

Publizierte Planungsgrundsätze

- **bestmöglich erreichbar**
- **bedarfsgerecht**
- **qualitativ sinnvoll und hochwertig**
- **effizient und effektiv**
- **sowie regional gleichwertig**

Auf Basis der Vorgaben des ÖSG - also Leistungsangebotsplanung

Kärnten West:

Einwohner 220.095

Durchschnittsalter 44,7

Anteil 65+ 21,25

Stationäre Akutversorgung

CH, GGH, OR/UC, AG/R, IM, KI,

Kärnten Ost:

Einwohner 337.546

Durchschnittsalter 43,9

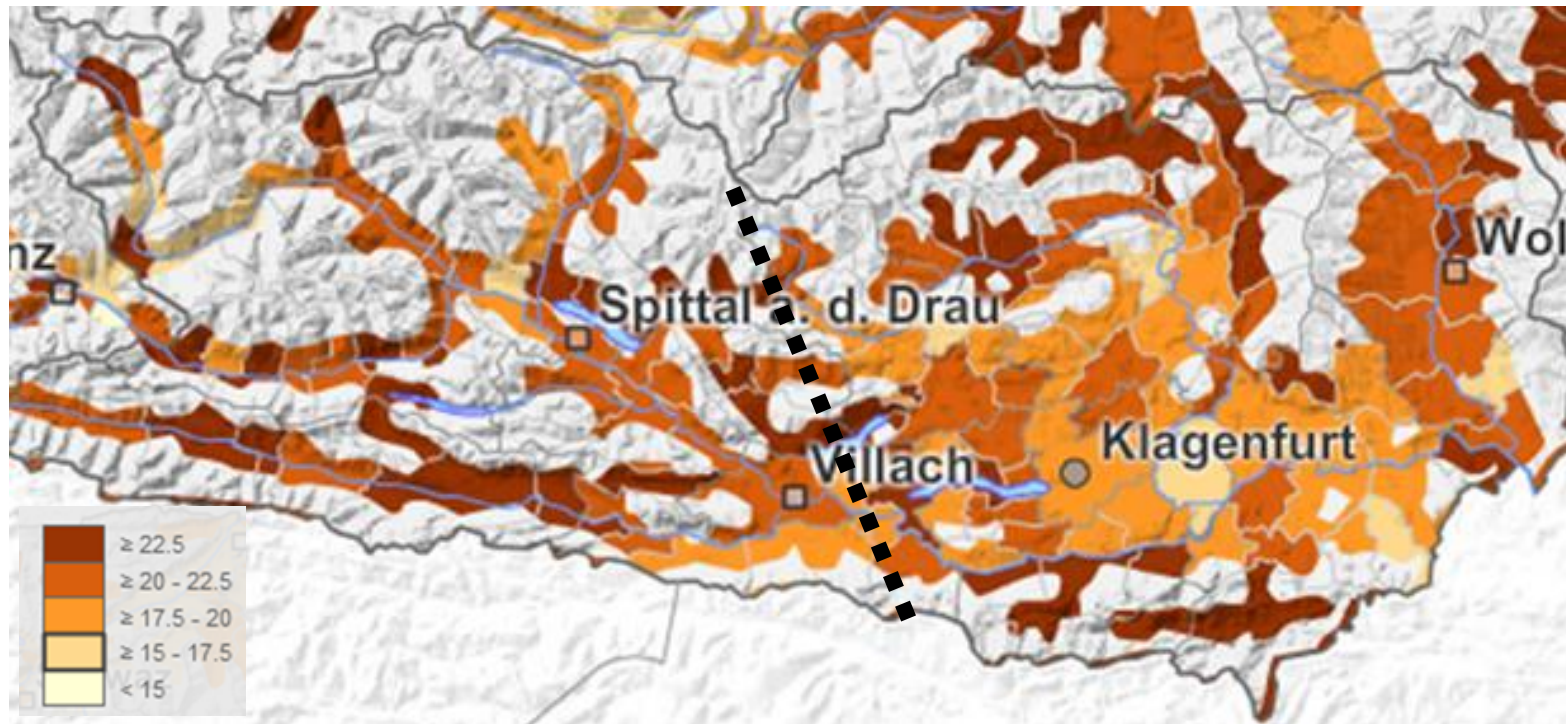
Anteil 65+ : 20,2%

Stationäre Akutversorgung

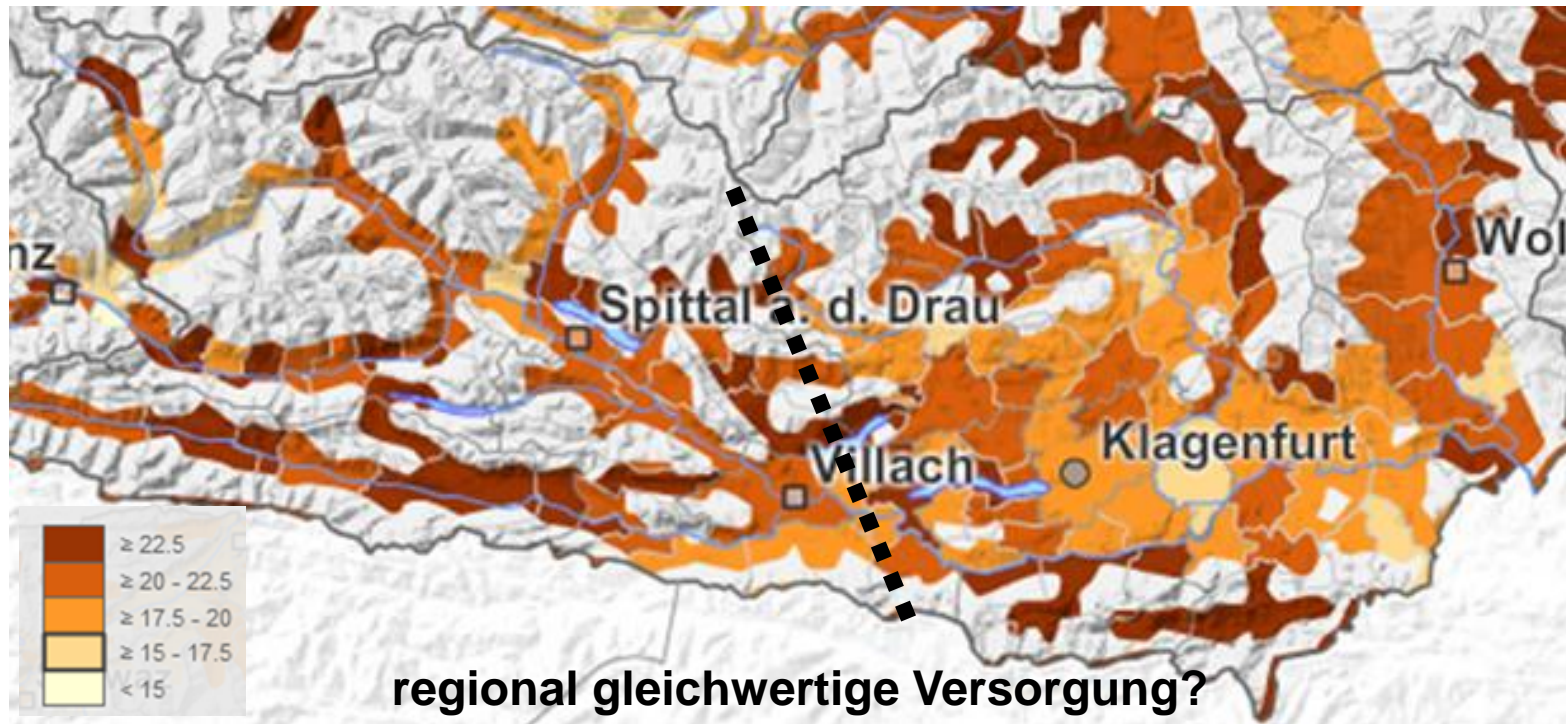
CH, GGH, OR/UC, AG/R, IM, KI

AU, HNO, URO, KJP, MKG, NC,

PCH, KCH, HTGC, PUL, DER



Kärnten West Betten		Gegenüber Ost bez. auf EW	Kärnten Ost Betten	
CH	98	1%	CH	149
GGH	58	7%	GGH	83
IM a.	270	-10%	IM a.	456
KI	30	0%	KI	46
OR/UC	162	3%	OR/UC	240
AG/R	94	-35%	AG/R	194
Gesamt:	712	-7%	Gesamt:	1168



West: in Laas werden nur 20 Betten der Akutversorgung zugerechnet
 Ost: 10 Lymph-Betten werden nicht berücksichtigt

Gegenüber Einzugsgebiet Spittal

Spittal/Drau

Einzugsgebiet: 90.000

Patienten: ca. 15.000

CH	35	31%
GGH	20	5%
IM	85	34%
OR/UC	40	25%
AG/R	24	163%
INT	6	75%
Gesamt:	210	45%

Wolfsberg

Einzugsgebiet: 68.500

Patienten: ca. 13.000

CH	35
GGH	16
IM	87
OR/UC	38
AG/R	48
INT	8
Gesamt:	232



10 Lymph-Betten werden nicht berücksichtigt

Spittal/Drau

€ 40.211.335
390
€ 2.421
37

Gesamte Endkosten

Personal (VZÄ)

stat. Endkosten je Patient

stat. Patienten je Mitarbeiter (VZÄ)

