



**Burgenländischer
Landes-Rechnungshof**

Prüfungsbericht

**betreffend die Überprüfung der
Gebarung des Krankenhauses
Güssing**

Eisenstadt, im Oktober 2011



Auskünfte

Burgenländischer Landes-Rechnungshof
7000 Eisenstadt, Europaplatz 1, Landhaus-Neu
Telefon: 02682-63066/1812
Fax: 02682-63066/1807
E-Mail: post.lrh@blrh.at
Internet: www.blrh.at
DVR: 2110059

Impressum

Herausgeber: Burgenländischer Landes-Rechnungshof
7000 Eisenstadt, Europaplatz 1,
Landhaus-Neu
Berichtszahl: LRH-300-18/26-2011
Redaktion und Grafik: Burgenländischer Landes-Rechnungshof
Herausgegeben: Eisenstadt, im Oktober 2011

Abkürzungsverzeichnis

Abb.	Abbildung
Abs.	Absatz
AMG	Arzneimittelgesetz
AO	Anstaltsordnung
a.ö.	Allgemein öffentlich
AR	Aufsichtsrat
Art.	Artikel
Bed.	Bedienstete/r
BGA	Bundesgesundheitsagentur
BGBI.	Bundesgesetzblatt
Bgld.	Burgenland; Burgenländische(r)
BIQG	Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen
BLRH	Burgenländischer Landes-Rechnungshof
BURGEF	Burgenländischer Gesundheitsfonds
B-VG	Bundesverfassungsgesetz
bzw.	beziehungsweise
CT	Computertomographie
DGKP	Diplomiertes Gesundheits- und Krankenpflegepersonal
d.h.	das heißt
d.s.	das sind
DSG	Datenschutzgesetz
(E)DV	(Elektronische) Datenverarbeitung
EFQM	European Foundation for Quality-Modell
EG	Europäische Gemeinschaft
EPA	European Practice Assessment Instrument
etc.	et cetera
EU	Europäische Union
EUR, €	Euro
EWG	Europäische Wirtschaftsgemeinschaft
f.	folgende
ff.	fortfolgend
FGÖ	Fonds Gesundes Österreich
FSP	Fachschwerpunkt
GB	Geschäftsbericht
gem.	gemäß
GF	Geschäftsführer, Geschäftsführung
GmbH	Gesellschaft mit beschränkter Haftung
GO	Geschäftsordnung
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
GQG	Gesundheitsqualitätsgesetz
ha.	hieramts, hieramtig
HDG	Hauptdiagnosegruppe
HV	Hauptversammlung
ICU/ICMU	Intensive Care Unit/Intermediate Care Unit
i.e.	id est
idF.	in der Fassung
idgF.	in der geltenden Fassung
iHv.	in Höhe von
IRVP	Integrative regionale Versorgungsplanung
i.S.d.	Im Sinne der/des
ISO	International Organization for Standardization
iVm.	in Verbindung mit
JCAHO	Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations
JCI	Joint Commission International

KAG	Krankenanstaltengesetz
KA	Krankenanstalt
KAKuG	Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz
KH	Krankenhaus
KRAGES	Burgenländische Krankenanstalten-Gesellschaft m.b.H.
LAKAP	Landeskrankenanstaltenplan
LKF	Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung
leg. cit.	legis citatae
LGBl.	Landesgesetzblatt
LH	Landeshauptmann
lit.	litera
Lt.	laut
LReg.	Landesregierung
LRHG	Landes-Rechnungshof-Gesetz
lt.	laut
LVA	Landesvoranschlag
MA	Musteranwendung
MEL	Medizinische Einzelleistung
MFS	Mindestfrequenz pro Jahr und Krankenanstalten-Standort
MHG	Medizinische Einzelleistungs- und Hauptdiagnosegruppe
Mio.	Millionen
MPG	Medizinproduktegesetz
MRT	Magnetresonanz-Tomographie
MTD	Medizinisch Technischer Fachdienst
Nr.	Nummer
ÖKAP/GGP	Österreichischer Krankenanstaltenplan/ Großgeräteplan
ÖSG	Österreichischer Strukturplan Gesundheit
o.a.	oben angeführten
ÖBIG	Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen
Pkt.	Punkt
RA	Rechnungsabschluss
rd.	rund
RdM	Recht der Medizin (Zeitschrift)
RL	Richtlinie
RSG	Regionaler Strukturplan Gesundheit
SA	Standardanwendung
SHD	Sanitätshilfsdienste
S.	Seite
Slg.	Sammlung
StMV	Standard- und Musterverordnung
u.	und
u.a.	unter anderem
vgl.	vergleiche
VO	Verordnung
VR	Versorgungsregion
VZ	Versorgungszone
Z	Ziffer
z.B.	zum Beispiel
Zl.	Zahl

Inhalt

I. TEIL	7
1. VORLAGE AN DIE GEPRÜFTE STELLE.....	7
2. DARSTELLUNG DER PRÜFUNGSERGEBNISSE	7
II. TEIL	8
1. ZUSAMMENFASSUNG	8
2. GRUNDLAGEN	11
2.1 Prüfungsgegenstand und -ablauf.....	11
2.2 Prüfungsanlass	11
2.3 Zeitliche Abgrenzung	11
2.4 Gesetzliche Grundlagen.....	11
2.5 Sonstige Anmerkungen	11
2.6 Vollständigkeitserklärung	11
III. TEIL	12
1. RECHTLICHE GRUNDLAGEN	12
1.1 Vereinbarung zwischen Bund und Ländern nach Art. 15a B-VG	12
1.2 Bundesgesundheitsagentur.....	13
1.3 Gesundheit Österreich GmbH.....	13
1.4 Landesgesundheitsfonds	13
1.5 Österreichischer Strukturplan Gesundheit (ÖSG).....	14
1.6 Kompetenzverteilung auf dem Gebiet des Gesundheitswesens	16
1.7 Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz (KAKuG).....	17
1.8 Bgld. Krankenanstaltengesetz (Bgld. KAG)	18
1.9 Bgld. Landeskrankenanstaltenplan (Bgld. LAKAP)	19
1.10 BURGEF	20
1.11 Gesamtüberblick	21
1.12 KRAGES	21
2. A. Ö. KRANKENHAUS GÜSSING.....	22
2.1 Kenndaten	22
2.2 Allgemeines.....	22
2.3 Medizinische Leistungsbereiche	22
2.4 Nichtmedizinischer Leistungsbereich	24
2.5 Aufbauorganisation	24
2.6 Bettenspiegel.....	26
2.7 Interdisziplinäres System	27
2.8 Anstaltsordnung.....	29
2.9 Qualitätssicherung.....	31
2.10 Ethikkommission	35
2.11 Datenschutz	36
3. WIRTSCHAFTLICHE ENTWICKLUNG, KENNZAHLEN	39
3.1 Grundlagen	39
3.2 Entwicklung Aufwendungen	40
3.3 Personalaufwand	41
3.4 Sachaufwand / Sonst. Aufwendungen	43
3.5 Fallabhängige Kosten.....	43
3.6 Kosten pro Fall / Tag	45
3.7 Entwicklung Erträge.....	46
3.8 LKF-System (Exkurs).....	47
3.9 Entwicklung LKF-Punkte.....	48
3.10 Erträge aus LKF-Punkten	50
3.11 Entwicklung Deckungsgrad (Finanzbedarf).....	51
4. PERSONAL.....	53
4.1 Gesetzliche Grundlagen.....	53
4.2 Personalplanung und -management.....	53

4.3 Vorlagen	55
5. DIENSTPOSTENPLÄNE UND PERSONALSTAND.....	55
5.1 Planstellen KRAGES.....	55
5.2 Planstellen KH Güssing	56
5.3 Planstellen Rechnungsabschluss	56
5.4 Personalstand.....	58
6. DIENSTRECHTLICHE ASPEKTE	60
6.1 Dienstrechtliche Stellung	60
6.2 Betriebsvereinbarungen	61
6.3 Personaleinteilung.....	61
7. MITARBEITER PRO BETT	62
7.1 KRAGES-Krankenanstalten.....	62
7.2 Krankenpflegefachdienst.....	64
7.3 Betriebspersonal.....	65
8. ALTERSSTRUKTUR.....	66
8.1 Verteilung nach Lebensjahren.....	66
8.2 Verteilung nach Berufsgruppen.....	66
8.3 Altersstruktur Pflegebereich	67
8.4 Vergleich KRAGES – KH Güssing	68
8.5 Personalstrategie	69
9. KRANKENSTÄNDE	70
9.1 Vergleich KRAGES – KH Güssing	70
9.2 KH Güssing	72
10. FLUKTUATION	73
10.1 Gesamtschau.....	74
10.2 Berufsgruppen	75
11. SCHLUSSBEMERKUNGEN.....	77

I. Teil

1. Vorlage an die geprüfte Stelle

Der Burgenländische Landes-Rechnungshof (BLRH) erstattet gemäß § 8 Bgld. LRHG¹ nachstehenden Bericht über Wahrnehmungen, die er bei der durchgeführten Prüfung getroffen hat.

Der Bericht konzentriert sich auf alle aus Sicht des BLRH bedeutsam erscheinende Sachverhalte, die Bewertung von Stärken, Schwächen und Risiken sowie die daraus abgeleiteten Empfehlungen.

Als prüfendes und beratendes Organ des Bgld. Landtages ist es dem BLRH ein zentrales Anliegen, über seine Prüfberichte auf die Nutzung vorhandener sowie die Schaffung neuer Verbesserungspotenziale hinzuwirken.

Prüfungsberichte des BLRH erwecken vordergründig den Anschein, eher Defizite denn Stärken der geprüften Stelle(n) aufzuzeigen. Daraus soll und kann a priori nicht grundsätzlich auf eine mangelhafte Arbeit der geprüften Stelle(n) geschlossen werden. Dies auch dann nicht, wenn nach Auffassung der geprüften Stelle(n) die Darstellung ihrer Stärken in den Hintergrund getreten erscheint. Die Tätigkeit des BLRH soll über die gegebenen Empfehlungen dazu beitragen, das vielfach bereits anerkannt hohe Niveau der Leistungsfähigkeit nach den Grundsätzen der Wirtschaftlichkeit, Sparsamkeit und Zweckmäßigkeit noch weiter verbessern zu helfen.

2. Darstellung der Prüfungsergebnisse

Der Bericht ist vertikal in drei Ebenen gegliedert.

- I. Teil
- 1. Kapitel
- 1.1. Abschnitt

Jeder Abschnitt gliedert sich in Unterabschnitte, wobei den Endziffern der Unterabschnitte folgende Bedeutung zugeordnet ist:

- 1. Sachverhaltsdarstellung
- 2. Beurteilung durch den BLRH
- 3. *Stellungnahme der geprüften Stelle (kursiv)*
- 4. Stellungnahme des BLRH (optional)

Beim Zahlenwerk wurden gegebenenfalls kaufmännische Auf- und Abrundungen vorgenommen.

Im Bericht verwendete geschlechterspezifische Bezeichnungen gelten grundsätzlich für Frauen und Männer.

¹ Burgenländisches Landes-Rechnungshof-Gesetz, LGBl. Nr. 23/2002.

II. Teil

1. Zusammenfassung

1.1 Anstalts- ordnung

Der BLRH hob hervor, dass die KRAGES der Bgld. LReg. erst mit Schreiben vom 28.09.2010, somit erst drei Jahre nach vorgenommenen wesentlichen Änderungen der organisatorischen Struktur des KH, eine Neufassung der Anstaltsordnung des a.ö. KH Güssing zur Genehmigung vorlegte.

Eine eigene GO für die Sitzungen der kollegialen Führung des KH Güssing wurde entgegen der in der AO getroffenen Bestimmung nicht erlassen.

1.2 Qualitäts- sicherung

Der BLRH merkte an, dass im KH Güssing auf der Dokumentations-ebene keine übereinstimmende Praxis vorherrschte, da Patienteninformationen sowohl in Papierform als auch automationsunterstützt festgehalten wurden.

1.3 Daten- schutz

Der BLRH stellte fest, dass im KH Güssing die gem. § 14 DSGVO zu treffenden Datensicherheitsmaßnahmen für archivierte Patientendateien nicht ausreichend beachtet wurden.

1.4 Fallabhän- gige Kosten

Von 2007 auf 2008 war eine deutliche Erhöhung der fallabhängigen Kosten im Krankenhaus Güssing zu beobachten. Die Kosten stiegen von EUR 2.660.632 auf EUR 3.320.174, was einer Steigerung von fast 20 % entsprach.

1.5 Kosten pro Fall/Tag

Die stationären Aufnahmen waren von 2007 auf 2008 stark gestiegen (+ 11,50 %) und von 2008 auf 2009 wieder leicht gesunken (- 2,37 %).

Etwas schwächer zeigte sich diese Entwicklung auch bei den Pflgetagen. Von 2007 auf 2008 war eine Steigerung um 2,86 % zu verzeichnen, während von 2008 auf 2009 eine Verringerung in der Höhe von 3,67 % festgestellt werden konnte.

Besondere Beachtung verdienen die Steigerung der Kosten pro stationärer Aufnahme von 2008 auf 2009 um 7,09 %, sowie die Steigerung der Kosten pro Pflgetag von 2008 auf 2009 um 8,53 %.

1.6 Entwick- lung LKF- Punkte

Der Vergleich mit den anderen KRAGES-Krankenhäusern zeigte für das Krankenhaus Güssing von 2008 auf 2009 einen Zuwachs an LKF-Punkten in der Höhe von 6,92 %. Die Krankenhäuser Kittsee und Oberwart verzeichneten jeweils einen Zuwachs von 11,46 % bzw. 11,89 %. Das Krankenhaus Oberpullendorf erreichte einen Zuwachs von 13,04 %. Auf den gesamten Überprüfungszeitraum gerechnet erwirtschaftete das Krankenhaus Güssing eine Steigerung von 10,82 %.

1.7 Entwicklung Deckungsgrad (Finanzbedarf)

Im Jahr 2007 wies das Krankenhaus Güssing Gesamterträge in der Höhe von EUR 20.212.782 auf, welche Gesamtaufwendungen in der Höhe von EUR 19.274.014 gegenüberstanden. Der Überschuss der Gesamterträge über die Gesamtaufwendungen betrug EUR 938.768.

Von 2007 auf 2008 war sowohl bei den Gesamterträgen als auch bei den Gesamtaufwendungen eine Steigerung zu verzeichnen. Da die Gesamtaufwendungen stärker anstiegen als die Gesamterträge verringerte sich der Überschuss auf EUR 552.806.

2009 war Erhöhung der Gesamtkosten zu verzeichnen, welche einer Verringerung der Gesamterträge gegenüberstand, was zu einer Unterdeckung in der Höhe von EUR 1.132.551 führte.

Haupttreiber auf der Kostenseite waren die fallabhängigen Kosten, welche im Überprüfungszeitraum rund 22 % angestiegen waren, sowie die Personalkosten mit einer Steigerung von über 7 % im angegebenen Zeitraum.

1.8 Personalplanung und -management

Der BLRH stellte fest, dass durch die Handhabung der Berichterstattung über die Personalplanung nicht entsprechend der gesetzlichen Regelung, die eine Berichtspflicht der Koll. Führung an die LReg. vorsah, vorgegangen wurde. Er verkannte jedoch nicht die Problematik einer derartigen gesetzlichen Vorgabe im Hinblick auf die Funktion der KRAGES als planende und koordinierende Stelle und Entscheidungsträgerin.

1.9 Personalentwicklung

Im Überprüfungszeitraum erhöhte sich im KH Güssing die Anzahl der Planstellen im patientennahen Bereich (Ärzte, Krankenpflegedienst und med. techn. Dienste) um insgesamt 7,25 Dienstposten, während sich die Planstellen im patientenfernen Bereich (Verwaltung, Portier, Küchen- und Reinigungspersonal) um insgesamt 5,5 Dienstposten verringerte.

Ein Vergleich der Planstellen mit den zum jeweiligen 31.12. tatsächlich besetzten Dienstposten zeigte, dass im Überprüfungszeitraum sowohl Über- als auch Unterbesetzungen vorlagen. So waren vor allem Planstellen, die dem patientennahen Bereich zugeordnet werden konnten, in einem Ausmaß von 0,5 bis 2 über Plan besetzt. Während die medizinisch-technischen Dienste an den Stichtagen planmäßig besetzt waren, zeigte der patientenferne Bereich zu diesen Zeitpunkten weitgehend eine unterplanmäßige Besetzung.

Die Entwicklung des Personalstandes zeigte, dass der Anteil an Beschäftigten, die dem patientennahen Bereich zugeordnet werden konnten, von 2005 auf 2009 beinahe kontinuierlich anstieg. Im selben Zeitraum ging die Beschäftigtenzahl im patientenfernen Bereich zurück.

Die Gestaltung der Dienstpläne und Abrechnungen erfolgte im Überprüfungszeitraum nach Berufsgruppen unterschiedlich und nicht nach einem einheitlichen System.

1.10 Mitarbeiter pro Bett

Der BLRH stellte fest, dass die Zahl der Mitarbeiter pro Bett im KH Güssing während des gesamten Überprüfungszeitraumes konstant höher war als die Werte der vom Leistungsangebot vergleichbaren KH Kittsee und Oberpullendorf.

1.11 Altersstruktur

Beinahe ein Fünftel des dipl. Pflegepersonals, der Pflegehilfe und des Sanitätshilfsdienstes gehörten der Gruppe der 50-59 Jährigen an. Durch diese starke Besetzung dieser älteren Jahrgänge wird das KH Güssing in absehbarer Zeit mit einem hohen Personalabgang durch Pensionierung konfrontiert werden.

Die vorherrschende Altersstruktur im KH Güssing (insbesondere im Pflegebereich) war teilweise auf Einstellungswellen in der Vergangenheit zurückzuführen. Ende der 1980er und Anfang der 1990er Jahre wurden ganze Jahrgänge aus Pflegeschulen in den Dienst im Krankenhaus übernommen. Diese Einstellungswellen führen in Verbindung mit der im KH Güssing sehr niedrigen Fluktuation in 10 - 15 Jahren zu entsprechenden Pensionierungswellen. Der BLRH konnte keine an diese Umstände angepasste Personalstrategie für das KH Güssing erkennen.

1.12 Krankenstandstage

Die Betrachtung der Kennzahl Krankenstandstage im KH Güssing im Vergleich mit dem KRAGES-Gesamtbereich zeigte für die einzelnen Berufsgruppen unterschiedliche Entwicklungen. Die Bereiche der geh. med. techn. Dienste sowie Reinigung und Küche zeigten im Überprüfungszeitraum steigende Tendenz.

1.13 Fluktuation

Der BLRH stellte fest, dass die von der KRAGES verfolgte Personalpolitik, die einen Aufnahmestopp für alle Berufsgruppen im medizinischen Bereich zur Grundlage hatte, im KH Güssing im Jahr 2008 bis auf eine Ausnahme und im Jahr 2009 durchgängig umgesetzt wurde.

2. Grundlagen

- 2.1 Prüfungsgegenstand und -ablauf
- (1) Der BLRH überprüfte die Gebarung des Krankenhauses Güssing.
- (2) Die Einleitung dieser Prüfung erfolgte am 06.08.2010 mit der GF der KRAGES in deren Funktion als Rechtsträger der Bgld. Landeskrankenanstalten.
- (3) Die Abschlussgespräche mit der GF der KRAGES erfolgten am 06.06. und am 10.08.2011, die Berichtsübergabe am 22.08.2011. Die Stellungnahmefrist der geprüften Stelle endete gem. § 7 Bgld. LRHG am 03.10.2011.
- (4) Das Prüfungsteam setzte sich zusammen aus WHR Mag^a. Monika Pauschenwein als Prüfungsleiterin, Mag^a. Tamara Amon und Mag. Christoph Kaltenbacher, LL.M.
- 2.2 Prüfungsanlass
- Es lag eine Initiativprüfung gemäß § 5 Abs. 1 Z 1 iVm. § 5 Abs. 2 Bgld. LRHG vor.
- 2.3 Zeitliche Abgrenzung
- Der Überprüfungszeitraum erstreckte sich von 01.01.2007 bis 31.12.2009, somit über einen Vergleichszeitraum von drei Kalenderjahren. Die für spezifische Einzelbetrachtungen erforderlichen Dokumente und Vorgänge außerhalb des Überprüfungszeitraums wurden nach deren Erfordernis in die Prüfungshandlungen einbezogen. Die Erhebung des prüfungsrelevanten Sachverhalts endete mit Übergabe der letzten Unterlagen seitens der geprüften Stelle am 19.04.2011.
- 2.4 Gesetzliche Grundlagen
- Der Gebarungsüberprüfung lagen die §§ 2, 4 und 5 des Bgld. LRHG zugrunde.
- 2.5 Sonstige Anmerkungen
- Gegenständliche Initiativprüfung konzentrierte sich insbesondere auf eine grundlegende Darstellung des Bgld. Gesundheitssystems am Beispiel des KH Güssing. Hierbei erfolgte im Speziellen eine Aufgliederung der rechtlichen Organisation und wirtschaftlichen Entwicklung des KH Güssing mit besonderem Augenmerk auf Personalstruktur und Personalentwicklung während des Betrachtungszeitraumes.
- 2.6 Vollständigkeitserklärung
- Die GF der KRAGES gab am 10.08.2011 folgende Vollständigkeitserklärung ab: *„Unter Bezugnahme auf oben angeführte Überprüfung bestätige ich als Geschäftsführer der KRAGES Burgenländische Krankenanstalten Ges.m.b.H., dass Sie sämtliche Aufklärungen und Nachweise, die im Zusammenhang mit der Überprüfung angefordert wurden bzw. die zur Klärung des Sachverhaltes erforderlich waren, gem. § 6 Bgld. LRHG vollständig und wahrheitsgemäß erhalten haben.“*

III. Teil

1. Rechtliche Grundlagen

1.1 Vereinbarung zwischen Bund und Ländern nach Art. 15a B-VG

^{1.1.1} In einem Gliedstaatsvertrag nach Art. 15a B-VG² beschlossen Bund und Länder per 01.01.1997 die Grundlage einer Reform des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung. Diese Vereinbarung war zeitlich befristet und trat am 31.12.2000 außer Kraft. Es folgten weitere, jeweils befristete 15a B-VG-Vereinbarungen über die Neustrukturierung bzw. Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens.³ Die aktuell gültige Regelung⁴ lief am 31.12.2013 aus.

Die Vertragsparteien bekannten sich zu einer umfassenden medizinischen Versorgung für alle Menschen unabhängig von Alter und Einkommen, wobei die Grundsätze einer solidarischen Finanzierung, eines gleichen und niederschweligen Zugangs zu Leistungen, sowie hoher Qualität und Effizienz bei der Leistungserbringung gelten sollten. Die Gestaltung von Gesundheitsprozessen war lt. Vereinbarung an die jeweiligen Bedürfnisse der Patienten zu koppeln, so dass Vorsorge, Diagnose, Behandlung, Rehabilitation und Pflege in einer zweckmäßigen Abfolge und von der richtigen Stelle, in angemessener Zeit, mit gesicherter Qualität und mit bestmöglichem Ergebnis erbracht würden. In Kontinuität zu den vergangenen 15a B-VG-Vereinbarungen sollten Maßnahmen der gemeinsamen Steuerung und Planung intensiviert und fortgeführt werden. Der Vertrag sah die übereinstimmende Festlegung sämtlicher Planungsziele und Grundsätze betreffend das Gesundheitswesen in einem Österreichischen Strukturplan Gesundheit vor. Die konkrete Planung sollte in Form von Regionalen Strukturplänen auf Landesebene erfolgen.⁵

Die Art. 15a B-VG-Vereinbarung diene als eine an die Vertragsparteien adressierte verbindliche Richtlinie, um die Gewährleistung sowie den Ausbau einheitlicher Gesundheits- und Qualitätsstandards in Österreich sicherzustellen.

Die Vereinbarung barg u.a. die Grundlage für den Österreichischen Strukturplan Gesundheit und fokussierte auf eine verstärkte Zusammenarbeit zwischen den leistungs anbietenden Einrichtungen unter Mitwirkung der Bundesgesundheitsagentur. Ebenso wurde das leistungsorientierte Finanzierungssystem auf alle Bereiche des Gesundheitswesens ausgedehnt und als maßgebliches Verrechnungsmodell herangezogen. Im Übrigen schuf die Vereinbarung die rechtliche Existenzberechtigung für den Erhalt der BGA und der Ländergesundheitsfonds.

² BGBl. I. Nr. 111/1997.

³ BGBl. I. Nr. 60/2002, BGBl. I. Nr. 73/2005.

⁴ BGBl. I. Nr. 105/2008.

⁵ Vgl. Präambel der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, BGBl. I. Nr. 150/2008.

- 1.2 Bundesgesundheitsagentur
- 1.2.1 Die Bundesgesundheitsagentur (BGA) als Nachfolgerin der vormals bestehenden Strukturkommission war ein Produkt der Gesundheitsreform 2005 und wurde gleichsam wie die Landesgesundheitsfonds als Überwachungsorgan zur Planung und Steuerung des gesamten Gesundheitswesens (intra- und extramural) eingerichtet.⁶
- Die BGA sollte die Entwicklung im österreichischen Gesundheitswesen insgesamt beobachten und seine Weiterentwicklung durch die Vorgabe von Grundsätzen planen und steuern um letztendlich Rationalisierungspotenziale und Synergieeffekte im Gesundheitsbereich zu realisieren. Auch war die BGA maßgeblich an der Erarbeitung von Qualitätsvorgaben beteiligt.
- Die Einrichtung der BGA normierte u.a. §56a KAKuG⁷, wonach die BGA als Transferstelle zwischen Bund und öffentlichen Krankenanstalten fungierte und zu deren Finanzierung gesetzlich definierte Zweckzuschüsse des Bundes übermittelte.
- Die BGA verfügte über ein geschäftsführendes Organ, die Bundesgesundheitskommission, sowie über ein zu installierendes beratendes Organ, die Bundesgesundheitskonferenz.⁸
- 1.3 Gesundheit Österreich GmbH
- 1.3.1 Die Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) wurde am 01. August 2006 als nationales Forschungs- und Planungsinstitut für das Gesundheitswesen und als entsprechende Kompetenz- und Förderstelle für die Gesundheitsförderung per Bundesgesetz errichtet.⁹ Zu den Aufgaben der GÖG zählte u.a. auch die Umsetzung von Beschlüssen der Bundesgesundheitskommission.¹⁰ Die seit 1973 bzw. 1998 etablierten Einrichtungen Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG) und Fonds Gesundes Österreich (FGÖ) wurden in der GÖG als Geschäftsbereiche eingegliedert, deren Gesamtrechtsnachfolge sie übernahm. Als dritter Geschäftsbereich wurde am 01. Juli 2007 das Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen (BIQG) gegründet.
- Zweck der Errichtung der GÖG war eine aufeinander abgestimmte Strukturplanung, Gesundheitsförderung und Qualitätssicherung im Rahmen eines Holdingskonzepts. Organisatorisch wurden zwei Tochtergesellschaften installiert, die ÖBIG Forschungs- und Planungsgesellschaft mbH als Dienstleister für öffentliche Auftraggeber einerseits und die ÖBIG Beratungs GmbH als Ansprechstelle für Private. In gesellschaftsrechtlicher Hinsicht lag eine Errichtungs-GmbH vor mit dem Bund als Alleingesellschafter, vertreten durch den Bundesminister für Gesundheit. Im Rahmen ihrer wissenschaftlichen Tätigkeit war die GÖG gegenüber dem Bund weisungsfrei.¹¹
- 1.4 Landesgesundheitsfonds
- 1.4.1 Auf Länderebene sollten die Gesundheitsfonds unter Berücksichtigung gesamtökonomischer Auswirkungen die Vorgaben und Grundsätze der

⁶ Vgl. www.bmgfj.gv.at, „Die Gesundheitsreform 2005“.

⁷ Vgl. auch Art. 14 der Art. 15a B-VG Vereinbarung.

⁸ Vgl. www.bmgfj.gv.at, „Die Bundesgesundheitsagentur“.

⁹ Bundesgesetz, mit dem das Bundesgesetz über die Gesundheit Österreich GmbH (GÖGG) erlassen wird, das Bundesgesetz über die Errichtung eines Fonds „Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen“ aufgehoben und das Gesundheitsförderungsgesetz geändert werden, BGBl. I. Nr. 132/2006, zuletzt geändert durch BGBl. I. Nr. 77/2008.

¹⁰ Vgl. § 2 Abs. 5 GÖGG.

¹¹ Vgl. www.bmgfj.gv.at, „Gesundheit Österreich GmbH“.

BGA entsprechend konkretisieren und umsetzen. Weiters war die Finanzierung von öffentlichen und bestimmten privaten gemeinnützigen Krankenanstalten eine wesentliche Aufgabe der Gesundheitsfonds. Das oberste Organ der Gesundheitsfonds stellte die Gesundheitsplattform dar. Ihr hatten jedenfalls Vertreter des jeweiligen Landes, der Sozialversicherung, des Bundes, der Interessenvertretungen der Städte und Gemeinden, der konfessionellen Krankenanstalten, der Patientenvertretungen, der Ärztekammer sowie der Träger jener Krankenanstalten, welche über den Gesundheitsfonds finanziert wurden, anzugehören.¹²

1.5 Österreichischer Strukturplan Gesundheit (ÖSG)

1.5.1 Der ÖSG 2008¹³ war das Produkt der laufenden Weiterentwicklung des bis Ende 2005 bestehenden Österreichischen Krankenanstalten- und Großgeräteplans (ÖKAP/GGP). Der ÖSG verstand sich als ein österreichweit einheitlicher Planungsmaßstab für das Gesundheitswesen. Er lieferte allgemeine – sowohl quantitative als auch qualitative – Planungsvorgaben und schuf Rahmenbedingungen u.a. im Bereich des Qualitätsmanagements, der jährlichen Mindestfrequenzen und der Erreichbarkeit von Krankenanstalten. Die ambulante Versorgungsebene berücksichtigte der ÖSG 2008 durch die Aufnahme allgemeiner Zielvorstellungen, Planungsgrundsätze und Methoden.

Korrespondierend zu Art. 4 Abs. 3 der 15a B-VG-Vereinbarung über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens – in deren Rahmen der ÖSG beschlossen wurde – entstand die Notwendigkeit, das gesamte Gesundheitswesen und dessen Teilbereiche regelmäßig überregional und sektorenübergreifend zu analysieren und weiterzuentwickeln. Verantwortliches Organ hierfür war die BGA bzw. die Bundesgesundheitskommission.¹⁴ Der Fokus lag vor allem auf einer integrierten und länderweit abgestimmten Planung und Steuerung aller Bereiche des Gesundheitswesens sowie auf einer Verbesserung des Nahtstellenmanagements zwischen den einzelnen Gesundheitsversorgungseinrichtungen. Der ÖSG umfasste daher sowohl den intramuralen als auch den extramuralen Bereich einschließlich der Nahtstellen zum Pflegebereich.

Die grundlegende Neuerung des ÖSG 2008 im Vergleich zum ÖKAP/GGP bestand somit darin, dass dieser nicht wie bisher nur die jeweiligen Krankenhausstandorte, die Bettenanzahlen und in der Art. 15a B-VG-Vereinbarung geforderten Strukturqualitätskriterien je Abteilung planungshalber erfasste, sondern vielmehr eine Miteinbeziehung des gesamten Gesundheitswesens (einschließlich aller niedergelassenen Ärzte, Ambulatorien etc.) angestrebt wurde.

