tabelle zeigt, dass die Planungen grundsätzlich in einem Zweijahresrhythmus revidiert wurden, um aktuelles Datenmaterial berücksichtigen zu können und methodische Nachschärfungen vorzunehmen. Revisionen der Inhalte des ÖSG erfolgten in den Jahren 2008, 2010 und 2012. Die nächste Revision des ÖSG war auf Basis der Gesundheitsreform 2013 für das Jahr 2015 geplant.

Österreichischer Krankenanstalten- und Großgeräteplan

6.1 (1) Eine im Jahr 1978 abgeschlossene Art. 15a-Vereinbarung³ beinhaltete die Errichtung des Krankenanstalten-Zusammenarbeitsfonds (KRAZAF). Dieser war ein von den Gebietskörperschaften und den Sozialversicherungsträgern dotierter Fonds, dessen Hauptaufgabe neben der Mittelverteilung⁴ in der Wahrnehmung einer überregionalen Planungs- und Steuerungsfunktion bestand. Dem KRAZAF gelang es bis zu seiner Auflösung im Jahr 1997 jedoch nicht, wie in der Vereinba-

³ Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Krankenanstaltenfinanzierung und die Dotierung des Wasserwirtschaftsfonds, BGBl. Nr. 453/1978

⁴ Die gemeinnützigen Krankenanstalten erhielten Zuschüsse aus dem Fonds nur bei Erfüllung bestimmter Kriterien (u.a. Beachtung der Krankenanstaltenkostenrechnungsverordnung, Einrichtung einer Leistungsstatistik).

zung vorgesehen, einen Österreichischen Krankenanstaltenplan zu entwickeln.

(2) Der schließlich auf der Grundlage der Art. 15a-Vereinbarung über die Reform des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 1997 bis 2000⁵ erstellte ÖKAP/GGP gab einen gesetzlich verbindlichen Rahmen für die Landeskrankenanstaltenpläne vor. Diese durften gemäß dem Krankenanstaltengesetz die vom ÖKAP/GGP vorgegebenen Grenzen nicht überschreiten. Die im ÖKAP/GGP in den einzelnen Ländern vorgesehenen stationären Behandlungskapazitäten (Planbetten) stellten Höchstzahlen dar.

- 6.2** Die Bemühungen um eine verstärkte zentrale Planung und Steuerung der Versorgung in Krankenanstalten reichten zwar bis in die 1970er-Jahre zurück, die Entwicklung eines Österreichischen Krankenanstaltenplans bis 1997 aber blieb unrealisiert. Als positiv erachtete der RH, dass die Reformvereinbarung 1997 mit dem ÖKAP/GGP ein gesetzlich verbindliches Planungsinstrument einführte, das den Rahmen für die Landeskrankenanstaltenpläne vorgab.

Österreichischer
Strukturplan
Gesundheit

Integrativer Planungsansatz

- 7.1** (1) Bereits im Zuge der Weiterentwicklung des ÖKAP/GGP waren – über die Planung der Krankenhausbetten hinausgehend – zunehmend auch Fragen des insgesamt vorzuhaltenden medizinischen Leistungsangebots thematisiert worden. Die im Jahr 2001 in Kraft getretene Revision (ÖKAP/GGP 2001) verfolgte erstmals den neuen Ansatz der Leistungsangebotsplanung nach Fachrichtungen. Die Kapazitätsplanung basierte auf der Analyse und dem bundesweiten Vergleich der bestehenden regionalen Versorgungssituationen.

Für einige Fachrichtungen entstanden fachspezifische Leistungsspektren⁶, die sämtliche einer Fachrichtung zuordenbaren Leistungen enthielten und im Sinne einer abgestuften Leistungserbringung die verschiedenen Ebenen der intramuralen Versorgung (Vollabteilung, Fachschwerpunkt/Department, dislozierte Tagesklinik) berücksichtigten. Davon unberührt blieb die Ermittlung von Planbettenzahlen für die einzelnen Fachrichtungen.

⁵ BGBl. I Nr. 111/1997

⁶ Fachspezifische Leistungsspektren wurden zunächst für die Fachrichtungen Orthopädie, Unfallchirurgie, Urologie, Augenheilkunde sowie Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde entwickelt. Die Leistungsangebotsplanung des ÖKAP/GGP sollte in der Folge um weitere Fachrichtungen ergänzt werden.

Instrumente der österreichweiten Krankenanstaltenplanung

(2) Der ÖSG trat ab dem Jahr 2006 als zentrales bundesweites Planungsinstrument an die Stelle des ÖKAP/GGP. Damit wurde der Umstieg von der Krankenanstaltenplanung auf eine alle Ebenen und Teilbereiche der Gesundheitsversorgung umfassende integrative Planung eingeleitet. Der ÖSG enthielt quantitative Planungsaussagen, d.h. Angaben zu den erforderlichen Kapazitäten, zunächst nur für den stationären Akutbereich.

- 7.2** (1) Der RH hielt fest, dass sich die Gesundheitsplanung bereits während der Zeit des ÖKAP/GGP von einer ausschließlich auf Krankenhausbetten bezogenen Kapazitätsplanung in die Richtung einer Leistungsangebotsplanung nach Fachrichtungen entwickelte, die auch neue Organisationsformen der intramuralen Leistungserbringung, insbesondere Tageskliniken, berücksichtigte.

(2) Der RH erachtete den ÖSG grundsätzlich als geeignetes Instrument für den Umstieg von der Krankenanstaltenplanung auf eine alle Ebenen und Teilbereiche der Gesundheitsversorgung umfassende integrative Planung. Er verwies darauf, dass auch der ÖSG quantitative Planungsaussagen zunächst nur für den stationären Akutbereich enthielt.

Rahmenplanung und Detailplanung

- 8.1** Der ÖSG war gemäß Art. 15a-Vereinbarungen „die verbindliche Grundlage für die integrierte Planung der österreichischen Gesundheitsversorgungsstruktur“ und „beinhaltete gleichzeitig die Rahmenplanung für Detailplanungen auf regionaler Ebene (Regionale Strukturpläne Gesundheit auf Ebene der Bundesländer)“. Bei diesen Detailplanungen waren „die im ÖSG in der jeweiligen Fassung enthaltenen Vorgaben und Richtwerte einzuhalten“.
- 8.2** Die Begriffe Rahmenplanung und Detailplanung waren für den RH insofern unbestimmt, als aus ihnen nicht klar hervorging, welche Planungstiefe bzw. welchen Detaillierungsgrad des ÖSG die Vereinbarungspartner beabsichtigt hatten. Zudem verstand sich der ÖSG gleichzeitig als „verbindliche Grundlage“ und als „Rahmenplanung“.

Der RH kritisierte, dass diese Formulierungen im ÖSG missverständlich waren und Interpretationsspielräume eröffneten, wodurch die Möglichkeiten der zentralen Steuerung durch den Bund im Vergleich zur Zeit der Geltung des ÖKAP/GGP (siehe TZ 7) eingeschränkt wurden. Nachdem der ÖSG für die Leistungserbringer nicht unmittelbar rechtsverbindlich war und der rechtlichen Umsetzung durch Verordnung von

Landeskrankenanstaltenplänen bedurfte, war eine Klarstellung der Verbindlichkeit des ÖSG erforderlich.

Der RH empfahl deshalb dem BMG, auf eine Beseitigung der begrifflichen Unklarheiten hinzuwirken und klarzustellen, dass die im ÖSG vorgegebenen Grenzen⁷ nicht missachtet werden dürfen.

8.3 *Laut Stellungnahme des BMG würden im Zuge der laufenden Arbeiten zur ÖSG-Revision auch das Verhältnis zwischen ÖSG und RSG, die diesbezüglichen KAKuG-Regelungen sowie die Verbindlichkeit der Planungsinhalte geprüft und klare Aussagen angestrebt.*

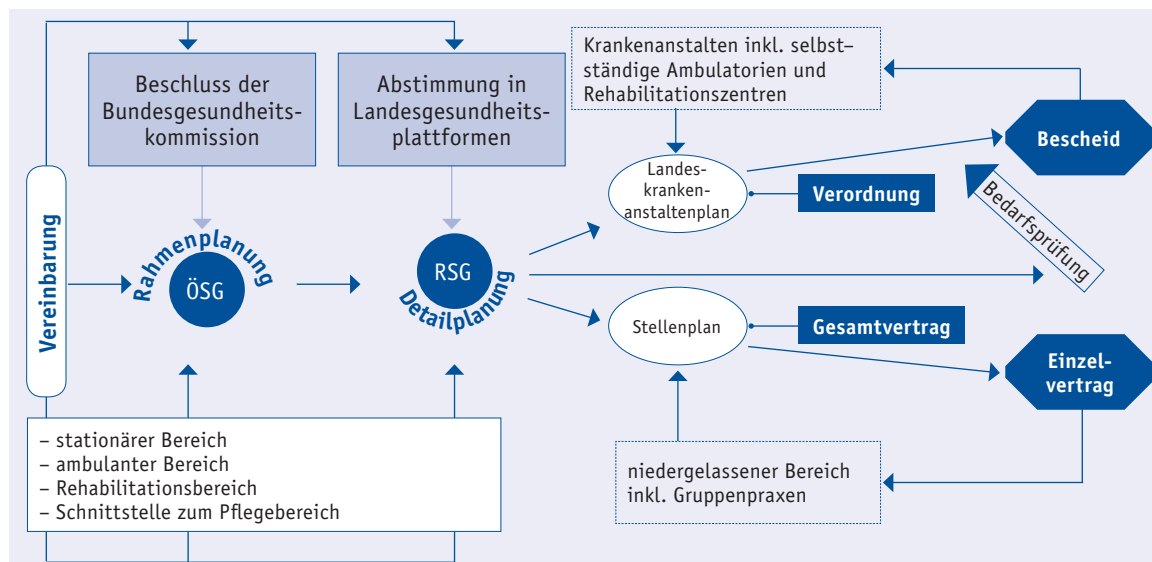
9.1 Die (stationäre und ambulante) Versorgungsplanung auf Landesebene im Rahmen der RSG war zwischen dem jeweiligen Land und der Sozialversicherung in den Landesgesundheitsfonds abzustimmen.

Die RSG waren für die Leistungserbringer, hauptsächlich Krankenanstalten und niedergelassene Ärzte, nicht verbindlich und daher als Krankenanstaltenpläne durch die Länder zu verordnen bzw. durch Verträge zwischen der Ärztekammer und den Krankenversicherungsträgern umzusetzen. Die folgende, dem ÖSG entnommene Abbildung veranschaulicht diesen Zusammenhang:

⁷ Höchstzahlen (bei erforderlichem Bettenabbau) oder Mindestzahlen (bei erforderlichen Kapazitätsaufstockungen in „zukunfts-kritischen“ Fachbereichen, wie z.B. Neurologie, Akutgeriatrie, Palliativmedizin).

Instrumente der österreichweiten
Krankenanstaltenplanung

Abbildung 1: Umsetzung der integrierten Versorgungsplanung



Anmerkung: Der als Verordnung festgelegte Landeskrankenanstaltenplan umfasst jedenfalls die landesfondsfinanzierten KA; bei sonstigen bettenführenden KA hat die Bedarfsprüfung unter Berücksichtigung der Ergebnisse der Planungen des jeweiligen RSG zu erfolgen.

Quelle: ÖSG 2012

Das KAKuG enthielt keine weiteren Hinweise zur Maßgeblichkeit der RSG für die Landeskrankenanstaltenpläne. Gemäß § 10a hatte die Landesgesetzgebung die Landesregierung zu verpflichten, im Rahmen eines RSG für Fondskrankenanstalten einen Landeskrankenanstaltenplan durch Verordnung zu erlassen, der sich im Rahmen des ÖSG befand.

9.2 Der RH kritisierte, dass die RSG gemäß ÖSG für die Leistungserbringer nicht verbindlich waren. Er bemängelte, dass der Bund auch im KAKuG nicht klarstellte, inwieweit die RSG für die Verordnung der Landeskrankenanstaltenpläne maßgeblich waren. Nach Ansicht des RH wäre eine eindeutige Klarstellung des Verhältnisses zwischen den RSG und den Landeskrankenanstaltenplänen geboten. Im Übrigen verwies der RH auf seine Anmerkungen zum – in der genannten KAKuG-Bestimmung wiederholt verwendeten – Begriff der Rahmenplanung (siehe TZ 8).

Der RH empfahl dem BMG daher, auf einen Rechtsrahmen (Art. 15a-Vereinbarung und KAKuG) hinzuwirken, der eine verbindliche Wirkung der Planungen auf Bundes- (ÖSG) und auf Landesebene (RSG) in vollem Umfang sicherstellt. Dabei wäre bereits in den Art. 15a-Vereinbarungen die Verbindlichkeit des ÖSG festzuschreiben. Die Verbindlichkeit der RSG für die Leistungserbringer sollte eindeutig klargestellt

werden; dadurch würde sich nach Ansicht des RH auch die Verordnung von Landeskrankenanstaltenplänen erübrigen.

Der RH verwies in diesem Zusammenhang auf ein Erkenntnis des VfGH⁸, nach dem die Krankenanstaltenplanung einem besonders wichtigen Interesse dient und nach bundesweit einheitlichen Grundsätzen und Zielen erfolgen muss, um ihren Zweck zu erfüllen.

- 9.3 *Das BMG hielt in seiner Stellungnahme fest, dass es aufgrund der Kompetenzverteilung und des Stufenbaus der Rechtsordnung nicht möglich sei, in einer Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG oder im KAKuG eine direkte Verbindlichkeit des ÖSG für die Landeskrankenanstaltenpläne festzuschreiben. Es sei unzulässig, eine oberste Behörde wie die Landesregierung an die Beschlüsse einer Kommission zu binden.*

Die RSG würden die Konkretisierung des ÖSG auf Länderebene darstellen. Deren rechtliche Umsetzung habe, wie im KAKuG festgelegt, in Form von verbindlichen Krankenanstaltenplänen der Länder (Verordnungen) zu erfolgen. Diese dürften den RSG nicht widersprechen. Aus Sicht des BMG sei das Verhältnis zwischen RSG und Landeskrankenanstaltenplan schon derzeit eindeutig geregelt bzw. dargestellt.

- 9.4 Dem RH war die Problemlage auf Basis der verfassungsrechtlichen Vorgaben bewusst. Er verwies in diesem Zusammenhang auf seine Kritik in TZ 3, wonach das in der jeweiligen Art. 15a-Vereinbarung definierte Planungs- und Steuerungssystem ab dem Jahr 2005 stark abgeschwächt wurde.

Der RH hielt seine Empfehlung aufrecht, bereits in den Art. 15a-Vereinbarungen die Verbindlichkeit des ÖSG festzuschreiben und die Verbindlichkeit der RSG für die Leistungserbringer eindeutig klarzustellen.

- 10 Die quantitativen Planungsaussagen des ÖSG waren hauptsächlich in drei Matrizen dargestellt, die das ÖBIG⁹ aus einem von ihm entwickelten und verwalteten Simulationsmodell herleitete. Der RH analysierte die Methode der Gewinnung dieser Planungsaussagen sowie

⁸ B136/03

⁹ Das Österreichische Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG) wurde im Jahr 2006 als Geschäftsbereich in die GÖG integriert. Es war vor und auch nach der Integration in die GÖG mit Arbeiten zur Gesundheitsplanung befasst.

Instrumente der österreichweiten Krankenanstaltenplanung

die Form ihrer Darstellung. Die Planungsgrundlagen waren die Versorgungsmatrix, die Planungsmatrix sowie die Bettenmessziffer.¹⁰

Versorgungsmatrix

- 11.1** Die Versorgungsmatrix war das Instrument zur Planung der stationären Aufenthalte und somit Ausgangspunkt der Kapazitätsplanung des ÖSG. Die „quellbezogene Darstellung“ umfasste alle stationären Aufenthalte der Wohnbevölkerung des jeweiligen Bundeslandes bzw. der jeweiligen Versorgungsregion („Quellregion“).¹¹ Die Versorgungsmatrix bestand aus rd. 700 Zeilen und 70 Spalten und war – wie beispielhaft aus dem folgenden Auszug erkennbar ist – nach Leistungs- bzw. Diagnosengruppen (VMMHG)¹² gegliedert:

¹⁰ Daneben enthielt der ÖSG weitere Planungsaussagen bzw. Planungsrichtwerttabellen, die in diesem Bericht nicht näher behandelt werden (bspw. Angaben zur Mindestreichbarkeit für den akutstationären Bereich und zur Mindestbettenanzahl für Abteilungen, Einwohnerrichtwerte für die Großgeräteplanung; qualitative Planungsaussagen in der Leistungsmatrix).

¹¹ Im Gegensatz dazu stand die sogenannte „zielbezogene“ Darstellung, die auch die Versorgung von Gastpatienten aus anderen Versorgungsregionen oder Bundesländern sowie aus dem Ausland berücksichtigte.

¹² Die stationären Aufenthalte waren nach Gruppen medizinischer Einzelleistungen (MEL) bzw. Hauptdiagnosen (HD) gemäß dem Modell der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung (LKF) gegliedert (MHG = MEL- bzw. HD-Gruppe gemäß LKF-Modell). Für die Darstellung in der Versorgungsmatrix wurden Obergruppen der MHG gebildet (VMMHG = Obergruppen der MHG in der Versorgungsmatrix).

Tabelle 3: Auszug aus der Versorgungsmatrix des ÖSG 2012

VMMHG (Aufenthalte)	Jahr	VR 11 Burgenland–Nord	VR 12 Burgenland–Süd	Burgenland	Burgenland – davon inländische Gastpatienten	Burgenland – davon ausländische Gastpatienten	VR 21 Kärnten–Ost	VR 22 Kärnten–West	Kärnten	Kärnten – davon inländische Gastpatienten	Kärnten – davon ausländische Gastpatienten
(H01.a) Infektiöse Erkrankung des Gehirns/ Rückenmarks und seiner Häute	2011	35	20	55	- 7	0	73	82	155	- 7	3
	2015	46	24	70		0	82	57	139		3
	2020			72		0			141		3
(H01.b) Maligne Neoplasien – Nervensystem	2011	101	24	125	- 71	3	84	36	120	- 8	3
	2015	85	47	132		3	151	101	252		3
	2020			139		3			261		3
(H01.c) Benigne Neoplasien und Abszesse – Nervensystem	2011	54	38	92	- 27	0	56	52	108	- 20	0
	2015	55	29	84		0	96	64	160		0
	2020			88		0			165		0
(H01.d) Zerebrale Degenerationen	2011	34	16	50	- 22	1	39	27	66	- 2	1
	2015	27	14	41		1	46	32	78		1
	2020			43		1			83		1

VR: Versorgungsregion

Quelle: ÖSG 2012

Die Planaufenthalte errechnete das ÖBIG mit Unterstützung medizinischer Expertengremien. Sie basierten auf der Entwicklung der Ist-Werte gemäß der Diagnosen- und Leistungsdokumentation der Krankenanstalten¹³ und berücksichtigten die regionale demographische sowie die medizinisch-technische Entwicklung.

Die Versorgungsmatrix enthielt Angaben zum Saldo der inländischen Gastpatienten¹⁴ sowie zur Anzahl der für die Versorgung ausländischer Gastpatienten angefallenen Aufenthalte.¹⁵ Diese Angaben waren erfor-

¹³ Die Informationen wurden im vom BMG betriebenen Dokumentations- und Informationssystem für Analysen im Gesundheitswesen (DIAG) bereitgestellt. Der ÖSG 2012 enthielt Daten des Jahres 2011.

¹⁴ Der Saldo entspricht der Anzahl der Aufenthalte inländischer Gastpatienten (aus anderen Bundesländern) abzüglich der Anzahl der zur Versorgung von Patienten aus der Quellregion in anderen Bundesländern angefallenen Aufenthalte. Diese Angaben wurden nur im Ist-Stand, im ÖSG 2012 für das Jahr 2011, dargestellt.

¹⁵ Die Anzahl der für die Versorgung ausländischer Gastpatienten angefallenen Aufenthalte wurde bis 2015/2020 als konstant angenommen.

Instrumente der österreichweiten Krankenanstaltenplanung

derlich, um in einem nachgelagerten Planungsschritt (siehe dazu TZ 15) die in einem Bundesland oder einer Versorgungsregion insgesamt anfallenden Planaufenthalte („zielbezogene“ Darstellung) zu ermitteln. Die Gastpatientenströme waren lediglich auf der Ebene des Bundeslandes, nicht jedoch auf der für die Detailplanung relevanten Ebene der Versorgungsregion ausgewiesen.¹⁶

Schließlich enthielt die Versorgungsmatrix für jede Leistungs- bzw. Diagnosengruppe eine Potenzialabschätzung für den Anteil tagesklinischer Fälle (sogenannte Nulltagesaufenthalte).

- 11.2** Der RH hielt kritisch fest, dass die – grundsätzlich als Ausgangspunkt für die Kapazitätsplanung geeignete – Versorgungsmatrix auf Angaben zum Saldo der inländischen Gastpatientenströme auf Ebene der Versorgungsregionen verzichtete. Diese aus der Diagnosen- und Leistungsdokumentation der Krankenanstalten zentral verfügbare Information wäre ohne nennenswerten Aufwand in die Versorgungsmatrix zu integrieren und würde Kapazitätsplanung sowie das Monitoring der Detailplanungen wesentlich erleichtern.

Der RH empfahl daher dem BMG, im Zuge der nächsten ÖSG-Revision darauf hinzuwirken, dass die Versorgungsmatrix die Salden der inländischen Gastpatientenströme auch auf Ebene der Versorgungsregionen ausweist.

- 11.3** *Laut Stellungnahme des BMG stelle die Versorgungsmatrix auf den Versorgungsbedarf einer Region (quellbezogen) ab, nehme jedoch nicht darauf Bezug, in welcher Region die Versorgung erfolgt.*
- 11.4** Der RH stellte klar, dass seine Empfehlung darauf abzielte, die zielbezogene Darstellung in den Fokus zu rücken, weil seiner Ansicht nach die in einer Versorgungsregion insgesamt (einschließlich Gastpatienten) anfallenden Planaufenthalte planungsrelevant waren.

