

Ambulantisierung in der Kapazitätsplanung – Stand und Herausforderungen

Florian Röthlin

Ambulant vor Stationär, 26. 6. 2019

Gesetzliche Grundlagen der Planung

- » Kapazitätsplanung ist Teil der integrativen regionalen Versorgungsplanung.
- » Die Versorgungsplanung ist gemäß der Art. 15a B-VG Vereinbarung über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens (Vereinbarung zwischen Bund- und Ländern)
- » und durch das Bundesgesetz zur partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit (G-ZG) gesetzlich verankert.
- » Die gesetzlichen Aufgaben werden durch die dafür eigens eingerichtete Bundesgesundheitsagentur bzw. durch ihre Organe
 - » die Bundes- Zielsteuerungskommission bzw.
 - » den Ständigen Koordinierungsausschuss wahrgenommen.

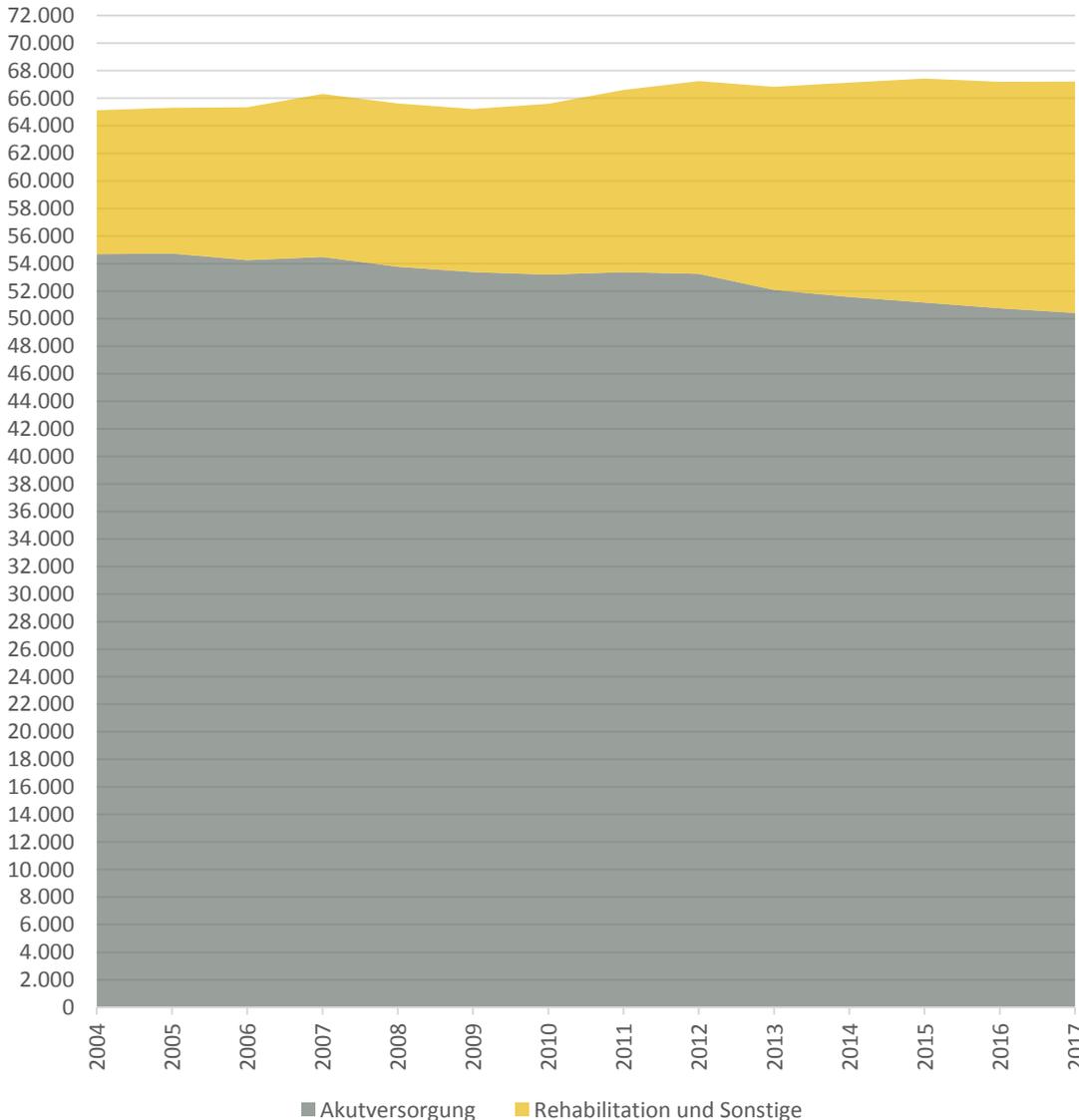
Ziele der integrativen Versorgungsplanung (Auszug) I

- » **gleichmäßige** und bestmöglich erreichbare, **medizinisch und gesamtwirtschaftlich sinnvolle** Versorgung, Qualitätssicherung (z.B. Kapazitäts- und Erreichbarkeitsrichtwerte, Vorgabe von MFQ und Qualitätskriterien)
- » **regionale Abstimmung** der Planungen auf Ebene von Versorgungsregionen, **überregionalen Abstimmung** wenn sinnvoll bzw. notwendig durch das Verankern der überregionalen Versorgungsplanung (ÜRVP) für **komplexe spezialisierte Leistungen** von überregionaler Bedeutung