Zudem erfolgte eine Einreihung der einzelnen Krankenanstalten in 32 Versorgungsregionen und vier Versorgungszonen, wobei der Geltungsbereich sukzessive von Fonds-Krankenanstalten auf sämtliche Krankenanstalten nach dem KAKuG ausgedehnt wurde.

Das Kernelement des ÖSG bildete demnach die Ausbildung einer integrativen regionalen Versorgungsplanung einschließlich eines Nahtstel-

¹² Siehe www.bmgfj.gv.at, „Die Landesgesundheitsfonds“.

¹³ Die vorliegende Prüfung bezog sich zeitlich auf den Zeitraum 2007-2009, weshalb der aktuelle ÖSG 2010 (von der Bundesgesundheitskommission beschlossen am 26.11.2010) keine Berücksichtigung fand.

¹⁴ Vgl. unter Pkt. 1.2.

lenmanagements (IRVP), in welchem der akutstationäre Bereich, der ambulante Bereich, der Rehabilitationsbereich sowie der Pflegebereich analytisch umfasst sein sollten. Die qualitative Erfassung der aufgezählten Versorgungsebenen orientierte sich bundesländerweit nach Maßgabe der verfügbaren Datengrundlagen anhand des Ist-Standes 2006/2007, wobei dessen Analyse und die Festlegung von Planungsaussagen in insgesamt drei, in gegenseitiger Wechselwirkung stehenden, Matrizen (Versorgungsmatrix, Planungsmatrix sowie Leistungsmatrix) dargestellt wurden.

Grundsätzlich basierten die auf diese Weise ermittelten Zielvorstellungen und Planungsansätze einer IRVP auf den in der Art. 15a B-VG-Vereinbarung festgelegten Prinzipien, wurden jedoch entsprechend erweitert bzw. an die Erfordernisse einer IRVP angepasst. Quantitative Planungsaussagen traf der ÖSG 2008 lediglich zum stationären Akutbereich, wobei diese in Form von Richtwerten zur Anzahl stationärer Aufenthalte im Jahr 2010 auf Ebene der VR und VZ und nicht auf Ebene der Krankenanstalten getroffen wurden.

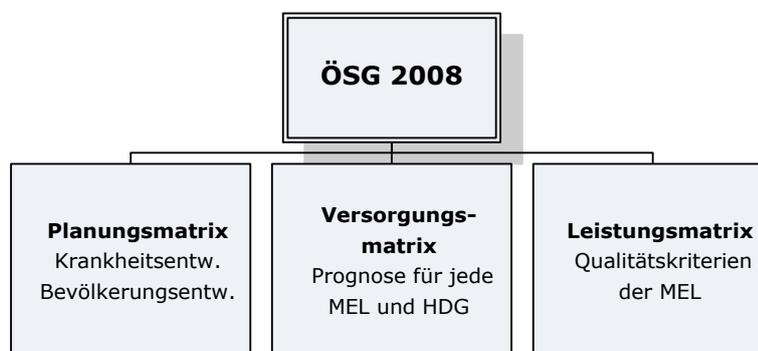


Abb. 1
Quelle: BMGF; Darstellung: BLRH

Die Planungsmatrix beinhaltete Indikatoren zur Beschreibung der regionalen Versorgungssituation in den verschiedenen nicht akutstationären Versorgungsbereichen, Planungsaussagen zur erwarteten Gesamtzahl an stationären Aufenthalten sowie eine Darstellung der stationären Aufenthalte differenziert nach Fachrichtungen. Die Planung erfolgte jeweils auf Ebene der einzelnen Bundesländer und der Versorgungszonen als unverbindliche Grobabschätzung.

Die Versorgungsmatrix orientierte sich einerseits an den dem LKF-Modell zugrunde liegenden MEL und HDG (in Summe MHG: Medizinische Einzelleistungs- und Hauptdiagnosegruppe). Andererseits kam es zu derselben regionalen Gliederung nach VR und VZ wie im Rahmen der Planungsmatrix dargestellt.

Die in der Versorgungsmatrix enthaltenen Richtwerte zur Anzahl an stationären Aufenthalten pro MHG entsprachen Prognosen für das Jahr 2010 und waren quellbezogen definiert, basierend zum Teil auf Ergebnissen der Diagnose- und Leistungsdokumentation des Jahres 2003. Problematisch erwiesen sich in dieser Hinsicht unterschiedliche Dokumentationsgewohnheiten der einzelnen Länder und eine abweichende Zuordnungsgenauigkeit der Leistungen bzw. Diagnosen zu den MHG.

Unter dem Begriff Leistungsmatrix verstand man die Zuordnung ausgewählter MEL auf jene Qualitätskriterien und Mindestfrequenzen, die im Falle der Erbringung der jeweiligen MEL von der betreffenden Krankenanstalt sicherzustellen waren. Bei Notfällen blieben Abweichungen von den Bestimmungen der Leistungsmatrix möglich. Diese Festlegungen galten unabhängig von der Organisationsform der Leistungserbringer und betrafen somit alle Akut-Krankenanstalten¹⁵ gleichermaßen.

Der ÖSG 2008 richtete sich seinem Inhalte nach als Rahmenplanung an die Bundesländer, die gem. Art. 4 Abs. 1 und 5 der Art. 15a B-VG - Vereinbarung angewiesen wurden, die jeweiligen Planungs- und Qualitätsvorgaben im Verordnungsweg entsprechend zu transformieren. Der ÖSG war daher nicht unmittelbar anzuwenden, sondern bedurfte erst einer Detailplanung auf regionaler Ebene.¹⁶ Ein regionaler Strukturplan (RSG) wurde im Burgenland bis dato nicht beschlossen.

1.6 Kompetenzverteilung auf dem Gebiet des Gesundheitswesens

- 1.6.1 Der in Art. 10 Z. 12 B-VG geregelte Kompetenztatbestand Gesundheitswesen umfasste mit Ausnahme einiger Teilbereiche die allgemeine Obsorge für den Gesundheitszustand der Bevölkerung, dem zur Folge darunter alle Maßnahmen zur Bedarfsdeckung mit medizinischen Versorgungsleistungen zu subsumieren waren. Ebenso fielen sanitätspolizeiliche Vorkehrungen zur Abwehr von Gefahren für den allgemeinen Gesundheitszustand der Bevölkerung unter diesen Kompetenztatbestand. Jene zuvor angesprochenen, von Art. 10 Z. 12 B-VG ausgeschlossenen Regelungsbereiche waren zwar systematisch auch in den Großbegriff Gesundheitswesen einzuordnen, so dass man ausgehend von einer vereinheitlichten Betrachtungsweise von einer umfassenden Alleinkompetenz des Bundes in Gesundheitsangelegenheiten ausgehen könnte. Die österreichische Bundesverfassung übertrug demgegenüber jedoch ausgewählte Teilbereiche des Gesundheitswesens einerseits dem Landesgesetzgeber nach Art. 15 B-VG bzw. dem Bundesgrundsatzgesetzgeber nach Art. 12 B-VG.

Während sich die Kompetenz für Angelegenheiten des Gemeindegesundheitswesens sowie des Leichen- Bestattungs- und Rettungswesens auf den ausschließlichen Zuständigkeitsbereich der Länder im Rahmen ihrer gem. Art. 15 B-VG erteilten Generalvollmacht erstreckte, verblieb die normative Regelung des Heil- und Pflegewesens gem. Art. 12 B-VG als Bundesgrundsatz- und Landesausführungskompetenz erhalten.

Eine den förmlichen Begriff „Heil- und Pflegeanstalt“ konkretisierende Definition nahm der Bundesverfassungsgesetzgeber nicht vor. In Anlehnung an die der österreichischen Verfassung zugrunde liegende Versteinerungstheorie verstand der VfGH darunter jedoch „jene Angelegenheiten, die im Gesetz über die Errichtung, die Erhaltung und den Betrieb öffentlicher Heil- und Pflegeanstalten (Krankenanstaltengesetz) aus dem Jahre 1920 geregelt worden waren“.

Danach gehörten jedenfalls Bestimmungen über die Errichtung, die Erhaltung und den Betrieb von Krankenanstalten sowie insbesondere

¹⁵ Landesgesundheitsfondsfinanzierte Krankenanstalten, Unfallkrankenhäuser und Sanatorien.

¹⁶ Vgl. ÖSG 2008, http://www.bmg.gv.at/cms/home/attachments/9/2/6/CH1185/CMS1225953951841/aae_fueloep.pdf, Zugriff am 03.05.2001; vgl. auch *Fülöp*, Wozu brauchen wir den ÖSG?, *gög*Magazin*, Ausgabe 3/2009.

Bestimmungen über die Rechtsbeziehungen zwischen Patient und Krankenanstalt (wie bspw. Aufnahme und Entlassung, Zahlung der leistungshalber zu verrechnenden Pflegegebühr u.ä.) zum Inhalt dieses Kompetenztatbestandes. Gesetzlich vorgegeben war aber auch die notwendigerweise einzuhaltende Qualifikation des in den Heil- und Pflegeanstalten (Krankenanstalten) beschäftigten ärztlichen Personals und Pflegedienstes als Sicherstellung einer qualitativ ausreichenden Anstaltspflege, wie auch Regelungen, die den sachlichen Aufgabenkreis des Sanitätspersonals umschrieben, wobei Bestimmungen über die Eingliederung des Sanitätspersonals in die Krankenanstalt nicht zu den nach Art. 12 B-VG zu regelnden Angelegenheiten zählten.

Die Länder trugen unter Bindung an bundesgesetzlich festgelegte Grundsätze ausgehend von der österreichischen Bundesverfassung die Verantwortung für die Gestaltung des Krankenanstaltenwesens.¹⁷

- 1.7 Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz (KAKuG) 1.7.1 Die gesetzliche Grundlage sämtlicher von Bund und Ländern sowie Privaten betriebener Heil- und Pflegeanstalten bildete das auf Art. 12 B-VG ruhende Bundesgrundsatzgesetz über Kranken- und Kuranstalten, kurz KAKuG¹⁸.

Dieses Bundesgesetz stellte die Grundlage der neun Landesausführungsgesetze dar und regelte in dieser Funktion die von Seiten der Landesgesetzgeber einzuhaltenden Rahmenbedingungen. Ausgenommen von der Ausführungs- und Vollziehungskompetenz der Länder verblieb lediglich die sanitäre Aufsicht über die Heil- und Pflegeanstalten als Bundeskompetenz erhalten¹⁹. Krankenanstalten konnten nach den rechtlichen Bestimmungen im KAKuG (auch im Bgld. KAG) in jeder Rechtsform und Eigentümerstruktur betrieben werden.²⁰

Das KAKuG unterteilte die Krankenanstalten in

- Allgemeine Krankenanstalten,
- Sonderkrankenanstalten,
- Pflegeanstalten für chronisch Kranke,
- Sanatorien und
- Selbständige Ambulatorien.

Allgemeine Krankenanstalten waren ferner zu untergliedern in

- Standardkrankenanstalten,
- Schwerpunktkrankenanstalten und
- Zentralkrankenanstalten²¹.

Das KAKuG ordnete weiters jeder der angeführten Anstaltskategorie ein Mindestmaß an Leistungsangeboten zu, deren verpflichtende Einhaltung jedenfalls vorzuschreiben war:

¹⁷ Vgl. *Schrammel*, Krankenanstaltengesetz und Sozialversicherungsrecht in ZAS 1990, 109 und Mayer, B-VG, 4. Auflage (2007) [Art. 10 und 12].

¹⁸ Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten, BGBl. Nr. 1/1957 idF BGBl. I. Nr. 124/2009.

¹⁹ Siehe Art. 10 Z. 12 B-VG.

²⁰ Vgl. Skript „Betriebsführungslehre in Organisationen des Sozial- und Gesundheitswesens“ des Fachhochschullehrgangs „Gesundheitsmanagement und Gesundheitsförderung“ des Fachhochschul-Studienzentrums Pinkafeld, S. 9.

²¹ Siehe § 2 Abs. 1 KAKuG.

„Je nach Kategorie müssen Standard- und Schwerpunktkrankenanstalten ein Minimum an bettenführenden Abteilungen vorhalten; darüber hinaus auch bestimmte weitere nicht bettenführende, also ambulante Einrichtungen. Schließlich muss auf den nach dem Anstaltszweck und dem Leistungsangebot in Betracht kommenden weiteren medizinischen Sonderfächern eine ärztliche Betreuung durch Fachärzte als Konsiliarärzte gesichert sein. Bei Schwerpunktkrankenanstalten muss davon abgesehen auch noch eine Anstaltsapotheke, ein pathologisches Institut sowie ein Institut für medizinische und chemische Labordiagnostik geführt werden. Zentralkrankenanstalten müssen hingegen gemäß § 2a Abs 1 lit c KAKuG grundsätzlich mit allen dem jeweiligen Stand der medizinischen Wissenschaft entsprechenden spezialisierten Einrichtungen ausgestattet sein. Mit BGBl. I 2001/5 wurde als Ausfluss der ÖKAP/GGP²²-Revision 2001 als neue Organisationsform im stationären Bereich die Einrichtung von Fachschwerpunkten für bestimmte Fachrichtungen eingeführt. Demnach kann die Landesgesetzgebung für Standard- bzw. Schwerpunktkrankenanstalten für bestimmte medizinische Sonderfächer anstelle von Abteilungen die Errichtung von Fachschwerpunkten als bettenführende Organisationseinheit mit acht bis vierzehn Betten und eingeschränktem Leistungsangebot vorsehen. Voraussetzung dafür ist, dass ein wirtschaftlicher Betrieb einer bettenführenden Abteilung mangels Auslastung nicht erwartet werden kann (§2a Abs 4 KAKuG)“.²³

1.8 Bgld. Krankenanstaltengesetz (Bgld. KAG)

1.8.1 Der Bgld. Landesgesetzgeber erließ korrespondierend zu dem an ihn im Wege von § 18 KAKuG gestellten Versorgungsauftrag das Bgld. Krankenanstaltengesetz.²⁴ Der landesspezifische Versorgungsauftrag war dergestalt auszulegen, dass die Länder Krankenanstaltspflege für anstaltsbedürftige Personen entweder durch Errichtung und Betrieb öffentlicher Krankenanstalten oder durch Vereinbarung mit Rechtsträgern anderer Krankenanstalten sicherstellen mussten. Der Gesetzeswortlaut lieferte keinen direkten Rückschluss auf eine räumliche Begrenzung des Versorgungsauftrages, auch wurde diese Thematik bis dato nicht höchstgerichtlich ausjudiziert.

Die Verpflichtung der Länder konnte daher im weitesten Sinne – intentional - sicherlich in einem geographischen Konnex mit dem Landesterritorium gesehen werden, zumal dieses Verständnis schließlich auch im Bgld. Landeskrankenanstaltenplan zum Ausdruck kam. Länderübergreifende Kooperationen, wie auch Kooperation zwischen verschiedenen Rechtsträgern innerhalb desselben Bundeslandes blieben nach Genehmigung durch die Landesregierung zulässig, um eine bestmögliche regionale Versorgung gewährleisten zu können.

In der Praxis war eine nur beschränkte Aufnahme anstaltsbedürftiger Personen, die in einem anderen Bundesland polizeilich gemeldet waren, an öffentlichen Landeskrankenanstalten nicht in Einklang mit dem gesetzlichen (allgemeinen) Versorgungsgrundsatz zu bringen.²⁵

²² Österreichischer Krankenanstaltenplan/Großgeräteplan als Vorläufer des Österreichischen Strukturplans Gesundheit (ÖSG 2006 bzw. 2008).

²³ Siehe *Froschauer*, Anstaltspflege, SozSi 2003, 552.

²⁴ Bgld. KAG 2000, LGBl. Nr. 52/2000, zuletzt geändert durch LGBl. Nr. 76/2009.

²⁵ Vgl. *Schrammel*, aaO.

Der sachliche Umfang dieses in § 18 KAKuG determinierten Versorgungsauftrages blieb unregelt. Gewisse Vorgaben der jeweiligen Leistungsangebote lieferte allerdings der Verweis auf die verpflichtende Bindung an einen zu erlassenden Landeskrankenanstaltenplan, der seitens der Bgld. LReg. gem. § 14 Abs. 1 Bgld. KAG durch Verordnung vom 22.12.2008 veröffentlicht wurde. Das tatsächliche Leistungsangebot musste daher einerseits mit dem Bgld. Landeskrankenanstaltenplan akkordiert werden, dem zur Folge nur die darin genannten Leistungen angeboten, Abteilungen geführt bzw. Großgeräte betrieben werden durften. Andererseits sollte der Umfang des bereitzustellenden Leistungsspektrums von der jeweiligen demographischen und topographischen Situation sowie den bestehenden Verkehrsverhältnissen abhängig gemacht werden. Danach waren fixe Vorgaben bezüglich der mindestzulässigen Anzahl von Krankenkostenkategorien²⁶ pro Bundesland einzuhalten. Jedes Bundesland musste aber jedenfalls über ein Schwerpunktkrankenhaus verfügen.²⁷

Im Burgenland wurde der Versorgungsauftrag durch die Errichtung von vier a. ö. Krankenhäusern in Kittsee, Oberpullendorf, Güssing und Oberwart sichergestellt, wobei das KH Kittsee, das KH Oberpullendorf und das KH Güssing als Standardkrankenanstalten und das KH Oberwart als Schwerpunktkrankenanstalt im Sinne von § 3 Abs. 1 Z. 1 und 2 Bgld. KAG eingerichtet wurden.

Zusätzlich betrieb der Konvent der Barmherzigen Brüder in Eisenstadt ein in der Rechtsform einer öffentlichen Körperschaft geführtes Schwerpunktkrankenhaus.²⁸

- 1.9 Bgld. Landeskrankenanstaltenplan (Bgld. LAKAP) 1.9.1 Basierend auf den Rahmenvorgaben im ÖSG 2008 und entsprechend den Bestimmungen im Bgld. KAG erließ die Bgld. LReg. am 22.12.2008 den Bgld. Landeskrankenanstaltenplan.²⁹ Die Gültigkeit des LAKAP reduzierte sich auf Fondskrankenanstalten und war für deren Rechtsträger absolut verbindlich. Er setzte sich eine qualitätsorientierte und bedarfsgerechte medizinische Versorgung der Bgld. Bevölkerung durch Akutkrankenanstalten zum Ziel, definierte deren Standorte nach Versorgungsschwerpunkten und Versorgungsleistungen im Lichte regionaler Gesichtspunkte und verpflichtete die Krankenkostenanstaltenträger zu einer Abstimmung der medizinischen Leistungen mit dem ÖSG (2008).

Der LAKAP war kurz gefasst die allgemein verbindliche Anordnung über die Organisation und Leitung von fondsfinanzierten Krankenkostenanstalten. Gleichzeitig bildete der LAKAP die Grundlage zur Sicherstellung einer medizinischen Grundversorgung sowie einer wirtschafts- und bedarfsorientierten Angebotsplanung.

Als Anlagen waren beigeschlossen ein medizinisch-technischer Großgeräteplan und Vorgaben über Leistungsumfang, Fächerstruktur und Gesamtbettenanzahl pro Krankenkostenanstalt.

²⁶ Standard- Schwerpunkt- und Zentralkrankenkostenanstalten.

²⁷ Vgl. *Froschauer, s.o.*

²⁸ Vgl. § 2 Landeskrankenanstaltenplan 2008 (LAKAP 2008).

²⁹ LGBl. Nr. 2/2009, Verordnung der Burgenländischen Landesregierung vom 22. Dezember 2008, mit der der Landeskrankenanstaltenplan 2008 (LAKAP 2008) erlassen wird.

1.10 BURGEF

- 1.10.1 Die Errichtung des Bgld. Gesundheitsfonds sowie dessen innere Organisation waren im ersten Abschnitt des Bgld. Gesundheitswesengesetzes³⁰ rechtlich verankert. § 1 Abs. 1 leg. cit. regelte, dass zur Wahrnehmung der Aufgaben der Krankenanstaltenfinanzierung nach diesem Gesetz sowie zur Wahrnehmung weiterer Aufgaben auf Grund der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens ein Fonds mit eigener Rechtspersönlichkeit, der die Bezeichnung „Burgenländischer Gesundheitsfonds“ („BURGEF“) trägt, errichtet werden sollte.

Nach gesetzlicher Vorgabe setzte sich der BURGEF aus drei Organen zusammen:

- der Gesundheitsplattform als oberstes Organ,
- dem Intramuralen Rat und
- dem Extramuralen Rat.

Alle drei Organe unterstanden jeweils einer eigenen GO. Die laufenden Geschäfte des BURGEF, insbesondere die Vorbereitung und Vollziehung der Beschlüsse der Fonds-Organe, wurden von der Geschäftsstelle des BURGEF, die bei der Burgenländischen Krankenanstalten-Ges.m.b.H. eingerichtet war, besorgt. Der Geschäftsstelle oblag ferner die Besorgung aller administrativen Angelegenheiten im Zusammenhang mit der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung. Generell gesprochen übernahm der Fonds die finanziellen Verpflichtungen der Träger der Sozialversicherung gegenüber den Krankenanstaltenträgern, soweit dem Grunde nach Ansprüche von Krankenanstalten bereits im Jahre 1996 bestanden hatten. Die Betreuung des Fonds wurde vollständig aus der Landesverwaltung ausgegliedert, es bestand lediglich eine im Gesundheitswesengesetz verankerte Informationspflicht der Geschäftsstelle gegenüber der Landesregierung.

Die Gesundheitsplattform als oberstes Organ des BURGEF vertrat den Fonds außenwirksam und besorgte die in § 12 Bgld. Gesundheitswesengesetz umschriebenen Aufgaben.

Der Intramurale Rat befasste sich u.a. mit der Vorberatung und Erstattung von Empfehlungen in grundsätzlichen Angelegenheiten des intramuralen (krankenhausinternen) Bereiches, die der Beschlussfassung der Gesundheitsplattform unterlagen. Auch gab der Intramurale Rat Empfehlungen in Angelegenheiten ab, die die Vergabe von Mitteln für bauliche oder medizintechnische Investitionsvorhaben betrafen.

Die Aufgaben des Extramuralen Rates waren die Koordinierung und Planung von überregionalen Gesundheitsprojekten und Maßnahmen im Bereich der Heilmittelökonomie, die den extramuralen (niedergelassenen) Bereich betrafen. Auch gab er in grundsätzlichen Angelegenheiten des extramuralen Bereiches Empfehlungen ab, über welche in der Gesundheitsplattform Beschlüsse gefasst wurden.³¹ Die Geschäftsstelle des BURGEF hatte Berichtspflichten gegenüber der BGA, der Bgld. LReg. sowie gegenüber der Sozialversicherung.

³⁰ LGBl. Nr. 5/2006, geändert durch LGBl. Nr. 15/2009.

³¹ Siehe www.burgef.at.

1.11 Gesamtüberblick

1.11.1

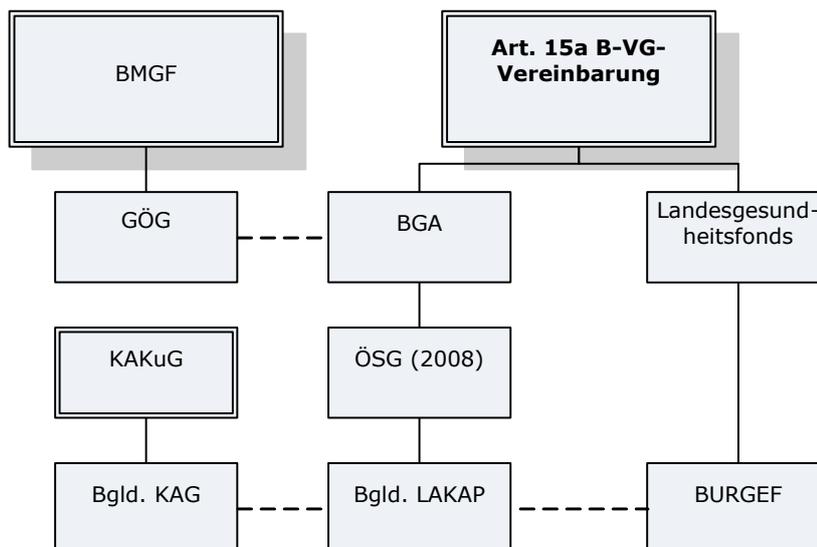


Abb. 2
Darstellung: BLRH

1.12 KRAGES

1.12.1 Am 01.01.1993 übernahm die KRAGES in Folge der Ausgliederung der Landeskrankenanstalten sämtliche mit dem laufenden Betrieb und der Planung in Zusammenhang stehende Kompetenzen.

Das Land Burgenland war 100%iger Eigentümer der KRAGES und legte in dieser Eigenschaft die gesundheitspolitischen Vorgaben für dieses Bundesland fest, wonach sich die strategischen Ziele der Bgld. Krankenanstalten Ges.m.b.H. und in Folge die operativen Ziele der Gesundheitseinrichtungen orientierten.

Zu den Aufgaben der KRAGES gehören insbesondere die Besorgung der kaufmännischen Agenden der Krankenanstalten, die Bau- Haus- und Medizintechnik, die Personalangelegenheiten sowie sämtliche Organisationsfragen einschließlich der EDV.³²

³² Siehe www.krages.at.

2. A. ö. Krankenhaus Güssing

2.1 Kenndaten 2.1.1

Entwicklung ausgewählter Kenndaten 2007-2009			
	2007	2008	2009
Systemisierte Betten	200	200	200
Tatsächlich aufgestellte Betten	148	145	145
Ø Auslastung der tatsächlichen Betten in %	71	74,49	71,75
Belagstage	29.886	30.010	28.787
Ø Verweildauer Belagstage	3,56	3,19	3,11
LKF-Punkte	14.698.767	15.235.105	16.289.876
Personal inkl. kalk. Bedienstete¹⁾	281,52	275,98	278,44
Aufnahmen (stationäre Fälle)	8.441	9.412	9.189
Ambulante Patienten	19.598	20.307	20.361
OP-Auslastung	74,38%	82,46%	81,99%

¹⁾ Anzahl der Personen im Vollzeitäquivalent nach Beschäftigungsausmaß (ohne Praktikanten, Zivildienst etc.).

Quelle: KRAGES; Darstellung: BLRH

2.2 Allgemeines 2.2.1 Das allgemeine öffentliche Krankenhaus Güssing ist eine allgemeine öffentliche Krankenanstalt i.S.d. Bgld. KAG.

Das Krankenhaus wurde im Jahr 1900 mit 40 Betten in Betrieb genommen. Im Laufe der Jahrzehnte erfolgte eine ständige Erweiterung und Modernisierung des Krankenhauses bis zum heutigen Stand.³³

Infolge der Gründung der KRAGES wurde 1993 die Rechtsträgerschaft am KH Güssing vom Land Bgld. auf die KRAGES übertragen.

2.3 Medizinische Leistungsbe- reiche 2.3.1 (1) Das a.ö. KH Güssing bestand im medizinischen Bereich lt. AO aus folgenden Einrichtungen³⁴:

1. Abteilung für
 - a) Chirurgie mit Tagesklinik
 - b) Innere Medizin mit Herzüberwachung und mit Tagesklinik

³³ Vgl. Homepage KRAGES, www.krages.at, Abfrage vom 20.10.2010.

³⁴ Vgl. AO 2003.

- c) Frauenheilkunde und Geburtshilfe einschließlich Perinatologie.
- 2. Institut für
 - a) Anästhesiologie und Intensivmedizin
 - b) Röntgendiagnostik
- 3. Ambulanz für
 - a) Chirurgische Untersuchungen und Behandlung
 - b) Interne Untersuchung und Behandlung
 - c) Gynäkologische und geburtshilfliche Untersuchung und Behandlung
 - d) Präoperative Untersuchung und Eigenblutspende
 - e) Schmerztherapie
- 4. Sonstige Einrichtungen
 - a) Einrichtung für die Vornahme von Obduktionen
 - b) Medikamentendepot
 - c) Einrichtung für physikalische Behandlungen
 - d) Einrichtung für medizinisch-chemische Untersuchungen (Labor)

In den Fachbereichen Neurologie und Urologie standen Konsiliardienste durch zwei Fachärzte zur Verfügung.³⁵

(2) Das Institut für Radiologie wurde seit 01.01.2003 im Verbund mit dem Röntgeninstitut des KH Oberwart geführt.

(3) Die Abteilung für Geburtshilfe im KH Güssing wurde per 31.12.2006 aufgelassen und an den Standort a.ö. KH Oberwart verlagert.³⁶ Die KH Oberpullendorf, Oberwart und Güssing bildeten einen Gynäkologieverbund, in dem die gynäkologisch – geburtshilflichen Abteilungen dieser KH durch einen gemeinsamen Leiter verbunden waren.³⁷

(4) Fachschwerpunkt Orthopädie
Der Fachschwerpunkt³⁸ für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie wurde im KH Güssing zu Beginn des Jahres 2007 eingerichtet.³⁹ Gleichzeitig erfolgte die Auflassung dieses zuvor im a. ö. KH Oberwart etablierten Fachschwerpunkts.
Das Leistungsspektrum des Fachschwerpunktes umfasste alle gem. ÖSG 2006 vorgesehenen Leistungen.⁴⁰

³⁵ Vgl. Homepage KRAGES, www.krages.at, Abfrage vom 20.10.2010; Organigramm KH Güssing, undatiert; § 5 Anstaltsordnung vom 28.01.2004 .

³⁶ Vgl. Bescheid der Bgld. LReg. vom 28.02.2007, Zl.: 6-G-KA1/49-2007, mit dem die Auflassung der Abteilung für Geburtshilfe im KH Güssing bewilligt wurde.

³⁷ Vgl. Geschäftsbericht (GB) 2006, S. 4., Homepage KRAGES, www.krages.at, Abfrage vom 20.10.2010.

³⁸ Für die medizinischen Sonderfächer Augenheilkunde und Optometrie, Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten, Orthopädie und Orthopädische Chirurgie sowie Urologie konnte die Errichtung von Fachschwerpunkten als bettenführende Organisationseinheit mit acht bis vierzehn Betten und eingeschränktem Leistungsangebot vorgesehen werden. Voraussetzung hierfür war, dass ein wirtschaftlicher Betrieb einer bettenführenden Abteilung mangels Auslastung nicht erwartet werden konnte (vgl. § 3 Abs. 3 Bgld. KAG 2000).

³⁹ Mit Bescheid der Bgld. LReg vom 17.01.2007, Zl. 6-G-KA1/48-2006, wurde der KRAGES die Bewilligung zur Errichtung und zum Betrieb eines Fachschwerpunktes für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie im KH Güssing erteilt.

⁴⁰ Ebd., Homepage KRAGES, www.krages.at, Abfrage vom 20.10.2010. Dazu zählten sämtliche konservative und operative Leistungen auf den Gebieten der Allgemeinen, Rekonstruktiven, Neuro-, Rheuma- und Sportorthopädie.

(5) Dislozierte Tagesklinik Augen

Im April 2006 wurde eine dislozierte Tagesklinik⁴¹ für Augenheilkunde eingerichtet, die in Kooperation mit der Universitäts-Augenklinik Graz betrieben wurde.⁴² Das Hauptaugenmerk lag auf Operationen des Grauen Stars (Katarakt), daneben wurden plastische Lidoperationen sowie Entfernungen von Bindehaut- und Lidtumoren durchgeführt. Die Operationen und Behandlungen in der Augentagesklinik oblagen zwei Fachärzten.⁴³

(6) Interdisziplinäre Tagesklinik

Im KH Güssing wurde im Jahr 2003 eine interdisziplinär geführte Tagesklinik eingerichtet, die den Abteilungen Interne, Chirurgie und dem Institut für Anästhesiologie und Intensivmedizin (Schmerzbehandlungen) schwerpunktmäßig zur Verfügung stand.⁴⁴

2.4 Nichtmedizinischer Leistungsbereich

(1) Der nichtmedizinische Leistungsbereich umfasste die Leistungen, die nicht unmittelbar an den Patienten erbracht wurden, jedoch mit der Führung des Spitalsbetriebes zusammenhingen. Hiezu zählten im KH Güssing der Technische Dienst, die Küchenwirtschaft und Speiserversorgung, der Reinigungsdienst und die Verwaltung⁴⁵.

