



PRÜFBERICHT

Onkologische Versorgung in der Steiermark

VORBEMERKUNGEN

Der Landesrechnungshof übermittelt gemäß Art. 52 Abs. 2 Landes-Verfassungsgesetz 2010 idgF. dem Landtag und der Landesregierung den nachstehenden Prüfbericht unter Einarbeitung der eingelangten Stellungnahmen einschließlich einer allfälligen Gegenäußerung.

Dieser Prüfbericht ist nach der Übermittlung über die Webseite <http://www.landesrechnungshof.steiermark.at> verfügbar.

Der Landesrechnungshof ist dabei zur Wahrung berechtigter Geheimhaltungsinteressen, insbesondere im Hinblick auf den Datenschutz und auf Geschäfts- und Betriebsgeheimnisse, verpflichtet.

Alle personenbezogenen Bezeichnungen werden aus Gründen der Übersichtlichkeit und einfachen Lesbarkeit nur in einer Geschlechtsform gewählt und gelten gleichermaßen für Frauen und Männer.

In Tabellen und Anlagen des Prüfberichtes können bei den Summen von Beträgen und Prozentangaben durch die EDV-gestützte Verarbeitung der Daten rundungsbedingte Rechendifferenzen auftreten.

Zitierte Textstellen und die eingelangten Stellungnahmen werden im Prüfbericht in kursiver Schriftart dargestellt.



LANDTAG STEIERMARK - LANDESRECHNUNGSHOF
Trauttmansdorffgasse 2 | A-8010 Graz

lrh@lrh-stmk.gv.at

T +43 (0) 316 877 2250
F +43 (0) 316 877 2164

<http://www.landesrechnungshof.steiermark.at>



Berichtszahl: LRH -102464/2017-19

INHALTSVERZEICHNIS

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS	3
KURZFASSUNG	5
GLOSSAR	7
1. PRÜFUNGSGEGENSTAND	10
2. RECHTLICHE GRUNDLAGEN SOWIE KOMPETENZEN AUF LANDES- UND TRÄGEREBENE	12
2.1 Überblick	12
2.2 Österreichischer Strukturplan Gesundheit (ÖSG)	13
2.3 Regionaler Strukturplan Gesundheit (RSG)	20
2.4 Stmk. Krankenanstaltengesetz 2012 (StKAG)	22
2.5 Kompetenzen auf Landes- und Trägerebene	23
2.6 Steirischer Gesundheitsplan 2035	24
2.7 Zusammenfassung	27
3. EMPIRISCHER ÜBERBLICK	28
3.1 Demographie - Epidemiologie	28
3.2 Krebserkrankungen in der Steiermark	32
3.3 Verteilung der Fälle auf die Fondskrankenanstalten	34
3.4 Medizinische Einzelleistungen (MEL) in Fondskrankenanstalten	36
3.5 Zusammenfassung	41
4. ÜBERGREIFENDE ASPEKTE DER ONKOLOGISCHEN VERSORGUNG	42
4.1 Aufbereitung intravenöser Arzneimittel-Applikationen	42
4.2 Psychoonkologische Versorgung	44
4.3 Tumorboards	45
4.4 Comprehensive Cancer Center (Krebszentrum) Graz	49
4.5 Projekt „Wartezeiten-Monitoring“	53
5. ONKOLOGISCHE VERSORGUNG IN AUSGEWÄHLTEN MEDIZINISCHEN ORGANISATIONSEINHEITEN	55
5.1 Strahlentherapie und Radioonkologie	56
5.2 Chemotherapie und Immuntherapie	74
5.3 Chirurgische Behandlung	111
5.4 Zusammenfassung	126
6. FESTSTELLUNGEN UND EMPFEHLUNGEN	131

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

Φ	Durchschnitt
A8	Abteilung 8 Gesundheit, Pflege und Wissenschaft
abs.	absolut
AKL	Allgemeine Klasse
AP	affilierte Partner
BMG	Gesundheitsministerium für Gesundheit
B. N.	bösartige Neubildung(en)
BRZ	Brustgesundheitszentren
B-VG	Bundes-Verfassungsgesetz
CCC Graz	Comprehensive Cancer Center (Krebszentrum) Graz
CT	Computertomografie
GGP	Großgeräteplan
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
G-ZG	Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz
HDG	Hauptdiagnosegruppe
ICD-10	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme)
idgF.	in der geltenden Fassung
IONKZ	Zentrum für internistische Onkologie und Hämatologie
KA-AZG	Krankenanstellen-Arbeitszeitgesetz
KAGes	Steiermärkische Krankenanstaltengesellschaft m.b.H.
KAKuG	Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten
KAV	Krankenanstellenverbund
KH	Krankenhaus/-häuser
KJONK	onkologische Versorgung von Kindern und Jugendlichen
KJZ	Kinder- und Jugendmedizinischen Zentren
KMS	KAGes Management und KAGes Services
KMT	Knochenmarkstransplantation(en)
LDF	leistungs- und diagnoseorientierte Fallgruppen
LKF	leistungsorientierte Krankenhausfinanzierung
LKH	Landeskrankenhaus/-häuser

LRH	Landesrechnungshof
L-VG	Landes-Verfassungsgesetz 2010
MEL	medizinische Einzelleistung(en)
MIB	Medizinisches Innovationsboard
MPM	Organisationseinheit Medizin- und Pflege-Management
MR	Magnetresonanz
MUG	Medizinische Universität Graz
NONKZ	Spezialzentrum für neuroonkologische Erkrankungen
OE	Organisationseinheit(en)
ONKA	assoziierte onkologische Versorgungseinrichtung
ONKZ	onkologisches Zentrum
ONKS	onkologischer Schwerpunkt
p. a.	per anno
QM	Qualitätsmanagement
QM-RM	Stabsstelle Qualitätsmanagement & Risikomanagement
rel.	relativ
RFZ	Referenzzentren
RL	Richtlinie(n)
RSB	Regierungssitzungsbeschluss
RSG	Regionale(r) Strukturpla(ä)n(e) Gesundheit
RSG-St 2011	Regionaler Strukturplan Gesundheit Steiermark 2011
RSG-St 2025	Regionaler Strukturplan Gesundheit Steiermark 2025
RTA	Radiotechnologie
SAP-BW	SAP Business Warehouse
SKL	Sonderklasse
SOP	Standard Operating Procedure
StKAG	Stmk. Krankenanstaltengesetz 2012
STR	Strahlen- bzw. Hochvolttherapiegeräte
SZT	Stammzelltransplantation(en)
TK	Tagesklinik
ÖGRO	Österreichischen Gesellschaft für Radioonkologie, Radiobiologie und Medizinische Radiophysik
ÖSG	Österreichischer Strukturplan Gesundheit
VR	Versorgungsregion

KURZFASSUNG

Bei der Überprüfung der onkologischen Versorgung in der Steiermark stellte der Landesrechnungshof (LRH) fest, dass die Verteilung der stationären Fälle und Leistungen auf die steirischen Fondskrankenanstalten im Wesentlichen dem vorgegebenen Versorgungskonzept des Österreichischen Strukturplans Gesundheit (ÖSG) bzw. des Regionalen Strukturplans Gesundheit Steiermark (RSG-St) entspricht.

Die Aufbereitung von Arzneimitteln zur chemo- und immuntherapeutischen Krebsbehandlung ist derzeit grundsätzlich gesichert. In den onkologischen Referenzzentren in der Steiermark sind Tumorboards eingerichtet. Das Comprehensive Cancer Center Graz (CCC Graz), als virtueller Zusammenschluss auf bestehende Strukturen des LKH-Univ. Klinikums Graz und der Medizinischen Universität Graz (MUG) eingerichtet, leistet einen wesentlichen Beitrag zur besseren Behandlung onkologischer Patienten und in weiterer Folge für Lehre und Forschung.

Auf Grund der unterlassenen Anpassung der Finanzierungsstrukturen an die tatsächlichen Patientenströme, v. a. an der Schnittstelle zwischen intra- und extramuralem Bereich, kommt es zu einer hohen Krankenhausinanspruchnahme onkologischer Patienten. Die Behandlung dieser Patienten wird wegen der weiterentwickelten Behandlungsmethoden (z. B. oral statt intravenös) voraussichtlich künftig nicht mehr primär stationär erfolgen müssen, da viele Erkrankungen, v. a. in einer frühen Phase, durchaus extramural bzw. in neuen Versorgungsmodellen behandelbar wären. Hieraus könnte sich ein nennenswertes Potenzial zur Entlastung des intramuralen Bereichs ergeben.

In nahezu allen in der onkologischen Versorgung tätigen Sonderfächern (Strahlentherapie-Radioonkologie, Hämatologie, Onkologie, Dermatoonkologie) besteht ein Fachärztemangel, der nach Ansicht des LRH eine unverzügliche Reaktion der Verantwortungsträger (Gesundheitsplattform, Ärztekammer, Krankenanstaltenträger) erfordert.

Bei den Strahlentherapiegeräten wurden Versorgungslücken festgestellt (zum Stichtag 1. August 2017 vier Geräte, wobei die Erweiterung um zwei Geräte mit November 2017 in Angriff genommen wurde). Laut ÖSG/RSG sind diese Defizite bis 2020/2025 von den Verantwortungsträgern (Gesundheitsressort, Gesundheitsfonds, Krankenanstaltenträger) zu beseitigen.

Es gibt eklatante Raumknappheit im ambulanten bzw. teilweise auch im stationären Bereich der Klinischen Abteilung für Hämatologie, der Klinischen Abteilung für Onkologie sowie der Dermatoonkologie am LKH-Univ. Klinikum Graz.

Das gemäß § 20 StKAG vorgegebene „Transparente Wartelistenregime“ befindet sich innerhalb der KAGes in Umsetzung und ist derzeit für ein Wartezeitenmanagement in Zusammenhang mit der Terminorganisation onkologischer Patienten nicht geeignet.

Auf Grund der Versäumnisse bei Personal, Infrastruktur und Raum kommt es in allen überprüften medizinischen Organisationseinheiten zum Teil zu langen Wartezeiten. Diese werden vom LRH als sehr bedenklich erachtet und machen Entlastungsmaßnahmen (z. B. vorübergehende Ausweitung der Ambulanzzeiten, Einführung eines Wartezeitenmanagements, ausreichendes ärztliches Personal) erforderlich.

Unverständlich ist, dass dieser Problematik im Hinblick auf die epidemiologische Bedeutung von Krebserkrankungen (zweithäufigste Todesursache) in der konkreten Ausgestaltung im Spitalsbetrieb in der Prioritätenreihung von (Bau-)Projekten nicht ausreichend Rechnung getragen wurde. Hier ist nicht nachvollziehbar, dass sich die Umsetzung von dringenden Maßnahmen in die Länge zieht und erst im Rahmen des Projektes „LKH 2030“ eine vollständige Erledigung finden soll.

Durch die Entwicklung der Chemo- und Immuntherapeutika (neue Wirkstoffe, breitere Anwendbarkeit, explodierende Kosten) sehen sich die Krankenanstaltenträger dazu veranlasst, steuernde Maßnahmen (Einkaufspolitik, Behandlungspfade, Limitierungen, Einzelfallgenehmigungen etc.) zu setzen. Der generelle Umgang mit der Berücksichtigung von Kosten und Effektivität im Rahmen von Therapieentscheidungen und die finanzielle Bedeckung besonders teurer Therapien bedürfen einer bundesweiten Harmonisierung. Dazu ist es erforderlich, diese Thematik an die Bundesebene heranzutragen und mit Nachdruck zu verfolgen.

GLOSSAR

Epidemiologie	Epidemiologie ist die „Wissenschaft von der Entstehung, Verbreitung, Bekämpfung und den sozialen Folgen von Epidemien, zeittypischen Massenerkrankungen und Zivilisationsschäden“. Die Epidemiologie erhebt im Bereich der Onkologie v. a. folgende bevölkerungsbezogene Kennwerte: Prävalenz: Erkrankungen an einer bestimmten Krankheit in einer bestimmten Bevölkerung zu einem bestimmten Zeitpunkt Inzidenz: Neuerkrankungen an einer bestimmten Krankheit in einer bestimmten Bevölkerung während eines bestimmten Zeitraumes (zumeist ein Jahr) Morbidität: Häufigkeit einer bestimmten Krankheit in einer bestimmten Bevölkerung ohne Unterscheidung von Inzidenz und Prävalenz Mortalität: Anzahl der Todesfälle an einer bestimmten Krankheit in einer bestimmten Bevölkerung während eines bestimmten Zeitraumes (zumeist ein Jahr)
Benigne Tumore	Entstehen aus normalen Zellen und sind örtlich beschränkt. Sie kapseln sich vom umliegenden Gewebe ab und stellen keine unmittelbare Gefahr dar, da sie nicht eindringend, sondern eher verdrängend wachsen.
Maligne Tumore (Malignome)	Entstehen aus genetisch mutierten bösartigen Ursprungszellen, die sich wieder und wieder teilen. Diese Krebszellen dringen in umliegendes Gewebe, nisten sich dort ein und zerstören es. Weiters können Krebszellen durch bestimmte Wachstumsfaktoren die Bildung von Blut- und Lymphgefäßen begünstigen und darin eindringen, was wiederum die Bildung von Tochtergeschwülsten (Metastasen) ermöglicht, die lebenswichtige Organe befallen, schädigen und zerstören können.
Diagnostik	Unter einer Diagnose ist die Feststellung bzw. die Bestimmung einer körperlichen oder psychischen Erkrankung durch einen Arzt zu verstehen; Diagnostik bezeichnet den Weg zur Diagnosefindung, welcher normalerweise mit der Benennung des zutreffenden Krankheitsbildes endet.
Therapie	Das primäre Ziel jeder Therapie ist, die bösartige Neubildung vollständig zu entfernen. Um eine Heilung zu erreichen, stehen neben operativen Eingriffen auch strahlentherapeutisch-radioonkologische sowie chemo- und immuntherapeutische Behandlungsformen zur Verfügung, die gegebenenfalls auch miteinander kombiniert werden können. Welche Therapie gewählt wird, hängt von der Art der bösartigen Neubildung, der Lokalisation, der Ausbreitung etc. ab. Ein individueller Behandlungsplan wird von Experten verschiedener Fachrichtungen im sogenannten Tumorboard erstellt.

Zytostatika	Zählen zu den Chemo- und Immuntherapeutika, welche zur medikamentösen Behandlung von Krebserkrankungen eingesetzt werden; dabei handelt es sich um natürliche oder synthetische Substanzen, die das Zellwachstum bzw. die Zellteilung hemmen.
Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz (G-ZG)	Das G-ZG regelt gesundheitspolitische Grundsätze, den Aufbau und den Ablauf der Zielsteuerung-Gesundheit (samt Konkretisierung und Finanzzielsteuerung), die Planung der österreichischen Gesundheitsversorgungsstruktur mittels dem Österreichischen Strukturplan Gesundheit (ÖSG) und den Regionalen Strukturplänen Gesundheit (RSG), Entscheidungsstrukturen und -organisation sowie Monitoring, Berichtswesen und Sanktionsmechanismus. Hierin ist in § 23 auch die Verbindlichkeitserklärung von Inhalten des ÖSG und der RSG geregelt. Diese soll durch eine vom zuständigen Bundesminister zu gründende „Gesundheitsplanungs GmbH“ erfolgen, an der sich der Bund, die Länder und der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger beteiligen.
Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und die Finanzierung des Gesundheitswesens	Die Art. 15a B-VG Vereinbarung zwischen dem Bund und den Ländern regelt die Organisation und die Finanzierung des österreichischen Gesundheitswesens; seit der Gesundheitsreform 2012 findet hierin die damals vereinbarte Zielsteuerung-Gesundheit besondere Berücksichtigung. Im Zusammenhang mit der onkologischen Versorgung ist in erster Linie der zweite Abschnitt dieser Art. 15a B-VG Vereinbarung von Relevanz. Dieser enthält die Grundsätze zur integrativen Planung der österreichischen Gesundheitsversorgungsstruktur und trifft grundlegende Festlegungen zum ÖSG bzw. den RSG.
Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung Gesundheit	Gegenstand dieser Art. 15a B-VG Vereinbarung zwischen dem Bund und den Ländern ist die Fortführung und Weiterentwicklung der bereits eingerichteten integrativen partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit für die Struktur und Organisation der österreichischen Gesundheitsversorgung unter Einbeziehung der Sozialversicherung.
ÖSG – Österreichischer Strukturplan Gesundheit	Der ÖSG ist, gemäß der Vereinbarung nach 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. Der ÖSG hat verbindliche Vorgaben für die RSG im Hinblick auf die folgenden Bereiche gemäß § 18 Abs. 1 G-ZG zu umfassen: • Ambulanter (Sachleistungs-)Bereich (niedergelassene Ärzte mit Kassenverträgen, Gruppenpraxen und sonstige in der Gesundheitsversorgung frei praktizierende Berufsgruppen sowie selbstständige Ambulatorien jeweils mit Kassenverträgen einschließlich der eigenen Einrichtungen der Versicherungsträger, Spitalsambulanzen)

	• Akutstationärer Bereich und tagesklinischer Bereich (landesgesundheitsfondsfinanzierter Krankenanstalten und Unfallkrankenhäuser) • Ambulanter und stationärer Rehabilitationsbereich (unter besonderer Berücksichtigung eines bedarfsgerechten Auf- und Ausbaues von Rehabilitationsangeboten für Kinder und Jugendliche) Darüber hinaus sind bestimmte Zielsetzungen (Berücksichtigung der Beziehungen zwischen den verschiedenen Versorgungsbereichen untereinander, Patientenorientierung, Verlagerung akutstationärer Leistungen in den tagesklinischen und ambulanten Bereich, Nahtstellenmanagement, Prioritätensetzung nach den Prinzipien der Zielsteuerung Gesundheit) zu verfolgen und Kriterien für die Sicherstellung einer bundesweit einheitlichen Versorgungsqualität festzulegen.
RSG – Regionaler Strukturplan Gesundheit	Bei den RSG handelt es sich um zentrale Planungsinstrumente für die integrative Versorgungsplanung in Österreich; durch diese soll das regionale Gesundheitswesen in struktureller und inhaltlicher Hinsicht unter Beachtung der Kriterien der Versorgung, der Qualität und der Effizienz (weiter-)entwickelt werden. Für den Prüfzeitraum von 2014 bis 2016 hatte der „Regionale Strukturplan Gesundheit Steiermark 2011“, Version 2.1, (RSG-St 2011) Gültigkeit. Der zurzeit gültige RSG-St 2025, Version 1.0, mit Planungshorizont 2025 wurde von der Landes-Zielsteuerungskommission Steiermark am 21. Juni 2017 beschlossen.

1. PRÜFUNGSGEGENSTAND

Prüfungsgegenstand	Der Landesrechnungshof (LRH) überprüfte die onkologische Versorgung in der Steiermark.
Politische Zuständigkeit	Gemäß der zum Zeitpunkt der Berichtsveröffentlichung geltenden Geschäftsverteilung der Mitglieder der Steiermärkischen Landesregierung liegt die politische Zuständigkeit bei Landesrat Mag. Christopher Drexler.
Rechtliche Grundlage	Die Prüfungszuständigkeit des LRH ist gemäß Art. 50 Abs. 1 Landes-Verfassungsgesetz 2010 (L-VG) gegeben. Als Prüfungsmaßstäbe hat der LRH die ziffernmäßige Richtigkeit, die Übereinstimmung mit den bestehenden Rechtsvorschriften, die Sparsamkeit, Wirtschaftlichkeit und Zweckmäßigkeit heranzuziehen (Art. 49 Abs. 1 L-VG). Der LRH hat aus Anlass seiner Prüfungen Vorschläge für eine Beseitigung von Mängeln zu erstatten sowie Hinweise auf die Möglichkeit der Verminderung oder Vermeidung von Ausgaben und der Erhöhung oder Schaffung von Einnahmen zu geben (Art. 49 Abs. 3 L-VG).
Vorgangsweise	Grundlage der Prüfung waren die Auskünfte und die vorgelegten Unterlagen der kontaktierten Stellen sowie eigene Recherchen und Wahrnehmungen des LRH. Zunächst wird ein Überblick über die Versorgungsstruktur in den steirischen Fondskrankenanstalten und den epidemiologischen Status quo der Steiermark gegeben. In weiterer Folge wurden als Resultat der anfänglichen Erhebungen aus effizienz- und risikobasierten Überlegungen stichprobenartig ausschließlich medizinische Organisationseinheiten (OE) des LKH-Univ. Klinikums Graz ausgewählt und einer näheren Überprüfung unterzogen, insbesondere da • dieses als onkologisches Zentrum (ONKZ) das gesamte onkologische Behandlungsspektrum abzudecken hat und diesem • komplexe Therapieverfahren und komplikationsreiche Systemtherapien bzw. Therapien bei Hochrisikopatienten vorbehalten sind; • am LKH-Univ. Klinikum Graz mehr als 45 % aller onkologischen Fälle in der Steiermark versorgt werden.
Prüfzeitraum	Die Prüfung umfasste überwiegend den Zeitraum vom 1. Jänner 2014 bis zum 31. Dezember 2016.

**Stellungnahmen zum
Prüfbericht**

Die Stellungnahme von Landesrat Mag. Christopher Drexler ist in kursiver Schrift direkt in den jeweiligen Berichtsabschnitten eingearbeitet. Allfällige Repliken des LRH erfolgen nach der jeweils korrespondierenden Textstelle.

2. RECHTLICHE GRUNDLAGEN SOWIE KOMPETENZEN AUF LANDES- UND TRÄGEREBENE

2.1 Überblick

Die (verfassungsrechtlichen) Kompetenzen im Gesundheitswesen lassen sich wie folgt umreißen: Im extramuralen Bereich ist die Grundsatz- und Ausführungsgesetzgebung Bundessache. Im intramuralen Bereich liegt die Grundsatzgesetzgebung beim Bund, die Ausführungsgesetzgebung und die Vollziehung bei den Ländern. Wichtige bundesgesetzliche Regelungen sind z. B. das Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten (KAKuG) und das Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz (G-ZG); wichtige landesgesetzliche Regelungen sind z. B. die Krankenanstaltenlandesgesetze.

Strukturpolitik bzw. -planung werden gemeinsam von Bund, Ländern und Sozialversicherung wahrgenommen. Um deren Koordination und die Zusammenarbeit zu verbessern, wurden zwischen Bund und Ländern sowie unter Einbindung der Sozialversicherung mehrere Vereinbarungen gemäß Art. 15a Bundes-Verfassungsgesetz (B-VG) abgeschlossen; anzuführen sind v. a. jene über die „Organisation und die Finanzierung des Gesundheitswesens“ sowie die „Zielsteuerung-Gesundheit“.

Die für die sektorenübergreifende Ressourcenplanung zentralen Planungsinstrumente sind der Österreichische Strukturplan Gesundheit (ÖSG) und die Regionalen Strukturpläne Gesundheit (RSG); zu erwähnen sind auch die für den niedergelassenen Bereich relevanten, zwischen den Trägern der Sozialversicherung und den Ärztekammern vereinbarten Stellenpläne für Vertragsärzte.

Mit dem Ziel der Förderung einer gemeinschaftlichen und sektorenübergreifenden Planung, Steuerung und Finanzierung des Gesundheitswesens wurden weiters auf Bundesebene die Bundesgesundheitsagentur (mit dem Organ der Bundesgesundheitskommission) bzw. auf Landesebene die Landesgesundheitsfonds (mit dem Organ der Landesgesundheitsplattform) eingerichtet.

Ergänzt wurden diese Strukturen im Rahmen der Gesundheitsreform 2012 mit der Vereinbarung der sogenannten Zielsteuerung-Gesundheit; diese sollte eine gemeinsame und sektorenübergreifende Planung, Steuerung und Organisation des Gesundheitswesens ermöglichen. Als Entscheidungsgremien wurden auf Bundesebene hierfür die Bundes-Zielsteuerungskommission, auf Landesebene die Landes-Zielsteuerungskommissionen eingerichtet.

Der LRH hält fest, dass das G-ZG sowie die Art. 15a B-VG Vereinbarungen über die Organisation und die Finanzierung des Gesundheitswesens und über die Zielsteuerung-Gesundheit grundlegend sind und den Rahmen bilden, in welchem die onkologische Versorgung zu gewährleisten ist.

Zusammenfassend verweist der LRH auf die zahlreichen Institutionen mit unterschiedlichen Kompetenzen respektive die daraus folgende Fragmentierung und Komplexität des Gesundheitssystems; im Folgenden wird gezeigt, inwieweit die onkologische Versorgung in den wichtigsten rechtlichen Grundlagen des Gesundheitssystems berücksichtigt ist.

2.2 Österreichischer Strukturplan Gesundheit (ÖSG)

Der ÖSG ist der österreichweit verbindliche Rahmenplan für die in den RSG vorzunehmende konkrete Gesundheitsstrukturplanung und Leistungsangebotsplanung. Der ÖSG 2017 wurde am 30. Juni 2017 von der Bundes-Zielsteuerungskommission beschlossen und ersetzt den ÖSG 2012. Die Planungsaussagen des ÖSG 2017 beziehen sich auf das Jahr 2020 (Planungshorizont).

Stellungnahme des Landesrates Mag. Christopher Drexler:

Der vom LRH überprüfte Zeitraum umfasste die Jahre 2014 bis 2016. In diesem Zusammenhang ist aufgefallen, dass die Dokumente anhand derer die Erfüllung der strukturellen Gegebenheiten gemessen wurden (Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2017; Regionaler Strukturplan Gesundheit Steiermark 2025, RSG-St 2025) teilweise erst nach dem Prüfzeitraum, nämlich im Jahr 2017, von den entsprechenden Gremien beschlossen wurden. Anzumerken ist in diesem Zusammenhang allerdings, dass viele der Vorgaben in den aktuellen Planungsinstrumenten mit den vorangehenden Dokumenten übereinstimmen.

Replik des Landesrechnungshofes:

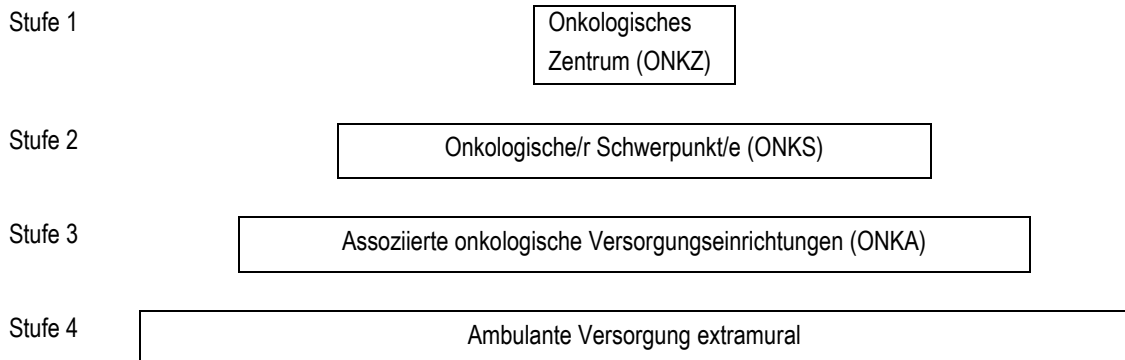
Der vom LRH überprüfte Zeitraum umfasste **überwiegend** die Jahre 2014 bis 2016; Prüfungshandlungen relevanter Sachverhalte außerhalb dieses Zeitraums waren damit nicht ausgeschlossen.

Der LRH weist darauf hin, dass aus Gründen der Aktualität und Vollständigkeit die aktuelle Beschlusslage der Gesundheitsstruktur- und Leistungsangebotsplanung herangezogen wurde.

2.2.1 Onkologische Versorgung im ÖSG 2017

Gemäß dem ÖSG 2017 umfasst die onkologische Versorgung alle Einrichtungen und personellen Ressourcen, die sich mit der gesamten Behandlungskette von der Früherkennung, Diagnostik, Therapie bis zur nachsorgenden Betreuung von Patienten mit bösartigen Neubildungen und bösartigen hämatologischen Erkrankungen befassen.

Aus dem ÖSG 2017 geht folgendes abgestuftes modulares Versorgungsmodell hervor:



Quelle: ÖSG 2017; aufbereitet durch den LRH

Darüber hinaus sind folgende weitere spezielle Einrichtungen vorgesehen:

- Brustkrebsversorgung
- Spezialzentrum für neuroonkologische Erkrankungen (NONKZ)
- onkologische Versorgung von Kindern und Jugendlichen (KJONK)
- Stammzelltransplantationen (SZT)

Diese Stufen bzw. speziellen Einrichtungen im Versorgungsmodell werden nach unterschiedlichen Strukturqualitätskriterien und Leistungsbündeln differenziert.

Onkologische Zentren (ONKZ) sind vorrangig für Krankenanstalten der Zentralversorgung vorgesehen. Hier sind alle in einem interdisziplinären Team (Tumorboard) vorgesehenen Fachbereiche sowie ein Großteil der onkologisch tätigen Sonderfächer vorzuhalten, inklusive eines Zentrums für internistische Onkologie und Hämatologie (IONKZ) mit eigenständiger Fachabteilung für Innere Medizin mit internistischer Onkologie und Hämatologie sowie einer Strahlentherapie-Radioonkologie mit Verfügbarkeit von Tele- und Brachytherapie.

Dem ONKZ vorbehalten sind:

- komplexe Therapieverfahren
- Diagnostik und Therapien mit hohem Bedarf an Interdisziplinarität spezieller Fachbereiche

- komplikationsreiche Systemtherapien bzw. Therapien bei Hochrisikopatienten
- seltene Malignome

Am ONKZ wird klinische Forschung (inklusive klinischer Studien) betrieben und es besteht eine Ausbildungsverpflichtung. Das ONKZ übt eine regionale Koordinationsfunktion innerhalb des jeweiligen Fachbereichs sowie auch fachübergreifend aus.

Onkologische Schwerpunkte (ONKS) sind ausschließlich für Krankenanstalten mit Schwerpunktversorgung vorgesehen. Die im interdisziplinären Team (Tumorboard) angedachten Fachbereiche sowie weitere onkologisch tätige Sonderfächer, zumindest Chirurgie und Gynäkologie, sind vorzuhalten. Darüber hinaus sollte auch ein Schwerpunkt für internistische Onkologie und Hämatologie (IONKS) mit Fachabteilung für Innere Medizin mit internistischer Onkologie und Hämatologie sowie eine Strahlentherapie- Radioonkologie in räumlicher Nähe gegeben sein. Diagnostik und Therapie onkologischer Erkrankungen finden entsprechend der Fachbereiche statt, mit Ausnahme der dem ONKZ vorbehaltenen Diagnostik und Therapieverfahren.

An ONKS werden klinische Studien durchgeführt, es besteht eine Ausbildungsverpflichtung. Die Zusammenarbeit mit einem ONKZ ist sicherzustellen. Auch die ONKS üben eine regionale Koordinationsfunktion innerhalb des jeweiligen Fachbereichs sowie auch fachübergreifend aus.

Als **assoziierte onkologische Versorgungseinrichtung (ONKA)** wird ein assoziiertes Angebot für internistische Onkologie und Hämatologie bezeichnet; ONKA können an Fachabteilungen für Innere Medizin eingerichtet werden. Diagnostik, Therapien und Nachsorge erfolgen in Abstimmung mit kooperierenden ONKS und/oder ONKZ. Die Patienten sind in ein Tumorboard eines ONKS oder ONKZ einzubringen; bei der Einrichtung eines eigenen Tumorboards ist hier eine Kooperation mit einem ONKS oder ONKZ verpflichtend.

Die **ambulante Versorgung extramural** umfasst die Leistungserbringung gemäß Versorgungsauftrag inklusive Primärprävention, Früherkennung, Diagnostik, kleinere Eingriffe, Nachsorge sowie Therapie, sofern diese nicht fachlich primär im ambulanten intramuralen Bereich erbracht werden soll.

Patienten sind an eine geeignete Krankenanstalt zwecks Registrierung im Tumorboard zuzuweisen; eine Vernetzung mit einem ONKS und/oder ONKZ ist erforderlich.

Der Bereich der **Brustkrebsversorgung** umfasst die Früherkennung, Diagnostik, Therapie und Nachsorge von Tumorerkrankungen der Brust. Hier ist zwischen Brustgesundheitszentren (BRZ) und affilierten Partnern (AP) eines BRZ zu unterscheiden.

BRZ werden nicht als eigene strukturelle Einheiten, sondern als Teil des interdisziplinären ONKS oder ONKZ geführt. Es handelt sich dabei um eine interdisziplinäre Einheit mit Einbindung von zumindest einer Abteilung für Chirurgie, Gynäkologie und Innere Medizin mit Hämato-Onkologie; Plastische Chirurgie und Strahlentherapie sind in räumlicher Nähe verfügbar. AP verfügen über eine institutionalisierte Kooperation mit einem BRZ und nehmen am Tumorboard des BRZ teil.

Ein Spezialzentrum für neuroonkologische Erkrankungen (NONKZ) beschäftigt sich mit der Diagnostik, Therapie und Nachsorge von Tumorerkrankungen des Zentralnervensystems; ein solches kann nur an einem ONKZ eingerichtet werden.

Die **onkologische Versorgung von Kindern und Jugendlichen (KJONK)** umfasst die Früherkennung, Diagnostik, Planung und Durchführung der Therapie und Festlegung der erforderlichen Nachsorge für Kinder und Jugendliche (bis zum 19. Lebensjahr) mit hämatologisch-onkologischen und/oder onkologischen Erkrankungen. KJONK-Einrichtungen stellen Referenzzentren (RFZ) im Rahmen der überregionalen Versorgungsplanung dar und können nur in Krankenanstalten mit Kinder- und Jugendmedizinischen Zentren (KJZ) eingerichtet werden.

Stammzellentransplantationen (SZT) erfolgen bei Beeinträchtigungen des Knochenmarks der Patienten durch benigne oder maligne Erkrankungen sowie bei Eradizierung des gesamten Knochenmarks zur Heilung einer vom Knochenmark ausgehenden Erkrankung. Allogene SZT (Transplantationen von fremden Stammzellen) werden ausschließlich an ONKZ durchgeführt, autologe SZT (Transplantationen von eigenen Stammzellen) grundsätzlich an ONKZ sowie an bereits bestehenden Standorten. SZT für Kinder sind KJONK-Einrichtungen vorbehalten.

Die Behandlung von an Krebs erkrankten Patienten ist Teil der meisten therapeutisch tätigen Sonderfächer; sowohl Anzahl als auch Komplexität der Behandlung sind unterschiedlich.

Der ÖSG 2017 definiert darüber hinaus folgende spezifische Qualitätskriterien:

- interdisziplinäre Zusammenarbeit (aller im ÖSG 2017 angeführten Fachbereiche sowie mit Gefäßchirurgie, Palliativmedizin/Hospizbereich, Psychiatrie und Psychotherapie)
- multiprofessionelle Zusammenarbeit optional in Abhängigkeit von Patientenbedarf und Angebot (mit Personal für Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Diätologie, Klinische Psychologie, Psychotherapie oder Gesundheitsberuf mit Weiterbildung in Psychoonkologie, Sexualmedizin, Sozialarbeit, Kindergartenpädagogik, Pädagogik, Seelsorge unterschiedlicher Konfessionen)

- Prozessqualität (durch interdisziplinäre Tumorboards, durch Therapien und Verfahren nur durch Ärzte mit nachgewiesener Ausbildung und Erfahrung sowie durch Festlegung der Zuständigkeiten für onkologische Leistungen je Abteilung)

Ebenso trifft der ÖSG 2017 Festlegungen zu Personal und Ausstattung für die verschiedenen Einrichtungen der abgestuften onkologischen Versorgung.

2.2.2 Großgeräteplan

Im bundesweit gültigen Großgeräteplan (GGP), der als Anhang zum ÖSG 2017 veröffentlicht wurde, sind die medizin-technischen Großgeräte festgelegt, die der öffentlichen Versorgung dienen.

Zu den medizin-technischen Großgeräten zählen für den strahlentherapeutischen-radioonkologischen Bereich die sogenannten „Strahlen- bzw. Hochvolttherapiegeräte (STR)“, die auch als Linearbeschleuniger bezeichnet werden. Für diese sind folgende Grundsätze definiert:

- Die Standort- und Kapazitätsplanung von Großgeräten mit überregionaler Bedeutung, darunter fallen auch Strahlentherapiegeräte, wird auf Bundesebene festgelegt.
- Strahlentherapiegeräte sind ausschließlich im intramuralen Bereich zu betreiben.
- Alle planungskonformen Großgeräte werden im bundesweiten GGP des ÖSG wie auch im RSG dargestellt.
- Funktionsgeräte sind Großgeräte, die ausschließlich interoperativ, zur unmittelbaren Abklärung im Schockraum oder für Therapieplanung bzw. -überwachung bei Strahlentherapie zum Einsatz kommen. Diese werden für allgemeine Planungen bzw. Bedarfsprüfungen nicht berücksichtigt.
- Großgeräte in Universitätskliniken, die ausschließlich der universitären Lehre und Forschung dienen, sind vom GGP nicht erfasst.

Als Ziele des GGP werden im ÖSG 2017 genannt:

- eine gleichmäßige Verteilung und bestmögliche Erreichbarkeit,
- eine gesamtwirtschaftlich sinnvolle Versorgung,
- die Einrichtung der Großgeräte in jenen Krankenanstalten, die diese zur Bewältigung der jeweiligen Fächerstruktur benötigen und
- die Einbeziehung der Versorgungswirksamkeit des extramuralen Bereichs bzw. der Kooperationspotenziale zwischen dem intra- und dem extramuralen Bereich.

Zur Berechnung des Großgerätebedarfs wurden als quantitative Planungskriterien pro Großgerät Einwohnerrichtwerte (Anzahl der Einwohner je Großgerät bzw. Anzahl der Großgeräte je Einwohner) und Erreichbarkeitsrichtwerte herangezogen:

Erreichbarkeit (in Minuten)	Einwohnerrichtwert	Großgeräte pro 1 Mio. Einwohner
90	130.000 bis 150.000	6,7 bis 7,7

Quelle: ÖSG 2017, S. 169; aufbereitet durch den LRH

Der LRH stellt fest, dass aus diesen quantitativen Kriterien für die Steiermark (VR¹ 61 bis VR 66) ein Bedarf von acht bis neun Strahlentherapiegeräten resultiert.

Unter Berücksichtigung des ebenso zu erfüllenden Auftrages für die Versorgung des Südburgenlandes (VR 12) erhöht sich der Bedarf auf 8,5 bis zehn Strahlentherapiegeräte.

Der ÖSG 2017 sieht folgende spezifische Qualitätskriterien für Strahlentherapiegeräte vor:

- multiprofessionelle Zusammenarbeit (in Abhängigkeit von Patientenbedarf und Leistungsangebot) mit Personal für Radiotechnologie, Medizinphysik und Technik
- Prozessqualität: Kooperationen zur Vermeidung von Parallelstrukturen, zur Erzielung einer adäquaten Auslastung und zur Sicherung entsprechender medizinischer Ergebnisqualität

Weitere spezifische Qualitätskriterien beziehen sich auf die personelle Ausstattung (bei einer Standardfrequenz von 800 Patienten pro Jahr):

- Facharzt für Strahlentherapie (Tagdienstabdeckung),
- 3,5 Diplomierte Gesundheits- und Krankenpfleger,
- 13 Radiotechnologen
- sowie für Spezialverfahren pro 100 Patienten jährlich zusätzlich ein Arzt und Radiotechnologe sowie ein Medizinphysiker

und sonstige (v. a. infrastrukturelle) Ausstattung:

- mindestens zwei Linearbeschleuniger,
- ein fakultatives Brachytherapiegerät,
- ein Gerät mit Simulationsfunktion,
- mindestens ein Bestrahlungsplanungssystem mit zwei Arbeitsplätzen,
- mindestens ein Sonographiegerät für Planung, Nachsorge und Brachytherapie,

¹ Die Planungsgrundlagenmatrix des ÖSG gliedert sich in neun Bundesländer, vier Versorgungszonen und 32 Versorgungsregionen. Die Steiermark ist in sechs Versorgungsregionen unterteilt.

- ein Planungs-CT ab jährlich 800 Patienten mit primärer Verfügbarkeit für die Strahlentherapie und Zugang zu zehn Betten je Linearbeschleuniger.

Der **GGP des ÖSG 2017** gibt für den damaligen Ist-Stand (zum Stichtag 31. Dezember 2015) bzw. den Soll-Stand (Planungshorizont 2020) an Linearbeschleunigern Folgendes vor:

	Ist	Soll	Mehrbedarf
LKH-Univ. Klinikum Graz	4	7	3
LKH Hochsteiermark, Standort Leoben	0	2	2
Gesamt	4	9	5

Quelle: ÖSG 2017, Anhang 10 - GGP, S. 9; aufbereitet durch den LRH

Zum ÖSG 2017 trifft der LRH folgende weitere Feststellungen:

- Mit dem **ÖSG 2017**, beschlossen von der Bundes-Zielsteuerungskommission am 30. Juni 2017, wurde der Soll-Stand (Planungshorizont 2020) an Linearbeschleunigern zum Stichtag 31. Dezember 2015 auf neun Geräte angehoben.
- Zum damaligen Stichtag 31. Dezember 2015 bestand demnach eine Versorgungslücke von fünf Linearbeschleunigern.
- Selbst wenn man das Forschungsgerät, das am LKH-Univ. Klinikum Graz für die Patientenversorgung verwendet wird, hier mit einrechnet, ergibt sich noch immer eine Versorgungslücke von vier Linearbeschleunigern.
- Die Angaben im Regionalen Strukturplan Gesundheit Steiermark 2025 (RSG-St 2025) entsprechen den Vorgaben im GGP des ÖSG 2017.
- Anzumerken ist, dass von den Verantwortungsträgern bereits vor dem Beschluss des ÖSG 2017 Schritte zur Gerätevermehrung in die Wege geleitet wurden.

Die Problematik der Versorgungslücke im Bereich der Linearbeschleuniger wird im Kapitel 5.1 „Strahlentherapie und Radioonkologie“ nochmals aufgegriffen.

Stellungnahme des Landesrates Mag. Christopher Drexler:

Auf Basis bestehender medizinischer Entwicklungen wurden – wie der LRH selbst bereits angemerkt hat – von den Verantwortungsträgern bereits entsprechende Maßnahmen zum Ausbau der Strahlentherapeutischen Versorgung unternommen. Auf Seite [...] stellt der LRH fest, dass der im ÖSG 2017 bzw. im RSG-St 2025 angeführte Ist-Stand nicht mehr zutreffend ist. Zum Stichtag 01. August 2017 waren in der Steiermark sechs Linearbeschleuniger in Betrieb.

2.3 Regionaler Strukturplan Gesundheit (RSG)

Bei den Regionalen Strukturplänen Gesundheit (RSG) handelt es sich um zentrale Planungsinstrumente für die integrative Versorgungsplanung in Österreich.

Für den betrachteten Zeitraum von 2014 bis 2016 hatte der „Regionale Strukturplan Gesundheit Steiermark 2011“, Version 2.1 (RSG-St 2011) mit dem Planungshorizont 2020 Gültigkeit.

Dazu stellt der LRH fest, dass dieser zum 31. Dezember 2016 noch nicht umgesetzt war und eine Versorgungslücke hinsichtlich der Linearbeschleuniger bestand.

Der RSG-St 2025, Version 1.0 mit dem Planungshorizont 2025 wurde von der Landes-Zielsteuerungskommission Steiermark am 21. Juni 2017 beschlossen. Für die Versorgung von onkologischen Patienten finden sich hierin folgende Festlegungen:

Brustkrebsversorgung

Der RSG-St 2025 definiert im Sinne eines abgestuften Versorgungsmodells unter Einhaltung der im ÖSG 2017 definierten Qualitätskriterien und Aufgaben folgende BRZ und AP:

Brustgesundheitszentren (BRZ)	LKH-Univ. Klinikum Graz LKH Hochsteiermark, Standort Leoben
Affilierte Partner (AP)	LKH Graz Süd-West, Standort Graz-West LKH Feldbach-Fürstenfeld, Standort Feldbach

Quelle: RSG-St 2025, S. 53; aufbereitet durch den LRH

Onkologische Versorgung/RFZ

Der RSG-St 2025 legt, abgeleitet von den Rahmenvorgaben im ÖSG 2017, die konkrete Versorgungsstruktur für die Steiermark wie folgt fest:

Stufe 1

LKH-Univ. Klinikum
Graz (ONKZ)

Stufe 2

LKH Hochsteiermark, Standort Leoben (ONKS)

Stufe 3

(einzurichtende) Leitspitäler in der Steiermark (ONKA): KH Ennstal, LKH oberes Murtal, LKH Feldbach-Fürstenfeld, LKH Weststeiermark, LKH Südsteiermark sowie KH Graz-Mitte

Quelle: RSG-St 2025; aufbereitet durch den LRH

Der LRH stellt fest, dass der RSG-St 2025 die konkrete Definition der Einrichtungen der ONKA offenlässt. Er legt jedoch den Rahmen insoweit fest, als dafür ausschließlich die Leitspitäler in der Steiermark sowie das Krankenhaus am

Standort des jetzigen KH der Barmherzigen Brüder nach Maßgabe der Versorgungsnotwendigkeit in Frage kommen. Dies ist in obiger Darstellung berücksichtigt.

Gemäß RSG-St 2025 können Basisdiagnostik und -therapie sowie die Weiterführung der Behandlung auch außerhalb der RFZ durchgeführt werden, wenn eine kontinuierliche Abstimmung mit einem RFZ sichergestellt ist.

Daraus wird vom LRH abgeleitet, dass letztlich alle intra- wie auch extramuralen Einrichtungen, zumindest in Abstimmung mit den o. a. RFZ, Leistungen an onkologischen Patienten erbringen dürfen.

Medizin-technische Großgeräte/Strahlentherapie-Radioonkologie

Im RSG-St 2025 wird hinsichtlich der strahlentherapeutischen Versorgung Folgendes festgehalten:

Es befinden sich am LKH-Univ. Klinikum Graz vier Geräte zur Strahlentherapie/Radioonkologie. Damit sind die gesamte Steiermark (VR 61 – VR 66) sowie im Rahmen eines überregionalen integrativen Versorgungsauftrages das Südburgenland (VR 12) zu versorgen. Gemessen daran wird die verfügbare Anzahl an Geräten im RSG-St 2025 als zu gering eingeschätzt.

Daher sollen im Zuge der Errichtung von Betten für die Strahlentherapie-Radioonkologie am LKH Hochsteiermark, Standort Leoben, zwei neue Geräte aufgestellt bzw. in Graz die bestehenden vier Geräte mit drei zusätzlichen Geräten ergänzt werden.

