

**Prüfbericht über  
das Landeskrankenhaus Bregenz**

Bregenz, im September 2007

## Inhaltsverzeichnis

Vorlage an den Landtag und die Landesregierung	3
Darstellung der Prüfungsergebnisse	3
Prüfungsgegenstand und Ablauf	4
Zusammenfassung der Ergebnisse	5
<b>1 Rahmenbedingungen</b>	<b>8</b>
1.1 Rechtliche Grundlagen	9
1.2 Versorgungsauftrag	12
<b>2 Organisation</b>	<b>16</b>
2.1 Struktur und Organe	16
2.2 Personalausstattung und -einteilung	21
<b>3 Medizinische Leistungsbereiche</b>	<b>28</b>
3.1 Abrechnung der Leistungen (LKF-System)	28
3.2 Bettenführende Einrichtungen	30
3.3 Nicht bettenführende Einrichtungen	33
<b>4 Finanz- und Ertragslage</b>	<b>37</b>
Abkürzungsverzeichnis	45

## **Vorlage an den Landtag und die Landesregierung**

Der Landes-Rechnungshof hat gemäß Artikel 70 der Landesverfassung dem Landtag und der Landesregierung über seine Tätigkeit und die Ergebnisse seiner Prüfungen zu berichten.

Gemäß § 5 des Gesetzes über den Landes-Rechnungshof in der geltenden Fassung hat der Landes-Rechnungshof nach einer durchgeführten Gebarungsprüfung unverzüglich einen Bericht vorzulegen.

## **Darstellung der Prüfungsergebnisse**

Der Landes-Rechnungshof gibt in diesem Bericht dem Landtag und der Landesregierung einen detaillierten Überblick über die Gebarungsprüfung des Landeskrankenhauses Bregenz.

Er konzentriert sich dabei auf die aus seiner Sicht bedeutsam erscheinenden Sachverhaltsdarstellungen, die Bewertung von Stärken, Schwächen und Risiken sowie die daran anknüpfenden Empfehlungen.

Berichte über die Prüfungen durch den Landes-Rechnungshof scheinen auf den ersten Blick eher nur Defizite aufzuzeigen. Dies bedeutet aber nicht, dass die Arbeit der geprüften Stellen generell mangelhaft ist, selbst wenn die Darstellung von Stärken aus deren Sicht zu kurz kommt. Vielmehr soll das oft schon vorhandene Bewusstsein über Verbesserungspotenziale und die Umsetzung der gegebenen Empfehlungen dazu beitragen, das anerkannt hohe Leistungsniveau nach den Grundsätzen der Wirtschaftlichkeit, Sparsamkeit und Zweckmäßigkeit noch zu verbessern.

Bei dem Zahlenwerk wurden gegebenenfalls kaufmännische Auf- und Abrundungen vorgenommen.

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

### **Prüfungsgegenstand und Ablauf**

Der Landes-Rechnungshof prüfte von März bis Juni die Gebarung des Landeskrankenhauses Bregenz (LKHB). Prüfungsschwerpunkte waren die medizinischen Leistungsbereiche, die personelle Situation, Auslastungsgrade und die Finanz- und Ertragslage. Verwaltung, Wirtschaft und Technik mit den angeschlossenen Einrichtungen sowie die Neu- und Umbaumaßnahmen waren nicht Gegenstand der Prüfung.

Die Prüfungsergebnisse wurden der Geschäftsführung der Krankenhaus-Betriebsgesellschaft mbH (KHBG) am 10. August 2007 zur Kenntnis gebracht. Die KHBG gab am 17. September 2007 eine Stellungnahme ab, die vom Landes-Rechnungshof in den Prüfbericht eingearbeitet wurde.

## **Zusammenfassung der Ergebnisse**

Im Jahr 1992 übernahm das Land Vorarlberg das heutige Landeskrankenhaus Bregenz (LKHB) von der Stadt Bregenz. Die Übergabe der Rechtsträgerschaft an die Krankenhaus-Betriebsgesellschaft mbH (KHBG) erfolgte im Jahr 2001. Die bis dahin dislozierte Unfallchirurgische Abteilung wurde im April 2005 in das Haupthaus des LKHB integriert.

Das LKHB ist gemäß Spitalgesetz ein Standardkrankenhaus. Der Vorarlberger Spitalplan 2005 legt für das LKHB eine Obergrenze von 275 Betten fest. Die tatsächlichen Betten entsprechen in Summe dem Spitalplan, unterscheiden sich jedoch in der Aufteilung auf die einzelnen Fächer.

Der Personalstand des LKHB ist auf Basis der aktuellen Fallzahlen deutlich überdimensioniert. Wird das Verhältnis der Dienstposten zu den behandelten Fällen mit anderen Häusern verglichen, ergibt sich eine personelle Überbesetzung bei nahezu allen Funktionsgruppen. Ausgehend von den aktuellen Fallzahlen zeigen Benchmarks mit vergleichbaren Krankenhäusern ein deutliches Abbaupotenzial.

Das LKHB ist im Verhältnis zu den erbrachten Leistungen nach wie vor unwirtschaftlich. Festzuhalten ist, dass die KHBG bereits erste Maßnahmen gesetzt hat, um die Kosten zu senken.

Die Überstundenstände sind zu hoch. Die Dienstplanverantwortlichen einzelner Abteilungen nehmen ihre Führungsverantwortung in der Personaleinteilung und Steuerung zu wenig wahr. Auf Grund der personellen Überbesetzung hat ein gezielter Abbau der Überstunden durch Zeitausgleich zu erfolgen.

Der medizinische Bereich besteht aus dem stationären Bereich sowie den Ambulanzen und gliedert sich in mehrere Abteilungen. Da Betten und Personal jeweils den medizinischen Fächern und einzelnen Stationen zugeordnet sind, wird ein wirtschaftlicher Ressourceneinsatz erschwert. Die Führungsstruktur der Pflege sollte gestrafft und ein interdisziplinärer Ressourceneinsatz forciert werden.

Das LKHB verfügt über sechs OP-Säle, die mit durchschnittlich 51 Prozent ausgelastet sind. Ein OP wird nur im Ausmaß von zehn Prozent der Betriebszeit in Anspruch genommen. Die OP-Kapazitäten sind daher dem aktuellen Bedarf anzupassen, um die anfallenden Vorhalte- und Personalkosten einzusparen. Die Ambulanzfrequenz ist erfahrungsgemäß aufgrund der unzureichenden Bereitschaftsdienste im niedergelassenen Bereich relativ hoch. Maßnahmen zur Konsolidierung sind einzuleiten.

Trotz einer kontinuierlichen Reduktion ist die durchschnittliche Verweildauer im LKHB geringfügig höher als in vergleichbaren Häusern. Die einzelnen Fächer weisen Unterschiede in der Entwicklung der Auslastung, Fallzahlen und Verweildauer auf. Die Tagesklinische Versorgung gewinnt weiter an Bedeutung, die Erfordernisse sind noch zu konkretisieren.

Das LKHB hat in Relation zu anderen Krankenhäusern in Vorarlberg zu hohe Abgänge und dadurch zusätzlich zu finanzierende Trägerverluste. Die Ursachen liegen überwiegend in zu hohen Personalkosten, bei einer zu geringen Ertragskraft. Falls die Integration der beiden Abteilungen des Landeskrankenhauses (LKH) Hohenems nicht die erwartete Ertragssteigerung bringt, sind zusätzlich Personalreduktionen notwendig.

Eine wirtschaftliche Führung des LKHB wird nur durch eine Steigerung der Fallzahlen oder durch deutliche Kostenreduktionen realisierbar. Steigende Fallzahlen werden von der KHBG durch die geplante Verlagerung der Chirurgie und Unfallchirurgie aus dem LKH Hohenems erwartet. Zudem sieht der Österreichische Strukturplan Gesundheit eine Erhöhung der Fallzahlen um rund zehn Prozent bis 2010 vor.

Am Beispiel des LKHB wird deutlich, dass die bestehende Versorgungsstruktur in Vorarlberg zu optimieren ist. Eine wirtschaftliche Führung der Krankenhäuser bedingt daher weitere Verlagerungen und Bündelungen von medizinischen Leistungsbereichen wie am Beispiel des LKH Hohenems aufgezeigt wird. Ziel muss es sein, eine bedarfsgerechte und finanzierbare Versorgungsstruktur in Vorarlberg zu gewährleisten.

## Kennzahlen des Landeskrankenhauses Bregenz

**Zweck** Erbringung spezialisierter Spitalsbetreuung bei Patienten, die infolge der Schwere der Krankheit oder Behinderung bzw wegen des technischen und wirtschaftlichen Aufwands der Untersuchung und Behandlung nicht anderweitig behandelt werden können und nicht an ein Schwerpunkt- oder Zentralkrankenhaus überwiesen werden müssen

**Träger** Krankenhaus-Betriebsgesellschaft mbH (ab 2001)  
Land Vorarlberg (bis 2001)

## Leistungserbringung

	2002	2003	2004	2005	2006
Systematisierte Betten	291	291	291	275	275
Tatsächliche Betten	291	291	291	275	275
Personal	554,2	547,5	544,1	533,3	528,7
Stationäre Aufnahmen	15.875	15.543	15.741	16.353	16.648
Ambulante Fälle	41.731	43.657	43.343	44.332	46.083
Belagstage	78.332	76.110	73.496	73.613	70.579
Verweildauer in Tagen	4,93	4,89	4,67	4,51	4,24
Auslastung in Prozent	73,75	71,66	69,01	73,34	70,32

## Abschluss nach Spitalbeitragsgesetz

In Tausend €

	2002	2003	2004	2005	2006
Investitionen	996	983	1.022	940	570
Ge- und Verbrauchsgüter	5.460	5.952	6.549	6.698	6.689
Personalaufwand	27.160	27.732	27.966	28.540	29.253
Betriebsaufwand	11.306	12.796	18.457	16.491	14.231
<b>Gesamtaufwand</b>	<b>44.922</b>	<b>47.463</b>	<b>53.994</b>	<b>52.669</b>	<b>50.743</b>
<b>Einnahmen</b>	<b>27.568</b>	<b>28.681</b>	<b>33.954</b>	<b>32.176</b>	<b>31.866</b>
<b>Gebarungsabgang</b>	<b>17.354</b>	<b>18.782</b>	<b>20.040</b>	<b>20.493</b>	<b>18.877</b>

Quelle: LKHB

## 1 Rahmenbedingungen

### Historie

Am Standort des heutigen Landeskrankenhauses Bregenz (LKHB) werden seit 1837 medizinische Versorgungsleistungen erbracht. Aufgrund von Bettenmangel und geänderten Rahmenbedingungen beschloss die Stadt Bregenz im Jahr 1970 einen Neubau zu errichten. Die Inbetriebnahme des neuen Krankenhauses der Stadt Bregenz erfolgte im Frühjahr 1975.

Mit Wirkung vom 1. Jänner 1992 übernahm das Land Vorarlberg die Rechtsträgerschaft für das Krankenhaus Bregenz und für das vom Land bereits am 1. Jänner 1991 übernommene Unfallkrankenhaus Bregenz. Das Unfallkrankenhaus wurde vorerst als dislozierte Abteilung des LKHB geführt, im April 2005 erfolgte die Integration ins Hauptgebäude.

Der umfangreiche Vertrag zur Übernahme der Rechtsträgerschaft über das Krankenhaus Bregenz führt auch die Motive des Landes zu dessen Abschluss an. Die einheitliche Trägerschaft des Landes ermögliche erst die im medizinischen Interesse der Bevölkerung gelegene Zusammenführung des ehemaligen Unfallkrankenhauses Bregenz mit dem städtischen Krankenhaus Bregenz. Darüber hinaus wirke sich die gemeinsame Führung des Krankenhauses Bregenz mit den übrigen Landeskrankenhäusern auch in wirtschaftlicher Hinsicht vorteilhaft aus.

Die Vorarlberger Krankenhaus-Betriebsgesellschaft mbH (KHBG) ist seit der Übernahme des LKHB durch das Land mit dessen Führung betraut. Das Land hat der KHBG am 1. Jänner 2001 zusätzlich die Rechtsträgerschaft für das LKHB übertragen.

### Umbau- und Sanierungsphase

Das LKHB befindet sich derzeit in einer Umbau- und Sanierungsphase. Die Bauetappen 1 bis 3 mit Neubau Osttrakt, Sanierung Operationsräume und Röntgenabteilung sind bereits abgeschlossen. Derzeit wird im Zuge der Bauetappe 4 der Neubau Westtrakt mit Zentralgarderoben, Werkstätten, Eingangsbereich, Büroräumlichkeiten etc errichtet. In der Bauetappe 5 wird das bestehende Erdgeschoss umgebaut und saniert. Weitere Baumaßnahmen sind in Planung.

Die Bau- und Sanierungsmaßnahmen waren nicht Gegenstand der Prüfung.

## 1.1 Rechtliche Grundlagen

**Das Landeskrankenhaus Bregenz (LKHB) unterliegt – wie alle Krankenhäuser – zahlreichen gesetzlichen Regelungen. Die Finanzierung erfolgt aus dem Landesgesundheitsfonds, der von Bund, Sozialversicherungsträgern, Land Vorarlberg und Gemeinden dotiert wird.**

### Situation

Gemäß Artikel 12 Abs 1 Bundes-Verfassungsgesetz (B-VG), BGBl Nr 1/1930 idgF, obliegen die Angelegenheiten von Heil- und Kuranstalten in der Grundsatzgesetzgebung dem Bund, die Erlassung von Ausführungsgesetzen und die Vollziehung dem Land.

Das Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten (KAKuG), BGBl Nr 1/1957 idgF, wird auf Landesebene durch das Gesetz über Krankenanstalten (Spitalgesetz), LGBl Nr 54/2005 idgF, näher ausgeführt.

### Spitalgesetz

Im Spitalgesetz finden sich insbesondere Regelungen betreffend die Betriebsform und den Betrieb von Krankenanstalten, die Abgeltung von Leistungen der Krankenanstalten und die Verpflichtung der Landesregierung, einen landesweiten Spitalplan zu erstellen.

### Landesgesundheitsfonds

Das LKHB ist ein öffentliches Standardkrankenhaus, das grundsätzlich aus dem Landesgesundheitsfonds finanziert wird.

