

**Prüfbericht über
das Vorarlberger Spitalswesen**

Bregenz, im April 2010

Inhaltsverzeichnis

Vorlage an den Landtag und die Landesregierung	3
Darstellung der Prüfungsergebnisse	3
Prüfungsgegenstand und -ablauf	4
Zusammenfassung der Ergebnisse	5
1 Pulmologie Gaisbühel	8
2 Schlafdiagnostik LKH Hohenems	14
3 Auslastungssituation am LKH Bludenz	18
4 Verbesserungsmaßnahmen LKH Bregenz	25
5 Überstundensituation der Ärzte	33
6 Fachärztemangel	39
7 Stroke Unit Versorgung	48
8 Strukturmaßnahmen	50
9 Integrierte Planung	56
Abkürzungsverzeichnis	62
Glossar	64

Vorlage an den Landtag und die Landesregierung

Der Landes-Rechnungshof hat gemäß Art. 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 dem Landtag und der Landesregierung in diesem Bericht einen detaillierten Überblick über die Prüfung des Vorarlberger Spitalswesens.

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.

Im Zahlenwerk wurden gegebenenfalls kaufmännische Auf- und Abrundungen vorgenommen. Bei der Darstellung von Entwicklungen wurde keine Indexbereinigung vorgenommen. Bei den Werten aus dem Jahr 2009 handelt es sich um vorläufige Werte bzw. Hochrechnungen.

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

Prüfungsgegenstand und -ablauf

Der Landes-Rechnungshof prüfte von November 2009 bis März 2010 ausgewählte Themen zum Vorarlberger Spitalswesen gemäß Prüfauftrag der Fraktionen FPÖ, SPÖ und Grüne (Beilage 13/2009). Der Prüfungsschwerpunkt lag bei der Evaluierung von Strukturmaßnahmen. Weitere Prüfungsthemen waren die Schließung des Standorts Gaisbühel mit Verlagerung der Pulmologie nach Hohenems, der Ausbau der Schlafdiagnostik am Landeskrankenhaus Hohenems (LKHH), die Auslastungssituation am Landeskrankenhaus Bludenz (LKHZ), Verbesserungsmaßnahmen am Landeskrankenhaus Bregenz (LKHB), die Überstundenstundensituation bei den Ärzten und der aktuelle Fachärztemangel an den Landeskrankenhäusern inkl. einer Beurteilung des Dienst- und Entlohnungssystems, die Versorgung von Schlaganfallpatienten in der Stroke Unit und Aspekte einer integrierten Planung zwischen intra- und extramuralem Bereich.

Um ein möglichst umfassendes Bild zu erhalten, wurden Gespräche mit betroffenen Verantwortlichen der Vorarlberger Krankenhaus-Betriebsgesellschaft.m.b.h. (KHBG), der Landeskrankenhäuser und der Abteilung Gesundheit und Sport (IVb) im Amt der Vorarlberger Landesregierung geführt. Darüber hinaus wurden weitere Systempartner befragt und mit Vertretern des niedergelassenen Bereichs gesprochen. Die Darstellung der Ergebnisse erfolgt in konzentrierter Form.

Die Prüfungsergebnisse wurden der KHBG und dem Vorstand der Abteilung Gesundheit und Sport (IVb) am 12. April 2010 zur Kenntnis gebracht. Die KHBG und die Abteilung Gesundheit und Sport (IVb) gaben am 26. April 2010 eine Stellungnahme ab. Diese wurden vom Landes-Rechnungshof in den Prüfbericht eingearbeitet.

Zusammenfassung der Ergebnisse

Die medizinische Versorgung erfolgt in Vorarlberg auf einem hohen Niveau. Mit sechs Krankenhäusern, die gemeinsam über 1.846 Betten verfügen, ist auch die regionale Versorgung überdurchschnittlich gut entwickelt. Durch das breite Angebot können die Patienten jenes Krankenhauses wählen, das aus ihrer Sicht die beste Leistung erbringt. Die Spitalpolitik ist gefordert, einerseits die räumliche Nähe von Versorgungsangeboten so weit dies sinnvoll ist zu gewährleisten und andererseits für eine abgestufte Versorgung mit medizinischen Leistungen Sorge zu tragen. Der hohe Versorgungsstandard wurde in den letzten Jahren noch weiter ausgebaut. Beim medizinischen Leistungsspektrum wurden beispielsweise die Endoprothetik, die Psychosomatik, die Stroke Unit, das Schlaflabor oder das Herzkatheter-Labor erweitert.