Wolfsberg

€ 62.858.842
624
€ 3.875
21

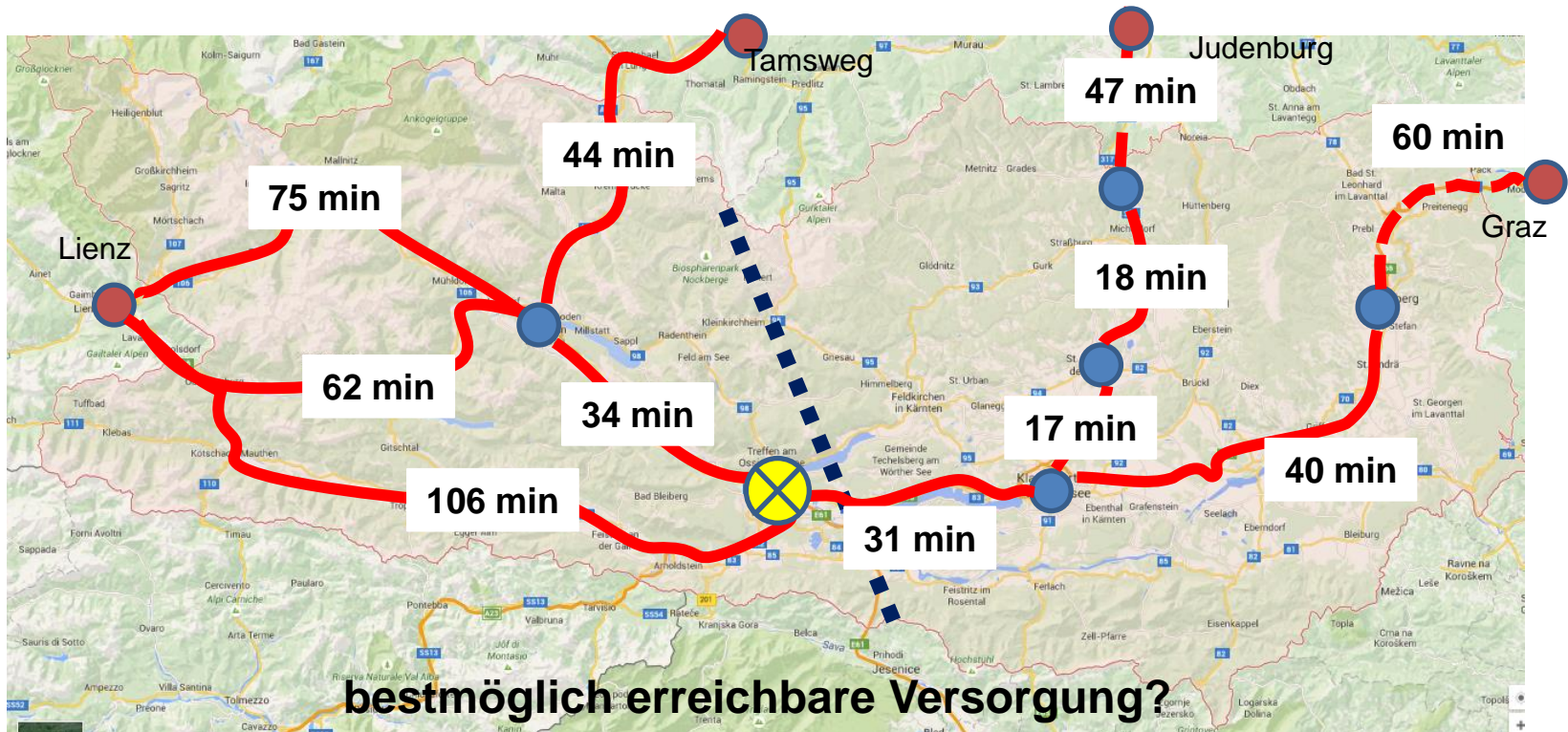


Lt. ÖSG: dislozierte Tageskliniken sind zur Herstellung einer regional ausgewogenen Versorgung zulässig, wenn sie in der regionalen Detailplanung des Bundeslandes vorgesehen sind