Im Bereich der medizin-technischen Großgeräte stellte der **RSG-St 2025** dem damaligen Ist-Stand (aus 2014) folgenden Soll-Stand an Linearbeschleunigern gegenüber:

	Ist	Soll	Mehrbedarf
LKH-Univ. Klinikum Graz	4	7	3
LKH Hochsteiermark, Standort Leoben	0	2	2
Gesamt	4	9	5

Quelle: RSG-St 2025, S. 63 bis 64; aufbereitet durch den LRH

Der LRH weist in diesem Zusammenhang darauf hin, dass

- **im RSG-St 2011, Version 2.1 noch sechs Linearbeschleuniger (vier am Standort LKH-Univ. Klinikum Graz und zwei am Standort Leoben) vorgesehen waren,**

- schon vor dem Beschluss des RSG-St 2025 eine Erweiterung der Strahlentherapie-Radioonkologie am Standort LKH-Univ. Klinikum Graz vorbereitet wurde,
- am LKH-Univ. Klinikum Graz an der Univ. Klinik für Strahlentherapie-Radioonkologie ein für die Forschung aufgestelltes Gerät derzeit vorwiegend für die Patientenversorgung genutzt wird und
- am LKH Hochsteiermark am Standort Leoben mittlerweile im Juli 2017 ein erster Linearbeschleuniger in Betrieb gegangen ist.

Die aus dem RSG-St 2025 abzuleitende Versorgungslücke (ohne Berücksichtigung des derzeit für die Patientenversorgung verwendeten Forschungsgerätes) **beträgt auch nach der Inbetriebnahme des ersten Linearbeschleunigers am LKH Hochsteiermark, Standort Leoben, noch immer vier Linearbeschleuniger. Diese wäre spätestens bis zum Planungshorizont 2025 zu beseitigen.**

Der LRH verweist in diesem Zusammenhang auf seine Ausführungen und die daraus folgenden Feststellungen und Empfehlungen im Kapitel 5.1 „Strahlentherapie und Radioonkologie“.

Stellungnahme des Landesrates Mag. Christopher Drexler:

Die Feststellung des LRH auf Seite [...], dass abgeleitet von den Festlegungen des RSG-St 2025 alle intra- und extramuralen Einrichtungen, in Abstimmung mit einem onkologischen Referenzzentrum, Leistungen an onkologischen Patientinnen und Patienten erbringen dürfen, ist dahingehend zu kommentieren, dass der ÖSG 2017 sowohl für assoziierte onkologische Versorgungseinrichtungen (ONKA) als auch für die ambulante Versorgung extramural entsprechende Strukturqualitätskriterien vorsieht (z.B. FA für Innere Medizin-Onkologie). Nur unter Beachtung dieser Strukturqualitätskriterien können onkologische Leistungen auch im extramuralen Versorgungssektor erbracht werden. Anzuführen ist auch, dass aus Expertinnen- und Expertensicht onkologische Therapien jedenfalls im stationären Bereich zu beginnen sind.

2.4 Stmk. Krankenanstaltengesetz 2012 (StKAG)

Das Gesetz über Krankenanstalten in der Steiermark (Stmk. Krankenanstaltengesetz 2012, StKAG) enthält einige prüfungsrelevante Passagen:

- Laut § 3 müssen u. a. Einrichtungen für Strahlentherapie in Schwerpunktkrankenanstalten vorhanden respektive Zentralkrankenanstalten generell mit allen dem jeweiligen Stand der medizinischen Wissenschaft entsprechenden spezialisierten Einrichtungen ausgestattet sein.

Der LRH stellt fest, dass mit den strahlentherapeutischen Einrichtungen im LKH Hochsteiermark sowie im LKH-Univ. Klinikum Graz der Verpflichtung gemäß § 3 Abs. 1 Z. 2 und 3 Genüge getan wird.

- § 3b definiert RFZ als spezialisierte Strukturen im Rahmen der bettenführenden Organisationsstrukturen, die grundsätzlich in Schwerpunkt- oder Zentralkrankenanstalten zur Bündelung der Erbringung komplexer Leistungen eingerichtet werden können. Die onkologische Versorgung ist einer jener Bereiche, der in der Form eines RFZ organisiert werden kann.

Die im Kapitel 2.3 „Regionaler Strukturplan Gesundheit (RSG)“ aufgezählten onkologischen RFZ entsprechen dieser Norm.

- § 20 verpflichtet die Rechtsträger von öffentlichen und privaten gemeinnützigen Krankenanstalten, in den Abteilungen für die Sonderfächer Augenheilkunde und Optometrie, Orthopädie und Orthopädische Chirurgie sowie Neurochirurgie Wartelisten für solche elektive Operationen und invasive Diagnosemaßnahmen zu führen, bei denen die Wartezeit regelmäßig vier Wochen übersteigt.

Die onkologische bzw. strahlentherapeutische Versorgung wird vom Wartelistenregime nach § 20 bislang nicht umfasst. Lediglich chirurgisch-onkologische Eingriffe in einem der drei genannten Sonderfächer können zutreffendenfalls auf der jeweiligen Warteliste angeführt sein.

Der LRH verweist auf seine Ausführungen und die daraus folgenden Feststellungen und Empfehlungen im Kapitel 4.5 „Projekt ‚Wartezeiten-Monitoring‘“.

2.5 Kompetenzen auf Landes- und Trägerebene

Der **Abteilung 8 Gesundheit, Pflege und Wissenschaft (A8)** obliegen u. a. das Verfassen von Gesetzen, Richtlinien (RL) und Verordnungen für den Gesundheitsbereich, das Vollziehen der Rechtsvorschriften (z. B. sanitätsbehördliche Verfahren in Bezug auf Errichtungs- und Betriebsbewilligungen von Krankenanstalten, Ambulatorien etc.), die sanitäre Aufsicht über Einrichtungen im Gesundheitswesen und die strategische Weiterentwicklung und Kontrolle der Gesundheitsberufe.

Der **Gesundheitsfonds Steiermark** ist laut § 3 Gesundheitsfondsgesetz für die Planung und Steuerung der Gesundheitsversorgung in der Steiermark gemäß den Vorgaben der Zielsteuerung Gesundheit verantwortlich. Dabei hat der Gesundheitsfonds auf eine

qualitativ hochwertige, effektive und effiziente, allen frei zugängliche und gleichwertige Gesundheitsversorgung zu achten sowie seine Finanzierbarkeit sicherzustellen.

Zu den Aufgaben des Gesundheitsfonds zählen u. a. die Erstellung des RSG-St unter Beachtung der Vorgaben des ÖSG sowie die Koordination von bzw. die Mitwirkung an Projekten, die sich mit der Struktur- und Leistungsplanung, Finanzierung und Qualitätssicherung von Gesundheitsangeboten befassen.

Der Gesundheitsfonds gibt an, dass im Hinblick auf die onkologische Versorgung immer wieder Gespräche und Arbeitsgruppen auf Bundes- und Landesebene geführt wurden, u. a. um abgestufte onkologische Versorgungskonzepte zu erarbeiten und Strukturen weiterzuentwickeln und somit die Vorgaben des ÖSG und des RSG-St entsprechend umzusetzen.

Weiterführend seien, so der Gesundheitsfonds, die Träger der extra- und intramuralen Versorgung in ihrem jeweiligen Verantwortungsbereich tätig.

Die intramuralen diagnostischen und therapeutischen Leistungen werden in den dazu vorgesehenen Krankenanstalten erbracht; für die Planung und Steuerung auf dieser Ebene sind die jeweiligen **Krankenanstaltenträger** (z. B. KAGes, Konvent der Barmherzigen Brüder, KH der Elisabethinen GmbH) zuständig.

2.6 Steirischer Gesundheitsplan 2035

Der Steirische Gesundheitsplan 2035 wurde auf Initiative des Gesundheitsressorts entwickelt und im Jahr 2016 der Öffentlichkeit präsentiert. Er gibt die strategische Grundausrichtung der steirischen Gesundheitsversorgung für die nächsten beiden Jahrzehnte vor und findet bereits in der übergeordneten Planung (v. a. RSG-St 2025) Berücksichtigung.

An dieser Stelle wird der Vollständigkeit halber auch auf die „**Gesundheitsziele Steiermark**“ verwiesen. Diese leiten sich von den „Gesundheitszielen Österreich“ ab und wurden bereits einige Jahre zuvor im Auftrag der Gesundheitsplattform Steiermark unter Einbindung eines wissenschaftlichen Fachbeirates sowie der wichtigsten Akteure im Gesundheitswesen entwickelt und von der Gesundheitsplattform Steiermark beschlossen.

Der LRH weist darauf hin, dass onkologische Erkrankungen nach den Herz-Kreislauf-Erkrankungen mit rund 25 % die zweithäufigste Todesursache in Österreich im Jahr 2016 waren.

Eine Berücksichtigung dieser Problematik in den Gesundheitszielen Steiermark lässt sich nur vereinzelt ableiten (z. B. lautet ein Ziel „Gesundheitsfolgen aufgrund von Tabakkonsum verringern“).

Für Gesundheitsinteressierte wurde ein **Newsletter** eingerichtet. Dieser zeigt eine starke Fokussierung auf Themen der Gesundheitsförderung; **Krebsvorsorge bzw. der Umgang mit onkologischen Erkrankungen wird hier nicht erwähnt.**

Die Aktivitäten des Gesundheitsfonds Steiermark in Zusammenhang mit den Gesundheitszielen werden durch den **Gesundheitsbericht** dargestellt. Dieser informiert unter besonderer Berücksichtigung der Gesundheitsdeterminanten über die gesundheitliche Lage und Versorgung der Bevölkerung; Krebserkrankungen werden darin berücksichtigt: Der letzte Gesundheitsbericht wurde für das Jahr 2015 veröffentlicht. Hierin wurde auf die im Jahr 2012 dokumentierten bösartigen Neubildungen eingegangen. Demnach wurden in diesem Jahr 506 Krebs-Neuerkrankungen auf 100.000 Steirer gezählt. Das Erkrankungsrisiko betrug 0,53 % bei Männern und 0,48 % bei Frauen.

Stellungnahme des Landesrates Mag. Christopher Drexler:

Zum Hinweis des LRH auf Seite [...], dass die Gesundheitsziele Steiermark zu wenig explizit auf die Problematik der Tumorerkrankungen Bezug nehmen, ist anzuführen, dass diese im Auftrag des GFSTMK 2007 von der FH JOANNEUM, Gesundheitsmanagement im Tourismus, unter Mitwirkung von zahlreichen Expertinnen sowie Experten und unter Berücksichtigung der aktuellen Literatur und Evidenzen bzw. von internationalen und nationalen Strategien erarbeitet wurden.

Die Gesundheitsziele Steiermark sind dabei nicht krankheitsorientiert – sie beruhen auf den Grundsätzen der Gesundheitsförderung (siehe Kapitel 2. Grundsätze, Seite 10), welche auch in der Ottawa Charta der WHO aus dem Jahr 1986 festgehalten sind. In dieser Charta ist auch definiert, dass Gesundheit nicht allein vom Gesundheitssektor garantiert werden kann, sondern das Zusammenwirken verschiedener Sektoren und Einrichtungen nötig ist sowie Menschen in allen Lebenslagen daran zu beteiligen sind.

In Hinblick auf das Entstehen von Krebsgeschehen muss darauf hingewiesen werden, dass Krebserkrankungen multifaktoriell entstehen, d. h. sie entstehen in einem komplexen Vorgang, deren Ursache unterschiedlich sein kann.

- *So können Krebserkrankungen bei erblicher Vorbelastung auftreten (kleinerer Anteil).*
- *Des Weiteren existieren Krebsarten, deren Entstehung mit Viren in Verbindung gebracht wird, wie z. B. das humane Papillomavirus (HPV).*
- *Der überwiegende Teil von Krebserkrankungen kann auf Umwelt- bzw. Lebensstilfaktoren zurückgeführt werden:*

- *So gilt Rauchen als starker Risikofaktor für die Krebsentstehung. Dabei kann aber nicht nur eine Verbindung mit Lungenkrebs hergestellt werden, sondern auch mit Kehlkopfkrebs, Speiseröhrenkrebs, Harnblasenkrebs, Bauchspeicheldrüsenkrebs, Magenkrebs, Rachenkrebs, Nierenkrebs, Prostatakrebs sowie Leberkrebs.*
- *Des Weiteren spielen Ernährungsfaktoren bzw. Übergewicht eine Rolle. So kam der Krebsbericht des World Cancer Research Fund beispielsweise zu dem Schluss, dass die meisten krebsvorbeugenden Ernährungsformen überwiegend aus pflanzlicher Nahrung bestehen. Um Krebserkrankungen entgegenzuwirken, wird daher eine überwiegend pflanzliche Ernährungsweise empfohlen. (Anmerkung: wie durch die österreichische bzw. steirische Ernährungspyramide empfohlen).*
- *Alkohol ist ebenfalls an der Krebsentstehung mitbeteiligt – vor allem bei Karzinomen der Speiseröhre, der Bauchspeicheldrüse, des Magen- und Darmtraktes sowie der weiblichen Brust und der Leber.*
- *Gesunde Bewegung gilt als krebsvorbeugender Faktor – vor allem bei Darm- und Lungen- sowie Brust- und Prostatakrebs.*
- *Ein weiterer wesentlicher Präventionsfaktor ist der verantwortungsvolle Umgang mit Sonnenlicht. Dieses beschleunigt – im Übermaß genossen – nicht nur die Hautalterung, sondern gilt als Risikofaktor für Hautkrebs.*

Die Gesundheitsziele Steiermark thematisieren dementsprechend nicht nur über das Gesundheitsziel „Gesundheitsfolgen aufgrund von Tabakkonsum verringern“ die Entwicklung von Krebserkrankungen, sondern auch durch folgende Gesundheitsziele:

- *Gesundheitsbedingungen im Arbeitsleben verbessern*
- *Gesundes Leben in der Gemeinde und zu Hause gestalten*
- *Gesundes Lernen ermöglichen*
- *Mit Ernährung und Bewegung die Gesundheit der Steirerinnen und Steirer verbessern*
- *Bewusstsein im Umgang mit Alkohol in der Steiermark fördern*
- *Den Schutz vor Infektionen sichern*

Des Weiteren muss darauf hingewiesen werden, dass 2012 von der Bundesgesundheitskommission und dem Ministerrat 10 Gesundheitsziele für Österreich beschlossen wurden. Bis zum Jahr 2032 geben sie nun den Rahmen für die Steuerung des Gesundheitswesens vor und dienen Organisationen auf Bundes- sowie Länderebene als gemeinsamer Leitfaden für ihr Handeln. Auf die Entwicklung von Krebserkrankungen wird insbesondere im Ziel 4: „Die natürlichen Lebensgrundlagen wie Luft, Wasser und Boden sowie alle unsere Lebensräume auch für künftige Generationen nachhaltig gestalten und sichern“ sowie im Ziel 7: „Gesunde

Ernährung mit qualitativ hochwertigen Lebensmitteln für alle zugänglich machen“ hingewiesen.

Die Ziele sollen als Orientierung für das gesamte steirische Gesundheitswesen, wie auch für gesundheitsrelevante Bereiche außerhalb des Gesundheitswesens dienen. Grundsätzlich sollen Gesundheitsziele einen Public Health Entwicklungsprozess unter (politischen) Entscheidungsträgerinnen und Entscheidungsträgern anregen.

Zusammenfassend sieht der GFSTMK die vom LRH dargestellte Problematik nicht nur vereinzelt, sondern umfangreich bearbeitet.

2.7 Zusammenfassung

Der LRH hält fest, dass das G-ZG sowie die Art. 15a B-VG Vereinbarungen über die Organisation und die Finanzierung des Gesundheitswesens bzw. über die Zielsteuerung-Gesundheit grundlegend sind. Diese bilden den Rahmen, in welchem die onkologische Versorgung zu gewährleisten ist.

ÖSG 2017 und RSG-St 2025 bestimmen Versorgungsstufen samt Strukturen und Ausstattungen sowie Zuordnungen von Krankenanstalten zu den einzelnen Stufen.

Mit dem Inkrafttreten von ÖSG 2017 (Planungshorizont 2020) und RSG-St 2025 (Planungshorizont 2025) wurde im Bereich der Linearbeschleuniger eine Versorgungslücke von fünf (unter Einrechnung des Forschungsgerätes am LKH- Univ. Klinikum Graz von vier) Geräten evident.

Die Angaben im RSG-St 2025 entsprechen den Vorgaben des ÖSG 2017.

Aus dem RSG-St 2025 ist ableitbar, dass alle intra- wie auch extramuralen Einrichtungen Leistungen an onkologischen Patienten zumindest in Abstimmung mit den RFZ erbringen dürfen.

Auf Trägerebene bildet die Kategorisierung der Fondskrankenanstalten als Zentral-, Schwerpunkt- und Standardkrankenanstalten bzw. die innere Strukturierung mit den jeweils angebotenen Fächern den Rahmen für die onkologische Versorgung.

3. EMPIRISCHER ÜBERBLICK

3.1 Demographie - Epidemiologie

Laut Statistik Austria belief sich zum 31. Oktober 2015 der Bevölkerungsstand in Österreich auf rund 8,7 Mio. Personen und in der Steiermark auf rund 1,2 Mio. Personen.

Während die Bevölkerung in Österreich insgesamt im Vergleich zu 2015 bis 2030 auf rund 9,4 Mio., also um rund 8,8 %, steigen wird, geht man in der Steiermark von einem unterdurchschnittlichen Wachstum von rund 5,4 % auf rund 1,3 Mio. Einwohner aus.

Die Bevölkerungsstruktur ist einer Veränderung im Sinne einer Überalterung unterworfen; die Anteile der Bevölkerung unter 20 Jahren bzw. von 20 bis unter 65 Jahren werden zurückgehen. Der Anteil der Bevölkerung über 65 Jahre wird zunehmen und im Jahr 2030 bereits 25 % betragen.

Die im Folgenden analysierten epidemiologischen Daten sind im Lichte dieser erwarteten demographischen Entwicklung zu sehen.

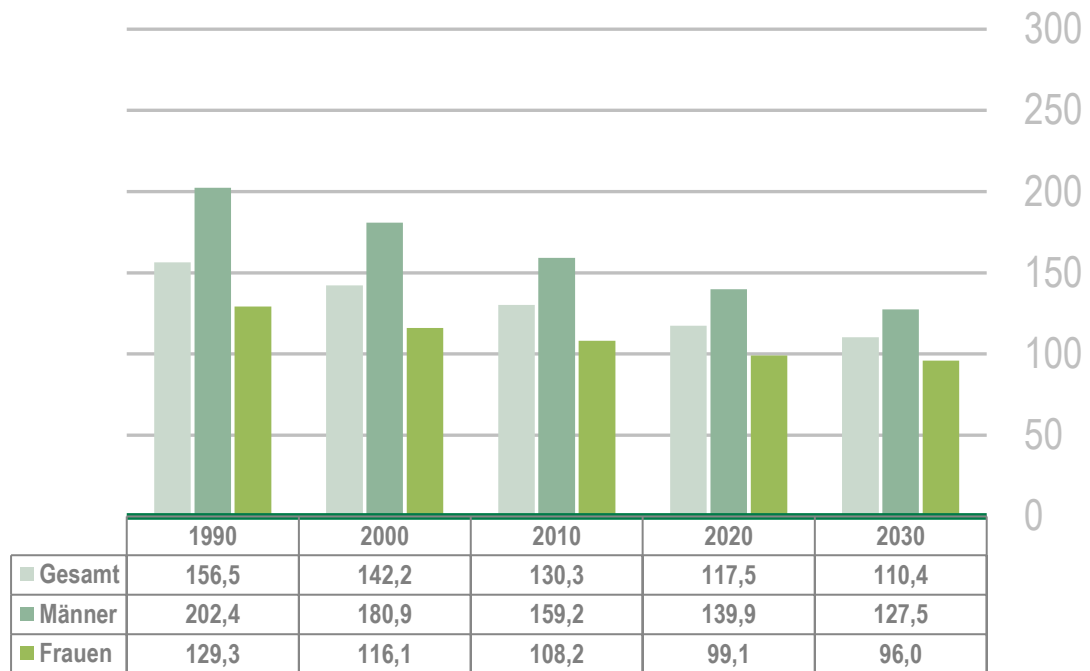
Aus der nachstehenden Tabelle der von der Statistik Austria registrierten Todesursachen 2016 geht die Relevanz onkologischer und hämato-onkologischer Erkrankungen hervor: Demnach sind bösartige Neubildungen (in Tabellen als B. N. abgekürzt) nach Herz-Kreislauf-Erkrankungen die zweithäufigste Todesursache in Österreich bzw. in der Steiermark:

	Österreich	Steiermark
Summe	80.669	12.311
davon Herz-Kreislauf (abs.)	33.248	5.164
(rel.)	41,2 %	41,9 %
davon B. N. (abs.)	20.182	3.043
(rel.)	25,0 %	24,7 %

Quelle: Statistik Austria, „Gestorbene 2016 nach Todesursachen und Bundesländer“; aufbereitet durch den LRH

Die Krebsmortalität² nimmt in absoluten Zahlen gesehen zwar zu, von rund 19.600 in 2010 auf rund 22.700 in 2030, jedoch zeigt die jeweils auf 100.000 Personen standardisierte Mortalitätsrate eine fallende Tendenz. So wird sie Prognosen der Statistik Austria zufolge bis 2030 deutlich abnehmen:

Mortalität 1990 bis 2030 (standardisiert)



Quelle: Statistik Austria, „Trends der Entwicklung von Krebserkrankungen in Österreich“; aufbereitet durch den LRH

Anmerkung: Die Berechnungsmethode altersstandardisierter Raten wurde von der Statistik Austria hinsichtlich der zu Grunde gelegten „Standardbevölkerung“ verändert; diese Statistik aus 2013 weicht daher deutlich von neueren Statistiken ab.

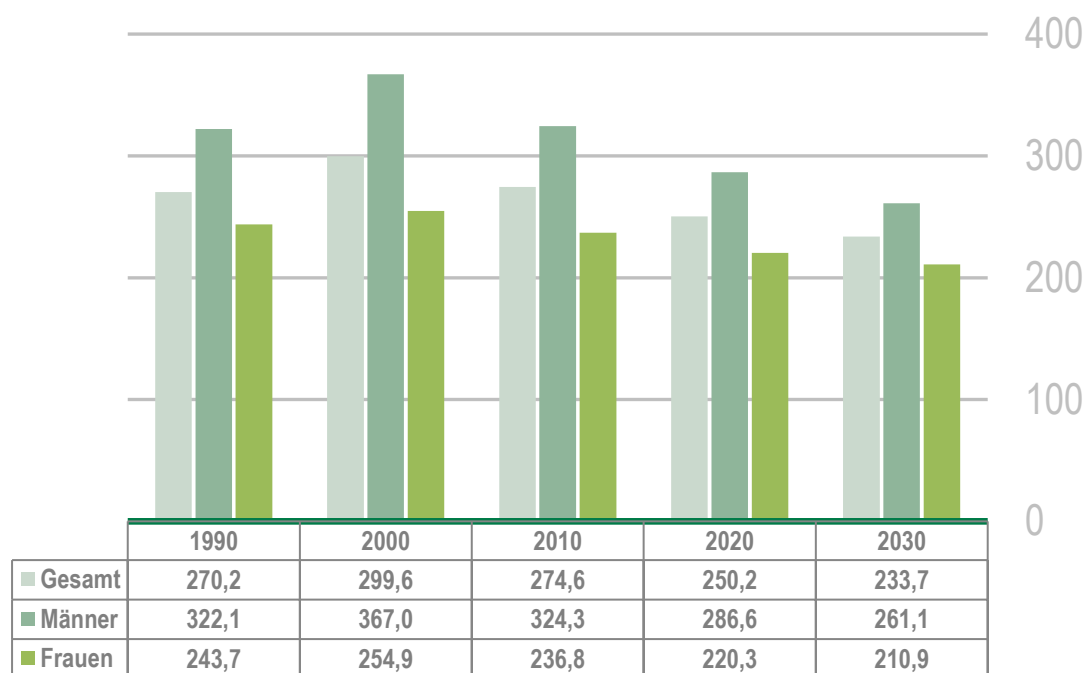
Korrespondierende Prognosedaten für die Steiermark lagen dem LRH nicht vor. Unter Hinweis auf andere epidemiologische Daten ist jedoch davon auszugehen, dass diese, abgesehen von geringen Abweichungen, etwa dem Österrichtrend entsprechen.

² Anzahl der Todesfälle an einer bestimmten Krankheit in einer bestimmten Bevölkerung während eines bestimmten Zeitraumes (zumeist ein Jahr)

In Österreich (der Steiermark) wurden 2012 bis 2014 durchschnittlich insgesamt 39.039 (6.208) Neuerkrankungen (**Inzidenz**³) an Malignomen registriert. Dabei erkrankten in der Steiermark 2012 bis 2014 je 100.000 Personen um rund 6 % mehr Personen an Krebs als im Österreichdurchschnitt.

Prognosen der Statistik Austria für Österreich zufolge wird zwar die absolute Anzahl der Neuerkrankungen p. a. von rund 39.300 im Jahr 2010 auf rund 43.700 im Jahr 2030 ansteigen; die auf jeweils 100.000 Personen altersstandardisierte Rate⁴ (Österreich/Gesamt) wird jedoch abnehmen, wie die folgende Darstellung zeigt:

Neuerkrankungen 1990 bis 2030 (altersstandardisiert)



Quelle: Statistik Austria, „Trends der Entwicklung von Krebserkrankungen in Österreich“; aufbereitet durch den LRH

Anmerkung: Die Berechnungsmethode altersstandardisierter Raten wurde von der Statistik Austria hinsichtlich der zu Grunde gelegten „Standardbevölkerung“ verändert; diese Statistik aus 2013 weicht daher deutlich von der o. a. neueren Statistik aus 2016 ab. Aktuellere Prognosedaten liegen nicht vor.

Hinsichtlich der **Krebsprävalenz**⁵ ist der Statistik Austria zu entnehmen, dass zum 31. Dezember 2014 in Österreich 330.492 Personen an Krebs erkrankt waren, davon 156.145 Männer und 174.347 Frauen.

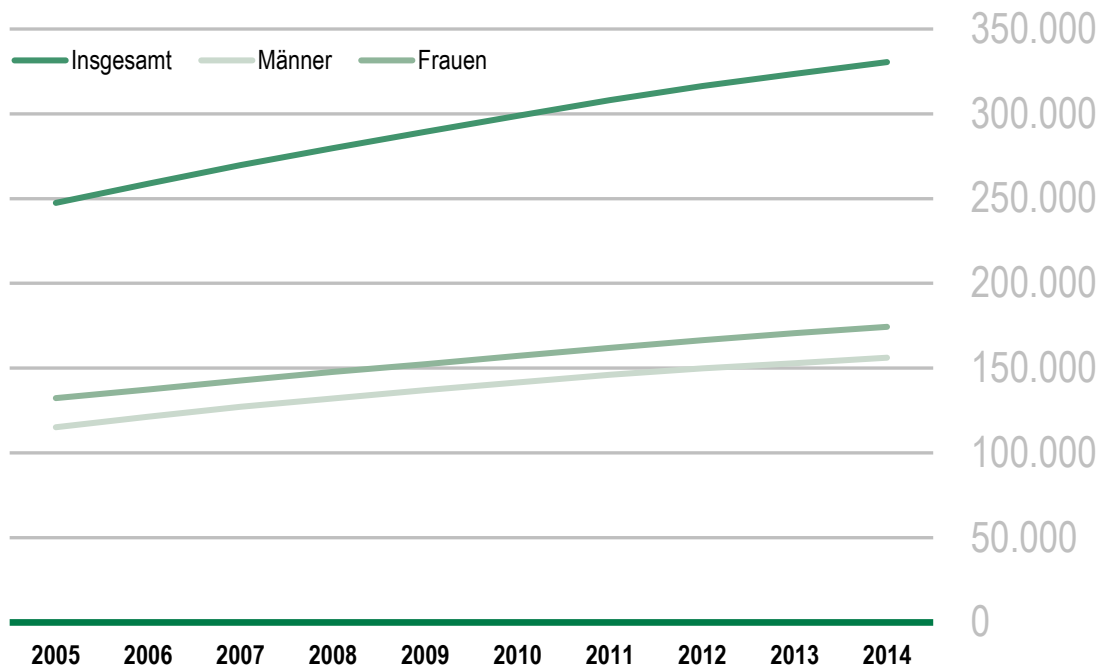
³ Neuerkrankungen an einer bestimmten Krankheit in einer bestimmten Bevölkerung während eines bestimmten Zeitraumes (zumeist ein Jahr)

⁴ Die Alterszusammensetzung der österreichischen Bevölkerung ist im Wandel (vgl. „Überalterung“ der Gesellschaft); durch die Altersstandardisierung wird die Vergleichbarkeit von Populationen mit unterschiedlicher Alterszusammensetzung hergestellt.

⁵ Erkrankungen an einer bestimmten Krankheit in einer bestimmten Bevölkerung zu einem bestimmten Zeitpunkt

Eine Betrachtung der Entwicklung ab 2005 zeigt eine stetig steigende Tendenz: **So ist im Zeitraum 2005 bis 2014 die Krebsprävalenz in Österreich** (exklusive Mehrfachtumore) **jährlich durchschnittlich um 3,1 % gestiegen.**

Krebsprävalenz Österreich 2005 bis 2014



Quelle: Statistik Austria, „Entwicklung der Krebsprävalenz im Zeitverlauf“; aufbereitet durch den LRH

Korrespondierende Daten für die Steiermark lagen dem LRH nicht vor. Unter Hinweis auf andere epidemiologische Daten ist jedoch davon auszugehen, dass diese, abgesehen von geringen Abweichungen, etwa dem Österrichtrend entsprechen.

Stellungnahme des Landesrates Mag. Christopher Drexler:

In Österreich werden nach heutigen Schätzungen im Jahr 2030 2,5 Mio. über 65-Jährige und 1,1 Mio. über 80-Jährige leben. Auf die Steiermark bezogen wären das basierend auf dem Prüfbericht des LRH 325.000 Einwohner über 65 Jahre sowie 160.000 über 80-Jährige und damit knapp 40 % der Bevölkerung. Alleine mit dieser Alterung der Gesellschaft wird die Inzidenz von Krebserkrankungen um ungefähr 30 % bis 2030 zunehmen und damit von 36.143 auf 47.000 Krebserkrankte pro Jahr in der Steiermark ansteigen. Gleichzeitig wird die Mortalität an Krebserkrankungen durch verbesserte Erkennungs- sowie Behandlungsmethoden abnehmen und damit der Anteil von Patientinnen und Patienten, welche Krebs überleben, zunehmen.

Neben Inzidenz und Heilungsraten stellt aber gerade die ebenfalls deutlich zunehmende Prävalenz von Krebserkrankungen eine große Herausforderung für die Patientenversorgung dar. Durch zunehmende sinnvolle Therapiemaßnahmen werden

zwar nicht die Überlebensraten, aber die Überlebenszeiten, das sind zugleich auch die Behandlungszeiten, deutlich verlängert.

3.2 Krebserkrankungen in der Steiermark

In der folgenden Tabelle wird die Anzahl der stationären Fälle mit einer Neubildung als Hauptdiagnose (C00-D48) für die Steiermark im Zeitraum 2014 bis 2016 je Hauptdiagnose-Gruppe (HDG) nach der „Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme“ (ICD-10) dargestellt:

Stationäre Fälle je HDG		2014	2015	2016
C15-C26	B. N. d. Verdauungsorgane	6.055	5.878	6.232
D37-D48	Neubildungen unsicheren o. unbekannten Verhaltens	4.284	4.540	4.297
C81-C96	B. N. d. lymphatischen, blutbildenden u. verwandten Gewebes, als primär festgestellt o. vermutet	3.702	3.594	4.113
D10-D36	Gutartige Neubildungen	3.756	3.711	3.985
C30-C39	B. N. d. Atmungsorgane u. sonst. intrathorakaler Organe	3.011	3.077	3.388
C43-C44	Melanome u. sonst. B. N. d. Haut	2.723	2.966	3.195
C76-C80	B. N. ungenau bezeichneter, sekundär u. näher bezeichneter Lokalisationen	1.806	1.859	2.040
C50-C50	B. N. d. Brustdrüse (Mamma)	1.735	1.779	1.950
C51-C58	B. N. d. weiblichen Genitalorgane	1.566	1.557	1.443
C60-C63	B. N. d. männlichen Genitalorgane	955	893	1.037
C00-C14	B. N. d. Lippe, d. Mundhöhle u. d. Pharynx	1.182	1.041	1.035
C64-C68	B. N. d. Harnorgane	864	693	1.021
D00-D09	In-situ-Neubildungen	749	817	801
C69-C72	B. N. d. Auges, d. Gehirns u. sonst. Teile d. Zentralnervensystems	687	622	539
C45-C49	B. N. d. mesothelialen Gewebes u. d. Weichteilgewebes	561	427	499
C40-C41	B. N. d. Knochens u. d. Gelenknorpels	250	193	367
C73-C75	B. N. d. Schilddrüse u. sonst. endokriner Drüsen	276	240	200
C97-C97	B. N. als Primärtumoren an mehreren Lokalisationen		2	1
Summe		34.162	33.889	36.143

Quelle: Gesundheitsfonds, Hauptdiagnosen 2014 bis 2016 je Krankenhaus; aufbereitet durch den LRH

Die folgenden sechs häufigsten HDG im Jahr 2016 stellen knapp 70 % der stationären Fälle mit Hauptdiagnose einer Neubildung (C00-D48) dar:

- bösartige Neubildungen der Verdauungsorgane
- Neubildungen unsicheren oder unbekannten Verhaltens
- bösartige Neubildungen des lymphatischen, blutbildenden und verwandten Gewebes, als primär festgestellt oder vermutet
- gutartige Neubildungen
- bösartige Neubildungen der Atmungsorgane und sonstiger intrathorakaler Organe
- Melanome und sonstige bösartige Neubildungen der Haut

Die stärksten Zuwächse im Zeitraum 2014 bis 2016 gab es bei Melanomen und sonstigen bösartigen Neubildungen der Haut (plus 472 Fälle, das sind rund 17 %), bei bösartigen Neubildungen des lymphatischen, blutbildenden und verwandten Gewebes, als primär festgestellt oder vermutet (plus 411 Fälle, das sind rund 11 %), sowie bei bösartigen Neubildungen der Atmungsorgane und sonstigen intrathorakalen Organen (plus 377 Fälle, das sind rund 13 %).

Größere Rückgänge gab es bei bösartigen Neubildungen des Auges, des Gehirns und sonstiger Teile des Zentralnervensystems (minus 148 Fälle, das sind rund 22 %) sowie bei bösartigen Neubildungen der Lippe, der Mundhöhle und des Pharynx (minus 147 Fälle, das sind rund 12 %).

Weder im extramuralen noch im ambulanten intramuralen Bereich erfolgt derzeit eine Diagnoseerfassung nach ICD-10.

Der LRH empfiehlt den Verantwortungsträgern (Landes-Zielsteuerungskommission, Gesundheitsfonds, Krankenanstaltenträger, Ärztekammer), eine einheitliche Diagnoseerfassung im extramuralen und im ambulanten intramuralen Bereich sicherzustellen.

Stellungnahme des Landesrates Mag. Christopher Drexler:

[...] Außerdem ist zu beachten, dass Patientinnen und Patienten oftmals mehrfach stationär aufgenommen werden. Dies sollte generell im Text berücksichtigt werden, da es in Bezug auf Aussagen zum Bedarf an spezifischen Strukturen für die Therapie von Krebserkrankungen (z.B. Chemotherapie), aber auch an welchen Standorten Leistungen für Patientinnen und Patienten mit Tumorerkrankungen erbracht werden, zu Fehlinterpretationen führen kann (siehe auch Kapitel 3.3).

Zu dem Hinweis des LRH auf Seite [...] „Weder im extramuralen, noch im ambulanten intramuralen Bereich erfolgt derzeit eine Diagnoseerfassung nach ICD-10.“ und der daraus abgeleiteten Empfehlung, eine einheitliche Diagnoseerfassung im

extramuralen und im ambulanten intramuralen Bereich sicherzustellen, ist Nachstehendes anzumerken: Die Dokumentationsvorgaben im intramuralen Bereich gehören zum LKF-Kernbereich und sind damit verpflichtend nur auf Bundesebene zu regeln. Im spitalsambulanten Bereich gibt es seit 2017 als Voraussetzung für die Abrechenbarkeit onkologischer Leistungen die Verpflichtung, Diagnosen zu dokumentieren. Es wird auf das LKF-Modell 2018 „Bepunktungsmodell für den spitalsambulanten Bereich“ aus Herbst 2017 verwiesen, wo die Leistungskataloge und die ICD 10-Dokumentation geregelt sind. Für nicht spezifische Leistungen besteht diese Verpflichtung derzeit nicht, eine solche wäre jedoch sicher wünschenswert. Der GFSTMK hat das Pilotprojekt „codierte ambulante Diagnosendokumentation“ unterstützt, an dem 2015 mehrere Krankenanstalten aus der Steiermark (als einziges Bundesland neben Kärnten) teilgenommen haben.

Betreffend den extramuralen Bereich ist festzuhalten, dass die Sozialversicherung grundsätzlich über die patientenbezogenen Daten von allen Leistungserbringern verfügt, welche sie zusammenführen kann. Schwerer erkrankte Menschen haben in der Regel Spitalsaufenthalte (mit Diagnosenerfassung). Bei Patientinnen und Patienten, welche nur den niedergelassenen Bereich frequentieren, lässt sich, wie der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger gezeigt hat, aus den verschriebenen Arzneimittel oder den verrechneten Leistungen auf die Krankheit rückschließen. Die Erweiterung der Dokumentation bedürfte einer Abwägung des Mehraufwandes in der Dokumentation mit dem zusätzlich generierten Nutzen.

Replik des Landesrechnungshofes:

Es liegt im Ermessen des LRH, die Auswahl der zu analysierenden Daten zu spezifizieren. Es wird in diesem Zusammenhang klargestellt, dass in o. a. Tabelle eine Fallbetrachtung und keine Patientenbetrachtung erfolgt. Dies geht auch aus dem erläuternden Text hervor.

3.3 Verteilung der Fälle auf die Fondskrankenanstalten

Die o. a. stationären Fälle mit einer Neubildung (C00-D48) als Hauptdiagnose verteilen sich wie folgt auf die Fondskrankenanstalten in der Steiermark:

Fondskrankenanstalten Steiermark	RFZ	2014	2015	2016
LKH-Univ. Klinikum Graz	ONKZ	15.105	15.075	16.393
LKH Hochsteiermark	ONKS	5.141	5.005	5.535
KH d. Barmherzigen Brüder Graz	ONKA	3.253	3.386	3.392
LKH Feldbach-Fürstenfeld	ONKS	3.012	2.823	2.963
KAV Judenburg-Knittelfeld	---	1.451	1.516	1.671

Fondskrankenanstalten Steiermark	RFZ	2014	2015	2016
LKH Graz Süd-West	ONKA	1.498	1.515	1.438
KH d. Elisabethinen Graz	ONKA	1.019	998	1.055
KAV Rottenmann-Aussee	---	774	695	741
LKH Hörgas-Enzenbach	---	634	531	602
LKH Hartberg	---	357	414	408
LKH Deutschlandsberg	---	428	355	395
LKH Weiz	---	284	263	293
LKH Wagna	---	296	300	265
Klinik Diakonissen Schladming	---	210	229	204
LKH Voitsberg	---	225	233	203
LKH Bad Radkersburg	---	108	159	163
Marienkrankenhaus Vorau	---	142	171	163
LKH Mürzzuschlag-Mariazell	---	139	127	126
GGZ Albert-Schweitzer-Klinik Graz	---	60	60	105
NTZ Kapfenberg	---	14	19	20
LKH Stolzalpe	---	12	15	8
Stationäre Fälle gesamt		34.162	33.889	36.143

Quelle: Gesundheitsfonds, Hauptdiagnosen 2014 bis 2016 je Krankenhaus; aufbereitet durch den LRH

Im Jahr 2014 wurden in steiermärkischen Fondskrankenanstalten 34.162 Fälle mit einer onkologischen Hauptdiagnose dokumentiert. 2016 waren es 36.143 Fälle, das entspricht gegenüber 2014 einem Plus von 1.981 Fällen und einer relativen Steigerung von rund 5,8 %.

Die Analyse der Daten auf Ebene der Fondskrankenanstalten zeigt, dass im LKH-Univ. Klinikum Graz als ONKZ im Zeitraum 2014 bis 2016 die meisten Fälle behandelt wurden (durchschnittlich rund 44,7 %), gefolgt vom LKH Hochsteiermark als ONKS (durchschnittlich rund 15 %). Gemeinsam sind das bereits knapp 60 % der Fälle. Es folgen das KH der Barmherzigen Brüder (durchschnittlich rund 9,6 %) und das LKH Feldbach-Fürstenfeld (durchschnittlich rund 8,4 %).

Insgesamt umfassen die bisher genannten RFZ und der KAV Judenburg-Knittelfeld knapp 90 % der Fälle.

Weiters zeigt die Analyse, dass im Zeitraum 2014 bis 2016 die stärksten absoluten Steigerungen im LKH-Univ. Klinikum Graz (plus 1.288 Fälle), im LKH Hochsteiermark (plus 394 Fälle) und im KAV Judenburg/Knittelfeld (plus 220 Fälle) zu verzeichnen waren.

Anzumerken ist, dass es auch KH mit rückläufigen Zahlen gibt. Die stärksten Rückgänge entfielen auf das LKH Graz Süd-West (minus 60 Fälle) und das LKH Feldbach-Fürstenfeld (minus 49 Fälle).

Der LRH stellt fest, dass im Zeitraum 2014 bis 2016 rund 85 % der stationären onkologischen Fälle in den im ÖSG bzw. im RSG dafür vorgesehenen RFZ (ONKZ, ONKS und ONKA) behandelt wurden.

Stellungnahme des Landesrates Mag. Christopher Drexler:

Zur Feststellung des LRH im Kapitel 3.3, dass rund 85 % der stationären onkologischen Fälle in lt. ÖSG 2017 und RSG-St 2025 dafür vorgesehenen onkologischen Referenzzentren (RFZ) und daher die weiteren 15 % in keinem RFZ behandelt wurden (Seite [...] und Zusammenfassung Seite [...]), sei angemerkt, dass zum einen von den betrachteten Diagnosen auch die D-Diagnosen umfasst sind, die überwiegend keine speziellen Strukturen für die Behandlung benötigen, und zum anderen dieser Umstand auch durch das Kodierverhalten erklärbar ist, da bei Folgeerscheinungen von Tumorerkrankungen, wie z.B. Ascites (krankhaft übermäßige Flüssigkeitsansammlung in der freien Bauchhöhle), immer die Tumorerkrankung als Hauptdiagnose codiert wird. Eine Ascitespunktion, die häufig eine palliative Maßnahme darstellt, kann in jeder Krankenanstalt erbracht werden.

3.4 Medizinische Einzelleistungen (MEL) in Fondskrankenanstalten

Eingangs ist wiederum festzustellen, dass eine vergleichende Analyse ambulanter Leistungsdaten nicht möglich war, da weder im extramuralen noch im ambulanten intramuralen Bereich eine Diagnoseerfassung nach ICD-10 erfolgte. Zudem wurde die Erfassung ambulanter intramuraler Leistungen bislang nach keinem einheitlichen Leistungskatalog durchgeführt, und die Leistungsdaten waren auf Grund uneinheitlicher Dokumentation noch nicht ausreichend valide.

Der LRH empfiehlt den Verantwortungsträgern (Landes-Zielsteuerungskommission, Gesundheitsfonds, Krankenanstaltenträger, Ärztekammer), auch im extramuralen und ambulanten intramuralen Bereich eine einheitliche Leistungsdatenerfassung in die Wege zu leiten.

In nachfolgender Tabelle werden die dokumentierten MEL für stationäre Fälle in steirischen Fondskrankenanstalten mit onkologischer Hauptdiagnose (C00-D48 nach ICD-10) für den Zeitraum 2014 bis 2016 betrachtet. Darin sind sämtliche diagnostische und therapeutische Leistungen enthalten.

Fondskrankenanstalten Steiermark	RFZ	2014	2015	2016
LKH-Univ. Klinikum Graz	ONKZ	43.432	43.791	51.715
LKH Hochsteiermark	ONKS	15.917	15.306	15.579
KH d. Barmherzigen Brüder Graz	ONKA	6.468	7.361	7.267
LKH Feldbach-Fürstenfeld	ONKA	7.200	7.405	6.465
KAV Judenburg-Knittelfeld		3.061	3.388	3.147
LKH Graz Süd-West	ONKA	3.083	3.564	2.965
KH d. Elisabethinen Graz	ONKA	1.941	2.298	2.328
KAV Rottenmann-Aussee		1.433	1.427	1.298
LKH Hörgas-Enzenbach		911	782	835
LKH Hartberg		810	991	810
LKH Deutschlandsberg		741	661	625
LKH Wagna		706	907	531
GGZ - Albert-Schweitzer-Klinik Graz		86	297	519
LKH Weiz		563	492	501
Marienkrankenhaus Vorau		233	377	366
LKH Voitsberg		404	454	342
Klinik Diakonissen Schladming		245	335	285
LKH Bad Radkersburg		213	301	245
LKH Mürzzuschlag-Mariazell		285	267	222
NTZ Kapfenberg		35	45	45
LKH Stolzalpe		17	22	9
Gesamt		87.784	90.471	96.099

Quelle: Gesundheitsfonds, MEL 2014 bis 2016 je Krankenhaus; aufbereitet durch den LRH

Der LRH stellt fest, dass im Zeitraum 2014 bis 2016 insgesamt 274.354 MEL an stationären onkologischen Patienten in einer steirischen Fondskrankenanstalt erbracht wurden. Der Leistungszuwachs von 2014 auf 2016 betrug 8.315 MEL, das sind rund 9,5 %.

Die Analyse zeigt, dass im betrachteten Zeitraum die meisten MEL am LKH-Univ. Klinikum Graz (durchschnittlich rund 50,6 %), am LKH Hochsteiermark (durchschnittlich rund 17,1 %), im KH der Barmherzigen Brüder sowie im LKH Feldbach-Fürstenfeld (beide durchschnittlich rund 7,7 %) erbracht wurden. Die in der Tabelle gesondert gekennzeichneten RFZ erbringen insgesamt rund 89 % der MEL.

Die größten Zuwächse waren am LKH-Univ. Klinikum Graz (8.283 MEL bzw. rund 19,1 %), am KH der Barmherzigen Brüder (799 MEL bzw. rund 12,4 %) und am KH der Elisabethinen (387 MEL bzw. rund 19,9 %) zu verzeichnen. Einen nennenswerten Rückgang hingegen gab es im LKH Feldbach-Fürstenfeld (735 MEL bzw. rund 10,2 %).

Der LRH stellt fest, dass im Zeitraum 2014 bis 2016 rund 89 % der stationär angefallenen onkologischen Leistungen in den im ÖSG bzw. im RSG vorgesehen RFZ (ONKZ, ONKS und ONKA) erbracht wurden.