Der Ausbau des Versorgungssystems erfolgte auf Basis der Vorgaben des regionalen und des österreichischen Strukturplan Gesundheit 2010. Die Gesamtkosten für die Fondskrankenanstalten erhöhten sich seit dem Jahr 2006 um rund € 47 Mio. auf € 344,7 Mio. Wesentliche Kostentreiber sind eine verbesserte Diagnostik und Therapie, Fortschritte in der Medizintechnik sowie neue Medikamente und Versorgungsstandards. Aufgrund der kontinuierlich steigenden Kosten im Spitalwesen sind die vorhandenen Potenziale zur Optimierung der Strukturqualität und zur Kostendämpfung konsequent zu nutzen. Wichtige Schritte wurden mit der Neupositionierung von Maria Rast, der Verlagerung der Pulmologie ins LKH Hohenems, der Verlagerung der stationären Abteilungen für Chirurgie und Unfallchirurgie vom LKH Hohenems an das LKH Bregenz sowie der Schließung der Gynäkologie und Geburtshilfe am LKH Hohenems erfolgreich gesetzt.

Diese Maßnahmen ermöglichten einerseits eine Qualitätsverbesserung der medizinischen Leistung und führten andererseits zu Einsparungen von jährlich € 3 Mio. und einem Kostendämpfungseffekt von langfristig € 60 Mio. Weitere Schritte zur Optimierung des Versorgungssystems sind möglich, erfordern aber eine Änderung bestehender Struktur- und Finanzierungskriterien. Langfristig sollten die fünf LKH als ein LKH Süd inklusive einer landesweiten Schwerpunktversorgung und ein LKH Nord organisiert sein. Die regionale Versorgung wird durch ein landesweit abgestuftes medizinisches Leistungsspektrum an allen fünf Standorten sichergestellt. Die Verwaltungsaufgaben der LKH werden weiter gebündelt und in einem Servicecenter abgewickelt. Die Finanzierung durch den Landesgesundheitsfonds bedarf einer Anpassung.



Neben strukturellen Veränderungen sind vorhandene Produktivitätspotenziale im medizinischen und nicht-medizinischen Bereich konsequent zu nutzen. So haben beispielsweise die Fokusgruppen am LKH Bregenz mehrere Themen behandelt und erste Ergebnisse vorgelegt. Für die weitere Umsetzung fehlt jedoch ein detaillierter Maßnahmenplan. Die Nachsorge für internistische Patienten in der Mehrerau ist noch nicht zufriedenstellend gelöst. Es ist Sache der KHBG mit klaren Vorgaben für die Nutzung der Potenziale zu sorgen.

Das innovative Vorarlberger Schlaganfall-Netzwerk gewährleistet eine optimale Akutversorgung der Schlaganfallpatienten mit einer anschließenden abgestuften Rehabilitation. Dieses Netzwerkkonzept kann Vorbildwirkung für die Gestaltung weiterer flächendeckender Versorgungsbereiche haben. Aus organisatorischer Sicht wirkt sich die räumliche Trennung zwischen der Neurologie im LKH Rankweil und der Stroke Unit im LKH Feldkirch nachteilig für den 24-Stunden Betrieb aus.

Das Schlaflabor am LKH Hohenems deckt mit drei Plätzen den Bedarf an stationärer Polysomnographie. Vorgelagerte schlafmedizinische Leistungen wie Anamnese, Diagnostik und Polygraphie könnten weitgehend ambulant durch Haus- und Fachärzte erfolgen. Derzeit fehlt jedoch von Seiten der Sozialversicherungsträger eine Tarifvereinbarung mit den niedergelassenen Ärzten. Um Selbstbehalte der Patienten zu vermeiden, erfolgen polygraphische Leistungen relativ teuer im Schlaflabor. Künftig sind die Leistungen des Schlaflabors auf Polysomnographie zu fokussieren und die drei Betten kostenoptimal auszulasten.