Ziele der integrativen Versorgungsplanung (Auszug) II

- » Entlastung der Akutkrankenanstalten durch Reduktion der Krankenhaushäufigkeit und der durchschnittlichen Belagsdauer auf das medizinisch notwendige Maß durch Verlagerung von Leistungen in den tagesklinischen und ambulanten Bereich, in den Rehabilitationsbereich sowie in den Pflegebereich [...] (bei zumindest gleicher Qualität ... gesamtwirtschaftlich günstiger...(-> Best Point of Service)

Entwicklung der systemisierten Betten nach Sektor zwischen 2004 und 2017 – absolut



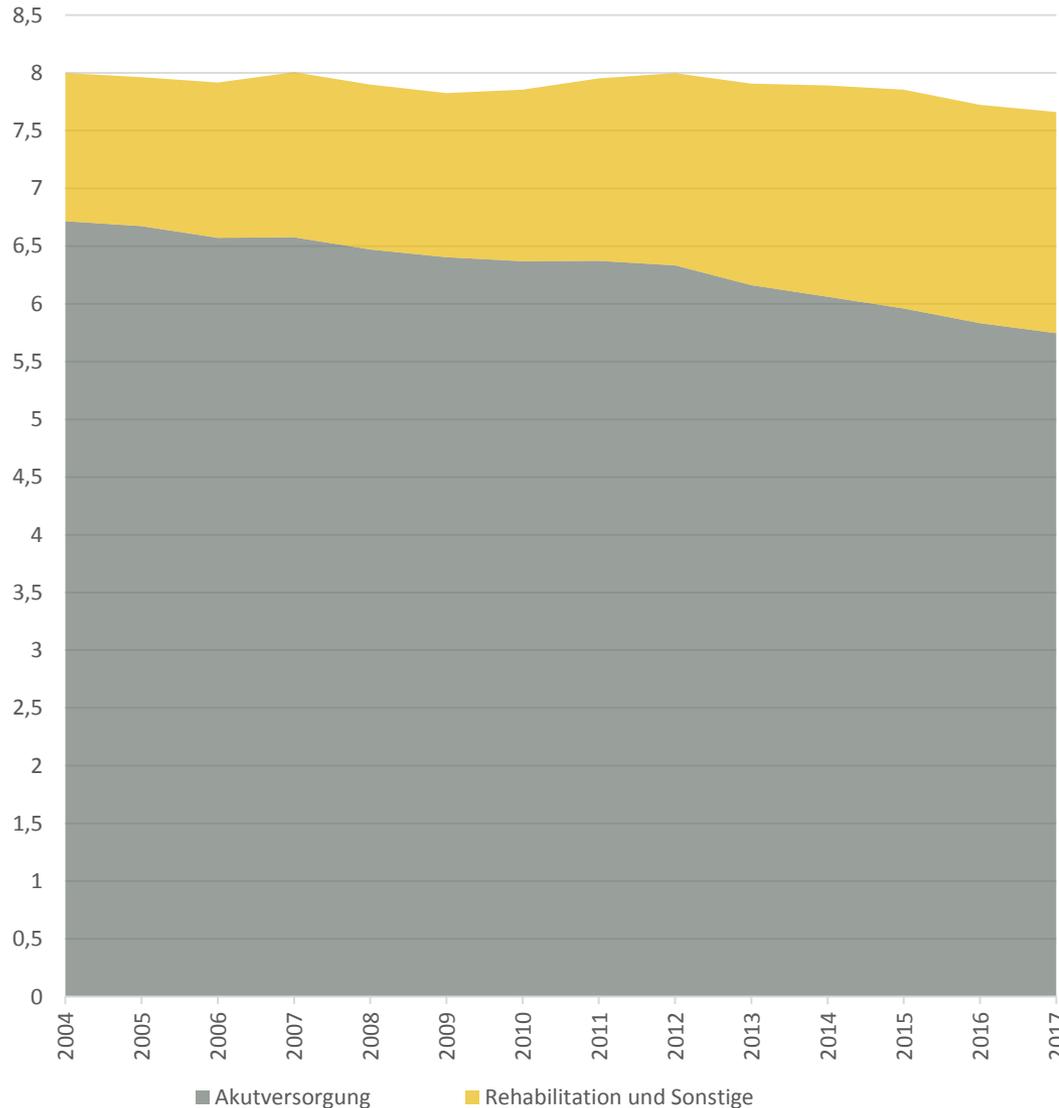
Akutkrankenanstalten
(FKA, UKH, SAN):

» zwischen 2012 und
2017 ca. 4.300 Betten
Reduktion. (knapp 330
Betten pro Jahr)

Rehabilitation und
sonstige:

» Zwischen 2012 und
2017 über 6.300 Betten
mehr. (knapp 490 pro
Jahr)

Entwicklung der BMZ der systemisierten Betten nach Sektor zwischen 2004 und 2017



Akutkrankenanstalten (FKA, UKH, SAN):

