

Rechtliche Grundlagen, Bedarfsplanung und Finanzierung

Dipl.Ing. Berndt Martetschläger
Vorlesung Krankenhausmanagement
WS 2022/2023

Österreichische Bundesverfassung

Art. 10 Abs. 1:

Bundessache ist die Gesetzgebung und Vollziehung in folgenden
Angelegenheiten:

- (12) Gesundheitswesen mit Ausnahme des Leichen- und Bestattungswesens sowie des Gemeindesanitätsdienstes und Rettungswesens, hinsichtlich der Heil- und Pflegeanstalten, des Kurortwesens und der natürlichen Heilvorkommen jedoch nur die sanitäre Aufsicht;.....

Österreichische Bundesverfassung

Art. 12 Abs. 1:

Bundessache ist die Gesetzgebung über die Grundsätze, Landessache die Erlassung von Ausführungsgesetzen und die Vollziehung in folgenden Angelegenheiten:

- (1)Mutterschafts-, Säuglings- und Jugendfürsorge; Heil- und Pflegeanstalten;....

Grundsatzgesetzgebung: Bund (KAKuG)

Ausführungsgesetzgebung: Länder (St KAG, Tir KAG, K-KAO, etc.)

Österreichische Bundesverfassung

Österreichweit einheitliche Neuregelungen der rechtlichen Grundlagen für Heil- und Pflegeanstalten (z.B. der Spitalsfinanzierung, des Österreichischen Strukturplans Gesundheit – ÖSG, etc.) können daher nicht durch ein einfaches Bundesgesetz geregelt werden sondern nur durch einen Staatsvertrag nach Art. 15a B-VG **zwischen dem Bund**, vertreten durch die Bundesregierung **und allen Ländern**, vertreten durch die Landeshauptleute erwirkt werden.

Definitionen KAKuG

§1.(1): Unter Krankenanstalten (Heil- und Pflegeanstalten) sind Einrichtungen zu verstehen, die

1. zur Feststellung und Überwachung des Gesundheitszustandes durch Untersuchung
2. zur Vornahme operativer Eingriffe
3. zur Vorbeugung, Besserung und Heilung von Krankheiten durch Behandlung
4. zur Entbindung oder
5. für Maßnahmen medizinischer Fortpflanzungshilfe
6. Zur Bereitstellung von Organen zum Zweck der Transplantation

bestimmt sind.

Definitionen KAKuG

§1.(2): Ferner sind als Krankenanstalten auch Einrichtungen anzusehen, die zur ärztlichen Betreuung und besonderen Pflege von chronisch Kranken bestimmt sind.

Definitionen KAKuG

§2.(1): Krankenanstalten im Sinne des § 1 sind:

1. Allgemeine Krankenanstalten
2. Sonderkrankenanstalten
3. Pflege für chronisch Kranke
4. Sanatorien
5. Selbständige Ambulatorien
6. Militärische Krankenanstalten

Definitionen KAKuG

§2a. sieht folgende Abstufungen bei Krankenanstalten vor:

- a) **Standardkrankenanstalten** mit zumindest 2 Abteilungen für:
1. Innere Medizin
 2. offen

Zumindest ambulante Basisversorgung für chir. und/oder unfallchir. Akutfälle

Einrichtungen für Anästhesiologie, für Röntgendiagnostik und für die Vornahme von Obduktionen; Konsiliarärzte;

Definitionen KAKuG

b) Schwerpunktkrankenanstalten mit Abteilungen zumindest für:

- | | |
|-------------------------------------|---|
| 1. Augenheilkunde | 6. Kinder- und Jugendheilkunde |
| 2. Chirurgie | 7. Neurologie und Psychiatrie |
| 3. Frauenheilkunde und Geburtshilfe | 8. Orthopädie und Traumatologie |
| 4. Hals- Nasen Ohrenkrankheiten | 9. Psychiatrie u. Psychotherapeutische Med. |
| 5. Innere Medizin | 10. Urologie |

Einrichtungen für Anästhesiologie, Hämodialyse, Strahlendiagnostik und -therapie, Nuklearmedizin, Physikalische Medizin, Intensivpflege (inkl. Neonatologie und Pädiatrie), Zahnheilkunde, Konsiliarärzte, Anstaltsapotheke, Pathologisches Institut, Laborinstitut

Definitionen KAKuG

c) Zentralkrankenanstalten mit grundsätzlich allen dem jeweiligen Stand der medizinischen Wissenschaft entsprechenden spezialisierten Einrichtungen

Kenngrößen der KH-Betriebsführung

Verweildauer

Dauer eines durchschnittlichen Krankenhausaufenthalts je stationärer Aufnahme

$$VD = \frac{\text{Tatsächliche Belagstage pro Jahr}}{\text{Stationäre Fälle}} \quad [\text{Tagen}]$$

Achtung: Belagstage → Mitternachtsstände
Pflegetage → Aufnahme- und Entlassungstag voll
Unterschied in der Verweildauer ca. 1 Tag !!!

Kenngrößen der KH-Betriebsführung

Auslastung (Bettennutzung)

Verhältnis der tatsächlichen Belagstage zur theoretischen Kapazität bei gegebener Bettenzahl in der Zeiteinheit

$$AL = \frac{\text{Tatsächliche Belagstage pro Jahr}}{\text{Aufgestellte Betten} \times 365} \times 100 \quad [\%]$$

Achtung: Belagstage → Mitternachtsstände
Pflegetage → Aufnahme- und Entlassungstag voll
signifikanter Unterschied in der Auslastung !!!

