



Bericht des Kärntner Landesrechnungshofes

Tagesklinische Leistungserbringung

LRH-GUE-5/2018

Auskunft

Kärntner Landesrechnungshof
Kaufmannngasse 13H
9020 Klagenfurt am Wörthersee

Tel. +43/676/83332-202

Fax +43/676/83332-203

E-Mail: office@lrh-ktn.at

Impressum

Herausgeber: Kärntner Landesrechnungshof
Kaufmannngasse 13H
9020 Klagenfurt am Wörthersee

Redaktion: Kärntner Landesrechnungshof

Herausgegeben: Klagenfurt, Juli 2018

Titelfoto: [shutterstock.com](https://www.shutterstock.com), Bild Nr. 289309196,
Guschenkova

INHALTSVERZEICHNIS

Abkürzungsverzeichnis	V
Glossar	VII
Abbildungsverzeichnis	X
Tabellenverzeichnis	XI
Kurzfassung	1
Prüfauftrag und -Prüfungsdurchführung	14
Prüfauftrag	14
Prüfungsdurchführung	16
Darstellung des Prüfungsergebnisses	17
Allgemeines	18
Begriffsdefinition	18
Abgrenzung stationäre, ambulante und tagesklinische Leistung	19
Kriterien und Vorteile tagesklinischer Leistungen	19
Abrechnung tagesklinischer Leistungen	21
Ziel- und Planvorgaben	24
Übersicht	24
Zielsteuerungsvertrag auf Bundes- und Landesebene	24
Strukturpläne	31
Zielsetzungen der KABEG	37
Entwicklung tagesklinischer Leistungen	38
Entwicklung der Aufenthalte	38
Tagesklinische Potenzialanalyse auf MEL-Ebene	38
Wartezeiten	49
Kostenbetrachtung auf Ebene der Leistungserbringung	57
Standortbezogene Betrachtung	60

Tagesklinisches Forcierungsmodell für die Fondskrankenanstalten	60
Allgemeines zur Standortanalyse	64
Deutsch Ordens Krankenhaus Friesach.....	66
LKH Wolfsberg	68
Krankenhaus Spittal/Drau	70
Krankenhaus Barmherzige Brüder St. Veit/Glan.....	72
Krankenhaus Elisabethinen Klagenfurt	74
LKH Villach	76
Klinikum Klagenfurt am Wörthersee	86
Schlussempfehlungen	98

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

Abs.	Absatz
Art.	Artikel
BGBI.	Bundesgesetzblatt
BMGF	Bundesministerium für Gesundheit und Frauen
B-VG	Bundes-Verfassungsgesetz
B-ZV	Bundes-Zielsteuerungsvertrag
CT	Computertomographie
DIAG	Dokumentations- und Informationssystem für Analysen im Gesundheitswesen
DVR	Datenverarbeitungsregister
ELKI	Gesundheitszentrum für Kinder und Jugendliche
ff.	fortfolgend(e)
GZ	Geschäftszahl
HNO	Hals-, Nasen- und Ohren-Heilkunde
HTA	Health Technology Assessment
i.d.(g.)F.	in der (geltenden) Fassung
IM	Innere Medizin
k.A.	keine Angabe
KABEG	Landeskrankenanstalten-Betriebsgesellschaft
KAKuG	Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz
KGF	Kärntner Gesundheitsfonds
K-GFG	Kärntner Gesundheitsfondsgesetz
KH	Krankenhaus
K-KAO	Kärntner Krankenanstaltenordnung
LGBI.	Landesgesetzblatt
lit.	litera (Buchstabe)

LKF	leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung
LKH	Landeskrankenhaus
LRH	Kärntner Landesrechnungshof
L-ZV	Landes-Zielsteuerungsvertrag
MEL	Medizinische Einzelleistungen
MRT	Magnetresonanztomographie
OP	Operation
ÖSG	Österreichischer Strukturplan Gesundheit
RH	Rechnungshof
RSG	Regionaler Strukturplan Gesundheit
SKA	Sonderkrankenanstalt
TZ	Textzahl(en)
vgl.	vergleiche
VZÄ	Vollzeitäquivalent(e)
Z	Ziffer
Zl.	Zahl

GLOSSAR¹

Adenotomie

Hierbei handelt es sich um die operative Entfernung der Rachenmandeln. Häufige Infekte der Rachenmandeln führen zur Vergrößerung bzw. Schwellung und so zu behinderter Nasenatmung und Schnarchen. Die Ohrtrompete kann hier auch betroffen sein und durch die Funktionsstörung zu gehäuften Mittelohrentzündungen beitragen.

Curettage

Eine Curettage ist die Ausschabung der Gebärmutterhöhle mit Hilfe eines Instrumentes in Form einer Schlinge (der Curette) zur Gewinnung von Gewebe zur feingeweblichen (histologischen) Untersuchung oder zur Entfernung von krankhaften Gewebeteilen innerhalb der Gebärmutter.

Extrakorporale Stoßwellenlithotripsie

Bei der Extrakorporalen Stoßwellenlithotripsie handelt es sich um das Zertrümmern von Harnsteinen durch Stoßwellen, die außerhalb des Körpers erzeugt werden.

Hernien

Eine Hernie ist ein Eingeweidebruch, der durch eine Schwachstelle in der Bauchwand entsteht. Durch diese können die Organteile des Bauchraums nach außen vorfallen, wodurch eine sackartige Ausstülpung entstehen kann. Hernien bestehen grundsätzlich aus einer Bruchpforte und einem Bruchsack, der gegebenenfalls den Bruchsackinhalt enthält.

Kardioversion mit externem Kardioverter

Bei der Kardioversion wird das Herz bei unregelmäßigem Schlagrhythmus wieder in einen normalen Sinusrhythmus gebracht. Dafür wird dem unter Narkose stehenden Patienten ein kurzer Elektroschock gegeben.

Karpaltunnelsyndrom

Das Karpaltunnelsyndrom bezeichnet ein Kompressionssyndrom des Nervus medianus im Bereich der Handwurzel. Der Karpaltunnel ist eine tunnelartige, bindegewebig fest umschlossene Röhre vom Unterarm zur Hand auf der Handflächenseite des Handgelenks.

¹ Quellen: Orthopädiezentrum Fellbach, Dr. med. Bernhard Möller, Kardinal Schwarzenberg Klinikum, Internistische Gruppenpraxis Stockerau, Medizinische Universität Walter Lingard, Herniaguide, Wikipedia, Netdoktor

Katarakt

Die Katarakt bezeichnet eine Trübung der Augenlinse. Dies wird auch als Grauer Star bezeichnet. Die getrübe Linse kann in den meisten Fällen operativ durch ein künstliches Linsenimplantat ersetzt werden.

Katheterangiographie der Koronargefäße

Die Katheterangiographie der Koronargefäße wird auch als Herzkatheteruntersuchung bezeichnet. Dabei werden die Herzkranzgefäße durch Einspritzung eines Kontrastmittels sichtbar gemacht, um eventuelle Verengungen oder Verschlüsse erkennen zu können.

Knie-Arthroskopie

Wenn durch die ärztliche Untersuchung und bildgebende Verfahren (Röntgen, Magnetresonanz) eine innere Kniegelenksschädigung (z.B. Riss eines Meniskus, Kreuzbandriss, Knorpelschaden) festgestellt wird, kann man mittels dieser minimal-invasiven Methode verschiedene Operationen durchführen. Dabei werden am Kniegelenk zwei, ca. ein Zentimeter große Schnitte durchgeführt. Über einen dieser kleinen Schnitte kann man mittels einer Glasfaseroptik und einer Kamera in das Innere des Kniegelenkes blicken. Über den zweiten Schnitt werden die Operationsinstrumente in das Knie eingeführt.

Konisation

Die Konisation ist ein operativer Eingriff, der üblicherweise in Vollnarkose oder in Regionalbetäubung, in seltenen Fällen auch in örtlicher Betäubung durchgeführt wird. Bei diesem Eingriff wird Gewebe im Bereich des äußeren Muttermundes entnommen. Sie dient unter anderem zur Gebärmutterhalskrebs-Prävention.

Metallentfernung

Knochenbrüche werden in vielen Fällen operativ mit Platten, Schrauben oder Stiften stabilisiert und fixiert. Dies nennt man Osteosynthese. Nach Abschluss der Bruchheilung wird in den meisten Fällen dieses "Metall" wieder entfernt. Die Entfernung von Osteosynthesematerial ist in fast allen Fällen ambulant durchführbar.

Paracentese

Die Paracentese am Ohr bzw. Trommelfell ist eine kleine Operation, die zur Wiederherstellung der Mittelohrbelüftung bei verstopfter Ohrtrumpete (Eustachi-Röhre) dient. Bei der Paracentese wird ein kleiner Schnitt in den vorderen, unteren Quadranten des Trommelfells gesetzt.

Resektion des Pterygiums

Dabei handelt es sich um die Ausschneidung des vorwachsenden Gewebes im Bereich der Augen.

Ringbandsplattung

Die Sehnen der Hand sind durch so genannte Ringbänder mit den Knochen verbunden. Bei einer Ringbandsplattung wird das Ringband durchtrennt, um es dem Patienten wieder zu ermöglichen, den betroffenen Finger vollständig zu strecken und zu beugen. Am häufigsten treten solche Probleme beim Daumen auf, dort nicht selten zusammen mit dem Karpaltunnelsyndrom.

Varizen

Varizen (oder Krampfadern) sind sackförmig oder zylindrisch erweiterte, oberflächliche Venen. Meistens kommt es zu einer Schlingelung und/oder einer Knäuelbildung, die den Krampfadern ihr charakteristisches Aussehen gibt. Sie können die gesamte Vene oder nur Abschnitte im Venenverlauf betreffen.

Zirkumzision

Dieser Eingriff wird auch als männliche Beschneidung bezeichnet. Es kommt zur teilweisen oder vollständigen Entfernung der männlichen Vorhaut.

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1: Komponenten des Kärntner Forcierungsmodells.....	60
Abbildung 2: Verteilung der tagesklinischen Leistungserbringung in Kärnten	65

TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 1: LKF-Fallpauschalen für ausgewählte tagesklinische Leistungen 2016.....	22
Tabelle 2: Landes-Zielsteuerungsvertrag – Umsetzungsstand mit Ende 2016	26
Tabelle 3: Tagesklinikanteile im Vergleich mit Planvorgaben (2012 - 2016)	29
Tabelle 4: Tagesklinische Leistungsbündel im Bundesländer-Ranking (2012 - 2016)	30
Tabelle 5: Bettenentwicklung nach Fachdisziplinen in Kärnten.....	34
Tabelle 6: Tagesklinische Aufenthalte im Bundesländervergleich (2012 - 2016)	38
Tabelle 7: Häufigste MEL des Tagesklinikcatalogs (2015 und 2016)	39
Tabelle 8: Augenheilkunde im Bundesländervergleich.....	40
Tabelle 9: Steigerungspotenzial Augenheilkunde.....	41
Tabelle 10: Orthopädie und Allgemein-/Unfallchirurgie im Bundesländervergleich.....	42
Tabelle 11: Steigerungspotenzial Allgemein-/Unfallchirurgie sowie Orthopädie.....	43
Tabelle 12: Urologie und Frauenheilkunde im Bundesländervergleich	44
Tabelle 13: Steigerungspotenzial Urologie und Frauenheilkunde	45
Tabelle 14: HNO im Bundesländervergleich	45
Tabelle 15: Steigerungspotenzial Ohren, Nase, Mundhöhle, Rachen und Hals	47
Tabelle 16: Wartezeiten Katarakt im Klinikum Klagenfurt (Stichtag 31. Juli 2017).....	53
Tabelle 17: Wartezeiten Katarakt im Klinikum Klagenfurt (Zeitraum 2016).....	54
Tabelle 18: Kostenverteilung ambulantes Operieren im Krankenhaus	57
Tabelle 19: Schwellenwerte für Zu- und Abschlüsse des Forcierungsmodells	61
Tabelle 20: Auswirkungen des Forcierungsmodells	63
Tabelle 21: Tagesklinische Leistungsbündel am KH Friesach	66
Tabelle 22: Zu- und Abschlüsse bei den LKF-Punkten im KH Friesach.....	67
Tabelle 23: Tagesklinische Leistungsbündel am LKH Wolfsberg	68
Tabelle 24: Zu- und Abschlüsse bei den LKF-Punkten im LKH Wolfsberg.....	69
Tabelle 25: Tagesklinische Leistungsbündel am KH Spittal/Drau.....	70
Tabelle 26: Zu- und Abschlüsse bei den LKF-Punkten im KH Spittal/Drau	71
Tabelle 27: Tagesklinische Leistungsbündel am KH St. Veit/Glan.....	72
Tabelle 28: Zu- und Abschlüsse bei den LKF-Punkten im KH St. Veit/Glan.....	73
Tabelle 29: Tagesklinische Leistungsbündel am KH Elisabethinen Klagenfurt.....	74
Tabelle 30: Zu- und Abschlüsse bei den LKF-Punkten im KH Elisabethinen	75
Tabelle 31: Tagesklinische Leistungsbündel am LKH Villach	76
Tabelle 32: Zu- und Abschlüsse bei den LKF-Punkten im LKH Villach	77
Tabelle 33: Tagesklinische Leistungsbündel am Klinikum Klagenfurt	86
Tabelle 34: Zu- und Abschlüsse bei den LKF-Punkten im Klinikum Klagenfurt	88

KURZFASSUNG

Prüfauftrag

Der LRH überprüfte die Entwicklung des tagesklinischen Angebots in den Jahren 2012 bis 2016 in den Kärntner Fondskrankenanstalten. Schwerpunkt war, ob die Zielsetzungen der Strukturpläne Gesundheit sowie der Zielsteuerungsverträge im tagesklinischen Bereich erreicht werden konnten. Entscheidend dafür war, wie viele Leistungen bzw. Operationen aus dem tagesklinischen Leistungskatalog tatsächlich tagesklinisch durchgeführt wurden. Das tagesklinische Angebot wurde sowohl nach medizinischen Fachbereichen als auch standortbezogen auf Ebene der einzelnen Krankenhäuser analysiert. So konnte der LRH feststellen, in welchen medizinischen Fächern und Krankenhäusern tagesklinische Steigerungspotenziale vorhanden waren. Im Mittelpunkt der Überlegungen des LRH stand stets der Gedanke der bestmöglichen medizinischen Versorgung der Kärntner Bevölkerung. (TZ 1)

Vorteile tagesklinischer Leistungen

Eine Tagesklinik stellte eine spezielle Betriebsform in einer Krankenanstalt dar. Ein Merkmal der als Tagesklinik geführten Bettenbereiche war die Aufnahme und Entlassung des Patienten am selben Tag. Aufgrund des medizinischen Fortschritts konnten zwar zum Zeitpunkt der Überprüfung viele, aber längst nicht alle Operationen ambulant oder tageschirurgisch durchgeführt werden. Tagesklinisch erbringbare Operationen beschränkten sich in erster Linie auf planbare Eingriffe mit geringem Risiko. (TZ 4, TZ 5)

Aus Sicht des LRH gab es zahlreiche Vorteile für die tagesklinische Leistungserbringung. Vor allem die kürzeren Krankenhausaufenthalte und die Genesung im gewohnten Umfeld brachten einen Nutzen für die Patienten. Zudem zeigten die bisherigen Kostenanalysen, dass die tagesklinischen Leistungen dazu geeignet waren, den kostenintensiveren stationären Bereich zu entlasten. Unter diesen Gesichtspunkten empfahl der LRH dem Kärntner Gesundheitsfonds und dem Land Kärnten, die tagesklinischen Strukturen weiter zu forcieren. (TZ 5, TZ 23)

Ziel- und Planvorgaben

Um die Ziele der Gesundheitsreform 2013 umzusetzen, einigten sich Bund, Länder und Sozialversicherung auf ein partnerschaftliches Zielsteuerungssystem. Dieses sollte zur Planung, Organisation und Finanzierung der österreichischen Gesundheitsversorgung eingerichtet werden. Zur operativen Ausgestaltung dieses Systems dienten der Bundeszielsteuerungsvertrag sowie die einzelnen Landeszielsteuerungsverträge. Der LRH stellte fest, dass die für den tagesklinischen Bereich relevanten Maßnahmen lt. Zielsteuerungsverträgen in Kärnten überwiegend umgesetzt werden konnten. (TZ 9, TZ 10)

Die Zielsteuerungsverträge gaben vor, ausgewählte tagesklinisch erbringbare bzw. zu Leistungsbündeln zusammengefasste Leistungen zu forcieren. Für diese definierten die Vertragspartner Zielvorgaben in Form von prozentuellen Tagesklinikanteilen unter Angabe von Bandbreiten. Diese sollten den Anteil der erbrachten tagesklinischen Leistungen, gemessen an der Gesamtzahl dieser Leistungen, mit Ende des Jahres 2016 wiedergeben. Die Länder verpflichteten sich bis Mitte 2014 innerhalb dieser Vorgaben Zielquoten zu definieren. Diese sollten bis Ende 2016 erreicht werden. (TZ 11)

Die nachfolgende Tabelle zeigt die Entwicklung der Tagesklinikanteile in Kärnten für den Zeitraum 2012 bis 2016 im Vergleich mit den relevanten Ziel- und Planwerten (TZ 11):

Leistungsbündel	Planwert ÖSG 2015 und 2020*	Planwert Bundes- Zielsteuerungsvertrag	Tagesklinik-Anteile Kärnten					Diff. 2012 und 2016 in %-Punkte
			2012	2013	2014	2015	2016	
			in %					
Karpaltunnel	50	65-90	53,3	49,2	51,2	55,9	85,3	+32,0
Katarakt	30	70-90	69,2	77,1	77,2	76,5	92,9	+23,7
Varizen	11	30-60	1,4	1,5	1,6	6,8	44,8	+43,4
Adenotomie/Paracentese	20	40-60	28,3	25,1	28,6	32,3	27,8	-0,5
Curettag	75	50-70	22,6	29,4	37,7	47,3	63,9	+41,3
Hernien	9	15-40	0,0	0,0	0,0	0,2	3,7	+3,7
Metallentfernung	35	40-60	22,2	22,3	25,6	29,1	44,2	+22,0
Knie-Arthroskopie	20	30-80	10,2	13,5	10,7	22,0	52,9	+42,7

* lt. Versorgungsmatrix Österreichischer Strukturplan Gesundheit (ÖSG) 2012

Quelle: Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2012, Bundeszielsteuerungsvertrag, Monitoringbericht I/2017

In sechs von acht Leistungsbündeln konnte Kärnten die Planwerte des Bundeszielsteuerungsvertrags im Jahr 2016 erreichen. Insbesondere von 2015 auf 2016 stiegen die tagesklinischen Eingriffe deutlich an. Ausnahmen bildeten die Leistungsbündel Hernien und Adenotomie/Paracentese. Der Grund für die niedrigen Tagesklinikanteile in diesen beiden Leistungsbündeln waren nach Auskunft des Kärntner Gesundheitsfonds medizinische Bedenken. (TZ 11)

Auf Basis der im Monitoringbericht des Bundeszielsteuerungsvertrags angegebenen Tagesklinikanteile für Kärnten und der anderen Bundesländer erstellte der LRH einen Bundesländervergleich. Kärnten belegte dabei in den Jahren 2012 bis 2015 die letzten Ränge. Im Jahr 2016 verbesserte sich Kärnten jedoch wesentlich und reihte sich vom letzten auf den dritten Platz. (TZ 11)

Der LRH sah die Entwicklung der Tagesklinikanteile in Kärnten sowie jene im Bundesländervergleich positiv. (TZ 11)

Umsetzungsstand im tagesklinischen Bereich

Teilstationäre Bettenentwicklung

Der im Juni 2015 beschlossene Regionale Strukturplan Gesundheit beinhaltet u.a. standortbezogene Planungsvorgaben für den teilstationären Bereich bis zum Jahr 2020. So sollten in Kärnten die teilstationären Bettenkapazitäten im Zeitraum 2012 bis 2020 von 74 auf 152 Betten (+78 tages- bzw. wochenklinische Betten) steigen. (TZ 13)

Den Standorten waren fächerbezogen voll- und teilstationäre Betten zugeordnet. Allerdings waren die teilstationären Planbetten mitunter nicht im Detail auf Krankenanstalten bzw. einzelne Fächer hin aufgeteilt. (TZ 13)

Mit Ende 2016 waren bereits 133 der geplanten 152 teilstationären Betten umgesetzt, wobei die größte Zunahme im Bereich der tagesklinisch relevanten Fächer (+42 Betten) zu verzeichnen war. (TZ 14)

Der LRH sah die bisherige Bettenentwicklung im teilstationären Bereich positiv und empfahl dem Kärntner Gesundheitsfonds seine diesbezüglichen Bemühungen fortzusetzen. Aus Sicht des LRH wäre es dennoch in der Planung sinnvoll gewesen, sowohl bei der Form der tagesklinischen Kooperation zwischen den Krankenanstalten als auch bei der fachbezogenen Quantifizierung von tagesklinischen Betten konkretere Vorgaben zu machen. Dies hätte die Qualität des Regionalen Strukturplans Gesundheit als Steuerungsinstrument erhöht. (TZ 14)

Vereinbarungen mit den Krankenanstaltenträgern

Der zwischen dem Land Kärnten, dem KGF und den Krankenanstaltenträgern vereinbarte Regionale Strukturplan 2020 sollte bis zum Jahr 2020 stufenweise umgesetzt werden. Mit Ausnahme des Krankenhauses Friesach und des Krankenhauses Spittal/Drau konnte bis Ende 2017 mit allen Krankenanstaltenträgern eine Übereinkunft zur Umsetzung des Regionalen Strukturplans 2020 erzielt werden. In weiterer Folge

stockte daher die Umsetzung des tagesklinischen Angebots. Unter anderem war die im Regionalen Strukturplan 2020 vorgesehene dislozierte Tagesklinik im Krankenhaus Friesach in den Bereichen Chirurgie und Orthopädie/Unfallchirurgie noch nicht umgesetzt. Für das Krankenhaus Spittal/Drau zeigte sich auf Grundlage der Daten des Kärntner Gesundheitsfonds generell ein tagesklinischer Nachholbedarf. In diesem Zusammenhang informierte der KGF in seiner Stellungnahme, dass im Jahr 2018 eine dislozierte Tagesklinik für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde im KH Spittal/Drau eingerichtet werden soll. (TZ 14)

Die Landeskrankenanstalten-Betriebsgesellschaft, (KABEG) setzte bereits wesentliche Maßnahmen im Bereich der Tageskliniken um, beispielsweise durch die im Jahr 2016 eröffnete Tagesklinik im Landeskrankenhaus Villach. Geplant war auch eine dislozierte Tagesklinik für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde, Urologie und Augenheilkunde im Landeskrankenhaus Villach mit einer fachbezogenen Anbindung an das Klinikum Klagenfurt. Die Umsetzung der Planbetten in diesen Bereichen sollte daher vereinbarungsgemäß spätestens Ende 2018 erfolgen. Im Februar 2018 wurde die Kooperationsvereinbarung für die dislozierte Tagesklinik für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde und Urologie unterschrieben. (TZ 14)

Um die stationäre chirurgische Leistungserbringung laut Regionalen Strukturplan zu reduzieren, nahm das Krankenhaus Elisabethinen Klagenfurt im Jahr 2016 eine Tagesklinik mit Anbindung an das Krankenhaus St. Veit/Glan in Betrieb. Nach Auskunft des Kärntner Gesundheitsfonds gab es jedoch zur Zeit der Überprüfung keine schriftliche Kooperationsvereinbarung mit der fachgleichen Mutterabteilung des Krankenhauses St. Veit/Glan. (TZ 14)

Der LRH kritisierte, dass bislang keine Vereinbarungen zur Umsetzung des Regionalen Strukturplans 2020 mit dem Krankenhaus Friesach und dem Krankenhaus Spittal/Drau abgeschlossen werden konnte. Er empfahl dem Land und dem Kärntner Gesundheitsfonds, diese so rasch wie möglich abzuschließen, um eine entsprechende Umsetzung des Regionalen Strukturplans Gesundheit im tagesklinischen Bereich bis 2020 zu gewährleisten. Zudem sollten das Land und der Kärntner Gesundheitsfonds darauf Einfluss nehmen, dass die vorgesehenen Kooperationen vereinbart werden. Die mittlerweile laut Stellungnahmen in Angriff genommene Umsetzung dislozierter Tageskliniken im Landeskrankenhaus Villach und im Krankenhaus Spittal/Drau hob der LRH positiv hervor. (TZ 14)

Tagesklinische Potenzialanalyse

Häufigsten tagesklinischen Leistungen in Kärnten

Die nachfolgende Tabelle zeigt die am häufigsten tagesklinisch erbrachten medizinischen Einzelleistungen des Tagesklinikcatalogs 2016 mit einem Anteil von mindestens 3% an der tagesklinischen Gesamtleistung in Kärnten (TZ 17):

Häufigste medizinische Einzelleistung (MEL) des Tagesklinikcatalogs 2016, Kärnten gesamt	Erbrachte MEL 2015			Erbrachte MEL 2016			Anteil an tageskl. MEL	Steigerung 2015 bis 2016 in %-Punkte
	Gesamtanzahl	davon tagesklinisch		Gesamtanzahl	davon tagesklinisch			
		absolut	in %		absolut	in %		
Kataraktoperation mit Linsenimplantation	5.792	4.330	74,76	6.111	5.566	91,08	39,73	+16,32
Korrektur des Augenlids	1.458	1.236	84,77	1.743	1.537	88,18	10,97	+3,41
Curettagen	1.961	700	35,70	1.938	1.070	55,21	7,64	+19,52
Dekompression des Nervus medianus – offen	896	439	49,00	975	751	77,03	5,36	+28,03
Arthroskopische Operation des Kniegelenks	1.930	130	6,74	1.812	567	31,29	4,05	+24,56
Radikale Varizenoperation (Stripping)	1.179	60	5,09	1.375	548	39,85	3,91	+34,77
Summe der häufigsten MEL	13.216	6.895	52,17	13.954	10.039	71,94	71,66	+19,77
Summe weiterer MEL des Tagesklinikcatalogs	36.934	2.699	7,31	38.604	3.970	10,28	28,34	+2,98
Summe	50.150	9.594	19,13	52.558	14.009	26,65	100,00	+7,52

Quelle: Daten des Kärntner Gesundheitsfonds, eigene Darstellung

Die in obiger Tabelle dargestellten sechs häufigsten medizinischen Einzelleistungen deckten mehr als 70% der Leistungen des Tagesklinikcatalogs ab. Auch der tagesklinisch erbrachte Anteil dieser medizinischen Einzelleistungen stieg von 2015 auf 2016 an. (TZ 17)

Steigerungspotenzial nach medizinischen Fachrichtungen

Um Steigerungspotenziale im Bundesländervergleich sichtbar zu machen, führte der LRH eine Potenzialanalyse durch. Zu diesem Zweck gliederte der LRH die einzelnen Leistungen des Tagesklinikcatalogs nach Fachrichtungen und verglich den zugehörigen Tagesklinikanteil mit dem Durchschnittswert der anderen Bundesländer. (TZ 18)

Insgesamt konnte auch die Zahl an tagesklinischen Leistungen von 2015 auf 2016 von 9.594 auf 14.009 gesteigert werden. Bei den 50 volumenstärksten Leistungen des Tagesklinikcatalogs in Österreich zeigte sich in Kärnten in 28 Fällen eine Tagesklinikquote unter dem Durchschnitt der anderen Bundesländer. Steigerungspotenziale stellte der LRH insbesondere im Bereich der Augenheilkunde, des Fachbereichs Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde, der Stoßwellenlithotripsien sowie der Hernienoperationen fest. Der LRH empfahl daher dem Land und dem Kärntner Gesundheitsfonds darauf hinzuwirken, dass die vom LRH aufgezeigten Potenziale nach entsprechender Bewertung und Abklärung der medizinischen Risiken genutzt werden. Sowohl die KABEG als auch der Kärntner Gesundheitsfonds teilten dem LRH in ihrer

Stellungnahme mit, dass bereits einige der aufgezeigten Steigerungspotenziale im Jahr 2017 gehoben worden wären. So hätten sich beispielsweise die Tagesklinikanteile im Bereich der Augenheilkunde, der Allgemeinchirurgie und Orthopädie erhöht. (TZ 19)

Im Bereich der Hernienoperationen gab es teilweise unterschiedliche Auffassungen, ob höhere Tagesklinikanteile überhaupt erreichbar wären. Der LRH empfahl dem Kärntner Gesundheitsfonds, die unterschiedlichen medizinischen Standpunkte und Risikoeinschätzungen bei Hernienoperationen zu klären. In seiner Stellungnahme betonte der Kärntner Gesundheitsfonds, dass er die medizinische Vertretbarkeit von tagesklinischen Hernienoperationen durch die Leistungsentwicklung in den Krankenanstalten mittlerweile als evident ansehen würde. (TZ 19)

Bei der tagesklinischen Durchführung der Paracentese und Adenotomie bestanden sowohl nach Auskunft des Kärntner Gesundheitsfonds als auch der KABEG erhebliche medizinische Bedenken. Die Erzielung eines hohen Tagesklinikanteils für diese Eingriffe erschien daher aus Sicht des LRH in der Praxis schwer möglich. (TZ 19)

Wartezeiten für Kataraktoperationen

Die Kärntner Krankenanstaltenordnung regelte, dass ab einer Wartezeit von vier Wochen eine transparente Warteliste in anonymisierter Form für elektive Operationen geführt werden musste. Dies betraf insbesondere das Sonderfach Augenheilkunde. Zusätzlich waren Sonderklassepatienten in den geführten Listen ersichtlich zu machen. (TZ 20)

Im Klinikum Klagenfurt erfolgte die Reihung der Patienten für die Kataraktoperationen in erster Linie nach der Sehstärke in drei Patientenkategorien. Für diese Kategorien waren maximale Wartezeiten vorgegeben, sodass beispielsweise bei höchster Dringlichkeit die Wartezeit auf einen Operationstermin nicht länger als einen Monat betragen sollte. Die Reihung der Patienten im Landeskrankenhaus Villach berücksichtigte medizinische Dringlichkeiten nur unzureichend. Der LRH empfahl daher der KABEG, im Landeskrankenhaus Villach eine Reihung nach dem Vorbild der Augenabteilung des Klinikums Klagenfurt zu etablieren. (TZ 21)

Der LRH erhob auch die Dokumentation der Zuweisungs-, Voruntersuchungs- und Behandlungstermine, die für den Patienten maßgeblich waren. Der LRH kritisierte in diesem Zusammenhang, dass insbesondere die im Landeskrankenhaus Villach geführten Listen keinen transparenten Überblick über die tatsächlichen Wartezeiten von Patienten

im Rahmen der Kataraktoperationen gaben. Der LRH empfahl daher der KABEG, für ein transparentes Wartelistenregime nach den Vorgaben der Kärntner Krankenanstaltenordnung zu sorgen. (TZ 22)

Der LRH stellte signifikante Wartezeiten im Bereich der Kataraktoperationen fest. Die Analyse der vom Klinikum Klagenfurt übermittelten Daten zeigte eine durchschnittliche Wartezeit von rd. vier Monaten zwischen dem Zuweisungs- und dem Operationstermin. Im Landeskrankenhaus Villach musste man von einer durchschnittlichen Wartezeit von rd. acht bis neun Monaten von der Zuweisung bis zum Operationstermin ausgehen. (TZ 20, TZ 22)

Der LRH sah bei den Wartezeiten entsprechendes Optimierungspotenzial. Er empfahl daher der KABEG, insbesondere vor dem Hintergrund weiterhin steigender Fallzahlen Maßnahmen einzuleiten, um die Wartezeiten im Sinne der Patienten zu reduzieren. (TZ 22)

Tagesklinisches Forcierungsmodell

Um Anreize zur Ausweitung der tagesklinischen Leistungserbringung in den Fondskrankenanstalten zu schaffen, etablierte der Kärntner Gesundheitsfonds das Forcierungsmodell für den tagesklinischen Bereich in Kärnten. Dazu wählte der Gesundheitsfonds medizinische Einzelleistungen aus und bildete daraus sieben Leistungsbündel, denen Zielquoten für den zu erreichenden Anteil tagesklinischer Aufenthalte zugeordnet wurden. (TZ 24)

Im Sinne eines Bonus/Malus-Systems vergab der Gesundheitsfonds Bonuspunkte, wenn die Zielquoten erreicht wurden, und zog Punkte ab, wenn sie unterschritten wurden. Die pauschalen Zu- und Abschläge verrechnete der Gesundheitsfonds den Krankenanstalten in drei fixen Stufen. Für das Erreichen der Zielquote gab es beispielsweise einen Punktezuschlag von 10%. Bereits bei geringfügigem Unter- oder Überschreiten der Zielquote erhielt das gesamte Leistungsbündel Zu- oder Abschläge einer Stufe. Beim Zuschlagssatz machte es auch keinen Unterschied, ob die Zielquote knapp oder deutlich überschritten wurde. (TZ 24)

Durch die fixen Stufen fehlten aus Sicht des LRH weitere Anreize nach Erreichen der Zielquote. Zu vermeiden wären auch größere Punkteverschiebungen durch minimale Änderungen zwischen stationärer und tagesklinischer Leistungserbringung. Beispielsweise verfehlte das Landeskrankenhaus Villach im Jahr 2016 die Kärntner

Zielquote bei den Kataraktoperationen aufgrund einer einzigen nicht-tagesklinisch erbrachten Leistung, was einen Verlust von rd. 95.000 Punkten bei der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung zur Folge hatte. Der Kärntner Gesundheitsfonds sollte daher eine Überarbeitung der Regelungen für die Zu- und Abschläge prüfen. Aus Sicht des LRH könnte anstelle der stufenweisen Verrechnung die jeweilige individuelle Differenz zur Zielquote als Berechnungsgrundlage für die Zu- und Abschläge verwendet werden. (TZ 24)

Das Kärntner Modell zur Forcierung der tagesklinischen Leistungen hatte nur geringe finanzielle Anreize für die Krankenhäuser. Dennoch sah der LRH das Kärntner Forcierungsmodell als positiven Beitrag zur Stärkung der tagesklinischen Leistungserbringung in Kärnten. Der LRH empfahl jedoch dem Kärntner Gesundheitsfonds, das Modell zu optimieren, indem beispielsweise die Leistungsbündel ausgeweitet und an die Vorgaben des Bundeszielsteuerungsvertrags 2017 angepasst werden. Insbesondere sollte der Ausschluss des Leistungsbündels Hernien nochmals überdacht werden. Laut Stellungnahme des Kärntner Gesundheitsfonds wäre das Leistungsbündel Hernien in das Forcierungsmodell 2018 wieder aufgenommen worden. (TZ 24)

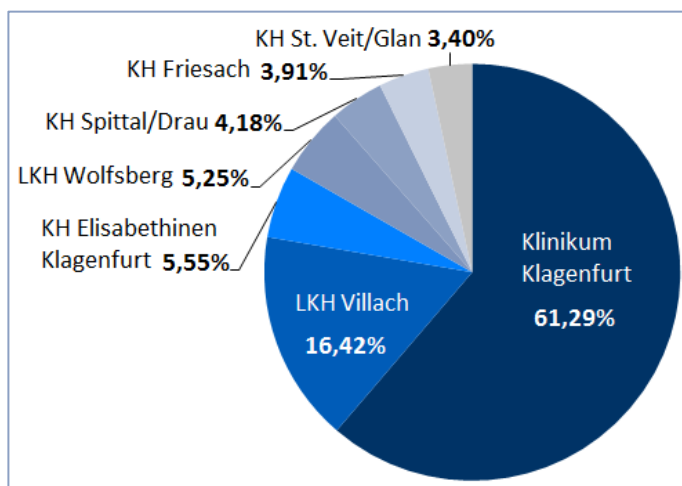
Standortbezogene Analyse

Übersicht

Auf Ebene der Fondkrankenanstalten stellte der LRH die Erreichung der tagesklinischen Zielvorgaben aus dem Kärntner Forcierungsmodell dar. Ausgangspunkt dafür waren die Aufenthaltswahlen des Jahres 2016. (TZ 25)

Der LRH bezog bei seiner Analyse alle Krankenhäuser ein, in denen tagesklinische Strukturen etabliert und die vom Kärntner Forcierungsmodell betroffen waren. Von besonderer Bedeutung für die tagesklinische Leistungserbringung in Kärnten waren die interdisziplinäre Tagesklinik im chirurgisch medizinischen Zentrum im Klinikum Klagenfurt und jene im Landeskrankenhaus Villach. Daher stellte der LRH deren Strukturen und Leistungsgeschehen im Detail dar. (TZ 1, TZ 25)

Die nachfolgende Grafik zeigt die Verteilung der tagesklinischen Leistungen in den vom LRH ausgewählten Kärntner Krankenanstalten (TZ 25):