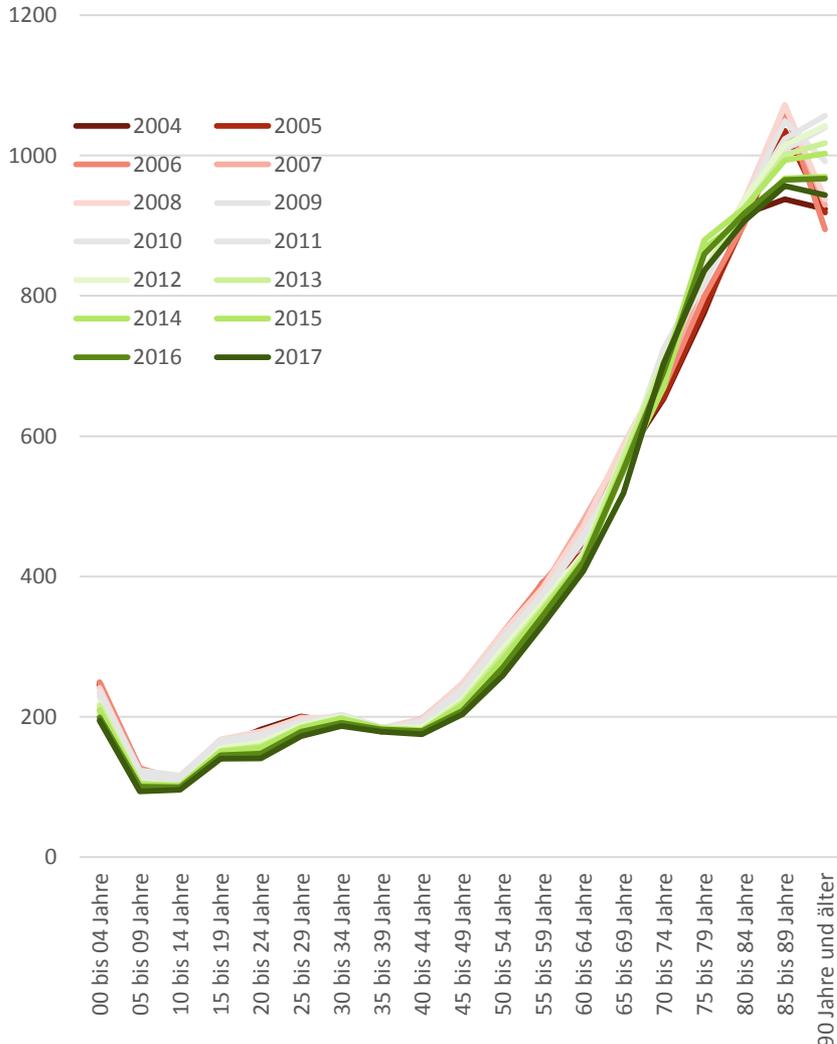
» zwischen 2014 und 2017 **0,97** Betten pro 1.000 EW Reduktion. (über 14,4%)

Rehabilitation und sonstige:

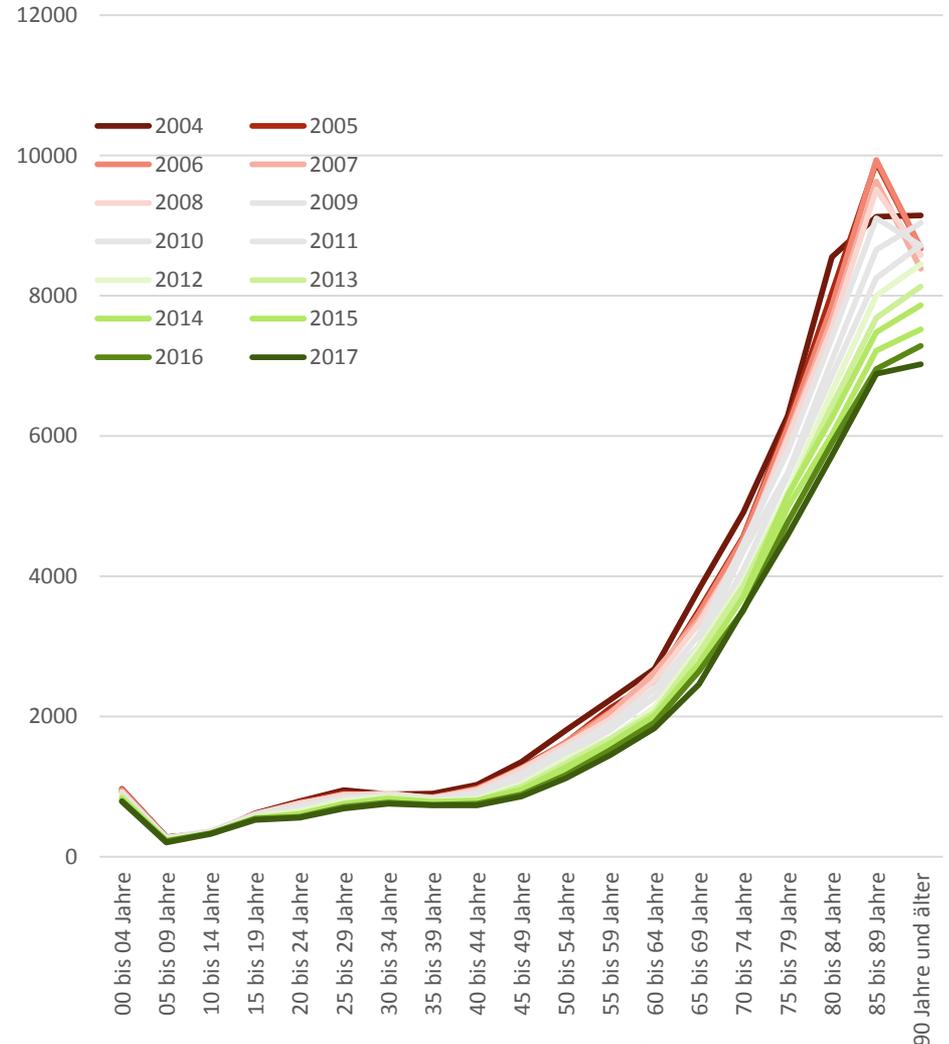
» Zwischen 2014 und 2017 **0,63** Betten pro 1.000 EW mehr. (fast 50%)