2.5 Aufbauorganisation

(1) Anstaltsleitung

Die Leitung einer Krankenanstalt konnte monokratisch oder kollegial organisiert sein.⁴⁶ Im KH Güssing erfolgte die verantwortliche Führung und Leitung des Betriebes der KA durch die Kollegiale Führung. Dieser gehörten als gleichberechtigte Mitglieder an:

- der Ärztliche Direktor,
- der Kaufmännische Direktor und
- die Pflegedirektorin.

Der Kollegialen Führung oblagen alle Entscheidungen in Angelegenheiten der KA, die in irgendeiner Weise den ärztlichen, pflegerischen und administrativen Verantwortungsbereich der KA gemeinsam berührten.⁴⁷

Die AO des KH Güssing (alt) enthielt eine detaillierte Beschreibung der Aufgaben der Anstaltsleitung sowie der einzelnen Mitglieder.⁴⁸

(2) Ärztliche Direktion

In einer KA war vom Rechtsträger der KA ein geeigneter Arzt als verantwortlicher Leiter des ärztlichen Dienstes und für die mit der ärztli-

⁴¹ Tageskliniken waren stationäre Bereiche in einer KA, die als eigenständige Organisationseinheiten mit definierten Betriebszeiten (Tagesbetrieb – nicht über Nacht) einerseits eine hohe Patientenorientierung aufwiesen und andererseits hinsichtlich Ressourceneinsatz vorrangig für elektive Behandlungen effiziente Betriebsformen darstellten (vgl. ÖSG 2010, S. 27).

⁴² Mit Bescheid der Bgld. LReg vom 19.04.2006, Zl.: 6-G-KA1/41-2006, wurde der KRAGES die krankenanstaltenrechtliche Bewilligung zur Errichtung der dislozierten Tagesklinik für Augenheilkunde am KH Güssing erteilt. Die Leistungserweiterung entsprach lt. Bescheidbegründung dem ÖSG, die Strukturqualitätskriterien wurden eingehalten.

⁴³ Vgl. Homepage KRAGES, www.krages.at, Abfrage vom 20.10.2010.

⁴⁴ Vgl. Bescheid der Bgld. LReg vom 07.08.2003, Zl.: 6-G-KA1/12-2003, mit dem u.a. die Bewilligung zur Einrichtung einer interdisziplinär geführten Tagesklinik erteilt wurde.

⁴⁵ Vgl. Homepage KRAGES, www.krages.at, Abfrage vom 20.10.2010.

⁴⁶ Vgl. § 19 Abs. 1 Bgld. KAG.

⁴⁷ Vgl. § 7 Abs. 2 und 4 AO alt.

⁴⁸ Vgl. §§ 7 Abs. 7, 24, 33 und 37 AO alt.

chen Behandlung der Patienten zusammenhängenden Aufgaben zu bestellen.⁴⁹ Dem Ärztlichen Direktor oblagen die Leitung nachstehender Dienste:

- ärztlicher Dienst,
- medizinisches Depot,
- Dienst der Psychologen und psychotherapeutischer Dienst, medizinisch-technische Dienste einschließlich Diätendienst.

Der Ärztliche Direktor war Dienststellenleiter des ihm zugeordneten Personals iSd. dienstrechtlichen Organisationsvorschriften der KA und der arbeitsrechtlichen Vorschriften. Als Dienststellenleiter war er für die organisatorischen Belange und für die dienstrechtliche Aufsicht dieses Personals zuständig. Im Rahmen seines Wirkungsbereiches war er befugt, die nötigen verbindlichen Anordnungen zu treffen und Weisungen zu erteilen.⁵⁰

(3) Pflegedirektion

Nach den gesetzlichen Vorschriften war für jede bettenführende KA vom Rechtsträger ein geeigneter Angehöriger des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege als verantwortlicher Leiter des Pflegedienstes zu bestellen.⁵¹ Dem Pflegedirektor oblag unbeschadet der medizinisch-fachlichen Disposition der Abteilungsleiter und Institutsvorstände die verantwortliche Leitung des Pflegedienstes und der Anstaltshebammen. Er war Dienststellenleiter des ihm zugeordneten Personals iSd. dienstrechtlichen Organisationsvorschriften und der arbeitsrechtlichen Vorschriften.⁵²

(3) Kaufmännische Direktion

Für eine KA war vom Rechtsträger der KA eine geeignete Person als verantwortlicher Leiter der wirtschaftlichen, administrativen und technischen Angelegenheiten (Verwaltungsleiter) zu bestellen.⁵³ Dem Kaufmännischen Direktor oblag die Leitung des Verwaltungs-, Wirtschafts- und technischen Dienstes sowie die Planung, Organisation und Kontrolle im betriebswirtschaftlichen Sinn, soweit diese nicht in den Aufgabenkreis der Kollegialen Führung fielen. Für die Durchführung seiner Aufgaben war der Kaufmännische Direktor dem Rechtsträger der KA verantwortlich. Er war befugt, im Rahmen seines Wirkungsbereiches die nötigen verbindlichen Anordnungen zu treffen.⁵⁴

Dem Kaufmännischen Direktor unterstand das gesamte, nicht einem anderen Leitungsmitglied unterstellte Personal des Krankenhausbetriebs. Für dieses Betriebspersonal war er Dienststellenleiter iSd. dienstrechtlichen Organisationsvorschriften des Rechtsträgers der KA und der arbeitsrechtlichen Vorschriften.⁵⁵

⁴⁹ Vgl. § 25 Abs. 1 Bgld. KAG, § 24 Abs. 1 AO alt.

⁵⁰ Vgl. § 24 Abs. 2 und 3 AO alt.

⁵¹ Vgl. § 27 Abs. 1 Bgld. KAG.

⁵² Vgl. § 33 Abs. 2 und 3 AO alt.

⁵³ Vgl. § 28 Abs. 1 Bgld. KAG.

⁵⁴ Vgl. § 37 Abs. 1 bis 3 AO alt.

⁵⁵ Vgl. § 37 Abs. 5 AO alt.

(4) Organigramm
Die Aufbauorganisation im KH Güssing stellte sich wie folgt dar:

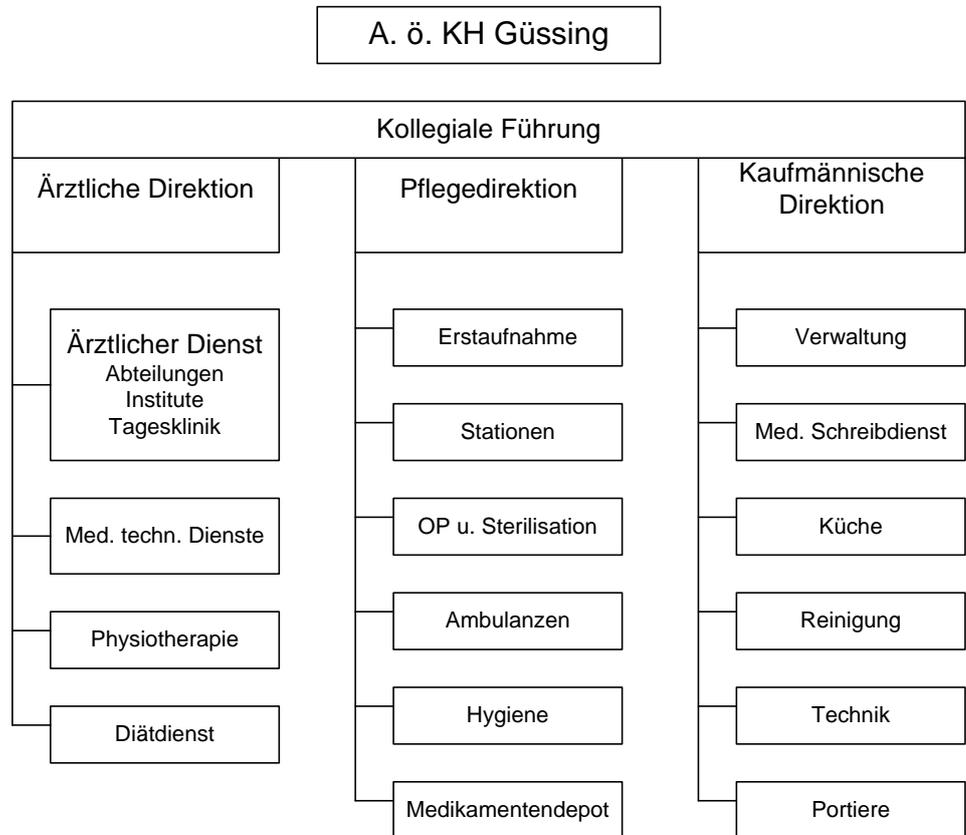


Abb. 3
Quelle: Krages; Darstellung: BLRH

2.6 Bettenspiegel ^{2.6.1} (1) Die nachstehende Tabelle stellt eine Übersicht über die in den jeweiligen Abteilungen des KH Güssing systemisierten bzw. tatsächlich zur Verfügung stehenden Betten dar:

Abteilung	2006		2007		2008		2009	
	syst.	tats.	syst.	tats.	syst.	tats.	syst.	tats.
Interne			79	45	79	44	79	44
Chirurgie			65	44	65	42	65	42
FSP Orthopädie			14	14	14	14	14	18
Gynäkologie			32	10	32	10	32	6
TaKl Augen			2	3	2	3	2	3
Intensiv			4	6	4	6	4	6
Tagesklinik			4	26	4	26	4	26
Gesamt	200*	156*	200	148	200	145	200	145

Quelle: KRAGES; Darstellung: BLRH
*Quelle: KRAGES GB 2006

(2) Unter systemisierten Betten war die Anzahl solcher Betten zu verstehen, die durch eine sanitätsbehördliche Bewilligung festgelegt wurde. Die KRAGES ging im Überprüfungszeitraum von jeweils 200 systemisierten Betten aus.

(3) Aus der vorstehenden Tabelle war ersichtlich, dass die Anzahl der

systemisierten Betten von der Anzahl der tatsächlich aufgestellten Betten abwich. Im Zeitraum von 2006 bis 2009 erfolgte eine Reduktion der tatsächlich aufgestellten Betten von 156 (2006) auf 145 (2009), d.s. entsprach rd. 7%.

Der ab 2009 geltende Landeskrankenanstaltenplan 2008 (LAKAP)⁵⁶ wies für das KH Güssing eine Gesamtbettenrichtzahl von 140 Betten aus. In der neuen Anstaltsordnung vom 28.09.2010 wurde die Gesamtbettenzahl nunmehr mit 139 festgelegt und eine Aufteilung der Betten auf die einzelnen medizinischen Abteilungen und Institute vorgenommen.⁵⁷ Diese Regelwerke stellten demnach auf eine weitere Verringerung der Bettenzahl ab.

(4) Im Jahr 2009 wies der Fachschwerpunkt Orthopädie eine tatsächliche Bettenzahl von 18 Betten auf. Dadurch wurde in diesem Jahr die im Bgld. KAG⁵⁸ und im Genehmigungsbescheid vom 17.01.2007 festgelegte Höchstzahl von 14 Betten überschritten.

Die neue AO legte die Bettenzahl für den FSP Orthopädie nunmehr mit 14 Betten fest, wobei jedoch ein Abweichen bei entsprechendem Bedarf zugelassen wurde.⁵⁹

- 2.6.2 Zu (2) Der Akt der Systemisierung der Betten im KH Güssing war für den BLRH mangels Vorliegen entsprechender Unterlagen im Amt der Bgld. LReg und in der KRAGES nicht nachvollziehbar. Im Hinblick auf die im LAKAP festgelegte Gesamtbettenrichtzahl empfahl der BLRH auf eine Neusystemisierung der Bettenanzahl hinzuwirken.

2.7 Interdisziplinäres System

- 2.7.1 (1) Ab 01.01.2007 wurde im KH Güssing das Konzept „Interdisziplinäres Krankenhaus“ umgesetzt. Diese im Bgld. Spitalswesen einzigartige Organisationsstrukturneue sah ein zur Gänze interdisziplinär geführtes KH vor, mit dem Ziel, eine stärkere Patientenorientierung und eine höhere organisatorische Flexibilität zu erreichen.

(2) System

Bislang wurden im KH Güssing Abteilungen der einzelnen medizinischen Fachrichtungen (Interne, Chirurgie, etc.) geführt, denen entsprechende Pflegestationen zugeordnet waren. Die Aufnahme der Patienten auf die Station der jeweiligen Fachabteilung erfolgte unabhängig vom Pflegebedarf oder einer absehbaren Aufenthaltsdauer allein nach der fachlichen Einweisungsdiagnose.

(3) Durch die Einführung des interdisziplinären Systems wurde die Zuordnung der Stationen zu den Fachabteilungen aufgehoben und von der Pflegeintensität (niedriger/hoher Pflegebedarf) abhängige interdisziplinär genutzte Stationen geschaffen. Die Zuteilung der Patienten zu einer Station erfolgte nunmehr ausschließlich nach dem Pflege- und Überwachungsbedarf und nicht mehr nach ihrem fachspezifischen Krankheitsbild und ihrer Diagnose.⁶⁰ Die fachliche Zuständigkeit für die jeweilige Patientenbehandlung blieb hierbei jedoch bestehen.

⁵⁶ Verordnung der Bgld. LReg vom 22. Dezember 2008, mit der der Landeskrankenanstaltenplan 2008 (LAKAP 2008) erlassen wurde, LGBl.Nr. 2/2009. Gem. § 5 Abs. 3 ist ein Abweichen von der Gesamtbettenrichtzahl aus besonderen Gründen nach Anhörung der Gesundheitsplattform des Bgld. Gesundheitsfonds mit Zustimmung der LReg zulässig.

⁵⁷ Vgl. § 5 AO für das a.ö. KHG vom 28.09.2010.

⁵⁸ Vgl. § 3 Abs. 3 Bgld. KAG.

⁵⁹ Vgl. § 5 Abs. 3 AO neu.

⁶⁰ Geschäftsbericht 2007 KRAGES, S. 29.

(4) Durch die Neuorganisation des KH durch die Implementierung des interdisziplinären Systems sollte ein verstärktes Eingehen auf die Bedürfnisse der Patienten bewirkt werden.⁶¹ Die interdisziplinäre ärztliche Betreuung sollte zur Verbesserung der medizinischen Versorgung der Patienten beitragen und gleichzeitig der Stellenwert, aber auch die Verantwortung der Pflege erhöht werden.⁶²

Durch die anzahlmäßige Zuweisung des Pflegepersonals auf die einzelnen Stationen in Abhängigkeit vom Pflegegrad der Patienten verfolgte das interdisziplinäre System auch einen wirtschaftlich effizienten Ressourceneinsatz. Pflegeintensive Stationen bedurften zusätzlich Personal, währenddessen Stationen mit geringem Pflegebedarf entsprechend weniger Personal zugewiesen bekamen.⁶³

(5) Um sicherzustellen, dass die Patienten zweifelsfrei einer bestimmten Fachrichtung und einer räumlichen Organisationseinheit zugeordnet werden konnten, war man im KH Güssing bestrebt, bei der Belegung der Stationszimmer eine Zentrierung nach fachlichen Gesichtspunkten (z. B. Zimmer ausschließlich für Patienten der Chirurgie) zu erreichen. Die Patientenbetten wurden mit farblichen Bettenkarten gekennzeichnet, um die Zuordnung zu einer Fachabteilung auch optisch ersichtlich zu machen. Dies wurde in Verein mit den medizinischen und pflegerischen Diagnosen und Maßnahmen in den Patientenakten dokumentiert.⁶⁴

(6) Erstaufnahme

In der Erstaufnahme wurde der Patienten sowohl von einem Arzt⁶⁵ als auch von einer Pflegeperson begutachtet, eine medizinische und pflegerische Diagnose erstellt und die Entscheidung getroffen, ob der Patient ambulant, in der Tagesklinik oder stationär behandelt werden sollte. Im Falle einer stationären Aufnahme des Patienten erfolgte die Zuweisung zu der jeweiligen Station entsprechend dem akuten bzw. dem zu erwartenden Pflegeaufwand. Die Kategorisierung des Pflegebedarfs lag in der gemeinsamen Verantwortung des Pflegepersonals und des Arztes.⁶⁶

Der Erstaufnahme oblag das Bettenmanagement. Die Belegung der Betten konnte mit Hilfe eines entsprechenden EDV-Programmes jederzeit verfolgt werden.⁶⁷

(7) Entwicklung

Bereits im Laufe des Implementierungsjahres sowie Mitte 2008 wurden Mitarbeitergespräche und Datenauswertungen zur Evaluierung des neuen Systems geführt. Diese zeigten kleine organisatorische Mängel und einen Adaptierungsbedarf im personellen Bereich auf einer pflegeintensiven Station auf.⁶⁸

Im Laufe des Jahres 2008 erfolgte eine Erhebung der Einstellung der

⁶¹ Ebd., S. 7.

⁶² Ebd., S. 29.

⁶³ Ebd., S. 4.

⁶⁴ Vgl. Auskunft der Koll. Führung des KHG am 05.04.2011.

⁶⁵ In der Regel oblag die Erstaufnahme einem Facharzt für Innere Medizin.

⁶⁶ Informationspräsentation der Kollegialen Führung des KHG vom 02.08.2010, S. 7.

⁶⁷ Vgl. Auskunft der Koll. Führung des KHG am 05.04.2011.

⁶⁸ Informationspräsentation der Kollegialen Führung des KHG vom 02.08.2010, S. 24f.

Patienten zu der neuen Betriebsorganisation des KH Güssing im Rahmen einer Studie. Diese ergab hohe Zufriedenheitswerte der Patienten mit der Neustrukturierung.⁶⁹

2.8 Anstaltsordnung

2.8.1 Gemäß § 15 Abs. 1 Bgld. KAG war der innere Betrieb einer Krankenanstalt von ihrem Rechtsträger durch eine Anstaltsordnung zu regeln, um die Rahmenbedingungen zur Führung der Krankenanstalt vorzugeben. Neben Organisation und zweckerfüllendem Aufgabenbereich der Krankenanstalt musste die Anstaltsordnung u.a. eine Beschreibung der Obliegenheiten des beschäftigten Personals und Bestimmungen über die (kollegiale) Anstaltsführung, insbesondere betreffend das gemeinsame Vorgehen, beinhalten.

(1) Die Anstaltsordnung und jede wesentliche Änderung derselben bedurften der Genehmigung der LReg., wobei mit Anzeige der Änderung an die LReg. die gesetzlichen Erfordernisse der Krankenanstalt bzw. des Krankenanstaltenträgers erfüllt waren. Im Genehmigungsbescheid war nach gesetzlicher Vorgabe auszusprechen, welche Teile der Anstaltsordnung an gut sichtbarer Stelle in der Krankenanstalt anzuschlagen waren.

Die Anstaltsordnung des KH Güssing wurde seit ihrem Erlass mehrmals novelliert, letztmalig mit Bescheid des Amtes der Bgld. LReg. vom 25.11.2010⁷⁰. Darin fand auch die im Jahr 2007 erfolgte Systemumstellung von einer „klassischen Organisation“ zum interdisziplinären System Berücksichtigung. Im Überprüfungszeitraum war die Anstaltsordnung in der Fassung des Genehmigungsbescheides vom 02.07.2003⁷¹ in Geltung.

(2) Gem. § 7 Abs.8 AO alt hatte sich die kollegiale Führung für ihre Sitzungen eine GO zu geben und diese dem Rechtsträger zur Genehmigung vorzulegen. Sitzungen sollten gem. § 7 Abs. 9 leg. cit bei Bedarf, jedoch zumindest regelmäßig zweimal monatlich abgehalten und das Sitzungs-/Beschlussprotokoll binnen zehn Tagen dem Rechtsträger vorgelegt werden.

2.8.2 Zu (1) Der BLRH hob hervor, dass die KRAGES der Bgld. LReg. erst mit Schreiben vom 28.09.2010 eine Neufassung der Anstaltsordnung des a.ö. KH Güssing zur Genehmigung vorlegte.⁷² Die Umstellung auf das interdisziplinäre System einschließlich der Errichtung des Fachschwerpunktes Orthopädie am Standort Güssing wurde bereits im Jahr 2007 durch die Bgld. LReg. genehmigt. Bis zur tatsächlichen Vorlage einer Neufassung der Anstaltsordnung vergingen somit über drei Jahre.

Der BLRH empfahl, Änderungen der Anstaltsordnung künftig unmittelbar nach deren Umsetzung der Bgld. LReg. anzuzeigen. Die Anstaltsordnung bildete eine wesentliche Grundlage für den inneren Betrieb der Krankenanstalt und regelte insbesondere die personellen Rahmenbedingungen. Um den normativen Wert der Anstaltsordnung zu erhalten, sollte eine Anpassung an den jeweils aktuellen Stand rechtzeitig

⁶⁹ Geschäftsbericht 2008 KRAGES, S. 29.

⁷⁰ Vgl. Zl. 6-G-KA1/60-2010, 6-G-KA2/86-2010, 6-G-KA3/111-2010 und 6-G-KA4/103-2010.

⁷¹ Vgl. Zl. 6-G-KA2/22-2003.

⁷² Vgl. Zl. 6-G-KA1/60-2010, 6-G-KA2/86-2010, 6-G-KA3/111-2010 und 6-G-KA4/103-2010.

zur Anzeige gebracht werden.

Zu (2) Eine eigene GO für die Sitzungen der kollegialen Führung wurde nicht erlassen, sondern orientierte man sich lt. eigener Aussage an den in der AO getroffenen Vorgaben.

Die kollegiale Führung berief zumindest einmal im Monat eine Sitzung ein und protokollierte diese vorschriftsgemäß, wengleich auch die nach der AO alt geforderte zweimalige Sitzungsabhaltung per Monat nicht konstant eingehalten wurde.

Der BLRH hielt hiezu fest, dass durch die mittlerweile erfolgte Novellierung der AO und der darin erfolgten Reduktion der zumindest abzuhaltenden Sitzungstermine von zwei auf eine Sitzung per Monat, die rechtlichen Vorgaben nunmehr als erfüllt anzusehen waren. Der BLRH verkannte nicht die von Seiten der kollegialen Führung ins Treffen gebrachte Argumentation, dass eine häufigere als einmalige Abhaltung von Sitzungen auf Grund der Zeit- und Abstimmungsproblematik unter den verschiedenen Sitzungsteilnehmern oftmals nicht viel Spielraum ließ. Der BLRH empfahl unter Beibehaltung des bisherigen Procedere und unter Verweis auf die AO neu, in Hinkunft auf die Einhaltung der vorgeschriebenen Sitzungstermine zu achten.

2.8.3 Die KRAGES teilte hiezu mit:

„In der KRAGES ist es geübte Praxis, die Anstaltsordnungen aller Häuser gleichzeitig zu überarbeiten und der Landesregierung zur Genehmigung vorzulegen. Der genaue zeitliche Ablauf bezüglich der Überarbeitung aller Anstaltsordnungen war wie folgt:

Zeitlicher Ablauf der Genehmigung der derzeit geltende Anstaltsordnungen

19.12.2009 Übermittlung der Neufassungen und Ansuchen um Genehmigung an Amt der Bgld. Landesregierung

25.05.2010 Schreiben der Abt. 6 des Amtes der Bgld. Landesregierung mit Änderungsvorgaben (zum Teil gerechtfertigt, zum Teil diskussionswürdig)

07.06.2010 Schreiben an Abt. 6 mit Vorschlägen zu deren Änderungsvorgaben

07.09.2010 Besprechung bei [...] betreffend Änderungsvorgaben

08.09.2010 Übermittlung des Besprechungsergebnisses auf Ebene der Abt. 6

28.09.2010 Ansuchen um Genehmigung der geänderten Anstaltsordnungen an Abt. 6

25.11.2010 Genehmigungsbescheid der Abt. 6

Ergänzend sei festgehalten, dass seitens der KRAGES die Anregung gerne aufgenommen wird, bei größeren Änderungen in einem einzelnen Haus die Anstaltsordnungen auch im Einzelfall zu überarbeiten, wengleich dies zu einem möglicherweise erhöhten Aufwand im Rahmen der Genehmigungsverfahren der Landesregierung führen könnte.

Hinsichtlich der Geschäftsordnung für die Sitzungen der Kollegialen Führung war in der alten Fassung der Anstaltsordnung der Inhalt der Geschäftsordnung derart detailliert angeführt, sodass man sich an den Vorgaben der Anstaltsordnung orientierte. Entsprechend der neuen Anstaltsordnung ist geplant, eine Geschäftsordnung für die Sitzungen der Kollegialen Führung zu erlassen."

2.9 Qualitätssicherung^{2.9.1} In einer Studie der Österreichischen Sozialversicherung in Zusammenarbeit mit der London School of Economics and Political Science zum Thema Qualität in Gesundheitssystemen wurde ein viergliedriger Bewertungsansatz vorgeschlagen⁷³.

Dem zur Folge konnte zwischen vier Qualitätsebenen unterschieden werden:

- Versorgung durch Ärzte und andere Leistungserbringer,
- Ausstattung und Zusatzleistungen,
- Versorgung durch den Patienten und Angehörige selbst und
- gesellschaftlich in Anspruch genommene Versorgungsleistungen.

In Österreich orientierten sich lt. Studie das Bundesgesetz zur Qualität von Gesundheitsleistungen⁷⁴ an dieser Kategorisierung und differenzierte dabei Strukturen, Prozesse und Ergebnisse. Ein funktionierendes Qualitätsmanagement sollte auf allen Versorgungsebenen installiert sein. Als Bewertungsmaßstab dienten externe Qualitätsmanagementsysteme zur Verbesserung der Organisation und der Erbringung von Gesundheitsleistungen (bspw. ISO, EFQM, EPA, JCI)⁷⁵ gleichsam wie Qualitätsmanagementmodelle bekannter internationaler Organisationen, die sich mit der Messung der Leistungsfähigkeit von Gesundheitssystemen auseinandersetzten. Als Beispiele wurden das OECD Health Care Quality Indicators Project und die WHO Health-for-All-Ziele genannt. Eine Schlüsselposition umfassender Qualität nahm in allen Fällen das Thema Patientensicherheit inklusive Risiko- und Fehlermanagement ein.⁷⁶

(1) Gem. § 23 Abs. 1 Bgld. KAG iVm. § 5b KAKuG oblag der KRAGES als Rechtsträger des a.ö. KH Güssing, im Rahmen der Organisation Maßnahmen der Qualitätssicherung⁷⁷ vorzusehen und dabei überregionale Belange zu wahren. Der Vergleich mit anderen Krankenanstalten sollte durch die zu treffenden Maßnahmen gewährleistet werden. In jeder bettenführenden Krankenanstalt war vom Rechtsträger darüber hinaus eine Qualitätssicherungskommission einzusetzen, der zumindest jeweils ein Vertreter des ärztlichen Dienstes, des Pflegedienstes, des medizinisch-technischen Dienstes und des Verwaltungsdienstes angehören musste.

Im a.ö. KH Güssing war eine den gesetzlichen Vorgaben entsprechende Qualitätssicherungskommission installiert, die sich in hierarchischer Unterteilung auf drei unterschiedlichen Ebenen präsentierte. An der Spitze stand zentral ein Qualitätssicherungskernteam als Koordinator bzw. Projektleiter und Initiator von Qualitätssicherungsaktivitäten, welches vier Mitglieder der vom Gesetz geforderten unterschiedlichen Berufssparten umfasste.

⁷³ Vgl. *Ladurner, Mossialos, Merkur und Lear*, Qualität in Gesundheitssystemen. Eine Darstellung von in ausgewählten Ländern angewendeten Ansätzen und Modellen, *SozSi* 2008, 580.

⁷⁴ Gesundheitsqualitätsgesetz, GQG.

⁷⁵ International Organization for Standardization (ISO), European Foundation for Quality Management: Modell Q-Excellence (EFQM), European Practice Assessment Instrument (EPA), Joint Commission International (JCI).

⁷⁶ Vgl. *Ladurner, Mossialos, Merkur, Lear*, Qualität in Gesundheitssystemen – Eine Darstellung von in ausgewählten Ländern angewendeten Ansätzen, *SozSi* 2008, 580.

⁷⁷ Unter Qualitätssicherung verstand die Österreichische Ärztekammer allgemein die Summe aller in einem Unternehmen getroffenen systematischen, prospektiven Maßnahmen, die sicherstellten, dass das erzeugte Produkt bzw. die angebotene Dienstleistung den Qualitätsanforderungen entsprach.

Die Aufgabe der beiden darunter liegenden Organisationseinheiten, Qualitätssicherungsansprechpartner und Qualitätsmanagement-Projektmitarbeiter, bestand in der Unterstützung des Kernteams in der Umsetzung von Projekten auf Stations- bzw. Abteilungsebene. Die Projektmitarbeiter bildeten die Basis des Systems und zeigten sich primär für die Umsetzung der getroffenen Qualitätssicherungsmaßnahmen auf Patientenebene verantwortlich.

(2) Seit September 2009 arbeitete das a.ö. KH Güssing an der Einführung des Qualitätssicherungssystems nach Joint Commission International (JCI). Dabei handelte es sich um einen internationalen Zweig der amerikanischen Joint Commission (JCAHO)⁷⁸, nach deren entwickelten Standards die Qualität von Gesundheitseinrichtungen bewertet wurde und die für diesen Zweck Zertifizierungen durchführte. Im Rahmen des Zertifizierungsprogramms der JCAHO bzw. JCI wurden nur ganze Krankenhäuser und nicht einzelne Abteilungen bewertet. Die Überprüfung umfasste somit sämtliche Abläufe, angefangen von der Patientenaufnahme über Untersuchungen und Behandlungen bis hin zur Verlegung und Entlassung eines Patienten.⁷⁹ Die RL nach Joint Commission betrafen somit alle KH-relevanten Bereiche, u.a. die Bereiche Versorgung, Lieferung, Entsorgung, Patientensicherheit und Personalplanung. Für die bereichsspezifische Ausarbeitung der RL waren speziell eingerichtete Arbeitsgruppen zuständig.

Das Qualitätssicherungskernteam war in erster Linie für die Ausarbeitung der RL nach Joint Commission verantwortlich, welche je nach Ausarbeitungsstand auf den Stationen sowohl in Handkopie als auch elektronisch zur Verfügung standen.

Die Mitarbeiter hatten auf die jeweils relevanten RL berufsgruppenspezifisch Zugriff und erhielten in diesem Zusammenhang eine einmalige Einschulung über die Handhabung der RL, insbesondere betreffend die Abläufe und Vorgehensweisen.

Danach erfolgte die Anwendung der RL eigeninitiativ. Das Qualitätssicherungskernteam hielt monatliche Sitzungen ab. Dazu kamen regelmäßige (2-Wochen-Rhythmus) Jour Fixe Termine mit den Kapitelverantwortlichen, sowie nach Bedarf die Teilnahme an Sitzungen der Kollegialen Führung, der Stationsleitungen und an Besprechungen der einzelnen Arbeits- und Projektgruppen, die diverse Qualitätssicherheits-Teilbereiche (z.B. Sturzprophylaxe) erarbeiteten. Über die regulären Sitzungen wurden Protokolle geführt und die jeweiligen Updates auf einem zentral für alle Mitarbeiter zugänglichen PC-Ordner gespeichert.