West-Kärnten hat kein Angebot für

AU, HNO, URO, KJP, MKG, NC, PCH, KCH, HTGC, PUL, DER

Jetzt neues Angebot in Villach : dTK für AU, HNO, URO

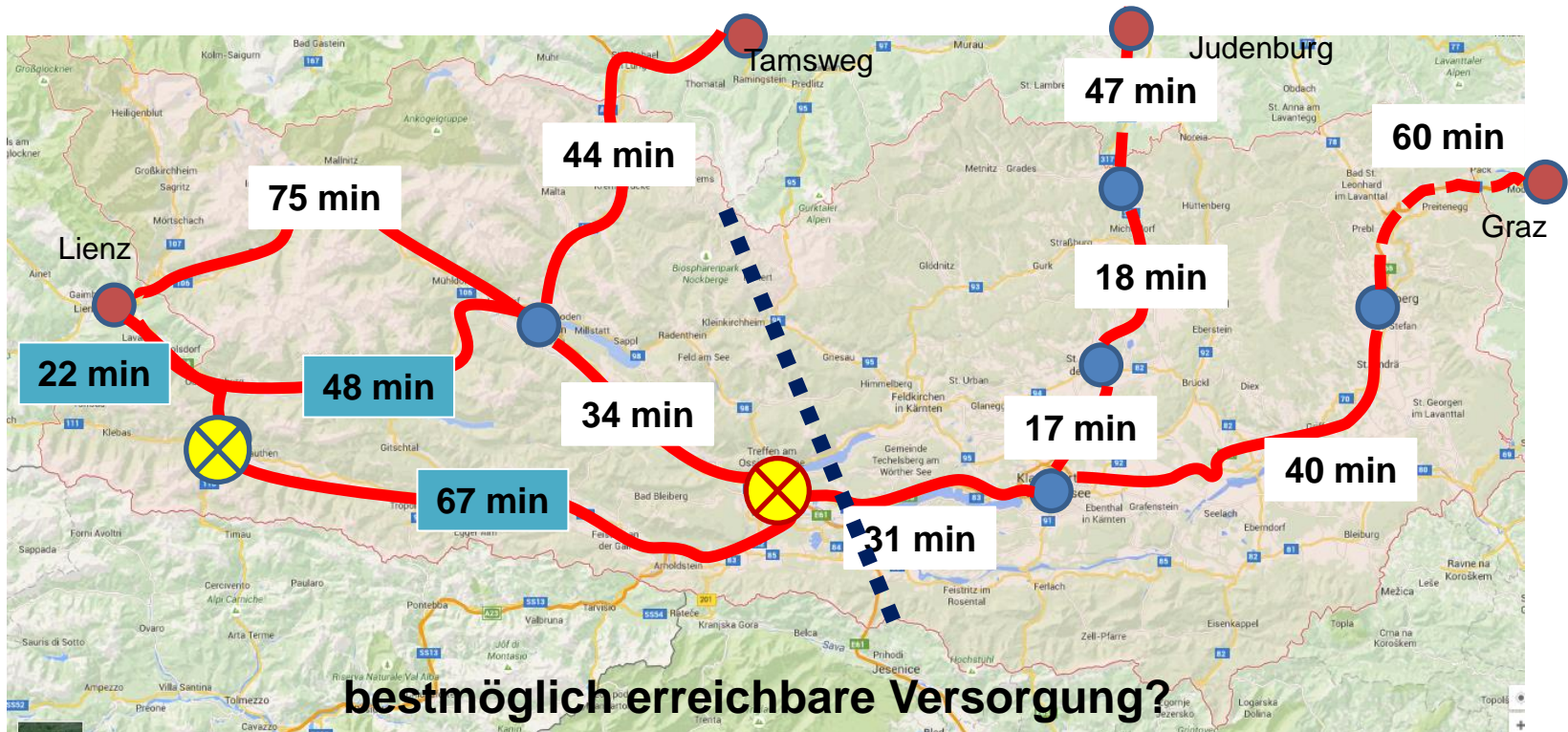


Lt. ÖSG: dislozierte Tageskliniken sind zur Herstellung einer regional ausgewogenen Versorgung zulässig, wenn sie in der regionalen Detailplanung des Bundeslandes vorgesehen sind

West-Kärnten hat kein Angebot für

AU, HNO, URO, KJP, MKG, NC, PCH, KCH, HTGC, PUL, DER

Warum wird das Angebot nicht in Laas verortet, oder wenigstens in Spittal?



Wie schaut es mit dem TK-Angebot in anderen Häusern aus?

Warum können TK-Angebote nicht Quantifiziert werden?