Akutkrankenanstalten: Entwicklung von Krankenhaushäufigkeit und Belagstagsdichte nach Altersgruppe (in akutKA)

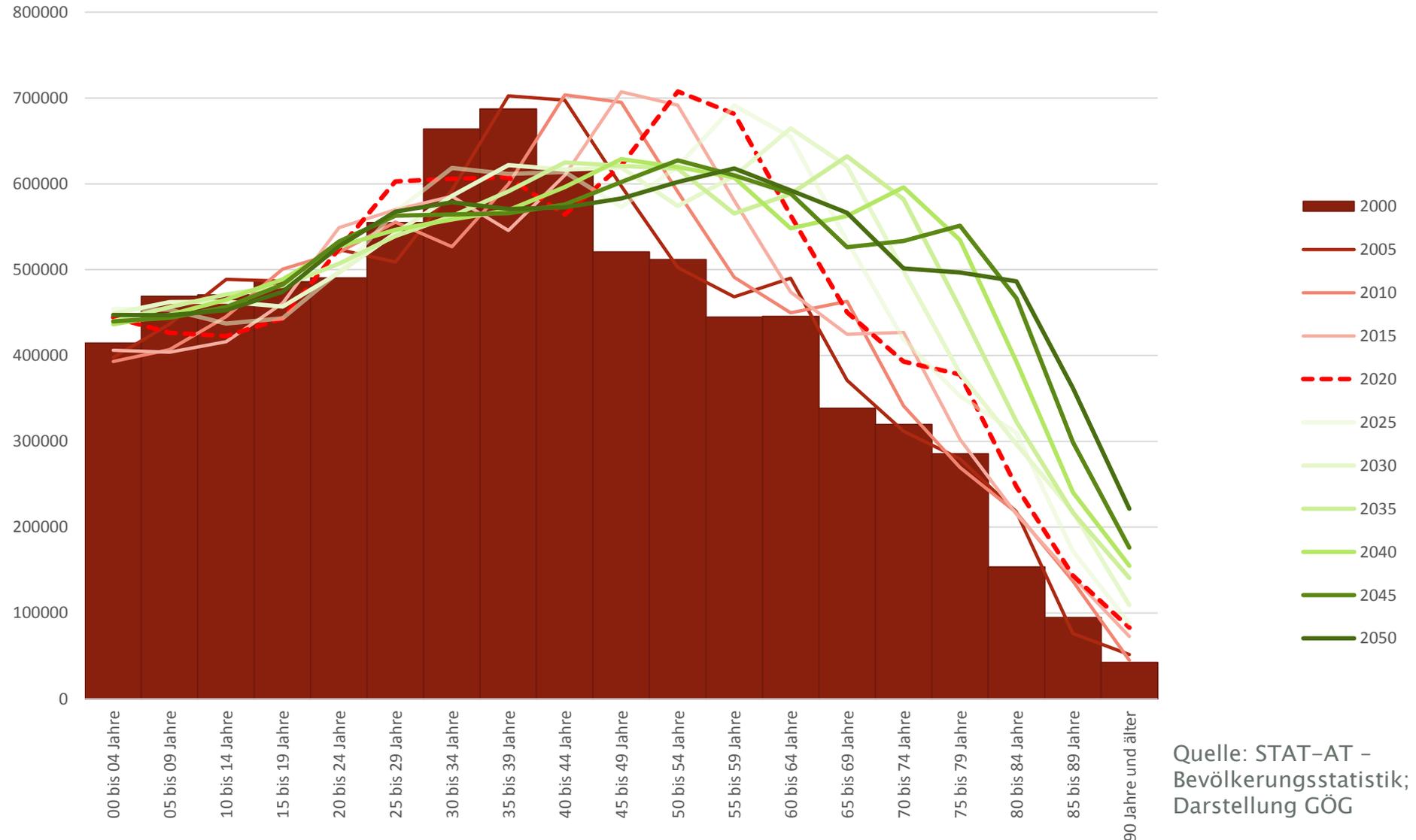
Krankenhaushäufigkeit (Aufenth. pro 1.000 EW)



Belagstagsdichte (Belagst. pro 1.000 EW)



Entwicklung der Altersstruktur der österreichischen Wohnbevölkerung



Instrumentarien der Integrativen Versorgungsplanung

- » § 19 G-ZG ABS 1: Die zentralen Planungsinstrumente für die integrative Versorgungsplanung sind der **Österreichische Strukturplan Gesundheit (ÖSG)** und die **Regionalen Strukturpläne Gesundheit (RSG)**. Der ÖSG ist gemäß der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens der österreichweit verbindliche **Rahmenplan** für die in den RSG vorzunehmende konkrete Gesundheitsstrukturplanung und Leistungsangebotsplanung.