Die Qualitätssicherungskommission sah bereichsübergreifend eine regelmäßige Durchführung von Audits vor, um die Prozessabläufe auf Funktionalität und Wirtschaftlichkeit zu überprüfen. Insbesondere sollten lt. Auskunft der KRAGES geschlossene und offene Patientenakte auf Vollständigkeit, die Lagerung von Medikamenten sowie Patientensicherheitsziele geprüft werden. Die betroffenen Mitarbeiter erhielten seit der Anpassung an die RL nach Joint Commission verstärkt spezia-

⁷⁸ Die Joint Commission entstand 1951 durch den Zusammenschluss mehrerer amerikanischer Ärzte- und Krankenhausvereinigungen. Der vollständige Name lautet Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO). Die JCI setzt die Ziele der JCAHO auf internationaler Ebene um.

⁷⁹ Vgl. www.wirtschaftslexikon24.net, Zugriff am 27.10.2010.

lisierte Schulungen nach jeweiliger RL oder Leitthema. In den Grundlagen der Qualitätssicherung wurden alle Mitarbeiter, unabhängig der Berufsgruppenzugehörigkeit, geschult.

Lt. Auskunft der kollegialen Führung wurden im a.ö. KH Güssing bereits vor Start des Akkreditierungsverfahrens laufend Qualitätssicherungs- bzw. diesbezügliche Schulungsmaßnahmen gesetzt, welche sich an den allgemeinen Bundesvorgaben der ÖBIG bzw. BIQG orientierten.⁸⁰

(3) Ein eigenes Patientensicherheitsprogramm wurde implementiert, welches auf den sechs Patientensicherheitszielen der WHO beruhte. Diese Patientensicherheitsziele, an welchen sich auch Joint Commission orientierte, lagen auf den Stationen des a.ö. KH Güssing auf und wurden auf Veranlassung der kollegialen Führung auf Plakaten visualisiert bzw. an zentralen Stellen im KH ausgehängt. Die Einhaltung der Patientensicherheitsziele wurde auf stationsabhängigen Checklisten regelmäßig kontrolliert. Daraus war für die Mitarbeiter der Ablauf über die jeweils zu setzenden Maßnahmen ersichtlich. Diese Checklisten wurden im Anschluss den Patientenmappen beigefügt und bei jeder weiteren Maßnahme, die der Patient zu durchlaufen hatte, neuerlich auf Vollständigkeit überprüft. Die Dokumentationsebene sah zudem die Führung von diversen Listen vor, bspw. Indikatorenlisten, Beschwerdelisten, Medikamentenlisten, Listen über Komplikationsbereiche usw., welche für jeden berufsspezifischen Bereich von der jeweiligen Leitungsebene extra überprüft und aufgearbeitet wurden. Im Pflegebereich erfolgte diesbezüglich jeden zweiten Monat eine Überprüfung. Dies ermöglichte laufende und zeitnahe Änderungsmaßnahmen des jeweils bemängelten Status Quo.

(4) Die von Seiten der Bgld. Landesverwaltung, Abt. 6, ausgegebenen Fragebögen betreffend Qualitätssicherheit⁸¹ waren lt. Auskunft der kollegialen Führung veraltet und wurden daher nicht mehr angewendet. Es wurde in diesem Zusammenhang ein für alle KRAGES-Standorte neuer Fragebogen erarbeitet, der seit 01.04.2011 in Verwendung stand.

(5) Zum Thema Qualität im Krankenhaus zählte auch die lückenlose Führung von Krankengeschichten und Operationsniederschriften über die einzelnen Patienten. Bei den Krankengeschichten handelte es sich um Aufzeichnungen des jeweils behandelnden Arztes betreffend Anamnese, aktuellen Zustand bei Aufnahme des Patienten und Krankheitsverlauf. Dokumentiert wurde u.a. auch insbesondere die Art der angeordneten ärztlichen Maßnahmen, die erbrachten ärztlichen Leistungen sowie Angaben über die erfolgte Medikation. Lediglich die Befunddokumentation (auch im ambulanten Bereich) und die Entlassung erfolgten auf elektronischem Weg, die restliche Dokumentation (Fieberkurve, Pflegeberichte udgl.) wurde in Papierform festgehalten. Diese Krankengeschichten und sonstigen Vormerkungen waren lt. § 16 Abs. 10 zumindest 30 Jahre aufzubewahren und im Falle der Auflösung einer Krankenanstalt – sofern die Aufbewahrungsdauer noch

⁸⁰ Die GÖG, in welche die ÖBIG und BIQG als Geschäftsbereiche eingegliedert waren, publizierte eine allgemeine Strategie für das Gesundheitswesen, nachzulesen unter <http://www.goeg.at/cxdata/media/download/Qualitaetsstrategie.pdf>.

⁸¹ Vgl. Abt. 6-G-KA 1/53-2008, Niederschrift der sanitären Einschau am 15.10.2008 in der kaufmännischen Direktion des A.ö. Krankenhauses Güssing.

nicht abgelaufen war – der Landesregierung zur weiteren Aufbewahrung zu übermitteln.

Die Kontrolle der Patientenmappen, in denen sämtliche Informationen⁸² angefangen von der Aufnahme bis zur Entlassung dokumentiert wurden, oblag der Pflegeleitung, darüber hinaus wurde bei jeder Entlassung zusätzlich eine „Endkontrolle“ durch eine diplomierte Pflegekraft vorgenommen. Die Mappen enthielten zudem ein spezielles, farbig unterteiltes Informationssystem, wodurch das handelnde Personal einen sofortigen Überblick über den aktuellen Stand der zuletzt getroffenen Maßnahmen erhielt bzw. über Veränderungen am Patienten informiert wurde.

- 2.9.2 Zu (1-4) Durch die bereits getroffenen Maßnahmen im Rahmen des international anerkannten Akkreditierungsverfahrens nach Joint Commission schuf das a.ö. KH Güssing aus Sicht des BLRH transparent gestaltete Abläufe der einzelnen Versorgungswege. Das Personal wurde berufsgruppenspezifisch auf die Verwendung der jeweiligen RL geschult und laufend über Neuerungen, die allgemein zugänglich gemacht wurden, informiert. Die Einhaltung der Patientensicherheitsziele wurde anhand spezieller Checklisten mehrmals überprüft. Die Mehrfachkontrolle der vollzogenen Abläufe durch die den unterschiedlichen Stationen zugeteilten Mitarbeitern und Ärzten einschließlich einer zusätzlichen Abschlussüberprüfung der Patientenmappe auf Vollständigkeit durch die Pflegedirektion bei Entlassung der Patienten bewirkte ein gut funktionierendes KH-internes Kontrollsystem. Dies in Zusammenhang mit der laufenden Adaption und Verbesserung einzelner Maßnahmenbereiche bzw. das Führen von Ereignislisten stellte aus Sicht des BLRH eine wesentliche Qualitätsgrundlage im Rahmen von Risiko- und Fehlermanagement im Krankenanstaltenbereich dar.

Zu (5) Auf der Dokumentationsebene existierte im KH Güssing keine übereinstimmende Praxis, da Patienteninformationen sowohl in Papierform als auch automationsunterstützt festgehalten wurden. Der BLRH empfahl aus Gründen der Effizienz eine schrittweise Entwicklung der medizinischen Dokumentation hin zur Führung von KH-internen (bzw. KRAGES-weiten) elektronischen Krankenakten, in der sämtliche klinische Informationen nicht mehr (nur) in Papierform, sondern zunehmend elektronisch erfasst werden sollten. Relevante Informationen wären bei gleichzeitiger Steigerung der Datensicherheit sofort abrufbar, die Gefahr des Daten- und somit Informationsverlustes innerhalb eines Therapieverlaufes wären minimiert. Auch die einmalige elektronische Erfassung von vergangenen Krankengeschichten würde sowohl den Therapiebeginn als auch die Patientenzufriedenheit steigern, da auf Grund der bereits vorhandenen Information das sich wiederholende Ausfüllen von Patienten-Fragebögen bei der Aufnahme entfiel.

- 2.9.3 Die KRAGES äußerte sich dazu wie folgt:
„Seitens der Geschäftsführung der KRAGES wird auf das Krankenhaus Güssing entsprechend eingewirkt, dass die Patienteninformation ausschließlich automatisationsunterstützt erfolgen soll und die Papierform nur für jene Bereiche angewendet wird, in denen externe Dokumente in nicht digitaler Form zur Anwendung kommen. Auch hier wird versucht werden, diese Dokumente zu scannen bzw. elektronisch zu ver-

⁸² Bspw. Fieberkurve, Arztberichte, Medikation etc.

2.10 Ethikkommission

- arbeiten.“
- 2.10.1 Gemäß § 24 Bgld. KAG iVm. § 57 MPG und § 41 AMG⁸³ war vom Krankenanstaltenträger zur Beurteilung klinischer Prüfungen von Arzneimitteln und Medizinprodukten sowie der Anwendung neuer medizinischer Methoden in der Krankenanstalt eine Ethikkommission einzurichten. „Neue Medizinische Methoden“ definierte Abs. 3 leg.cit. als „Methoden, die auf Grund der Ergebnisse der Grundlagenforschung und angewandten Forschung sowie unter Berücksichtigung der ärztlichen Erfahrung die Annahme rechtfertigten, dass eine Verbesserung der medizinischen Versorgung zu erwarten ist, die jedoch in Österreich noch nicht angewendet werden und einer methodischen Überprüfung bedürfen“.

In erster Linie kam der Ethikkommission aber die Aufgabe zu, Patienten und Probanden klinischer Studien udgl. vor gefährlicher oder überraschender Forschung zu bewahren. Zu diesem Zweck hatte die Ethikkommission die Sicherstellung der notwendigen Aufklärung der Betroffenen zu überprüfen. Neben der rein sachlichen Beurteilung neuer medizinischer Methoden bzw. neuer Arzneimittel und Medizinprodukten konzentrierte sich die Ethikkommission insbesondere auf den Schutz der an einer Studie teilnehmenden Patienten, und achtete gleichsam auf die Einhaltung ethnischer Grundsätze durch die Forscher.⁸⁴

Die genaue Zusammensetzung der Ethikkommission regelte Abs. 4 Bgld. KAG, wonach der Kommission zumindest

- ein Arzt, der im Inland zur selbständigen Berufsausübung berechtigt war,
- ein Facharzt, in dessen Sonderfach die jeweilige klinische Prüfung oder neue medizinische Methode fiel,
- ein Angehöriger des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege,
- ein Jurist,
- ein Pharmazeut,
- ein Patientenvertreter,
- eine Person, die über biometrische Expertise verfügte,
- ein Vertreter einer repräsentativen Behindertenorganisation und
- eine Person, die zur Wahrnehmung seelsorgerischer Angelegenheiten in der Krankenanstalt betraut war

angehören musste.

Die Ethikkommission hatte sich eine Geschäftsordnung zu geben, die gem. § 24 Abs. 6 Bgld. KAG von der LReg. und gem. § 59 Abs. 2 MPG vom LH zu genehmigen war. Über jede Sitzung war ein Protokoll auszufertigen. Die Unabhängigkeit und Weisungsfreiheit der Mitglieder in Ausübung ihrer Tätigkeit wurde verfassungsrechtlich garantiert.

Mit Sitzungsakt vom 02.02.2005 wurde burgenlandweit für alle a.ö. Krankenanstalten eine zentrale Ethikkommission eingerichtet⁸⁵. Die Geschäftsführung der Ethikkommission oblag der KRAGES. Das Kran-

⁸³ In Ausführung der EWG-RL 91/507, ABl EG Nr. L 270/32, vom 19.07.1991 zur Änderung des Anhangs der RL des Rates 75/318/EWG zur Angleichung der Rechts- und Verwaltungsvorschriften der Mitgliedstaaten über die analytischen, toxikologisch-pharmakologischen und ärztlichen oder klinischen Vorschriften und Nachweise über Versuche mit Arzneimitteln.

⁸⁴ Vgl. *Deutsch*, RdM 2001, 106, Die Sorge für den nichteinwilligungsfähigen Patienten – eine Aufgabe der Ethikkommission?

⁸⁵ Vgl. Zl. 6-G-M3340/290-05 vom 08.02.2005, „Ethikkommission Burgenland“.

kenhaus der Barmherzigen Brüder Eisenstadt schloss sich der Ethikkommission unter einheitlicher Leitung der KRAGES an. In der konstituierenden Sitzung erfolgte die Beschlussfassung über die Geschäftsordnung, die die Bgld. LReg. am 21.06.2005 genehmigte. Die Genehmigung durch den Bgld. LH gem. § 59 Abs. 2 MPG erfolgte gesondert am 23.06.2005. Die erste Sitzung der zentralen Ethikkommission fand am 16.03.2005 statt. Sitzungen wurden generell in Eisenstadt abgehalten. Die Ethikkommission bestand nicht aus fixen Mitgliedern sondern variierte der Mitgliederbestand thematisch nach deren einzelnen Kompetenzen in Abhängigkeit der jeweils diskutierten Studie. Im Überprüfungszeitraum war ein Anästhesist des a.ö.KH Güssing Mitglied der Ethikkommission.

2.11 Datenschutz ^{2.11.1} § 1 DSGVO⁸⁶ normierte ein Grundrecht auf Datenschutz in Angelegenheiten des Schutzes personenbezogener Daten im automationsunterstützten Datenverkehr. Sensible Daten⁸⁷ wurden als besonders schutzwürdig deklariert. Der Umgang mit sensiblen Daten erlangte gerade im Krankenanstalten-nahen Bereich an Bedeutung, da darunter die Führung von elektronischen Krankengeschichten und Behandlungsinformationen einzelner Patienten fiel.

Generell durften Daten nur verarbeitet werden, soweit Zweck und Inhalt der Datenanwendung von den gesetzlichen Zuständigkeiten oder rechtlichen Befugnissen des jeweiligen Auftraggebers gedeckt waren und die schutzwürdigen Geheimhaltungsinteressen der Betroffenen nicht verletzt wurden.

Das schutzwürdige Geheimhaltungsinteresse war dann nicht verletzt, wenn die Daten zum Zweck der Gesundheitsvorsorge, der medizinischen Diagnostik, der Gesundheitsversorgung oder Gesundheitsbehandlung oder für die Verwaltung von Gesundheitsdiensten durch ärztliches Personal oder sonstige Personen verwendet wurden, die einer entsprechenden Geheimhaltungspflicht unterlagen.

Abgesehen von den in § 17 DSGVO festgelegten Fällen hatten Auftraggeber vor Aufnahme einer Datenanwendung eine Meldung an die Datenschutzkommission zu erstatten, bei der in der Folge die Registrierung der jeweiligen Anwendung erfolgte. Ausnahmen der Meldepflicht waren insbesondere in der Standard- und Musterverordnung 2004 dokumentiert. Im Speziellen war hierbei die SA024 – Patientenverwaltung und Honorarabrechnung – zu nennen. Bewegte sich demnach eine Datenanwendung innerhalb dieses Bereiches, lag keine Meldepflicht vor. Allen anderen Fällen von Datenanwendungen, die Gesundheitsdaten enthielten, unterlagen der Vorabkontrollpflicht nach § 18 Abs. 2 DSGVO. Derartige Daten durften dem zur Folge erst nach Prüfung durch die Datenschutzkommission in Betrieb genommen werden.

Im Rahmen der DSGVO-Novelle 2010 wurde die Zulässigkeit von Videoüberwachungen gesetzlich geregelt. Unter Videoüberwachung verstand § 50a Abs. 1 DSGVO die systematische und fortlaufende Feststellung von

⁸⁶ Bundesgesetz über den Schutz personenbezogener Daten (DSG 2000), BGBl. I. Nr. 165/1999 idF. BGBl. I. Nr. 135/2009.

⁸⁷ Vgl. § 4 Z. 2 DSGVO: Unter sensiblen Daten verstand der Gesetzgeber Daten natürlicher Personen über ihre rassische und ethnische Herkunft, politische Meinung, Gewerkschaftszugehörigkeit, religiöse oder philosophische Überzeugung, Gesundheit oder ihr Sexualleben.

Ereignissen durch technische Bildaufnahme- oder Bildübertragungsgeräte, die ein bestimmtes Objekt oder eine bestimmte Person betrafen. Es handelte sich dann um personenbezogene Daten, wenn die betreffenden Personen - entweder physisch oder durch individuelle Zuordnung (z.B. Aktenzahl) - identifizierbar waren. Die Unterscheidung zwischen sensiblen und nicht sensiblen Daten spielte entgegen der §§8 und 9 DSGVO keine Rolle. Voraussetzung für die Anwendbarkeit des DSGVO war vielmehr der hinter der Videoaufzeichnungen stehende Überwachungszweck; dienten die Videoaufzeichnungen lediglich künstlerischen, familiären oder touristischen Motiven, waren sie vom Anwendungsbereich des DSGVO ausgeschlossen.⁸⁸

Aus datenschutzrechtlicher Sicht unbedenklich und daher von der Meldepflicht generell ausgenommen galten Echtzeitüberwachungen. Der Zweck einer Echtzeitüberwachung bestand darin, das überwachte Objekt bzw. die überwachte Person vor einer Gefahr zu schützen oder im Bedarfsfall unverzüglich reagieren zu können. Im Krankenanstaltenbereich konnten hievon speziell Intensivstationen, ICU/ICMU⁸⁹ oder Aufwachräume betroffen sein. § 7 Abs. 3 DSGVO setze in Zusammenhang mit der Zulässigkeit einer Datenanwendung allgemein voraus, dass das jeweils gelindeste zur Verfügung stehende Mittel zur Auswahl kam.

Echtzeitwiedergaben stellten speziell bei der Überwachung von Intensivpatienten das im Vergleich zu einer Datenspeicherung gelindeste und in Hinblick auf den verfolgten Zweck das effizienteste Mittel dar.⁹⁰

In Anbetracht der naturgemäß hohen Frequentation von Krankenanstalten durch anstaltsferne bzw. generell unbefugte Personen konnten Zugangskontrollen für geschlossene Bereiche in Krankenanstalten vorgesehen werden. Solche unterlagen aus datenschutzrechtlicher Sicht einer (vereinfachten) Meldung an die Datenschutzkommission, sofern mit der Zugangskontrolle personenbezogene Daten kombiniert wurden und insbesondere mit einer Videoaufzeichnung verbunden waren. Zugangskontrollen wurden in MA 002, Anlage 2 StMV, als eine der fünf aktuell existierenden Musteranwendungen definiert, anonyme Schlüsselsysteme fielen nicht darunter. Gänzlich verboten waren jedoch - unabhängig von einer Zugangskontrolle - Videoaufzeichnungen, die ausschließlich der Mitarbeiterkontrolle dienten. Jeder Verwendungsvorgang einer Videoüberwachung musste zudem protokolliert und die gespeicherten Daten längstens nach 72 Stunden gelöscht werden.⁹¹

Im a.ö. KH Güssing war der Eingangsbereich videoüberwacht, wobei es sich um eine Echtzeitwiedergabe handelte. Ansonsten befanden sich im KH keine Videokameras im Einsatz. Es gab keine kombiniert-überwachten Zugangssysteme, der Zugang zum Archiv war versperrt, wobei keine speziellen Zugangskontrollen vorgesehen waren. Patientenakten wurden in Papierform gem. § 16 Abs. 10 Bgld. KAG je nach Inhalt 10 bis 30 Jahre im Archiv, aktuelle Patientenmappen auf den jeweiligen Stationen aufbewahrt.

⁸⁸ Vgl. Gerhartl, JAP 2010/2011/2, Reglementierung der Videoüberwachung.

⁸⁹ ICU: Intensive Care Unit, IMCU: Intermediate Care Unit.

⁹⁰ Vgl. Gerhartl, aaO.

⁹¹ Vgl. Burgstaller, Neußl, ecoloex 2011, 82, Videoüberwachung und Zutrittskontrollsysteme am Arbeitsplatz.

- 2.11.2 Der BLRH stellte fest, dass gem. § 14 DSGVO Datensicherheitsmaßnahmen in Bezug auf archivierte personenbezogene Daten zu treffen waren. Es war jedenfalls unter Bedachtnahme auf den Stand der technischen und wirtschaftlichen Möglichkeiten sicherzustellen, dass die Daten vor zufälliger oder unrechtmäßiger Zerstörung und vor Verlust geschützt waren, ihre Verwendung ordnungsgemäß erfolgte und Unbefugten nicht zugänglich gemacht wurden. Dies galt insbesondere für die auf den Stationen aufbewahrten Patientenmappen, aber auch deren Archivierung war unter bestimmte Schutzvorkehrungen zu stellen. Der BLRH empfahl in dieser Hinsicht, den Zutritt zum Archiv genau zu regeln und bestimmten Personen vorzubehalten, um die Dateien vor der Einsicht und Verwendung durch Unbefugte zu schützen. Es sollte über jeden Zutritt ein Protokoll geführt werden, in dem der Anlass und eine etwaige Entnahme einzelner Dateien festzuhalten waren. In Hinblick auf die in den Stationen aufbewahrten Patientenmappen war eine vollständige elektronische Datenerfassung zu überdenken.⁹²
- 2.11.3 Die KRAGES nahm dazu wie folgt Stellung:
„Im Zuge des Akkreditierungsverfahrens nach JCI werden folgende Maßnahmen gesetzt:
- *Für die zu archivierenden personenbezogenen Daten wird eine versperrbare Rollregalanlage angekauft. Der Zutritt zu diesem Archiv wird nur einem beschränkten Personenkreis ermöglicht. Jeder Zutritt zum und jede Entnahme vom Archiv sollen protokolliert werden.*
 - *Die Patientenmappen auf den Stationen sind in den versperrbaren Visitenwägen aufzubewahren. Für kommendes Jahr ist zusätzlich das Schließen der derzeit offenen Stationsstützpunkte geplant.“*

⁹² Vgl. unter Pkt. 2.7.

3. Wirtschaftliche Entwicklung, Kennzahlen

3.1 Grundlagen

3.1.1 (1) Im Folgenden wurden Kennzahlen zur wirtschaftlichen Entwicklung des KH Güssing dargestellt und erläutert. Grundlage für die Berechnungen bildeten die Geschäftsberichte der KRAGES der Jahre 2007 bis 2009, Jahresabschlüsse, von der KRAGES übermittelte Unterlagen sowie vom BLRH durchgeführte Auswertungen.

In den herangezogenen Unterlagen wurden in einigen Fällen Daten auf unterschiedlicher Basis ermittelt. Für die nachfolgenden Aufstellungen wurden jene Werte herangezogen, die auf Grund der Erhebungen die tatsächlichen Gegebenheiten nach Ermessen des BLRH bzw. in Abstimmung mit der geprüften Stelle am genauesten widerspiegeln.

(2) In der nachstehenden Tabelle wurde die Entwicklung ausgewählter Kennzahlen im Überprüfungszeitraum 2007 - 2009 dargestellt, um einen kurzen Überblick über das Krankenhaus Güssing zu geben. Es handelte sich bei den Kennzahlen um die Belagstage des Krankenhauses Güssing während eines Kalenderjahres, die Pflagestage des Krankenhauses Güssing während eines Kalenderjahres, die durchschnittliche Verweildauer eines Patienten in Tagen, die in einem Kalenderjahr erhaltenen LKF-Punkte der Anstalt, das Personal, die stationären Aufnahmen sowie die ambulanten Aufnahmen.

Entwicklung ausgewählter Kennzahlen 2007 - 2009			
Jahr	2007	2008	2009
Belagstage	29.886	30.010	28.787
Pflagestage	38.326	39.422	37.976
Verweildauer (Tage)	3,56	3,19	3,11
LKF-Punkte	14.698.767	15.235.105	16.289.876
Personal ⁹³	281,52	275,98	278,44
Stationäre Aufnahmen	8.441	9.412	9.189
Ambulante Aufnahmen	19.598	20.307	20.361

Quelle: KRAGES; Darstellung: BLRH

(3) Die gesamten Belagstage fielen im Überprüfungszeitraum um 3,68%. Dies war zum Teil zurückzuführen auf die ebenfalls gesunkene durchschnittliche Verweildauer der Patienten, welche sich von 2007 auf 2009 von 3,56 auf 3,11 Tage (= 12,64 %) verringert hatte.

Die Anzahl der Pflagestage fiel im Zeitraum 2007 bis 2009 um 350 Tage, was einer Verringerung um 0,91 % entsprach. Von 2007 auf 2008 stieg die Anzahl der Pflagestage um 2,86 %, von 2008 auf 2009 sank sie um 3,67 %.

Die Anzahl der LKF-Punkte stieg sowohl von 2007 auf 2008 als auch von 2008 auf 2009.

⁹³ Anzahl der Personen im Vollzeitäquivalent nach Beschäftigungsausmaß (ohne Praktikanten, Zivildienst etc.).

Das Personal verringerte sich während des Prüfungszeitraumes von 281,52 auf 278,44 korrigierte Beschäftigte (minus 3,08), was einer Verringerung um 1,09 % entsprach.

Die Zahl der stationären Aufnahmen stieg von 2007 auf 2008 um 971, was einer Steigerung von 11,50 % entsprach. Von 2008 auf 2009 fiel die Zahl wieder geringfügig. Über den Beobachtungszeitraum gerechnet ergab sich eine Steigerung der stationären Aufnahmen um 8,86 %. Die Zahl der ambulanten Aufnahmen zeigt eine ähnliche Tendenz. Von 2007 auf 2008 war eine Steigerung um 709 Aufnahmen zu verzeichnen, was 3,62 % entsprach. Von 2008 auf 2009 verzeichnete das Krankenhaus Güssing nur eine geringfügige Steigerung, was zu einem Anstieg der ambulanten Aufnahmen während des Beobachtungszeitraumes in der Höhe von 3,89 % führte.

3.1.2 (1) Es zeigte sich die Tendenz in weniger Belagstagen mehr LKF-Punkte zu erwirtschaften. Der BLRH begrüßte diese Entwicklung in Richtung gesteigerte Effizienz.⁹⁴

3.2 Entwicklung Aufwendungen

3.2.1 (1) Nachfolgende Tabelle zeigte die Entwicklung der Gesamtaufwendungen im Krankenhaus Güssing im Beobachtungszeitraum und untergliederte die Gesamtaufwendungen in Personalaufwendungen und Sachaufwendungen. Diese Untergliederung wurde mit Abbildung 4 veranschaulicht.

Entwicklung der Gesamtaufwendungen im KH Güssing 2007 - 2009			
Jahr	2007	2008	2009
Personalaufwendungen	13.458.833	13.603.701	14.422.682
Sachaufwendungen / Sonst. Aufwendungen	5.815.181	6.517.770	6.614.399
Gesamtaufwendungen	19.274.014	20.121.471	21.037.081
Veränderung		+ 4,40 %	+ 4,55 %

Quelle: KRAGES; Darstellung: BLRH

(2) Die zeitliche Entwicklung der Gesamtaufwendungen im KH Güssing wies eine kontinuierliche Steigerung von + 4,4 % bzw. + 4,45 % auf.

⁹⁴ Eine detailliertere Analyse der LKF-Punkte sowie der daraus entstehenden Erträge folgte unter Punkt 3.9 Entwicklung LKF-Punkte bzw. unter Punkt 3.10 Erträge aus LKF-Punkten.

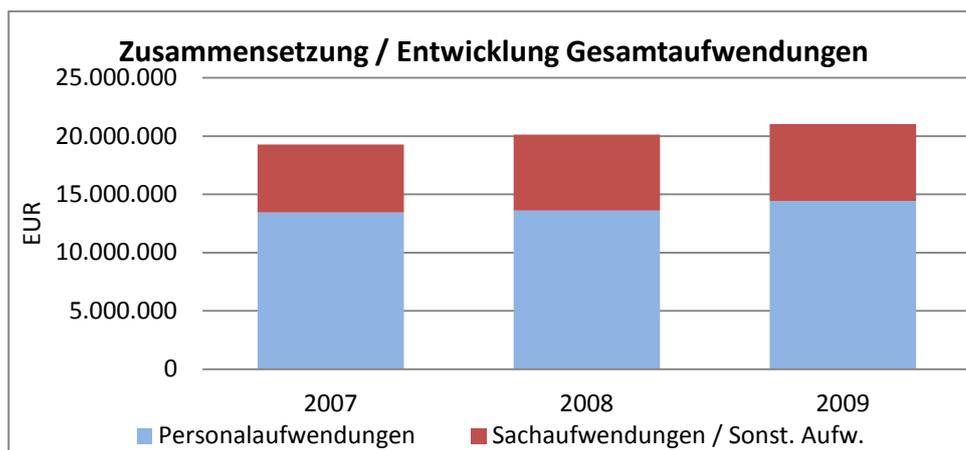


Abb. 4
Quelle: KRAGES; Darstellung: BLRH

Eine Aufteilung der Gesamtaufwendungen in Personalaufwendungen und Sachaufwendungen/Sonstige Aufwendungen zeigte, dass die Personalkosten mit knapp 70 % den größten Anteil der Gesamtkosten ausmachten. Aus diesem Grund wurden die Personalkosten einer eingehenderen Analyse unterzogen und das Thema Personal im Bericht genauer behandelt.

3.3 Personalaufwand

3.3.1 (1) Nachfolgende Tabelle stellt die Entwicklung der Personalaufwendungen im Überprüfungszeitraum 2007 bis 2009 dar.

Abbildung 5 untergliedert die Personalaufwendungen in Aufwendungen für folgende Berufsgruppen: DGKP, Ärzte, Betriebspersonal, SHD, MTD, Verwaltung und Hebammen.

Entwicklung der Personalaufwendungen im KH Güssing 2007 - 2009			
Jahr	2007	2008	2009
Personalaufwendungen in €	13.458.833	13.603.701	14.422.682
Veränderung		+ 1,08 %	+ 6,02 %

Quelle: KRAGES; Darstellung: BLRH

Die Personalaufwendungen waren von 2007 auf 2008 um 1,08 % (EUR 144.868) und von 2008 auf 2009 um 6,02 % (EUR 818.981) gestiegen.