Der Landesgesundheitsfonds erhält seine Finanzmittel im Wesentlichen aus Beiträgen der Bundesgesundheitsagentur, der Sozialversicherungsträger und der Länder. Diese Finanzierung basiert auf der zwischen den Ländern und dem Bund abgeschlossenen Artikel 15a B-VG Vereinbarung über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, die bis Ende 2008 gilt.

Reichen diese Beiträge nicht zur Finanzierung einer Krankenanstalt aus, haben das Land und die Gemeinden gemäß Spitalbeitragsgesetz jeweils 40 Prozent des Betriebsabgangs in den Landesgesundheitsfonds einzubezahlen. Die restlichen 20 Prozent hat der Träger der Krankenanstalt selbst abzudecken.

Die an den Landesgesundheitsfonds abgeführte Betriebsabgangsdeckung wird aber nicht den tatsächlichen Verhältnissen entsprechend, sondern im selben Verhältnis wie die Mittel für die erbrachten Leistungen an die Krankenanstalten ausgeschüttet. Als Folge dieses Finanzierungssystems kann sich der Trägerselbstbehalt von 20 Prozent bei leistungsschwachen defizitären Krankenanstalten erhöhen.

Personalübernahme	Als das Land die Rechtsträgerschaft über das Krankenhaus der Stadt Bregenz übernahm, wurde den Bediensteten das Angebot unterbreitet, unter Wahrung aller bis dahin erworbenen Rechte und eingegangenen Verpflichtungen, in den Personalstand des Landes überzutreten. Dieses Angebot wurde von sämtlichen Mitarbeitern angenommen.
Allgemeine Arbeitszeitenregelung	Die arbeitszeitrechtlichen Bestimmungen für die als Angehörige von Gesundheitsberufen tätigen Bediensteten des LKHB finden sich vorwiegend im Krankenanstalten-Arbeitszeitgesetz (KA-AZG), BGBl Nr 96/1997 idgF. Dieses trifft im Wesentlichen Regelungen über das Ausmaß der Arbeitszeiten, Nachtarbeit sowie Ruhepausen und Ruhezeiten.
Überstundenregelungen	<p>Auf die Entstehung und Abgeltung von Überstundenarbeit finden landesrechtliche Bestimmungen Anwendung.</p> <p>Nach dem Landesbedienstetengesetz 1988, LGBl Nr 1/1988 idgF, liegt Überstundenarbeit vor, wenn die festgelegte regelmäßige Arbeitszeit von 40 Stunden pro Woche überschritten wird. Da bei Krankenanstalten aufgrund der Eigenart des Dienstes ein von der allgemeinen Regelung abweichender Arbeitsablauf notwendig ist, kann die Arbeitszeit für die entsprechenden Bediensteten durch Dienstplan gesondert festgelegt werden.</p> <p>Die Abteilung Personal (PrsP) im Amt der Vorarlberger Landesregierung hat im Jänner 1996 eine Richtlinie erlassen, welche Regelungen über die Arbeitszeitfestlegung in Dienstplänen und die damit verbundenen Überstunden trifft. Demnach darf die im Dienstplan festgesetzte Arbeitszeit von der Sollarbeitszeit in einer Bandbreite von +/- 24 Stunden abweichen, ohne dass dadurch ein Anspruch auf Überstundenabgeltung entsteht. Sobald ein Bediensteter innerhalb eines beliebigen Zeitraums Mehrarbeit im Umfang der doppelten Bandbreitenstunden von 48 Stunden geleistet hat, zählt jede weitere Stunde über der monatlichen Sollarbeitszeit als Überstunde. Diese sind grundsätzlich mit dem Faktor 1,5 abzugelten.</p>
Überstundenpauschale für Ärzte	Den Ärzten des LKHB wird zusätzlich jeden Monat 20 Prozent des Gehalts als Überstundenpauschale für 24 Überstunden zugestanden. Die Primar- sowie die Turnusärzte sind von dieser Regelung ausgenommen, zwei Ärzte mit einer außerhalb des LKHB geführten Privatordination haben eine Überstundenpauschale für 12 Überstunden. Aus den geführten Dienstplänen kann entnommen werden, dass diese Überstundenpauschale zu einer Erhöhung der Sollarbeitszeit um 24 bzw 12 Stunden führt.
Berufsbild des diplomierten Pflegepersonals	Gemäß dem Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG), BGBl Nr 95/1998 idgF, untergliedert sich das Tätigkeitsfeld des diplomierten Pflegepersonals in einen eigen- sowie einen mitverantwortlichen Bereich.

Der eigenverantwortliche Tätigkeitsbereich umfasst die eigenverantwortliche Diagnostik, Planung, Organisation, Durchführung und Kontrolle aller pflegerischen Maßnahmen im intra- und extramuralen Bereich (Pflegeprozesse), die Gesundheitsförderung und -beratung im Rahmen der Pflege, die Pflegeforschung sowie die Durchführung administrativer Aufgaben im Rahmen der Pflege.

In den mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich fallen jene grundsätzlich ärztlichen Tätigkeiten, die an diplomierte Pflegepersonen delegiert werden können. Dieser Bereich umfasst beispielsweise die Verabreichung von Arzneimitteln, die Vorbereitung und Verabreichung von subkutanen, intramuskulären und intravenösen Injektionen sowie die Blutentnahme aus der Vene und aus den Kapillaren.

Bei der Delegation trägt der Arzt die Verantwortung für die Anordnung, die Durchführungsverantwortung liegt bei der diplomierten Pflegekraft. Sowohl die Anordnung als auch die Durchführung sind schriftlich zu dokumentieren.

## **Bewertung**

Die rechtlichen Rahmenbedingungen für den Betrieb und die Finanzierung eines Krankenhauses sind geprägt durch zahlreiche Regelungen auf Bundes- und Landesebene. Insbesondere das Finanzierungssystem ist sehr komplex und belastet im Fall eines defizitären Krankenhauses neben dessen Träger das Land und die Wohnsitzgemeinden der jeweiligen Patienten.

Die vorliegende Überstundenregelung des Landes ist eine Vorgabe für die Personaleinteilung, um zu vermeiden, dass der tatsächliche Personaleinsatz stark von der Sollarbeitszeit abweicht. Die Überstundenpauschale ist im Gegensatz zur gängigen Praxis in der Privatwirtschaft auf 24 Stunden limitiert. Sie erhöht die Sollarbeitszeit, deckt jedoch nicht sämtliche Überstunden pauschal ab.

Die derzeit im GuKG getroffenen Regelungen der Befugnisse von Pflegekräften lassen hinsichtlich des mitverantwortlichen Tätigkeitsbereichs unterschiedliche Auslegungen zu. Nach Ansicht des Landesrechnungshofs ist die Aufteilung der Tätigkeitsfelder möglichst den Anforderungen des Krankenhausbetriebs entsprechend zu handhaben.

## 1.2 Versorgungsauftrag

**Der Vorarlberger Spitalplan 2005 legt auch für das Landeskrankenhaus Bregenz (LKHB) die Bettenobergrenzen fest. Bei einer Zielauslastung von 80 Prozent wäre ein Bettenabbau möglich. Der Spitalplan 2010 ist in Arbeit, die Akut- und Nachsorgebetten sind den künftigen Erfordernissen anzupassen.**

### Situation

Das LKHB ist eine Standardkrankenanstalt im Sinne des § 4 Abs 1 lit a Spitalgesetz. Als solches erfüllt es gemäß Anstaltsordnung die Bedürfnisse der Patienten nach spezialisierter Spitalsbetreuung, die infolge der Schwere der Krankheit oder Behinderung bzw wegen des technischen und wirtschaftlichen Aufwands der Untersuchung und Behandlung nicht anderweitig behandelt werden können und nicht an ein Schwerpunkt- oder Zentralkrankenhaus überwiesen werden müssen.

### Österreichischer Strukturplan Gesundheit

Der Österreichische Strukturplan Gesundheit (ÖSG) ist die verbindliche Grundlage für die integrierte Planung der österreichischen Gesundheitsversorgungsstruktur. Der ÖSG 2006 umfasst unter anderem den stationären Akutbereich mit Planungshorizont 2010 auf Ebene der Versorgungsregionen und Versorgungszonen.

Die Versorgungsmatrix im ÖSG geht von einer Steigerung der Krankenhaus-Aufenthalte von vorarlbergweit 100.457 Fällen im Jahr 2004 auf 114.327 Fälle im Jahr 2010 aus. Das entspricht einer Zunahme um 13,8 Prozent.

### Spitalplan

Zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten stationären Krankenversorgung hat die Landesregierung laut Spitalgesetz für Fondskrankenanstalten einen Spitalplan zu erlassen. Dieser legt unter Bedachtnahme auf den Krankenanstalten-Typ und den Standort die jeweils höchstzulässige Bettenzahl fest.

Die Verordnung der Landesregierung über den Vorarlberger Spitalplan 2005 sieht für das LKHB insgesamt 275 Planbetten vor. In Summe entsprechen die tatsächlichen Betten dem Spitalplan, innerhalb der verschiedenen Fächer weichen jedoch die Betten zum Teil vom Spitalplan ab.

### Gegenüberstellung tatsächliche Betten : Betten laut Spitalplan 2005

Abteilung	Spitalplan 2005	Stand 2007	Differenz
Chirurgie	47	50	+3
Innere Medizin	70	93	+23
Intensivstation	8	8	0
Intensiv (Kinder)	5	5	0
Gynäkologie/Geburtshilfe	40	34	-6
Pädiatrie	25	25	0
HNO	4	4	0
Urologie	20	20	0
Unfallchirurgie	36	36	0
Nachsorge	20	0	-20
<b>Gesamt</b>	<b>275</b>	<b>275</b>	<b>0</b>

Quelle: Spitalplan, LKHB

Der Spitalplan legt Bettenobergrenzen fest, die nicht zwingend zu erfüllen, sondern bedarfsgerecht zu gestalten sind. Werden ausgehend von den Fällen im Jahr 2006 die benötigten Betten bei einer Zielauslastung von 80 Prozent (außer Pädiatrie mit 75 Prozent) berechnet, verfügt das LKHB derzeit über 22 Betten zu viel. Bei einer Normauslastung laut Österreichischer Bundesanstalt für Gesundheit (ÖBIG) von 85 Prozent ergibt sich eine Überkapazität von 46 Betten.

#### Nachsorge

Die im Spitalplan für das LKHB vorgesehenen 20 Nachsorgebetten existieren derzeit nicht. Die Innere Medizin verfügt mit 93 Betten über 23 Betten mehr als im Spitalplan vorgesehen. Die Chirurgie liegt mit 50 Betten drei Betten über dem Plan, in der Gynäkologie/Geburtshilfe sind derzeit sechs Betten weniger realisiert.

Zurzeit wird der neue Spitalplan 2010 ausgearbeitet, die Fertigstellung ist bis Ende dieses Jahres geplant.

Durch die für Anfang 2008 geplante Verlagerung der Allgemeinen Chirurgie und Unfallchirurgie vom LKH Hohenems in die umliegenden Krankenhäuser erwartet die KHBG auch eine Zunahme der Fälle im LKHB. Eine Prognose der KHBG im Zuge der Strukturoptimierung im LKH Hohenems zeigt eine Verlagerung von 36 Prozent der unfallchirurgischen und zehn Prozent der chirurgischen Fälle nach Bregenz.

#### Bewertung

Insgesamt entspricht der aktuelle Bettenstand dem Spitalplan. Anstelle der vorgesehenen 20 Nachsorgebetten sind mehr Betten in anderen Abteilungen, vor allem in der Inneren Medizin, vorhanden. Die höhere Anzahl der Betten in der Inneren Medizin resultiert unter anderem aus einer fehlenden Nachsorgeeinrichtung sowie einer überdurchschnittlich hohen Zahl an neurologischen Patienten.

Für den aktuellen Bedarf ist daher das LKHB in dieser Größe überdimensioniert. Die Verlagerung der Allgemeinen Chirurgie und Unfallchirurgie aus dem LKH Hohenems sowie eine Zunahme der Fälle gemäß ÖSG werden die Auslastung jedoch anheben, wodurch das LKHB künftig seine Berechtigung erhalten könnte.

Im Zuge des Umbaus des Krankenhauses Sanatorium Mehrerau ist die Errichtung von 20 Nachsorgebetten vorgesehen. Nach ersten Entwürfen des Spitalplans 2010 verändert sich die Anzahl der Betten im LKHB nur marginal, unter anderem ist die Verlagerung der Nachsorge in die Mehrerau geplant. Grundsätzlich sind Nachsorgeeinrichtungen außerhalb des Akutbereichs anzusiedeln, da die Versorgung in diesem Bereich teurer ist. Nach Ansicht des Landes-Rechnungshofs ist daher die Nachsorge in der Mehrerau zweckmäßiger.

Zur Verbesserung der Schnittstelle zwischen medizinischer Behandlung im Krankenhaus und dem Übergang in die Nachsorge oder Pflege ist ein ausreichendes Entlassungsmanagement notwendig. Darüber hinaus kann dies zu einer Verringerung der Verweildauer beitragen.

#### **Empfehlung**

Der Landes-Rechnungshof empfiehlt, den tatsächlichen Bedarf an Nachsorgebetten im Einzugsgebiet des LKHB zu erheben und eine Konzentration außerhalb des Akutbereichs anzustreben.

Weiters empfiehlt der Landes-Rechnungshof, den Spitalplan für das LKHB hinsichtlich der Bettenverteilung auf die einzelnen Fächer den tatsächlichen Erfordernissen anzupassen.