Der hohe Versorgungsstandard erfordert eine entsprechende Besetzung mit Fachärzten. Derzeit sind rund drei Prozent der Facharztstellen in den Landeskrankenhäusern nicht besetzt. Vereinzelt ist dies auf Besetzungsprobleme zurückzuführen. Typische Mangelfächer wie Neurologie oder Kinderpsychiatrie sind auch in Vorarlberg nur schwer zu besetzen. Derzeit besteht kein akuter Facharztmangel. Aufgrund des Altersdurchschnitts der Fachärzte, könnte künftig ein Facharztmangel entstehen. Faktoren wie gestiegene Anforderungen an die Information und Dokumentation, kürzere Verweildauern, aber auch ein Wertewandel führen zu einer steigenden Belastung der Ärzte. Die KHBG ist gefordert, neue Arbeits- und Entlohnungsmodelle zu entwickeln und das Personalmanagement zu verstärken.



Das bundesweit bestehende Finanzierungssystem und die gesetzlichen Regelungen erschweren eine integrierte Planung und gemeinsame Finanzierung für den intra- und extramuralen Bereich. Dies führt zu einer Fehlallokation öffentlicher Mittel. Die Problematik ist allen Beteiligten bekannt, die zersplitterte Finanzierung und die unterschiedlichen Interessen lassen aber nur wenig Spielraum für Veränderungen. Vorarlberg forciert die Modellregion und plant, einzelne Pilotprojekte gemeinsam mit den Finanziers zu realisieren. Unter den gegebenen Rahmenbedingungen besteht eine hohe Abhängigkeit von den Sozialversicherungsträgern und der Ärztekammer. Dies erschwert beispielsweise das Modell einer integrierten Versorgungsstruktur wie ein Gesundheitszentrum am LKH Bludenz in der Praxis umzusetzen.

1 Pulmologie Gaisbühel

Umstrukturierungen ermöglichten die Verlagerung der Pulmologie nach Hohenems und die Schließung des Standorts Gaisbühel. Die Kosten- und Leistungsentwicklung der Pulmologie ist positiv zu bewerten. Eine begleitende und nachvollziehbare Erfolgskontrolle für Strukturveränderungen durch die KHVG sollte Standard sein.

Situation

Die Schließung dislozierter Standorte in der Akutversorgung ist eine grundlegende Zielsetzung von Strukturanpassungen im Rahmen der Krankenanstaltenplanung. Mit der Integration dislozierter Einheiten in einen bestehenden Standort der Akutversorgung können die Strukturqualität gesteigert und mit der Standortaufgabe die Kosten reduziert werden.

Der Standort Gaisbühel war ursprünglich ein eigenständiges Krankenhaus. Die Gründung erfolgte im Jahr 1917 als Tuberkuloseheilstätte. Im Jahr 1983 wurde die Lungenheilstätte Gaisbühel dem Landeskrankenhaus Feldkirch (LKHF) als dislozierte pulmonologische Abteilung angegliedert. Aufgrund der rückläufigen Bedarfslage in der Pulmologie wurde das Bettenangebot von ursprünglich 170 Betten schrittweise rückgeführt. Der geltende regionale Strukturplan Gesundheit (RSG, kurz: Spitalplan) sieht für den Fachbereich Pulmologie 38 Betten vor. Zusätzlich wurden am Standort Gaisbühel 30 Betten für die Interne E (Onkologie) des LKHF genutzt.

Gründe für die Schließung

Die Bausubstanz der Gebäude in Gaisbühel wurde den Ansprüchen einer zeitgemäßen Krankenhausstruktur nicht mehr gerecht. Bauliche Mängel beeinträchtigten die Betreuungsqualität, vor allem die Hotelkomponente, und die Effizienz im Betrieb. Es fehlte eine zentrale Med-Gasversorgung, es gab Mängel in der Haustechnik und die Aufzuganlagen waren unzureichend. Zudem gab es größtenteils keine Nasszellen in den Patientenzimmern. Die Stationsgrößen waren ungünstig.

