



Umsetzung der Spitalsreform II (Stand Ende 2016)

Auskünfte

Oberösterreichischer Landesrechnungshof
A-4020 Linz, Promenade 31
Tel.: (+43 732) 7720-11426
Fax: (+43 732) 7720-214089
E-Mail: post@lrh-ooe.at
www.lrh-ooe.at

Impressum

Herausgeber:
Oberösterreichischer Landesrechnungshof
A-4020 Linz, Promenade 31

Redaktion:
Oberösterreichischer Landesrechnungshof
Herausgegeben: Linz, im Mai 2017

INHALTSVERZEICHNIS

Kurzfassung	1
Ziele und Rahmenbedingungen der Spitalsreform II	4
Reformziele.....	4
Strukturveränderungen seit dem Reformbeschluss.....	5
Evaluierung.....	6
Bundesgesundheitsreform und Landes-Zielsteuerung	8
Aktueller Stand der Umsetzung der Spitalsreform II	10
Umsetzungsstand der Ende 2013 noch offenen Reformmaßnahmen mit Priorität A	10
Umsetzungsstand der Reformmaßnahmen mit Priorität B.....	10
Änderungstatbestände bzw. ergänzende Maßnahmen.....	11
Aktueller Umsetzungsstand der Reformmaßnahmen mit Priorität C.....	12
Aktueller Umsetzungsstand der Reformmaßnahmen im nicht-medizinischen Bereich.....	12
Erreichtes Kostendämpfungspotential.....	13
Auswirkungen auf den Haushalt des Landes OÖ	14
Auswirkungen auf die Haushalte der öö. Gemeinden	17
Steuerung der Reformumsetzung durch die Abteilung Gesundheit.....	18
Zusammenfassung der Empfehlungen.....	19

Tabellen- und Abbildungsverzeichnis

Tabelle 1:	Entwicklung der Ausgaben für die Abgangsdeckung gem. Oö. KAG	15
Abbildung 1:	Steuerungskurve zum Stichtag 14.10.2016 unter Berücksichtigung der RA bis 2015 sowie der VA-Bescheide für 2016 und 2017.....	13
Abbildung 2:	Einnahmen des Landes aus Krankenanstaltenbeiträgen der oö. Gemeinden (RA 2009 bis 2016, VA 2017)	17

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS/GLOSSAR

A

Ärztepaket	Kurzbezeichnung für die Anpassungen im Besoldungsbereich, die im Oö. Gesundheitsberufeanpassungsgesetz 2015 geregelt sind
-------------------	---

I

IT	Informationstechnologie
-----------	-------------------------

L

LKF	System der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung
LRH	Oö. Landesrechnungshof

O

Oö. KAG	Oö. Krankenanstaltengesetz 1997
OÖGKK	Oö. Gebietskrankenkasse
ÖSG	Österreichischer Strukturplan Gesundheit

P

Pflegepaket	Kurzbezeichnung für das neue Dienstrecht für den Pflegebereich in OÖ
--------------------	--

R

RA	Rechnungsabschluss
RSG	Regionaler Strukturplan Gesundheit

S

SPRII	Spitalsreform II
--------------	------------------

V

VA	Voranschlag
-----------	-------------

W

WEG Oö	Weiterentwicklung Gesundheit in OÖ
---------------	------------------------------------

Umsetzung der Spitalsreform II (Stand Ende 2016)

Geprüfte Stelle(n):

- Direktion Soziales und Gesundheit, Abteilung Gesundheit

Prüfungszeitraum:

2. November 2016 bis 9. März 2017

Rechtliche Grundlage:

Initiativprüfung im Sinne des § 4 Abs. 1 Z. 1 in Verbindung mit § 2 Abs. 1 Z. 1 des Oö. LRHG 2013, LGBl. Nr. 62/2013

Prüfungsgegenstand und -ziel:

Prüfung des Umsetzungsstandes der Spitalsreform II mit Schwerpunkt auf der Umsetzung der Maßnahmen in der Phase Priorität B, die mit 31. Dezember 2016 endete. Neben der Aufarbeitung des bisher realisierten Kostendämpfungspotentials und der seit dem Reformbeschluss veränderten Rahmenbedingungen umfasst die Prüfung auch die Umsetzung der Verbesserungsvorschläge der Initiativprüfung „Umsetzung Spitalsreform II (Stand Ende 2013)“

Prüfungsteam:

Barbara Spindelbalker (Prüfungsleiterin), Manfred Holzer-Ranetbauer

Prüfungsergebnis:

Das vorläufige Ergebnis der Prüfung wurde den Vertreterinnen und Vertretern der Direktion Soziales und Gesundheit und des Büros der zuständigen Referentin in den Schlussbesprechungen am 24. April 2017 sowie am 2. Mai 2017 zur Kenntnis gebracht.

Legende:

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

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

KURZFASSUNG

(1) Reformumsetzung im Plan – noch offene Maßnahmen aus Priorität A sollten rasch entschieden werden

Die dritte Initiativprüfung des LRH zur Umsetzung der öö. Spitalsreform II beschäftigte sich schwerpunktmäßig mit dem Stand der bis Ende 2016 vorgesehenen Umsetzung der Maßnahmen mit Priorität B. Daneben wurden die seit dem Reformbeschluss 2011 eingetretenen Veränderungen der Rahmenbedingungen einschließlich der Bundesgesundheitsreform beleuchtet. Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die Maßnahmen mit Priorität B umgesetzt sind, bei den drei noch nicht vollständig umgesetzten Maßnahmen aus der Priorität A jedoch noch keine Entscheidungen getroffen wurden bzw. getroffen werden konnten. Ungeachtet des hohen Grades der bisherigen Reformumsetzung sollten die Reformmaßnahmen konsequent weiterverfolgt werden. Die seit Ende 2013 noch immer nicht vollständig umgesetzten Maßnahmen der Priorität A sollten rasch entschieden und umgesetzt werden (Berichtspunkte 1, 5, 6, 7 und 9 – VERBESSERUNGSVORSCHLÄGE I und III).

Die Entwicklung bei den im Evaluierungsmodell zur Spitalsreform II beschlossenen Indikatoren zeigt, dass sich die Leistungserbringung in die angestrebte Richtung veränderte. Bei einzelnen Indikatoren, insbesondere bei der Krankenhaushäufigkeit und der Belagstagedichte ist das Ziel, an die Durchschnittswerte der übrigen Bundesländer heranzukommen, noch nicht erreicht. Die von der Evaluierungskommission aufgezeigten Empfehlungen (z. B. Prüfung des Prozesses der stationären Aufnahmen oder Umsetzung vergleichbarer krankenhausentlastender Maßnahmen) sollten daher aufgegriffen werden (Berichtspunkt 3).

(2) Veränderte Rahmenbedingungen bedingen Anpassungen bzw. Weiterentwicklungen – Handlungsbedarf im Zentralraum Linz

Insbesondere in der Versorgungsregion Zentralraum Linz hat sich die Krankenhauslandschaft mit der Gründung der Kepler Universitätsklinikum GmbH (mit 1.1.2016) und der Ordensklinikum Linz GmbH (geplant rückwirkend mit 1.1.2017) wesentlich verändert. Diese Veränderungen wirken sich auch auf die Versorgungsleistungen aus. Aus Sicht des LRH sollten die Leistungsschwerpunkte daher – analog dem Bericht der Evaluierungskommission für das Jahr 2015 – sowohl innerhalb der neuen Träger als auch zwischen ihnen geprüft und an die geänderten Rahmenbedingungen angepasst werden (Berichtspunkt 2 – VERBESSERUNGSVORSCHLAG II).

Der neue Österreichische Strukturplan Gesundheit – ÖSG, der bis Ende 2017 vorliegen soll und die verbindliche Grundlage für die integrierte Planung der Gesundheitsversorgung bildet, wird für die Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung in OÖ maßgeblich sein. Ein zentrales Element der Bundesgesundheitsreform stellt die angestrebte Verbesserung der

Primärversorgung dar, die u. a. zu einer Entlastung des Krankenhaus-sektors führen soll. In OÖ ist bereits ein Primärversorgungszentrum in Betrieb. In welchen Bereichen die neuen Planungsvorgaben Veränderungen bewirken werden, war für den LRH zum Prüfungszeitpunkt noch nicht absehbar (Berichtspunkt 4).

(3) Exogene Faktoren verringerten die Entlastungseffekte für die öffentlichen Haushalte

Neben den beschlossenen Anpassungen von Reformmaßnahmen und Veränderungen auf Grund des Bedarfes führten insbesondere Maßnahmen im Personalbereich (Krankenanstalten-Arbeitszeitgesetz, Oö. Gesundheitsberufeanpassungsgesetz 2015 – „Ärzte- und Pflegepaket“) zu einer Veränderung der Kostensteuerungskurve. Diese Veränderungen werden im Jahr 2020 die zum Zeitpunkt des Reformbeschlusses erwartete Kostendämpfung von rd. 366 Mio. Euro auf rd. 177 Mio. Euro verringern. Unter Berücksichtigung der aktuellen Indexwerte ist mit Stand Oktober 2016 bis zum Ende der Reform eine kumulierte Kostendämpfung von rd. 1,6 Mrd. Euro prognostiziert. Zum Beginn der Reform waren noch rd. 2,3 Mrd. Euro Kostendämpfungspotential prognostiziert worden.