Im betrachteten Zeitraum 2014 bis 2016 wurden für die mit einer Neubildung als Hauptdiagnose in eine steirische Fondsrankenanstalt aufgenommenen Patienten 1.074 verschiedene MEL-Codes dokumentiert.

Folgende Tabelle zeigt die durchschnittlich erbrachten MEL je HDG von 2014 bis 2016, deren Entwicklung im Prüfzeitraum und die auf Diagnostik und die wichtigsten Therapieformen entfallenden Anteile.

HDG	2014 - 2016	Trend	Diagnostik		Therapie		
			bildgebend	Endoskopie	Chemo	Strahlen	OP
C00-C14	3.411	+ 13,0 %	14,8 %	7,3 %	17,6 %	36,8 %	7,1 %
C15-C26	17.578	+ 4,2 %	34,6 %	10,0 %	17,3 %	9,5 %	9,0 %
C30-C39	7.796	+ 22,9 %	29,0 %	10,0 %	20,0 %	12,5 %	4,8 %
C40-C41	855	+ 34,6 %	12,6 %	2,6 %	32,8 %	11,3 %	5,6 %
C43-C44	4.864	+ 18,5 %	6,9 %	0,4 %	4,3 %	2,5 %	70,3 %
C45-C49	1.342	- 18,2 %	25,5 %	2,3 %	24,9 %	8,2 %	14,6 %
C50	4.727	+ 10,8 %	29,1 %	0,9 %	11,3 %	3,3 %	20,7 %
C51-C58	3.757	- 0,3 %	27,6 %	1,6 %	19,3 %	11,8 %	12,8 %
C60-C63	1.963	+ 7,8 %	27,3 %	1,5 %	14,9 %	5,6 %	23,6 %
C64-C68	2.247	+ 32,2 %	26,0 %	2,4 %	11,3 %	15,4 %	21,7 %
C69-C72	1.787	- 12,5 %	25,1 %	0,6 %	18,1 %	17,4 %	14,4 %
C73-C75	480	- 1,4 %	17,5 %	3,8 %	13,7 %	6,8 %	22,6 %
C76-C80	6.864	+ 45,0 %	31,2 %	3,8 %	5,8 %	31,6 %	7,4 %
C81-C96	15.741	+ 1,4 %	16,6 %	1,2 %	65,7 %	3,1 %	0,0 %
C97	17	---	10,0 %	52,0 %	0,0 %	0,0 %	24,0 %
D00-D09	1.208	- 3,1 %	10,1 %	1,0 %	0,1 %	0,4 %	62,1 %
D10-D36	6.914	+ 11,8 %	17,5 %	12,1 %	0,3 %	1,2 %	45,4 %
D37-D48	9.900	+ 0,5 %	36,8 %	10,0 %	10,9 %	0,5 %	14,3 %
C00-D48	91.451	+ 9,5 %	27,4 %	6,0 %	22,0 %	9,3 %	20,5 %

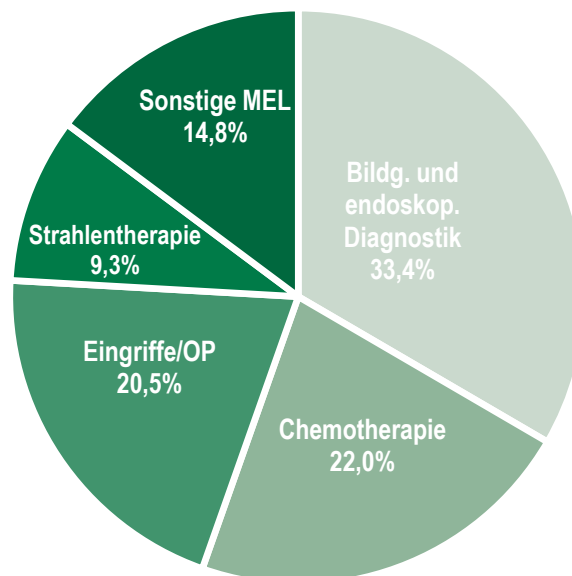
Quelle: Gesundheitsfonds, MEL 2014 bis 2016 je HDG; aufbereitet durch den LRH

Aus der Analyse der Tabelle ergeben sich folgende Feststellungen für die Fondskrankenanstalten in der Steiermark insgesamt:

- Die meisten MEL werden für bösartige Neubildungen der Verdauungsorgane (C15-C26, durchschnittlich 17.578 p. a.), für bösartige Neubildungen des lymphatischen, blutbildenden und verwandten Gewebes, als primär festgestellt oder vermutet (C81-C96, durchschnittlich 15.741 p. a.), und für Neubildungen unsicheren oder unbekannten Verhaltens (D37-D48, durchschnittlich 9.900 p. a.) erbracht.
- Starke Zuwächse sind bei bösartigen Neubildungen ungenau bezeichneter, sekundärer und nicht näher bezeichneter Lokalisationen (C76-C80; + 45,0 %), bei bösartigen Neubildungen des Knochens und des Gelenkknorpels (C40-C41; + 34,6 %) und bei bösartigen Neubildungen der Harnorgane (C64-C68; + 32,2 %) zu verzeichnen.
- Rund 33,4 % der MEL sind diagnostische Leistungen, wobei es sich hierbei hauptsächlich um Leistungen der bildgebenden Diagnostik (CT- und MR-Leistungen) handelt.
- Chemotherapien sind in sieben der 18 HDG im Bereich der Neubildungen die Therapieform der ersten Wahl. Große Anteile chemotherapeutischer MEL gibt es bei bösartigen Neubildungen des lymphatischen, blutbildenden und verwandten Gewebes, als primär festgestellt oder vermutet (C81-C96; rund 65,7 %), bei bösartigen Neubildungen des Knochens und des Gelenkknorpels (C40-C41; rund 32,8 %) und bei bösartigen Neubildungen des mesothelialen Gewebes und des Weichteilgewebes (C45-C49; rund 24,9 %).
- Strahlentherapien stellen bei zwei HDG die wichtigste Therapieform dar: bösartige Neubildungen der Lippe, der Mundhöhle und des Pharynx (C00-C14; 36,8 %) und bösartige Neubildungen ungenau bezeichneter, sekundärer und nicht näher bezeichneter Lokalisationen (C76-C80; 31,6 %).
- Operative Eingriffe sind die Therapieform der ersten Wahl in neun der 18 HDG. Dies ist insbesondere bei Melanomen und sonstigen Neubildungen der Haut (C43-C44; rund 70,3 %), bei In-situ-Neubildungen (D00-D09; rund 62,1 %) und bei gutartigen Neubildungen (D10-D36; rund 45,4 %) der Fall.
- Ein Blick über alle HDG gemeinsam bestätigt die zunehmende Anzahl an erbrachten MEL mit 9,5 %.

Insgesamt verteilen sich Diagnostik und verschiedene therapeutische Verfahren wie folgt:

MEL nach Diagnostik u. Therapieformen Ø 2014 bis 2016



Quelle: Gesundheitsfonds, MEL 2014 bis 2016; aufbereitet durch den LRH

Bei den therapeutischen Verfahren stellt die Chemotherapie mit 22 % den größten Anteil dar. Es folgen Eingriffe/OP mit 20,5 % und die strahlentherapeutischen Leistungen mit 9,3 %. In der Kategorie „Sonstige MEL“ mit 14,8 % sind vorwiegend komplementäre Leistungen, wie z. B. Physiotherapien, enthalten.

Stellungnahme des Landesrates Mag. Christopher Drexler:

Die Feststellung des LRH auf Seite [...] in Bezug auf die ambulante Leistungsdokumentation, wonach diese bislang nach keinem einheitlichen Leistungskatalog durchgeführt wird, ist insofern zu ergänzen, als dass mit 01.01.2014 aufgrund von Bundesvorgaben die ambulante Leistungsdokumentation nach KAL (Katalog ambulanter Leistungen) verpflichtend eingeführt wurde. Der GFSTMK wird sich bemühen, auf Bundesebene einen entsprechenden Dokumentationsstandard einzufordern und auf Landesebene im Rahmen der Möglichkeiten die Datenqualität zu verbessern.

Zur Aussage auf Seite [...], dass im Zeitraum 2014 bis 2016 rund 89 % der stationär angefallenen onkologischen Leistungen in den im ÖSG 2017 bzw. RSG-St 2025 vorgesehenen RFZ (Stufe 1: ONKZ – Onkologisches Zentrum; Stufe 2: ONKS – Onkologische/r Schwerpunkt/e, Stufe 3: ONKA – assoziierte onkologische Versorgungseinrichtung) erbracht wurden, ist auszuführen, dass – wie in der Tabelle auf Seite [...] dargestellt – von den rund 91.500 Leistungen ca. 9 % (8.122) auf Diagnosen der Gruppe D00-D36 „gutartige Tumore“ entfallen.

Weiters umfasst ein hoher Anteil des therapeutischen Vorgehens operative Leistungen. Diese werden im Rahmen von stationären Aufenthalten erbracht und dies kann auch außerhalb eines RFZ erfolgen. Chemotherapien und insbesondere Strahlentherapien, wie anderswo in dem Bericht erläutert, werden aber sehr häufig ambulant in den RFZ durchgeführt und unterliegen somit nicht einer Diagnoseerfassung nach ICD 10.

3.5 Zusammenfassung

Rund 85 % der stationären Patienten mit einer onkologischen Hauptdiagnose (C00-D48) wurden im betrachteten Zeitraum in einem RFZ (ONKZ, ONKS oder ONKA) behandelt; nach der Umsetzung der geplanten Strukturveränderungen laut Steirischem Gesundheitsplan 2035 in Verbindung mit dem RSG-St 2025 wird dieser Anteil noch höher sein.

Onkologische Leistungen im engeren Sinne, v. a. Chemotherapien und operative Eingriffe, wurden im Zeitraum 2014 bis 2016 auch außerhalb der RFZ erbracht. Der Anteil der MEL an stationären Patienten mit einer onkologischen Hauptdiagnose (C00-D48) beträgt 11 %.

Abweichende stationäre Aufnahmen außerhalb von RFZ für basisdiagnostische und -therapeutische Leistungen sind möglich, sofern die Abstimmung mit einem RFZ sichergestellt ist.

Zur extramuralen und ambulanten intramuralen Versorgung kann mangels einheitlicher Datenerfassung über Diagnosen und Leistungen keine Aussage getätigt werden.

Insgesamt kommt der LRH zum Schluss, dass die (stationären) Patientenströme im Wesentlichen dem vorgesehenen Versorgungskonzept des ÖSG bzw. des RSG-St entsprechen.

4. ÜBERGREIFENDE ASPEKTE DER ONKOLOGISCHEN VERSORGUNG

4.1 Aufbereitung intravenöser Arzneimittel-Applikationen

Zytostatika (siehe Glossar) werden auf Grund ihrer Toxizität in eigenen Werkbänken aufbereitet und zeitnah in Form einer intravenösen Arzneimittel-Applikation an den Patienten verabreicht. Die Zytostatika-Aufbereitungsstellen unterliegen der fachlichen Aufsicht einer Anstaltsapothek.

In den steirischen Fondskrankenanstalten werden Zytostatika an folgenden vier Standorten aufbereitet:

- LKH-Univ. Klinikum Graz
- LKH Hochsteiermark, Standort Leoben
- LKH Graz Süd-West, Standort West
- LKH Feldbach-Fürstenfeld, Standort Fürstenfeld

Die ersten drei Standorte verfügen jeweils über eine eigene Anstaltsapothek; über den Standort Fürstenfeld (ohne eigene Anstaltsapothek) erfolgt die fachliche Aufsicht durch die Anstaltsapothek im LKH Graz Süd-West, Standort West.

Die Anzahl der Aufbereitungen für Behandlungen pro Jahr hat sich im Zeitraum 2014 bis 2016 wie folgt entwickelt:

	2014	2015	2016
LKH-Univ. Klinikum Graz	47.526	49.820	54.832
<i>davon onkologisch</i>	38.039	38.809	41.608
<i>davon nicht-onkologisch*</i>	9.487	11.011	13.224
LKH Hochsteiermark, Standort Leoben	19.776	18.494	18.562
<i>davon onkologisch</i>	14.523	13.906	14.359
<i>davon nicht-onkologisch*</i>	5.253	4.588	4.203
LKH Graz Süd-West, Standort West	3.440	4.100	4.229
LKH Feldbach-Fürstenfeld, Standort Fürstenfeld	8.729	9.076	11.188
Gesamt	79.471	81.490	88.811

Quelle: KAGes, Zytostatika-Aufbereitungen 2014 bis 2016; aufbereitet durch den LRH

*Anmerkung: Nicht-onkologische Zytostatika-Aufbereitungen sind v. a. die Herstellung von speziellen Injektionen für die Augenheilkunde, von Studienpräparaten, von Infusionen mit monoklonalen Antikörpern für nicht-onkologische Therapien und Portionierungen von Antibiotika und Antimykotika für die Kinderheilkunde.

Im Zeitraum 2014 bis 2016 wurden durchschnittlich rund 83.257 Zytostatika-Aufbereitungen pro Jahr durchgeführt, rund 60,9 % entfielen dabei auf das LKH-Univ. Klinikum Graz. Die Anzahl der Aufbereitungen pro Jahr zeigt eine steigende Tendenz, von 2014 auf 2016 betrug der Zuwachs insgesamt rund 11,8 %. Die Steigerungsraten der einzelnen Standorte sind unterschiedlich stark, am Standort Leoben sogar negativ.

Die Zytostatika-Aufbereitung der Anstaltsapotheke des LKH-Univ. Klinikums Graz versorgt ausschließlich das LKH-Univ. Klinikum Graz selbst; es werden weder applikationsfertige Therapien angekauft noch gibt es Kooperationsvereinbarungen über die Belieferung von anderen KAGes-Krankenanstellen oder von Ordensspitälern.

Die Anstaltsapotheke des LKH Hochsteiermark versorgt die gesamte Region Nord: LKH Hochsteiermark, Standort Leoben; LKH Judenburg-Knittelfeld, Standort Knittelfeld; KAV Rottenmann-Bad Aussee und LKH Mürzzuschlag-Mariazell. Es werden weder Zytostatika-Aufbereitungen angekauft noch werden andere als die genannten Krankenanstellen beliefert.

Das LKH Feldbach-Fürstenfeld deckt mit der anstaltseigenen Zytostatika-Aufbereitung seinen Bedarf selbst ab.

Die Anstaltsapotheke des LKH Graz Süd-West versorgt das LKH Graz Süd-West, Standort West, selbst; mit dem LKH Hörgas-Enzenbach, dem KH der Barmherzigen Brüder und der Privatklinik der Kreuzschwestern wurden Kooperationsverträge über die Belieferung mit Zytostatika-Aufbereitungen abgeschlossen. Die verbleibenden KAGes-Krankenanstellen in der Region Süd-Ost (LKH Hartberg, LKH Weiz, LKH Bad Radkersburg, LKH Wagna) und in der Region Süd-West (LKH Voitsberg, LKH Deutschlandsberg) werden bei Bedarf mitversorgt. Applikationsfertige onkologische Therapien werden nicht extern angekauft.

Die Zytostatika-Aufbereitungsstellen unterscheiden sich im Zeitraum 2014 bis 2016 hinsichtlich Betriebszeiten, Personal und Anzahl der Werkbänke:

Standorte	Betriebszeiten	Personal je Werkbank	Anzahl der Werkbänke	Zubereitungen je Werkbank
LKH-Univ. Klinikum Graz	Mo – Fr 7:30 bis 15:30	3	5	10.145
LKH Hochsteiermark, Standort Leoben	Mo – Fr 7:30 bis 15:30	3	2	9.472
LKH Graz Süd-West, Standort West	Mo – Fr 7:00 bis 12:00	2	1	3.923
LKH Feldbach-Fürstenfeld, Standort Fürstenfeld	Mo – Fr 7:00 bis 15:00	2	2	4.832

Quelle: KAGes; aufbereitet durch den LRH

Betriebszeiten, Personal und Zubereitungen je Werkbank weichen zum Teil stark voneinander ab.

Der LRH stellt fest, dass von der KAGes mit dem „Notfallszenario Ausfall ZZZ Steiermark“ Zuständigkeiten (inklusive Ausfallskonzept) schriftlich definiert sind.

Weiters ist festzuhalten, dass derzeit die Versorgung mit Zytostatika-Applikationen für die steirischen Fondskrankenanstalten durch die vier o. a. Stellen grundsätzlich gesichert ist.

Nach Ansicht des LRH ist von einem steigenden Bedarf auszugehen (vgl. Kapitel 3 „Empirischer Überblick“).

Dazu führt der KAGes-Vorstand aus, dass beabsichtigt wird, die Zytostatika-Aufbereitung künftig am LKH-Univ. Klinikum Graz aus folgenden Gründen zu zentralisieren:

- Optimierung des Personaleinsatzes
- Qualitätssicherung
- Risikominimierung

4.2 Psychoonkologische Versorgung

Unter Psychoonkologie ist die psychologische Versorgung onkologischer Patienten zu verstehen. Eine solche ist gemäß ÖSG 2017 bzw. gemäß § 44 StKAG in RFZ ausreichend vorzusehen.

Mit einer psychoonkologischen Versorgung wird den spezifischen Qualitätskriterien für onkologische Einrichtungen im ÖSG 2017 prinzipiell entsprochen, auch wenn hieraus keine näheren Angaben über die erforderliche personelle Bedeckung entnommen werden können.

Im Zuge der Erhebungen zu dieser Prüfung wurde die psychoonkologische Versorgung am LKH-Univ. Klinikum Graz exemplarisch thematisiert: Am ONKZ LKH-Univ. Klinikum Graz wird die psychologische Versorgung vom klinisch-psychologischen Dienst wahrgenommen, der 2012 als eigenständige Organisationseinheit (OE) eingerichtet und der Ärztlichen Direktion zugeordnet wurde. Er setzt sich derzeit aus rund 25 bis 30 Psychologen zusammen. Diese sind in einem Pool organisiert.

Den onkologischen Versorgungseinheiten ist jeweils eine konkrete Anzahl an speziell geschulten Psychologen zugeteilt. Darüber hinaus werden Psychologen je nach Bedarf innerhalb des gesamten LKH-Univ. Klinikums eingesetzt.

Am LKH-Univ. Klinikum Graz wird das sogenannte „biopsychosoziale Modell“ gelebt, wonach sich jeder Mitarbeiter der psychologischen Betreuung der Patienten anzunehmen hat.

Dem LRH wurde in den Gesprächen mit den geprüften medizinischen OE am LKH-Univ. Klinikum Graz vermittelt, dass insbesondere in der Vergangenheit Engpässe im Rahmen der psychoonkologischen Versorgung (v. a. Vertretungen bei Abwesenheiten) bestanden hätten. Mittlerweile wurden innerhalb des psychoonkologischen Teams die Vertretungen neu geregelt, sodass dieser Mangel nicht mehr bestehen sollte.

Der LRH empfiehlt dennoch, den Bedarf an einschlägig geschultem psychoonkologischen Personal am LKH-Univ. Klinikum Graz zu evaluieren.

Stellungnahme des Landesrates Mag. Christopher Drexler:

Der Empfehlung, den Bedarf an einschlägig geschultem psychoonkologischen Personal am LKH-Univ. Klinikum Graz zu evaluieren, wird seitens der KAGes nachgekommen.

4.3 Tumorboards

Tumorboards sind Gremien zur interdisziplinären Beratung und gemeinsamen Empfehlung von Diagnostik und Therapien zur Behandlung von bösartigen Neubildungen.

Eingangs ist festzuhalten, dass es für Tumorboards keine gesetzliche Regelung gibt. Die einzige aktuelle Grundlage hierzu findet sich im ÖSG 2017. Dieser soll in naher Zukunft, wie bereits im Kapitel 2 „Rechtliche Grundlagen sowie Kompetenzen auf Landes- und Trägerebene“ festgehalten, mittels Verordnung der „Gesundheitsplanungs GmbH“ für verbindlich erklärt werden.

Der ÖSG 2017 sieht vor, dass interdisziplinäre Tumorboards verpflichtend in ONKZ und ONKS einzurichten sind; für ONKA schreibt der ÖSG das Einbringen der Patienten in ein Tumorboard eines ONKZ oder eines OKNS vor, respektive eine Kooperation mit einem ONKZ oder ONKS bei Einrichtung eines eigenen Tumorboards.

Der LRH stellt fest, dass zum Zeitpunkt der Prüfung dieser Verpflichtung des ÖSG entsprochen wurde. In den steirischen RFZ waren Tumorboards eingerichtet bzw. waren diese in solchen vertreten.

Bei der Einrichtung von interdisziplinären Tumorboards sind laut ÖSG 2017 folgende Punkte zu beachten:

- Das Tumorboard soll sich aus Fachärzten folgender Fachrichtungen zusammensetzen: Innere Medizin, Hämato-Onkologie bzw. Kinder- und Jugendheilkunde mit Additivfach pädiatrische Hämatologie und Onkologie, jeweils zuständiges Sonderfach (z. B. Gynäkologie, Urologie), Radiologie, Strahlentherapie-Radioonkologie und Pathologie. Die beteiligten Fachrichtungen im Tumorboard sind gleichberechtigt. Die Teilnahme eines Arztes/Facharztes mit Qualifikation in Palliativmedizin ist anzustreben.
- Diese Fachärzte haben eine ausreichende onkologische Expertise aufzuweisen.
- Die organisatorische Umsetzung des Tumorboards ist an die jeweiligen lokalen und regionalen Gegebenheiten anzupassen (z. B. Konferenzen vor Ort, Videokonferenzen, Telefonkonferenzen).
- Das Tumorboard benötigt eine eigene Geschäftsordnung, die gemäß der Rahmengeschäftsordnung des Onkologie-Beirates beim damaligen Bundesministerium für Gesundheit (BMG) zu erstellen ist.
- Der ÖSG ermöglicht, dass es in ONKZ bzw. ONKS auch mehrere entitätsspezifische Tumorboards geben kann.

In einem Tumorboard ist jeder Patient bei Erstauftreten einer malignen Neuerkrankung zu registrieren, welche gemäß Krebsstatistikgesetz meldepflichtig ist. Die Registrierung und erforderlichenfalls Besprechung im Tumorboard sollte unmittelbar nach Diagnoseerstellung und vor Therapiebeginn erfolgen, um sämtliche Therapieoptionen zu erwägen. Wenn im weiteren Krankheitsverlauf mehrere Therapieoptionen (z. B. medikamentös, chirurgisch, strahlentherapeutisch-radioonkologisch) bestehen, sind verpflichtend interdisziplinäre Fallbesprechungen zwischen den Fachbereichen abzuhalten bzw. ist der Patient neuerlich im Tumorboard zu besprechen.

Das damalige BMG hat im Dezember 2015 eine Rahmengeschäftsordnung für Tumorboards herausgegeben.

Der LRH stellt dazu fest, dass die Bindungswirkung der „Rahmengeschäftsordnung für Tumorboards“ des BMG nur eingeschränkt ist, da

- **der ÖSG 2017 noch keinen Verordnungscharakter hat und**
- **kein Sanktionsmechanismus vorliegt.**

Der Gesundheitsfonds gibt an, dass in der KAGes mehrere Projekte zur Etablierung von Tumorboards, die den Strukturqualitätskriterien des ÖSG entsprechen, durchgeführt wurden. Auch andere steirische Fondskrankenanstalten haben zum Teil eigene Tumorboards eingerichtet bzw. beteiligen sich an KAGes-Tumorboards.

Derzeit sind innerhalb der steirischen Fondskrankenanstalten (ohne LKH-Univ. Klinikum Graz) folgende Tumorboards eingerichtet:

- Tumorboard Versorgungsraum Steiermark Nord (für alle Standorte der Region Nord-Ost und der Region Nord-West)
- Tumorboard/Mammaboard Versorgungsraum Fürstenfeld-Feldbach-Hartberg-Weiz
- Tumorboard Versorgungsregion Steiermark Südwest (für die Standorte Wagna, Deutschlandsberg, Hörgas-Enzenbach)
- LKH Graz Süd-West, Standort West
- KH der Elisabethinen
- KH der Barmherzigen Brüder

Diese werden vom CCC Graz (siehe gleichlautendes Kapitel 4.4) mitbetreut. Am LKH-Univ. Klinikum Graz gibt es darüber hinaus folgende entitätsbezogene Tumorboards:

- Brustzentrum Graz
- Allgemein-Viszeral-Chirurgie
- Dermatoonkologie
- Frauenklinik
- Kopf-Hals-Tumore
- HCC (Hepatozelluläres Karzinom)
- ZNS-Tumore (Tumore des zentralen Nervensystems)
- Knochen- und Weichteiltumore
- Urologische Neoplasien
- Thorakale Neoplasien

Dem LRH wurden auf Anfrage nur Geschäftsordnungen für folgende Tumorboards vorgelegt:

- Tumorboard Versorgungsraum Steiermark Nord
- Tumorboard/Mammaboard Versorgungsraum Fürstenfeld-Feldbach-Hartberg-Weiz
- Tumorboard Versorgungsregion Steiermark Südwest

Für den Wirkungsbereich der KAGes werden die Zusammensetzung und die Arbeitsweise in den Tumorboards durch die RL 1017.6696 „Organisatorische Leitlinie für Tumorboards in der Steiermärkischen Krankenanstaltenges.m.b.H. 2.0“ geregelt. Diese wurde zuletzt am 18. Dezember 2014 aktualisiert.

Mit dieser RL werden die Vorgaben des ÖSG 2017 bzw. der „Rahmengeschäftsordnung für Tumorboards“, herausgegeben vom zuständigen Bundesministerium, weitgehend erfüllt. Eine Verpflichtung zur Erstellung einer Geschäftsordnung fehlt.

Der LRH empfiehlt der KAGes, die RL 1017.6696 im Hinblick auf die vom BMG herausgegebene „Rahmengeschäftsordnung für Tumorboards“ vom Dezember 2015 und auf den neuen ÖSG 2017 zu evaluieren.

Dem Gesundheitsfonds wird in Abstimmung mit der KAGes empfohlen, eine Muster-Geschäftsordnung für die steirischen Fondskrankenanstalten zu erstellen, sodass steiermarkweit eine Standardisierung erreicht werden kann.

In weiterer Folge sind von den steirischen Fondskrankenanstalten deren Geschäftsordnungen für die Tumorboards zu evaluieren; diese wurden z. T. auch schon seit längerem nicht mehr aktualisiert. Für jene Tumorboards, für die es bislang keine Geschäftsordnungen gibt, ist auf Basis der o. a. RL und/oder der o. a. Rahmen- bzw. Mustergeschäftsordnung eine entsprechende Geschäftsordnung zu erstellen.

Über die Betreuungsfunktion des CCC Graz für das KH der Elisabethinen und das KH der Barmherzigen Brüder in Graz sind die neuen auf ÖSG 2017 und Rahmengeschäftsordnung basierenden Standards für Tumorboards auch auf diese beiden Ordensspitäler zu übertragen.

Stellungnahme des Landesrates Mag. Christopher Drexler:

Die Empfehlung, die KAGes-interne Richtlinie im Hinblick auf die vom Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (BMASGK) herausgegebene „Rahmengeschäftsordnung für Tumorboards“ zu evaluieren, wird seitens der KAGes aufgegriffen.

Bezugnehmend auf die Empfehlung des LRH, die Tumorboards des Krankenhauses der Elisabethinen und des Krankenhauses der Barmherzigen Brüder in Graz in die Tumorboardrichtlinien des CCC einzubeziehen wird festgehalten, dass derzeit beide Tumorboards weitgehend nach der Rahmengeschäftsordnung für Tumorboards durchgeführt werden. Abweichend von dieser Geschäftsordnung sind in beide Tumorboards keine Radioonkologen einbezogen und die Anmeldung sowie Dokumentation der Tumorboards erfolgt nicht über die Dokumentations- und Informationsplattform der KAGes. Beide Krankenhäuser verwenden andere Krankenhausinformationssysteme und ist dies bei einer möglichen zukünftigen Neuregelung der Tumorboardgeschäftsordnung zu berücksichtigen.

Die Empfehlung des LRH auf Seite [...], eine Mustergeschäftsordnung für Tumorboards für alle steirischen Fondskrankenanstalten auszuarbeiten, greift der GFSTMK gerne auf. Er wird dieser Empfehlung im Wege der Qualitätssicherungskommission Steiermark nachkommen.

4.4 Comprehensive Cancer Center (Krebszentrum) Graz

Das Comprehensive Cancer Center (Krebszentrum) Graz (CCC Graz) ist eine im Jahr 2013 eingeführte interdisziplinäre Plattform bzw. ein virtueller Zusammenschluss aller betroffenen Einrichtungen des LKH-Univ. Klinikums Graz und der Medizinischen Universität Graz (MUG). Gemäß ÖSG 2010 sind „...*allfällige CCC nur an universitären Standorten vorzusehen.*“ Dieser Hinweis findet sich im ÖSG 2017 nicht mehr.

Der Empfehlung des Wissenschaftsrates der MUG folgend sollten

„...an jeder Universität alle an der Behandlung von Tumorkranken beteiligten Fachdisziplinen strukturell und funktionell eng vernetzt und interdisziplinäre Behandlungspfade für jede Tumorentität etabliert werden. Als übergeordnete Struktur bietet sich hier z. B. ein Comprehensive Cancer Center an.“

Der Betrieb des CCC Graz ist in einer Geschäftsordnung geregelt; diese wurde in der aktuellen Version vorgelegt. Die Organe sind der Vorstand, die Geschäftsstelle, der Lenkungsausschuss, die Koordinationsboards „Patientenversorgung/Regionale Vernetzung – affilierte Partner“ sowie „Krebsforschung, Lehre, Aus- und Fortbildung“, das Kollegium und das Advisory Board.

Aufgefallen ist, dass den Organen, Mitgliedern, Aufgaben sowie Sitzungsabläufen relativ viel Raum gegeben wird, während die Ziele dieses Zusammenschlusses allgemein formuliert sind:

- Verbesserung der Behandlung und Betreuung von Krebspatienten durch Intensivierung der interdisziplinären Zusammenarbeit aller in die Diagnostik und Behandlung involvierten Einrichtungen am LKH-Univ. Klinikum Graz mit dem Ziel onkologischer Versorgung auf höchstem internationalen Niveau respektive auf Basis von evidence-based-medicine-Kriterien
- Kooperation durch Vernetzung der Einrichtungen des CCC mit anderen onkologischen Leistungserbringern in der Steiermark und überregional
- Qualitätssicherung der onkologischen Versorgung
- Ausbau und Förderung der Forschung
- Optimierung des Ressourceneinsatzes
- Lehre sowie Aus- und Fortbildung
- Öffentlichkeitsarbeit

Diese allgemeine Formulierung wurde, so der Leiter der Geschäftsstelle, bewusst gewählt, um eine offene Bearbeitung des breiten Aufgabenspektrums zu ermöglichen. Das Regelwerk über die Organe und deren Sitzungen war aufgrund der Interdisziplinarität erforderlich und hat sich als praktikabel erwiesen (jeweils vier Sitzungen des Vorstandes und des Koordinationsboards pro Jahr, Tagung des Advisory Boards erstmals 2017).

Die Geschäftsstelle des CCC Graz ist in der Stabsstelle Qualitätsmanagement & Risikomanagement (QM-RM) des LKH-Univ. Klinikums Graz angesiedelt. Von der MUG und der KAGes werden jeweils ein Mitarbeiter zur Verfügung gestellt, für die Sachkosten in Höhe von € 100.000,-- pro Jahr kommen beide Rechtsträger zu gleichen Teilen auf. Die Aufgaben der Geschäftsstelle sind vor allem die Unterstützung der Koordinationsboards, Task Forces und des Advisory Boards, die Erarbeitung von Leitlinien/SOP in Abstimmung mit Experten, das einheitliche Berichtswesen sowie die Koordination der Tumorboards.

Im vorgelegten Bericht 2013/2014 sind neben zahlreichen Informationen über das CCC Graz ergänzende Materialien wie z. B. die Geschäftsordnung, die Anforderungen an CCC-Subzentren und eine Reihe von klinischen Prozessen und Berichten enthalten.

Die eigentliche Bearbeitung der Themen/Ziele des CCC Graz erfolgt in den Koordinationsboards in Form der temporär, je Aufgabe eingerichteten **Task-Forces**. Diese Task-Forces bearbeiten die jeweils aktuellen Projekte im Auftrag des Vorstandes und werden nach Erledigung wieder aufgelöst.

Die Mitglieder werden aus den tangierten OE entsandt. Derzeit sind folgende Task-Forces tätig:

- Task Force „CCC-Subzentrum Thorakale Neoplasien“
- Task Force „CCC-Subzentrum Gastrointestinale Neoplasien“
- Task Force „CCC-Subzentrum Haut“
- Task Force „CCC-Subzentrum Kopf-Hals-Tumore/Neuroonkologie“
- Task Force „Research“

Im Rahmen der Task-Forces werden u. a. auch die sogenannten **CCC-Subzentren** entwickelt. Unter einem CCC-Subzentrum ist eine virtuelle, funktionale Einrichtung zu verstehen, bei der die beteiligten Fachdisziplinen am jeweiligen Standort verbleiben. Hier arbeiten interdisziplinäre Teams mit hoher Expertise in den jeweiligen Tumorentitäten zusammen. CCC-Subzentren sind Teil des CCC Graz und vorab vom CCC-Vorstand zu genehmigen. Sie haben allgemeine und spezielle Bedingungen bzw. Mindestkriterien zu erfüllen und verfügen über eine vergleichbare Organisationsstruktur. Die aus einem CCC-Subzentrum erwachsenden administrativen Aufgaben sind von der jeweiligen verantwortlichen Univ. Klinik zu erbringen. Bisher wurden das „Brustzentrum Graz“ und das „CCC-Subzentrum Sarkome“ eingerichtet, ein weiteres CCC-Subzentrum zur Dermatoonkologie steht unmittelbar vor der Genehmigung durch den CCC-Vorstand.

Die Kernleistungen der CCC-Subzentren werden in SOP bzw. Leitlinien (für Diagnostik, Therapie und Nachsorge) beschrieben, die Behandlungs- und Patientenpfade werden in Prozessen dargestellt, die teilweise vom CCC Graz, teilweise von der KAGes (z. B. in Richtlinienform) erarbeitet wurden.

Abgeschlossen wurde bereits das CCC-Projekt „**Tumorboard-Anmeldung**“, in dem eine strukturierte openMEDOCS-Anmeldemaske für Patienten ins Tumorboard für das Brustzentrum erarbeitet wurde. Dadurch werden die Patienten nach einem einheitlichen Raster angemeldet und Schreib- und Lesefehler durch Texteingaben vermieden. Die verbesserte Datenqualität erleichtert die Falldiskussion sowie die Anwendbarkeit für Lehre und Forschung.

Geplant ist auch die Umsetzung der Tumorboard-Anmeldemasken für die übrigen Tumorentitäten und in weiterer Folge in den peripheren LKH. Die dazu erforderliche Programmierung in openMEDOCS steht noch aus.

Zu erwähnen ist auch das kurz vor der Vorstandsbewilligung stehende Projekt „**Standardisierte Tumordokumentation**“: Derzeit müssen für Tumorboards relevante Daten noch aus verschiedenen, nicht kommunizierenden Subsystemen in openMEDOCS nacherfasst werden. Künftig soll es einen standardisierten Basisdatensatz sowie einen erweiterten Datensatz je Patient geben, und alle relevanten Subsysteme sollen miteinander verbunden sein. Auch hier ist eine anschließende Programmierung in openMEDOCS erforderlich.

Nach einer vierjährigen Projektphase soll die „Standardisierte Tumordokumentation“ zunächst im LKH-Univ. Klinikum Graz erprobt werden, bevor andere LKH vom CCC Graz zur Teilnahme eingeladen werden.

Dazu führt die Geschäftsstelle des CCC Graz aus, dass es grundsätzlich Abstimmungen mit KAGES-Management und KAGES-Services⁶ (KMS) gibt, spezifische Projekte im onkologischen Bereich werden aber in erster Linie vom CCC Graz am und für das LKH-Univ. Klinikum Graz betrieben, zumal gewisse Krebserkrankungen nur hier behandelt werden können.

Zusammenfassend stellt der LRH fest, dass das CCC Graz als virtueller Zusammenschluss auf bestehende Strukturen des LKH-Univ. Klinikums Graz und der MUG aufgebaut wurde.

Im Sinne der onkologischen Versorgung werden hier verschiedene Fachrichtungen zusammengeführt und damit die interdisziplinäre Kommunikation und Kooperation unterstützt.

Mit der Standardisierung von Prozessen unter fächer- und strukturübergreifender Beteiligung der medizinischen Partner im CCC Graz wird ein indirekter, aber wesentlicher Beitrag zur besseren Behandlung onkologischer Patienten und in

⁶ In KAGES-Management und KAGES-Services sind die übergeordneten Holdingfunktionen der KAGES und ihrer Standorte konzentriert.

weiterer Folge für Lehre und Forschung geleistet. Beispielhaft seien hier die erarbeiteten Standards für die „Tumoranmeldung“ und das Projekt zur Entwicklung einer einheitlichen „Tumordokumentation“ erwähnt.

Durch die anschließende Implementierung in das Patienteninformationssystem openMEDOCS der KAGes können diese Standards unmittelbar in der Patientenversorgung genutzt werden und zur Qualitätssicherung beitragen.

Es wird daher empfohlen, die Zusammenarbeit zwischen dem CCC Graz und KMS zu verstärken, um die jeweiligen spezifischen Ressourcen bzw. Fachkenntnisse synergetisch zu nutzen. Dies ist auch unter dem Aspekt zu sehen, dass die Erarbeitung von qualitätssichernden Standards in der Patientenversorgung ohnehin im Verantwortungsbereich der KAGes liegt.

In Österreich sind CCC derzeit an den drei Universitätsstandorten Wien, Innsbruck und Graz eingerichtet.

Der LRH empfiehlt dem CCC Graz, eine übergeordnete Vernetzung und intensive Abstimmung der Projektergebnisse zur effizienten Lösung gleichartiger Problemstellungen mit den anderen CCC in Österreich anzustreben.

Stellungnahme des Landesrates Mag. Christopher Drexler:

Wie vom LRH sehr positiv bewertet, spielt das CCC Graz eine zentrale Rolle in der Kooperation und Organisation aller tumorbehandelnden Fachdisziplinen im LKH-Univ. Klinikum Graz.

Die Errichtung des CCC samt damit verbundenen Funktionsstrukturen (wie z. B. die eingerichteten Tumorboards, Patientenpfade, Therapiealgorithmen) ermöglichte die zunehmende Kooperation in der Patientenversorgung, in der Durchsetzung gemeinsamer Vorhaben und auch im Krebsforschungsbereich sowie eine gemeinsame Strategieplanung.

Um den virtuellen Zusammenschluss real umzusetzen, ist als nächster konkreter Entwicklungsschritt die Errichtung einer zentralen Zytostatika/Therapieverabreichungseinheit geplant. Die Verbesserung der interdisziplinären EDV-basierenden Dokumentationsmöglichkeiten und die Schaffung von weiteren CCC-Subzentren entsprechend der Tumorentitäten sind weitere Schritte, um die gewünschte weitere Vernetzung der medizinischen Partnerinnen bzw. Partner und Standardisierung zu ermöglichen.

4.5 Projekt „Wartezeiten-Monitoring“

§ 20 StKAG verpflichtet die Rechtsträger von öffentlichen und privaten gemeinnützigen Krankenanstalten unter dem Titel „Transparentes Wartelistenregime“, in den Abteilungen für die Sonderfächer Augenheilkunde und Optometrie, Orthopädie und Orthopädische Chirurgie sowie Neurochirurgie Wartelisten für solche elektive Operationen und invasive Diagnosemaßnahmen zu führen, bei denen die Wartezeit regelmäßig vier Wochen übersteigt.

In die Warteliste sind alle Personen aufzunehmen, mit denen ein voraussichtlicher Termin für den Eingriff vereinbart wird. Die Terminvergabe hat ausschließlich nach medizinischen Gesichtspunkten und nach betriebsorganisatorischen Aspekten zu erfolgen. Das Wartelistenregime ist in anonymisierter Form zu führen.

In der Warteliste müssen dokumentiert sein:

1. die Wartezeit der einzelnen Patienten, d. h. die Zeit, die zwischen der Aufnahme in die Warteliste und dem Eingriffstermin liegt;
2. die Anzahl der Personen auf der Warteliste, wobei die Anzahl der Sonderklasse-Patienten getrennt zu führen ist.

Von KMS wird seit 2015 unter dem Titel „Wartezeiten-Monitoring“ ein Projekt zur Entwicklung eines auf openMEDOCS basierenden Berichtstools im SAP-Businesswarehouse (SAP-BW) zur Ermittlung von prospektiven und retrospektiven Wartezeiten betrieben. Dieses Projekt befindet sich noch in der ersten Phase, in der zunächst die Umsetzung der gesetzlichen Verpflichtung nach § 20 StKAG sichergestellt werden soll.

Der LRH stellt fest, dass sich das „Transparente Wartelistenregime“ gemäß § 20 StKAG innerhalb der KAGes in Umsetzung befindet.

Dem LRH wurde der derzeitige Projektstand präsentiert. Das Berichtstool ist programmiert und befindet sich für Katarakt-, Hüft- und Knie-OP in der Testphase; die Wartedauer der einzelnen MEL ist ablesbar, eine Differenzierung nach Allgemeiner Klasse (AKL) und Sonderklasse (SKL) ist nicht ersichtlich. Die herauslesbaren Ergebnisse (Wartezeiten, Prognosen) bedürfen noch einer genaueren Plausibilisierung.

Die Darstellung ambulanter Leistungen ist noch nicht Gegenstand dieses Tools. Für die Katarakt-OP wird derzeit auch ein Online-Anmeldungstool mitentwickelt.

In weiteren Phasen soll letztlich ein Roll-Out auf alle Fächer bzw. Leistungen erfolgen. Ziel ist es, einen Wartezeitenbericht für alle MEL über die ganze KAGes bereitzustellen.

Der LRH stellt fest, dass es sich bei dem in Entwicklung befindlichen EDV-Tool um ein Berichts- und Prognosetool für den stationären Bereich handelt. Dieses Tool ist nicht geeignet, um ein Wartezeitenmanagement in Zusammenhang mit der Terminorganisation onkologischer Patienten zu betreiben. Siehe dazu auch Kapitel 5 „Onkologische Versorgung in ausgewählten medizinischen Organisationseinheiten“.

Empfohlen wird, eine Adaptierung des Tools „Wartezeiten-Monitoring“ an die Anforderungen eines Wartezeitenmanagements in Zusammenhang mit der Terminorganisation onkologischer Patienten zu prüfen. Sollte das nicht möglich sein, ist das Ziel eines professionellen Wartezeitenmanagements für den onkologischen Bereich gesondert zu verfolgen.

Darüber hinaus wird empfohlen, das Tool „Wartezeiten-Monitoring“ möglichst einfach zu gestalten, damit die gesetzliche (Mindest-)Vorgabe nach § 20 StKAG erfüllt werden kann. Die Kriterien der Sparsamkeit, Wirtschaftlichkeit und Zweckmäßigkeit sind einzuhalten.

5. ONKOLOGISCHE VERSORGUNG IN AUSGEWÄHLTEN MEDIZINISCHEN ORGANISATIONSEINHEITEN

Nach dem Überblick über die Versorgungsstruktur in den steirischen Fondskrankenanstalten und über den epidemiologischen Status quo der Steiermark wurden in weiterer Folge ausschließlich medizinische Organisationseinheiten (OE) des LKH-Univ. Klinikums Graz ausgewählt und einer näheren Überprüfung unterzogen, insbesondere da

- das LKH-Univ. Klinikum Graz als ONKZ das gesamte onkologische Behandlungsspektrum abzudecken hat und diesem
- komplexe Therapieverfahren und komplikationsreiche Systemtherapien bzw. Therapien bei Hochrisikopatienten vorbehalten sind,
- ONKS und ONKA eine Zusammenarbeit mit einem ONKZ sicherzustellen haben; das ONKZ fungiert sozusagen als Leiteinrichtung und da
- am LKH-Univ. Klinikum Graz mehr als 45 % aller onkologischen Fälle in der Steiermark versorgt werden.

Diese Auswahl resultiert aus den Ergebnissen der anfänglichen Erhebungen und basiert auf effizienz- und risikoorientierten Überlegungen.

Der LRH empfiehlt ergänzend eine Evaluation, inwiefern die Ergebnisse dieser Prüfung auch auf die anderen Leistungserbringer im Rahmen der onkologischen Versorgung in der Steiermark umgelegt werden können.

Stellungnahme des Landesrates Mag. Christopher Drexler:

Zur Empfehlung des LRH hinsichtlich einer Evaluierung, inwiefern die Ergebnisse der gegenständlichen Prüfung auf die anderen Leistungserbringer im Rahmen der onkologischen Versorgung in der Steiermark umgelegt werden können, wäre eine Klarstellung erforderlich, welche Erkenntnisse des LRH auf die anderen Leistungserbringer umgelegt werden sollten (z. B. Wartezeiten, Raumsituation).

Replik des Landesrechnungshofes:

Im Rahmen einer Evaluierung sind bspw. Wartezeiten, Raum- und Personal-ausstattung zu erheben und zu analysieren. Erforderlichenfalls ist mit auf die jeweilige Situation angepassten Maßnahmen zu reagieren.

5.1 Strahlentherapie und Radioonkologie

5.1.1 Bedarfsstudie zur radioonkologischen Versorgung

Im Zusammenhang mit der strahlentherapeutischen-radioonkologischen Versorgung in der Steiermark wurde die Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) von der Bundesgesundheitskommission im Juni 2014 mit einer „Bedarfsstudie zur radioonkologischen Versorgung (Strahlentherapie)“ beauftragt.

Ziel dieser Studie war die Überprüfung des Bedarfs an in Österreich vorgehaltenen Strahlentherapiegeräten (Linearbeschleuniger). Darüber hinaus sollten Wartezeiten österreichweit erhoben und verglichen werden.

Die Ergebnisse und Empfehlungen der nicht veröffentlichten „Bedarfsstudie zur radioonkologischen Versorgung“ fanden bei der Erstellung des ÖSG 2017 bzw. des RSG-St 2025 wie auch in der Praxis Berücksichtigung. Die Anzahl der für die Steiermark empfohlenen Linearbeschleuniger wurde auf neun Geräte angehoben und der Ausbau der Kapazitäten mittlerweile in Angriff genommen.

5.1.2 Status quo und Versorgungsplanung in der Steiermark

Unter radioonkologischen und strahlentherapeutischen Behandlungen ist die Bekämpfung von Neubildungen (HDG C00-D48 nach ICD-10) mittels energiereicher Strahlungen zu verstehen. Diese werden an der Univ. Klinik für Strahlentherapie-Radioonkologie am LKH-Univ. Klinikum Graz sowie seit Juli 2017 auch an der dislozierten Einrichtung für Strahlentherapie-Radioonkologie am LKH Hochsteiermark durchgeführt.