#### **Stellungnahme KHBG**

*Die Praxis zeigt, dass eine Zielauslastung von 80 % über ein gesamtes Krankenhaus ohne die Aufstellung von „Reservebetten“, die in der Statistik nicht aufscheinen, kaum realisierbar ist. Dies liegt allein schon darin begründet, dass der Großteil der Patienten montags stationär aufgenommen und möglichst noch vor dem Wochenende entlassen wird.*

*Auch im vorliegenden Entwurf zum Vorarlberger Spitalplan 2010 wird nicht von einer 80%-igen Auslastung über alle medizinischen Fächer und Krankenhäuser ausgegangen. Der ÖSG sieht überhaupt keine Betten mehr vor und relativiert somit das Thema „Auslastung“. Abteilungen, die permanent eine mehr als 80%-ige Auslastung aufweisen, wie z.B. die Abteilung für Urologie im LKHB, benützen im Rahmen der gesetzlichen Möglichkeiten (§ 69 Spitalgesetz) Betten anderer Abteilungen mit oder verwenden im Bedarfsfall kurzfristig „Zusatzbetten“. Insoweit etwa die Abteilung für Urologie des LKHB Betten der dortigen Abteilung Chirurgie mitbenützt, kann die Abteilung Chirurgie nicht die geforderte 80%-ige Auslastung erreichen. Auslastungen im Ausmaß von mehr als 80% sind in der Regel nur bei so genannten Langlieger-Abteilungen realistisch (z.B. Abteilungen für Psychiatrie).*

*Von der Bettenkapazität her ist das LKH Bregenz gerade im Hinblick auf die Übersiedlung der Abteilungen Chirurgie und Unfallchirurgie vom LKH Hohenems an das LKH Bregenz keinesfalls überdimensioniert. Die Auslastung ist in den anderen Krankenhäusern Vorarlbergs in etwa gleich hoch (1. HJ 2007 LKHB 74 %). Wenn eine Nachsorgeeinrichtung im Krankenhaus Mehrerau errichtet wird, dann können diese Bettenkapazitäten im LKH Bregenz abgebaut werden; dies sehen bereits der Vorarlberger Spitalplan 2005 und auch frühere Fassungen vor.*

*Der Nachsorge-Bettenbedarf im Einzugsgebiet LKH Bregenz ist evident. Dieser Bedarf wurde bereits im Vorarlberger Spitalplan 2005 berücksichtigt. Eine Neufassung des Vorarlberger Spitalplans 2010 ist derzeit in Ausarbeitung.*

#### **Kommentar L-RH**

Die Bettenauslastung ist nicht die einzige Kennzahl für die Wirtschaftlichkeit eines Krankenhauses. Als Basis für die Planung ist es jedoch üblich Zielauslastungen anzunehmen.

Neben externen Experten wie beispielsweise dem ÖBIG setzt auch der Spitalfonds zur Berechnung der Bettenkapazität im Spitalplan eine Zielauslastung an. Dem Landes-Rechnungshof wurde vom Spitalfonds eine Aufstellung übermittelt, in der für jedes Fach eine Zielauslastung festgelegt ist. Für die Fächer im LKHB wurde mit Ausnahme der Pädiatrie eine Auslastung von 80 Prozent angesetzt. Studien, die von der KHBG beauftragt wurden, setzten Zielauslastungen bis zu 85 Prozent an.

Der Hinweis, dass die Auslastung im Durchschnitt der Vorarlberger Krankenhäuser liegt, rechtfertigt keineswegs die überdimensionierte Bettenkapazität im LKHB. Diese ist vielmehr ein Indikator für die gewachsene Spitalsinfrastruktur in Vorarlberg, die künftig auf der Basis eines Gesamtkonzepts eine Optimierung erfordert.

## 2 Organisation

### 2.1 Struktur und Organe

**Die Struktur des Landeskrankenhauses Bregenz (LKHB) entspricht der eines Standardkrankenhauses. Da Betten und Personal jeweils den medizinischen Fächern und einzelnen Stationen zugeordnet sind, wird ein wirtschaftlicher Ressourceneinsatz erschwert. Die Führungsstruktur der Pflege sollte gestrafft und ein interdisziplinärer Ressourceneinsatz forciert werden.**

#### Situation

Das LKHB gliedert sich in einen medizinischen Bereich, einen Pflegebereich sowie in den Servicebereich Verwaltung, Wirtschaft und Technik. Der medizinische Bereich besteht aus dem stationären Bereich und den Ambulanzen und gliedert sich in mehrere Abteilungen:

- Allgemeine Chirurgie
- Anästhesiologie und Intensivbehandlung
- Gynäkologie und Geburtshilfe mit Neugeborenenstation
- Innere Medizin
- Kinder- und Jugendheilkunde einschließlich Neonatologie
- Röntgendiagnostik
- Unfallchirurgie
- Urologie

Die Intensivstation wird interdisziplinär geführt. Für HNO-Patienten stehen Betten zur Verfügung, die organisatorisch in die Chirurgie integriert sind. Die größeren Abteilungen sind in mehrere Stationen gegliedert. Die Chirurgie und Innere Medizin umfassen jeweils drei, die Unfallchirurgie und Gynäkologie/Geburtshilfe jeweils zwei Stationen.

Die Spezialfächer HNO, Zahn und Augen werden durch Konsiliarärzte abgedeckt. Konsiliarärzte sind nicht im Krankenhaus angestellt und erbringen zumeist auf Werkvertragsbasis ärztliche Leistungen. Es kann sich hierbei sowohl um Ärzte aus dem niedergelassenen Bereich als auch um Ärzte aus anderen Krankenhäusern handeln.

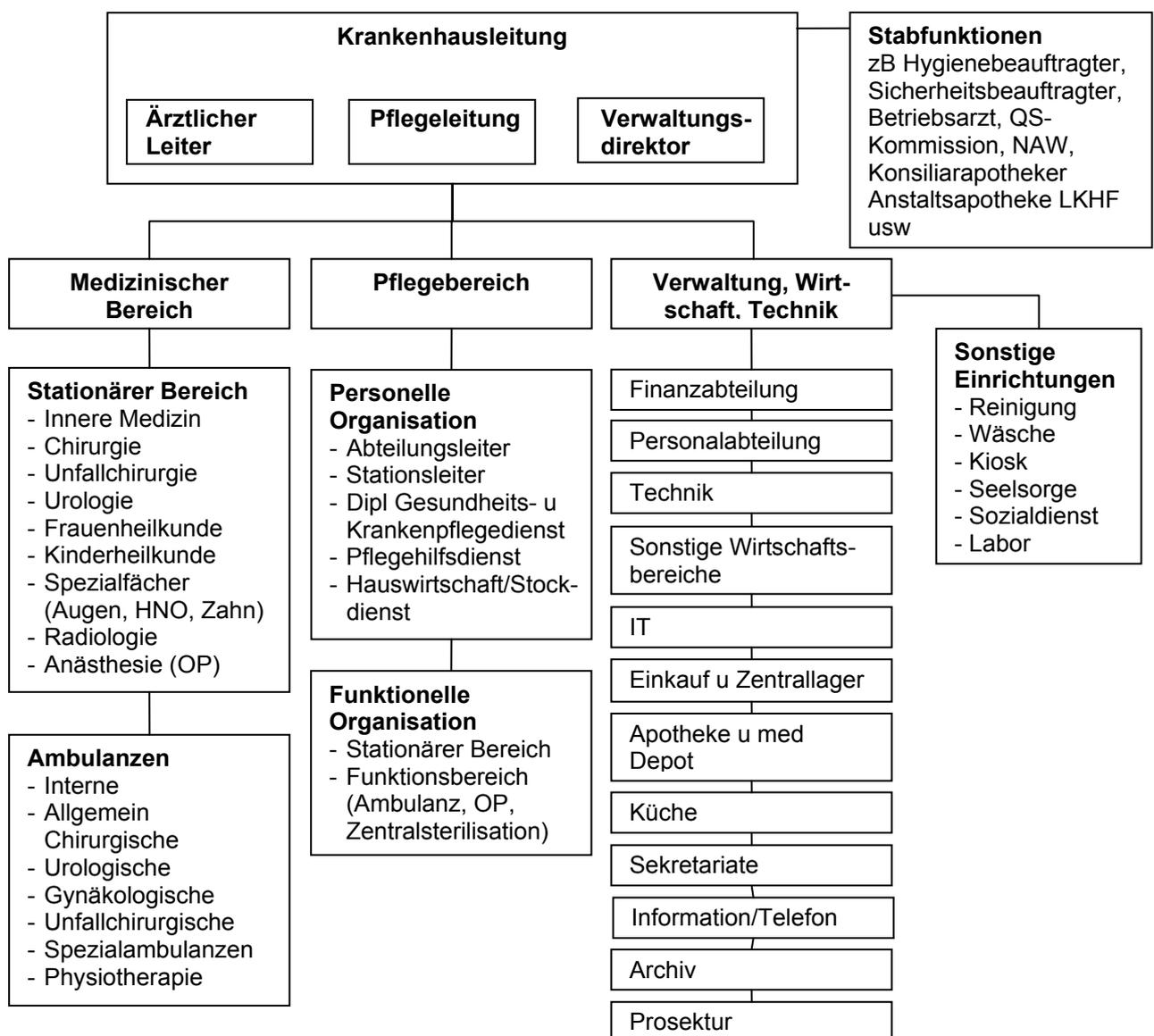
Dem Servicebereich sind die sonstigen Einrichtungen wie Reinigung, Wäsche oder Labor zugeordnet. Stabstellen wie Hygienebeauftragter und Qualitätssicherungskommission unterstehen direkt der Krankenhausleitung (KHL).

**Dienstbereiche**

Die Dienstbereiche des LKHB gliedern sich in den

- ärztlichen Dienst einschließlich Krankenhaushygieniker, Hygienebeauftragte und medizinisch-technische Dienste,
- Verwaltungs-, Wirtschafts- und Technischen Dienst mit den betrieblichen Sozialeinrichtungen sowie
- Pflegedienst mit dem Tätigkeitsbereich des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege, der Pflegehilfe und Haushaltshilfe.

**Organigramm des Landeskrankenhauses Bregenz**



Quelle: LKHB

Pflegebereich	<p>Die Führungsstruktur des Pflegebereichs gliedert sich in die Pflegedienstleitung sowie in die Abteilungs- und Stationsleitungen.</p> <p>Die Pflegedienstleitung hat die Aufgabe, die sachgemäße Ausübung der Gesundheits- und Krankenpflege sicherzustellen und für die sorgfältige Ausführung der ärztlichen Anordnungen Sorge zu tragen.</p> <p>Das Leistungsspektrum der Abteilungsleitungen umfasst Führungsaufgaben und Administration wie beispielsweise</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Unterstützung, Beratung und Vertretung der Stationsleitungen,</li><li>- Koordination des Personaleinsatzes,</li><li>- Verwaltung, Bestellung und Kontrolle von Medikamenten und</li><li>- Koordination und Organisation der Patienteneinberufung.</li></ul> <p>Einzelne Fächer sind in der Pflege zu einer Abteilung zusammengefasst wie zB Chirurgie, Unfallchirurgie und Urologie. Insgesamt sind fünf Abteilungsleiter im stationären Bereich und eine Leitungskraft im ambulanten Bereich tätig.</p> <p>Den insgesamt 18 Stationsleitungen obliegt neben fachlich-pflegerischen Tätigkeiten die Gesamtleitung und Gestaltung des Pflegedienstes ihrer Station sowie der gesamte Einsatz der ihr unterstellten Pflegekräfte. Im administrativen Bereich deckt sich das Aufgabenspektrum mit jenem der Abteilungsleitungen. Die Medikamenten- und Patientenverwaltung erfolgt somit in Zusammenarbeit dieser beiden Führungsebenen.</p>
Stabstellen	<p>Zur Wahrung der Krankenhaushygiene gemäß § 18 Anstaltsordnung wurden ein hygienebeauftragter Arzt sowie eine Hygienefachkraft bestellt. Die Aufgaben des Hygieneteams umfassen sämtliche Belange der Krankenhaus-Hygiene wie beispielsweise die Erstellung und Aktualisierung des Hygieneplans, Beratung und innerbetriebliche Fortbildung oder regelmäßige Begehungen. Ein speziell erstellter Hygieneleitfaden gilt als Grundlage und Vorgabe für die Mitarbeiter.</p> <p>Die Qualitätssicherungskommission gemäß § 26 Anstaltsordnung wurde als Stabstelle zur KHL eingerichtet. Die Kommission hat die Aufgabe, Maßnahmen der Qualitätssicherung zu initiieren, zu koordinieren und zu unterstützen, die Umsetzung der Qualitätssicherung zu fördern und die KHL bei der Durchführung der Maßnahmen der Qualitätssicherung zu beraten.</p>
Organe	<p>Die Führung des LKHB erfolgt durch die KHL. Diese besteht aus dem Verwaltungsdirektor, dem ärztlicher Leiter (Chefarzt) und dem Pflegedienstleiter.</p>

Gemäß Anstaltsordnung aus dem Jahr 2002 hat die KHL unter Aufsicht der KHBG die laufenden Geschäfte des Krankenhauses zu führen und zu überwachen. Die Leitung bzw das im Einzelfall bevollmächtigte Mitglied ist der Geschäftsführung der KHBG für die ordnungsmäßige Betriebsführung im Rahmen der Zielsetzung unter Berücksichtigung der Grundsätze der Zweckmäßigkeit, Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit verantwortlich.

#### **Tätigkeitsbereiche**

Das GuKG gliedert den Tätigkeitsbereich des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege in den mitverantwortlichen und eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereich. Von Seiten der Pflegeleitung wurde im Jahr 1998 aufgrund der Novellierung des GuKG eine Dienstanweisung über pflegerische Tätigkeiten an alle Pflegekräfte des LKHB erteilt. In der Auslegung des GuKG sind hinsichtlich der Anordnung mitverantwortlicher Tätigkeitsbereiche unterschiedliche Sichtweisen zwischen Pflege und Ärzteschaft vorhanden. Zur Klärung der Rechtsfrage gibt die KHBG ein Rechtsgutachten in Auftrag.

#### **Privatpraxen**

Die Dienstverträge der Primärärzte erlauben es, Privatpraxen im LKHB zu führen. Von den Honorareinnahmen werden 20 Prozent als Anstaltsanteil vom Krankenhaus in Abzug gebracht. Die Tätigkeit in der Privatpraxis hat ausschließlich in der Freizeit zu erfolgen. Einer der Primare sowie zwei Oberärzte führen Privatordinationen außerhalb des LKHB. Sie verfügen über Altverträge, die vor Übernahme des LKHB durch das Land mit der Stadt Bregenz abgeschlossen wurden und eine Nebenbeschäftigung außer Haus erlauben. Im Jahr 2006 wurden rund 571 Patienten in den Privatordinationen im LKHB aufgenommen, der Großteil davon entfällt auf die Urologie.

#### **Bewertung**

Die Struktur des LKHB entspricht der eines Standardkrankenhauses. Den einzelnen Fächern sind jeweils Betten und Personal zugeordnet. Ein interdisziplinärer Einsatz bestehender Ressourcen könnte die Wirtschaftlichkeit steigern, ist jedoch in der Praxis noch auszubauen. Die abteilungsübergreifende Nutzung von Personal und Betten ist bei den Abteilungsleitern noch nicht ausreichend verankert.