Wenngleich die Krankenanstalten das bis Ende 2016 vorgegebene Kostendämpfungspotential von insgesamt rd. 122,4 Mio. Euro realisiert haben, stiegen auf Grund der oben genannten Faktoren im Voranschlag 2017 die Ausgaben zur Abgangsdeckung um rd. zwölf Prozent. Für die kommenden Jahre erwartet die Abteilung Gesundheit jährliche Erhöhungen der Abgangsdeckung von vier Prozent. Um diese Steigerungsraten an das Niveau der Bundesvorgaben (Senkung von derzeit 3,6 Prozent jährlich auf 3,2 Prozent im Jahr 2021) anzupassen, sollten in einem kontinuierlichen Verbesserungsprozess die Versorgungsstrukturen laufend weiterentwickelt und auf mögliche Effizienzpotentiale geprüft werden (Berichtspunkte 5 und 12 – VERBESSERUNGSVORSCHLAG IV).

(4) Die Empfehlungen des LRH an die geprüften Stellen sind unter Berichtspunkt 16 zusammengefasst.

(5) Im Sinne des § 9 Abs. 2 Oö. LRHG empfiehlt der LRH dem Kontrollausschuss betreffend folgender Beanstandungen und Verbesserungsvorschläge eine einmalige Folgeprüfung zu beschließen:

- I. **Die Umsetzung der Spitalsreform II sollte konsequent weiterverfolgt werden (Berichtspunkte 1, 5, 7 und 9, Umsetzung ab sofort).**
- II. **In der Versorgungsregion Zentralraum Linz sollten die Leistungsschwerpunkte sowohl innerhalb als auch zwischen den neuen Trägern geprüft und an die geänderten Rahmenbedingungen angepasst werden. Dabei sollte besonderes Augenmerk auf die Leistungs-**

abstimmung und gesamthafte Weiterentwicklung des Leistungsspektrums gelegt werden (Berichtspunkt 2, Umsetzung ab sofort).

- III. Hinsichtlich der Umsetzung der noch nicht vollständig umgesetzten Maßnahmen der Priorität A sollte eine rasche Entscheidung herbeigeführt werden (Berichtspunkt 6, Umsetzung ab sofort).**
- IV. Um die jährlichen Steigerungsraten zur Abgangsdeckung mittel- bis langfristig auf dem Niveau der Bundesvorgaben halten zu können, sollten die Versorgungsstrukturen laufend weiterentwickelt und auf mögliche Effizienzpotentiale geprüft werden. In einem kontinuierlichen Verbesserungsprozess sollten dabei die zu erbringenden Leistungen mit den für die Patientinnen und Patienten optimalen Versorgungsstrukturen und den verfügbaren Finanzmitteln in Einklang gebracht werden (Berichtspunkte 5 und 12, Umsetzung ab sofort).**

ZIELE UND RAHMENBEDINGUNGEN DER SPITALSREFORM II

Reformziele

- 1.1.** Mit der im Juni 2011 beschlossenen Spitalsreform II sollen insbesondere eine flächendeckende, bedarfsgerechte, in ihrem Leistungsspektrum aufeinander abgestimmte, hochwertige medizinische Versorgung sowie die langfristige Finanzierbarkeit des Spitalssystems sichergestellt werden. Mit dem Beschluss erwartete sich das Land durch die Reformumsetzung bis 2020 eine kumulierte Kostendämpfung von rd. 2,3 Mrd. Euro¹ (berechnet auf Basis der Kosten 2009).

Unter Berücksichtigung der aktuellen Indexwerte sowie der bisher beschlossenen Änderungen bzw. Adaptierungen und Ergänzungen ist im Jahresbericht der Evaluierungskommission für 2015² eine kumulierte Kostendämpfung von rd. 1,6 Mrd. Euro prognostiziert. Die zum Zeitpunkt des Reformbeschlusses für das Jahr 2020 erwartete Kostendämpfung verringert sich demnach von rd. 366 Mio. Euro auf rd. 177 Mio. Euro³ (Berichtspunkt 11).

Die Umsetzung der Reformmaßnahmen ist zeitlich priorisiert, bis Ende 2016 waren die Maßnahmen mit Priorität B umzusetzen.⁴ Mit der Umsetzung der Spitalsreform II wurde das Gesundheitsressort beauftragt.

- 1.2.** Der LRH stellte fest, dass mit Ende 2016 die Reformmaßnahmen großteils umgesetzt sind. Dies trifft nicht nur auf Maßnahmen der Priorität A und B zu; auch an der Umsetzung der wenigen bis Ende 2020 priorisierten Maßnahmen C wird seitens der Fondskrankenhäuser gearbeitet (Details siehe Berichtspunkte 6 bis 10). Die Verringerung der erwarteten Kosteneffekte bis 2020 ist im Wesentlichen auf Veränderungen im Personalbereich und beschlossene Änderungen bzw. Anpassungen von Reformmaßnahmen zurückzuführen. Aber auch die Veränderung bei der Indexentwicklung und die daraus folgende Anpassung der Prognoserechnung

¹ Davon sollten 51 Prozent durch Maßnahmen im nicht-medizinischen und 49 Prozent aus dem medizinischen Bereich lukriert werden.

² Jahresbericht der Evaluierungskommission vom Oktober 2016, Punkt 2.2.1. „Gesamtbudgetentwicklung“
<http://www2.land-oberoesterreich.gv.at/internet/tgbeilagen/Beilage%20260/2016%20-%20Subbeilage.pdf?id=9383&n=260&j=2016#page=>

³ Diese Kostendämpfung bezieht sich auf die errechnete Entwicklung der Ausgaben ohne Spitalsreform. Zum Zeitpunkt des Reformbeschlusses lagen diese für 2020 erwarteten Ausgaben bei rd. 2.605 Mio. Euro, mit Stand Oktober 2016 verringerten sie sich indexbedingt auf rd. 2.481 Mio. Euro, da die 2011 hinterlegten Plan-Indices höher waren als die zum aktuellen Stand Oktober 2016 hinterlegten Indexwerte.

⁴ Die Umsetzungsfrist der Maßnahmen mit Priorität A endete Ende 2013 – siehe Bericht des Landesrechnungshofes zur Initiativprüfung „Umsetzung Spitalsreform II (Ende 2013)“
http://www.lrh-ooe.at/Mediendateien/Berichte2014/IP_Machlanddamm_Bericht.pdf
Die Maßnahmen mit Priorität C sind bis 2020 umzusetzen.

trugen dazu bei. Ungeachtet der bereits umgesetzten Reformmaßnahmen inklusive der Realisierung des damit verbundenen Kostendämpfungspotentials empfiehlt der LRH eine konsequente Weiterverfolgung der Reformumsetzung.

Die bis zum Prüfungszeitpunkt eingetretenen Veränderungen der Rahmenbedingungen auf Landesebene und auch durch die Gesundheitsreform auf Bundesebene verdeutlichen, dass der Gesundheits- und damit der Spitalsbereich einem permanenten Veränderungsprozess unterliegt. Der LRH geht daher bis zum Ende des Reformzeitraumes von weiteren Anpassungen bzw. Adaptierungen aus, deren Umsetzung auf die beschlossenen Reformziele hin ausgerichtet werden sollte.

Strukturveränderungen seit dem Reformbeschluss

2.1. Seit dem Beschluss der Spitalsreform II hat sich die Krankenhauslandschaft in OÖ folgendermaßen verändert:

- Schließung des Standortes Enns im Laufe des Jahres 2013
- Zusammenschluss der Landeskrankenhäuser Bad Ischl, Gmunden und Vöcklabruck im Salzkammergutklinikum mit 1.1.2014
- Gründung der Kepler Universitätsklinikum GmbH als neuer Spitals-träger, in dem mit 1.1.2016 das Allgemeine Krankenhaus der Stadt Linz, die Landes-Frauen- und Kinderklinik und die Landes-Nervenklinik Wagner-Jauregg eingebracht wurden
- Zusammenschluss der Krankenhausträger der Barmherzigen Schwestern Linz und der Elisabethinen Linz zur Ordensklinikum Linz GmbH rückwirkend mit 1.1.2017

Diese Veränderungen wirken sich auf die Versorgungsleistungen aus. Grundsätzlich ist davon auszugehen, dass die Träger mit dem Zusammenschluss von Krankenhäusern sowohl eine optimale Leistungsabstimmung zwischen ihren einzelnen Standorten als auch eine Weiterentwicklung der Versorgungsleistungen in ihren medizinischen Kompetenzbereichen verfolgen.

Zum Prüfungszeitpunkt war die Gründung der Ordensklinikum Linz GmbH noch nicht rechtlich vollzogen, der Abteilung Gesundheit lagen auch noch keine umfassenden Unterlagen zu den geplanten medizinischen Umstrukturierungen vor. Nach Angaben der Abteilung Gesundheit wird die Gründung im ersten Halbjahr 2017 rechtlich abgewickelt. Im Anschluss plant sie eine gesamthafte Aufarbeitung der Versorgungsregion Zentralraum Linz.