Während in Graz als ONKZ neben einer Basisversorgung mit Standardverfahren auch eine Spitzenversorgung mit Spezialverfahren gewährleistet wird, beschränkt sich das Leistungsspektrum in Leoben als ONKS auf eine Basisversorgung mit Standardverfahren. Die apparative Ausstattung ist dem jeweiligen Leistungsspektrum angepasst.

Voraussetzung für die Durchführung von radioonkologischen und strahlentherapeutischen Behandlungen sind entsprechende Bestrahlungsgeräte; Linearbeschleuniger gelten dabei als Kernstück einer radioonkologischen und strahlentherapeutischen Einrichtung und sind gemäß ÖSG 2017 als medizinisch-technische Großgeräte zu klassifizieren.

Der Bedarf an Linearbeschleunigern wurde von der GÖG in ihrer Studie über die strahlentherapeutische Versorgung mit neun Geräten für die Steiermark angegeben. Diese Studienergebnisse sind in die übergeordnete Planung (GGP im ÖSG 2017, RSG-St 2025) eingegangen; siehe hierzu die Erläuterungen in den Kapiteln 2.2

„Österreichischer Strukturplan Gesundheit (ÖSG)“ und 2.3 „Regionaler Strukturplan Gesundheit (RSG)“:

	Ist	Soll	Mehrbedarf
LKH-Univ. Klinikum Graz	4	7	3
LKH Hochsteiermark, Standort Leoben	0	2	2
Gesamt	4	9	5

Quelle: ÖSG 2017 bzw. RSG-St 2025 Version 1.0; aufbereitet durch den LRH

Der LRH stellt fest, dass der im ÖSG 2017 bzw. im RSG-St 2025 angeführte Ist-Stand nicht mehr zutreffend ist. **Zum Stichtag 1. August 2017 waren in der Steiermark sechs Linearbeschleuniger in Betrieb:**

- **Fünf** dieser sechs Linearbeschleuniger befinden sich am LKH-Univ. Klinikum Graz, Univ. Klinik für Strahlentherapie-Radioonkologie, davon sind vier Geräte für die Patientenversorgung und ein Gerät für die Forschung vorgesehen.
- Dieses für die Forschung vorgesehene Gerät wurde 2011 als Ersatz für das seinerzeit auf der Univ. Klinik für Neurochirurgie aufgestellte „Gamma-Knife“ angeschafft. Dieser Linearbeschleuniger sollte Spezialtechniken, der Einführung neuer Methoden sowie der medizinischen und medizinphysikalischen Forschung vorbehalten sein. Er ist deshalb im GGP nicht verzeichnet. Auf Grund der Wartezeitenproblematik wird dieses Gerät seit dessen Anschaffung jedoch für Routinebehandlungen in der Patientenversorgung eingesetzt.
- Darüber hinaus stehen an der Univ. Klinik für Strahlentherapie-Radioonkologie zwei Planungs-CT sowie jeweils ein Gerät für Brachytherapie und ein Gerät für Orthovoltbestrahlung im Einsatz. Diese Geräte sind im GGP nicht vermerkt und finden sich daher weder im ÖSG 2017 noch im RSG-St 2025.
- Seit der Eröffnung der neuen Chirurgie (Bauetappe 1) im Herbst 2017 steht in einem der dort verorteten Hybrid-OP ein mobiler Linearbeschleuniger zur intraoperativen Strahlentherapie zur Verfügung; auch dieser ist im GGP nicht verzeichnet.
- **Ein** Linearbeschleuniger am LKH Hochsteiermark, Standort Leoben, wurde am 3. Juli 2017 in der dafür neu errichteten Strahlentherapie in Betrieb genommen. Auch ein nicht im GGP verzeichnetes Planungs-CT befindet sich an diesem Standort.

Die im ÖSG 2017 geforderte Erreichbarkeit – 90 % der Patienten sollen eine strahlentherapeutische Einrichtung binnen 90 Minuten erreichen können – kann laut KAGES mit dem Betrieb an den Standorten Graz und Leoben sichergestellt werden.

Am LKH-Univ. Klinikum Graz fand am 3. November 2017 der Spatenstich zum Erweiterungsbau der Univ. Klinik für Strahlentherapie-Radioonkologie um zwei weitere Linearbeschleuniger statt. Ziel ist, diese beiden zusätzlichen Geräte im August 2019 in Betrieb zu nehmen.

Die KAGes hält dazu fest, dass diese Projektplanung im Jahr 2014 bereits vor der Veröffentlichung des ÖSG 2017 bzw. des RSG-St 2025 und der „Bedarfsstudie zur radioonkologischen Versorgung (Strahlentherapie)“ der GÖG erfolgt ist. Auf Grund der Dringlichkeit wurde das Projekt zusätzlich zu den laufenden Bauprogrammen „LKH 2000“ und „LKH 2020“ gestartet und durch die KAGes/das Land bzw. aus Rücklagen des Gesundheitsfonds unabhängig vom Bund gesondert finanziert.

Im Dezember 2015 wurde das Projekt „Strahlentherapiezentrum LINAC 6 (+ 7)“ mit einem Investitionsvolumen von € 10,02 Mio. beschlossen. Aus finanziellen Gründen war zunächst nur die Ausstattung mit einem Linearbeschleuniger (LINAC 6) geplant, wobei räumlich die Kubatur für einen zweiten Linearbeschleuniger (LINAC 7) mitrealisiert werden sollte. Das Projekt ist zudem so konzeptioniert, dass ein räumlicher Ausbau um zwei weitere Linearbeschleuniger (LINAC 8 + 9) möglich wäre.

Im September 2017, also noch vor dem Realisierungsbeginn des Projektes, wurde durch den Vorstand der KAGes die Anschaffung eines zweiten Linearbeschleunigers (LINAC 7) als eigenes Projekt mit einem Investitionsvolumen von € 2,55 Mio. freigegeben.

Der LRH weist darauf hin, dass mit der Freigabe des zweiten Linearbeschleunigers (LINAC 7) das Gesamtinvestitionsvolumen von € 12,57 Mio. die Grenze, ab deren Überschreitung das Vorhaben einer Projektkontrolle durch den LRH zu unterziehen ist, überschritten wurde. Das Projekt wäre somit einzureichen und vom LRH zu überprüfen gewesen.

Mit den beiden zusätzlichen Linearbeschleunigern (LINAC 6 + 7) wird zumindest ein Schritt in Richtung Schließung der bestehenden Versorgungslücke gesetzt. Am Standort Graz bleibt nach deren Realisierung 2019 dennoch ein Mehrbedarf im Ausmaß von einem Linearbeschleuniger. Das für die Forschung angeschaffte Gerät ist nicht für die Patientenversorgung bestimmt.

Zur Lage am LKH Hochsteiermark ist festzuhalten, dass die Errichtung einer eigenen Strahlentherapie mit zwei Linearbeschleunigern am Standort Leoben erstmals im Programm „LKH Leoben 2020“ – dieses wurde von der Generalversammlung der KAGes am 21. Dezember 2006 beschlossen – festgeschrieben wurde. Dies ist auch im RSG-St 2009 sowie in den folgenden RSG-St 2011 und RSG-St 2025 so festgelegt.

Die ursprüngliche Planung umfasste Kosten in Höhe von € 22,15 Mio. bei einer Nutzfläche von 1.253 m² und einen Baubeginn Ende 2009. Im August 2013 wurde die Investitionsentscheidung für einen Linearbeschleuniger bzw. die Einrichtung des Standortes Leoben als Satellit des Stammhauses in Graz mit prognostizierten Kosten von € 9 Mio. getroffen.

Jahre später, nämlich erst im Oktober 2015 wurde mit dem Bau begonnen. Laut KAGes-Presseaussendung betrugen die Investitionskosten für die neue Strahlentherapie mit nur einem Linearbeschleuniger € 10,25 Mio.; für eine funktionelle Erweiterung um einen zweiten Linearbeschleuniger wurde baulich vorgesorgt. Die Inbetriebnahme erfolgte im Juli 2017.

Mit der Inbetriebnahme wurde die Versorgungssituation verbessert; eine ortsnahe Basisversorgung von Patienten aus dem obersteirischen Raum wird dadurch gewährleistet. Das Zusammenarbeitskonzept mit dem LKH-Univ. Klinikum Graz wird im Kapitel 5.1.4 „Dislozierte Einrichtung für Strahlentherapie-Radioonkologie, LKH Hochsteiermark“ beschrieben.

Der LRH stellt fest, dass die Umsetzung mit sechsjähriger Verzögerung (Baubeginn 2015 anstelle 2009) **und unvollständig** (ein anstelle zwei Linearbeschleuniger) **erfolgte**.

Dies begründet die KAGes wie folgt:

- politische Entscheidungsfindung
- Vor- und Nachteile einer Standortteilung (Graz, Leoben)
- Finanzierung
- Projektentwicklung
- fachärztliche Bedeckung

Die Umsetzung in Form eines Satelliten mit nur einem Linearbeschleuniger wird jedoch sowohl von der Leitung der Univ. Klinik für Strahlentherapie-Radioonkologie als auch vom LRH in Frage gestellt, weil

- der Betrieb eines Linearbeschleunigers einen vergleichsweise hohen Personaleinsatz (und in der Folge vergleichsweise hohe Personalkosten) nach sich zieht,
- die Infrastrukturkosten je Behandlung/Bestrahlung allein durch die auf Grund des Teilausbaues geringere Fixkostendegression ebenso vergleichsweise hoch sind,
- Störungen bzw. geplante Ausfälle (vier Mal jährliches Service zu je drei Tagen) zu Belastungen für die durchgehende Patientenversorgung führen können,
- die als Ausfallssicherung auf Kosten der eigenen Kapazitäten agierende Univ. Klinik in Graz Personal wie auch Behandlungsmöglichkeiten für die Patienten des Satelliten in Leoben vorhalten muss und

- damit letztlich die Ausstattungsanforderungen des ÖSG 2017 hinsichtlich einer strahlentherapeutischen Einrichtung, welcher aus Effizienzgründen eine Mindestanzahl von zwei Linearbeschleunigern je Standort vorsieht, nicht erfüllt werden.

Im Hinblick auf den im ÖSG 2017 bzw. im RSG-St 2025 vorgesehenen zweiten Linearbeschleuniger an diesem Standort weist die Leitung der Univ. Klinik für Strahlentherapie-Radioonkologie auch darauf hin, dass

- es derzeit nicht genügend (Standard-)Fälle im Einzugsgebiet gibt, um das zweite Gerät voll auszulasten; Patienten, die einer Spezialbehandlung bedürfen, müssen ohnehin nach Graz zugewiesen werden;
- es aus derzeitiger Sicht nicht möglich ist, die für einen Betrieb von zwei Linearbeschleunigern erforderlichen (fach-)ärztlichen Dienstposten zu besetzen.

Zur festgestellten Versorgungslücke bzw. zur Ineffizienz des Betriebes eines Linearbeschleunigers an einem Standort empfiehlt der LRH im Hinblick auf die anstehende Entscheidungsfindung,

- **entweder am Standort Leoben die im RSG-St 2025 empfohlene Geräteausstattung mit zwei Linearbeschleunigern und der erforderlichen (fach-)ärztlichen Bedeckung umzusetzen oder**
- **nach dem Ende der Lebensdauer des bestehenden Linearbeschleunigers am Standort Leoben die Strahlentherapie-Radioonkologie wieder ausschließlich am Standort Graz zu konzentrieren.**

Die KAGes gibt an, dass die im ÖSG 2017 bzw. im RSG-St 2025 vorgesehenen neun Linearbeschleuniger mittel- bis langfristig verwirklicht werden sollen:

- Laut „Masterplan KAGes 2025“ soll der zweite Linearbeschleuniger am Standort Leoben bis 2025 eingesetzt werden.
- Die Errichtung des noch fehlenden Linearbeschleunigers am Standort Graz wird laut KAGes erst mit dem Programm „LKH 2030“ verankert. Darüber hinaus ist die Umsetzung von der künftigen Bedarfsentwicklung abhängig.

Der LRH hält fest, dass der ins Auge gefasste Realisierungszeitpunkt weit in der Zukunft liegt, obwohl bereits derzeit ein Mehrbedarf vorliegt.

Zum Programm „LKH 2030“ hält der LRH Folgendes fest: Laut KAGes hat diese sich inzwischen mit der MUG über die Inhalte dieses Bau- und Investitionsprogrammes geeinigt. Nunmehr gilt es, zwischen dem Land und dem Bund eine Finanzierungsvereinbarung auszuverhandeln. Dies ist, so die Erfahrung aus den Programmen „LKH 2000“ und „LKH 2020“, ein langwieriges Vorhaben, insbesondere da die dafür verfügbaren Mittel begrenzt sind und sich der Universitätsstandort Graz mit den

anderen Universitätsstandorten Innsbruck und Wien im Wettbewerb um diese Mittel für Bau- und Investitionsprogramme befindet.

Für die Umsetzung der übergeordneten Versorgungsplanung auf regionaler Ebene in der Steiermark sind das Land und die Sozialversicherungsträger zuständig. Im Bereich des Landes liegt die Zuständigkeit beim Gesundheitslandesrat. In weiterer Folge sind auch die A8, der Gesundheitsfonds und die KAGes als landeseigener Krankenanstaltenträger zuständig.

Hinsichtlich der überregionalen Ebene ist der Bund sowohl in der Gesundheitsplattform als auch in der Landes-Zielsteuerungskommission vertreten; in diesen Gremien werden u. a. Angelegenheiten des RSG sowie der extra- und intramuralen Großgeräte behandelt.

Es wird den genannten Verantwortungsträgern empfohlen,

- **die bestehende Versorgungslücke im Bereich der Linearbeschleuniger zu schließen,**
- **bei der Umsetzung die aktuellen kapazitätsmäßigen Vorgaben der übergeordneten Versorgungsplanung im ÖSG 2017 bzw. im RSG-St 2025 zu realisieren und**
- **die dafür erforderliche Finanzierung sicherzustellen; in diesem Zusammenhang ist auch der Bund hinsichtlich seiner Rolle zur Mitfinanzierung der Universitätsstandorte in die Pflicht zu nehmen.**

Stellungnahme des Landesrates Mag. Christopher Drexler:

Seitens des LRH wird die bestehende Planungs- und Realisierungssituation in Bezug auf Linearbeschleuniger dargestellt. Es wird darauf hingewiesen, dass von den verantwortlichen Stellen in den letzten Jahren bereits die erforderlichen Beschlüsse gefasst und auch die finanziellen Mittel zur Verfügung gestellt wurden, sodass eine kontinuierliche Aufstockung der Zahl an Linearbeschleunigern gemäß den Planungen lt. RSG-St 2025 erfolgt bzw. erfolgte.

Die Planung von Investitionen in die Strahlentherapie erfolgt, wie oben beschrieben, unter Aspekten der Unsicherheit. Zudem sind medizinische und ökonomische Positionen zu vertreten. Zu berücksichtigen ist auch, welche Belastungen den Krebspatientinnen und -patienten, die im Zuge der Bestrahlung an verschiedenen Nebenwirkungen leiden, zumutbar sind (z.B. wochenlang tägliche Taxifahrten).

Angebote mit nur einem Linearbeschleuniger gibt es auch in anderen Ländern. Sie finden sich in der Schweiz, in Deutschland und in großflächigen Ländern. Im dünn besiedelten Australien wurde der „National Radiotherapy Single Machine Unit Trial“ als gemeinsames Programm der Bundesregierung und des Staates Victoria

durchgeführt. Der Zugang zur Strahlentherapie verbesserte sich, die Qualität war adäquat.

Zur Aussage des LRH, dass es derzeit nicht genügend (Standard)Fälle im Einzugsgebiet gibt, welche einen zweiten Linearbeschleuniger am Standort Leoben auslasten würden, und die daran anschließenden Empfehlungen (Seite [...]), wird seitens der KAGes die Ansicht vertreten, den Einsatz der Strahlentherapie am Standort Leoben erst zu evaluieren, ehe die vom LRH vorgeschlagene „entweder – oder“ Entscheidung getroffen wird.

Parallel dazu wird der GFSTMK gemeinsam mit der KAGes prüfen, ob und bis wann ein weiteres Gerät (LINAC 2) am Standort Leoben realisierbar erscheint.

Diesbezüglich ist auch festzuhalten, dass durch eine Schließung des Linearbeschleunigers am Standort Leoben die Erreichbarkeit innerhalb von 90 Minuten lt. ÖSG 2017/RSG-St 2025 für einen Teil der Patientinnen und Patienten nicht gegeben wäre. Darüber hinaus ist das LKH Hochsteiermark im modularen Versorgungsmodell des ÖSG 2017 als Onkologischer Schwerpunkt ausgewiesen, was die Vorhaltung strahlentherapeutischer Kapazität jedenfalls rechtfertigt.

Das Projekt „Erweiterung Strahlentherapiezentrum“ am LKH-Univ. Klinikum Graz, welches die Erweiterung von zusätzlichen Linearbeschleunigern (LINAC 6 + 7) vorsieht, befindet sich in der Phase Rohbau. Das Projekt ist im prognostizierten Terminplan, es gibt keine Verzögerungen. Die Baufertigstellung inkl. der aufwendigen Installation der medizintechnischen Großgeräte ist mit Mai 2019 vorgesehen. Das Projektteam Planung und Realisierung sowie der Generalplaner sind aufgrund der Dringlichkeit mit knappen Terminvorgaben beauftragt, die Bauaufgabe umzusetzen.

Bezugnehmend auf die während der Projektbearbeitung entstandene Ergänzung des Projektes um die Installation eines weiteren LINAC (LINAC 7), welche die Rechnungshofgrenze für Investitionsprojekte überschreitet, wird hingewiesen, dass jene Entscheidung erst nach dem Einreichprozedere getroffen wurde und jene Erweiterung als eigenes Projekt (betrifft „lediglich“ das medizintechnische Großgerät) geführt wird.

Zusätzlich wurde eine Ausbauoption für weitere zwei Linearbeschleuniger (LINAC 8 + 9) als Anschluss an die bestehende technische Magistrale planlich mitberücksichtigt. Auch wurde im Zuge der Programmbearbeitung LKH 2030 ein gänzlicher Neubau der verbliebenen Bereiche der Strahlentherapie (Hauptbaukörper – Ambulanzen, Stationen, Verwaltung, u.a.) mit einer Schnittstelle zur Magistrale der neu errichteten Linearbeschleuniger mitangedacht. Es existiert ein Masterplan für eine etappenweise Leistungsausweitung bzw. langfristige funktionelle Verbesserung der gesamten

Einrichtung der Univ. Klinik für Strahlentherapie und Radioonkologie am LKH-Univ. Klinikum Graz.

Parallel zu den Aktivitäten am LKH-Univ. Klinikum Graz wurde die Strahlentherapie in Leoben mit einem Linearbeschleuniger im Juli 2017 eröffnet, bei welcher auch ein weiterer strahlentherapeutischer Anwendungsbereich als Bauoption berücksichtigt wurde.

Grundsätzlich handelt es sich bei der Errichtung strahlentherapeutischer Einrichtungen um hochtechnologische Anwendungsverfahren, welche neben den Großgeräten erhöhte haus- sowie elektrotechnische Systeme erfordern und somit mit einer aufwendigeren planerischen Bearbeitung einhergehen, welche auch zeitintensiv sind.

Replik des Landesrechnungshofes:

Die Ausstattungsanforderungen des ÖSG 2017 sehen hinsichtlich einer strahlentherapeutischen Einrichtung aus Effizienzgründen grundsätzlich eine Mindestanzahl von zwei Linearbeschleunigern je Standort vor.

Die Aussage, dass es derzeit nicht genügend (Standard-)Fälle im Einzugsgebiet am Standort Leoben gibt, wurde von der Leitung der Univ. Klinik für Strahlentherapie-Radioonkologie getätigt. Selbstverständlich ist eine Evaluierung Voraussetzung für eine derart folgenreiche Entscheidung; dies geht ohnedies aus den Ausführungen des LRH hervor.

5.1.3 Univ. Klinik für Strahlentherapie-Radioonkologie am LKH-Univ. Klinikum Graz

Ambulanter Bereich

Zunächst soll ein Überblick gegeben werden, wie viele Leistungen an der Univ. Klinik für Strahlentherapie-Radioonkologie p. a. erbracht werden. Im ambulanten Bereich wurden im betrachteten Zeitraum 2014 bis 2016 folgende Leistungsdaten dokumentiert:

	2014	2015	2016
Ambulante Patienten	7.794	8.425	8.633
Ambulante Frequenzen	59.026	59.921	61.194
Einzelbehandlungen (am Linearbeschleuniger)	52.630	52.772	53.595
Behandlungsserien (am Linearbeschleuniger)	2.268	2.343	2.381
Anteil Spezialtechniken	23 %	25 %	33 %

Quelle: KAGES, Ambulante Leistungen 2014 bis 2016 sowie Univ. Klinik für Strahlentherapie-Radioonkologie, Leistungsdaten Linearbeschleuniger; aufbereitet durch den LRH

An der Univ. Klinik für Strahlentherapie-Radioonkologie wurden 7.794 Patienten im Jahr 2014 ambulant behandelt; 2016 waren es 8.633 Patienten. Dies ergibt eine Zunahme von 10,8 %.

Der LRH stellt fest, dass sich bei allen o. a. ambulanten Leistungsparametern ein steigender Trend zeigt. Diese Tendenz ist nicht erst auf den Prüfzeitraum begrenzt, sondern setzt sich bereits aus der Vergangenheit fort. So ist z. B. die Anzahl der Einzelbehandlungen (an Linearbeschleunigern) im Vergleich zu 2006 um insgesamt 31,4 % gestiegen.

Der Blick auf die gesamten Leistungsdaten zeigt, dass ein Anteil von rund 91 % der Patienten ambulant behandelt wird.

Stationärer Bereich

Im stationären Bereich wurden im primär betrachteten Zeitraum 2014 bis 2016 folgende Leistungsdaten (für Patienten mit onkologischer Hauptdiagnose der Gruppen C00-D48) dokumentiert:

	2014	2015	2016
Stationäre Fälle	762	872	801
Belagstage	5.687	5.881	5.703
Pflegetage	6.449	6.753	6.504
Verweildauer (Belagstage)	7,46	6,74	7,12
MEL	16.873	15.814	10.502

Quelle: KAGES, Stationäre Leistungen für Fälle mit onkologischer Hauptdiagnose 2011 bis 2016 der Univ. Klinik für Strahlentherapie-Radioonkologie; aufbereitet durch den LRH

Die Strukturdaten stellten sich laut KAGES für denselben Zeitraum (für alle Patienten der Univ. Klinik für Strahlentherapie-Radioonkologie) wie folgt dar:

	2014	2015	2016
Systemisierte Betten	24	24	24
davon AKL	18	18	18
davon SKL	6	6	6
Tatsächliche Betten	23	23	23
Auslastung	67,75 %	71,83 %	69,80 %

Quelle: KAGES, Strukturdaten für alle Fälle 2011 bis 2016 der Univ. Klinik für Strahlentherapie-Radioonkologie

An der Univ. Klinik für Strahlentherapie-Radioonkologie wurden im betrachteten Zeitraum 2014 bis 2016 p. a. durchschnittlich 812 Fälle mit onkologischer Hauptdiagnose stationär behandelt; das sind rund 99 % der insgesamt stationär behandelten Fälle. Dabei wurden durchschnittlich rund 14.396 MEL erbracht. Der in der obigen Tabelle sichtbare sprunghafte Rückgang der MEL von 2015 auf 2016 wird mit einer grundlegenden Änderung der Dokumentation der Strahlentherapie-MEL im LKF-System 2016 erklärt. Die Verweildauer bewegte sich zwischen 6,7 und 7,5 Tagen, und die Auslastung (inklusive nicht-onkologischer Fälle) lag zwischen 67,8 % und 69,8 %.

Die stationären Leistungsdaten bzw. die Auslastung waren im betrachteten Zeitraum 2014 bis 2016 leichten Schwankungen unterworfen; ein klarer Trend lässt sich nicht ableiten, auch wenn man die Jahre 2011 bis 2013 hinzuzieht.

Eine Auslastung von unter 70 % erscheint zunächst niedrig; jedoch ist darauf hinzuweisen, dass der Bettenspiegel in der AKL neben zwei Dreibett- auch noch zwei

Sechsbett-Zimmer aufweist. Letzteres ist für die Behandlung der schwerkranken bzw. palliativen Patienten problematisch.

Weiters zeigt eine Analyse des Tagesstandes im Zeitraum Jänner bis Oktober 2017, dass an 23 % der Tage die idealtypische Soll-Auslastung von 85 % überschritten wurde.

Im RSG-St 2025 sind für die Strahlentherapie-Radioonkologie zwei zusätzliche systemisierte Betten vorgesehen.

Der LRH regt an, den Bettenbedarf im Hinblick auf die Aufstockung der Anzahl der Linearbeschleuniger zu evaluieren und die Anzahl der Betten pro Zimmer an die besonderen Bedürfnisse von onkologischen Patienten anzupassen.

Stellungnahme des Landesrates Mag. Christopher Drexler:

Auf den Seiten [...] werden vom LRH die stationären Kapazitäten (Betten) für Patientinnen und Patienten an der Univ. Klinik für Strahlentherapie und Radioonkologie durchleuchtet. Es wird durch den LRH die Empfehlung abgegeben, den zukünftigen Bettenbedarf aufgrund der Vermehrung der Linearbeschleuniger neu zu berechnen. Der GFSTMK nimmt die Anregung des LRH gerne auf und wird im Rahmen der laufenden Weiterentwicklung des RSG-St 2025 den Bettenbedarf für die Univ. Klinik für Strahlentherapie evaluieren.

Qualitätsmanagement

Laut KAGes ist die Adaptierung der Univ. Klinik für Strahlentherapie-Radioonkologie Teil des noch mit der MUG zu paktierenden Programmes „LKH 2030“.

Die Univ. Klinik für Strahlentherapie-Radioonkologie war von 1999 bis 2016 nach ISO-9001 zertifiziert; aus Ressourcengründen wurde danach auf eine Re-Zertifizierung verzichtet.

Darüber hinaus unterliegt die Univ. Klinik nach wie vor der regelmäßigen Überprüfung nach § 17 Strahlenschutzgesetz und wird somit auch künftig von einer externen Stelle auditiert.

Organisation

Der LRH hat im Rahmen seiner Prüfung festgestellt, dass die für eine derartige Einrichtung erforderlichen organisatorischen Grundlagen (v. a. Prozesse, Regelungen) vorhanden sind.

Die fünf Linearbeschleuniger werden derzeit im Teil-Schichtbetrieb von Montag bis Freitag von 07:00 Uhr bis maximal 22:00 Uhr betrieben, in Ausnahmefällen auch an Samstagen. Ausfälle auf Grund von Gerätestörungen bzw. die viermal jährlich notwendigen Services müssen in die Terminplanung einkalkuliert werden. Dies gilt nicht nur für die Geräte in

Graz, sondern auch für jenes in Leoben, für welches die Univ. Klinik für Strahlentherapie-Radioonkologie die Ausfallssicherung übernimmt.

Die Terminkoordination erfolgt in einem Terminvergabeprogramm, hierzu wurde eine eigene Logistikerin angestellt. Die Terminvergabe für strahlentherapeutische und radioonkologische Behandlungen ist herausfordernd,

- da in den meisten Fällen eine Terminserie (25 bis 38 Bestrahlungen) und nicht nur ein Einzeltermin festzulegen ist,
- unterschiedliche Behandlungsprioritäten, Vorlaufzeiten (aufgrund erforderlicher Voruntersuchungen oder adjuvanter Behandlungen), Wartezeiten, Geräteverfügbarkeiten etc. zu berücksichtigen,
- gegebenenfalls aufwändige Spezialverfahren einzuplanen und
- erforderlichenfalls Patienten der dislozierten Einrichtung in Leoben im Fall von Geräteausfällen und Services einzuplanen sind.

Personal

Insgesamt ist für den Standort in Graz Personal (Ärzte, Medizinphysiker, Radiotechnologen (RTA) etc.) für 50 Strahlstunden pro Tag bewilligt, in Einzelfällen darf diese Obergrenze um maximal vier Strahlstunden überschritten werden.

Der LRH stellt fest, dass es bei der Personalausstattung zwar eine Empfehlung des ÖSG gibt, diese kann aber nicht als Richtwert herangezogen werden, da sie Unklarheiten in Bezug auf den Personalmehrbedarf bei höheren Patientenzahlen bzw. Spezialverfahren offenlässt und keine Festlegung der Betriebszeiten beinhaltet.

Die Analyse des Dienstpostenplanes durch den LRH zeigte, dass im betrachteten Zeitraum 2014 bis 2016 für die Ausbildung der am Standort Leoben benötigten Fachärzte eine überplanmäßige Besetzung vorlag.

Ab 2017 konnte der Dienstpostenplan nicht mehr voll besetzt werden. Dies deckt sich mit den Angaben der Klinikleitung, die ausführt, dass nicht genügend Fachärzte vorhanden sind und bestehende Stellen derzeit nicht besetzt werden können. Im Bereich der anderen Berufsgruppen, v. a. Physiker und RTA, gibt es derzeit keine Mängel. Der beschriebene und nachgewiesene Fachärztemangel wird von der Klinikleitung wie folgt begründet:

- Der Facharztausbildungsschlüssel laut Ärzte-Ausbildungsordnung (erlassen vom Bundesministerium für Gesundheit) beträgt 1:1, d. h., dass es pro Facharztstelle nur eine Ausbildungsstelle geben darf; der Leiter der Einrichtung darf hierbei nicht mitgezählt werden. In Verbindung mit der langen Ausbildungsdauer (vier Jahre) macht es das schwierig, ausreichend Fachärzte für den zunehmenden Bedarf (Gerätevermehrung) auszubilden.

- Das Fach wird vorwiegend von Frauen gewählt; Familienplanung erfolgt heute häufig erst nach der Facharztausbildung, und die Mütter kommen nach unterschiedlichen Zeitspannen in zumeist geringem Beschäftigungsausmaß wieder in den Arbeitsprozess zurück. Dies erschwert auf Grund des o. a. rigiden Ausbildungsschlüssels die Ausbildung von neuen Fachärzten.
- Das Fach Strahlentherapie-Radioonkologie ist für Jungärzte nicht sonderlich attraktiv: Aus finanzieller Sicht, da es keine Niederlassungsmöglichkeit gibt bzw. auf Grund der Ambulanzlastigkeit die zu lukrierenden Sondergebühren im Vergleich zu anderen Sonderfächern als unterdurchschnittlich erachtet werden; aus fachlich-inhaltlicher Sicht, da es sich um ein beinahe ausschließlich onkologisches Fach handelt.

Zum aktuellen Status quo gibt die Klinikleitung an, dass einerseits einige Fachärztinnen in Karenz in absehbarer Zeit ihre Arbeit wiederaufnehmen werden und aus heutiger Sicht zumindest der Fachärztebedarf für die zusätzlichen Linearbeschleuniger ab 2019 gedeckt werden kann. Andererseits gilt es zu bedenken, dass auf Grund der Altersstruktur der angestellten Fachärzte bzw. der erforderlichen Gerätevermehrung der Fachärztemangel spätestens mittelfristig wieder akut werden wird.

Der LRH stellt fest, dass durch die derzeitigen Rahmenbedingungen (KA-AZG, Ausbildungsordnung, Attraktivität) ein Fachärztemangel entsteht, durch den der Betrieb der vorhandenen bzw. der noch anzuschaffenden Linearbeschleuniger nicht gewährleistet werden kann.

Der LRH empfiehlt der Gesundheitsplattform Steiermark, der Ärztekammer Österreich und den Krankenanstaltenträgern, unverzüglich Gegenmaßnahmen zu setzen, um für diesen sensiblen Bereich eine ausreichende Anzahl an Fachärzten sicherzustellen.

Stellungnahme des Landesrates Mag. Christopher Drexler:

Auf den Seiten [...] wird das Problem der Personalbesetzung an der Univ. Klinik für Strahlentherapie und Radioonkologie diskutiert. Diese wurde von der Leiterin bereits im Frühjahr letzten Jahres dem GFSTMK artikuliert. Der bestehende Engpass ist offensichtlich zu einem großen Teil aus einer Verkettung unvorhersehbarer Ereignisse entstanden (mehrere Schwangerschaften, Erkrankungen, Todesfall, Pensionierung). Diese Problematik wurde durch den GFSTMK in die Art. 44-Kommission für die ärztliche Ausbildung eingebracht. In der Sitzung vom 04. Juli 2017 wurde das Fach Strahlentherapie-Radioonkologie zum Mangelfach erklärt. Dies bedeutet, dass eine höhere Zahl an Assistentinnen und Assistenten ausgebildet werden kann. Nachdem die gesetzliche Verordnung durch das BMASGK erst mit 2019 zu erwarten ist, ist der GFSTMK nun bemüht, eine Einzelfalllösung zu erwirken. Damit wird die Empfehlung

des LRH, dass sich „die Verantwortungsträger um eine Lösung dieses Themas bemühen sollen“ bereits umgesetzt. Es ist allerdings anzumerken, dass außer der Einflussnahme über die Art. 44-Kommission dieses Thema außerhalb der Einflussosphäre des GFSTMK liegt.

Wartezeiten

An der Univ. Klinik für Strahlentherapie-Radioonkologie bestehen schon seit Jahren Wartezeiten. Ungewollte Verzögerungen beim Behandlungsbeginn liegen laut Klinikleitung

- in der Sphäre der Univ. Klinik (hier sind in erster Linie der Ressourcenmangel an technischem Gerät und Personal zu nennen),
- in der Sphäre des Zuweisers, v. a. durch fehlende Vorbefunde bzw. Unterlagen zur Indikationsstellung, und
- in der Sphäre des Patienten, z. B. durch Zustimmung zur Behandlung, verzögerte Wundheilung und Terminpräferenzen.

Daher wurde von der Univ. Klinik eine EDV-unterstützte Lösung zur Steuerung der Wartezeiten entwickelt. Davon ist das von KMS entwickelte „Wartezeiten-Monitoring“ zu unterscheiden, welches für ein Wartezeitenmanagement derzeit nicht geeignet ist.

Die klinikeigene, laufend aktualisierte Warteliste enthält neben den Diagnosen patientenbezogene, für die Klinik relevante Zeitpunkte wie das Datum der Zuweisung, der Indikationsstellung, der Beendigung vorangegangener Therapien sowie den medizinisch indizierten und den tatsächlichen Behandlungsbeginn bzw. die Differenz zwischen letzteren.

Die Reihung der Patienten erfolgt, nach fachärztlicher Entscheidung, auf der Grundlage des „österreichweiten ÖGRO Konsenses über den Behandlungsbeginn“. Dazu wurden 16 Patientenkategorien gebildet, denen vertretbare Wartezeiten nach fachlich/medizinischer Sicht zugeordnet wurden, wie beispielsweise:

- kurzfristig zu terminisieren (innerhalb von 24 Stunden wegen Gefahr in Verzug)
- akute Indikationen (Therapie innerhalb von drei Tagen auf Grund medikamentös nicht beherrschbarer Schmerzen, Fraktur(gefahr), neurologischer Symptomatik etc.)
- primäre Radiotherapie/Radiochemotherapie fortgeschrittener (nicht) operabler Tumore (Therapiebeginn innerhalb von zwei Wochen ab Zuweisung)

Der LRH stellt fest, dass sich für die Erhebung der Wartezeiten unterschiedliche Startpunkte (ab Anmeldung, ab Chemotherapie, ab OP, ab Hormontherapie; jeweils plus Soll-Zeitraum bis zum ersten Bestrahlungstermin laut dem „österreichweiten ÖGRO Konsens über den Behandlungsbeginn“) **ergeben.**

Hinzu kommt, dass der Anmeldung an der Klinik eine Phase der Diagnoseabklärung (zumeist) im niedergelassenen Bereich und/oder innerhalb der Krankenanstalt vorausgeht; diese ist in der Wartezeit der Klinik nicht enthalten.

Wie bereits o. a., wird der überwiegende Anteil der Patienten ambulant behandelt. Da aus Finanzierungsgründen die erforderliche CT- und MR-Diagnostik (abgesehen von Notfällen) in den extramuralen Bereich (niedergelassene CT- und MR-Institute) umgelenkt werden muss, entstehen laut Klinikleitung im Großraum Graz Wartezeiten. Auch diese verlängern die Differenz zwischen dem medizinisch indizierten möglichen Behandlungsbeginn und dem tatsächlichen Behandlungsbeginn.

Der LRH weist darauf hin, dass es laut RSG-St 2025 in der Steiermark eine ausreichend hohe Dichte an CT- und MR-Geräten gibt.

Einen weiteren Engpass stellt, so die Klinikleitung, die Terminvergabe an der Klinischen Abteilung für Onkologie (vgl. Kapitel 5.2.3 „Klinische Abteilung für Onkologie“) dar. Hier fallen, je nach Dringlichkeit, auch Wartezeiten an, die wiederum die Differenz zwischen dem medizinisch indizierten und dem tatsächlichen Behandlungsbeginn verlängern.

Die Univ. Klinik für Strahlentherapie legte eine Auswertung der Wartezeiten für Patienten im Jahr 2016 vor. Hierin werden folgende Begriffe verwendet:

- Soll-Zeitraum: Hierunter ist der auf Basis des „österreichweiten ÖGRO Konsenses über den Behandlungsbeginn“ von der Klinik definierte, medizinisch vertretbare Zeitraum vom jeweiligen Startpunkt (ab Anmeldung, ab Chemotherapie, ab OP, ab Hormontherapie) bis zum medizinisch indizierten letztmöglichen Behandlungsbeginn zu verstehen. Dieser Zeitraum zählt nicht zur Wartezeit.
- Wartezeit: Dies ist die Zeitspanne zwischen dem medizinisch indizierten letztmöglichen Behandlungsbeginn und dem tatsächlichen Behandlungsbeginn (erste Bestrahlung).
- Maximale Wartezeit: Dies ist die Wartezeit jenes Patienten, welcher in der jeweiligen Kategorie vom medizinisch indizierten letztmöglichen Behandlungsbeginn auf den tatsächlichen Behandlungsbeginn (erste Bestrahlung) am längsten gewartet hat.

Vorweg wird vom LRH festgehalten, dass es in der medizinischen Versorgung auch zu mehr oder weniger langen Wartezeiten kommt.

Folgende Ergebnisse sind aus der von der Univ. Klinik für Strahlentherapie-Radioonkologie vorgelegten zusammenfassenden Auswertung für 2016 abzuleiten:

- Der Univ. Klinik für Strahlentherapie-Radioonkologie wurden insgesamt 2.650 Patienten mit einem Soll-Termin im Jahr 2016 für eine Behandlung zugewiesen.

- Davon wurden 84,2 %, das waren 2.230 Patienten, tatsächlich einer Behandlungsserie unterzogen.
- Die verbleibenden 15,8 %, das waren 420 Patienten, wurden aus verschiedenen Gründen (Absage durch Patient/Zuweiser, Verschlechterung des Allgemeinzustandes, Ableben) nicht behandelt.
- **Rund $\frac{3}{4}$ der Patienten bzw. Patienten aller Kategorien mussten zum Teil eklatante Wartezeiten** ab dem von der Klinik definierten medizinisch indizierten letztmöglichen Behandlungsbeginn **hinnehmen**.
- Bei 333 Patienten verzögerte sich der Beginn der Behandlung aus Gründen, die keinen Bezug zur Geräteausstattung aufwiesen, z. B. eigener Wunsch, Wundheilungsstörung, verspätete Zuweisung. **Diese Patienten sind in den weiteren Berechnungen nicht mehr enthalten.**
- **Von den im Jahr 2016 bestrahlten Patienten** (nach Abzug der zuvor angeführten Gruppe) **fiel für rund 73 % eine Wartezeit an.**
- Bei der größten Patientengruppe, das sind **akut eingestufte Patienten, mussten 95 % auf den tatsächlichen Behandlungsbeginn warten**. Nach einem Soll-Zeitraum von drei Tagen ab der Anmeldung betrug hier die maximale Wartezeit 48 Tage.
- Bei der **zweitgrößten Patientengruppe**, das sind Patienten mit einer primären Radiotherapie, **mussten ebenso 95 % auf den tatsächlichen Behandlungsbeginn warten**. Nach einem Soll-Zeitraum von 14 Tagen ab der Anmeldung betrug hier die maximale Wartezeit 69 Tage.
- Bei der **Patientengruppe mit Mamma-Karzinom nach der Operation („high risk“)** **mussten 97 % auf den tatsächlichen Behandlungsbeginn warten**. Nach einem Soll-Zeitraum von 21 Tagen ab der Operation betrug die maximale Wartezeit 56 Tage. Anzumerken ist, dass es sich hierbei um von der Klinik definierte „high risk“-Patientinnen handelt.
- Bei der **Patientengruppe mit Mamma-Karzinom nach der Chemotherapie („high risk“)** **mussten 53 % auf den tatsächlichen Behandlungsbeginn warten**. Nach einem Soll-Zeitraum von 21 Tagen nach dem Chemotherapie-Ende betrug hier die maximale Wartezeit 49 Tage. Anzumerken ist, dass es sich hierbei auch um von der Klinik definierte „high risk“-Patientinnen handelt.
- Hinsichtlich der Radiotherapie des **Prostatakarzinoms** wurde folgende Vorgehensweise festgelegt: Projektiert wird laut „österreichweitem ÖGRO Konsens über den Behandlungsbeginn“ zunächst eine sechsmonatige antihormonelle Vortherapie; im Anschluss soll die Bestrahlung erfolgen. **Auf Grund der langfristigen Vorbehandlung und der großen Patientenzahl wurde am LKH-Univ. Klinikum Graz übereingekommen, den Therapiebeginn drei Monate zu verschieben, da hier die Möglichkeit besteht, eventuell die medikamentöse Therapie zu verlängern, und da für den Patienten nach**

einheitlicher Fachmeinung kein Schaden zu erwarten ist. Der spätestens mögliche Soll-Behandlungsbeginn liegt am LKH-Univ. Klinikum Graz daher neun Monate nach Beginn der Hormontherapie.

Bei dieser (viertgrößten) Patientengruppe mussten selbst nach dem definierten Soll-Zeitraum von neun Monaten immer noch 23 % auf den tatsächlichen Behandlungsbeginn warten. Nach einem Soll-Zeitraum von neun Monaten ab Beginn einer Hormontherapie betrug hier die maximale Wartezeit 31 Tage. Anzumerken ist, dass es sich hierbei um von der Klinik definierte „intermediate“ und „high risk“-Patienten handelt.

Abschließend wird noch einmal festgehalten, dass es in der medizinischen Versorgung zu mehr oder weniger langen Wartezeiten kommt.

Stellungnahme des Landesrates Mag. Christopher Drexler:

[...]

Wartezeiten sind für die Patientinnen und Patienten stets unangenehm. Es darf jedoch darauf hingewiesen werden, dass die Literatur zu Verzögerungen (delay) und zu Wartezeiten (waiting time) im Hinblick auf die gesundheitlichen Folgen divers ist. Das hängt nicht zuletzt damit zusammen, dass keine randomisierten Studien vorliegen und es sich daher um retrospektive Auswertungen handelt. Dazu kommt die lange Zeit, welche man überblicken muss, um Auswirkungen abzuschätzen.

Bei gleichen Tumoren finden manche Studien einen Zusammenhang zwischen Wartedauer und Outcome (Ergebnis), andere wieder keinen, manche einen stärkeren, andere einen geringen.

[...]

Zu den Ausführungen auf den Seiten [...] zum Thema Wartezeiten und Wartezeitenmanagement wird zudem angemerkt, dass der LRH nur Extremwerte („maximale Wartezeit“) anführt. Der Vollständigkeit halber wird darauf hingewiesen, dass die Angabe der statistischen Mittelwerte bzw. Mediane ein ganzheitliches Bild vermitteln würde. Dies hat insofern Relevanz, da sich auf Basis der Wartezeiten an der oberen und unteren Grenze keine Aussage darüber treffen lässt, wie lange die Mehrheit der Patientinnen und Patienten wartet – dabei kann es sich auch um berechnete Einzelfälle bzw. wirklich inakzeptable Verzögerungen handeln.

Zu den Ausführungen auf Seite [...] betreffend Therapiebeginn bei Prostatakarzinom ist festzuhalten, dass es sich auch hier um einen österreichweiten ÖGRO Konsens über den Behandlungsbeginn handelt und kein LKH-Univ. Klinikum Graz spezifisches

Merkmal darstellt, sodass der 1. Absatz dieses Punktes (Prostatakarzinom) einen falschen Ausgangspunkt vermittelt und daher entfallen sollte.

Replik des Landesrechnungshofes:

Eine Aufstellung der Wartezeiten an der Univ. Klinik für Strahlentherapie-Radioonkologie wurde von der KAGes übermittelt. Zudem wurde der KAGes nach der Schlussbesprechung nochmals die Möglichkeit gegeben, die o. a. Aufstellung nachzuprüfen um allenfalls „Ausreißer“ zu bereinigen. Die am 24. Jänner 2018 bereitgestellte Korrektur wurde vom LRH als Basis für seine Analyse verwendet; in dieser letzten Version der KAGes waren keine Mediane mehr enthalten.

Im Rahmen des Vor-Ort-Termins am 25. September 2017 wurde dem LRH vermittelt, dass es sich bei der Verschiebung des Therapiebeginns bei Prostatakarzinom um eine klinikinterne Vorgabe handeln würde.

5.1.4 Dislozierte Einrichtung für Strahlentherapie-Radioonkologie, LKH Hochsteiermark

Die dislozierte Einrichtung für Strahlentherapie-Radioonkologie am LKH Hochsteiermark, Standort Leoben, ist eine Außenstelle (Satelliteneinheit) der Univ. Klinik für Strahlentherapie-Radioonkologie (Stammhaus) am LKH-Univ. Klinikum Graz. Diese wurde am 3. Juli 2017 eröffnet. Basis bildet das sogenannte „Zusammenarbeitkonzept“, das im Rahmen der Einholung der sanitätsbehördlichen Bewilligung im Jahr 2015 erstellt wurde. Der betriebsorganisatorische Rahmen für die dislozierte Satelliteneinheit stellt sich wie folgt dar:

- Die Agenden der Anstaltsleitung (laut StKAG bzw. Anstaltsordnung) sind für die Außenstelle von der Anstaltsleitung des LKH Hochsteiermark zu erledigen.
- Die ärztliche Leitung der Satelliteneinheit wird von der Vorständin der Univ. Klinik für Strahlentherapie-Radioonkologie wahrgenommen. Diese umfasst die fachliche, organisatorische und disziplinäre Zuständigkeit für das radioonkologische Ärzteteam, den RTA-Dienst und den Bereich der Medizinphysiker an der Außenstelle im Standort Leoben.
- Die strahlentherapeutische Behandlung an der Satelliteneinheit erfolgt zum überwiegenden Teil ambulant. Für stationäre Patienten werden am Standort Leoben an der Abteilung für Innere Medizin (vorzugsweise am Department für Hämato-Onkologie) Belegbetten der Univ. Klinik für Strahlentherapie-Radioonkologie vorgehalten.
- In der Regelbetriebszeit (Montag bis Freitag von 07:00 Uhr bis 15:00 Uhr) ist zumindest ein Facharzt für Strahlentherapie-Radioonkologie anwesend. Darüber hinaus werden stationäre Patienten der Strahlentherapie-Radioonkologie durch

Fachärzte der Abteilung für Innere Medizin mitversorgt; für Notfälle gibt es einen telefonischen Konsiliardienst in Graz bzw. erfolgt eine Transferierung ins Stammhaus.