Kenngrößen der KH-Betriebsführung

Tagesbelegte Betten (tbB)

Anzahl der in einer Zeiteinheit im Durchschnitt belegten Betten absolut

$$\text{tbB} = \frac{\text{Tatsächliche Belagstage pro Jahr}}{365} \quad [\text{Betten}]$$

Achtung: nur sinnvoll in Belagstagen → Mitternachtsständen

Kenngrößen der KH-Betriebsführung

Patientenumsatz

Anzahl der Patienten (stationären Fälle) je Bett in der Zeiteinheit

$$\text{PU} = \frac{\text{Stationäre Fälle pro Jahr}}{\text{aufgestellte Betten}} = \frac{\text{Tats. Belagstage}}{\text{aufgestellte Betten} \times \text{VD}}$$

Achtung: nur sinnvoll in Belagstagen → Mitternachtsständen

Kenngrößen der KH-Betriebsführung

Bettenbedarf

Analytische Bettenbedarfsformel

$$\text{Bettenbedarf} = \frac{\text{Stat. Fälle pro Jahr} \times \text{VD}}{\text{AL} \times 365} \quad [\text{Betten}]$$

Kenngrößen der KH-Betriebsführung

Bettenbedarf

Analytische Bettenbedarfsformel

Krankenhaus-
häufigkeit

$$\text{Bettenbedarf} = \frac{\text{Stat. Fälle pro Jahr} \times \text{VD}}{\text{AL} \times 365} \quad [\text{Betten}]$$

Kenngrößen der KH-Betriebsführung

Bettenbedarf

Analytische Bettenbedarfsformel

Behandlungs-
strategien /
Anreize

$$\text{Bettenbedarf} = \frac{\text{Stat. Fälle pro Jahr} \times \text{VD}}{\text{AL} \times 365} \quad [\text{Betten}]$$

Kenngrößen der KH-Betriebsführung

Bettenbedarf

Analytische Bettenbedarfsformel

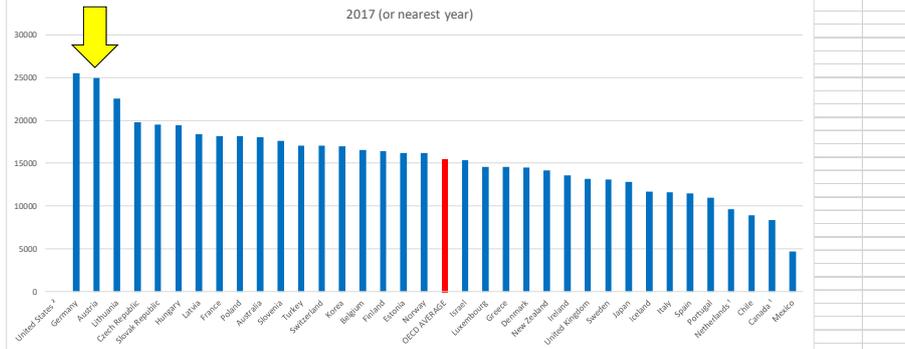
$$\text{Bettenbedarf} = \frac{\text{Stat. Fälle pro Jahr} \times \text{VD}}{\text{AL} \times 365} \quad [\text{Betten}]$$

Wirtschaftlichkeit
Verfügbarkeit

Internationaler Vergleich

HEALTH CARE ACTIVITIES

Inpatient care discharges (all hospitals), Per 100 000 population



OECD Health Statistics 2019

http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH_PROC

1. Data refer to curative care discharges (excluding rehabilitative care, long-term care and palliative care).

2. The data are extracted from the table "Hospital aggregates" for all countries, except for the US whose numbers correspond to the category "All causes" in the table "Hosp

Krankenhaus- und Projektmanagement

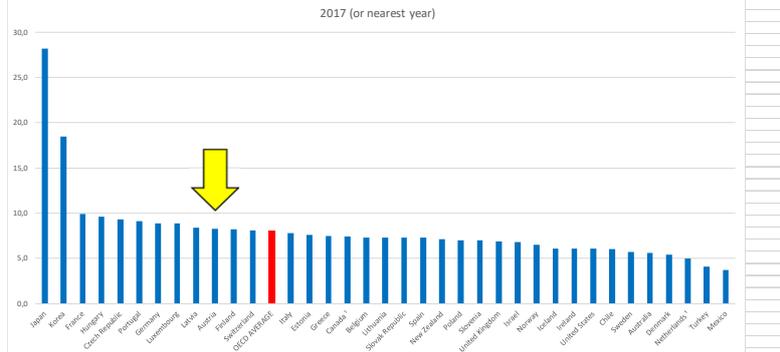
HEALTH CARE SOLUTIONS

Martetschläger
CONSULTING

Internationaler Vergleich

HEALTH CARE ACTIVITIES

Inpatient care average length of stay (all hospitals), Days



OECD Health Statistics 2019

http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH_PROC

Note: The data are extracted from the table "Hospital aggregates".

1. Data refer to curative care average length of stay (excluding rehabilitative care, long-term care and palliative care).