2.2. Nachdem sich insbesondere in der Versorgungsregion Zentralraum Linz die Strukturen im Vergleich zum Zeitpunkt des Beschlusses der Spitalsreform deutlich verändert haben, empfiehlt der LRH die Leistungsschwerpunkte sowohl innerhalb als auch zwischen den neuen Trägern zu prüfen und an die geänderten Rahmenbedingungen anzupassen. Diese

Empfehlung spricht auch die Evaluierungskommission im Jahresbericht 2015 aus. Nach Ansicht des LRH ist bei der Aufarbeitung der Versorgungsregion Zentralraum Linz besonderes Augenmerk auf die Leistungsabstimmung und gesamthafte Weiterentwicklung des Leistungsspektrums in dieser Versorgungsregion zu legen.

Evaluierung

3.1. Für die Beurteilung der Zielerreichung der Spitalsreform II hat die Expertenkommission ein Evaluationsmodell erarbeitet.⁵ Dieses Modell stützt sich auf Indikatoren in den drei wesentlichsten Bereichen Qualität bzw. Quantität der Leistungserbringung, Ökonomie und Bürgerbeteiligung.

In den vorliegenden Jahresberichten der Evaluierungskommission sind die erreichten Veränderungen bei den definierten Indikatoren umfassend aufgearbeitet. Nachfolgend sind die öö. Durchschnittswerte für einige Indikatoren für 2015 dargestellt:

- Die **Auslastung** der stationären Bettenkapazitäten lag in OÖ 2015 inkl. der Nulltagesaufenthalte (d. h. Aufnahme und Entlassung am selben Tag) bei durchschnittlich 82,8 Prozent und damit um 0,6 Prozent höher als im Vorjahr.⁶ Ohne die Nulltagesaufenthalte stieg die durchschnittliche Auslastung in OÖ im Vergleich zum Vorjahr um 0,3 Prozent auf 78,5 Prozent im Jahr 2015.
- Von dem mit der Reform geplanten **Bettenabbau** waren Ende 2015 98 Prozent realisiert, d. h. 737 der angestrebten 751 Betten waren abgebaut. Die noch offene Bettenreduktion ist in der Priorität C geplant. Sie betrifft vorwiegend den Fachbereich Psychiatrie, in dem der Abbau in engem Zusammenhang mit den Leistungsangeboten außerhalb des stationären Bereichs steht.
- Die **Krankenhaushäufigkeit**⁷ ist in OÖ von 285 im Jahr 2009 auf 248 im Jahr 2015 zurückgegangen. Der Durchschnittswert in den anderen Bundesländern konnte jedoch stärker als zum Zeitpunkt des Beschlusses der Spitalsreform angenommen⁸ reduziert werden, daher liegt die Krankenhaushäufigkeit in OÖ um 16,7 Prozent höher als der Österreichdurchschnitt ohne OÖ.

⁵ siehe Bericht der Experten zur Spitalsreform II des Landes OÖ. Subbeilage 1 zur Landtagsbeilage 412/2011

<http://www2.land-oberoesterreich.gv.at/internet/tgbeilagen/Beilage%20412/2011%20-%20Subbeilage%201.pdf?id=869&n=412&j=2011#page>

⁶ Diese Auslastungswerte sind um die Sondereffekte im Zuge der Gründung des Universitätsklinikums bereinigt, per 31.1.2015 wurden alle Patienten der ehemaligen Krankenhausstandorte administrativ entlassen und mit 1.1.2016 im Uniklinikum neu aufgenommen.

⁷ Anzahl der vollstationären Aufnahmen ohne Nulltagesaufenthalte je 1.000 Einwohner

⁸ Zu diesem Zeitpunkt war noch nicht bekannt, welche Reformmaßnahmen in den anderen Bundesländern gesetzt werden.

- Bereinigt um den Sondereffekt der Gründung des Universitätsklinikums hat sich die **Belagstagedichte** in OÖ von 1.792 Belagstagen je 1.000 Einwohner im Jahr 2009 um 13 Prozent auf 1.553 Belagstage im Jahr 2015 reduziert. Im Vergleich zum Vorjahr ist die Belagstagedichte in OÖ um 0,5 Prozent leicht rückläufig, in den übrigen Bundesländern reduzierte sie sich um 3,7 Prozent.
- Die **durchschnittliche Belagsdauer**⁹ lag 2015 mit 4,62 Belagstagen wie schon 2009 unter dem Durchschnittswert der anderen Bundesländer. Dabei ist auch darauf hinzuweisen, dass sich die Wiederaufnahmerate¹⁰ in OÖ ebenso auf einem niedrigen Niveau befindet.

Seit 2014 beschäftigt sich auch der Unterausschuss „Spitalsreform“ des Oö. Landtags mit dem Stand der Umsetzung der Spitalsreform. Anhand der jährlichen Berichte der Evaluierungskommission werden im Zuge der Reformumsetzung auftretende Themenstellungen (zuletzt z. B. die Zufriedenheit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie die Zielerreichung der neu geschaffenen standortübergreifenden Organisationsformen) bearbeitet.

- 3.2.** Die von der Evaluierungskommission aufgearbeitete Veränderung bei den definierten Indikatoren zeigt aus Sicht des LRH, dass sich diese grundsätzlich in die angestrebte Richtung entwickelten, auch wenn sich einzelne Indikatoren zwischen den Versorgungsregionen deutlich unterscheiden. Insbesondere bei der Krankenhaushäufigkeit und der Belagstagedichte hat OÖ das Ziel, an den Durchschnittswert der restlichen Bundesländer heranzukommen, jedoch nicht erreicht. Der LRH empfiehlt daher, die Anregung der Evaluierungskommission aufzugreifen und die Praxis der stationären Aufnahmen zu prüfen und unter der Verwendung von Best-Practice-Prozessen weiter zu optimieren oder vergleichbare krankenhauserlastende Maßnahmen zu setzen.

Nach Ansicht des LRH ist für die Umsetzung weiterer Optimierungen eine gesamthafte Entwicklung der Versorgungsstrukturen einschließlich einer an den Versorgungszielen ausgerichteten Patienteninformation und -lenkung erforderlich. Zum Prüfungszeitpunkt arbeitete die Abteilung Gesundheit dazu an unterschiedlichen Themen wie z. B. Angleichung der Patientenbetreuung bei konkreten Leistungen, die von den Krankenanstalten bisher unterschiedlich erbracht werden.¹¹ In der Versorgungsregion Zentralraum Linz läuft ein Projekt zur Lenkung der Patientinnen und Patienten mit dem Ziel, sie in die optimale Versorgungsstufe zu

⁹ Anzahl der Belagstage je Aufenthalt

¹⁰ Erneute Aufnahme innerhalb von sieben Tagen nach der Entlassung mit der gleichen Hauptdiagnose

¹¹ Beispielsweise wird eine Leistung im Fachbereich Augen zum Prüfungszeitpunkt sowohl ambulant als auch tagesklinisch oder in Form von Nulltagesaufenthalten erbracht.

leiten und damit u. a. die stark gestiegenen Frequenzen in den Notfallambulanz einzudämmen.¹²

Bundesgesundheitsreform und Landes-Zielsteuerung

4.1. Mit 1.1.2013 trat die gemäß Artikel 15a B-VG beschlossene Vereinbarung „Zielsteuerung-Gesundheit“ in Kraft. Kern der Bundesgesundheitsreform ist ein partnerschaftliches Zielsteuerungssystem, bei dem über alle Sektoren hinweg gemeinsame Versorgungsziele, Planungswerte, Versorgungsprozesse und -strukturen, Ergebnisorientierung, Qualitätsparameter und Finanzziele festgelegt werden. Diese gelten sowohl für die Krankenanstalten als auch den niedergelassenen Bereich. Die verbindliche Grundlage für die integrierte Planung der Gesundheitsversorgung wird im Österreichischen Strukturplan Gesundheit – ÖSG festgelegt, dieser soll bis Ende 2017 in der neuen Fassung vorliegen. Gemäß Bundesgesetz zur partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit¹³ sollen jene für eine nachhaltige Versorgung der Bevölkerung unerlässlichen Teile des ÖSG, insbesondere definierte Planungsrichtwerte und -kriterien sowie die überregionale Versorgungsplanung als verbindliche Grundlage für die regionalen Planungsentscheidungen der Länder in den jeweiligen Regionalen Strukturplänen Gesundheit – RSG ausgewiesen werden.