Quelle: Daten des Kärntner Gesundheitsfonds, eigene Darstellung

Landeskrankenhaus Villach

Im Jahr 2016 erreichte das Landeskrankenhaus Villach mit insgesamt 2.154 tagesklinischen Aufenthalten die Zielwerte des Forcierungsmodells in vier von sieben Leistungsbündeln. Beim Leistungsbündel Varizen hatte das Landeskrankenhaus Villach mit einem tagesklinischen Anteil von rd. 23% den zweitniedrigsten Anteil. Den höchsten tagesklinischen Anteil erreichte das Landeskrankenhaus Villach mit rd. 93% beim Leistungsbündel Karpaltunnel. Dieser Anteil stellte kärntenweit den zweithöchsten Wert dar. Nach Ansicht des LRH wären insbesondere in den Bereichen Augenheilkunde und Varizenoperationen höhere Tagesklinikanteile möglich. Der LRH empfahl der KABEG, die Potenziale auszuschöpfen. Er würdigte, dass nach Angaben der KABEG in ihrer Stellungnahme die tagesklinischen Leistungen im Jahr 2017 eine steigende Tendenz aufwiesen. (TZ 31)

Das Landeskrankenhaus Villach richtete im April 2016 eine interdisziplinäre Tagesklinik mit 19 Betten ein, die im Jahr 2016 rd. 98% der tagesklinischen Leistungen des Krankenhauses erbrachte. Geplant war auch eine engere tagesklinische Kooperation zwischen dem Klinikum Klagenfurt und dem Landeskrankenhaus Villach in den Fächern Hals-, Nasen- Ohrenheilkunde, Urologie und Augenheilkunde. Der LRH kritisierte, dass die KABEG diese Kooperationen bis Ende 2016 nicht vertraglich fixierte und empfahl eine rasche Umsetzung. Dabei sollten im Bereich der Augenheilkunde, zukünftige Kapazitätsüberlegungen im Klinikum Klagenfurt berücksichtigt werden. Die KABEG betonte in ihrer Stellungnahme, dass die Kooperation betreffend die

Fachbereiche Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde und Urologie im 1. Quartal 2018 vertraglich vereinbart worden wäre. Die weitere Entwicklung im Fachbereich Augenheilkunde wäre Gegenstand mittelfristiger Überlegungen. (TZ 31, TZ 33)

Aus Sicht des LRH deutete die Bettenbelegung in den Monaten Oktober und November 2016 darauf hin, dass trotz steigender Leistungszahlen in der Tagesklinik des Landeskrankenhauses Villach ausreichende Bettenkapazitäten vorhanden waren. Er empfahl der KABEG freie Kapazitäten zu nutzen und die Auslastung der Tagesklinik zu erhöhen. Die KABEG unterstrich in ihrer Stellungnahme, dass sich die interdisziplinäre Tagesklinik im Jahr 2016 erst in der Anfangsphase befunden hätte und die Auslastung kontinuierlich gesteigert werden würde. (TZ 34)

Der LRH hob die höheren Tagesklinikanteile und die daraus resultierenden Kostendämpfungseffekte im Landeskrankenhause Villach positiv hervor. Eine Befragung der Tagesklinikpatienten für Dezember 2016 und Jänner 2017 ergab zudem eine Patientenzufriedenheit zwischen 96% und 100%. Die positiven Befragungsergebnisse spiegelten nach Ansicht des LRH das Bemühen des Landeskrankenhauses Villach im Rahmen der postoperativen Beobachtung bzw. Nachbetreuung der Patienten wider. (TZ 31, TZ 35)

Klinikum Klagenfurt

Im Jahr 2016 verzeichnete das Klinikum Klagenfurt 8.040 tagesklinische Aufenthalte und erzielte in drei von sieben Leistungsbündeln die Kärntner Zielwerte. Die höchsten Tagesklinikanteile konnten mit rd. 95% bei Kataraktoperationen und mit rd. 75% bei Karpaltunneloperationen erreicht werden. Im Gegensatz dazu belegte das Klinikum Klagenfurt bei Metallentfernungen und Varizenoperationen kärntenweit die letzten Plätze, weil es insbesondere seinem Versorgungsauftrag als Schwerpunktkrankenhaus nachzukommen hatte. Steigerungspotenzial sah der LRH beim Leistungsbündel Knie-Arthroskopie, weil die Zielquote des Kärntner Forcierungsmodells in diesem Bereich deutlich verfehlt wurde. Wie die KABEG in ihrer Stellungnahme ausführte, wäre die Tagesklinikquote für die Knie-Arthroskopie im Jahr 2017 bereits deutlich angestiegen. (TZ 36)

Das Klinikum Klagenfurt eröffnete im Jahr 2010 die Tagesklinik im chirurgisch-medizinischen Zentrum, die im Jahr 2016 mit 22 Betten über 80% des tagesklinischen Leistungsgeschehens am Klinikum abdeckte. Der LRH stellte dadurch Kostendämpfungseffekte beim Pflegepersonal und beim laufenden Betrieb fest. Die

KABEG sollte im Rahmen des Projekts zwischen dem Klinikum Klagenfurt und der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt die Einrichtung einer unfallchirurgischen Tagesklinik prüfen, um das tagesklinische Potenzial weiter auszuschöpfen. Die KABEG teilte dem LRH in ihrer Stellungnahme mit, dass die Einrichtung einer unfallchirurgischen Tagesklinik seit Beginn der Kooperationsgespräche mit der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt Berücksichtigung finden würde. (TZ 38)

Bereits im Jahr 2011 stellte die KABEG Kooperationsüberlegungen zwischen dem Klinikum Klagenfurt und dem Landeskrankenhaus Villach im Bereich der Kataraktversorgung an. Eine konkrete Umsetzung blieb bislang aus. Die KABEG sollte auf Basis aktueller Zahlen und Berechnungen eine Neubewertung der Kataraktversorgung für das Klinikum Klagenfurt und das Landeskrankenhaus Villach vornehmen. Insbesondere im Hinblick auf die geplante eigene Augen-Tagesklinik, die Wartezeitenproblematik und die bisherigen Patientenströme könnte die KABEG mittelfristig auch eine Zentralisierung der Kataraktoperationen im Klinikum Klagenfurt als Variante in Betracht ziehen. (TZ 39)

Die Öffnungszeiten der Tagesklinik und die Betriebsvereinbarungen schränkten die Operationszeiten ein. Um im Bereich der Kataraktoperationen die durchschnittliche Wartezeit von ca. neun Monaten zu verkürzen und gleichzeitig die kostengünstigeren tagesklinischen Strukturen noch besser auszulasten, empfahl der LRH der KABEG verlängerte Öffnungszeiten für die Tagesklinik zu prüfen. Mittelfristig wäre zu überlegen, ob die Durchführung von Augenoperationen in einer eigenen Augen-Tagesklinik zweckmäßiger wäre. (TZ 40)

Die Tagesklinik führte jährlich Patientenbefragungen durch, die im Jahr 2016 eine Patientenzufriedenheit von rd. 95% ergaben. Die hohe Patientenzufriedenheit ließ aus Sicht des LRH unter anderem auch Rückschlüsse auf eine funktionierende Nachbetreuung zu. (TZ 41)

Sonstige Krankenanstalten

Das Krankenhaus Friesach erreichte mit 513 tagesklinischen Aufenthalten in zwei von vier relevanten Leistungsbündeln die vorgegebenen Kärntner Zielquoten. Auffällig war der niedrige Tagesklinikanteil im Bereich der Metallentfernungen mit rd. 24%, der die Zielquote von 50% klar verfehlte. Auch im Bereich der Varizen war der Tagesklinikanteil mit rd. 37% im unteren Bereich der Bandbreite des Bundeszielsteuerungsvertrags. Der Kärntner Gesundheitsfonds teilte in seiner

Stellungnahme mit, dass insbesondere beim Leistungsbündel Metallentfernungen zwischenzeitlich Steigerungen zu verzeichnen gewesen wären. (TZ 26)

Das Landeskrankenhaus Wolfsberg erreichte mit insgesamt 689 tagesklinischen Aufenthalten in allen relevanten Leistungsbündeln die vorgegebenen Plan- bzw. Zielwerte. Besonders hohe Tagesklinikanteile erzielte es mit rd. 96% bei den Karpaltunneloperationen und mit rd. 67% bei den Metallentfernungen, was kärntenweit der Höchstwert 2016 war. (TZ 27)

Das Krankenhaus Spittal/Drau erreichte mit in Summe 548 tagesklinischen Aufenthalten in zwei von sechs relevanten Leistungsbündeln die vorgegebenen Plan- bzw. Zielwerte. Auffällig war der vergleichsweise niedrige Tagesklinikanteil im Bereich der Knie-Arthroskopien mit rd. 12% und der Curettagen mit rd. 31%. Hier belegte das Krankenhaus Spittal/Drau mit seinen Tagesklinikanteilen kärntenweit die letzten Plätze. Der Kärntner Gesundheitsfonds berichtete in seiner Stellungnahme von einer deutlichen Steigerung der tagesklinischen Fallzahlen im Jahr 2017. So hätte der Tagesklinikanteil im Leistungsbündel Curettagen nunmehr 50%, im Leistungsbündel Metallentfernung 64,66% und im Leistungsbündel Knie-Arthroskopie 44,93% betragen. (TZ 28)

Die Auswertungen der Aufenthaltszahlen ergaben, dass das Krankenhaus St. Veit/Glan mit insgesamt 458 tagesklinischen Aufenthalten außerhalb des Leistungsbündels Curettagen weitgehend geringe Fallzahlen aufwies. In den Leistungsbündeln Varizen und Adenotomie/Paracentese erreichte das Krankenhaus St. Veit/Glan die Kärntner Zielquote nicht. Beim volumenstarken Leistungsbündel Curettage war der Tagesklinikanteil der zweithöchste unter den Kärntner Krankenanstalten. (TZ 29)

Das Krankenhaus Elisabethinen Klagenfurt erreichte mit insgesamt 728 tagesklinischen Aufenthalten und einer im Jahr 2016 eröffneten Tagesklinik in zwei der vier relevanten Leistungsbündel die vorgegebene Zielquote. Es hatte 2016 die höchsten Fallzahlen an Varizenoperationen in Kärnten. Darüber hinaus lagen die Leistungsbündel Varizenoperation und Knie-Arthroskopie deutlich über der Kärntner Zielquote. Karpaltunneloperationen und Metallentfernungen hatten verhältnismäßig geringe Fallzahlen und lagen knapp unter der Zielquote. Der Kärntner Gesundheitsfonds teilte in seiner Stellungnahme mit, dass das Krankenhaus Elisabethinen Klagenfurt mittlerweile auch in diesen Leistungsbündeln die Zielwerte erreicht hätte. (TZ 30)

Im Landeskrankenhaus Wolfsberg, im Krankenhaus St. Veit/Glan sowie im Krankenhaus Elisabethinen Klagenfurt konnte der LRH im Jahr 2016 grundsätzlich eine positive tagesklinische Entwicklung feststellen. Der LRH kritisierte jedoch die unzureichende Entwicklung im Bereich der tagesklinischen Leistungserbringung im Krankenhaus Friesach und im Krankenhaus Spittal/Drau. Der LRH empfahl dem Kärntner Gesundheitsfonds und dem Land Kärnten darauf hinzuwirken, dass die beiden Krankenhäuser ihre Anstrengungen bei der Etablierung tagesklinischer Strukturen intensivieren. Aus der Stellungnahme des Kärntner Gesundheitsfonds war ersichtlich, dass sich sowohl im Krankenhaus Friesach als auch im Krankenhaus Spittal/Drau im Jahr 2017 eine Verbesserung in einzelnen Leistungsbündeln abzeichnete. Diese Bemühungen sollten aus Sicht des LRH fortgesetzt werden. (TZ 26, TZ 27, TZ 28, TZ 29, TZ 30)

PRÜFAUFTRAG UND PRÜFUNGS DURCHFÜHRUNG

Prüfauftrag

- 1 Der Kärntner Landtag fasste in seiner 29. Sitzung am 30. April 2015 einstimmig den folgenden Beschluss:

„Der Kärntner Landesrechnungshof wird aufgefordert, die gegenwärtigen Verwaltungsstrukturen und Aufgabenverteilungen des Amtes der Kärntner Landesregierung, der Landesbehörden, der Bezirkshauptmannschaften, der Gemeinden, der Fonds, der Stiftungen, der Anstalten und der ausgegliederten Rechtsträger des Landes Kärnten auf ihre Wirtschaftlichkeit, Zweckmäßigkeit, Rechtmäßigkeit und Sparsamkeit, auch im Hinblick auf die Erarbeitung von Konsolidierungsmaßnahmen und der Identifizierung von Einsparungspotenzialen hin zu überprüfen.“

Der Prüfauftrag soll nach Beschluss des Kärntner Landtags vom Landesrechnungshof (LRH) in Eigenverantwortung in selbständige Unterkapitel aufgeteilt und in entsprechenden Teilberichten abgearbeitet werden.

Dieses vom 1. Präsidenten des Kärntner Landtags übermittelte Prüfverlangen langte am 7. Mai 2015 beim LRH ein.

Der LRH teilte beschlussgemäß den Prüfauftrag zu den Konsolidierungsmaßnahmen des Landes Kärnten in mehrere Unterkapitel auf. Ein Unterkapitel stellte dabei die tagesklinische Leistungserbringung dar.

Der LRH überprüfte die Entwicklung des tagesklinischen Angebots in den Jahren 2012 bis 2016 in den Kärntner Fondskrankenanstalten. Schwerpunkt der Überprüfung bildete die Analyse, ob die geltenden Zielsetzungen der Strukturpläne Gesundheit sowie der Zielsteuerungsverträge im tagesklinischen Bereich erreicht werden konnten. Entscheidend für die Zielerreichung war, wie viele Leistungen bzw. Operationen aus dem tagesklinischen Leistungskatalog tatsächlich tagesklinisch durchgeführt wurden. Die Analyse des tagesklinischen Angebots erfolgte sowohl nach medizinischen Fachbereichen als auch standortbezogen auf Ebene der einzelnen Krankenhäuser. So konnte der LRH unter anderem feststellen, in welchen medizinischen Fächern und Krankenhäusern noch tagesklinische Steigerungspotenziale vorhanden waren. In diesem Zusammenhang beurteilte der LRH auch die Zweckmäßigkeit von eingeführten Anreizmodellen zur Förderung der tagesklinischen Leistungserbringung. Im Mittelpunkt der Überlegungen des LRH stand stets der Gedanke der bestmöglichen medizinischen Versorgung der Kärntner Bevölkerung.

Bei der standortbezogenen Analyse standen auch die im Regionalen Strukturplan Gesundheit 2016 bis 2020 (RSG) beschlossenen tagesklinischen Strukturen sowie deren Umsetzungsstand im Mittelpunkt. Über die Planvorgaben des RSG hinausgehende Leistungsverschiebungen oder medizinische Schwerpunktsetzungen waren nicht Gegenstand der Überprüfung.

Von besonderer Bedeutung für das tagesklinische Angebot in Kärnten waren die interdisziplinäre Tagesklinik im chirurgisch medizinischen Zentrum im Klinikum Klagenfurt und jene im Landeskrankenhaus (LKH) Villach. Daher bildete der LRH deren Strukturen und Leistungsgeschehen im Detail ab.

Um die Vorteile der tagesklinischen Leistungserbringung im Bericht darzustellen, untersuchte der LRH wissenschaftliche Studien. Dabei legte der besonderes Augenmerk auf die Sicherheit und Wirksamkeit von tagesklinischen Operationen unter dem Gesichtspunkt des Patientenwohls. Auch die Kostenstrukturen der verschiedenen tagesklinischen Organisationsformen waren für den LRH von Interesse. Die Ergebnisse der Analyse und die ableitbaren Aussagen fasste der LRH in einem eigenen Abschnitt zusammen.

Der Bedarf an tagesklinischen Leistungen insbesondere im Bereich der Augenoperationen nahm in den letzten Jahren zu. Deswegen thematisierte der LRH auch die Wartezeiten für Kataraktoperationen in Kärnten. Der LRH war dabei vom Gedanken getragen, dass eine ehestmögliche Behandlung im Interesse der Patienten erfolgt.

Tagesklinikinterne Prozesse wie die prä- und postoperative Betreuung und Aufklärung waren nicht Inhalt der Prüfung, da diese grundsätzlich qualitätsgesicherten medizinischen Leitlinien folgten. Diese spielten lediglich bei Kapazitätsüberlegungen im Rahmen der Belegungsplanung eine Rolle.

Das vorläufige Ergebnis zur gegenständlichen Überprüfung übermittelte der LRH der Landesregierung, der Landeskrankenanstalten-Betriebsgesellschaft (KABEG) und dem Kärntner Gesundheitsfonds (KGF) am 15. März 2018 mit dem Ersuchen, innerhalb einer Frist von acht Wochen Stellung zu nehmen.² Die KABEG übermittelte ihre

² ZI. LRH-GUE-5/2-2018

Stellungnahme mit Schreiben³ vom 17. April 2018, der KGF mit Schreiben⁴ vom 24. April 2018 und die Landesregierung mit Schreiben vom 7. Mai 2018⁵ dem LRH.

Gemäß § 15 K-LRHG stellte der Bericht Zl. LRH-GUE-5/1-2018 das vorläufige Überprüfungsergebnis dar. Unter Berücksichtigung der Stellungnahmen der Landesregierung, der KABEG und des KGF erstattete der LRH nunmehr dem Kontrollausschuss des Kärntner Landtages gemäß § 17 K-LRHG den endgültigen Bericht.

Prüfungsdurchführung

- 2 Mit Schreiben vom 4. Juli 2017⁶ teilte der LRH der Landesregierung, dem Kärntner Gesundheitsfonds (KGF) und der Krankenanstalten-Betriebsgesellschaft (KABEG) mit, dass im Rahmen des Prüfauftrags des Kärntner Landtags die tagesklinische Leistungserbringung in Kärnten einer Überprüfung unterzogen wird.

Der LRH nahm seine Prüftätigkeit im Juli 2017 auf und forderte in weiterer Folge vom KGF sowie der KABEG Unterlagen zu den bisherigen Plänen, Maßnahmen und Verträgen im tagesklinischen Bereich an.

Als Hauptansprechpartner fungierte der KGF, der für die übergeordnete Struktur- und Leistungsplanung verantwortlich war. Der LRH erörterte in mehreren Gesprächen mit der Geschäftsführung und den Mitarbeitern des KGF die aktuelle Situation und eventuelle Problembereiche im tagesklinischen Bereich in Kärnten. Die Daten aus dem Leistungserfassungs- und Abrechnungssystemen des KGF und der KABEG stellten für den LRH die Basis für die Evaluierung der Leistungsentwicklung und der Tagesklinikanteile dar. Mit den zur Verfügung gestellten Leistungsdaten konnte der LRH auch Kennzahlen errechnen und weitere Auswertungen vornehmen.

Der LRH griff auch auf publizierte Unterlagen des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (Sozialministerium⁷) zurück. Beispielsweise bildeten die Beschreibungen zur leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung (LKF) sowie die Monitoringberichte zur Zielsteuerung Gesundheit eine erste Grundlage für die Analyse der tagesklinischen Entwicklung in Kärnten.

³ Zl. KABEG-436/38/17

⁴ Zl. KGF-ALL-100/1-2018

⁵ 01-RH-399/2-2018

⁶ Zl. LRH-GUE-15/2017

⁷ vormals Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (BMGF)

Zur Abklärung einzelner Fragestellungen, die sich im Zusammenhang mit der KABEG ergaben, wandte sich der LRH in erster Linie an die Finanz- und Controlling-Abteilung des KABEG-Managements. Von dieser erhielt er zusätzliche Auswertungen im Bereich der Tageskliniken sowie Monitoringberichte im Zusammenhang mit den tagesklinischen Zielsetzungen. Der LRH stützte sich zudem beim Kostenvergleich der verschiedenen tagesklinischen Organisationsformen auf Kalkulationen der KABEG, die für das Klinikum Klagenfurt erstellt wurden.

Abschließend führte der LRH Gespräche mit den Verantwortlichen interdisziplinärer Tageskliniken im LKH Villach, dem Klinikum Klagenfurt sowie dem Krankenhaus (KH) Elisabethinen Klagenfurt, um Einblicke in die Entwicklung, die Abläufe und die medizinischen Besonderheiten der Tageskliniken zu erhalten.

Darstellung des Prüfungsergebnisses

- 3 Bei der Berichterstattung werden punktweise zusammenfassend die Sachverhaltsdarstellungen (Kennzeichnung mit 1 an der zweiten Stelle der Textzahl), deren Beurteilung durch den LRH (Kennzeichnung mit 2), die zusammengefasste Gegenäußerung (Kennzeichnung mit 3 und kursive Schriftweise) und eine allenfalls anschließende Beurteilung durch den LRH (Kennzeichnung mit 4) dargestellt.

Im Bericht verwendete geschlechtsspezifische Bezeichnungen gelten gleichermaßen für Frauen und Männer. Um diesen Bericht übersichtlich zu gestalten, wurde das enthaltene Zahlenwerk fallweise gerundet.

ALLGEMEINES

Begriffsdefinition

Tagesklinik

- 4 (1) Eine Tagesklinik stellte nach dem Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz (KAKuG) sowie der Kärntner Krankenanstaltenordnung (K-KAO) eine spezielle Betriebsform in einer Krankenanstalt dar. Ein Merkmal der als Tagesklinik geführten Bettenbereiche war die Aufnahme und Entlassung des Patienten am selben Tag. Das Leistungsspektrum beschränkte sich auf tagesklinisch erbringbare konservative und planbare operative Leistungen. Tageskliniken konnten fachspezifisch oder interdisziplinär⁸ betrieben werden.⁹

Besondere Formen von Tageskliniken – Dislozierte Tagesklinik

- (2) Eine dislozierte Tagesklinik konnte ergänzend eingerichtet werden, wenn medizinische Fachrichtungen in einer Krankenanstalt nicht mit einer vollstationären bettenführenden Abteilung vertreten waren.¹⁰ Diese Organisationsform war nur in begründeten Ausnahmefällen zulässig z.B. zur Abdeckung von Versorgungslücken in peripheren Regionen oder zur Herstellung einer regional ausgewogenen Versorgung, wenn der wirtschaftliche Betrieb einer Abteilung mangels ausreichender Auslastung nicht erwartet werden konnte.¹¹

Eine dislozierte Tagesklinik konnte in zwei Formen ausgestaltet werden. Die erste Form (Typ 1) sah eine autonome Organisationseinheit in einer Krankenanstalt mit einer fachlichen Partnerabteilung in einer anderen Krankenanstalt als Kooperationspartner vor.¹² Die zweite Form (Typ 2) war als Satelliteneinheit in räumlicher Trennung zu einer fachgleichen Mutterabteilung an einer anderen Krankenanstalt konzipiert. Die ärztliche Versorgung erfolgte in Verantwortung der Mutterabteilung. Organisatorische Belange der Satelliteneinheit unterstanden jedoch der ärztlichen Direktion des jeweiligen Krankenanstalten-Standortes.¹³

⁸ Lt. ÖSG bezog sich die interdisziplinäre Kapazitätsnutzung auf eine Nutzung von Infrastruktur zur Patientenbehandlung durch mehrere in einer Krankenanstalt eingerichtete Fachrichtungen.

⁹ siehe § 6 Abs. 7 Z 3 KAKuG, BGBl. Nr. 1/1957, i.d.g.F. sowie § 3c Abs. 1 Z 3 K-KAO, LGBL. Nr. 26/1999, i.d.g.F.

¹⁰ Details hierzu siehe insbesondere § 2b Abs. 2 Z 4 KAKuG, BGBl. Nr. 1/1957, i.d.g.F. sowie § 3a Abs. 2 Z 4 K-KAO, LGBL. Nr. 26/1999, i.d.g.F.

¹¹ siehe § 2a Abs. 5 KAKuG, BGBl. Nr. 1/1957, i.d.g.F. sowie § 3 Abs. 5 K-KAO, LGBL. Nr. 26/1999, i.d.g.F.

¹² Eine solche dislozierte Tagesklinik fand der LRH beispielsweise im LKH Villach vor.

¹³ Diese Form war in Kärnten nicht etabliert.

Abgrenzung stationäre, ambulante und tagesklinische Leistung

- 5 Unter tagesklinischen Leistungen verstand das KAKuG stationäre Leistungen. Zudem galten diese nicht zuletzt aufgrund der in Österreich vorherrschenden Abrechnungssystematik als dem stationären Bereich zugehörig. Die stationären Leistungen untergliederten sich wiederum in Mehrtagesaufenthalte und Null-Tagesfälle. Bei Null-Tagesfällen erfolgte die stationäre Aufnahme und die Entlassung ohne Übernachtung am selben Tag. Diese unterteilten sich weiter in tagesklinische Leistungen, Chemotherapien und sonstige Null-Tagesfälle.

Internationale Fachexperten¹⁴ rechneten die tagesklinischen Leistungen jedoch dem ambulanten Bereich zu. Aufgrund der Besonderheit der Leistungserbringung und der fehlenden Bettenbelegung im engeren Sinne würden diese keine stationäre Versorgung darstellen. Wie der LRH feststellen konnte, fand sich die ambulante Zuordnung der tagesklinischen Leistungen als Zielsetzung sowohl im Bundes-Zielsteuerungsvertrag (BZ-V) als auch im Landes-Zielsteuerungsvertrag (LZ-V).¹⁵ In einigen europäischen Staaten war für tagesklinische Leistungen auch der Begriff „ambulantes Operieren“ gebräuchlich.

Bei ambulanten Leistungen handelte es sich in der Regel um Behandlungen in Krankenhausambulanzen, ohne Bettenbelegung. Der LRH stellte jedoch fest, dass ambulante Behandlungen¹⁶ nicht selten auch im Krankenhaus auf der Tagesklinik durchgeführt wurden.

Kriterien und Vorteile tagesklinischer Leistungen

- 6.1 Während in anderen Ländern tagesklinische Operationen bereits seit einigen Jahrzehnten durchgeführt wurden, entwickelte sich die Tageschirurgie in Österreich erst relativ spät. Die Ursachen lagen vor allem in fehlenden finanziellen Anreizsystemen, systematischen Strukturen und weniger umfangreichen Wartelisten für Operationen.¹⁷

Aufgrund des medizinischen Fortschritts konnten zum Zeitpunkt der Überprüfung zwar viele, aber längst nicht alle Operationen ambulant oder tageschirurgisch durchgeführt werden.¹⁸ Tagesklinisch erbringbare Operationen beschränkten sich in erster Linie auf planbare Eingriffe mit geringem Risiko. Eher seltener kam es zur tagesklinischen Behandlung von Notfällen. Die Voraussetzungen für tagesklinische Eingriffe waren

¹⁴ z.B. Weltgesundheitsorganisation

¹⁵ siehe TZ 11

¹⁶ z.B. Warzenentfernungen

¹⁷ vgl. Systematischer Review zur Tageschirurgie, HTA-Projektbericht Nr. 64, Ludwig Boltzmann Institut, 2012, S. 9

¹⁸ vgl. Systematischer Review zur Tageschirurgie, HTA-Projektbericht Nr. 64, Ludwig Boltzmann Institut, 2012, S. 73 - 75

jedoch eine adäquate präoperative Aufklärung¹⁹, eine kriterienbasierte medizinische Risikoabwägung sowie eine angemessene Nachsorge²⁰.

Für eine tagesklinische Operation war aus medizinischer Sicht Folgendes günstig:²¹

- minimales Risiko für postoperative Komplikationen bzw. Blutungsrisiko
- keine Indikation für spezielle pflegerische Nachsorge
- einfaches postoperatives Schmerzmanagement
- schnelle Flüssigkeits- und Nahrungsaufnahme nach der Operation

Da chirurgische Leistungen für eine tagesklinische Durchführung die beschriebenen Anforderungen erfüllen mussten, beschränkten sich die Eingriffe international hauptsächlich auf ca. 30 Operationsarten.²² Wie der LRH feststellen konnte, hatten in Kärnten 30 tagesklinische Leistungen einen Anteil von rd. 95% an der gesamten tagesklinischen Leistungserbringung. Damit war auch in Kärnten eine ähnliche Konzentration auf bestimmte Leistungen gegeben.

Die Tageschirurgie diente ursprünglich der Entlastung des stationären Sektors, ohne dabei Einschränkungen der Behandlungsergebnisse in Kauf nehmen zu müssen. Vorzüge für Patienten waren vor allem kürzere Krankenhausaufenthalte und die Genesung zu Hause. Die Vorteile für Krankenanstalten lagen in hohen Fallzahlen planbarer risikoarmer Operationen, die durch effiziente Abläufe, gute Vorbereitung und reduzierte Logistik gewährleistet werden konnten.

Die KABEG sah die tagesklinische Leistungserbringung als Entwicklungsprozess, der mitunter durch folgende Faktoren beeinflusst werden konnte:

- Akzeptanz in der Bevölkerung
- Bereitschaft der Vor- und Nachsorge im niedergelassenen Bereich
- medizinisch fachliche Ausbildung und geänderte Operationstechniken
- strukturelle Rahmenbedingungen wie z.B. bauliche Strukturen
- Zielwertdefinitionen für alle tagesklinisch erbringbaren Leistungen
- Abgeltungsregeln für tagesklinische Leistungen

¹⁹ anästhesiologische Konsultation, Abklärung Komorbiditäten, etc.

²⁰ z.B. durch Ambulanzbesuch oder telefonisch

²¹ vgl. Systematischer Review zur Tageschirurgie, HTA-Projektbericht Nr. 64, Ludwig Boltzmann Institut, 2012, S. 10

²² vgl. Busse/Wörz, Ambulantes Operieren im internationalen Vergleich, in Krankenhaus-Report 2008/2009

- 6.2 Aus Sicht des LRH gab es zahlreiche Vorteile für die tagesklinische Leistungserbringung. Vor allem die kürzeren Krankenhausaufenthalte und die Genesung im gewohnten Umfeld brachten einen Nutzen für die Patienten. Die gestiegenen Aufenthaltszahlen im tagesklinischen Bereich zeigten, dass die Patienten diese Form der Leistungserbringung annahmen (siehe TZ 16). Zudem waren tagesklinische Leistungen auch dazu geeignet, den kostenintensiveren stationären Bereich zu entlasten (siehe hierzu TZ 23).

Abrechnung tagesklinischer Leistungen

LKF-Modell

- 7.1 (1) Der KGF rechnete die tagesklinischen Leistungen nach dem für die stationäre Versorgung vorgesehenen leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierungs-Modell (LKF-Modell) ab, da diese in Österreich dem stationären Bereich zugeordnet waren. Das LKF-Modell erfasste stationäre Aufenthalte in sogenannten leistungsorientierten Diagnosefallgruppen, zu denen u.a. die erbrachten medizinischen Einzelleistungen²³ (MEL) zählten. Die einzelnen MEL waren mit einer Punkte- bzw. Fallpauschale verbunden.²⁴

Die Fallpauschale setzte sich aus Punkten für die Tageskomponente und der Leistungskomponente zusammen. Die Tageskomponente deckte neben den Basisleistungen insbesondere jene Aufwendungen ab, die täglich im Rahmen der Versorgung des Patienten anfielen.²⁵ Dazu zählte neben der ärztlichen und pflegerischen Betreuung z.B. auch die Medikamententherapie. Mit der Leistungskomponente wurde die erbrachte medizinische Leistung abgegolten, wobei vor allem die Komplexität der Leistung die Höhe der Punkte bzw. der Abgeltung bestimmte.

So erbrachte eine tagesklinische Kataraktoperation im Klinikum Klagenfurt nach dem LKF-Modell 2016 beispielsweise eine Fallpauschale von 1.182 LKF-Punkten.²⁶

²³ Darunter waren operative Leistungen des LKF-Leistungskatalogs mit Ausnahme der Codenummern xxxx9 sowie eine definierte Liste von konservativen Leistungen zu verstehen. Bei den MEL-Gruppen wies das LKF-Modell 462 Diagnosefallgruppen aus. Des Weiteren zählten zu den Diagnosefallgruppen auch die Hauptdiagnosegruppen.

²⁴ Dazu zählten die erbrachten medizinischen Leistungen, die festgestellten Krankheiten bzw. ICD-10-Diagnosen, das Alter und die benötigten Abteilungen im Krankenhaus. Insgesamt standen im LKF-Modell 2016 1.016 leistungsorientierte Diagnosefallgruppen zur Verfügung.

²⁵ Jeder Fallpauschale war eine charakterisierende Aufenthaltsdauer ("von bis" in Tagen) zugeordnet, innerhalb der die volle Punktezahl abgegolten wurde. Diese Spanne war je Fallpauschale durch eine konkret festgelegte Aufenthaltsdauerunter- und -obergrenze definiert. Überstieg die Länge des Aufenthalts die für die Fallgruppe festgelegte Obergrenze, so wurden je Überschreitungstag Zusatzpunkte zur Fallpauschale zugeschlagen. Dieser tägliche Zuschlag nahm jedoch mit zunehmender Zahl der über der Obergrenze liegenden Tage ab.

²⁶ Eine Besonderheit ergab sich aus dem geltenden Kärntner Finanzierungsmodell für den stationären Bereich. Im Rahmen der Abrechnung stellte der KGF alle geleisteten LKF-Punkte der elf Kärntner Fondskrankenanstalten Punktevorgaben auf Ebene der MEL-Gruppen gegenüber. Wurden diese Normpunktevorgaben überschritten, berechnete der KGF vom Ausmaß der

Die folgende Tabelle zeigt ausgewählte Fallpauschalen für die in Kärnten am häufigsten vorgekommenen tagesklinischen Leistungen:

Tabelle 1: LKF-Fallpauschalen für ausgewählte tagesklinische Leistungen 2016

MEL*- Gruppe	MEL*- Code	Bezeichnung	Fallpauschale Gesamt**	Punktenanteil	
				Tageskomponente	Leistungskomponente
15.05	BF020	Kataraktoperation mit Linsenimplantation	1.182	630	552
15.01	BA010	Korrektur des Augenlids	1.108	546	562
13.07	JK030	Curretage	2.964	2.558	406
02.03	AJ070	Dekompression des Nervus medianus – offen	1.597	720	877
14.21	NF020	Arthroskopische Operation des Kniegelenks	7.173	1.571	5.602
09.03	EK050	Radikale Varizenoperation (Stripping)	4.585	3.306	1.279

* Medizinische Einzelleistung
** jeweils höchste Fallpauschale in LKF-Punkten

Quelle: Daten des KGF auf Basis des LKF-Modells 2016

Zwischen einem Aufenthalt mit einer Übernachtung (Eintagesaufenthalt) und einem tagesklinischen Fall²⁷ gab es in der Regel keine Unterschiede bei den LKF-Punkten.²⁸ Der Grund dafür war, dass tagesklinische Fälle neben der Leistungskomponente auch die Tageskomponente in der Höhe des Eintagesaufenthalts erhielten. Bei Aufenthalten von mehr als einem Tag gewährte das LKF-Modell eine Zusatzvergütung ab dem zweiten Tag, wobei die Pauschale geringer ausfiel.

Bei der Abrechnung ermittelte der KGF den Gegenwert der Fallpauschale in Euro und bezahlte diesen an die Krankenanstalten aus.

Tagesklinikkatalog

(2) Die Einstufung in die einzelnen Fallpauschalen erfolgte im Allgemeinen auf Basis des Katalogs medizinischer Einzelleistungen (MEL-Katalog). Für den tagesklinischen Bereich waren ausgewählte MEL in einem speziellen Katalog für tagesklinische Leistungen (Tagesklinikkatalog) zusammengefasst.

Die Anzahl der Leistungen im Tagesklinikkatalog hat sich seit seiner Einführung im Jahr 2006 von 126 auf 240 Positionen im Jahr 2016 fast verdoppelt. Eine Analyse der Leistungszahlen ergab, dass ca. 90 % der tagesklinisch abgerechneten Fälle in Kärnten auf 20 MEL des Tagesklinikkataloges entfielen. In Summe rechneten im Jahr 2016 die Kärntner Fondskrankenanstalten 126 Leistungspositionen mit dem KGF ab.

Überschreitung einen Abzug von 40% der LKF-Punkte. Diese Art der Punktedeckelung führte beispielsweise im Klinikum Klagenfurt im Jahr 2016 zu einem Punkteabschlag von 3,4% im Bereich der MEL-Gruppe 15 (Augen, Orbita). Für eine dieser MEL-Gruppe zugehörige tagesklinische Kataraktoperation erhielt das Klinikum Klagenfurt daher letztendlich nur mehr 1.141,81 LKF-Punkte anstelle der vorgesehenen Fallpauschale von 1.182 LKF-Punkten.

²⁷ Als tagesklinischer Fall galt in der Regel eine Aufnahme und Entlassung des Patienten am selben Tag. Tagesklinische Fälle mit Entlassung und nachfolgender Wiederaufnahme am selben Tag waren nur bei entsprechender Begründung im Einzelfall abrechenbar.