Die Führungsstruktur im Pflegebereich des LKHB besteht aus drei Ebenen, die zum Teil sich überschneidende Administrations- und Führungsaufgaben wahrnehmen. Die Funktion des Pflege-Abteilungsleiters im LKHB ist nach Ansicht des Landes-Rechnungshofs nicht zwingend erforderlich.

In vergleichbaren Häusern wie beispielsweise im Krankenhaus Dornbirn besteht die Führung in der Pflege aus der Pflegeleitung und den Stationsleitungen. Die Ebene des Abteilungsleiters existiert nicht. In den Ambulanzen ist lediglich eine zusätzliche Pflegekraft fächerübergreifend als „Springerin“ und in der Koordination tätig.

Die unterschiedlichen Auslegungen des GuKG durch Pflege- und Ärzteschaft in Bezug auf den mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich verursachen zum Teil Reibungsverluste in den Arbeitsabläufen. Daraus resultiert ein überhöhter Ressourcenbedarf.

Aufgrund von Altverträgen betreiben einzelne Ärzte Privatordinationen außerhalb des LKHB. Zwischenzeitlich stimmt die KHBG als Betreiber nur noch Privatordinationen im LKHB zu. Der Landes-Rechnungshof begrüßt diese Vorgehensweise, da Privatordinationen im niedergelassenen Bereich zu Interessenskonflikten führen können.

#### **Empfehlung**

Der Landes-Rechnungshof empfiehlt, im LKHB die Führungsstruktur in der Pflege zu straffen.

Weiters empfiehlt der Landes-Rechnungshof, die abteilungsübergreifende Nutzung von Ressourcen, beispielsweise im Bereich Pflegepersonal und Bettenbelegung, zu verstärken.

#### **Stellungnahme KHBG**

*Die abteilungsübergreifende Nutzung von Ressourcen erfordert in der Praxis sehr gute organisatorische Voraussetzungen. In Ansätzen wie beispielsweise in der Abteilung Urologie werden Betten im Rahmen der gesetzlichen Möglichkeiten (§ 69 Spitalgesetz) bereits fächerübergreifend genutzt. Die interdisziplinäre Nutzung von Personal und Betten könnte noch ausgebaut werden; gesetzliche Beschränkungen sind allerdings zu beachten.*

## 2.2 Personalausstattung und -einteilung

**Der Personalstand des Landeskrankenhauses Bregenz (LKHB) ist auf Basis der aktuellen Fallzahlen deutlich überdimensioniert. Die Überstunden sind zu hoch. Die Dienstplanverantwortlichen einzelner Abteilungen nehmen ihre Führungsverantwortung in der Personaleinteilung und Steuerung zu wenig wahr.**

### Situation

Das LKHB verfügte im Jahr 2006 über rund 528,7 Dienstposten. Die größte Gruppe bildet mit 44 Prozent der Krankenpflegefachdienst inklusive Hebammen. Der Anteil der Ärzte inklusive 26 Turnusärzte umfasst 18 Prozent. In weiterer Folge entfallen 15 Prozent auf Betriebspersonal und Angestellte in handwerklicher Verwendung, neun Prozent auf Verwaltungs- und Kanzleipersonal, acht Prozent auf Pflegehilfe/Sanitätshilfsdienst, fünf Prozent auf medizinisch-technisches und ein Prozent auf sonstiges Personal.

### Entwicklung des Personalstands

Die Anzahl der tatsächlichen Beschäftigten laut Kostenrechnung (korrigierte Beschäftigte) inklusive Turnusärzte und Lehrlinge sank von 554,2 im Jahr 2002 auf 528,7 im Jahr 2006 um 4,6 Prozent.

### Korrigierte Beschäftigte in den Jahren 2002 bis 2006

	2002	2003	2004	2005	2006
Ärzte inkl Turnusärzte	92,3	93,9	94,8	93,1	94,9
Krankenpflegefachdienst + Hebammen	233,5	237,3	236,6	236,0	231,6
Medizinisch-technischer Dienst	32,7	23,5	27,9	28,0	28,0
Pflegehilfe/Sanitätshilfsdienst	48,3	47,5	41,0	39,6	42,6
Verwaltungs- u Kanzleipersonal	62,0	61,6	61,7	58,9	46,0
Betriebspersonal + Angestellte in handwerklicher Verwendung	85,4	83,7	82,1	77,3	81,7
Sonstiges Personal				0,4	3,9
<b>Korrigierte Beschäftigte</b>	<b>554,2</b>	<b>547,5</b>	<b>544,1</b>	<b>533,3</b>	<b>528,7</b>
<b>Planstellen lt Dienstpostenplan*</b>	<b>568,2</b>	<b>553,7</b>	<b>555,7</b>	<b>542,7</b>	<b>529,2</b>

\* beinhalten auch Turnusärzte und Lehrlinge außerhalb des Dienstpostenplans  
Hinweis: Aufstellung beinhaltet keine Krankenpflegeschüler  
Quelle: LKHB

Im Zeitraum 2002 bis 2006 erfolgten die größten Personalreduktionen im Bereich des Verwaltungs- und Kanzleipersonals mit 16 Dienstposten, beim Betriebspersonal mit rund vier Dienstposten sowie beim Pflegehilfe/Sanitätshilfsdienst mit rund sechs Dienstposten. Der medizinisch-technische Dienst wurde dadurch reduziert, dass neun Dienstposten von 2002 auf 2003 in das Medizinische Zentrallabor ausgelagert wurden.

Darüber hinaus kam es vereinzelt zu Verschiebungen zwischen den Funktionsgruppen, die auf eine Anpassung der Kostenrechnung an die geltende Kostenrechnungsverordnung zurückzuführen sind.

**Benchmark  
Personalausstattung**

Die personellen Kapazitäten für Ärzte, Pflegepersonal, medizinisch-technisches Personal und Pflegehilfe/Sanitätshilfsdienst wurden mit zwei unterschiedlichen Benchmarks verglichen. Grundlage war jeweils das Verhältnis zwischen Personal und Fallzahlen.

Im ersten Vergleich (A) wurde der Personalstand dem Mittelwert der Krankenhäuser Bludenz, Dornbirn und Hohenems gegenübergestellt. Das Ergebnis wurde darüber hinaus mit drei vergleichbaren Häusern aus den Bundesländern Tirol und OÖ plausibilisiert. Die Werte des zweiten Benchmarks (B) ergeben sich aus dem Vergleich mit dem Krankenhaus Dornbirn, dessen Leistungsspektrum und Größe mit dem LKHB am Besten übereinstimmt.

Auf Grundlage der aktuellen Fallzahlen wurden mehrere Varianten mit unterschiedlichen Fallzahlen-Prognosen berechnet:

- Variante I: In Anlehnung an den ÖSG, Fallzahlsteigerung bis 2010 um zehn Prozent auf rund 18.000 Fälle
- Variante II: 30 Prozent der bisher in Hohenems behandelten chirurgischen und unfallchirurgischen Fälle verlagern sich in das LKHB, das entspricht rund 1.600 zusätzlichen Fällen

**Mögliche Personalreduktionen im Vergleich zu anderen Krankenhäusern**

	nach aktuellen Fallzahlen	Variante I: Anstieg der Fälle um 10 Prozent (vgl ÖSG)	Variante II: 30 Prozent der Chirurgie u Unfallchirurgie (Fälle) von H'ems nach Brgz
A: Vergleich Mittelwert KH Bldz, D'birn, H'ems sowie drei KH in Tirol/OÖ	-77	-46	-46
B: Vergleich Krankenhaus Dornbirn	-54	-21	-20

Quelle: Berechnungen Landes-Rechnungshof

**Mögliche Personalreduktionen**

Nach den zum Zeitpunkt der Prüfung verfügbaren Fallzahlen ergeben sich je nach Benchmark mögliche Personalreduktionen in einer Bandbreite von 54 bis 77 Mitarbeitern. Darin enthalten sind rund 15 bis 19 Ärzte, 22 bis 47 Krankenpflegefachkräfte, rund vier Stellen im medizinisch-technischen Bereich sowie sechs bis zwölf Dienstposten in den Pflegehilfe/Sanitätshilfsdiensten.

Werden die Fälle, wie im ÖSG prognostiziert, bis 2010 um rund zehn Prozent ansteigen (Variante I), sind im Vergleich zu anderen Krankenhäusern nach wie vor zwischen 21 und 46 Dienstposten zu viel. Nahezu dieselben Werte ergeben sich in der Variante II. Die errechneten Personalreserven der Varianten I und II verteilen sich auf acht bis zwölf Ärzte, bis zu 29 Krankenpflegefachkräfte, rund zwei Stellen im medizinisch-technischen Bereich sowie drei bis zehn Dienstposten in den Pflegehilfe/Sanitätshilfsdiensten.

Unterschiedliche Zuordnungen der Beschäftigten zu den Funktionsgruppen in den Vergleichshäusern können jedoch zu Verschiebungen innerhalb der einzelnen Berufsgruppen führen, wodurch beispielsweise die Bandbreite der Personalreduktion beim Krankenpflegefachpersonal sehr groß ist. In Summe stellen die berechneten Personalreserven jedoch die Größenordnung der personellen Überbesetzung dar. Um eine genaue Aussage darüber treffen zu können, wie sich die Personalreduktion auf die einzelnen Fächer und Funktionsgruppen verteilt, ist eine Organisations- und Tätigkeitsanalyse notwendig.

Ein Vergleich des Betriebspersonals inklusive der Angestellten in handwerklicher Verwendung ergibt keine personellen Einsparungspotenziale, da in diesem Bereich in den vergangenen Jahren bereits Dienstposten abgebaut wurden. Die Berufsgruppe Verwaltungs- und Kanzleipersonal wurde vom Benchmark ausgeschlossen, da der Arbeitsaufwand und dadurch die erforderlichen Dienstposten nicht direkt in Zusammenhang mit der Anzahl der Patienten stehen. Auch hier kann nur mit Hilfe einer Organisations- und Tätigkeitsanalyse eruiert werden, inwieweit Personaleinsparungen möglich sind. Im Benchmark zu den Vergleichshäusern aus Tirol und OÖ ist im LKHB um zehn Prozent mehr Verwaltungs- und Kanzleipersonal vorhanden. Das entspricht rund fünf Dienstposten.

Unter der Annahme, dass künftig eine Kombination aus den beiden Varianten I und II eintritt, steigen die Fälle um rund 21 Prozent. Erst dadurch würde das Verhältnis zwischen Personalstand und Fallzahlen im LKHB dem Benchmark entsprechen.

#### Personaleinteilung

In der Erstellung der Dienstpläne zur Personaleinteilung gibt es Unterschiede zwischen den Funktionsgruppen. In der Pflege erfolgt die Einteilung mit Hilfe eines eigenen Dienstplanprogramms, welches über eine Schnittstelle in die Personalverrechnung verfügt. Für die Ärzteschaft werden die Dienstpläne mit Hilfe von Excel-Dateien erstellt, die Eingabe der Daten für die Personalabrechnung erfolgt manuell.

Eine digitale Zeiterfassung mit automatischer Zeitaufzeichnung ist im gesamten LKHB nicht implementiert.

Aus der Handhabung der Dienstpläne wird eine unterschiedliche Praxis in der Personaleinteilung ersichtlich. Einzelne Abteilungen teilen beispielsweise in der Pflege bewusst großzügig Personal ein, um auch bei hohen Frequenzen den Betrieb abdecken zu können – bei Nicht-Bedarf ist vorgesehen, die Mitarbeiter frühzeitig aus dem Dienst zu entlassen. Andere Abteilungen wiederum decken Spitzen mit angeordneten Überstunden ab.

## Überstunden

Die Mitarbeiter des LKHB – vor allem die Ärzte – verfügen zum Teil über hohe Überstundenstände. Mit Ende des Jahres 2006 umfasste der Saldo rund 16.800 Mehr- und Überstunden. Nachdem zwischenzeitlich rund 3.100 Überstunden an die Turnusärzte ausbezahlt wurden, bestehen mit Ende des 1. Quartals 2007 rund 13.500 Stunden.

Bei den Pflegekräften inklusive Hebammen und Pflegehilfe/Sanitätshilfsdienst waren mit Ende des Jahres 2006 rund 7.700 Überstunden und 400 Mehrstunden zu verzeichnen. Die Anzahl der Überstunden reduzierte sich im Laufe des Jahres 2006 um rund 2.400 Stunden, im selben Zeitraum wurde jedoch kaum Urlaub konsumiert. Die Anzahl der Mehr- und Überstunden in der Pflege sind im Verhältnis zur Gesamtzahl der Planstellen deutlich geringer als bei den Ärzten. Auf einen Arzt entfielen mit Stichtag Ende 2006 durchschnittlich 180 Mehr- und Überstunden, auf eine Pflegekraft rund 30.

Überstunden, die mit dem Faktor 1,5 abgegolten bzw ausgeglichen werden, entstehen einerseits durch vom Vorgesetzten bei Bedarf angeordnete und gezeichnete Überstunden außerhalb des Dienstplans. Andererseits werden im Dienstplan eingeteilte Stunden automatisch zu Überstunden, wenn ein Dienstnehmer innerhalb eines beliebigen Zeitraums 48 Bandbreitenstunden angesammelt und dadurch die Obergrenze der doppelten Bandbreite von 24 Stunden überschritten hat.

## Bewertung

Im LKHB liegt im Vergleich zu anderen Häusern nach wie vor ein deutlich zu hoher Personalstand vor. Wird das Verhältnis der Dienstposten zu den behandelten Fällen mit anderen Häusern verglichen, ergibt sich eine personelle Überbesetzung bei nahezu allen Funktionsgruppen. Ausgehend von den aktuellen Fallzahlen zeigen Benchmarks mit vergleichbaren Krankenhäusern eine personelle Überbesetzung im Ausmaß von rund zehn bis 14 Prozent. Nach Ansicht des Landes-Rechnungshofs werden im LKHB derzeit infrastrukturelle und personelle Kapazitäten vorgehalten, die im Verhältnis zu den erbrachten Leistungen überdimensioniert sind.

Auch für den Fall eines Anstiegs der Fälle gemäß Variante I oder II bestehen nach wie vor personelle Überkapazitäten. Lediglich eine Kombination aus beiden Prognosen in Form einer Verlagerung von Patienten aus dem LKH Hohenems und einer zusätzlichen Fallzahlsteigerung um zehn Prozent würde den derzeitigen Personalstand rechtfertigen. Zeichnet sich in den nächsten Jahren eine entsprechende Fallzahlsteigerung ab, sind keine Personalaufstockungen nötig, sondern lediglich effizienzsteigernde Maßnahmen zu treffen.