In OÖ haben sich das Land und die öö. Krankenversicherungsträger im Rahmen der Umsetzung des Landes-Zielsteuerungsvertrages dazu bekannt, die jeweiligen Systempartner (z. B. Krankenanstaltenträger, Ärztekammer) in die Bearbeitung der Themenstellungen aus dem Landeszielsteuerungsvertrag einzubeziehen und deren Expertise für die Weiterentwicklung des öö. Gesundheitswesens zu nutzen. Im Arbeitsgremium „WEG Oö – Weiterentwicklung Gesundheit Oö“ werden die vertraglich definierten Ziele behandelt. Im Rahmen der Zielsteuerung beschäftigt sich beispielsweise die Arbeitsgruppe Planung mit der Analyse der Über-, Unter- und Fehlversorgung auf Ebene der öö. Versorgungsregionen.¹⁴

Ein zentrales Anliegen der Gesundheitsreform ist die Stärkung der Primärversorgung. In OÖ ging im Jänner 2017 in Enns das erste Primärversorgungszentrum in Betrieb, eine zweite Primärversorgungseinheit soll 2018 in Haslach an der Mühl starten. Darüber hinaus fanden Gespräche zum weiteren Ausbau des Primärversorgungsangebotes zwischen dem Land OÖ und der öö. Gebietskrankenkasse (OÖGKK) statt. Zum Prüfungszeitpunkt lagen auch von Krankenanstaltenträgern unterschiedliche Vorschläge und Anregungen für neue Versorgungsangebote vor, die eine Entlastung des stationären Bereiches zum Ziel haben.

¹² In einer, den Notfallambulanz vorgelagerten allgemeinmedizinischen Versorgungsstruktur sollen Patientinnen und Patienten entsprechend ihres Behandlungsbedarfes in dieser Struktur abschließend behandelt werden oder an die Ambulanzen weitergeleitet werden.

¹³ <http://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=20009791>

¹⁴ Die Analyse umfasst Kriterien wie die Versorgungsangebote mit ihrer Erreichbarkeit für die Bevölkerung, die Versorgungsdichte sowie einen Leistungsvergleich mit den Durchschnittswerten in OÖ.

- 4.2.** Der aktuelle Monitoringbericht II/2016 der Zielsteuerung Gesundheit vom Oktober 2016 bescheinigt OÖ, in weiten Bereichen die Ziele erreicht zu haben bzw. im Plan zu liegen (z. B. Anteil von tagesklinisch erbrachten Leistungen an der Gesamtzahl dieser Leistungen). Im Bereich Versorgungsstrukturen liegen die erforderlichen Ergebnisse von Seiten des Bundes noch nicht vor, die Zielerreichung wird daher als gefährdet bewertet. Nach Ansicht des LRH wird sich insbesondere die Neufassung des ÖSG mit den verbindlichen Vorgaben direkt auf die Versorgungsstrukturen in OÖ auswirken. In welchen Bereichen dies konkrete Veränderungen bzw. Weiterentwicklungen bedingen wird, war zum Prüfungszeitpunkt noch nicht absehbar.

Die Verbesserung des Leistungsangebotes in der Primärversorgung und damit die angestrebte Entlastung des Krankenhaussektors sieht der LRH grundsätzlich positiv. Die bisherigen Erkenntnisse aus der laufenden Evaluierung des ersten oö. Primärversorgungszentrums zeigten, dass die Betroffenen mit diesem neuen Leistungsangebot zufrieden sind.

- 5.1.** Die im Bundes-Zielsteuerungsvertrag verbindlich vereinbarte Einhaltung der Ausgabenobergrenzen fordert vom Land OÖ bis 2016 kumulierte Ausgabendämpfungseffekte von 458,74 Mio. Euro.¹⁵ Im Zeitraum 2017 bis 2021 sollen die Ausgabensteigerungen stufenweise von jährlich 3,6 Prozent auf 3,2 Prozent reduziert werden. Zum Zeitpunkt der Prüfung ergibt sich daraus, dass die Ausgabenobergrenze für das Land OÖ von 1.848 Mio. Euro im Jahr 2014 auf 2.311 Mio. Euro im Jahr 2021 steigen wird. Die tatsächlichen Ausgaben des Landes lagen im Rechnungsabschluss (RA) 2014 um 132 Mio. (d. s. rd. 7,2 Prozent) und im vorläufigen RA 2016 um rd. 111 Mio. Euro (d. s. rd. 5,7 Prozent) unter der Obergrenze. Im Voranschlag 2017 verringert sich diese Unterschreitung auf 77 Mio. Euro (d. s. rd. 3,8 Prozent). Für die Jahre 2018 bis 2021 wird erwartet, dass sich die tatsächlichen Ausgaben kontinuierlich in Richtung der Ausgabenobergrenze entwickeln, für 2021 sieht die Prognose eine Unterschreitung von 54 Mio. d. s. rd. 2,3 Prozent vor.
- 5.2.** Zum Zeitpunkt des Inkrafttretens der Bundesgesundheitsreform ging das Land OÖ davon aus, dass die geforderte Kostendämpfung durch die Umsetzung der Spitalsreform II erreicht werden kann.¹⁶ Die obigen Zahlen verdeutlichen, dass OÖ 2014 in Folge der Spitalsreform II deutlich unter dem Ausgabenmaximum starten konnte. Die Prognose zeigt, dass die Unterschreitung der Ausgabenobergrenze bis 2021 deutlich schrumpft. Ungeachtet der Einhaltung der Ausgabenobergrenze sieht der LRH die Notwendigkeit weiterer Optimierungen. Dies auch deshalb, weil die Umsetzung der bundesweit angestrebten Ziele (z. B. weiterer Ausbau der

¹⁵ Insgesamt beläuft sich die Ausgabendämpfung für OÖ auf rd. 660,7 Mio. Euro, davon sind rd. 200,9 Mio. Euro von den Sozialversicherungsträgern zu erbringen.

¹⁶ Dies zeigt die Gegenüberstellung der Ausgabenobergrenzen der Bundesreform und der oö Spitalsreform II in der Beilage zu einer Pressekonferenz des Landeshauptmanns vom 13.12.2012 http://www.land-oberoesterreich.gv.at/Mediendateien/LK/PK_LH_Dr._13.12.2012_Internet.pdf

Primärversorgung sowie der überregionalen Versorgungsnotwendigkeiten) aus dem Landeshaushalt mitfinanziert wird.

AKTUELLER STAND DER UMSETZUNG DER SPITALSREFORM II

Umsetzungsstand der Ende 2013 noch offenen Reformmaßnahmen mit Priorität A

6.1. Wie im Bericht zur Initiativprüfung „Umsetzung der Spitalsreform II (Stand Ende 2013)“ aufgezeigt, waren folgende zwei Maßnahmen nicht umgesetzt:

- der Abbau eines Großgerätes in der Versorgungsregion Pyhrn-Eisenwurzen¹⁷
- die Umwandlung einer Abteilung (Fachbereich Augen) in einen Fachschwerpunkt und Leistungsabstimmung mit der Partnerabteilung im Zentralraum Linz.

Zum Zeitpunkt der Prüfung war das Großgerät noch immer in Betrieb. Bei der zweiten Maßnahme liegt ein Änderungsbeschluss zur Beibehaltung der Abteilung vor, die geforderte Leistungsabstimmung war noch offen.¹⁸ Zusätzlich zeigte sich, dass in der Versorgungsregion Zentralraum Linz in einem weiteren Fachbereich die Leistungsabstimmung nicht endgültig umgesetzt ist.

6.2. Der LRH stellte fest, dass zum Zeitpunkt der Prüfung noch keine Entscheidungen für die bis Ende 2013 terminisierten Maßnahmen vorlagen. Er empfiehlt daher eine rasche Entscheidung und entsprechende Umsetzung dieser noch offenen Maßnahmen.

Umsetzungsstand der Reformmaßnahmen mit Priorität B

7.1. In der Bewertung wird zwischen Abschluss und Umsetzung einer Maßnahme unterschieden. Abgeschlossen ist eine Maßnahme, wenn alle notwendigen rechtlichen Maßnahmen getroffen wurden (z. B. Betriebsbewilligungen) und sich das geänderte Leistungsspektrum im regelmäßigen Monitoring der Leistungsdaten zeigt. Umgesetzt ist eine Maßnahme, wenn die Vorgaben der Reform von der jeweiligen Kranken-

¹⁷ Seit Ende 2013 fand eine umfassende Analyse der Leistungsdaten statt, Kernpunkt ist die Anzahl der Patientinnen und Patienten, die eine derartige Leistung benötigen. Die Analyse ergab, dass für jährlich rd. 2.000 Aufenthalte rd. 1.000 Untersuchungen erbracht werden. Als letzter Schritt ist vorgesehen die Häufigkeit der Leistungen auf ihr medizinisch fachliches Erfordernis zu prüfen und auf Basis dieses Prüfungsergebnisses eine Entscheidung zu treffen.

¹⁸ Ein Grund liegt darin, dass in einer Abteilung die Leitungsfunktion derzeit nicht besetzt ist.

anstalt realisiert und die Versorgungsleistungen entsprechend angepasst wurden.

Von den 75 Maßnahmen im medizinischen Bereich mit Priorität B waren zum Prüfungszeitpunkt zwei Maßnahmen noch nicht vollständig umgesetzt. Die Umsetzung wurde auf Priorität C jedoch bis spätestens Ende 2017 bzw. 2018 verschoben. Die Verschiebung wurde erforderlich, da bei einer Maßnahme mit der Ausgestaltung der vertraglichen Vereinbarungen zur Umsetzung erst Ende 2016 begonnen werden konnte. Die Bestellung des Leiters für diesen Fachbereich erfolgte im Herbst 2016. Die Verschiebung der zweiten Maßnahme ist bedingt durch die Gründung eines neuen Krankenanstaltenträgers.