Kapazitäts- und Versorgungsplanung im ÖSG I

Für die allgemeine **ambulante und stationäre Akutversorgung**:

- » **Planungsrichtwerte**: bundesweite Referenzwerte die sich am Bundesdurchschnitt der Kapazitätsdichte [...] in den einzelnen Sektoren und Versorgungsbereichen orientieren
- » **Bandbreiten**: Zur Unterstützung der spezifisch notwendigen regionalen Ausgestaltung von Versorgungsangeboten bzw. zur Berücksichtigung regionaler Besonderheiten werden Bandbreiten (Ober- und Untergrenzen) für Planungsrichtwerte angegeben.

weitere Inhalte zur quantitativen Kapazitäts- und Versorgungsplanung:

- » **ÜRVP**: ebenfalls Akutversorgung, komplexe Leistungen, Planung ist Standortbezogen
- » **Rehabilitationsplanung**: (Betten und ambulante Therapieplätze/ambulante Verfahren, Phase 2,)
- » **Großgeräteplan**

Kapazitäts- und Versorgungsplanung im ÖSG II

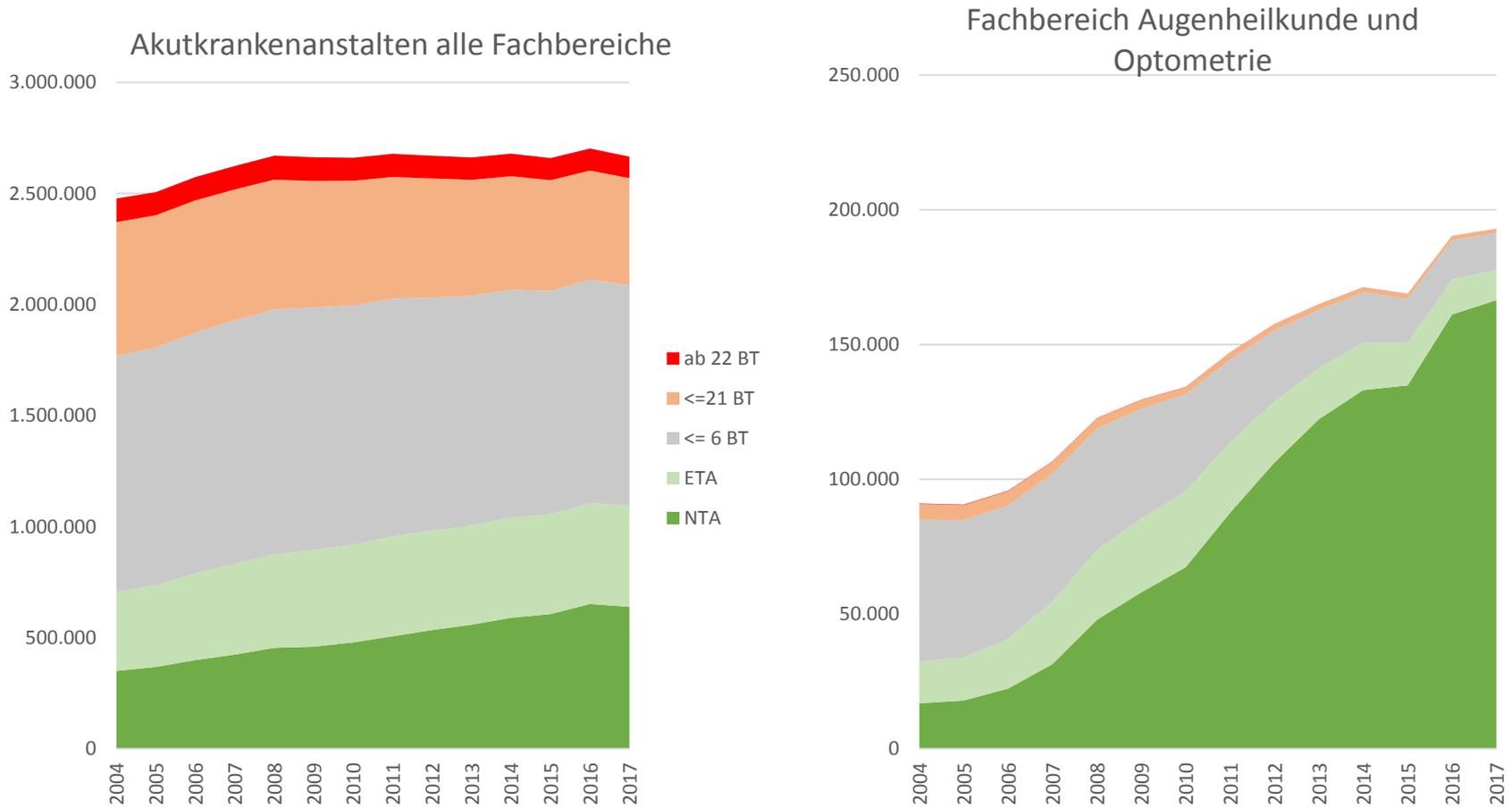
Planungsrichtwerte

- » Intramural (Normalpflege und Intensivbereiche in Akutkrankenanstalten):
 - » Erreichbarkeitsrichtwerte (PKW-Minuten, gültig für Abteilungen);
 - » **Bettenmessziffern** (systemisierte/plan Betten und Tagesklinikplätze pro 1000 EW);
 - » Mindestbettenzahlen (systemisierte/plan Betten, Tagesklinikplätze und ambulante Betreuungsplätze je Abteilung)
- » Ambulant (gesamter ambulanter Bereich inkl. Ambulatorien, Wahlärzte, kasseneigene Einrichtungen und **Spitalsambulanzen**):
 - » Erreichbarkeitsrichtwerte (PKW-Minuten)
 - » **Versorgungsdichten** (ÄAVE = Ärztliche ambulante Versorgungseinheiten pro 100.000)