- Die Entscheidung über den Behandlungsablauf wird in Graz getroffen und somit, ob eine (Standard-)Behandlung in Leoben stattfinden kann oder der Patienten in Graz einer Spezialbehandlung unterzogen werden muss. Das Wartezeitenmanagement sowie die Bestrahlungsplanung erfolgen ausschließlich im Stammhaus in Graz.
- Die Ausfallssicherung wird durch das Stammhaus in Graz abgedeckt. Bei geplanten Services (vier Mal im Jahr zu jeweils drei Tagen) werden für die Patienten des Satelliten Behandlungsslots reserviert. Ungeplante Ausfälle bis zu vier Stunden werden mittels Überstunden kompensiert; bei Ausfällen von mehr als vier Stunden übernimmt das Stammhaus im Anschluss an die Behandlung der eigenen Patienten die Patienten aus Leoben. Falls erforderlich werden von Graz die Ausfälle beider Fachärzte bzw. Physiker kompensiert.

5.2 Chemotherapie und Immuntherapie

5.2.1 Überblick

Unter einer Chemo- bzw. Immuntherapie ist in erster Linie die Behandlung von Krebserkrankungen mit Arzneimitteln zu verstehen. Zweck der Behandlung ist es, Tumorzellen unter möglicher Schonung gesunder Körperzellen zu bekämpfen.

Die Abgabe von Chemo- bzw. Immuntherapeutika zur Verabreichung an stationären, tagesklinischen und ambulanten Patienten erfolgt über die Anstaltsapotheken; ergänzend besteht in vielen medizinischen OE die Möglichkeit, für die Einnahme zu Hause geeignete Arzneimittel auf Kassenrezept zu verordnen.

Anstaltsapotheken

Gemäß § 3 Abs. 1 Z. 2 und 3 StKAG müssen Anstaltsapotheken zwingend in Schwerpunktkrankenanstalten und Zentralkrankenanstalten geführt werden.

Die anderen öffentlichen Krankenanstalten haben gemäß leg. cit. einen hinlänglichen Vorrat an Arzneimitteln vorzuhalten, die nach der Eigenart der Krankenanstalt gewöhnlich erforderlich sind. Eine Anfertigung oder sonstige Zubereitung von Arzneien ist hier nicht zulässig. Arzneien dürfen an die Patienten nur unter der Verantwortung eines Arztes verabreicht werden. Darüber hinaus haben diese Krankenanstalten Konsiliarapotheker zur Sicherstellung der vorschriftsmäßigen Aufbewahrung und Beschaffenheit der Arzneimittel bzw. zur Beratung zu bestellen.

Folgende Fondskrankenanstalten in der Steiermark verfügen über eine eigene Anstaltsapothek:

- LKH-Univ. Klinikum Graz
- LKH Hochsteiermark
- LKH Graz Süd-West
- KH der Barmherzigen Brüder
- KH der Elisabethinen

Gemäß § 62 Abs. 1 StKAG haben die Rechtsträger von Krankenanstalten hinsichtlich der Auswahl und des Einsatzes von Arzneimitteln Arzneimittelkommissionen einzurichten, wobei eine solche auch für mehrere Krankenanstalten eingerichtet werden kann.

Der Arzneimittelkommission haben gemäß § 63 Abs. 1 leg. cit. jedenfalls anzugehören: mindestens zwei Vertreter des ärztlichen Dienstes, ein Vertreter des Pflegedienstes, ein Anstaltsapotheker oder Konsiliarapotheker und eine vom Geschäftsausschuss der Sozialversicherungsträger der Steiermark zu entsendende Person.

Die Arzneimittelkommission hat nach § 62 Abs. 2 StKAG insbesondere folgende Aufgaben:

- Erstellen und Adaptieren einer Liste der Arzneimittel, die in der Krankenanstalt Anwendung finden (Arzneimittelliste)
- Erarbeitung von RL über die Beschaffung von und den Umgang mit Arzneimitteln

Bei der Erfüllung ihrer Aufgaben hat die Arzneimittelkommission gemäß § 62 Abs. 3 leg. cit. die Beschlüsse der Bundes-Zielsteuerungskommission in Angelegenheiten der gemeinsamen Medikamentenkommission gemäß § 13 Abs. 2 des G-ZG sowie nachstehende Grundsätze zu berücksichtigen:

- Für die Anwendung der Arzneimittel ist ausschließlich der Gesundheitszustand des Patienten maßgeblich.
- Die Auswahl und Anwendung der Arzneimittel darf nur nach den Grundsätzen und anerkannten Methoden der medizinischen und pharmazeutischen Wissenschaft erfolgen.
- Die Erstellung der Arzneimittelliste hat unter Bedachtnahme auf den Anstaltszweck und das Leistungsangebot so zu erfolgen, dass die gebotene Versorgung des Patienten mit Arzneimitteln sichergestellt ist.
- Bei Krankenanstalten, die ganz oder teilweise der Forschung und Lehre einer Medizinischen Universität dienen, ist darüber hinaus zu gewährleisten, dass diese ihre Aufgaben auf dem Gebiet der universitären Forschung und Lehre uneingeschränkt erfüllen können.

Bei der Erarbeitung der RL über die Beschaffung und den Umgang mit Arzneimitteln ist, so § 62 Abs. 4 StKAG, neben den Grundsätzen gemäß Abs. 3 leg. cit. auch auf die Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit Bedacht zu nehmen, insbesondere dass

- von mehreren therapeutisch gleichwertigen Arzneimitteln das ökonomisch günstigste gewählt wird,
- gegebenenfalls statt der Verordnung von Arzneimitteln überhaupt andere, z. B. therapeutisch gleichwertige Maßnahmen, die zweckmäßiger und wirtschaftlicher wären, ergriffen werden,
- bei der Verordnung von Arzneimitteln für die Versorgung nach der Entlassung von mehreren therapeutisch gleichwertigen Arzneimitteln das im Falle einer entgeltlichen Beschaffung ökonomisch günstigste gewählt wird und der vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger herausgegebene Erstattungskodex und die RL über die ökonomische Verschreibweise berücksichtigt werden.

Weiters haben die Rechtsträger von Krankenanstalten nach § 62 Abs. 5 leg. cit. dafür Sorge zu tragen, dass die in der Arzneimittelliste enthaltenen Arzneimittel in der Krankenanstalt Anwendung finden und dass bei einer Abweichung von der Arzneimittelliste im Einzelfall deren medizinische Notwendigkeit der Arzneimittelkommission nachträglich zu begründen ist.

Arzneimittelaufwand KAGes

In den Jahren 2015 und 2016 wendete die KAGes durchschnittlich rund € 100 Mio. p. a. für Arzneimittel auf. Zytostatika bzw. Immuntherapeutika machten rund ein Drittel davon aus:

	2015	2016
Arzneimittelkosten KAGes	100.517.799,00	98.975.096,00
davon Zytostatika/Immuntherapeutika (abs.)	30.778.582,00	35.196.921,00
davon Zytostatika/Immuntherapeutika (rel.)	30,6 %	35,6 %

Quelle: Arzneimittelbericht der KAGes 2016; aufbereitet durch den LRH

Die „Sondereinbarung über die gesonderte Verrechnung von Medikamenten“ ermöglicht die Verrechnung von Medikamenten, welche durch die Ambulanzpauschalzahungen nach der Art. 15a B-VG Vereinbarung über die Organisation und die Finanzierung des Gesundheitswesens nicht abgegolten sind. Die daraus resultierenden Arzneimittelerlöse sind von € 29,7 Mio. in 2015 auf € 30,7 Mio. in 2016 gestiegen und deckten 2016 rund 31,1 % der Arzneimittelkosten ab.

Durch die Erhöhung des Anteils an Generika-Produkten konnte die Steigerung der Kosten für Zytostatika und Immuntherapeutika bis 2011 kontinuierlich gesenkt werden. Nunmehr nimmt diese wieder stark zu (Preis- und Mengeneffekt):

	2012	2013	2014	2015	2016
Steigerung	10,4 %	4,8 %	9,6 %	10,7 %	14,4 %

Quelle: Arzneimittelbericht der KAGes 2016, aufbereitet durch den LRH

Die Inflation (Preiseffekt) war im Vergleich dazu im o. a. Zeitraum relativ niedrig:

	2012	2013	2014	2015	2016
Inflation	2,4 %	2,0 %	1,7 %	0,9 %	0,9 %

Quelle: Statistik Austria, Inflationsraten und Indizes des Verbraucherpreisindex von 1999 bis 2016, aufbereitet durch den LRH

Nur ein geringer Anteil der Steigerung kann mit der Inflation (Preiseffekt) begründet werden; die KAGes erklärt diese Entwicklung mit dem Mengeneffekt und zwar mit

- einer zunehmenden Verabreichung sehr teurer Medikamente,
- Indikationsausweitungen bei bereits bestehenden Medikamenten,
- neuen teuren Therapien und
- Indikationserweiterungen für monoklonale Antikörper.

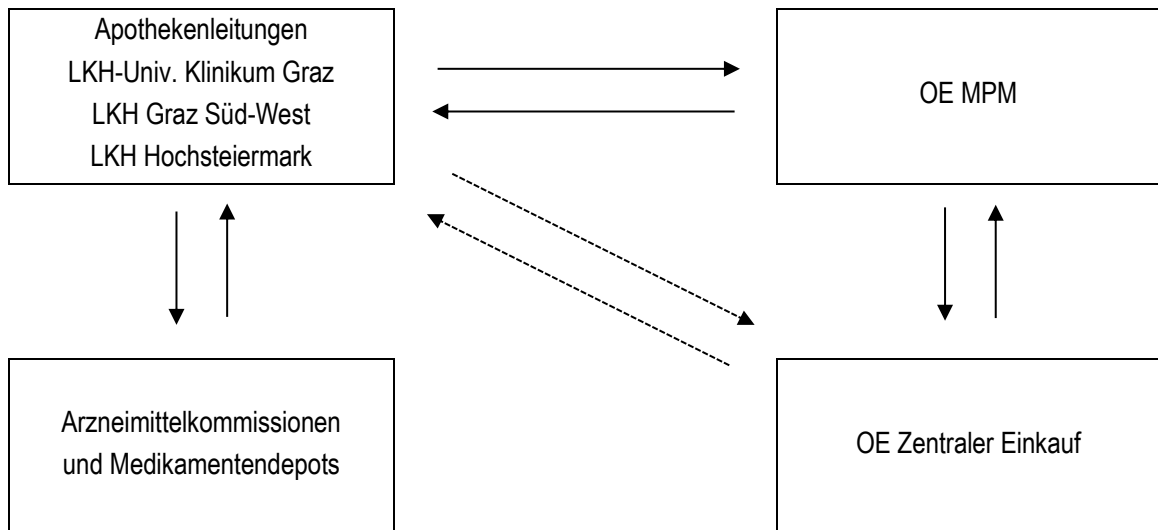
Der Umgang mit dieser Entwicklung gewinnt immer mehr an Dringlichkeit. Kostendämpfungseffekte werden, so die KAGes im Arzneimittelbericht 2016, erreicht durch:

- Einkaufsgespräche mit den Pharmafirmen (Vereinbarung von Naturalrabatten, Barrabatten, Skonti, Gratisware und Muster)
- Parallelimporte (Nutzung von länderspezifischen Preisunterschieden)
- das Projekt „Medikamentöse Tumorthherapie“ (Festlegung von KAGes-RL zur Behandlung unterschiedlicher Tumorentitäten in Expertenpanels; v. a. im Hinblick auf ein einheitliches Vorgehen für 2nd- und 3rd-Line-Therapien)
- Optimierung der Einkaufsverhandlungen (Einbindung der OE Einkauf bei umsatzstarken Pharmafirmen)

Im Folgenden werden einige weitere Faktoren bzw. Maßnahmen, welche kostendämpfende Effekte in der KAGes mit sich bringen (sollen), näher erläutert.

Arzneimittelplattform

Anlässlich mehrerer Rechnungshofberichte, die aufzeigten, dass die KAGes für dieselben Arzneimittel in verschiedenen Krankenanstalten unterschiedliche Preise bezahlt, wurde die sogenannte Arzneimittelplattform eingerichtet. Diese soll KAGes-weit einheitliche Konditionen für den Arzneimiteleinkauf sicherstellen.



Die einzelnen Apothekenleitungen sind jeweils für die Einkaufsverhandlungen für den KAGes-Gesamtbedarf mit bestimmten, in regelmäßigen Abständen wechselnden Pharmafirmen verantwortlich und werden dabei von der OE Medizin- und Pflegemanagement (OE MPM) unter Einbindung der OE Zentraler Einkauf strategisch koordiniert.

Aufgaben und Funktionen der Arzneimittelplattform sind:

- Kostencontrolling
- Marktbeobachtung
- Preismonitoring
- Angebote und Konditionen
- Informationsverteilung
- Konsolidierung und Arzneimittelbericht

Bewilligung des zuständigen Sozialversicherungsträgers

Hinsichtlich der Bewilligungspflicht ambulanter medikamentöser Therapien durch den zuständigen Sozialversicherungsträger ist Folgendes festzuhalten:

- Grundsätzlich sind Leistungen für ambulant geführte Patienten mit den (Ambulanz-) Pauschalzahlungen der Sozialversicherungsträger abgegolten.
- Ambulante (tagesklinische) Verabreichungen können, insoweit sie unter die vorgenannte Sondervereinbarung Medikamente fallen, bei entsprechender

Indikation und/oder chefärztlicher Bewilligung mit dem zuständigen Krankenversicherungsträger rückverrechnet werden.

- Medikamente, die der Patient zu Hause selbst zu sich nehmen kann, werden mittels Kassenrezept verordnet (Sondereinbarung Rezepturbefugnis). Auch hier kann, je nach Medikament, die Einholung einer chefärztlichen Bewilligung erforderlich sein.

Die Sondereinbarung Medikamente bzw. die Rezepturbefugnis betreffen nahezu alle Univ. Kliniken am LKH-Univ. Klinikum Graz.

Diese Bewilligungsverfahren werden seitens der Ärzteschaft als bürokratisch empfunden und binden auch ärztliche Ressourcen, v. a. deshalb, weil ggf. mit dem chefärztlichen Dienst zur Erläuterung des Falles Rücksprache zu halten ist.

Hinzu kommen eigene formularunterstützte Prozesse für die Einzelfallgenehmigungsverfahren des Ärztlichen Direktors des LKH-Univ. Klinikums Graz für bestimmte von der Arzneimittelkommission festgelegte Arzneimittel wie auch beim Vorstand für bestimmte besonders teure Arzneimittel/Wirkstoffe seit 2017 (s. u.).

Dem durch diese Bewilligungsverfahren entstehenden bürokratischen Aufwand wird vom Ärztlichen Direktor entgegengehalten, dass am LKH-Univ. Klinikum Graz standardisierte Formulare verwendet sowie zur Entlastung des ärztlichen Dienstes Dokumentationsassistenten eingesetzt werden.

Einzelfallgenehmigungsverfahren (LKH-Univ. Klinikum Graz)

Am LKH-Univ. Klinikum Graz wurde bereits 2008 ein Einzelfallgenehmigungsverfahren eingeführt. Für bestimmte von der Arzneimittelkommission festgelegte Arzneimittel bzw. Indikationen (diese Liste wird regelmäßig aktualisiert und in der aktuellsten Fassung im Intranet bereitgestellt) muss vor der Verabreichung mittels eines dazu entworfenen Formulars eine Genehmigung des Ärztlichen Direktors eingeholt werden. Bei den rückverrechenbaren Medikamenten ist eine Antragstellung nur möglich, wenn zuvor eine Kostenübernahme vom zuständigen Sozialversicherungsträger abgelehnt wurde.

Dieses Prozedere ist vom Einzelfallgenehmigungsverfahren beim Vorstand zu unterscheiden, das davon unberührt ist.

Einzelfallgenehmigung beim Vorstand

2017 wurde für neue Wirkstoffe bzw. neue Indikationen bestehender Wirkstoffe (mit Therapiekosten von € 70.000,-- bis € 100.000,-- und mehr pro Patient und Jahr) die Einzelfallgenehmigung durch den Vorstandsvorsitzenden der KAGes eingeführt.

Ist der Einsatz eines derartigen Wirkstoffes medizinisch indiziert und wird eine Kostenübernahme vom zuständigen Krankenversicherungsträger abgelehnt, so sind die

Unterlagen (Krankengeschichte, Tumorboarddokumentation, Ablehnung durch den zuständigen Krankenversicherungsträger etc.) nach interner Filterung durch den Ärztlichen Direktor an den Vorstand zu übermitteln.

Auf Basis von grundlegenden Festlegungen des Medizinischen Innovationsboards (s. u.) und der Aufbereitung des Einzelfalles durch die OE MPM wird vom Vorstand entschieden, ob eine Behandlung (auf Kosten der KAGes) durchgeführt wird. Die Entscheidung inklusive ausführlicher Begründung ergeht schriftlich.

Medizinisches Innovationsboard (MIB)

2017 wurde im Zusammenhang mit der Arzneimittelgebarung in der KAGes das sogenannte „Medizinische Innovationsboard (MIB)“ auf Initiative des Vorstandes der KAGes eingerichtet.

Anlass war die Beantragung einer ca. 10%igen Überschreitung des Budgets für Medizinische Ge- und Verbrauchsmaterialien („Ärztliche Verantwortung“) gegenüber der Vorgabe im Rahmen des Wirtschaftsplanes 2017. Dies wurde insbesondere mit erwarteten Steigerungen bei den Medikamenten, fast ausschließlich in der Gruppe der Zytostatika/Immuntherapie, begründet.

Das MIB soll den Vorstand in seinen Entscheidungen unterstützen und bei den folgenden Themen beraten:

- Fragen, bei denen es um die Regeln für die Nutzenbewertung und finanzielle Bedeckung von medizinischen Verfahren, Methoden, Technologien und Sachmitteln auf Basis einer sicheren, effektiven, effizienten und gerechten Versorgung in den LKH der KAGes geht
- Optimierung der Entscheidungen für die Versorgung von Patienten aller Fachgebiete und Versorgungsstufen im Rahmen der finanziellen Vorgaben des Eigentümers
- Nachvollziehbare Begründungen und abgestimmte Kommunikationsstrategien/-inhalte für ein Commitment zwischen Eigentümer, Gesundheitspolitik, Patienten- und Interessensvertretungen
- Erstellung von Grundlagen für bundesländer- und trägerübergreifende Initiativen

Nach Angaben der KAGes stellt das MIB weder eine übergeordnete Arzneimittelkommission noch ein übergeordnetes Tumorboard dar. Es ersetzt weder die Arbeit der Tumorboards (individuelle Patientenentscheidungen) noch die Ergebnisse des Projektes „Medikamentöse Tumorthherapie“ (Behandlungspfade für ausgewählte Tumorentitäten). Auch über Produktpreiskonditionen oder finanzielle Bedeckungsalternativen gibt es aus dem MIB keine Vorschläge.

Das MIB tagt unter dem Vorsitz des Vorstandsvorsitzenden der KAGes. Vertreter folgender Bereiche sind in das MIB entsandt:

Ärztliche Direktionen, (Fach-)Ärzte (Onkologie, Hämatologie, Dermatologie, Gynäkologie, Pulmologie, Strahlentherapie, Interne Medizin, Kardiologie), Recht und Ethik, Krankenanstalten- und Sozialrecht, Apothekenleitungen, HTA-Experten, Statistik, Betriebsdirektionen, Einkauf.

Die bisher wichtigsten Ergebnisse bzw. Meilensteine werden von der KAGes wie folgt ausgeführt:

- Zur Klärung möglicher rechtlicher Implikationen zur Innovationssteuerung auf Basis von Kosten-Effektivitäts-Regeln wurde eine Frageliste von Rechtsexperten der KAGes erstellt, die mit externen Rechtsexperten bearbeitet wird.
- Durch die Einzelfallanträge an den Vorstand zur Genehmigung spezieller medikamentöser Tumorthapien bei verschiedenen Indikationen und durch deren Bearbeitung durch KMS und Beantwortung/Entscheidung wurden neue Erkenntnisse und Erfahrungen gewonnen.
- Arzneimittelzulassungen und signifikant bessere Studienergebnisse einer innovativen Therapie gegenüber der Standardtherapie sind in anderen Ländern (vgl. Deutschland) notwendige, aber keine ausreichenden Gründe für die Erstattung/finanzielle Bedeckung einer medikamentösen Therapie; dieses Prinzip soll auch in der KAGes angewendet werden.
- Der Zusatznutzen gemessen am Gewinn an medianer Überlebenszeit ist bei vielen innovativen medikamentösen Tumorthapien gering (weniger als drei Monate). Demgegenüber ergeben sich für Subgruppen in Studien (Biomarker, Geschlecht, Alter etc.) bei Nebenwirkungen und Lebensqualität in den Endpunkten deutlich größere Unterschiede zugunsten der innovativen Therapie.
- Im Rahmen der Bearbeitung der Einzelfallanträge wurden verschiedene internationale Ansätze zur klinischen (Zusatz-)Nutzenbewertung geprüft und angewendet. Diese wurden auch dem MIB berichtet, wobei von den Univ. Kliniken zum Verfahren der „European Society for Medical Oncology (ESMO)“ teilweise Konsens signalisiert wurde.
- Die neuen Immuntherapeutika liegen bei rund € 100.000,-- Jahrestherapiekosten pro Fall. Dies liegt zwischen einem und zwei Drittel über den Kosten der derzeit verwendeten Standard-Therapien. Die Preispolitik der pharmazeutischen Unternehmen ist in direkten Verhandlungen wenig flexibel. Selbst eine Ausschreibung (österreichweit) hat nicht die erhofften Ergebnisse gebracht. International (z. B. in England) gibt es Hinweise, dass Freigaben zur Erstattung an entsprechende Preisnachlässe geknüpft werden.
- Zu den „erstattungsfähigen“ Grenz- oder Schwellenwerten, d. h. bewilligbaren absoluten und/oder zusätzlichen Kosten von innovativen gegenüber Standard-Therapien, gibt es keine für die vorliegenden Zwecke geeigneten Routinen und

Erfahrungen, auch nicht im internationalen Kontext. Der in diesem Zusammenhang oft eingebrachte Ansatz der Kosten für "Quality-adjusted life years - QALYs" wird in der KAGes derzeit nicht eingesetzt bzw. weiterverfolgt. Überlegungen zu dieser Frage bedürfen noch weitergehender Analysen und Abstimmungen.

- Das bei den aktuell zur Entscheidung vorgelegten innovativen Medikamenten für die Tumorthapie nachgewiesene Kosten-Effektivitäts-Verhältnis wird bei vielen Medikamenten und Indikationen vom Vorstand der KAGes als unverhältnismäßig hoch im Vergleich zum finanziellen Bedarf für alle zu versorgenden Patienten aller Fachdisziplinen aller Versorgungsstufen in der KAGes angesehen (Versorgungsgerechtigkeit).

Beauftragung eines Beratungsunternehmens (LKH-Univ. Klinikum Graz)

Vom LKH-Univ. Klinikum Graz wurde (mit Zustimmung des KAGes-Vorstandes) ein Beratungsunternehmen beauftragt, um die Kostensteigerungen im Bereich der „Ärztlichen Verantwortung“ (hier sind die Medikamentenkosten enthalten) einzudämmen.

Das Beratungsunternehmen kommt monatlich ins Haus, führt Gespräche mit Medizern und erstellt Quartalsberichte. Die hauseigene Stabsstelle Controlling wie auch die dafür zuständigen Bereichsmanagements sind involviert. Die Quartalsberichte werden auch an KMS weitergeleitet, um ggf. auch Maßnahmen auf die gesamte KAGes auszurollen.

Der Mehrwert liegt darin, dass das Beratungsunternehmen auf eine (eigene) internationale Datenbank für Leistungen und Diagnosen von Universitätskliniken zurückgreifen kann; damit kann ein Benchmarking durchgeführt bzw. eine Orientierung daran auch klinikintern argumentiert werden. Durch entsprechende Maßnahmen (z. B. vermehrter Einsatz von Generica und Similars, zielgenaue Verwendung von Implantaten) konnten bisher gute Erfolge erzielt und Budgets eingehalten werden.

Die Kosten für das Beratungsunternehmen, so der Ärztliche Direktor des LKH-Univ. Klinikums Graz, werden bei weitem durch den dadurch lukrierten finanziellen Vorteil abgedeckt.

Zusammenfassend gelangt der LRH hinsichtlich der Chemo- und Immuntherapeutika zu folgenden Feststellungen:

- **Die Kosten für Arzneimittel nehmen in der KAGes mit rund € 100 Mio. p. a. eine bedeutende Budgetposition ein.**
- **Die jährlichen Steigerungen (Preis- und Mengeneffekte) der Kosten für Zytostatika und Immuntherapeutika nahmen von 2013 bis 2016 stark zu; die Steigerungsraten lagen deutlich über den jeweiligen Inflationsraten.**

- Die KAGes erklärt diese Entwicklung durch eine zunehmende Verabreichung besonders teurer Medikamente, v. a. bedingt durch Fallzahlsteigerungen, durch die Entwicklung neuer, teurer Wirkstoffe und durch Indikationsausweitungen bestehender Wirkstoffe.
- Innerhalb der KAGes wurden folgende Maßnahmen eingeleitet, um kosten-(steigerungs)dämpfende bzw. effektivitätssteigernde Wirkungen zu erzielen; dies wird vom LRH als positiv erachtet:
 - Die Einrichtung der Arzneimittelplattform bzw. die Optimierung des Einkaufs von Arzneimitteln wird als wirksame Maßnahme gesehen.
 - Mit der Ausarbeitung von KAGes-weiten Standards für die medikamentöse Tumorthherapie kann die Transparenz von Therapieentscheidungen und gleichzeitig die Versorgungsqualität in Bezug auf die Outcome-Faktoren verbessert und die Kosteneffizienz in der Behandlung gesteigert werden.
 - Darüber hinaus wurde 2017 in der KAGes das sogenannte „Medizinische Innovationsboard“ eingerichtet, das den Vorstand in seinen grundlegenden Entscheidungen zur Versorgungs- und Verteilungsgerechtigkeit unter Berücksichtigung von Kosten- und Effektivitätsüberlegungen unterstützen soll. Dies wird als wichtiger Schritt in Richtung (Zusatz-)Nutzenbewertung und finanzielle Bedeckung von medizinischen Methoden, Technologien und Sachmitteln auf Basis einer gesicherten, effektiven, effizienten und gerechten Versorgung in den LKH der KAGes gesehen.
 - Ab 2017 wurden besonders teure Anwendungen neuer bzw. bestehender Wirkstoffe einer Einzelfallgenehmigung durch den Vorstand auf Basis der Ergebnisse aus dem MIB unterworfen. Auch mit diesem Instrument werden Kosten und Effektivität der Behandlung in die Therapieüberlegungen miteinbezogen.
 - Am LKH-Univ. Klinikum Graz wurde darüber hinaus 2008 die Einzelfallgenehmigung durch den Ärztlichen Direktor für bestimmte von der Arzneimittelkommission festgelegte Arzneimittel eingeführt sowie ein externes Beratungsunternehmen mit der Unterstützung der Einhaltung des Budgets für die „Ärztliche Verantwortung“ betraut. Weiters werden drei „Study Nurses“ eingesetzt, um mehr Patienten in Studien unterzubringen und dadurch weitere Kostensteigerungen zu vermeiden.

Dazu werden vom LRH folgende Empfehlungen ausgesprochen:

- **Eingangs wird nochmals auf die Vorgaben des StKAG in § 62 für die auch zu diesem Zweck einzurichtenden Arzneimittelkommissionen verwiesen:**

Demnach darf die Auswahl der Arzneimittel für die Krankenanstalten und deren Aufnahme in die Arzneimittelliste nur nach den Grundsätzen und anerkannten Methoden der medizinischen und pharmazeutischen Wissenschaft erfolgen.

Bei der Erarbeitung von RL über die Beschaffung und den Umgang mit Arzneimitteln ist u. a. auch auf die Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit Bedacht zu nehmen.

- **Die o. a. Bestrebungen der KAGes (v. a. Optimierung des Einkaufs von Arzneimitteln, Ausarbeitung von Standards, Einzelfallprüfungen, grundlegende Überlegungen zu Kosten, Effektivität und Versorgungsgerechtigkeit) sind weiter zu verfolgen.**
- **Erkenntnisse aus der Beauftragung des Beratungsunternehmens am LKH-Univ. Klinikum Graz sind in allen KAGes-Standorten anzuwenden.**
- **Der generelle Umgang mit speziellen Einzelfällen, die Berücksichtigung von Kosten und Effektivität im Rahmen von Therapieentscheidungen und die finanzielle Bedeckung besonders teurer Therapien bedürfen einer bundesweiten Diskussion und Regelung. Dieses Thema ist daher von den Verantwortungsträgern (Gesundheitsplattform, Gesundheitsressort) an die Bundesebene heranzutragen und mit Nachdruck zu verfolgen.**

Stellungnahme des Landesrates Mag. Christopher Drexler:

Auf den Seiten [...] beschreibt der Rechnungshof sehr ausführlich die Maßnahmen, die seitens der KAGes unternommen wurden, um die steigenden Medikamentenkosten für Chemo- und Immuntherapien in Grenzen zu halten und damit dem Gebot der Sparsamkeit, Wirtschaftlichkeit und Zweckmäßigkeit nachzukommen.

Auf Seite [...] gibt der LRH die Empfehlung ab, dass „der generelle Umgang mit speziellen Einzelfällen, die Berücksichtigung von Kosten und Effektivität im Rahmen von Therapieentscheidungen und die finanzielle Bedeckung besonders teurer Therapien“ einer bundesweiten Diskussion und Regelung bedarf. Dieser Empfehlung des LRH wird zugestimmt und wird in diesem Zusammenhang erwähnt, dass auf Bundesebene bereits mehrere Arbeitsgruppen zu dieser Thematik eingerichtet wurden bzw. im Entstehen sind. Diesbezüglich ist auch auf einen Beschluss der

Landesgesundheitsreferentinnen- und Landesgesundheitsreferentenkonferenz von November 2017 zu verweisen.

5.2.2 Klinische Abteilung für Hämatologie

Die Klinische Abteilung für Hämatologie an der Univ. Klinik für Innere Medizin am LKH-Univ. Klinikum Graz (ONKZ) ist das Zentrum für die hämatologische Versorgung in der gesamten Steiermark.

Hier kommen v. a. Chemo- und Immuntherapien, in bestimmten Fällen auch Stammzellen- und Knochenmarktransplantationen, vorwiegend zur Bekämpfung bösartiger Neubildungen des lymphatischen, blutbildenden und verwandten Gewebes zum Einsatz. Ergänzt wird dieses Leistungsspektrum mit Schmerztherapien und unterstützenden Therapien (z. B. Behandlung von Übelkeit und Erbrechen).

Stellungnahme des Landesrates Mag. Christopher Drexler:

Auf den Seiten [...] beschreibt der LRH die räumliche, personelle und organisatorische Situation an der Klinische Abteilung für Hämatologie der Univ. Klinik für Innere Medizin am LKH-Univ. Klinikum Graz (UKIM). Vergleichbar der Univ. Klinik für Strahlentherapie werden auch dort steigende Patientinnen- und Patientenfrequenzen und eine angespannte Personalsituation beschrieben.

Eine Mangelsituation für das Sonderfach Innere Medizin und Hämatologie wurde bislang in der Art. 44-Kommission für ärztliche Ausbildung nicht angesprochen. Dieses Thema kann aber in einer der nächsten Sitzungen nachgefragt werden.

Ergänzend ist darauf hinzuweisen, dass es anders als bei der Strahlentherapie für hämato-onkologische Patientinnen und Patienten neben Graz zusätzlich zwei weitere Krankenanstalten (LKH Hochsteiermark und LKH Feldbach-Fürstenfeld) mit einem entsprechenden Therapieangebot gibt. Außerdem können unter Einhaltung der Strukturqualitätskriterien, wie sie in ÖSG 2017 und RSG-St 2025 definiert sind (siehe Pkt. 2.3.), weiterführende Therapien auch in assoziierten onkologischen Versorgungseinrichtungen durchgeführt werden.

Um grundsätzlich ein Tool zur Berechnung und zum Monitoring des Bedarfs an Ärztinnen und Ärzten für Allgemeinmedizin und Fachärztinnen sowie Fachärzten zu haben, wurde bereits im vergangenen Jahr seitens der GÖG ein Projekt gestartet, über welches mittels Simulationsrechnungen diese Thematik bearbeitet werden soll. Im ersten Schritt wird der Bedarf an Ärztinnen und Ärzten berechnet, nachfolgend soll das Tool aber auf alle Gesundheitsberufe ausgeweitet werden. Auf Basis der Simulationsdaten können dann bei Bedarf rechtzeitig entsprechende Steuerungsmaßnahmen eingeleitet werden.

Ambulanter Bereich

Der Ambulanzbereich der Klinischen Abteilung für Hämatologie ist in die folgenden drei Bereiche gegliedert:

- Allgemeine Hämatologische Ambulanz
- Ambulanz für Knochenmarktransplantationen (KMT)
- Hämostaseologische Ambulanz

Diese Ambulanzen sind als Bestellambulanzen eingerichtet, d. h., dass die Erstvorstellung und alle weiteren Kontakte der Patienten grundsätzlich nur nach vorheriger Terminvereinbarung möglich sind.

Die Ambulanz verfügt derzeit über drei Untersuchungs- bzw. Beratungsräume; in den Ambulanzräumlichkeiten sind sieben Therapieplätze vorhanden. Zusätzlich werden bei Bedarf Therapieplätze in der Gemeinsamen Einrichtung/Tagesklinik der Univ. Klinik für Innere Medizin in Anspruch genommen.

Beratungsgespräche und Untersuchungen werden in der Ambulanz durchgeführt, medikamentöse Behandlungsverfahren (Verabreichung von Chemo- und Immuntherapeutika sowie Blutderivaten) erfolgen tagesklinisch an den Therapieplätzen in der Ambulanz bzw. in der Gemeinsamen Einrichtung/Tagesklinik.

Auf der Homepage der Klinischen Abteilung für Hämatologie wird auf die vielfältigen Aufgaben der Ärzte (Patientenbetreuung, Lehre, Forschung, Fortbildung) und die räumlich beengte Situation hingewiesen. Deshalb sei es auch nicht möglich, Patienten außerhalb der vereinbarten Termine zu betreuen.

Ein zusätzlicher Notdienst kann, so die Leitung der Klinischen Abteilung, auf Grund der personellen Situation nicht eingerichtet werden. In Behandlung stehende Patienten können jedoch in Notfällen tagsüber die Ambulanz bzw. abends und an den Wochenenden den diensthabenden Arzt an der Bettenstation kontaktieren.

Stellungnahme des Landesrates Mag. Christopher Drexler:

[...]

Die hämatologische Ambulanz wird als Terminambulanz geführt, dennoch ist gewährleistet, dass Notfälle jederzeit – auch ohne Termin – versorgt werden. Dies geschieht in der Regelbetriebszeit vor allem in der hämatologischen Ambulanz, außerhalb der Regelbetriebszeit in der EBA (Erstuntersuchung-Beobachtung-Aufnahme), der Notfallambulanz der gesamten Inneren Medizin, welche sich mit der diensthabenden Fachärztin bzw. dem diensthabenden Facharzt für Hämatologie abstimmt.

Die Terminvergabe in der Bestellambulanz der Klinischen Abteilung für Hämatologie ist in einer eigenen SOP (RL 2001.9383 „Terminmanagement Ambulanz“) geregelt; es werden drei Möglichkeiten unterschieden:

- Termine für die Erstvorstellung sind ausnahmslos mittels Faxformular „Terminvereinbarung – Neuvorstellung“ durch den zuweisenden niedergelassenen (Fach-)Arzt zu vereinbaren; Überweisungsdiagnose und relevante Befunde sind beizulegen.

Diese Unterlagen werden vom Ambulanz-Oberarzt des Tages begutachtet; dieser entscheidet, ob die Klinische Abteilung für Hämatologie zuständig ist und der Patient im Einzugsgebiet liegt, und über die Dringlichkeit der Erstvorstellung, wobei in akuten Fällen Patienten auch unmittelbar eingeschoben werden.

In der Stellungnahme an den zuweisenden niedergelassenen (Fach-)Arzt werden zutreffendenfalls Termin und weitere erforderliche Untersuchungen (Sonographie, Röntgen, MR, CT, Labor, Echokardiographie, Spirometrie) bekannt gegeben; andernfalls (nur Patienten, deren Krankheitsbild ins Behandlungsspektrum der Spezialambulanz passen, können hier behandelt werden) erfolgt eine Zuweisung zu einem niedergelassenen Facharzt oder einer näher gelegenen, zur Behandlung geeigneten Einrichtung.

Der LRH regt an, die Erstvorstellung weiter zu entwickeln bzw. zu standardisieren: So könnte auf ein elektronisch ausfüllbares PDF-Formular umgestellt bzw. die Möglichkeit einer Erstanmeldung über eine Online-Erfassungsmaske geschaffen werden.

- Folgetermine werden im Rahmen einer ambulanten Untersuchung bzw. Behandlung mit dem behandelnden Arzt vereinbart.
- Termine für zum Zeitpunkt der Terminfestlegung stationäre Patienten (Vorstellung von der Station) werden vom behandelnden Arzt auf der Station vereinbart.

Klinikleitung und Bereichsmanagement geben an, dass mit dieser SOP das Auslangen gefunden wird; **eine Dokumentation von Wartezeiten bzw. ein Wartezeitenmanagement wird nicht betrieben.**

Terminauskünfte bzw. Terminverschiebungen sind ausschließlich von Montag bis Freitag von 07:30 Uhr bis 09:00 Uhr und von 13:30 Uhr bis 15:00 Uhr möglich; limitierte Zeitfenster für Terminauskünfte bzw. Terminverschiebungen waren aus organisatorischen Gründen notwendig und sind laut Bereichsmanagement am LKH-Univ. Klinikum Graz mittlerweile durchaus üblich.

Hinsichtlich der Kontinuität in der Behandlung wird in der Ambulanz der Klinischen Abteilung für Hämatologie versucht, die drei vorhandenen Kojen (Untersuchungs- und Beratungsräume) jeweils mit denselben zwei Ärzten zu betreiben. Jeder Patient wird einer der Kojen fix zugeteilt. So soll sichergestellt werden, dass der Patient immer von einem dieser beiden der Koje zugeteilten Ärzte betreut wird und damit eine arztbezogene Fallbegleitung erfolgt.

Eine Kontinuität in der Behandlung liegt im Interesse des Patienten und stellt ein Qualitätsmerkmal dar.

Im ambulanten Bereich wurden im betrachteten Zeitraum 2014 bis 2016 folgende Leistungsdaten dokumentiert:

	2014	2015	2016
Ambulante Patienten	3.478	3.476	3.465
Ambulante Frequenzen	14.793	15.440	14.838

Quelle: KAGes, Ambulante Leistungen 2014 bis 2016; aufbereitet durch den LRH

Dazu ist festzuhalten, dass diese Anzahl an ambulanten Frequenzen nur anwesende Patienten enthält. Die Anzahl der ambulanten Bewegungen umfasst auch Leistungen ohne Anwesenheit von Patienten, wie z. B. Fremdeinsendungen, Befunde/Begutachtungen, Konsilien etc., und war weitaus höher:

	2014	2015	2016
Ambulante Bewegungen	19.027	19.648	19.392

Quelle: LKH-Univ. Klinikum Graz, Bereichsmanagement 2, Ambulante Bewegungen Hämatologie 2011 bis 2016; aufbereitet durch den LRH

Ambulante Patienten der Klinischen Abteilung für Hämatologie werden (neben stationären Patienten) auch an der Gemeinsamen Einrichtung/Tagesklinik der übergeordneten Univ. Klinik für Innere Medizin betreut. Im betrachteten Zeitraum 2014 bis 2016 stellte sich dies wie folgt dar:

	2014	2015	2016
Ambulante Kurzbetreuung (ambulant)	403	295	418
Tagesklinische Behandlung (stationär)	102	127	710
Patientenanzahl in der Gemeinsamen Einrichtung/Tagesklinik	505	422	1.128

Quelle: LKH-Univ. Klinikum Graz, Bereichsmanagement 2, Patientenanzahl Hämatologie 2013 bis 2016 an der Gemeinsamen Einrichtung/Tagesklinik; aufbereitet durch den LRH

Anmerkung: Diese Patienten sind in den stationären wie auch ambulanten Leistungsdaten enthalten.

Rund 74,1 % der Patienten der Klinischen Abteilung für Hämatologie werden ambulant behandelt, die Tendenz ist steigend.

Dies kann zum Teil damit begründet werden, dass im Sinne einer Verbesserung der Lebensqualität der Patienten und in Entsprechung internationaler Entwicklungen die ambulante bzw. tagesklinische Behandlung von Patienten forciert wird.

Patienten, die entweder ambulant oder tagesklinisch versorgt werden, werden in der Ambulanz registriert. Falls erforderlich erfolgen eine Blutabnahme und Zuweisung zu weiteren diagnostischen Maßnahmen. Nach einem Arztgespräch folgt die Therapie in der Ambulanz oder an der Gemeinsamen Einrichtung/Tagesklinik. Die Leistungen werden der Klinischen Abteilung für Hämatologie zugerechnet.

Die Konstanz der Ambulanzdaten im Prüfzeitraum erklärt die Leitung der Klinischen Abteilung damit, dass mit den derzeit vorhandenen räumlichen und personellen Kapazitäten nicht mehr ambulante Patienten und Frequenzen bewältigt werden können; die Anzahl der vergebenen Termine musste daher limitiert werden. Trotz dieser Limitierung wird sichergestellt, dass alle Patienten einer Versorgung zugeführt werden.

Dies wird bspw. durch folgende Maßnahmen erreicht:

- Begutachtung der Zuweisung sowie ergänzender Unterlagen durch den Oberarzt des Tages (Triage); Patienten, für welche die Klinische Abteilung für Hämatologie fachlich oder örtlich nicht zuständig ist, werden anderen zur Behandlung geeigneten bzw. örtlich zuständigen Einrichtungen zugewiesen
- Terminoptimierung, z. B. enge Verschachtelung der Termine; Blutabnahme, Diagnostik, Arztgespräch und Therapie am selben Tag
- Zuweisung von Patienten zu Verlaufs- und Nachkontrollen zum Hausarzt oder niedergelassenen Facharzt, zur Verabreichung von Bluttransfusionen in andere Krankenanstalten

Eine Ausweitung der Ambulanzzeiten ist derzeit laut Leitung der Klinischen Abteilung nicht denkbar: Dies würde es erforderlich machen, dass neben einer Personalvermehrung (Ärzte, Pflege, Administration) auch andere OE Leistungen für die Klinische Abteilung für Hämatologie erbringen und dafür ihre Betriebszeiten ausdehnen müssten, so z. B. die Anstaltsapotheke, das Klinische Institut für medizinische und chemische Labordiagnostik sowie die Univ. Klinik für Blutgruppenserologie und Transfusionsmedizin.

Seitens der Klinischen Abteilung wird versucht, die vorhandenen Räumlichkeiten optimal zu nutzen. Der (baulich geschlossene) Übergang zur Univ. Klinik für Kinder- und Jugendheilkunde wurde im Erdgeschoß insofern adaptiert, als sich hier die Therapieplätze befinden.

Aus den Leistungsdaten ist abzuleiten, dass pro Arbeitstag rund 60 Patienten die Hämatologie-Ambulanz durchlaufen.

Der LRH hat im Rahmen einer Besichtigung festgestellt, dass die Wartebereiche für Untersuchungs- bzw. Beratungsgespräche und für Blutabnahmen voll ausgelastet waren. Diese beengte räumliche Situation und die hohe Patientenfrequenz an der Klinischen Abteilung für Hämatologie sind bereits seit Jahren bekannt.

Dazu führt der KAGes-Vorstand aus, dass bereits Ende 2011 mit einer Projektentwicklung betreffend die „Übersiedelung Erwachsene Hämatologie“ begonnen und nach möglichen Ersatzstandorten gesucht wurde. Im September 2014 wurde nach dem Hinweis auf die Dringlichkeit durch die Anstaltsleitung des LKH-Univ. Klinikums Graz dieses Vorhaben auch in das Projekt „LKH 2030“ aufgenommen. Im November 2015 erfolgte die Investitions- bzw. Budgetentscheidung zur Adaptierung der ehemaligen „Zahnklinik“; die Finanzierung müssen das Land bzw. der Gesundheitsfonds übernehmen, da bislang keine Bundesmittel lukriert werden konnten. Die endgültige Realisierungsentscheidung wurde erst im November 2016 getroffen.

Im Rahmen dieses Vorhabens werden seit Frühjahr 2017 die Räumlichkeiten der ehemaligen „Zahnklinik“ als Übergangslösung für den ambulanten Bereich der Klinischen Abteilung für Hämatologie adaptiert. Hierin sollen dann sechs Untersuchungszimmer für die Hämatologie und zwei Untersuchungszimmer für die KMT zur Verfügung stehen. Im August 2018 soll die Ambulanz dort ihren Betrieb aufnehmen. Klinikleitung und Bereichsmanagement erwarten, dass in der Folge mehr Patienten behandelt und Wartezeiten verkürzt werden können. Voraussetzung dafür ist jedoch, dass auch die beantragte Personalvermehrung genehmigt wird.

Stellungnahme des Landesrates Mag. Christopher Drexler:

Zu den Ausführungen auf Seite [...] betreffend Personalvermehrung kann festgehalten werden, dass die Freigabe für das Personal bereits vorzeitig gegeben wurde, sodass bei der Inbetriebnahme der neuen Räumlichkeiten das Personal bereits geschult ist.

Eine Erweiterung der Univ. Klinik für Innere Medizin und in der Folge eine direkte Anbindung der Klinischen Abteilung für Hämatologie an das Haupthaus in der KAGes wird erst langfristig (im Projekt „LKH 2030“) angedacht. Auch wird (im Projekt „LKH 2030“), so das zuständige Bereichsmanagement, im Rahmen des CCC Graz die Schaffung eines gemeinsamen onkologischen Tagesklinikzentrums für das gesamte Klinikum mit 60 Behandlungsplätzen überlegt.