Krankenhaus- und Projektmanagement

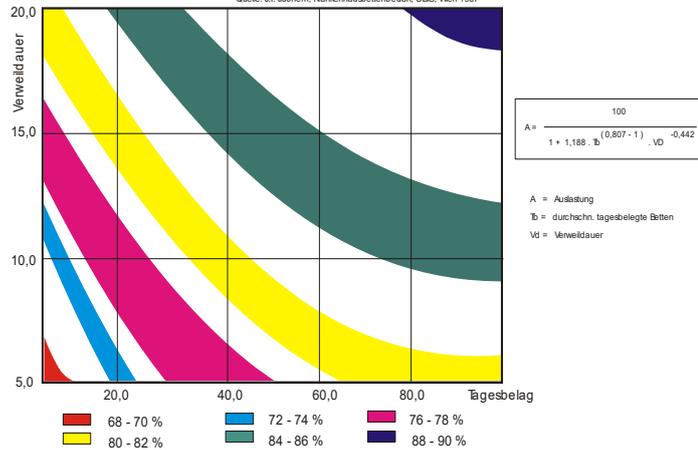
HEALTH CARE SOLUTIONS

Martetschläger
CONSULTING

Die Bedeutung der Auslastung

in Abhängigkeit vom durchschnittlichen Tagesbelag und von der durchschnittlichen Verweildauer

Quelle: J.P.Juchem, Krankenhausbettenbedarf, ÖBG, Wien 1987



Krankenhaus- und Projektmanagement

HEALTH CARE SOLUTIONS

Martetschläger
CONSULTING

Methoden der Bedarfsermittlung

1. Morbiditätsdeterminierte Bedarfsermittlung
2. Mortalitätsorientierte Bedarfsermittlung
3. Angebotsorientierte Bedarfsermittlung
4. Inanspruchnahmeorientierte Bedarfsermittlung

Quelle Bedarfsermittlungsmethoden: Siegfried Eichhorn, Krankenhausbetriebslehre, Band I, Verlag W. Kohlhammer

Krankenhaus- und Projektmanagement

HEALTH CARE SOLUTIONS

Martetschläger
CONSULTING

Methoden der Bedarfsermittlung

Zur morbiditätsorientierten Bedarfsermittlung:

Weitgehend theoretisch, weil

- flächendeckende, elektronische Morbiditätsdaten kaum vorhanden
- weitgehend noch kein Konsens über morbiditätsspezifische Behandlungsstrategien (Standard operating procedures - SOP)

Ausnahme ist Geburtshilfe, weil

- Exakte Fallzahlen vorhanden (Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett)
- Demografische Prognosedaten sehr sicher
- Weitgehender Konsens über SOP's

Methoden der Bedarfsermittlung

Zur angebotsorientierten Bedarfsermittlung:

Ausgangspunkt ist der IST-Zustand an vorhandenen Betten je Einwohner des Einzugsgebiets [**Bettenmessziffer**]

Für die Prognoserechnung wird diese Bettenmessziffer mit den Bevölkerungsprognosen korreliert und ergibt so den künftigen Bedarf.

Verfeinerung kann erfolgen durch:

- Aufgliederung nach Versorgungsstufen
- Differenzierung durch kleinere Einzugsgebiete
- Gliederung nach Fachdisziplinen
- Berücksichtigung einer optimalen Auslastung

Methoden der Bedarfsermittlung

Nachteile der angebotsorientierten Bedarfsermittlung:

- Berücksichtigt nur die demografische Entwicklung
- Lässt die Entwicklung von Kennzahlen wie Verweildauer außer acht
- Schreibt Unter- bzw. Überversorgungen in der Gegenwart in die Zukunft fort
- Kann keine Veränderungen in der abgestuften Versorgungspyramide berücksichtigen

Methoden der Bedarfsermittlung

Zur inanspruchnahmeorientierten Bedarfsermittlung:

Einflußfaktoren auf KH-Häufigkeit und Verweildauer und damit auf den analytischen Bettenbedarf, die im Rahmen einer inanspruchnahmeorientierten Bedarfsermittlung zu berücksichtigen sind:

- Stand, Organisation und Technik der Medizin
- Altersstruktur der Bevölkerung
- Zusammensetzung der Bevölkerung nach Geschlecht
- Art und Umfang der Erwerbstätigkeit
- Wohnverhältnisse
- Wohlstandsentwicklung
- Verkehrsbedingungen
- Angebot an Gesundheits-Dienstleistungen
- Sozial- und Gesundheitsgesetzgebung

Österr. Strukturplan Gesundheit 2017

Zielsteuerung-Gesundheit
Bund - Länder - Sozialversicherung

Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2017

inklusive Großgeräteplan

gemäß Beschluss der Bundes-Zielsteuerungskommission
vom 30. Juni 2017
inklusive der bis 6. April 2018 beschlossenen Anpassungen

verfasst von der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG)
im Auftrag der Bundesgesundheitsagentur

Gesundheit Österreich
GÖG



Krankenhaus- und Projektmanagement

HEALTH CARE SOLUTIONS

Martetschläger
CONSULTING

Österr. Strukturplan Gesundheit 2017

Der ÖSG ist zentrales Planungsinstrument im österreichischen Gesundheitswesen. Ein Expertenteam aus den Bereichen Medizin, Ökonomie und Planung erarbeitete Grundlagen und Richtwerte und entwickelt seine Inhalte kontinuierlich weiter. Der erste Österreichische Strukturplan Gesundheit (ÖSG) wurde von der damaligen Bundesgesundheitskommission 2006 beschlossen und löste den bis zu diesem Zeitpunkt geltenden Österreichischen Krankenanstalten- und Großgeräteplan (ÖKAP/GGP) ab. Seither wurde der ÖSG mehrmals aktualisiert und erweitert (2008, 2010, 2012). Festlegungen für die stationäre Akutversorgung wurden sukzessive um Aussagen zur ambulanten Versorgung und zur Rehabilitation ergänzt. Seit 2013 ist der ÖSG Bestandteil der Gesundheitsreform (Zielsteuerung-Gesundheit).