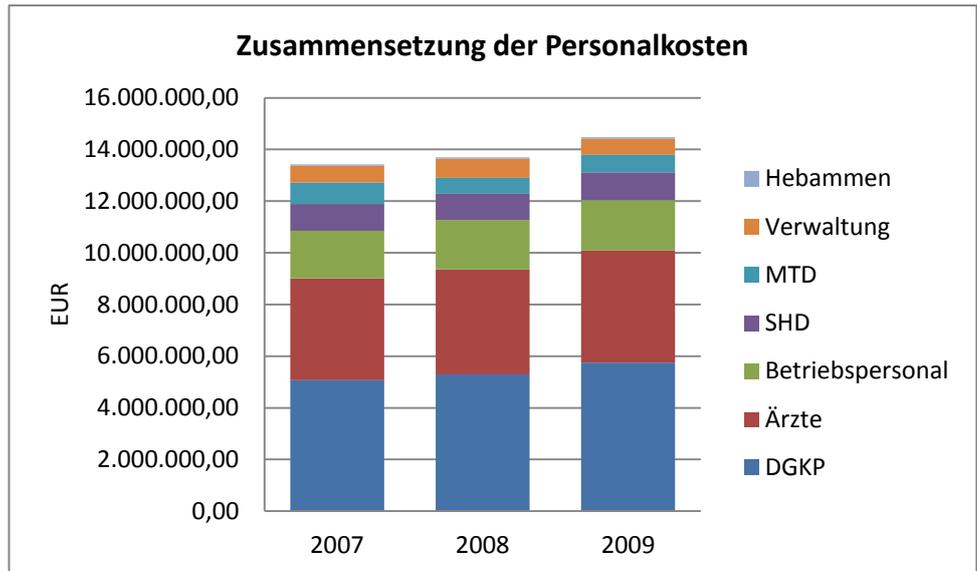


Abb. 5
Quelle: KRAGES; Darstellung: BLRH

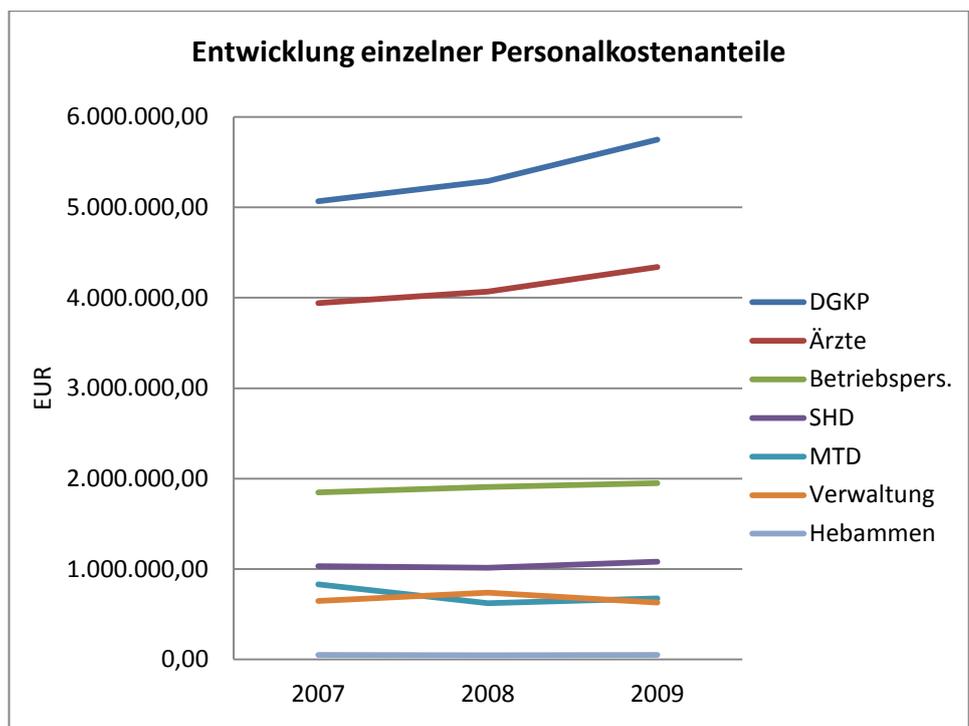


Abb. 6
Quelle: KRAGES; Darstellung: BLRH

(2) Aus der Abbildung 5 war ersichtlich, dass Aufwendungen für DGKP und für Ärzte zusammen fast 70 % der Personalaufwendungen ausmachen.

Abbildung 6 zeigte, dass die beiden anteilmäßig größten Berufsgruppen DGKP und Ärzte sowohl absolut als auch prozentuell über den Beobachtungszeitraum die größten Steigerungen aufwiesen. Die Aufwendungen für DGKP stiegen von 2007 auf 2009 um 13,42 % und die Aufwendungen für Ärzte stiegen im gleichen Zeitraum um 10,05 %.

In der Berufsgruppe MTD konnten über den Beobachtungszeitraum Einsparungen in der Höhe von 18,57 % erzielt werden. Geringere Einsparun-

gen ergeben sich in der Verwaltung (2,81 %).
Steigerungen in der Höhe von 5,43 % bzw. 4,59 % traten in den Berufsgruppen Betriebspersonal bzw. SHD auf.

3.3.2 Den beiden Berufsgruppen DGKP und Ärzte ist aufgrund ihres hohen Anteils an den Personalaufwendungen besonderes Augenmerk bei der Personalplanung und -strategie zu schenken.

3.4 Sachaufwand /
Sonst. Aufwen-
dungen

3.4.1 (1) Nachfolgende Tabelle gab eine Übersicht über die Entwicklung der Sachaufwendungen/Sonstigen Aufwendungen im Überprüfungszeitraum. Die Abbildung 7 stellte diese Entwicklung grafisch dar.

Entwicklung der Sachaufwendungen/Sonst. Aufwendungen im KH Güssing 2007 – 2009			
Jahr	2007	2008	2009
Sachaufwendungen / Sonst. Aufwendungen in €	5.518.181	6.517.770	6.614.339
Veränderung		+ 18,11 %	+ 1,48 %

Quelle: KRAGES; Darstellung: BLRH

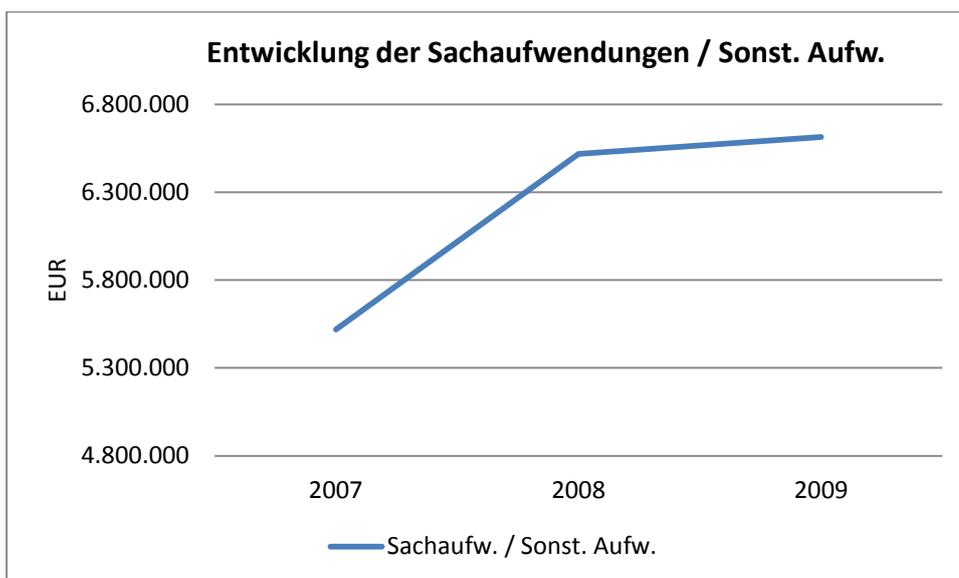


Abb. 7
Quelle: KRAGES; Darstellung: BLRH

(2) Im Jahr 2008 kam es zu einer Steigerung der Sachaufwendungen/Sonst. Aufwendungen in der Höhe von 18,11 % (EUR 999.589). 2009 betrug die Steigerung 1,48 % (EUR 96.569).

3.5 Fallabhängige
Kosten

3.5.1 Folgende Tabelle zeigt die Entwicklung der fallabhängigen Kosten im Krankenhaus Güssing im Überprüfungszeitraum. Abbildung 8 stellt diese Entwicklung grafisch dar.

Entwicklung der fallabhängigen Kosten im KH Güssing 2007 - 2009			
Jahr	2007	2008	2009
Fallabhängige Kosten	2.660.632	3.320.174	3.240.503
Veränderung		+ 24,79 %	- 2,46 %

Quelle: KRAGES; Darstellung: BLRH

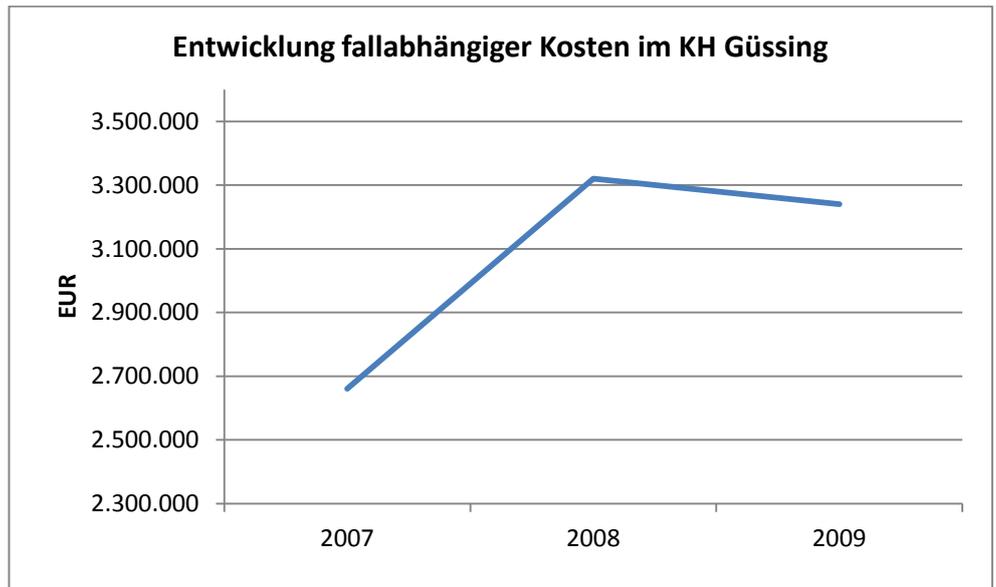


Abb. 8

Quelle: KRAGES; Darstellung: BLRH

Von 2007 auf 2008 war eine deutliche Erhöhung der fallabhängigen Kosten im Krankenhaus Güssing zu beobachten. Die Kosten stiegen von EUR 2.660.632 auf EUR 3.320.174, was einer Steigerung von rd. 25 % entsprach. Größter Kostentreiber bei den fallabhängigen Kosten war die Interne Leistungsverrechnung Labor. Die dem Krankenhaus Güssing verrechneten Leistungen stiegen von EUR 0 im Jahr 2007 auf EUR 314.978 im Jahr 2008 und auf EUR 337.417 im Jahr 2009. Zugleich verringerten sich Kosten für Chemikalien und Laborbedarf.

- 3.5.2 Bei gleich bleibendem Leistungsspektrum konnte die Interne Leistungsverrechnung Labor nur zum Teil verantwortlich für den Anstieg der fallabhängigen Kosten im KH Güssing sein, da die Kosten für Chemikalien und Laborbedarf deutlich gesunken waren und somit eine Kostenverschiebung innerhalb der selben Kostengruppe vorlag. Die Kosten für das Laborpersonal, welche vorher den pflegetagsabhängigen Kosten zugerechnet wurden, und seit 2008 durch die Interne Leistungsverrechnung Labor den fallabhängigen Kosten zugeteilt wurden, waren für einen Teil der Erhöhung der fallabhängigen Kosten verantwortlich. Die Interne Leistungsverrechnung Labor war jedoch nicht der einzige Kostentreiber der fallabhängigen Kosten, weshalb der BLRH eine detaillierte Analyse der Gründe des Anstiegs der fallabhängigen Kosten empfahl.
- 3.5.3 Die KRAGES teilte in diesem Zusammenhang mit:
„Die Erhöhung der fallabhängigen Kosten im Krankenhaus Güssing von € 2.660.632,-- auf € 3.320.174,-- ist auf folgende wesentliche Punkte/Tatsachen zurückzuführen:

Im Bereich der Arzneimittel kam es zu einer Steigerung von € 262.768,--, wobei hauptsächlich Zytostatika in der Höhe von € 220.000,-- betroffen waren. Die Kosten im Bereich der onkologischen Behandlungen lassen sich schwer vorhersagen und gehen meist mit Innovationen im Bereich der monoklonalen Antikörper (Herzeptin) einher.

Des Weiteren kam es im Bereich der Implantate zu Steigerungen in Höhe von € 81.610,--. Der Grund liegt darin, dass die Wartezeiten im Bereich der Totalendoprothetik, aber auch der Kataraktoperationen stark zugenommen haben, sodass die Anzahl der Operationen zur Steigerung der Versorgungssicherheit erhöht wurde. So sind die Totalendoprothesen der Hüften von 126 im Jahr 2007 auf 137 gestiegen und die Totalendoprothesen der Knie von 140 auf 159. Deutlicher fällt die Steigerung bei den Katarakten aus, die bei den Linsen von 470 im Jahr 2007 auf 601 im Jahr 2008 gesteigert wurden. Als weiterer und vor allem größter Teil der kostensteigenden fallabhängigen Kosten ist die Position der internen Leistungsverrechnung zu nennen. Die interne Leistungsverrechnung stellt die Verflechtung aller wechselseitig erbrachten Leistungen innerhalb des Süverbundes oder der gesamten KRAGES dar. Im Jahr 2008 wurde das Labor kostenstellenmäßig nach Oberwart zentralisiert. Das heißt, dass alle Kosten dem Krankenhaus zugezählt und alle Leistungen an das Krankenhaus Güssing verrechnet werden. Hier kam es zu einer Steigerung von € 371.032,--. Im Gegensatz dazu sind die Personalkosten des Labors nicht in der Kostenentwicklung von Güssing berücksichtigt. Dies zur Erklärung der Steigerung der fallabhängigen Kosten."

3.6 Kosten pro Fall / Tag

3.6.1 (1) Nachfolgende Tabelle stellt die Kosten pro Fall (stationäre Aufnahme) bzw. pro Pflgetag im Krankenhaus Güssing dar.

Entwicklung der Kosten pro Fall (stat. Aufnahme) / Pflgetag im KH Güssing 2007 – 2009			
Jahr	2007	2008	2009
Gesamtaufwendungen	19.274.014	20.121.471	21.037.081
Stationäre Aufnahmen	8.441	9.412	9.189
Veränderung stat. Aufn.	-	+ 11,50 %	- 2,37 %
Kosten pro stat. Aufnahme	2.283	2.138	2.289
Veränderung	-	- 6,37 %	7,09 %
Pflgetage	38.326	39.422	37.976
Veränderung Pflgetage		2,86 %	- 3,67 %
Kosten pro Pflgetag	503	510	554
Veränderung	-	+ 1,49 %	+ 8,53 %

Quelle: KRAGES; Darstellung: BLRH

(2) Die stationären Aufnahmen waren von 2007 auf 2008 um 11,5 % gestiegen und von 2008 auf 2009 um 2,37 % gesunken. Ähnlich zeigte sich die Entwicklung der Pflgetage. Von 2007 auf 2008 war eine Steigerung um 2,86 % zu verzeichnen, während von 2008 auf

2009 eine Verringerung in der Höhe von 3,67 % festgestellt werden konnte.

Beachtung verdienen die Steigerung der Kosten pro stationärer Aufnahme von 2008 auf 2009 um 7,09 % sowie die Steigerung der Kosten pro Pfllegetag von 2008 auf 2009 um 8,53 %.

3.6.2 Angesichts der sinkenden Einnahmen (vgl. Punkt 3.10) empfahl der BLRH eine detaillierte Analyse dieser beträchtlichen Steigerungen, zumal die fallabhängigen Kosten im gesamten Betrachtungszeitraum ebenfalls um 21,79 % gestiegen waren und keine wesentliche Änderung des medizinischen Leistungsangebots bekannt war.

3.6.3 Die KRAGES teilte hierzu mit:
„Die gestiegenen stationären Aufnahmen sind u.a. auf das neue Konzept von Güssing zurückzuführen, welches speziell Kurzaufnahmen förderte. Diese, hauptsächlich tagesklinisch erbrachten Leistungen, führten zwangsläufig zu einer entsprechend erhöhten Fallzahl, zumal mehr Patienten das Krankenhaus in Anspruch nehmen konnten. Im gleichen Zeitraum sank die Verweildauer von 4,5 auf 4,2 Tage. Aufgrund der Verweildauerverkürzung war mit einer geringen Steigerung der Pfllegetage trotz stark steigender Fallzahl zu rechnen. Die pfllegetagsabhängigen Kosten selbst sind um 1,5 % gestiegen (von 987.580 auf 1.002.845).“

Die Steigerung der Kosten pro Aufnahmen bzw. pro Pfllegetag von 2008 auf 2009 ist einerseits durch den Rückgang der Aufnahmen um 2,37% bzw. der Pfllegetage um 3,67%, andererseits vor allem durch den Anstieg der Personalkosten (zusätzliche Arztedienstposten, Pensionskasse, höhere Abfertigungs-, Jubiläumsgeld- und Überstundenzahlungen), der Instandhaltungskosten und der sonstigen Aufwendungen bedingt.“

3.7 Entwicklung Erträge

3.7.1 (1) Die folgende Tabelle zeigt die Entwicklung der Erträge im Krankenhaus Güssing während des Prüfungszeitraumes in Euro. Die Erträge werden außerdem untergliedert in Erträge aus LKF-Punkten, Sonstige Erträge – Leistungen und Sonstige Erträge. In der Abbildung 9 werden die Anteile der einzelnen Erträge sowie deren Entwicklung im Prüfungszeitraum grafisch dargestellt.

Entwicklung der Erträge im KH Güssing 2007 - 2009			
Jahr	2007	2008	2009
Erträge aus LKF-Punkten	18.587.666	18.831.022	18.221.655
Sonst. Erträge - Leistungen	1.049.978	1.147.044	974.924
Sonstige Erträge	575.139	696.211	707.950
Gesamterträge	20.212.782	20.674.277	19.904.530
Veränderung	-	+ 2,28 %	- 3,72 %

Quelle: KRAGES; Darstellung: BLRH

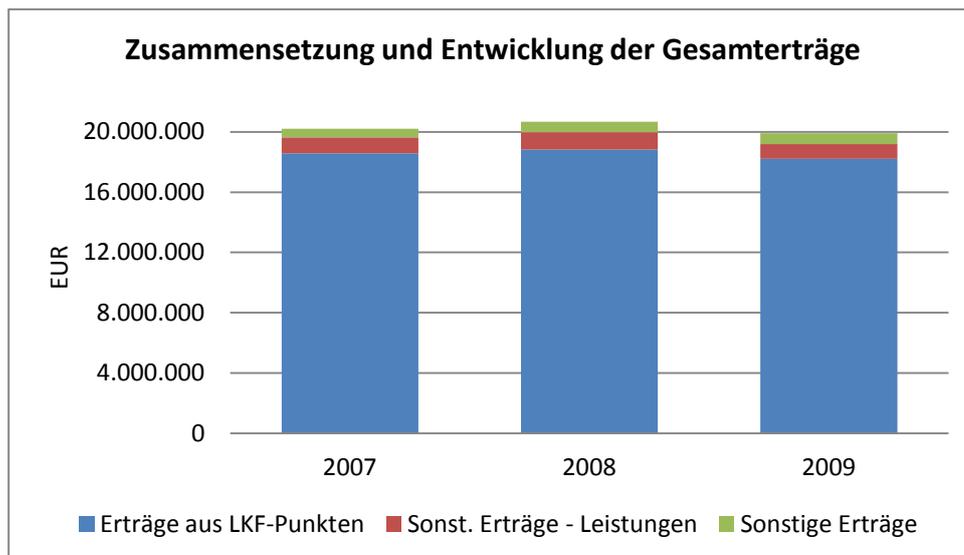


Abb. 9
Quelle: KRAGES; Darstellung: BLRH

(2) Die Gesamterträge des Krankenhauses Güssing, bestehend aus Erträgen aus LKF-Punkten, Sonstigen Erträgen – Leistungen sowie sonstigen Erträgen sind im Prüfungszeitraum von EUR 20.212.782 auf EUR 19.904.530 gesunken, was einer Verminderung von 1,53 % entsprach. Weiters konnte festgestellt werden, dass von 2007 auf 2008 eine Steigerung der Erträge in der Höhe von 2,28 % zu verzeichnen waren, während von 2008 auf 2009 die Erträge um 3,72 % gesunken sind.

Wertmäßig stellen die Erträge aus LKF-Punkten mit einem Anteil von 91,5 % (entspricht EUR 18.221.655) den größten Posten dar. Die Entwicklung dieser Erträge wurde daher im Folgenden genauer betrachtet. Sonstige Erträge – Leistungen und Sonstige Erträge machen je 4,90 % und 3,56 % aus.

3.8 LKF-System (Exkurs)

3.8.1 (1) 1997 wurde aufgrund einer Art. 15a B-VG-Vereinbarung verpflichtend die leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung (LKF-System) eingeführt. Im Rahmen dieses Systems stehen als Finanzmittel im Wesentlichen vom Bund bereitgestellte Umsatzanteile und von den Sozialversicherungsträgern weitergeleitete Sozialversicherungsbeiträge zur Verfügung.

Diese Mittel wurden im Burgenländischen Gesundheitsfonds gebündelt und nach einem Punktesystem (LKF-Punkte), welches bestimmten Behandlungen Punktezahlen zuwies, auf die einzelnen Krankenanstalten verteilt.

Bis Ende 2006 wurden die Mittel den burgenländischen Krankenanstalten pauschal zugewiesen und Zuweisungen aufgrund von LKF-Punkten machten lediglich zwei Drittel der zugewiesenen Mittel aus. Zuschüsse in der Höhe von ca. 40 Millionen Euro (Zuschüsse des Landes Burgenland) liefen nicht über das LKF-System.

Seit 2007 wurden auch die Landesmittel über das LKF-System zugewiesen. Allerdings erfolgte keine leistungsbezogene Mittelaufteilung im Sinne des LKF-Systems, wonach jede Krankenanstalt zunächst über ihre LKF-

Punkte Erlöse erzielen und der verbleibende Abgang nach Strukturkriterien wie zB Personalquoten finanziert werden sollte.

3.9 Entwicklung LKF-Punkte

3.9.1 (1) Folgende Tabelle zeigt die Entwicklung der LKF Punkten im Krankenhaus Güssing während des Prüfungszeitraumes. Außerdem werden die LKF-Erträge in Euro, die gesamten LKF-Punkte der KRAGES sowie der Anteil der LKF-Punkte des Krankenhauses Güssing an der Gesamtpunktezahl angeführt. Abbildung 10 stellte die Entwicklung der LKF-Punkte des Krankenhauses Güssing grafisch dar. Abbildung 11 veranschaulichte den Anteil der LKF-Punkte des Krankenhauses Güssing an den gesamten LKF-Punkten der KRAGES.

Entwicklung der LKF-Punkte im KH Güssing 2007 – 2009			
Jahr	2007	2008	2009
LKF-Punkte	14.698.767	15.235.105	16.289.876
Veränderung	-	+ 3,65 %	+ 6,92 %
LKF-Erträge in EUR	18.587.666	18.831.022	18.221.655
Punkte Krages gesamt	84.861.158	87.493.657	97.292.272
Anteil an Gesamtleistung	17,32 %	17,41 %	16,74 %

Quelle: KRAGES; Darstellung: BLRH



Abb. 10
Quelle: KRAGES; Darstellung: BLRH

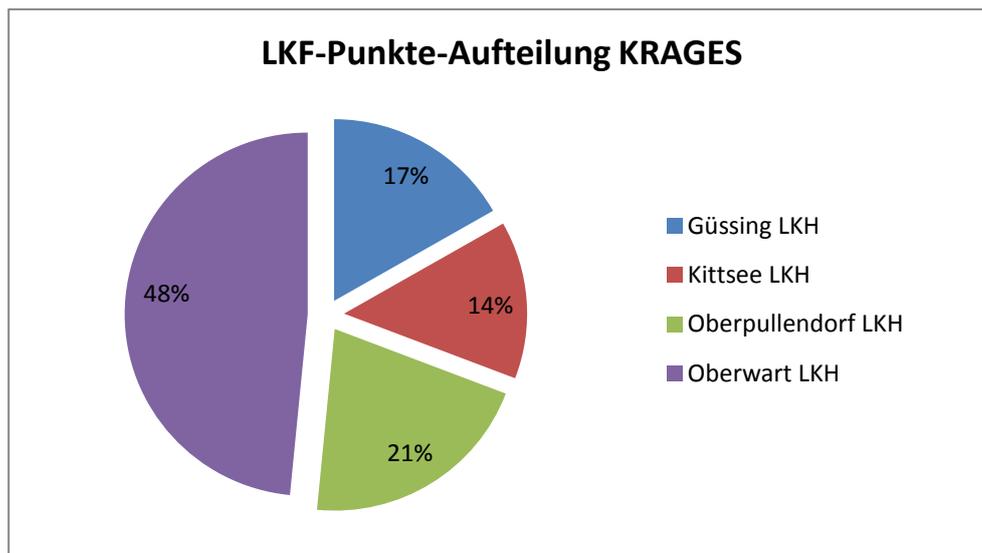


Abb. 11
Quelle: KRAGES; Darstellung: BLRH

(2) Über den gesamten Prüfungszeitraum hinweg konnte vom Krankenhaus Güssing eine Steigerung der LKF-Punkte erreicht werden. Von 2007 auf 2008 wurden um 3,65 % mehr LKF-Punkte erwirtschaftet, von 2008 auf 2009 waren es um 6,92 % mehr LKF-Punkte.

Eine höhere LKF-Punktezahl geht jedoch nicht zwingend mit einer Erhöhung der Erträge einher. Die Erträge aus LKF-Punkten werden durch eine Multiplikation der erzielten LKF-Punkte mit dem Punktwert in Euro pro LKF-Punkt errechnet. Da der Punktwert in Euro pro LKF-Punkt im Überprüfungszeitraum gesunken ist, kam es zu einer geringeren Steigerung der Erträge bzw. sogar zu einem Sinken der Erträge aus LKF-Punkten.

Der Anteil des Krankenhauses Güssing an den gesamten von der KRAGES erwirtschafteten LKF-Punkten betrug 2009 16,74 %. Dieser Anteil ist im Überprüfungszeitraum 2007 – 2009 geringfügig gesunken.

Folgende Tabelle stellt die Entwicklung der LKF-Punkte der Krankenhäuser Güssing, Kittsee, Oberpullendorf und Oberwart während des Überprüfungszeitraumes gegenüber. Abbildung 12 veranschaulicht die Entwicklung der LKF-Punkte.

Entwicklung der LKF-Punkte im Krankenhaus-Vergleich			
Krankenhaus	2007-2008	2008-2009	2007 - 2009
Güssing	+ 3,65 %	+ 6,92 %	+ 10,82 %
Kittsee	- 0,21 %	+ 11,46 %	+ 11,23 %
Oberpullendorf	+ 0,07 %	+ 13,04 %	+ 13,11 %
Oberwart	+ 5,27 %	+ 11,89 %	+ 17,79 %

Quelle: KRAGES; Darstellung: BLRH

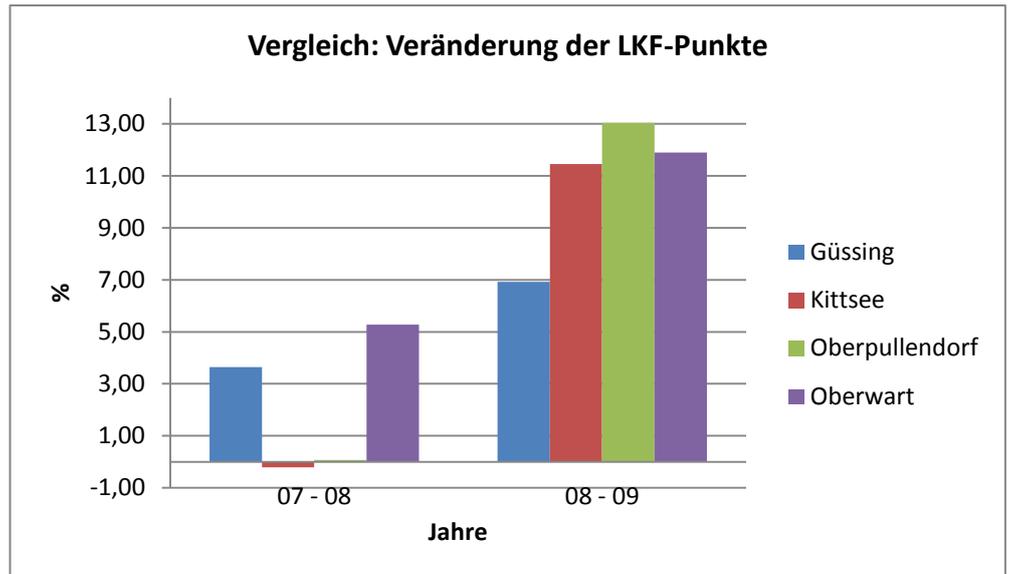


Abb. 12
Quelle: KRAGES; Darstellung: BLRH

Der Vergleich mit den anderen KRAGES-Krankenhäusern zeigte für das Krankenhaus Güssing von 2008 auf 2009 einen Zuwachs an LKF-Punkten in der Höhe von 6,92 %. Die Krankenhäuser Kittsee und Oberwart verzeichneten jeweils einen Zuwachs von 11,46 % bzw. 11,89 %. Das Krankenhaus Oberpullendorf erreichte einen Zuwachs von 13,04 %. Auf den gesamten Überprüfungszeitraum gerechnet erwirtschaftete das Krankenhaus Güssing eine Steigerung von 10,82 %.

3.9.2 (1) Der Zuwachs an LKF-Punkten des Krankenhauses Güssing von 2008 auf 2009 lag deutlich (bis zu 47 %) unter den Werten aller anderen Krankenhäuser. Auf den gesamten Überprüfungszeitraum gerechnet erwirtschaftete das Krankenhaus Güssing den geringsten Zuwachs aller KRAGES-Krankenhäuser.

3.9.3 Die KRAGES äußerte sich dazu wie folgt:
„Die schwächere Entwicklung im Bereich der LKF-Punkte im Vergleich zu anderen Krankenanstalten liegt daran, dass mit Verkürzung der Verweildauer eine sogenannte Verweildauerunterschreitung von Mindestverweildauern laut LKF-System Platz greift. Dadurch verlor das Krankenhaus Güssing system- und abrechnungsbedingt wesentlich mehr Punkte als andere Häuser, deren konsequente Verweildauerreduktion nicht in diesem Ausmaß umgesetzt werden konnte. Das Grundprinzip, dass bei medizinischen Einzelleistungen oder Diagnosen tendenziell höher Mindestverweildauern festgelegt werden, benachteiligt jene Häuser, die einer modernen Medizin mit kurzer Verweildauer den Vorzug geben.“

3.10 Erträge aus LKF-Punkten

3.10.1 (1) Folgende Tabelle zeigte die aus LKF-Punkten erzielten Erträge während des Überprüfungszeitraumes. Abbildung 13 veranschaulichte die Entwicklung der Erträge.

Entwicklung der Erträge aus LKF-Punkten im KH Güssing 2007 – 2009			
Jahr	2007	2008	2009
Erträge aus LKF-Punkten	18.587.666	18.831.022	18.221.655
Veränderung	-	+ 1,31 %	- 3,24 %

Quelle: KRAGES; Darstellung: BLRH

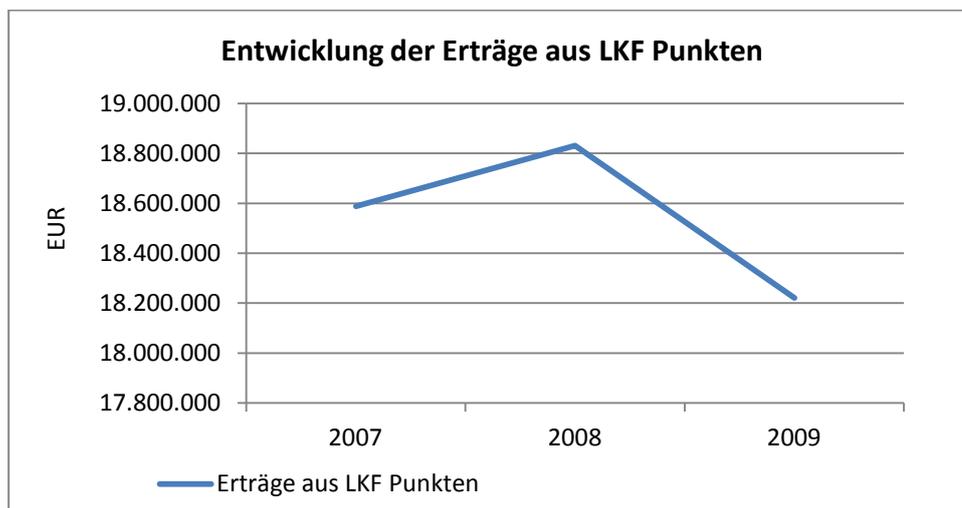


Abb. 13

Quelle: KRAGES; Darstellung: BLRH

(2) Während von 2007 auf 2008 geringe Steigerungen in der Höhe von 1,31 % (EUR 243.356) bei den Erträgen aus LKF-Punkten zu verzeichnen waren, sanken die Erträge von 2008 auf 2009 um 3,24 % (EUR 609.367) von EUR 18.831.022 auf EUR 18.221.655.