²⁸ galt für Leistungen aus dem Tagesklinikkatalog

Der Rechnungshof (RH) hatte in seinem Bericht zur tagesklinischen Leistungserbringung²⁹ empfohlen, den Tagesklinikcatalog zu evaluieren und den tatsächlichen Erfordernissen anzupassen. In seinem Follow-up Bericht³⁰ aus dem Jahr 2014 stellte der RH nunmehr fest, dass seit 2009 aus dem Katalog 23 Leistungen entfernt und 26 neue Leistungen hinzugefügt wurden. Nach Auskunft des Sozialministeriums³¹ war dies das Ergebnis der jährlichen Evaluierungen des LKF-Modells, die das Sozialministerium³² gemeinsam mit den Landesgesundheitsfonds durchführte. Da eine stetige Weiterentwicklung in der Tageschirurgie zu beobachten wäre, sollte nach Ansicht des Sozialministeriums³³ der Tagesklinikcatalog möglichst viele Leistungen zur Abrechnung über das Tagesklinikmodell bereitstellen.

Tagesklinisches Forcierungsmodell

(3) Um den Anteil der tagesklinischen Leistungserbringung in Kärnten zu steigern, entwickelte der KGF, aufbauend auf dem LKF-Modell, ein tagesklinisches Forcierungsmodell in Form eines Bonus/Malus-Punkte-Systems.³⁴ Das von der Landesgesundheitsplattform beschlossene Modell legte fest, welche Tagesklinikanteile für ausgewählte tagesklinische Leistungen erreicht werden sollten. Je nach Zielerreichung ermittelte der KGF im Rahmen der LKF-Endabrechnung des Jahres 2016 Punktezuschläge oder -abschläge.

- 7.2 Der Abrechnungsmodus für die tagesklinischen Leistungen war für den LRH grundsätzlich nachvollziehbar. Der LRH empfahl dem KGF die medizinische Entwicklung im Bereich der tagesklinischen Leistungserbringung zu beobachten und die Leistungen im Tagesklinikcatalog im Rahmen der LKF-Arbeitsgremien bedarfsgerecht anzupassen.

Im Zusammenhang mit dem tagesklinischen Forcierungsmodell verwies der LRH auf seine Ausführungen und Empfehlungen in TZ 24.

- 7.3 *Der KGF betonte in seiner Stellungnahme, dass dieser in die laufende Weiterentwicklung des LKF-Kernbereiches auf Bundesebene und damit in die Wartung des Tagesklinikcataloges voll eingebunden wäre. Eine bedarfsgerechte Weiterentwicklung des Tagesklinikcataloges in Abstimmung mit dem RSG wäre damit sichergestellt.*

²⁹ RH-Bericht Reihe Bund 2011/10 „Tagesklinische Leistungserbringung am Beispiel des Landes Steiermark“

³⁰ RH-Bericht Reihe Bund 2014/9 „Tagesklinische Leistungserbringung am Beispiel des Landes Steiermark; Follow-up Überprüfung“

³¹ vormals Bundesministerium für Frauen und Gesundheit

³² vormals Bundesministerium für Frauen und Gesundheit

³³ vormals Bundesministerium für Frauen und Gesundheit

³⁴ weitere Details siehe insbesondere TZ 24

ZIEL- UND PLANVORGABEN

Übersicht

- 8 Die Gesundheitsreform im Jahr 2013 verfolgte die strategische und ergebnisorientierte Kooperation und Koordination der Verantwortlichen und Leistungserbringer im Gesundheitswesen. Damit sollte die bessere Abstimmung zwischen den Versorgungsbereichen unterstützt werden. Um die Ziele dieser Reform umzusetzen, einigten sich Bund, Länder und Sozialversicherung darauf, ein partnerschaftliches Zielsteuerungssystem zur Planung, Organisation und Finanzierung der österreichischen Gesundheitsversorgung einzurichten.

Die zentralen Planungsinstrumente für die integrative Versorgungsplanung bildeten die Strukturpläne auf Bundes- und Landesebene. Der ÖSG (Österreichische Strukturplan Gesundheit) war die Grundlage für die Detailplanungen auf regionaler Ebene, insbesondere für die RSG der Bundesländer. Die verbindliche Umsetzung des RSG erfolgte für den Krankenanstaltenbereich als Landeskrankenanstaltenplan durch eine Verordnung und darauf basierende Bescheide.

Der B-ZV sowie die L-ZV bauten auf den vereinbarten Festlegungen des ÖSG bzw. RSG auf.

Zielsteuerungsvertrag auf Bundes- und Landesebene

- 9.1 Die im Rahmen der Gesundheitsreform 2013 festgelegten Zielsteuerungsperioden umfassten jeweils einen Zeitraum von vier Jahren. Die erste Zielsteuerungsperiode reichte somit von 2013 bis 2016³⁵ und beinhaltete u.a. die Forcierung der tagesklinischen Leistungserbringung. Zur operativen Ausgestaltung der gesetzlichen Grundlagen³⁶ dienten der Zielsteuerungsvertrag auf Bundesebene (B-ZV) sowie die einzelnen Zielsteuerungsverträge auf Länderebene (L-ZV). Nach dem einstimmigen Beschluss der Landes-Zielsteuerungskommission schlossen daher das Land Kärnten und die Träger der gesetzlichen Krankenversicherung am 5. November 2013 den L-ZV³⁷ bis 31. Dezember 2016 ab.

³⁵ Die zweite Zielsteuerungsperiode begann mit dem Jahr 2017 und war bis Ende 2021 angelegt.

³⁶ Zu den gesetzlichen Grundlagen zählten:

- Vereinbarungen gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, BGBl. I Nr. 105/2008 i.d.F. 199/2013;
- Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit, BGBl. I Nr. 200/2013 i.d.F. BGBl. I Nr. 200/2013;
- Bundesgesetz zur partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit (Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz), BGBl. I Nr. 81/2013 i.d.F. BGBl. I Nr. 29/2014; Die Vereinbarung war an die Finanzausgleichperiode gekoppelt. Sie diente der kontinuierlichen Fortschreibung der festgelegten Finanzierungsmechanismen der letzten Finanzperiode.

³⁷ Als gesetzliche Grundlage diente in Kärnten neben den bereits erwähnten 15a B-VG Vereinbarungen im Wesentlichen das Kärntner Gesundheitsfondsgesetz (K-GFG), LGBl. Nr. 67/2013.

Der L-ZV³⁸ war vom Aufbau her dem B-ZV nachgestaltet und konkretisierte ausgehend vom regionalen Bedarf die für die Länder relevanten Vorgaben. Dafür waren Ziele, Maßnahmen³⁹ und Messgrößen festgelegt, die ein laufendes Monitoring ermöglichten. Eine wesentliche Messgröße war der jährliche Tagesklinikanteil.⁴⁰

Für den tagesklinischen Bereich war im Rahmen des L-ZV insbesondere Folgendes zu berücksichtigen:

- Die Kapazitäten in Akutkrankenanstalten sollten insbesondere durch strukturelle Maßnahmen wie z.B. die Umwandlung in (dislozierte) Wochen- bzw. Tageskliniken angepasst werden.
- Die tagesklinischen und ambulanten Strukturen sollten ausgehend von den vereinbarten Zielvolumina je Bereich angepasst werden.

Zur Operationalisierung der vereinbarten Maßnahmen waren analog zur Bundesebene Landes-Jahresarbeitsprogramme zu erstellen. In den vom KGF übermittelten Landes-Jahresarbeitsprogrammen konnte der LRH allerdings im Hinblick auf die tagesklinische Leistungserbringung keine über den L-ZV konkretisierten Maßnahmen bzw. deren Umsetzungsstände finden. Ab dem Jahr 2017 erfolgte die weitere Operationalisierung und Konkretisierung der Maßnahmen im Hinblick auf die termingerechte Umsetzung im Rahmen der jeweiligen Landes-Zielsteuerungsübereinkommen.

9.2 Der LRH kritisierte die Jahresarbeitsprogramme, weil sie keine konkreten Maßnahmen bzw. detaillierten Umsetzungsschritte im tagesklinischen Bereich enthielten. Er empfahl daher dem KGF für die zweite Zielsteuerungsperiode 2017 bis 2021 die Landes-Zielsteuerungsübereinkommen als Steuerungsinstrument für die termingerechte Umsetzung der vereinbarten Maßnahmen zu nutzen.

9.3 *Der KGF teilte in seiner Stellungnahme mit, dass die Forcierung tagesklinischer Leistungen sowohl im Landes-Zielsteuerungsübereinkommen für Kärnten als auch im B-ZV für die Zielsteuerungsperiode 2017 – 2021 enthalten wäre. Der Ausbau tagesklinischer Strukturen würde auch Einzug in den nächsten RSG finden.*

9.4 Der LRH begrüßte den weiteren Ausbau der tagesklinischen Strukturen auch im künftigen RSG. Damit vereinbarte Maßnahmen termingerecht umgesetzt werden, sollte der KGF jedoch auf entsprechende Steuerungsinstrumente zurückgreifen.

³⁸ Der Landes-Zielsteuerungsvertrag durfte dem Bundes-Zielsteuerungsvertrag bzw. sonstigen bundesrechtlichen Vorschriften nicht widersprechen.

³⁹ Über Bundes- und Landes-Jahresarbeitsprogramme erfolgte die Operationalisierung der einzelnen Maßnahmen.

⁴⁰ Der Tagesklinikanteil entsprach den erbrachten tagesklinischen Leistungen im Verhältnis zur Gesamtzahl der tagesklinischen und stationären Leistungen aus einer Position des Tagesklinikcatalogs.

Umsetzungsstand tagesklinischer Bereich

10.1 Der LRH fasste die für den tagesklinischen Bereich relevanten Maßnahmen lt. B-ZV bzw. L-ZV zusammen und ermittelte deren Umsetzungsstand mit 31. Dezember 2016. Eine Ausnahme bildete dabei die Maßnahme zur Forcierung ausgewählter tagesklinisch erbringbarer Leistungen, die der LRH in der standortbezogenen Betrachtung⁴¹ einer detaillierten Umsetzungsanalyse unterzog.

Die Umsetzungsergebnisse basieren auf dem ÖSG-Monitoring des Bundes⁴² sowie Gesprächen mit dem KGF und werden in nachfolgender Tabelle vereinfacht dargestellt:

Tabelle 2: Landes-Zielsteuerungsvertrag – Umsetzungsstand mit Ende 2016

Maßnahme	Bundes-Zielsteuerungsvertrag	Landes-Zielsteuerungsvertrag	Umsetzungsstand 31.12.2016	Anmerkung
1	Anpassung Krankenanstaltenrecht: „Tagesklinik“ ambulanten Bereich zuordnen	Anpassung der Kärntner Krankenanstaltenordnung		Verwerfung dieser Zielsetzung auf Bundesebene im Jahr 2015
2	Etablierung Anreizsystem gemäß bundesweiter Vorgaben zur Forcierung der Leistungsverlagerung bis Mitte 2014	Schaffung eines kärntenspezifischen Anreizmodells bis Mitte 2014		nicht fristgerecht umgesetzt, jedoch Etablierung des KGF-Forcierungsmodells ab 1. Jänner 2016
		Evaluierung der Kostenentwicklung der Leistungsbündel vor und nach Einführung der neuen finanziellen Anreize bis Ende 2016		lt. Auskunft des KGF: Beobachtungszeitraum zu kurz; geplante Aufnahme der Evaluierung der Kostenentwicklung im Landeszielsteuerungsübereinkommen ab 2017
3	Unterstützung durch die Bundesebene bei der Einrichtung bzw. Umwidmung adäquater Strukturen auf Landesebene	Schaffung und Ausbau mind. einer zusätzlichen fachspezifischen und/oder interdisziplin. tagesklinischen Versorgungsform bis Ende 2014		Beschluss der Gesundheitsplattform für interdisziplin. Tagesklinik im LKH Villach vom 19. Dezember 2013; Eröffnung der interdisziplin. Tagesklinken im LKH Villach und im KH Elisabethinen im Jahr 2016
4	Bundesweit einheitliches Dokumentations- und Abrechnungsmodell für den ambulanten Bereich bis Mitte 2015	Umsetzung des vorliegenden bundesweiten Dokumentations- und Abrechnungsmodells im Bundesland Kärnten		nicht fristgerecht umgesetzt, da Beschlussfassung des Bundesmodells Mitte 2016; Einführung ambulantes Abrechnungsmodell in Kärnten mit 1. Jänner 2017

Quelle: B-ZV und L-ZV 2013 bis 2016; Monitoringbericht I/2017; Auskünfte KGF; eigene Darstellung

Die in obiger Tabelle dargestellten Maßnahmen konnten in Kärnten zum überwiegenden Teil umgesetzt werden. Dabei waren zwei der vier Maßnahmen von Vorarbeiten auf Bundesebene abhängig.

Die Maßnahme 1 beinhaltete die Anpassung des Krankenanstaltenrechts, in dem tagesklinische Leistungen dem ambulanten Bereich zugeordnet werden sollten. Da diese zunächst im Verantwortungsbereich des Bundes liegende Zielsetzung im Jahr 2015 verworfen wurde, konnte die Maßnahme 1 auch auf Landesebene gesetzlich nicht umgesetzt werden.

Die Maßnahme 2 umfasste die Schaffung eines kärntenspezifischen Anreizmodells zur Forcierung der Leistungsverlagerung bis Mitte 2014. Dieses konnte erst mit Beginn 2016

⁴¹ siehe TZ 24 bis TZ 41

⁴² Die in den Jahren 2013 bis 2016 halbjährlich angefertigten Monitoringberichte zeigten den Stand der Zielerreichung der vereinbarten Zielwerte und Maßnahmen.

etabliert werden. Nach Auskunft des KGF wäre daher durch den kurzen Beobachtungszeitraum eine Evaluierung des Anreizmodells im Hinblick auf die Kostenentwicklung bislang nicht sinnvoll gewesen. Eine solche Evaluierung wäre jedenfalls in der neuen Zielsteuerungsperiode geplant. Damit setzte das Land Kärnten die Maßnahme 2 nur zum Teil um.

Mit der Maßnahme 3 verfolgte man die Schaffung und den Ausbau von fachspezifischen und/oder tagesklinischen Versorgungsformen, wobei bis Ende 2014 mindestens eine zusätzliche dieser Versorgungsformen vorgesehen war. Die Beschlussfassung der Gesundheitsplattform zur Etablierung einer interdisziplinären Tagesklinik im LKH Villach erfolgte am 19. Dezember 2013. Im Jahr 2016 eröffneten die interdisziplinären Tageskliniken im LKH Villach und im KH Elisabethinen.

Da im ambulanten Bereich andere Abrechnungsregeln galten als im stationären, sollte mit Umsetzung der Maßnahme 4 die Implementierung eines neuen ambulanten Abrechnungsmodells auf Basis des Bundesmodells⁴³ bis Mitte 2015 erfolgen. Aufgrund eines fehlenden bundesweiten Modells war eine Zielerreichung innerhalb der Umsetzungsfrist nicht möglich. Kärnten führte jedoch als eines der ersten Bundesländer mit 1. Jänner 2017 ein auf einem ambulanten Leistungskatalog basierendes, neues Abrechnungsmodell ein.⁴⁴ Damit sollte u.a. die Kluft zwischen der stationären und ambulanten, und somit auch der tagesklinischen Abrechnungssystematik verringert werden.

- 10.2 Der LRH stellte fest, dass der Bund eine der vier für den tagesklinischen Bereich relevanten Maßnahmen im Jahr 2015 verwarf, indem er das Krankenanstaltenrecht nicht anpasste. Daher konnten die tagesklinischen Leistungen auch auf Landesebene nicht dem ambulanten Bereich zugeordnet und die Maßnahme 1 landesgesetzlich nicht umgesetzt werden.

Von den übrigen drei Maßnahmen konnten zwei zur Gänze umgesetzt werden. Durch die verspätete Etablierung des KGF-Forcierungsmodells konnte jedoch dessen Evaluierung der Kostenentwicklung als Teil der Maßnahme 2 nicht umgesetzt werden.

Der LRH empfahl daher dem KGF, die im Zusammenhang mit dem Forcierungsmodell stehende und noch offene Kostenevaluierung zu Beginn der neuen Zielsteuerungsperiode durchzuführen.

⁴³ Ziel war es, eine österreichweit einheitliche Abrechnung anhand eines Ambulanzleistungskataloges durchzuführen.

⁴⁴ Der ambulante Leistungskatalog enthielt sogenannte KAL-Leistungen wie beispielsweise Warzenentfernungen.

- 10.3 *Der KGF führte in seiner Stellungnahme aus, dass eine detaillierte Kostenevaluierung unter Bezugnahme auf die tagesklinischen Leistungsbündel vor und nach Einführung des Forcierungsmodells auf Grundlage der dem KGF zur Verfügung stehenden Daten so nicht möglich wäre.*
- 10.4 Da der KGF bereits im Zuge der Prüfung eine Kostenevaluierung in der neuen Zielsteuerungsperiode zusagte, ging der LRH davon aus, dass dieser über das nötige Datenmaterial verfügte. Der LRH wies darauf hin, dass der L-ZV 2013 die Evaluierung der Kostenentwicklung der Leistungsbündel vor und nach Einführung des Forcierungsmodells beinhaltet. Er sah daher den KGF in der Pflicht, die entsprechenden Datengrundlagen zu schaffen, um die Kostenevaluierung vertragskonform durchführen zu können.

Monitoring des Tagesklinikanteils

Zielquotenerreichung

- 11.1 (1) Eine wesentliche Vorgabe des B-ZV sowie des L-ZV war die Forcierung ausgewählter tagesklinisch erbringbarer Leistungen bzw. zu Leistungsbündeln zusammengefasster Leistungen. Für diese definierten die Vertragspartner zu erreichende prozentuelle Tagesklinikanteile in Form von Bandbreiten, um den Anteil der erbrachten tagesklinischen Leistungen gemessen an der Gesamtzahl dieser Leistungen mit Ende des Jahres 2016 wiederzugeben.

Innerhalb der im B-ZV festgelegten Bandbreiten für die Leistungsbündel verpflichteten sich die Länder bis Mitte 2014 Zielquoten zu definieren. Diese sollten bis Ende 2016 erreicht werden. In Kärnten beschloss die Landes-Zielsteuerungskommission die Zielquoten am 4. Juli 2014, die sich eher am unteren Ende der Bandbreitenvorgaben des B-ZV orientierten. Die Erreichung dieser Zielquote stellte der LRH bei den standortbezogenen Betrachtungen dar.⁴⁵

⁴⁵ siehe dazu TZ 26 bis TZ 41

Die in den Jahren 2013 bis 2016 halbjährlich angefertigten Monitoringberichte zeigten den Stand der Zielerreichung der vereinbarten Zielwerte und Maßnahmen.⁴⁶ Die nachfolgende Tabelle zeigt die Entwicklung der Tagesklinikanteile in Kärnten auf Basis der Daten des Bundes-Monitoringberichts I/2017 für den Zeitraum 2012 bis 2016 im Vergleich mit den relevanten Ziel- und Planwerten⁴⁷:

Tabelle 3: Tagesklinikanteile im Vergleich mit Planvorgaben (2012 - 2016)

Leistungsbündel	Planwert ÖSG 2015 und 2020*	Planwert Bundes- Zielsteuerungsvertrag	Tagesklinik-Anteile Kärnten					Diff. 2012 und 2016 in %-Punkte
			2012	2013	2014	2015	2016	
			in %					
Karpaltunnel	50	65-90	53,3	49,2	51,2	55,9	85,3	+32,0
Katarakt	30	70-90	69,2	77,1	77,2	76,5	92,9	+23,7
Varizen	11	30-60	1,4	1,5	1,6	6,8	44,8	+43,4
Adenotomie/Paracentese	20	40-60	28,3	25,1	28,6	32,3	27,8	-0,5
Curettage	75	50-70	22,6	29,4	37,7	47,3	63,9	+41,3
Hernien	9	15-40	0,0	0,0	0,0	0,2	3,7	+3,7
Metallentfernung	35	40-60	22,2	22,3	25,6	29,1	44,2	+22,0
Knie-Arthroskopie	20	30-80	10,2	13,5	10,7	22,0	52,9	+42,7

* lt. Versorgungsmatrix Österreichischer Strukturplan Gesundheit (ÖSG) 2012

Quelle: ÖSG, B-ZV, Monitoringbericht I/2017

Im Zeitraum 2012 bis 2016 verzeichneten die Leistungsbündel Varizen, Curettage und Knie-Arthroskopie mit über 40% die höchsten Steigerungen. Insbesondere von 2015 auf 2016 gab es deutliche Anstiege bei den tagesklinischen Eingriffen. Das Leistungsbündel Adenotomie/Paracentese fiel hingegen geringfügig zurück (-0,5%). In sechs von acht Leistungsbündeln konnte Kärnten die Planwerte des B-ZV bis Ende 2016 erreichen. Ausnahmen bildeten die Leistungsbündel Hernienoperationen und Adenotomie/Paracentese. Grund für die niedrigen Tagesklinikanteile in diesen beiden Leistungsbündeln waren nach Auskunft des KGF medizinische Bedenken.⁴⁸

Kärnten im Bundesländervergleich

(2) Auf Basis der im Monitoringbericht I/2017⁴⁹ angegebenen Tagesklinikanteile für Kärnten (siehe Tabelle 3) und der anderen Bundesländer erstellte der LRH einen Bundesländervergleich. Dazu erstellte der LRH anhand ihrer jährlichen Anteile an tagesklinischen Leistungen eine Rangfolge der Bundesländer. Der LRH reihte dabei das Bundesland mit dem höchsten Tagesklinikanteil für das jeweilige Leistungsbündel auf

⁴⁶ Das Monitoring gliederte sich dabei in ein Finanzmonitoring in Bezug auf Ausgabenobergrenzen und Ausgabendämpfungseffekten sowie in eine Berichterstattung zu den anderen versorgungsrelevanten Steuerungsbereichen. Für das Monitoring war eine Tochtergesellschaft der Gesundheit Österreich GmbH zuständig.

⁴⁷ Die internationalen Vergleichswerte waren im B-ZV in der Anlage 2.1. angeführt und basierten auf einer Studie (siehe hierzu insbesondere Fischer S., Zechmeister-Koss, I.: Tageschirurgie, Systematischer Review, HTA-Projektbericht Nr. 64, 12/2012, LBI für HTA).

⁴⁸ Nähere Ausführungen zu den Entwicklungen auf Ebene der einzelnen Fächer sind der TZ 19 zu entnehmen.

⁴⁹ Aufgrund zunächst unterschiedlicher Zählweisen zwischen Bundes- und Länderebene kam es in den Jahren 2014 bis 2016 zu abweichendem Zahlenmaterial, insbesondere wegen möglicher Codierungen optionaler MEL-Codes aus dem ambulanten Bereich auf der Landesebene bei stationären Aufenthalten. Das Zahlenwerk für die betreffenden Jahre wurde allerdings bereits bereinigt im Monitoringbericht I/2017 dargestellt. Die Bereinigung wurde auch im Dokumentations- und Informationssystem für Analysen im Gesundheitswesen (DIAG) vorgenommen.

den ersten Platz. Die Addition der Ränge aller Leistungsbündel pro Bundesland ergab letztlich ein Gesamt-Ranking, wobei das Bundesland mit der niedrigsten Rangsumme den ersten Platz einnahm. Die folgende Tabelle zeigt das Bundesländer-Ranking für die im B-ZV vorgesehenen tagesklinischen Leistungsbündel im Zeitraum 2012 bis 2016:

Tabelle 4: Tagesklinische Leistungsbündel im Bundesländer-Ranking (2012 - 2016)

Bundesland	Jahr				
	2012	2013	2014	2015	2016
Niederösterreich	2	1	1	1	1
Vorarlberg	1	2	2	2	2
Kärnten	8	8	8	9	3
Oberösterreich	3	3	3	3	4
Burgenland	5	6	6	5	5
Wien	4	4	4	4	6
Tirol	7	7	7	7	7
Steiermark	6	5	5	6	8
Salzburg	9	9	9	8	9

Quelle: Monitoringbericht I/2017; eigene Berechnungen; eigene Darstellung

Kärnten belegte in den Jahren 2012 bis 2015 im Bundesländer-Ranking die letzten Ränge. Im Jahr 2016 verbesserte sich Kärnten jedoch wesentlich und reihte sich vom letzten auf den dritten Platz.

- 11.2 Der LRH sah die Entwicklung der Tagesklinikanteile in Kärnten auf Basis der Monitoringergebnisse des B-ZV positiv. Insbesondere durch die deutlich gestiegenen Leistungszahlen des Jahres 2016 konnte sich Kärnten im Bundesländer-Ranking im Bereich der Tagesklinikanteile wesentlich verbessern und kam vom letzten Platz auf die dritte Stelle.

Detaillierte Ausführungen zu den noch vorhandenen fächer- bzw. standortbezogenen Steigerungspotenzialen können der TZ 19 sowie den TZ 26 bis 41 entnommen werden.

Strukturpläne

Österreichischer Strukturplan Gesundheit – ÖSG

- 12 Der ÖSG 2012⁵⁰ stellte den verbindlichen Rahmenplan für die integrierte Planung der österreichischen Gesundheitsversorgungsstruktur dar⁵¹ und galt bis 31. Dezember 2016. Seine Planungen stützten sich auf der Analyse des Ist-Stands 2010/2011.⁵² Die Umsetzung der Ziele und Inhalte des ÖSG sollte bis zum Planungshorizont 2020 erfolgen, wobei er im tagesklinischen Bereich⁵³ u.a. folgende Ziele verfolgte:

- Forcierung der Verlagerung von Leistungen in den tagesklinischen und ambulanten Bereich zur Minimierung der Krankenhaushäufigkeit, insbesondere Schaffung alternativer Versorgungsformen wie z.B. dislozierte Tages- und Wochenkliniken
- Gut erreichbare Tagesklinikstandorte und Anbindung dislozierter Einheiten an Fachabteilungen; tagesklinische Leistungserbringung substitutiv zu vollstationären Leistungen; Versorgung durchschnittlich bis zu 1,5 Patienten pro Tag und pro Bett in tagesklinischer Struktur

Der ÖSG 2017 trat am 30. Juni 2017 in Kraft. Der Rahmenplan wurde dabei neu strukturiert, überarbeitet und aktualisiert.⁵⁴

Regionaler Strukturplan Gesundheit Kärnten – RSG

TAGESKLINISCHER SCHWERPUNKT IM RSG 2016 BIS 2020

- 13 Der RSG beinhaltet die stationäre und ambulante Versorgungsplanung auf Ebene des Bundeslandes Kärnten. Die integrierte Versorgungsplanung war zwischen dem Land Kärnten und der Sozialversicherung abzustimmen. Auf Basis des RSG hatte die Landesregierung zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten stationären

⁵⁰ Die Bundesgesundheitskommission beschloss den ÖSG 2012 am 23. November 2012.

⁵¹ Der ÖSG basierte auf der zwischen dem Bund und allen Bundesländern getroffenen Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens.

⁵² Die qualitativen und quantitativen Planungen des ÖSG stützten sich auf Ebene von 32 Versorgungsregionen und vier Versorgungszonen. Die Festlegung von Planungsaussagen erfolgte in Form von drei Matrizen (Leistungs-, Planungs- und Versorgungsmatrix).

⁵³ Quantitative Planungsaussagen betrafen primär den stationären Akutbereich, zu dem auch die tagesklinische Leistungserbringung zählte z.B. Anzahl der Betten pro medizinische Fachrichtung. Zu den qualitativen Angaben des ÖSG zählte beispielsweise die personelle Ausstattung einer Abteilung sowie die Mindestausstattung eines Spitals als Voraussetzung für bestimmte Eingriffe.

⁵⁴ Er umfasste u.a. Änderungen beim geplanten Anteil an Null-Tagesaufenthalten, beim Anrechnungsfaktor für tagesklinische Betten sowie bei den Vorgaben zur zeitlichen Erreichbarkeit von Fachabteilungen.

Krankenversorgung durch Verordnung einen Landeskrankenanstaltenplan zu erlassen.⁵⁵ Dieser sah für die einzelnen Krankenanstalten u.a. bestimmte Bettenkapazitäten vor.

Die Landes-Zielsteuerungskommission beschloss den aktuell gültigen RSG 2020 am 18. Juni 2015. Dieser beinhaltete u.a. standortbezogene Planungsvorgaben für den teilstationären Bereich:

- Die teilstationären Bettenkapazitäten sollten im Zeitraum 2012 bis 2020 von 74 auf 152 Betten (+78 tages- bzw. wochenklinische Betten) steigen.
- Zudem waren dislozierte bzw. interdisziplinäre Tageskliniken im LKH Villach, im Klinikum Klagenfurt, im KH Friesach und im KH Elisabethinen in Klagenfurt vorgesehen. Die Art der Kooperation legte der RSG nicht im Detail fest.
- Den Standorten waren fächerbezogen voll- und teilstationäre Betten zugeordnet. Allerdings war der für ganz Kärnten geplante Ausbau von 78 teilstationären Betten mitunter nicht auf Krankenanstalten bzw. einzelne Fächer hin aufgeteilt. Damit oblag die Entscheidung über die Einrichtung tagesklinischer Betten dem Krankenanstaltenträger. Tagesklinische Betten durften nur durch Umwandlung vollstationärer Betten unter Einhaltung der Gesamtbettenobergrenze je Fach eingerichtet werden.
- Durch die geplante Zusammenarbeit zwischen der KABEG und der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt im Bereich der Unfallchirurgie und Orthopädie sollte zukünftig eine interdisziplinäre Tagesklinik unter gemeinsamer Führung etabliert werden.

TEILSTATIONÄRER UMSETZUNGSSTAND

- 14.1 Der KGF nahm im Sommer 2015 mit den Vertretern der Rechtsträger der Kärntner Fondskrankenanstalten Gespräche über das generelle Prozedere der Umsetzung des RSG 2020 auf. Ziel dieser Gespräche war es u.a. einen verbindlichen Zeitplan für die Realisierung der im Rahmen des Beschlusses der Landes-Zielsteuerungskommission definierten Zielwerte festzulegen und in Verträgen zu verankern. Die Umsetzung des

⁵⁵ siehe dazu § 4 Kärntner Krankenanstaltenordnung, LGBl. Nr. 26/1999 i.d.F. LGBl. Nr. 82/2013; Dabei war der Rahmen des B-ZV und jener des ÖSG zu berücksichtigen. Der Krankenanstaltenplan stellte insbesondere die für eine patienten- und bedarfsgerechte, leistungsfähige und wirtschaftliche Versorgung der Bevölkerung mit notwendigen Krankenanstalten und Großgeräten nach Standort, Versorgungsaufgaben, Bettenzahl und Fachrichtung erforderliche Grundlage sowie die Planungsgrundsätze dar. Um eine verbindliche österreichweit auf einheitlichen Grundsätzen basierende Krankenanstalten- und Großgeräteplanung mit integrierter Leistungsangebotsplanung zu gewährleisten, waren die im ÖSG vereinbarten Zielvorstellungen, Planungsgrundsätze und –methoden zu berücksichtigen. Der RSG bzw. Kärntner Landeskrankenanstaltenplan bildete die Grundlage für die krankenanstaltenrechtliche Bedarfsprüfung bzw. für Vertragsabschlüsse der Sozialversicherung.

RSG 2020 sollte damit zwischen dem Land Kärnten, dem KGF und den Krankenanstaltenträgern in einzelnen Schritten vereinbart werden.

Zur Zeit der Überprüfung lagen Vereinbarungen mit dem KH St. Veit, dem KH Elisabethinen Klagenfurt, dem KH Waiern⁵⁶ sowie mit der KABEG für alle ihre Krankenanstalten vor. Bis zum Ende des Jahres 2017 waren lt. Verträgen 70% der gesamt vorgegebenen RSG-Planbetten zu realisieren. Die Verträge enthielten zudem die umzusetzenden Kooperationen zwischen den einzelnen Krankenanstalten. Diese sollten im Rahmen von bilateralen Verträgen zwischen den Rechtsträgern abgeschlossen werden.

Wie der LRH feststellen konnte, setzten die Krankenanstaltenträger bereits wesentliche Maßnahmen im teilstationären Bereich um. Während es im Klinikum Klagenfurt bereits seit dem Jahr 2010 eine interdisziplinäre tagesklinische Einheit gab, eröffnete das LKH Villach im Jahr 2016 eine eigene Tagesklinik. Geplant war auch eine dislozierte Tagesklinik für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde (HNO), Urologie und Augenheilkunde im LKH Villach mit einer fachbezogenen Anbindung an das Klinikum Klagenfurt. Im Fachbereich der Augenheilkunde erbrachten externe Fachärzte bereits tagesklinische Leistungen im Rahmen der Tagesklinik des LKH Villach. Die im RSG 2020 vorgesehenen sechs Planbetten waren somit umgesetzt. Eine schriftliche Kooperationsvereinbarung zwischen dem Klinikum Klagenfurt und dem LKH Villach in den Bereichen HNO und Urologie wurde am 27. Februar 2018 unterfertigt. Die KABEG hätte den KGF Mitte März 2018 über den bestehenden Kooperationsvertrag informiert, bis zum 17. April 2018 jedoch noch keine Rückmeldung über die positive Erledigung erhalten. Demnach wäre auch die Inbetriebnahme im LKH Villach noch nicht erfolgt. Die Umsetzung der Planbetten in diesen Bereichen sollte, wie vertraglich vorgesehen, spätestens Ende 2018 abgeschlossen sein.

Zudem legte der RSG fest, dass die chirurgischen Leistungen des KH Elisabethinen Klagenfurt zukünftig ausschließlich in der Betriebsform einer dislozierten Tagesklinik erbracht werden sollten. In Umsetzung dieser Vorgabe nahmen diese im Jahr 2016 eine Tagesklinik mit Anbindung an das KH St. Veit/Glan in Betrieb.⁵⁷ Nach Auskunft des KGF gab es jedoch noch keine schriftliche Kooperationsvereinbarung mit der fachgleichen Mutterabteilung des KH St. Veit/Glan.

⁵⁶ Die Vereinbarung zur RSG-Umsetzung enthielt Regelungen zur Etablierung von vier wochenklinischen Betten.

⁵⁷ Nach Auskunft des KGF wären im KH Elisabethinen Klagenfurt Ende 2016 neben den im RSG 2020 vorgesehenen vier chirurgischen Tagesklinikbetten noch weitere sechs chirurgische Wochenklinikbetten vorhanden gewesen. Lt. Vertrag sollten diese in einer Übergangsphase mit Ende des Jahres 2017 abgebaut werden.

Mit dem KH Friesach und dem KH Spittal/Drau konnte bislang noch keine Übereinkunft zur Umsetzung des RSG 2020 erzielt werden. Daraus ergaben sich in weiterer Folge Probleme bei der Umsetzung des tagesklinischen Angebots. Unter anderem war die dislozierte Tagesklinik im KH Friesach in den Bereichen Chirurgie und Orthopädie/Unfallchirurgie noch nicht umgesetzt.⁵⁸ Für das KH Spittal/Drau zeigte sich auf Grundlage der Daten des KGF generell ein tagesklinischer Nachholbedarf.⁵⁹

Die nachstehende Tabelle zeigt die tatsächlich aufgestellten Betten im teilstationären Bereich in den Jahren 2012 und 2016 sowie die Planbetten des RSG 2020. Darin weist der LRH insbesondere jene Fachdisziplinen gesondert aus, die nach Rücksprache mit der KABEG tagesklinisch abrechenbare Leistungen erbrachten.