Im Masterplan zur Umsetzung des RSG 2025 vom 25. September 2017 heißt es dazu: *„Hinsichtlich der vereinbarten Zusammenführung (nach Ausscheiden eines Klinischen Abteilungsleiters, auch räumlich) der Klinischen Abteilung für Onkologie und der*

Klinischen Abteilung für Hämatologie sind derzeit keine Maßnahmen geplant. Allfällige weitere Organisationsüberlegungen sind in Abhängigkeit zum Projekt LKH 2030 zu sehen.“

Stellungnahme des Landesrates Mag. Christopher Drexler:

Betreffend die bauliche Situation wird Folgendes angemerkt:

Die neue Ambulanz der Hämatologie wird durch Adaption der freigewordenen alten Zahnklinik mit August/September 2018 fertiggestellt sein. Die Funktion der bestehenden Hämatologieambulanz wird somit aus der beengten baulichen Struktur in ein neu adaptiertes Gebäude übersiedeln. Ein Flächenzugewinn von rund 400 m² Nutzfläche steht dann zur Verfügung.

Dies bedeutet, dass im derzeitigen Bestandsbereich der Hämatologie im Bereich der Kinderklinik ein weiterer Flächenzugewinn von rund 300 m² Nutzfläche verfügbar wird, welche für die Stationsverbesserung der bestehenden Hämatologiestation verwendet wird. Gemeinsam mit den Verantwortlichen vor Ort erfolgt eine Überarbeitung der Betriebsorganisation im betroffenen stationären Bereich sowie darauf aufbauend eine entsprechende bauliche Adaption. Hauptaugenmerk liegt dabei auf der wesentlichen Verbesserung des zentralen Mitarbeiterstützpunktes, der Medikamentenaufbereitung sowie der Erweiterung dringlicher Nebenraum- bzw. Lagerbereiche. Durch den Flächenzugewinn ist es möglich, alle derzeitigen funktionalen Schwierigkeiten auf der Station der Hämatologie zu lösen.

Ein Umbaubeginn samt umfassender vorbereitender organisatorischer Maßnahmen (Bauen bei laufendem Betrieb) ist samt den notwendigen Planungen mit Sommer 2019 vorabgestimmt.

Darüber hinaus ist im Programm LKH 2030 langfristig ein Neubau der gesamten Einrichtung für Hämatologie (Ambulanzen und Stationen) vorgesehen, wobei sich die geplante Baufläche im Nahebereich der Medizinischen Klinik befindet. Dies hätte längerfristig medizinisch-funktionale Synergien mit dem bestehenden Ensemble des LKH-Univ. Klinikums Graz.

Für den LRH ist dennoch nicht nachvollziehbar, warum sich die Umsetzung dieser von allen Seiten als dringend erachteten Entlastungsmaßnahmen so lange hinzieht und erst im Rahmen des Projektes „LKH 2030“ eine vollständige Erledigung finden soll.

Zur hohen Krankenhausinanspruchnahme hämatologischer Patienten insgesamt weist der KAGes-Vorstand darauf hin, dass die Behandlung dieser Patienten auf Grund der weiterentwickelten Behandlungsformen (oral statt intravenös) künftig nicht mehr primär

spitalskonzentriert erfolgen muss (vgl. hohen Anteil der ambulant behandelten Patienten) und eine Auslagerung in den extramuralen Bereich möglich wäre.

Stationärer Bereich

Der stationäre Bereich der Klinischen Abteilung für Hämatologie ist in folgende Bettenstationen unterteilt:

- Hämatologische Bettenstation
- KMT Bettenstation (inklusive Vor- und Nachsorge)

Primär wurden im betrachteten Zeitraum 2014 bis 2016 folgende Leistungsdaten (für Patienten mit onkologischer Hauptdiagnose C00-D48) dokumentiert:

	2014	2015	2016
Stationäre Patienten	1.201	1.032	952
<i>davon Hämatologische Bettenstation</i>	1.166	968	854
<i>davon KMT Bettenstation</i>	35	64	98
Belagstage	10.604	9.492	9.644
<i>davon Hämatologische Bettenstation</i>	9.196	7.302	6.806
<i>davon KMT Bettenstation</i>	1.408	2.190	2.838
	2014	2015	2016
Pflegetage	11.805	10.524	10.596
<i>davon Hämatologische Bettenstation</i>	10.362	8.270	7.660
<i>davon KMT Bettenstation</i>	1.443	2.254	2.936
Verweildauer (BT)	8,83	9,20	10,13
<i>davon Hämatologische Bettenstation</i>	7,89	7,54	7,97
<i>davon KMT Bettenstation</i>	40,23	34,22	28,96
MEL	7.373	7.897	6.956
<i>davon Hämatologische Bettenstation</i>	5.740	5.703	4.583
<i>davon KMT Bettenstation</i>	1.633	2.194	2.373

Quelle: KAGes, Stationäre Leistungen für Fälle mit onkologischer Hauptdiagnose 2011 bis 2016 der Klinischen Abteilung für Hämatologie; aufbereitet durch den LRH

Die Strukturdaten stellten sich für denselben Zeitraum (für alle Patienten der Klinischen Abteilung für Hämatologie) laut KAGES wie folgt dar:

	2014	2015	2016
Systematisierte Betten	34	35	34
davon Hämatologische Bettenstation	28	26	20
davon KMT Bettenstation	6	9	14
Tatsächliche Betten	34	35	34
davon Hämatologische Bettenstation	28	26	24
davon KMT Bettenstation	6	9	10
Auslastung			
davon Hämatologische Bettenstation	102,89 %	94,32 %	94,27 %
davon KMT Bettenstation	64,93 %	84,93 %	88,20 %

Quelle: KAGES, Stationäre Leistungen für alle Fälle 2011 bis 2016 der Klinischen Abteilung für Hämatologie

An der Klinischen Abteilung für Hämatologie wurden 2014 bis 2016 p. a. durchschnittlich 1.062 Patienten mit onkologischer Hauptdiagnose stationär behandelt; das sind rund 87,8 % der insgesamt stationär behandelten Patienten. Bei den verbleibenden rund 12,2 % der Patienten, so die Leitung der Klinischen Abteilung, handelt es sich um Fälle, die mit Komplikationen (z. B. Fieber, Organversagen) oder zur Folgetherapie aufgenommen wurden.

Wegen der limitierten Bettenanzahl müssen hämatologische Patienten mit Komplikationen bzw. zur stationären Folgetherapie entsprechend der medizinischen Notwendigkeit zum Teil an anderen internistischen Abteilungen oder in anderen wohnortnahen Krankenanstalten versorgt werden.

Fallweise werden (neben ambulanten) auch stationäre Patienten der Klinischen Abteilung für Hämatologie an der Gemeinsamen Einrichtung/Tagesklinik der übergeordneten Univ. Klinik für Innere Medizin (siehe Tabelle oben) betreut.

An den stationären Patienten mit onkologischer Hauptdiagnose wurden durchschnittlich rund 2.067 MEL erbracht. Die Verweildauer bewegte sich auf der Hämatologischen Bettenstation zwischen 7,5 und 8,0 Tagen, auf der KMT Bettenstation zwischen 29,0 und 40,2 Tagen. Die Auslastung lag zwischen 94,3 % und 102,9 % auf der Hämatologischen Bettenstation und zwischen 64,9 % und 88,2 % auf der KMT Bettenstation.

Die Auslastung auf der Hämatologischen Bettenstation lag deutlich über der idealtypischen Soll-Auslastung von 85 %; dies bestätigt den seitens der Klinikleitung berichteten Bettenmangel. Die Auslastung auf der KMT-Bettenstation (Isolierzimmer inklusive Vor- und Nachsorgebetten) liegt rein rechnerisch im Bereich der Soll-Auslastung von 85 %.

Allerdings ist es in zunehmendem Maße erforderlich, in Zweibett-Zimmern ein Bett zu sperren, wenn ein Patient mit multiresistentem Keim entweder kolonisiert oder an diesem erkrankt und daher zu isolieren ist. Eine dem LRH übermittelte Statistik für 2015 bis 2017 zeigt, dass aus diesen Gründen rund 15 % Bettensperrtage in zwei bis drei Monaten im Jahr erforderlich waren.

Zum 1. Jänner 2013 wurde für die Klinische Abteilung für Hämatologie folgender Bettenstand beantragt und von der Sanitätsbehörde mittels Bescheid erlassen:

- 34 systemisierte Betten, davon 26 AKL und acht SKL
 - davon sechs KMT-Betten
 - davon acht Vor- und Nachsorgebetten

Erst im Jahr 2015 konnten vier der damaligen 28 Betten der Hämatologischen Bettenstation als Vor- und Nachsorgebetten (für die KMT-Bettenstation) umgewidmet werden.

Der LRH stellt fest, dass an der Klinischen Abteilung für Hämatologie zur Umsetzung des sanitätsbehördlichen Bescheides bzw. Erfüllung der ÖSG-Strukturqualitätskriterien somit noch vier Vor- und Nachsorgebetten für die KMT-Bettenstation fehlen.

Darüber hinaus geben Leitung der Klinischen Abteilung und Bereichsmanagement an, dass nach neuesten Berechnungen an der hämatologischen Bettenstation rund 48 Betten benötigt würden, davon sechs KMT-Betten sowie acht Vor- und Nachsorgebetten.

Der RSG-St 2025 plant die Anzahl der Betten lediglich auf Ebene der Haupt- bzw. Sonderfächer; eine Aufteilung auf die Klinischen Abteilungen am Standort LKH-Univ. Klinikum Graz wird nicht vorgenommen. Für die Innere Medizin am LKH-Univ. Klinikum Graz ist im Vergleich zu 2014 eine Reduktion um zwei Planbetten auf insgesamt 276 vorgesehen.

Stellungnahme des Landesrates Mag. Christopher Drexler:

Zu den Ausführungen auf Seite [...] betreffend Bettenbedarf wird angemerkt, dass der RSG die Bettenanzahl auf Ebene der Klinik plant. Eine Unterteilung auf Klinische Abteilungen obliegt der Rechtsträgerin. Erst dann kann die Bettenanzahl für die Hämatologie festgelegt werden. Dies betrifft auch die angesprochene lt. RSG-St 2025 geplante Bettenreduktion an der UKIM⁷ um 2 Betten mit Planungshorizont 2025 im Vergleich zum Ist 2014.

⁷ Univ. Klinik für Innere Medizin

Aus der Besichtigung ergeben sich folgende Feststellungen des LRH:

- Die räumliche Situation an der Hämatologie-Bettenstation ist ebenso beengt wie im Ambulanzbereich.
- Den Patienten werden Infusionen auch am Gang verabreicht.
- Ärzte, Pflege und Administration müssen sich den Stationsstützpunkt teilen, lediglich der Oberarzt des Tages kann ein kleines Büro nutzen.
- Der Verbindungsgang zur Univ. Klinik für Kinder- und Jugendheilkunde wird als Lager- und Stauraum verwendet.
- Für die Endfertigung der rund 90 (hochtoxischen) Infusionen pro Tag gibt es lediglich einen kleinen Raum; dies erscheint aus ablauforganisatorischer Sicht und Risikogesichtspunkten suboptimal.
- Patienten in immunsupprimiertem und/oder lebensbedrohlichem Zustand (z. B. auch KMT-Patienten) müssen mit dem Rettungswagen in die Intensivstation des Haupthauses der Univ. Klinik für Innere Medizin transportiert werden.

Die geplante Übersiedelung der Ambulanz in die ehemalige „Zahnklinik“ im August 2018 sollte eine leichte Entlastung bringen, da dadurch für die stationäre Versorgung dringend notwendiger Raum geschaffen werden kann. **Am bestehenden Bettenmehrbedarf wird sich dadurch jedoch nichts ändern.**

Der LRH empfiehlt den Verantwortungsträgern (KAGes, Gesundheitsressort, Gesundheitsfonds)

- die Erweiterung der räumlichen Kapazitäten im ambulanten und im stationären Bereich,
- die Sicherstellung der dafür erforderlichen Finanzierung; in diesem Zusammenhang ist auch der Bund zur Mitfinanzierung der Universitätsstandorte in die Pflicht zu nehmen,
- die Schaffung der strukturellen Voraussetzungen, sodass ein größerer Anteil der Patienten auch im extramuralen Bereich bzw. in alternativen Versorgungsmodellen versorgt werden kann,
- eine bauliche Anbindung an das Haupthaus der Univ. Klinik für Innere Medizin zur Nutzung gemeinsamer Einrichtungen, zur Optimierung organisatorischer Abläufe und um eine räumliche Nähe zur Intensivstation herzustellen,
- in diesem Zusammenhang die Umsetzung der vereinbarten Zusammenfassung der Klinischen Abteilung für Hämatologie und der Klinischen Abteilung für Onkologie und
- die Evaluierung der gesamten Bettenanzahl auf Ebene der Univ. Klinik für Innere Medizin und Neuverteilung auf die Klinischen Abteilungen bzw. gemeinsamen Einrichtungen.

Personal

Den Stellenplänen zufolge waren im betrachteten Zeitraum 2014 bis 2016 die vorhandenen insgesamt rund 17,5 ärztlichen Dienstposten weitgehend besetzt.

Von der Leitung der Klinischen Abteilung wird jedoch auf folgende Problembereiche hingewiesen:

- Der Klinischen Abteilung für Hämatologie sind Landes- wie auch MUG-Ärzte zugeteilt. In der Folge gibt es zwei verschiedene Dienstrechte, freie Stellenanteile können daher nicht kombiniert werden. MUG-Fachärzte sollen 30% ihrer Arbeitszeit für Forschung und Lehre verwenden und stehen in dieser Zeit für die Patientenversorgung nicht zur Verfügung.
- Auf dem Arbeitsmarkt finden sich kaum ausgebildete Hämatologen; der zusätzliche Ärztebedarf muss daher mit selbst auszubildenden Fachärzten gedeckt werden.
- Das Fach leidet unter mangelnder Attraktivität; dies ist auf seine Komplexität, auf den permanenten Umgang mit schwerkranken und vital-bedrohten Patienten bzw. auf im Vergleich zu anderen Fächern eingeschränkte Verdienstmöglichkeiten (z. B. hinsichtlich Niederlassungsmöglichkeit, Lukrierung von überdurchschnittlichen Sondergebühren) zurückzuführen.
- Fachärzte in Ausbildung (Assistenzärzte) scheinen zwar in den Stellenplänen als Ärzte der Klinischen Abteilung auf. Nach einer ersten sechsmonatigen Phase an der Abteilung müssen die Fachärzte in Ausbildung jedoch für 1,5 Jahre an anderen Kliniken rotieren, erst dann beginnt die Ausbildung im engeren Sinn. Die in Rotation befindlichen Assistenzärzte stehen der Klinischen Abteilung zur Patientenversorgung nicht zur Verfügung.
- Die Lage wird sich aus mehreren Gründen verschärfen:
 - In den nächsten fünf bis zehn Jahren stehen einige Pensionierungen an, die dadurch frei werdenden Stellen sind (nur schwer) nachzubeseetzen.
 - Die „future demands Studie“ der Österreichischen Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie prognostiziert für die nächsten Jahre einen zusätzlichen Bedarf an Hämatologen und Onkologen.
 - Für den notwendigen Ausbau der ambulanten wie auch stationären Versorgungskapazitäten sind weitere Hämatologen erforderlich.

Der LRH stellt fest, dass durch die derzeitigen Rahmenbedingungen (KA-AZG, Ausbildungsordnung, Attraktivität) ein Fachärztemangel entsteht.

Der LRH empfiehlt der Gesundheitsplattform Steiermark, der Ärztekammer Österreich und den Krankenanstaltenträgern, unverzüglich Gegenmaßnahmen zu setzen, um für diesen sensiblen Bereich eine ausreichende Anzahl an Fachärzten sicherzustellen.

Betreffend die nicht-ärztlichen Berufsgruppen (Pflege, Verwaltung, Medizin-Technische Dienste etc.) wurde dem LRH kein Stellenplan vorgelegt bzw. seitens der Klinischen Abteilung für Hämatologie dazu keine Aussage getätigt.

Der LRH empfiehlt, auch die personelle Bedeckung im nicht-ärztlichen Bereich zu beobachten und erforderlichenfalls zu evaluieren.

Stellungnahme des Landesrates Mag. Christopher Drexler:

Zu den Ausführungen auf Seite [...], dass für nicht-ärztliche Berufsgruppen kein Stellenplan vorgelegt wurde, wird seitens der KAGes angemerkt, dass das nicht-ärztliche Personal weder in der Vorbesprechung noch im Vor-Ort-Termin dezidiert angesprochen wurde. Daher wurden die Daten nur für das ärztliche Personal übermittelt. Die Informationen über das nicht-ärztliche Personal kann die KAGes auf Wunsch jederzeit übermitteln.

Replik des Landesrechnungshofes:

Der LRH hält fest, dass im Rahmen des Fragenkataloges vom 30. Oktober 2017 der Stellenplan für die Klinische Abteilung für Hämatologie angefordert wurde; dazu zählen alle Berufsgruppen.

Qualitätsmanagement

Derzeit wird die Klinische Abteilung für Hämatologie mit Unterstützung einer externen Begleitung reorganisiert. In diesem Rahmen wird seit November 2015 eine ISO-Zertifizierung vorbereitet. Ausschlaggebend für dieses Vorhaben waren u. a. der intensive Betrieb (Anzahl der Patienten bzw. Frequenzen), die risikobehaftete Betreuung onkologischer Patienten und die Komplexität des Faches sowie die beengte räumliche Situation.

Der LRH begrüßt diese Entscheidung; mit der Zertifizierung soll die Qualität der Ergebnisse, Strukturen und Prozesse an der Klinischen Abteilung für Hämatologie innerhalb der derzeitigen Rahmenbedingungen optimiert werden.

Der LRH weist allerdings darauf hin, dass Qualitätsmanagement kein Selbstzweck ist. Um den erforderlichen Ressourcenaufwand an finanziellen Mitteln und Personal zu rechtfertigen, sind bei derartigen Projekten entsprechende Qualitätsverbesserungen zu generieren.

Wartezeiten

Wie bereits o. a. führt die Klinische Abteilung für Hämatologie für den ambulanten Bereich keine Wartelisten bzw. betreibt kein Wartezeitenmanagement. Wartezeiten sind erforderlichenfalls ex post aus dem jeweiligen Patientenakt zu erheben.

Die Leitung der Klinischen Abteilung gab an, dass dringende Fälle den (ambulanten) Erstvorstellungstermin innerhalb von ein bis drei Tagen erhalten, nicht dringliche Fälle hingegen bis maximal zwei Wochen warten müssen. Letztlich wird dies vom Oberarzt des Tages im Einzelfall entschieden.

Der LRH hat eine Zufallsstichprobe aus 2015, 2016 und 2017 gezogen. Die Überprüfung bestätigt im Wesentlichen die Aussagen der Klinischen Abteilung. Für eine Erstvorstellung betrug die Wartezeit im Jahr 2017 in der Mehrzahl der Fälle rund zwei Wochen, 2015 und 2016 etwas mehr. Akutfälle wurden im gesamten Zeitraum sofort behandelt.

Stationäre Auf- bzw. Übernahmen erfolgen je nach Dringlichkeit und Bettenkapazität. An der allgemeinen hämatologischen Bettenstation befindet sich eine SOP zum Thema Bettenmanagement in Vorbereitung; in openMEDOCS gibt es eine Warteliste für stationäre Betten.

Die Reihenfolge der Aufnahme in die KMT-Bettenstation wird in Abhängigkeit von der medizinischen Dringlichkeit bzw. dem Vorliegen eines geeigneten Stammzellenspenders festgelegt.

Als primäre Ursache für Terminverzögerungen im ambulanten wie auch im stationären Bereich gibt die Leitung der Klinischen Abteilung die beschränkten räumlichen und personellen Kapazitäten an. Aus diesem Grund muss im Ambulanzbereich die Anzahl der Patienten pro Tag begrenzt werden.

Dokumentation und Management von Wartelisten in der Form, wie sie an der Univ. Klinik für Strahlentherapie-Radioonkologie praktiziert werden, wären auch für die Klinische Abteilung für Hämatologie hilfreich, um die Auswirkungen der knappen räumlichen und personellen Ressourcen in Form von Wartezeiten zu belegen.

Der LRH empfiehlt daher, die Einführung eines solchen Wartezeitenmanagements in Betracht zu ziehen.

Das Projekt „Wartezeiten-Monitoring“, betrieben durch KMS, ist dem zuständigen Bereichsmanagement bekannt; bislang ist jedoch nicht angedacht, dieses Projekt auch auf die Klinische Abteilung für Hämatologie auszudehnen, da es in der derzeitigen Ausgestaltung nicht dazu geeignet erscheint, hier einen signifikanten Mehrwert zu generieren.

Limitierung der Therapien

Als mittlerweile sehr problematisch wird seitens der Leitung der Klinischen Abteilung eine zunehmende Limitierung der medikamentösen Therapien angesehen, die sich z. B. durch die Standardisierung von Behandlungspfaden, die Bewilligungspflicht durch den chefärztlichen Dienst des zuständigen Krankenversicherungsträgers oder die Einzelfallgenehmigungspflicht durch den Ärztlichen Direktor bzw. den Vorstand äußert.

Der LRH verweist hierzu auf seine Ausführungen im Kapitel 5.2.1 „Überblick“.

5.2.3 Klinische Abteilung für Onkologie

Die Klinische Abteilung für Onkologie an der Univ. Klinik für Innere Medizin am LKH-Univ. Klinikum Graz (ONKZ) ist das Zentrum für die internistische onkologische Versorgung in der gesamten Steiermark.

Hier kommen v. a. Chemo- und Immuntherapien, bei bestimmten Tumorarten auch Hormontherapien zur Bekämpfung von bösartigen Neubildungen zum Einsatz. Ergänzt wird dieses Spektrum mit Schmerztherapien und unterstützenden Therapien (z. B. Behandlung von Übelkeit und Erbrechen, Behandlung von Blutarmut, Gegenmaßnahmen bei verminderter Anzahl weißer Blutkörperchen).

Stellungnahme des Landesrates Mag. Christopher Drexler:

Für die Klinische Abteilung für Onkologie an der UKIM wurden seitens des LRH ebenfalls die Problembereiche räumliche Situation, keine Dezentralisierung von Leistungen an andere geeignete Einrichtungen, befürchteter Fachärztemangel in Zukunft artikuliert.

Es gilt auch in diesem Bereich, dass die räumliche Zuteilung und Bettenaufteilung der Rechtsträgerin obliegt.

Unter Einhaltung der Strukturqualitätskriterien, wie im ÖSG 2017 und RSG-St 2025 definiert (siehe auch Kapitel 2.3), können weiterführende Therapien auch in definierten anderen Krankenanstalten durchgeführt werden. Dahingehende Überlegungen werden im Lichte einer abgestuften Versorgung lt. ÖSG 2017 auch im RSG-St 2025 aufgenommen.

Ambulanter Bereich

Die Ambulanz der Klinischen Abteilung für Onkologie ist als Bestellambulanz eingerichtet, d. h., dass das Erstgespräch und alle weiteren Kontakte der Patienten mit der Ambulanz grundsätzlich nur nach vorheriger Terminvereinbarung möglich sind.

Die Onkologie-Ambulanz verfügt derzeit über fünf Untersuchungs- bzw. Beratungsräume; in den Ambulanzräumlichkeiten sind sechs Therapieplätze vorhanden. Zusätzlich werden bei Bedarf Therapieplätze in der Gemeinsamen Einrichtung/Tagesklinik in Anspruch genommen.

Beratungsgespräche und Untersuchungen werden in der Ambulanz durchgeführt, medikamentöse Behandlungsverfahren (Verabreichung von Chemo- und Immuntherapeutika) erfolgen tagesklinisch an den Therapieplätzen in der Ambulanz bzw. in der Gemeinsamen Einrichtung/Tagesklinik der Univ. Klinik für Innere Medizin.

Ein eigener Notdienst ist nicht eingerichtet. In Behandlung stehende Patienten kontaktieren in Notfällen zu den Ambulanzzeiten die Ambulanz bzw. außerhalb der Ambulanzzeiten die Bettenstation.

Die Terminvereinbarung erfolgt in der Regel nach der Vorstellung des Patienten im Tumorboard und die Festlegung der zeitlichen Vorgabe nach Dringlichkeit durch den dafür eingeteilten Facharzt für Hämato-Onkologie unter Berücksichtigung der geübten Praxis bzw. Empfehlungen der Literatur. Vorstellungen außerhalb der Tumorboards erfolgen schriftlich und werden von dem dafür eingeteilten Ambulanzoberarzt des Tages beurteilt.

Prinzipiell ist die Klinische Abteilung für Onkologie bestrebt, eine medizinisch indizierte Tumorthherapie zeitgerecht einzuleiten. Die Therapie richtet sich nach der zugrunde liegenden Erkrankung, dem Abstand zu einer stattgefundenen Operation, dem Allgemeinzustand und, sofern medizinisch vertretbar, auch nach den Wünschen der Patienten.

Das Termintelefon ist ausschließlich von Montag bis Freitag von 14:30 Uhr bis 15:45 Uhr besetzt; limitierte Zeitfenster für Terminauskünfte bzw. Terminverschiebungen waren aus organisatorischen Gründen notwendig und sind am LKH-Univ. Klinikum Graz mittlerweile durchaus üblich.

Ein Oberarzt ist ausschließlich mit der Triage der eingehenden Anfragen bzw. den Befundungen/Begutachtungen beschäftigt. Allfällige Engpässe werden erforderlichenfalls durch das Aufschieben anderer Aufgaben (z. B. Forschung) sowie durch Priorisierung und Triage – dabei werden weniger akute Fälle nach hinten verschoben – kompensiert.

An der Klinischen Abteilung für Hämatologie hat sich das dort eingeführte Terminmanagement (Erstvorstellung ausnahmslos nach Anmeldung via Formular, Vereinbarung von Folgeterminen im Rahmen eines ambulanten Termins oder eines stationären Aufenthaltes) bewährt.

Der LRH empfiehlt, die Übernahme des Terminmanagements der Klinischen Abteilung für Hämatologie in Betracht zu ziehen.

Stellungnahme des Landesrates Mag. Christopher Drexler:

Zur Empfehlung auf Seite [...] zur Übernahme des Terminmanagements der Klinischen Abteilung für Hämatologie wird Folgendes mitgeteilt:

Der Vorschlag des LRH geht nicht auf den Umstand ein, dass die klinische Abteilung für Onkologie bereits seit vielen Jahren in einem Computersubsystem über ein ausgefeiltes elektronisches Termin- und Verwaltungssystem für das Patientenmanagement verfügt und damit mit deutlich besseren Ressourcen zur Terminplanung und zeitlich abgestimmten Einberufung von Patientinnen und Patienten ausgerüstet ist. Damit würde die alleinige Umstellung der Terminplanung für Patientinnen und Patienten auf ausnahmslos schriftliche Anmeldung via Formular einen Rückschritt und Qualitätsverlust darstellen.

Zusätzlich verfügt die klinische Abteilung für Onkologie über einen „Oberärztin bzw. Oberarzt vom Tag“, welcher flexibel sowohl telefonisch als auch schriftlich Anfragen und Vorstellungen der neuen Patientinnen und Patienten bearbeitet. Als weitere wichtige Säule gibt es auch die unmittelbare Terminzuteilung an neue Patientinnen und Patienten über die Vielzahl von Tumorboards, welche insbesondere in der Abschätzung der Dringlichkeit von Terminen äußerst relevant und effektiv sind.

Replik des Landesrechnungshofes:

Der LRH wurde über die Existenz eines „ausgefeilten elektronischen Termin- und Verwaltungssystem für das Patientenmanagement“ in dieser Dimension nicht informiert; selbstverständlich bleibt es der Klinischen Abteilung unbenommen, das bewährte System weiterzuführen.

Hinsichtlich der Kontinuität der Behandlung wird in der Onkologie-Ambulanz danach gestrebt, die vorhandenen Kojen (Untersuchungs- und Beratungsräume) immer mit denselben drei bis vier Ärzten zu betreiben. Jeder Patient wird nach Möglichkeit bei jedem Besuch derselben Koje zugeteilt. In der Folge sollte der Patient immer einem der drei bis vier selben Ärzten vorgestellt werden, also eine arztbezogene Fallbegleitung erfolgen. KA-AZG, EBA⁸-Dienste, Intensiv-Dienste, Fluktuation, Rotation im Rahmen der Ausbildung, Fortbildungsveranstaltungen etc. erschweren diese Kontinuität jedoch.

Der LRH weist nochmals darauf hin, dass eine Kontinuität in der Behandlung im Interesse des Patienten liegt und ein Qualitätsmerkmal darstellt.

⁸ Die EBA (Notfallaufnahme am LKH-Univ. Klinikum Graz; EBA steht für Erstuntersuchung-Beobachtung-Aufnahme) ist zuständig für die Erstversorgung von Notfallpatienten aus den Bereichen Innere Medizin, Neurologie und Radiologie.

Stellungnahme des Landesrates Mag. Christopher Drexler:

Zu den Ausführungen auf Seite [...], dass eine Kontinuität in der Behandlung im Interesse der Patientin sowie des Patienten liegt und ein Qualitätsmerkmal darstellt, wird festgehalten, dass die kontinuierliche ärztliche Betreuung ein großes Anliegen der klinischen Abteilung für Onkologie darstellt. Durch eine ausgefeilte Monatseinteilung der Ärztinnen sowie Ärzte in der Ambulanz und Station wird ein besonderes Augenmerk auf die kontinuierliche Patientenbetreuung unter den gegebenen Rahmenbedingungen des Krankenanstalten-Arbeitszeitgesetzes (KA-AZG), der Diensträder-Rotation sowie Ausbildungs- und Fortbildungs-Notwendigkeiten gelegt. Mit der Einteilung eines Ärzteteams von drei Ärztinnen und Ärzten pro Kojen in der Ambulanz sowie zwei Oberärztinnen und -ärzten und zwei Assistenz-Ärztinnen sowie -Ärzten auf der Station wird diesen komplexen Anforderungen Rechnung getragen.

Im ambulanten Bereich wurden an der Klinischen Abteilung für Onkologie im betrachteten Zeitraum 2014 bis 2016 folgende Leistungsdaten dokumentiert:

	2014	2015	2016
Ambulante Patienten	4.250	4.232	4.317
Ambulante Frequenzen	18.569	19.842	20.243

Quelle: KAGes, Ambulante Leistungen 2014 bis 2016; aufbereitet durch den LRH

Der LRH stellt fest, dass sich bei den ambulanten Patienten (+ 1,6 %) und den ambulanten Frequenzen (+ 9,0 %) eine steigende Tendenz zeigt. Dieser Trend entspricht auch der epidemiologischen Entwicklung (vgl. Kapitel 3 „Empirischer Überblick“). Einfache Therapien könnten auch anderweitig verabreicht werden, z. B. in peripheren Spitälern. Die Leitung der Klinischen Abteilung ortet jedoch den Trend, dass die Patientenströme zu den Zentren tendieren.

Stellungnahme des Landesrates Mag. Christopher Drexler:

Zu den Ausführungen auf Seite [...] betreffend die steigende Tendenz bei ambulanten Patientinnen und Patienten sowie Frequenzen ist anzumerken, dass die KAGes sich dieser Entwicklung bewusst ist und dringenden Handlungsbedarf in der räumlichen und personellen Ausstattung in der Ambulanz sieht. Eine mögliche mittelfristige Lösung bestünde in der Schaffung einer zentralen Zytostatika/ Therapieverabreichungseinheit im Rahmen des CCC.

Hinsichtlich der Arbeitsweise ist hervorzuheben, dass im Sinne einer Verbesserung der Lebensqualität der Patienten und in Entsprechung internationaler Entwicklungen die ambulante bzw. tagesklinische Behandlung von Patienten forciert wird.

Der Blick auf die Leistungsdaten zeigt, dass rund 73,0 % der Patienten der Klinischen Abteilung für Onkologie ambulant behandelt werden.

Bezüglich der Leistungsdaten gilt es zu berücksichtigen, dass die Behandlungsmöglichkeiten im Vergleich zu früher besser sind, der Zeitaufwand je Patient jedoch hoch ist. Für eine Neuvorstellung sind rund 40 Minuten, für eine Wiederbestellung rund 20 Minuten zu veranschlagen.

Weiters umfasst die o. a. Anzahl an ambulanten Frequenzen nur anwesende Patienten. Die Anzahl der ambulanten Bewegungen umfasst auch Leistungen ohne Anwesenheit von Patienten, wie z. B. Fremdeinsendungen, Befunde/Begutachtungen oder Konsilien, und war weitaus höher:

	2014	2015	2016
Ambulante Bewegungen	21.187	22.201	23.029

Quelle: LKH-Univ. Klinikum Graz, Bereichsmanagement 2, Ambulante Bewegungen Onkologie 2011 bis 2016; aufbereitet durch den LRH

Ambulante Patienten der Klinischen Abteilung für Onkologie werden (neben stationären Patienten) auch an der Gemeinsamen Einrichtung/Tagesklinik der übergeordneten Univ. Klinik für Innere Medizin betreut.

Im betrachteten Zeitraum 2014 bis 2016 stellte sich dies wie folgt dar:

	2014	2015	2016
Ambulante Kurzbetreuung (ambulant)	1.453	2.167	2.212
Tagesklinische Behandlung (stationär)	93	124	230
Patientenanzahl in der Gemeinsamen Einrichtung/Tagesklinik	1.546	2.291	2.442

Quelle: LKH-Univ. Klinikum Graz, Bereichsmanagement 2, Patientenanzahl Onkologie 2014 bis 2016 an der Gemeinsamen Einrichtung/Tagesklinik; aufbereitet durch den LRH

Die Nutzung von Behandlungsplätzen an der Gemeinsamen Einrichtung/Tagesklinik stellt für die Klinische Abteilung für Onkologie eine Entlastung dar; ohne diese wäre kein Auslangen zu finden.

Die Leitung der Klinischen Abteilung gibt an, dass bereits jetzt die räumlichen Ressourcen unzureichend sind. Bemängelt werden der viel zu kleine Wartebereich in der Ambulanz, zu wenige Therapieverabreichungsplätze und fehlende Arbeitsräume für „Study Nurses“, Ärzte und Therapieterminmanagement.

Stellungnahme des Landesrates Mag. Christopher Drexler:

Zum weiteren Hinweis auf Seite [...] „fehlende Arbeitsräume für study nurses“ ist anzuführen, dass diese im Rahmen von bezahlten klinischen Studien eingestellt werden. Entsprechende Arbeitsmöglichkeiten sollten bei der Studienplanung mitbedacht werden.

Im Rahmen einer Besichtigung hat der LRH festgestellt, dass der Wartebereich der Onkologie-Ambulanz äußerst beengt ist.

Eine weitere Vermehrung der ambulanten Patienten und Frequenzen, so die Leitung der Klinischen Abteilung, kann mit den derzeitigen Raum- und Personalressourcen nicht bewältigt werden.

Der LRH empfiehlt, bis zum Ausgleich der Ressourcenengpässe als erste Maßnahme eine Ausweitung der Ambulanzzeiten in Erwägung zu ziehen.

Voraussetzung dafür ist innerhalb der Klinischen Abteilung eine ausreichende personelle Bedeckung (aller erforderlichen Berufsgruppen) und innerhalb des Klinikums eine Leistungserbringung durch die servicerenden OE (z. B. Labor, Transport, Diagnostik).

Stellungnahme des Landesrates Mag. Christopher Drexler:

Zu den Ausführungen auf Seite [...] betreffend die räumliche Situation im Wartebereich der Onkologie-Ambulanz wird festgehalten, dass das Konzept für die Erweiterung des Wartebereichs bereits vorhanden ist.

Im Rahmen des Projektes „LKH 2030“ wird die Schaffung eines gemeinsamen onkologischen Tagesklinikzentrums mit 60 Therapieplätzen angedacht; damit soll die Therapieverabreichung im CCC Graz zentralisiert und Verbesserungen durch mehr Raum, Standardisierungen und Qualitätskontrollen erreicht werden.

Zur hohen Krankenhausinanspruchnahme onkologischer Patienten insgesamt weist der KAGes-Vorstand darauf hin, dass die Behandlung dieser Patienten auf Grund der weiterentwickelten Behandlungsformen (oral statt intravenös) künftig nicht mehr primär spitalskonzentriert erfolgen muss (vgl. hohen Anteil der ambulant behandelten Patienten) und eine Auslagerung in den extramuralen Bereich möglich wäre.

Stationärer Bereich

Im primär betrachteten Zeitraum 2014 bis 2016 wurden folgende Leistungsdaten (für Patienten mit onkologischer Hauptdiagnose C00-D48) dokumentiert:

	2014	2015	2016
Stationäre Patienten	1.296	1.168	1.251
Belagstage	5.766	5.662	5.715
Pflegetage	7.062	6.830	6.966
Verweildauer (Belagstage)	4,45	4,85	4,57
MEL	3.224	2.979	2.674

Quelle: KAGes, Stationäre Leistungen für Fälle mit onkologischer Hauptdiagnose 2011 bis 2016 der Klinischen Abteilung für Onkologie; aufbereitet durch den LRH

Die Strukturdaten stellten sich für denselben Zeitraum (für alle Patienten der Klinischen Abteilung für Onkologie) laut KAGes wie folgt dar:

	2014	2015	2016
Systemisierte Betten	27	27	27
davon AKL	19	19	19
davon SKL	8	8	8
Tatsächliche Betten	27	27	27
Auslastung (inklusive nicht-onkologischer Fälle)	86,84 %	85,97 %	81,48 %

Quelle: KAGes, Stationäre Leistungen für Fälle 2011 bis 2016 der Klinischen Abteilung für Onkologie

An der Klinischen Abteilung für Onkologie wurden im betrachteten Zeitraum 2014 bis 2016 p. a. durchschnittlich 1.238 Patienten mit onkologischer Hauptdiagnose stationär behandelt; das sind rund 78,4 % der insgesamt stationär behandelten Patienten. Bei den verbleibenden 21,6 % handelt es sich vorwiegend um allgemeine internistische Patienten, die auf Grund der Aufnahmeverpflichtung gemäß EBA-Konzept zu betreuen sind.

An den Patienten mit onkologischer Hauptdiagnose wurden durchschnittlich rund 2.959 MEL p. a. erbracht. Die Verweildauer bewegte sich zwischen 4,5 und 4,9 Tagen, und die Auslastung (inklusive nicht-onkologischer Fälle) lag zwischen 81,5 % und 86,8 %.

Die stationären Leistungsdaten zeigen im betrachteten Zeitraum 2014 bis 2016 einen marginal rückgängigen Trend; unter Berücksichtigung der Jahre 2011 bis 2013 bestätigt sich diese Feststellung. Die rechnerische Bettenauslastung liegt annähernd im Bereich der idealtypischen Auslastung von 85 %.

Ergänzend ist darauf hinzuweisen, dass onkologische Patienten am Wochenende nach Möglichkeit nach Hause entlassen werden, was wiederum die rechnerische Auslastung senkt. Insgesamt ist, so die Leitung der Klinischen Abteilung, der stationäre Bereich gut ausgelastet, und es besteht für den Moment kein kapazitätsmäßiger Mehrbedarf. Ein weiterer Zuwachs an Patienten kann ohne Kapazitätsausbau jedoch nicht mehr bewältigt werden.

Der LRH empfiehlt den Verantwortungsträgern (KAGes, Gesundheitsressort, Gesundheitsfonds)

- **die Erweiterung der räumlichen Kapazitäten im ambulanten und im stationären Bereich,**
- **die Sicherstellung der dafür erforderlichen Finanzierung; in diesem Zusammenhang ist auch der Bund zur Mitfinanzierung der Universitätsstandorte in die Pflicht zu nehmen,**
- **die Schaffung der strukturellen Voraussetzungen, sodass ein größerer Anteil der Patienten auch im extramuralen Bereich bzw. in alternativen Versorgungsmodellen versorgt werden kann,**
- **die Umsetzung der vereinbarten Zusammenfassung der Klinischen Abteilung für Onkologie und der Klinischen Abteilung für Hämatologie nach der baulichen Anbindung und**
- **die Evaluierung der gesamten Bettenanzahl auf Ebene der Univ. Klinik für Innere Medizin und Neuverteilung auf die Klinischen Abteilungen bzw. gemeinsamen Einrichtungen.**

Personal

Die Leitung der Klinischen Abteilung für Onkologie ist derzeit nur interimistisch besetzt.

Den ärztlichen Stellenplänen zufolge waren im betrachteten Zeitraum 2014 bis 2016 die vorhandenen durchschnittlich rund 21 ärztlichen Dienstposten besetzt. Mit den derzeitigen personellen Ressourcen, so die Leitung der Klinischen Abteilung, wird unter Berücksichtigung des Aufgabenbereichs der MUG-Ärzte wie Forschung und Lehre bei bestmöglichem Einsatz das Auslangen gefunden.

Auf folgende Problembereiche, im Wesentlichen dieselben wie an der Klinischen Abteilung für Hämatologie, wird von der Klinischen Abteilung für Onkologie hingewiesen:

- Der Klinischen Abteilung für Onkologie sind Landes- wie auch MUG-Ärzte zugeteilt. In der Folge gibt es zwei verschiedene Dienstrechte; freie Stellenanteile können nicht kombiniert werden. MUG-Fachärzte sollen 30 %, MUG-Assistenzprofessoren 40 % ihrer Arbeitszeit für Forschung und Lehre verwenden und stehen in dieser Zeit für die Patientenversorgung nicht zur Verfügung.

- Auf dem Arbeitsmarkt finden sich praktisch keine ausgebildeten Onkologen; der zusätzliche Ärztebedarf muss daher mit selbst auszubildenden Fachärzten gedeckt werden.
- Das Fach ist nicht „attraktiv“; dies ist auf seine Komplexität, auf den permanenten Umgang mit schwerkranken und vital-bedrohten Patienten bzw. auf im Vergleich zu anderen Fächern eingeschränkte Verdienstmöglichkeiten (z. B. hinsichtlich Niederlassungsmöglichkeit, Lukrierung von überdurchschnittlichen Sondergebühren) zurückzuführen. Andererseits gilt das Fach v. a. im Hinblick auf die Fortschritte der letzten Jahre als innovativ und wird damit wiederum interessant.
- Fachärzte in Ausbildung (Assistenzärzte) scheinen zwar in den Stellenplänen als Ärzte der Klinischen Abteilung auf. Nach einer ersten sechsmonatigen Phase an der Abteilung müssen die Fachärzte in Ausbildung jedoch für 1,5 Jahre an anderen Kliniken rotieren; erst dann beginnt die Ausbildung im engeren Sinn. Die in Rotation befindlichen Assistenzärzte, derzeit zwei, stehen der Klinischen Abteilung zur Patientenversorgung nicht zur Verfügung.
- Neben den in Rotation befindlichen Assistenzärzten kommen Karenzen, Fluktuationen, Einschränkungen durch das KA-AZG, EBA-Dienste und Intensiv-Dienste als verschärfende Elemente hinzu; gleichzeitig werden Ärzteausbildung, EBA-Dienste und Intensiv-Dienste als für die Qualität der fachärztlichen Tätigkeit wichtig angesehen.
- Auf Grund der demographischen Entwicklung und der zunehmenden therapeutischen Möglichkeiten, so die Leitung der Klinischen Abteilung, wird es in den nächsten Jahren jedoch zu einer deutlichen Zunahme der Inzidenz und vor allem Prävalenz der Krebserkrankungen kommen. Hierfür ist der derzeitige Personalstand mit Sicherheit nicht ausreichend. Auch die Ausbildung der zur Deckung des in Zukunft notwendigen Bedarfs an Onkologen ist in der derzeitigen Ausstattung nicht gewährleistet.
Ergänzend ist darauf hinzuweisen, dass die „future demands Studie“ der Österreichischen Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie für die nächsten Jahre einen zusätzlichen Bedarf an Hämatologen und Onkologen prognostiziert.
- Die Ärzte der Klinischen Abteilung für Onkologie wirken an zehn Tumorboards pro Woche mit einer Dauer von jeweils ein bis zwei Stunden mit; dies ist zwar sehr wichtig, bindet jedoch auch viele Ressourcen.

Der LRH stellt fest, dass durch die derzeitigen Rahmenbedingungen (KA-AZG, Ausbildungsordnung, Attraktivität) ein Fachärztemangel entsteht.

Der LRH empfiehlt der Gesundheitsplattform Steiermark, der Ärztekammer Österreich und den Krankenanstaltenträgern, unverzüglich Gegenmaßnahmen zu

setzen, um für diesen sensiblen Bereich eine ausreichende Anzahl an Fachärzten sicherzustellen.

Stellungnahme des Landesrates Mag. Christopher Drexler:

Zu den Ausführungen auf Seite [...] betreffend Fachärztinnen- und Fachärztemangel wird festgehalten, dass die derzeitige Anzahl von Ausbildungsstellen zur Fachärztin bzw. zum Facharzt für Innere Medizin und Hämato-Onkologie in der Lage ist, die eigenen Abteilungen mit zukünftigen Fachärztinnen und Fachärzten zu versorgen und Abgänge durch Pensionierung oder berufliche Neuorientierung zu kompensieren. Ein Aufbau von zusätzlichen intra- oder extramuralen onkologischen Versorgungseinrichtungen ist damit nicht abgedeckt.

Wie vom LRH und der Studie „Future demands“ von der Österreichischen Gesellschaft für Hämatologie & Medizinische Onkologie (ÖGHO) empfohlen, unterstützt die KAGes die Vermehrung von ärztlichen und nicht-ärztlichen Ausbildungsstellen, um die zukünftige Versorgung von Patientinnen und Patienten zu gewährleisten.

Nachdem die Kenntnisse sowie Fertigkeiten in Hämatologie und Onkologie über eine Facharztausbildung erlangt werden können, gilt auch in diesem Zusammenhang, dass in der Art. 44-Kommission nachgefragt wird, wie österreichweit die Situation gesehen wird.

Natürlich ist auch dieses Fach von dem vorne beschriebenen Simulationsprojekt der GÖG umfasst.

Betreffend die nicht-ärztlichen Berufsgruppen (Pflege, Verwaltung, Medizin-Technische Dienste etc.) wurde dem LRH kein Stellenplan vorgelegt bzw. seitens der Klinischen Abteilung für Onkologie dazu keine Aussage getätigt.

Der LRH empfiehlt, auch die personelle Bedeckung im nicht-ärztlichen Bereich zu beobachten und erforderlichenfalls zu evaluieren.

Stellungnahme des Landesrates Mag. Christopher Drexler:

Zu den Ausführungen auf Seite [...], dass für nicht-ärztliche Berufsgruppen kein Stellenplan vorgelegt wurde, wird seitens der KAGes angemerkt, dass das nicht-ärztliche Personal weder in der Vorbesprechung noch im vor Ort-Termin dezidiert angesprochen wurde. Daher wurden die Daten nur für das ärztliche Personal übermittelt. Die Informationen über das nicht-ärztliche Personal kann die KAGes auf Wunsch jederzeit übermitteln.