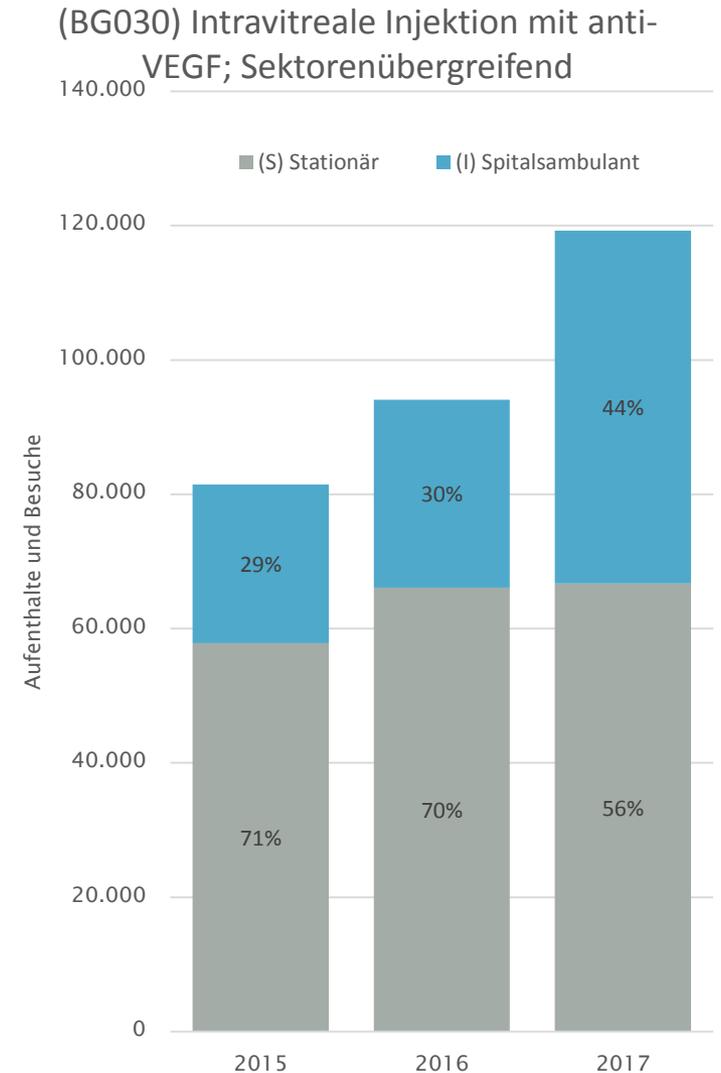
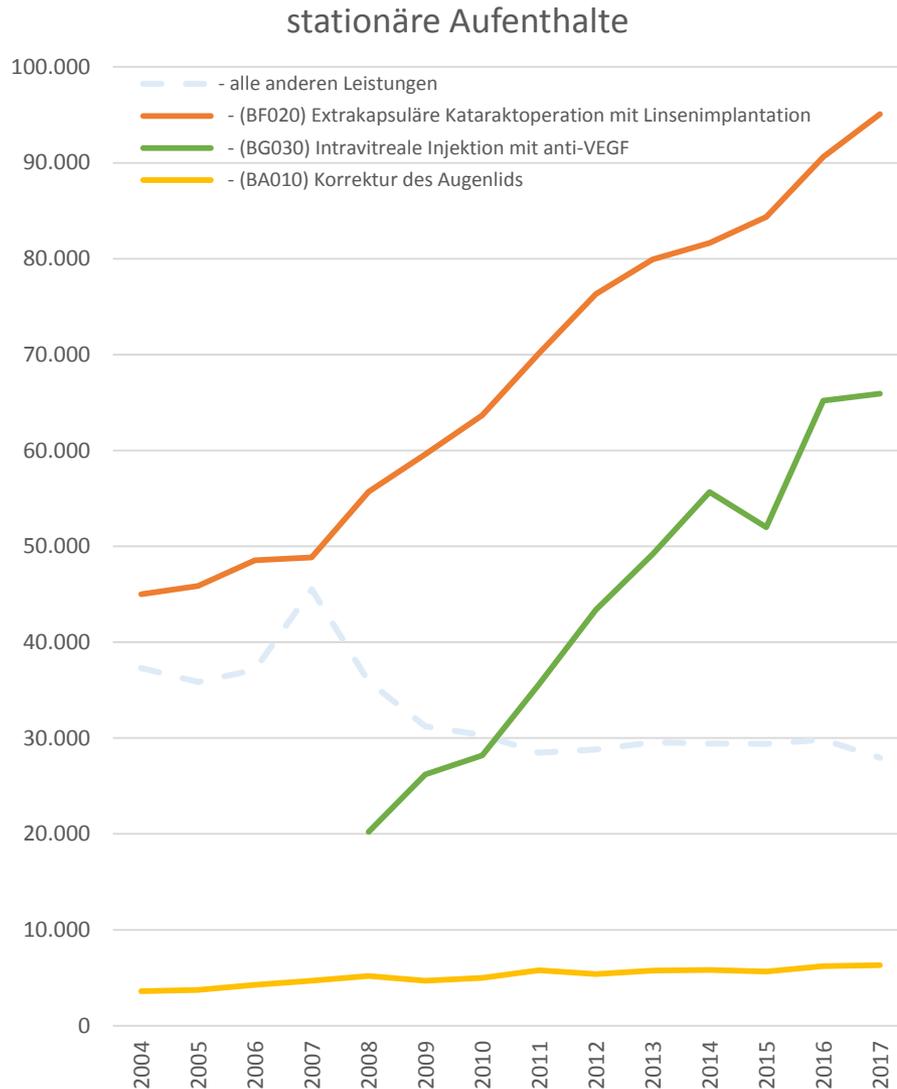
Augenheilkunde – Bettenentwicklung in akutKA im Vergleich – indexierte Darstellung (2004=100%)