- 7.2.** Den aktuellen Stand der Umsetzung beurteilt der LRH positiv. Er anerkennt das Engagement aller Beteiligten an der Realisierung der Reform. Die noch offenen Maßnahmen sollten zeitnah und konsequent umgesetzt werden.

Änderungstatbestände bzw. ergänzende Maßnahmen

8.1. Darunter fallen

- beschlossene Anpassungen von Reformmaßnahmen (z. B. Änderung der beschlossenen Versorgungsstruktur),
- Veränderungen im Bedarf (z. B. zusätzliche Dialyseplätze),
- exogene Faktoren (insbesondere Krankenanstalten-Arbeitszeitgesetz, Oö. Gesundheitsberufeanpassungsgesetz 2015 – „Ärzte- und Pflegepaket“)¹⁹ aber auch
- unterschiedliche von einzelnen Krankenanstalten beantragte Ergänzungen bzw. Anpassungen (z. B. Mehraufwendungen für besonders teure Behandlungen, Aufwendungen für die Einführung der elektronischen Gesundheitsakte).

Im Jahr 2014 beliefen sich diese Kosten auf insgesamt rd. 28,3 Mio. Euro, im Jahr 2015 waren es rd. 72 Mio. Euro. Für das Jahr 2016 beantragten alle Krankenanstaltenträger Änderungstatbestände bzw. ergänzende Maßnahmen im Ausmaß von insgesamt rd. 109,7 Mio. Euro. Alle Anträge wurden von der Abteilung Gesundheit und der Evaluierungskommission geprüft und bewertet.²⁰

- 8.2.** Der LRH beurteilt die umfassende Aufarbeitung („4-Kriterien-Prüfung“), bevor Veränderungen bzw. Anpassungen und Ergänzungen im Leistungsbereich der Krankenanstalten zur Beschlussfassung vorgelegt werden, positiv. Im Fall einer zustimmenden Entscheidung werden die Kosten

¹⁹ Das Ärzte- und Pflegepaket verhandelten die Vertreter der jeweiligen Berufsgruppen mit jenen des Landes OÖ sowie des Gemeinde- und des Städtebundes und der Krankenanstaltenträger.

²⁰ Dazu entwickelte die Abteilung Gesundheit Kriterien aus dem wirtschaftlichen, medizinischen, versorgungsplanerischen und rechtlichen Bereich für die Bewertung der Maßnahmenumsetzung („4-Kriterien-Prüfung“).

entsprechend finanziell berücksichtigt. Dies erfolgt in enger Abstimmung mit dem Vorsitzenden der Evaluierungskommission.

Die exogenen Faktoren waren zum Zeitpunkt des Reformbeschlusses nur bedingt vorhersehbar, beeinflussen jedoch insbesondere das ökonomische Reformpotential in erheblichem Ausmaß.

Aktueller Umsetzungsstand der Reformmaßnahmen mit Priorität C

- 9.1.** Bei jenen Maßnahmen, die von Priorität B auf C verschoben wurden, wird an einer Umsetzung bis Ende 2017 bzw. 2018 gearbeitet. Die Maßnahmen der Priorität C betreffen laut Reformbeschluss insbesondere den Fachbereich Psychiatrie. Insgesamt sind nur noch wenige medizinische Maßnahmen für den Umsetzungszeitraum bis 2020 vorgesehen.

Für 2018 plant die Abteilung Gesundheit, die Psychiatrieversorgung in OÖ zu evaluieren. Auf Basis dieser Ergebnisse sollen dann Entscheidungen über allenfalls notwendige Anpassungen getroffen werden. Ein Träger hat bereits beantragt, eine beschlossene Bettenreduktion nicht zu realisieren, weil aus seiner Sicht für die Patientinnen und Patienten keine „alternativen“ Versorgungsangebote vorhanden sind.

- 9.2.** Auch hier empfiehlt der LRH die konsequente Umsetzung der verschobenen Maßnahmen. Bezüglich des vorliegenden Änderungsantrages geht der LRH davon aus, dass eine Entscheidung auf Basis der Evaluierungsergebnisse und entsprechender „4-Kriterien-Prüfung“ getroffen wird.

Aktueller Umsetzungsstand der Reformmaßnahmen im nicht-medizinischen Bereich

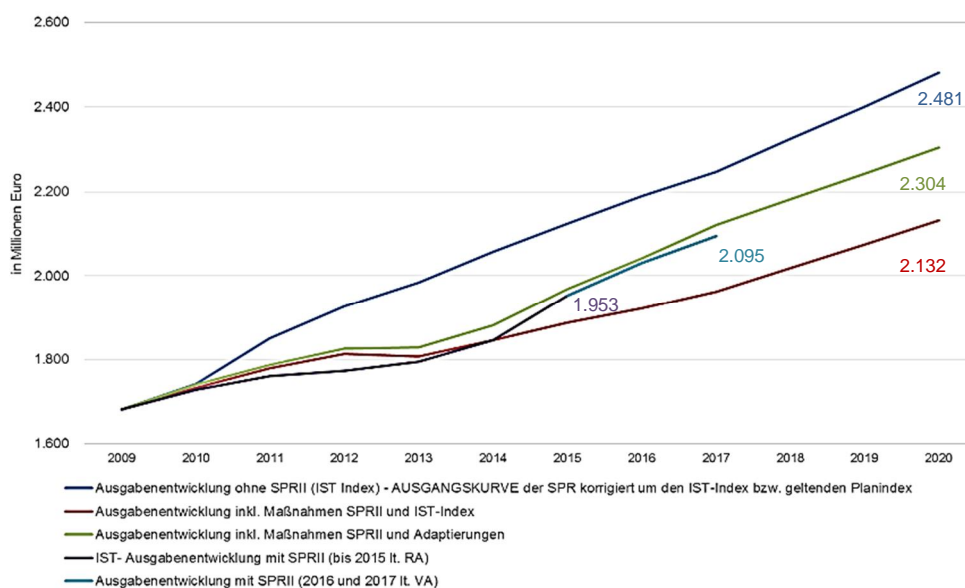
- 10.1.** Im nicht-medizinischen Bereich vereinheitlichte die Abteilung Gesundheit die Statusmeldungen der Krankenanstalten. Diese Meldungen dokumentieren, in welchen Bereichen Reformmaßnahmen durchgeführt wurden. Sofern sich das Kostendämpfungspotential auf Ebene der einzelnen Maßnahme bewerten lässt, wird es gemeldet; ist dies nicht möglich, erfolgt eine Summenmeldung. Die Hebung des Kostenpotentials wird – wie bei den medizinischen Maßnahmen – von der Abteilung Gesundheit durch Berücksichtigung in den genehmigten Voranschlägen sichergestellt. Einzelne Krankenanstaltenträger haben bereits bis Ende 2016 das für den gesamten Reformzeitraum zu hebende Kostenpotential beim nicht-medizinischen Potential realisiert.

- 10.2.** Der LRH begrüßt die Vereinheitlichung der Statusmeldungen. Dadurch ist gesichert, dass die Krankenanstalten die umzusetzenden Maßnahmen plausibel und nachvollziehbar darstellen. In den Gesprächen des LRH mit den Verantwortlichen der einzelnen Krankenanstalten wurden die gemeldeten Optimierungen (z. B. im Beschaffungsbereich) nachvollziehbar dargestellt.

Erreichtes Kostendämpfungspotential

11.1. Gemäß der letzten Aktualisierung²¹ sind unter Berücksichtigung der Indexierung für die Umsetzung der Reformmaßnahmen mit Priorität A und B von den Krankenhäusern bis Ende 2016 insgesamt rd 122,4 Mio. Euro als Kostendämpfungspotential zu realisieren. Daraus ergibt sich für 2016 einschließlich der bisher beschlossenen Adaptierungen und der Änderungstatbestände für die Krankenanstalten ein genehmigter Ausgabenrahmen von rd. 2.041,9 Mio. Euro. Abzüglich der zu erzielenden Einnahmen errechnet sich ein „Netto-Ausgabenrahmen“ von 1.834,7 Mio. Euro. In der folgenden Abbildung der Steuerungskurve sind der indexierten Ausgabenentwicklung ohne Reform,²² der Ausgabenentwicklung bei Umsetzung der beschlossenen Spitalsreformmaßnahmen sowie jener einschließlich der Änderungstatbestände bzw. ergänzenden Maßnahmen die tatsächlichen Ausgaben der Krankenanstalten auf Basis der Rechnungsabschlüsse bzw. der Voranschläge gegenübergestellt.

Abbildung 1: Steuerungskurve zum Stichtag 14.10.2016 unter Berücksichtigung der RA bis 2015 sowie der VA-Bescheide für 2016 und 2017



Quelle: LRH-eigene Darstellung auf Basis der Daten der Abteilung Gesundheit

²¹ Die Steuerungsliste vom Oktober 2016 bildet auch die Grundlage für den Jahresbericht der Evaluierungskommission für 2015.