Krankenhaus- und Projektmanagement

HEALTH CARE SOLUTIONS

Martetschläger
CONSULTING

ÖSG 2017 – Wartung 2021

Die Bundes-Zielsteuerungskommission (B-ZK) hat am 1. 10. 2021 die Wartung des ÖSG 2017 mit Ergänzungen und Änderungen zu folgenden Themenbereichen beschlossen:

- Ergänzung der Grundlagen für Versorgungsaufträge (Aufgabenprofil und Ergänzungen in der Leistungsmatrix ambulant) für den Fachbereich Physikalische Medizin und allgemeine Rehabilitation
- Wartung der Leistungsmatrix ambulant auf Basis des LKF-Modells 2022 und Abgleich mit Leistungsmatrix-ambulant
- Anpassungen im bundesweiten Großgeräteplan
- Redaktionelle Änderungen bzw. Berichtigungen

Krankenhaus- und Projektmanagement

HEALTH CARE SOLUTIONS

Martetschläger
CONSULTING

Österr. Strukturplan Gesundheit 2017

SPHÄREN UND TEILBEREICHE DER INTEGRATIVEN REGIONALEN VERSORGUNGSPLANUNG



Legende: - - - - im ÖSG 2017 im IST-Stand und mit Rahmenplanung erfasst
- - - - im ÖSG 2017 im IST-Stand teilweise erfasst
- - - - im ÖSG 2017 nicht erfasst

Quelle: GÖG-eigene Darstellung

Krankenhaus- und Projektmanagement

HEALTH CARE SOLUTIONS

Martetschläger
CONSULTING

ÖSG - Qualitätskriterien

ÖSG KAPITEL 3 – ÜBERSICHT



Österr. Strukturplan Gesundheit 2017

Planungsrichtwerte für die Normalpflege- und Intensivbereiche in Akutkrankenanstalten
(Planungshorizont 2020)

Fachbereiche/Versorgungsbereiche	Err. (Min.)	BMZmin	BMZmax	BMZ 2014	MBZ
Intensivbehandlungsbereiche (INT/IS)	60	0,22	0,36	0,18	6
Intensivüberwachungsbereiche (INT/UE)	45			0,10	4
Kinder- und Jugendheilkunde (KIJU)	45	0,12	0,20	0,16	20
Kinder- und Jugendchirurgie (KJC)	*	0,02	0,03	0,03	20
Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP) ¹	60	0,08	0,13	0,04	30
Chirurgie (CH)	45	0,42	0,70	0,73	30
Neurochirurgie (NCH)	60	0,05	0,08	0,06	30
Innere Medizin (IM)	45	1,08	1,81	1,58	30
- davon Pulmologie (PUL) / Innere Medizin-Pneumologie (IM-PUL)	*	0,07	0,12	0,12	30
Frauenheilkunde und Geburtshilfe (GGH)	45	0,19	0,32	0,36	20
Neurologie (NEU)	60	0,18	0,31	0,23	30
Neurologische Akut-Nachbehandlung / Stufe B (NEU-ANB/B)	60	0,03	0,08	0,04	3
Neurologische Akut-Nachbehandlung / Stufe C (NEU-ANB/C)	90	0,05	0,09	0,08	8
Psychiatrie (PSY, exkl. PSY-ABH und PSY-FOR)	60	0,30	0,50	0,41	30
Haut- und Geschlechtskrankheiten (DER)	90	0,04	0,07	0,08	25
Augenheilkunde (AU)	90	0,04	0,07	0,09	20
Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde (HNO)	60	0,07	0,12	0,13	25
Urologie (URO)	60	0,10	0,16	0,15	25
Plastische, rekonstruktive und ästhetische Chirurgie (PCH)	*	0,02	0,03	0,03	15
Orthopädie und Traumatologie (ORTR)	45	0,50	0,82	0,74	30
- Orthopädie und orth. Chirurgie (OR)	45	0,21	0,34	0,29	30
- Unfallchirurgie (UCH)	45	0,29	0,48	0,45	20

Österr. Strukturplan Gesundheit 2017

Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie (MKG)	*	*	*	0,02	15
Strahlentherapie-Radioonkologie (STR)	90	*	*	0,03	*
Nuklearmedizinische stationäre Therapie (NUKT)	*	*	*	0,01	*
Psychosomatik / Erwachsene (PSO-E)	90	0,04	0,07	0,05	20
Psychosomatik / Säuglinge, Kinder und Jugendliche (PSO-KJ) ¹	90	0,02	0,03	0,02	6
Akuteriatrie/Remobilisation (AG/R)	45	0,26	0,43	0,19	24
Remobilisation/Nachsorge (RNS)	*	0,03	0,06	0,03	24
Palliativmedizin (PAL) / Erwachsene	60	0,05	0,08	0,04	8
Palliativmedizin (PAL) / Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene	*	*	*	*	*
Gemischter Belag (GEM)	*	*	*	0,36	*
Summe (exkl. PSY-ABH und PSY-FOR)²	*	3,94	6,56	5,97	*

¹ gültig bis zum Aufbau stationär ersetzender ambulanter Versorgungsstrukturen

² Summen enthalten auch Fachbereiche/Versorgungsbereiche ohne ausgewiesene Planungsrichtwerte oder IST-Werte (*)

* Angaben nicht sinnvoll bzw. nicht verfügbar

Legende:

Err. (Min.) Erreichbarkeitsfrist in Minuten für jeweils nächstgelegene Abteilung (ABT, ohne Berücksichtigung von ROF bzw. für NEU-ANB, PSO, AG/R, RNS und PAL für alle bettenführende Einheiten anzuwenden); zu erfüllen für 90 % der Wohnbevölkerung jedes Bundeslandes (unter Berücksichtigung auch Bundesländer übergreifender Versorgungsbeziehungen)

BMZ Bettenmessziffer (systemisierte Akutbetten in FKA, UKH und SAN pro 1.000 EW; umfasst alle Betten in sämtlichen bettenführenden Organisationsformen des stationären Bereichs); CH inkl. HCH, GCH, TCH, TXC;