Planungsmatrix

- 12.1** (1) Die zweite zentrale Grundlage der Kapazitätsplanung im ÖSG war die Planungsmatrix. Sie enthielt neben Daten zu den Krankenanstalten auch eine Übersichtsdarstellung der in den übrigen Versorgungsbereichen eingesetzten Ressourcen und gab – wie die Versorgungsma-

¹⁶ Die aus der Diagnose- und Leistungsdokumentation stammenden Daten betreffend die Patientenströme waren auch auf Ebene der Versorgungsregion sowie auf Ebene der Gemeinden zentral verfügbar, wurden aber in der Versorgungsmatrix nicht ausgewiesen.

trix – die Anzahl der stationären Aufenthalte (Ist- und Planwerte) der Wohnbevölkerung wieder.¹⁷ Im Unterschied zur Versorgungsmatrix waren die Aufenthalte in der Planungsmatrix jedoch nach Fachrichtungen und nicht nach Leistungs- bzw. Diagnosengruppen gegliedert, wie die folgende beispielhafte Tabelle veranschaulicht:¹⁸

Tabelle 4: Planungsmatrix am Beispiel eines Bundeslandes und einer Versorgungsregion

Burgenland								
Akut-Krankenanstalten (FKA, UKH, SAN)	EW insgesamt (2011):						284.907	
Versorgungssituation 2011	INT	KI	KCH	KJP	CH	NC	IM	GGH
Akutbetten (tatsächliche Betten) 2011	64	58	0	0	207	0	387	93
Stationäre Aufenthalte 2011 (QuellR)	-	3.526	345	140	11.963	665	28.111	6.399
– davon "Nulltagesaufenthalte" 2011 (QuellR)	-	849	74	6	1.557	132	7.903	792
Stationäre Aufenthalte (Richtwert 2015, QuellR)	-	3.590	1.068	710	12.297	688	27.413	7.590
– davon "Nulltagesaufenthalte" 2015 (QuellR)	-	775	284	4	2.861	78	8.046	2.481
Ausbildungsstellen 2011 (Akut-KA und RZ)	18,5	6	0	0	14	0	28,5	10,5

Versorgungsregion 11: Burgenland-Nord								
Akut-Krankenanstalten (FKA, UKH, SAN)	EW insgesamt (2011):						187.219	
Versorgungssituation 2011	INT	KI	KCH	KJP	CH	NC	IM	GGH
Akutbetten (tatsächliche Betten) 2011	38	27	0	0	120	0	244	61
Stationäre Aufenthalte 2011 (QuellR)	-	2.383	212	96	7.692	498	19.477	4.474
– davon "Nulltagesaufenthalte" 2011 (QuellR)	-	718	28	5	1.118	115	6.287	592
Stationäre Aufenthalte (Richtwert 2015, QuellR)	-	-	-	-	-	-	-	-
– davon "Nulltagesaufenthalte" 2015 (QuellR)	-	-	-	-	-	-	-	-

Quelle: ÖSG 2012

Die Tabelle zeigt, dass die Planaufenthalte nur auf Landesebene ausgewiesen wurden. Auf der für die Detailplanungen relevanten Ebene der Versorgungsregionen waren in der Planungsmatrix – im Gegensatz zur Versorgungsmatrix – nur Istwerte enthalten.

(2) Die Planungsmatrix enthielt keine Angaben zu den in den einzelnen Fachrichtungen geplanten Bettenkapazitäten. Dadurch war ein

¹⁷ Die jeweiligen Gesamtsummen der stationären Aufenthalte in der Planungsmatrix und in der Versorgungsmatrix stimmten nicht überein. Dies lag einerseits daran, dass ausländische Gastpatienten in der Versorgungsmatrix der Quellregion zugerechnet wurden, während sie in der Planungsmatrix nicht berücksichtigt wurden. Andererseits waren in der Planungsmatrix – im Unterschied zur Versorgungsmatrix – die stationären Aufenthalte der aus bestimmten Fachrichtungen entlassenen Patienten nicht enthalten. Dies betraf Bereiche, in denen in der Regel keine Patienten aufgenommen werden und diente der Vermeidung von Doppelzählungen.

¹⁸ Zum Zweck der Erstellung der Planungsmatrix wurden die einzelnen Diagnosen/Leistungen den jeweiligen Fachrichtungen zugeordnet („Transformation“).

Instrumente der österreichweiten Krankenanstaltenplanung

Vergleich mit den Detailplanungen, die diese Angaben zum fachrichtungsspezifischen Bettenbedarf enthielten, nicht möglich.¹⁹

12.2 (1) Der RH kritisierte, dass die Anzahl der Planaufenthalte in der Planungsmatrix lediglich auf der Ebene des Bundeslandes und nicht für die Versorgungsregionen ausgewiesen war, weil dadurch die Nachvollziehbarkeit eingeschränkt war.

(2) Nach Ansicht des RH war die Planungsmatrix insbesondere für Evaluierungszwecke nur eingeschränkt geeignet. Die aus der Versorgungsmatrix stammenden Planaufenthalte je Leistungs- bzw. Diagnosengruppe wurden für die Planungsmatrix zwar in stationäre Aufenthalte je Fachrichtung transformiert²⁰, es unterblieb jedoch die Ermittlung und Darstellung des fachrichtungsspezifischen Bettenbedarfs (siehe dazu TZ 15 und 23).²¹

Der RH empfahl dem BMG, im Zuge der nächsten ÖSG–Revision darauf hinzuwirken, dass künftig eine adaptierte und um den fachrichtungsspezifischen Bettenbedarf auf Ebene der Versorgungsregion ergänzte Fassung der Planungsmatrix erstellt wird.²² Dabei sollten die Gastpatientenströme zwischen den Versorgungsregionen berücksichtigt werden. Dies würde die Effizienz des Planungsprozesses steigern, weil standardisierte Berechnungen nicht in jedem Bundesland gesondert durchgeführt werden müssten.

Der RH hob hervor, dass die Umsetzung dieser Empfehlung die Überprüfung der ÖSG–Konformität der Detailplanungen ermöglichen würde (siehe dazu TZ 23). Planabweichungen wären dennoch möglich, insbesondere nach Begründung im Zuge des Monitoring–Prozesses. Der

¹⁹ Die Umrechnung von Aufenthalten je Fachrichtung in Betten je Fachrichtung nahmen die Länder im Rahmen der Detailplanungen vor. Dabei verwendeten sie weitgehend standardisierte Werte zur durchschnittlichen Belagsdauer, zum Anteil der Nulltagesaufenthalte und zu angestrebten Auslastungsgraden. Die von den Ländern angewendete Methodik der Ermittlung von Planaussagen in den jeweiligen RSG ist zum Teil in den Planungsdokumenten der Länder nachzulesen, wurde aber nicht in allen Fällen offenlegt (siehe dazu TZ 23).

²⁰ Die medizinischen Leistungen bzw. Diagnosengruppen wurden vom ÖBIG mittels einer sogenannten „Transformationsmatrix“ den entsprechenden Fachrichtungen zugeordnet. Die Transformationsmatrix basierte auf den zur Zeit des ÖKAP/GGP entwickelten fachspezifischen Leistungsspektren.

²¹ Nach Ansicht des RH bestand hinsichtlich der Umrechnung von Planaufenthalten in Planbetten kaum fachlich fundierter Ermessensspielraum. Der RH vertrat die Ansicht, dass diese Berechnung bundesweit einheitlich unter Offenlegung der getroffenen Annahmen (durchschnittliche Belagsdauer, angestrebter Tagesklinikanteil und Auslastungsgrad) erfolgen sollte und dass Abweichungen der Länder von diesem Standard im Rahmen des Monitoring–Prozesses zu begründen wären.

²² Den Ländern obläge es, im Rahmen der Detailplanung die Planbetten den einzelnen Krankenanstalten–Standorten zuzuordnen.

RH erachtete in diesem Zusammenhang die Planung interdisziplinär zu nutzender Bettenbereiche als zweckmäßig.

- 12.3** *Laut Stellungnahme des BMG sei die Darstellung der Planaufenthalte nach Fachrichtungen problematisch, weil die medizinischen Leistungen nicht immer einer einzigen Fachrichtung zuordenbar seien. Dies könne dazu führen, dass bestimmte Leistungen in einer Region in einer anderen Fachrichtung erbracht würden als in einer anderen Region. Zu starre Planungsrichtwerte, etwa die Festlegung von Planaufhalten je Fachrichtung auf tieferer regionaler Ebene, würden die Flexibilität für Leistungsverschiebungen vom stationären in den ambulanten Versorgungsbereich erheblich einschränken. Die Ermittlung des Bettenbedarfs je Fachrichtung könne zu einer unerwünschten Festschreibung eines „künstlichen“ Bettenbedarfs führen.*

Die Berücksichtigung inländischer Gastpatientenströme sei wegen des Bezugs der Planungsmatrix auf die Quellregion nicht möglich und könne nur in einer Darstellung erfolgen, die sich auf die Zielregionen bezieht. Dabei müsse berücksichtigt werden, dass es künftig auch zu Verschiebungen bei den Gastpatientenströmen kommen kann.

Die GÖG hielt ergänzend fest, dass eine allfällige Erweiterung der Inhalte des ÖSG auf regionaler Ebene nur gemeinsam mit einer Neubestimmung des Verhältnisses zwischen ÖSG und RSG erfolgen könne.

- 12.4** Der RH nahm die Ausführungen des BMG betreffend die Zuordnung medizinischer Leistungen auf Fachrichtungen zur Kenntnis. Er hielt es aber dennoch für zweckmäßig, die Methode der Ermittlung des fachrichtungsspezifischen Bettenbedarfs bundesweit zu harmonisieren und offenzulegen (siehe TZ 15), nicht zuletzt um ein einheitliches Versorgungsniveau für die Bevölkerung zu gewährleisten. In einzelnen Bundesländern abweichende Zuordnungen von Leistungen auf Fachrichtungen wären im Rahmen des Monitoring-Prozesses zu begründen.

Der RH war sich auch der Gefahr bewusst, dass präzisere Planvorgaben unbeabsichtigt zur Konservierung bestehender Strukturen führen können, und betonte daher noch einmal die Zulässigkeit von – im Zuge des Monitoring-Prozesses nachvollziehbar begründeten – Planabweichungen.

Der RH teilte die Ansicht des BMG nicht, dass in einer adaptierten Planungsmatrix die Berücksichtigung der inländischen Gastpatientenströme nicht möglich sei. Nach seiner Ansicht waren die insgesamt in einer Versorgungsregion (einschließlich Gastpatienten) anfallenden Planaufenthalte planungsrelevant (siehe TZ 11).

Instrumente der österreichweiten Krankenanstaltenplanung

Bettenmessziffer

- 13.1** (1) Der ÖSG enthielt neben der Versorgungsmatrix und der Planungsmatrix mit der sogenannten Bettenmessziffer eine weitere Grundlage für die Kapazitätsplanung: Die Bettenmessziffer stellte die erforderliche Versorgungsdichte (Bettenkapazität) dar und gab – gegliedert nach Fachrichtungen – die Anzahl der systemisierten Betten²³ pro 1.000 Einwohnern an, wie die folgende Tabelle beispielhaft veranschaulicht:

Fachrichtung/Fachbereich	Err.(Min.)	BMZmin	BMZmax	BMZ 2011	BMZ
Intensivbereiche (INT/IS)	45	0,21	0,36	0,18	6
Intensivüberwachungsbereiche (INT/UE)	30			0,10	4
Kinder- und Jugendheilkunde (KI)	45	0,16	0,27	0,19	20
Kinder- und Jugendchirurgie (KCH)	*	0,04	0,06	0,04	25
Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP)	60	0,08	0,13	0,04	30
Chirurgie (CH)	30 bis 45	0,52	0,87	0,82	30
Neurochirurgie (NC)	60	0,06	0,09	0,06	30
Innere Medizin (IM)	30	1,04	1,73	1,55	30
Gynäkologie und Geburtshilfe (GGH)	45	0,24	0,40	0,40	25
Neurologie (NEU)	45	0,21	0,35	0,24	30
Neurologische Akut-Nachbehandlung/Stufe B (NEU-ANB/B)	90	0,03	0,05	0,03	3
Neurologische Akut-Nachbehandlung/Stufe C (NEU-ANB/C)	90	0,09	0,15	0,07	8
Psychiatrie (PSY)	60	0,34	0,57	0,51	30
Dermatologie (DER)	90	0,06	0,09	0,09	25
Augenheilkunde (AU)	60	0,06	0,11	0,11	20
Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde (HNO)	60	0,09	0,15	0,14	25
Urologie (URO)	60	0,11	0,18	0,16	25
Plastische Chirurgie (PCH)	*	0,02	0,03	0,03	15
Pulmologie (PUL)	*	0,10	0,16	0,14	30
Orthopädie und orthopädische Chirurgie (OR)	45	0,26	0,43	0,30	30
Unfallchirurgie (UC)	30 bis 45	0,30	0,50	0,46	20
Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie (MKG)	*	*	*	0,03	15
Strahlentherapie-Radioonkologie (STB)	90	*	*	0,03	*
Nuklearmedizinische Therapie (NUKT)	*	*	*	0,01	*
Psychosomatik/Erwachsene (PSOE)	90	0,05	0,08	0,05	*
Psychosomatik/Säuglinge, Kinder und Jugendliche (PSOK)	90	0,02	0,03	0,01	*
Akutgeriatrie/Remobilisation (AG/R)	45	0,34	0,56	0,18	24
Remobilisation/Nachsorge (RNS)	*	*	*	0,02	24
Palliativmedizin (PAL)	60	0,05	0,08	0,03	8
Gemischter Belag (GEM)	*	*	*	0,39	*
Summe	*	4,49	7,49	6,35	*

* Angaben nicht verfügbar

Quelle: ÖSG 2012

²³ in Fondskrankenanstalten, Unfallkrankenhäusern und Sanatorien

Während die Spalte „BMZ 2011“ die aktuellen Istwerte enthielt, stellten „BMZmin“ und „BMZmax“ die unteren und oberen Intervallgrenzen dar, die nur in begründeten Ausnahmefällen unter- bzw. überschritten werden sollten.

(2) Weil sich die Bettenmessziffer auf das gesamte Bundesgebiet bezog, sollten die Intervallgrenzen die „Berücksichtigung epidemiologischer und intersektoraler Versorgungsspezifika einer Region“ ermöglichen. Regionale Austauschbeziehungen (Gastpatienten) konnten laut ÖSG dadurch „in Einzelfällen nicht in vollem Umfang abgebildet“ werden und waren „im Rahmen der regionspezifischen Detailplanung in den RSG gegebenenfalls zusätzlich zu berücksichtigen“.

Die Intervallgrenzen umfassten einen Bereich von $\pm 25\%$ um den (nicht explizit ausgewiesenen) Bettenmessziffer-Mittelwert. Dieser basierte auf den in der Versorgungs- und Planungsmatrix enthaltenen Informationen, ließ die in den beiden genannten Matrizen berücksichtigten regionalen Besonderheiten jedoch außer Acht.

13.2 (1) Der RH kritisierte, dass regionale Besonderheiten – etwa komplementäre Versorgungsangebote oder Krankheitshäufigkeiten – sowie Gastpatientenströme bei der Ermittlung der Bettenmessziffer nicht berücksichtigt waren. Sie war daher als Rahmenvorgabe für die Detailplanungen untauglich, zumal der ÖSG festlegte, dass selbst eine Verletzung der Intervallgrenzen nicht notwendigerweise eine Missachtung der Rahmenvorgaben darstellte.

(2) Der RH vertrat die Ansicht, dass die Bettenmessziffer aufgrund der genannten Relativierungen weder für Planungs- und Steuerungszwecke noch für Evaluierungszwecke geeignet war.

Er empfahl daher dem BMG, im Zuge der nächsten ÖSG-Revision darauf hinzuwirken, dass auf die Darstellung der Bettenmessziffer im ÖSG künftig verzichtet wird. Der RH verwies auf seine Empfehlung (siehe TZ 12), die Planungsmatrix um die Darstellung des fachrichtungsspezifischen Bettenbedarfs auf Ebene der Versorgungsregionen zu ergänzen und dabei die Gastpatientenströme zwischen den Versorgungsregionen zu berücksichtigen. Dadurch könnten sowohl die Detailplanungen als auch die Überprüfung ihrer ÖSG-Konformität wesentlich vereinfacht werden.

13.3 *Laut Stellungnahme des BMG sei die Bettenmessziffer ein zentraler Planungsrichtwert, der österreichweit einheitlich gültig sei. Sie ermögliche durch ihre Darstellung als Intervall die Berücksichtigung regionaler Besonderheiten, sei unter der Voraussetzung detaillierter Kennt-*

Instrumente der österreichweiten Krankenanstaltenplanung

nisse dieser Besonderheiten und der Gründe für allfällige Abweichungen für Planungs-, Steuerungs- und Evaluierungszwecke geeignet und solle daher weiterhin im ÖSG als Planungsrichtwert enthalten bleiben. Die Empfehlung des RH, statt dessen die Planungsmatrix um die Darstellung des fachrichtungsspezifischen Bettenbedarfs zu ergänzen und dabei die Gastpatientenströme zwischen den Versorgungsregionen zu berücksichtigen, erachtete das BMG als Rückschritt in Richtung starre Vorgaben, die keinen Spielraum lassen würden, regionale oder lokale Potenziale für Bettenreduktionen zu nutzen.

Laut Stellungnahme der GÖG verstehe sich der ÖSG als bundesweites Planungsinstrument, das regionale Besonderheiten durch die Bandbreiten der BMZ-Intervalle durchaus abdecke. Die Bettenmessziffer sei eine wesentliche Kenngröße für die Krankenanstaltenplanung und solle daher weiterhin im ÖSG enthalten sein.

- 13.4** Der RH entgegnete dem BMG und der GÖG, dass die Bettenmessziffer gerade wegen ihrer Darstellung als Intervall mit einer sehr großen Bandbreite von +/- 25 % weder für Planungs- und Steuerungszwecke noch für Evaluierungszwecke geeignet war. Selbst das BMG hatte in seiner Stellungnahme eingeräumt, dass zur richtigen Interpretation der Bettenmessziffer detaillierte Kenntnisse der jeweiligen regionalen Gegebenheiten und der Gründe für allfällige Abweichungen erforderlich seien. Aus Sicht des RH sollte die Bettenmessziffer daher lediglich zu Informationszwecken weiterhin im ÖSG angeführt werden.

Der RH teilte die Bedenken des BMG nicht, dass die Nutzung von Potenzialen für Bettenreduktionen durch eine Präzisierung der Planungsvorgaben vereitelt werden könnte. Die vom BMG in seiner Stellungnahme angesprochenen detaillierten Kenntnisse der jeweiligen regionalen Gegebenheiten lagen nach Ansicht des RH insbesondere bei den regionalen bzw. lokalen Planungsinstanzen und sollten daher für die nachvollziehbare Begründung allfälliger Planabweichungen im Rahmen des Monitoring-Prozesses herangezogen und damit transparent gemacht werden. In diesem Sinne bekräftigte der RH seine Empfehlungen zur Adaptierung der Planungsmatrix (siehe TZ 12).

Kapazitätsplanung

- 14.1** (1) Die folgende Tabelle gibt einen Überblick über die in den bisherigen österreichweiten Instrumenten der Krankenanstaltenplanung enthaltenen Angaben zu den erforderlichen Bettenkapazitäten:

Tabelle 6: Darstellung der Kapazitätsplanung des akutstationären Bereichs in den Instrumenten der österreichweiten Krankenanstaltenplanung

Plan	Inhalt	Anmerkung
ÖKAP/GGP	Planbetten je Fachrichtung und Bundesland Bettenobergrenzen je Krankenanstalt	
ÖSG 2006	Planbetten je Fachrichtung und Bundesland	im Gegensatz zum ÖKAP/GGP keine Bettenobergrenzen je Krankenanstalt
ÖSG 2008	Planbetten je Fachrichtung und Bundesland	Angaben nur mehr interimistisch bis zum Inkrafttreten der jeweiligen RSG enthalten; ab Inkrafttreten RSG nur mehr zur Information
ÖSG 2010	Planbetten je Fachrichtung und Bundesland	Angaben nur mehr zu Informationszwecken enthalten
ÖSG 2012	–	Verweis auf RSG-Monitoring (siehe dazu TZ 23)

Quelle: ÖSG

Wie aus der Tabelle ersichtlich, entfiel bereits im ÖSG 2006 die Bettenplanung auf der Ebene der Krankenanstalt, während der ÖKAP/GGP bis zuletzt Bettenobergrenzen für die Fondskrankenanstalten verpflichtend festlegte. Ebenso wenig enthielt der ÖSG Rahmenvorgaben zu den in den Versorgungsregionen erforderlichen Bettenkapazitäten.

(2) Im Zuge der seit 2006 erfolgten Revisionen des ÖSG wurden die Informationen zur Kapazitätsplanung sukzessive reduziert. Der ÖSG 2010 enthielt zu den geplanten Bettenkapazitäten nur mehr die aus den RSG übernommenen Werte, der ÖSG 2012 nur noch einen Verweis auf das aktuell verfügbare RSG-Monitoring.

14.2 Der RH kritisierte, dass die im ÖSG abgebildeten Informationen zur Kapazitätsplanung schrittweise reduziert wurden, obwohl sie ohnedies bereits einen im Vergleich mit dem ÖKAP/GGP geringeren Informationsgehalt aufgewiesen hatten. Dies erhöhte die Intransparenz hinsichtlich der Einhaltung der im ÖSG enthaltenen Rahmenvorgaben und schränkte die Möglichkeiten des Bundes zur Steuerung des stationären Bereichs der Krankenanstalten weiter ein.

14.3 *Das BMG wies in seiner Stellungnahme darauf hin, dass die Bettenplanung im ÖKAP/GGP fast ausschließlich auf die bestehende Angebotsstruktur aufgebaut gewesen sei und diese damit im Wesentlichen fortgeschrieben habe. Die den Planungsrichtwerten des ÖSG zugrundeliegende Methodik orientiere sich hingegen an Paradigmen der Versorgungsforschung und sei die bestmögliche und fortschrittlichste Vorgehensweise zur Generierung von Rahmengrundlagen für die Planungen auf regionaler Ebene, die derzeit machbar sei.*

14.4 Der RH entgegnete dem BMG, dass sich seine Kritik und seine Empfehlung nicht auf die Planungsmethode, sondern auf die im ÖSG abgebildeten Informationen zur Kapazitätsplanung bezogen.

Rolle des Bundes bei der Erstellung der Detailplanungen

Zentrale und dezentrale Planung


15.1 Die folgende Tabelle veranschaulicht den Ablauf des Kapazitätsplanungsprozesses, wobei zwischen zentraler und dezentraler Aufgabewahrnehmung differenziert wird:


Tabelle 7: Prozess der Kapazitätsplanung im Überblick		
Prozessschritt	Quelle	Daten
Ermittlung der Planaufenthalte der Wohnbevölkerung je Versorgungsregion Gliederung nach Leistungs- bzw. Diagnosengruppen	Versorgungsmatrix	Diagnose- und Leistungsdokumentation regionale demographische sowie medizinisch-technische Entwicklung
Ermittlung der Planaufenthalte der Wohnbevölkerung je Bundesland Gliederung nach Fachrichtungen	Planungsmatrix	Transformationsmatrix einschließlich fachspezifischer Leistungsspektren Zuordnungssystematik VMMHG <=> MHG
Ermittlung der erforderlichen Versorgungsdichte (Betten-äquivalente pro 1.000 Einwohner)	Bettenmessziffer	Krankenanstaltenstatistik KDok des BMG Transformationsmatrix Auslastung bestehender stationärer Einrichtungen medizinisch-technische Entwicklung
Ermittlung der Planaufenthalte je Versorgungsregion (inklusive Gastpatienten) Gliederung nach Fachrichtungen	keine Darstellung	Diagnose- und Leistungsdokumentation ÖSG-Werkzeugkiste Gastpatientenströme auf Ebene der Versorgungsregion bzw. Gemeinde
Ermittlung des fachrichtungsspezifischen Bettenbedarfs je Versorgungsregion Gliederung nach Fachrichtungen	RSG Landeskrankenanstaltenplan	durchschnittliche Belagsdauer NTA-Potenzial Soll-Auslastung
Ermittlung des fachrichtungsspezifischen Bettenbedarfs je Krankenanstalt Gliederung nach Fachrichtungen	RSG Landeskrankenanstaltenplan	komplementäre Versorgungsangebote Erreichbarkeit Schwerpunktsetzungen Kooperationen und Krankenanstaltenverbünde länderspezifische Leistungszuordnung Standortgarantien

VMMHG: Obergruppen der MEL- bzw. HD-Gruppen in der Versorgungsmatrix

MHG: Medizinische Einzelleistungs- und Hauptdiagnosen-Gruppen

NTA-Potenzial = Potenzial für die Steigerung von Nulltagesaufenthalten

 = zentrale Durchführung/Erstellung/Datenverfügbarkeit

 = dezentrale Durchführung/Erstellung/Datenverfügbarkeit

Quelle: RH

Wie bereits erwähnt (TZ 11 bis 13), waren die für die Kapazitätsplanung relevanten Planungsgrundlagen die Versorgungsmatrix, die Planungsmatrix und die Bettenmessziffer. Diese Planungsgrundlagen erstellte das ÖBIG im Auftrag der Bundesgesundheitsagentur; die dafür erforderlichen Daten lagen zentral vor.