Mögliche Personalreduktionen im Bereich Verwaltung und Kanzlei sind nach Ansicht des Landes-Rechnungshofs mit Hilfe einer Organisations- und Tätigkeitsanalyse vor allem dahingehend zu prüfen, inwieweit Verwaltungsaufgaben zentral und dadurch kostengünstiger erbracht werden können.

Die nicht EDV-gestützte Dienstplanführung der Ärzte verursacht einen deutlichen Mehraufwand, da beispielsweise keine automatische Schnittstelle in die Personalverrechnung besteht. Darüber hinaus sind derzeit zentrale Auswertungen nur mit unverhältnismäßig hohem Zeitaufwand möglich. Im LKHB ist derzeit keine digitale Zeitaufzeichnung in Verwendung.

Die Dienstplanverantwortlichen einzelner Abteilungen nehmen ihre Führungsverantwortung in der Personaleinteilung und Steuerung zu wenig wahr. Die Richtlinie des Landes hinsichtlich der Bandbreitenregelung wird bei der Dienstplanerstellung vor allem bei den Ärzten nicht ausreichend berücksichtigt. Dadurch entstehen zusätzliche Überstunden und in der Konsequenz zu hohe Überstundensalden.

Die Dienstplanverantwortlichen haben darauf zu achten, dass das Bandbreitenmaximum nicht überschritten wird. Aufgrund der vorhandenen Personalreserven hat nach Ansicht des Landes-Rechnungshofs ein sukzessiver Abbau der bestehenden Überstunden durch Zeitausgleich zu erfolgen.

## **Empfehlung**

Der Landes-Rechnungshof empfiehlt, die realisierbaren Personaleinsparungen mit Hilfe einer Organisations- und Tätigkeitsanalyse zu ermitteln und Maßnahmen zur Reduktion einzuleiten.

Weiters empfiehlt der Landes-Rechnungshof, die Dienstplangestaltung weitestgehend zu vereinheitlichen und dafür Sorge zu tragen, dass die Abteilungsleiter die Führungsverantwortung hinsichtlich Personaleinteilung und Steuerung vermehrt wahrnehmen.

Darüber hinaus empfiehlt der Landes-Rechnungshof, die Implementierung einer digitalen Zeiterfassung für alle Funktionsgruppen zu prüfen.

Der Landes-Rechnungshof empfiehlt auch, die hohen Überstundenbestände abzubauen und weitere Überstunden weitestgehend zu vermeiden.

**Stellungnahme  
KHBG**

*Dass der Personalstand im Verhältnis zu den erbrachten Leistungen zu hoch ist, ist seit längerem bekannt. Es wurde daher konsequent die Reduzierung der Personalanzahl vorangetrieben. Dies war und ist aber nur dann möglich, wenn Nachbesetzungen von Dienstnehmern (beispielsweise infolge von Pensionierungen oder Kündigungen) nicht erfolgen.*

*Von 2002 bis 2006 sank die Anzahl der tatsächlich Bediensteten von 554,20 um 25,60 (inkl. Übernahme des Labors durch MZL-Feldkirch) auf 528,6 tatsächlich Bedienstete.*

	2002	2006	Differenz
Ärzte	92,32	94,84	+ 2,52
Hebammen	10,76	10,20	- 0,56
Krankenpflegefachdienst	222,70	221,43	- 1,27
Med. techn. Dienst	32,73	28,00	- 4,73
Sanitätshilfsdienst	48,32	42,63	- 5,69
Verw.- u. Kanzleipersonal	62,04	46,02	- 16,02
Betriebspersonal	85,36	81,65	- 3,71
Sonst. Personal inkl. Aushilfen	0,00	3,88	+ 3,88
Gesamtsumme	554,23	528,65	- 25,58

*Die Aufstellung zeigt deutlich, dass bei fast allen Berufsgruppen schon Reduktionen vorgenommen wurden, lediglich bei den Ärzten ist dies noch nicht gelungen.*

*Die höhere ärztliche Besetzung am LKH Bregenz im Vergleich zu den angeführten Krankenhäusern Bludenz und Hohenems resultiert daraus, dass am LKH Bregenz mit Ausnahme der Fächer Pädiatrie und Urologie eine fachärztliche rund um die Uhr Anwesenheit an 365 Tagen eingerichtet ist. Das vom Landes-Rechnungshof errechnete mögliche Einsparpotential an Stellen vergleicht Fallzahlen anderer Krankenhäuser, nicht aber die bestehenden Dienstformen. Die Bereithaltung einer fachärztlichen rund um die Uhr Versorgung erfordert eine wesentlich höhere Personalbesetzung im Gegensatz zur fachärztlichen Rufbereitschaft außer Haus. Trotz eines Bereitschaftsdienstes der niedergelassenen Ärzte in Bregenz, nehmen sehr viele Patienten die ambulante Notfallversorgung in der Nacht des LKH Bregenz in Anspruch.*

*Im Pflegebereich wurden in den vergangenen Jahren Stellenreduktionen vorgenommen und es ist geplant, weitere Einsparpotentiale zu realisieren.*

*Die Kombination der Varianten I und II (mehr Fälle durch die Schließung des LKH-Hohenems und mehr Fälle durch ein erhöhtes Patientenaufkommen lt. ÖBIG) ist die wahrscheinlichste und wird deshalb einen Bettenabbau im LKH Bregenz und auch einen Personalabbau in wesentlichem Umfange kaum ermöglichen.*

**Kommentar L-RH**

Im Benchmark mit dem Krankenhaus Dornbirn wird das LKHB einem Standardkrankenhaus mit vergleichbaren Dienstformen gegenübergestellt. Wird der Rund-um-die-Uhr-Facharztendienst im LKHB in einzelnen Fächern doppelt besetzt, werden personelle Kapazitäten vorgehalten, die weit über einem Standardkrankenhaus stehen.

### 3 Medizinische Leistungsbereiche

Das LKHB hat als Standardkrankenhaus gemäß Spitalgesetz Abteilungen zumindest für die Chirurgie und Innere Medizin sowie Einrichtungen für Anästhesie, Röntgendiagnostik und Obduktionen einzurichten. Für Sonderfächer wie Augen, HNO und Urologie können Fachschwerpunkte eingerichtet werden.

#### 3.1 Abrechnung der Leistungen (LKF-System)

**Die Abrechnung der Leistungen des Landeskrankenhauses Bregenz (LKHB) erfolgt nach LKF-Punkten je Fall. In diesem Zusammenhang ist die richtige Codierung der Leistungen von großer Bedeutung.**

#### **Situation** LKF-System

Im Jahr 1997 wurde das österreichweit einheitliche System der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung (LKF-System) eingeführt. Die Abrechnung der Fälle erfolgt mittels Punkten, der Punktwert je Fall setzt sich aus einer Tages- und einer Leistungskomponente zusammen.

Die Tageskomponente umfasst rund 66 Prozent der Gesamtpunkte und deckt die Basisversorgung in Form von Hotelleistung und medizinischer Grundversorgung ab. Die Leistungskomponente bildet rund 25 Prozent der Punkte und unterscheidet zwischen Hauptdiagnosegruppen (HDG), die eine bestimmte Erkrankung abbilden, und so genannten Medizinischen Einzelleistungsgruppen (MEL-Gruppen), die konkrete Leistungen erfassen wie zB operative Eingriffe. Die restlichen neun Prozent verteilen sich auf spezielle LKF-Abrechnungsregelungen wie beispielsweise Intensivzuschläge. Die Punktwerte der einzelnen HDGs oder MELs sind in einem österreichweit einheitlichen Katalog hinterlegt. Die Zuordnung der erbrachten Leistungen je Fall erfolgt im Zuge der so genannten Codierung.

Auf die Tageskomponente gibt es Abschläge, wenn die für die vorliegende Leistung hinterlegte Aufenthaltsdauer unter- oder überschritten wird. Darüber hinaus werden weitere Faktoren wie beispielsweise das Alter der Patienten im LKF-System entsprechend berücksichtigt.

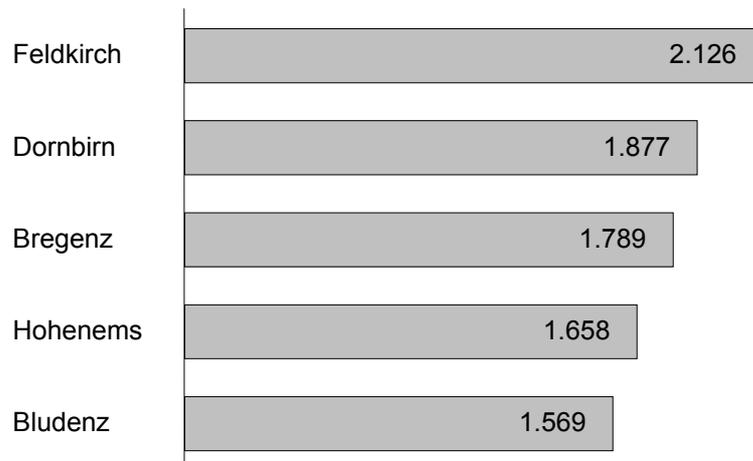
Die Codierung erfolgt jeweils durch den zuständigen Arzt. Wird die Eingabe zB an Turnusärzte delegiert, findet eine Nachkontrolle statt. Darüber hinaus gibt es in jeder Abteilung einen Codierverantwortlichen, der unter anderem bundesweite Anpassungen im Leistungskatalog weitergibt.



## LKF-Punkte

Das LKHB erzielte im Jahr 2006 insgesamt rund 31 Mio Punkte. Ohne Sterbefälle und transferierte Patienten ergeben sich daraus im Durchschnitt rund 1.789 Punkte je Fall, die Werte variieren zwischen den verschiedenen Fächern.

### Durchschnittliche Punkte je Fall in den Vorarlberger Krankenhäusern im Jahr 2006



Hinweis: In den Punktwerten sind Sterbefälle und Überstellungen nicht berücksichtigt  
Quelle: Abteilung Gesundheit und Sport (IVb)

Im Vergleich zum LKHB betragen die durchschnittlichen Punkte je Fall im LKH Bludenz 1.569, im LKH Hohenems 1.658, im Krankenhaus Dornbirn 1.877 und im Schwerpunktkrankenhaus Feldkirch 2.126.

## Codierungspraxis

Die Fälle mit Verweildauerüberschreitungen liegen im LKHB bei rund 11 Prozent, die Anzahl jener mit Unterschreitungen bei rund 16 Prozent. Ein ähnliches Bild zeigt sich in den anderen Vorarlberger Krankenhäusern.

Rund 16 Prozent der Fälle sind 0-Tages-Patienten. Diese wurden zur Gänze richtig als solche codiert.

## Bewertung

Das LKHB liegt hinsichtlich der durchschnittlichen Punkte je Fall im Vergleich zu den anderen Häusern im Mittelfeld. Verschiebungen ergeben sich lediglich durch unterschiedliche Leistungsspektren, wodurch beispielsweise das LKH Feldkirch als Schwerpunktkrankenhaus deutlich höher liegt.

Durch die vorliegenden Verweildauerunter- bzw. -überschreitungen ergeben sich für das LKHB keine einnahmenseitigen Nachteile, da die restlichen Fondskrankenhäuser ähnliche Werte ausweisen.

Eine sorgfältige Codierung ist ausschlaggebend für eine leistungsgerechte Abrechnung. Positiv anzumerken ist, dass tagesklinische Fälle zur Gänze als solche abgerechnet werden.

**Empfehlung**

Der Landes-Rechnungshof empfiehlt, besonderes Augenmerk auf sorgfältige Codierung zu legen.

**3.2 Bettenführende Einrichtungen**

**Trotz einer kontinuierlichen Reduktion ist die durchschnittliche Verweildauer im LKHB geringfügig höher als in den anderen Häusern. Die einzelnen Fächer weisen Unterschiede in der Entwicklung der Kenndaten auf. Die Tagesklinische Versorgung gewinnt weiter an Bedeutung, die Erfordernisse sind noch zu konkretisieren.**

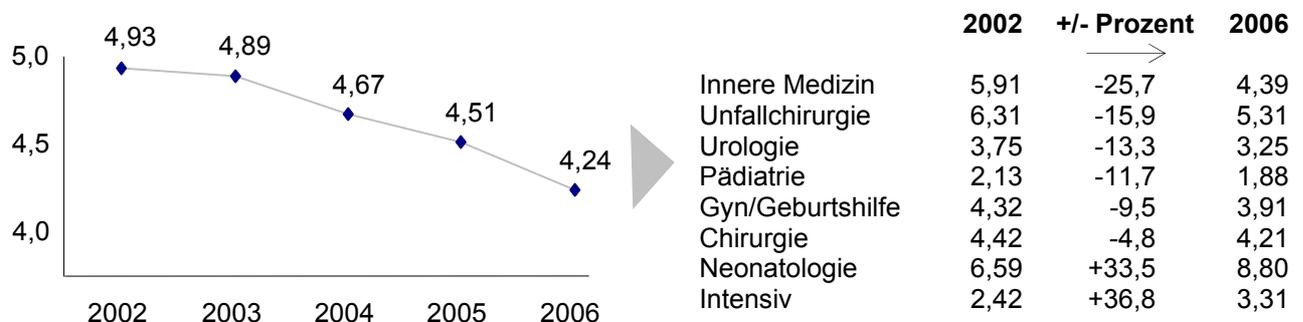
**Situation**  
Fallzahlen

Die Anzahl der behandelten Fälle im LKHB stieg von 15.900 im Jahr 2002 auf 16.600 im Jahr 2006 um fünf Prozent. Die größten Fallzahlsteigerungen sind im Betrachtungszeitraum in der Inneren Medizin mit 21 Prozent, der Unfallchirurgie mit 17 Prozent, der Neonatologie mit elf und der Urologie mit acht Prozent zu verzeichnen. Die Anzahl der Fälle auf der Intensivstation ist tendenziell rückläufig, sie sanken von 747 Fällen im Jahr 2002 auf 650 Fälle im Jahr 2006 um rund 13 Prozent.