Die hygienischen Bedingungen wurden im Rahmen der sanitären Einsichten des Landes zunehmend kritisch gesehen. In diesem Bereich wären größere Investitionen kurz- bis mittelfristig unvermeidbar gewesen.

Eine Schätzung der Kosten für die Behebung der dringlichsten baulichen Mängel im Jahr 2004 ergab eine Summe von € 4 Mio. Grundlegende strukturelle und organisatorische Mängel des Bauwerks hätten durch diese Sanierung nicht behoben werden können.

	<p>Eine nachhaltige Sanierung des Standorts als Krankenhaus würde nach Aussage der KHBG aufgrund der ungünstigen Strukturen potenziell sogar die Neubaukosten übersteigen. Eine grobe Kostenschätzung für 70 Betten mit konservativer Versorgung ergibt, bei Kosten von € 200.000 bis € 250.000 pro Bett, eine Investitionssumme von € 14 bis € 17,5 Mio.</p>
Veränderungskonzept	<p>Die Strukturoptimierung im LKHH sah die Verlagerung der stationären Chirurgie-Abteilungen nach Bregenz vor. Die chirurgische und unfallchirurgische Versorgung im Rahmen der Ambulanz und der Tageschirurgie sollte im LKHH verbleiben. Zu diesem Zeitpunkt war die Schließung der Abteilung Gynäkologie und Geburtshilfe am LKHH bereits in Umsetzung. Dieses Konzept wurde im Rahmen einer von der KHBG beauftragten Studie im Jahr 2006 evaluiert.</p> <p>Die frei werdenden Räumlichkeiten ermöglichten die Verlagerung der Pulmologie von Gaisbühel nach Hohenems. In diesem Zug wurde die Bettenkapazität von 59 auf 37 Betten reduziert.</p> <p>Durch die Integration der Pulmologie in ein Akutkrankenhaus wurden positive medizinische und wirtschaftliche Wechselwirkungen zwischen den Fachabteilungen der Inneren Medizin und der Pulmologie am LKHH erwartet. Beispiele für solche Potenziale waren die Einrichtung einer gemeinsamen Überwachungsstation zwischen Innere Medizin und Pulmologie und eine bessere Anbindung an medizinische und nicht medizinische Supportleistungen. Der medizinische Nutzen der Integration der Pulmologie wurde in der Anbindung an die Innere Medizin mit fachärztlicher Betreuung rund um die Uhr, der besseren radiologischen Diagnostik und Computer Tomographie (CT) am Standort und der Möglichkeit einer interdisziplinär genutzten Intensivstation gesehen.</p> <p>Notwendige Beschlüsse wurden im Aufsichtsrat der KHBG am 30. November 2006 und in der 7. Sitzung der Gesundheitsplattform am 14. Dezember 2007 gefasst. Die Strukturveränderungen am LKHH wurden am 29. Jänner 2007 im Rahmen einer Bürgerversammlung in Hohenems diskutiert.</p>
Ergebnisse der Verlagerung	<p>Die Verlagerung der Pulmologie in den Zentralraum von Vorarlberg bringt für die Patienten eine bessere Erreichbarkeit. Parallel dazu wurde die Notwendigkeit, Patienten während des Aufenthalts zur Diagnostik bzw. Therapie zu verlegen, reduziert. Ein großer Teil der Leistungen kann am Standort erbracht werden. Dadurch wurde der Komfort für die Patienten erhöht. Gleichzeitig gab es Einsparungen durch Reduktion von Patiententransporten in Höhe von jährlich € 10.000.</p>



Bestehende Strukturen am LKHH konnten mit der Verlagerung der Pulmologie genutzt werden. Die synergetische Nutzung der Intensivüberwachung (IMCU) durch Innere Medizin und Pulmologie ist dabei hervorzuheben. Die angestrebte Einsparung eines ärztlichen Nachtdienstes im Bereich der Pulmologie wurde nicht realisiert.

Leistungen

Die Standortverlagerung ging mit nachhaltigen Leistungsveränderungen im Bereich der Pulmologie einher. Mit der Reduktion der Bettenkapazität um über ein Drittel stieg die Auslastung am Standort Gaisbühel von 48,2 und 55,8 Prozent in den Jahren 2006 und 2007 auf 84 und 85,2 Prozent in den Jahren 2008 und 2009.