BMZmin untere Grenze des BMZ-Soll-Intervalls, das von BMZmin und BMZmax begrenzt wird

BMZmax obere Grenze des BMZ-Soll-Intervalls, das von BMZmin und BMZmax begrenzt wird

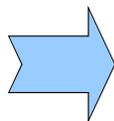
BMZ 2014 BMZ in Akut-KA im Jahr 2014 gemäß Krankenanstalten-Statistik des BMGF

Krankenhaus- und Projektmanagement

HEALTH CARE SOLUTIONS

Martetschläger
CONSULTING

Österr. Strukturplan Gesundheit ab 2006



die Versorgungssituation in den Bereichen „ambulante ärztliche Versorgung“, „extramurale therapeutische, psychologische und psychosoziale Versorgung“, „Rehabilitation“ sowie „Alten- und Langzeitversorgung“ wird pro Versorgungsregion bzw. Versorgungszone im Iststand 2014 (ÖSG 2017) erfasst.

Krankenhaus- und Projektmanagement

HEALTH CARE SOLUTIONS

Martetschläger
CONSULTING

Österr. Strukturplan Gesundheit ab 2006



zu den medizinisch-technischen Großgeräten sind allgemeine Planungsgrundlagen und technische Beschreibungen sowie Vorgaben, für welche medizinischen Leistungen welche Großgeräte (v. a. CT, MR) erforderlich sind, vorgesehen; weiters umfasst der ÖSG den bundesweiten Großgeräteplan, der pro Bundesland die maximale Anzahl an Großgeräten (CT, MR, ECT) im intra- und extramuralen Bereich beinhaltet.

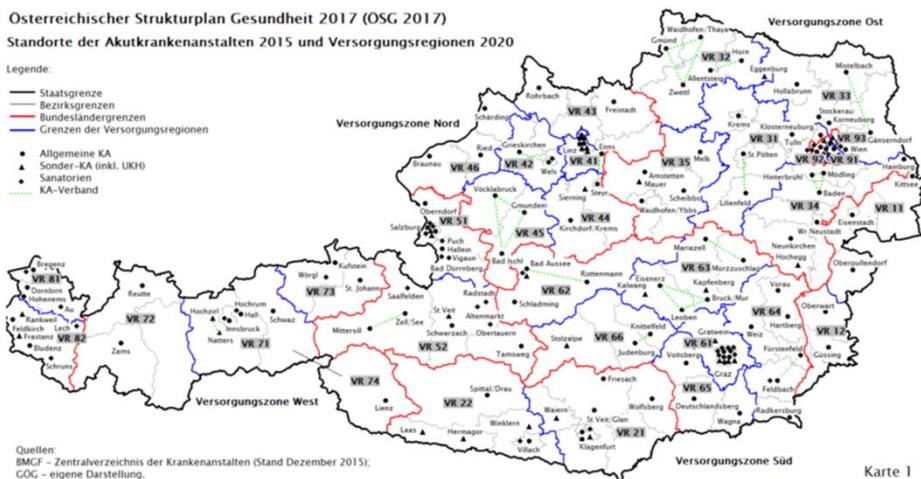
Österr. Strukturplan Gesundheit 2017

Osterreichischer Strukturplan Gesundheit 2017 (ÖSG 2017)

Standorte der Akutkrankenanstalten 2015 und Versorgungsregionen 2020

Legende:

- Staatsgrenze
- Bezirksgrenzen
- Bundesländergrenzen
- Grenzen der Versorgungsregionen
- Allgemeine KA
- ▲ Sonder-KA (inkl. UKH)
- Sanatorien
- KA-Verband



Quellen:
BMGF – Zentralverzeichnis der Krankenanstalten (Stand Dezember 2015);
GÖG – eigene Darstellung.

Karte 1

Österr. Strukturplan Gesundheit 2017

Der ÖSG 2017 beschreibt die regionalen Versorgungserfordernisse in 3 verschiedenen Darstellungen:

- **Planungsgrundlagenmatrix**
- **Versorgungsmatrix**
- **Leistungsmatrix**

Österr. Strukturplan Gesundheit 2017

Planungsgrundlagenmatrix:

1	Gesamt-Österreich
4	Versorgungszonen
9	Bundesländer
32	Versorgungsregionen



Akut-Krankenanstalten
Ambulante ärztliche Versorgung
Extramurale therap., psycholog. und psychosoziale Versorgung
Rehabilitation
Alten- und Langzeitversorgung

Österr. Strukturplan Gesundheit 2017

Versorgungsmatrix: 1 Gesamt-Österreich



4 VZ, 32 VR, 9 Bundesländer, 18 inl. und ausl. Gastpatienten je Bundesland, 1 Ö-Gesamt (insgesamt 64 Spalten)

**450 MHG (Med. Einzelleistungs- und Hauptdiagnosegruppen), jeweils für 2014 (Ist) und 2020/2025 (Soll)
6 Sonderbereiche (RNS, GER, NEU-ANB, PAL, KJP, Sonstige)
Ambulanter Sonderbereich Dialyse**

Krankenhaus- und Projektmanagement

HEALTH CARE SOLUTIONS

Martetschläger
CONSULTING

Österr. Strukturplan Gesundheit 2017

Leistungsmatrix: 1 Gesamt-Österreich



**Versorgungsstufe
Qualitätskriterien
(Mindestversorgungsstruktur, K-Typ, KOZ,
Intensiv, Histopathologie)
Mindestfallzahlen**