Auf Basis dieser Rahmenvorgaben des ÖSG erstellten die Länder ihre Detailplanungen. Zur Ermittlung der in den Versorgungsregionen erforderlichen Bettenkapazitäten waren die nachfolgend dargestellten Berechnungsschritte erforderlich:

Tabelle 8: Berechnungsschritte für Detailplanungen

Berechnungsschritt	Erläuterung
Ermittlung der in einer Versorgungsregion insgesamt, d.h. inklusive Gastpatienten, anfallenden Planaufenthalte je Leistungs- bzw. Diagnosengruppe	Ausgangspunkt waren die in der Versorgungsmatrix des ÖSG ausgewiesenen Planaufenthalte der Wohnbevölkerung. Die Berechnung erfolgte unter Berücksichtigung der Gastpatientenströme zwischen den Versorgungsregionen, die dafür erforderlichen Daten lagen zentral vor und wurden den Ländern vom Bund im Rahmen der sogenannten ÖSG-Werkzeugkiste zur Verfügung gestellt.
Ermittlung der in den einzelnen Fachrichtungen anfallenden Planaufenthalte	Die nach Leistungs- bzw. Diagnosengruppen gegliederten Aufenthalte wurden den einzelnen Fachrichtungen zugeordnet; die dafür erforderlichen Daten (Zuordnungssystematik, Transformationsmatrix) lagen zentral vor.
Ermittlung der in den einzelnen Fachrichtungen erforderlichen Planbetten	Der fachrichtungsspezifische Bettenbedarf wurde unter Berücksichtigung der durchschnittlichen Belagsdauer, des Anteils der Nulltagesaufenthalte und der angestrebten Auslastung ermittelt. Dabei wurde in der Regel von in Bezug auf den Bundesdurchschnitt standardisierten Werten ausgegangen.

Quelle: RH

Das Ergebnis dieser Berechnungen – der fachrichtungsbezogene Bettenbedarf je Versorgungsregion oder Krankenanstalt – wurde in den Detailplanungen der Länder dargestellt.²⁴ Die Länder legten ihre Planungs- und Berechnungsmethoden nicht offen; der Bund hatte darauf keinen Einfluss (siehe dazu auch TZ 23).

15.2 Der RH erachtete den Prozess der Kapazitätsplanung und die Aufgabenverteilung als überaus komplex und nur eingeschränkt zweckmäßig. Während das ÖBIG die Versorgungsmatrix zentral erstellte, erfolgten die weiteren Berechnungsschritte dezentral auf Landesebene, obwohl die dafür benötigten Informationen ohnedies zentral vorla-

²⁴ Die Detailplanungen der Länder wiesen in den meisten Fällen auch die in den einzelnen Krankenanstalten erforderlichen fachrichtungsspezifischen Planbetten aus.

Rolle des Bundes bei der Erstellung der Detailplanungen

gen²⁵ oder bundesweit standardisiert werden konnten.²⁶ Damit wurde nach Ansicht des RH ein innerhalb des Gesamtsystems vermeidbarer zusätzlicher Verwaltungsaufwand verursacht.

Aus Sicht des RH wäre es zweckmäßig, die Methode der Ermittlung des fachrichtungsspezifischen Bettenbedarfs bundesweit zu harmonisieren und offenzulegen, nicht zuletzt um ein bundesweit einheitliches Niveau der Versorgung für die Bevölkerung zu gewährleisten.²⁷ In einzelnen Bundesländern abweichende Zuordnungen von Leistungen auf Fachrichtungen wären im Rahmen des Monitoring-Prozesses zu begründen.

Der RH empfahl dem BMG daher, seine zentrale Koordinations- und Steuerungsfunktion wahrzunehmen und einen diesbezüglichen Standard zu erarbeiten; dieser wäre der Bundes-Zielsteuerungskommission zur Beschlussfassung vorzulegen.

15.3 *Das BMG sagte zu, die Möglichkeit einer bundesweiten Standardisierung zu prüfen. Eine entsprechende Festlegung bedürfe jedenfalls des Einvernehmens mit den Ländern.*

Regionale Strukturpläne Gesundheit

16.1 (1) Die Mitwirkung des Bundes bei der Erstellung der RSG war weder gesetzlich vorgesehen noch in den Art. 15a-Vereinbarungen festgelegt.²⁸ Insbesondere war bei RSG-Beschlüssen in den Entscheidungsgremien auf Landesebene die Zustimmung des Bundesvertreters nicht erforderlich. Dieser wurde von in Aussicht genommenen RSG-Beschlüssen informiert; das BMG gab in den meisten Fällen vor der Beschlussfassung der Detailplanungen eine unverbindliche Stellungnahme dazu ab.

(2) Das BMG bediente sich dabei des ÖBIG, das bei der stationären Versorgung neben der Einhaltung der Qualitätskriterien des ÖSG insbesondere die Einhaltung der Bettenmessziffer und der abteilungsspezifischen Mindestbettenanzahl prüfte. Eine Verletzung der Bettenmessziffer-Intervalls beanstandete das BMG jedenfalls in jenen Fällen

²⁵ fachspezifische Leistungsspektren bzw. Transformationsmatrix, Gastpatientenströme

²⁶ durchschnittliche Belagsdauer, Anteil der Nulltagesaufenthalte, Soll-Auslastung

²⁷ Dazu könnten etwa die bereits für den ÖKAP/GGP erstellten fachspezifischen Leistungsspektren bzw. die bereits zur Ermittlung der Bettenmessziffern verwendete Transformationsmatrix herangezogen werden.

²⁸ Gemäß Art. 4 Abs. 6 OrgFin 2008 waren die Detailplanungen der Bundesgesundheitsagentur im Wege der Landesgesundheitsfonds zur Kenntnis zu bringen.

nicht, in denen die geplante Kapazitätsveränderung auf die ÖSG-Konformität abzielte.²⁹

(3) Der Bund verfügte über ein Vetorecht gegen Beschlüsse der Gesundheitsplattformen bzw. der Landes-Zielsteuerungskommissionen, die gegen Beschlüsse der Bundesgesundheitskommission bzw. der Bundes-Zielsteuerungskommission verstießen. Er setzte dieses Vetorecht jedoch auch in jenen Fällen nicht ein, in denen die von den Ländern geplanten Kapazitätsveränderungen z.B. Abweichungen von den Intervallgrenzen zur Bettenmessziffer noch vergrößerten.³⁰ Auch in diesen Fällen beschränkte sich das BMG auf unverbindliche Anmerkungen im Rahmen der schriftlichen Stellungnahme, etwa in der Form, dass die in Aussicht genommene Planung nicht unterstützt werden könne bzw. noch einmal zu überprüfen sei.

Die vom BMG vorab geäußerten Bedenken hatten nicht notwendigerweise Einfluss auf die Beschlussfassungen in den Gesundheitsplattformen. So beschloss ein Land eine Erhöhung seiner Bettenkapazitäten im Intensivbereich, obwohl diese für das BMG unzureichend begründet war und die obere Bettenmesszifferintervallgrenze des ÖSG bereits zur Zeit der Stellungnahme überschritten wurde. Ein weiteres Land unterschritt die untere Bettenmesszifferintervallgrenze im Bereich Akutgeriatrie/Remobilisation bereits seit längerer Zeit deutlich, ohne eine substanzielle Aufstockung der Kapazitäten in dieser wegen der demographischen Entwicklung als zukunfts-kritisch erachteten Fachrichtung vorzunehmen. Ob und inwieweit den Stellungnahmen des BMG Rechnung getragen wurde, war für den RH nicht in allen Fällen nachvollziehbar, zumal das RSG-Monitoring (siehe dazu TZ 23) keine Aussage darüber traf, inwieweit sich die Detailplanungen der Länder im Rahmen des ÖSG bewegten.

16.2 (1) Der RH hielt kritisch fest, dass der Bund an der Erstellung der Detailplanungen der Länder nicht mitwirkte: Gemäß den Art. 15a-Vereinbarungen sowie den im ÖSG getroffenen Festlegungen waren die Detailplanungen der Bundesgesundheitsagentur lediglich zur Kenntnis zu bringen. Die fehlende Einbindung des Bundes bei der Erstellung der

²⁹ etwa durch Kapazitätsaufbau zur Erreichung der unteren Intervallgrenze bzw. Kapazitätsabbau zur Erreichung der oberen Intervallgrenze

³⁰ WKAP 2013: z.B. Unterschreitung des BMZ-Minimums in „zukunfts-kritischen“ Versorgungsbereichen;
RSGW 2009: keine Berücksichtigung des Gastpatienten-Faktors;
ÖÖKAP/GGP 2013: Reduktion in mehreren Fachrichtungen trotz Unterschreitung des Minimums laut ÖSG (z.B. NEU);
RSG Burgenland 2015: HNO-Aufstockung statt Reduktion;
RSG Steiermark 2008: Erhöhung AN/INT um 60 Betten trotz bereits gegebener Überschreitung der BMZ des ÖSG 2006

Rolle des Bundes bei der Erstellung der Detailplanungen

Detailplanungen stand dem Bekenntnis aller Vereinbarungspartner zur gemeinsamen Planung und Steuerung sowie zur Überwindung der Partikularinteressen entgegen.

(2) Der RH erachtete die vom BMG im Vorfeld der RSG-Beschlüsse abgegebenen Stellungnahmen grundsätzlich als zweckmäßig. Sie waren detailliert und nach Ansicht des RH geeignet, zu einer Abstimmung und methodischen Vereinheitlichung der Detailplanungen beizutragen.³¹ Der RH bemängelte jedoch, dass die Prüfung der ÖSG-Konformität hauptsächlich anhand der nicht geeigneten Bettenmessziffer erfolgte und verwies diesbezüglich auf seine unter TZ 13 dargelegte Kritik. Der RH kritisierte überdies, dass das BMG auch bei gravierenden Abweichungen vom ÖSG nur unverbindliche Anmerkungen machte und diese nicht in deutlicher Form beanstandete. Dies wäre nach Ansicht des RH etwa bei einer Verletzung der Intervallgrenzen zur Bettenmessziffer angezeigt, wenn die geplante Kapazitätsveränderung die Abweichung vergrößerte.

(3) Der RH hielt auch kritisch fest, dass der Bund sein Vetorecht gegen Beschlüsse der Gesundheitsplattformen bzw. der Landes-Zielsteuerungskommissionen selbst in jenen Fällen nicht eingesetzt hatte, in denen RSG-Beschlüsse im klaren Widerspruch zur Rahmenplanung des ÖSG standen. Nach Ansicht des RH bildete der Beschluss eines nicht ÖSG-konformen RSG durch das zuständige Entscheidungsgremium auf Landesebene jedenfalls einen Anwendungsfall für dieses Vetorecht.

Der RH empfahl dem BMG, das Vetorecht zumindest bei klaren Verstößen gegen den ÖSG einzusetzen, z.B. wenn in Aussicht genommene RSG-Beschlüsse keine Annäherung an die Rahmenvorgaben des ÖSG erkennen lassen und Abweichungen nicht in transparenter und nachvollziehbarer Form begründet werden.

16.3 *Das BMG hielt in seiner Stellungnahme fest, dass aus Sicht des Bundes der Einsatz des Vetorechts bislang nicht erforderlich gewesen sei.*

Krankenanstaltenpläne der Länder

17.1 (1) Wie erwähnt hatten die Länder gemäß dem KAKuG in Verbindung mit den entsprechenden Landes-Krankenanstaltengesetzen die Inhalte des ÖSG bzw. der RSG für die Krankenanstaltenträger als Krankenanstaltenpläne zu verordnen. Eine Mitwirkung oder Einflussnahme des Bundes war weder im KAKuG noch in den Art. 15a-Vereinbarungen vorgesehen.

³¹ Die methodische Vereinheitlichung könnte nach Ansicht des RH durch die Vorgabe eines „Muster-RSG“ unterstützt werden.

Auf der Grundlage einer Vereinbarung zwischen dem Bund, den Ländern und den Gemeinden über einen Konsultationsmechanismus und einen künftigen Stabilitätspakt der Gebietskörperschaften³² konnte der Bund vor der Verordnung eines Landeskrankenanstaltenplans eine Stellungnahme dazu abgeben. Diese Vereinbarung enthielt Regelungen über die Kostentragung, wenn rechtsetzende Maßnahmen einer Gebietskörperschaft andere Gebietskörperschaften belasten.³³

(2) Gemäß § 10a KAKuG in Verbindung mit den jeweiligen Ausführungsgesetzen der Länder waren in den Landeskrankenanstaltenplänen jedenfalls festzulegen:³⁴

- die Standorte der Fondskrankenanstalten;
- die maximale Gesamtbettenanzahl je Standort;
- die medizinischen Fachbereiche je Standort;
- die für die Fachbereiche jeweils vorgesehenen Organisationseinheiten je Standort;
- die Art und Anzahl der medizinisch-technischen Großgeräte je Standort;
- die maximale Bettenzahl je Fachbereich, bezogen auf das Land und die Versorgungsregionen oder auf die Standorte sowie
- die Referenzzentren und speziellen Versorgungsbereiche je Standort.

Erfolgte die Festlegung der maximalen Bettenzahl je Fachbereich nicht standortbezogen, so war der fachrichtungsspezifische Bettenbedarf je Standort zumindest unverbindlich im RSG auszuweisen.³⁵

Einzelne Landeskrankenanstaltenpläne widersprachen laut BMG der genannten Gesetzesbestimmung des KAKuG bzw. der Ausführungsgesetze:

³² BGBl. I Nr. 35/1999 i.d.g.F.

³³ In diesem Fall konnte die belastete Gebietskörperschaft Verhandlungen über die Abgeltung oder den Ersatz der ihr entstehenden zusätzlichen finanziellen Ausgaben in einem Konsultationsgremium verlangen.

³⁴ KAKuG, BGBl. Nr. 1/1957 i.d.F., BGBl. I Nr. 61/2010, Inkrafttretensdatum 19. August 2010

³⁵ KAKuG, BGBl. Nr. 1/1957 i.d.F., BGBl. I Nr. 147/2011, Inkrafttretensdatum 30. Dezember 2011

Rolle des Bundes bei der Erstellung der Detailplanungen

- Das BMG hatte etwa in seiner Stellungnahme zum Beschluss des RSG NÖ im Jahr 2010 darauf hingewiesen, dass der RSG NÖ Planungsergebnisse nur auf Ebene der fünf Versorgungsregionen, nicht aber nach Standorten enthalte und dass die Konkretisierung auf Standortebene im Rahmen der Umsetzung des RSG NÖ zu einem Landeskrankenanstaltenplan sicherzustellen sein werde. Im Rahmen der Begutachtung der Verordnung des NÖ Krankenanstaltenplans im Jahr 2011³⁶ wies das BMG auf die Gesetzeswidrigkeit des vorgelegten Verordnungsentwurfs hin, weil auch dieser keine standortbezogene Konkretisierung der Planungsergebnisse aufwies. Dies blieb jedoch bislang ohne Konsequenzen; der NÖ Krankenanstaltenplan war zur Zeit der Gebarungsüberprüfung durch den RH noch nicht erlassen.
- Der im Jahr 2013 verordnete Oberösterreichische Krankenanstalten- und Großgeräteplan³⁷ wies das fachrichtungsspezifische Bettenangebot ausschließlich auf der Ebene des Bundeslandes und der Versorgungsregionen aus. Das BMG hatte dies im Rahmen seiner Stellungnahme nicht thematisiert, weil das Planungsdokument ansonsten den Vorgaben entsprach.

17.2 (1) Der RH kritisierte, dass der Bund Einflussmöglichkeiten oder Mitwirkungsbefugnisse bei der Verordnung der Krankenanstaltenpläne durch die Länder weder im KAKuG vorgesehen noch in den Art. 15a-Vereinbarungen durchgesetzt hatte. Der Bund verfügte zwar über die Möglichkeit, zu Verordnungsentwürfen der Landesregierungen Stellung zu nehmen, konnte jedoch im Rahmen dieses Verfahrens, das nicht im Zusammenhang mit der Krankenanstaltenplanung stand, keine Änderung der Landeskrankenanstaltenpläne – etwa aufgrund eines Verstoßes gegen die Rahmenplanung des ÖSG – bewirken.

(2) Der RH hielt weiters kritisch fest, dass das BMG die Detailplanungen Niederösterreichs und – in abgeschwächter Form – auch Oberösterreichs im Hinblick auf die im KAKuG und den entsprechenden Landes-Ausführungsgesetzen festgelegten Mindestinhalte der Landeskrankenanstaltenpläne bzw. RSG als gesetzeswidrig einstufte. Dass der Entwurf des Niederösterreichischen Landeskrankenanstaltenplans bis dato nicht dem KAKuG bzw. dem NÖKAG entsprach, war für den RH Ausdruck des mangelhaften Durchsetzungsvermögens des Bundes bei der Wahrnehmung seiner zentralen Steuerungs- und Koordinationsfunktion. Der RH verwies auf seine Empfehlung, bereits in den

³⁶ Beschlussreife Verordnungsentwürfe der Landesregierungen wurden dem Bund gemäß der Vereinbarung zwischen dem Bund, den Ländern und den Gemeinden über einen Konsultationsmechanismus und einen künftigen Stabilitätspakt der Gebietskörperschaften, BGBl. I Nr. 35/1999 i.d.G.F., zur Stellungnahme vorgelegt (siehe dazu TZ 17).

³⁷ LGBl. Nr. 67/2013

Art. 15a-Vereinbarungen die Verbindlichkeit des ÖSG festzuschreiben und die Verbindlichkeit der RSG für die Leistungserbringer eindeutig klarzustellen (siehe TZ 9).

Evaluierung und Monitoring

Evaluierung des
ÖKAP/GGP

- 18.1** Der ÖKAP/GGP – bis Ende 2005 die gemeinsame verbindliche Planungsgrundlage – war gemäß der Reformvereinbarung 2005 bis 30. Juni 2005 zu evaluieren.

Das ÖBIG überprüfte die Einhaltung des ÖKAP/GGP auf der Ebene des Bundes sowie der neun Länder.³⁸ Die Evaluierung ergab, dass der geplante Akutbettenabbau in der Gesamtbetrachtung bereits zum Jahresende 2004 hinsichtlich der tatsächlichen Betten vollständig und hinsichtlich der systemisierten Betten annähernd erreicht werden konnte. In der nach Fachrichtungen differenzierten Betrachtung war der Abbau von Kapazitäten in Bereichen mit Kapazitätsüberschuss (z.B. chirurgische Sonderfächer) zugunsten des Kapazitätsaufbaus in „zukunfts-kritischen“ Fachbereichen noch nicht abgeschlossen.

Eine Erhebung der damals geltenden Landeskrankenanstaltenpläne erfolgte nicht, vielmehr stellte das ÖBIG die Kapazitäten in den Krankenanstalten per 1. Jänner 2005³⁹ den Vorgaben des ÖKAP/GGP gegenüber.

- 18.2** Das ÖBIG führte im Jahr 2005 die laut Reformvereinbarung 2005 vorgesehene Evaluierung des ÖKAP/GGP durch. Der unmittelbare Vergleich der Vorgaben des ÖKAP/GGP mit den in den Krankenanstalten bestehenden Kapazitäten war deshalb möglich, weil der ÖKAP/GGP klare und nachvollziehbare Vorgaben enthielt und weil auf allen Planungsebenen eine einheitliche Bezugsgröße – das Krankenhausbett – verwendet wurde (siehe auch TZ 4).

Der RH kritisierte jedoch, dass im Rahmen der Evaluierung nicht geprüft wurde, ob und inwieweit die Landeskrankenanstaltenpläne dem ÖKAP/GGP entsprachen, obwohl der ÖKAP/GGP die auch gesetz-

³⁸ Das ÖBIG holte die zur Durchführung der Evaluierung erforderlichen Informationen im Wege einer Online-Erhebung von den Ländern und den Landesfonds ein. Es wurden ein Bundesbericht (ohne Aussagen bezüglich einzelner Bundesländer) sowie neun Landesberichte (ohne Aussagen bezüglich einzelner Krankenanstalten) erstellt.

³⁹ Das ÖBIG führte zur Feststellung der Kapazitäten eine Online-Erhebung durch, weil die Ergebnisse der Krankenanstalten-Statistik per 31. Dezember 2004 in vollständiger und qualitätsgesicherter Form bis zum 30. Juni 2005 nicht verfügbar waren. Das ÖBIG holte auch Informationen zur Einhaltung der Strukturqualitätskriterien und der fachspezifischen Leistungsspektren ein, weil diese nicht routinemäßig erhoben wurden.

lich verbindliche Grundlage für die Landeskrankenanstaltenpläne war (siehe TZ 3 und 6).

- 18.3** *Laut Stellungnahme des BMG hatte der Auftrag zur ÖKAP-Evaluierung nicht zum Ziel, Bettenvergleiche zwischen ÖKAP/GGP und den Landeskrankenanstaltenplänen vorzunehmen, sondern die Einhaltung der im ÖKAP/GGP enthaltenen Qualitätskriterien zu überprüfen.*
- 18.4** Der RH entgegnete dem BMG, dass gemäß dem zwischen der Bundesgesundheitsagentur und dem ÖBIG geschlossenen Werkvertrag auch die Einhaltung der Bettenobergrenzen des ÖKAP zu überprüfen war. Nach Ansicht des RH wäre dabei die Prüfung, ob und inwieweit die Landeskrankenanstaltenpläne dem ÖKAP/GGP entsprachen, zweckmäßig gewesen, zumal der ÖKAP/GGP die auch gesetzlich verbindliche Grundlage für die Landeskrankenanstaltenpläne war.

Evaluierung des ÖSG

Evaluierungskonzept

- 19.1** (1) Gemäß den Reformvereinbarungen 2005 und 2008 waren die Festlegungen im ÖSG und in den Detailplanungen hinsichtlich ihrer Umsetzung laufend zu überprüfen und zu evaluieren.⁴⁰

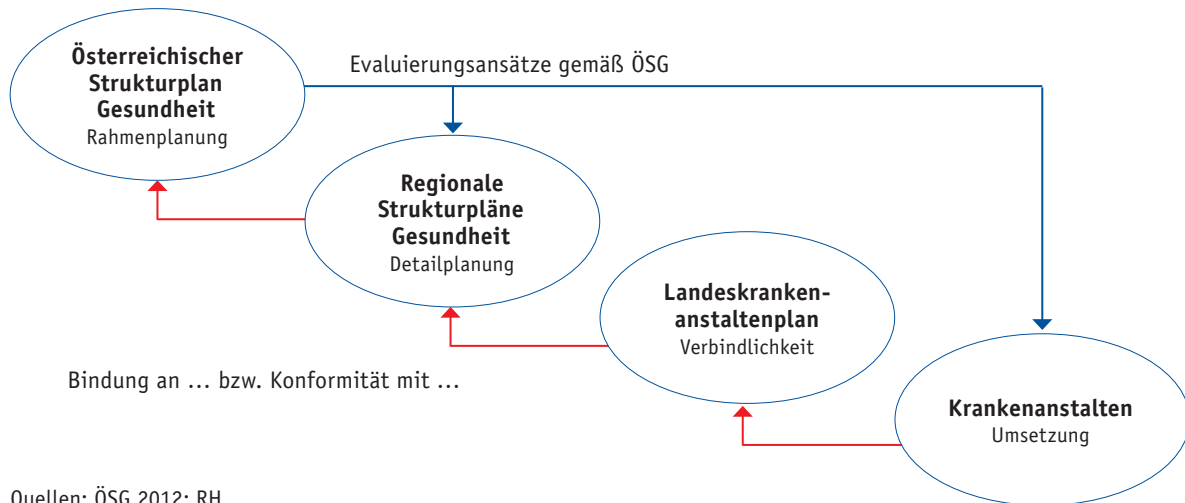
(2) Laut ÖSG war ein periodischer Evaluierungsbericht zum Stand der Umsetzung des ÖSG zu erstellen, der bezüglich der Kapazitätsplanung der Krankenanstalten insbesondere folgende Elemente beinhalten sollte:

- Überprüfung, inwieweit die Detailplanungen auf regionaler Ebene vorliegen und der im ÖSG vorgegebenen Rahmenplanung entsprechen;
- Darstellung der tatsächlich angefallenen stationären Aufenthalte im Vergleich zu den in der Versorgungsmatrix vorgegebenen Richtwerten;
- Aktualisierung der Informationen über Versorgungsdichte und Inanspruchnahme und Vergleich mit der Planungsmatrix.