²² Die tatsächlichen Ausgaben des Jahres 2009 werden indexiert. Dabei werden in einer definierten Gewichtung im Wesentlichen die Veränderung des Verbraucherpreisindex, die jährliche Gehaltserhöhung für den öffentlichen Dienst sowie Ausgabensteigerungen auf Grund des medizinischen Fortschrittes und besoldungsrechtlicher Faktoren berücksichtigt. Die seit dem Reformbeschluss eingetretenen Veränderungen (= Änderungstatbestände bzw. ergänzende Maßnahmen) sind – auch wenn sie wie z. B. das Krankenanstalten-Arbeitszeitgesetz unabhängig von der Reform umzusetzen waren – nicht berücksichtigt.

Die Abbildung zeigt, wie die beschlossenen Anpassungen und Änderungstatbestände das Kostendämpfungspotential bis 2020 verändern. Dieser Ausgabenwert (2.304 Mio. Euro) wird gemäß einer Hochrechnung der Abteilung Gesundheit am Ende des Reformzeitraumes mit den Ist-Ausgaben erreicht werden.

- 11.2.** Die Krankenanstaltenträger haben das mit der Umsetzung der Reformmaßnahmen vorgegebene Kostendämpfungspotential realisiert. Für den LRH war zum Prüfungszeitpunkt nicht abschätzbar, ob die dargestellte Kurve inkl. Adaptierungen eingehalten werden kann. Dies wird wesentlich von den tatsächlichen Ausgaben insbesondere für die Anpassungen im Personalbereich abhängen. Eine erste Einschätzung wird nach Vorlage der Rechnungsabschlüsse 2016 möglich sein.

Auswirkungen auf den Haushalt des Landes OÖ

- 12.1.** Die Spitalsreform II spiegelt sich in der Entwicklung der Ausgaben für die Abgangsdeckung der Fondskrankenanstalten²³ wider. Die Umsetzung vieler Maßnahmen zu Beginn des Reformzeitraumes und die konsequente Optimierung des nicht-medizinischen Bereiches führten zu geringeren Steigerungen bzw. sogar zu einer deutlichen Reduzierung²⁴ der Ausgaben des Landes. Die Steigerungen der Jahre 2016 und 2017 resultieren im Wesentlichen aus den Änderungen im Personalbereich.²⁵ Die folgende Tabelle zeigt die Ausgaben in den Rechnungsabschlüssen von 2009 bis 2016 und im Voranschlag 2017.

²³ Finanzpositionen 1/557908/7660 und 1/560008/7660, /7660/001 sowie /7660/002 - die Ausgaben eines Jahres beinhalten jeweils die Zahlungen an die Krankenanstalten auf Basis der genehmigten Voranschläge sowie die Nachzahlung oder Gutschrift, die sich aus dem Rechnungsabschluss für das Vorjahr ergibt.

²⁴ Diese Reduzierungen ergaben sich jeweils zum Zeitpunkt der Nachverrechnung im zweitfolgenden Jahr.

²⁵ Im Nachtragsvoranschlag 2015 wurden für das „Ärzte- und Pflegepaket“ sowie die Erfordernisse des Arbeitszeitgesetzes 20 Mio. Euro zur Verfügung gestellt, die auf das Jahr 2016 übertragen wurden. Nachdem sich aus den Rechnungsabschlüssen der Krankenanstalten für 2015 kein zusätzlicher Mittelbedarf im Rahmen der Abgangsdeckung zeigte, wurden diese Mittel endgültig eingespart (haushaltstechnisch „zum Abfall gestellt“).

Tabelle 1: Entwicklung der Ausgaben für die Abgangsdeckung gem. Oö. KAG

Finanzjahr	Ausgaben für die Abgangsdeckung gem. Oö. KAG		
	in Euro	Veränderung gegenüber Vorjahr	
		in Euro	in Prozent
2009	534.930.600		
2010	570.500.800	35.570.200	6,65
2011	605.192.300	34.691.500	6,08
2012	607.295.100	2.102.800	0,35
2013	564.618.000	-42.677.100	-7,03
2014	564.362.100	-255.900	-0,05
2015	572.555.500	8.193.400	1,45
2016	609.579.900	37.024.400	6,47
VA 2017	682.587.000	73.007.100	11,98

Quelle: LRH-eigene Darstellung auf Basis der RA 2009 bis 2015, des vorläufigen RA 2016 und des VA 2017 des Landes OÖ

Die Umsetzung der Reformmaßnahmen führte bis 2015 dazu, dass die Krankenanstalten mit ihren Rechnungsergebnissen den im Voranschlag genehmigten Ausgabenrahmen bzw. Betriebsabgang vereinzelt deutlich unterschritten. Da die genehmigten Voranschläge 2016 im Personalbereich nur einen Teil der beantragten Ausgaben anerkennen,²⁶ teilten einzelne Krankenanstaltenträger im Zuge der Prüfung mit, dass die tatsächlichen Ausgaben den genehmigten Rahmen voraussichtlich überschreiten werden. Damit die Abgänge nicht im selben Ausmaß steigen, hat das Land OÖ 2016 rd. 3 Mio. Euro, die im Gesundheitsfonds für Investitionszuschüsse vorgesehen waren, zur Finanzierung der Leistungspunkte (LKF-Punkte) herangezogen, wodurch sich die Einnahmen der Krankenanstalten entsprechend erhöhen.

In den Voranschlagsbescheiden 2017 ist – unabhängig von den bisher budgetrelevanten Anpassungsfaktoren²⁷ – eine Valorisierung der für 2016 im Voranschlag genehmigten Ausgaben um 2,84 Prozent genehmigt. Lediglich bei zwei Krankenanstaltenträgern sind weitere Faktoren berücksichtigt.²⁸ Das Land begründet diese Budgetvorgabe für 2017 mit den Erfordernissen, die sich aus der Einhaltung des Stabilitätspaktes ergeben. Nach Angaben der Abteilung Gesundheit soll damit auch die Annäherung

²⁶ Von den durch das Arbeitszeitgesetz zusätzlich beantragten Dienstposten wurden rd. 50 Prozent und von den beantragten Mehrausgaben durch das „Ärztepaket“ zwischen 70 und 80 Prozent anerkannt.

²⁷ Seit Beginn der Spitalsreform II wurde für jedes Krankenhaus der genehmigte Budgetrahmen unter Berücksichtigung des Kostenpotentials der jeweils umzusetzenden Reformmaßnahmen im medizinischen und nicht-medizinischen Bereich inklusive der beschlossenen Anpassungen bzw. Adaptierungen sowie der sonstigen Ergänzungen ermittelt.

²⁸ Ein Träger erhielt einen Erhöhungstatbestand für den Zukauf von Blutprodukten. Bei dem Zweiten orientiert sich das genehmigte Budget an der vom Landtag beschlossenen Mittelfristplanung.

der in der ersten Phase der Reformumsetzung deutlich höheren Voranschläge mit den Rechnungsergebnissen erreicht werden.

- 12.2.** Nach Ansicht des LRH verdeutlicht die Entwicklung der Abgangsdeckung die ambitionierte Umsetzung der Spitalsreform, die sich auch im Vorziehen von Reformmaßnahmen zeigte.²⁹ Der deutliche Ausgabenanstieg ab 2016 resultiert im Wesentlichen aus den Änderungstatbeständen im Personalbereich. Um die jährlichen Steigerungsraten auf dem Niveau der Bundesvorgaben halten zu können, ist nach Ansicht des LRH die laufende Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen in Verbindung mit der Prüfung auf mögliche Effizienzpotentiale unerlässlich.

Die Vorgangsweise beim Budgetierungsprozess 2017 führt dazu, dass bei Krankenanstaltenträgern, die in den Vorjahren sehr engagiert an der Reformumsetzung gearbeitet und damit ihre Ausgaben über die Vorgaben hinaus reduziert haben, die pauschale Valorisierung von einer niedrigeren Basis berechnet wird. Dies könnte nach Ansicht des LRH die Veränderungsbereitschaft für zukünftige Reformprozesse hemmen. Würden Träger aber ihre Budgets mit einem gewissen „Ausgabenpuffer“ legen, wären sie von einer derartigen Vorgangsweise bevorteilt, was im Sinne einer „realistischen“ Budgetierung nicht anstrebenswert ist. Im Zuge der Prüfung sahen die Krankenanstaltenträger die Budgetvorgaben für 2017 durchwegs als sehr herausfordernd. Sie wollen die Einhaltung überwiegend durch zeitliche Verschiebungen bei Instandhaltungen und Ersatzbeschaffungen erreichen. Vereinzelt wurde erwartet, dass dies nicht ausreichen wird, sodass Sparüberlegungen in allen Ausgabenbereichen (z. B. Personalbereich) angestellt werden.

Die beschriebenen Effekte bewertet der LRH im Hinblick auf die Verfolgung der Ziele auf Bundes- und Landesebene als kontraproduktiv. Er empfiehlt, ihnen durch kritische Überprüfung der Minderungs- und Erhöhungstatbestände auf Ebene der einzelnen Träger im Budgetierungsprozess entgegenzuwirken. Darüber hinaus sollten in einem kontinuierlichen Verbesserungsprozess die zu erbringenden Leistungen mit den für die Patientinnen und Patienten optimalen Versorgungsstrukturen und den verfügbaren Finanzmitteln in Einklang gebracht werden.