K219 A. ö. Landeskrankenhaus Wolfsberg (Träger: Landeskrankenanstalten Betriebsgesellschaft - KABEG)

Betten Normal- und Intensivpflege		AG/R	AU	CH	DER	GGH ¹	HNO	IM ²	OR/UC
IST - 2012	<i>tatsächlich aufgestellte Betten</i>								
	- vollstationär	40	0	48	0	23	0	114	0
	- teilstationär	4	0	0	0	0	0	0	0
	- Σ Betten	44	0	48	0	23	0	114	0
SOLL - 2015	<i>systemisierte Betten (RSG 2015)</i>								
	- vollstationär	40	0	50	0	25	0	114	0
	- teilstationär	6	0	0	0	0	0	0	0
	- Σ Betten	46	0	50	0	25	0	114	0
SOLL - 2020	<i>systemisierte Betten (RSG 2020)</i>								
	- vollstationär	40	0	35	0	16	0	97	38
	- teilstationär	8	0	NQ	0	NQ	0	NQ	NQ
	- Σ Betten	48	0	35	0	16	0	97	38

60 min
Graz
10 min

Auf Basis des ÖSG – also Leistungsangebotsplanung?

Wie schaut es mit dem TK-Angebot in anderen Häusern aus?

Warum können diese nicht **ÜBERALL** Quantifiziert werden?