3.11 Entwicklung Deckungsgrad (Finanzbedarf)

^{3.11.1} (1) Nachfolgende Tabelle stellt die Aufwendungen im Krankenhaus Güssing den Gesamterträgen während des Prüfungszeitraumes 2007 – 2009 gegenüber. Abbildung 14 stellt die Entwicklung der beiden Größen graphisch dar.

Gegenüberstellung Aufwendungen und Erträge 2007 – 2009			
Jahr	2007	2008	2009
Gesamterträge	20.212.782	20.674.277	19.904.530
Aufwendungen	19.274.014	20.121.471	21.037.081
Überschuss/Unterdeckung	938.768	552.806	- 1.132.551

Quelle: KRAGES; Darstellung: BLRH

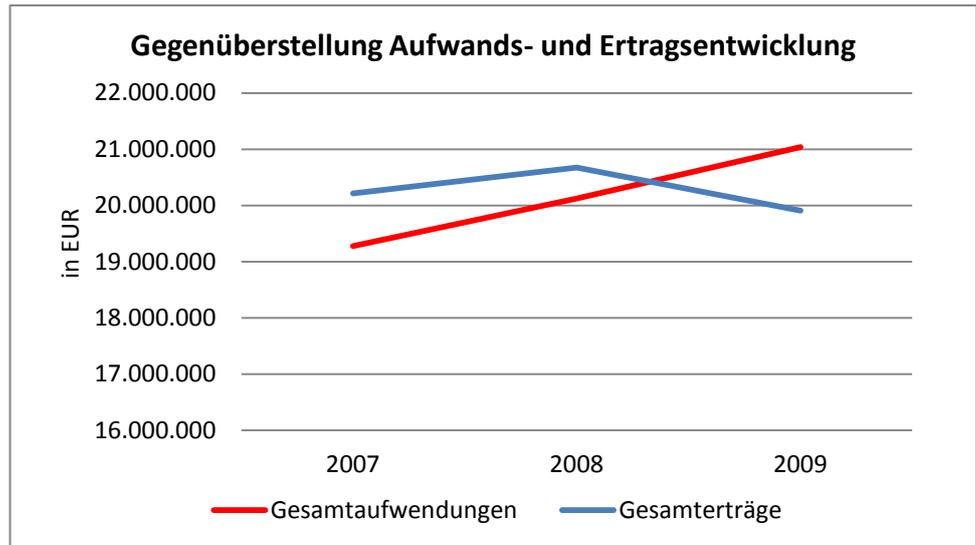


Abb. 14
Quelle: KRAGES; Darstellung: BLRH

(2) Im Jahr 2007 wies das Krankenhaus Güssing Gesamterträge in der Höhe von EUR 20.212.782 auf, welche Gesamtaufwendungen in der Höhe von EUR 19.274.014 gegenüberstanden. Der Überschuss der Gesamterträge über die Gesamtaufwendungen betrug EUR 938.768. Von 2007 auf 2008 war sowohl bei den Gesamterträgen als auch bei den Gesamtaufwendungen eine Steigerung zu verzeichnen. Da die Gesamtaufwendungen stärker anstiegen als die Gesamterträge verringerte sich der Überschuss auf EUR 552.806. 2009 war eine noch stärkere Erhöhung der Gesamtkosten zu verzeichnen, welche einer deutlichen Verringerung der Gesamterträge gegenüberstand, was zu einer Unterdeckung in der Höhe von EUR 1.132.551 führte.

- 3.11.2 Der BLRH wies auf die Tatsache hin, dass stetig steigende Kosten stagnierenden bzw. fallenden Erträgen gegenüberstanden.

Haupttreiber auf der Kostenseite waren die fallabhängigen Kosten, welche im Überprüfungszeitraum rund 22 % angestiegen waren, sowie die Personalkosten mit einer Steigerung von über 7 % im angegebenen Zeitraum.

Der BLRH empfahl Kostensenkungsmaßnahmen in Erwägung zu ziehen, welche speziell bei den Personal- sowie bei den fallabhängigen Kosten anzusetzen wären.

Die Erträge des Krankenhauses Güssing bestanden fast ausschließlich aus Erträgen aus LKF-Punkten. Vor dem Hintergrund der schwachen LKF-Punkte-Entwicklung verglichen mit den KRAGES-Krankenhäusern in Kittsee, Oberpullendorf und Oberwart empfahl der BLRH im Vergleich mit den anderen KRAGES-Krankenhäusern zu analysieren, was die Ursachen für die geringeren LKF-Punkte-Zuwächse waren, Best Practices herauszuarbeiten und diese in den Krankenhäusern mit schwächerer Performance zu implementieren.

- 3.11.3 Die KRAGES nahm dazu wie folgt Stellung:
„Die angesprochene Kostenentwicklung im Bereich der fallabhängigen Kosten wurde schon unter Punkt 1.4 [Anm.: zu Abschnitt 3.5] erläu-

tert. Die Personalkostensteigerungen ergeben sich hauptsächlich aus den Vorrückungen der kollektivvertraglichen Erhöhungen, sowie der zusätzlichen Dienstposten im medizinischen Bereich.

Das Sinken der Gesamterträge liegt dahingehend begründet, dass wenige Einnahmen seitens des Burgenländischen Gesundheitsfonds aufgrund der schlechteren Konjunkturlage in Österreich erfolgen. Weiters führt der Ausbau der Leistungserweiterungen am Krankenhaus Eisenstadt zu einer Verschiebung der Erträge in Richtung Krankenhaus Eisenstadt, wovon vor allem auch das kleine Krankenhaus Güssing stark betroffen war."

4. Personal

4.1 Gesetzliche Grundlagen

- 4.1.1 (1) Nach dem Bgld. KAG waren die Rechtsträger von Krankenanstalten zur regelmäßigen Ermittlung des Personalbedarfs in KH, bezogen auf Berufsgruppen sowie auf Abteilungen und sonstigen Organisationseinheiten verpflichtet. Die Personalplanung, insbesondere die Personalbedarfsermittlung, der Personaleinsatz und der Dienstpostenplan, waren von hiezu fachlich geeigneten Personen durchzuführen. Es bestand eine jährliche Berichtspflicht der kollegialen Führung über die Ergebnisse der Personalplanung an die LReg.⁹⁵

Die AO des KH Güssing wies die Kompetenz zur Veranlassung einer regelmäßigen Ermittlung des Personalbedarfs nach anerkannter Methode der KRAGES bzw. deren Organe zu. Der Koll. Führung oblag die Anwendung anerkannter Methoden bezüglich der Personalbedarfsermittlung, die Delegation der Durchführung an die zuständigen Mitglieder der Koll. Führung sowie die Beratung der Ergebnisse der Personalbedarfsermittlung mit dem Rechtsträger und die Abstimmung mit dem Wirtschaftsplan des jeweiligen Jahres.⁹⁶

(2) Die Krankenanstalten waren angehalten, bis spätestens 15. November neben den Voranschlägen auch die Dienstpostenpläne für das folgende Jahr der LReg zur Genehmigung vorzulegen.⁹⁷

(3) Lt. der Geschäftseinteilung des Amtes der Bgld. LReg oblagen der Abteilung 3 – Finanzen und Buchhaltung u.a. die finanziellen Angelegenheiten der Kranken- und Pflegeanstalten und die Aufsicht über die KRAGES sowie der Abteilung 6 – Soziales, Gesundheit, Familie und Sport die rechtlichen Angelegenheiten der Kranken- und Pflegeanstalten.⁹⁸

4.2 Personalplanung und -management

- 4.2.1 (1) Gesundheitseinrichtungen wie Krankenhäuser sind personalintensive Betriebe, die eine ausreichende Ausstattung mit qualifiziertem Personal erfordern, weshalb der Personalplanung im Hinblick auf das Funktionieren der Krankenanstalt eine große Bedeutung zukommt.

⁹⁵ Vgl. § 18 Abs. 1 Bgld. KAG sowie § 8d KAKuG, der die diesbezügliche Grundsatzbestimmung enthielt.

⁹⁶ Vgl. § 3 Abs. 2 Z 9, § 7 Abs. 7 Z 8 u. 9 AO alt.

⁹⁷ Vgl. § 18 Abs. 2 Bgld. KAG.

⁹⁸ Verordnung des Landeshauptmannes von Burgenland vom 20. November 2001, mit der eine Geschäftseinteilung des Amtes der Burgenländischen Landesregierung erlassen wird, LGBl.Nr. 30/2002 idGF.

Die Personalbedarfsplanung stellt ein Instrument zur Ermittlung der qualitativ und quantitativ erforderlichen Personalausstattung zur Erreichung der im Krankenanstaltenbereich geforderten Leistungen zur Erfüllung des Versorgungsauftrages dar.

Ausgedrückt wird der für die Krankenanstalten jährlich notwendige Personalbedarf, differenziert nach Verwendungs- (Berufs)gruppen und Gehaltsklassen, im Stellenplan der Kranken- und Pflegeanstalten.

(2) Wesentliche Bereiche des Personalmanagements wie z.B. Personalplanung und -entwicklung, -recruiting für Direktionsmitarbeiter und Führungskräften, dienstrechtliche Angelegenheiten, Aus- und Weiterbildung, Aufnahme von Mitarbeitern, Auflösung von Dienstverhältnissen sowie Gehaltsangelegenheiten waren zentral bei der KRAGES-Direktion angesiedelt.

(3) In den einzelnen Häusern, wie auch im KH Güssing, erfolgten im Wesentlichen vor- und aufbereitende Tätigkeiten in verschiedenen Agenden des Personalmanagements. Hierzu zählten u.a. Personaleinsatz- und Urlaubsplanungen, laufende Verfolgung der Stellenplanverwaltung und der Personalstandsentwicklung, Dienstplan- und Gehaltsabrechnungen sowie die laufende Verwaltung.⁹⁹

(4) Im KHG wurde die Personalplanung von den Mitgliedern der Koll. Führung für ihre Verantwortungsbereiche durchgeführt. Das Ergebnis des Planungsprozesses wurde der KRAGES übermittelt, darüber beraten und floss in die KRAGES-Gesamtpersonalplanung ein.¹⁰⁰

Im Überprüfungszeitraum wurden Berichte über das Ergebnis der Personalplanung von der Koll. Führung des KHG nicht direkt an die LReg. übermittelt. Meldungen an die LReg. erfolgten nur über die Geschäftsführung der KRAGES.¹⁰¹

- 4.2.2 Zu (4) Der BLRH stellte fest, dass durch die Handhabung der Berichterstattung über die Personalplanung nicht entsprechend der gesetzlichen Regelung vorgegangen wurde. Er verkannte jedoch nicht die Kollision einer derartigen gesetzlichen Vorgabe im Hinblick auf die Funktion der KRAGES als planende und koordinierende Stelle und Entscheidungsträgerin und empfahl, auf die Adaptierung dieser Regelung hinzuwirken.
- 4.2.3 Die KRAGES teilte in diesem Zusammenhang mit:
„Die festgestellte, nicht korrekte Meldung mag eine Unschärfe der Ausformulierung im Gesetzestext sein, zumal die KRAGES u.a. deshalb gegründet wurde, um koordinierende Funktionen der einzelnen Spitäler auszuüben und eine geordnete, homogene und strukturierte Berichterstattung an das Land Burgenland sicherzustellen. Vielleicht könnte seitens des Gesetzgebers eine entsprechende Anpassung an die mittlerweile effiziente Vorgangsweise durch die KRAGES-Direktion vorgeschlagen werden. Darüber hinaus sind die Aufgabenstellungen Personalplanung und -management, welche ursprünglich Kompetenz der Kollegialen Führungen (hier des KH Güssing) waren, auf die Direk-

⁹⁹ Vgl. Schreiben der KRAGES vom 04.03.2011.

¹⁰⁰ Vgl. Auskunft Koll. Führung vom 05.04.2011; §§ 7 Abs. 7 Z 8 u. 9, 24 Abs. 6 Z 4 u. 29, 33 Abs. 8 Z 4 u. 11, 37 Abs. 9 Z 6 AO.

¹⁰¹ Vgl. Auskunft der Koll. Führung vom 05.04.2011.

tion der KRAGES übergegangen. Diese nimmt somit die entsprechenden Berichtspflichten an das Land Burgenland, Abteilung 1 – Personal bzw. Abteilung 3 – Finanzen, wahr."

4.3 Vorlagen

- 4.3.1 (1) Im Überprüfungszeitraum wurden seitens der KRAGES dem Amt der Bgld. LReg, Abt. 3 – Finanzen und Buchhaltung, jeweils vor dem 15. November die Dienstpostenpläne für die jeweils folgenden Jahre vorgelegt.¹⁰²
- (2) Weiters übermittelte die KRAGES im Überprüfungszeitraum zweimal jährlich Stellenpläne zum Stichtag 30.06. bzw. 31.12. Diese Unterlagen wiesen sowohl die Gesamtzahl der KRAGES-Bediensteten aller Häuser¹⁰³ als auch die spezifischen Bedienstetenzahlen in den jeweiligen Einrichtungen jeweils bezogen auf die unterschiedlichen Berufs- bzw. Verwendungsgruppen aus.
- (3) Die in den von der KRAGES vorgelegten Stellenplänen enthaltenen Planstellenzahlen flossen in die Landesvoranschläge (LVA) und in die Rechnungsabschlüsse (RA) ein, die der Beschlussfassung durch die Bgld. LReg und den Bgld. Landtag unterlagen.¹⁰⁴
- (4) In den Landesvoranschlägen der Jahre 2007 bis 2009 wurden in den jeweiligen Stellenplänen die Gesamtzahl der Planstellen für den ärztlichen Dienst, Krankenpflegefachdienst, Sanitätshilfsdienst, gehobener medizinisch technischer Dienst, gehobener Rechnungs- und Verwaltungsdienst etc. für die Kranken- und Pflegeanstalten nach Verwendungsgruppen und Gehaltsklassen ausgewiesen. Eine Aufschlüsselung nach den einzelnen Häusern erfolgte nicht.¹⁰⁵

Auch die Rechnungsabschlüsse der Jahre 2007 bis 2009 wiesen nur die Gesamtzahlen der zum 31.12. des jeweiligen Jahres besetzten Planstellen in allen Kranken- und Pflegeanstalten aus.¹⁰⁶

5. Dienstpostenpläne und Personalstand

5.1 Planstellen KRAGES

- 5.1.1 (1) Die Zahl der Planstellen für die Bediensteten der KRAGES-Häuser wurde im Stellenplan für die Kranken- und Pflegeanstalten, der einen Teil des Stellenplans des Landes Burgenland darstellte, abgebildet. Dabei waren die erforderlichen Dienstposten der Beamten, Vertragsbediensteten und ständigen sonstigen Bediensteten, gegliedert nach Verwendungsgruppen und Dienstklassen auszuweisen.¹⁰⁷

Die in den LVA für Jahre 2007 bis 2009 enthaltenen Stellenpläne für alle Kranken- und Pflegeanstalten umfassten die aus nachstehender Tabelle zu entnehmenden Planstellen:

¹⁰² Vgl. Schreiben der KRAGES an Abt. 3 vom 24.10.2006, 30.05.2007 und 20.05.2008.

¹⁰³ A. ö. KH Oberwart, Oberpullendorf, Güssing, Kittsee und die Pflegeheime Neudörfel und Hirschenstein.

¹⁰⁴ Vgl. Auskunft eines MA der Abt. 3, Finanzen und Buchhaltung, vom 12.01.2011.

¹⁰⁵ Vgl. Stellenplan der Kranken- und Pflegeanstalten in den Landesvoranschlägen 2007, 2008 und 2009.

¹⁰⁶ Vgl. Beilagen zum Rechnungsabschluss der Bgld. Landesregierung für das Jahr 2007, S. 51ff., Beilagen zum Rechnungsabschluss der Bgld. Landesregierung 2008, S. 53ff., Beilagen zum Rechnungsabschluss der Bgld. Landesregierung 2009, S. 51ff.

¹⁰⁷ Vgl. § 9 Abs. 2 Z 6 VRV.

Verwendungsgruppen	2007	2008	2009	Diff. 2007 zu 2009
A - Höherer Dienst	267,50	276,50	284,00	16,50
B - Gehobener Dienst	133,00	137,00	142,13	9,13
C - Fachdienst	749,50	752,50	764,00	14,50
D - Mittlerer Dienst	274,50	275,00	274,00	-0,50
E, P1-P5	366,25	366,25	348,75	-17,50
Lehrer und Erzieher	5,75	5,75	3,75	-2,00
Summe	1796,50	1813,00	1816,63	20,13

Quelle: LVA 2007 – 2009; Darstellung: BLRH

Eine Zuordnung der Planstellen zu den Berufsgruppen Ärzte (ohne wissenschaftlicher Dienst), nicht-ärztliche Gesundheitsberufe¹⁰⁸ und Verwaltungs- und Betriebspersonal¹⁰⁹ zeigte folgende Verteilung:

	2007	2008	2009	Diff. 2007 zu 2009
Ärzte	265,50	274,50	282,00	16,50
nicht-ärztliche Gesundheitsberufe	1047,00	1054,00	1073,63	26,63
Verwaltungs- und Betriebspersonal	474,25	474,75	453,25	-21,00
Summe	1786,75	1803,25	1808,88	22,13

Quelle: LVA 2007 – 2009; Darstellung: BLRH

Die Entwicklung der Planstellen im Überprüfungszeitraum zeigte eine Zunahme der Planstellen im Bereich des ärztlichen Dienstes und bei den nicht-ärztlichen Gesundheitsberufen sowie eine Reduktion beim Verwaltungs- und Betriebspersonal.

5.2 Planstellen KH ^{5.2.1} Güssing

(1) In der nachstehenden Tabelle wurde die Planstellenentwicklung aller im KH Güssing tätigen Berufsgruppen im Laufe des Überprüfungszeitraumes dargestellt.

Berufsgruppe	DPPI 2007	DPPI 2008	DPPI 2009	Diff. 2007 zu 2009
Ärzte	47,50	46,00	49,75	2,25
DGKS/DGKP	111,00	113,50	114,50	3,50
Hebammen	1,00	1,00	1,00	0
Pflegehilfe, Sanitätshilfsdienst	28,50	28,50	29,50	1,00
Medizinisch-technische Dienste	17,00	18,00	17,50	0,50
Verwaltungs- und Kanzleipersonal	18,00	17,00	16,00	-2,00
Betriebspersonal	62,50	59,00	59,00	-3,50
Gesamtsumme	285,50	283,00	287,25	1,75

Quelle: KRAGES; Darstellung: BLRH

(2) Im Überprüfungszeitraum erhöhte sich die Anzahl der Planstellen im patientennahen Bereich (Ärzte, Krankenpflagedienst und med. techn. Dienste) um insgesamt 7,25 Dienstposten, während sich die Planstellen im patientenfernen Bereich (Verwaltung, Portier, Küchen- und Reinigungspersonal) um insgesamt 5,5 Dienstposten verringerte.

5.3 Planstellen Rechnungsab-

^{5.3.1} (1) Nach der VRV¹¹⁰ war dem RA des Landes ein Nachweis anzuschließen, in dem die Anzahl der am 31.12. des Finanzjahres ständig be-

¹⁰⁸ Hierzu zählten: Gehobener Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege (ohne Schuloberin), geh. med. techn. Dienste, med. techn. Fachdienst, Pflegehilfe und Sanitätshilfsdienste, Hebammen.

¹⁰⁹ Hierzu zählten: Verwaltungs- und Kanzleipersonal, Techniker, Portiere, Küchen- und Reinigungspersonal. Nicht enthalten waren Lehrer, Erzieher, Kindergärtnerin.

¹¹⁰ § 17 Abs. 2 Z 10 Voranschlags- und Rechnungsabschlussverordnung 1997 – VRV 1997, BGBl.Nr. 787/1996 idgF.

schluss

schäftigten Dienstnehmer der Anzahl der im Dienstpostenplan vorgesehenen Dienstposten gegenübergestellt wurde. Den RA der Jahre 2007 bis 2009 waren neben anderen Nachweisen auch das Verzeichnis der zum jeweiligen Jahresende besetzten Planstellen in den Kranken- und Pflegeanstalten angeschlossen. Wie auch im LVA wurden in diesem Verzeichnis nicht die einzelnen Krankenanstalten, sondern die gesamten KRAGES-Anstalten in einem ausgewiesen.

(2) Für die Rechnungsabschlüsse 2007 bis 2009 meldete die KRAGES neben den Gesamtzahlen, die in den RA einfließen, auch die Zahlen je Krankenanstalt an die Abt. 3. Für das KH Güssing ergaben sich folgende Werte (mit Stand 31.12.2007, 31.12.2008 und 31.12.2009):

Berufsgruppe	31.12.2007	31.12.2008	31.12.2009
Ärzte	47,75	45,50	50,00
DGKS/DGKP	111,50	114,50	116,50
Hebammen	1,50	1,00	1,00
Pflegehilfe, Sanitätshilfsdienst	28,50	29,50	29,50
Medizinisch-technische Dienste	17,00	18,00	17,50
Verwaltungs- und Kanzleipersonal	18,00	16,00	16,50
Betriebspersonal	59,00	58,50	58,00
Gesamtsumme	283,25	283,00	289,00

Quelle: KRAGES; Darstellung: BLRH

(3) Ein Vergleich der Planstellen mit den zum jeweiligen 31.12. tatsächlich besetzten Dienstposten ergab folgendes Bild:

Berufsgruppe	2007		2008		2009	
	Plan	besetzt	Plan	besetzt	Plan	besetzt
Ärzte	47,50	47,75	46,00	45,50	49,75	50,00
DGKS/DGKP	111,00	111,50	113,50	114,50	114,50	116,50
Hebammen	1,00	1,50	1,00	1,00	1,00	1,00
Pflegehilfe, Sanitätshilfsdienst	28,50	28,50	28,50	29,50	29,50	29,50
Medizinisch-technische Dienste	17,00	17,00	18,00	18,00	17,50	17,50
Verwaltungs- und Kanzleipersonal	18,00	18,00	17,00	16,00	16,00	16,50
Betriebspersonal	62,50	59,00	59,00	58,50	59,00	58,00
Gesamtsumme	285,50	283,25	283,00	283,00	287,25	289,00

Quelle: KRAGES; Darstellung: BLRH

Im Überprüfungszeitraum lagen sowohl Über- als auch Unterbesetzungen vor. So waren vor allem Planstellen, die dem patientennahen Bereich zugeordnet werden konnten, in einem Ausmaß von 0,5 bis 2 über Plan besetzt. Während die medizinisch-technischen Dienste an den Stichtagen planmäßig besetzt waren, zeigte der patientenferne Bereich (Verwaltungs-, Kanzlei- und Betriebspersonal) zu diesen Zeitpunkten weitgehend eine unterplanmäßige Besetzung.

5.3.3 Die KRAGES teilte hierzu mit:

„Eine Überschreitung von genehmigten Planstellen, auch im patientennahen Bereich, kann ausschließlich als seltene Ausnahme und nur zeitlich kurz befristet erfolgen, da in Summe eine Überbesetzung des von der Generalversammlung genehmigten Dienstpostenplanes auf Grund der Kontrolle durch die Direktion nicht möglich und vorgesehen ist. Gründe dafür liegen im Wesentlichen in dienstrechtlich nicht vermeidbaren Situationen (z.B. bei Schwangerschaften und Pensionierungen) bzw. bei Versetzungen innerhalb der KRAGES-Häuser (hier gleichen

sich dann Über- und Unterbesetzungen zumindest aus, z.B. Gynäkologie-Verbund).

5.4 Personalstand ^{5.4.1} (1) In der nachstehenden Tabelle wurde die Entwicklung des Personalstandes¹¹¹ im KH Güssing dargestellt. Zu Überblickszwecken wurde der Zeitraum ab 2005 in die Betrachtung mit einbezogen.

Berufsgruppe	2005	2006	2007	2008	2009
Ärzte	42,31	42,52	46,02	43,56	45,22
Apotheker, Chemiker, Physiker u.ä.	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
DGKS/DGKP	110,26	110,98	111,08	113,65	115,26
Hebammen	5,04	5,09	1,00	1,00	1,00
Pflegehilfe, Sanitätshilfsdienst	26,04	25,98	28,42	28,61	29,48
Medizinisch-technische Dienste	15,48	15,70	16,72	13,32	13,50
Verwaltungs- und Kanzleipersonal	17,00	17,11	17,00	15,67	15,03
Betriebspersonal	62,35	61,83	60,19	59,08	57,86
Sonstiges Personal (Betriebsrat)	1,50	1,09	1,09	1,09	1,09
Gesamtsumme	279,98	280,30	281,52	275,98	278,44

Quelle: KRAGES; Darstellung: BLRH

Die Zahl der Beschäftigten fiel von 279,98 im Jahr 2005 auf 278,44 im Jahr 2009 um 0,55%. Im Zeitraum 2005 bis 2009 erfolgten die größten Personalreduktionen im Bereich des Verwaltungs- und Kanzleipersonals (-1,97 bzw. -11,6%) und des Betriebspersonals (-4,49 bzw. -7,2%).

Die Verringerung der Zahl der Hebammen von rd. fünf auf eine war auf die Auflassung der Geburtshilfe im KH Güssing ab 01.01.2007 zurückzuführen. Im Bereich des medizinisch-technischen Dienstes wurden ab 2008 fünf Beschäftigte in der Personalstatistik des Zentrallabors Oberwart geführt.¹¹²

Eine Steigerung der Beschäftigten war im patientennahen Bereich festzustellen. Die Zahl des ärztlichen Personals stieg um 2,91 Beschäftigte (+6,9%). Im Bereich des dipl. Krankenpflegedienstes kam es zu einer Erhöhung der Beschäftigtenzahl um fünf (+4,5%), in der Pflegehilfe und Sanitätshilfsdienst um 3,44 (+13,2%).

(2) Die Entwicklung der einzelnen Berufsgruppen (ohne Betriebsrat) wurde in nachstehender Grafik veranschaulicht:

¹¹¹ Anzahl der Personen im Vollzeitäquivalent nach Beschäftigungsausmaß (ohne Praktikanten, Zivildienst etc.).

¹¹² Vgl. KRAGES, Statistik-Personal vom 11.08.2010.

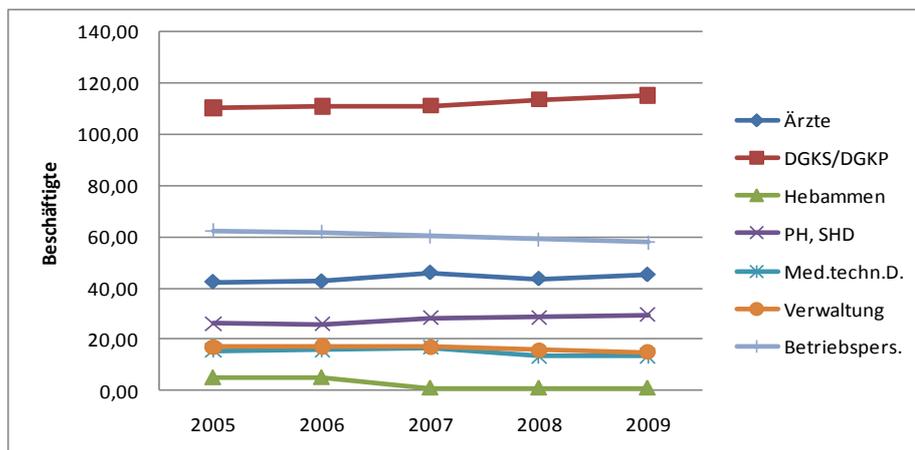


Abb. 15
Quelle: KRAGES; Darstellung: BLRH

(3) Die Entwicklung der Bereiche patientennahes¹¹³ und patientenfernes¹¹⁴ Personal (ohne Betriebsrat) im KH Güssing stellte sich im Zeitverlauf folgendermaßen dar:

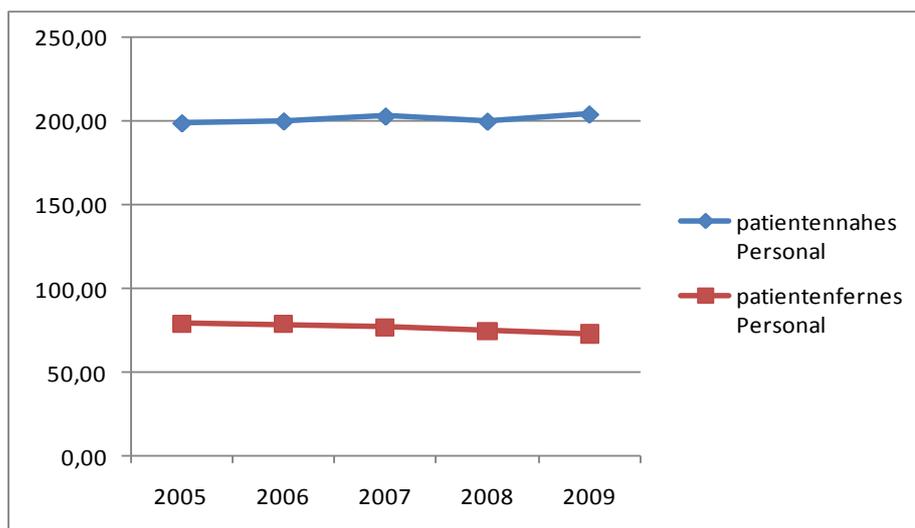


Abb. 16
Quelle: KRAGES; Darstellung: BLRH

Der Anteil an Beschäftigten, die dem patientennahen Bereich zugeordnet werden konnten, stieg von 2005 auf 2009 kontinuierlich von 199,13 auf 204,46 Mitarbeiter (+2,7%) an. Im selben Zeitraum ging die Beschäftigtenzahl im patientenfernen Bereich von 79,35 auf 72,89 Mitarbeiter (-8,1%) zurück.

5.4.2 (Zu 3) Der BLRH anerkannte die Umsetzung der von der KRAGES im Überprüfungszeitraum verfolgten Personalstrategie, in den Krankenanstalten und demgemäß auch im KH Güssing vermehrt Personal für den patientennahen Bereich aufzunehmen. Das Verhältnis des patientennahen zum patientenfernen Personal betrug 2005 71,5 : 28,5 und verbesserte sich im Sinne einer Steigerung in der Krankenversorgung

¹¹³ Dazu zählten: Ärzte, der gesamte Bereich der Krankenpflege, Hebammen sowie med. techn. Dienste.

¹¹⁴ Dazu zählten: Verwaltungs-, Kanzlei- und Betriebspersonal.

auf 73,7 : 26,3 im Jahr 2009.