Replik des Landesrechnungshofes:

Der LRH hält fest, dass im Rahmen des Fragenkataloges vom 30. Oktober 2017 der Stellenplan für die Klinische Abteilung für Onkologie angefordert wurde; dazu zählen alle Berufsgruppen.

Organisation/QM

Die Leitung der Klinischen Abteilung gibt an, dass eine klare Aufbauorganisation sowie Organisationsabläufe und wichtige Standardprozesse vorhanden sind; für viele Krankheitsbilder wurden mittlerweile Therapie- bzw. Behandlungspfade oder SOP definiert. Diese Unterlagen finden sich z. T. auch im Intranet.

Durch eine Reihe von Aktivitäten ist man um Qualitätsverbesserungen bemüht:

- Teilnahme am Projekt „Lean Management“
- Programmdirektorenschaft für Tumorentitäten
- Evaluierung von Therapiestandards im Rahmen des KAGes-Projektes „Medikamentöse Tumorthérapien“
- proaktive Mitwirkung am CCC Graz

Die Klinische Abteilung ist zwar im Bereich der Schmerzbehandlung zertifiziert (Cerkom e. V.), eine Einführung eines abteilungsweiten QM-Systems bzw. eine Zertifizierung sind derzeit jedoch nicht angedacht, da man sich für den eingesetzten Aufwand (Kosten, Arbeitszeit, bürokratischer Mehraufwand) keine adäquate Nutzensteigerung erwartet.

Nach Ansicht des LRH wäre es gerade im Hinblick auf den intensiven Betrieb (Anzahl der Patienten bzw. Frequenzen), die risikobehaftete Betreuung onkologischer Patienten und die Komplexität des Faches durchaus sinnvoll, Strukturen, Prozesse und Ergebnisse der Klinischen Abteilung für Onkologie in ihrer Gesamtheit einer Evaluierung zu unterziehen.

Der LRH empfiehlt daher, gemeinsam mit QM-RM am LKH-Univ. Klinikum Graz eine Evaluierung der Betriebsorganisation unter besonderer Berücksichtigung von Qualitäts- und Risikoaspekten durchzuführen.

Wartezeiten

Die Klinische Abteilung für Onkologie führt keine Wartelisten bzw. betreibt kein explizites Wartelistenmanagement; eine Notwendigkeit dafür sei laut Leitung der Klinischen Abteilung nicht gegeben. Neu zugewiesene Patienten werden beurteilt, die Therapieeinleitung erfolgt nach medizinischer Notwendigkeit. Jeder therapiebedürftige Patient erhält eine Therapie, erforderlichenfalls werden auch Termine in den (vollen) Kalender eingeschoben.

Die definitiven Wartezeiten für jeden einzelnen Patienten sind aus der Patientendokumentation (Vorstellungsblatt/Einberufungsbogen, Krankengeschichte) bzw. aus dem abteilungsspezifischen EDV-System klar ersichtlich.

In akuten Fällen, so die Klinische Abteilung, erfolgt die Erstvorstellung sofort, in der Regel beträgt die Zeitspanne von der Zuweisung/Anmeldung bis zur Erstvorstellung jedoch drei Wochen. Die Dringlichkeit wird letztlich vom triagierenden Oberarzt im Einzelfall entschieden. Der Zeitrahmen zwischen Erstvorstellung des Patienten und Therapiebeginn liegt zwischen unmittelbar (bei dringlichster Therapieindikation) bis maximal zwei Wochen.

Der LRH hat eine Zufallsstichprobe aus 2015, 2016 und 2017 gezogen: Demnach warteten die Patienten im Durchschnitt rund 14 Tage auf den Erstvorstellungstermin. Die kürzeste Wartezeit betrug fünf, die längste Wartezeit betrug 28 Tage.

Verzögerungen in der Patientenversorgung treten laut Leitung der Klinischen Abteilung aus folgenden Gründen ein:

- begrenzte Kapazitäten an der Klinischen Abteilung für Onkologie (v. a. ambulante Therapieplätze und palliativmedizinische Betten)
- Diagnostik (v. a. CT- und MR-Untersuchungen im Hause); ambulante Patienten werden grundsätzlich in den niedergelassenen Bereich verwiesen, nur in akuten ambulanten bzw. stationären Fällen können die Großgeräte am LKH-Univ. Klinikum Graz in Anspruch genommen werden;
- Wartezeiten auf OP-Termine (v. a. zur Implantation von Portkathetern) im LKH-Univ. Klinikum
- (kurzfristige) Strahlentherapie-Termine

Seitens der Klinikleitung wird jedoch betont, dass den Patienten durch die Verzögerungen in der Behandlung kein Schaden entstehen würde. Es wird davon ausgegangen, dass die Wartezeiten bei gleichbleibender personeller und räumlicher Ausstattung zunehmen werden. Dies wird einerseits auf die demographische Entwicklung respektive die steigende Anzahl an Neuerkrankungen und andererseits auf zusätzliche Therapiemöglichkeiten bzw. die zunehmende Spezialisierung in der Onkologie zurückgeführt.

Dokumentation und Management von Wartezeiten in der Form, wie sie an der Univ. Klinik für Strahlentherapie-Radioonkologie praktiziert werden, wären auch für die Klinische Abteilung für Onkologie hilfreich, um die Wartezeitensituation der großen Anzahl an Patienten (rund 4.300 ambulante bzw. 1.200 stationäre Patienten p. a.) und Frequenzen (rund 19.500 p. a.), die zu bewältigen sind, im Blick zu bewahren.

Der LRH empfiehlt daher, die Einführung eines solchen Wartezeitenmanagements in Betracht zu ziehen.

Das Projekt „Wartezeiten-Monitoring“, betrieben durch KMS, ist dem zuständigen Bereichsmanagement bekannt; bislang ist jedoch nicht angedacht, dieses Projekt auch auf die Klinische Abteilung für Onkologie auszudehnen, da es nicht dazu geeignet erscheint, hier in der derzeitigen Ausgestaltung einen signifikanten Mehrwert zu generieren.

Limitierung der Therapien

Auch an der Klinischen Abteilung für Onkologie wird die zunehmende Limitierung der medikamentösen Therapie als sehr problematisch gesehen, insbesondere dann, wenn eine medizinisch indizierte Therapie mangels Genehmigung durch den zuständigen Krankenversicherungsträger bzw. im Rahmen eines Einzelfallgenehmigungsverfahrens durch den Ärztlichen Direktor oder den Vorstand nicht verabreicht werden darf.

Der LRH verweist auf seine Ausführungen im Kapitel 5.2.1 „Überblick“.

5.3 Chirurgische Behandlung

5.3.1 Univ. Klinik für Dermatologie und Venerologie

Schwerpunkte der Univ. Klinik für Dermatologie am LKH-Univ. Klinikum Graz sind die Diagnose und die Behandlung von Dermatosen (Allgemeine Dermatologie), Hauttumoren (Dermatoonkologie), Dermopathologie, operative Dermatologie, Venenerkrankungen (Phlebologie), allergische und toxische Hauterkrankungen (Allergologie) sowie Geschlechtskrankheiten (Venerologie).

Die Dermatoonkologie am Standort in Graz ist die einzige in der Steiermark; das Einzugsgebiet erstreckt sich darüber hinaus ins südliche Burgenland sowie in das östliche Kärnten.

Aus epidemiologischer Sicht ist eingangs darauf hinzuweisen, dass dermatoonkologische Erkrankungen stark zunehmen; diese Entwicklung wird auch seitens der Klinikleitung bestätigt. Folgendes ist festzuhalten:

- V. a. beim weißen Hautkrebs (Basaliom) gibt es zwar sehr viele Neuerkrankungen, diese und andere Hautkrebsarten (aktinische Keratosen, Plattenepithelkarzinome, Merkelzellkarzinome etc.) werden jedoch vorwiegend im niedergelassenen Bereich behandelt (und scheinen deshalb auch nicht in den offiziellen Krebsstatistiken auf). Nur in Einzelfällen bei Multiplizität oder laufendem Auftreten

neuer Karzinome bzw. bei großen Plattenepithelkarzinomen und nur bedingt operablen Basaliomen erfolgen Abklärung und Therapie an der Dermatoonkologie.

- Auch beim schwarzen Hautkrebs (Melanom) gibt es viele Neuerkrankungen. Diese werden häufig zunächst im niedergelassenen Bereich abgeklärt bzw. behandelt und erforderlichenfalls an den krankenhausambulant, tagesklinischen oder stationären Bereich zugewiesen. In den letzten fünf Jahren haben sich die Behandlungsmöglichkeiten signifikant verbessert, die Therapien sind jedoch sehr kostenintensiv.

Seitens des Ärztlichen Direktors des LKH-Univ. Klinikums Graz wurde darauf hingewiesen, dass die Kassentarife für niedergelassene Dermatologen (v. a. operative Entfernungen) nicht lukrativ sind; in der Folge werden weniger Eingriffe im extramuralen Bereich erbracht und im Gegenzug mehr Patienten an die Univ. Klinik für Dermatologie und Venerologie zugewiesen. Es trifft insbesondere im dermatoonkologischen Bereich zu, dass viele Erkrankungen, v. a. in einer frühen Phase, durchaus im extramuralen Bereich behandelbar wären und sich hieraus ein nennenswertes Potenzial zur Entlastung des intramuralen Bereichs ergeben könnte.

Stellungnahme des Landesrates Mag. Christopher Drexler:

Auch hier ist anzuführen, dass unter Einhaltung der Strukturqualitätskriterien, wie sie in ÖSG 2017 und RSG-St 2025 definiert sind (siehe auch Kapitel 2.3), eine weiterführende Therapie auch in assoziierten onkologischen Versorgungseinrichtungen bzw. im ambulanten extramuralen Bereich durchgeführt werden kann. Im Lichte einer abgestuften Versorgung, wie sie im ÖSG 2017 vorgesehen ist, werden entsprechende Überlegungen auch im RSG-St 2025 aufgenommen. Hinzuweisen ist aber, dass Expertinnen und Experten jedenfalls den Beginn einer onkologischen Therapie im stationären Setting empfehlen.

Ambulanter Bereich

Der Ambulanzbereich der Univ. Klinik für Dermatologie umfasst die Allgemeine Ambulanz sowie eine Reihe von Spezialambulanzen und -einrichtungen.

In der Dermatoonkologischen Ambulanz werden Patienten mit allen Formen von Hautkrebs betreut; diese unterteilt sich in die folgenden Spezialbereiche:

- Ambulanz heller und orphaner Hautkrebs
- Ambulanz für Lymphome der Haut
- Ambulanz für Melanompatienten
- Ambulanz für „NMSC“ und TX-Patienten
- Ambulanz für Pigmentveränderungen
- Ambulanz für Röntgentherapie

In der dermatologischen Ambulanz stehen vier Untersuchungsräume/-koben zur Verfügung; durch das hohe Patientenaufkommen, so die Ambulanzleitung, reichen diese nicht aus, zumal eine Koje auch als Arbeitsplatz für die Administrationskraft verwendet werden muss.

Der tagesklinische Bereich der Dermatoonkologie ist, so das zuständige Bereichsmanagement, mit zwei Zweibett-Zimmern (insgesamt vier Behandlungsplätze) sowie mit einem Untersuchungs-/Behandlungszimmer ausgestattet. Die derzeit vorhandenen vier Behandlungsplätze sind zu wenig, so die Ambulanzleitung, da zusätzlich zu den ambulant geführten Patienten auch bislang stationäre Patienten zur intravenösen Tumorthherapie in den Tagesklinikbereich verlagert wurden. Der o. a. Untersuchungs-/Behandlungsraum wird auch für eine spezielle Behandlungsmethode bzw. für die Fotodokumentation der Hochrisikopatienten genutzt.

Wie bereits o. a. wird seitens der Klinik in Zukunft mit einer massiven Zunahme an Hautkrebsfällen gerechnet; dies bestätigen auch die epidemiologischen Prognosen.

Auf Grund der knappen Personalsituation bzw. der beengten Räumlichkeiten fallen lange Wartezeiten an; laut Univ. Klinik können bereits jetzt nicht mehr alle dermatoonkologischen Patienten nachbetreut werden, obwohl dies nach internationalem Standard notwendig wäre.

Als erste Maßnahme bis zur Beseitigung des Ressourcenmangels ist eine Ausweitung der Ambulanzzeiten in Erwägung zu ziehen. Voraussetzung dafür ist innerhalb der Klinischen Abteilung eine ausreichende personelle Bedeckung (aller erforderlichen Berufsgruppen) und innerhalb des Klinikums eine Leistungserbringung durch die servicerenden OE (z. B. Labor, Transport, Diagnostik).

Stellungnahme des Landesrates Mag. Christopher Drexler:

[...]

Um die Ressourcen der Klinik besser nutzen zu können und Kapazitäten für die Dermatoonkologie zu schaffen, wurde die Ambulanz für melanozytäre Nävi (Vorsorgeambulanz) aus dem Bereich Dermatoonkologie ausgegliedert und auf den Nachmittag verlegt. Als weitere organisatorische Maßnahme zur besseren Ressourcenausnutzung ist auch die Verlegung der Ganzkörper-Fotographie (Fotofinder) auf den Nachmittag angedacht. Hier werden in den nächsten Wochen innerhalb der Klinik die dafür erforderlichen Rahmenbedingungen festgelegt werden.

Im Rahmen des Projektes LKH 2030 wird die Schaffung eines gemeinsamen onkologischen Tagesklinikzentrums mit 60 Therapieplätzen angedacht, in welchem dann auch die medikamentöse Therapie von Patienten der Dermatoonkologie stattfinden soll.

Seitens des zuständigen Bereichsmanagements wird von Synergieeffekten gesprochen, die der dermatoonkologischen Ambulanz zugutekommen sollen.

Die Einbindung der medikamentösen Tumorthherapie der Dermatoonkologie in das angedachte CCC-Tagesklinik-Zentrum ist grundsätzlich durchaus sinnvoll. Der LRH weist jedoch darauf hin, dass v. a. die ausreichende fachärztliche Bedeckung der Dermatoonkologie wie auch des CCC-Tagesklinik-Zentrums dabei sicherzustellen ist.

Stellungnahme des Landesrates Mag. Christopher Drexler:

[...]

Die Ausbildung im Spezialbereich Dermatoonkologie ist bereits derzeit in einem Rotationsplan vorgesehen. Die ausreichende fachärztliche Bedeckung der Dermatoonkologie ist vorgesehen.

Der Ambulanzbereich ist nach dem Prinzip einer Terminambulanz eingerichtet, d. h. dass die Erstvorstellung (mit Überweisung durch einen niedergelassenen Facharzt für Dermatologie) und alle weiteren Kontakte der Patienten mit dem Ambulanzbereich grundsätzlich nur nach vorheriger Terminvereinbarung möglich sind; ausgenommen davon sind Akut- bzw. Notfälle.

An der Dermatoonkologie wurde im Bereich der Terminevidenz folgendes Sicherheitsnetz aufgebaut: Versäumt der Patient den vereinbarten Termin, wird er telefonisch kontaktiert, und es wird erforderlichenfalls ein neuer Termin vereinbart.

Diese Sorge um die Sicherstellung der Behandlung bzw. Betreuung des Patienten bindet zwar personelle Ressourcen, erhöht jedoch die Prozess- und Ergebnisqualität im Sinne des Patienten.

Hinsichtlich der Kontinuität der Behandlung wird in der Dermatoonkologischen Ambulanz großes Augenmerk darauf gelegt, dass die Patienten im Zuge der (Nach-)Betreuung immer wieder auf dieselben ärztlichen Ansprechpartner treffen:

- Im ambulanten Bereich sind die Untersuchungsschienen bestimmten Ärzten zugeordnet, sodass sich diese den jeweiligen Patienten selbst zuteilen können.
- Im tagesklinischen Bereich sind den Ärzten fixe Tage zugeordnet. Der jeweilige Patient wird nach Möglichkeit an einem dieser Tage wiederbestellt.

Der LRH hält fest, dass eine Kontinuität in der Behandlung im Interesse des Patienten liegt und ein Qualitätsmerkmal darstellt.

Die Anzahl der ambulanten Patienten mit einer dermatoonkologischen Erkrankung und der zugehörigen ambulanten Frequenzen ist nicht erhebbar, da in der ambulanten

Leistungsdatendokumentation nicht nach Diagnosen bzw. Spezialambulanzen und Spezialbereichen differenziert wird.

Im ambulanten Bereich der Univ. Klinik für Dermatologie und Venerologie wurden im betrachteten Zeitraum 2014 bis 2016 insgesamt folgende Leistungsdaten dokumentiert:

	2014	2015	2016
Ambulante Patienten	26.095	25.751	26.401
Ambulante Frequenzen	56.205	54.246	56.582

Quelle: KAGes, Ambulante Leistungen 2014 bis 2016; aufbereitet durch den LRH

Die obige Tabelle zeigt die ambulanten Patienten und Frequenzen für die gesamte Univ. Klinik für Dermatologie und Venerologie; die Dermatoonkologie ist ein Teil davon, kann aber mangels Daten nicht gesondert dargestellt werden. Daher schlägt sich hier die epidemiologische Entwicklung hinsichtlich der Zunahme der dermatoonkologischen Erkrankungen nicht voll nieder.

Weiters ist zu dieser Aufstellung festzuhalten, dass diese Anzahl an ambulanten Frequenzen nur anwesende Patienten enthält. Die Anzahl der ambulanten Bewegungen umfasst auch Leistungen ohne Anwesenheit von Patienten, wie z. B. Fremdeinsendungen, Befunde/Begutachtungen, Konsilien etc., und war weitaus höher.

Der LRH weist darauf hin, dass die Anzahl der ambulanten Fälle bzw. Frequenzen steigt. Die dramatische Situation zeigt sich v. a. in den langen Wartezeiten (siehe unten), welche laut Ambulanzleitung medizinisch nicht vertretbar sind.

Stellungnahme des Landesrates Mag. Christopher Drexler:

Zu den Ausführungen auf Seite [...] betreffend die Steigerung von ambulanten Fällen bzw. Frequenzen und den langen Wartezeiten ist auszuführen, dass die von der Klinik gemeldeten Wartezeiten eine Momentaufnahme mit Stand 05. September 2017 waren, welche aber die Realität nicht widerspiegeln. Einerseits können in einigen Spezialambulanzen deutlich kurzfristigere Termine vergeben werden, andererseits konnten durch die Zuteilung der Landesstelle für die Dermatoonkologie mit 02. Jänner 2018 und Umschichtung von Patientinnen sowie Patienten in andere Bereiche die Wartezeiten deutlich verringert werden. Des Weiteren ist für „echte“ onkologische Notfälle eine adäquate Versorgung über die 24h-Notfallsambulanz an der Dermatologie in Zusammenarbeit mit dem onkologischen Kernteam der Dermatologie gewährleistet (Wartezeit: 0 Tage).

Replik des Landesrechnungshofes:

Aus den Erhebungen geht für den LRH hervor, dass diese dramatische Situation schon länger bestand, zum Zeitpunkt der Prüfung nach wie vor Realität war und es sich hierbei nicht bloß um eine Momentaufnahme handelte.

Stationärer Bereich

An der Univ. Klinik für Dermatologie und Venerologie wurden im primär betrachteten Zeitraum 2014 bis 2016 folgende Leistungsdaten (für Patienten mit onkologischer Hauptdiagnose C00 – D48) dokumentiert:

	2014	2015	2016
Stationäre Patienten	1.560	1.489	1.505
Belagstage	8.943	8.523	8.172
Pflegetage	10.503	10.012	9.677
Verweildauer (Belagstage)	5,73	5,72	5,43
MEL	3.796	3.902	4.478

Quelle: KAGES, Stationäre Leistungen für Fälle mit onkologischer Hauptdiagnose 2011-2016 der Univ. Klinik für Dermatologie und Venerologie; aufbereitet durch den LRH

Die Strukturdaten stellten sich für denselben Zeitraum (für alle Patienten der Univ. Klinik für Dermatologie und Venerologie) laut KAGES wie folgt dar:

	2014	2015	2016
Systemisierte Betten	57	56	57
Tatsächliche Betten	54	56	57
Auslastung (inklusive nicht-onkologischer Fälle)	94,50 %	87,39 %	82,60 %

Quelle: KAGES, Stationäre Leistungen für Fälle 2011 bis 2016 der Univ. Klinik für Dermatologie und Venerologie

Insgesamt ist der stationäre Bereich jedoch nur von untergeordneter Bedeutung; rund 90 % der Patienten werden ambulant behandelt. Als Besonderheit hervorzuheben ist, dass an der Univ. Klinik für Dermatologie und Venerologie Patienten auch palliativ betreut werden.

Im betrachteten Zeitraum 2014 bis 2016 wurden p. a. durchschnittlich 1.518 Patienten mit onkologischer Hauptdiagnose stationär behandelt; das sind rund 52,2 % der insgesamt stationär behandelten Patienten. Die verbleibenden 47,8 % entfallen auf andere dermatologische, phlebologische, allergologische und venerologische Erkrankungen.

An den Patienten mit onkologischer Hauptdiagnose wurden durchschnittlich rund 4.059 MEL p. a. erbracht. Die Verweildauer bewegte sich zwischen 5,43 und 5,73 Tagen, und die Auslastung (inklusive nicht-onkologischer Fälle) lag zwischen 82,6 % und 94,5 %.

Die stationären Leistungsdaten (Patienten, Belagstage, Pflegetage und Verweildauer) zeigten 2014 bis 2016 einen leicht rückgängigen Trend (onkologische und nicht-onkologische Fälle); dies entspricht auch dem langfristigen Trend seit 2011.

Demgegenüber ist die Anzahl der erbrachten MEL an stationären Patienten mit onkologischer Hauptdiagnose im primär betrachteten Zeitraum 2014 bis 2016 um 18,0 % gestiegen, im Vergleich zu 2011 sogar um 54,7 %.

Die nähere Analyse der erbrachten MEL, gruppiert nach Unterkapiteln, zeigt für den Zeitraum 2011 bis 2016 folgendes Bild:

MEL-Gr.	Bezeichnung	Kategorie	ϕ	%
Diagnostik				
12.01.	Computertomographie	Bildgebend	185	4,5 %
12.02.	Magnetresonanzdiagnostik	Bildgebend	23	0,6 %
18.04.	Sonstige diagns. und therap. Verfahren	Sonstige	10	0,3 %
Therapie				
09.02.	OP an Haut und Weichteilgewebe	Eingriffe/OP	1.591	39,2 %
03.09.	OP an Gesicht und Hals	Eingriffe/OP	1.515	37,3 %
03.01	OP am äußeren Ohr	Eingriffe/OP	93	2,3 %
05.06.	OP an Lymphknoten und Lymphgefäßen	Eingriffe/OP	80	2,0 %
21.02.	Onkologische Therapie	Chemo/Immun	174	4,3 %
21.07.	Chemotherapieschemata – Erwachsene	Chemo/Immun	57	1,4 %
21.03.	Zusätzliche onkologische Therapie	Chemo/Immun	55	1,4 %
13.01.	Teletherapie	Strahlentherapie	62	1,5 %
Sonstige			214	5,2 %
Gesamtergebnis			4.059	100,0 %

Quelle: KAGes, Stationäre Leistungen für Fälle 2011 bis 2016 der Univ. Klinik für Dermatologie und Venerologie; aufbereitet durch den LRH

Der LRH gelangt zu folgenden Feststellungen:

- Diagnostische Leistungen an stationären Patienten (mit onkologischer Hauptdiagnose) der Univ. Klinik für Dermatologie und Venerologie spielen mit rund 5,4 % nur eine untergeordnete Rolle; diese haben im Zeitraum 2014 bis 2016 um

rund 45,2 % wie auch im Vergleich zu 2011 mit rund 58,4 % deutlich abgenommen.

- Operationen bzw. Eingriffe machten im Zeitraum 2014 bis 2016 rund 80,8 % der MEL aus. In erster Linie handelt es sich dabei um Operationen an Haut- und Weichteilgewebe bzw. an Gesicht und Hals. Diese Leistungen haben im Prüfzeitraum um rund 26,5 % bzw. im Vergleich zu 2011 sogar um rund 84,6 % zugenommen und stellen an der Univ. Klinik für Dermatologie und Venerologie die wichtigste Gruppe dar; Operationen bzw. Eingriffe gewinnen weiter an Bedeutung.
- Medikamentöse Therapien machten im Zeitraum 2014 bis 2016 rund 7,1 % der MEL aus; 2014 bis 2016 sind diese um rund 23,5 % gestiegen, im Vergleich zu 2011 um 128,6 %. Die Bedeutung dieser Therapieform nimmt ebenso zu.
- Teletherapeutische Leistungen waren im betrachteten Zeitraum 2014 bis 2016 mit rund 1,5 % nur von untergeordneter Bedeutung; die Anzahl der Leistungen ist im Prüfzeitraum um rund 78,1 % wie auch im Vergleich zu 2011 um rund 89,4 % zurückgegangen.

Der LRH weist darauf hin, dass diese Entwicklungen gegenläufig sind; die Anzahl an stationären Patienten mit onkologischer Hauptdiagnose nimmt zwar ab, dafür müssen aber mehr Leistungen (pro Patient) erbracht werden.

Die rechnerische Bettenauslastung liegt knapp über dem Bereich der idealtypischen Auslastung von 85 %.

Derzeit verfügt die Univ. Klinik für Dermatologie laut Homepage über insgesamt 57 Betten in den beiden Bettenstationen sowie über 18 Planbetten in der Tagesklinikstation. Im RSG-St 2025 ist eine Senkung auf 47 Betten und fünf Tagesklinik- bzw. ambulante Behandlungsplätze vorgesehen.

Der LRH stellt im Hinblick auf die stationären Leistungsdaten in Frage, ob mit den laut RSG-St 2025 zu vermindernden Kapazitäten tatsächlich das Auslangen gefunden werden wird.

Der LRH empfiehlt den Verantwortungsträgern (KAGes, Gesundheitsressort, Gesundheitsfonds)

- die Erweiterung der räumlichen Kapazitäten im ambulanten Bereich,
- die Sicherstellung der dafür erforderlichen Finanzierung; in diesem Zusammenhang ist auch der Bund zur Mitfinanzierung der Universitätsstandorte in die Pflicht zu nehmen,
- die Schaffung der strukturellen Voraussetzungen, sodass ein größerer Anteil der Patienten auch im extramuralen Bereich bzw. in alternativen Versorgungsmodellen versorgt werden kann.

Qualitätsmanagement (QM)

Die Univ. Klinik für Dermatologie und Venerologie ist derzeit nach ISO 9001: 2008 zertifiziert; für Anfang Juli 2018 ist im Rahmen eines Audits die Umstellung auf ISO 9001: 2015 geplant.

Zahlreiche Dokumentationen sind vorhanden, so z. B. Therapieabfolgen, Patientenaufklärungen zu sämtlichen Substanzen und eine SOP zur Verabreichung des onkolytischen Virus.

Der LRH erachtet die Zertifizierung des QM-Systems der Klinik als positiv; insbesondere im Hinblick auf den intensiven Betrieb und die risikobehaftete Betreuung von onkologischen Patienten ist eine regelmäßige Evaluierung der Prozesse, Strukturen und Ergebnisse notwendig.

Der LRH weist auch darauf hin, dass QM kein Selbstzweck ist:

- **Um den dafür erforderlichen Ressourcenaufwand an finanziellen Mitteln und Personal zu rechtfertigen, sind bei derartigen Projekten entsprechende Qualitätsverbesserungen zu generieren.**
- **Erkenntnisse hinsichtlich der Prozesse, Strukturen und Ergebnisse müssen auch (erforderlichenfalls auf übergeordneter Ebene) zu entsprechenden Maßnahmen führen,** so bspw. hinsichtlich der festgestellten, nach Aussage der Klinik nicht vertretbaren Wartezeiten, der räumlichen und personellen Kapazitäten.

Personal

Seitens der Dermatoonkologie wurde angegeben, dass mit den derzeit vorhandenen personellen Ressourcen keinesfalls das Auslangen gefunden wird; die Gründe für die Engpässe liegen nicht nur im fachärztlichen Bereich, sondern auch in der Ausbildung.

Die in den Kapiteln 5.2.2 „Klinische Abteilung für Hämatologie“ und 5.2.3 „Klinische Abteilung für Onkologie“ ausgeführten Problembereiche treffen hier ebenso weitgehend zu, so z. B. Bedienstetenstruktur (MUG- und KAGes-Bedienstete), Mangel an Fachärzten auf dem Arbeitsmarkt, Attraktivität des Faches.

Auf folgende weitere Probleme wird von der Ambulanzleitung hingewiesen:

- 2,5 vorhandene Facharztstellen sowie der Dermatoonkologie zugeordnete Ausbildungsstellen sind derzeit nicht besetzt.
- Altersstruktur: Viele der tätigen Fachärzte sind über 50 Jahre alt.
- Spezialisierungen sind z. T. an einzelne Ärzte gebunden, d. h. bei Ausfall des jeweiligen Arztes ist auch keine Behandlung möglich.

Seitens der Leitung der Dermatoonkologie wird darauf hingewiesen, dass sich ohne entsprechende Ausbildung von zusätzlichen Fachärzten und ohne

Nachbesetzungen in absehbarer Zeit ein massives Versorgungsproblem im dermatoonkologischen Bereich ergeben wird.

Der LRH empfiehlt als unmittelbare Maßnahme, entsprechend der gestiegenen Frequenzen Fachärzte innerhalb der Univ. Klinik für Dermatologie und Venerologie in die Dermatoonkologie umzuschichten bzw. Nachbesetzungen prioritär in diesem Bereich vorzunehmen.

Dazu gibt der Ärztliche Direktor an, dass bereits eine entsprechende Anordnung an den Klinikvorstand erfolgt ist.

Der LRH stellt fest, dass durch die derzeitigen Rahmenbedingungen (KA-AZG, Ausbildungsordnung, Attraktivität) ein Fachärztemangel entsteht.

Der LRH empfiehlt der Gesundheitsplattform Steiermark, der Ärztekammer Österreich und den Krankenanstaltenträgern, unverzüglich Gegenmaßnahmen zu setzen, um für diesen sensiblen Bereich eine ausreichende Anzahl an Fachärzten sicherzustellen.

Stellungnahme des Landesrates Mag. Christopher Drexler:

Zu den Ausführungen auf Seite [...] zum Personal ist anzumerken, dass auf der Univ. Klinik für Dermatologie und Venerologie Anfang des Jahres zahlreiche Dienstposten aufgrund von Karenzierungen bzw. Beendigungen von Dienstverhältnissen unbesetzt waren – dies hat nicht nur die Dermatoonkologie getroffen und entspricht einer üblichen Fluktuation.

Die für das Fach Dermatologie und Venerologie ausgesprochene Befürchtung, dass es zukünftig unter den Fachärztinnen und -ärzten für Dermatologie und Venerologie zu wenige onkologisch ausgebildete Fachärztinnen und Fachärzte geben wird, kann so nicht geteilt werden. Anders als bei den internistischen Sonderfächern gibt es für die Ausbildung im Zusammenhang mit Onkologie bei der Dermatologie und Venerologie kein eigenes klinisches Sonderfach, sondern werden diese Kenntnisse und Fertigkeiten in einem der sechs Module im Rahmen der Sonderfachschwerpunktausbildung erworben. Aufgrund der epidemiologischen Entwicklungen ist anzunehmen, dass es ausreichend Interessentinnen und Interessenten für dieses Modul geben wird. Eine Mangelsituation für das Klinische Sonderfach Dermatologie und Venerologie wurde bislang in der Art. 44-Kommission für ärztliche Ausbildung nicht angesprochen. Dieses Thema kann aber in einer der nächsten Sitzungen nachgefragt werden.

Des Weiteren erfolgt nach einer internen Re-Organisation nunmehr die Betreuung von Patientinnen und Patienten aus dermatoonkologischen Bereichen im erweiterten, über

das Melanom hinausgehenden Kontext, vorwiegend durch drei bis vier Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Klinik aus anderen Teilbereichen.

Betreffend die nicht-ärztlichen Berufsgruppen (Pflege, Verwaltung, Medizin-Technische Dienste etc.) wurde dem LRH kein Stellenplan vorgelegt bzw. seitens der Klinischen Abteilung für Hämatologie dazu keine Aussage getätigt.

Der LRH empfiehlt, auch die personelle Bedeckung im nicht-ärztlichen Bereich zu beobachten und erforderlichenfalls zu evaluieren.

Stellungnahme des Landesrates Mag. Christopher Drexler:

Zu den Ausführungen auf Seite [...], dass für nicht-ärztliche Berufsgruppen kein Stellenplan vorgelegt wurde, wird seitens der KAGes angemerkt, dass das nicht-ärztliche Personal weder in der Vorbesprechung noch im vor Ort-Termin dezidiert angesprochen wurde. Daher wurden die Daten nur für das ärztliche Personal übermittelt. Die Informationen über das nicht-ärztliche Personal kann die KAGes auf Wunsch jederzeit übermitteln.

Zur Empfehlung, die personelle Bedeckung auch im nicht-ärztlichen Bereich zu beobachten, kann auf strategischer Ebene aus Sicht des GFSTMK auf das oben genannte Projekt der GÖG verwiesen werden, durch welches österreichweit die Entwicklungen des Fachpersonales im Gesundheitsbereich simuliert und beobachtet werden wird, damit gegebenenfalls entsprechende Steuerungsmaßnahmen ergriffen werden können.

Replik des Landesrechnungshofes:

Der LRH hält fest, dass im Rahmen des Fragenkataloges vom 1. Dezember 2017 der Stellenplan für die Dermatoonkologie angefordert wurde; dazu zählen alle Berufsgruppen.

Wartezeiten

Eingangs ist festzuhalten, dass laut Leitung der Dermatoonkologie auf Grund der Dringlichkeit der Grunderkrankung keine Wartelisten geführt werden; frei werdende Termine werden durch Akutpatienten überkompensiert.

Akutpatienten bzw. Notfälle (siehe Kategorie „Dringliche Patienten“ in der nächsten Tabelle) kommen häufig direkt zur Erstvorstellung in die Ambulanz; bei zumeist telefonischen Terminanfragen wird die Dringlichkeit der Erstvorstellung an Hand einer Frageliste (z. B. nach der Verdachtsdiagnose, ob bereits eine Biopsie/OP durchgeführt wurde, nach einem fachärztlichen Befund) durch eine DGKP eingeschätzt. Es wird angemerkt, dass es dabei zu Fehleinschätzungen kommen kann.

Die Wartezeiten – hier ist der Zeitraum zwischen dem telefonischen Erstkontakt bis zur Erstvorstellung bzw. von der Erstvorstellung bis zum Folgetermin zu verstehen – an der dermatoonkologischen Ambulanz betragen (zum 14. September 2017) nach eigenen Angaben wie folgt:

Ambulanz	Wartezeit
Lymphomambulanz	8 Wochen
Heller Hautkrebs	9 Wochen
Melanomambulanz (Routinetermine)	Routinetermine 10 Wochen Einschubtermine für Fachärzte 5 Wochen
Transplantpatienten	11 Wochen, in dringlichen Fällen 2 bis 3 Wochen
Dringliche Patienten	können jederzeit ohne Termin in die Ambulanz kommen und werden eingeschoben, müssen aber mit stundenlangen Wartezeiten rechnen.

Quelle: Angaben der Univ. Klinik für Dermatologie und Venerologie

Diese langen Wartezeiten haben dazu geführt, dass viele Patienten die Ambulanz ohne Termin aufsuchen und zusätzlich zu den terminisierten Patienten am selben Tag versorgt werden müssen.

Die Ambulanzleitung unterstreicht, dass diese langen Wartezeiten (z. B. zehn Wochen und mehr bei einem Melanom) medizinisch nicht vertretbar sind. Spitzen (bei vielen Akut-Patienten) werden durch Entfall der Pausen und durch Überzeiten abgedeckt. Eine Ausweitung ist auf Grund der derzeitigen Personalsituation und der beengten Räumlichkeiten nicht möglich.

Die Wartezeiten auf die Erstvorstellung sind laut Univ. Klinik durch den Personalmangel bedingt, der Behandlungsbeginn, v. a. jener einer intravenösen medikamentösen Tumorthherapie, ebenso durch Personalmangel bzw. die zu geringe Anzahl an Infusionsplätzen.

Der LRH verweist auf seine Empfehlungen zum ambulanten und stationären Bereich sowie zum Personal.

Stellungnahme des Landesrates Mag. Christopher Drexler:

[...]

Durch entsprechende Maßnahmen (vor allem Auslagerung von Patientinnen und Patienten in höheren Tumorstadien, Besetzung einer Landesstelle, Umschichtung von Patientinnen und Patienten in den allgemeinen Ambulanzbereich) konnte die Wartezeit verkürzt werden.

Akutpatienten mit Beschwerden oder Nebenwirkungen werden nach wie vor eingeschoben und noch am selben Tag in der dermatoonkologischen Ambulanz versorgt.

Limitierung der Therapien

Im Hinblick auf die medikamentöse Therapie von dermatoonkologischen Patienten verweist der LRH auf seine Ausführungen im Kapitel 5.2.1 „Überblick“ bzw. die dort getroffenen Feststellungen und Empfehlungen.

Der bürokratische Aufwand, der mit den verschiedenen Bewilligungsverfahren für die Verabreichung bzw. Verordnung von Arzneimitteln verbunden ist, wird auch seitens der Dermatoonkologie als belastend und ressourcenbindend empfunden.

Man ist bemüht, möglichst viele Patienten in klinischen Studien unterzubringen. Dadurch konnten, so die Leiterin, im Jahr 2017 rund € 376.000,-- an Kosten eingespart werden.

5.3.2 Univ. Klinik für Chirurgie

Die Univ. Klinik für Chirurgie am LKH-Univ. Klinikum Graz sieht sich generell als letztversorgende, spitzenmedizinische, chirurgische Einheit des südostösterreichischen Raumes mit den Einzugsgebieten Steiermark, Südburgenland und Kärnten. Patienten mit onkologischer Hauptdiagnose werden den Auswertungen der KAGes zufolge vorwiegend an den Klinischen Abteilungen

- für Allgemeinchirurgie,
- für Plastische, Ästhetische und Rekonstruktive Chirurgie sowie
- für Thoraxchirurgie und Hyperbare Chirurgie behandelt.

Da in der Chirurgie die onkologische Versorgung in erster Linie als Querschnittsmaterie zu verstehen ist, sind auch diesbezügliche spezifische Leistungsdaten aus dem gesamtkirurgischen Spektrum nur bedingt auswertbar. Die interdisziplinäre Zusammenarbeit im Sinne der Patienten steht im Vordergrund, daher ist die Anzahl der onkologischen Fälle je Abteilung insofern nicht aussagekräftig, als die erbringende Klinische Abteilung nicht immer fallführend ist.

Ambulanter Bereich

In Ermangelung einer Diagnoseerfassung liegen, wie in den übrigen Univ. Kliniken bzw. Klinischen Abteilungen auch, im gesamten chirurgischen Ambulanzbereich keine aussagekräftigen Daten über onkologische Patienten vor.

In den Klinischen Abteilungen der Univ. Klinik für Chirurgie finden sich neben der gemeinsamen Einrichtung der Chirurgie-Ambulanz auch einige Spezialambulanzen, an welchen vorrangig auch onkologische Patienten behandelt werden.

Stationärer Bereich

An der klinischen Abteilung für Allgemeinchirurgie werden vor allem Erkrankungen der Gastroenterologie, der Endokrinologie und Senologie behandelt. Darüber hinaus stellen multimodale, speziell auf den Patienten abgestimmte Therapiekonzepte sowie palliativchirurgische Interventionen im Rahmen der onkologischen Chirurgie (wie etwa im Bereich der weiblichen Brust) Schwerpunkte dar.

An dieser Abteilung ist auch die „Arbeitsgruppe gastrointestinale Onkologische Chirurgie“ eingerichtet, die sich mit bösartigen Tumoren des Magen-Darmtraktes beschäftigt. Entsprechend der Komplexität dieser Tumore wird in wissenschaftlichen Gruppen interdisziplinär mit anderen Abteilungen (Pathologie, Onkologie, Strahlentherapie, Röntgen, medizinische Psychologie u. a.) zusammengearbeitet.

An Patienten mit onkologischer Hauptdiagnose wurden vor allem Endoskopien sowie Interventionen in Form von Organbiopsien und Cholangiographien vorgenommen, operative Eingriffe waren an Leber- und Gallenwegen, an der Abdominalwand, am Abdomen und am Pankreas sowie an der Mamma zu verzeichnen.

Die **Klinische Abteilung für Plastische, Ästhetische und Rekonstruktive Chirurgie** ist nicht nur Partner im Rahmen des CCC, sondern auch der diversen zertifizierten Brustzentren der Steiermark (z. B. LKH Hochsteiermark, LKH Graz West, LKH Feldbach-Fürstenfeld). Im Rahmen dieser Kooperationen werden Patienten auch an den angegebenen Standorten gemeinsam mit der jeweiligen Abteilung vor Ort operiert. Hier ist die Tendenz ebenso stark steigend wie innerhalb des LKH-Univ. Klinikums Graz, da im Sinne der Interdisziplinarität möglichst viele Leistungen gemeinsam erbracht werden sollen. Insbesondere trifft dies diverse Operationen an Haut und Weichteilgewebe sowie die rekonstruktive Mammachirurgie.

An der **Klinischen Abteilung für Thoraxchirurgie und Hyperbare Chirurgie** sind Schwerpunkte u. a. die interdisziplinäre Therapie von Malignomen bzw. die operative Behandlung von Erkrankungen im und am Thorax.

Da durch therapeutische Fortschritte die Anzahl palliativer Patienten bzw. deren Überlebenszeit gestiegen ist, wird im Verlauf immer mehr Diagnostik und Intervention erforderlich; dies zeigt sich auch am hohen Anteil erbrachter endoskopischer Diagnose- und Therapieleistungen. Darüber hinaus werden an der Klinischen Abteilung vor allem Operationen an Lunge und Pleura, an Mediastinum und Thorax sowie an Lymphknoten und Lymphgefäßen durchgeführt.

Personal

Bezüglich der personellen Ressourcen zeigt sich an der gesamten **Univ. Klinik für Chirurgie** das gleiche Bild wie an den anderen Univ. Kliniken bzw. Klinischen Abteilungen. Die Besetzung von Dienststellen mit ausgebildeten Fachärzten gestaltet sich aus den bereits genannten Gründen schwierig: Ausbildungsmodus, fehlendes Interesse für nicht „ordinationstaugliche“ Fächer, für Karenzvertretungen sowie für reduzierte Beschäftigungsausmaße. Dies ist vor allem in der Thoraxchirurgie spürbar. Generell wird von den Klinischen Abteilungsleitern darauf hingewiesen, dass das KA-AZG zu Engpässen führt. Dazu kommen Rotationen auf Station und Ambulanz, Abwesenheiten durch Forschung, Lehre und Fortbildungen sowie fehlende Nachbesetzung bei Krankenständen. Demzufolge wären auch hier entsprechende Gegensteuerungsmaßnahmen erforderlich, damit in den nächsten Jahren ausreichend Personal ausgebildet bzw. rekrutiert werden kann.

Eine **kontinuierliche Betreuung** von Patienten durch denselben Arzt ist zwar ein Anliegen, kann allerdings unter den gegebenen Umständen nicht gewährleistet werden.

Wartezeiten

Wartezeiten bzw. ein Wartelistenmanagement für onkologische Patienten gibt es nach Ausführungen der Klinischen Abteilungsleitungen nicht, da diese, so wie akute Patienten, vorrangig behandelt und vor elektiven Patienten gereiht werden.

Das Intervall zwischen Vorstellung im niedergelassenen Bereich bis zur Erstvorstellung beträgt maximal drei Tage. Die Wartezeit für Eingriffe beträgt maximal 14 Tage.

Wartezeiten bei der Implantation von Porth-Kathetern für die Verabreichung von Chemotherapien werden für hämatologische und onkologische Patienten von Klinikseite bestätigt. Für chirurgische Patienten trifft dies jedoch nicht zu, da diese Eingriffe ebenso wie in auswärtigen Spitälern an der jeweiligen Abteilung standardmäßig selbst durchgeführt werden.

Limitierungen

Im Gegensatz zu den Univ. Kliniken für Innere Medizin und Dermatologie gibt es keine Limitierungen in der Behandlung im chirurgisch-onkologischen Bereich.

Stellungnahme des Landesrates Mag. Christopher Drexler:

Wie bei den anderen klinischen Sonderfächern empfiehlt der LRH, auch für die chirurgischen Sonderfächer Gegensteuerungsmaßnahmen gegen einen zukünftigen Mangel an Fachärztinnen und Fachärzten einzuleiten. In diesem Zusammenhang ist anzumerken, dass zwischen den klinischen Sonderfächern der Thoraxchirurgie, der Plastischen, Ästhetischen und Rekonstruktiven Chirurgie sowie der Allgemeinchirurgie und Visceralchirurgie (Chirurgie des Bauchraumes und der Bauchwand, der

endokrinen Drüsen sowie der Weichteile einschließlich Transplantation) unterschieden werden muss. Als Ausbildungsstätten zum Fach Thoraxchirurgie und Plastische, Ästhetische und Rekonstruktive Chirurgie stehen österreichweit nur einige Abteilungen und Kliniken zur Verfügung, sodass auf diese Fächer sicherlich entsprechend Obacht gegeben werden muss. Dies wird durch das oben erwähnte Ärztinnen- und Ärztemonitoring-Tool der GÖG und die Art. 44-Kommission für ärztliche Ausbildung erfolgen. Die Ausbildung zum Sonderfach Allgemeinchirurgie und Visceralchirurgie erfolgt an vielen Standorten. Limitierende Faktoren für dieses Fach sind allenfalls die mit der Ärzte-Ausbildungsordnung 2015 (ÄAO 2015) geforderten Mindestfrequenzen von Leistungen, um als Ausbildungsstätte anerkannt zu werden. Dies ist allerdings für eine entsprechende Ausbildungsqualität unumgänglich. Um einem allfälligen Mangel entgegenzuwirken, sind im RSG-St 2025 geplante Strukturänderungen, insbesondere für die Chirurgen, möglichst zeitnah umzusetzen.