Tabelle 5: Bettenentwicklung nach Fachdisziplinen in Kärnten

Fachdisziplinen	tatsächlich aufgestellte Betten ¹						Planwerte RSG 2020 ²	
	IST 2012		IST 2016		Differenz 2012 und 2016		Gesamt- betten	davon teilstationär
	Gesamt- betten	davon teilstationär	Gesamt- betten	davon teilstationär	Gesamt- betten	davon teilstationär		
Augenheilkunde ³	38	5	35	14	-3	+9	35	15
Chirurgie (Gesamt) ³	426	8	377	26	-49	+18	356	23
Gynäkologie/Geburtshilfe ³	194	2	168	4	-26	+2	146	5
Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde ³	60	0	45	0	-15	+0	61	3
Innere Medizin ³	829	1	754	7	-75	+6	716	NQ ⁴
Pulmologie ³	67	1	51	0	-16	-1	61	NQ ⁴
Kinderheilkunde ³	79	1	75	1	-4	+0	76	NQ ⁴
Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgie ³	20	0	18	0	-2	+0	15	NQ ⁴
Neurochirurgie ³	37	1	34	1	-3	+0	37	NQ ⁴
Orthopädie/Unfallchirurgie ³	404	4	348	11	-56	+7	421	20
Urologie ³	58	2	56	3	-2	+1	68	4
Zwischensumme tageskl. relevante Fächer	2.212	25	1.961	67	-251	+42	1.992	70
sonstige Fächer	1.276	49	1.265	66	-11	+9	1.230	82
Gesamt	3.488	74	3.226	133	-262	51	3.222	152

¹ Jahresdurchschnitt
² Maximalwerte lt. Regionalem Strukturplan Gesundheit (RSG)
³ tagesklinisch relevante Fächer
⁴ NQ = nicht quantifizierte Bettenzahl der tagesklinischen Leistungserbringung; Entscheidung über die Einrichtung tagesklinischer Betten oblag Betreiber

Quelle: Datenbasis RSG und KGF, eigene Darstellung

Aus der Tabelle ist ersichtlich, dass im Jahr 2016 bereits 133 teilstationäre Betten tatsächlich aufgestellt waren. Um die Zielvorgabe des RSG von 152 Betten im teilstationären Bereich zu erreichen, wäre daher bis 2020 noch um 19 teilstationäre Betten aufzustocken. Der LRH konnte darüber hinaus feststellen, dass sich von 2012 auf 2016 die Anzahl der tatsächlich aufgestellten teilstationären Betten hauptsächlich im Bereich der tagesklinisch relevanten Fächer (+42 Betten) erhöhte. Gleichzeitig schrumpfte im selben Zeitraum die Gesamtbettenzahl in diesen Fächern um 251 Betten.

⁵⁸ Für die fachliche Anbindung an das Klinikum Klagenfurt existierte auch kein Kooperationsvertrag.

⁵⁹ siehe TZ 28

Die Ist-Werte entsprachen dabei jedoch nicht den Planwerten, weil es sich bei den tatsächlich aufgestellten Betten um Jahresdurchschnittswerte und bei den Planbetten um Maximalwerte handelte. Somit war ein Vergleich nur eingeschränkt aussagekräftig. Darüber hinaus überließ es der RSG einigen Krankenanstalten die tagesklinischen Planbetten zu quantifizieren.

Nach Auskunft des KGF hätte er eine Studie zur Analyse der bisherigen Umsetzung des RSG in Kärnten in Auftrag gegeben. Mit den Studienergebnissen wäre im Frühjahr 2018 zu rechnen. Auf Basis dieser Ergebnisse würden mit den Verantwortlichen weitere Maßnahmen diskutiert werden.

- 14.2 Der LRH kritisierte, dass bislang keine Vereinbarungen zur Umsetzung des RSG 2020 mit dem KH Friesach und dem KH Spittal/Drau abgeschlossen werden konnte. Er empfahl dem Land und dem KGF diese so rasch wie möglich abzuschließen, um den RSG im tagesklinischen Bereich umzusetzen. Zudem sollten das Land und der KGF darauf hinwirken, dass die vorgesehenen Kooperationen vereinbart werden.

Lt. dem RSG bzw. den Verträgen sollten die Zielvorgaben u.a. im teilstationären Bereich bis zum Jahr 2020 stufenweise umgesetzt werden. Mit Ende 2016 waren bereits 133 der geplanten 152 teilstationären Betten umgesetzt, wobei die größte Zunahme im Bereich der tagesklinisch relevanten Fächer zu verzeichnen war. Daher sah der LRH die bisherige Bettentwicklung im teilstationären Bereich positiv und empfahl dem KGF seine diesbezüglichen Bemühungen fortzusetzen.

Aus Sicht des LRH wäre es in der Planung sinnvoll gewesen, sowohl bei der Form der tagesklinischen Kooperation hinsichtlich der Art der dislozierten Einheiten als auch bei der fachbezogenen Quantifizierung von tagesklinischen Betten konkretere Vorgaben zu machen. Dies hätte die Qualität des RSG als Steuerungsinstrument erhöht.

Der LRH wies darauf hin, dass die Umsetzung des tagesklinischen Angebots nicht allein an der tagesklinischen Bettenzahl, sondern insbesondere an der Erreichung von Tagesklinikanteilen festgemacht werden konnte. Er verwies daher zusätzlich auf die im Bericht dargelegten standortbezogenen Betrachtungen und Aussagen.⁶⁰

- 14.3 *Der KGF hielt in seiner Stellungnahme grundsätzlich fest, dass Vereinbarungen nur bei Willensübereinstimmung zwischen den Parteien abgeschlossen werden könnten. Bis dato wären die Bestrebungen des KGF, RSG-konforme Vereinbarungen mit dem KH Friesach und dem KH Spittal/Drau abzuschließen, nicht von Erfolg gekrönt gewesen. Auf*

⁶⁰ siehe TZ 24 bis TZ 41

Basis des verbindlichen Krankenanstaltenplans wären im Rahmen eines behördlichen Verfahrens durch das Amt der Kärntner Landesregierung feststellende Bescheide an die beiden Krankenanstalten zu adressieren.

Die Gesundheitsabteilung wies in ihrer Stellungnahme darauf hin, dass die RSG-Planungsgrundlagen für die einzelnen Fondskrankenanstalten durch das Erlassen des Krankenanstaltenplans rechtliche Verbindlichkeit erlangen würden. Dieser würde nicht nur die Behörde, sondern auch die jeweiligen Betreiber, unabhängig von deren Einverständnis, an die jeweiligen gesetzlichen Bestimmungen binden. Insofern wären schon alleine aus diesen Bestimmungen die Betreiber angehalten, entsprechende Umsetzungsschritte zu setzen, um der gesetzlichen Verpflichtung gerecht zu werden.

Eine Vereinbarung zur RSG-Umsetzung für das KH Friesach wäre der Gesundheitsabteilung nicht vorgelegen. Das KH Friesach hätte jedoch sämtliche Anträge zur Umsetzung des Kärntner Krankenanstaltenplans gestellt. Der KGF hätte das Land Kärnten zudem informiert, dass eine dislozierte Tagesklinik für HNO im KH Spittal/Drau eingerichtet werden soll.

- 14.4 Der LRH stimmte mit der Ansicht der Gesundheitsabteilung überein, dass die Betreiber auf Basis des RSG und des Kärntner Krankenanstaltenplans dazu angehalten wären, entsprechende Maßnahmen zur Umsetzung der tagesklinischen Zielsetzungen zu ergreifen. Darüber hinaus wäre vom KGF die Umsetzung der im RSG getroffenen Planungsgrundlagen zu überwachen und darauf hinzuwirken, dass geforderte Vereinbarungen und Kooperationen auch abgeschlossen werden.

Die geplante Umsetzung dislozierter Tageskliniken für HNO und Urologie im LKH Villach sowie für HNO im KH Spittal/Drau hob der LRH positiv hervor.

Zielsetzungen der KABEG

15.1 Die KABEG erachtete neben den bereits bestehenden Zielvorgaben des B-ZV und L-ZV weitere im tagesklinischen Bereich für sinnvoll. Zu diesem Zweck hielt die KABEG im Dezember 2015 standortübergreifende Workshops für die Krankenhausstandorte Klagenfurt, Villach und Wolfsberg mit medizinischen Vertretern folgender Abteilungen ab:⁶¹

- Unfallchirurgie und Orthopädie
- Allgemeinchirurgie, Herz-Thorax-Chirurgie, Plastische Chirurgie, Radiologie
- Gynäkologie

Im Ergebnis legten die Teilnehmer Bandbreiten in Form von Tagesklinikanteilen für ausgewählte MEL des Tagesklinikcatalogs fest, für welche der Bund noch keine Vorgaben für die Planungsperiode ab 2017 vorgesehen hatte.⁶² Darüber hinaus erarbeiteten sie detaillierte Ziele, die in keine Vorgabe des KGF bzw. des Bundes einfließen, jedoch die Teilnehmer als sinnvoll erachteten.⁶³ Der erstellte Zielkatalog sollte gewährleisten, dass dieser operativ von den jeweiligen Standorten verfolgt werden konnte. Ein entsprechendes Monitoring zur Darstellung der aktuellen Tagesklinikquote war in der KABEG bereits umgesetzt.

Nach Auskunft der KABEG übernahmen alle an den Workshops beteiligten KABEG-Krankenhausstandorte die erarbeiteten Tagesklinik-Zielwerte in die Zielvereinbarungen mit den betroffenen Abteilungsvorständen. Diese dienten als Voraussetzung für die Auszahlung einer variablen Prämie. Beispielsweise bestand im Klinikum Klagenfurt die Zielvereinbarung aus vier gleich hohen Teilen für die Zielerfüllung. Dabei stellten die Tagesklinik-Zielwerte, die im zweiten Teil verankert waren, eine von acht gleich gewichteten Positionen dar.

15.2 Der LRH sah die KABEG-interne Erarbeitung von Zielvorgaben für tagesklinische Leistungen, die über den B-ZV hinausgehen, positiv. Durch die Aufnahme der Zielvorgaben in die Zielvereinbarungen der Abteilungsvorstände sah der LRH einen Leistungsanreiz für die Ärzteschaft.

⁶¹ Die Leistungen der Bereiche Urologie, HNO und Augenheilkunde wurden jeweils bilateral zwischen KABEG Management und der jeweiligen Abteilungsleitung besprochen.

⁶² Sollte das Sozialministerium für das Jahr 2017 strengere Zielvorgaben anstreben, würden die Bandbreiten angepasst werden.

⁶³ Von insgesamt 69 MEL konnten 25 mit einer Zielvorgabe versehen werden z.B. Korrektur des Augenlids (Tagesklinikanteil 80 bis 90%).



ENTWICKLUNG TAGESKLINISCHER LEISTUNGEN

Entwicklung der Aufenthalte

- 16.1 Der Anteil tagesklinischer Aufenthalte stieg in den Jahren 2012 bis 2016 in allen Bundesländern an. Die nachfolgende Tabelle zeigt die Entwicklung des Anteils tagesklinischer Aufenthalte im Bundesländervergleich in den Jahren 2012 bis 2016:

Tabelle 6: Tagesklinische Aufenthalte im Bundesländervergleich (2012 - 2016)

Bundesland	Anteil tagesklinischer Aufenthalte an den Aufenthalten insgesamt			Aufenthalte insgesamt	tagesklinische Aufenthalte	Steigerung	
	2012	2015	2016			2015 bis 2016	2012 bis 2016
	in %			absolut		in %-Punkte	
Niederösterreich	6,55	8,80	9,02	356.497	32.165	+0,22	+2,47
Kärnten	3,92	5,40	7,98	157.391	12.558	+2,57	+4,06
Wien	5,63	7,05	7,49	591.677	44.336	+0,44	+1,86
Oberösterreich	5,64	6,97	7,06	497.047	35.076	+0,08	+1,42
Vorarlberg	5,65	6,92	6,96	111.116	7.734	+0,04	+1,31
Tirol	4,42	5,64	6,16	236.247	14.553	+0,52	+1,74
Burgenland	3,58	4,27	5,33	73.731	3.927	+1,05	+1,75
Steiermark	2,72	4,28	5,24	320.841	16.812	+0,96	+2,52
Salzburg	1,62	4,16	4,82	189.040	9.121	+0,67	+3,20
Summe	4,82	6,39	6,96	2.533.587	176.282	+0,56	+2,14

Quelle: Daten des KGF, eigene Darstellung

Den höchsten Anteil tagesklinischer Aufenthalte im Jahr 2016 konnte das Land Niederösterreich mit 9,02% der Gesamtaufenthalte vorweisen. Das Land Kärnten konnte seinen Anteil in den Jahren 2012 bis 2016 bundesweit mit einer Steigerung von 4,06 %-Punkte am deutlichsten erhöhen. Somit lag Kärnten 2016 bereits an zweiter Stelle. Hervorzuheben ist, dass der Anteil tagesklinischer Aufenthalte in Kärnten 2012 bis 2015 um durchschnittlich 0,49 %-Punkte pro Jahr zulegte und von 2015 auf 2016 einen Sprung von 2,57 %-Punkte aufwies.

- 16.2 Aus Sicht des LRH zeigte die Entwicklung der tagesklinischen Aufenthalte in Kärnten im Bundesländervergleich insbesondere seit dem Jahr 2015 eine positive Entwicklung.

Tagesklinische Potenzialanalyse auf MEL-Ebene

Häufigste tagesklinische Leistungen in Kärnten

- 17 Der Tagesklinikcatalog des leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierungs-Modells (LKF-Modell) 2016 umfasste in Summe 240 medizinische Einzelleistungen (MEL). Im Jahr 2016 erbrachten die landesfinanzierten Krankenanstalten in Kärnten 126 MEL zumindest einmal tagesklinisch.



Die nachfolgende Tabelle zeigt die am häufigsten tagesklinisch erbrachten MEL des Tagesklinikcatalogs 2016 mit einem Anteil von mindestens 3% an der tagesklinischen Gesamtleistung in Kärnten:

Tabelle 7: Häufigste MEL des Tagesklinikcatalogs (2015 und 2016)

Häufigste medizinische Einzelleistung (MEL) des Tagesklinikcatalogs 2016, Kärnten gesamt	Erbrachte MEL 2015			Erbrachte MEL 2016			Anteil an tageskl. MEL	Steigerung 2015 bis 2016
	Gesamtanzahl	davon tagesklinisch		Gesamtanzahl	davon tagesklinisch			
		absolut	in %		absolut	in %		
Kataraktoperation mit Linsenimplantation	5.792	4.330	74,76	6.111	5.566	91,08	39,73	+16,32
Korrektur des Augenlids	1.458	1.236	84,77	1.743	1.537	88,18	10,97	+3,41
Curettagen	1.961	700	35,70	1.938	1.070	55,21	7,64	+19,52
Dekompression des Nervus medianus – offen	896	439	49,00	975	751	77,03	5,36	+28,03
Arthroskopische Operation des Kniegelenks	1.930	130	6,74	1.812	567	31,29	4,05	+24,56
Radikale Varizenoperation (Stripping)	1.179	60	5,09	1.375	548	39,85	3,91	+34,77
Summe der häufigsten MEL	13.216	6.895	52,17	13.954	10.039	71,94	71,66	+19,77
Summe weiterer MEL des Tagesklinikcatalogs	36.934	2.699	7,31	38.604	3.970	10,28	28,34	+2,98
Summe	50.150	9.594	19,13	52.558	14.009	26,65	100,00	+7,52

Quelle: Daten des KGF, eigene Darstellung

Die in obiger Tabelle dargestellten sechs häufigsten MEL deckten mehr als 70% der Leistungen des Tagesklinikcatalogs ab. Diese MEL konnten von 2015 auf 2016 auch einen Anstieg des tagesklinisch erbrachten Anteils verzeichnen.

Berechnung des Steigerungspotenzials

- 18 Um Steigerungspotenziale im Bundesländervergleich sichtbar zu machen, führte der LRH eine Potenzialanalyse durch. Zu diesem Zweck gliederte der LRH die einzelnen MEL nach Fachrichtungen und verglich den zugehörigen Tagesklinikanteil mit den Durchschnittswerten der anderen Bundesländer.

Die Auswertungen zu den Anteilen tagesklinisch erbrachter Leistungen basierten auf Daten des KGF, welche dieser aus dem Dokumentations- und Informationssystem für Analysen im Gesundheitswesen (DIAG) auswertete. Basis für die Berechnungen bildeten alle 240 MEL des Tagesklinikcatalogs 2016.

Wie der LRH feststellen konnte, war Kärnten bei 17 MEL das Bundesland mit dem höchsten Tagesklinikanteil. Bei allen übrigen MEL ergab sich in Kärnten ein theoretisches Steigerungspotenzial, dass der LRH wie folgt berechnete:

1. Der LRH ermittelte zunächst, welches Bundesland bei der jeweiligen MEL den höchsten Tagesklinikanteil aufwies. Beispielsweise hatte Kärnten 2016 bei der Kataraktoperation einen tagesklinischen Anteil von 91,08%, das Burgenland als bestes Bundesland einen Anteil von 99,26%.
2. Daraus errechnete der LRH die Differenz zum Anteil tagesklinisch erbrachter MEL mit dem jeweils besten Bundesland. Am Beispiel der



Kataraktoperation ergab sich somit eine Differenz von 8,18% zum besten Bundesland.

3. Eine Multiplikation dieser Differenz mit der im Jahr 2016 erbrachten Gesamtanzahl der jeweiligen MEL in Kärnten ergab das theoretische Steigerungspotenzial. Bei 6.111 in Kärnten abgerechneten Kataraktoperationen war somit ein Steigerungspotenzial von rd. 500 Leistungen dieser MEL vorstellbar.

Der LRH wies darauf hin, dass dieses berechnete Potenzial aufgrund von einzelfallspezifischen Umständen, geographischen Gegebenheiten oder einer unterschiedlichen Bewertung von Risikofaktoren in den einzelnen Bundesländern nur als theoretischer Zielwert anzusehen war. Dennoch sah der LRH seine Berechnung als Ausgangspunkt für weitere Diskussionen als zielführend an.

Die Detaillergebnisse zu den Steigerungspotenzialen und den Tagesklinikanteilen stellte der LRH, gegliedert nach den wichtigsten medizinischen Fachrichtungen, in den nächsten Abschnitten dar.

Tagesklinische Leistungen nach medizinischen Fachrichtungen

Augenheilkunde

- 19.1 (1) Die tagesklinische Leistungserbringung im Bereich der Augenheilkunde beschränkte sich in Kärnten auf das Klinikum Klagenfurt und das LKH Villach, weil nur dort eine eigene Fachabteilung bzw. eine entsprechende fachärztliche Versorgung vorhanden war.

Die nachfolgende Tabelle zeigt für das Jahr 2016 einen Überblick über die wichtigsten tagesklinisch erbringbaren MEL der Augenheilkunde im Bundesländervergleich:

Tabelle 8: Augenheilkunde im Bundesländervergleich

Medizinische Einzelleistungen (MEL) des Tagesklinikcatalogs 2016 MEL-Gruppe 15, Augen, Orbita	Erbrachte MEL 2016 in Kärnten			Andere Bundesländer			Vorsprung/ Rückstand in %-Punkte
	Gesamt- anzahl	davon tagesklinisch		Gesamt- anzahl	davon tagesklinisch		
		absolut*	in %		absolut	in %	
Kataraktoperation mit Linsenimplantation	6.111	5.566	91,08	90.982	75.650	83,15	+7,93
Korrektur des Augenlids	1.743	1.537	88,18	14.155	11.129	78,62	+9,56
Resektion eines Pterygiums	172	170	98,84	699	475	67,95	+30,88
Weitere MEL der Gruppe	211	79	37,44	4.566	2.160	47,31	-9,87
Summe	8.237	7.352	89,26	110.402	89.414	80,99	+8,27

* MEL mit weniger als 100 tagesklinisch erbrachten MEL sind unter "Weitere MEL der Gruppe" zusammengefasst

Quelle: Daten des KGF, eigene Darstellung

Kataraktoperationen bildeten sowohl in Kärnten als auch in den übrigen acht Bundesländern die häufigste tagesklinisch abgerechnete MEL der Augenheilkunde. In Kärnten erbrachten Krankenanstalten Kataraktoperationen zu rd. 91% tagesklinisch und



somit um rd. 8 %-Punkte häufiger als die restlichen Bundesländer. Lediglich das Burgenland (rd. 99%) und Niederösterreich (rd. 92%) konnten hier einen höheren tagesklinischen Anteil aufweisen.

Bei Korrekturen des Augenlides war der Anteil tagesklinisch erbrachter MEL in Kärnten mit rd. 88% um knapp 10 %-Punkte höher als in den übrigen acht Bundesländern. Auch hier war das Burgenland mit rd. 99% das führende Bundesland. Einen höheren Anteil als Kärnten konnten auch Tirol (rd. 92%) und Wien (rd. 89%) verzeichnen.

Die nachfolgende Tabelle zeigt das im Vergleich mit dem jeweils besten Bundesland errechnete Steigerungspotenzial für das Jahr 2016:

Tabelle 9: Steigerungspotenzial Augenheilkunde

Medizinische Einzelleistungen (MEL) des Tagesklinikcatalogs 2016 MEL-Gruppe 15, Augen, Orbita	Kärnten	Benchmark		Differenz zu Benchmark in %-Punkte	Steigerungs- potenzial absolut
	Anteil tagesklinisch erbrachter MEL in %	Bundes- land			
Kataraktoperation mit Linsenimplantation	91,08	99,26	Bgl.	8,18	500
Korrektur des Augenlids	88,18	99,16	Bgl.	10,98	191
* MEL mit einem theoretischen Steigerungspotenzial von weniger als 60 sind nicht dargestellt					

Quelle: Daten des KGF, eigene Darstellung

Im Bereich der Augenheilkunde hatte im Jahr 2016 das Burgenland den höchsten Anteil der dargestellten tagesklinisch erbrachten MEL. Bei Steigerung des tagesklinisch erbrachten Anteils, beispielsweise im Bereich der Kataraktoperationen von rd. 91% auf den Wert des Burgenlandes i.H.v. rd. 99%, wäre zusätzlich eine Verschiebung von 500 stationären Aufenthalten in den tagesklinischen Bereich möglich gewesen. Allein mit den beiden aufgezeigten Potenzialen wäre eine Steigerung der tagesklinisch erbrachten MEL von 7.352 auf 8.043 möglich gewesen. Dies hätte einen Anstieg des Anteils der tagesklinisch erbrachten MEL im Bereich der Augenheilkunde von 89,26% auf 97,64% zur Folge gehabt.



Allgemeinchirurgie, Unfallchirurgie, Orthopädie

(2) Die tagesklinische Leistungserbringung im Bereich der Allgemein- und Unfallchirurgie sowie der Orthopädie erstreckte sich in Kärnten auf alle sieben im Bericht behandelten Krankenanstalten.

Die nachfolgende Tabelle zeigt für das Jahr 2016 einen Überblick über die wichtigsten tagesklinisch erbringbaren MEL der Orthopädie sowie Allgemein- und Unfallchirurgie im Bundesländervergleich:

Tabelle 10: Orthopädie und Allgemein-/Unfallchirurgie im Bundesländervergleich

Medizinische Einzelleistungen (MEL) des Tagesklinikcatalogs 2016* MEL-Gruppen 2, 6, 9, 14, 21, 25, 29 Orthopädie, Allgemein- und Unfallchirurgie	Erbrachte MEL 2016 in Kärnten			Andere Bundesländer			Vorsprung/ Rückstand in %-Punkte
	Gesamt- anzahl	davon tagesklinisch absolut*	in %	Gesamt- anzahl	davon tagesklinisch absolut	in %	
Dekompression des Nervus medianus	975	751	77,03	11.806	7.345	62,21	+14,81
Arthroskopische Operation des Kniegelenks	1.812	567	31,29	25.494	4.977	19,52	+11,77
Radikale Varizenoperation (Stripping)	1.375	548	39,85	12.412	2.105	16,96	+22,90
Ringbandsplattung	430	357	83,02	6.659	5.374	80,70	+2,32
Endovenöse Obliteration der Venae saphenae	422	231	54,74	2.069	1.075	51,96	+2,78
Entfernung von Osteosynthesematerial an der unteren Extremität	615	204	33,17	10.048	2.718	27,05	+6,12
Exstirpation einer Synovialzyste an der oberen Extremität	254	138	54,33	3.166	1.810	57,17	-2,84
Entfernung von Osteosynthesematerial an der oberen Extremität	312	127	40,71	5.507	2.448	44,45	-3,75
Implantation eines Langzeit- Zentralvenenkatheters mit Port	1.038	100	9,63	13.196	1.956	14,82	-5,19
Weitere MEL der Gruppe	13.819	914	6,61	185.125	16.964	9,16	-2,55
Summe	21.052	3.937	18,70	275.482	46.772	16,98	+1,72

* MEL mit weniger als 100 tagesklinisch erbrachten MEL sind unter "Weitere MEL der Gruppe" zusammengefasst

Quelle: Daten des KGF, eigene Darstellung

Operationen des Karpaltunnelsyndroms (Dekompression des Nervus medianus) bildeten in Kärnten, wie auch in den übrigen acht Bundesländern, die am häufigsten tagesklinisch abgerechnete MEL im orthopädischen bzw. chirurgischen Fachbereich. Krankenanstalten in Kärnten erbrachten diesen Eingriff zu rd. 77% tagesklinisch und somit um rd. 15 %-Punkte häufiger als die restlichen Bundesländer. Lediglich das Burgenland (rd. 90%) und Niederösterreich (rd. 81%) konnten hier einen höheren tagesklinischen Anteil aufweisen.

Auch bei den Arthroskopien des Kniegelenks war der Anteil tagesklinisch erbrachter MEL in Kärnten mit rd. 31% um knapp 12 %-Punkte höher als der Durchschnitt der übrigen acht Bundesländer. Das Burgenland war hier mit rd. 40% das führende Bundesland, gefolgt von Niederösterreich (rd. 39%) und Vorarlberg (rd. 39%).

Bei radikalen Varizenoperationen (Stripping) hatte Kärnten im Jahr 2016 im Bundesländervergleich den höchsten Tagesklinikanteil mit knapp 40%.



Die nachfolgende Tabelle zeigt das im Vergleich mit dem jeweils besten Bundesland errechnete Steigerungspotenzial für das Jahr 2016:

Tabelle 11: Steigerungspotenzial Allgemein-/Unfallchirurgie sowie Orthopädie

Medizinische Einzelleistungen (MEL) des Tagesklinikcatalogs 2016* MEL-Gruppen 2, 6, 9, 14, 21, 25, 29 Orthopädie, Allgemein- und Unfallchirurgie	Kärnten	Benchmark		Differenz zu Benchmark in %-Punkte	Steigerungs- potenzial absolut
	Anteil tagesklinisch erbrachter MEL in %	Bundes- land			
Extrakorporale Stosswellenlithotripsie – Niere, Harnwege	10,74	77,63	Stmk.	66,88	467
Implantation eines Langzeit-Zentralvenenkatheters mit Port	9,63	31,21	Bgl.	21,57	224
Katheterangiographie der Koronargefäße	0,34	4,53	Wien	4,19	162
Endovenöse Obliteration der Venae saphenae	54,74	92,31	Sbg.	37,57	159
Arthroskopische Operation des Kniegelenks	31,29	39,60	Bgl.	8,31	151
Dekompression des Nervus medianus – offen	77,03	90,34	Bgl.	13,31	130
Intraartikuläre Therapie mit offenen Radionukliden zur Radiosynovioorthese	0,59	66,67	Wien	66,08	112
Verschluss einer Inguinal- oder Femoralhernie – offen	0,65	17,10	Vbg.	16,45	102
Umstellungsosteotomie des ersten Strahls am Fuß	8,00	31,54	Stmk.	23,54	94
Exstirpation einer Synovialzyste an der oberen Extremität	54,33	88,46	Vbg.	34,13	87
Verschluss einer Ventralhernie – offen	2,66	14,02	Vbg.	11,36	85
Resektion von Haut und Weichteilgewebe mit Rekonstruktion durch lokale Lappenplastik	8,40	54,84	Tirol	46,45	61
Spalthauttransplantation	3,18	30,60	Tirol	27,42	60

* MEL mit einem theoretischen Steigerungspotenzial von weniger als 60 sind nicht dargestellt

Quelle: Daten des KGF, eigene Darstellung

Bei den in obiger Tabelle dargestellten MEL hatten im Jahr 2016 unterschiedliche Bundesländer den Bestwert bei den tagesklinischen Anteilen. Hervorzuheben war, dass bei den dargestellten Hernienoperationen Vorarlberg das führende Bundesland bei den Tagesklinikanteilen war.

Hernienoperationen hatten im Jahr 2016 in Kärnten einen geringen tagesklinischen Anteil. Der Vergleich mit dem bei Hernienoperationen führenden Bundesland Vorarlberg zeigte, dass hier theoretisch eine um rd. 10 %-Punkte höhere Quote erreichbar wäre.

Wie der LRH im Gespräch mit medizinischen Verantwortlichen feststellen konnte, gab es in Bezug auf die tagesklinischen Hernienoperationen generell medizinische Bedenken. Der KGF schloss das Leistungsbündel Hernien aufgrund dieser Bedenken sogar vom tagesklinischen Forcierungsmodell aus.⁶⁴ Die medizinischen Risikoabwägungen gestalteten sich jedoch teilweise unterschiedlich, was zu abweichenden Auffassungen führte. Während das KH Elisabethinen Klagenfurt Hernienoperationen zu rd. 22% tagesklinisch erbrachte, lehnten die anderen Krankenhäuser die tagesklinische Durchführung dieser Eingriffe bislang weitgehend ab. Das Klinikum Klagenfurt nahm die ersten tagesklinischen Hernienoperationen erst im Jahr 2016 vor, wobei der Tagesklinikanteil mit rd. 2,7% sehr gering ausfiel. Das

⁶⁴ Das im Forcierungsmodell enthaltene Leistungsbündel Hernien wies in Summe 1.062 Leistungen auf. Details zum Forcierungsmodell werden unter TZ 24 dargelegt.



Klinikum Klagenfurt teilte hierzu mit, dass die Erhöhung des Tagesklinikanteils bei Hernienoperationen angestrebt worden wäre und die Tagesklinik dabei bereits aktuell Zuwächse zu verzeichnen hätte. Die Vertrauensbildung der Operateure in die tagesklinische Behandlung hätte speziell in diesem Bereich länger gedauert.

Das größte Steigerungspotenzial ergab sich im Bereich der Stoßwellenlithotripsien. Beispielsweise wären im Jahr 2016 bei Erreichen des Anteiles der Steiermark 467 mehrtägige Aufenthalte auch tagesklinisch erbringbar gewesen. Hervorzuheben waren auch die Implantationen von Langzeit-Zentralvenenkatheter. Mit dem Anteil des Burgenlandes wären 224 tagesklinische Leistungen anstelle von stationären Aufenthalten hinzugekommen. Bei der Katheterangiographie der Koronargefäße betrug die Differenz zu Wien nur 4 %-Punkte. Durch die Häufigkeit dieser MEL lag das Steigerungspotenzial dennoch bei 162 tagesklinischen Leistungen.

Urologie und Frauenheilkunde

(3) Während es den Fachbereich Urologie in Kärnten nur in einer Krankenanstalt gab, waren der Gynäkologie und Geburtshilfe zugehörige Fachabteilungen in fünf der sieben im Bericht behandelten Krankenanstalten angesiedelt.

Die nachfolgende Tabelle zeigt für das Jahr 2016 einen Überblick über die wichtigsten tagesklinisch erbringbaren MEL der Urologie und Frauenheilkunde im Bundesländervergleich:

Tabelle 12: Urologie und Frauenheilkunde im Bundesländervergleich

Medizinische Einzelleistungen (MEL) des Tagesklinikatlogs 2016*, MEL-Gruppen 12, 13, 16 Frauenheilkunde, Mamma und Urologie	Erbrachte MEL 2016 in Kärnten			Andere Bundesländer			Vorsprung/Rückstand in %-Punkte
	Gesamtanzahl	davon tagesklinisch absolut*	in %	Gesamtanzahl	davon tagesklinisch absolut	in %	
Curettag	1.938	1.070	55,21	29.967	14.398	48,05	+7,17
Zirkumzision	393	284	72,26	8.098	5.337	65,91	+6,36
Konisation	490	279	56,94	5.474	2.230	40,74	+16,20
Hysteroskopische Entfernung von Uterusgewebe	250	105	42,00	4.003	1.753	43,79	-1,79
Weitere MEL der Gruppe	5.879	159	2,70	86.617	5.291	6,11	-3,40
Summe	8.950	1.897	21,20	134.159	29.009	21,62	-0,43

* MEL mit weniger als 100 tagesklinisch erbrachten MEL sind unter "Weitere MEL der Gruppe" zusammengefasst

Quelle: Daten des KGF, eigene Darstellung

Curettagen bildeten sowohl in Kärnten als auch in den übrigen acht Bundesländern die am häufigsten tagesklinisch abgerechnete MEL. Krankenanstalten in Kärnten erbrachten diesen Eingriff zu rd. 55% tagesklinisch und somit um rd. 7 %-Punkte häufiger als die restlichen Bundesländer im Durchschnitt. Vier Bundesländer konnten hier einen höheren tagesklinischen Anteil aufweisen, wobei Niederösterreich im Jahr 2016 mit rd. 62% den höchsten Anteil aufwies.



Die nachfolgende Tabelle zeigt das im Vergleich mit dem jeweils besten Bundesland errechnete Steigerungspotenzial für das Jahr 2016:

Tabelle 13: Steigerungspotenzial Urologie und Frauenheilkunde

Medizinische Einzelleistungen (MEL) des Tagesklinikatlogs 2016*, MEL-Gruppen 12, 13, 16 Frauenheilkunde, Mamma und Urologie	Kärnten	Benchmark		Differenz zu Benchmark in %-Punkte	Steigerungspotenzial absolut
	Anteil tagesklinisch erbrachter MEL in %	Bundesland			
Curettage	55,21	62,24	NÖ	7,03	136
Konisation	56,94	71,36	NÖ	14,42	71
Hysteroskopische Entfernung von Uterusgewebe	42,00	69,55	Bgl.	27,55	69
Exzision gutartiger Läsionen der Mamma	12,62	34,06	Tirol	21,44	68
Tubenunterbrechung – laparoskopisch	7,77	68,00	Vbg.	60,23	62

* MEL mit einem theoretischen Steigerungspotenzial von weniger als 60 sind nicht dargestellt

Quelle: Daten des KGF, eigene Darstellung

Das größte Steigerungspotenzial in absoluten Zahlen hatten 2016 die Curettagen aufzuweisen. Bei Steigerung des tagesklinisch erbrachten Anteils auf den Wert Niederösterreichs wäre in Summe eine Verschiebung von 136 stationären Aufenthalten in den tagesklinischen Bereich möglich gewesen.

HNO

(4) Die tagesklinische Leistungserbringung im Bereich Ohren, Nase, Mundhöhle, Rachen und Hals beschränkte sich hauptsächlich auf das Klinikum Klagenfurt. Das LKH Villach, das KH St. Veit/Glan und das KH Spittal/Drau erbrachten vereinzelt tagesklinische Leistungen und zahlreiche MEL des Tagesklinikatlogs im Rahmen von stationären Aufenthalten.

Die nachfolgende Tabelle zeigt für das Jahr 2016 einen Überblick über die wichtigsten tagesklinisch erbringbaren MEL im Bereich Ohren, Nase, Mundhöhle, Rachen und Hals im Bundesländervergleich:

Tabelle 14: HNO im Bundesländervergleich

Medizinische Einzelleistungen (MEL) des Tagesklinikatlogs 2016*, MEL-Gruppe 4 Ohren, Nase, Mundhöhle, Rachen, Hals	Erbrachte MEL 2016 in Kärnten			Andere Bundesländer			Vorsprung/Rückstand in %-Punkte
	Gesamtanzahl	davon tagesklinisch absolut*	in %	Gesamtanzahl	davon tagesklinisch absolut	in %	
Paracentese	908	207	22,80	12.695	5.568	43,86	-21,06
Adenotomie	792	129	16,29	11.065	3.545	32,04	-15,75
Weitere MEL der Gruppe	2.009	22	1,10	27.985	684	2,44	-1,35
Summe	3.709	358	9,65	51.745	9.797	18,93	-9,28

* MEL mit weniger als 100 tagesklinisch erbrachten MEL sind unter "Weitere MEL der Gruppe" zusammengefasst

Quelle: Daten des KGF, eigene Darstellung

Paracentese und Adenotomie bildeten sowohl in Kärnten als auch in den übrigen acht Bundesländern die am häufigsten tagesklinisch abgerechneten MEL in diesem Fachbereich. Krankenanstalten in Kärnten erbrachten diese Eingriffe zu rd. 23% bzw. rd. 16% tagesklinisch und somit um rd. 21 %-Punkte bzw. 16 %-Punkte seltener als die



restlichen Bundesländer im Durchschnitt. Lediglich Salzburg⁶⁵ und die Steiermark⁶⁶ hatten einen geringeren tagesklinischen Anteil. Dementsprechend gab es besonders bei diesen Leistungen ein Steigerungspotenzial.

Die KABEG begründete die niedrige Tagesklinikquote bei der Adenotomie mit spezifischen medizinischen Risiken. Der zuständige Leiter der Fachabteilung HNO am Klinikum Klagenfurt erklärte in einem Schreiben, dass Patienten, die zwischen Villach, St. Veit, Völkermarkt und der südlichen Landesgrenze wohnten, prinzipiell tagesklinisch am Klinikum Klagenfurt behandelt werden könnten. Außerhalb dieser Zone wäre im Falle von Komplikationen der Rückweg ins Krankenhaus zu lange gewesen. Die Durchführung einer vollständigen⁶⁷ Entfernung oder Teilentfernungen⁶⁸ der Gaumenmandeln hätte ein erhöhtes Nachblutungsrisiko, was in den Jahren 2004/2005 in Österreich zu sechs Todesfällen führte. Diese Eingriffe erbrachten die Krankenanstalten auch häufig in Verbindung mit einer Entfernung der Rachenmandeln⁶⁹. Die österreichische HNO-Gesellschaft und österreichische Gesellschaft für Kinderheilkunde hatte deshalb unter Mitwirkung des Sozialministeriums die postoperative Nachbehandlung vereinheitlicht. Diese gab vor, vollständige Entfernung und Teilentfernungen der Gaumenmandeln nicht tagesklinisch durchzuführen.