<u>CH²</u> <u>Gesamt</u>	<u>CH¹</u>	<u>CH¹</u>	<u>CH¹</u>	<u>CH</u>	<u>CH</u>	<u>CH</u>
86	70	30	35	40	69	48
3	0	0	0	0	3	0
89	70	30	35	40	72	48
~~~~~	~~~~~	~~~~~	~~~~~	~~~~~	~~~~~	~~~~~
91	65	0	35	40	72	50
4	0	6	0	0	3	0
<b>95</b>	<b>65</b>	<b>6</b>	<b>35</b>	<b>40</b>	<b>75</b>	<b>50</b>
~~~~~	~~~~~	~~~~~	~~~~~	~~~~~	~~~~~	~~~~~
150	50	0	0	35	63	35
7	NQ	4	10	NQ	2	NQ
157	50	4	10	35	65	35
~~~~~	~~~~~	~~~~~	~~~~~	~~~~~	~~~~~	~~~~~
<u>ABT*</u>	<u>ABT</u>	<u>dTK*</u>	<u>dWK⁵</u>	<u>ABT</u>	<u>ABT*</u>	<u>ABT</u>

Auf Basis des ÖSG – also Leistungsangebotsplanung?

# Auf Basis des ÖSG – also Leistungsangebotsplanung?

## z.B. Kapazitätsplanung für Blinddarmentfernung in Kärnten Ost

Lt. ÖSG sind 2020 in der Versorgungsregion Kärnten Ost 463 Appendektomien, davon 74 tagesklinisch zu planen

Lt. LKF-Modell beträgt die mittlere Verweildauer für die stationäre Versorgung 4,5 Tage

Daher benötigen die 398 stationäre Patienten (ohne die TK-Fälle) vor/nach der OP 1750 Tage und Nächte lang ein Bett. Legt man aus Sicherheitsgründen eine max Bettenauslastung von 85% zu Grunde (um keine Gangbetten zu planen muss eine 15%-Reserve mitgeplant werden), sind für Blinddarmentfernungen 5,6 Betten (auf der CH oder KCH) nötig, die nun in den entsprechenden Spitälern nach den Planungsvorgaben (z.B.: bestmöglich erreichbar) „verortet“ werden sollten.

Die 74 tagesklinischen Patienten liegen 1 Tage (ohne Nacht) im Spital. Wenn die Tagesklinik 365 Tage pro Jahr geöffnet hat, dann sind für die Blinddarmentfernung unter Einrechnung einer 15%igen Reserve 85 Tage einzurechnen (entspricht etwa „1/4“ TK-Bett