- 5.4.3 Die KRAGES gab hierzu bekannt:
*„Weiters liegt der angemerkte kontinuierliche Anstieg des patienten-
 nahmen Personals einerseits in der Verschärfung der Arbeitszeitbe-
 stimmungen bei Ärzten begründet, aber auch bei dem zunehmenden
 Qualitätserfordernis in der Pflege schwerkranker und älter werdender
 Menschen. Der Rückgang im patientenfernen Bereich beruht auf einem
 Beschluss der Generalversammlung, als kostendämpfende Maßnah-
 me.“*

6. Dienstrechtliche Aspekte

- 6.1 Dienstrechtli- 6.1.1 (1) Bedingt durch die Übertragung der Rechtsträgerschaft der Kran-
 che Stellung kenanstalten an die KRAGES mit 01.01.1993 wurde für das Personal in
 den Landeskranken- und Pflegeanstalten durch das Burgenländische
 Personalzuweisungsgesetz-Krankenanstellen¹¹⁵ die rechtlichen Voraus-
 setzungen für die Zuweisung von Landesbediensteten zur Dienstleist-
 ung bei der KRAGES geschaffen. Damit verblieben diese Landesbe-
 diensteten im Dienststand des Landes.

Von wenigen Ausnahmen abgesehen hatten nach Gründung der
 KRAGES neu aufgenommene Bedienstete ebenfalls ein privatrechtli-
 ches Dienstverhältnis zum Land Burgenland. Diese Ausnahmen betra-
 fen jene Mitarbeiter, deren Dienstverhältnisse ausschließlich auf dem
 Angestelltengesetz (AngG) basierten. Seit 2004 wurden alle leitenden
 Angestellten (z. B. Kaufmännische und Pflegedirektoren, Primarii) im
 Angestelltenverhältnis aufgenommen oder Neuabschlüsse nach dem
 AngG vorgenommen.

Im Überprüfungszeitraum waren in sämtlichen KRAGES-Häusern
 durchschnittlich 21 Bedienstete, im KH Güssing drei Mitarbeiter, auf
 Grundlage des AngG beschäftigt.¹¹⁶

(2) Die KRAGES hatte sämtliche Angelegenheiten des Dienst- und Be-
 soldungsrechts der Bediensteten, die in einem privatrechtlichen
 Dienstverhältnis zum Land standen und bei der KRAGES ihren Dienst
 versahen, selbständig zu erledigen und zu entscheiden. Dazu gehörten
 insbesondere die Aufnahme, die Kündigung und die Entlassung von
 Landesvertragsbediensteten und sämtliche sich aus dem laufenden
 Dienstverhältnis bzw. aus Anlass des Endes des Dienstverhältnisses
 ergebenden Erledigungen und Entscheidungen. Einige Angelegenheiten
 waren von der Zuständigkeit der KRAGES allerdings ausgenommen.¹¹⁷

(3) Im Überprüfungszeitraum waren in den KRAGES-Krankenanstellen
 durchschnittlich zwölf beamtete Mitarbeiter, davon ein Mitarbeiter im
 KH Güssing, beschäftigt. Gegenüber den der KRAGES zugewiesenen

¹¹⁵ Gesetz über die Zuweisung von Landesbediensteten im Krankenanstaltenbereich (Burgenländisches Personalzuwei-
 sungsgesetz-Krankenanstellen – Bgld. PG-K), LGBl.Nr. 1/1993 idGF.

¹¹⁶ Vgl. Auskunft der KRAGES vom 10.03.2011.

¹¹⁷ Dazu zählten gem. § 2 Abs. 2 leg. cit. u.a. die Entscheidung über allgemeine Bezugserhöhungen, allgemeine Leis-
 tungen des Landes nach dem Ausscheiden aus dem Dienstverhältnis wegen Erreichens des in der gesetzlichen Pensi-
 onsversicherung vorgesehenen Anfallsalters, Berufsunfähigkeit oder Invalidität (Pensionszuschüsse), allgemeine Sozi-
 alleistungen des Landes im Rahmen des Dienstverhältnisses, die im Wege der Dienstnehmervertretung gewährt wur-
 den.

Landesbeamten war die Bgld. LReg Dienstbehörde.¹¹⁸

(4) Für die bei der KRAGES tätigen Landesbediensteten (Vertragsbedienstete und Beamte) galten in Fragen des Dienst- und Besoldungsrechts die für Landesbedienstete einschlägigen Regelungen.¹¹⁹

6.2 Betriebsvereinbarungen

6.2.1 (1) Rechtsgrundlage für den Abschluss von Betriebsvereinbarungen (BV) war das Arbeitsverfassungsgesetz (ArbVG). Nach § 29 leg. cit. waren BV schriftliche Vereinbarungen, die zwischen Betriebsinhaber und Betriebsrat (Betriebsausschuss, Zentralbetriebsrat, Konzernvertretung) abgeschlossen wurden. Inhalt von BV konnten all jene Angelegenheiten sein, die durch gesetzliche oder kollektivvertragliche Anordnung der Regelung durch BV vorbehalten waren. Unter diese Angelegenheiten fielen z. B. allgemeine betriebliche Ordnungsvorschriften sowie Regelung der Dienstzeit.

(2) Für Mitarbeiter im administrativen Bereich sämtlicher KRAGES-Häuser und den Pflegeheimen Neudörfel und Hirschenstein galt eine zwischen der KRAGES und dem Zentralbetriebsrat abgeschlossene BV über die gleitende Arbeitszeit.¹²⁰ Weitere BVen wurden im Zusammenhang mit verlängerten Dienstzeiten, Nacht- und Rufbereitschaftsdiensten für das ärztliche Personal abgeschlossen.¹²¹

(3) Zusätzlich zu den für alle KRAGES-Häuser abgeschlossenen BVen galt im KH Güssing für die Ärzte der Abteilungen Interne, Chirurgie, Anästhesie/Intensivmedizin sowie Gynäkologie eine spezielle BV, um eine Überschreitung der Höchstgrenzen der Wochenarbeitszeit für begrenzte, vorübergehende Zeiträume zu ermöglichen.¹²² Die BV trat mit 01.07.1999 in Kraft und wurde befristet bis zum 31.12.2000 abgeschlossen. Die Gültigkeit der BV verlängerte sich nach dem Fristablauf automatisch um ein weiteres Jahr, sofern nicht eine der abschließenden Parteien die Erklärung abgab, die BV nicht weiter verlängern zu wollen. Diese BV stand während des gesamten Überprüfungszeitraums in Geltung.

6.3 Personaleinteilung

6.3.1 (1) Der Personaleinsatz in den einzelnen Abteilungen und Einrichtungen erfolgte auf Grundlage von Dienstplänen. Die Dienstzeiten mussten auf gesetzliche Vorgaben (z. B. Krankenanstalten-Arbeitszeitgesetz – KA-AZG) sowie auf spezielle BVen abgestimmt (vgl. Pkt. 6.2) werden.

Ein elektronisches Zeiterfassungssystem war im KHG während des Überprüfungszeitraums nicht implementiert.

(2) Im Überprüfungszeitraum erfolgte die Dienstenteilung des ärztlichen Dienstes in Papierform; Dienstzeit und Überstunden außerhalb des Dienstplans mussten dokumentiert werden. Eine Kontrolle der Anwesenheit ergab sich insofern, als in den einzelnen Abteilungen am Morgen idR. Dienstbesprechungen unter den zum Dienst eingetragenen

¹¹⁸ Vgl. § 2 Abs. 3 leg. cit.

¹¹⁹ Z. B: Landesvertragsbedienstetengesetz, LGBl.Nr. 49/1985, Landesbeamten-Dienstrechtsgesetz, LGBl.Nr. 17/1998, Landesbeamten-Besoldungsrechtsgesetz, LGBl.Nr. 67/2001.

¹²⁰ Vgl. BV vom 02.09.2003.

¹²¹ Vgl. BV vom 03.06.1997; BV, undatiert, geltend ab 01.01.2010.

¹²² Vgl. BV vom 24.08.1999.

nen Ärzten durchgeführt wurden und allfällige Abwesenheiten zu Tage getreten wären.

Seit 01.01.2011 wurde im KHG für den ärztlichen Bereich ein elektronischer Dienstplan im SAP, der eine direkte Koppelung an die Abrechnung vorsah, implementiert.¹²³

(3) Im Bereich des Pflegedienstes wurden die Dienstpläne EDV-unterstützt (Excel) erstellt und unterlagen einer Kontrolle durch Stationsleitung, Pflegedirektorin (stichprobenweise) und Krankenhausverwaltung. Eine Anwesenheitskontrolle ergab sich aus Dienstübergaben und -besprechungen zu Dienstbeginn.¹²⁴

(4) Für das Betriebspersonal bestanden seit 2007 EDV-unterstützte Dienstpläne, deren Erstellung und Abrechnung dem jeweiligen Bereichsleiter oblag. Das Verwaltungspersonal unterlag einem Gleitzeit-system mit Block- und Gleitzeiten.¹²⁵

6.3.2 Zu (2, 3 und 4) Der BLRH empfahl im Hinblick auf eine einheitliche Vollziehung, die Gestaltung der Dienstpläne auf elektronischer Basis weitestgehend zu vereinheitlichen sowie eine Implementierung einer Koppelung der Dienstpläne an die Abrechnung auch bei anderen Berufsgruppen als den Ärzten zu überlegen.

6.3.3 Die KRAGES nahm dazu wie folgt Stellung:
„Die Gestaltung und Abrechnung der Dienstpläne wird seit 2007 Zug für Zug über eine Excel-Lösung als temporäre Variante auf eine gemeinsame SAP-Lösung für alle Berufsgruppen übergeführt. Ein Abschluss dieser Entwicklung ist mit Ende 2012 vorgesehen. Davon ausgenommen sind nur die Bediensteten mit Gleitzeit, da hier seit Jahren eine EDV-Lösung existiert.“

7. Mitarbeiter pro Bett

Der BLRH analysierte die Kennzahl „Mitarbeiter pro Bett“. Hiezu wurde zunächst ein Vergleich zwischen einzelnen KRAGES-Krankenanstalten angestellt und anschließend zwei spezifische Berufsgruppen, der Krankenpflegefachdienst und das Betriebspersonal, einer näheren Betrachtung unterzogen, da in diesen Gruppen die höchsten Differenzwerte vorlagen.

7.1 KRAGES-Krankenanstalten

7.1.1 (1) Der Vergleich zwischen den einzelnen KRAGES-Häusern im Überprüfungszeitraum ergab das aus der nachstehenden Tabelle bzw. Grafik zu entnehmende Bild:

¹²³ Vgl. Auskunft Koll. Führung vom 05.04.2011.

¹²⁴ Ebd.

¹²⁵ Ebd.

	2007	2008	2009
Kittsee	1,39	1,38	1,34
Oberpullendorf	1,68	1,90	1,92
Oberwart	1,96	2,02	2,06
Güssing	1,97	1,95	1,95
KRAGES gesamt	1,81	1,88	1,90

Quelle: KRAGES; Darstellung: BLRH

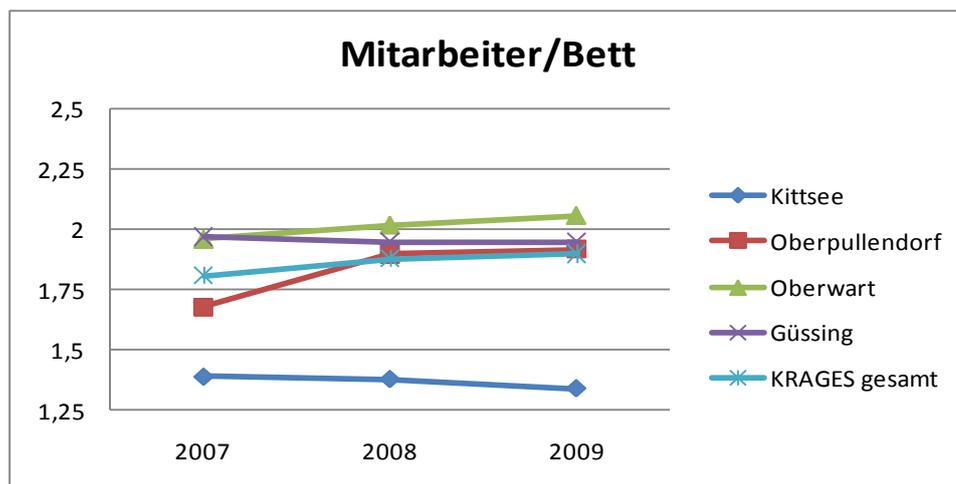


Abb. 17

Quelle: KRAGES; Darstellung: BLRH

Im Überprüfungszeitraum wies das KH Oberwart die höchsten Kennzahlenwerte auf. Hiezu war jedoch festzuhalten, dass das KH Oberwart das einzige Schwerpunktkrankenhaus¹²⁶ im KRAGES-Krankenanstaltenbereich war und demgemäß im stationären Bereich eine Vielzahl an verschiedenen Einrichtungen aufweisen musste.

Demgegenüber standen mit Kittsee, Oberpullendorf und Güssing drei Standardkrankenanstalten mit einem vergleichbareren Leistungsangebot. Jedes der drei Spitäler wies Abteilungen für Interne Medizin und Chirurgie auf, hinzu kamen standortspezifische medizinische Schwerpunkte wie Urologie, Orthopädie, Gynäkologie.

(2) Im Vergleich dieser drei Krankenanstalten zeigte sich, dass die Zahl der Mitarbeiter pro Bett im KH Güssing während des gesamten Überprüfungszeitraumes konstant höher war als die Werte der KH Kittsee und Oberpullendorf. Besonders zeigte sich die Differenz zum KH Kittsee, das mit Werten von 1,34 bis 1,39 eine deutlich geringere Anzahl an Mitarbeitern pro Bett aufwies als das KH Güssing mit Werten von 1,95 bis 1,97. Prozentuell lag damit das KH Güssing zwischen rd. 42 und 46% über dem KH Kittsee.

Auch das KH Oberpullendorf lag unter den Werten des KH Güssing, wobei der Unterschied vor allem im Jahr 2007 mit 1,68 Mitarbeitern zu 1,97 Mitarbeitern klar zu erkennen war, wobei in den folgenden beiden

¹²⁶ Allg. KA waren als Schwerpunktkrankenanstalten mit bettenführenden Abteilungen zumindest für Augenheilkunde und Optometrie, Chirurgie, Frauenheilkunde und Geburtshilfe einschließlich Perinatologie, Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten, Haut- und Geschlechtskrankheiten, Innere Medizin, Kinder- und Jugendheilkunde einschließlich Neonatologie, Neurologie, Orthopädie und Orthopädische Chirurgie, Psychiatrie, Unfallchirurgie und Urologie einzurichten (vgl. § 3 Abs. 1 Z 2 Bgl. KAG).

Jahren die Werte des KH Oberpullendorf anstiegen und sich bis auf einen nur mehr geringen Abstand annäherten.

Im Vergleich mit dem KRAGES-Gesamtbereich lag das KH Güssing mit 0,05 bis 0,16 Mitarbeiter pro Bett auch über dem KRAGES-Schnitt.

(3) Während sich im Überprüfungszeitraum in den KH Oberpullendorf und Oberwart die Zahl der Mitarbeiter/Bett erhöhte, sank sie in den KH Güssing und Kittsee in geringem Ausmaß.

7.1.2 Vgl. Pkt. 7.3.2

7.2 Krankenpflegefachdienst

7.2.1 (1) Die Entwicklung der Kennzahl „Mitarbeiter pro Bett“ im Bereich des Krankenpflegefachdienstes wurde in der nachfolgenden Tabelle und Grafik dargestellt:

	2007	2008	2009
Kittsee	0,57	0,59	0,57
Oberpullendorf	0,68	0,77	0,78
Oberwart	0,82	0,83	0,85
Güssing	0,79	0,82	0,82
KRAGES gesamt	0,75	0,78	0,79

Quelle: KRAGES; Darstellung: BLRH

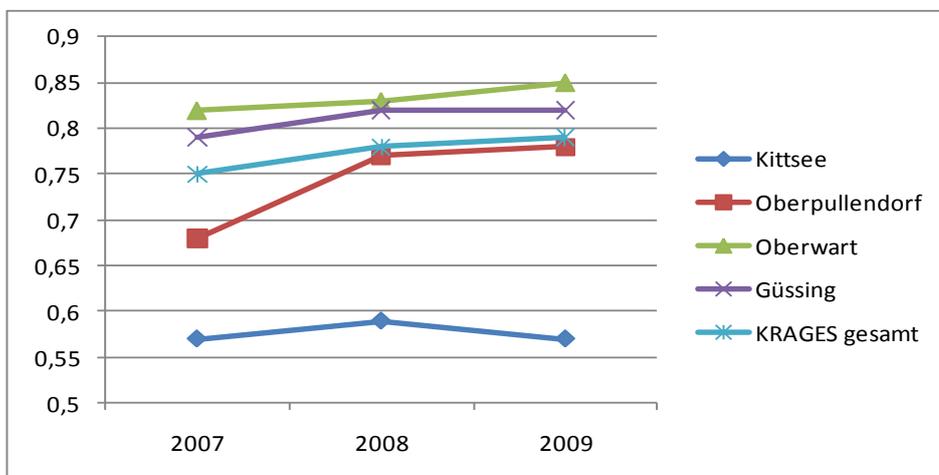


Abb. 18
Quelle: KRAGES; Darstellung: BLRH

In der Berufsgruppe des Krankenpflegefachdienstes lagen die Werte der Kennzahl „Mitarbeiter pro Bett“ des KH Güssing im Überprüfungszeitraum nur marginal unter jenen des KH Oberwart, jedoch deutlich über jenen der KH Kittsee und Oberpullendorf sowie über dem KRAGES-Schnitt. Der Vergleich zum KH Kittsee ergab 0,22 bis 0,25 mehr Mitarbeiter pro Bett, zum KH Oberpullendorf betrug das Ausmaß 0,04 bis 0,11 mehr Mitarbeiter pro Bett.

(2) Während des Überprüfungszeitraums erhöhte sich im Bereich des Krankenpflegefachdienstes die Zahl der Mitarbeiter pro Bett in allen vier Krankenanstalten, wobei sie im KH Kittsee im Jahr 2009 wieder geringfügig sank.

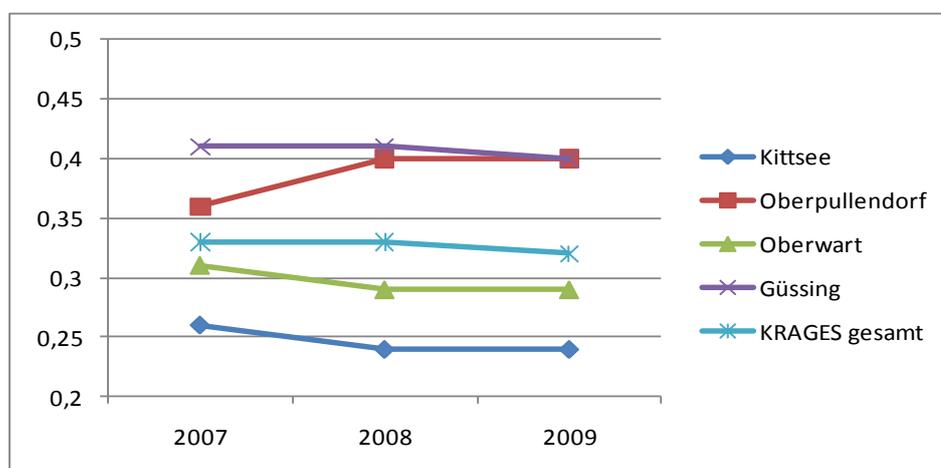
7.2.2 Vgl. Pkt. 7.3.2

7.3 Betriebspersonal

7.3.1 (1) Die Entwicklung der Kennzahl „Mitarbeiter pro Bett“ im Bereich des Betriebspersonals wurde in der nachfolgenden Tabelle und Grafik dargestellt:

	2007	2008	2009
Kittsee	0,26	0,24	0,24
Oberpullendorf	0,36	0,40	0,40
Oberwart	0,31	0,29	0,29
Güssing	0,41	0,41	0,40
KRAGES gesamt	0,33	0,33	0,32

Quelle: KRAGES; Darstellung: BLRH



Tab. 19

Quelle: KRAGES; Darstellung: BLRH

Die Berufsgruppe des Betriebspersonals im KH Güssing wies während des gesamten Überprüfungszeitraums höhere Werte als die übrigen drei KRAGES-Krankenanstalten sowie der KRAGES-Schnitt auf. Im Vergleich lag das KH Güssing im Ausmaß von 0,15 bis 0,17 über den Werten des KH Kittsee. Zum KH Oberpullendorf lagen in den Jahren 2007 und 2008 nur geringe Differenzwerte im Ausmaß von 0,05 und 0,01 vor. 2009 wiesen beide KH den gleichen Wert auf.

(2) Im KH Güssing sank der Wert im Überprüfungszeitraum von 0,41 auf 0,40, eine ähnliche Entwicklung lag auch in den KH Kittsee (von 0,26 auf 0,24) und Oberwart (von 0,31 auf 0,29) vor. Im Gegensatz dazu stieg im KH Oberpullendorf die Zahl der Mitarbeiter pro Bett beim Betriebspersonal von 0,36 auf 0,40.

7.3.2 Zu (7.1, 7.2, 7.3) Nachdem die Personalkosten den mit Abstand größten Faktor an den Kosten einer Krankenanstalt darstellen, empfahl der BLRH eine Analyse der Personalausstattung im KH Güssing in genereller Hinsicht und speziell in den Bereichen des Krankenpflegefachdienstes und des Betriebspersonals, da bei vergleichbaren Versorgungsstrukturen auch unternehmensweite Personalausstattungs-Standards vorliegen sollten.

- 7.3.3 Die KRAGES gab hierzu bekannt:
„Die hohe Anzahl der Mitarbeiter im Krankenhaus Güssing wird derzeit im Rahmen von Verhandlungen mit der Ärztekammer einer Überprüfung unterzogen und kritisch durchleuchtet.“

8. Altersstruktur

In diesem Kapitel wurde vom BLRH die Altersstruktur im KH Güssing, veranschaulicht durch eine Darstellung der altersmäßigen Verteilung der Bediensteten nach Lebensjahren und nach Berufsgruppen (Ärzte, nicht-ärztliche Gesundheitsberufe und Verwaltungs- und Betriebspersonal) aufgezeigt. Die Altersstruktur im Pflegebereich wurde einer genaueren Betrachtung unterzogen und mit jener des KRAGES-Gesamtbereichs verglichen.

8.1 Verteilung nach Lebensjahren

- 8.1.1 In der nachfolgenden Grafik wurde die Verteilung aller Bediensteten des KH Güssing nach Lebensjahren zum Stichtag 31.12.2009 veranschaulicht:

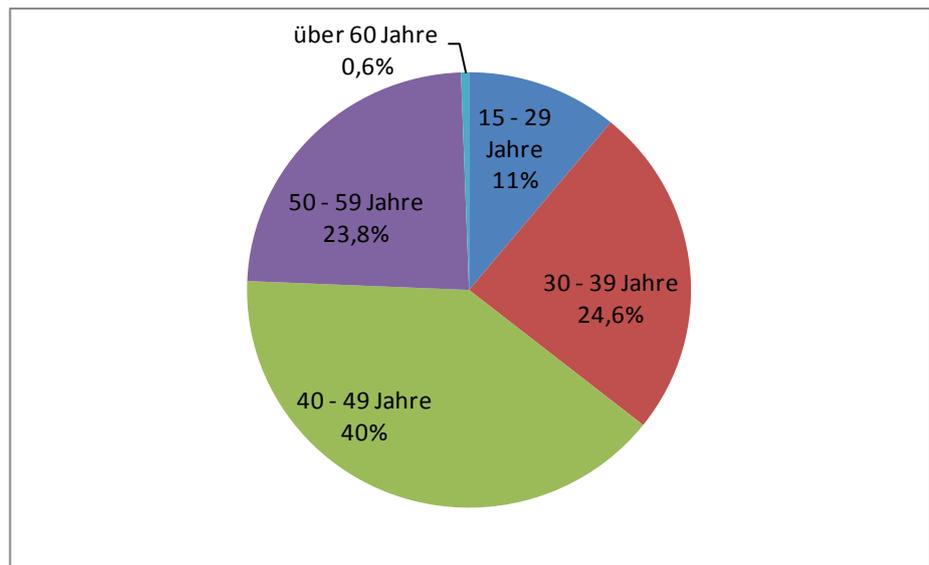
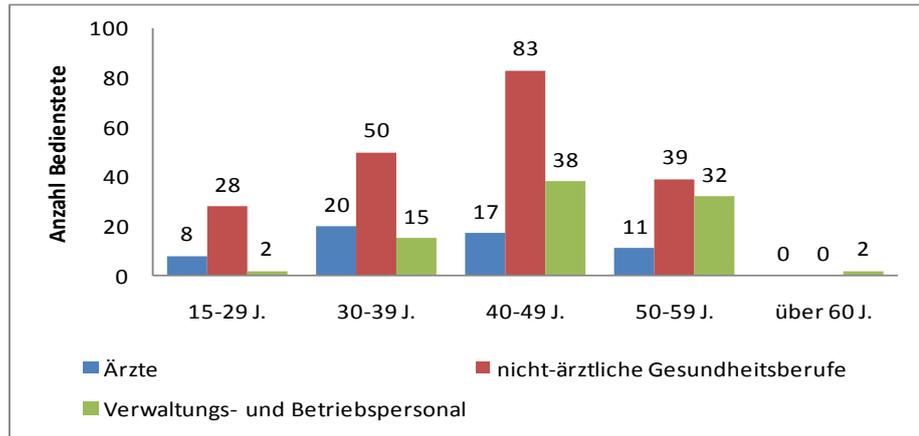


Abb. 20
 Quelle: KRAGES; Darstellung: BLRH

Mit 40% stellte die Gruppe der 40–49 Jährigen den größten Anteil an den Bediensteten, gefolgt von den in etwa gleich großen Gruppen der 30-39 Jährigen (24,6%) und der 50-59 Jährigen (23,8%). Die Gruppe der 15-29 Jährigen umfasste 11% der Bediensteten, die über 60 Jährigen 0,6% der Bediensteten.

8.2 Verteilung nach Berufsgruppen

- 8.2.1 In der folgenden Grafik wurde die altersmäßige Verteilung der Bediensteten (Kopfzahlen) nach den Berufsgruppen Ärzte, nicht-ärztliche Gesundheitsberufe und Verwaltungs- und Betriebspersonal dargestellt:



Stichtag: 31.12.2009

Abb. 21
Quelle: KRAGES; Darstellung: BLRH

Die Gruppe der nicht-ärztlichen Gesundheitsberufe stellte mit insges. 200 Mitarbeitern (d. s. 58%) den personalintensivsten Bereich dar, gefolgt von der Gruppe des Verwaltungs- und Betriebspersonals (89 Mitarbeiter od. 25,8%). Die Ärzteschaft umfasste 56 Bedienstete (16,2%).

8.3 Altersstruktur Pflegebereich ^{8.3.1}

(1) Da im Bereich der nicht-ärztlichen Gesundheitsberufe mit insgesamt 200 Mitarbeitern 58% der Gesamtbelegschaft tätig waren, unterzog der BLRH diese Beschäftigtengruppe einer näheren Betrachtung. Danach wurde der Pflegebereich (dipl. Pflegedienst sowie Pflegehilfe und Sanitätshilfsdienst) als zahlenmäßig größte Gruppe (178 Mitarbeiter) mit einer signifikanten Altersstruktur ausgewählt.

(2) In der nachfolgenden Grafik wurde die Verteilung der im Pflegebereich tätigen Bediensteten nach Lebensjahren dargestellt:

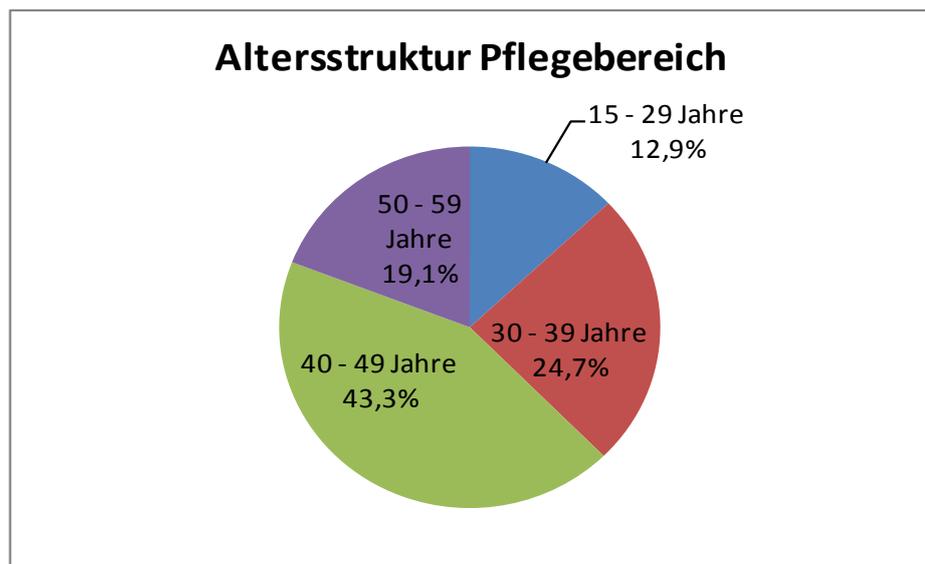


Abb. 22
Quelle: KRAGES; Darstellung: BLRH

Beinahe ein Fünftel des dipl. Pflegepersonals, der Pflegehilfe und des Sanitätshilfsdienstes gehörten der Gruppe der 50-59 Jährigen an. Durch diese starke Besetzung dieser älteren Jahrgänge wird das KH Güssing in absehbarer Zeit mit einem hohen Personalabgang durch Pensionierung konfrontiert werden.

Hinzu kam, dass auch in der Altersgruppe der 45-49 Jährigen der Pflegebereich mit 51 Mitarbeitern besonders stark vertreten war. Unter Einbeziehung dieser Bediensteten wächst diese Gruppe auf rd. 48% an (vgl. nachstehende Grafik) und verstärkt damit die oa. Problematik.