Augenheilkunde – Entwicklung des Belagstagsprofils der stationären Aufenthalte im Vergleich (in akutKA)



Augenheilkunde – Entwicklung des Leistungsprofils der Aufenthalte/ambulanten Besuche (in akutKA)



Ambulantisierung im LKF-Modell

- » **Bis 2020: Starke Anreize** zur tagesklinischen Leistungserbringung → Bei tagesklinischer Leistungserbringung tagesklinisch abrechenbarer Leistungspositionen volle Berücksichtigung der Tageskomponente der jeweiligen MHG-Pauschale.
- » **Ab 2020: Reduzierte Anreize** zur tagesklinischen Leistungserbringung (ist aber immer noch vorhanden) → Nur noch Punkte für maximal 1,5 durchschnittliche Tageskomponenten der jeweiligen Pauschale können abgerechnet werden können.
- » **Ab 2020: Vereinheitlichung** der Abgeltung von **ambulanter und tagesklinischer Leistungserbringung** → Ambulante und tagesklinische Erbringung von tagesklinisch abrechenbarer Leistungspositionen wird einheitlich mit derselben „stationären Fallpauschale“ abgerechnet.

Ambulantisierung als Ziel in der der Bundeszielsteuerung bzw. Zielgröße im zugehörigen Monitoring

- » Strategische Dimension S1: Stärkung der ambulanten Versorgung bei gleichzeitiger Entlastung des akutstationären Bereichs und Optimierung des Ressourceneinsatzes
 - » Operative Dimension: Bedarfsgerechte Versorgungsstrukturen:
 - » Indikatoren zum operativen Ziel 1.3 – Bedarfsgerechte Anpassung der stationären Versorgungsstrukturen:
 - » Krankenhaushäufigkeit in FKA
 - » **Belagstagedichte in FKA**
 - » **Ausgewählte TK-Leistungsbündel, die tagesklinisch-stationär oder ambulant erbracht werden**

Derzeitige Problemlagen in der Kapazitätsplanung

- » Die BMZ ist in Fachrichtungen mit hohen TK/ambulanz Anteilen **nicht mehr aussagekräftig**. (Entwicklungen im Leistungsgeschehen sind unabhängig von Betten)
- » Tagesklinik Plätze sind in der BMZ inkludiert nicht aber ambulante Betreuungsplätze. Je nach bevorzugter Abrechnungsmethode kann für die selbe Leistung ein TKP oder ein ambBP entstehen.
 - » **Regionale Vergleichbarkeit** der BMZ nicht mehr gegeben
 - » **Verschiebungspotentiale** durch Ambulantisierung nicht sichtbar
- » Beide in Ö (im ÖSG und in den RSG) verwendeten **Messgrößen für Spitalsambulanzen** (ÄAVE und SVE) stehen aus unterschiedlichen methodischen Überlegungen heraus in der **Kritik**.

Derzeit diskutierte Lösungsvorschläge

- » Vorschlag **BMZneu**:
 - » nur noch **vollstationäre Betten**
 - » Berechnung auf Basis von **Belagstagen** ($BT / (\text{Soll-Auslastung} * \text{Betriebstage})$) und Bevölkerung.
- » Vorschlag: Neue Kennziffer **Platzmessziffer (PMZ)**:
 - » inkludiert sowohl Tagesklinikplätze als auch ambulante Betreuungsplätze.
 - » Berechnung auf Basis von **Leistungsmengen bzw. Pauschalgruppen** ($MHG_AGP / (\text{Soll-Auslastung} * \text{Mehrfachbelegungsfaktor} * \text{Betriebstage})$) und Bevölkerung

- » ÄAVE und SVE: Methodische Anpassungen!

Beispiel für die rechnerische Ermittlung von ambBP aus dem ÖSG 2017 (S.173)

Behandlungsgruppe gemäß LKF-ambulant	Messgröße in Einheit	Betriebstage pro Jahr	Belegungsfaktor pro ambBP pro Betriebstag	Auslastung	Anzahl ambulante Besuche pro Jahr pro ambBP ¹
Onkologische Pharmakotherapie	PatientInnen/Tag	250	2	85%	425
Tagesbehandlungen in PSY, KJP, PSO-E, PSO-KJ, AG/R	PatientInnen/Tag	250	1	85%	210
Beobachtungsfälle in ZAE und in definierten ambulanten Erstversorgungseinheiten gemäß LKF-Modell ambulant	PatientInnen mit Beobachtungsbedarf/Tag	365	1,5	65%	350
ambulant erbrachte tagesklinische Leistungen	PatientInnen/Tag	250	1,5	90%	340