⁴⁰ Art. 4 Abs. 7 OrgFin 2005; Art. 4 Abs. 10 OrgFin 2008; in Art. 4 Abs. 10 OrgFin 2008 i.d.F., BGBl. I Nr. 199/2013 explizit das ÖSG-Monitoring sowie das österreichweit vergleichende RSG-Monitoring angeführt

Die folgende Abbildung veranschaulicht diese Evaluierungsansätze:

Abbildung 2: Evaluierungsansätze gemäß ÖSG



Quellen: ÖSG 2012; RH

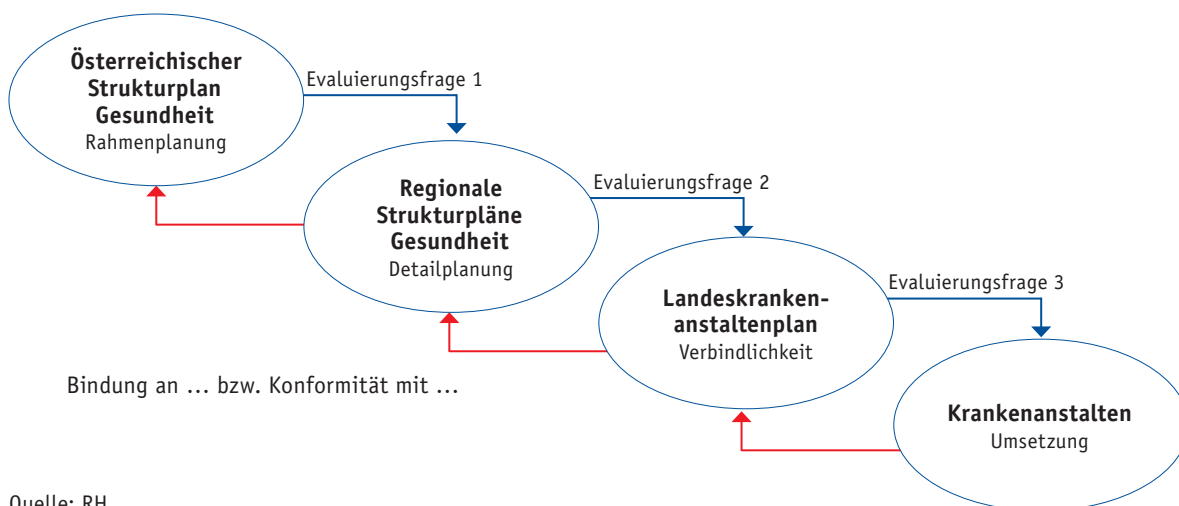
19.2 (1) Der RH hielt kritisch fest, dass die 15a-Vereinbarungen lediglich die allgemeine Verpflichtung enthielten, die Festlegungen im ÖSG und in den Detailplanungen hinsichtlich ihrer Umsetzung laufend zu überprüfen und zu evaluieren. Nach Ansicht des RH wäre es dringend geboten, die Evaluierungsverpflichtung zu konkretisieren und z.B. festzulegen, auf welchem Aggregationsniveau die Umsetzung des ÖSG geprüft werden sollte (siehe dazu TZ 21).

(2) Der RH verwies darauf, dass weder der ÖSG noch die RSG für die Leistungserbringer unmittelbar rechtsverbindlich waren und sowohl die Rahmenplanung des ÖSG als auch die Detailplanungen der RSG der rechtlichen Umsetzung durch Verordnung von Landeskrankenanstaltenplänen bedurften.

Die Evaluierung des ÖSG konnte daher nach Ansicht des RH nur stufenweise erfolgen. Sie hatte alle Planungsebenen zu umfassen und die folgenden Fragen zu beantworten:

1. Stimmen die Detailplanungen in den RSG mit den Rahmenvorgaben des ÖSG überein?
2. Wurden von den Landesregierungen im Rahmen des ÖSG und der RSG Landeskrankenanstaltenpläne durch Verordnung erlassen?
3. Inwieweit entsprechen die in den Krankenanstalten vorgehaltenen Kapazitäten den Landeskrankenanstaltenplänen?

Abbildung 3: Stufenweise Evaluierung des ÖSG



Quelle: RH

Der RH kritisierte, dass das Evaluierungskonzept des ÖSG die Notwendigkeit zu einer abgestuften Vorgehensweise außer Acht ließ. Der unmittelbare Vergleich der Planungsgrundlagen des ÖSG mit dem tatsächlichen Leistungsgeschehen in den Krankenanstalten war für den RH nicht ausreichend, zumal die ÖSG-Konformität der Detailplanungen wegen der auf den verschiedenen Planungsebenen verwendeten unterschiedlichen Bezugsgrößen⁴¹ nicht überprüfbar war (siehe dazu TZ 22 und 23).

- 20** Als Evaluierungsinstrument war gemäß ÖSG das laufende ÖSG-Monitoring vorgesehen, das um ein zentral geführtes RSG-Monitoring zum Umsetzungsstand der jeweiligen RSG zu ergänzen war. Das RSG-Monitoring diente laut BMG der vergleichenden Darstellung der Kapazitätsplanungen der einzelnen RSG. Es sollte einen bundesweiten Überblick über die Versorgungsstrukturen und Kapazitäten im österreichischen Gesundheitswesen ermöglichen und zu einer Vereinheitlichung der RSG beitragen. In der Folge wird auf die beiden Monitoring-Instrumente eingegangen.

⁴¹ Versorgungsmatrix: stationäre Aufenthalte je Leistungs- bzw. Diagnosengruppe; Planungsmatrix: stationäre Aufenthalte je Fachrichtung; RSG bzw. Landeskrankenanstaltenpläne: Betten je Fachrichtung

ÖSG-Monitoring

21.1 Das ÖBIG entwickelte im Auftrag der Bundesgesundheitsagentur ab dem Jahr 2006 ein Konzept für ein laufendes ÖSG-Monitoring. Ab dem Jahr 2008 erstellte das ÖBIG jährlich Monitoring-Berichte und differenzierte diese in den Folgejahren immer weiter. Die folgende Tabelle gibt einen Überblick über die zuletzt erstellten Berichte:

Tabelle 9: Berichte zum ÖSG-Monitoring	
Bericht	Inhalte (beispielhaft)
Monitoring zur Versorgungsmatrix	Vergleich der in den Bundesländern angefallenen stationären Aufenthalte je Leistungs- und Diagnosengruppe sowie des Anteils der Nulltagesaufenthalte mit den Zielwerten des ÖSG Ermittlung eines Erfüllungsgrads in Bezug auf den Zielwert
Monitoring zur Planungsmatrix	Vergleich der in den Bundesländern angefallenen stationären Aufenthalte je Fachrichtung mit den Zielwerten des ÖSG Überprüfung der Einhaltung der Bettenmessziffern-Intervalle des ÖSG
Monitoring zur Leistungsmatrix	Überprüfung der Einhaltung der Qualitätsvorgaben des ÖSG
Monitoring zum Großgeräteplan	Entwicklung der Versorgung mit medizinisch-technischen Großgeräten inklusive Zeitreihendarstellung; Vergleich mit Einwohnerdichtwerten des ÖSG
Monitoring Krankenhaus-häufigkeit	Leistungs- und diagnosebezogene Analysen zur Krankenhaushäufigkeit und tagesklinischen Leistungserbringung

Quellen: ÖBIG, Methodenband zum ÖSG-Monitoring; Darstellung RH

Wie aus der Tabelle hervorgeht, hatte das ÖSG-Monitoring die laufende Beobachtung der Entwicklung des Leistungsgeschehens und der Versorgungsstrukturen im Vergleich mit den Vorgaben des ÖSG zum Inhalt.

Den Schwerpunkt der Berichte bildeten Kartendarstellungen, Grafiken und Tabellen, darüber hinaus enthielten sie einen Textteil mit verbalen Beschreibungen der Ergebnisse und Interpretationsmöglichkeiten der Daten. Die Erläuterungen zu den Berichten⁴² wiesen auf die Einschränkung der Aussagekraft u.a. durch das „zu hohe geforderte Aggregationsniveau auf Bundeslandebene“ hin: „Der Vorteil von detaillierteren Darstellungen“ läge demnach „in der Benchmark-Analysemöglichkeit für Planungszwecke auf Länderebene, der Nachteil in der hohen politischen Sensibilität der Information.“⁴³

⁴² Der ÖBIG erläuterte die Ziele, die Darstellungsform und die Methode des ÖSG-Monitorings in einem Methodenband.

⁴³ Aus den Erläuterungen ging nicht hervor, wessen Forderung das hohe Aggregationsniveau war.

- 21.2** Der RH hielt kritisch fest, dass das ÖSG-Monitoring, obwohl es eine Vielzahl an Informationen und Daten enthielt, eine Beurteilung der Angemessenheit von Versorgungsangeboten und Leistungsdichte wegen des hohen Aggregationsniveaus des Bundeslandes nur eingeschränkt gestattete.

Der RH empfahl dem BMG daher, sich in der Bundesgesundheitsagentur bzw. der Bundes-Zielsteuerungskommission für ein ÖSG-Monitoring einzusetzen, dass sich auf die für die Detailplanungen relevante Ebene der Versorgungsregion bezieht.

- 21.3** *Das BMG sagte zu, im Rahmen der laufenden Arbeiten zur Revision des ÖSG auch die Vorgehensweise beim Monitoring bzw. bei der Evaluierung der ÖSG-Umsetzung zu thematisieren und die Empfehlungen des RH einzubringen.*

- 22.1** (1) Das ÖSG-Monitoring war laut BMG nicht Überwachungs-, sondern vielmehr Informationsinstrument: Die Monitoring-Berichte erfüllten demnach eine Service-Funktion für die Entscheidungsträger der Länder und Gesundheitseinrichtungen. Dementsprechend enthielten sie auch keine Bewertungen, gemäß den Erläuterungen dazu lag die weiterführende Interpretation der landesspezifischen Details im Zuständigkeitsbereich der Länder. So waren etwa Abweichungen in Bezug auf österreichische Durchschnittswerte von den Bundesländern hinsichtlich ihrer Ursachen zu prüfen und allenfalls notwendige Steuerungsmaßnahmen zu entwickeln.

Die im Evaluierungskonzept des ÖSG vorgesehene Überprüfung der ÖSG-Konformität der Detailplanungen war vom ÖSG-Monitoring nicht umfasst. Auch die in früheren ÖSG-Versionen enthaltenen Tabellen zur Kapazitätsplanung (siehe TZ 14) waren nicht Gegenstand des ÖSG-Monitorings.⁴⁴

(2) In den Reformvereinbarungen 2005 und 2008 war ein Sanktionsmechanismus enthalten. Demgemäß hatte die Bundesgesundheitsagentur bei maßgeblichen Verstößen gegen einvernehmlich zwischen den Vertragsparteien festgelegte Pläne – also insbesondere bei Verstößen gegen den ÖSG – einen Teil der von ihr an die Landesgesundheitsfonds zu leistenden finanziellen Beiträge zurückzuhalten, bis das Land oder der Landesgesundheitsfonds nachweislich die zur Herstellung des den Vorgaben gemäß dieser Vereinbarung entsprechenden

⁴⁴ Diesbezüglich wurde im ÖSG 2012 auf das RSG-Monitoring verwiesen (siehe dazu die folgende TZ).

Zustandes erforderlichen Maßnahmen gesetzt hat.⁴⁵ Dieser Sanktionsmechanismus wurde bisher nicht ausgelöst.

(3) In der Zielsteuerungsvereinbarung 2013 waren für die folgenden Fälle weitere Sanktionsmechanismen festgelegt:

- Nicht-Erreichung von Zielen, die in der Zielsteuerungsvereinbarung, im Bundes-Zielsteuerungsvertrag oder in den Landes-Zielsteuerungsverträgen festgelegt sind;
- Verstoß gegen die Zielsteuerungsvereinbarung, den Bundes-Zielsteuerungsvertrag oder die Landes-Zielsteuerungsverträge;
- Nicht-Zustandekommen des Bundes-Zielsteuerungsvertrages oder der Landes-Zielsteuerungsverträge.

Die Sanktionen bestanden im Wesentlichen in einer Berichtspflicht des verantwortlichen Systempartners sowie in der Veröffentlichung der Berichte. Finanzielle Sanktionen waren in der Zielsteuerungsvereinbarung nicht vorgesehen.⁴⁶ Für den Fall, dass kein Einvernehmen über das Vorliegen eines Verstoßes erzielt werden konnte – die Wahrnehmung der Agenden des Sanktionsmechanismus erforderte gemäß § 28 Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz (G-ZG) Einstimmigkeit –, war die Befassung einer Schlichtungsstelle vorgesehen.⁴⁷

22.2 (1) Der RH kritisierte, dass die Überprüfung der ÖSG-Konformität der Detailplanungen vom ÖSG-Monitoring nicht umfasst war, obwohl sie ein wesentlicher Teil des Evaluierungskonzepts des ÖSG war.

Der RH empfahl dem BMG, im Interesse der lückenlosen Umsetzung des Evaluierungskonzepts des ÖSG künftig auch die Prüfung der ÖSG-Konformität der Detailplanungen sicherzustellen.⁴⁸ Aus Sicht des RH sollte

⁴⁵ siehe Art. 40 in Verbindung mit Art. 21 Abs. 2 Z 4 Reformvereinbarung 2008

⁴⁶ Finanzielle Sanktionen für das Nicht-Erreichen von Finanzzielen unterlagen ausschließlich der Vereinbarung zwischen Bund, Ländern und Gemeinden über einen Österreichischen Stabilitätspakt 2012, BGBl. I Nr. 30/2013.

⁴⁷ Die Schlichtungsstelle setzte sich gemäß Art. 37 der Zielsteuerungsvereinbarung aus einem von der Bundeszielsteuerungskommission bestellten ausgewiesenen und unabhängigen Gesundheitsexperten sowie je zwei vom Bund, von den Ländern und dem Hauptverband entsendeten Mitgliedern zusammen und konnte mit einfacher Mehrheit entscheiden.

⁴⁸ Der RH verwies diesbezüglich auf seine unter TZ 9 ausgesprochene Empfehlung, die Planungsmatrix des ÖSG um die Darstellung des fachrichtungsspezifischen Bettenbedarfs auf der Ebene der Versorgungsregionen zu ergänzen. Diese Darstellung wäre nach Ansicht des RH als Ausgangs- und Vergleichsbasis für die Prüfung der Übereinstimmung der Detailplanungen mit dem ÖSG heranzuziehen.

dabei nicht die Überwachung der Systempartner, sondern die Wahrnehmung der zentralen Steuerungsfunktion im Vordergrund stehen.

(2) Der RH hielt weiters kritisch fest, dass das BMG den bei Verstößen gegen den ÖSG festgelegten Sanktionsmechanismus nicht auslöste. Dass das BMG seine Steuerungsverantwortung nicht wahrnahm, lag nach Ansicht des RH daran, dass die ÖSG-Konformität der Detailplanungen nicht überprüft wurde bzw. nicht überprüfbar war.

(3) Die Wirksamkeit der in der Zielsteuerungsvereinbarung festgelegten Sanktionsmechanismen konnte der RH noch nicht beurteilen. Er bezweifelte allerdings, dass die im Wesentlichen aus einer Berichtspflicht ohne finanzielle Konsequenzen bestehenden Sanktionen geeignet waren, ein vereinbarungskonformes Agieren der Systempartner sicherzustellen und damit einen Impuls zur Stärkung der zentralen Steuerungs- und Koordinierungsfunktion zu liefern.

Der RH empfahl dem BMG daher, der Bundes-Zielsteuerungskommission einen wirksamen und unmittelbar auf den Bereich der Gesundheitsplanung bezogenen Sanktionsmechanismus vorzuschlagen. Ein derartiger finanzieller Anreiz zur Einhaltung des ÖSG sollte auch bei den Verhandlungen zum Finanzausgleich berücksichtigt werden.

22.3 *Laut Stellungnahme des BMG werde das Leistungsgeschehen in einzelnen Versorgungsbereichen, Bundesländern oder Regionen kontinuierlich vor dem Hintergrund der ÖSG-Vorgaben beobachtet und überprüft. Im Falle gravierender Abweichungen würden die Ergebnisse den betreffenden Ländern kommuniziert und diese aufgefordert, für die Herstellung eines ÖSG-konformen Zustands zu sorgen.*

Weiters hielt das BMG fest, dass der Sanktionsmechanismus ein einvernehmlich mit allen neun Ländern erreichtes Verhandlungsergebnis sei und vom Bund nicht einseitig festgelegt werden könne. Aus Sicht des Bundes seien die bereits vereinbarten Sanktionsmechanismen im Großen und Ganzen ausreichend.

Die GÖG hielt in ihrer Stellungnahme fest, dass in den zuständigen Gremien über die Erstellung eines Muster-RSG wiederholt diskutiert worden sei, um die Vergleichbarkeit untereinander sowie eine Prüfung auf ÖSG-Konformität zu ermöglichen. Ein positiver Abschluss dieser Diskussion wäre aus Sicht der GÖG begrüßenswert.

22.4 Der RH anerkannte die Steuerungsbemühungen des BMG durch kontinuierliche Beobachtung des Leistungsgeschehens und Kommunikation gravierender Abweichungen an die betroffenen Länder. Im Interesse

der Transparenz sollte diese Steuerung nach Ansicht des RH jedoch im Rahmen eines strukturierten Monitoring-Prozesses erfolgen. Der RH verblieb daher bei seiner Empfehlung, künftig auch die Prüfung der ÖSG-Konformität der Detailplanungen, die Grundlage des Leistungsgeschehens in den Ländern waren, sicherzustellen.

Der RH zog die Eignung des Sanktionsmechanismus in Zweifel, künftig ein vereinbarungskonformes Agieren der Systempartner sicherzustellen. Er verblieb bei seiner Empfehlung, den Systempartnern einen wirksamen und unmittelbar auf den Bereich der Gesundheitsplanung bezogenen besonderen Sanktionsmechanismus vorzuschlagen.

RSG-Monitoring

- 23.1** (1) Der ÖSG 2012 enthielt wie erwähnt keine Angaben zum fachrichtungsspezifischen Bettenbedarf mehr (siehe TZ 14)⁴⁹ und verwies für einen bundesweiten Überblick über die Versorgungsstrukturen und Kapazitäten stattdessen auf das zentral geführte RSG-Monitoring. Dieses erstellte das ÖBIG im Auftrag der Bundesgesundheitsagentur erstmals im Frühjahr 2011 (Daten per 31. Dezember 2010) und verwendete dafür die vorliegenden RSG-Beschlüsse der Landesgesundheitsplattformen und die Verordnungen der Landesregierungen zu den Landeskrankenanstaltenplänen.^{50 51}

Das auf der Website des BMG veröffentlichte RSG-Monitoring enthielt für die neun Bundesländer einheitlich aufgebaute Tabellen. Die folgende Tabelle veranschaulicht die Darstellung für den stationären Bereich beispielhaft anhand eines Bundeslandes:

⁴⁹ Lediglich für besondere Leistungsbereiche bzw. Referenzzentren wurden die Leistungsstandorte auf Krankenanstalten-Ebene dargestellt.

⁵⁰ Das RSG-Monitoring wurde vom ÖBIG im Auftrag der Bundesgesundheitsagentur erstellt. Es wurde erstmals in das Arbeitsprogramm 2011 der GÖG aufgenommen (nach Beschlussfassung des ÖSG 2010 Ende 2010). Inhalte und Darstellungsform wurden in der (damaligen) Unterarbeitsgruppe ÖSG im Frühjahr 2011 vereinbart und das erste Monitoring per 31. Dezember 2010 im Frühjahr 2011 veröffentlicht.

⁵¹ Als Voraussetzung für die Vergleichbarkeit der Angebotsstrukturen waren in den RSG als Kerninhalte Ist-Darstellungen und Planaussagen zu allen in der Planungsmatrix und in der Kapazitätsplanung des ÖSG enthaltenen Teilbereichen abzubilden. Als Minimalerfordernis wurden im ÖSG 2012 die Kapazitäten und Leistungsstandorte im stationären Bereich sowie die Großgeräte zumindest auf Ebene der Versorgungsregionen festgelegt.

Tabelle 10: RSG-Monitoring (Auszug, Planungsstand 30. Juni 2014)

Niederösterreich											
Niederösterreich – Fonds-KA											
Betten	INT	KI	KCH	KJP	CH	NC	IM	GGH	NEU	PSY	DER
systemisierte Betten 2012	375	239	0	103	1.214	75	2.162	671	528	660	92
tatsächliche Betten 2012	379	223	0	85	1.181	71	2.129	636	537	640	83
PLANBetten RSG NÖ (2015)	399	232	0	128	978	86	1.963	463	603	730	75
PLANBetten NKAP	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.

Quelle: BMG

Wie die Tabelle zeigt, stellte das RSG-Monitoring die in den Krankenanstalten bestehenden Kapazitäten (systemisierte und tatsächliche Betten) den in den jeweiligen Detailplanungen (RSG oder Landeskrankenanstaltenplan) festgelegten Planbetten auf der Ebene des Bundeslandes und gliedert nach Fachrichtungen gegenüber. Es traf jedoch – wie das ÖSG-Monitoring – keine Aussage über die ÖSG-Konformität der Detailplanungen.

(2) Neben den neun Ländertabellen enthielt das RSG-Monitoring auch eine österreichweite Gesamtdarstellung. Eine bundesweite Aggregation der in den einzelnen Fachrichtungen geplanten Bettenkapazitäten wurde unter Verweis auf die in den Bundesländern uneinheitliche Betten-Zuordnung auf Fachrichtungen nicht durchgeführt.⁵²

Die von den Ländern angewendeten Methoden bei der Ermittlung der Planwerte, insbesondere durch Zuordnung der geplanten Leistungen auf die einzelnen Fachrichtungen, sollten gemäß einer in der Rohfassung des ÖSG 2012 enthaltenen Festlegung im Rahmen des RSG-Monitorings offengelegt werden; diese Festlegung war in der von der Bundesgesundheitskommission beschlossenen Endfassung des ÖSG 2012 nicht mehr enthalten.

23.2 (1) Der RH bemängelte die eingeschränkte Aussagekraft des RSG-Monitorings, weil es die geplanten und die tatsächlich verfügbaren Bettenkapazitäten lediglich auf der Ebene des Bundeslandes verglich. Der RH hielt außerdem kritisch fest, dass auch das RSG-Monitoring keine Aussage über die ÖSG-Konformität der RSG traf. Der RH vertrat die Ansicht, dass diese Überprüfung im Rahmen des ÖSG-Monitorings zu erfolgen hatte (siehe TZ 22).