Die Belagstage nahmen im Zeitraum von 2006 auf 2009 um 12,7 Prozent zu, die stationären Aufnahmen um 63,8 Prozent. Die Fallzahlen der Tagesklinik stiegen im selben Zeitraum von 34 auf 290.

Die durchschnittliche Verweildauer konnte um über ein Viertel von 6,83 Tage auf 4,89 Tage gesenkt werden. Gleichzeitig stiegen die generierten LKF-Punkte um 35,1 Prozent.

Leistungsentwicklung der Pulmologie im Zeitraum 2006 bis 2009

	Standort Gaisbühel		Standort Hohenems		Δ Prozent 2006 zu 2009
	2006	2007	2008	2009	
Tats. Betten	59	59	37	37	- 37,3
Auslastung in Prozent	48,2	55,8	84,0	85,2	+ 76,7
Aufnahmen	1.519	1.831	2.183	2.490	+ 63,9
Anteil Tagesklinik in Prozent	1,6	4,4	17,5	15,7	+ 891,1
Belagstage	10.378	12.017	11.348	11.499	+12,7
Verweildauer	6,83	6,56	5,20	4,89	- 28,4
LKF-Punkte	3.373.435	4.099.578	3.909.633	4.557.250	+ 35,1
Ambulante Frequenzen	2.749	2.794	2.377	3.137	+ 14,1

Quelle: K-DOK, Darstellung L-RH

Kosten

Für den Kostenvergleich wurden Kostensteigerungen bei Medikamenten nicht berücksichtigt. Diese sind nicht auf die Standortverlagerung, sondern überwiegend auf die Anwendung neuer onkologischer Therapien zurückzuführen. Die korrigierten Gesamtkosten stiegen im Zeitraum von 2006 bis 2009 um 10,9 Prozent. Die divergierende Entwicklung von Ambulanzkosten mit minus 29,3 Prozent und stationären Kosten mit plus 17 Prozent ist primär bedingt durch eine veränderte Kostenzuordnung innerhalb der Abteilung. Die Gesamtkostensteigerung betrug 14,8 Prozent.

Nennenswerte Kostenverschiebungen ergaben sich durch unterschiedliche Gemeinkostenstrukturen im LKHF und LKHH. Weitere Kostenverschiebungen sind auf die Kostenrechnungssystematik zurückzuführen und nicht auf die Standortverlagerung der Pulmologie. Es gab keine explizite Kostennachverfolgung der Effekte der Standortverlagerung seitens der KHBG.

Der Einheitspreis je LKF-Punkt auf Basis korrigierter Gesamtkosten sank um 13,95 Prozent. Für die Abteilung Pulmologie bedeutet das eine deutliche Effizienzsteigerung im Betrachtungszeitraum.

Kostenentwicklung der Pulmologie im Zeitraum 2006 bis 2009

Beträge in €

	Standort Gaisbühel		Standort Hohenems		Δ Prozent 2006 zu 2009
	2006	2007	2008	2009	
Endkosten Ambulanz	221.711	177.362	178.537	156.684	-29,3
Endkosten stationär	4.350.878	4.582.058	4.652.818	5.091.203	+17,0
Gesamtkosten	4.572.589	4.759.420	4.831.355	5.247.887	+14,8
Korrektur neue onkol. Therapien		-175.000	-175.000	-175.000	
Korrigierte Gesamtkosten	4.572.589	4.584.420	4.656.355	5.072.887	+10,9
Korr. Gesamt- kosten/LKF-Punkt	1,29	1,12	1,19	1,11	- 14,0

Quelle: K-DOK, Darstellung L-RH



Mit der Schließung des Standorts Gaisbühel wurden Kosten des medizinischen Betriebs der Pulmologie nach Hohenems verlagert. Die KHBG leistet am Standort Gaisbühel nach wie vor Hausverwaltungsdienste. Im Jahr 2008 trug sie die verbleibenden Betriebskosten für die Gebäudebetreuung. Für das Jahr 2009 verrechnete die KHBG dem Land Betriebskosten und Leistungen der Gebäudebetreuung in Höhe von € 115.000. Ab 1. Jänner 2010 wurden die Dienste der Gebäudebetreuung durch die KHBG reduziert.