Verweildauer

Die durchschnittliche Verweildauer verringerte sich im Betrachtungszeitraum von 2002 bis 2006 von 4,93 auf 4,24 Tage um 14 Prozent. Die größten Rückgänge verzeichnen die Innere Medizin mit rund 26, die Unfallchirurgie mit 16 und die Urologie mit 13 Prozent. Eine Zunahme der Verweildauer erfolgte mit 34 Prozent in der Neonatologie und mit 37 Prozent in der interdisziplinär genutzten Intensivstation. In beiden Bereichen wurde im Jahr 2005 jeweils ein zusätzliches Bett eingerichtet.

**Durchschnittliche Verweildauer in Tagen**  
In den Jahren 2002 bis 2006



Quelle: LKHB

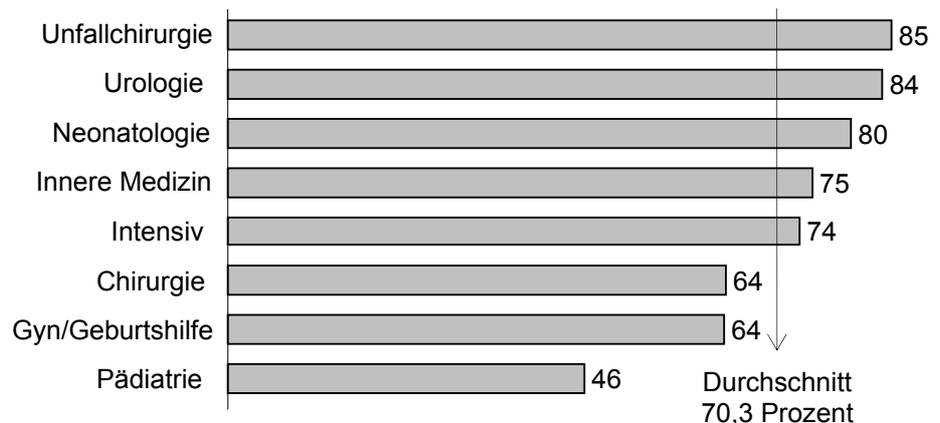
Die durchschnittliche Verweildauer in Bregenz liegt mit 4,24 Tagen im Jahr 2006 derzeit über den restlichen Krankenhäusern in Vorarlberg. Im Vergleich liegen die Krankenhäuser Dornbirn bei 4,07, Hohenems bei 3,87 und Bludenz bei 3,2 Tagen. Lediglich Feldkirch als Schwerpunkt-krankenhaus liegt mit einer Verweildauer von 4,96 Tagen über dem Wert des LKHB.

#### Auslastung

Die jährliche Auslastung des LKHB verändert sich im Betrachtungszeitraum von 2002 bis 2006 nur marginal und bewegt sich zwischen 73,75 Prozent im Jahr 2002 und 70,32 Prozent im Jahr 2006. Die geringste Auslastung war im Jahr 2004 mit 69,01 Prozent zu verzeichnen. Daraufhin erfolgte im Jahr 2005 eine Reduktion von 291 auf 275 Betten.

Die stärkste Auslastung erzielten im Jahr 2006 die Unfallchirurgie mit 85, die Urologie mit 84, die Neonatologie mit 80 und die Innere Medizin mit 75 Prozent. Den geringsten Auslastungsgrad erlangten die Chirurgie und Gynäkologie/Geburtshilfe mit jeweils 64 und die Pädiatrie mit 46 Prozent.

#### Auslastung je Fach im Jahr 2006 in Prozent



Quelle: LKHB

#### Kennzahlen je Fach

Die Entwicklung der Kenndaten einzelner Fächer weist Unterschiede auf.

- Chirurgie: Im Jahr 2005 erfolgte eine Bettenreduktion von 55 auf 50 Betten. Die nach wie vor geringe Auslastung ist auf die sinkende Verweildauer und die rückläufigen Fallzahlen zurückzuführen.
- Neonatologie: Die Auslastung erhöhte sich im Jahr 2006 stark, bedingt durch eine steigende Verweildauer von 6,59 Tage im Jahr 2002 auf 8,80 Tage im Jahr 2006.
- Gynäkologie/Geburtshilfe: Die Auslastung sank von 73 Prozent im Jahr 2002 auf 64 Prozent im Jahr 2006. Gründe dafür waren weniger Geburten und ein Rückgang der Verweildauer.

- Innere Medizin: Trotz steigender Fallzahlen verringerte sich die Auslastung im Betrachtungszeitraum von 84 auf 75 Prozent. Der Hauptgrund dafür liegt in der gesunkenen Verweildauer von 5,91 Tagen im Jahr 2002 auf 4,39 Tage im Jahr 2006. Im Vergleich zu den anderen Krankenhäusern in Vorarlberg ist die durchschnittliche Verweildauer im LKHB höher. Im Jahr 2006 lag die Innere Medizin in Dornbirn bei 4,02, in Bludenz bei 2,97, in Hohenems bei 3,9 Tagen. Lediglich das Schwerpunkt Krankenhaus Feldkirch weist in der Inneren Medizin mit einer durchschnittlichen Verweildauer von 4,4 Tagen einen ähnlichen Wert wie das LKHB aus.
- Pädiatrie: Die Auslastung ist sehr gering – auch unter dem Aspekt, dass der Zielauslastungsgrad in einer Pädiatrie grundsätzlich unter jener der anderen Fächer liegt. Im Jahr 2005 wurden die Betten bereits von 32 auf 25 reduziert, wodurch die Auslastung gegenüber 2004 kurzfristig anstieg.
- Unfallchirurgie: Seit der Bettenreduktion im Jahr 2005 ist die Auslastung mit 85 Prozent sehr gut. Die durchschnittliche Verweildauer ist trotz Reduktionen im Vergleich zu anderen Häusern nach wie vor eher hoch. Das LKH Hohenems liegt beispielsweise bei 3,33 Tagen, das LKH Feldkirch als Schwerpunkt Krankenhaus bei 5,91 Tagen.
- Urologie: Die Auslastung in der Urologie ist auf hohem Niveau, trotz sinkender Verweildauer. Im Jahr 2004 wurde beispielsweise ein Auslastungsgrad von 96 Prozent erzielt.

#### Tagesklinik/ Tageschirurgie

Im LKHB wurden im Jahr 2006 rund 2.530 0-Tagesfälle behandelt, das entspricht einem Anteil von 16 Prozent der Fälle. Nahezu derselbe Anteil liegt in den Krankenhäusern Bludenz, Dornbirn und Feldkirch vor. Eine eigene tagesklinische Einrichtung besteht derzeit im LKHB nicht.

Von den tagesklinischen Behandlungen und Eingriffen im LKHB entfällt der größte Anteil auf die Innere Medizin mit 40 Prozent, auf die Pädiatrie mit 19 Prozent und auf die Chirurgie und Gynäkologie/Geburtshilfe mit jeweils 14 Prozent. Bei den Fällen der Inneren Medizin handelt es sich hauptsächlich um Krebserkrankungen.

#### Bewertung

Die Kennzahlen hinsichtlich Fallzahlen, Verweildauer und Auslastung variieren je nach medizinischem Fach. Insgesamt sind einerseits steigende Fallzahlen, andererseits Verweildauerrückgänge zu verzeichnen. Da die Verweildauerreduktion prozentuell höher ist, als die Zunahme der Fälle, veränderte sich die Auslastung im Betrachtungszeitraum trotz Bettenabbau kaum. In einzelnen Fächern wie Innere Medizin und Unfallchirurgie wären weitere Verweildauerreduktionen möglich, beispielsweise durch eine Verlagerung aus dem Akutbereich in die Nachsorge.

Tageskliniken gewinnen künftig immer mehr an Bedeutung und tragen zur Senkung der Verweildauer und Reduktion von stationären Betten bei. In einem Konzept der KHVG aus dem Jahr 2005 wurde durch die Einrichtung tageschirurgischer Einheiten ein möglicher Bettenabbau von rund 110 Betten in Vorarlberg bzw 16 Betten im LKHB eruiert. Durch zum Teil mangelnde Bereitschaft und fehlende Strukturen wird derzeit nur ein geringer Anteil der Leistungen, die tagesklinisch erbracht werden können, ohne stationäre Aufnahme angeboten.

#### **Empfehlung**

Der Landes-Rechnungshof empfiehlt, das tagesklinische bzw tageschirurgische Potenzial zu konkretisieren und die erforderliche Infrastruktur und die benötigten Ressourcen zu definieren.

#### **Stellungnahme KHVG**

*Die tagesklinischen Einrichtungen sind im Aufbau begriffen. Erste Maßnahmen wurden gesetzt.*

### **3.3 Nicht bettenführende Einrichtungen**

**Das Landeskrankenhaus Bregenz (LKHB) ist mit sechs OP-Sälen, die durchschnittlich zu 51 Prozent ausgelastet sind, derzeit zu groß dimensioniert. Die Ambulanzfrequenz ist aufgrund der unzureichenden Bereitschaftsdienste im niedergelassenen Bereich relativ hoch. Maßnahmen zur Konsolidierung sind einzuleiten.**

#### **Situation**

Zu den nicht bettenführenden Einrichtungen im medizinischen Leistungsbereich eines Krankenhauses gehören im Wesentlichen Ambulanz, OP-Bereich, Radiologie, Labor und Therapien. Das Labor im LKHB wurde im Jahr 2003 an das Medizinische Zentrallabor ausgelagert. Neben der Ambulanz wurden vor allem die OPs einer genaueren Prüfung unterzogen.

#### **Ambulanz**

Die Ambulanz verzeichnet im Jahr 2006 120.170 Frequenzen, davon entfällt jedoch ein großer Anteil auf Röntgen und Physiotherapien. Nach Übersiedelung der Unfallchirurgischen Ambulanz im April 2005 ins LKHB werden im Gegensatz zu vorher alle Röntgenfrequenzen erfasst. Daraus ergibt sich die große Steigerung im Bereich der Röntgen von 2005 auf 2006. Ohne Röntgen und Therapien stieg die Frequenz von 70.970 im Jahr 2002 auf 76.680 im Jahr 2006 um rund acht Prozent.

Die Allgemeine Ambulanz enthält sämtliche Fächer. Den größten Anteil umfassen im Jahr 2006 die Chirurgie mit 51, die Pädiatrie mit 28 sowie die Urologie mit 16 Prozent.

### Ambulanzfrequenzen in den Jahren 2002 bis 2006

	2002	2003	2004	2005	2006
Interne Ambulanz	10.122	11.235	11.087	11.616	12.059
Allgemeine Ambulanz	23.011	23.225	23.517	24.371	25.430
Gyn. Ambulanz	4.722	4.749	5.330	5.225	5.344
Röntgen	3.355	4.844	3.735	* 20.963	* 30.496
Physiotherapie	10.311	10.642	9.666	** 13.168	** 12.994
Unfallabteilung	39.575	39.284	39.320	34.602	33.847
davon Unfallchirurgie	33.115	34.320	33.780	33.377	33.847
davon Physiotherapie	6.460	4.964	5.540	** 1.225	** 0
<b>Gesamt LKHB</b>	<b>91.096</b>	<b>93.979</b>	<b>92.655</b>	<b>109.945</b>	<b>120.170</b>
<b>Gesamt ohne Röntgen und Therapien</b>	<b>70.970</b>	<b>73.529</b>	<b>73.714</b>	<b>74.589</b>	<b>76.680</b>

Hinweis: Anzahl der Fälle und Frequenzen ohne Privatpraxen.

\* Andere Erfassung mit Übersiedlung Unfallchirurgie

\*\* Nach Übersiedlung Unfallchirurgische Ambulanz in das LKHB sind Physiotherapien zusammengefasst ausgewiesen

Quelle: LKHB

Die Anzahl der ambulanten Patienten ist im LKHB vergleichsweise höher als in den restlichen Krankenhäusern in Vorarlberg. Im Jahr 2006 wurden beispielsweise im LKHB 46.083 Patienten ambulant behandelt, im Krankenhaus Dornbirn mit 39.188 Patienten um 15 Prozent weniger.

#### OP

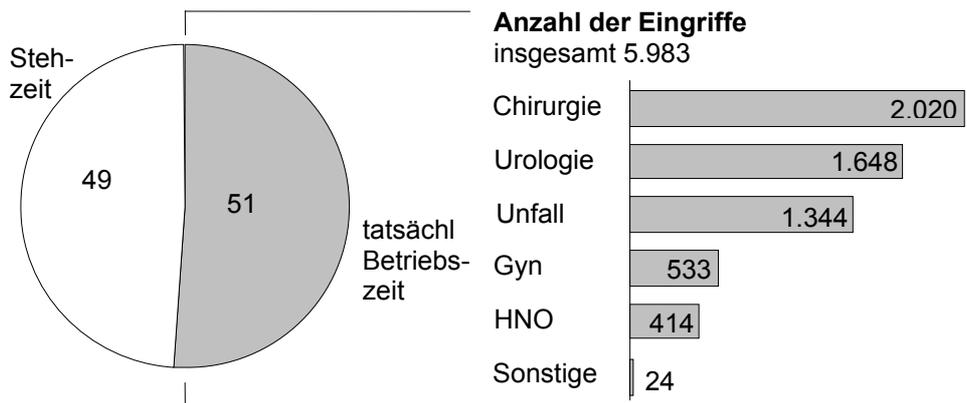
Dem LKHB stehen insgesamt sechs Operationssäle (OPs) zur Verfügung. Darüber hinaus wurde im Zuge des Neubaus ein OP für Not-Sectios (Not-Kaiserschnitte) eingerichtet, der jedoch bislang nicht zum Einsatz kam. Der OP 2 wird als Notfall-OP genutzt.

Zur Organisation und Dokumentation des OP-Betriebs wird ein OP-Dispositions-Programm verwendet, in dem sämtliche Informationen wie beispielsweise Art des Eingriffs, Zeitstempel usw. erfasst werden. Die Dokumentation ist im Jahr 2006 zum Teil lückenhaft. Bei knapp 15,8 Prozent der Operationen fehlen einzelne Zeiten, bei 9,6 Prozent sind es ein oder zwei, bei 6,2 Prozent drei oder mehr Zeitstempel. In den erfassten Zeiten wird unter anderem unterschieden zwischen Schnitt-Naht-Zeiten und Umlagerungszeiten, die im LKHB im Vergleich zu Referenzhäusern niedrig sind.