Teilentfernungen der Gaumenmandeln waren 2016 aber Teil des Tagesklinikcatalogs. Sofern sich ein Patient einer Entfernung der Rachenmandeln und einer Teilentfernungen der Gaumenmandeln gemeinsam unterzog, war dies in der Gesamtzahl der tagesklinisch erbringbaren MEL und Aufenthalte enthalten.

Das LKH Villach hatte beispielsweise im Jahr 2016 lediglich einen einzigen tagesklinischen Aufenthalt des Leistungsbündels Adenotomie/Paracentese.⁷⁰

⁶⁵ Tagesklinikquote von rd. 15% bei Paracentese und rd. 3% bei Adenotomie

⁶⁶ Tagesklinikquote von rd. 19% bei Paracentese und rd. 0% bei Adenotomie

⁶⁷ Tonsillektomie

⁶⁸ Tonsillotomie

⁶⁹ Adenotomie

⁷⁰ siehe TZ 31



Die nachfolgende Tabelle zeigt das im Vergleich mit dem jeweils besten Bundesland errechnete Steigerungspotenzial für das Jahr 2016:

Tabelle 15: Steigerungspotenzial Ohren, Nase, Mundhöhle, Rachen und Hals

Medizinische Einzelleistungen (MEL) des Tagesklinikcatalogs 2016*, MEL-Gruppe 4 Ohren, Nase, Mundhöhle, Rachen, Hals	Kärnten	Benchmark		Differenz zu Benchmark in %-Punkte	Steigerungspotenzial absolut
	Anteil tagesklinisch erbrachter MEL in %	Bundesland			
Paracentese	22,80	42,80	Vbg.	20,00	389
Adenotomie	16,29	39,59	Vbg.	23,30	314
Ohranlegeplastik	4,26	44,12	Vbg.	39,86	114

* MEL mit einem theoretischen Steigerungspotenzial von weniger als 60 sind nicht dargestellt

Quelle: Daten des KGF, eigene Darstellung

Im Bereich Ohren, Nase, Mundhöhle, Rachen und Hals hatte 2016 in der Regel Vorarlberg den höchsten Tagesklinikanteil.

Beispielsweise wären beim Eingriff Paracentese im Jahr 2016 bei Erreichen des Anteils von Vorarlberg 389 mehrtägige Aufenthalte auch tagesklinisch erbringbar gewesen. Beim Eingriff Adenotomie hätten mit dem Tagesklinikanteil des Bundeslandes Vorarlberg 314 tagesklinische Aufenthalte mehr erreicht werden können.

- 19.2 Der LRH sah es als positiv an, dass die Zahl der tagesklinischen Leistungen von 2015 auf 2016 über alle medizinischen Fächer hinweg von 9.594 auf 14.009 gesteigert werden konnten.

Bei den 50 volumenstärksten MEL in Österreich zeigte sich in 28 Fällen eine Kärntner-Tagesklinikquote unter dem Durchschnitt der anderen Bundesländer. Steigerungspotenziale stellte der LRH insbesondere im Bereich der Augenheilkunde, des Fachbereichs HNO, der Stoßwellenlithotripsien sowie der Hernienoperationen fest. Der LRH empfahl daher dem Land und dem KGF darauf hinzuwirken, dass die vom LRH aufgezeigten Potenziale nach entsprechender Bewertung und Abklärung der medizinischen Risiken gehoben werden.

Im Bereich der Hernienoperationen herrschten teilweise unterschiedliche Auffassungen vor, ob höhere Tagesklinikanteile überhaupt erreichbar wären. Der LRH empfahl dem KGF, auch im Hinblick auf die Festlegungen im Kärntner Forcierungsmodell, eine Klärung der teilweise unterschiedlichen medizinischen Standpunkte und Risikoeinschätzungen bei Hernienoperationen herbeizuführen.

Bei der tagesklinischen Durchführung der Paracentese und Adenotomie bestanden sowohl nach Auskunft des KGF als auch der KABEG erhebliche medizinische Bedenken. Die Erzielung eines hohen Tagesklinikanteils für diese Eingriffe erschien daher aus Sicht des LRH in der Praxis schwer möglich.



Abschließend wies der LRH nochmals darauf hin, dass bei allen Überlegungen zu den berechneten Steigerungspotenzialen immer die bestmögliche Versorgung der Patienten im Mittelpunkt stehen muss.

- 19.3 *Der KGF teilte in seiner Stellungnahme mit, dass das Monitoring im Rahmen des Kärntner Forcierungsmodells im Jahr 2017 für das Klinikum Klagenfurt und das LKH Villach eine weitere Zunahme der tagesklinischen Kataraktoperationen gezeigt hätte. Der tagesklinische Anteil wäre nunmehr auf 97% angestiegen.*

Mit April 2018 wäre zudem eine dislozierte Tagesklinik für HNO mit vollem tagesklinischen Spektrum im LKH Villach umgesetzt worden. Eine weitere dislozierte Tagesklinik mit eingeschränktem tagesklinischen HNO-Spektrum würde sich derzeit im KH Spittal/Drau in Umsetzung befinden. Dadurch wäre zukünftig eine Zunahme des tagesklinischen Anteils für den Fachbereich HNO in Kärnten zu erwarten.

Der KGF sagte in seiner Stellungnahme zu, das vom LRH aufgezeigte Steigerungspotenzial im Bereich der tagesklinischen Stoßwellenlithotripsien zu evaluieren.

In Bezug auf das Steigerungspotenzial bei den tagesklinischen Hernienoperationen hätte es laut KGF positive Entwicklungen gegeben. So wäre der Anteil an tagesklinischen Eingriffen im Leistungsbündel Hernien im Jahr 2017 im Klinikum Klagenfurt auf rd. 23% und im KH Elisabethinen auf rd. 30% gestiegen. Die untere Grenze des B-ZV von 15% wäre damit von beiden KH bereits deutlich überschritten worden.

Die medizinische Vertretbarkeit von tagesklinischen Hernienoperationen sah der KGF durch die Leistungsentwicklung in den Krankenanstalten als evident an. Aus diesem Grund hätte der KGF auch entschieden, ab dem Jahr 2018 Zielwerte für Hernienoperationen in das Kärntner Forcierungsmodell aufzunehmen.

Die KABEG wies in ihrer Stellungnahme darauf hin, dass bereits die im Bericht des LRH angegebene tagesklinische Steigerungsrate von 2015 auf 2016 mit rd. 46% deutlich ausgefallen wäre. Auch im Jahr 2017 wäre die Tagesklinikquote, nicht zuletzt durch die Inbetriebnahme der interdisziplinären Tagesklinik im LKH Villach im 2. Quartal 2016, maßgeblich gesteigert worden. Dies dürfte den angeführten Bundesländervergleich weiter merklich positiv beeinflussen. Viele der vom LRH aufgezeigten Potenziale wären aufgrund laufender interner Steuerungsmaßnahmen der KABEG bereits realisiert worden.

- 19.4 Der LRH sah die Erhöhung der Tagesklinikanteile und die Hebung von Steigerungspotenzialen in einzelnen Fachbereichen positiv. Er begrüßte die Klarstellung



des KGF, dass nunmehr auch die tagesklinischen Hernienoperationen in Kärnten als medizinisch vertretbar angesehen und entsprechende Zielwerte definiert werden.

Wartezeiten

Übersicht

Gesetzliche Grundlagen zur Führung von Wartelisten

- 20 (1) Das Regierungsprogramm 2008 bis 2013 der Bundesregierung umfasste Maßnahmen für ein transparentes Wartezeitenmanagement bei Operationen. In weiterer Folge verpflichtete der Bundesgesetzgeber im Rahmen des KAKuG⁷¹ die Landesgesetzgeber für ein transparentes Wartelistenregime im Bereich der Krankenanstaltenträger zu sorgen. Diese hatten Vorsorge zu treffen, das Leistungsangebot für alle Patienten rechtzeitig sicherzustellen.⁷²

Die K-KAO⁷³ regelte, dass ab einer Wartezeit von vier Wochen ein transparentes Wartelistenregime in anonymisierter Form für elektive Operationen geführt werden musste. Dies betraf zumindest die Sonderfächer Augenheilkunde, Orthopädie und Orthopädische Chirurgie sowie Neurochirurgie. Des Weiteren waren Sonderklassepatienten in den geführten Listen ersichtlich zu machen.

Zur Wahrung der Patientenrechte sah die K-KAO⁷⁴ vor, dass neben dem Anmeldezeitpunkt nur medizinische und soziale Gründe für die Wartelisten-Reihung herangezogen werden dürfen.

Allgemeine Situation in den Tageskliniken

- (2) Im Zuge der Prüfung analysierte der LRH die Wartezeiten für tagesklinische Leistungen in den Tageskliniken. Der medizinische Direktor des KH Elisabethinen konnte in seiner Tagesklinik keine bedeutsamen Wartezeiten feststellen. Beispielsweise hätten die Wartezeiten für chirurgische Eingriffe mit saisonalen Schwankungen⁷⁵ zwischen zwei und drei Wochen gelegen. Die Leiter der Tageskliniken des Klinikums Klagenfurt und des LKH Villach wiesen darauf hin, dass es signifikante Wartezeiten lediglich im Bereich der Kataraktoperationen gegeben hätte.

⁷¹ vgl. § 5a Abs. 2 KAGuG, BGBl. I Nr. 1/1957, i.d.g.F.

⁷² Unabhängig von Alter, Geschlecht, Herkunft, Vermögen und Religionszugehörigkeit, Art und Ursache der Erkrankung hätten alle Patienten dieselben Rechte auf eine zweckmäßige und angemessene Versorgung.

⁷³ vgl. § 23 Abs. 2 K-KAO, LGBl. Nr. 26/1999, i.d.g.F.

⁷⁴ vgl. § 23 Abs. 2 K-KAO, LGBl. Nr. 26/1999, i.d.g.F.

⁷⁵ Varizenoperationen werden üblicherweise nicht in den Sommermonaten durchgeführt.



Einem Schreiben des Abteilungsleiters für Augenheilkunde und Optometrie im Klinikum Klagenfurt an den KGF war zu entnehmen, dass es in den letzten zehn Jahren zu einer jährlichen Steigerung von ca. 10% bei den Kataraktoperationen gekommen wäre – nicht zuletzt aufgrund des stetig wachsenden Bevölkerungsanteils der über 80-Jährigen. Aufgrund der zunehmenden visuellen Anforderungen hätte auch jene Patientengruppe zugenommen, die zum Erhalt der Fahrtauglichkeit eine Kataraktoperation benötigte.

Die Ursachen für die langen Wartezeiten sah der Leiter der Tagesklinik des LKH Villach in den hohen Fallzahlen, die schon bei den Voruntersuchungen Engpässe verursacht hätten. Auch die Verfügbarkeit von Chirurgen hätte eine Herausforderung dargestellt.⁷⁶ Aufgrund der langen Wartezeiten wäre durchaus eine Verlagerung von Patienten hin zu Privatkliniken zu beobachten.

Wartelisten für tagesklinische Kataraktoperationen

KRITERIEN FÜR DIE REIHUNG DER PATIENTEN AUF DEN WARTELISTEN

Klinikum Klagenfurt

- 21.1 (1) Die Augenabteilung des Klinikums Klagenfurt führte für die Reihung bei Kataraktoperationen Dringlichkeitskriterien ein, die an der Medizinischen Universität Graz verwendet wurden. Danach erfolgte die Reihung der Patienten in Abstufung der Sehfähigkeit in drei Kategorien:⁷⁷
- Visus 1: Dies entsprach der höchsten Dringlichkeit und trat ein, wenn die Sehfähigkeit von unter 0,1 durch Linsentrübung verursacht wurde. Der Eingriff sollte innerhalb von maximal vier Wochen stattfinden.
 - Visus 2: In diese Kategorie wurden Patienten mit einer Sehfähigkeit von unter 0,3 eingestuft. Zudem wurden Patienten mit einem binocularen Visus von unter 0,5⁷⁸ behandelt, wenn es der Fahrtauglichkeit bzw. Arbeitsfähigkeit diene. Der Eingriff sollte innerhalb von ein bis drei Monaten stattfinden.
 - Visus 3: Es bestand keine Dringlichkeit, wenn keine spezielle Erkrankung des Auges vorlag. In diesem Fall hätte der Abteilungsleiter für

⁷⁶ vereinbarte OP-Tage am Donnerstag und am Freitag mit Fachärzten für Augenheilkunde und Optometrie aus Innsbruck

⁷⁷ Visus bedeutet Sehschärfe

⁷⁸ angewandter Standard in Österreich und der Europäischen Union



Augenheilkunde und Optometrie es als medizinisch vertretbar gesehen, diese Patienten innerhalb von maximal einem Jahr zu operieren.

Zudem räumte die Augenabteilung des Klinikums Klagenfurt Patienten, deren Berufsausübung eine entsprechende Sehfähigkeit und somit Fahrtauglichkeit voraussetzte, eine höhere Priorität bei der OP-Terminvergabe ein.

LKH Villach

(2) Vor jeder Kataraktoperation erfolgte eine entsprechende medizinische Abklärung. Lt. Auskunft des zuständigen Augenfacharztes im LKH Villach hätten die Patienten nach der Überweisung vom niedergelassenen Facharzt in der Augenambulanz angerufen und einen Voruntersuchungstermin vereinbart. Beim Voruntersuchungstermin erfolgten eine Sehstärkeneinstufung, die Prüfung der OP-Tauglichkeit und die Reihung der Patienten für die OP-Termine. Die Patienten wären hierfür auf eine bestehende, mit fortlaufender Nummerierung versehene Reihungsliste für Kataraktoperationen eingetragen und über den festgelegten OP-Termin und den Reihungsplatz informiert worden.

Hätte sich bei der Sehstärkeneinstufung ein Visus von unter 0,1 ergeben, so wäre vom LKH Villach grundsätzlich ein rascherer Operationstermin angestrebt worden. Aufgrund der begrenzten personellen und operativen Kapazitäten wäre jedoch ein Einschub in die bestehende operative Reihungsliste für Kataraktoperationen im LKH Villach nicht möglich gewesen. Solchen dringlichen Patienten wäre empfohlen worden, sich an die Augenabteilung im Klinikum Klagenfurt zu wenden. Gleichzeitig hätte das LKH Villach die Patienten auf eine fortlaufende Ersatzreihungsliste für Kataraktoperationen im LKH Villach genommen. Bei Absage eines Patienten auf der regulären Reihungsliste wäre demnach der erstgereichte Patient auf der Ersatzreihungsliste zum Zug gekommen.

- 21.2 Der LRH kritisierte die im LKH Villach vorgenommene Reihung der Patienten, weil entsprechende medizinische Dringlichkeiten nur unzureichend Einfluss auf die Reihungsliste hatten. Er empfahl daher der KABEG, im LKH Villach eine Reihung nach dem Vorbild der Augenabteilung des Klinikums Klagenfurt zu etablieren.



WARTEZEITENMANAGEMENT

Dokumentation und Stichprobenauswahl

- 22.1 (1) Der LRH erhob im Zuge des Wartezeitenmanagements auch die Dokumentation der Zuweisungs-, Voruntersuchungs- und Behandlungstermine, die für den Patienten maßgeblich waren.

Zudem zog der LRH aus den vom Klinikum Klagenfurt und dem LKH Villach übermittelten Wartelisten jeweils 30 Zufallsstichproben. Anhand der Stichproben sollte festgestellt werden, ob die Patienten auch innerhalb der für die jeweilige Dringlichkeitskategorie vorgegebenen maximalen Wartezeiten operiert wurden. Die Ergebnisse stellte der LRH in den beiden folgenden Abschnitten dar.

LKH Villach

(2) Das LKH Villach führte personenbezogene Listen für Voruntersuchungen und OP-Termine.⁷⁹ Nach einer ersten Analyse der vom LKH Villach übermittelten Listen stellte der LRH fest, dass zwar Voruntersuchungstermine und OP-Termine, jedoch keine Erstkontakt-Daten des Patienten erfasst wurden. Das LKH Villach teilte dem LRH mit, dass ab September 2017 nunmehr auch das Erstkontakt-Datum bei der Terminvergabe dokumentiert werden würde.

Anhand der neuen Terminlisten konnte der LRH nachvollziehen, dass die Wartezeit zwischen Erstkontakt und Voruntersuchungstermin des Patienten ca. drei bis vier Monate betrug. Da die OP-Termine lt. OP-Programm nicht unmittelbar mit den Voruntersuchungsterminen verknüpft waren, war eine konkrete Ermittlung der gesamten Wartezeit⁸⁰ des Patienten für den LRH kaum möglich. Nach Auskunft des zuständigen Augenfacharztes hätte die Wartezeit zwischen Voruntersuchung und OP-Termin weitere vier bis fünf Monate betragen. Somit wäre in Summe eine Wartezeit von ca. acht bis neun Monaten als realistisch einzustufen gewesen.

Durch die übermittelten Stichproben bestätigten sich grundsätzlich die vom LKH Villach angegebenen Wartezeiten. Da es im LKH Villach keine Dringlichkeitskategorien mit vorgegebenen maximalen Wartezeiten gab, konnte der LRH im Rahmen der Stichproben keine weiteren Analysen durchführen.

⁷⁹ Zuständig dafür war eine Mitarbeiterin der Augenambulanz, in der auch die Voruntersuchungen stattfanden.

⁸⁰ Die gesamte Wartezeit ergab sich aus der Wartezeit für die Voruntersuchung und darauffolgende Wartezeit für die OP.



Klinikum Klagenfurt

(3) Nach der Überweisung des niedergelassenen Facharztes war direkt die interdisziplinäre Tagesklinik für die Voruntersuchungen bzw. die Vergabe der Vorberechnungstermine zuständig. Die Terminvergaben erfolgten in Abstimmung mit der Bettenauslastung und den OP-Kapazitäten.

Die interdisziplinäre Tagesklinik führte Aufzeichnungen über Wartezeiten für die Voruntersuchung zu Kataraktoperationen. Wie der LRH feststellen konnte, waren daraus der Zeitpunkt der Terminanlegung⁸¹, die Terminvergabe zur Voruntersuchung sowie Hinweise zum OP-Termin ersichtlich. Hinweise auf Sonderklassepatienten konnte der LRH nicht finden.

Nach Auskunft des Leiters der Tagesklinik im Klinikum Klagenfurt hätte die Wartezeit zwischen dem Voruntersuchungstermin und dem OP-Termin in der Tagesklinik nicht länger als 14 bis maximal 30 Tage betragen. Der Grund dafür wäre die enge zeitliche Abstimmung der Vorberechnungstermine mit den OP- und Tagesklinikkapazitäten gewesen.

Die nachstehende Tabelle zeigt die ermittelten Wartezeiten von der Terminanlegung bis zum geplanten Voruntersuchungstermin im Klinikum Klagenfurt. Die Auswertung erfolgte auf Basis der übermittelten Warteliste zum Stichtag 31. Juli 2017:

Tabelle 16: Wartezeiten Katarakt im Klinikum Klagenfurt (Stichtag 31. Juli 2017)

Wartezeiten Kategorien	Gesamt- wartezeit in Tagen	Patientenfälle Katarakt		durchschn. Wartezeit in Tagen
		Anzahl	in %	
0-30 Tage	1.055	49	1,80	22
31-90 Tage	29.548	449	16,50	66
91-365 Tage	640.184	2.025	74,39	316
> 365 Tage	78.895	199	7,31	396
Gesamt	749.682	2.722	100,00	275

Quelle: Daten des Klinikums Klagenfurt, eigene Darstellung

Die Analyse der übermittelten stichtagsbezogenen Daten zeigte eine durchschnittliche Wartezeit von rd. 275 Tagen (= ca. neun Monate) für Patienten, die sich zum 31. Juli 2017 auf der Warteliste befanden. Die unterschiedlichen Wartezeiten ergaben sich primär aufgrund der Reihung nach medizinischer Dringlichkeit.⁸²

⁸¹ Erfassung der Fax-Anmeldung des niedergelassenen Arztes im Dokumentenmanagementsystem

⁸² siehe TZ 21



Zudem übermittelte das Klinikum Klagenfurt eine Aufstellung über alle im Jahr 2016 durchgeführten Voruntersuchungen zu Kataraktoperationen. Das Detailergebnis der zeitraumbezogenen Auswertung mit den Daten des Jahres 2016 zeigt nachfolgende Tabelle:

Tabelle 17: Wartezeiten Katarakt im Klinikum Klagenfurt (Zeitraum 2016)

Wartezeiten Kategorien	Gesamt-wartezeit in Tagen	Patientenfälle Katarakt*		durchschn. Wartezeit in Tagen
		Anzahl	in %	
0-30 Tage	24.457	1.170	23,87	21
31-90 Tage	104.289	1.950	39,78	53
91-365 Tage	429.646	1.765	36,01	243
> 365 Tage	7.717	17	0,35	454
Gesamt	566.109	4.902	100,00	115
* Patienten, die Voruntersuchungstermin wahrgenommen haben				

Quelle: Daten des Klinikums Klagenfurt, eigene Darstellung

Die durchschnittliche Wartezeit für Patienten, die im Jahr 2016 ihre Voruntersuchung absolvierten betrug rd. 115 Tage (= ca. vier Monate).

Die Unterschiede in den Wartezeiten zwischen der zeitraum- und stichtagsbezogenen Auswertung (siehe Tabelle 16 und Tabelle 17) ergaben sich vor allem durch den jeweiligen Anteil der kurzfristigen, dringlichen Eingriffe. Dieser war in der zeitraumbezogenen Betrachtung höher als in der stichtagsbezogenen.

Die Analyse der vom Klinikum Klagenfurt übermittelten Stichproben ergab, dass in acht von 21 relevanten Fällen⁸³ die Patienten nicht innerhalb der für die jeweilige Dringlichkeitskategorie vorgegebenen maximalen Wartezeiten operiert wurden. Eine Begründung hierfür war für den LRH nicht in allen Fällen ersichtlich.

22.2 Der LRH sah bei den ermittelten durchschnittlichen Wartezeiten Optimierungspotenzial. Der LRH empfahl daher der KABEG insbesondere vor dem Hintergrund weiter steigender Fallzahlen Maßnahmen einzuleiten, um die Wartezeiten im Sinne der Patienten zu reduzieren. Weitere Aussagen und Empfehlungen hierzu können den TZ 34 sowie 39 entnommen werden.

⁸³ Insgesamt forderte der LRH 30 Stichproben an, wobei 9 Fälle vom LRH aus der Grundgesamtheit ausgeschieden wurden. Es handelte sich dabei um Patienten, bei denen die Tagesklinik eine Operation am zweiten Auge durchführte und die aus eigenem Wunsch die Operation verschoben oder nicht wahrgenommen haben. Diese Fälle waren in Bezug auf das vom LRH angestrebte Analyseziel nicht unmittelbar relevant bzw. lagen in Bezug auf die Wartezeit nicht im Einflussbereich des Klinikums Klagenfurt.



Der LRH kritisierte, dass die im LKH Villach geführten Listen keinen transparenten Überblick über die tatsächlichen Wartezeiten von Patienten im Rahmen der Kataraktoperationen ermöglichten. Zudem waren aus den übermittelten Listen des Klinikums Klagenfurt die Sonderklassepatienten nicht ersichtlich. Der LRH empfahl daher der KABEG, für ein transparentes Wartelistenregime nach den Vorgaben der K-KAO zu sorgen. Das könnte insbesondere dadurch geschehen, dass alle wesentlichen Termine und Patienteneinstufungen erfasst und in einer Liste zusammengeführt werden. Bei einer Überschreitung der für die jeweilige Dringlichkeitskategorie vorgegebenen maximalen Wartezeiten sollten zudem die dafür maßgebenden Gründe durchgängig dokumentiert werden.

- 22.3 *Die KABEG verwies in ihrer Stellungnahme darauf, dass die im Klinikum Klagenfurt geführte Warteliste für Kataraktpatienten die Wartezeit von der Fax-Anmeldung durch den niedergelassenen Facharzt bis zum ambulanten Voruntersuchungstermin wiedergegeben hätte. In der Folge wäre erst beim Voruntersuchungstermin festgehalten worden, ob der Patient die Sonderklasse in Anspruch nehmen möchte. Der Sonderklasseanteil wäre zudem geringer als 1% pro Jahr und die Einstufung ausschließlich auf Basis des Visus erfolgt. Einen gesonderten Ausweis der Sonderklassepatienten sah die KABEG daher als nicht sinnvoll bzw. relevant an.*

Darüber hinaus teilte die KABEG in ihrer Stellungnahme mit, dass die Wartezeit für Kataraktoperationen in Kärnten im Vergleich zu anderen Bundesländern etwas höher wäre. Die durchschnittliche Wartezeit von neun Monaten würde sich vor allem durch den hohen Anteil an Visus 3 Patienten (rd. 55%) ergeben. Zudem wäre im Klinikum Klagenfurt bei medizinischer Indikation das zweite Auge innerhalb von zwei Wochen nach der ersten Operation gleich mitversorgt worden, was die Gesamtwartezeit erhöht hätte. Diese Serviceleistung der Abteilung für Augenheilkunde wäre im Sinne der Patienten gewesen, da sich diese dadurch eine weitere Voruntersuchung im Klinikum Klagenfurt erspart hätten. Zudem hätte das Klinikum Klagenfurt damit die Zahl der Voruntersuchungen und die Beanspruchung ambulanter Ressourcen wie beispielsweise die Orthoptik reduzieren können.

In Bezug auf das LKH Villach erläuterte die KABEG in ihrer Stellungnahme, dass die Patienten auf Basis der Voruntersuchung auf eine bestehende, mit fortlaufender Nummerierung versehene Reihungsliste für Kataraktoperationen eingetragen und über den festgelegten OP-Termin und den Reihungsplatz informiert worden wären. Hätte sich bei der Sehstärkeneinstufung ein Visus von unter 0,1 ergeben, so wäre vom LKH Villach grundsätzlich ein rascherer Operationstermin angestrebt worden. Aufgrund der begrenzten personellen und operativen Kapazitäten wäre jedoch ein Einschub in die bestehende operative Reihungsliste für Katarakte im LKH Villach nicht möglich gewesen. Solchen dringlichen Patienten wäre empfohlen worden, sich an die Augenabteilung im Klinikum Klagenfurt zu wenden.



Die KABEG bekräftigte abschließend, dass sie stets bestrebt wäre, Optimierungspotenziale im Rahmen der strukturellen Vorgaben umzusetzen. Bei darüber hinausgehenden Anpassungen wären jedoch die entsprechenden Gremien wie die Leistungsangebotsentwicklung des Landes Kärnten zu befassen oder der RSG weiterzuentwickeln.

- 22.4 Der LRH entgegnete der KABEG, dass § 23 Abs. 2 K-KAO einen Ausweis der der Sonderklasse angehörigen Patienten auf der Warteliste vorsah. Zudem wären die Wartelisten grundsätzlich für die gesamte Wartedauer, d.h. die Zeit zwischen der Faxanmeldung durch den Facharzt und dem Operationstermin zu führen. Der LRH bekräftigte daher seine Empfehlung an die KABEG, für ein transparentes Wartelistenregime Sorge zu tragen.

Grundsätzlich sah der LRH Prozess- und Terminoptimierungen als sinnvoll an, um im Sinne der Patienten unnötige Wartezeiten und Untersuchungstermine zu reduzieren. Trotz der patientenorientierten und ressourcenschonenden Vorgehensweise im Klinikum Klagenfurt sanken jedoch die durchschnittlichen Wartezeiten sowie der generelle Bedarf an Kataraktoperationen nicht. Aufgrund der personell und operativ begrenzten Kapazitäten des LKH Villach hätten zudem Patienten mit dringlichen Kataraktoperationen an das Klinikum Klagenfurt verwiesen werden müssen. Gerade deshalb wären aus Sicht des LRH sowohl im LKH Villach als auch im Klinikum Klagenfurt strukturelle Änderungen im Sinne der Empfehlungen des LRH zu prüfen.



Kostenbetrachtung auf Ebene der Leistungserbringung

Allgemeine Kostenvorteile bei tagesklinischer Leistungserbringung

- 23.1 (1) Eine Auswertung von 1.300 chirurgischen Eingriffen des Jahres 2014 in einem deutschen Zentrum für ambulante Operationen zeigte im Durchschnitt folgende Verteilung auf die einzelnen Kostenarten:

Tabelle 18: Kostenverteilung ambulantes Operieren im Krankenhaus

Kostenart	Anteil in %
Anteil Labor/Pathologie/Radiologie/Sonographie	3,8%
Sonstiges Verbrauchsmaterial	8,4%
Sachkostenpauschale/Implantate	1,3%
Personalkosten Anästhesie	13,8%
Personalkosten OP	28,0%
Personalkosten der Operateure	9,0%
Umlagekosten Krankenhaus	35,7%
Gesamt	100,0%

Quelle: Standl/Lussi, Fachbuch „Ambulantes Operieren in Klinik, Praxis und MVZ“, 3. Auflage, 2016, S. 93

Wie die Tabelle zeigt, waren bei der Kostenermittlung für tagesklinische Leistungen insbesondere die Personalkosten sowie die Umlagekosten des Krankenhauses ausschlaggebend.

Verglich man eine Leistung im tagesklinischen Umfeld mit derselben Leistung im stationären Bereich, konnten sich Kostenunterschiede vor allem im Personalbereich ergeben. Dies unter folgenden Aspekten:

- Einsatz von ausschließlich diplomiertem Pflegepersonal in der Tagesklinik
- reduzierter Personalbedarf bei den Versorgungsleistungen im tagesklinischen Bereich (z.B. Küche, Transport)
- Einsparung von Nacht- und Wochenenddiensten

Wie der LRH feststellen konnte, fiel bei einer verstärkten tagesklinischen Leistungserbringung auch der Bettenbedarf in Summe geringer aus. Bei tagesklinischen Aufenthalten konnte der Platz mehrmals am Tag, in der Regel zweimal, belegt werden.⁸⁴ Bei einer Umwandlung von stationären in tagesklinische Betten wären somit Kostenreduktionen möglich.

⁸⁴ siehe TZ 34 und TZ 40



Ergebnisse bisheriger Kostenanalysen

(2) Wie der LRH feststellen konnte, gab es bereits einige Kostenanalysen und Studien, die sich unter anderem mit den Kostenvorteilen tagesklinischer Leistungserbringung auseinandersetzen.

So untersuchte der Bericht der Gesundheit Österreich GmbH aus dem Jahr 2013 die ökonomischen Auswirkungen einer zunehmenden Verlagerung von Kataraktoperationen vom stationären in den tagesklinischen Bereich.⁸⁵ Dafür berechneten die Experten unter anderem die gewichteten mittleren Kosten einer Kataraktoperation in Österreich, die wie folgt dargestellt wurden:

- 1.512,- EUR bei einem „normalen“ stationären Aufenthalt
- 1.371,- EUR bei einem Nulltagesaufenthalt auf der Station
- 1.073,- EUR bei einer tagesklinischen Leistungserbringung in der eigenen Tagesklinik

Der RH veröffentlichte im Jahr 2011 einen Bericht zur tagesklinischen Leistungserbringung in der Steiermark.⁸⁶ Dieser befasste sich neben dem Status quo der tagesklinischen Strukturen auch mit den Kosten einer tagesklinischen Kataraktoperation. Die Basis für die Berechnung von Durchschnittskosten bildeten die Daten aus zwei Jahren einer dislozierten Augentagesklinik, deren Leistungsgeschehen zu 95% auf Kataraktoperationen entfielen. Auf Basis des Berechnungsmodells ergab sich letztendlich lt. RH ein 50%iger Kostenvorteil einer Kataraktoperation in einer Augenklinik gegenüber einer stationären Leistungserbringung.

Eine Studie des Ludwig Boltzmann Instituts aus dem Jahr 2014 hatte zum Ziel, die Budgetfolgen einer verstärkten tagesklinischen Leistungserbringung für Krankenanstalten und Entscheidungsträger aufzuzeigen.⁸⁷ Dabei analysierten die Projektbeteiligten die Kostendaten von Varizenoperationen⁸⁸, die u.a. von der KABEG zur Verfügung gestellt wurden. Kalkulationen der KABEG-Daten⁸⁹ des Jahres 2013 zeigten, dass im Vergleich eine in einer eigenen Tagesklinik durchgeführte Varizenoperation mit den geringsten Kosten i.H.v. rd. 912,- EUR pro Fall verbunden war. Die kalkulierten Kosten eines stationären Nulltagesaufenthalts betragen

⁸⁵ Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen, Studie zur Verlagerung von Kataraktoperationen in Tageskliniken – Evidenz, Ist-Stand, Budgetauswirkung, Wien 2013

⁸⁶ RH-Bericht Reihe Bund 2011/10 „Tagesklinische Leistungserbringung am Beispiel des Landes Steiermark“

⁸⁷ Kosten tageschirurgischer Leistungen in Österreich: Daten- und Methodenanalyse am Beispiel Varizenoperation, HTA-Projektbericht Nr. 71, Ludwig Boltzmann Institut, Wien 2014

⁸⁸ EK050 – radikale Varizenoperation

⁸⁹ Daten des Klinikums Klagenfurt



rd. 1.062,- EUR pro Fall und waren somit um rd. 150,- EUR bzw. rd. 16,44% höher als in der Tagesklinik.

- 23.2 Alle Analysen zeigten eindeutig die Kostenvorteile der tagesklinischen gegenüber der stationären Leistungserbringung als Nulltagesaufenthalt. Unter diesem Gesichtspunkt empfahl der LRH dem KGF und dem Land Kärnten, die tagesklinischen Strukturen weiter zu forcieren, um die stationären Betten und die medizinischen Strukturkosten in Kärnten in Folge reduzieren zu können.
- 23.3 *Der KGF teilte in seiner Stellungnahme mit, dass der Ausbau tagesklinischer Leistungen im nächsten RSG Berücksichtigung finden würde.*

STANDORTBEZOGENE BETRACHTUNG

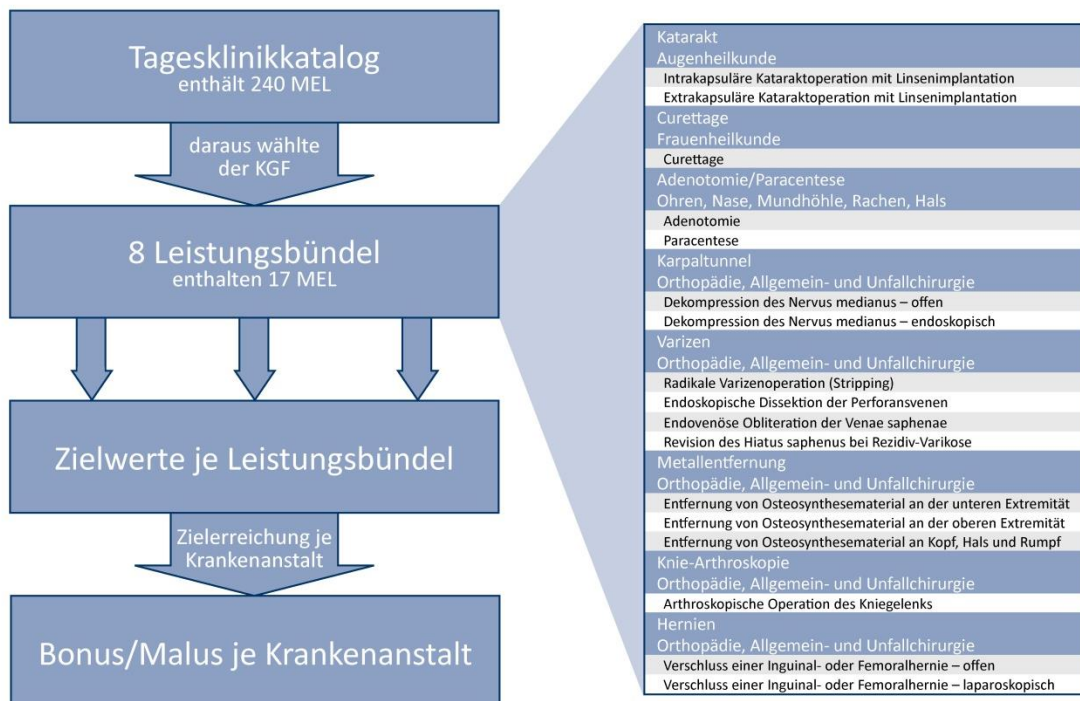
Tagesklinisches Forcierungsmodell für die Fondskrankenanstalten

Modellkomponenten

- 24.1 (1) Um Anreize zur Ausweitung der tagesklinischen Leistungserbringung in den einzelnen Fondskrankenanstalten zu schaffen, beschloss die Kärntner Landeszielsteuerungskommission ein eigenes Kärntner Forcierungsmodell für den tagesklinischen Bereich. Dafür wählte der KGF 17 MEL des 240 MEL umfassenden Tagesklinikcatalogs 2016 aus. Aus diesen 17 MEL bildeten sich acht Leistungsbündel, denen der KGF Zielquoten für den zu erreichenden Anteil tagesklinischer Aufenthalte zuordnete. Sowohl die acht Leistungsbündel als auch die Zielquoten orientierten sich dabei an den Vorgaben des B-ZV.⁹⁰

Die nachfolgende Abbildung zeigt die wesentlichen Komponenten des Kärntner Forcierungsmodells:

Abbildung 1: Komponenten des Kärntner Forcierungsmodells



Quelle: eigene Darstellung

Der KGF berücksichtigte bei der Berechnung der krankenhausspezifischen Tagesklinikanteile pro Leistungsbündel nur Aufenthalte mit einer Dauer von maximal

⁹⁰ siehe unter anderem TZ 11

sieben Tagen. Die vom KGF berechneten Tagesklinikanteile enthielten zudem nur Aufenthalte, die LKF-relevant waren und somit in die Abrechnung einfließen. Das umfasste nur MEL des Tagesklinikcatalogs.⁹¹

Bonus/Malus-System

(2) Von den ursprünglichen acht Leistungsbündeln nahm der KGF jedoch das Leistungsbündel Hernien aufgrund medizinischer Bedenken vom Forcierungsmodell vollständig aus. Zudem forcierte der KGF das Leistungsbündel Kataraktoperation nur am LKH Villach, weil das Klinikum Klagenfurt die Zielquote bereits erfüllte.