- 13.1.** Gem. § 30 Oö. KAG haben die Voranschläge der Krankenanstalten und in weiterer Folge die Rechnungsabschlüsse sämtliche Ausgaben und Einnahmen zu enthalten, die für den laufenden Betrieb und die Erhaltung der Krankenanstalt erforderlich sind. Im von der Abteilung Gesundheit genehmigten Rechnungsabschluss für das Finanzjahr 2015 waren bei einer Krankenanstalt Ausgaben von rd. 1 Mio. Euro enthalten, die einzig dadurch entstanden, dass der Krankenanstaltenträger Räume im Erdge-

²⁹ Dies trug auch dazu bei, dass in diesen Jahren die Rechnungsergebnisse merkbar die genehmigten Voranschläge unterschritten, wodurch sich für die jeweiligen Folgejahre „Gutschriften“ ergaben, die ab 2016 nicht mehr erwirtschaftet werden können.

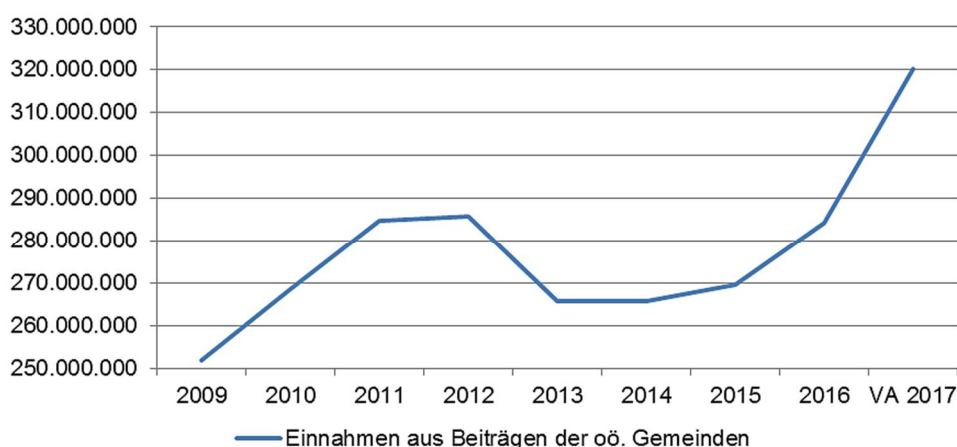
schoß für eine allfällige Vermietung an Dritte freimachen wollte.³⁰ Bei einem anderen Krankenanstaltenträger werden Ausgaben des laufenden Betriebes eines Jahres gesondert im Wege eines Investitionszuschusses finanziert.

- 13.2.** Der LRH empfiehlt der Abteilung Gesundheit, bei der Genehmigung der Voranschläge und Rechnungsabschlüsse verstärkt auf die haushaltsrechtlich korrekte Zuordnung der Ausgaben und Einnahmen zu achten. Dies würde den von der Abteilung Gesundheit angelegten Maßstäben für Vermietungen bzw. Nutzungen durch Dritte innerhalb von Krankenanstalten entsprechen.³¹

Auswirkungen auf die Haushalte der öö. Gemeinden

- 14.1.** Die Einnahmen des Landes aus den Krankenanstaltenbeiträgen der öö. Gemeinden entwickelten sich seit dem Beschluss der Spitalsreform II wie folgt:

Abbildung 2: Einnahmen des Landes aus Krankenanstaltenbeiträgen der öö. Gemeinden (RA 2009 bis 2016, VA 2017)



Quelle: LRH-eigene Darstellung auf Basis der RA und VA des Landes OÖ

Die obige Grafik zeigt, dass sich durch die engagierte Umsetzung der Reformmaßnahmen die Beiträge der öö. Gemeinden reduzierten und 2016 unter dem Niveau des Jahres 2011 lagen. Die hohe Steigerung im Voranschlag 2017 resultiert aus den gestiegenen Betriebsabgängen der Krankenanstalten insbesondere wegen der Veränderungen bei den

³⁰ Die bisher in diesen Räumen untergebrachten Organisationseinheiten wurden in einen bisher leerstehenden Gebäudeteil übersiedelt, der dazu insgesamt mit Kosten von rd. 1,4 Mio. Euro ausgebaut und adaptiert werden musste.

³¹ Für von Dritten genutzte Bereiche sind ortsübliche Mieten einzuheben und die damit erzielten Einnahmen im Budget auszuweisen.

Personalausgaben und dem Wegfall von Gutschriften aus der Abrechnung der Krankenanstaltenbeiträge der Vorjahre. Die durchschnittliche jährliche Steigerung beträgt seit dem Beschluss der Spitalsreform im Jahr 2011, rd. 2,1 Prozent. Vor der Spitalsreform II (2000 bis 2011) lag die durchschnittliche Steigerungsrate bei rd. sieben Prozent jährlich.

Üblicherweise stellte die Abteilung Gesundheit für die Voranschlagserstellung der öö. Gemeinden die Daten für die erwarteten Krankenanstaltenbeiträge des kommenden Jahres und eine Prognose für die folgenden drei Jahre zur Verfügung. Abweichend zu dieser Informationspraxis wurden Ende 2015 nur die Voranschlagswerte für 2016 ohne weitere Prognose bekannt gegeben. Im Voranschlag für das Finanzjahr 2017 wurde seitens des Landes eine Bandbreite der erwarteten Steigerung mitgeteilt.

- 14.2.** Unter Berücksichtigung der vorgezogenen Maßnahmenumsetzung war nach Ansicht des LRH die Steigerung der Gemeindebeiträge gegen Ende des Reformzeitraumes absehbar. In den Jahren 2018 bis 2021 wird von der Abteilung Gesundheit ein jährlicher Anstieg von rd. vier Prozent prognostiziert, der damit zwar unter den Steigerungsraten vor dem Reformbeschluss jedoch über dem Ausgabenpfad der Vorgaben des Bundes liegt. Im Sinne einer transparenten Information der öö. Gemeinden als Mitfinanciers empfiehlt der LRH – unabhängig von den errechneten Veränderungen – neben den für das Folgejahr zu budgetierenden Krankenanstaltenbeiträgen stets auch eine Prognose für die kommenden drei Jahre mitzuteilen.³² Dies unterstützt die Gemeinden im Bemühen um eine realistische mittelfristige Finanzplanung.

STEUERUNG DER REFORMUMSETZUNG DURCH DIE ABTEILUNG GESUNDHEIT

- 15.1.** Die Abteilung Gesundheit entwickelte das Umsetzungsmonitoring der Maßnahmen inkl. deren Dokumentation weiter; beispielsweise werden noch nicht abgeschlossene Maßnahmen gesondert dokumentiert und im Sinne der „4-Kriterien-Prüfung“ monitort.

Des Weiteren entwickelte sie das sogenannte „RSG-Tool“. Mit diesem System erfolgt auf Basis der Planungs- und Leistungsmatrix der jeweiligen Krankenanstalt eine IT-gestützte Prüfung der erbrachten Leistungen. Werden Abweichungen (d.h. Leistungen, die außerhalb des genehmigten Rahmens erbracht werden) festgestellt, soll dies ab dem Jahr 2018 zu finanziellen Konsequenzen führen. Das Jahr 2017 wird als Beobachtungszeitraum genutzt. Im Zuge der Prüfung des LRH zeigte sich, dass zwei

³² Im Falle, dass durch externe Faktoren eine Prognose mit gewissen Unsicherheiten behaftet ist, könnte die Information in Form einer Bandbreite zur Verfügung gestellt werden.

Krankenanstalten Leistungen erbrachten, für die nicht die notwendigen rechtlichen Voraussetzungen vorlagen.³³

Darüber hinaus findet eine intensive Abstimmung zwischen dem Leiter der Evaluierungskommission und der Abteilung Gesundheit statt, um Sachverhalte einheitlich zu beurteilen. Ziel ist es, die Steuerungsinstrumente der relevanten Bereiche (z. B. rechtlich, Leistungsplanung) aufeinander abzustimmen und weiter zu entwickeln. Gearbeitet wurde zum Prüfungszeitpunkt auch an der Neugestaltung der Abgeltung des medizinischen Fortschritts auf Ebene der Krankenanstalten.

- 15.2.** Der LRH sieht die Maßnahmen der Abteilung Gesundheit zu einem effizienten Umsetzungsmonitoring positiv. Im Sinne einer nachhaltigen Leistungssteuerung empfiehlt er, die Ergebnisse aus dem RSG-Tool verbindlich zu machen, damit Leistungen, die nicht genehmigt sind, nicht aus öffentlichen Mitteln finanziell abgegolten werden. Aus Sicht des LRH könnte dieses Instrument auch dazu dienen, die tatsächliche Umsetzung von vereinbarten Leistungsabstimmungen zwischen einzelnen Krankenanstalten zu prüfen.