Die Auslastung der OPs während der Betriebszeiten von 07.00 bis 16.00 Uhr liegt mit dem OP 2 bei 51, ohne den OP 2 bei 61 Prozent. Der OP 2 war im Jahr 2006 zu rund zehn Prozent ausgelastet. Insgesamt besteht nur an 2,8 Prozent der OP-Betriebstage eine Auslastung über 70 Prozent. Das Auslastungsprofil zeigt wenig saisonale Schwankungen, was auf eine geringe Notfallhäufigkeit hinweist. Die stärksten Wochentage sind am Dienstag und Mittwoch.

Bei der gegebenen Auslastung ergibt sich zur Normauslastung von 75 Prozent auch ohne den Notfall-OP 2 eine nicht genutzte OP-Zeit von 1.524 Stunden. Daraus ergibt sich bemessen zur durchschnittlichen OP-Dauer eine freie Kapazität von rund 871 Operationen im Jahr.

**OP-Auslastung gesamt und Verteilung auf die Fächer im Jahr 2006**  
In Prozent



Quelle: LKHB, Berechnung L-RH

Von insgesamt 5.983 Eingriffen im Jahr 2006 entfallen rund 34 Prozent auf die Chirurgie, 28 auf die Urologie, 22 auf die Unfallchirurgie, neun auf die Gynäkologie sowie sieben auf die HNO und sonstigen Fächer wie Zahn und Pädiatrie. Darüber hinaus fanden kleine Eingriffe im Bereich Ambulanz oder Kreiszimmer statt.

Im Jahr 2006 wurden sechs Prozent der Operationen bzw 343 Eingriffe nicht per MEL codiert. Üblich sind Werte von zwei bis drei Prozent. Eine Einschätzung, inwieweit damit einnahmenseitige Nachteile verbunden sind, ist ohne Einzelfallprüfung nicht möglich.

**Bewertung**

Hauptgrund für die im Vergleich zu anderen Krankenhäusern in Vorarlberg hohe Ambulanzfrequenz im LKHB sind erfahrungsgemäß Lücken im niedergelassenen Bereich, wie beispielsweise in der Vergangenheit fehlende Bereitschaftsdienste. Nach Ansicht des Landes-Rechnungshofs ist darauf zu achten, dass im niedergelassenen Bereich ausreichend Bereitschaftsdienste vorhanden sind, damit die kostenintensive Ambulanz im LKHB nicht unnötig frequentiert wird.

Die derzeit sechs OPs im LKHB sind mit 51 Prozent zu gering ausgelastet. Auch im Betrieb von fünf OPs sind noch ausreichend Kapazitäten frei. Ohne den Notfall-OP 2 steht für Sectios darüber hinaus der bislang nicht genutzte Sektio-OP in der Gynäkologie zur Verfügung. Eine Zunahme der operativen Eingriffe kann sich durch die prognostizierte Verlagerung von chirurgischen und unfallchirurgischen Fällen aus Hohenems ergeben. Wird nach der Konzentration dieser Fächer im LKHB keine entsprechende OP-Frequenz erzielt, ist auch künftig kein wirtschaftlicher Betrieb der OPs sichergestellt.

Die Nutzung der OPs unterliegt leichten tages- bzw wochenbezogenen Spitzenzeiten, welche durch eine bessere Disposition und Aufnahmeplanung geglättet werden können. Positiv anzumerken sind gute Schnitt-Naht-Zeiten sowie Umlagerungszeiten.

Die Personalkapazität im OP-Bereich ist zu großzügig bemessen. Nach Ansicht des Landes-Rechnungshofs sind Personalreduktionen möglich.

#### **Empfehlung**

Der Landes-Rechnungshof empfiehlt, die OP-Kapazität dem aktuellen Bedarf anzupassen, um anfallende Vorhalte- und Personalkosten einzusparen.

#### **Stellungnahme KHBG**

*Eine bedeutende unfallchirurgische Versorgung des Bereichs Hohenems/Dornbirn/Lustenau erfolgte in der Vergangenheit durch das LKH Hohenems (weit über 30.000 ambulante Patienten). Durch die Schließung der stationären unfallchirurgischen Versorgung am LKH Hohenems ist zu erwarten, dass die Ambulanzfrequenzen sich dort reduzieren und sich teilweise auf das KH Dornbirn verlagern werden (die dortige Zahl an ambulanten Patienten wird zunehmen).*

*Bezüglich der Ausführungen über die OP-Säle muss festgehalten werden, dass sich die seinerzeitigen Voraussetzungen bei der Planung der sechs OP-Säle von den heutigen Rahmenbedingungen klar unterschieden haben. Mit ein Grund für die OP-Quantifizierung war die angenommene Schließung des Krankenhauses Mehrerau. Die Kapazitätsberechnung inkludierte auch die chirurgischen Fächer des Krankenhauses Mehrerau, denen man die Möglichkeit bieten wollte, im LKH Bregenz tätig zu werden.*

*Im gegenständlichen Bericht des Landes-Rechnungshofs sind freie Kapazitäten von insgesamt ca. 870 Operationen p.a. angeführt. Durch die Übersiedlung der Abteilungen für Allgemein- und Unfallchirurgie vom LKH Hohenems in das LKH Bregenz wird eine Steigerung der Leistungen erwartet, die aber derzeit seriös nicht konkret beziffert werden kann. Ende 2008 wird feststehen, ob und wie viel freie Kapazitäten tatsächlich noch vorhanden sind. Dementsprechend sind Maßnahmen für eine wirtschaftliche Führung zu setzen.*

*Die zum Teil mangelhafte Dokumentation des OP-Betriebs wurde intern bereits ausführlich besprochen mit dem Ergebnis, dass zukünftig zusätzliche Kontrollmaßnahmen zur Vervollständigung der Dokumentation durchgeführt werden.*

#### 4 Finanz- und Ertragslage

**Das Landeskrankenhaus Bregenz (LKHB) hat in Relation zu anderen Krankenhäusern in Vorarlberg zu hohe Abgänge und steigende Trägerverluste. Die Ursachen liegen überwiegend in zu hohen Personalkosten bei einer zu geringen Ertragskraft. Falls die Integration der beiden Abteilungen des LKH Hohenems nicht die erwartete Ertragssteigerung bringt, sind Personalreduktionen notwendig.**

##### Situation

Das LKHB wird als Fondskrankenhaus aus dem Landesgesundheitsfonds finanziert. Die Fondsmittel sind gedeckelt und werden vor allem abhängig von den erzielten Punkten an die einzelnen Fondskrankenhäuser verteilt. Der verbleibende Abgang bestimmt die Höhe der von Land, Gemeinden und Träger zu leistenden Spitalbeitragsmittel (SpB-Mittel), die wiederum gemäß den erbrachten Leistungspunkten über den Landesgesundheitsfonds an die Häuser ausgeschüttet werden. Ist der Abgang höher als die nach LKF-Abrechnung erhaltenen SpB-Mittel, ergibt sich für den Träger – neben seinem Trägeranteil von 20 Prozent – ein zusätzlich zu deckender Träger-Verlust.

##### Abgangsentwicklung

Die Ausgaben des LKHB stiegen von € 44,9 Mio im Jahr 2002 auf € 50,7 Mio im Jahr 2006 um 13 Prozent. Die Einnahmen erhöhten sich von € 27,6 Mio im Jahr 2002 auf € 31,9 Mio im Jahr 2006 um 15,6 Prozent. Dementsprechend umfasste der Abgang des LKHB nach SpBG in den vergangenen fünf Jahren zwischen € 17,4 und € 20,0 Mio. Aus Spitalbeitragsmitteln erhielt das LKHB im selben Betrachtungszeitraum durchschnittlich € 13,5 Mio. Nach dem SpBG ergibt sich daraus für den Träger ein jährlicher Träger-Verlust zwischen € 5,1 und € 7,0 Mio.

##### Abgangsentwicklung nach Spitalbeitragsgesetz

In Tausend €

	2002	2003	2004	2005	2006
Einnahmen	27.568	28.681	33.954	32.176	31.866
Ausgaben	-44.922	-47.463	-53.994	-52.669	-50.743
<b>Abgang</b>	<b>-17.354</b>	<b>-18.782</b>	<b>-20.040</b>	<b>-20.493</b>	<b>-18.877</b>
SpB-Mittel lt LKF-Abrechnung	12.294	13.316	14.682	13.531	*
<b>Träger-Verlust</b>	<b>-5.060</b>	<b>-5.466</b>	<b>-5.358</b>	<b>-6.962</b>	<b>*</b>

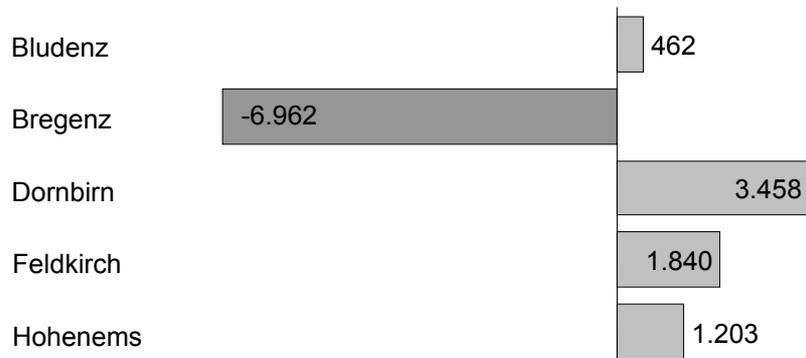
\* Endabrechnung erfolgt im Oktober 2007

Quelle: Landesgesundheitsfonds

Das LKHB ist im gesamten Betrachtungszeitraum das einzige Krankenhaus in Vorarlberg, welches regelmäßig Träger-Verluste ausweist. Im Jahr 2005 erzielten beispielsweise die übrigen Krankenhäuser innerhalb der KHBG einen Träger-Gewinn in der Höhe von € 0,5 Mio in Bludenz, € 1,8 Mio in Feldkirch und € 1,2 Mio in Hohenems. Für die Stadt Dornbirn entstand durch das Krankenhaus Dornbirn im Jahr 2005 ein Träger-Gewinn von € 3,5 Mio. Der Träger-Verlust im LKHB wird somit innerhalb der KHBG zum Großteil durch die Träger-Gewinne der restlichen Häuser ausgeglichen.

### Träger-Gewinn bzw Träger-Verlust in den VlbG Krankenhäusern im Jahr 2005

In Tausend €



Quelle: Landesgesundheitsfonds

#### Spitalbeitragsmittel

Die zu entrichtenden SpB-Mittel stammen zu jeweils 40 Prozent von Land und Gemeinden und zu 20 Prozent vom Träger. Der Gemeindeanteil wird nach dem Anteil der zuzurechnenden Verpflegstage den einzelnen Gemeinden zugeteilt. Der Beitrag für die Gemeinde pro Pflage-tag im LKHB betrug im Jahr 2005 € 94,94. Die Beiträge in den restlichen Krankenhäusern in Vorarlberg umfassten im Vergleich dazu € 48,02 in Dornbirn, € 68,95 in Feldkirch, € 49,68 in Hohenems und € 53,65 in Bludenz. Im Jahr 2006 erfolgte eine leichte Anpassung. Der Beitrag pro Pflage-tag im LKHB verringerte sich auf € 88,93, jener im Krankenhaus Dornbirn beispielsweise erhöhte sich geringfügig auf € 52,11 pro Pflage-tag.

#### Landesgesundheitsfonds

Die Mittel des Landesgesundheitsfonds stammen neben den Spitalbeitragsmitteln zum Großteil aus Mitteln des Hauptverbands der Sozialversicherungsträger und des Bundes. Im Betrachtungszeitraum gingen jeweils rund 16 Prozent der Vergütungen für Fondskrankenhäuser an das LKHB. Im Jahr 2005 konnte das LKHB rund € 41,1 Mio Fondsmittel lukrieren. Davon entfielen rund € 29,1 Mio auf den stationären, € 6 Mio auf den ambulanten und € 1,4 Mio auf den Nebenkostenstellen-Bereich sowie € 3,8 Mio auf Investitionen und € 0,8 Mio auf Auslandspatienten.

### Landesgesundheitsfonds-Mittel an das Landeskrankenhaus Bregenz in den Jahren 2001 bis 2005

In Tausend €

	2001	2002	2003	2004	2005
Stationärer Bereich	24.768	26.216	27.518	28.664	29.076
Ambulanter Bereich	4.182	5.083	5.615	6.044	5.997
Nebenkostenstellen	1.255	1.842	1.497	1.494	1.438
Investitionszuschüsse		1.914	1.360	3.483	3.767
Auslandspatienten	825	1.146	775	859	816
<b>Gesamt</b>	<b>31.030</b>	<b>36.201</b>	<b>36.765</b>	<b>40.544</b>	<b>41.094</b>

Quelle: Landesgesundheitsfonds

Das LKHB unterscheidet sich – bedingt durch den hohen Abgang – im Verhältnis Aufwand zu Punkten von den anderen Krankenhäusern in Vorarlberg. Der Aufwand pro Leistungspunkt beträgt 2005 im LKHB rund € 1,32 pro Punkt. Im Vergleich dazu liegt das Krankenhaus Dornbirn bei € 1,02, Bludenz bei € 1,10 und Hohenems bei € 1,04 pro Punkt.

#### Kostenrechnung

Die Hauptkostenstellen des LKHB weisen in den Jahren 2004 bis 2006 insgesamt eine Steigerung von 3,4 Prozent auf. Die Inflationsrate betrug im selben Zeitraum rund 3,8 Prozent, die durchschnittliche Kostensteigerung im Spitalsbereich in Vorarlberg laut Bundesstatistik für den Zeitraum 2003 bis 2005 rund 7,6 Prozent.

Die größten Steigerungen in den Jahren 2004 bis 2006 waren bei den Personalkosten mit 6,3 Prozent, bei den Kosten für medizinische Fremdleistungen mit 5,5 Prozent und den medizinischen Gebrauchs- und Verbrauchsgütern mit 4,9 Prozent zu verzeichnen. Kostenreduktionen erfolgten im Betrachtungszeitraum bei den nicht-medizinischen Fremdleistungen wie zB Instandhaltungen mit 39 Prozent sowie bei den nicht-medizinischen Gebrauchs- und Verbrauchsgütern wie zB geringwertige Ersatzteile, Einrichtungsgegenstände und Bekleidung/Wäsche/Bettzeug mit 18 Prozent.

Die jüngsten Baumaßnahmen führen einerseits zu Verlagerungen von Kosten zB weniger Instandhaltungskosten und verursachen andererseits eine zusätzliche investitionsabhängige Belastung der finanziellen Situation, da Positionen wie Zinsen und AfA angesetzt werden.