Nachnutzung der Liegenschaft

Die Abteilung Vermögensverwaltung (IIIb) ließ im Herbst 2007 ein Verwertungs- und Vermietungskonzept samt Bewertungsalternativen für mögliche Nachnutzungen der Liegenschaft erstellen. In der Folge wurde ein Immobilienbüro mit der Suche nach geeigneten Mietern beauftragt. Die Suche verlief ohne Erfolg. Das Land versucht nach wie vor, eine externe Nachnutzung in die Wege zu leiten. Teile des Gebäudes werden derzeit als Lager für Kunstgegenstände genutzt. Nach Angaben der Abteilung Vermögensverwaltung (IIIb) handelt es sich um eine temporäre Nutzung bis zur Fertigstellung des Landesmuseums.

Bewertung

Die Schließung des Standorts Gaisbühel ist nach Ansicht des Landes-Rechnungshofs grundsätzlich positiv zu bewerten. Die KHBG hat die Chance genutzt, hohe Investitionen zu vermeiden und die Nachteile eines dislozierten Standorts zu beseitigen. In der pulmologischen Abteilung am LKHH werden mehr Leistungen erbracht als noch am Standort Gaisbühel. Es ist eine deutliche Effizienzverbesserung gegeben, auch wenn die Kostensteigerungen über der Inflation liegen.

Durch die KHBG erfolgte, insbesondere in Bezug auf die Kosten, keine nachvollziehbare Erfolgskontrolle. Diese wurde seitens des Aufsichtsrats nicht explizit eingefordert. Generell stellt der Landes-Rechnungshof fest, dass der Aufsichtsrat in seiner derzeitigen Besetzung die gesetzlichen Anforderungen nur teilweise erfüllt. Um seine Überwachungsfunktion vollinhaltlich erfüllen zu können, wären auch Aufsichtsräte mit medizinischer und gesundheitsökonomischer Qualifikation notwendig.

Die Gebäudebetreuung am Standort Gaisbühel gehört nach Ansicht des Landes-Rechnungshofs nicht mehr zu den Aufgaben der KHBG. Sie ist jedoch zeitlich begrenzt vertretbar, da eine externe Verwertung der Liegenschaft angestrebt wird.

Die Liegenschaft Gaisbühel wird derzeit zweckentfremdet genutzt. Diese Nutzung darf die weiteren Bemühungen zu einer Verwertung nicht behindern. Die externe Verwertung sollte nach Ansicht des Landes-Rechnungshofs konsequent weiter verfolgt werden.

Empfehlung

Der Landes-Rechnungshof empfiehlt, für Strukturveränderungen vermehrt sowohl medizinische als auch ökonomische Erfolgskontrollen durchzuführen und dem Aufsichtsrat darüber zu berichten.

Weiters empfiehlt der Landes-Rechnungshof, den Aufsichtsrat auch mit Experten aus Medizin und Gesundheitsökonomie zu besetzen.

Zudem empfiehlt der Landes-Rechnungshof, die externe Verwertung der Liegenschaft Gaisbühel konsequent weiter zu verfolgen.

Stellungnahme

Es wurde die kostengünstigste Lösung gesucht. Derzeit erfolgt die Instandhaltung und Instandsetzung des Gebäudes durch die Abteilung Hochbau und Gebäudewirtschaft (VIIc). Aus Einsparungsgründen wird die vorhandene computergestützte Facilityinfrastruktur des Landeskrankenhauses Feldkirch weitergenutzt. Die Betreuung der Außenanlagen erfolgt unter Anleitung eines Mitarbeiters des Krankenhauses Feldkirch durch die im Personalhaus Gaisbühel untergebrachten Asylwerber.

Mehr als die Hälfte der Flächen des Gebäudes sind derzeit mit Kunstgegenständen des Landesmuseums, des Landestheaters und des Kunsthauses belegt. Es konnten dadurch mehrere angemietete Lagerstandorte aufgelöst werden.