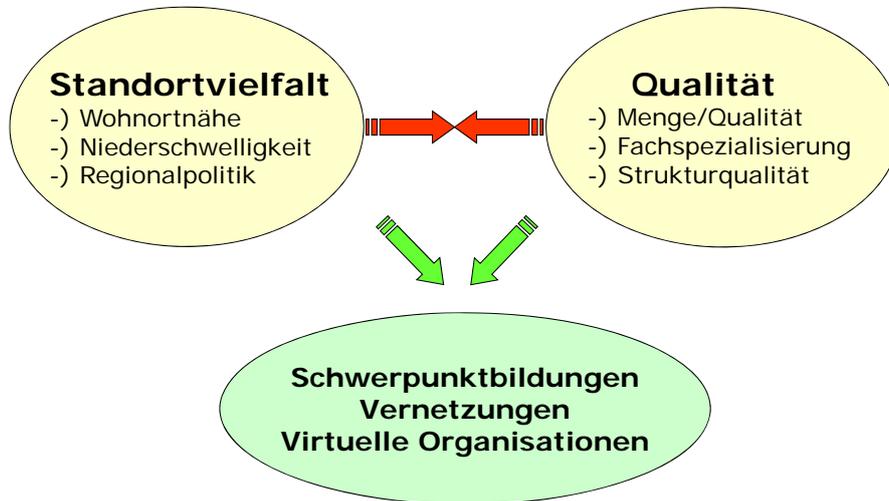
Ausgewählte med. Einzelleistungen (MEL's)

Krankenhaus- und Projektmanagement

HEALTH CARE SOLUTIONS

Martetschläger
CONSULTING

Der Strategische Zielkonflikt



ÖSG – Großgeräteplan 2017-2021

Im bundesweiten Großgeräteplan (GGP) werden die medizinisch-technischen Großgeräte festgelegt, die der öffentlichen Versorgung dienen. Der Großgeräteplan enthält die bundesweit sowie je Bundesland jeweils erforderliche Anzahl der Großgeräte und umfasst folgende Großgeräte:

- Computertomographiegeräte (CT)
- Magnetresonanztomographiegeräte (MR)
- Emissions-Computer-Tomographiegeräte (ECT; inkl. ECT-CT)
- Coronarangiographische Arbeitsplätze (Herzkatheterarbeitsplätze) (COR)
- Strahlen- bzw. Hochvolttherapiegeräte (STR) (Linearbeschleuniger)
- Positronen-Emissions-Tomographiegeräte (PET; inkl. PET-CT, PET-MR)

ÖSG – Großgeräteplan 2017

Die **Ziele** des Großgeräteplans sind:

- Die Großgeräte sollen regional möglichst gleichmäßig verteilt und bestmöglich erreichbar sein.
- Die Versorgung der Bevölkerung mit medizinisch-technischen Großgeräten soll gesamtwirtschaftlich sinnvoll erfolgen.
- Großgeräte sollen in jenen Krankenanstalten eingerichtet werden, die diese zur Bewältigung der sich aus der jeweiligen Fächerstruktur ergebenden medizinischen Anforderungen benötigen.
- Die Versorgungswirksamkeit des extramuralen Bereichs sowie Kooperationspotenziale zwischen dem intra- und dem extramuralen Bereich sind in die Planung mit einzubeziehen.

Krankenhaus- und Projektmanagement

HEALTH CARE SOLUTIONS

Martetschläger
CONSULTING

ÖSG – Großgeräteplan 2017-Wartung 2021

Planungsrichtwerte

Gerätegruppe/Verfahren	Erreichbarkeit (in Minuten) ¹	Einwohner-richtwert ²	Großgeräte pro 1 Mio EW ²
Computertomographie (CT)	30	30.000–50.000	20,0–33,3
Magnetresonanztomographie (MR)	45	70.000–90.000	11,1–14,3
Emissions-Computer-Tomographie (ECT) ³	45	80.000–100.000	10,0–12,5
Strahlentherapie (STR) ⁴	90	130.000–150.000	6,7–7,7
Coronarangiographie (COR) ⁵	60	200.000–300.000	3,3–5,0
Positronen-Emissions-Tomographie (PET) ⁶	60	300.000–400.000	2,5–3,3

¹ Erreichbarkeitsfrist in Minuten, innerhalb der zumindest 90 % der Wohnbevölkerung im Straßen-Individualverkehr den jeweils nächstgelegenen leistungs anbietenden Standort erreichen können sollen

² minimale und maximale Zahl an EinwohnerInnen je Gerät bzw. minimale und maximale Zahl der Großgeräte nach GG/1.000.000 EW

³ exklusive „nicht SPECT-fähiger“ Gammakameras

⁴ Neben den in der Strahlentherapie etablierten Bestrahlungsformen mittels Elektronen und Photonen ist in Hinblick auf die Evidenzlage zusätzlich zu der in Niederösterreich vorhandenen Einrichtung bundesweit keine weitere Vorhaltung von alternativen Verfahren wie die Hadronen-/Partikeltherapie vorzusehen.

⁵ Richtwerte gültig auch für medizinisch-technische bildgebende Geräte, mit denen COR-Leistungsspektren erbracht werden können.