¹ gerundet

Mögliche bzw. erhoffte Vorteile durch BMZneu und PMZ

- » **Hohe/höhere Aussagekraft** auch für Fachbereiche mit verhältnismäßig hohen Anteilen von TK- und ambulanten-Leistungen.
- » **Bessere Sichtbarkeit von Verschiebungen** und Verschiebungspotentialen aus dem vollstationären Sektor in den spitalsambulanten Sektor.
- » **Bessere Übereinstimmung** von Kennzahlen mit dem **LKF-Modell** (ab 2020 einheitliche Abgeltung von TK- und ambulanten-Leistungen)
- » **Bessere Übereinstimmung** von Kapazitätsplanung mit Zielen und Indikatoren der **sonstigen Zielsteuerungssphäre**. (vgl. Indikatoren im Monitoring)



ÖBIG
Österreichisches
Bundesinstitut für
Gesundheitswesen



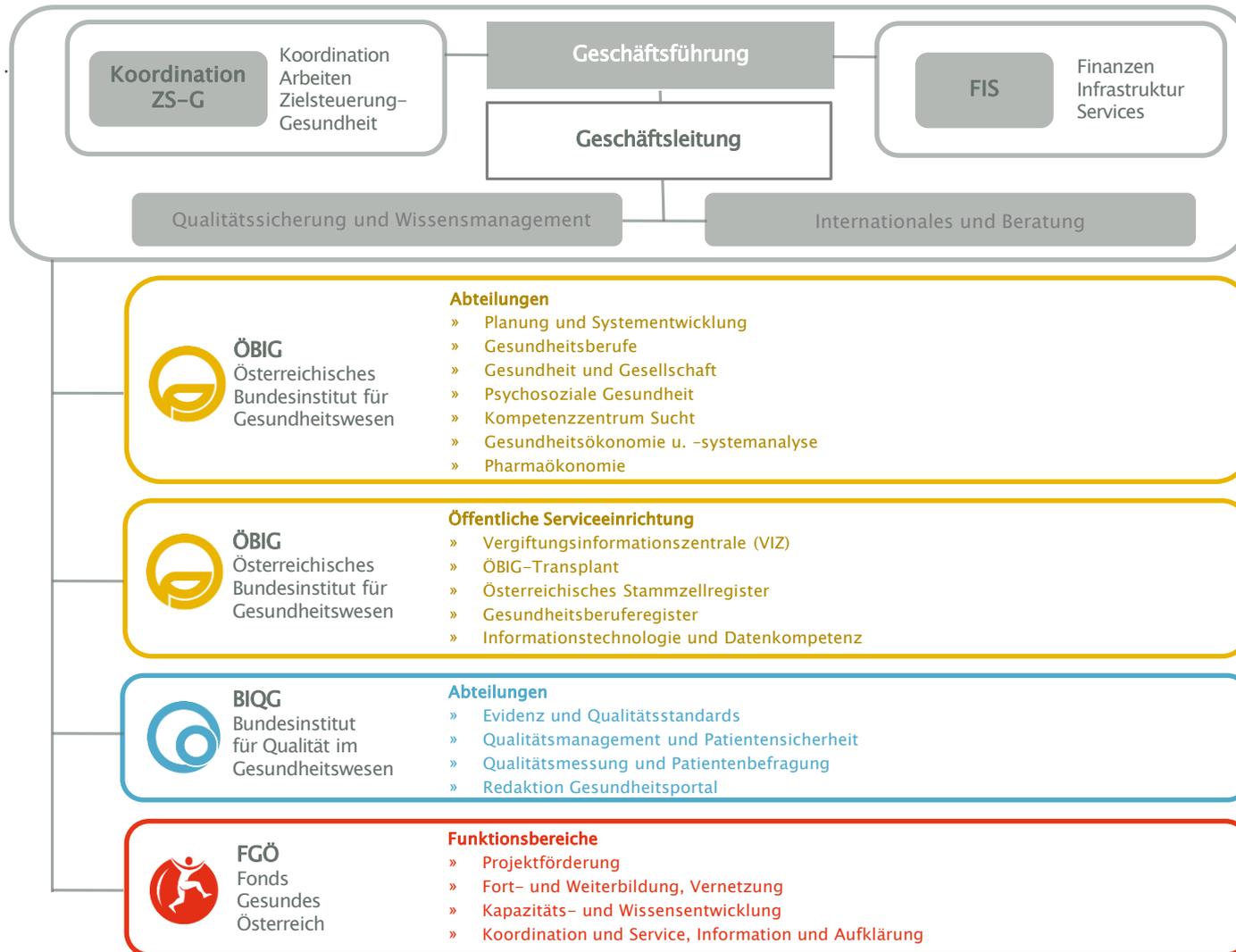
BIQG
Bundesinstitut
für Qualität im
Gesundheitswesen



FGÖ
Fonds
Gesundes
Österreich

Gesundheit Österreich Forschungs- und Planungs GmbH

Gesundheit Österreich Beratungs GmbH



Tochtergesellschaften

Gesundheit Österreich Forschungs- und Planungs GmbH (non profit)
Gesundheit Österreich Beratungs GmbH (for profit)

Kontakt

Florian Röthlin

Stubenring 6

1010 Vienna, Austria

T: +43 1 515 61- 297

F: +43 1 513 84 72

E: florian.roethlin@goeg.at

www.goeg.at