5.4 Zusammenfassung

Aus der Überprüfung der vom LRH ausgewählten medizinischen Organisationseinheiten (Univ. Klinik für Strahlentherapie-Radioonkologie, Univ. Klinik für Innere Medizin, Klinische Abteilung für Hämatologie und Klinische Abteilung für Onkologie, Univ. Klinik für Dermatologie und Venerologie sowie Univ. Klinik für Chirurgie) ergeben sich folgende übergreifende Ergebnisse:

- In nahezu allen im Bereich der onkologischen Erkrankungen tätigen Sonderfächern besteht ein Fachärztemangel.
- Dieser wird durch die KA-AZG-Novelle 2015 verschärft. Die Notwendigkeit der Überführung des KA-AZG in die Unionsrechtskonformität war absehbar, nicht jedoch, so die Verantwortungsträger, eine derart umfassende Inpflichtnahme durch den Bundesgesetzgeber.
- Darüber hinaus entsteht durch andere Rahmenbedingungen (Ausbildungsordnung, Attraktivität) ein Fachärztemangel, der unverzügliche Gegenmaßnahmen der Verantwortungsträger (Gesundheitsplattform Steiermark, Ärztekammer Österreich, Krankenanstaltenträger) erfordert, um für diesen sensiblen Bereich eine ausreichende Anzahl an Fachärzten sicherzustellen.
- Großteils wurden erhebliche Kapazitätsmängel festgestellt, und zwar
 - Versorgungslücken bei Strahlentherapiegeräten, die laut übergeordneter Versorgungsplanung bis 2020/2025 zu schließen wären,
 - eklatante Raumknappheit im ambulanten wie auch im stationären Bereich der Klinischen Abteilung für Hämatologie,

- Raumknappheit im Ambulanzbereich der Klinischen Abteilung für Onkologie sowie der Dermatoonkologie unter den gegebenen Betriebsorganisationen.
- Aus diesen Gründen (Personal, Raum, Infrastruktur) ergeben sich in allen überprüften medizinischen Organisationseinheiten Wartezeiten. Aus Sicht des LRH werden diese Wartezeiten zum Teil als sehr bedenklich erachtet und machen Entlastungsmaßnahmen erforderlich. Wenngleich von der KAGes bereits Umsetzungsschritte in Angriff genommen wurden, wird dennoch empfohlen, diese konsequent zu verfolgen und zu intensivieren.
- Die Auswirkungen dieser Entwicklungen schlagen sich in der jährlichen Leistungs- und Budgetplanung nieder und waren für die Verantwortungsträger auf allen Ebenen bereits seit Jahren sichtbar.
- Unverständlich ist, dass dieser Problematik im Hinblick auf die epidemiologische Bedeutung von Krebserkrankungen (zweithäufigste Todesursache) in der konkreten Ausgestaltung im Spitalsbetrieb in der Prioritätenreihung von (Bau-)Projekten nicht ausreichend Rechnung getragen wurde. Hier ist nicht nachvollziehbar, dass sich die Umsetzung von dringenden Entlastungsmaßnahmen in die Länge ziehen und erst im Rahmen des Projektes „LKH 2030“ eine vollständige Erledigung finden sollen.
- Eine planbare Finanzierungsbeteiligung des Bundes hinsichtlich der Universitätsstandorte liegt nicht vor; immer wiederkehrende Finanzierungsverhandlungen (z. B. Projekt „LKH 2030“) zwischen Land und Bund führen zu Verzögerungen bei baulichen Maßnahmen. Dies wird sich auch künftig fortsetzen.
- Durch die Entwicklung im Bereich der Chemo- und Immuntherapeutika (neue Wirkstoffe, breitere Anwendbarkeit, explodierende Kosten) sehen sich die Krankenanstaltenträger dazu veranlasst, steuernde Maßnahmen (Einkaufspolitik, Behandlungspfade, Limitierungen, Einzelfallgenehmigungen etc.) zu setzen. Der generelle Umgang mit der Berücksichtigung von Kosten und Effektivität im Rahmen von Therapieentscheidungen und die finanzielle Bedeckung besonders teurer Therapien bedürfen einer bundesweiten Harmonisierung. Dazu ist es erforderlich, diese Thematik an die Bundesebene heranzutragen und mit Nachdruck zu verfolgen.
- Auf Grund der unterlassenen Anpassung der Finanzierungsstrukturen an die tatsächlichen Patientenströme, v. a. an der Schnittstelle zwischen intra- und extramuralem Bereich, kommt es zu einer hohen Krankenhausinanspruchnahme onkologischer Patienten. Es wird darauf hingewiesen, dass die Behandlung dieser Patienten auf Grund der weiterentwickelten Behandlungsmethoden (z. B. oral statt

intravenös) künftig nicht mehr primär stationär erfolgen muss, da viele Erkrankungen, v. a. in einer frühen Phase, durchaus im extramuralen Bereich bzw. in neuen Versorgungsmodellen behandelbar wären. Hieraus könnte sich ein nennenswertes Potenzial zur Entlastung des intramuralen Bereichs ergeben.

- Es wäre zu evaluieren, inwiefern die Ergebnisse dieser Prüfung auch auf die anderen Leistungserbringer im Rahmen der onkologischen Versorgung in der Steiermark umgelegt werden können.

Stellungnahme des Landesrates Mag. Christopher Drexler:

- *Steuerungsmaßnahmen gegen einen etwaigen Fachärztinnen- und Fachärztemangel werden gegebenenfalls über die Art. 44-Kommission eingeleitet; ein Monitoring des Bedarfs an Fachleuten für die Gesundheitsberufe erfolgt über die GÖG.*
- *Kapazitätsmängel:*
 - *Eine Aufstockung der Strahlentherapiegeräte ist in Umsetzung.*
- *„Die Auswirkungen dieser Entwicklungen schlagen sich in der jährlichen Leistungs- und Budgetplanung nieder und waren für die Verantwortungsträger auf allen Ebenen bereits seit Jahren sichtbar.“*
Diese Anmerkung des LRH ist sehr generell und allgemein. Konkrete Ausführungen mit einzelnen Beispielen zur Leistungs- und Budgetebene wären hilfreich, um konkret darauf reagieren zu können. In der Generalität der Aussage weist der GFSTMK aber darauf hin, wie auch vom LRH im Bericht angeführt, dass in etlichen Bereichen bereits Umsetzungsmaßnahmen in Angriff genommen wurden.
- *Um die steigenden Therapiekosten für Onkologika und Immuntherapeutika im Griff zu behalten, wurden sowohl KAGes-intern als auch auf Bundesebene (Projektgruppe im Rahmen der VG Versorgungsprozesse) steuernde Maßnahmen eingeleitet.*
- *Unter Einhaltung der Strukturqualitätskriterien, wie im ÖSG 2017 und der RSG-St 2025 vorgesehen, können onkologische Leistungen im Sinne einer abgestuften Versorgung auch in – den ONKZ nachgeordneten – stationären und ambulanten, intramuralen und extramuralen Einrichtungen erbracht werden. Hinzuweisen ist in diesem Zusammenhang aber darauf, dass aus Expertinnen- und Expertensicht onkologische Therapien jedenfalls im stationären Bereich zu beginnen sind.*

Replik des Landesrechnungshofes:

Die in dieser Zusammenfassung eingangs beschriebenen Entwicklungen schlagen sich in verschiedenen Kennwerten nieder, z. B. unbesetzte Dienstposten in den Stellenplänen, zunehmende Anzahl an MEL sowie an stationären und ambulanten Patienten bzw. Frequenzen, hohe Auslastungen, lange Wartezeiten, steigende Kosten etc.

Die KAGes verfügt über ein modernes und funktionierendes Berichtswesen, das die o. a. Kennzahlen widerspiegelt. Der LRH geht davon aus, dass für die Verantwortungsträger der verschiedenen Ebenen (Bereichsmanager, Anstaltsleitung, Vorstand, Gesundheitsfonds) in diesem Rahmen die Problemstellungen sichtbar waren.

Der LRH legte das Ergebnis seiner Überprüfung in der am 19. Jänner 2018 abgehaltenen Schlussbesprechung ausführlich dar.

Teilgenommen haben:

vom Büro des Landesrates Mag. Christopher Drexler:	Dr. Mag. Isabella Poier
vom Gesundheitsfonds Steiermark:	HR Mag. Michael Koren Dr. Johannes Koinig Dr. Ulrike Stark
von der Abteilung 8 Gesundheit, Pflege und Wissenschaft:	Dr. Mag. Birgit Strimitzer-Riedler HR Dr. Dietmar Müller
von der Steiermärkischen Krankenanstaltengesellschaft m.b.H.:	Vorstandsvorsitzender Univ.-Prof. Dr. Karlheinz Tscheliessnigg Mag. Gebhard Falzberger Univ.-Prof. Dr. Gernot Brunner Dr. Almut Frank, MPH Univ.-Prof. Dr. Hildegard Greinix Mag. Eva-Maria Gyergyek, MAS Mag. Bernhard Janda, CISA Univ.-Prof. Dr. Karin Kapp Ing. Volker Kikel, MAS Dr. Markus Narath Dr. Gerhild Paukovitsch-Jandl, MAS
vom Landesrechnungshof:	HR Mag. Heinz Drobesch Mag. Georg Grünwald Mag. Elisabeth Freidorfer Mag. Markus Birnstingl, MBA

Graz, am 24. Jänner 2018

Der Landesrechnungshofdirektor:

HR Mag. Heinz Drobesch

6. FESTSTELLUNGEN UND EMPFEHLUNGEN

Der Landesrechnungshof (LRH) überprüfte die onkologische Versorgung in der Steiermark. Die Prüfung umfasste überwiegend den Zeitraum vom 1. Jänner 2014 bis zum 31. Dezember 2016.

Nach Durchführung des Anhörungsverfahrens ergeben sich folgende Feststellungen und Empfehlungen:

Rechtliche Grundlagen sowie Kompetenzen auf Landes- und Trägerebene [Kapitel 2]

- ☐ Das Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz (G-ZG) sowie die Art. 15a B-VG Vereinbarungen über die Organisation und die Finanzierung des Gesundheitswesens und über die Zielsteuerung-Gesundheit sind grundlegend und bilden den Rahmen, in welchem die onkologische Versorgung zu gewährleisten ist.
- ☐ Der Österreichische Strukturplan Gesundheit 2017 (ÖSG 2017) und der Regionale Strukturplan Gesundheit Steiermark 2025 (RSG-St 2025) bestimmen die Versorgungsstufen samt Strukturen und Ausstattungen sowie Zuordnungen von Krankenanstalten und anderen Leistungserbringern zu den einzelnen Stufen.
- ☐ Auf Trägerebene bilden die Kategorisierung der Fondskrankenanstalten als Zentral-, Schwerpunkt- und Standardkrankenanstalten sowie die innere Strukturierung mit den jeweils angebotenen Fächern den Rahmen für die onkologische Versorgung.
- ☐ Aus dem RSG-St 2025 ist ableitbar, dass alle intra- wie auch extramuralen Einrichtungen Leistungen an onkologischen Patienten zumindest in Abstimmung mit einem Referenzzentrum (RFZ) erbringen dürfen.
- ☐ Mit dem Inkrafttreten des ÖSG 2017 (Planungshorizont 2020) und des RSG-St 2025 (Planungshorizont 2025) wurde im Bereich der Linearbeschleuniger eine Versorgungslücke von fünf (unter Einrechnung des Forschungsgerätes am LKH-Univ. Klinikum Graz von vier) Geräten evident.
- ☐ Von den Verantwortungsträgern wurden bereits vor dem Beschluss des ÖSG 2017 bzw. des RSG-St 2025 Schritte zur Gerätevermehrung in die Wege geleitet.

Empirischer Überblick [Kapitel 3]

- ☐ Die jährliche Krebsmortalität in Österreich nimmt laut Statistik Austria von rund 19.600 im Jahr 2010 auf rund 22.700 im Jahr 2030 zu. Die Anzahl der jährlichen Neuerkrankungen lag im Jahr 2010 bei rund 39.300; im Jahr 2030 werden diese bei

rund 43.700 liegen. Die Anzahl der in Österreich an Krebs erkrankten Personen ist im Zeitraum 2005 bis 2014 jährlich um rund 3,5 % gestiegen; am 31. Dezember 2014 waren in Österreich 330.492 Personen an Krebs erkrankt.

- Korrespondierende Daten für die Steiermark lagen dem LRH nicht vor. 2016 wurden in steirischen Fondskrankenanstalten 36.143 stationäre Fälle mit einer onkologischen Hauptdiagnose dokumentiert.
- Hinsichtlich der Verteilung der stationären Fälle und Leistungen auf die steirischen Fondskrankenanstalten kommt der LRH zum Schluss, dass die (stationären) Patientenströme im Wesentlichen dem Versorgungskonzept des ÖSG bzw. des RSG-St entsprechen.
- Im betrachteten Zeitraum wurden 274.354 Medizinische Einzelleistungen (MEL) an stationären onkologischen Patienten in steirischen Fondskrankenanstalten erbracht. Rund 22 % dieser Leistungen waren Chemotherapien, gefolgt von Eingriffen/OP (rund 20,5 %) und strahlentherapeutische Leistungen (rund 9,3 %).
- Weder im extramuralen noch im ambulanten intramuralen Bereich erfolgt derzeit eine Diagnoseerfassung nach ICD-10 bzw. eine Leistungsdatenerfassung nach einem einheitlichen Leistungskatalog. Daher kann zur extramuralen und ambulanten intramuralen Versorgung keine Aussage getätigt werden.
 - **Der LRH empfiehlt den Verantwortungsträgern (Landes-Zielsteuerungskommission, Gesundheitsfonds, Krankenanstaltenträger, Ärztekammer), eine einheitliche Diagnose- und Leistungserfassung im extramuralen und ambulanten intramuralen Bereich in die Wege zu leiten.**

Übergreifende Aspekte der onkologischen Versorgung [Kapitel 4]

- In den steirischen Fondskrankenanstalten werden an vier Standorten (LKH-Univ. Klinikum Graz; LKH Hochsteiermark, Standort Leoben; LKH Graz Süd-West, Standort West; LKH Feldbach-Fürstenfeld, Standort Fürstenfeld) Arzneimittel zur chemo- und immuntherapeutischen Krebsbehandlung aufbereitet.
- Zuständigkeiten (inklusive Ausfallskonzept) sind schriftlich definiert. Die Versorgung ist derzeit grundsätzlich gesichert, wenn künftig auch von einem steigenden Bedarf auszugehen ist.
- Dem LRH wurde zur psychoonkologischen Versorgung am LKH-Univ. Klinikum Graz von den geprüften medizinischen OE vermittelt, dass insbesondere in der Vergangenheit Engpässe bestanden hätten.

- **Der LRH empfiehlt, den Bedarf an einschlägig geschultem psycho-onkologischen Personal am LKH-Univ. Klinikum Graz zu evaluieren.**
- In steirischen RFZ waren entsprechend der Verpflichtung des ÖSG Tumorboards eingerichtet bzw. diese in solchen vertreten.
- Für den Wirkungsbereich der Steiermärkischen Krankenanstaltengesellschaft m. b.H. (KAGes) werden Zusammensetzung und Arbeitsweise in den Tumorboards durch eine Richtlinie (RL) geregelt. Diese wurde zuletzt am 18. Dezember 2014 aktualisiert.
- **Der LRH empfiehlt der KAGes, die RL für Tumorboards im Hinblick auf die vom BMG herausgegebene „Rahmengeschäftsordnung für Tumorboards“ und auf den neuen ÖSG 2017 zu evaluieren.**
- **Weiters wird dem Gesundheitsfonds empfohlen, in Abstimmung mit der KAGes eine Tumorboard-Muster-Geschäftsordnung für alle steirischen Fondskrankenanstalten zu erstellen, sodass eine steiermarkweite Standardisierung erreicht werden kann.**
- **In weiterer Folge sind von den steirischen Fondskrankenanstalten deren Geschäftsordnungen für die Tumorboards zu evaluieren. Für jene Tumorboards, für die es bislang keine Geschäftsordnungen gab, ist auf Basis der o. a. RL und/oder der o. a. Rahmen- bzw. Mustergeschäftsordnung eine entsprechende Geschäftsordnung zu erstellen.**
- **Über die Betreuungsfunktion des Comprehensive Cancer Center Graz (CCC Graz) für das Krankenhaus (KH) der Elisabethinen und das KH der Barmherzigen Brüder in Graz sind die neuen Standards für Tumorboards auch auf diese beiden Ordensspitäler zu übertragen.**
- Das CCC Graz wurde als virtueller Zusammenschluss auf bestehende Strukturen des LKH-Univ. Klinikums Graz und der Medizinischen Universität Graz (MUG) aufgebaut.
- Der LRH sieht in der Standardisierung von Prozessen unter fächer- und strukturübergreifender Beteiligung der medizinischen Partner im CCC Graz einen indirekten, aber wesentlichen Beitrag zur besseren Behandlung onkologischer Patienten und in weiterer Folge für Lehre und Forschung.
- **Dem CCC Graz sowie KAGes-Management und KAGes-Services wird empfohlen, die Zusammenarbeit zu verstärken, um die jeweiligen spezifischen Ressourcen bzw. Fachkenntnisse synergetisch zu nutzen.**

- **Weiters wird dem CCC Graz empfohlen, eine übergeordnete Vernetzung und intensive Abstimmung der Projektergebnisse zur effizienten Lösung gleichartiger Problemstellungen mit den anderen CCC in Österreich anzustreben.**
- Das „Transparente Wartelistenregime“ gemäß § 20 Steiermärkisches Krankenanstaltengesetz 2012 (StKAG) befindet sich innerhalb der KAGes in Umsetzung. Bei dem dafür in Entwicklung befindlichen „Wartezeiten-Monitoring“ handelt es sich um ein Berichts- und Prognosetool für den stationären Bereich. Dieses Tool ist derzeit nicht dazu geeignet, um ein Wartezeitenmanagement in Zusammenhang mit der Terminorganisation onkologischer Patienten zu betreiben.
- **Empfohlen wird, eine Adaptierung des „Wartezeiten-Monitorings“ an die Anforderungen eines Wartezeitenmanagements in Zusammenhang mit der Terminorganisation onkologischer Patienten zu prüfen. Sollte das nicht möglich sein, ist das Ziel eines professionellen Wartezeitenmanagements für den onkologischen Bereich gesondert zu verfolgen.**
- **Darüber hinaus wird empfohlen, das „Wartezeiten-Monitoring“ möglichst einfach zu gestalten, damit die gesetzliche (Mindest-)Vorgaben nach § 20 StKAG erfüllt werden können. Die Kriterien der Sparsamkeit, Wirtschaftlichkeit und Zweckmäßigkeit sind einzuhalten.**

Onkologische Versorgung in ausgewählten medizinischen Organisationseinheiten [Kapitel 5]

- In nahezu allen im Bereich der onkologischen Erkrankungen tätigen Sonderflächen besteht ein Fachärztemangel.
- Der LRH hat ausschließlich medizinische Organisationseinheiten (OE) des LKH-Univ. Klinikums Graz ausgewählt und einer näheren Überprüfung unterzogen.
- **Den Verantwortungsträgern wird eine Evaluation empfohlen, inwiefern die Ergebnisse dieser Prüfung auch auf die anderen Leistungserbringer im Rahmen der onkologischen Versorgung in der Steiermark umgelegt werden können.**
- Aus vielfältigen Gründen (Personal, Raum, Infrastruktur) ergeben sich in allen überprüften medizinischen Organisationseinheiten Wartezeiten. Diese werden aus Sicht des LRH als sehr bedenklich erachtet und machen Entlastungsmaßnahmen erforderlich.

- Die Auswirkungen dieser Entwicklungen schlagen sich in der jährlichen Leistungs- und Budgetplanung nieder und waren für die Verantwortungsträger auf allen Ebenen bereits seit Jahren sichtbar.
- Unverständlich ist, dass dieser Problematik im Hinblick auf die epidemiologische Bedeutung von Krebserkrankungen (zweithäufigste Todesursache) in der konkreten Ausgestaltung im Spitalsbetrieb in der Prioritätenreihung von (Bau-)Projekten nicht ausreichend Rechnung getragen wurde. Hier ist nicht nachvollziehbar, dass sich die Umsetzung von dringenden Entlastungsmaßnahmen in die Länge ziehen und erst im Rahmen des Projektes „LKH 2030“ eine vollständige Erledigung finden sollen.
- Eine planbare Finanzierungsbeteiligung des Bundes hinsichtlich der Universitätsstandorte liegt nicht vor; immer wiederkehrende Finanzierungsverhandlungen (z. B. Projekt „LKH 2030“) zwischen Land und Bund führen zu Verzögerungen bei baulichen Maßnahmen. Dies wird sich auch künftig fortsetzen.
- Durch die Entwicklung im Bereich der Chemo- und Immuntherapeutika (neue Wirkstoffe, breitere Anwendbarkeit, explodierende Kosten) sehen sich die Krankenanstaltenträger dazu veranlasst, steuernde Maßnahmen (Einkaufspolitik, Behandlungspfade, Limitierungen, Einzelfallgenehmigungen etc.) zu setzen.
 - **Der generelle Umgang mit der Berücksichtigung von Kosten und Effektivität im Rahmen von Therapieentscheidungen und die finanzielle Bedeckung besonders teurer Therapien bedürfen einer bundesweiten Harmonisierung. Dazu ist es erforderlich, diese Thematik an die Bundesebene heranzutragen und mit Nachdruck zu verfolgen.**
- Auf Grund der unterlassenen Anpassung der Finanzierungsstrukturen an die tatsächlichen Patientenströme, v. a. an der Schnittstelle zwischen intra- und extramuralem Bereich, kommt es zu einer hohen Krankenhausinanspruchnahme onkologischer Patienten. Es wird darauf hingewiesen, dass die Behandlung dieser Patienten auf Grund der weiterentwickelten Behandlungsmethoden (z. B. oral statt intravenös) künftig nicht mehr primär stationär erfolgen muss, da viele Erkrankungen, v. a. in einer frühen Phase, durchaus im extramuralen Bereich bzw. in neuen Versorgungsmodellen behandelbar wären. Hieraus könnte sich ein nennenswertes Potenzial zur Entlastung des intramuralen Bereichs ergeben.

Univ. Klinik für Strahlentherapie-Radioonkologie [Kapitel 5.1]

- Radioonkologische und strahlentherapeutische Behandlungen werden an der Univ. Klinik für Strahlentherapie-Radioonkologie am LKH-Univ. Klinikum Graz (Basis und Spitzenversorgung) und seit Juli 2017 auch an der dislozierten Einrichtung für

Strahlentherapie-Radioonkologie am LKH Hochsteiermark (Basisversorgung) durchgeführt.

- Zum Stichtag 1. August 2017 waren in der Steiermark sechs (fünf) Linearbeschleuniger (für die Patientenversorgung) in Betrieb, fünf (vier) davon am LKH-Univ. Klinikum Graz und eines am LKH Hochsteiermark, Standort Leoben. Ein für die Forschung angeschafftes Gerät ist nicht für die Patientenversorgung bestimmt.
- Am LKH-Univ. Klinikum Graz fand am 3. November 2017 der Spatenstich zum Erweiterungsbau der Univ. Klinik für Strahlentherapie-Radioonkologie um zwei weitere Linearbeschleuniger statt. Das Projekt wäre von der KAGES einzureichen und vom LRH in Form einer Projektkontrolle zu überprüfen gewesen.
- Am Standort Graz bleibt nach der Realisierung dieses Projektes 2019 ein Mehrbedarf im Ausmaß von einem Linearbeschleuniger.
- Erstmals im Programm LKH Leoben 2020 wurde am Standort Leoben eine Strahlentherapie mit einem Linearbeschleuniger festgeschrieben. Die Umsetzung erfolgt mit sechsjähriger Verzögerung (Baubeginn 2015 anstelle 2009) und unvollständig (ein anstelle zwei Linearbeschleuniger) in Form einer dislozierten Einrichtung.
- Dies wird sowohl von der Leitung der Univ. Klinik für Strahlentherapie-Radioonkologie als auch vom LRH in Frage gestellt.
 - **Der LRH empfiehlt zur festgestellten Versorgungslücke bzw. zur Ineffizienz des Betriebes eines Linearbeschleunigers an einem Standort im Hinblick auf die anstehende Entscheidungsfindung, entweder am Standort Leoben die im RSG-St 2025 empfohlene Geräteausstattung mit zwei Linearbeschleunigern und der erforderlichen (fach-)ärztlichen Bedeckung umzusetzen oder nach dem Ende der Lebensdauer des bestehenden Linearbeschleunigers am Standort Leoben die Strahlentherapie-Radioonkologie wieder ausschließlich am Standort Graz zu konzentrieren.**
- Die im ÖSG 2017 und RSG-St 2025 steiermarkweit vorgegebenen neun Linearbeschleuniger werden laut KAGES erst mittel- bis langfristig realisiert werden, obwohl bereits jetzt ein Mehrbedarf vorliegt.
- Rund 91 % der Patienten werden ambulant behandelt; bei allen ambulanten Leistungsparametern zeigt sich ein steigender Trend.

- Die stationären Leistungsdaten bzw. die Auslastung waren im betrachteten Zeitraum 2014 bis 2016 leichten Schwankungen unterworfen.
 - **Der LRH regt an, den Bettenbedarf im Hinblick auf die Aufstockung der Anzahl der Linearbeschleuniger zu evaluieren und die Anzahl der Betten pro Zimmer an die besonderen Bedürfnisse onkologischer Patienten anzupassen.**
- Die für eine derartige Einrichtung erforderlichen organisatorischen Grundlagen sind vorhanden.
- Ab 2017 konnte der Dienstpostenplan nicht mehr voll besetzt werden.
- Durch die derzeitigen Rahmenbedingungen (KA-AZG, Ausbildungsordnung, Attraktivität) entsteht ein Fachärztemangel, durch den der Betrieb der vorhandenen bzw. der noch anzuschaffenden Linearbeschleuniger nicht gewährleistet werden kann.
 - **Der LRH empfiehlt der Gesundheitsplattform Steiermark, der Ärztekammer Österreich und den Krankenanstaltenträgern, unverzüglich Gegenmaßnahmen zu setzen, um für diesen sensiblen Bereich eine ausreichende Anzahl an Fachärzten sicherzustellen.**
- An der Univ. Klinik für Strahlentherapie-Radioonkologie bestehen schon seit Jahren Wartezeiten. Ungewollte Verzögerungen beim Behandlungsbeginn liegen laut Klinikleitung in der Sphäre der Klinik (Ressourcenmangel an technischem Gerät und Personal), in der Sphäre des Zuweisers und in der Sphäre des Patienten.
- Hinzu kommt, dass der Anmeldung an der Klinik eine Phase der Diagnoseabklärung (zumeist) im niedergelassenen Bereich und/oder innerhalb der Krankenanstalt vorausgeht; diese ist in der Wartezeit der Klinik nicht enthalten.
- Der Univ. Klinik für Strahlentherapie-Radioonkologie wurden insgesamt 2.650 Patienten mit einem Soll-Termin im Jahr 2016 für eine Behandlung zugewiesen. Davon wurden 84,2 %, das waren 2.230 Patienten, tatsächlich einer Behandlungsserie unterzogen. Die verbleibenden 15,8 %, das waren 420 Patienten, wurden aus verschiedenen Gründen (Absage durch Patient/Zuweiser, Verschlechterung des Allgemeinzustandes, Ableben) nicht behandelt.
- Rund $\frac{3}{4}$ der Patienten bzw. Patienten aller Kategorien mussten zum Teil eklatante Wartezeiten ab dem von der Klinik definierten medizinisch indizierten letztmöglichen Behandlungsbeginn hinnehmen.

- Bei der größten Patientengruppe, das sind akut eingestufte Patienten, mussten 95 % auf den tatsächlichen Behandlungsbeginn warten. Nach einem Soll-Zeitraum von drei Tagen ab der Anmeldung betrug hier die maximale Wartezeit 48 Tage.
- Bei der zweitgrößten Patientengruppe, das sind Patienten mit einer primären Radiotherapie, mussten ebenso 95 % auf den tatsächlichen Behandlungsbeginn warten. Nach einem Soll-Zeitraum von 14 Tagen ab der Anmeldung betrug hier die maximale Wartezeit 69 Tage.
- Bei der Patientengruppe mit Mamma-Karzinom nach der Operation („high risk“) mussten 97 % auf den tatsächlichen Behandlungsbeginn warten. Nach einem Soll-Zeitraum von 21 Tagen ab der Operation betrug die maximale Wartezeit 56 Tage.
- Bei der Patientengruppe mit Mamma-Karzinom nach der Chemotherapie („high risk“) mussten 53 % auf den tatsächlichen Behandlungsbeginn warten. Nach einem Soll-Zeitraum von 21 Tagen nach dem Chemotherapie-Ende betrug hier die maximale Wartezeit 49 Tage.
- Bei der Patientengruppe (Radiotherapie des Prostatakarzinoms; „intermediate“ und „high risk“) mussten selbst nach dem definierten Soll-Zeitraum von neun Monaten immer noch 23 % auf den tatsächlichen Behandlungsbeginn warten. Nach einem Soll-Zeitraum von neun Monaten ab Beginn einer Hormontherapie betrug hier die maximale Wartezeit 31 Tage.
- Ergänzend wird vom LRH festgehalten, dass es in der medizinischen Versorgung grundsätzlich zu mehr oder weniger langen Wartezeiten kommt.
- Aus den o. a. Feststellungen resultieren für die Univ. Klinik für Strahlentherapie- Radioonkologie folgende abschließende Empfehlungen.
 - **Den Verantwortungsträgern wird empfohlen, die bestehenden Versorgungslücken im Bereich der Linearbeschleuniger zu schließen.**
 - **Bei der Umsetzung sind die aktuellen kapazitätsmäßigen Vorgaben der übergeordneten Versorgungsplanung im ÖSG 2017 bzw. im RSG-St 2025 zu realisieren.**
 - **Die dafür erforderliche Finanzierung ist sicherzustellen; in diesem Zusammenhang ist auch der Bund zur Mitfinanzierung der Universitätsstandorte in die Pflicht zu nehmen.**

Chemotherapie und Immuntherapie [Kapitel 5.2]

- Die Kosten für Arzneimittel nehmen in der KAGes mit rund € 100 Mio. p. a. eine bedeutende Budgetposition ein. Die jährlichen Steigerungen (Preis- und Mengeneffekte) der Kosten für Zytostatika und Immuntherapeutika nahmen von 2013 bis 2016 stark zu.
- Innerhalb der KAGes wurden eine Reihe von Aktivitäten eingeleitet, um kosten-(steigerungs)dämpfende bzw. effektivitätssteigernde Wirkungen zu erzielen; dies wird vom LRH als positiv erachtet.
- Die Einrichtung der Arzneimittelplattform bzw. die Optimierung des Einkaufs von Arzneimitteln wird als wirksame Maßnahme gesehen.
- Mit der Ausarbeitung von KAGes-weiten Standards für die medikamentöse Tumorthherapie kann die Transparenz von Therapieentscheidungen und gleichzeitig die Versorgungsqualität in Bezug auf die Outcome-Faktoren verbessert und die Kosteneffizienz in der Behandlung gesteigert werden.
- Darüber hinaus wurde 2017 in der KAGes das sogenannte „Medizinische Innovationsboard“ (MIB) eingerichtet, das den Vorstand in seinen grundlegenden Entscheidungen zur Versorgungs- und Verteilungsgerechtigkeit unter Berücksichtigung von Kosten- und Effektivitätsüberlegungen unterstützen soll.
- Dies wird als wichtiger Schritt in Richtung (Zusatz-)Nutzenbewertung und finanzielle Bedeckung von medizinischen Methoden, Technologien und Sachmitteln auf Basis einer gesicherten, effektiven, effizienten und gerechten Versorgung in den LKH der KAGes gesehen.
- Ab 2017 wurden besonders teure Anwendungen neuer bzw. bestehender Wirkstoffe einer Einzelfallgenehmigung durch den Vorstand auf Basis der Ergebnisse aus dem MIB unterworfen. Auch mit diesem Instrument werden Kosten und Effektivität der Behandlung in die Therapieüberlegungen mit einbezogen.
- Am LKH-Univ. Klinikum Graz erfolgt eine Einzelfallgenehmigung durch den Ärztlichen Direktor für bestimmte, von der Arzneimittelkommission festgelegte Arzneimittel. Zudem wurde ein externes Beratungsunternehmen mit der Unterstützung der Einhaltung des Budgets für die „Ärztliche Verantwortung“ betraut.
- **Die o. a. Bestrebungen der KAGes (v. a. Optimierung des Einkaufs von Arzneimitteln, Ausarbeitung von Standards, Einzelfallprüfungen, grundlegende Überlegungen zu Kosten, Effektivität und Versorgungsgerechtigkeit) sind weiter zu verfolgen.**

- **Erkenntnisse aus der Beauftragung des Beratungsunternehmens am LKH- Univ. Klinikum Graz sind in allen KAGes-Standorten anzuwenden.**
- **Der generelle Umgang mit speziellen Einzelfällen, die Berücksichtigung von Kosten und Effektivität im Rahmen von Therapieentscheidungen und die finanzielle Bedeckung besonders teurer Therapien bedürfen einer bundesweiten Diskussion und Regelung. Dieses Thema ist daher von den Verantwortungsträgern (Gesundheitsplattform, Gesundheitsressort) an die Bundesebene heranzutragen und mit Nachdruck zu verfolgen.**
- Die Klinische Abteilung für Hämatologie an der Univ. Klinik für Innere Medizin am LKH- Univ. Klinikum Graz ist das Zentrum für die hämatologische Versorgung in der gesamten Steiermark.
- Rund 74,1 % der Patienten der Klinischen Abteilung werden ambulant behandelt.
- Mit den derzeit vorhandenen räumlichen und personellen Kapazitäten können laut Leitung der Klinischen Abteilung nicht mehr ambulante Patienten und Frequenzen als jetzt bewältigt werden.
- Die Anzahl der vergebenen Termine muss daher limitiert werden; trotzdem sei mit entsprechenden Maßnahmen sichergestellt, dass alle Patienten einer Versorgung zugeführt werden.
- Im Rahmen einer Besichtigung wurde festgestellt, dass die Wartebereiche für Untersuchungs- bzw. Beratungsgespräche und für Blutabnahmen voll ausgelastet waren. Aus den Leistungsdaten ist abzuleiten, dass pro Arbeitstag durchschnittlich 60 Patienten die Hämatologie-Ambulanz durchlaufen.
- Termine für die Erstvorstellung sind ausnahmslos mittels Faxformular durch den zuweisenden niedergelassenen (Fach-)Arzt zu vereinbaren.
- **Der LRH regt an, die Erstvorstellung weiter zu entwickeln bzw. zu standardisieren: So könnte auf ein elektronisch ausfüllbares PDF-Formular umgestellt bzw. die Möglichkeit einer Erstanmeldung über eine Online-Erfassungsmaske geschaffen werden.**
- Die räumliche Situation an der Hämatologie-Bettenstation ist ebenso beengt wie im Ambulanzbereich. Den Patienten werden Infusionen auch am Gang verabreicht.

- Ärzte, Pflege und Administration müssen sich den Stationsstützpunkt teilen, lediglich der Oberarzt des Tages kann ein kleines Büro nutzen. Der Verbindungsgang zur Univ. Klinik für Kinder- und Jugendheilkunde wird als Lager- und Stauraum verwendet.
- Für die Endfertigung der rund 90 (hochtoxischen) Infusionen pro Tag gibt es lediglich einen kleinen Raum; dies erscheint aus ablauforganisatorischer Sicht und Risikogesichtspunkten suboptimal.
- Die Auslastung auf der Hämatologischen Bettenstation lag im betrachteten Zeitraum deutlich über der idealtypischen Auslastung von 85 %; dies bestätigt den seitens der Leitung der Klinischen Abteilung berichteten Bettenmangel.
- Wegen der limitierten Bettenanzahl müssen hämatologische Patienten mit Komplikationen bzw. zur stationären Folgetherapie entsprechend der medizinischen Notwendigkeit zum Teil an anderen internistischen Abteilungen oder in anderen wohnortnahen Krankenanstalten versorgt werden.
- An der Klinischen Abteilung für Hämatologie fehlen zur Umsetzung des sanitätsbehördlichen Bescheides bzw. Erfüllung der ÖSG-Strukturqualitätskriterien noch vier Vor- und Nachsorgebetten für die KMT-Bettenstation.
- Stationäre Patienten in immunsupprimiertem und/oder lebensbedrohlichem Zustand (z. B. auch KMT-Patienten) müssen mit dem Rettungswagen in die Intensivstation des Haupthauses der Univ. Klinik für Innere Medizin transportiert werden.
- Als primäre Ursache für Wartezeiten im ambulanten wie auch im stationären Bereich gibt die Leitung der Klinischen Abteilung die beschränkten räumlichen und personellen Kapazitäten an.
- Der LRH hat zur Überprüfung eine Zufallsstichprobe aus den Jahren 2015, 2016 und 2017 gezogen. Dabei wurden im Wesentlichen die Aussagen der Klinischen Abteilung bestätigt: Für eine Erstvorstellung betrug die Wartezeit im Jahr 2017 in der Mehrzahl der Fälle rund zwei Wochen, 2015 und 2016 etwas mehr. Akutfälle wurden im gesamten Zeitraum sofort behandelt.
- Die beengte räumliche Situation und die hohe Patientenfrequenz an der Klinischen Abteilung für Hämatologie sind bereits seit Jahren bekannt.
- Die geplante Übersiedelung der Ambulanz in die ehemalige „Zahnklinik“ im August 2018 sollte eine leichte Entlastung bringen, da dadurch für die ambulante wie auch stationäre Versorgung dringend notwendiger Raum geschaffen werden kann.

- Für den LRH ist dennoch nicht nachvollziehbar, warum sich die Umsetzung dieser von allen Seiten als dringend erachteten Entlastungsmaßnahmen so lange hinzieht und erst im Rahmen des Projektes „LKH 2030“ eine vollständige Erledigung finden soll.
- Die Klinische Abteilung für Onkologie an der Univ. Klinik für Innere Medizin am LKH- Univ. Klinikum Graz ist das Zentrum für die internistische onkologische Versorgung in der Steiermark.
- Rund 73 % der Patienten der Klinischen Abteilung werden ambulant behandelt; bei den ambulanten Patienten (+ 1,6 %) und den ambulanten Frequenzen (+ 9 %) zeigt sich eine steigende Tendenz.
- Im Rahmen einer Besichtigung hat der LRH festgestellt, dass der Wartebereich der Onkologie-Ambulanz äußerst beengt ist.
- Eine weitere Vermehrung der ambulanten Patienten und Frequenzen, so die Leitung der Klinischen Abteilung, kann mit den derzeitigen Raum- und Personalressourcen nicht bewältigt werden.
- **Bis zum Ausgleich der Ressourcenengpässe ist als erste Maßnahme eine Ausweitung der Ambulanzzeiten in Erwägung zu ziehen.**
- Die stationären Leistungsdaten zeigen im betrachteten Zeitraum 2014 bis 2016 einen marginal rückgängigen Trend; die rechnerische Bettenauslastung liegt annähernd im Bereich der idealtypischen Auslastung von 85 %.
- Nach Ansicht des LRH wäre es gerade im Hinblick auf den intensiven Betrieb (Anzahl der Patienten bzw. Frequenzen), die risikobehaftete Betreuung onkologischer Patienten und die Komplexität des Faches durchaus sinnvoll, Strukturen, Prozesse und Ergebnisse der Klinischen Abteilung für Onkologie in ihrer Gesamtheit einer Evaluierung zu unterziehen.
- **Der LRH empfiehlt daher, gemeinsam mit der Stabsstelle Qualitätsmanagement & Risikomanagement am LKH-Univ. Klinikum Graz eine Evaluierung der Betriebsorganisation unter besonderer Berücksichtigung von Qualitäts- und Risikoaspekten durchzuführen.**
- Der LRH hat zur Überprüfung der Wartezeiten eine Zufallsstichprobe aus den Jahren 2015, 2016 und 2017 gezogen: Demnach warteten die Patienten im Durchschnitt rund 14 Tage auf den Erstvorstellungstermin. Die kürzeste Wartezeit betrug fünf, die längste Wartezeit betrug 28 Tage.

- Eine Dokumentation von Wartezeiten bzw. ein Wartezeitenmanagement wird weder an der Klinischen Abteilung für Hämatologie noch an der Klinischen Abteilung für Onkologie betrieben.
 - **Der LRH empfiehlt beiden Klinischen Abteilungen, die Einführung eines Wartezeitenmanagements nach dem Vorbild der Univ. Klinik für Strahlentherapie-Radioonkologie in Betracht zu ziehen.**
- Durch die derzeitigen Rahmenbedingungen (KA-AZG, Ausbildungsordnung, Attraktivität des Sonderfaches) entsteht im Bereich der Hämatologie und im Bereich der medizinischen Onkologie ein Fachärztemangel.
 - **Der LRH empfiehlt der Gesundheitsplattform Steiermark, der Ärztekammer Österreich und den Krankenanstaltenträgern, unverzüglich Gegenmaßnahmen zu setzen, um für diesen sensiblen Bereich eine ausreichende Anzahl an Fachärzten sicherzustellen.**
 - **Der LRH empfiehlt, auch die personelle Bedeckung im nicht-ärztlichen Bereich zu beobachten und erforderlichenfalls zu evaluieren.**
- Aus den o. a. Feststellungen resultieren für die Klinische Abteilung für Hämatologie und für die Klinische Abteilung für Onkologie folgende gemeinsame Empfehlungen:
 - **Der LRH empfiehlt den Verantwortungsträgern (Gesundheitsressort, Gesundheitsfonds, KAGes) die Erweiterung der räumlichen Kapazitäten im ambulanten und im stationären Bereich.**
 - **Die dafür erforderliche Finanzierung ist sicherzustellen. In diesem Zusammenhang ist auch der Bund zur Mitfinanzierung der Universitätsstandorte in die Pflicht zu nehmen.**
 - **Entsprechende strukturelle Voraussetzungen sind zu schaffen, sodass ein größerer Anteil der Patienten auch im extramuralen Bereich bzw. in alternativen Versorgungsmodellen versorgt werden kann.**
 - **Eine bauliche Anbindung der Klinischen Abteilung für Hämatologie an das Haupthaus der Univ. Klinik für Innere Medizin ist zur Nutzung gemeinsamer Einrichtungen, zur Optimierung organisatorischer Abläufe und um eine räumliche Nähe zur Intensivstation zu schaffen, herzustellen.**
 - **Die vereinbarte Zusammenfassung der Klinischen Abteilung für Hämatologie und der Klinischen Abteilung für Onkologie ist umzusetzen.**

- **Die gesamte Bettenanzahl auf der Ebene der Univ. Klinik für Innere Medizin ist zu evaluieren und auf die Klinischen Abteilungen bzw. gemeinsamen Einrichtungen bedarfsorientiert neu zu verteilen.**

Chirurgische Behandlung [Kapitel 5.3]

- Die Dermatoonkologie ist Teil der Univ. Klinik für Dermatologie und Venerologie und ist das Zentrum für die Versorgung von Hauttumoren in der gesamten Steiermark sowie für das südliche Burgenland und das östliche Kärnten.
- Rund 90 % der Patienten werden ambulant behandelt; die Anzahl der ambulanten Patienten und der ambulanten Frequenzen steigt.
- Diese Entwicklung wie auch die knappe Personalsituation und die beengten Räumlichkeiten schlagen sich in langen Wartezeiten nieder, welche laut Ambulanzleitung medizinisch nicht vertretbar sind.
- Laut Univ. Klinik können bereits jetzt nicht mehr alle dermatoonkologischen Patienten nachbetreut werden, obwohl dies nach internationalem Standard notwendig wäre.
- Die stationären Leistungsdaten (Patienten, Belagstage, Pfl egetage und Verweildauer) zeigten im betrachteten Zeitraum einen leicht rückläufigen Trend; hingegen werden mehr medizinische Einzelleistungen je Fall erbracht.
- Die rechnerische Bettenauslastung liegt über dem Bereich der idealtypischen Auslastung von 85 %. Der LRH stellt in Frage, ob mit den laut RSG-St 2025 zu vermindernden Kapazitäten tatsächlich das Auslangen gefunden werden wird.
- Der LRH erachtet die Zertifizierung des Qualitätsmanagementsystems der Univ. Klinik als positiv.
- Seitens der Leitung der Dermatoonkologie wird darauf hingewiesen, dass sich ohne Ausbildung von zusätzlichen Fachärzten und ohne Nachbesetzungen in absehbarer Zeit ein massives Versorgungsproblem im dermatoonkologischen Bereich ergeben wird.
- **Der LRH empfiehlt als unmittelbare Maßnahme, Fachärzte innerhalb der Univ. Klinik für Dermatologie umzuschichten bzw. Nachbesetzungen prioritär in diesem Bereich vorzunehmen.**
- Durch die derzeitigen Rahmenbedingungen (KA-AZG, Ausbildungsordnung, Attraktivität des Sonderfaches) entsteht im Bereich der Dermatoonkologie ein Fachärztemangel.

- **Der LRH empfiehlt der Gesundheitsplattform Steiermark, der Ärztekammer Österreich und den Krankenanstaltenträgern, unverzüglich Gegenmaßnahmen zu setzen, um für diesen sensiblen Bereich eine ausreichende Anzahl an Fachärzten sicherzustellen.**
- **Der LRH empfiehlt, auch die personelle Bedeckung im nicht-ärztlichen Bereich zu beobachten und erforderlichenfalls zu evaluieren.**
- Eine Dokumentation von Wartezeiten bzw. ein Wartezeitenmanagement wird an der Dermatoonkologie nicht betrieben.
- **Der LRH empfiehlt beiden Klinischen Abteilungen, die Einführung eines Wartezeitenmanagements nach dem Vorbild der Univ. Klinik für Strahlentherapie-Radioonkologie in Betracht zu ziehen.**
- Die Wartezeiten an der Dermatoonkologie betrugen nach klinikeigenen Angaben je nach Sub-Ambulanz zwischen acht und elf Wochen, in dringlichen Fällen zwei bis drei Wochen.
- Die Ambulanzleitung unterstreicht, dass diese langen Wartezeiten (z. B. zehn Wochen für Routinetermine an der Melanomambulanz) medizinisch nicht vertretbar sind.
- Die langen Wartezeiten an der Dermatoonkologie haben dazu geführt, dass viele Patienten die Ambulanz ohne Termin aufsuchen und zusätzlich zu den terminisierten Patienten als Akutfall am selben Tag versorgt werden müssen.
- Aus den o. a. Feststellungen resultieren für die Dermatoonkologie folgende abschließende Empfehlungen:
 - **Als erste Maßnahme bis zur Beseitigung des Ressourcenmangels ist eine Ausweitung der Ambulanzzeiten in Erwägung zu ziehen.**
 - **Weiters empfiehlt der LRH den Verantwortungsträgern (Gesundheitsressort, Gesundheitsfonds, KAGes) die Erweiterung der räumlichen Kapazitäten im ambulanten Bereich.**
 - **Die dafür erforderliche Finanzierung ist sicherzustellen. In diesem Zusammenhang ist auch der Bund zur Mitfinanzierung der Universitätsstandorte in die Pflicht zu nehmen.**

- **Entsprechende strukturelle Voraussetzungen sind zu schaffen, sodass ein größerer Anteil der Patienten auch im extramuralen Bereich bzw. in alternativen Versorgungsmodellen versorgt werden kann.**