ZUSAMMENFASSUNG DER EMPFEHLUNGEN

- 16.1.** Nachstehend fasst der LRH die Empfehlungen an die geprüfte Stelle zusammen:
- a) Die Umsetzung der Spitalsreform II sollte konsequent weiterverfolgt werden (Berichtspunkte 1, 5, 7 und 9).
 - b) In der Versorgungsregion Zentralraum Linz sollten die Leistungsschwerpunkte sowohl innerhalb als auch zwischen den neuen Trägern geprüft und an die geänderten Rahmenbedingungen angepasst werden. Dabei sollte besonderes Augenmerk auf die Leistungsabstimmung und gesamthafte Weiterentwicklung des Leistungsspektrums gelegt werden (Berichtspunkt 2).
 - c) Die Anregung der Evaluierungskommission zur Prüfung der Praxis der stationären Aufnahmen und weiteren Optimierung unter der Verwendung von Best-Practice-Prozessen oder die Umsetzung vergleichbarer krankenhauserlastender Maßnahmen sollte aufgegriffen werden (Berichtspunkt 3).
 - d) Hinsichtlich der Umsetzung der noch nicht vollständig umgesetzten Maßnahmen der Priorität A sollte eine rasche Entscheidung herbeigeführt werden (Berichtspunkt 6).

³³ Diese Leistungen wurden im Zeitraum 2012 bis 2015 im Wege der LKF-Finanzierung mit rd. 338.000 Euro abgegolten.

- e) Um die jährlichen Steigerungsraten zur Abgangsdeckung auf dem Niveau der Bundesvorgaben halten zu können, sollten die Versorgungsstrukturen laufend weiterentwickelt und auf mögliche Effizienzpotentiale geprüft werden. In einem kontinuierlichen Verbesserungsprozess sollten dabei die zu erbringenden Leistungen mit den für die Patientinnen und Patienten optimalen Versorgungsstrukturen und den verfügbaren Finanzmitteln in Einklang gebracht werden (Berichtspunkt 12).
- f) Durch eine kritische Überprüfung der Minderungs- und Erhöhungstatbestände auf Ebene der einzelnen Träger im Budgetierungsprozess sollte den, mit einer pauschalen Budgetvalorisierung verbundenen Effekten entgegengewirkt werden (Berichtspunkt 12).
- g) Bei der Genehmigung der Voranschläge und Rechnungsabschlüsse sollte verstärkt auf die haushaltsrechtlich korrekte Zuordnung der Ausgaben und Einnahmen geachtet werden (Berichtspunkt 13).
- h) Im Sinne einer transparenten Information für die oö. Gemeinden als Mitfinanzier sollten jedes Jahr die für das Folgejahr zu budgetierenden Krankenanstaltenbeiträge und eine Prognose für die kommenden drei Jahre zur Verfügung gestellt werden (Berichtspunkt 14).
- i) Zur nachhaltigen Leistungssteuerung sollte das entwickelte „RSG-Tool“ verbindlich genutzt werden, damit Leistungen, die nicht genehmigt sind, nicht aus öffentlichen Mitteln finanziell abgegolten werden (Berichtspunkt 15).

3 Beilagen

Linz, am 16. Mai 2017

Friedrich Pammer
Direktor des Oö. Landesrechnungshofes

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

Geschäftszeichen:
Ges-2016-377293/9-Hm

Oö. Landesrechnungshof
Promenade 31
4020 Linz

Bearbeiter/-in: Martin Haider, BA MPA
Tel: (+43 732) 77 20-14205
Fax: (+43 732) 77 20-214355
E-Mail: ges.post@ooe.gv.at

www.land-oberoesterreich.gv.at

Linz, 09.05.2017

Initiativprüfung Umsetzung der Spitalsreform II

Sehr geehrte Damen und Herren!

Die Abteilung Gesundheit verzichtet hiermit auf die Abgabe einer Stellungnahme zum Prüfbericht „Umsetzung der Spitalsreform II“.

Mit freundlichen Grüßen

Martin Haider, BA MPA

Hinweise:

Dieses Dokument wurde amtssigniert. Informationen zur Prüfung des elektronischen Siegels und des Ausdrucks finden Sie unter:
<https://www.land-oberoesterreich.gv.at/amtssignatur>

Wenn Sie mit uns schriftlich in Verbindung treten wollen, richten Sie Ihr Schreiben bitte an das Amt der Oö. Landesregierung, Direktion Soziales und Gesundheit / Abteilung Gesundheit, Bahnhofplatz 1, 4021 Linz, und führen Sie das Geschäftszeichen dieses Schreibens an.

SCHLUSSBESPRECHUNG - AKTENVERMERK

Aktenvermerk, 100000-32/ -2017-SPI, zur
Schlussbesprechung:

Initiativprüfung "Umsetzung Spitalsreform II
(Stand Ende 2016)"

Ort und Datum:

LRH, am 2. Mai 2017

Teilnehmende Organisation:

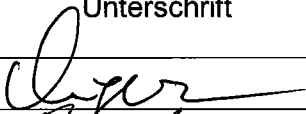



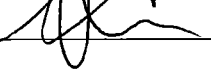
Büro Landesrätin Mag. Christine Haberlandner
Abt. Gesundheit

Den Vertreterinnen und Vertretern der geprüften Organisation ist das vorläufige Ergebnis der o. a. Prüfung in der gegenständlichen Schlussbesprechung vollinhaltlich zur Kenntnis gebracht worden. Die von den Vertreterinnen und Vertretern mündlich eingebrachten Stellungnahmen wurden eingearbeitet (Kennzeichnung mit 3 an der zweiten Stelle der Berichtsgliederung und mit Kursivdruck).

Gemäß § 6 Abs. 5 Oö. LRHG besteht darüber hinaus die Möglichkeit zur Abgabe einer schriftlichen Stellungnahme zum vorläufigen Ergebnis.

1) Die Vertreterinnen und Vertreter **verzichten** auf die gemäß § 6 Abs. 5 Oö. LRHG eingeräumte Gelegenheit zur Abgabe einer schriftlichen Stellungnahme.

2) Die Vertreterinnen und Vertreter **behalten sich** die Abgabe einer schriftlichen Stellungnahme gemäß § 6 Abs. 5 Oö. LRHG **vor**.

Organi- sation	Name in BLOCKBUCHSTABEN	Unterschrift	1) Ver- zicht	2) Vor- behalt
GES	MATTHIAS STÖGER			X
GES	MARTIN HAIDER			X
GES	Alfred WÖGER			X
Min LR	Johannes HOCHGERNER		X	
GES	Gerhard Drostberger			X

LRH:


.....
Direktor Friedrich Pammer


.....
Barbara Spindelbalker


.....
Mag. Elke Anast

SCHLUSSBESPRECHUNG - AKTENVERMERK

Aktenvermerk, 100000-32/ -2017-SPI, zur
Schlussbesprechung:

Initiativprüfung "Umsetzung Spitalsreform II
(Stand Ende 2016)"

Ort und Datum:

LRH, am 24. April 2017

Teilnehmende Organisation:

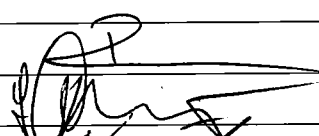
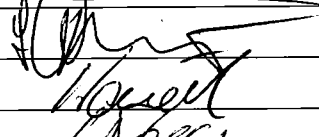
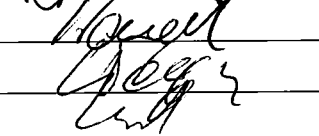
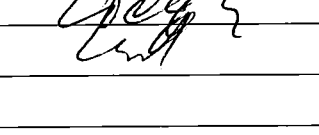
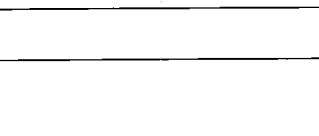
Abt. Gesundheit

Den Vertreterinnen und Vertretern der geprüften Organisation ist das vorläufige Ergebnis der o. a. Prüfung in der gegenständlichen Schlussbesprechung vollinhaltlich zur Kenntnis gebracht worden. Die von den Vertreterinnen und Vertretern mündlich eingebrachten Stellungnahmen wurden eingearbeitet (Kennzeichnung mit 3 an der zweiten Stelle der Berichtsgliederung und mit Kursivdruck).

Gemäß § 6 Abs. 5 Oö. LRHG besteht darüber hinaus die Möglichkeit zur Abgabe einer schriftlichen Stellungnahme zum vorläufigen Ergebnis.

1) Die Vertreterinnen und Vertreter **verzichten** auf die gemäß § 6 Abs. 5 Oö. LRHG eingeräumte Gelegenheit zur Abgabe einer schriftlichen Stellungnahme.

2) Die Vertreterinnen und Vertreter **behalten sich** die Abgabe einer schriftlichen Stellungnahme gemäß § 6 Abs. 5 Oö. LRHG vor.

Organi- sation	Name in BLOCKBUCHSTABEN	Unterschrift	1) Ver- zicht	2) Vor- behalt
Abt. Ges	PALMISANO Georg			✓
Abt. Ges	DURSTBERGER Gerhard			✓
Abt. Ges	HAIDER MARTIN			X
Abt. Ges	WÖGER Alfred			X
Abt. SW	WEBERBERGER Polneta			✓

LRH:


.....
Direktor Friedrich Pammer


.....
Barbara Spindelbalker


.....
Mag. Elke Anast