Personalkosten und Lohnniveau

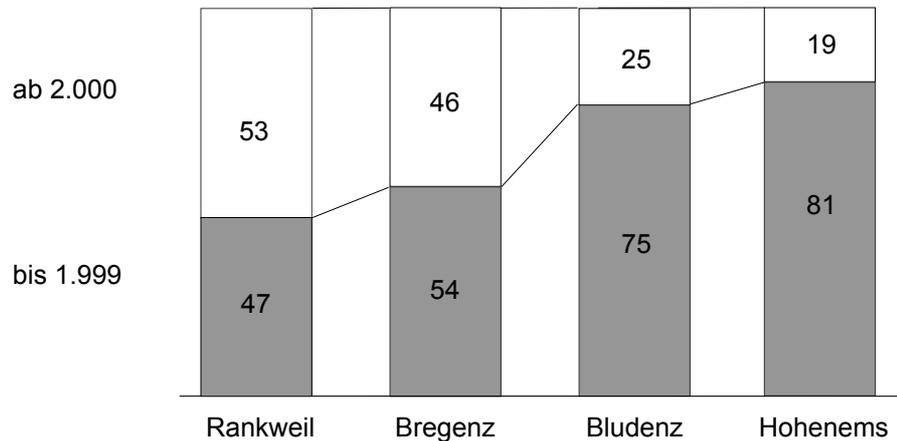
Den größten Anteil der Kosten bilden die Personalkosten. Im Zeitraum 2004 bis 2006 war im LKHB bei einer Personalreduktion von 554 auf 529 korrigierte Beschäftigte eine Steigerung der gesamten Personalkosten von 4,6 Prozent zu verzeichnen. Im Vergleich dazu wurden im selben Zeitraum von Seiten des Landes Gehaltserhöhungen im Ausmaß von 4,7 Prozent gewährt.

Durch den hohen Personalstand sind die Personalkosten im Verhältnis zu den Leistungspunkten höher als in den anderen Krankenhäusern in Vorarlberg. Im LKHB betragen die Personalkosten je Punkt im Jahr 2005 € 0,93, in den Krankenhäusern Dornbirn, Bludenz und Hohenems zwischen € 0,76 und € 0,79.

Der durchschnittliche Personalaufwand je korrigierten Beschäftigten betrug im LKHB im Jahr 2005 bei den Ärzten rund € 85.800, beim Sanitätspersonal rund € 47.300. Der Personalaufwand der Krankenhäuser Bludenz, Dornbirn und Hohenems liegt darunter und beläuft sich im Durchschnitt auf € 82.800 bei den Ärzten und € 44.900 beim Sanitätspersonal. Der Hauptgrund für das höhere Lohnniveau im LKHB ist eine andere Beförderungspraxis in der Vergangenheit. In den Landeskrankenhäusern in Bregenz und Rankweil wurden im Gegensatz zu den ehemaligen Stadtspitälern Hohenems und Bludenz regelmäßig außerordentliche Beförderungen gewährt. Zwischenzeitlich wurde die Vorgehensweise durch die KHBG vereinheitlicht.

Im LKHB lag im Jahr 2006 der Anteil der Grundgehälter von vollzeitbeschäftigten Pflegekräften unter € 2.000 bei 54 Prozent, im LKH Rankweil bei 47 Prozent. Im LKH Bludenz vergleichsweise bei 75 Prozent und im LKH Hohenems bei 81 Prozent. Auch der Anteil der Gehälter über € 2.000 ist im LKHB höher als in den beiden Häusern Bludenz und Hohenems.

**Prozentuelle Verteilung der Grundgehälter in der Pflege nach Höhe des Monatsgehalts in den LKH Rankweil, Bregenz, Bludenz und Hohenems im Jahr 2006**



Quelle: Auszug aus Personalabrechnungsdatensatz, Berechnungen L-RH

**Medizinische Ge- und Verbrauchsgüter**

Die medizinischen Gebrauchs- und Verbrauchsgüter sind laut Kostenrechnung von € 5,1 Mio im Jahr 2004 auf € 5,3 Mio im Jahr 2006 gestiegen. Hauptgrund dafür ist ein Anstieg der Medikamentenkosten von € 2,3 Mio im Jahr 2004 um zehn Prozent auf € 2,5 Mio im Jahr 2006. Eine Zunahme der Medikamentenkosten ist in sämtlichen Krankenhäusern zu verzeichnen, laut Bundesstatistik beträgt die Steigerung von 2003 bis 2005 österreichweit 11,6 Prozent.

Hinsichtlich der Kosten für Pharmazeutika pro stationärem Patienten liegt das LKHB in den vergangenen Jahren jeweils über den Werten der Krankenhäuser in Bludenz, Dornbirn und Hohenems. Im Jahr 2005 betragen die Medikamentenkosten pro stationärem Patienten im LKHB € 144, im Krankenhaus Dornbirn im Vergleich dazu € 118.

**Medizinische Fremdleistungen**

Die Kosten für medizinische Fremdleistungen stiegen von € 2,6 Mio im Jahr 2004 auf € 2,7 Mio im Jahr 2006. Den größten Anteil dieser Kostenart bilden die Laboruntersuchungen mit einer Steigerung um drei Prozent von € 2,2 Mio im Jahr 2004 auf € 2,3 Mio im Jahr 2006. Einen überdurchschnittlichen Anstieg verzeichneten aufgrund der Überstellung von Patienten nach Kreuzlingen oder Konstanz die Diagnosen-Fremdleistungen mit einer Steigerung von 44 Prozent.

## **Bewertung**

Der jährliche Abgang des LKHB ist weit höher als in den restlichen Krankenhäusern in Vorarlberg und liegt über dem LKF-Abrechnungsbeitrag aus SpB-Mitteln.

Der Träger hat zusätzlich zum Trägeranteil einen erheblichen Träger-Verlust von € 5 bis 7 Mio zu tragen. Darüber hinaus entstehen durch den hohen Abgang erhebliche Mehrkosten für Land und Gemeinden. Einzelne Gemeinden im Einzugsgebiet des LKHB tendieren bereits dazu, ihre Patienten nach Dornbirn zu verlagern, da der Beitrag für Gemeinden je Pflage tag im LKHB beinahe doppelt so hoch ist, wie im Krankenhaus Dornbirn.

Die im LKHB gegebenen infrastrukturellen, personellen und räumlichen Voraussetzungen sind überdimensioniert, wodurch die Ausgaben im Verhältnis zu den Leistungen zu hoch sind. Durch eine Integration der Chirurgie und Unfallchirurgie des LKH Hohenems kann das LKHB künftig eine Zunahme der Fallzahlen erreichen und dadurch weitere Einnahmen lukrieren.

Die Personalkosten sind im Verhältnis zu den Leistungen zu hoch. Der Hauptgrund dafür liegt in der personellen Überbesetzung. Ein starker Anstieg der Medikamentenkosten ist in sämtlichen Häusern zu verzeichnen und wird hauptsächlich auf teure Zytostatika zurückgeführt. Hinsichtlich der Medikamentenkosten pro stationärem Patienten liegt Bregenz jedoch regelmäßig über den Vorarlberger Vergleichshäusern. Die Gründe dafür können jedoch nur mittels einer vertieften Analyse auf Basis medizinischer Einzelfälle geklärt werden.

Die Kostenentwicklung des LKHB in den vergangenen drei Jahren liegt unter der Inflationsrate und laut Bundesstatistik unter dem Vorarlberger Durchschnitt. Daraus lassen sich bereits kostensenkende Maßnahmen ableiten. Zur Senkung des Abgangs auf das Niveau der restlichen Krankenhäuser sind jedoch zusätzliche, weitreichende Maßnahmen notwendig.

## **Empfehlung**

Der Landes-Rechnungshof empfiehlt eine Reduktion der Personalkosten durch weiteren Stellenabbau.

Weiters empfiehlt der Landes-Rechnungshof eine Analyse der Medikamentenkosten, um Möglichkeiten zu deren Reduktion zu eruieren.

Der Landes-Rechnungshof empfiehlt darüber hinaus, die Kostenentwicklung weiterhin kontinuierlich zu überwachen und vor allem beim medizinischen Personal das Kostenbewusstsein zu verstärken.

**Stellungnahme  
KHBG**

*Zu Kapitel 4 - Finanz- und Ertragslage*

*Das LKH Bregenz hat in verschiedenen Abteilungen einen höheren Personalstand als der Durchschnitt der Landeskrankenhäuser. Deutliche Personalanpassungen fanden in den letzten Jahren statt und werden auch weiterhin betrieben. Durch die Übersiedlung der Abteilungen für Allgemein- und Unfallchirurgie und der damit verbundenen Personalübernahmen wird es allerdings zumindest im Jahr 2008 schwierig werden, Personalkosten zu reduzieren. Um den Betriebsabgang drastisch zu verringern sind Personalanpassungen und gleichzeitige Leistungssteigerungen unumgänglich.*

*Erste erfreuliche Anzeichen im Jahresabschluss 2006 sind u. a. die Verringerung des Spitalbeitrags pro Tag auf ca. € 88,93, (2005 € 94,94) bei gleichzeitiger Reduzierung der Spitalbeitragstage. Der Spitalbeitrag der Stadt Bregenz gemäß § 2 Abs. 2 Spitalbeitragsgesetz verringert sich daher z.B. von € 2.648.920,94 im Jahre 2005 auf € 2.387.859,43 (vorbehaltlich der Genehmigung des Betriebsabgangs durch die Landesregierung) im Jahre 2006.*

*Auch muss verdeutlicht werden, dass die Unfallchirurgische Abteilung bis vor kurzem fast autark (außer Küche) als Krankenhaus „Böckle“ betrieben wurde und bei Eingliederung in das LKH Bregenz alle Mitarbeiter übernommen werden mussten. Da keine Kündigungen ausgesprochen werden sollten, kann der Personalüberhang nur durch natürliche Abgänge über einen längeren Zeitraum wieder ausgeglichen werden.*

*Der Aufwand für die Abschreibung und die Zinsbelastung beträgt 2006 pro stationärem Patienten € 149,40. Im Vergleich dazu betragen diese Aufwendungen im KH Dornbirn € 64,62. Dies ist größtenteils auf die umfangreichen Baumaßnahmen der letzten Jahre im LKH-Bregenz zurückzuführen. Allein daraus resultiert ein gegenüber Dornbirn höherer Betriebsabgang in Höhe von ca. € 1.386.000,-- (Abschreibung und Zinsen).*

**Kommentar L-RH**

Das LKHB verzeichnet bereits vor den baulichen Maßnahmen der vergangenen Jahre einen zu hohen Abgang, der wesentlich aus zu hohen Kosten bzw zu geringen Erlösen resultiert. Abschreibung und Zinssatz beeinflussen zwar das Ergebnis, jedoch nicht in einem Ausmaß der ausschlaggebend für einen überhöhten Abgang sein kann.

**Stellungnahme  
KHBG**

*Allgemein zur Prüfung durch den Landes-Rechnungshof:*

*Auch wenn – wie im Bericht des Landes-Rechnungshofs angedeutet – bereits Maßnahmen zur Erhöhung der Wirtschaftlichkeit des LKH Bregenz durch die Vorarlberger Krankenhaus-Betriebsgesellschaft mbH gesetzt wurden, ist unbestritten, dass die Kennzahlen des LKH Bregenz klar verbessert werden müssen. Nicht zuletzt durch die Neukonzeptionierung des Landeskrankenhauses Hohenems und damit die Zusammenlegung der Abteilungen für Chirurgie und Unfallchirurgie der beiden Krankenhäuser am LKH Bregenz werden Effizienzpotentiale verstärkt genutzt werden können.*

*Die vom Landes-Rechnungshof dargelegten konstruktiven Bewertungen und Empfehlungen werden von der Vorarlberger Krankenhaus-Betriebsgesellschaft mbH schrittweise umgesetzt. Die geforderten Optimierungsmaßnahmen werden jedoch erheblicher Anstrengungen bedürfen.*

*Grundsätzlich darf seitens der Geschäftsführung der Vorarlberger Krankenhaus-Betriebsgesellschaft mbH darauf hingewiesen werden, dass Gesundheitsbetriebe, insbesondere Krankenhäuser, nicht ausschließlich an den vom Landes-Rechnungshof zu prüfenden Maßstäben der Sparsamkeit und Wirtschaftlichkeit beurteilt werden dürfen. Insbesondere kranke Menschen bedürfen eines hohen Maßes an menschlicher Zuneigung und persönlicher Betreuung. Es ist für die Geschäftsführung der Vorarlberger Krankenhaus-Betriebsgesellschaft mbH eine große Herausforderung, zwischen den – ebenfalls berechtigten – Grundsätzen der Sparsamkeit- und Wirtschaftlichkeit eines Krankenhausbetriebs und der (persönlichen Betreuungs-) Qualität eines Krankenhauses für die kranken Menschen die richtige Abwägung zu finden.*

*Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter am LKH Bregenz leisten seit Jahren einen wesentlichen Beitrag zur qualitativ hervorragenden Betreuung kranker Menschen im Norden Vorarlbergs.*

Bregenz, im September 2007

Der Direktor

Dr Herbert Schmalhardt



### **Abkürzungsverzeichnis**

AfA	Absetzung für Abnutzung
BGBI	Bundesgesetzblatt
BlDz	Bludenz
Brgz	Bregenz
B-VG	Bundes-Verfassungsgesetz
D'birn	Dornbirn
GuKG	Gesundheits- und Krankenpflegegesetz
HDG	Hauptdiagnosegruppe
H'ems	Hohenems
HNO	Hals, Nasen, Ohren
KA-AZG	Krankenanstalten-Arbeitszeitgesetz
KAKuG	Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten
KH	Krankenhaus
KHBG	Krankenhaus-Betriebsgesellschaft mbH
KHL	Krankenhausleitung
LGBI	Landesgesetzblatt
LKF	Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung
LKH	Landeskrankenhaus
LKHB	Landeskrankenhaus Bregenz
LKHF	Landeskrankenhaus Feldkirch
MEL	Medizinische Einzelleistung
Mio	Million(en)
NAW	Notarzwesen
ÖBIG	Österreichische Bundesanstalt für Gesundheit
OP	Operationssaal
ÖSG	Österreichischer Strukturplan Gesundheit
SpBG	Spitalbeitragsgesetz