⁵² zur Veranschaulichung: Zuordnung der Schlaganfallpatienten auf Neurologie und Innere Medizin (siehe Diss. Fülöp)

(2) Der RH beanstandete, dass die Zuordnung der geplanten medizinischen Leistungen auf die einzelnen Fachrichtungen in den Ländern uneinheitlich erfolgte. In letzter Konsequenz wurde dadurch die Überprüfung der ÖSG-Konformität der Detailplanungen verhindert, weil überdies die Planungsmethoden der Länder nicht offengelegt wurden. Der RH kritisierte, dass weder die Art. 15a-Vereinbarungen noch der ÖSG methodische Vorgaben dazu enthielten und verwies auf seine Empfehlung an das BMG, einen diesbezüglichen Standard zu erarbeiten (siehe TZ 15).

23.3 *Das BMG sagte zu, die Vereinheitlichung der RSG durch bundesweite Vorgaben insbesondere für Aufbau/Struktur, Methodik und Inhalte in den laufenden Verhandlungen zu thematisieren.*

Struktur der österreichischen Krankenanstalten

EU-Vergleich

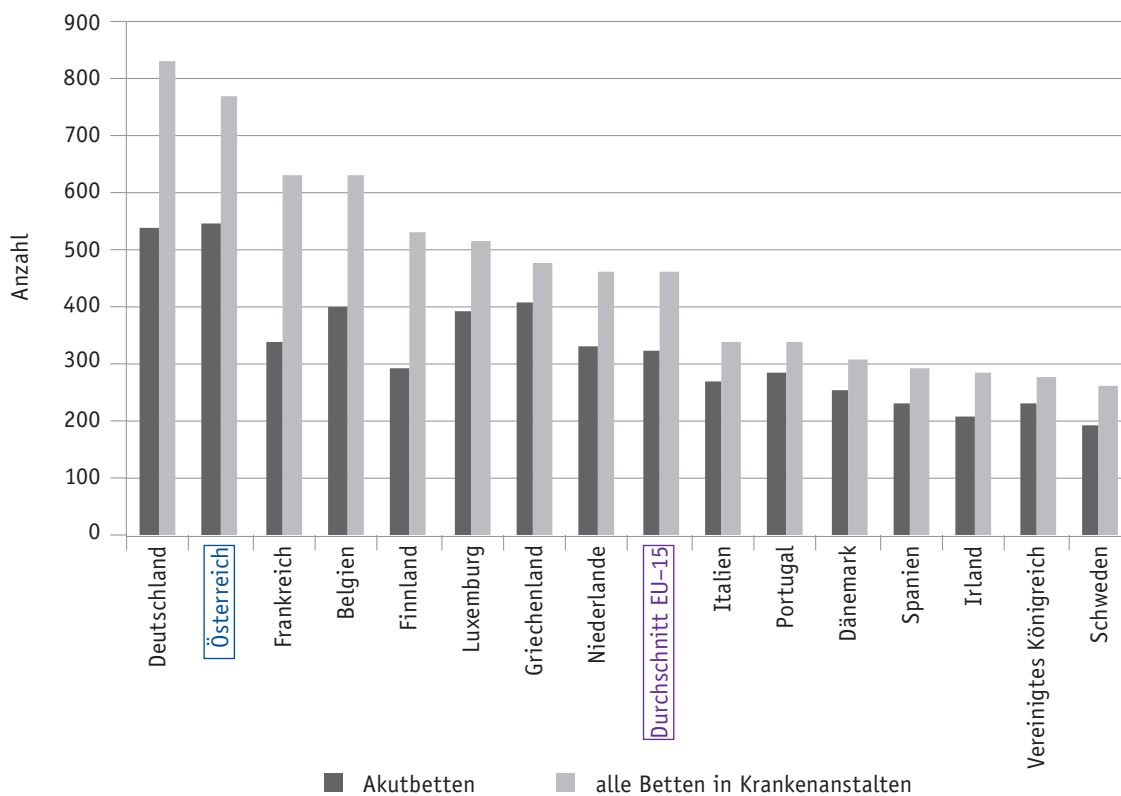
24.1 (1) Die österreichische Spitalslandschaft ist vielfältig und komplex. Österreich verfügte im Jahr 2013 über 278 bettenführende Spitäler mit insgesamt 64.825 aufgestellten Betten, davon 50.098 Akutbetten.

Die Bettendichte betrug im Jahr 2012 767 Krankenhausbetten bzw. 546 Akutbetten je 100.000 Einwohner⁵³. Die durchschnittliche europäische Bettendichte lag im Jahr 2012 bei 465 Krankenhausbetten bzw. 328 Akutbetten:

⁵³ Für internationale Vergleiche waren noch keine Daten für 2013 verfügbar. Dieser internationale Vergleich verwendet Daten der OECD. Ebenfalls verfügbare Daten von EUROSTAT oder des BMG verwenden andere Definitionen von Akutbetten, insbesondere bei der Zurechnung von psychiatrischen Betten zu den Akutbetten sowie in der Abgrenzung von Langzeit-Betten.

Struktur der österreichischen Krankenanstalten

Abbildung 4: Bettenvergleich mit den EU-15-Staaten, 2012

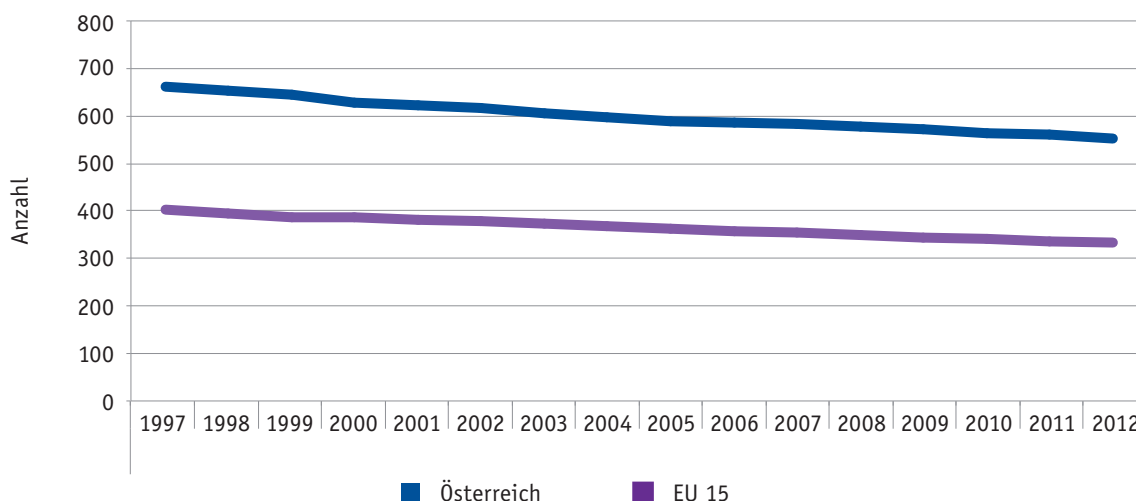


Quelle: OECD

Österreich wies also im Jahr 2012 im EU-15-Vergleich die zweithöchste Dichte an Krankenhausbetten und die höchste Dichte an Akutbetten auf.

In einer längerfristigen Betrachtung stellte sich die Bettendichte wie folgt dar:

Abbildung 5: Akutbetten in Österreich im Vergleich mit dem EU-15-Schnitt, 2012



Anmerkung: Europäischer Vergleich: Entwicklung der Akutbettendichte je 100.000 Einwohner in Österreich sowie im europäischen Vergleich 1997 bis 2012

Quelle: OECD

Wie die Abbildung zeigt, hat Österreich zwar im Zeitraum von 1997 bis 2012 die Dichte seiner Akutbetten von 667 Betten pro 100.000 Einwohner auf 546 reduziert, wie auch die EU-15-Staaten von 407 Betten pro 100.000 Einwohner auf 328. Um die Größe seines stationären Sektors dem EU-Niveau anzugleichen, müsste Österreich aber immer noch rd. 40 % seiner Akutbetten abbauen.

(2) Diese Tatsache wurde in der Vergangenheit oftmals kritisch gewürdigt, z.B. im Länderbericht der Europäischen Kommission vom Februar 2015. Der Bericht bemängelte, dass die Akutbettenreduktion in Österreich langsamer erfolgte als im EU-Durchschnitt und wies darauf hin, dass durch eine verstärkte Verlagerung auf die ambulante Pflege Effizienzgewinne erzielt werden könnten. Einer Reorganisation des Systems stehe eine komplexe Verwaltungsstruktur entgegen, bei der zahlreiche Aufgaben auf die verschiedenen Verwaltungsebenen aufgeteilt seien.

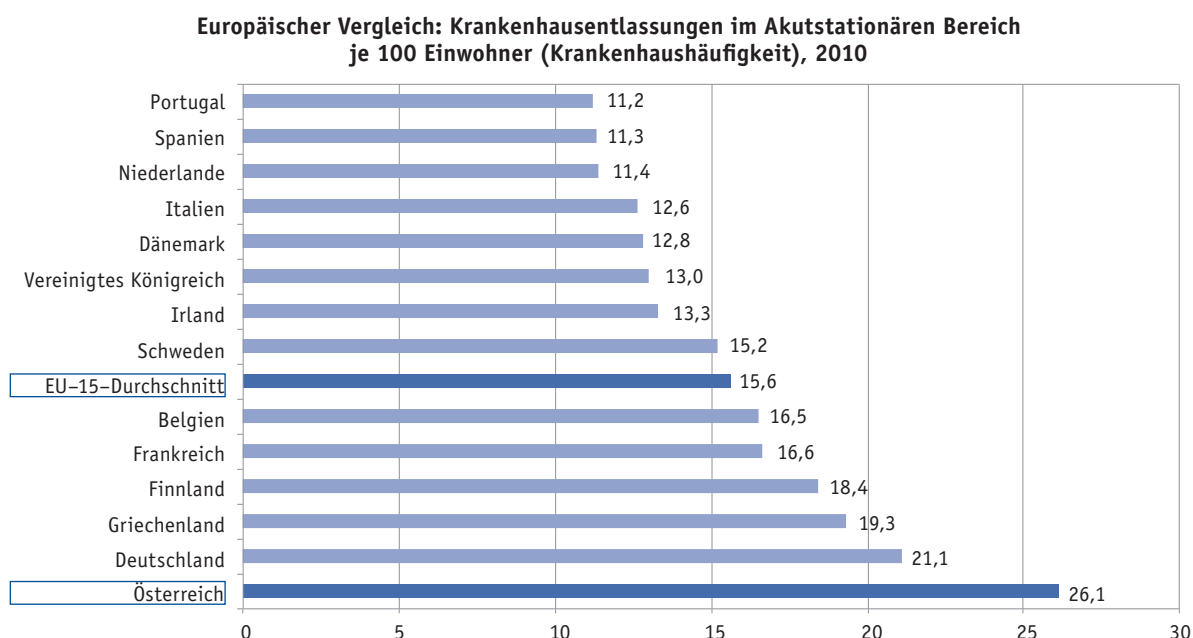
Auch der RH hatte diese Thematik mehrmals angesprochen und im Jahr 2002 für eine Angleichung an den europäischen Durchschnitt an Akutbetten ein Umschichtungspotenzial von 2,9 Mrd. EUR errech-

Struktur der österreichischen Krankenanstalten

net. Zu aktuellen Kosten betrug dieses Umschichtungspotenzial 4,75 Mrd. EUR.⁵⁴

(3) Österreich wies im EU-Vergleich auch die höchste Krankenhaus-häufigkeit (Anzahl der Krankenhausentlassungen je 100 Einwohner, die mit einem Aufenthalt von mindestens 24 Stunden verbunden sind) auf. Sie betrug im Jahr 2010 in Österreich 26,1 Aufenthalte je 100 Einwohner, der EU-Durchschnitt lag bei 15,6 Aufenthalten je 100 Einwohner:

Abbildung 6: Krankenhausentlassungen im EU-15-Schnitt, 2010

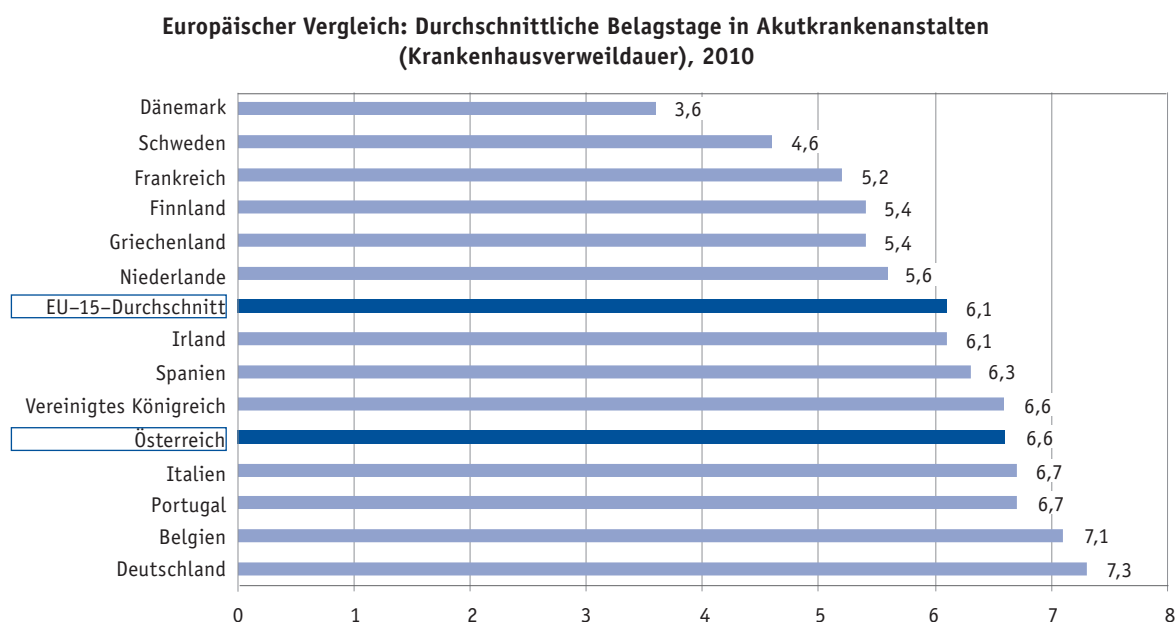


Quelle: OECD

Bei der Krankenhausverweildauer (Anzahl an Belagstagen, die ein Patient im Durchschnitt in stationärer Behandlung in Akutkrankenanstalten verbringt, ohne Null-Tagesaufenthalte) lag Österreich im Jahr 2010 im europäischen Vergleich mit 6,6 Tagen über dem EU-Durchschnitt von 6,1 Tagen:

⁵⁴ Wie vom RH wiederholt dargestellt, handelt es sich dabei nicht um ein Einsparungs-, sondern um ein Umschichtungspotenzial in Strukturen außerhalb der Spitäler. Es existieren verschiedene methodische Probleme, wie die Vergleichbarkeit der internationalen Daten oder die Höhe der abbaubaren stationären Kosten; der RH hält aber die Form der Darstellung zur Veranschaulichung der Größenordnung der Reformmöglichkeiten nach wie vor für geeignet.

Abbildung 7: Krankenhausverweildauer im EU-15-Schnitt, 2010



Quelle: OECD

24.2 Der RH hielt fest, dass Österreich im Jahr 2012 mit 546 aufgestellten Akutbetten je 100.000 Einwohner die im europäischen Vergleich höchste Akutbettendichte aufwies. Trotz einer Reduktion in den letzten Jahren müssten immer noch rd. 40 % der Akutbetten abgebaut werden, um die Größe des stationären Sektors dem EU-Niveau anzugleichen. Österreich wies im EU-Vergleich auch die höchste Krankenhaushäufigkeit und eine überdurchschnittliche Verweildauer auf.

Die Überkapazitäten im stationären Bereich entsprachen zu aktuellen Kosten einem Umschichtungspotenzial in alternative (insbesondere ambulante) Behandlungsformen in Höhe von 4,75 Mrd. EUR.

24.3 Das BMG sah ebenso wie der RH ein großes Potenzial zur Entlastung des akutstationären Bereichs durch sukzessive Umschichtung von Leistungen in den ambulanten Bereich. Dem BMG erschien aber das vom RH genannte Umschichtungspotenzial etwas zu optimistisch, weil ein Volumen von 4,75 Mrd. EUR nahezu 40 % der derzeitigen Endkosten der Krankenanstalten entspreche. Jedenfalls wäre bei einer Berechnung des realisierbaren Umschichtungspotenzials das Thema Fixkosten bzw. Kostenremanenz sowie die Tatsache, dass kostenintensive Leistungen größtenteils nicht in den ambulanten Bereich verlagert werden können, zu berücksichtigen.

Struktur der österreichischen Krankenanstalten

Nach Ansicht der GÖG sei die alleinige Umlage der abzubauenen Bettenkapazitäten methodisch kaum haltbar, weil ihr die Heranziehung der Betten als alleinige Kostenträger unplausibel erschien. Für eine Umschichtung würden wohl nicht so hochwertige und teure Leistungen in Frage kommen und auch Fixkosten eine Rolle spielen.

24.4 Der RH hielt gegenüber dem BMG fest, dass die von ihm angeführten 4,75 Mrd. EUR tatsächlich auf einem Umschichtungspotenzial von 40 % beruhten. Dieses ergibt sich – wie vom RH in seinem Prüfungsergebnis dargelegt – aus der Angleichung des österreichischen stationären Sektors an den EU-15-Durchschnitt. Auch die vom BMG und der GÖG angesprochenen methodischen Probleme bei der Bestimmung der Höhe der abbaubaren stationären Kosten waren dem RH bewusst. Er wies im Prüfungsergebnis auch darauf hin und hielt fest, dass er die Darstellung zur Veranschaulichung der Größenordnung der Reformmöglichkeiten nach wie vor für geeignet hält.

Vorberichte des RH

25.1 Die von der EU-Kommission thematisierten Reformhemmnisse in Form der komplexen österreichischen Verwaltungsstruktur hatte auch der RH wiederholt kritisiert, etwa im Rahmen folgender Gebarungsüberprüfungen:

Ausbaupläne des Landes Niederösterreich im Spitalswesen (Reihe Niederösterreich 2012/3)

Der RH stellte dabei fest, dass das Land für drei von ihm übernommene Gemeindekrankenanstalten (Baden, Neunkirchen, Wiener Neustadt) Standortgarantien abgegeben hatte. Im Jahr 2005 entschied das Land, die nahegelegenen Krankenanstalten Baden und Mödling neu zu errichten. Nach Ansicht des RH wären durch einen Neubau an nur einem Standort Einsparungen in Höhe von 34 Mio. EUR zu erzielen gewesen. In medizinisch-organisatorischer Hinsicht wäre eine Konzentration an einem Standort zweckmäßiger gewesen; es wären auch vergleichsweise geringere Personalkosten angefallen. Die Ansicht des Landes, es sei zur Errichtung zweier getrennter Standorte verpflichtet gewesen, war nach Ansicht des RH und des (um Stellungnahme ersuchten) BMG nicht begründet.

Krankenanstalten Hainburg und Kittsee (Reihe Niederösterreich 2002/8, Reihe Burgenland 2002/3)

Die Länder Niederösterreich und Burgenland betrieben in nur ca. 12 km Entfernung die Krankenanstalten Hainburg und Kittsee. Als Ergebnis einer Überprüfung im Jahr 2001 hatte der RH u.a. eine Abstimmung des Leistungsangebots, den Abbau von Parallelstrukturen und die Nutzung von Umschichtungspotenzialen durch bundesländerübergreifende Kooperation empfohlen. Im Rahmen einer Folgeprüfung im Jahr 2010 (Reihe Burgenland 2001/8, Reihe Niederösterreich 2011/11) stellte der RH fest, dass zwar im Jahr 2003 eine Kooperationsvereinbarung abgeschlossen worden war, dieser aber keine Maßnahmen im medizinischen Bereich gefolgt waren. Im Jahr 2009 beschloss der niederösterreichische Landtag den Zu- und Umbau des Krankenhauses Hainburg mit geplanten Gesamtkosten in Höhe von 65 Mio. EUR, ohne dabei eine Kooperation mit dem Krankenhaus Kittsee zu berücksichtigen.

Krankenhaus Hallein (Reihe Salzburg 1998/6)

Der RH hatte im Jahr 1996 die Gebarung des Krankenhauses Hallein überprüft, das damals als Standardkrankenanstalt mit 172 Betten für die medizinische Basisversorgung der Stadtgemeinde Hallein und des Tennengaus eingerichtet war. Nach den Feststellungen des RH wurden im KH Hallein den Betriebsabgang erhöhende Leistungen erbracht, die über den regionalen Versorgungsauftrag hinausgingen. Der RH hatte deshalb empfohlen, diese nicht mehr anzubieten.

Bei einer erneuten Überprüfung des KH Hallein⁵⁵ im Jahr 2012 stellte der RH fest, dass die Krankenanstalt nach wie vor über 163 Betten verfügte und elektive unfallchirurgische sowie orthopädische Leistungen ohne Deckung in den Versorgungsplanungen bzw. in den krankenanstaltenrechtlichen Grundlagen erbrachte bzw. über Jahre hindurch sogar ausgebaut hatte.

⁵⁵ im Zuge der Überprüfung von Qualitätssicherungsmaßnahmen in drei Salzburger Krankenanstalten; siehe Reihe Bund 2012/12

Struktur der österreichischen Krankenanstalten

Qualitätssicherungsmaßnahmen in der Patientenbehandlung in Krankenanstalten in verschiedenen Bundesländern und Krankenanstalten (Reihe Burgenland 2014/4, Reihe Vorarlberg 2013/9, Reihe Salzburg 2013/1 und 2012/9)

Der RH hatte unter ausdrücklicher Bezugnahme auf die Strukturqualitätskriterien des ÖSG u.a. kritisiert, dass die im ÖSG für verschiedene operative Eingriffe zur Sicherung der Qualität vorgegebenen abteilungsbezogenen Mindestfallzahlen unterschritten wurden; in mehreren Fällen erfüllten die Krankenanstalten die Mindestfrequenzen für bestimmte Operationen zu weniger als 50 %.

- 25.2** Nach Ansicht des RH war die bisher nicht erfolgte Nutzung von Umschichtungspotenzialen im stationären Bereich vor allem auf das Festhalten an den bestehenden Krankenhausstrukturen zurückzuführen, wie die genannten Beispiele aus seiner Prüfungspraxis klar dokumentierten. Der RH verwies darauf, dass das Festhalten an den bestehenden Strukturen nicht nur zu vermeidbaren Kostenbelastungen führte, sondern auch die Qualität der Patientenbehandlung beeinträchtigte.