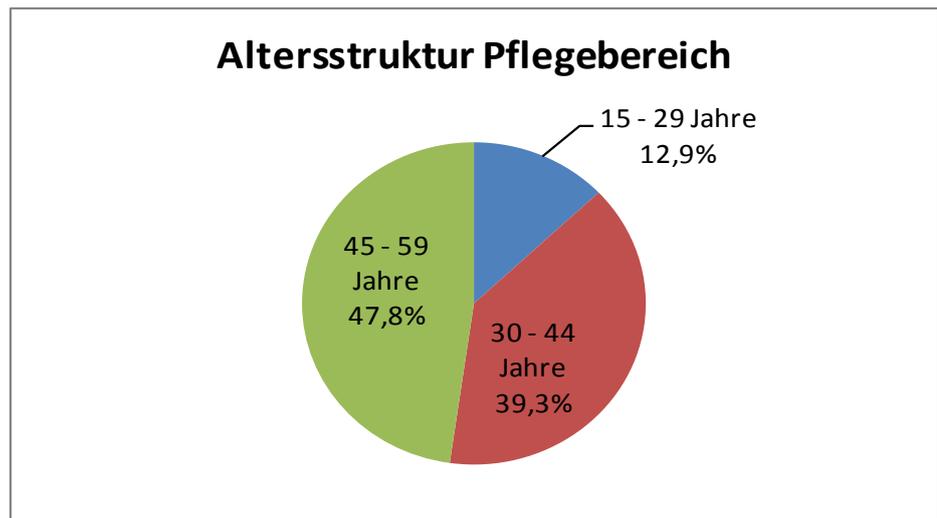
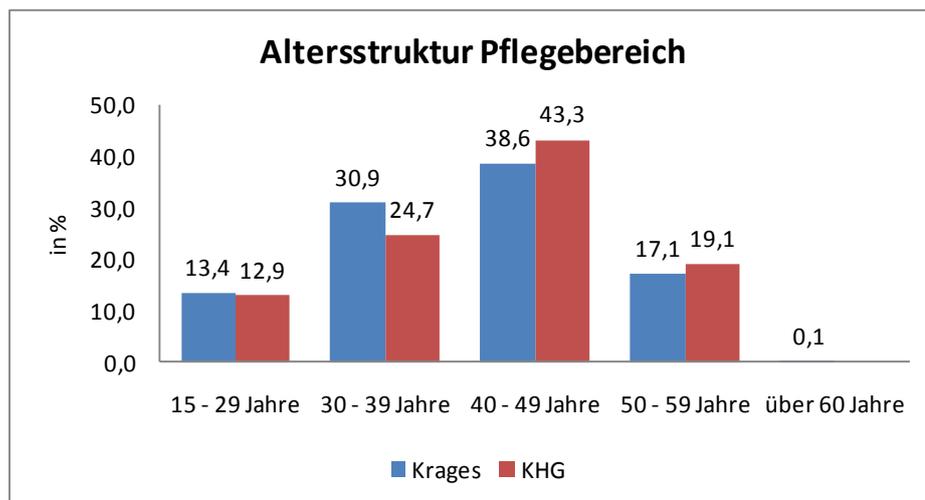


Abb. 23
Quelle: KRAGES; Darstellung: BLRH

- 8.3.2 Im Hinblick auf die Altersstruktur im Pflegebereich wies der BLRH auf die für das Management anfallenden Aufgaben in Bezug auf Wissenstransfer bei steigenden Personalabgängen, Stärkung von bereits tätigen Pflegebediensteten bzw. Nachwuchspflegekräften durch Fortbildungsprogramme, aber auch auf den Erhalt der Leistungsfähigkeit älterer Mitarbeiter hin.

8.4 Vergleich KRAGES – KH Güssing

- 8.4.1 Im Vergleich des gesamten in den KRAGES-Krankenanstalten tätigen Pflegepersonals mit den in diesem Bereich im KH Güssing tätigen Mitarbeiter nach dem Lebensalter ergab sich folgende Verteilung:



Tab. 24
Quelle: KRAGES; Darstellung: BLRH

Der Vergleich zeigte, dass das KH Güssing in der Gruppe der 15–29-jährigen Bediensteten in etwa gleich lag wie der KRAGES-Schnitt, während der Gruppe der 30–39-Jährigen um 6,2 % weniger Pflegekräfte angehörten. Den Gruppen der 40–49-Jährigen und 50–59-Jährigen gehörten um 4,7% bzw. 2% mehr Pflegepersonal an und lagen demnach über dem KRAGES-Schnitt.

8.5 Personalstrategie

8.5.1 (1) Die vorherrschende Altersstruktur im KH Güssing (insbesondere im Pflegebereich) war teilweise auf Einstellungswellen in der Vergangenheit zurückzuführen. Ende der 1980er und Anfang der 1990er Jahre wurden ganze Jahrgänge aus Pflegeschulen in den Dienst im Krankenhaus übernommen.¹²⁷ Diese Einstellungswellen führen in Verbindung mit der im KH Güssing sehr niedrigen Fluktuation (vgl. Kap. 9) in 10 - 15 Jahren zu entsprechenden Pensionierungswellen.

(2) Der BLRH konnte keine an diese Umstände angepasste Personalstrategie für das KH Güssing erkennen und verwies diesbezüglich auf die Aussage der KRAGES [...], „Die KRAGES hat keine explizit festgeschriebene Personalstrategie [...]“¹²⁸.

8.5.2 Zu (1, 2) Um auf diesen massiven Abgang von Personal und somit Know-How zu reagieren waren mittel- bis langfristige Maßnahmen im Personalbereich notwendig. Maßnahmen im in diesen Fall notwendigen Umfang und in der entsprechenden Intensität greifen üblicherweise erst mit einigen Jahren Verzögerung, weshalb nach Meinung des BLRH bereits jetzt begonnen werden sollte, für kommende Pensionierungswellen vorzusorgen.

Der BLRH empfahl daher eine an die Umstände im KH Güssing angepasste Personalstrategie zu erarbeiten, um auf die mittel- bis langfristigen Veränderungen im Personalstand im KH reagieren zu können.

¹²⁷ Vgl. Auskunft der Koll. Führung vom 05.04.2011; Auskunft KRAGES vom 06.06.2011.

¹²⁸ Vgl. E-Mail KRAGES vom 19.04.2011.

- 8.5.3 Die KRAGES teilte in diesem Zusammenhang mit:
„Obwohl mehr als ein Fünftel des Pflegedienstes des KH Güssing der Altersgruppe über 50 Jahre angehört, muss darauf hingewiesen werden, dass sich die Situation nicht bedenklich gestaltet. Auf Grund der in den letzten Jahren in Kraft getretenen Pensionsregelungen variiert das Pensionsantrittsalter bei den einzelnen Bediensteten und erhöht sich schrittweise, gleichzeitig werden Nachbesetzungen nach Möglichkeit mit Bediensteten sehr junger Altersgruppen (vorrangig aus der Gesundheits- und Krankenpflegeschule Oberwart) durchgeführt. Eine präventive Einstellung von Personal für pensionsnahe Bedienstete ist nicht vorgesehen und zulässig im Rahmen des Dienstpostenplans, der durch die Burgenländische Landesregierung genehmigt wird. Bis dato konnten auch alle Abgänge in der Pflege zeitnah nachbesetzt werden, sodass mit keinen Personalengpässen bei den genannten Berufsgruppen zu rechnen ist.“

9. Krankenstände

Die grundlegenden Daten (Anzahl der Beschäftigten und Krankenstandstage) wurden dem BLRH von der KRAGES zur Verfügung gestellt. Der BLRH erstellte vorerst eine Gegenüberstellung der Kennzahl „Krankenstandstage (Dauer je durchschn. Beschäftigten)“ zwischen dem KRAGES-Gesamtbereich und dem KH Güssing. Weiters wurde die Entwicklung der Krankenstandstage im Überprüfungszeitraum dargestellt sowie eine berufsgruppenspezifische Auswertung vorgenommen.

Die durchschnittliche Anzahl an Krankenstandstagen im Gesundheits- und Sozialwesen lag im Jahr 2009 österreichweit für alle Angestellten, Arbeiterinnen und Arbeiter (ohne pragmatisierte Bedienstete) bei 14,1 Tagen.¹²⁹

9.1 Vergleich KRAGES – KH Güssing

- 9.1.1 (1) In der nachstehenden Tabelle wurden die Anzahl der Krankenstandstage (in Arbeitstagen), die durchschnittliche Beschäftigtenzahl und die sich daraus ergebende Zahl an Krankenstandstagen im Überprüfungszeitraum, jeweils für den KRAGES-Gesamtbereich (KH Kittsee, Oberpullendorf, Oberwart und Güssing) und das KH Güssing dargestellt. Die Grafik zeigte die Entwicklung der durchschn. Krankenstandstage pro Mitarbeiter im Überprüfungszeitraum.

	KRAGES			KH Güssing		
	Tage	Bed.	Ø	Tage	Bed.	Ø
2007	14.808,00	1.909,58	7,75	2.427,00	338,00	7,18
2008	17.358,00	1.923,83	9,02	2.925,00	334,67	8,74
2009	16.916,00	1.937,42	8,73	3.230,00	339,67	9,51

Quelle: KRAGES; Darstellung: BLRH

¹²⁹ Vgl. Statistik Austria, erstellt am 29.09.2010; Abfrage vom 14.04.2011.

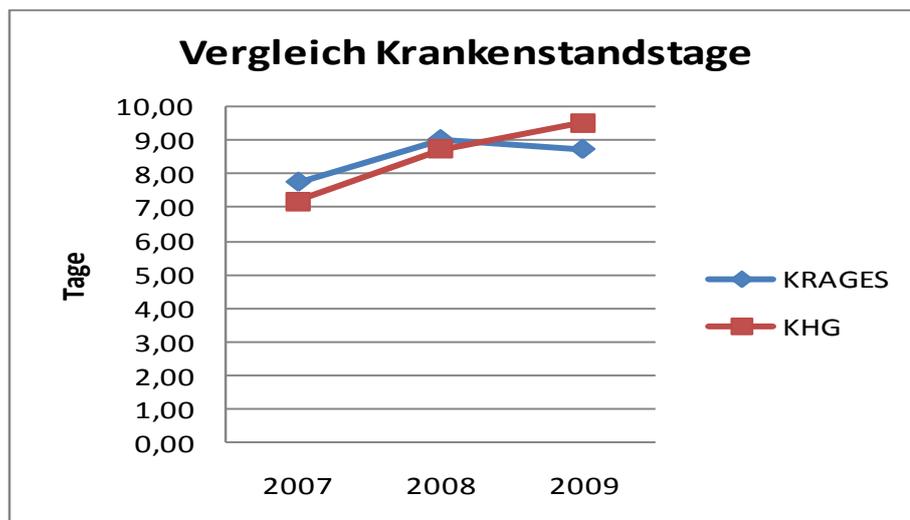


Abb. 25
Quelle: KRAGES; Darstellung: BLRH

(2) Die Entwicklung der Krankenstandsdauer in beiden Bereichen zeigte einen unterschiedlichen Verlauf. Während die Anzahl der Krankenstandstage im Gesamtbereich der KRAGES nach einem Anstieg im Jahr 2008 im Folgejahr wieder sank, stiegen die krankheitsbedingten Abwesenheiten im KH Güssing im Überprüfungszeitraum von Jahr zu Jahr an. Im Vergleich zum Ausgangsjahr 2007 ergab sich eine Steigerung um 2,33 Tage im Jahr 2009.

(3) Die Gegenüberstellung der durchschnittlichen Krankenstandstage im gesamten Krankenhausbereich der Krages und im KH Güssing in den Berufsgruppen ärztlicher Dienst, nicht-ärztliche Gesundheitsberufe¹³⁰ und Verwaltungs- und Betriebspersonal¹³¹ ergab folgendes Bild:

Krankenstandstage je durchschn. Beschäftigten in Arbeitstagen

	2007		2008		2009	
	Krages	KHG	Krages	KHG	Krages	KHG
Ärzte	4,65	6,90	5,27	6,97	5,95	6,68
nicht-ärztliche Gesundheitsberufe	6,67	6,57	8,09	7,94	7,98	8,46
Verwaltungs- und Betriebspersonal	12,31	8,57	13,83	11,29	12,69	13,46

Quelle: KRAGES; Darstellung: BLRH

Die Berufsgruppe der Ärzte wies sowohl im KRAGES-Gesamtbereich als auch im KH Güssing die niedrigste Anzahl an Krankenstandstagen pro Beschäftigten, das Verwaltungs- und Betriebspersonal die höchste Anzahl auf.

Im Vergleich untereinander ergaben sich bei den nicht-ärztlichen Gesundheitsberufen ähnliche Werte, während bei den Ärzten im KH Güssing eine höhere Anzahl an Krankenstandstagen (+2,25 bzw. +1,7 bzw. +0,73 Tage) anfiel als im Gesamtbereich. Das Verwaltungs- und Betriebspersonal des KH Güssing wies im Vergleich in den Jahren 2007

¹³⁰ Hierzu zählten: Gehobener Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege, geh. med. techn. Dienste, med. techn. Fachdienst, Pflegehilfe und Sanitätshilfsdienste, Hebammen.

¹³¹ Hierzu zählten: Verwaltungs- und Kanzleipersonal, Techniker, Portiere, Küchen- und Reinigungspersonal.

und 2008 weniger (-3,74 bzw. -2,54 Tage), im Jahr 2009 mehr Krankenstandstage (+ 0,77 Tage) als der KRAGES-Schnitt auf.

9.2 KH Güssing

9.2.1

(1) Der BLRH nahm eine berufsgruppenspezifische Auswertung der Kennzahl „Krankenstandstage“ vor. Zur Gegenüberstellung war allerdings zu bemerken, dass in Einzelfällen der Anstieg an Krankenstandstagen auf schwere Erkrankungen, Operationen und Unfälle von Mitarbeitern zurückzuführen war. In der nachfolgenden Tabelle wurden die durchschnittliche Anzahl der jährlichen Krankenstandstage pro durchschnittlich Beschäftigten der jeweiligen Berufsgruppe in den Jahren 2007 bis 2009 dargestellt:

Berufsgruppe	2007		2008		2009	
	KRAGES	KHG	KRAGES	KHG	KRAGES	KHG
Primarii	2,72	---	9,51	---	9,10	---
Ober- u. Assistenzärzte	4,65	7,61	4,58	7,60	5,25	6,23
(Dauer)Sekund.- und Turnusärzte	5,06	6,40	5,76	6,48	6,72	8,75
DGKS/DGKP	6,21	6,17	6,62	6,46	6,92	7,17
Pflegehilfe, Sanitätshilfsdienst	9,98	9,90	13,85	9,15	12,53	11,50
Hebammen	7,26	---	10,05	---	8,73	---
Geh. med.-techn. Dienste	5,03	4,11	7,77	12,00	7,87	12,67
Med.-techn. Fachdienst	5,04	---	17,53	---	9,22	---
Verwaltungs- und Kanzleipersonal	9,17	11,29	7,13	4,59	8,69	9,68
Techniker u. Facharbeiter	15,97	5,67	23,04	10,67	22,65	6,91
Portiere	15,52	11,80	20,91	34,40	11,49	11,60
Reinigung und Küche	13,01	7,66	15,14	11,68	13,43	15,40

Quelle: KRAGES; Darstellung: BLRH

(2) Bei den Ober-, Assistenz-, Sekundar- und Turnusärzten des KH Güssing waren die krankheitsbedingten Absenzen regelmäßig höher (+0,72 bis +3,02 Tage) als der KRAGES-Schnitt.

In der Berufsgruppe des diplomierten Pflegedienstes bestanden nur Differenzen im Ausmaß von 0,04 bis 0,25 Tagen zwischen dem KRAGES-Bereich und dem KH Güssing. Die Bediensteten der Pflegehilfe und der Sanitätshilfsdienste des KH Güssing lagen mit 0,08 bis 4,7 Tagen unter den KRAGES-Werten.

Die krankheitsbedingten Abwesenheiten im Bereich des geh. med. techn. Dienstes im KH Güssing stiegen 2008 und 2009 an und waren in diesem Zeitraum mit 4,23 bzw. 4,8 Tagen länger als im KRAGES-Bereich. Über den Überprüfungszeitraum gesehen stiegen in dieser Bedienstetengruppe die krankheitsbedingten Absenzen von 4,11 auf 12,67 Tage (d.s. 8,56 Tage bzw. rd. 208%) an.

Mehr Krankenstandstage als die Vergleichsgruppe wies das Verwaltungs- und Kanzleipersonal des KH Güssing in den Jahren 2007 und 2009 auf (+2,12 bzw. 0,99 Tage), während 2008 eine niedrigere Anzahl (-2,54 Tage) anfiel.

In der Berufsgruppe der Techniker und Facharbeiter waren im KH Güssing im Überprüfungszeitraum deutlich weniger Krankenstandstage (-10,3 bis -15,74 Tage) als im KRAGES-Schnitt zu verzeichnen. Die Portiere lagen 2007 3,72 Tage unter der Vergleichsgruppe, im Jahr deut-

lich darüber (+13,49 Tage) und 2009 waren in etwa gleiche Werte gegeben.

Das Reinigungs- und Küchenpersonal im KH Güssing war 2007 und 2008 kürzer krankheitsbedingt vom Dienst abwesend (-5,35 bzw. -3,46 Tage), 2009 lagen die Absenzen um 1,97 Tage höher als der KRAGES-Schnitt. Über den Überprüfungszeitraum gesehen stiegen in dieser Beschäftigtengruppe die Krankenstandstage um 7,74 Tage (rd. 101%) an.

Aus Gründen des Datenschutzes war in den Berufsgruppen der Primarii und des med. techn. Fachdienstes mit jeweils drei Mitarbeitern und der Hebammen mit einer Mitarbeiterin von einer Auswertung der Krankenstandstage abzusehen und daher ein Vergleich nicht möglich.

9.2.2 Der BLRH empfahl den verantwortlichen Führungskräften, im KH Güssing die Entwicklung der Krankenstandstage in den Bereichen des geh. med. techn. Dienstes und des Reinigungs- und Küchendienstes zu verfolgen. Erforderlichenfalls empfahl der BLRH die Einleitung von Untersuchungen und allenfalls Ergreifung erforderlicher Maßnahmen, um ein weiteres Ansteigen der Krankenstände hintanzuhalten bzw. diese zu verringern.

9.2.3 Die KRAGES nahm dazu wie folgt Stellung:
*„Die durchschnittlichen Krankenstandstage des KH Güssing liegen geringfügig über den Durchschnittswerten der anderen Häuser. Das durchschnittliche Lebensalter kann aufgrund der geringen Differenzen zu anderen Häusern nur teilweise als Begründung gesehen werden, vielmehr dürften sehr unterschiedliche Fakten bei den einzelnen Berufsgruppen vorliegen.
Betriebs- und Verwaltungspersonal sowie Ärzte haben schwankende, jedoch nicht durchgehend steigende Werte. Markant ansteigende Tendenzen sind im Bereich der Pflege zu beachten, hier stellen jedoch auch einige Langzeitkrankenstände (Karzinomkrankungen) - sicherlich neben dem Lebensalter – Einflussfaktoren dar. Im Bereich der medizinisch-technischen Dienste sind ebenfalls Einmaleffekte durch Langzeitkrankenstände zu beachten.
Die Entwicklung wird regelmäßig beobachtet und mit den Führungskräften besprochen.“*

10. Fluktuation

Der Personalstand im KH Güssing unterlag naturgemäß einem steten Wechsel durch Ausscheiden und Neueinstellungen von Mitarbeitern. Die nachfolgenden Tabellen stellten die gesamten Ein- und Austritte im Überprüfungszeitraum sowie eine berufsgruppenspezifische Auswertung, unterteilt in Ärzte und Turnusärzte, nicht-ärztliche Gesundheitsberufe¹³² sowie Verwaltungs- und Betriebspersonal¹³³ dar.

¹³² Hiezu zählten: Geh. Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege, geh. med. techn. Dienste, med. techn. Fachdienst, Pflegehilfe und Sanitätshilfsdienst, Hebammen, Physiotherapeuten.

¹³³ Hiezu zählten: Techniker, Portiere, Küchen- und Reinigungspersonal.

10.1 Gesamtschau ^{10.1.1} (1) Die nachstehende Tabelle und Grafik zeigten einen Überblick über die gesamten im Überprüfungszeitraum getätigten Neueinstellungen und Austritte von Mitarbeitern im KH Güssing:

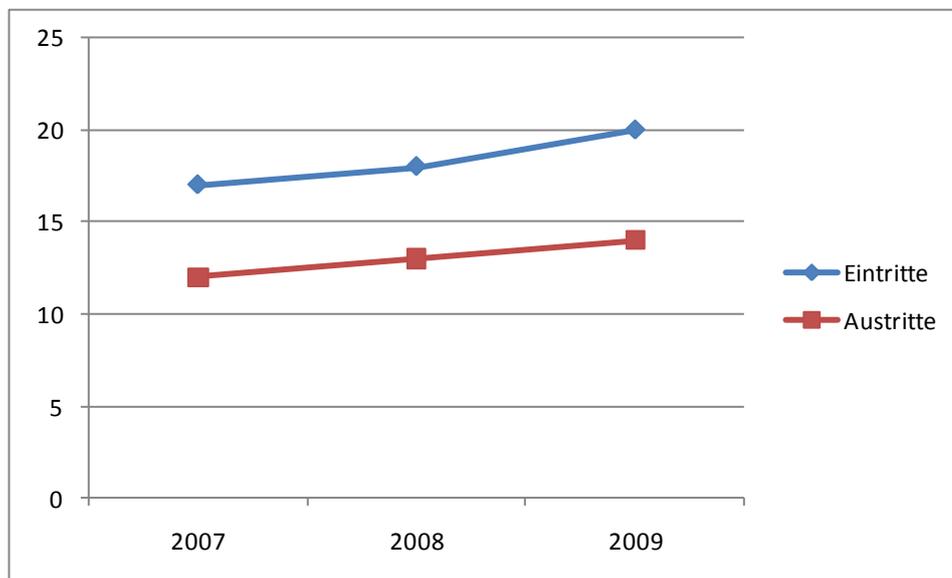


Abb. 26
Quelle: KRAGES; Darstellung: BLRH

	2007	2008	2009	Summe
Eintritte	17	18	20	55
Austritte	12	13	14	39

Quelle: KRAGES; Darstellung: BLRH

(2) In Summe aller Berufsgruppen standen im KH Güssing im Überprüfungszeitraum 55 Neueinstellungen 39 Austritte gegenüber. Der überwiegende Teil der Neuaufnahmen (rd. 93 %) betraf den ärztlichen Dienst und den Bereich der nicht-ärztlichen Gesundheitsberufe. Von diesen neu eingetretenen Mitarbeitern verließen im Laufe des Überprüfungszeitraums neun Personen das KH Güssing wieder.

(3) Im ärztlichen Bereich ergab sich der Überhang an neu eingetretenen Bediensteten vor allem aus dem systembedingten Wechsel der Turnusärzte innerhalb der KRAGES-Häuser.

Im Pflegedienst kam es infolge der Einrichtung des Fachschwerpunktes Orthopädie und den damit verbundenen Eingriffen im Jahr 2007 zu vermehrten Aufnahmen für den OP-Bereich. Weitere Gründe für die Neueintritte lagen auch im Bedarf an Karenzvertretungen bzw. an Teilzeitkräften.¹³⁴

¹³⁴ Vgl. Auskunft der Koll. Führung vom 05.04.2011.

10.2 Berufsgruppen ^{10.2.1} (1) Nach den Berufsgruppen gegliedert ergab sich folgendes Bild:

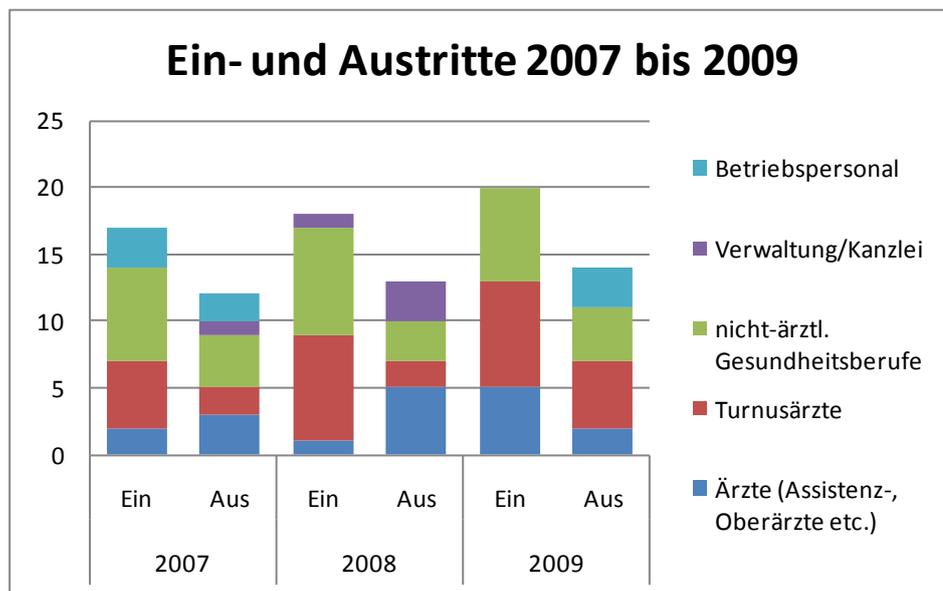


Abb. 27
Quelle: KRAGES; Darstellung: BLRH

	2007		2008		2009	
	Ein	Aus	Ein	Aus	Ein	Aus
Ärzte (Assistenz-, Oberärzte etc.)	2	3	1	5	5	2
Turnusärzte	5	2	8	2	8	5
nicht-ärztl. Gesundheitsberufe	7	4	8	3	7	4
Verwaltung/Kanzlei	0	1	1	3	0	0
Betriebspersonal	3	2	0	0	0	3
	17	12	18	13	20	14

Quelle: KRAGES; Darstellung: BLRH

(2) Berufsgruppe Ärzte

Bei den im Überprüfungszeitraum neu eingetretenen Ärzten (insges. 29) handelte es sich mit 21 Personen zum überwiegenden Anteil (rd. 72%) um Ärzte in Ausbildung zum Allgemeinmediziner (Turnusärzte). Während in den Jahren 2007 und 2008 neben den Turnusärzten ausschließlich Dauersekundar- und Assistenzärzte aufgenommen wurden, traten im Jahr 2009 auch drei Oberärzte sowie zwei Dauersekundärärzte ihren Dienst im KH Güssing an. Von diesen Oberärzten verließen jedoch zwei Mediziner das Spital im Laufe des Jahres 2010 wieder.

(3) Während des Überprüfungszeitraums schieden insgesamt 19 Ärzte aus dem KH Güssing aus. Die meisten Austritte entfielen dabei auf die Gruppe der Turnusärzte mit neun Ärzten (rd. 47%), die restlichen Austritte verteilten sich im Wesentlichen gleichmäßig auf die Gruppen der Dauersekundar-, Assistenz- und Oberärzte. Die ärztlichen Dienstverhältnisse endeten idR. aufgrund einer einvernehmlichen Auflösung des Dienstverhältnisses¹³⁵.

¹³⁵ Ebd.

Gründe für die Fluktuation lagen neben dem KRAGES-internen Wechselsystem bei Turnusärzten u.a. im persönlichen Umfeld der Ärzte (v.a. Familiengründung, neuer Arbeitsplatz in Nähe des Wohnortes), aber auch im mangelnden Angebot an bestimmten medizinischen Fachabteilungen und den damit verbundenen Facharztausbildungsstellen.¹³⁶

(3) Berufsgruppe der nicht-ärztlichen Gesundheitsberufe

Im Überprüfungszeitraum wurden insgesamt 22 neue Mitarbeiter für diesen medizinischen Bereich aufgenommen. Den größten Anteil stellte hierbei die Gruppe des Dipl. Gesundheits- und Pflegepersonals mit 13 neuen Mitarbeitern (d.s. 59%). Infolge der Zunahme von Operationsleistungen aufgrund der Einrichtung des Fachschwerpunktes Orthopädie kam es im Jahr 2007 zur Aufnahme von drei Mitarbeitern für den OP-Bereich. Die weiteren sechs Neuzugänge entfielen auf die Bereiche Physiotherapie sowie Pflegehilfe und Sanitätshilfsdienst.

Im selben Zeitraum schieden elf Mitarbeiter, vorwiegend aus dem dipl. Gesundheits- und Krankenpflagedienst, aus dem KH Güssing aus.

(4) Berufsgruppe des nicht-medizinischen Personal

Im Bereich des nicht-medizinischen Personals (Verwaltung/Kanzlei und Betriebspersonal) standen im Überprüfungszeitraum neun ausgeschiedenen Mitarbeitern (Verwaltung, Sekretariat, Küchen- und Reinigungspersonal) vier Neuaufnahmen für die Bereiche Sekretariat, Küchen- und Reinigungspersonal gegenüber. Im Jahr 2008 erfolgte in der Berufsgruppe des nicht-medizinischen Personals lediglich eine, im Jahr 2009 keine Neueinstellung.

10.2.2 Zu (4) Der BLRH stellte fest, dass die von der KRAGES verfolgte Personalpolitik, die einen Aufnahmestopp für alle Berufsgruppen im medizinischen Bereich¹³⁷ zur Grundlage hatte, im KH Güssing im Jahr 2008 bis auf eine Ausnahme und im Jahr 2009 durchgängig umgesetzt wurde.

10.2.3 Die KRAGES teilte hierzu mit:

„Die Fluktuation im Krankenhaus Güssing ist sehr niedrig, somit kann hinsichtlich einer Personalplanung im Wesentlichen nur von Pensionsabgängen (ausgenommen jungen Ärzten) ausgegangen werden.“

¹³⁶ Vgl. Auskunft eines KRAGES-Mitarbeiters vom 10.01.2011.

¹³⁷ Vgl. GB 2007, S. 4.

11. Schlussbemerkungen

Zusammenfassend hob der BLRH folgende Empfehlungen hervor:

(1) Der BLRH empfahl eine detaillierte Analyse der Erhöhung der fallabhängigen Kosten im Krankenhaus Güssing.

(2) Der BLRH regte eine detaillierte Analyse der beträchtlichen Steigerungen der Kosten pro stationärer Aufnahme sowie der Kosten pro Pfl egetag von 2008 auf 2009 an, zumal die fallabhängigen Kosten im gesamten Betrachtungszeitraum ebenfalls deutlich gestiegen waren und keine wesentliche Änderung des medizinischen Leistungsangebots bekannt war.

(3) Der BLRH wies auf die Tatsache hin, dass stetig steigende Kosten stagnierenden bzw. fallenden Erträgen gegenüberstehen und empfahl, Maßnahmen zur Gegensteuerung zu ergreifen.

(4) Im Hinblick auf die im LAKAP festgelegte Gesamtbettenrichtzahl empfahl der BLRH auf eine Neusystemisierung der Bettenanzahl hinzuwirken.

(5) Der BLRH empfahl, aufgrund der Kollision der gesetzlich festgelegten Berichtspflicht über die Personalplanung mit der Funktion der KRAGES als Entscheidungsträgerin in Personalangelegenheiten auf die Adaptierung der gesetzlichen Regelung hinzuwirken.

(6) Der BLRH empfahl, im Hinblick auf eine einheitliche Vollziehung, die Gestaltung der Dienstpläne auf elektronischer Basis weitestgehend zu vereinheitlichen sowie eine Implementierung einer Koppelung der Dienstpläne an die Abrechnung auch bei anderen Berufsgruppen als den Ärzten zu überlegen.

(7) Der BLRH empfahl eine Analyse der Personalausstattung im KH Güssing in genereller Hinsicht und speziell in den Bereichen des Krankenpflegefachdienstes und des Betriebspersonals.

(8) Im Hinblick auf die Altersstruktur im Pflegebereich wies der BLRH auf die für das Management anfallenden Aufgaben in Bezug auf Wissenstransfer bei steigenden Personalabgängen, Stärkung von bereits tätigen Pflegebediensteten bzw. Nachwuchspflegekräften durch Fortbildungsprogramme, aber auch auf den Erhalt der Leistungsfähigkeit älterer Mitarbeiter hin.

(9) Der BLRH empfahl eine an die Umstände im KH Güssing angepasste Personalstrategie zu erarbeiten, um auf die mittel- bis langfristigen Veränderungen im Personalstand im KH reagieren zu können.

(10) Der BLRH empfahl, die Entwicklung der Krankenstandstage in den Bereichen des geh. med. techn. Dienstes und des Reinigungs- und Küchendienstes zu verfolgen. Erforderlichenfalls empfahl der BLRH die Einleitung von Untersuchungen und allenfalls Ergreifung erforderlicher Maßnahmen, um ein weiteres Ansteigen der Krankenstände hintanzuhalten bzw. diese zu verringern.

Eisenstadt, im Oktober 2011

Der Landes-Rechnungshofdirektor

Dipl.-Ing. Franz M. Katzmann e.h.