Das Erreichen der Zielquoten führte zu LKF-Bonuspunkten, bei Unterschreiten waren Punkteabschläge vorgesehen. Der KGF verrechnete auf der Ebene der Krankenanstalten folgende Zu- und Abschläge:

- Abschlag von 30% bei „Nicht-Erreichen“ der Zielquote
- Abschlag von 10% bei Annäherung⁹² an die Zielquote
- Zuschlag von 10% bei Erreichen der Zielquote

Die Bandbreite des Anteils tagesklinischer Aufenthalte für die Bestimmung der Zu- und Abschläge war je Leistungsbündel unterschiedlich. Die nachfolgende Tabelle zeigt eine Aufstellung der Schwellenwerte für Zu- und Abschläge des Forcierungsmodells:

Tabelle 19: Schwellenwerte für Zu- und Abschläge des Forcierungsmodells

Krankenhaus	LKF-Punkte		Anteil der Zu- bzw. Abschläge in %
	Auswirkungen des Forcierungsmodells	insgesamt 2016*	
Klinikum Klagenfurt	-141.454	259.790.935	-0,05
LKH Villach	+24.621	102.064.999	0,02
LKH Wolfsberg	+119.492	32.222.074	0,37
KH Spittal/Drau	-314.237	31.931.289	-0,98
KH St. Veit/Glan	+45.318	29.180.152	0,16
KH Friesach	+59.805	21.254.528	0,28
KH Elisabethinen Klagenfurt	+128.394	21.052.861	0,61
Summe	-78.061	497.496.838	-0,02

* vorläufiges Datenergebnis für den stationären Bereich gemäß LKF-Zwischenabrechnung 2016

Quelle: Daten des KGF, eigene Darstellung

⁹¹ Die Zählweise berücksichtigte auch eine Kombination der tagesklinischen Aufenthalte mit ambulanten Leistungen. MEL, die in eine leistungsorientierte Diagnosefallgruppe fielen, wurden nicht gezählt.

⁹² Der KGF legte dafür je nach Leistungsbündel individuelle Grenzen für die Verrechnung des 10%igen oder 30%igen Abschlags fest.

Die pauschalen Zu- und Abschläge berechnete der KGF auf Basis der LKF-Punkte aller Aufenthalte des Leistungsbündels.⁹³ Dadurch hatte ein nur geringfügiges Unter- oder Überschreiten der Zielquote die Auswirkung, dass das gesamte Leistungsbündel Zu- oder Abschläge einer Stufe erhielt. Für die Bestimmung des Zu- oder Abschlagssatzes machte es keinen Unterschied, ob die jeweiligen Schwellenwerte knapp oder deutlich über- bzw. unterschritten wurden.

An einem Beispiel des LKH Villach wurden die Schwierigkeiten bei dieser stufenweisen Verrechnung der Zu- und Abschläge deutlich. Im Jahr 2016 verfehlte das LKH Villach die Kärntner Zielquote bei den Kataraktoperationen aufgrund einer einzigen nicht-tagesklinisch erbrachten Leistung. Dies hatte wegen der fixen Stufen des Forcierungsmodells einen Punkteabschlag von rd. 95.000 LKF-Punkten zur Folge. Wäre anstelle eines stationären Aufenthalts ein zusätzlicher tagesklinischer Eingriff durchgeführt worden, hätte ein Zuschlag in etwa derselben Höhe verrechnet werden müssen.

Eine weitere Problematik ergab sich im Zusammenhang mit den Metallentfernungen im Klinikum Klagenfurt. Nach Auskunft des Klinikums Klagenfurt wäre der Zielwert für dieses Leistungsbündel nur schwer zu erreichen gewesen. Da das Klinikum Klagenfurt komplexere Operationen mit größerem Osteosynthesematerial durchgeführt hätte, wären vermehrt stationäre anstelle von tagesklinischen Metallentfernungen notwendig gewesen. Dieser Umstand fand jedoch in den Zielwerten des Forcierungsmodells keinen Niederschlag.

⁹³ Dies umfasste sowohl tagesklinische Aufenthalte als auch Mehrtagesaufenthalte.

Effekte im Bereich der LKF-Punkte

(3) Das vom KGF erarbeitete Kärntner Modell zur Forcierung der tagesklinischen Leistungen brachte in seiner Anwendung unterschiedliche Auswirkungen für die einzelnen Kärntner Krankenhausstandorte mit sich. Die Summe der Zu- und Abschläge bei den tagesklinischen LKF-Punkten in den jeweiligen Krankenhäusern sowie deren Verhältnis zur LKF-Gesamtpunkteanzahl für den stationären Bereich des jeweiligen Krankenhauses zeigt folgende Tabelle:

Tabelle 20: Auswirkungen des Forcierungsmodells

Krankenhaus	LKF-Punkte		Anteil der Zu- bzw. Abschläge in %
	Auswirkungen des Forcierungsmodells	insgesamt 2016*	
Klinikum Klagenfurt	-141.454	259.790.935	-0,05
LKH Villach	+24.621	102.064.999	0,02
LKH Wolfsberg	+119.492	32.222.074	0,37
KH Spittal/Drau	-314.237	31.931.289	-0,98
KH St. Veit/Glan	+45.318	29.180.152	0,16
KH Friesach	+59.805	21.254.528	0,28
KH Elisabethinen Klagenfurt	+128.394	21.052.861	0,61
Summe	-78.061	497.496.838	-0,02

* vorläufiges Datenergebnis für den stationären Bereich gemäß LKF-Zwischenabrechnung 2016

Quelle: Daten des KGF, eigene Darstellung

Wie die obige Tabelle zeigt, lagen die Anteile der Zu- und Abschläge bezogen auf die jeweiligen Gesamtpunkte der Krankenhäuser unter 1%.

Der LRH führte mit allen drei Krankenhausstandorten, die eine organisatorisch eigenständige Tagesklinik betrieben, Gespräche über die jeweiligen Effekte und Anreize des Kärntner Forcierungsmodells. Das Klinikum Klagenfurt, das LKH Villach sowie das KH Elisabethinen Klagenfurt betonten, dass das Forcierungsmodell aufgrund der Höhe der Zu- und Abschläge im Verhältnis zur erwirtschafteten Gesamtzahl an LKF-Punkten einen nur geringen Anreizeffekt gehabt hätte.

- 24.2 Wenngleich der finanzielle Anreizeffekt in den Krankenhäusern eher gering ausfiel, sah der LRH das Kärntner Forcierungsmodell dennoch als positiven Beitrag zur Stärkung der tagesklinischen Leistungserbringung in Kärnten.

Der LRH empfahl jedoch dem KGF, das Modell zu optimieren, indem beispielsweise die für das Modell relevanten Leistungsbündel ausgeweitet und an die Vorgaben des B-ZV 2017 angepasst werden. Insbesondere sollte der Ausschluss des Leistungsbündels Hernien nochmals überdacht werden.

Zudem wäre eine Überarbeitung der Regelungen für die Zu- und Abschläge zu prüfen. Durch die vereinbarten fixen Stufen fehlten aus Sicht des LRH nach Erreichen der Zielquote weitere Anreize. Zu vermeiden wären auch größere LKF-Punkteverschiebungen durch minimale Änderungen zwischen stationärer und tagesklinischer Leistungserbringung. Aus Sicht des LRH könnten anstelle der stufenweisen Verrechnung die jeweilige individuelle Differenz zur Zielquote als Berechnungsgrundlage für die Zu- und Abschläge verwendet werden. Diese Maßnahme würde das Modell nach Ansicht des LRH auch gerechter erscheinen lassen.

- 24.3 *Der KGF betonte in seiner Stellungnahme, dass das Leistungsbündel Hernien bereits in das Kärntner Forcierungsmodell für das Jahr 2018 aufgenommen worden wäre. Er sagte zu, die derzeit geltende Regelung für Zu- und Abschläge im Forcierungsmodell für tagesklinische Leistungen im Hinblick auf Praktikabilität und Effektivität zu überprüfen und gegebenenfalls zu modifizieren.*

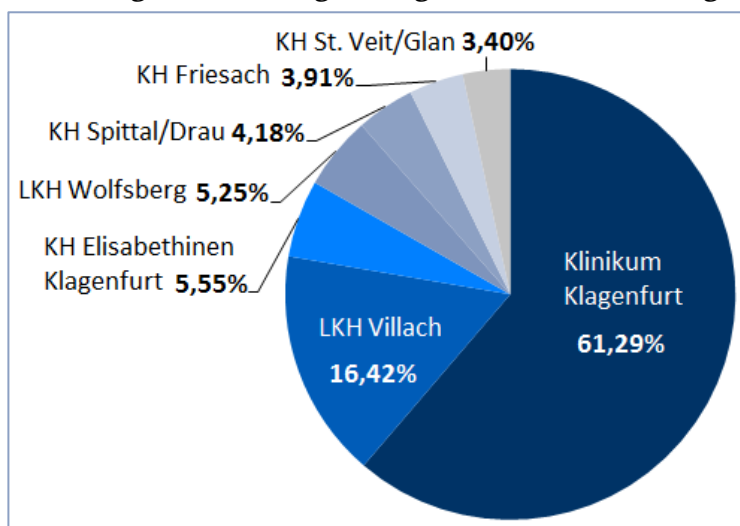
Allgemeines zur Standortanalyse

- 25 In der standortbezogenen Betrachtung stellte der LRH insbesondere die Erreichung der tagesklinischen Zielvorgaben aus dem Kärntner Forcierungsmodell auf Ebene der Fondskrankenanstalten dar. Als Ausgangspunkt dafür dienten dem LRH die Aufenthaltszahlen des Jahres 2016. Die vom KGF übermittelten Daten zur Standortanalyse basierten auf der Zählweise des Kärntner Forcierungsmodells.

Der LRH bezog bei seiner Standortanalyse nicht alle elf Kärntner Fondskrankenanstalten ein, weil einzelne Krankenhäuser, nicht zuletzt aufgrund ihrer medizinischen Fachschwerpunkte, keine oder nur eine sehr geringe tagesklinische Leistungserbringung aufwiesen. Der LRH berücksichtigte daher nur jene Krankenhäuser, in denen tagesklinische Strukturen etabliert und die vom Kärntner Forcierungsmodell betroffen waren.

Die nachfolgende Abbildung zeigt die Verteilung der tagesklinischen Leistungserbringung in Kärntner Krankenanstalten, die der LRH für eine standortbezogene Betrachtung auswählte:

Abbildung 2: Verteilung der tagesklinischen Leistungserbringung in Kärnten



Quelle: Daten des KGF, eigene Darstellung

Alle ausgewählten Krankenanstalten erbrachten Leistungen, die im Tagesklinikcatalog enthalten waren. Nicht berücksichtigte Fondskrankenanstalten, wie beispielsweise das Krankenhaus de la Tour und das KH Waiern, waren auf die Behandlung von Alkohol- und Drogensüchtigen bzw. auf die Akutgeriatrie und Psychosomatik spezialisiert. Die Leistungserbringung fiel somit nicht unter das vom LRH definierte tagesklinische Leistungsspektrum.

Der LRH erweiterte seine Standortanalyse um die Darstellung der an den Standorten vorhandenen interdisziplinären Tageskliniken. Der LRH wählte dabei die interdisziplinäre Tagesklinik des chirurgisch-medizinischen Zentrums im Klinikum Klagenfurt und die Tagesklinik im LKH Villach aus. Diese waren die patientenstärksten Tageskliniken in Kärnten und wurden an diesen Standorten als abgegrenzte tagesklinische Organisationseinheiten geführt. Zudem hatten die beiden Krankenhausstandorte, welche die zwei Tageskliniken betrieben, im Jahr 2016 einen Anteil von rd. 78% an den gesamten tagesklinischen Aufenthalten in Kärnten.

Der LRH betrachtete die Standorte unter der Prämisse der derzeitigen Leistungserbringung in den Krankenanstalten. Eine Verschiebung von Leistungen oder medizinischen Fächern war nicht Gegenstand der Analyse.

Die Ergebnisse der standortbezogenen Analyse werden in den folgenden Abschnitten näher beschrieben und erläutert.

Deutsch Ordens Krankenhaus Friesach

Tagesklinische Zielerreichung

- 26.1 (1) Das KH Friesach hatte im Jahr 2016 einen Anteil von 3,91% an den gesamten tagesklinischen Aufenthalten in Kärnten. Die häufigsten tagesklinischen Eingriffe verteilten sich auf die medizinischen Fachbereiche Allgemein- und Unfallchirurgie.

Die nachfolgende Tabelle zeigt, wie sich die Aufenthalte der tagesklinischen Leistungsbündel im KH Friesach im Jahr 2016 verteilten:

Tabelle 21: Tagesklinische Leistungsbündel am KH Friesach

Tagesklinische Leistungsbündel	Aufenthalte 2016*			Planwert B-ZV	Zielquote Kärnten	Abweichung zur Zielquote in %-Punkte	Bonus/ Malus in %
	Gesamtanzahl	davon tagesklinisch absolut	in %				
Karpaltunnel	152	99	65,13	65-90	70	-4,87	-10
Katarakt	-	-	-	70-90	80	-	-
Varizen	538	200	37,17	30-60	30	+7,17	+10
Adenotomie/Paracentese	-	-	-	40-60	40	-	-
Curettag	-	-	-	50-70	50	-	-
Metallentfernung	108	26	24,07	40-60	50	-25,93	-30
Knie-Arthroskopie	162	80	49,38	30-80	40	+9,38	+10
Sonstige Aufenthalte	916	108	11,79	-	-	-	-
Summe	1.876	513	27,35				

* Aufenthalte mit MEL des Tagesklinikatalogs ohne Langzeitaufenthalte über 7 Tagen

Quelle: Daten des KGF, eigene Darstellung

Wie die obige Tabelle zeigt, erreichte das KH Friesach mit 513 tagesklinischen Aufenthalten in zwei von vier relevanten Leistungsbündeln die vorgegebenen Kärntner Zielquoten. Besonders auffällig war der relativ niedrige Tagesklinikanteil im Bereich der Metallentfernungen mit rd. 24%, der die Zielquote von 50% verfehlte. Auch im Bereich der Varizen bewegte sich der Tagesklinikanteil mit rd. 37% eher im unteren Bereich der B-ZV Bandbreite. Knie-Arthroskopien hingegen waren mit rd. 49% um rd. 9 %-Punkten über der Zielquote.

Wie der LRH feststellen konnte, erbrachte das KH Friesach im Jahr 2012 bereits tagesklinische Leistungen. Diese Leistungen konnten bis 2016 deutlich gesteigert werden.

Auswirkungen des Kärntner Forcierungsmodells

(2) Die Anwendung des Kärntner Forcierungsmodells für den tagesklinischen Bereich führte zu entsprechenden Auswirkungen bei den Einnahmen der Krankenanstalt. Folgende Tabelle gibt Auskunft über die Zu- und Abschläge bei den LKF-Punkten in den einzelnen Leistungsbündeln:

Tabelle 22: Zu- und Abschläge bei den LKF-Punkten im KH Friesach

Tagesklinische Leistungsbündel	LKF-Punkte				
	Gesamt ursprünglich	davon tagesklinisch	Bonus/Malus		Gesamt abgerechnet
			absolut	in %	
Karpaltunnel	168.477	93.258	-16.848	-10	151.629
Katarakt	-	-	-	-	-
Varizen	1.054.422	387.046	+105.442	+10	1.159.864
Adenotomie/Paracentese	-	-	-	-	-
Curettage	-	-	-	-	-
Metallentfernung	184.024	42.724	-55.207	-30	128.817
Knie-Arthroskopie	264.176	129.578	+26.418	+10	290.594
Summe	1.671.099	652.606	+59.805		1.730.904

Quelle: Daten des KGF, eigene Darstellung

Die deutliche Verfehlung des Zielwerts im Leistungsbündel Metallentfernung führte zu entsprechenden LKF-Punkteabschlägen i.H.v. 55.207. Bei dem Leistungsbündel Varizen hatte das KH Friesach die zweithöchsten Fallzahlen in Kärnten und bekam durch das Übertreffen der Zielquote einen LKF-Punktezuschlag von 105.442 Punkten. In Summe hatte das KH Friesach 59.805 LKF-Punkte als Zuschlag im Jahr 2016 vorzuweisen.

Organisatorische Besonderheiten

(3) Im KH Friesach war lt. RSG 2020 eine interdisziplinäre Tagesklinik für die Bereiche Chirurgie und Unfallchirurgie/Orthopädie vorgesehen, die als dislozierte Tagesklinik in Kooperation mit dem Klinikum Klagenfurt geführt werden sollte. Im Endausbau sollten die stationären Betten in diesen Fachbereichen reduziert und im Gegenzug tages- und wochenklinische Betten aufgebaut werden. Nach Auskunft des KGF hätte jedoch das KH Friesach die Reorganisation im Bereich der Chirurgie noch nicht umgesetzt.

- 26.2 Der LRH kritisierte die unzureichende Entwicklung im Bereich der tagesklinischen Leistungserbringung im KH Friesach. Es bestand zumindest in zwei Leistungsbündeln entsprechendes Steigerungspotenzial. Der LRH empfahl daher dem KGF und dem Land Kärnten darauf hinzuwirken, dass das KH Friesach seine Anstrengungen bei der Etablierung tagesklinischer Strukturen intensiviert. Der LRH verwies in diesem Zusammenhang auch auf seine Ausführungen und Empfehlungen in Bezug auf die RSG-Umsetzung in TZ 14.

- 26.3 *Der KGF teilte in seiner Stellungnahme mit, dass das KH Friesach zwischenzeitlich nachweisliche Anstrengungen zum Ausbau tagesklinischer Leistungen unternommen hätte. Steigerungen wären insbesondere beim Leistungsbündel Metallentfernungen festzustellen gewesen. So hätte sich der Tagesklinikanteil von 24,07% im Jahr 2016 auf 36,25 % im Jahr 2017 erhöht.*
- 26.4 Für den LRH war die Entwicklung im Bereich des Leistungsbündels Metallentfernungen ein Schritt in die richtige Richtung. Dennoch konnte der tagesklinische Zielwert aus dem Kärntner Forcierungsmodell von 50% auch im Jahr 2017 nicht erreicht werden. Der LRH sah daher weiterhin einen Aufholbedarf bei der Etablierung tagesklinischer Strukturen.

LKH Wolfsberg

Tagesklinische Zielerreichung

- 27.1 (1) Das LKH Wolfsberg hatte im Jahr 2016 einen Anteil von 5,25% an der gesamten tagesklinischen Leistungserbringung in Kärnten. Aufgrund der im LKH Wolfsberg angesiedelten medizinischen Fachbereiche verteilten sich die häufigsten tagesklinischen Eingriffe auf die Bereiche Allgemein- und Unfallchirurgie sowie Gynäkologie.

Die nachfolgende Tabelle zeigt, in welchem Umfang das LKH Wolfsberg Aufenthalte der tagesklinischen Leistungsbündel im Jahr 2016 verzeichnete:

Tabelle 23: Tagesklinische Leistungsbündel am LKH Wolfsberg

Tagesklinische Leistungsbündel	Aufenthalte 2016*			Planwert B-ZV	Zielquote Kärnten	Abweichung zur Zielquote in %-Punkte	Bonus/ Malus in %
	Gesamtanzahl	davon tagesklinisch					
		absolut	in %	in %			
Karpaltunnel	114	109	95,61	65-90	70	+25,61	+10
Katarakt	-	-	-	70-90	80	-	-
Varizen	185	102	55,14	30-60	30	+25,14	+10
Adenotomie/Paracentese	-	-	-	40-60	40	-	-
Curettage	249	145	58,23	50-70	50	+8,23	+10
Metallentfernung	109	73	66,97	40-60	50	+16,97	+10
Knie-Arthroskopie	124	58	46,77	30-80	40	+6,77	+10
Sonstige Aufenthalte	1.813	202	11,14	-	-	-	-
Summe	2.594	689	26,56				

* Aufenthalte mit MEL des Tagesklinikatalogs ohne Langzeitaufenthalte über 7 Tagen

Quelle: Daten des KGF, eigene Darstellung

Das LKH Wolfsberg erreichte mit insgesamt 689 tagesklinischen Aufenthalten in allen relevanten Leistungsbündeln die vorgegebenen Plan- bzw. Zielwerte. Besonders hohe Tagesklinikanteile erzielte es mit rd. 96% bei den Karpaltunneloperationen und mit rd. 67% bei den Metallentfernungen, was kärntenweit der Höchstwert 2016 war. Beim

Leistungsbündel Varizen zeigte sich ein ähnlich gutes Bild, weil der Tagesklinikanteil rd. 25 %-Punkte über der Kärntner Zielquote und im oberen Bereich der Bandbreite des B-ZV lag. Im Bereich der Knie-Arthroskopien belegte das LKH Wolfsberg mit rd. 47% Tagesklinikanteil in Kärnten den dritten Rang.

Festzuhalten war, dass das LKH Wolfsberg im Jahr 2012 bei den ausgewiesenen Leistungsbündeln noch keine tagesklinischen Leistungen erbrachte. Dementsprechend ergaben sich im Vergleich zum Jahr 2016 in allen Bereichen hohe Steigerungsraten.

Auswirkungen des Kärntner Forcierungsmodells

(2) Die Anwendung des Kärntner Forcierungsmodells für den tagesklinischen Bereich hatte Auswirkungen auf die LKF-Punkte. Folgende Tabelle gibt Auskunft über die Zu- und Abschläge bei den LKF-Punkten in den einzelnen Leistungsbündeln:

Tabelle 24: Zu- und Abschläge bei den LKF-Punkten im LKH Wolfsberg

Tagesklinische Leistungsbündel	LKF-Punkte				Gesamt abgerechnet
	Gesamt ursprünglich	davon tagesklinisch	Bonus/Malus		
			absolut	in %	
Karpaltunnel	107.388	102.678	+10.739	+10	118.127
Katarakt	-	-	-	-	-
Varizen	370.906	203.090	+37.091	+10	407.997
Adenotomie/Paracentese	-	-	-	-	-
Curettage	335.092	168.071	+33.509	+10	368.601
Metallentfernung	175.075	118.089	+17.508	+10	192.583
Knie-Arthroskopie	206.454	93.398	+20.645	+10	227.099
Summe	1.194.915	685.326	+119.492		1.314.407

Quelle: Daten des KGF, eigene Darstellung

In Summe erbrachten die tagesklinischen Leistungen einen Zuschlag von 119.492 LKF-Punkten. Dieser setzte sich über alle relevanten Leistungsbündel hinweg zusammen.

Organisatorische Besonderheiten

(3) Das LKH Wolfsberg schaffte die Strukturen für die tagesklinische Leistungserbringung im Rahmen der Implementierung der Wochenklinik. Die Versorgung der tagesklinischen Patienten erfolgte daher im Rahmen der Wochenklinik.

Für das LKH Wolfsberg war nach Auskunft der KABEG die Errichtung einer in sich geschlossenen, organisatorisch abgegrenzten tagesklinischen Einheit nicht vorgesehen. Die Einheit wäre zu klein gewesen, um wirtschaftlich arbeiten zu können. Die Integration der tagesklinischen Leistungserbringung in die Wochenklinik hätte sich sowohl organisatorisch als auch wirtschaftlich als sinnvolle Lösung erwiesen. Die Betten

der Station könnten sowohl von tagesklinischen als auch von kurz liegenden Patienten belegt werden. Die Betreuung der tagesklinischen Patienten wäre auch außerhalb der Normalöffnungszeiten einer tagesklinischen Station gewährleistet gewesen. Zudem müssten tagesklinisch geplante Patienten, falls eine Verweildauerverlängerung aus medizinischen Gründen notwendig wäre, nicht verlegt werden, sondern könnten auf der Station verbleiben.

- 27.2 Der LRH sah die Entwicklung des LKH Wolfsberg im tagesklinischen Bereich positiv. Die Vorgehensweise, die tagesklinische Versorgung im Rahmen der Wochenklinik sicherzustellen, war für den LRH aufgrund der bisherigen Fallzahlen nachvollziehbar.

Krankenhaus Spittal/Drau

Tagesklinische Zielerreichung

- 28.1 (1) Das KH Spittal/Drau hatte im Jahr 2016 einen Anteil von 4,18% an der gesamten tagesklinischen Leistungserbringung in Kärnten. Die häufigsten tagesklinischen Eingriffe verteilten sich auf die medizinischen Fachbereiche Allgemein- und Unfallchirurgie sowie Gynäkologie.

Die nachfolgende Tabelle zeigt, wie sich die Aufenthalte der tagesklinischen Leistungsbündel im KH Spittal/Drau im Jahr 2016 verteilen:

Tabelle 25: Tagesklinische Leistungsbündel am KH Spittal/Drau

Tagesklinische Leistungsbündel	Aufenthalte 2016*			Planwert B-ZV	Zielquote Kärnten	Abweichung zur Zielquote in %-Punkte	Bonus/ Malus in %
	Gesamtanzahl	davon tagesklinisch					
		absolut	in %	in %			
Karpaltunnel	182	129	70,88	65-90	70	+0,88	+10
Katarakt	-	-	-	70-90	80	-	-
Varizen	239	78	32,64	30-60	30	+2,64	+10
Adenotomie/Paracentese	30	3	10,00	40-60	40	-30,00	-30
Curettagen	283	89	31,45	50-70	50	-18,55	-10
Metallentfernung	192	74	38,54	40-60	50	-11,46	-10
Knie-Arthroskopie	605	72	11,90	30-80	40	-28,10	-30
Sonstige Aufenthalte	2.722	103	3,78	-	-	-	-
Summe	4.253	548	12,89				

* Aufenthalte mit MEL des Tagesklinikatalogs ohne Langzeitaufenthalte über 7 Tagen

Quelle: Daten des KGF, eigene Darstellung

Wie aus der Tabelle ersichtlich, erreichte das KH Spittal/Drau mit in Summe 548 tagesklinischen Aufenthalten in zwei von sechs relevanten Leistungsbündeln die vorgegebenen Plan- bzw. Zielwerte. Besonders auffällig war der vergleichsweise niedrige Tagesklinikanteil im Bereich der Knie-Arthroskopien mit rd. 12% und der Curettagen

mit rd. 31%. Hier belegte das KH Spittal/Drau mit seinen Tagesklinikanteilen kärntenweit die letzten Plätze. Die Tagesklinikanteile im Leistungsbündel Adenotomie/Paracentese waren aufgrund medizinischer Bedenken im KH Spittal/Drau wie auch in ganz Kärnten deutlich unter den Vorgaben des B-ZV sowie des Kärntner Forcierungsmodells.

Wie der LRH feststellen konnte, erbrachte das KH Spittal/Drau im Jahr 2012 noch keine tagesklinischen Leistungen.

Auswirkungen des Kärntner Forcierungsmodells

(2) Die Anwendung des Kärntner Forcierungsmodells für den tagesklinischen Bereich führte zu entsprechenden Auswirkungen bei den Einnahmen der Krankenanstalt. Folgende Tabelle gibt Auskunft über die Zu- und Abschläge bei den LKF-Punkten in den einzelnen Leistungsbündeln:

Tabelle 26: Zu- und Abschläge bei den LKF-Punkten im KH Spittal/Drau

Tagesklinische Leistungsbündel	LKF-Punkte				
	Gesamt ursprünglich	davon tagesklinisch	Bonus/Malus		Gesamt abgerechnet
			absolut	in %	
Karpaltunnel	177.457	123.068	+17.746	+10	195.203
Katarakt	-	-	-	-	-
Varizen	473.841	151.012	+47.384	+10	521.225
Adenotomie/Paracentese	35.720	3.060	-10.716	-30	25.004
Curettage	368.724	105.861	-36.872	-10	331.852
Metallentfernung	315.171	114.339	-31.517	-10	283.654
Knie-Arthroskopie	1.000.908	115.704	-300.272	-30	700.636
Summe	2.371.821	613.044	-314.247		2.057.574

Quelle: Daten des KGF, eigene Darstellung

Die deutliche Verfehlung des Zielwerts im Leistungsbündel Knie-Arthroskopie führte zu entsprechenden LKF-Punkteabschlägen i.H.v. 300.272. In Summe waren im KH Spittal/Drau mit 314.237 Punkten, die meisten Abschläge im Forcierungsmodell im Vergleich zu den anderen ausgewählten Fondskrankenanstalten zu verzeichnen.

- 28.2 Der LRH kritisierte die unzureichende Entwicklung im Bereich der tagesklinischen Leistungserbringung im KH Spittal/Drau. Es bestand in allen Leistungsbündeln entsprechendes Steigerungspotenzial im Hinblick auf die beschlossenen Kärntner Zielquoten. Der LRH empfahl daher dem KGF und dem Land Kärnten darauf hinzuwirken, dass das KH Spittal/Drau seine Anstrengungen bei der Etablierung tagesklinischer Strukturen deutlich intensiviert. Der LRH verwies in diesem Zusammenhang auch auf seine Ausführungen und Empfehlungen in Bezug auf die RSG-Umsetzung in TZ 14.

- 28.3 *Der KGF teilte dem LRH in seiner Stellungnahme mit, dass mit Beschluss der Landes-Zielsteuerungskommission vom Dezember 2017 eine dislozierte Tagesklinik HNO mit eingeschränktem tagesklinischen Leistungsspektrum im KH Spittal/Drau geschaffen werden soll. Zudem würden laufend Vertragsverhandlungen mit dem KH Spittal/Drau geführt.*

Deutliche Steigerungen der tagesklinischen Fallzahlen wären bereits im Jahr 2017 ersichtlich gewesen. Im Leistungsbündel Curettagen hätte der Tagesklinikanteil 50%, im Leistungsbündel Metallentfernung 64,66% und im Leistungsbündel Knie-Arthroskopie 44,93% betragen.

- 28.4 Der LRH sah in den vom KGF dargelegten Tagesklinikanteilen für das Jahr 2017 eine positive Entwicklung im KH Spittal/Drau. Die Bemühungen zum Ausbau der tagesklinischen Strukturen sollten dennoch weiterhin aufrechterhalten werden.

Krankenhaus Barmherzige Brüder St. Veit/Glan

Tagesklinische Zielerreichung

- 29.1 (1) Das KH Barmherzige Brüder St. Veit/Glan hatte im Jahr 2016 einen Anteil von 3,4% an der gesamten tagesklinischen Leistungserbringung in Kärnten. Die häufigsten tagesklinischen Eingriffe verteilten sich auf die medizinischen Fachbereiche Allgemein- und Unfallchirurgie sowie Gynäkologie.

Die nachfolgende Tabelle zeigt, in welchem Umfang das KH St. Veit/Glan Aufenthalte der tagesklinischen Leistungsbündel im Jahr 2016 verzeichnete:

Tabelle 27: Tagesklinische Leistungsbündel am KH St. Veit/Glan

Tagesklinische Leistungsbündel	Aufenthalte 2016*			Planwert B-ZV	Zielquote Kärnten in %	Abweichung zur Zielquote in %-Punkte	Bonus/ Malus in %
	Gesamtanzahl	davon tagesklinisch absolut	in %				
Karpaltunnel	28	24	85,71	65-90	70	+15,71	+10
Katarakt	-	-	-	70-90	80	-	-
Varizen	43	12	27,91	30-60	30	-2,09	-10
Adenotomie/Paracentese	4	0	0,00	40-60	40	-40,00	-30
Curettage	334	203	60,78	50-70	50	+10,78	+10
Metallentfernung	7	4	57,14	40-60	50	+7,14	+10
Knie-Arthroskopie	29	13	44,83	30-80	40	+4,83	+10
Sonstige Aufenthalte	2.286	190	8,31	-	-	-	-
Summe	2.731	446	16,33				

* Aufenthalte mit MEL des Tagesklinikatalogs ohne Langzeitaufenthalte über 7 Tagen

Quelle: Daten des KGF, eigene Darstellung

Mit Ausnahme des Leistungsbündels Curettage wies das KH St. Veit/Glan geringe Fallzahlen auf. Beim volumenstarken Leistungsbündel Curettage war der Tagesklinikanteil der zweithöchste unter den Kärntner Krankenanstalten. In den

Leistungsbündeln Varizen und Adenotomie/Paracentese erreichte das KH St. Veit/Glan die Kärntner Zielquote nicht.

Wie der LRH feststellen konnte, erbrachte das KH St. Veit/Glan im Jahr 2012 bereits teilweise tagesklinische Leistungen. Die Anzahl tagesklinisch erbrachter Leistungen konnte bis 2016 deutlich gesteigert werden.

Auswirkungen des Kärntner Forcierungsmodells

(2) Die Anwendung des Kärntner Forcierungsmodells für den tagesklinischen Bereich hatte Auswirkungen auf die LKF-Punkte. Folgende Tabelle gibt Auskunft über die Zu- und Abschläge bei den LKF-Punkten in den einzelnen Leistungsbündeln:

Tabelle 28: Zu- und Abschläge bei den LKF-Punkten im KH St. Veit/Glan

Tagesklinische Leistungsbündel	LKF-Punkte				Gesamt abgerechnet
	Gesamt ursprünglich	davon tagesklinisch	Bonus/Malus		
			absolut	in %	
Karpaltunnel	27.233	22.608	+2.723	+10	29.956
Katarakt	-	-	-	-	-
Varizen	88.733	22.992	-8.873	-10	79.860
Adenotomie/Paracentese	4.682	0	-1.405	-30	3.277
Curettage	469.539	238.703	+46.954	+10	516.493
Metallentfernung	11.838	6.680	+1.184	+10	13.022
Knie-Arthroskopie	47.348	20.891	+4.735	+10	52.083
Summe	649.373	311.874	+45.318		694.691

Quelle: Daten des KGF, eigene Darstellung

In Summe konnte das KH St. Veit/Glan im Jahr 2016 einen LKF-Punktezuschlag von 45.318 vorweisen. Punkteabzüge bei den Leistungsbündeln Varizen und Adenotomie/Paracentese schmälerten die Summe des LKF-Punktezuschlages geringfügig.

- 29.2 Wenngleich im Rahmen der Auswertungen Optimierungspotenziale sichtbar wurden, sah der LRH die Entwicklung im Bereich der tagesklinischen Leistungserbringung im KH St. Veit/Glan grundsätzlich positiv.

Krankenhaus Elisabethinen Klagenfurt

Tagesklinische Zielerreichung

- 30.1 (1) Das KH Elisabethinen Klagenfurt hatte im Jahr 2016 einen Anteil von 5,55% an der gesamten tagesklinischen Leistungserbringung in Kärnten. Die häufigsten tagesklinischen Eingriffe verteilten sich auf die medizinischen Fachbereiche Allgemein- und Unfallchirurgie.