Versorgungsstrukturen der Länder

- 26.1** (1) Die Krankenanstalten fielen zu einem großen Teil in den Aufgabenbereich der Länder, die u.a. für die Planung und Bewilligung der konkreten Standorte zuständig waren. Im Rahmen des sogenannten Sicherstellungsauftrages gemäß § 18 Abs. 1 KAKuG war jedes Land verpflichtet, im eigenen Land öffentliche Krankenanstaltenpflege für anstaltsbedürftige Personen sicherzustellen. Unter Berücksichtigung von Patientenströmen und niedergelassenen Ärzten stellten sich die Versorgungsstrukturen der Länder im Jahr 2013 wie folgt dar:

Tabelle 11: Versorgungsstrukturen der Bundesländer

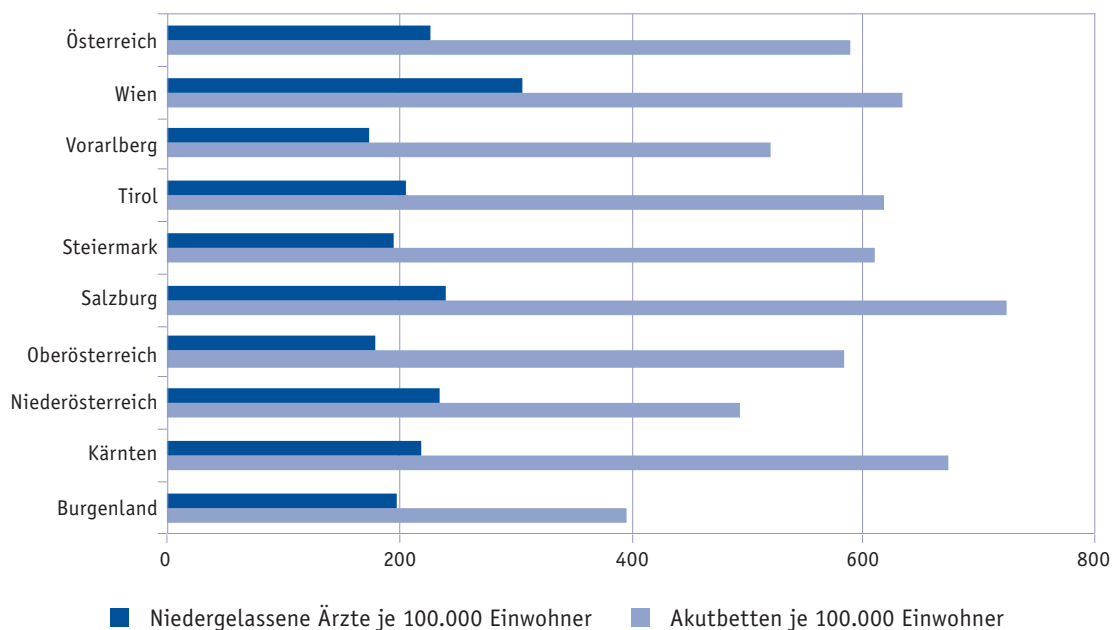
	Burgen-land	Kärnten	Nieder-österreich	Ober-österreich	Salzburg	Steier- mark	Tirol	Vorarl- berg	Wien	Summe Österreich
	Anzahl									
Akutbetten	1.138	3.748	8.044	8.319	3.874	7.399	4.445	1.954	11.177	50.098
Bevölkerung in 100.000 Einwohner	2,87	5,56	16,25	14,25	5,34	12,15	7,20	3,75	17,62	85,00
Betten je 100.000 Einwohner	396	674	495	584	725	609	617	521	634	589
Saldo inländische Gastpatienten	- 14.146	- 2.336	- 95.629	7.763	14.522	- 9.752	10.845	- 2.826	91.559	0
ausländische Gastpatienten	1.318	2.185	1.813	2.815	9.497	2.815	14.182	3.183	4.205	42.013
niedergelassene Ärzte	565	1.210	3.804	2.569	1.286	2.383	1.477	656	5.376	19.326
niedergelassene Ärzte pro 100.000 Einwohner	197	218	234	180	241	196	205	175	305	227

Quellen: Statistik Austria; RH

Die Akutbettendichten (Bettenanzahl je 100.000 Einwohner) der Länder waren sehr unterschiedlich. So verfügte im Jahr 2013 das Burgenland über 396 Akutbetten für 100.000 Einwohner, Salzburg dagegen über 725.

Grafisch stellte sich die Dichte der Akutbetten und niedergelassenen Ärzte wie folgt dar:

Abbildung 8: Akutbetten und niedergelassene Ärzte



Quellen: Statistik Austria; RH

Struktur der österreichischen Krankenanstalten

Die Abbildung zeigt, dass kein direktes Verhältnis zwischen der Anzahl der Akutbetten und der niedergelassenen Ärzte bestand.

So hatte Kärnten mit 674 Betten für 100.000 Einwohner die zweithöchste Bettendichte aller Länder. Dazu wurden um 2.336 stationäre Aufenthalte mehr Kärntner in anderen Bundesländern versorgt als umgekehrt Patienten aus dem übrigen Österreich in Kärnten. Die Dichte der niedergelassenen Ärzte lag aber mit 218 Ärzten pro 100.000 Einwohner im österreichischen Durchschnitt (227).⁵⁶ Nimmt man für Kärnten den österreichischen Durchschnitt von 589 Akutbetten für 100.000 Einwohner an, ergibt dies umgelegt auf die Bevölkerung einen Mehrbestand von 473 Betten bzw. rd. 83 Mio. EUR an stationären Endkosten pro Jahr⁵⁷.

Der RH verwies diesbezüglich auf seinen Bericht zu den stationären Versorgungskapazitäten der Kärntner Fondskrankenanstalten aus dem Jahr 2006, in dem er mittel- bis langfristig Umschichtungen von bis zu rd. 125 Mio. EUR für möglich gehalten hatte.⁵⁸

Weiters waren u.a. auch die stationär versorgten Gastpatienten zu beachten. Besonders starke Ströme inländischer Gastpatienten bestanden zwischen Wien, Niederösterreich und dem Burgenland⁵⁹; ausländische Gastpatienten wurden vor allem in Tirol und Salzburg versorgt. Auch die Art und Anzahl der niedergelassenen Ärzte war in eine solche Betrachtung einzubeziehen. Die Dichte dieser Ärzte differierte zwischen den Ländern erheblich (Vorarlberg 175 niedergelassene Ärzte pro 100.000 Einwohner, Wien 305).

26.2 Der RH hielt fest, dass sich die Bettendichten der Länder deutlich unterschieden. Obwohl die Inanspruchnahme akutstationärer Strukturen z.B. wegen regionaler Besonderheiten oder Unterschieden im ambulanten Versorgungsbereich nicht direkt vergleichbar war, vertrat der RH die Ansicht, dass ein negativer Patientensaldo und eine hohe Bet-

⁵⁶ Die niedergelassenen Ärzte wurden im ÖSG detaillierter als in diesem Bericht nach ärztlichen ambulanten Versorgungseinheiten aufgeschlüsselt, wodurch sich andere Gewichtungen zwischen den Bundesländern ergaben. Kärnten lag aber nach beiden Methoden im österreichischen Durchschnitt.

⁵⁷ $674 \text{ minus } 589 \text{ Betten} = 85 \text{ Betten}$, mal 5,55969 Bevölkerung = 473 Betten; stationäre Endkosten je Landesgesundheitsfonds-Bett von 175.518 EUR im Jahr 2013; $473 \cdot 175.518 = \text{rd. } 83 \text{ Mio. EUR}$

⁵⁸ Bei Berücksichtigung weiterer Umschichtungsmöglichkeiten, wie der Verlagerung von Kapazitäten in kostengünstigere Versorgungsbereiche (hier ist auch im österreichischen Durchschnitt noch Potenzial vorhanden; siehe TZ 24), oder der Erweiterung der tagesklinischen Versorgung (siehe Reihe Kärnten 2006/1).

⁵⁹ Der Saldo der inländischen Gastpatienten eines Bundeslandes ergibt sich aus der Differenz zwischen den in anderen Ländern versorgten Landesbürgern und den im eigenen Land versorgten Bürgern anderer Länder.

tendichte – wie z.B. im Land Kärnten – Indizien für Fehlallokationen in der Krankenanstaltenstruktur sowie das Vorliegen erheblicher Effizienzsteigerungspotenziale waren.

Der RH empfahl deshalb dem BMG darauf hinzuwirken, die Daten über die Versorgungsstrukturen als Basis für einen Benchmarking-Prozess der Krankenanstaltenplanung der Länder zu verwenden.

- 26.3** *Das BMG hielt in seiner Stellungnahme Benchmark-Vergleiche grundsätzlich für ein taugliches Instrumentarium. Beim Vergleich von Akutbetten bezogen auf Einwohner müssen jedoch die Versorgung von Patienten eines Bundeslandes in anderen Bundesländern sowie die extramurale Versorgung im jeweiligen Bundesland berücksichtigt werden. Das BMG wies darauf hin, dass der derzeitige Bundes-Zielsteuerungsvertrag für den stationären Bereich schon einige Messgrößen (z.B. Krankenhaushäufigkeit, durchschnittliche Belagsdauer) und Zielwerte vorsah. Diese würden halbjährlich monitiert.*

Die GÖG merkte zu Benchmark-Vergleichen in ihrer Stellungnahme an, dass derzeit die Ressourcenplanung vorwiegend von bestehenden Strukturen ausgehe. Im Sinne einer bedarfsorientierten Ressourcenplanung sollte diese Herangehensweise künftig durch einen morbiditätsbasierten Ansatz erweitert werden. Die Arbeiten dazu ebenso wie zu Fragen des Zusammenwirkens zwischen stationärem und ambulantem Bereich erfolgten im Rahmen der Versorgungsforschung.

Zum vom RH angeführten Umschichtungspotenzial in Kärnten führte die GÖG an, dass die Umrechnung der Bettenzahl auf die Kosten nach Auffassung der GÖG methodisch nicht haltbar sei, weil die Heranziehung der Betten als alleinige Kostenträger unplausibel erscheine.

- 26.4** Der RH griff die Anregung des BMG auf und empfahl, in Benchmark-Vergleichen zu den stationären Versorgungsstrukturen der Länder auch die Versorgung von Patienten eines Bundeslandes in anderen Bundesländern sowie die extramurale Versorgung im jeweiligen Bundesland zu berücksichtigen.

Hinsichtlich der Ansicht der GÖG zum Umschichtungspotenzial in Kärnten verwies der RH auf seine Gegenäußerung zu TZ 24.

Wirtschaftliche
Aspekte der Kranken-
anstaltenplanung

- 27.1** (1) Mit der sogenannten Betriebsabgangsdeckung gemäß § 34 Abs. 1 KAKuG (Grundsatzgesetz) gab der Bund den Ländern ein wesentliches Element des Finanzierungssystems von Fondskrankenanstalten vor. Danach war der Betriebsabgang einer Krankenanstalt mindestens zu

Das Evaluierungsergebnis stellte die Betriebsabgangsdeckung wie folgt dar:

Tabelle 12: Unterschiede in der Betriebsabgangsdeckung					
	Abgangsdeckung	Deckung in %			
		L	G	R	F
B	Mittelaufbringung: Land 90 % (Landesbeitrag) und Gemeinden 10 % (Gemeindebeiträge)	-	-	-	100
K	Landeskrankenanstellen (KABEG)	70	30	-	-
	Konfessionelle Krankenanstellen	49	49	2	-
	A.ö. Krankenhaus Spittal/Drau	100	-	-	-
NÖ	Die Abgangsdeckung nach der im Bericht verwendeten Form einer Pauschalabgeltung (gemäß NÖ-KAG) wird gemeinsam vom Land und den Gemeinden zu 100 % getragen. Die zur Finanzierung der KA darüber hinaus erforderlichen Mittel (Betriebsabgang) werden zu 100 % vom Rechtsträger getragen.	-	-	100 ¹	-
OÖ	85 % der benötigten Mittel werden über den Landesbeitrag (Land 60 % und Gemeinden 40 %) und 15 % über die Träger aufgebracht. (Hinweis: Höchstdeckung pro KA ist mit 96 % festgesetzt. D.h., dass 4 % auf den Träger entfallen)	96	-	4	-
S	Bei den Gemeindeanteilen (25 %) ist zu beachten, dass 12,5 % der Gesamtabgangsdeckung auf die Beitragsbezirke und 12,5 % auf die Krankenhaussprengel entfallen	25	25	50	-
ST	Privatrechtliche Einzelverträge zwischen Land und den KA-Rechtsträgern.	100 ²	-	2	-
T	Jährlich valorisierte Mittel zur Finanzierung der Abgangsdeckung werden vom Land und den Gemeinden in den Landesgesundheitsfonds eingebracht.	-	-	100 ¹	-
V	Mittelaufbringung nach Spitalsbeitragsgesetz: Land 40 %, Gemeinden 40 %, Rechtsträger 20 %	40	40	20	-
W	Für die KAV-Krankenanstellen finden sich im Wiener KAG keine spezifischen Regelungen.	k.A.			
	Für öffentliche Fondskrankenanstellen, deren Rechtsträger nicht die Stadt Wien ist, leistet die Wiener Gesundheitsfonds (gemäß § 56 Wr. KAG) einen Beitrag von 50 % des Betriebsabgangs.	k.A.	k.A.	k.A.	50

k.A.= keine Angabe

¹ verbleibender Betriebsabgang nach prospektiver Teildeckung über den Landesgesundheitsfonds

² Den KAGes-KA wird der Betriebsabgang zu 100 % abgegolten. Alle anderen Rechtsträger müssen einen kleinen Restabdeckungsbeitrag (privatrechtliche Einzelverträge) leisten.

Quelle: GÖG

Struktur der österreichischen Krankenanstalten

Der unterschiedliche LKF-Kern- und Steuerungsbereich stellte sich wie folgt dar:

Tabelle 13: Unterschiede im LKF-Kern- und Steuerungsbereich				
	Kernbereich	Steuerungsbereich	10-Jahresverlauf (1997 bis 2007)	Besonderheiten
B	100 %	0 %	70/30 – Kern- und Steuerungsbereich	Punkte werden ungewichtet verrechnet
K	Verteilung nach LKF-Punkten	GWF nach KA-Typ und Normvorgaben (LKF-Punkte pro Region + Fallpauschalencluster) nach Versorgungsregionen	GWF nach KA-Typ	Finanzierungsmodell nach Versorgungsregionen (Clusterbildung anhand HDGs und MELs)
NÖ	Prognostizierte Krankenanstaltenbudgets (NÖGUS) definieren das Leistungsspektrum. Bei Überschreitung des Schwellenwertes wird das degressive Punktemodell angewendet.	0 %	GWF nach KA-Typ	Degressionsmodell
OÖ	100 %	0 %	–	keine GWF im stationären Bereich
S	Verteilung nach LKF-Punkten	Prozentuale Mittelverteilung basierend auf SAGES-Gesetz (Finanzierungsbedarf, Budgetvorgabe)	GWF nach KA-Typ bis 2001	Prozentschlüssel im Steuerungsbereich sowie Ausgleichsmittel nach Budgetvorgabe
ST	Verteilung nach LKF-Punkten	Normvorgabemodell (Anpassungsfaktor je KA durch Österreich-Benchmark-Vergleich) + KA spezifischer GWF	GWF nach KA-Typ	Normvorgabemodell
T	70 %	30 % (GWF)	Veränderungen der GWF	GWF nach KA-Typ
V	KA bezogene Punkteplafondierung + GWF		85/15 – Kern- und Steuerungsbereich (Gewichtung nach Personalfaktor bis 2004)	KA bezogenes Punkteplafondierungsmodell
W	KA spezifischer GWF		Veränderung in der Faktorenberechnung	jährliche Faktorenanpassung

Legende: GWF = Gewichtungsfaktor
 KA = Krankenanstalt(en)
 HDG = Hauptdiagnosegruppen
 MEL = Medizinische Einzelleistungen

Quellen: Gesundheit Österreich GmbH; RH

Beide Tabellen zeigen die zwischen den Ländern stark differierenden Systeme der Krankenanstaltenfinanzierung.

(3) Das Bundesgesetz über die Dokumentation im Gesundheitswesen⁶⁶ enthielt Vorgaben zu Berichtspflichten über Rechnungsabschluss- und Kostendaten von Fondskrankenanstalten (ebenso für Leistungsdaten); zur Meldung und Erfassung war ein bundeseinheitliches Rechnungsabschluss- und Kostenrechnungssystem anzuwenden⁶⁷. Auf dieser Grundlage erließ das BMG nähere Regelungen u.a. in der Kostenrechnungsverordnung für landesfondsfinanzierte Krankenanstalten, BGBl. II Nr. 638/2003, und der Krankenanstalten-Rechnungsabschluss-Berichtsverordnung, BGBl. II Nr. 405/2009. Für die bundeseinheitliche Anwendung waren vom BMG herausgegebene Handbücher⁶⁸ anzuwenden.

Neben einer überbetrieblichen Vergleichbarkeit waren aussagekräftige und transparente Informationen zum Finanzierungs- und Investitionsgeschehen im Krankenanstaltenbereich ein Schwerpunkt des Berichtswesens⁶⁹. Ziel der Kostenrechnung war die Bereitstellung von Kosteninformationen,⁷⁰ womit eine zentrale Kostenauswertung und ein über- bzw. zwischenbetrieblicher Kostenvergleich ermöglicht werden sollte.

(4) Im ÖSG und im KAKuG waren Wirtschaftlichkeitsaspekte nur am Rande enthalten; als Zielvorstellung und Planungsgrundsatz des ÖSG war etwa die wirtschaftlich zweckmäßige Versorgung zu berücksichtigen, wobei weitergehende Vorgaben fehlten. Gemäß KAKuG war z.B. die Einrichtung reduzierter Organisationsformen zulässig, wenn der wirtschaftliche Betrieb einer Abteilung mangels ausreichender Auslastung nicht erwartet werden konnte. Nähere Ausführungen waren dem KAKuG nicht zu entnehmen.

27.2 Der RH stellte fest, dass die Länder über umfassende Gestaltungsmöglichkeiten hinsichtlich der landesspezifischen Ausgestaltung des LKF-Systems sowie der Betriebsabgangsdeckung verfügten und dass dadurch die systemimmanenten Anreize zum effizienten Mitteleinsatz relativiert wurden. Der RH verwies zudem auf die bestehende Verflechtung der Finanzierungsgrundlagen (Finanzausgleichsgesetz und Art. 15a-Vereinbarungen).

⁶⁶ BGBl. Nr. 745/1996 i.d.g.F.

⁶⁷ Berichte waren an das BMG zu übermitteln.

⁶⁸ Handbuch „zur Dokumentation von Kostendaten“ und zum „Krankenanstalten-Berichtswesen“

⁶⁹ Grundlage der Berichte zu den Rechnungsabschlussdaten war der Jahresabschluss; seit dem Jahr 2008 waren Rechnungsabschlüsse verpflichtend nach unternehmensrechtlichen Grundsätzen und Normen zu erstellen.

⁷⁰ Kosteninformationen mussten u.a. den Prinzipien der Richtigkeit, Nachvollziehbarkeit und Vollständigkeit entsprechen.

Struktur der österreichischen Krankenanstalten

Der RH kritisierte, dass bestehende Steuerungsgrundlagen nicht genutzt wurden: Obwohl ein zentrales Berichtswesen des Bundes zu Kosteninformationen und Rechnungsabschlussdaten für Fondskrankenanstalten vorlag, spielten Wirtschaftlichkeitsaspekte in der Krankenanstaltenplanung keine Rolle.

Nachdem im ÖSG und im KAKuG Wirtschaftlichkeitsaspekte nur am Rande enthalten waren, empfahl der RH dem BMG darauf hinzuwirken, verstärkt Wirtschaftlichkeitsaspekte von Fondskrankenanstalten – wie z.B. fallbezogene Effizienzkennzahlen – in der Krankenanstaltenplanung zu berücksichtigen.

- 27.3** *Das BMG bezeichnete die Kritik des RH in dieser Form als nicht nachvollziehbar, weil der ÖSG sehr wohl auch Wirtschaftlichkeitsaspekte berücksichtige, z.B. durch Richtwerte für Mindestabteilungsgrößen, durch die Möglichkeit zur Etablierung flexibler Organisations- und Betriebsformen in Krankenanstalten, durch Vorgabe von Qualitätskriterien, die zu einer Konzentration komplexer teurer Leistungen an wenigen Standorten führen, durch Empfehlungen zur Personalplanung und durch Bettenmessziffern, die zur Vermeidung von Überkapazitäten beitragen sollten. Im ÖSG würden neben dem Prinzip der Versorgungsgerechtigkeit, dem Qualitätsprinzip weiters auch das Effizienzprinzip und das Ökonomieprinzip als zentrale Planungsgrundsätze genannt.*

Nach Ansicht des BMG sei die Berücksichtigung gesamtwirtschaftlicher als auch betriebswirtschaftlicher Aspekte bei der Gesundheitsplanung essenziell. Das BMG werde sich bei den Verhandlungen zu den zukünftigen Festlegungen zur Gesundheitsplanung weiterhin dafür einsetzen, dass Wirtschaftlichkeitsaspekte bei den Planungen im Gesundheitswesen im Gesamten und bei der Krankenanstaltenplanung im Besonderen entsprechend berücksichtigt und dass alle diesbezüglich zur Verfügung stehenden Datengrundlagen genutzt würden.

- 27.4** Der RH anerkannte die im ÖSG enthaltene Berücksichtigung von Wirtschaftlichkeitsaspekten und die Bereitschaft des BMG, sich weiterhin dafür einzusetzen, dass Wirtschaftlichkeitsaspekte bei der Krankenanstaltenplanung berücksichtigt und alle diesbezüglich zur Verfügung stehenden Datengrundlagen genutzt werden.

Der RH hielt jedoch weiterhin daran fest, dass insbesondere im Bereich Krankenanstaltenkostenrechnung detaillierte Informationen vorliegen, die zusätzlich zu Planungszwecken genutzt werden könnten. Angesichts der umfassenden Gestaltungsmöglichkeiten der Länder im Bereich der Krankenanstaltenfinanzierung hielt der RH seine Empfehlung aufrecht, darauf hinzuwirken, verstärkt Wirtschaftlichkeits-

Rolle des Bundes in der österreichischen Krankenanstaltenplanung

aspekte von Fondskrankenanstalten – wie z.B. fallbezogene Effizienz-kennzahlen – in der Krankenanstaltenplanung zu berücksichtigen.

Entscheidungsstrukturen

Einleitung

28 Im Folgenden wird näher betrachtet, inwieweit sich die auch von der EU-Kommission als Reformhemmnis kritisierte komplexe österreichische Verwaltungsstruktur in den Entscheidungsstrukturen der österreichweiten Krankenanstaltenplanung widerspiegelt.

Entscheidungsstrukturen auf Bundes- und Landesebene

29.1 (1) Zur regionen- sowie sektorenübergreifenden Planung, Steuerung und gesamthaften Finanzierung des Gesundheitswesens wurde im Jahr 2005 die Bundesgesundheitsagentur eingerichtet.⁷¹ Zu ihren Aufgaben gehörten insbesondere die österreichweite Krankenanstaltenplanung sowie die Erstellung des zentralen Planungsinstruments, des ÖSG. Das Beschlussorgan der Bundesgesundheitsagentur war bis zum Jahr 2013 die Bundesgesundheitskommission.

Die Bundesgesundheitskommission bestand Ende 2012 aus 31 Mitgliedern des Bundes, der Länder, der Sozialversicherung und weiterer Systembeteiligter, wie Kammern und Kirchen. Es bestand eine Bundesmehrheit (21 von 41 Stimmrechten). Für Angelegenheiten der Krankenanstaltenplanung (wie auch für die meisten anderen Angelegenheiten) war aber ein Einvernehmen mit den Ländern und dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger erforderlich.

(2) Im Jahr 2013 kamen Bund, Länder und Sozialversicherung im Zuge einer Gesundheitsreform „als gleichberechtigte Partner überein, ein partnerschaftliches Zielsteuerungssystem zur Steuerung von Struktur, Organisation und Finanzierung der österreichischen Gesundheitsversorgung einzurichten“. Der ÖSG wurde dieser Zielsteuerung untergeordnet; mit Einrichtung der Bundes-Zielsteuerungskommission ging im Jahr 2013 die Zuständigkeit für die Krankenanstaltenplanung auf diese über.⁷² Ihr gehörten je vier Vertreter des Bundes, der Länder und der Sozialversicherung an, für Beschlussfassungen war Einstimmigkeit erforderlich.