⁶ Konkrete Planung für PET-MR auf Basis der Prüfung der Verfügbarkeit ausreichender Evidenz

Krankenhaus- und Projektmanagement

HEALTH CARE SOLUTIONS

Martetschläger
CONSULTING

ÖSG – Großgeräteplan 2017-Wartung 2021

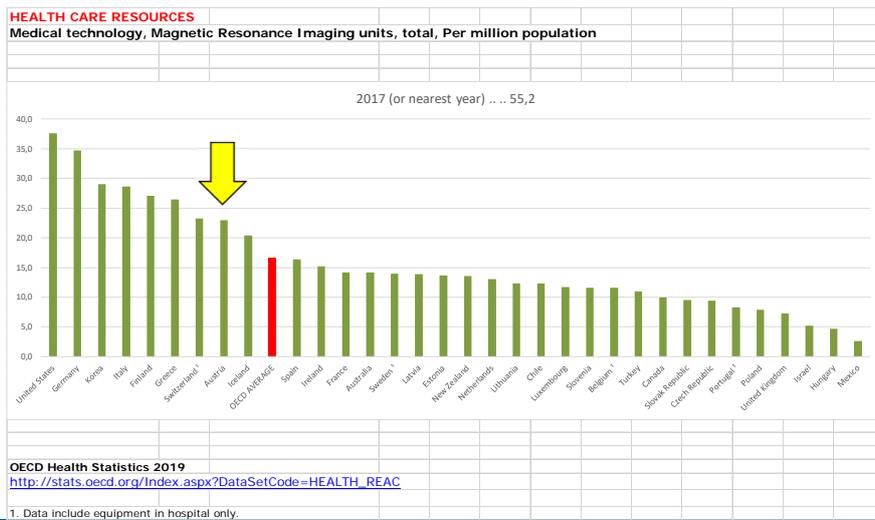
Österreich - GGP	CT		MR		ECT		STR		COR		PET	
	GG	GGP	GG	GGP	GG	GGP	GG	GGP	GG	GGP	GG	GGP
GG in Fonds-KA	140	146	88	98	68	73	45	56	41	45	20	23
GG in sonstigen Akut-KA und Rehabilitationszentren	15	12	11	8	3	2	0	0	4	2	0	0
GG im extram. Bereich	99	74	109	70	23	18	1	1	3	0	4	0
Österreich	254	232	208	176	94	93	46	57	48	47	24	23

Krankenhaus- und Projektmanagement

HEALTH CARE SOLUTIONS

Martetschläger
CONSULTING

Internationaler Vergleich



Krankenhaus- und Projektmanagement

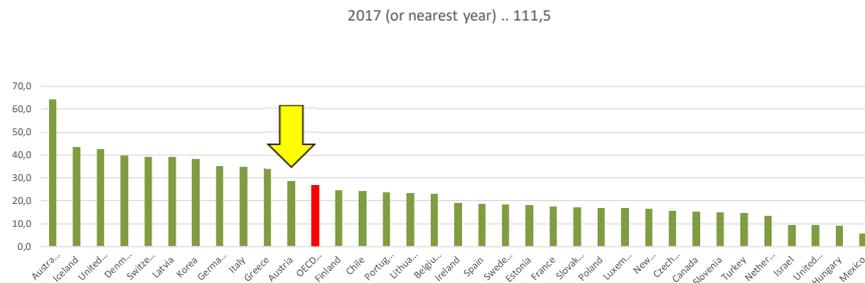
HEALTH CARE SOLUTIONS

Martetschläger
CONSULTING

Internationaler Vergleich

HEALTH CARE RESOURCES

Medical technology, Computed Tomography scanners, total, Per million population



OECD Health Statistics 2019

http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_REAC

1. Data include equipment in hospital only.

Krankenhaus- und Projektmanagement

HEALTH CARE SOLUTIONS

Martetschläger
CONSULTING

Leistungsorientierte KH-Finanzierung (LKF)

Hinter dem Begriff „Finanzierung“ verbergen sich zwei grundsätzlich unterschiedliche Gesichtspunkte. Zum einen lässt sich Finanzierung als Antwort auf die Frage:

„Wer finanziert mit welchem Geld?“

interpretieren, zum anderen kann Finanzierung auch als Vorgang der Mittelverteilung angesehen werden – also als Antwort auf die Frage:

„Wie wird das Geld verteilt?“

Krankenhaus- und Projektmanagement

HEALTH CARE SOLUTIONS

Martetschläger
CONSULTING

Leistungsorientierte KH-Finanzierung (LKF)

Grundlage des österreichischen LKF- Systems ist eine einheitliche Dokumentation von:

- Diagnosen seit 1.1.2001 nach dem ICD-10 der WHO (International Classification of diseases)
- Ausgewählte Prozeduren nach einem eigenentwickelten Katalog „Medizinischer Einzelleistungen (MEL)“
- Eventuell Alter des Patienten / der Patientin
- Eventuell Strukturqualitätskriterien

Leistungsorientierte KH-Finanzierung (LKF)

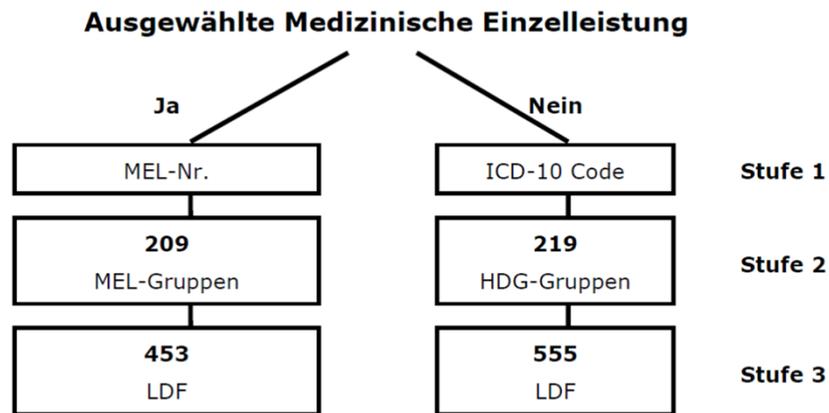
Sämtliche Krankheitsbilder werden (Stand 2015) in insgesamt 1008 LDF (Leistungs- und Diagnoseorientierte Fallgruppen) eingeteilt, davon sind