Der ÖSG kennt 226 solcher planbarer „Leistungen“ (i.d.R. logische Leistungsbündel), die dem LKF-Modell entsprechen

Wenn hinter dem RSG, wie gesetzlich vorgeschrieben und in den Planungsmethoden behauptet, eine Leistungsangebotsplanung liegt;

**Warum gibt es dann ein NQ?**

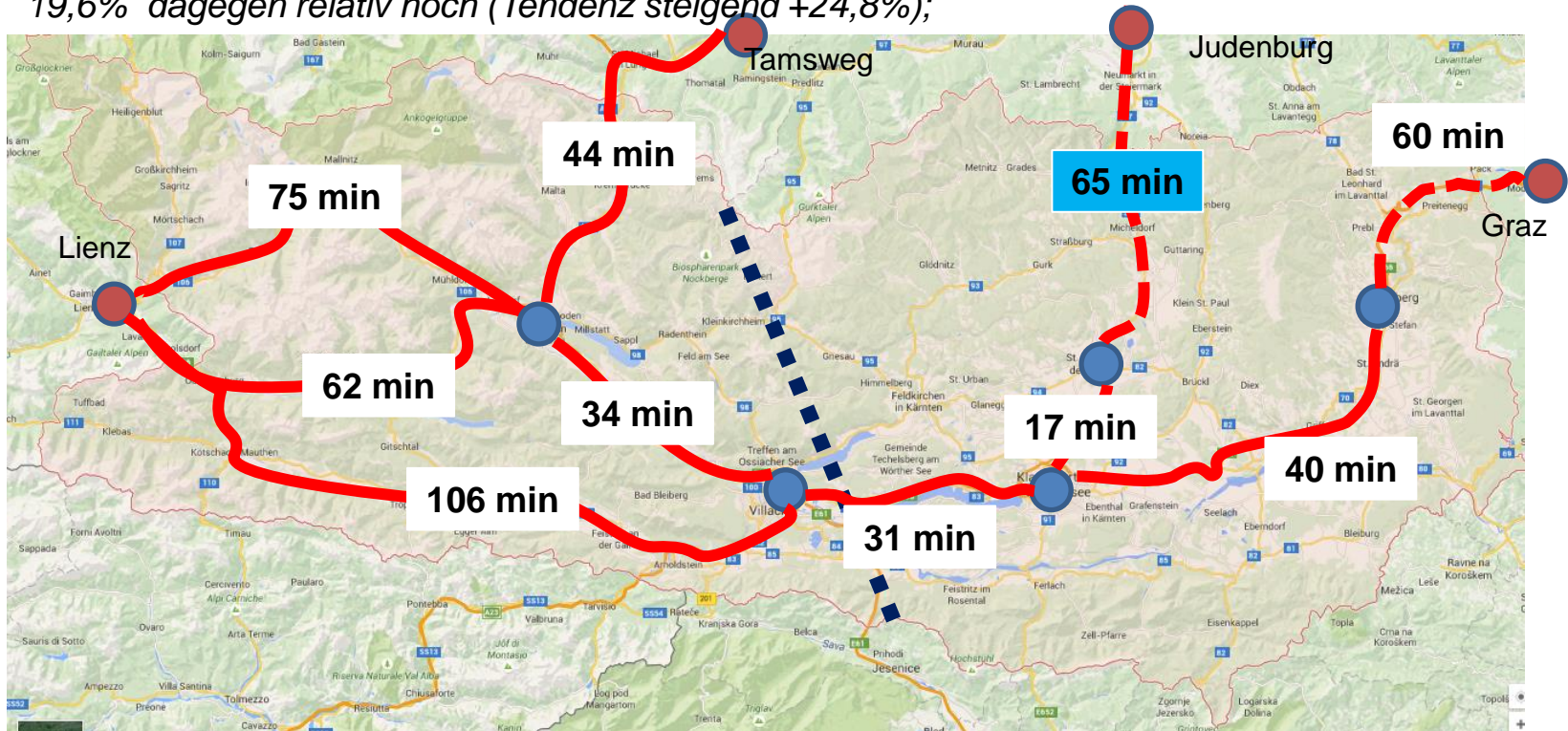
## Zwischen - FACIT

- **Selbstgesteckte (publizierte) Planungsgrundsätze nicht beachtet**
- **ÖSG-Vorgaben nicht berücksichtigt**

# Gibt es unpublizierte Planungsgrundsätze?

Warum soll in Friesach die CH geschlossen (ursprünglicher Plan)  
bzw. auf 6 Betten dWK und 4 Betten dTK reduziert werden?

Chirurgie: 65,4% aus Kärnten (Tiefststand 2011: 1.316, 2013: 1.536), aus der Steiermark kommen 32,23% (761 Aufn.); der Anteil der Patienten aus dem Bezirk SV ist mit 30,75% (726 Patienten stabil) sehr gering, jener aus den Bezirken K und KL mit 19,6% dagegen relativ hoch (Tendenz steigend +24,8%);



# Gibt es unpublizierte Planungsgrundsätze?

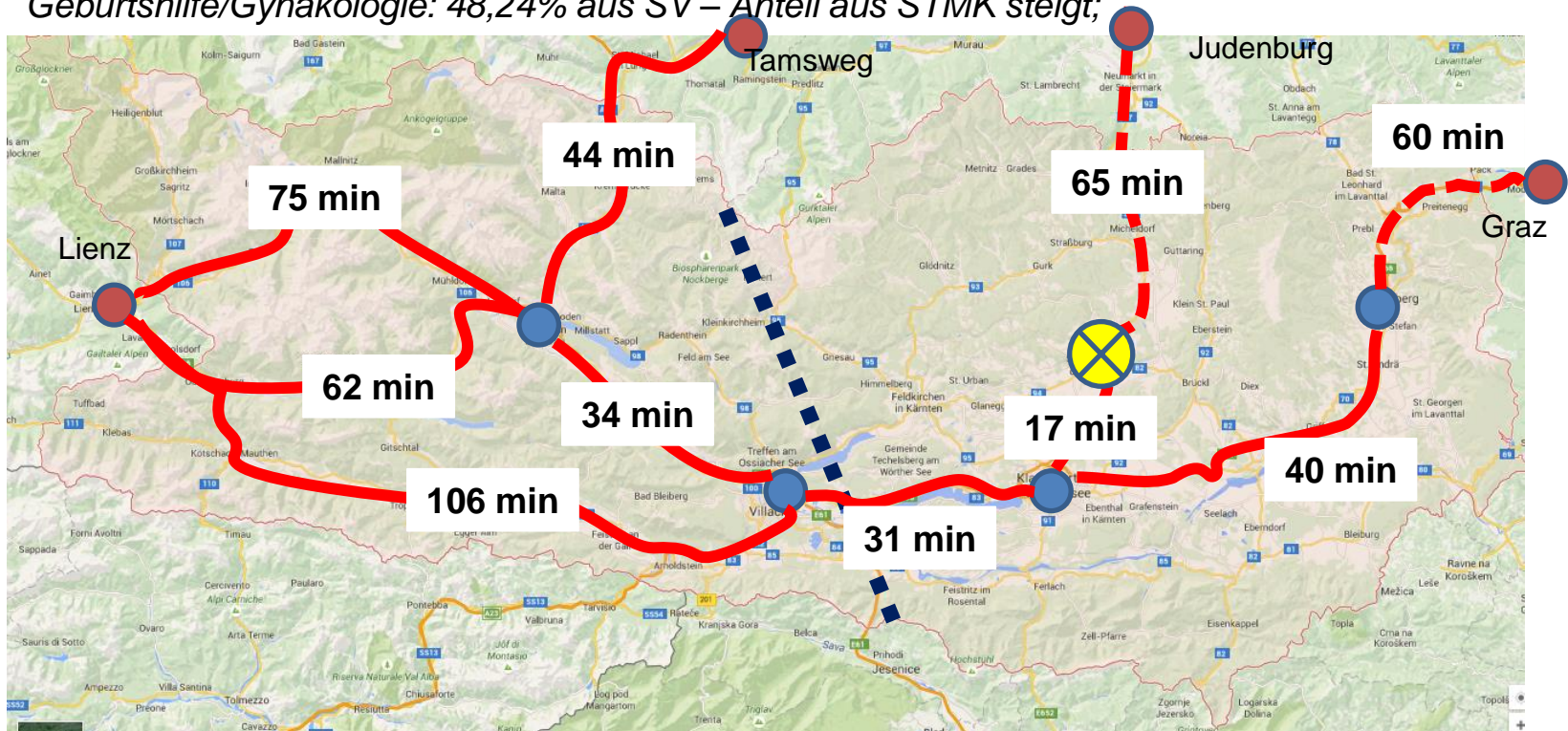
## Warum wird St.Veit dermaßen stark beschnitten?

Gesamt: 48,36% aus dem Bezirk SV; 11,18% aus VI und 9,46% aus VL; 12,49% aus FE; 221 Patienten weniger aus SV; 149 Patienten mehr aus der STMK, davon 94 auf der IM

Chirurgie: 41,77% aus SV,

Innere Medizin: 51,6% aus SV

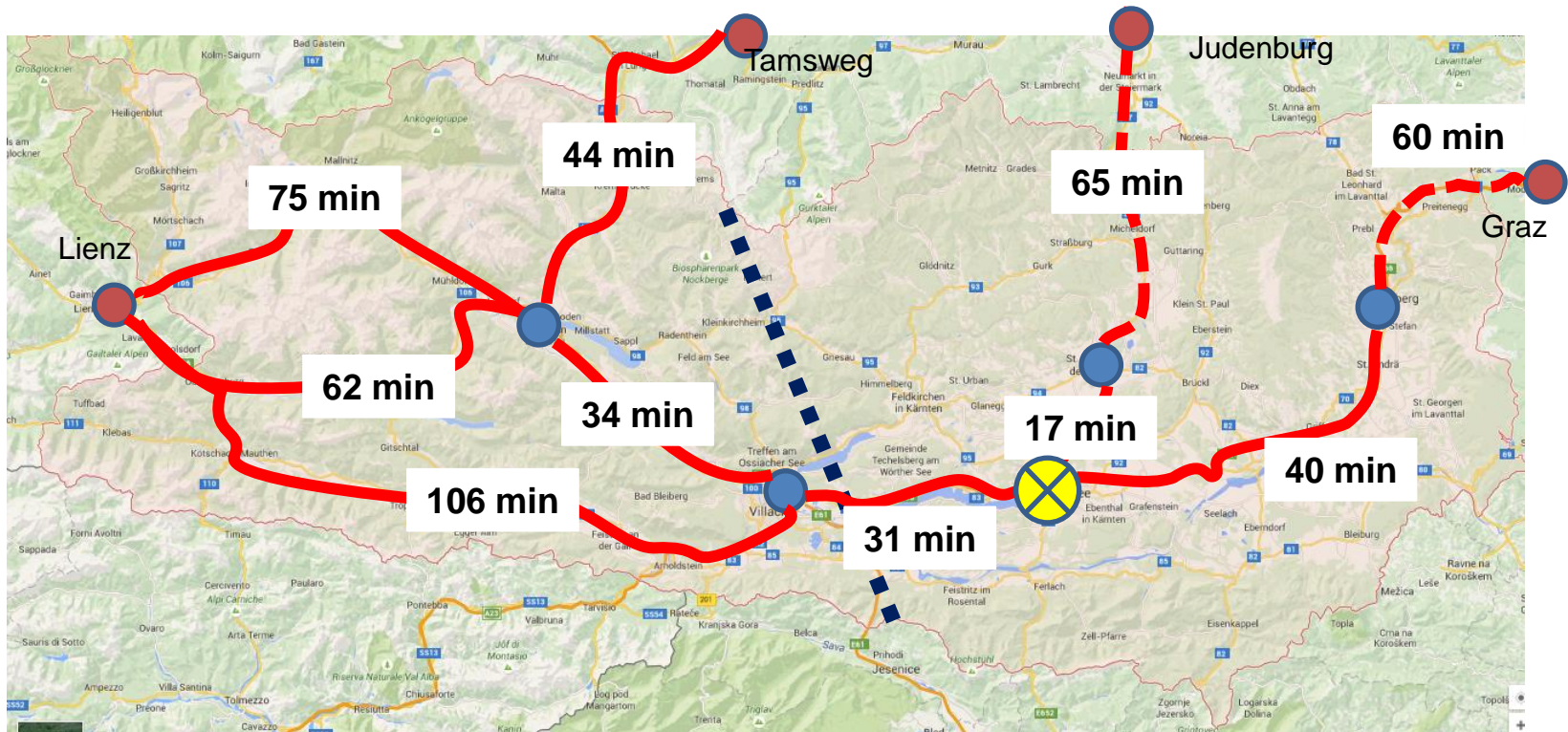
Geburtshilfe/Gynäkologie: 48,24% aus SV – Anteil aus STMK steigt;



# Gibt es unpublizierte Planungsgrundsätze?

## Warum werden Elisabethinen dermaßen stark beschnitten?

*Chirurgie: Anteil der Patienten aus K und KL beträgt 76% - Tendenz leicht steigend nach Rückgang 2011 und 2012, aus VK und FE abnehmende Aufnahmen;  