⁷¹ Davor bestand seit dem Jahr 1997 der Strukturfonds mit ähnlichen Aufgaben.

⁷² Für Beschlussfassungen in der Bundesgesundheitskommission waren ab diesem Zeitpunkt eine Stimmenmehrheit und die Zustimmung von mindestens drei Viertel der Mitglieder des Bundes, der Länder und des Hauptverbands der österreichischen Sozialversicherungsträger erforderlich.

(3) Vor Einführung der Zielsteuerung Gesundheit waren die Gesundheitsplattformen die Beschlussorgane der Landesgesundheitsfonds. Das jeweilige Land, die Sozialversicherung und der Bund waren darin vertreten⁷³; das Land hatte in jenen Angelegenheiten, in denen die alleinige (verfassungsrechtliche) Zuständigkeit des Landes bestand, die Mehrheit. Dies galt insbesondere bei Beschlüssen, die den stationären Bereich der Krankenanstalten betrafen.

Mit Einführung der Zielsteuerung ging auf Landesebene die Zuständigkeit für die Krankenanstaltenplanung auf die Landes-Zielsteuerungskommissionen über. Ihnen gehörten je fünf Landes- und Sozialversicherungsvertreter sowie ein Vertreter des Bundes an. Es war Einvernehmen zwischen Land und Sozialversicherung erforderlich. Der Bundesvertreter verfügte über ein Vetorecht gegen Beschlüsse der Landes-Zielsteuerungskommissionen, die gegen geltendes Recht, die geltenden Art. 15a-Vereinbarungen, den Bundes-Zielsteuerungsvertrag oder gegen Beschlüsse der Organe der Bundesgesundheitsagentur verstoßen. Der Bund übte dieses Vetorecht bis dato nicht aus (siehe TZ 16).

29.2 Der RH wies kritisch auf das in Angelegenheiten der Krankenanstaltenplanung bestehende Ungleichgewicht zwischen Bundes- und Landesebene hin: Während Beschlüsse auf Bundesebene grundsätzlich der Zustimmung sowohl der Länder- als auch der Sozialversicherungsvertreter bedurften, hatte der Bund auf Landesebene lediglich ein Vetorecht. Der RH wies überdies kritisch auf die Gefahr einer substanziellen Beschränkung der gesamthaften und bundesländerübergreifenden Planung und Steuerung der Leistungserbringung in den Krankenanstalten hin.

Der RH empfahl dem BMG, in künftigen Verhandlungen mit den Ländern eine Stärkung der Rolle des Bundes bei Planungsfragen von gesamtstaatlicher Relevanz sicherzustellen.

In diesem Zusammenhang wies der RH auf seine Stellungnahme zum Entwurf des Gesundheitsreformgesetzes 2013 hin. Bereits damals kritisierte er u.a., dass das prägende Prinzip der Einstimmigkeit in den vorgesehenen Gremien zu Lösungen auf Basis des „kleinsten gemeinsamen Nenners“ führen und notwendige Maßnahmen verhindern könne und dass mit der Bundes-Zielsteuerungskommission ein zusätzliches Gremium geschaffen werde.

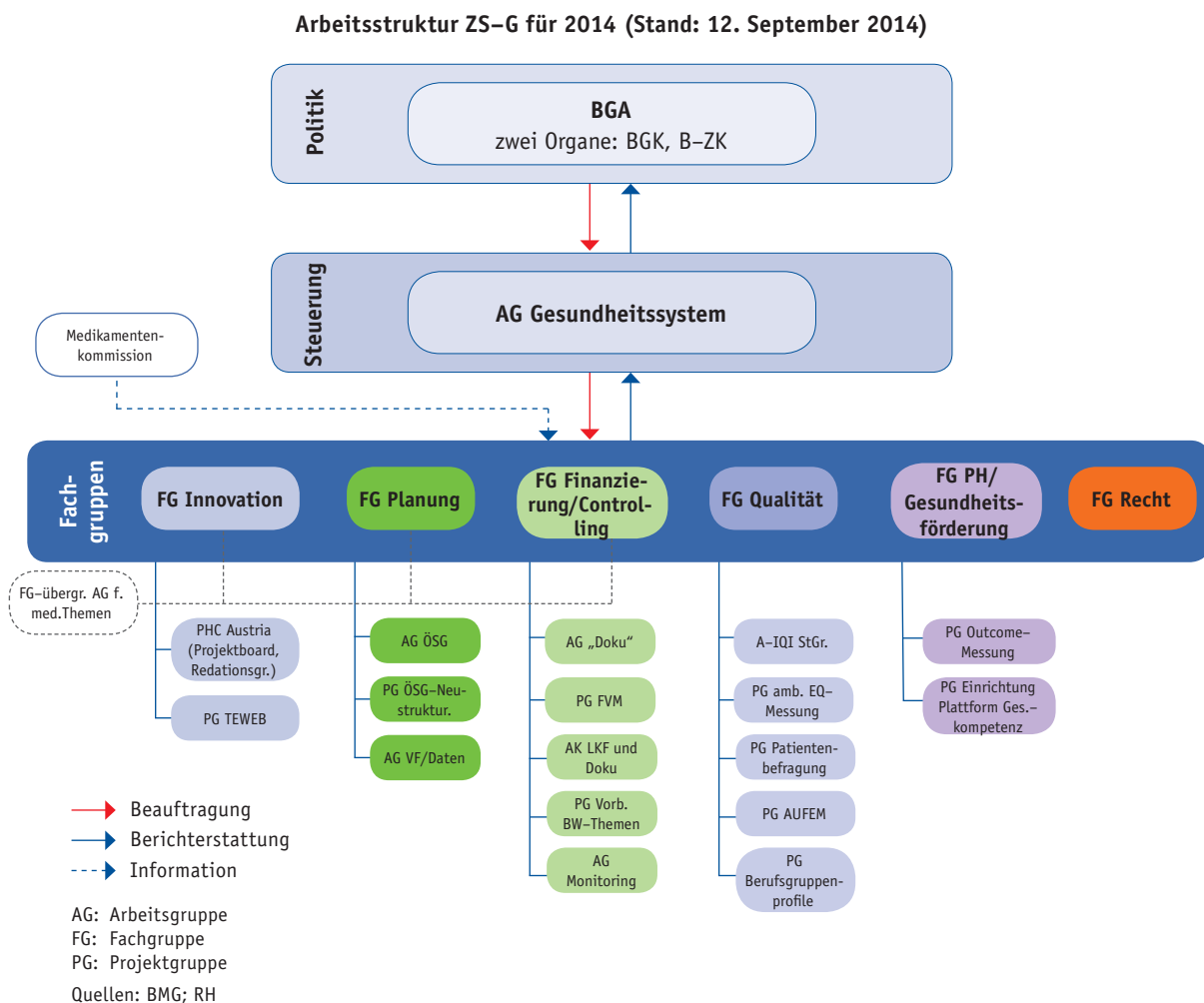
⁷³ Weiters gehörten den Gesundheitsplattformen Vertreter der Ärztekammer, der Interessenvertretungen der Städte und Gemeinden, der Patientenvertretungen und der Rechtsträger bestimmter Krankenanstalten an.

29.3 Das BMG sagte zu, die Notwendigkeit einer verstärkten überregionalen Sicht bei Planungsfragen von gesamtstaatlicher Relevanz und die entsprechende Stärkung der Rolle des Bundes in die aktuellen Verhandlungen zum Finanzausgleich einzubringen.

Arbeitsstrukturen auf
Bundesebene

30.1 (1) Der Bundesgesundheitskommission bzw. der Bundes-Zielsteuerungskommission nachgeordnet waren Arbeitsgremien, die seit der Einrichtung der Bundesgesundheitsagentur mehrfach umstrukturiert wurden. Im Jahr 2014 war folgende Arbeitsstruktur gegeben:

Abbildung 9: Arbeitsgremien der Bundesgesundheitsagentur 2014



Die Struktur der Arbeitsgremien war systematisch untergliedert. Unter den beschlussfassenden Organen Bundesgesundheitskommission bzw. Bundes-Zielsteuerungskommission (politische Ebene) war die Arbeitsgruppe Gesundheitssystem angesiedelt (Vorbereitung der Sitzungen der Organe auf oberster Beamtenebene), darunter waren nach Aufgabengebieten untergliedert sechs Fachgruppen (Arbeit auf Fachexperten-Ebene) angesiedelt, denen weitere Arbeits- und Projektgruppen zuarbeiteten. Die hierarchisch tiefer angeordneten Gruppen berichteten an das jeweils höhere Gremium. So waren für jede Fachgruppe jeweils ein Landes- und ein Sozialversicherungsvertreter als Berichterstatter an die Arbeitsgruppe Gesundheitssystem nominiert.

Für die Krankenanstaltenplanung bedeutende Fachgruppen waren vor allem die Fachgruppe Planung mit ihren Arbeitsgruppen ÖSG und Versorgungsforschung und Datengrundlagen (VF/Daten) sowie der Projektgruppe ÖSG-Neustrukturierung. Ältere relevante Gremien waren u.a. die Arbeitsgruppe für Strukturveränderungen (Vorgängerin der Arbeitsgruppe Gesundheitssystem), die Unterarbeitsgruppe ÖSG, das ÖSG-Clearinggremium sowie die Unter-Unterarbeitsgruppen Leistungsmatrix und Großgeräteplanung.

Aufgrund der thematischen Breite der Krankenanstaltenplanung ergaben sich Nahtstellen zu anderen Fachgruppen. So war auch die Fachgruppe Finanzierung/Controlling an der fachgruppenübergreifenden Arbeitsgruppe für medizinische Themen beteiligt, in der u.a. die ÖSG-Leistungsmatrix bearbeitet wurde. Die Fachgruppe Innovation war u.a. mit Grundkonzeptionierung von Versorgungsaufträgen und Rollenverteilungen befasst, die auch im ÖSG zu berücksichtigen waren. Ein Arbeitsauftrag der Fachgruppe Recht war die Schaffung rechtlicher und organisatorischer Voraussetzungen auf Bundesebene einschließlich ÖSG im Zusammenhang mit dem Konzept für Versorgungsaufträge und Rollenverteilungen.

(2) Der Aufwand für diese Sitzungen war beträchtlich. Es gab keine Verpflichtung zur Protokollierung der Dauer der Sitzungen, für zwei Gremien lagen aber Daten vor. Eine Sichtung der Anwesenheitslisten ergab für das Jahr 2013 einen Zeitaufwand von rd. 1.160 Personenstunden für die Fachgruppe Planung (42 Stunden mit durchschnittlich 27,6 Teilnehmern) und rd. 510 Personenstunden für die Projektgruppe ÖSG Neustrukturierung (30,6 Stunden mit durchschnittlich 16,6 Teilnehmern).⁷⁴

⁷⁴ Hochrechnung einzelner fehlender Sitzungszeiten durch den RH

Dabei handelte es sich um die reine Sitzungszeit, der tatsächliche Aufwand lag deutlich höher, weil auch Vor- und Nachbereitungsarbeiten (inklusive der Ressourcen weiterer Mitarbeiter der jeweiligen Organisationen) sowie Reisezeiten und -kosten bei allen Systempartnern zu berücksichtigen waren. Aus diesem Grund war der Gesamtaufwand für die Planungssitzungen mit vertretbarem Mitteleinsatz nicht quantifizierbar.

(3) Das BMG, dem die Führung der Geschäfte der Bundesgesundheitsagentur oblag, koordinierte die Sitzungen dieser Gremien. Die Vertreter des BMG bereiteten die Einladungen und Tagesordnungen vor, übermittelten die Sitzungsunterlagen, wickelten die Kommunikation mit den mit Planungsaufgaben befassten Mitarbeitern des ÖBIG ab, stellten die Räumlichkeiten zur Verfügung, leiteten die Sitzungen, verfassten darüber Protokolle und leiteten die Ergebnisse an alle Teilnehmer weiter.

Das BMG dokumentierte die Planungstätigkeiten umfangreich und stellte dem RH elektronisch rd. 2.400 planungsbezogene Aktenzahlen zur Verfügung, von denen einzelne mehrere hundert Seiten umfassten (dies vor allem bedingt durch den Umfang der Entwürfe zum ÖSG und die zugehörigen Arbeitsmaterialien). So beinhaltete der Akt zur Weiterleitung der Berichte des ÖBIG zur Gesundheitsplanung 2012 an die zuständigen Gremien 773 Seiten.

Die inhaltliche Abstimmung einer ÖSG-Revision beanspruchte mehrere Monate. Die Rohentwürfe wurden in den zuständigen Fachgremien wie der Fachgruppe Planung und der PG ÖSG Neustrukturierung diskutiert und danach einer Prüfung insbesondere in den Ländern zugeführt. Nach weiterer Diskussion und endgültiger Abstimmung in der Arbeitsgruppe Gesundheitswesen (bis 2013 in der Arbeitsgruppe Strukturveränderungen) wurde die ÖSG-Revision jeweils gegen Jahresende von der Bundes-Zielsteuerungskommission (bis 2013 von der Bundesgesundheitskommission) beschlossen.

(4) Strittige Punkte wurden so lange verschoben, bis die erforderliche Einstimmigkeit hergestellt war. So waren Vorgaben des ÖSG für die Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen bereits in der ersten Sitzung der Bundes-Zielsteuerungskommission am 28. Juni 2013 auf der Tagesordnung. Die Länder hatten dazu keine einheitliche Meinung und die Kommission beschloss, dass die Sozialversicherung und die Länder die Frage der Finanzierung bis 31. Oktober 2013 gemeinsam lösen würden. Mangels einer Einigung vereinbarte die Bundes-Zielsteuerungskommission die Einrichtung einer Arbeitsgruppe.

Der Vertreter eines Landes betonte, dass er von einem Beschluss der Landesfinanzreferentenkonferenz ausgehen müsse und es daher nur Aufgabe der Arbeitsgruppe sein könne, die derzeitigen Finanzierungsströme darzustellen. In der dritten Sitzung vom 21. März 2014 drängte der Gesundheitsminister auf eine rasche Einigung, der Landesvertreter verwies auf den Beschluss der Landesfinanzreferentenkonferenz, der vor Verhandlungen aufgehoben werden müsse. Erst nach Revidierung dieses Beschlusses konnte ein Konsens zwischen Ländern und Sozialversicherung gefunden werden und die Bundes-Zielsteuerungskommission dieses Thema in ihrer vierten Sitzung vom 30. Juni 2014 als gelöst betrachten. Die Standortfrage für die Rehabilitationseinrichtungen für Kinder und Jugendlichen war allerdings im März 2015 noch ungeklärt.

- 30.2** Der RH hielt fest, dass die eingerichteten Arbeits-, Fach- und Projektgruppen die Planungsaufgaben umfassend abarbeiteten, wobei das BMG umfangreiche organisatorische und moderierende Aufgaben wahrnahm und diese im Detail dokumentierte. Der Planungsablauf in der gewählten Organisationsform verursachte beträchtlichen Aufwand. Um Verständigungen zu erreichen, waren langwierige Verhandlungs- und Abstimmungsrunden erforderlich; die Entscheidungsfindung gestaltete sich u.a. deshalb schwierig, weil Beschlüsse nur einstimmig gefasst werden konnten.

Das BMG versuchte zwar, Entscheidungsprozesse zu beschleunigen und auf eine zentrale Planung aus gesamtstaatlicher Perspektive hinzuwirken, war aber in den bestehenden Strukturen limitiert⁷⁵.

Nach Ansicht des RH war der aufwändige Planungsprozess ein Ausdruck der gegebenen Kompetenzzersplitterung. Der RH verwies auf bereits länger vorhandene Ansätze zu einer Bereinigung, z.B. im Rahmen des Österreich-Konvents⁷⁶ oder in seinen Positionen zur Verwaltungsreform. In Letzteren schlug der RH u.a. vor, die Kompetenzen für das Gesundheitswesen neu zu regeln und das Heil-, Pflege- und Kuranstaltenwesen dem Art. 11 B-VG zuzuordnen (Reihe 2011/1, S. 159).⁷⁷

Der RH empfahl deshalb dem BMG neuerlich, darauf hinzuwirken, die Aufgaben-, Ausgaben- und Finanzierungsverantwortung im Krankenanstaltenwesen in einer Hand zu konzentrieren.

⁷⁵ siehe den Prozess zur Herstellung einer Einigung für die Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen bzw. zur überregionalen Versorgungsplanung (TZ 32)

⁷⁶ Das Positionspapier des BMGF zum Verfassungskonvent, 37/POSP-K, forderte u.a. eine Übertragung der Gesetzgebungskompetenz für Heil-, Pflege- und Kuranstalten an den Bund.

⁷⁷ wiederholt in der Stellungnahme des RH zum Entwurf des Gesundheitsreformgesetzes 2013

- 30.3** *Laut Stellungnahme des BMG sei die plausible und nachvollziehbare Empfehlung des RH hinsichtlich einer stärkeren Konzentration von Aufgaben-, Ausgaben und Finanzierungsverantwortung im Krankenanstaltenbereich auch ein Anliegen des BMG. Allerdings könne eine über die Grundsatzgesetzgebung hinausgehende Mitsprache- und Gestaltungsmöglichkeit des Bundes im Bereich der Krankenanstaltenplanung nur im Wege von Vereinbarungen gemäß Artikel 15a B-VG erreicht werden. Es sei bislang nicht möglich gewesen, ein Einvernehmen hinsichtlich Änderungen in der Kompetenzlage in den Verhandlungen mit den Ländern zu erreichen.*

Die GÖG hielt in ihrer Stellungnahme fest, dass aus fachlicher Sicht eine Stärkung der Rolle des Bundes in Bezug auf ÖSG und RSG begründenswert sei. Tatsächlich seien zahlreiche Systempartner mit unterschiedlichen Kompetenzen im Prozess eingebunden, was komplexe Entscheidungsstrukturen zur Folge habe. Neben Bund und Ländern sei auch die Sozialversicherung berührt, im Prozess bzw. in den RH-Empfehlungen jedoch nicht abgebildet. Die Rolle der Sozialversicherung sei sowohl institutionell (in Hinblick auf Gremien) als auch aufgrund ihrer inhaltlichen Zuständigkeit (niedergelassener Bereich bei gesamthafter Diskussion zum spitalsambulanten – wie auch stationären – Bereich) verstärkt in Betracht zu ziehen. Aus Sicht der GÖG seien die Ausführungen des RH nachvollziehbar und für eine Berücksichtigung in einer 15a-Vereinbarung geeignet.

- 30.4** Der RH wertete die Haltung des BMG und der GÖG in der Frage der Stärkung der Rolle des Bundes in der österreichischen Krankenanstaltenplanung positiv. Der GÖG entgegnete er, dass er die Mitarbeit der Sozialversicherung in den Entscheidungsgremien zwar erwähnt, aber nicht weiter vertieft hatte, weil der Fokus der Überprüfung auf der Rolle des Bundes lag.

Überregionale Krankenanstaltenplanung

Inländische
Gastpatienten

- 31.1** (1) Jedes Bundesland war gemäß § 18 KAKuG verpflichtet, Krankenanstaltspflege für anstaltsbedürftige Personen im eigenen Land sicherzustellen. Für in Grenzgebieten wohnhafte Personen konnte die Anstaltspflege auch durch Einweisung in Krankenanstalten eines benachbarten Landes sichergestellt werden.

In der Praxis wurden die Akutbetten der Länder zu rd. 10 % von inländischen Gastpatienten in Anspruch genommen, also von Personen mit Wohnsitz in einem anderen Bundesland. Gründe dafür waren u.a. die Inanspruchnahme spitzenmedizinischer Leistungen, der Reputation und

die Wohnortnähe von Krankenanstalten, das Einweisungsverhalten der Ärzte oder der Tourismus. Die folgende Tabelle zeigt die Spitalsaufenthalte⁷⁸ der Österreicher im Jahr 2013, wobei den Spalten die Herkunft der Patienten und den Zeilen das versorgende Land zu entnehmen ist:

Tabelle 14: Patientenströme nach stationären Aufenthalten 2013

	Burgenland	Kärnten	Niederösterreich	Oberösterreich	Salzburg	Steiermark	Tirol	Vorarlberg	Wien	Summe Österreich
	Anzahl									
Burgenland	64.048	44	7.781	131	57	4.799	38	14	1.966	78.878
Kärnten	126	152.800	521	298	512	5.524	855	61	877	161.574
Niederösterreich	9.051	221	328.602	5.474	185	2.417	183	51	14.720	360.904
Oberösterreich	218	494	20.182	446.432	3.139	4.478	390	233	1.804	477.370
Salzburg	84	805	877	12.967	150.812	6.109	1.402	281	979	174.316
Steiermark	6.764	2.881	2.101	1.175	1.138	305.224	249	107	1.777	321.416
Tirol	61	5.555	515	1.226	3.233	523	208.378	2.981	646	223.118
Vorarlberg	9	46	94	113	115	88	518	101.384	201	102.568
Wien	12.663	1.064	95.860	1.791	603	2.006	260	282	447.751	562.280
Summe	93.024	163.910	456.533	469.607	159.794	331.168	212.273	105.394	470.721	2.462.424

Quellen: Statistik Austria; RH

Wie die Tabelle zeigt, gab es vor allem im Osten Österreichs beträchtliche Gastpatientenströme. So fielen in Wien im Jahr 2013 562.280 stationäre Aufenthalte an, wovon 447.751 auf Wiener (rd. 80 %) und 114.529 Aufenthalte auf Bürger anderer Bundesländer (rd. 20 %), davon 95.860 auf Niederösterreicher entfielen. Burgenländische Patienten wurden zu rd. 31 % in anderen Bundesländern versorgt, niederösterreichische Patienten zu rd. 28 %.

(2) Ein finanzieller Ausgleich für inländische Gastpatienten zwischen den Ländern auf Basis aktueller Aufenthalte erfolgte nicht. Die Versorgung inländischer Gastpatienten wurde zwar einmalig durch höhere Landesquoten und Vorweganteile für einzelne Länder berücksichtigt, in der Folge aber nicht mehr angepasst. In den Art. 15a-Vereinbarungen über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens vereinbarten Bund und Länder seit dem Jahr 1997, für inländische Gastpatienten keine spezielle Entschädigung zu leisten.

⁷⁸ Eine ähnliche Auswertung wäre auch nach LKF-Punkten verfügbar, was zusätzlich die Aufwändigkeit der Aufenthalte verdeutlichen würde (z.B. versorgt das Burgenland nach Aufenthalten gerechnet rd. 69 % seiner Landesbürger selbst, nach LKF-Punkten aber nur rd. 55 %). Zwecks einfacherer Darstellung wurde auf Darstellungen nach LKF-Punkten verzichtet.

Gemäß der ab dem Jahr 2008 gültigen Vereinbarung⁷⁹ stellte der Bund jährlich zusätzlich 100 Mio. EUR für die Finanzierung der Fondskrankenanstalten zur Verfügung. Die Verteilung dieser Mittel auf die Länder sollte auch im Sinne eines Ausgleichs für inländische Gastpatienten erfolgen.

(3) Das KAKuG enthielt keine Vorgaben zur Berücksichtigung inländischer Gastpatienten (bzw. der Patientenströme) in der Krankenanstaltenplanung der Länder.

Der ÖSG gab für die akutstationäre Kapazitätsplanung Richtwerte wie z.B. die BMZ vor und hielt ausdrücklich fest, dass durch die BMZ regionale Austauschbeziehungen (z.B. inländische Gastpatienten) nicht in vollem Umfang berücksichtigt wurden und daher in den RSG gegebenenfalls zusätzlich zu berücksichtigen wären⁸⁰.