453 leistungsbasiert (primär in der operativen Fächern über MEL´s codiert)

und

555 krankheitsbasiert (primär in den konservativen Fächern über Diagnosen - HDG´s codiert)

Leistungsorientierte KH-Finanzierung (LKF)



Leistungsorientierte KH-Finanzierung (LKF)

Jeder der 1008 LDF – Gruppen ist:

- eine Gesamtpunktezahl (Fallpauschale) zugeordnet, die sich wiederum unterteilt in
 - eine Leistungskomponente
 - eine Tageskomponente
- ein Verweildauerintervall mit unterer und oberer Schwelle zugeordnet
- das LKF – Modell wird jährlich weiterentwickelt

Leistungsorientierte KH-Finanzierung (LKF)

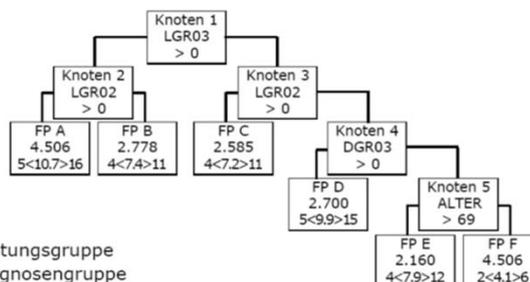
Nach der Bestimmung der LDF-Gruppe und damit der Fallpauschale (über MEL oder HDG) werden folgende Zusatzbepunktungen angebracht:

- Zusatzpunkte für längere Aufenthalte (degressiv)
- Punkteabschläge für kürzere Aufenthalte
- Mehrleistungszuschläge (zusätzliche Leistungskomponente bei Mehrfachbehandlungen)
- Zusatzpunkte für Aufenthalte in Intensivstationen
- Tageweise Bepunktung in Sonderbereichen (Psych. Tagesklinik, Palliativbehandlung, Akutgeriatrie und Remobilisation etc.)

Leistungsorientierte KH-Finanzierung (LKF)

Beispiel eines „Entscheidungsbaumes“:

HDG08.15
Erkrankungen von Leber, Galle, Pankreas



LGR = Leistungsgruppe
DGR = Diagnosengruppe
FP = Fallpauschale

Beispiel: Für das FP A (Fallpauschale A) werden 4.506 Punkte verrechnet, die Verweildaueruntergrenze beträgt 5 Tage, die Verweildauerobergrenze beträgt 16 Tage, die durchschnittliche Verweildauer beträgt 10,7 Tage.

Leistungsorientierte KH-Finanzierung (LKF)

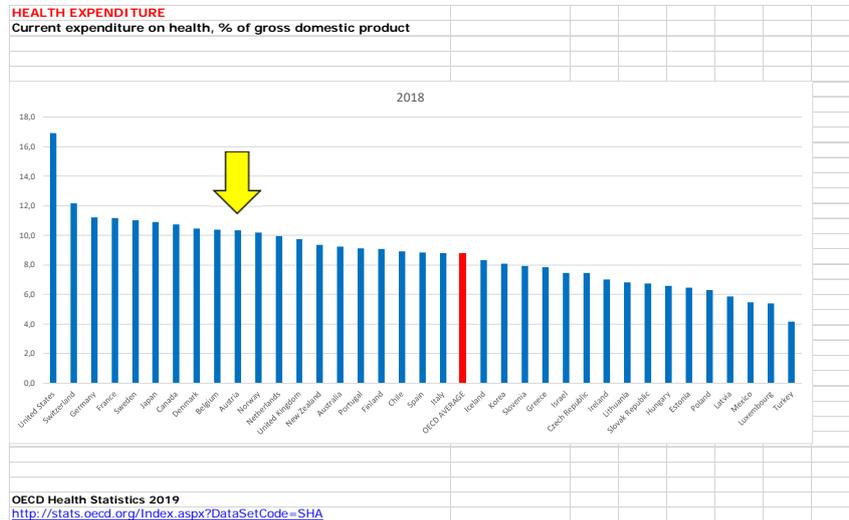
Leistungsbezogenes KA-Finanzierungssystem	
Bundesweit einheitlicher LKF-KERNBEREICH	Bepunktung des stationären Krankenhausaufenthalts auf Basis der leistungsorientierten Diagnosenfallgruppen (LDF) inkl. aller speziellen Bepunktungsregelungen
Länderweise gestaltbarer LKF-STEUERUNGSBEREICH	Unter Bedachtnahme auf die länderspezifischen Erfordernisse können zusätzlich folgende Kriterien im LKF-System Berücksichtigung finden: <ul style="list-style-type: none">- KA-Typ- Personalfaktor- Appar. Ausstattung- Bausubstanz- Auslastung- Hotelkomponente

Leistungsorientierte KH-Finanzierung (LKF)

Ziele die mit der Einführung des österreichischen LKF-Systems verbunden waren:

- eine höhere Kosten- und Leistungstransparenz,
- die langfristige Eindämmung der Kostensteigerungen,
- die Reduzierung unnötiger Mehrfachleistungen,
- längst notwendige Strukturveränderungen (u.a. Akutbettenabbau) und
- ein österreichweit einheitliches, einfach zu administrierendes Instrumentarium für gesundheitspolitische Planungs- und Steuerungsmaßnahme

Internationaler Vergleich



Krankenhaus- und Projektmanagement

HEALTH CARE SOLUTIONS

Martetschläger
CONSULTING

Internationaler Vergleich

A bed built,
is a bed filled

(aus der englischen Gesundheitsdiskussion)

Krankenhaus- und Projektmanagement

HEALTH CARE SOLUTIONS

Martetschläger
CONSULTING