Die nachfolgende Tabelle zeigt, wie sich die Aufenthalte der tagesklinischen Leistungsbündel im KH Elisabethinen Klagenfurt im Jahr 2016 verteilten:

Tabelle 29: Tagesklinische Leistungsbündel am KH Elisabethinen Klagenfurt

Tagesklinische Leistungsbündel	Aufenthalte 2016*			Planwert B-ZV	Zielquote Kärnten	Abweichung zur Zielquote in %-Punkte	Bonus/ Malus in %
	Gesamtanzahl	davon tagesklinisch					
		absolut	in %	in %			
Karpaltunnel	67	42	62,69	65-90	70	-7,31	-10
Katarakt	-	-	-	70-90	80	-	-
Varizen	560	317	56,61	30-60	30	+26,61	+10
Adenotomie/Paracentese	-	-	-	40-60	40	-	-
Curettag	-	-	-	50-70	50	-	-
Metallentfernung	40	19	47,50	40-60	50	-2,50	-10
Knie-Arthroskopie	185	109	58,92	30-80	40	+18,92	+10
Sonstige Aufenthalte	1.037	241	23,24	-	-	-	-
Summe	1.889	728	38,54				

* Aufenthalte mit MEL des Tagesklinikkatalogs ohne Langzeitaufenthalte über 7 Tagen

Quelle: Daten des KGF, eigene Darstellung

Wie aus der Tabelle ersichtlich, erreichte das KH Elisabethinen Klagenfurt mit insgesamt 728 tagesklinischen Aufenthalten in zwei der vier relevanten Leistungsbündel die vorgegebene Zielquote. Das KH Elisabethinen Klagenfurt hatte 2016 die höchsten Fallzahlen an Varizenoperationen in Kärnten. Darüber hinaus lagen die Leistungsbündel Varizenoperation und Knie-Arthroskopie deutlich über der Kärntner Zielquote. Karpaltunneloperationen und Metallentfernungen hatten verhältnismäßig geringere Fallzahlen und lagen knapp unter der Zielquote.

Das KH Elisabethinen Klagenfurt erbrachte im Jahr 2012 bereits tagesklinische Leistungen, jedoch in geringem Umfang. Diese Leistungen konnten bis 2016 deutlich gesteigert werden.

Auswirkungen des Kärntner Forcierungsmodells

(2) Die Anwendung des Kärntner Forcierungsmodells für den tagesklinischen Bereich hatte Auswirkungen auf die LKF-Punkte der Krankenanstalt. Folgende Tabelle gibt Auskunft über die Zu- und Abschläge in den einzelnen Leistungsbündeln:

Tabelle 30: Zu- und Abschläge bei den LKF-Punkten im KH Elisabethinen

Tagesklinische Leistungsbündel	LKF-Punkte				Gesamt abgerechnet
	Gesamt ursprünglich	davon tagesklinisch	Bonus/Malus		
			absolut	in %	
Karpaltunnel	70.551	40.612	-7.055	-10	63.496
Katarakt	-	-	-	-	-
Varizen	1.108.352	613.379	+110.835	+10	1.219.187
Adenotomie/Paracentese	-	-	-	-	-
Curettage	-	-	-	-	-
Metallentfernung	72.498	31.104	-7.250	-10	65.248
Knie-Arthroskopie	318.643	175.355	+31.864	+10	350.507
Summe	1.570.044	860.450	+128.394		1.698.438

Quelle: Daten des KGF, eigene Darstellung

Hohe Fallzahlen und eine erfüllte Zielquote bei Varizenoperationen hatten einen LKF-Punktezuschlag von 110.835 zur Folge. Durch einen weiteren Punktezuschlag bei Knie-Arthroskopien sowie geringfügige Punkteabschläge bei Metallentfernungen und Karpaltunneloperationen konnte der Punktezuschlag im Jahr 2016 auf 128.394 LKF-Punkte weiter gesteigert werden.

Organisatorische Besonderheiten

(3) Das KH Elisabethinen Klagenfurt eröffnete am 22. Jänner 2016 eine interdisziplinäre Tagesklinik in Kooperation mit dem KH St. Veit/Glan, was den Anteil tagesklinisch erbrachter Leistungen deutlich steigerte. Die eigene Organisationseinheit erbrachte rd. 84%⁹⁴ der 2016 tagesklinisch erbrachten MEL am KH Elisabethinen Klagenfurt. Die Schaffung tagesklinischer Betten in der Tagesklinik ging einher mit der im RSG vorgesehenen Reduktion von Betten der Chirurgie.⁹⁵

- 30.2 Der LRH sah die Entwicklung des KH Elisabethinen Klagenfurt im tagesklinischen Bereich positiv. Hervorzuheben war zudem die Schwerpunktsetzung bei Varizenoperationen, die neben hohen Fallzahlen auch eine deutlich über dem Zielwert liegende Tagesklinikquote hatte.

⁹⁴ Die Tagesklinik ging am 22. Jänner 2016 in Betrieb. Folglich handelte es sich um die Betrachtung eines Rumpffjahres.

⁹⁵ siehe dazu TZ 14

Der LRH merkte dennoch an, dass in den Leistungsbündeln Karpaltunnel und Metallentfernungen noch Steigerungspotenzial in Bezug auf die Tagesklinikquote vorhanden war und empfahl dem KGF und dem Land darauf hinzuwirken, dass dieses Potenzial ausgeschöpft wird.

- 30.3 *Aus der Stellungnahme des KGF war zu entnehmen, dass das KH Elisabethinen für das Jahr 2017 im Leistungsbündel Karpaltunnel einen Tagesklinikanteil von 71,23% ausgewiesen und damit über der Kärntner Zielquote von 70% gelegen hätte. Im Leistungsbündel Metallentfernungen wäre ebenfalls im Jahr 2017 ein über der Zielquote liegender Tagesklinikanteil von 66,67% erreicht worden.*
- 30.4 Der LRH hob positiv hervor, dass die noch im Jahr 2016 vorhandenen Steigerungspotenziale in den Leistungsbündel Karpaltunnel und Metallentfernungen gehoben werden konnten.

LKH Villach

Entwicklung der Leistungszahlen

Tagesklinische Zielerreichung

- 31.1 (1) Das LKH Villach hatte mit 16,42% nach dem Klinikum Klagenfurt den zweithöchsten Anteil an der gesamten tagesklinischen Leistungserbringung in Kärnten. Aufgrund der im LKH Villach angesiedelten medizinischen Fachbereiche verteilten sich die häufigsten tagesklinischen Eingriffe auf die Fächer Augenheilkunde, Gynäkologie sowie Allgemein- und Unfallchirurgie.

Die nachfolgende Tabelle zeigt, in welchem Umfang das LKH Villach Aufenthalte der tagesklinischen Leistungsbündel im Jahr 2016 verzeichnete:

Tabelle 31: Tagesklinische Leistungsbündel am LKH Villach

Tagesklinische Leistungsbündel	Aufenthalte 2016*		Planwert B-ZV	Zielquote Kärnten	Abweichung zur Zielquote	Bonus/Malus	
	Gesamtanzahl	davon tagesklinisch					
		absolut	in %	in %	in %-Punkte	in %	
Karpaltunnel	199	185	92,96	65-90	70	+22,96	+10
Katarakt	805	643	79,88	70-90	80	-0,12	-10
Varizen	120	28	23,33	30-60	30	-6,67	-10
Adenotomie/Paracentese	112	1	0,89	40-60	40	-39,11	-30
Curettage	447	296	66,22	50-70	50	+16,22	+10
Metallentfernung	194	100	51,55	40-60	50	+1,55	+10
Knie-Arthroskopie	399	174	43,61	30-80	40	+3,61	+10
Sonstige Aufenthalte	5.815	727	12,50	-	-	-	-
Summe	8.091	2.154	26,62				

* Aufenthalte mit MEL des Tageskliniklogs ohne Langzeitaufenthalte über 7 Tagen

Quelle: Daten des KGF, eigene Darstellung

Im Jahr 2016 zeigte das LKH Villach mit insgesamt 2.154 tagesklinischen Aufenthalten die meisten tagesklinischen Aufenthalte bei Kataraktoperationen, verfehlte jedoch mit 79,88% den Zielwert des Kärntner Forcierungsmodells knapp. Beim Leistungsbündel Varizen hatte das LKH Villach nach dem Klinikum Klagenfurt mit einem tagesklinischen Anteil von rd. 23% den zweitniedrigsten Anteil. Im Leistungsbündel Adenotomie/Paracentese war bei 112 Gesamtaufenthalten lediglich ein tagesklinischer Aufenthalt zu verzeichnen, was zu einem deutlichen Unterschreiten der Kärntner Zielquote führte.

Den höchsten tagesklinischen Anteil konnte das LKH Villach mit rd. 93% beim Leistungsbündel Karpaltunnel erreichen. Dieser Anteil stellte kärntenweit den zweithöchsten Wert dar und übertraf damit die vorgegebene Zielquote für Kärnten deutlich (+22,96 %-Punkte). Ebenfalls über den vorgegebenen Kärntner Zielwerten lagen die Leistungsbündel Curettage⁹⁶ und Knie-Arthroskopie.

Im Jahr 2012 erbrachte das LKH Villach bei den ausgewiesenen Leistungsbündeln bereits tagesklinische Leistungen bei Karpaltunneloperationen, Curettagen und Metallentfernungen. Deutliche Steigerungen bis zum Jahr 2016 gingen zum Teil mit der Einführung der interdisziplinären Tagesklinik einher.

Auswirkungen des Kärntner Forcierungsmodells

(2) Die Anwendung des Kärntner Forcierungsmodells für den tagesklinischen Bereich hatte Auswirkungen auf die LKF-Punkte des LKH Villach. Folgende Tabelle gibt Auskunft über die Zu- und Abschläge in den einzelnen Leistungsbündeln:

Tabelle 32: Zu- und Abschläge bei den LKF-Punkten im LKH Villach

Tagesklinische Leistungsbündel	LKF-Punkte				
	Gesamt ursprünglich	davon tagesklinisch	Bonus/Malus		Gesamt abgerechnet
			absolut	in %	
Karpaltunnel	196.374	177.400	+19.637	+10	216.011
Katarakt	951.195	759.711	-95.119	-10	856.076
Varizen	235.964	54.288	-23.596	-10	212.368
Adenotomie/Paracentese	141.800	932	-42.540	-30	99.260
Curettage	640.762	361.220	+64.076	+10	704.838
Metallentfernung	332.921	155.711	+33.292	+10	366.213
Knie-Arthroskopie	688.712	281.337	+68.871	+10	757.583
Summe	3.187.728	1.790.599	+24.621		3.212.349

Quelle: Daten des KGF, eigene Darstellung

⁹⁶ Das LKH Villach hatte den höchsten Wert in Kärnten.

Im Jahr 2016 erreichte das LKH Villach insgesamt rd. 102 Mio. LKF-Punkte.⁹⁷ Der KGF rechnete für die tagesklinische Leistungserbringung im Rahmen der Leistungsbündel in Summe rd. 1,79 Mio. LKF-Punkte ab. Das Bonus/Malus-System ergab für das Jahr 2016 insgesamt einen Zuschlag von 24.621 LKF-Punkten. Den höchsten Bonus erzielte das LKH Villach beim Leistungsbündel Knie-Arthroskopie mit 68.871 LKF-Punkten.

Organisatorische Besonderheiten

(3) Das LKH Villach richtete im April 2016 erstmalig eine interdisziplinäre Tagesklinik für die Fächer Augenheilkunde, Allgemein Chirurgie, HNO, Orthopädie, Unfallchirurgie, Urologie und Gynäkologie ein.⁹⁸ Als Grundlage dafür diente der RSG 2020 mit seiner zentralen Zielsetzung, den Tagesklinikanteil zu erhöhen. Konkret sah dieser für das LKH Villach eine dislozierte Tagesklinik für die Fachbereiche Augenheilkunde, HNO und Urologie vor. Demnach wären die genannten Fächer in verpflichtender Anbindung an die fachgleiche Mutterabteilung des Klinikums Klagenfurt zu führen. Nach Auskunft des LKH Villach wäre eine engere Kooperation in diesen Fächern mit dem Klinikum Klagenfurt geplant. Gespräche mit den einzelnen Fachabteilungen⁹⁹ des Klinikums Klagenfurt hätten bereits stattgefunden, jedoch wären noch keine Verträge abgeschlossen worden.¹⁰⁰

Eine weitere Kooperation bestand zwischen dem LKH Villach und der Sonderkrankenanstalt (SKA) Orthopädie in Villach Warmbad.¹⁰¹ Mit den im Vertrag vereinbarten Regelungen erfolgte eine Zusammenlegung der bisherigen Fachrichtungen¹⁰² zum Fach Orthopädie und Traumatologie. Demnach war die SKA Orthopädie für konservative orthopädische Heilbehandlungen¹⁰³ und das LKH Villach für operative Heilbehandlungen¹⁰⁴ zuständig. Die operativen Leistungen im LKH Villach führte das ärztliche Fachpersonal der SKA Orthopädie durch.¹⁰⁵ Der Vertrag sah als Anlaufstelle der orthopädischen Fußambulanz die SKA Orthopädie vor. Eingriffe der gesamten Vorfußchirurgie¹⁰⁶ waren ausschließlich tagesklinisch im

⁹⁷ siehe TZ 24

⁹⁸ nähere Ausführungen siehe TZ 24

⁹⁹ Augenheilkunde und HNO

¹⁰⁰ Eine Vertragsschablone befand sich in Ausarbeitung.

¹⁰¹ Die Kooperation basierte auf einem achtjährigen Vertrag vom 18. Dezember 2015 zwischen der KABEG und der Warmbader Krankenanstalten GmbH. Hiefür waren 70 stationäre Betten und drei tagesklinische Betten für die Orthopädie und Traumatologie in der SKA Orthopädie vorgesehen.

¹⁰² Orthopädie, Orthopädische Chirurgie und Unfallchirurgie

¹⁰³ Die postoperativen Vor- und Nachbehandlungen erfolgten in den orthopädischen Ambulanzen bzw. konservativen Stationen.

¹⁰⁴ tagesklinische und unfallchirurgische Eingriffe

¹⁰⁵ Neuregelung im Vertrag hinsichtlich der konsiliarärztlichen Versorgung im LKH Villach

¹⁰⁶ z.B. Hallux

LKH Villach durchzuführen und die Nachsorge wiederum in der SKA Orthopädie. Unfallchirurgische Leistungen erfolgten nach wie vor im LKH Villach.

- 31.2 Der LRH sah durch die Etablierung der interdisziplinären Tagesklinik eine positive Entwicklung der tagesklinischen Leistungserbringung im LKH Villach. Damit einhergehend konnten die Tagesklinikanteile deutlich gesteigert werden. Ausgehend von den Aufenthaltszahlen des Jahres 2016 wären nach Ansicht des LRH jedoch insbesondere in den Bereichen Augenheilkunde und Varizenoperationen noch höhere Tagesklinikanteile zu erreichen. Der LRH empfahl der KABEG daher, die Steigerungspotenziale auszuschöpfen.

Der LRH kritisierte, dass die von der KABEG geplante engere Kooperation zwischen dem Klinikum Klagenfurt und dem LKH Villach für die Fachbereiche Augenheilkunde, HNO und Urologie bislang nicht vertraglich fixiert und umgesetzt wurde. Er empfahl daher der KABEG eine rasche vertragliche Fixierung und zügige Umsetzung der angestrebten Kooperationen zwischen dem Klinikum Klagenfurt und dem LKH Villach. Insbesondere wären im Hinblick auf die Zusammenarbeit im Fachbereich der Augenheilkunde die Operateure aus Innsbruck durch jene des Klinikums Klagenfurt zu ersetzen. Dabei sollten auch Überlegungen zur mittelfristigen Ausrichtung des Klinikums Klagenfurt im Fachbereich der Augenheilkunde einfließen. Dies sollte insbesondere in Abstimmung mit zukünftigen Kapazitätsüberlegungen im Klinikum Klagenfurt geschehen. Hierzu verwies der LRH insbesondere auf seine Ausführungen zum Klinikum Klagenfurt in TZ 39.

- 31.3 *Die KABEG führte in ihrer Stellungnahme aus, dass sie den LRH bereits während seiner Prüfung auf die Inbetriebnahme der interdisziplinären Tagesklinik im LKH Villach im 2. Quartal 2016 hingewiesen hätte. Die Jahresauswertungen 2016 hätten daher nur eine eingeschränkte Aussagekraft für die zukünftige Entwicklung. Bereits im 2. Halbjahr 2016 wären beispielsweise die Varizen zu 50% und die Kataraktoperationen zu 100% tagesklinisch durchgeführt worden.*

Die Kooperation betreffend die Fachbereiche HNO und Urologie wäre im 1. Quartal 2018 vertraglich vereinbart worden. Die weitere Entwicklung im Fachbereich Augenheilkunde wäre Gegenstand mittelfristiger Überlegungen. Die Optimierung der Versorgung mit Leistungen der Augenheilkunde würde nach Maßgabe der in der KABEG verfügbaren Fachärzte für Augenheilkunde und verfügbaren Ausbildungsstellen erfolgen.

- 31.4 Dem LRH war durchaus bewusst, dass die Tagesklinik im LKH Villach erst im 2. Quartal 2016 eingerichtet wurde und es sich daher um ein Rumpffahr handelte. Die Analyse der tagesklinischen Leistungen im Prüfungszeitraum 2012 bis 2016 zeigte

jedoch, dass es im LKH Villach Steigerungspotenziale gab und mit der tagesklinischen Umsetzung erst spät begonnen wurde. Der LRH würdigte, dass die tagesklinischen Leistungen im LKH Villach im 1. Quartal 2017 eine weiterhin steigende Tendenz aufwiesen.

Der LRH begrüßte, dass es eine vertragliche Fixierung der Kooperation im Fachbereich HNO und Urologie im Februar 2018 gab. In diesem Zusammenhang merkte er jedoch an, dass in weiterer Folge auch für den Bereich der Augenheilkunde eine rasche KABEG-interne Kooperation herbeizuführen wäre.

Interdisziplinäre Tagesklinik

ÜBERSICHT

Öffnungszeiten und räumliche Situation

- 32.1 (1) Die Tagesklinik befand sich im 7. Stock des LKH Villach mit Untersuchungs- und Besprechungsräumen zur Voruntersuchung sowie sechs Patientenzimmern mit jeweils drei Betten. Ein weiteres Patientenzimmer mit einem Bett war für Sonderklassepatienten vorgesehen. In Summe hatte die Tagesklinik somit 19 Betten.

Die Tagesklinik war von Montag bis Freitag von 6:45 bis 18:00 Uhr geöffnet, wobei die Patientenaufnahme um 7:00 Uhr begann. Das ärztliche Personal war von 7:00 bis 15:00 Uhr vor Ort. Patienten, die bis 18:00 Uhr nicht entlassen werden konnten, kamen auf die Station der jeweiligen Fachabteilung.

Nach Auskunft des LKH Villach wäre mit dem Standort im 7. Obergeschoß der Tagesklinik ein geringer Adaptierungsaufwand verbunden gewesen. Dennoch wäre eine Übersiedlung in das Erdgeschoß in naher Zukunft vorgesehen, um einen direkten und kürzeren Patientenzugang zur Tagesklinik zu gewährleisten und Mehrfachbelegungen leichter durchzuführen.

Personal

- (2) Das Fachpersonal gliederte sich in medizinische, pflegerische und administrative Mitarbeiter sowie sonstige Dienste. Da der ärztliche Dienst¹⁰⁷ den jeweiligen Abteilungen zuzuordnen war, beschäftigte die Tagesklinik 5,09 Vollzeitäquivalente (VZÄ).

¹⁰⁷ 0,91 VZÄ

Die medizinische Leitung übernahm der Leiter der Abteilung für Anästhesiologie und Intensivmedizin. Mit Ausnahme der Kataraktoperationen führten fast ausschließlich Ärzte des LKH Villach die operativen Eingriffe durch. Bei den Kataraktoperationen bediente sich das LKH Villach Konsiliarärzten aus Innsbruck, die an festgelegten Wochentagen¹⁰⁸ operierten.

In der Pflege handelte es sich zur Gänze um diplomiertes Personal. Insgesamt wären nach Auskunft des LKH Villach im Pflegebereich rd. neun Stellen durch die Etablierung der Tagesklinik abgebaut worden.

Das LKH Villach sah durch die kurze Verweildauer und die damit einhergehenden hohen Patientenfrequenzen stärkere Anforderungen bei den administrativen Tätigkeiten.

- 32.2 Der LRH sah durch die Einführung der interdisziplinären Tagesklinik Kostendämpfungseffekte beim Pflegepersonal und beim laufenden Betrieb. Diese waren unter anderem auf die Reduktion der Nacht- und Wochenenddienste zurückzuführen. Der LRH verwies hierbei auf seine Kostenbetrachtung in TZ 23.

LEISTUNGSSPEKTRUM

Bedeutung der interdisziplinären Tagesklinik

- 33 (1) Für die gesamte tagesklinische Leistungserbringung im LKH Villach war die mit April 2016 eingerichtete Tagesklinik von besonderer Bedeutung. Denn die Tagesklinik hatte im Jahr 2016 einen Anteil von rd. 98% an der tagesklinischen Leistungserbringung. Die Leistungszahlen in der Tagesklinik hätten sich im 1. Halbjahr 2017 hätte nach Auskunft des LKH Villach deutlich nach oben entwickelt.

Leistungsangebot und -potenziale

- (2) Die interdisziplinäre Tagesklinik führte v.a. Eingriffe im Bereich Katarakte, Curettagen, Karpaltunnel sowie Knie-Arthroskopien durch.

Bei den arthroskopischen Operationen am Kniegelenk erfolgten rd. 43,61%¹⁰⁹ der Aufenthalte tagesklinisch. Dabei wurden alle Operationen im Rahmen der interdisziplinären Tagesklinik ausgeführt. Nach Auskunft des Leiters der interdisziplinären Tagesklinik handelte es sich dabei um verhältnismäßig kleine Eingriffe, bei welchen eine tagesklinische Versorgung möglich gewesen wäre. Bei schmerzintensiveren Operationen wie beispielsweise einer Meniskusnaht sei ein

¹⁰⁸ Mittwoch, Donnerstag und Freitag sowie in zwei Intensivwochen im August

¹⁰⁹ Von den insgesamt 399 Aufenthalten auf der Station fanden bei 174 Aufenthalten tagesklinische Eingriffe statt, was einem Anteil von 43,61% entsprach.

tagesklinischer Aufenthalt aufgrund in der Regel auftretender starker Schmerzen kaum möglich. Eine geeignete Schmerztherapie könnte in solchen Fällen nur stationär erfolgen.

Fast 90% der Eingriffe bei den Ringbandsplastiken erbrachte das LKH Villach im Jahr 2016 tagesklinisch, davon 100% in der Tagesklinik. Ähnliches galt für die Metallentfernungen. Hier erbrachte das LKH Villach allerdings nur rd. die Hälfte aller Eingriffe tagesklinisch.

Aufgrund medizinischer Bedenken führte das LKH Villach keine tagesklinischen Hernienoperationen durch.¹¹⁰ Tagesklinische Eingriffe auf diesem Gebiet hätten nach Ansicht des Leiters der Tagesklinik eine Herausforderung dargestellt. Dennoch hatte das LKH Villach im Herbst 2017 eine Testphase für die tagesklinische Operation von Leistenhernien geplant. Neue technische Möglichkeiten in der Regionalanästhesie hätten dies möglich machen sollen.

Im Bereich der Adenotomie/Paracentese wies das LKH Villach nur einen einzigen Eingriff tagesklinisch auf. Der Leiter der Tagesklinik teilte dazu mit, dass die Nachblutungsgefahr bei diesen Eingriffen sehr hoch gewesen wäre. Das LKH Villach hätte daher von tagesklinischen Eingriffen abgesehen.¹¹¹

BETTENBELEGUNG UND OP-PLANUNG

Allgemeines

- 34.1 (1) Die insgesamt 19 verfügbaren Betten in der Tagesklinik waren einzelnen Fachdisziplinen zugeordnet. Die Bettenbelegung in der interdisziplinären Tagesklinik erfolgte über ein Bettendispositionssystem, auf das auch die medizinischen Fachabteilungen zugreifen konnten. Parallel zur Terminvergabe für Operationen in den Ambulanzen buchte das administrative Personal je nach Disziplin ein Bett für den Patienten über das Bettendispositionssystem.

Grundsätzlich ging das LKH Villach davon aus, dass ein Bett pro Tag doppelt belegt werden konnte. Die Belagsdauer war vor allem von der Nachbetreuung des Patienten nach dem Eingriff abhängig. Die Nachbetreuungszeit richtete sich unter anderem nach der Art der Narkose beim Eingriff:

- Allgemeinnarkose sechs Stunden

¹¹⁰ Auf die Risiken der Nachblutungsgefahr und starken Schmerzen, die unter anderem im Review Prozess zur Tageschirurgie des Ludwig Boltzman Instituts im Jahr 2012 dargelegt wurden, ging der LRH insbesondere in TZ 19 ein.

¹¹¹ Auf diese Problematik wurde bereits im Kapitel Tagesklinische Leistungen nach medizinischen Fachrichtungen – HNO, TZ 19 hingewiesen.

- Regionalanästhesie vier Stunden
- Lokalanästhesie mit kurzer Sedierung zwei Stunden

Die Art des Eingriffs und die präoperative Vorbereitungszeit waren zusätzliche Faktoren für die Dauer der Belegung.

Die Operationen fanden in den OP-Sälen des LKH Villach statt und waren mit den Abteilungen koordiniert, um eine optimale OP-Auslastung zu erreichen. Der Leiter der interdisziplinären Tagesklinik teilte dazu mit, dass es bislang ausreichend OP-Kapazitäten gegeben und die Zusammenarbeit gut funktioniert hätte. Mit der Übersiedelung der interdisziplinären Tagesklinik in das Erdgeschoß des Gebäudes wären eigens der Tagesklinik zugeordnete OP-Säle vorgesehen.

Bettenbelegung am Beispiel Kataraktoperationen

(2) Die Kataraktoperationen stellten die häufigsten tagesklinischen Leistungen im LKH Villach dar. Sie fanden zur Gänze in der interdisziplinären Tagesklinik statt. Konsiliarärzte aus Innsbruck führten jede Woche am Donnerstag und am Freitag die Kataraktoperationen durch.¹¹² Somit ergaben sich beispielsweise im Oktober und November 2016 an den genannten Wochentagen neun bis zwölf Eingriffe pro Tag.

Der LRH stellte fest, dass im Oktober und November 2016 in der interdisziplinären Tagesklinik an Tagen mit Kataraktoperationen fast alle verfügbaren Betten mit je einem Patienten belegt waren. Dies entsprach bei der Möglichkeit einer Doppelbelegung in etwa einer 50%igen Auslastung. Im August gab es zudem zwei Intensivwochen, an denen die Ärzte Katarakte von Montag bis Freitag täglich operierten.

Durch die steigende Zahl von Kataraktoperationen¹¹³ führte die interdisziplinäre Tagesklinik ab Jänner 2017 einen weiteren OP-Tag pro Monat ein. Sollte der Bedarf weiterhin steigen, wären nach Ansicht des Leiters der Tagesklinik mit den derzeitigen Strukturen Zweifachbelegungen möglich. Nach seinen Berechnungen könnte mit den bestehenden Öffnungszeiten der Tagesklinik ein Bett auch mit drei Katarakt-Patienten pro Tag belegt werden. Voraussetzung dafür wären jedoch weitere Pflegekräfte und optimierte Ablaufprozesse bei der Ein- und Ausschleusung der Patienten aus dem OP-Saal unter der Annahme, dass keine Komplikationen auftreten.

¹¹² Die KABEG übermittelte hierzu eine Vereinbarung zwischen dem Direktorium LKH Villach und einer Fachärztin für Augenheilkunde und Optometrie vom 25. April 2008. Diese Vereinbarung trat mit 1. Juli 2007 in Kraft und war vorläufig bis 31. Dezember 2008 befristet gewesen.

¹¹³ Wartezeiten siehe TZ 22

Eine darüber hinausgehende Ausweitung der Kapazitäten würde nach Informationen des Leiters der Tagesklinik Probleme nach sich ziehen. Eine mögliche Betriebszeitenverlängerung der Tagesklinik hätte Auswirkungen auf die Betriebsvereinbarungen einzelner Berufsgruppen. Des Weiteren wären auch mehr Augenoperateure erforderlich, bei denen jedoch Engpässe zu erwarten wären. Es würde daher aus seiner Sicht mehr Sinn machen, an auslastungsschwachen Tagen zusätzliche Kataraktoperationen durchzuführen, anstatt an gut ausgelasteten Tagen eine Dreifachbelegung anzustreben.

- 34.2 Aus Sicht des LRH deutete die Bettenbelegung darauf hin, dass trotz steigender Leistungszahlen in der Tagesklinik des LKH Villach ausreichende Bettenkapazitäten vorhanden waren. Er empfahl der KABEG, freie Kapazitäten zu nutzen und damit die Auslastung zu optimieren.
- 34.3 *Die KABEG unterstrich in ihrer Stellungnahme, dass sich die interdisziplinäre Tagesklinik im Jahr 2016 erst in der Anfangsphase befunden hätte und die Auslastung kontinuierlich gesteigert werden würde. Im LKH Villach würde die optimale Nutzung tagesklinischer Strukturen angestrebt. In diesem Zusammenhang wären die Umstrukturierungsmaßnahmen im LKH Villach zu berücksichtigen.*

NACHBETREUUNG

Nachbetreuung und Entlassung

- 35.1 (1) Der ÖSG 2012 sah für Tageskliniken zur Sicherstellung des Behandlungserfolgs eine verpflichtende Nachbetreuung der Patienten vor. Die Nachbetreuung erfolgte unmittelbar nach dem Eingriff in der Tagesklinik. Je nach Eingriff und Anästhesie war die Dauer der Nachbetreuung unterschiedlich. Damit dies innerhalb der Öffnungszeiten geschehen konnte, kam es zur entsprechenden Anpassung der OP-Termine. War eine Entlassung des Patienten am gleichen Tag nicht möglich, nahm die interdisziplinäre Tagesklinik Kontakt mit der jeweiligen Fachabteilung auf und verlegte den Patienten auf die Station.

Bei der Entlassung aus der Tagesklinik beurteilte das zuständige Pflegepersonal den Gesundheitszustand anhand eines standardisierten Erhebungsbogens. Konnte der Patient entlassen werden, so vermerkte das zuständige Pflegepersonal die Entlassung im Krankenhausinformationssystem und händigte dem Patienten eine Aufenthaltsbestätigung aus. Des Weiteren bekam der Patient alle notwendigen

Informationen¹¹⁴ über die erforderliche Nachbehandlung sowie Wiederbestellungstermine und, wenn erforderlich, Rezepte für Medikamente. Die Heimreise des Patienten organisierte die interdisziplinäre Tagesklinik, indem sie die Patienten in die Obhut einer Begleitperson entließ.¹¹⁵

Am Tag nach dem Eingriff rief eine diplomierte Pflegekraft den Patienten an und erfragte anhand eines Leitfadens und Fragenkatalogs seinen Gesundheitszustand. Der Leiter der Tagesklinik betonte, dass dies vor allem aufschlussreiche Erfahrungswerte im Hinblick auf die Schmerzmedikation gebracht hätte. Gesundheitsrisiken hätten auch im Zusammenhang mit tagesklinischen Eingriffen damit weiter reduziert werden können.

Patientenzufriedenheit

(2) Zur Evaluierung der Patientenzufriedenheit befragte die Tagesklinik alle operierten Patienten. Der Fragebogen enthielt Einschätzungen über die Betreuung¹¹⁶ und Angaben zur Weiterempfehlung der Tagesklinik. So ergaben beispielsweise die Befragungsergebnisse für Dezember 2016 und Jänner 2017 eine Patientenzufriedenheit zwischen 96% und 100%.¹¹⁷

Zusammenarbeit mit dem niedergelassenen Bereich

(3) Weitere Behandlungen erfolgten nach dem tagesklinischen Aufenthalt über den niedergelassenen Bereich, wobei insbesondere Augenoperationen und Knie-Arthroskopien von Fachärzten, Metallentfernungen jedoch eher von praktischen Ärzten nachversorgt wurden. Für Herbst 2017 plante das Team der Tagesklinik eine Veranstaltung, bei der alle wichtigen zuweisenden Ärzte aus dem niedergelassenen Bereich eingeladen werden sollten. Ziel dieser Maßnahme war eine Optimierung der Zusammenarbeit. Auch eine Medienkampagne zur Tagesklinik mit entsprechenden Berichten in Funk- und Printmedien war in Planung. Zusätzlich strebte das LKH Villach an, die Patienten mittels Informationsbroschüren über das tagesklinische Angebot zu informieren.

- 35.2 Die positiven Befragungsergebnisse spiegelten nach Ansicht des LRH das Bemühen des LKH Villach im Rahmen der postoperativen Beobachtung bzw. Nachbetreuung der Patienten wieder. Der LRH begrüßte zudem die von der Tagesklinik unternommenen Anstrengungen zur Verbesserung der Zusammenarbeit mit dem niedergelassenen Bereich.

¹¹⁴ z.B. Kontaktdaten der jeweiligen Fachabteilung als Ansprechpartner für Fragen bei Komplikationen und auftretenden Schmerzen nach der Entlassung

¹¹⁵ meist durch Angehörige oder Verwandte

¹¹⁶ vor, während und nach der Betreuung

¹¹⁷ Grundgesamtheit 398 Patienten, Rücklaufquote 24,4%

Klinikum Klagenfurt am Wörthersee

Entwicklung der Leistungszahlen

Tagesklinische Zielerreichung

- 36.1 (1) Das Klinikum Klagenfurt war mit einem Anteil von 61,29% die Krankenanstalt mit dem meisten tagesklinischen Leistungsgeschehen in Kärnten. Die häufigsten tagesklinischen Eingriffe¹¹⁸ fanden in den Bereichen Augenheilkunde und Optometrie, Allgemein- und Unfallchirurgie sowie Gynäkologie statt.

Die nachfolgende Tabelle zeigt, in welchem Umfang das Klinikum Klagenfurt Aufenthalte der tagesklinischen Leistungsbündel im Jahr 2016 verzeichnete:

Tabelle 33: Tagesklinische Leistungsbündel am Klinikum Klagenfurt

Tagesklinische Leistungsbündel	Aufenthalte 2016*			Planwert B-ZV	Zielquote Kärnten	Abweichung zur Zielquote in %-Punkte	Bonus/ Malus in %
	Gesamtanzahl	davon tagesklinisch					
		absolut	in %	in %			
Karpaltunnel	210	164	78,10	65-90	70	+8,10	+10
Katarakt**	5.193	4.913	94,61	70-90	80	-	-
Varizen	11	0	0,00	30-60	30	-30,00	-30
Adenotomie/Paracentese	672	157	23,36	40-60	40	-16,64	-10
Curettagage	546	318	58,24	50-70	50	+8,24	+10
Metallentfernung	256	42	16,41	40-60	50	-33,59	-30
Knie-Arthroskopie	192	59	30,73	30-80	40	-9,27	-10
Sonstige Aufenthalte	13.852	2.387	17,23	-	-	-	-
Summe	20.932	8.040	38,41				

* Aufenthalte mit MEL des Tagesklinikatalogs ohne Langzeitaufenthalte über 7 Tagen
 ** vom Forcierungsmodell ausgenommen, daher keine Abweichung ermittelt

Quelle: Daten des KGF, eigene Darstellung

Im Jahr 2016 verzeichnete das Klinikum Klagenfurt in Summe 8.040 tagesklinische Aufenthalte und erzielte in drei von sieben relevanten Leistungsbündeln die Kärntner Zielwerte. Dabei konnten speziell bei Katarakt- mit rd. 95% und Karpaltunneloperationen mit rd. 78% hohe Tagesklinikanteile erreicht werden, die weit über den Kärntner Zielquoten lagen. Hingegen war bei den Varizenoperationen kein einziger tagesklinischer Aufenthalt zu verzeichnen.

Im Leistungsbündel Adenotomie/Paracentese war die Anzahl der tagesklinischen Aufenthalte im Vergleich zu den Ziel- und Planvorgaben auf Grund medizinischer Risikoauslegungen der HNO-Abteilung des Klinikums Klagenfurt sehr verhalten.¹¹⁹ Das Klinikum Klagenfurt verfehlte damit die Kärntner Zielquote um rd. 17 %-Punkte. Im

¹¹⁸ tagesklinische Eingriffe auf MEL-Ebene

¹¹⁹ siehe dazu TZ 19

Vergleich zu den übrigen Kärntner Krankenanstalten¹²⁰ erreichte das Klinikum Klagenfurt mit rd. 23% dennoch mit Abstand den höchsten Wert.

Im Leistungsbündel Metallentfernung lag das Klinikum Klagenfurt im kärntenweiten Vergleich mit rd. 16% auf dem letzten Platz und verfehlte somit auch die festgelegte Kärntner Zielquote i.H.v. 50% deutlich. Nach Auskunft des Klinikums Klagenfurt wäre diesbezüglich zu berücksichtigen gewesen, dass das Klinikum auch komplexe Traumafälle mit großem Osteosynthese-Material behandelt hätte. Eine Entfernung dieses großen Materials wäre jedoch in der Folge nicht tagesklinisch möglich gewesen.