Innere Medizin: deutliche Zunahme der Patienten aus K und KL (+369, +2,76%Pkte).*



## **Gibt es unpublizierte Planungsgrundsätze?**

Die Reduktion der Ordensspitäler in der vorliegenden Form ist nur schwer durch eine versorgungswissenschaftlich abgestützte Strukturbereinigung zu interpretieren – denn welche Patienten sollen mit welchen Leistungen nun wo versorgt werden? Mehr noch, in Klagenfurt wird es durch diese Schließungen möglicherweise sogar zu Versorgungsengpässen in der allgemein CH kommen.

Erklärbar werden die Entscheidungen dann, wenn man annimmt, dass

- **möglichst viele Leistungen in KABEG-Häuser verlagert werden sollen, um deren Anteil an LKF-Mittel zu erhöhen, und so die Defizite zu senken (LKF-Mittel sind gedeckelt und fix auf Bundesländer verteilt)**
- **möglichst wenige Gastpatienten in Kärnten versorgt werden, weil damit Kosten entstehen, denen jedoch keine Einnahmen gegenüberstehen**
- **möglichst viele Kärntner außerhalb Kärnten versorgt werden sollen, weil damit Kosten abgeschoben werden können ohne jedoch Einnahmen zu verlieren**

Nimmt man diese „unpublizierten Planungsgrundsätze“ an, wird auch verständlich, warum Laas oder Spittal nicht ausgebaut werden.

# **FACIT**

- **Publizierte Planungsgrundsätze nicht angewandt**
- **Versorgungswissenschaftlich nicht nachvollziehbar**
- **Betriebswirtschaftlich nicht richtig**
- **ÖSG-Vorgaben nicht berücksichtigt**

**Statt dessen dürfte versucht werden**

- **LKF-Mittel in KABEG-Häusern zu konzentrieren**
- **Gastpatienten v.a. aus der Steiermark zu reduzieren**
- **Kärntner Patienten in andere Bundesländern zu verdrängen**

**Um die KABEG-Defizite zu minimieren**