(4) Anhand der RSG⁸¹ zeigte sich, dass die Berücksichtigung inländischer Gastpatienten in der Krankenanstaltenplanung der Länder nur zum Teil nachvollziehbar war. In der Ostregion ging nur der burgenländische RSG näher auf Gastpatientenströme ein, im Wiener und im niederösterreichischen RSG fehlte eine entsprechende Darstellung. Das BMG hatte zwar eine stärkere Berücksichtigung der Patientenströme angeregt, hatte aber nur eingeschränkte Einflussmöglichkeiten auf die Gestaltung der RSG (siehe TZ 16). Die 15a-Vereinbarungen enthielten keine Verpflichtung der Länder zu einer intensiveren Abstimmung ihrer regionalen Planungen.

(5) In Deutschland war die Krankenhausplanung Angelegenheit der Länder (grundsätzlich in Gesetzgebung und Vollziehung).⁸² Außerdem enthielt das Bundesgesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Krankenhausfi-

⁷⁹ BGBl. I Nr. 105/2008; Rückgang der vereinbarten zusätzlichen Mittel wegen Paktums zum Finanzausgleich 2008

⁸⁰ Gemäß Art. 4 Abs. 6 der Art. 15a B-VG-Vereinbarung über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens waren bei den Detailplanungen auf Länderebene (RSG) die im ÖSG enthaltenen Vorgaben und Richtwerte einzuhalten.

⁸¹ Gemäß ÖSG war als Voraussetzung für eine Vergleichbarkeit der Angebotsstrukturen in den RSG als Kerninhalte-Ist-Darstellungen und Planaussagen zu allen Teilbereichen, wie sie in der Planungsmatrix sowie in der Kapazitätsplanung enthalten sind, abzubilden und durch ergänzende Beschreibungen zu den Rahmenbedingungen der Kapazitätsplanungen darzustellen.

⁸² Ähnlich in der Schweiz: In der Schweiz war die Spitalsplanung Angelegenheit der Kantone. Aufgrund einer Verordnung des Schweizerischen Bundesrates (Verordnung über die Krankenversicherung, KVV) waren die Kantone verpflichtet, die Informationen über die Patientenströme auszuwerten und auszutauschen sowie die Planungsmaßnahmen mit den in ihrer Versorgungssituation betroffenen Kantonen zu koordinieren.

finanzierungsgesetz⁸³) verbindliche Rahmenvorgaben auf Bundesebene. Das Krankenhausfinanzierungsgesetz gab allgemeine Grundsätze und Ziele⁸⁴ für die Finanzierung und Planung vor. Gemäß § 6 Krankenhausfinanzierungsgesetz hatten die Länder Krankenhauspläne aufzustellen. War ein Krankenhaus auch für die Versorgung der Bevölkerung anderer Länder von wesentlicher Bedeutung, so war die Krankenhausplanung zwischen den beteiligten Ländern⁸⁵ abzustimmen.

Versorgungsstrukturen mit wesentlicher Bedeutung auch für die Bevölkerung anderer Länder bestanden z.B. zwischen den Ländern Brandenburg⁸⁶ und Berlin oder Schleswig-Holstein⁸⁷ und Hamburg. Diese Länder stimmten ihre Krankenanstaltenplanungen ab; zum Teil wurden die jeweils versorgungswirksamen Krankenhauskapazitäten des Nachbarlandes in den Krankenanstaltenplänen ausgewiesen.

Ziel der deutschen länderübergreifenden Planungen war u.a. eine bedarfsgerechte Versorgungsstruktur.

In Österreich war dagegen in den Arbeitsgremien der Bundesgesundheitsagentur von Seiten der Länder nur geringe Bereitschaft erkennbar, die überregionale Planung auszubauen.

31.2 (1) Der RH hielt fest, dass auf Bundesebene eine verbindliche Vorgabe zur Berücksichtigung der inländischen Patientenströme in der Krankenanstaltenplanung fehlte, obwohl die inländischen Gastpatienten akutstationäre Versorgungsstrukturen erheblich beanspruchten. Die Länder verfügten im Rahmen der RSG über umfassende Gestaltungsmöglichkeiten, nutzen sie aber hinsichtlich einer länderübergreifenden Planung der Gastpatientenströme kaum. Obwohl sich der Anteil inländischer Gastpatienten an den Spitalsaufenthalten österreichweit auf rd. 10 % belief, in Wien sogar auf rd. 20 %, beruhten die Regelungen zur finanziellen Abgeltung der inländischen Gastpatienten nicht auf der tatsächlichen Inanspruchnahme, sondern erfolgten pauschal. Die Versorgung inländischer Gastpatienten wurde zwar einmalig durch

⁸³ Gesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. April 1991 (BGBl. I S. 886), das zuletzt durch Art. 5c des Gesetzes vom 15. Juli 2013 (BGBl. I S. 2423) geändert worden ist.

⁸⁴ Zweck des Gesetzes war u.a. die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser, um eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen, eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern zu gewährleisten.

⁸⁵ So war auch im Krankenanstaltengesetz des Landes Brandenburg die Abstimmung mit dem Land Berlin als Pflichtaufgabe für die Krankenhausplanung ausdrücklich normiert.

⁸⁶ Das Land Brandenburg hatte mit Ende 2013 rd. 2,5 Mio. Einwohner und umschloss das Land Berlin (zugleich Bundeshauptstadt) mit rd. 3,4 Mio. Einwohnern.

⁸⁷ Das Land Schleswig-Holstein hatte mit Ende 2013 rd. 2,8 Mio. Einwohner und grenzte an das Land Hamburg (zugleich Stadt) mit rd. 1,7 Mio. Einwohnern.

höhere Landesquoten und Vorweganteile für einzelne Länder berücksichtigt, in der Folge aber nicht mehr angepasst. Damit bestand keine Kostenwahrheit und kein Anreiz für die Länder, ihre regionalen Planungen intensiver aufeinander abzustimmen.

(2) Der RH wies darauf hin, dass z.B. in Deutschland bei ebenfalls ausgeprägten föderalen Strukturen überregionale Patientenströme in der Krankenanstaltenplanung verpflichtend zu berücksichtigen waren.

Nach Ansicht des RH waren auch in Österreich inländische Patientenströme in der Krankenanstaltenplanung zu berücksichtigen, um Unter- bzw. Überversorgungen zu vermeiden. Zur Ermittlung des tatsächlichen Versorgungsbedarfs war für ihn eine bundesländerübergreifende Planung – z.B. durch verpflichtende gegenseitige Abstimmungen der Länder – unabdingbar.

Der RH empfahl deshalb dem BMG darauf hinzuwirken, dass die Länder bei ihren Krankenanstaltenplanungen künftig inländische Patientenströme in nachvollziehbarer Form berücksichtigen.

31.3 *Das BMG teilte in seiner Stellungnahme mit, dass auch ihm eine Transparenz der inländischen Patientenströme ein großes Anliegen sei. Eine flexiblere Finanzierungslösung zur Abgeltung von Leistungen für inländische Gastpatienten sei vom Bund wiederholt in die Verhandlungen mit den Ländern eingebracht, diesbezügliche Vorschläge jedoch von den Ländern bislang nicht angenommen worden.*

Überregionale Versorgungsplanung

32.1 (1) Ein Ziel des ÖSG war die Sicherung einer regionalen und überregionalen Abstimmung. Dies entsprach dem Bundes-Zielsteuerungsvertrag, wonach der ÖSG „Festlegungen/Rahmenvorgaben zur überregionalen (Bundesländergrenzen übergreifenden) Versorgungsplanung“ zu enthalten hat.

Im ÖSG sollte die überregionale Abstimmung der Ressourcen- und Leistungsangebotsplanung insbesondere durch eine Versorgungsplanung für komplexe spezialisierte Strukturen von überregionaler Bedeutung (Referenzzentren) sichergestellt werden. Dies erfolgte im ÖSG 2012 für die Herzchirurgie, die Transplantationschirurgie, die akute Neurochirurgie, die Kinder-Herzchirurgie, die Kinder-Kardiologie und die Kinder-Onkologie. Der ÖSG definierte für diese Fachrichtungen Soll-Leistungsstandorte und legte fest, für welchen Einzugsbereich⁸⁸ diese zuständig sein sollten:

⁸⁸ Zu Planungszwecken unterteilte der ÖSG Österreich in vier Versorgungszonen und diese jeweils in 32 Versorgungsregionen.

Überregionale Krankenanstaltenplanung

Tabelle 15: Auszug aus der überregionalen Versorgungsplanung im ÖSG

Ziel-KA/Ziel-VR	Quell-Versorgungsregion bzw. "Versorgungsgebiet"																																		
	Bettenkapazitäten ¹	11 Burgenland-Nord	12 Burgenland-Süd	21 Kärnten-Ost	22 Kärnten-West	31 NÖ Mitte	32 Waldviertel	33 Weinviertel	34 Thermenregion	35 Mostviertel	41 00 Zentralraum Linz	42 00 Zentralraum Wels	43 Mühlviertel	44 Pyhrn-Eisenwurzen	45 Traunviertel-Salzammergut	46 Innviertel	51 Salzburg-Nord	52 Pinzgau-Pongau-Lungau	61 Graz	62 Liezen	63 Östliche Obersteiermark	64 Oststeiermark	65 West-/Südsteiermark	66 Westliche Obersteiermark	71 Tirol-Zentralraum	72 Tirol-West	73 Tirol-Nordost	74 Osttirol	81 Rheintal-Bregenzerwald	82 Vorarlberg-Süd	91 Wien-Mitte-Südost	92 Wien-West	93 Wien-Nordost		
Herzchirurgie (HCH)																																			
205 Klagenfurt LKH	-	-	x	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
31 NÖ Mitte ²	-	-	-	-	x	x	x	x	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
416 Linz AKH	-	-	-	-	-	-	-	-	-	x	x	x	x	x	x	-	-	-	-	-	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
524 Salzburg LKA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	x	x	x	x	-	-	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
612 Graz LKH	-	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	x	-	x	x	x	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
706 Innsbruck LKH	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	x	x	x	x	x	x	-	-	-	-	
901 Wien AKH	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	x	x	x
916 Hietzing-Rosenhügel KH	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	x	x	x
Österreich insgesamt	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
Transplantationschirurgie (TXC)																																			
419 Linz ELISAB KH ³	-	-	-	-	n	-	-	n	n	n	n	n	n	n	n	n	n	n	n	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
612 Graz LKH	-	x	x	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	x	x	x	x	x	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
706 Innsbruck LKH	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	x	x	x	x	-	-	-	-	-	-	-	x	x	x	x	x	x	-	-	-	-	
901 Wien AKH	x	-	-	-	x	x	x	x	x	x	x	x	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	x	x	x
Österreich insgesamt	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
Neurochirurgie akut (NCA; MEL AC020-AC040, AD010-AD070, EA020, EA030, LA010)																																			
205 Klagenfurt LKH	-	-	x	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	x	-	-	-	x	-	-	-	-	-	
34 Thermenregion ²	x	-	-	-	-	-	-	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
31 NÖ Mitte ²	-	-	-	-	x	x	-	-	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
425 Linz LNKL	-	-	-	-	-	x	-	-	-	x	x	x	x	x	-	-	-	-	-	-	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
528 Salzburg LNKL	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	x	x	x	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
612 Graz LKH	-	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	x	-	x	x	x	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
706 Innsbruck LKH	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	x	x	x	x	-	-	-	-	-	-
830 Feldkirch LKH	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	x	x	-	-
901 Wien AKH	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
917 Rudolfstiftung KH	x	-	-	-	-	-	x	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	x	x	x
956 Wien SMZ-Ost	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Österreich insgesamt	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	

x = Versorgungsgebiet des jeweiligen Leistungsstandorts

¹ Grobabschätzung des Bettenbedarfs für Österreich insgesamt auf Basis der spezifischen Betteninanspruchnahme im Jahr 2010; Grundlage für die bis zur nächsten ÖSG-Revision festzulegende Kapazitätsplanung pro Leistungsstandort

² Standort-Konkretisierung wird bis zur nächsten ÖSG-Revision ergänzt

³ TXC eingeschränkt auf NTX; Angaben "n" zum Versorgungsgebiet daher nur für NTX gültig

Quellen: BMG – Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen KA 2010; GÖG-eigene Berechnungen

So war in der akuten Neurochirurgie die Landesnervenklinik Linz nicht nur als Leistungsstandort für die meisten oberösterreichischen Versorgungsregionen festgelegt, sondern auch für die niederösterreichische Region Waldviertel und für die steiermärkische Region Liezen. Die Lan-

desnervenklinik Salzburg hatte neben den beiden Salzburger Regionen auch die oberösterreichischen Regionen Traunviertel–Salzkammergut und Innviertel zu versorgen.

Mit derartigen Festlegungen sollten laut ÖSG komplexe Leistungen überregional gebündelt und eine Grundlage für die regionalen Detailplanungen der Länder geschaffen werden. Die Vereinbarung gemäß Art. 15a B–VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens bestimmte dazu in Art. 4 Abs. 4 Z 3, dass diese Festlegungen in quantitativer Hinsicht konkretisiert und um weitere einvernehmlich festzulegende Bereiche ergänzt werden sollten.

(2) Im Jahr 2006 beschloss die Bundesgesundheitskommission, dass auf Ebene der Versorgungszonen sogenannte „Zonenkonferenzen“ eingerichtet werden sollten, um überregionale länderübergreifende Planungen (unter Einbeziehung der Sozialversicherung) abstimmen zu können.

Das ÖBIG legte in einem Arbeitsbericht 2007 dar, dass zur allfälligen Unterstützung der Zonenkonferenzen bei Bedarf Beiträge des ÖBIG vorgesehen seien. In allen vier Versorgungszonen seien laut den Besprechungen in der Arbeitsgruppe Strukturveränderungen Zonenkonferenzen bereits eingerichtet oder zumindest Initiativen zu deren Konstituierung gesetzt, ein ausdrücklicher Bedarf an der Mitwirkung des ÖBIG aber nicht angemeldet worden.

Ein Rohentwurf zum ÖSG 2012 sah vor, die örtliche Zuständigkeit von Referenzzentren in den Zonenkonferenzen verbindlich festzulegen; dies entfiel aber in der endgültigen Fassung. Diese beschränkte sich auf den Hinweis, dass auf Ebene der Versorgungszonen weiterhin die Zonenkonferenzen überregionale länderübergreifende Planungen abstimmen sollten.

Das BMG war in die Zonenkonferenzen nicht eingebunden; Vertreter der Länder berichteten fallweise in den Gremien der Bundesgesundheitsagentur aus den Konferenzen. Ländervertreter betrachteten die überregionale Versorgungsplanung in verschiedenen Sitzungen der Planungsgremien kritisch. Der Regelungsumfang sei zu umfassend und gehe über die Belange der überregionalen Planung hinaus. Es sollten grundsätzlich nur solche Bereiche abgebildet werden, die Bundesländer–Grenzen überschreitende Versorgung erforderlich machten.

Ein Land wies darauf hin, dass es Standortfestlegungen ohnehin nicht akzeptieren werde, nur solche auf Landes– bzw. Versorgungszonen–Ebene in Zonenkonferenzen. Ein weiteres Land wies darauf hin, dass

es einen Standort ganz unabhängig davon schließen werde, ob dies im ÖSG abgebildet sei. Ein Land verwies auf einen Landtagsbeschluss, der im Falle der überregionalen Versorgungsplanung aufgehoben werden müsse, nachdem es sich selbst versorge.

(3) In Deutschland hatten sich im Dezember 2014 Bund und Länder in einem Eckpunktepapier darauf geeinigt, die Krankenhausversorgung umzustrukturieren. Die Einigung betraf den Abbau von Überkapazitäten, die Konzentration von Krankenhausstandorten und die Umwandlung von Krankenhäusern in nicht akutstationäre lokale Versorgungseinrichtungen.

32.2 (1) Der RH hielt fest, dass die Sicherung einer regionalen und überregionalen Abstimmung im ÖSG und den ihm zugrunde liegenden Vereinbarungen grundsätzlich vorgesehen war. Der RH wies jedoch kritisch darauf hin, dass ihr Ausbau nur langsame Fortschritte erzielte.

(2) Für den RH war die überregionale Abstimmung der Ressourcen- und Leistungsangebotsplanung für das Gelingen einer effizienten Planung, Steuerung und Finanzierung in gemeinsamer Verantwortung⁸⁹ entscheidend.

Der RH empfahl deshalb dem BMG, auf Maßnahmen zur Konkretisierung und Festlegung weiterer Bereiche der überregionalen Versorgungsplanung hinzuwirken. Eine verbindlichere Festlegung der überregionalen Planung in der Zielsteuerung Gesundheit wäre dafür zweckmäßig.

(3) Der RH wies kritisch darauf hin, dass die Länder in den Gremien der Bundesgesundheitsagentur nur geringe Bereitschaft erkennen ließen, die überregionale Planung auszubauen und dass das BMG in die dafür eingerichteten Zonenkonferenzen kaum eingebunden war.

Er empfahl dem BMG, die Ergebnisse der Zonenkonferenzen regelmäßig in den Arbeitsgremien auf Bundesebene zu thematisieren, um die überregionale Koordination in der Gesundheitsplanung weiter ausbauen zu können.

32.3 *Laut Stellungnahme des BMG sei die überregionale Versorgungsplanung aus Sicht des Bundes ein essenzieller Inhalt des ÖSG. Das BMG werde sich in den derzeit laufenden Arbeiten zur ÖSG-Revision dafür einsetzen, dass die überregionale Versorgungsplanung weiter ausgebaut und konkretisiert wird.*

⁸⁹ siehe Ziel 10 der Rahmen-Gesundheitsziele

Hinsichtlich der Zonenkonferenzen teilte das BMG mit, in diese nicht einbezogen zu sein. Es werde eine regelmäßige Berichterstattung über Ergebnisse der Zonenkonferenzen in die Arbeitsgremien auf Bundesebene in Verhandlungen mit den Ländern thematisieren.

Schlussempfehlungen

33 Zusammenfassend hob der RH folgende Empfehlungen an das BMG hervor:

(1) Der ÖSG sollte – so wie früher der ÖKAP/GGP – zum Bestandteil künftiger Art. 15a-Vereinbarungen gemacht werden. (TZ 3)

(2) Das BMG sollte auf eine Beseitigung der begrifflichen Unklarheiten betreffend das Verhältnis von Rahmenplanung und Detailplanung hinwirken und klarstellen, dass die im ÖSG vorgegebenen Grenzen nicht missachtet werden dürfen. (TZ 8)

(3) Das BMG sollte auf einen Rechtsrahmen (Art. 15a-Vereinbarung und KAKuG) hinwirken, der eine verbindliche Wirkung der Planungen auf Bundes- (ÖSG) und auf Landesebene (RSG) auf die Landeskrankenanstaltenpläne in vollem Umfang sicherstellt. Dabei wäre bereits in den Art. 15a-Vereinbarungen die Verbindlichkeit des ÖSG festzuschreiben und die Verbindlichkeit der RSG für die Leistungserbringer eindeutig klarzustellen; das Verhältnis zwischen den RSG und den Landeskrankenanstaltenplänen sollte eindeutig klargelegt werden. (TZ 9, 17)

(4) Es wäre im Zuge der nächsten ÖSG-Revision darauf hinzuwirken, dass die Versorgungsmatrix die Salden der inländischen Gastpatientenströme auch auf Ebene der Versorgungsregionen ausweist. (TZ 11)

(5) Es wäre im Zuge der nächsten ÖSG-Revision darauf hinzuwirken, dass künftig eine adaptierte und um den fachrichtungsspezifischen Bettenbedarf auf Ebene der Versorgungsregionen ergänzte Fassung der Planungsmatrix erstellt wird. Dabei sollten die Gastpatientenströme zwischen den Versorgungsregionen berücksichtigt werden. (TZ 12)

(6) Es wäre im Zuge der nächsten ÖSG-Revision darauf hinzuwirken, dass auf die Darstellung der Bettenmessziffer im ÖSG künftig verzichtet wird. (TZ 13)

(7) Das BMG sollte seine zentrale Koordinations- und Steuerungsfunktion wahrnehmen und einen Standard zur bundesweit einheitlichen Ermittlung des fachrichtungsspezifischen Bettenbedarfs erarbeiten; dieser wäre der Bundes-Zielsteuerungskommission zur Beschlussfassung vorzulegen. (TZ 15)

(8) Das Vetorecht des Bundes wäre zumindest bei klaren Verstößen gegen den ÖSG einzusetzen, z.B. wenn in Aussicht genommene RSG-Beschlüsse keine Annäherung an die Rahmenvorgaben des ÖSG erkennen lassen und Abweichungen nicht in transparenter und nachvollziehbarer Form begründet werden. (TZ 16)

(9) Das BMG sollte sich in der Bundesgesundheitsagentur bzw. der Bundes-Zielsteuerungskommission dafür einsetzen, dass sich das ÖSG-Monitoring künftig auf die für die Detailplanungen relevante Ebene der Versorgungsregion bezieht. (TZ 21)

(10) Im Interesse der lückenlosen Umsetzung des Evaluierungskonzepts des ÖSG wäre künftig auch die Prüfung der ÖSG-Konformität der Detailplanungen sicherzustellen. (TZ 22)

(11) Das BMG sollte der Bundes-Zielsteuerungskommission einen wirksamen und unmittelbar auf den Bereich der Gesundheitsplanung bezogenen Sanktionsmechanismus vorschlagen. (TZ 22)

(12) Das BMG sollte darauf hinwirken, die Daten über die Versorgungsstrukturen als Basis für einen Benchmarking-Prozess der Krankenanstaltenplanung der Länder zu verwenden. (TZ 26)

(13) Das BMG sollte darauf hinwirken, verstärkt Wirtschaftlichkeitsaspekte von Fondskrankenanstalten – wie z.B. fallbezogene Effizienzkennzahlen – in der Krankenanstaltenplanung zu berücksichtigen. (TZ 27)

(14) Das BMG sollte in künftigen Verhandlungen mit den Ländern eine Stärkung der Rolle des Bundes bei Planungsfragen von gesamtstaatlicher Relevanz sicherstellen. (TZ 29)

(15) Das BMG sollte darauf hinwirken, die Aufgaben-, Ausgaben- und Finanzierungsverantwortung im Krankenanstaltenwesen in einer Hand zu konzentrieren. (TZ 30)

(16) Das BMG sollte darauf hinwirken, dass die Länder bei ihren Krankenanstaltenplanungen künftig inländische Patientenströme in nachvollziehbarer Form berücksichtigen. (TZ 31)

(17) Auf Maßnahmen zur Konkretisierung und Festlegung weiterer Bereiche der überregionalen Versorgungsplanung wäre hinzuwirken. Eine verbindlichere Festlegung der überregionalen Planung in der Zielsteuerung Gesundheit wäre dafür zweckmäßig. (TZ 32)

Schlussempfehlungen

(18) Das BMG sollte die Ergebnisse der Zonenkonferenzen regelmäßig in den Arbeitsgremien auf Bundesebene thematisieren, um die überregionale Koordination in der Gesundheitsplanung weiter ausbauen zu können. (TZ 32)

ANHANG

Entscheidungsträger des überprüften Unternehmens

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

Gesundheit Österreich GmbH

Geschäftsführung

Dr. Heinz FRÜHAUF
(1. August 2006 bis 31. März 2007)

Dr. Michaela MORITZ
(1. August 2006 bis 31. Mai 2009)

Dr. Arno MELITOPOULOS
(1. Juni 2009 bis 31. Juli 2011)

Mag. Georg ZINIEL
(seit 1. August 2011)