Im Klinikum Klagenfurt erhöhte sich der tagesklinische Anteil im Leistungsbündel Knie-Arthroskopie in den letzten Jahren zwar leicht, dennoch belegte es im Jahr 2016 in diesem Bereich mit rd. 30% den vorletzten Platz in Kärnten.

Das Varizenaufkommen war im Klinikum Klagenfurt mit elf Aufenthalten minimal. Kärntenweit war es die einzige Fondskrankenanstalt, die keine tagesklinischen Varizenoperationen durchführte. Nach Auskunft des Klinikums Klagenfurt hätte es als Schwerpunktkrankenhaus primär seinem Versorgungsauftrag nachzukommen und sich auf die 24-Stunden-Versorgung der arteriellen Gefäßchirurgie bzw. auf komplexere Eingriffe zu konzentrieren. Varizenoperationen wären somit den anderen Krankenanstalten, insbesondere dem KH Elisabethinen in Klagenfurt, überlassen worden.

Die größten Steigerungen des tagesklinischen Anteils waren beim Leistungsbündel Curettagen zu beobachten. Das Klinikum Klagenfurt lag diesbezüglich mit rd. 58% über der Kärntner Zielquote und im Kärntner Vergleich der Fondskrankenanstalten an dritter Stelle.

¹²⁰ Neben dem Klinikum Klagenfurt führten nur das LKH Villach (0,89%) und das KH Spittal (10%) tagesklinische Eingriffe im Bereich Adenotomie/Paracentese durch.

Auswirkungen des Kärntner Forcierungsmodells

(2) Die im Zuge des Kärntner Forcierungsmodells festgelegten Zielquoten für tagesklinische Leistungen hatten Auswirkungen auf die Einnahmen des Klinikums Klagenfurt. Die folgende Tabelle veranschaulicht diese Zu- und Abschläge bei den LKF-Punkten in den jeweiligen Leistungsbündeln:

Tabelle 34: Zu- und Abschläge bei den LKF-Punkten im Klinikum Klagenfurt

Tagesklinische Leistungsbündel	LKF-Punkte				
	Gesamt ursprünglich	davon tagesklinisch	Bonus/Malus		Gesamt abgerechnet
			absolut	in %	
Karpaltunnel	208.048	154.488	+20.805	+10	228.853
Katarakt*	6.168.306	5.807.820	-	-	6.168.306
Varizen	21.922	0	-6.577	-30	15.345
Adenotomie/Paracentese	782.905	161.724	-78.290	-10	704.615
Curettage	796.566	393.698	+79.657	+10	876.223
Metallentfernung	419.030	65.108	-125.709	-30	293.321
Knie-Arthroskopie	313.403	94.813	-31.340	-10	282.063
Summe	8.710.180	6.677.651	-141.454		8.568.726

* vom Forcierungsmodell ausgenommen

Quelle: Daten des KGF, eigene Darstellung

Das Klinikum Klagenfurt erzielte im Jahr 2016 in Summe rd. 260 Mio. LKF-Punkte.¹²¹ Für die tagesklinische Leistungserbringung im Rahmen der Leistungsbündel rechnete der KGF insgesamt rd. 6,69 Mio. LKF-Punkte ab. Im Jahr 2016 ergab das Bonus/Malus-System insgesamt einen Abschlag von 141.454 LKF-Punkten. Das Klinikum Klagenfurt erhielt beim Leistungsbündel Curettage mit 70.657 LKF-Punkten den höchsten Bonus und verzeichnete beim Leistungsbündel Metallentfernung mit 125.709 LKF-Punkten den höchsten Abschlag.¹²²

Organisatorische Besonderheiten

(3) Im Klinikum Klagenfurt waren zwei interdisziplinäre Tageskliniken angesiedelt. Diese erbrachten rd. 89% der tagesklinischen Leistungen am Klinikum Klagenfurt:¹²³

- Eine Tagesklinik befand sich im chirurgisch-medizinischen Zentrum des Klinikums Klagenfurt. Nach Auskunft der KABEG erfolgte im Jahr 2006 die Implementierung der ersten vier Betten in der Chirurgie West als Vorprojekt zum Neubau des Klinikums Klagenfurt und im Anschluss ein sukzessiver Aufbau des tagesklinischen Bereichs. Mit Inbetriebnahme des

¹²¹ siehe dazu TZ 24

¹²² Für weitere Ausführungen zum Forcierungsmodell verwies der LRH auf TZ 24.

¹²³ Nach Auskunft der KABEG erbrachten die „Kopffächer“ ihre tagesklinischen Leistungen überwiegend an ihren Abteilungen.

chirurgisch-medizinischen Zentrums im Zuge des Neubaus eröffnete im Jahr 2010 für alle dort untergebrachten Abteilungen sowie für die Augenabteilung eine interdisziplinäre Tagesklinik. Diese bediente mit 22 tagesklinischen Betten zwölf Abteilungen.

- Eine weitere Tagesklinik befand sich im Gesundheitszentrum für Kinder und Jugendliche (ELKI), die gleichzeitig mit dem ELKI-Neubau im Jahr 2002 eröffnete.¹²⁴ Hier fanden tagesklinische Eingriffe in den Bereichen Gynäkologie und Geburtshilfe, Kinder- und Jugendheilkunde, Kinderchirurgie sowie Plastische Chirurgie statt. Die interdisziplinäre Tagesklinik im ELKI verfügte über fünf tagesklinische Betten.

36.2 Der LRH sah die Entwicklungen im tagesklinischen Bereich des Klinikums Klagenfurt, insbesondere beim Leistungsbündel Kataraktoperationen, positiv. Der LRH empfahl jedoch der KABEG, im Leistungsbündel Knie-Arthroskopie zusätzliche Anstrengungen zu unternehmen, weil es die Kärntner Zielquote deutlich verfehlte. Die Argumentation des Klinikums Klagenfurt im Zusammenhang mit dem Leistungsbündel Metallentfernung konnte der LRH durchaus nachvollziehen.

Der niedrige Tagesklinikanteil im Leistungsbündel Varizen war für den LRH aufgrund der fachbezogenen Schwerpunktsetzung in der Gefäßchirurgie grundsätzlich nachvollziehbar. Im Hinblick auf das Leistungsbündel Adenotomie/Paracentese verwies der LRH auf seine Darstellungen in TZ 19.

36.3 *Die KABEG führte in ihrer Stellungnahme aus, dass das Direktorium des Klinikums Klagenfurt die beiden zuständigen Abteilungen bereits im Jahr 2016 aufgefordert hätte die Tagesklinikquote bei Knie-Arthroskopien, soweit medizinisch vertretbar, zu erhöhen. Die Quote wäre in der Folge im Jahr 2017 auf 46,58% angestiegen. Da das Klinikum Klagenfurt aufgrund komplexerer Ersteingriffe deutlich größere Metallteile verwenden würde, wäre dessen tagesklinische Entfernung nur eingeschränkt möglich. Daher wären die Quoten bei Metallentfernungen des Klinikums Klagenfurt mit Krankenanstalten mit überwiegend bzw. ausschließlich regionaler Versorgungsfunktion nicht vergleichbar.*

36.4 Der LRH begrüßte die Steigerung der Tagesklinikquote im Bereich der Knie-Arthroskopien im Klinikum Klagenfurt. Er betonte nochmals, dass die Argumentation hinsichtlich der Metallentfernungen im Klinikum Klagenfurt für den LRH plausibel erschien.

¹²⁴ Die Tagesklinik im ELKI war im Erdgeschoss des ELKI-Gebäudes eingerichtet.

Interdisziplinäre Tagesklinik im chirurgisch-medizinischen Zentrum

ÜBERSICHT

Öffnungszeiten und räumliche Situation

- 37.1 (1) Die interdisziplinäre Tagesklinik befand sich im 1. Obergeschoß des chirurgisch-medizinischen Zentrums im Klinikum Klagenfurt gleich im Anschluss an die OP-Säle. Sie war am Montag von 7:00 bis 18:00 Uhr und von Dienstag bis Freitag in der Zeit von 6:30 bis 18:00 Uhr geöffnet.

Die Tagesklinik verfügte über 22 Betten (inkl. vier Sonderklasse-Betten) für tagesklinische Behandlungen und tagesklinische operative Eingriffe. Sie arbeitete mit insgesamt zwölf Fachabteilungen zusammen.

Personal

(2) In der Tagesklinik stellten Spezialisten aus unterschiedlichen Berufsgruppen wie dem ärztlichen, pflegerischen und administrativen sowie sonstigen Dienst die Betreuung der Patienten sicher. In Summe übernahmen 12 VZÄ¹²⁵ (ohne ärztlichem Dienst¹²⁶) die Versorgung auf der Tagesklinik. Die Besetzungsdichte orientierte sich an den Belastungsspitzen von 8:00 bis 14:00 Uhr.

Nach Angaben des Klinikums Klagenfurt war die Tagesklinik grundsätzlich mit einem Arzt der Abteilung Anästhesie von 7:00 bis 14:00 Uhr im übergeordneten ärztlichen Dienst besetzt. Ab 14:00 Uhr übernahm ein anderer Anästhesist¹²⁷ die Betreuung der Tagesklinik und des Aufwachzimmers bis zum Ende des tagesklinischen Betriebs. Die operativen Eingriffe führten die Ärzte der jeweiligen Fachabteilungen des Klinikums Klagenfurt durch.

Nach Auskunft der Klinikleitung wären 11 VZÄ seit der Eröffnung der Tagesklinik im chirurgisch-medizinischen Zentrum im Jahr 2010 eingespart worden.¹²⁸ Allerdings hätten sich mittlerweile die Kapazitäten verdoppelt.

- 37.2 Der LRH sah durch die Einführung der interdisziplinären Tagesklinik Kostendämpfungseffekte beim Pflegepersonal und beim laufenden Betrieb. Der LRH verwies hierbei auf seine Kostenbetrachtung in TZ 23.

¹²⁵ Die Ärzte der Anästhesie waren organisatorisch der Abteilung Anästhesie zugeordnet.

¹²⁶ Da das Klinikum Klagenfurt den ärztlichen Dienst den verschiedenen Abteilungen zuordnete, war dieser darin nicht enthalten.

¹²⁷ an der Abteilung Anästhesie eingeteilter Oberarzt im Nachtdienst

¹²⁸ Vormalig wären lt. Klinikleitung 20 VZÄ beschäftigt gewesen.

LEISTUNGSSPEKTRUM

Bedeutung der Tagesklinik

- 38.1 (1) Die bereits seit Jahren etablierte interdisziplinäre Tagesklinik nahm im Rahmen der gesamten tagesklinischen Leistungserbringung im Klinikum Klagenfurt eine bedeutende Rolle ein. Der LRH konnte feststellen, dass diese mehr als 80% des tagesklinischen Leistungsgeschehens am Klinikum Klagenfurt erbrachte.¹²⁹

Nach Angaben der Verantwortlichen wären seit Juli 2006 insgesamt 73.775 Patienten betreut worden, wovon 57.727 Patienten auf den Zeitraum ihrer Eröffnung im chirurgisch-medizinischen Zentrum von Juni 2010 bis Dezember 2015 entfielen.

Leistungsangebot und -potenziale

(2) Die mit Abstand häufigsten tagesklinischen Leistungen stellten Kataraktoperationen, Korrekturen des Augenlids, Narkosen zur Durchführung einer CT- oder MRT-Untersuchung und extrakorporale Stoßwellenlithotripsien der Niere und der Harnwege dar.

Nach Auskunft des Klinikums Klagenfurt wäre die tagesklinische Leistungserbringung im Fachbereich Orthopädie/Unfallchirurgie bei den Knie-Arthroskopien ausbaufähig. Im Gegensatz dazu sah das Klinikum Klagenfurt bei den Varizenoperationen aufgrund der bisherigen Schwerpunktsetzung kein unmittelbares Potenzial.¹³⁰

Das Klinikum Klagenfurt betonte, dass es insbesondere im Hinblick auf die Kooperation mit der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt ab 2020 ein großes Potenzial sehe. Durch die Zusammenarbeit könnten das Klinikum Klagenfurt und das Unfallkrankenhaus Klagenfurt tagesklinische Leistungen in einer gemeinsamen unfallchirurgischen Tagesklinik anbieten. Langfristig wären dadurch auch freie Kapazitäten in der interdisziplinären Tagesklinik zu erwarten.

Neben den tagesklinischen Leistungen aus dem Tagesklinikcatalog erbrachte die Tagesklinik zudem tagesklinisch ambulante Leistungen. Diese zusätzlichen ambulanten Frequenzen dienten unter anderem einer optimierten Auslastung in den Nachmittagsstunden.

- 38.2 Der LRH konnte feststellen, dass die interdisziplinäre Tagesklinik des chirurgisch-medizinischen Zentrums von Fachabteilungen durch Zuweisungen gut angenommen

¹²⁹ Auswertungen auf Basis von KABEG-Daten betreffend tagesklinischer Besuche sowie Aufnahmen der Patienten auf den beiden Tageskliniken im Jahr 2016

¹³⁰ siehe hierzu TZ 36

wurde. Er wertete den hohen Anteil der Tagesklinik an den gesamten tagesklinischen Leistungen im Klinikum Klagenfurt als positiv.

Der LRH erachtete die künftige Zusammenarbeit zwischen dem Klinikum Klagenfurt und der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt als wesentliches Projekt für die nächsten Jahre. Er empfahl der KABEG im Rahmen der Projektentwicklung die Einrichtung einer unfallchirurgischen Tagesklinik zu prüfen, um dieses tagesklinische Potenzial weiter auszuschöpfen.

- 38.3 *Die KABEG teilte dem LRH in ihrer Stellungnahme mit, dass die Einrichtung einer unfallchirurgischen Tagesklinik seit Beginn der Kooperationsgespräche mit der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt Berücksichtigung finden würde.*

KATARAKTOOPERATIONEN

Allgemeines zur Kataraktversorgung in Klagenfurt und Villach

- 39.1 (1) Für die in der Tagesklinik durchgeführten Kataraktoperationen waren die Fachärzte der Augenabteilung des Klinikums Klagenfurt verantwortlich. Diese nahmen sowohl die Voruntersuchungen als auch die Operationen vor. Das LKH Villach griff seit Juli 2008 auf Innsbrucker Konsiliarärzte zurück, die tageweise Katarakte operierten.¹³¹

Auswertungen der KABEG ergaben für das Jahr 2016 Katarakt-Marktanteile für das Klinikum Klagenfurt von rd. 87% und für das LKH Villach von rd. 13%. Die Patienten des LKH Villach stammten primär aus der Versorgungsregion Villach¹³². Auffällig war, dass das Klinikum Klagenfurt bereits seit Jahren einen höheren Versorgungsanteil für die Regionen Villach und Spittal aufwies als das LKH Villach selbst¹³³.

Kooperationsüberlegungen im Jahr 2011

(2) Aufgrund des stetig steigenden Bedarfs an diesen Eingriffen prüfte die KABEG im Jahr 2011 mehrere Varianten einer engeren Kooperation beider Krankenanstalten im Bereich der Kataraktversorgung. Anstelle der vertraglichen Bindung an die Innsbrucker Konsiliarärzte sollte eine KABEG-interne Lösung gefunden werden. Dabei spielten insbesondere organisatorische und wirtschaftliche Aspekte eine Rolle.

Zum einen evaluierte die KABEG die Möglichkeit der Vollversorgung im Klinikum Klagenfurt durch Übernahme aller Kataraktoperationen vom LKH Villach. Andererseits

¹³¹ siehe TZ 34

¹³² Im Jahr 2011 stammten 67% der Fälle des LKH Villach aus der Versorgungsregion Villach. Diese Zahl erhöhte sich im Jahr 2016 auf 75%.

¹³³ Der Versorgungsanteil des Klinikums Klagenfurt für die Region Villach betrug im Jahr 2011 rd. 57% und für die Region Spittal rd. 88% (Jahr 2016: rd. 55% bzw. rd. 92%).

bewertete die KABEG auch die Variante der Einrichtung einer dislozierten Tagesklinik im LKH Villach, in der Fachärzte des Klinikums Klagenfurt die Kataraktoperationen durchführen sollten. Nach Auskunft der KABEG wäre man im Jahr 2011 zu dem Ergebnis gelangt, dass eine Zentralisierung der Leistungen im Klinikum Klagenfurt unter wirtschaftlichen Aspekten grundsätzlich günstiger wäre. Eine Entscheidung der KABEG blieb allerdings aus.

Die KABEG betonte in diesem Zusammenhang, dass sie bei den damaligen Betrachtungen von einem grob kalkulierten Zahlenmaterial ausgegangen wäre und auch die Installierung der Tagesklinik im LKH Villach im Jahr 2016 noch nicht berücksichtigt worden wäre.¹³⁴ Neben den reinen Kostenaspekten müssten nunmehr insbesondere die freiwerdenden OP-Kapazitäten im LKH Villach berücksichtigt werden. Zudem herrsche im Bereich der Augenfachärzte eine hohe Personalnachfrage, was die Verfügbarkeit von Augenoperateuren schon in der Vergangenheit einschränkt hätte.

Nach Auskunft des Klinikums Klagenfurt wäre die Tagesklinik mittlerweile an ihre Kapazitätsgrenzen gestoßen. Allerdings sah sich das Klinikum Klagenfurt dennoch in der Lage die Kataraktoperationen des LKH Villach mit zusätzlichem Personal zu übernehmen.¹³⁵ In diesem Zusammenhang verwies das Klinikum Klagenfurt auch auf den Masterplan 2030, der künftig die Durchführung von Kataraktoperationen in einer eigenen Augen-Tagesklinik vorsehen würde.¹³⁶ Darüber hinaus merkte der LRH an, dass im ÖSG 2017 unter anderem auch die zeitlichen Vorgaben zur Erreichbarkeit einer Augenabteilung für Patienten von 60 auf 90 Minuten angehoben wurden.

- 39.2 Der LRH kritisierte, dass es trotz umfangreicher Überlegungen bislang nicht möglich war, im Bereich der Kataraktoperationen eine KABEG-interne Lösung zu erreichen. Der LRH empfahl der KABEG auf Basis aktueller Zahlen und Berechnungen eine Neubewertung der Kataraktversorgung für das Klinikum Klagenfurt und das LKH Villach vorzunehmen.

Im Hinblick auf die geplante Schaffung einer eigenen Augen-Tagesklinik, die bisherigen Patientenströme sowie die Anhebung der Erreichbarkeitsfristen im ÖSG 2017 wäre aus Sicht des LRH dabei mittelfristig auch eine Zentralisierung der Kataraktoperationen als Variante in Betracht zu ziehen. Dafür sprach zudem der Umstand, dass Patienten mit

¹³⁴ Die damalige Bewertung basierte daher noch auf Aufenthaltsdauern von drei Pflege- bzw. zwei Belagstagen im LKH Villach.

¹³⁵ ca. 10% zusätzliches Leistungsvolumen

¹³⁶ tagesklinische Augenleistungen direkt an der Augenabteilung in einem eigenen Gebäude

höherer Dringlichkeit aufgrund der eingeschränkten Kapazitäten im LKH Villach ohnehin im Klinikum Klagenfurt versorgt werden mussten.¹³⁷

Der LRH verwies auch auf die in TZ 22 dargelegten Wartezeiten für Kataraktpatienten.

39.3 *Die KABEG wies in ihrer Stellungnahme darauf hin, dass die entsprechenden normativen Grundlagen des RSG von den entsprechenden Gremien anzupassen wären. Diese würden die Voraussetzung für eine Zentralisierung von Kataraktoperationen am Klinikum Klagenfurt bilden.*

39.4 Aus Sicht des LRH wäre zunächst von der KABEG eine Neubewertung der Kataraktversorgung für das Klinikum Klagenfurt und das LKH Villach vorzunehmen. In weiterer Folge sollte die KABEG mit den zuständigen Verantwortlichen des Landes und des KGF in Kontakt treten, um mittelfristig auch die Möglichkeit einer Zentralisierung der Kataraktoperationen zu diskutieren. Der KGF und das Land wären im Sinne der Stellungnahme der KABEG dazu angehalten, an einer Lösung konstruktiv mitzuwirken.

BETTENBELEGUNG UND OP-PLANUNG

Allgemeines

40.1 (1) Die Tagesklinik bediente sich für die Belegung ihrer 22 Betten eines EDV-basierten Krankenhausinformationssystems. Über dieses buchten die operierenden Abteilungen die Termine ein. Grundsätzlich war in der Tagesklinik von einer zweifachen Bettenbelegung auszugehen. Den allgemeinen Vorgaben zufolge lag die Dauer der Bettenbelegung bei einer Allgemeinnarkose oder Regionalanästhesie bei sechs Stunden. Diese reduzierte sich bei einer Lokalanästhesie auf zwei bis drei Stunden.

Zeigte der Buchungskalender der Tagesklinik hingegen zwei Wochen vor dem OP-Termin freie Kapazitäten, standen diese auch allen weiteren Abteilungen des Klinikums Klagenfurt offen. Damit sollten die vorgehaltenen Kapazitäten der Tagesklinik entsprechend ihrer Prioritätenliste voll ausgenutzt werden.¹³⁸

Nach Auskunft der Tagesklinikleitung hätten die tagesklinischen Operateure hauptsächlich in sechs der 14 OP-Säle des Klinikums Klagenfurt gearbeitet, wovon in zwei schwerpunktmäßig Augenoperationen durchgeführt worden wären.

¹³⁷ siehe TZ 21

¹³⁸ Bei der Einbuchung war auch auf die entsprechende Kostenstelle für die Abrechnung zu achten.

Bettenbelegung am Beispiel Katarakt-OP

(2) Auf Anfrage des LRH übermittelte das Klinikum Klagenfurt einen Auszug aus dem Krankenhausinformationssystem. Daraus war ersichtlich, dass von den 22 Betten der Tagesklinik die Augenabteilung im Durchschnitt elf Betten täglich mit jeweils zwei Patienten belegte.

Nach Auskunft der Pflegedienstleitung der Tagesklinik hätten von Montag bis Mittwoch rd. 22 und am Donnerstag 18 bis 20¹³⁹ Kataraktoperationen stattgefunden. Freitags wären zu den durchschnittlich zwölf Kataraktoperationen zusätzlich vier bis acht Korrekturen des Augenlids¹⁴⁰ hinzugekommen.

Die Kapazitäten der Tagesklinik waren in erster Linie von den Personalressourcen der Fachabteilungen, von der Verfügbarkeit der OP-Säle sowie von den speziellen Betriebsvereinbarungen der beteiligten Berufsgruppen abhängig.

Die Augenabteilung am Klinikum Klagenfurt verfügte über zwölf Dienstposten im Bereich der Ober- und Assistenzärzte.¹⁴¹ Deren Betriebsvereinbarung sah an Werktagen von 7:30 bis 13:00 Uhr annähernd eine Vollbesetzung¹⁴² und in den darüber hinausgehenden Zeiten¹⁴³ den Einsatz von zwei Ärzten vor. Nach Auskunft des Klinikums Klagenfurt wären von 7:30 bis 14:00 Uhr für die medizinische Betreuung der Kataraktpatienten in der Tagesklinik in der Regel je zwei Fachärzte und Assistenzärzte der Augenabteilung eingeteilt worden. Für die Vorbereitung der Patienten wären zusätzlich je ein Assistenzarzt und Orthoptist zum Einsatz gekommen.

Lt. Betriebsvereinbarung der Anästhesisten am Klinikum Klagenfurt deckte sich deren Kernarbeitszeit mit den Operationszeiten der Tagesklinik, die von 7:00 bis 14:00 Uhr reichten.¹⁴⁴ Um die Einhaltung der Öffnungszeiten der Tagesklinik und die vorgegebenen Verweildauern der Patienten nach der OP zu gewährleisten, fanden danach keine Eingriffe mehr statt.

¹³⁹ OP-Kapazitäten waren durch Schieloperationen bei stationär auf der Augenfachabteilung aufgenommenen Patienten besetzt.

¹⁴⁰ Die Patienten von Augenlidkorrekturen benötigten jedoch kein Bett, weil dieser Eingriff auf Stühlen vorgenommen werden konnte.

¹⁴¹ Die zwölf Dienstposten verteilten sich auf fünf Oberärzte und sieben Assistenzärzte.

¹⁴² Die Augenabteilung war an Werktagen von Montag bis Freitag von 7:30 bis 8:00 Uhr mit zwölf und von 8:00 bis 13:00 Uhr mit zehn Ärzten zu besetzen.

¹⁴³ Zeitraum von 13:00 bis 7:30 Uhr des nächsten Tages

¹⁴⁴ Die Abteilung für Anästhesiologie und Intensivmedizin verfügte lt. Stellenplan zur Zeit der Überprüfung des LRH über 74 VZÄ.

Die Arbeitszeiten, -pausen und die -zeitverteilung waren für das diplomierte Pflegepersonal an der interdisziplinären Tagesklinik in einer gesonderten Betriebsvereinbarung verankert.

- 40.2 Aus Sicht des LRH wirkten die Öffnungszeiten der Tagesklinik sowie die geltenden Betriebsvereinbarungen insgesamt einschränkend auf die OP-Zeiten bzw. die Kapazitäten der Tagesklinik. Dadurch war auch eine dreifache Bettenbelegung im Bereich der Kataraktoperationen kaum möglich. Um die durchschnittliche Wartezeit von ca. neun Monaten zu verkürzen und gleichzeitig die kostengünstigeren tagesklinischen Strukturen noch besser auszulasten, empfahl der LRH der KABEG verlängerte Öffnungszeiten zu prüfen. Mittelfristig wäre zu überlegen, ob nicht die Durchführung von Augenoperationen in einer eigenen tagesklinischen Einheit außerhalb der derzeitigen Tagesklinik zweckmäßiger wäre.

NACHBETREUUNG

Nachbetreuung und Entlassung

- 41.1 (1) Je nach Eingriff und Art der Anästhesie gab es standardisierte Nachbetreuungsstandards und Entlassungsvorgaben. Bereits bei der OP-Terminvergabe war eine entsprechende Nachbetreuung und Beobachtung des Patienten in der Tagesklinik innerhalb der Öffnungszeiten zu gewährleisten.

In jedem Fall benachrichtigte eine diplomierte Pflegekraft im Anschluss an die tagesklinikinterne Nachbetreuungszeit die im Vorfeld vom Patienten angegebene Begleitperson. Durch die Abholung des Patienten durch die Begleitperson sollte die Heimreise sichergestellt werden. War eine Entlassung des Patienten am Tag des Eingriffs nicht möglich, kam es in der Folge zu einer stationären Aufnahme durch die jeweilige Fachabteilung.

Im Zuge des Entlassungsgesprächs erhielt der Patient die notwendigen Unterlagen¹⁴⁵, Rezepte sowie Informationsmaterial über die Nachsorge und die Notfallnummer der jeweiligen Fachabteilung. Die weitere Nachsorge der Patienten übernahmen die jeweiligen Fachabteilungen am Klinikum Klagenfurt oder Ärzte im niedergelassenen Bereich.

¹⁴⁵ z.B. Arztbrief

Patientenbefragungen

(2) Die Tagesklinik führte jedes Jahr im ersten Quartal eine Zufriedenheitsbefragung der behandelten Patienten durch. Die Fragestellungen spannten einen Bogen von der Nachbetreuung bis zu den Eindrücken des Patienten über die Pflegekräfte auf der Tagesklinik. Die Patientenzufriedenheitsanalysen hätten nach Auskunft des Klinikums Klagenfurt immer sehr gute Werte gezeigt. Die im 1. Quartal 2016 durchgeführte Patientenbefragung ergab insgesamt eine Patientenzufriedenheit von rd. 95%.

Zusammenarbeit mit dem niedergelassenen Bereich

(3) Da die Tagesklinik bereits seit Jahren in Betrieb war, hätte sich nach Auskunft des Leiters der Tagesklinik die Zusammenarbeit mit den Ärzten im niedergelassenen Bereich bereits etabliert. Die Leiter der Fachabteilungen würden darüber hinaus Informationsveranstaltungen für Fachärzte im niedergelassenen Bereich ausrichten. Da 90% der niedergelassenen Fachärzte im Klinikum Klagenfurt ausgebildet wurden, wüssten diese über die Zuweisungsmöglichkeiten Bescheid. Die Zusammenarbeit hätte bislang gut funktioniert.

- 41.2 Der LRH begrüßte die gut funktionierende Zusammenarbeit zwischen der Tagesklinik des chirurgisch-medizinischen Zentrums und dem niedergelassenen Bereich. Die hohe Patientenzufriedenheit ließ aus Sicht des LRH unter anderem auch Rückschlüsse auf eine funktionierende Nachbetreuung zu.

SCHLUSSEMPFEHLUNGEN

Zusammenfassend hob der LRH folgende Empfehlungen hervor:

Land Kärnten, KGF

- (1) Das Land und der KGF sollten eine RSG-Umsetzungsvereinbarung mit dem KH Friesach und dem KH Spittal/Drau abschließen, um eine entsprechende Umsetzung des RSG im tagesklinischen Bereich zu gewährleisten. (TZ 14)
- (2) Das Land und der KGF sollten darauf Einfluss nehmen, dass die im RSG vorgesehene tagesklinische Kooperation zwischen dem KH Friesach und dem Klinikum Klagenfurt vereinbart wird. (TZ 14, TZ 26)
- (3) Bei einem Bundesländervergleich stellte der LRH Steigerungspotenziale insbesondere im Bereich der Augenheilkunde, des Fachbereichs HNO, der Stoßwellenlithotripsien sowie der Hernienoperationen fest. Das Land und der KGF sollten darauf hinwirken, dass die vom LRH aufgezeigten Potenziale nach entsprechender Bewertung und Abklärung der medizinischen Risiken gehoben werden. (TZ 19)
- (4) Der KGF und das Land Kärnten sollten die tagesklinischen Strukturen weiter forcieren, um die stationären Betten und die medizinischen Strukturkosten in Kärnten in Folge reduzieren zu können. (TZ 23)
- (5) Der KGF und das Land Kärnten sollten darauf hinwirken, dass das KH Friesach seine Anstrengungen bei der Etablierung tagesklinischer Strukturen intensiviert. Es bestand zumindest in den Leistungsbündeln Metallentfernung und Karpaltunnel entsprechendes Steigerungspotenzial. (TZ 26)
- (6) Der KGF und das Land Kärnten sollten darauf hinwirken, dass das KH Spittal/Drau seine Anstrengungen bei der Etablierung tagesklinischer Strukturen in allen Leistungsbündel deutlich intensiviert. (TZ 28)
- (7) Der KGF und das Land Kärnten sollten darauf hinwirken, dass das KH Elisabethinen Klagenfurt in den Leistungsbündeln Karpaltunnel und Metallentfernungen sein Steigerungspotenzial ausschöpft. (TZ 30)

KGf

(8) Der KGf sollte die medizinische Entwicklung im Bereich der tagesklinischen Leistungserbringung beobachten und die Leistungen im Tagesklinikcatalog im Rahmen der LKF-Arbeitsgremien bedarfsgerecht anpassen. (TZ 7)

(9) Für die zweite Zielsteuerungsperiode 2017 bis 2021 sollte der KGf die Landes-Zielsteuerungsübereinkommen als Steuerungsinstrument für die termingerechte Umsetzung der vereinbarten Maßnahmen nutzen. (TZ 9)

(10) Der KGf sollte im Zusammenhang mit dem Forcierungsmodell stehende und noch offene Kostenevaluierung zu Beginn der zweiten Zielsteuerungsperiode durchführen. (TZ 10)

(11) Im Bereich der Hernienoperationen gab es unterschiedliche Auffassungen, ob höhere Tagesklinikanteile überhaupt erreichbar wären. Der KGf sollte daher, auch im Hinblick auf die Festlegungen im Kärntner Forcierungsmodell, eine Klärung der unterschiedlichen medizinischen Standpunkte und Risikoeinschätzungen bei Hernienoperationen herbeiführen. (TZ 19)

(12) Der KGf sollte das Kärntner Forcierungsmodell optimieren, indem beispielsweise die für das Modell relevanten Leistungsbündel ausgeweitet und an die Vorgaben des B-ZV 2017 angepasst werden. Insbesondere der Ausschluss des Leistungsbündels Hernien sollte nochmals überdacht werden. (TZ 24)

(13) Der KGf sollte eine Überarbeitung der Regelungen für die Zu- und Abschläge prüfen. Anstelle der stufenweisen Verrechnung könnte die jeweilige individuelle Differenz zur Zielquote als Berechnungsgrundlage für die Zu- und Abschläge verwendet werden. (TZ 24)

KABEG

(14) Die im LKH Villach vorgenommene Reihung der Patienten berücksichtigte medizinische Dringlichkeiten nur unzureichend. Die KABEG sollte daher im LKH Villach eine Reihung nach dem Vorbild der Augenabteilung des Klinikums Klagenfurt etablieren. (TZ 21)

(15) Der LRH sah bei den ermittelten durchschnittlichen Wartezeiten bei Kataraktoperationen ein entsprechendes Optimierungspotenzial. Die KABEG sollte daher, insbesondere vor dem Hintergrund weiterhin steigender Fallzahlen, Maßnahmen einleiten, um die Wartezeiten im Sinne der Patienten zu reduzieren. (TZ 22)

(16) Die KABEG sollte für ein transparentes Wartelistenregime nach den Vorgaben der K-KAO sorgen. Das könnte insbesondere dadurch geschehen, dass alle wesentlichen Termine und Patienteneinstufungen erfasst und in einer Liste zusammengeführt werden. Wird die für die jeweilige Dringlichkeitskategorie vorgegebene maximale Wartezeit überschritten sollten die dafür maßgebenden Gründe durchgängig dokumentiert werden. (TZ 22)

(17) Die KABEG sollte die Steigerungspotenziale im tagesklinischen Bereich im LKH Villach ausschöpfen. Ausgehend von den Aufenthaltszahlen des Jahres 2016 wären insbesondere in den Bereichen Augenheilkunde und Varizenoperationen noch höhere Tagesklinikanteile zu erreichen. (TZ 31)

(18) Die KABEG sollte für eine rasche vertragliche Fixierung und eine zügige Umsetzung der angestrebten Kooperationen in den Fachbereichen Augenheilkunde, HNO und Urologie zwischen dem Klinikum Klagenfurt und dem LKH Villach sorgen. Insbesondere wären im Hinblick auf die Zusammenarbeit im Fachbereich der Augenheilkunde die Operateure aus Innsbruck durch jene des Klinikums Klagenfurt zu ersetzen. Dabei sollten auch Überlegungen zur mittelfristigen Ausrichtung und zu den Kapazitätsüberlegungen des Klinikums Klagenfurt im Fachbereich der Augenheilkunde einfließen. (TZ 31)

(19) Die KABEG sollte die Auslastung der interdisziplinären Tagesklinik im LKH Villach erhöhen. (TZ 34)

(20) Die KABEG sollte im Klinikum Klagenfurt beim Leistungsbündel Knie-Arthroskopie zusätzliche Anstrengungen unternehmen, weil die Zielquote des Kärntner Forcierungsmodells in diesem Bereich deutlich verfehlt wurde. (TZ 36)

(21) Die KABEG sollte im Rahmen des Projekts zwischen dem Klinikum Klagenfurt und der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt die Einrichtung einer unfallchirurgischen Tagesklinik prüfen, um das tagesklinische Potenzial weiter auszuschöpfen. (TZ 38)

(22) Die KABEG sollte auf Basis aktueller Zahlen und Berechnungen die Kataraktversorgung für das Klinikum Klagenfurt und das LKH Villach neu bewerten. Im Hinblick auf die geplante Schaffung einer eigenen Augen-Tagesklinik, die bisherigen Patientenströme sowie die Anhebung der Erreichbarkeitsfristen im ÖSG 2017 könnte die KABEG mittelfristig auch eine Zentralisierung der Kataraktoperationen im Klinikum Klagenfurt als Variante in Betracht ziehen. Dafür sprach der Umstand, dass

Patienten mit höherer Dringlichkeit aufgrund der eingeschränkten Kapazitäten im LKH Villach ohnehin im Klinikum Klagenfurt versorgt werden mussten. (TZ 21, TZ 39)

(23) Um die durchschnittliche Wartezeit im Bereich der Kataraktoperationen von bis zu neun Monaten zu verkürzen und gleichzeitig die kostengünstigeren tagesklinischen Strukturen noch besser auszulasten. Die KABEG sollte verlängerte Öffnungszeiten für die Tagesklinik im Klinikum Klagenfurt zu prüfen. (TZ 40)

(24) Mittelfristig sollte die KABEG überlegen, ob nicht die Durchführung von Augenoperationen in einer eigenen tagesklinischen Einheit außerhalb der derzeitigen Tagesklinik im Klinikum Klagenfurt zweckmäßiger wäre. (TZ 40)

Klagenfurt, den 12. Juli 2018

Der Direktor:



MMag. Günter Bauer, MBA