Die Raumqualitäten in Gaisbühel eignen sich hinsichtlich Beheizung, Luftfeuchte, Brandschutz, interner Erschließung und Überwachung sehr gut zur Lagerung der Kunstgegenstände. Bevor die externe Verwertung der Liegenschaft Gaisbühel weiterbetrieben werden kann, ist die Frage der Aufbewahrungsflächen hinsichtlich der Lagerung von Gegenständen des Landesmuseums, von Kunstkäufen, von in Leihe genommenen Kunstwerken bis zur Restaurierung zu klären.

Kommentar L-RH

Es hat sich herausgestellt, dass die Liegenschaft in Gaisbühel schwer verwertbar ist. Nach Ansicht des Landes-Rechnungshofs muss eine Verwertung erste Priorität gegenüber einer alternativen Eigennutzung haben. Als Lagerstandort sollte die Liegenschaft nur temporär genutzt werden. Die Lagerung von Kunstgegenständen ist auch unter alternativen Lagerungsmöglichkeiten und deren Kosten zu beurteilen.



2 Schlafdiagnostik LKH Hohenems

Das Schlaflabor ist mit drei Plätzen am LKH Hohenems grundsätzlich bedarfsgerecht. Versorgungsdefizite bei Polygraphien im extramuralen Bereich werden derzeit teilweise durch das Schlaflabor ausgeglichen. Künftig ist auf eine Fokussierung auf Polysomnographien und auf eine effiziente Nutzung des Schlaflabors zu achten.

Situation

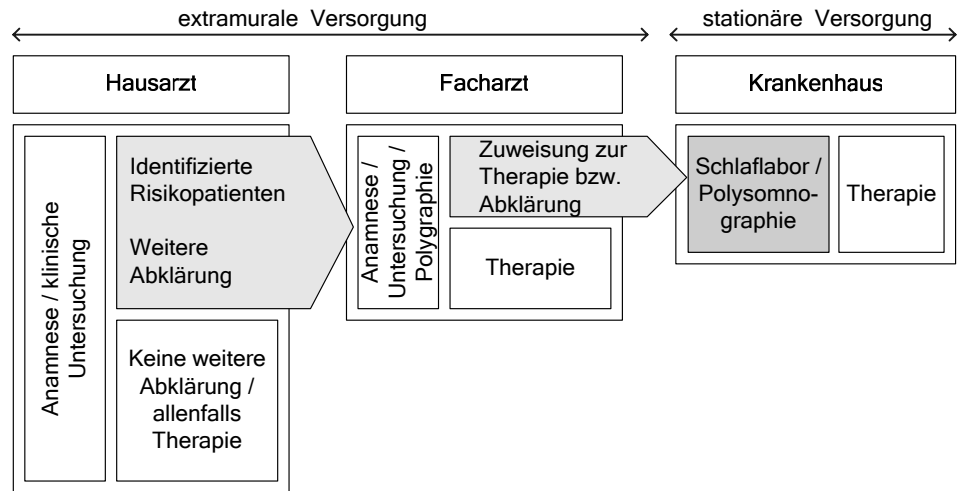
Idealtypisch besteht in der Schlafmedizin eine abgestufte Versorgungsstruktur. Dabei geht es um eine sinnvolle Verteilung der Leistungen der „Polygraphie“ und „Polysomnographie“ zwischen extramuralem und stationärem Bereich.

Der Hausarzt erbringt die Basisversorgung. Auf dieser ersten Versorgungsstufe gilt es, Risikopatienten durch ein Screening zu identifizieren und diese zur weiteren Diagnostik und Behandlung an die nächste Stufe weiterzuleiten.

Der niedergelassene Facharzt – primär aus den Fachgebieten Pulmologie oder Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde (HNO) – nimmt eine weitere Untersuchung vor. Allenfalls wird die Polygraphie zur Abklärung eingesetzt. Die Polygraphie ist eine Methode, schlafbezogene Atemstörungen zu diagnostizieren. Sie kann in ärztlicher Begleitung zu Hause oder ambulant erfolgen. Ein Großteil der Patienten kann auf dieser Versorgungsstufe behandelt werden. Für einen gewissen Teil ist eine weitere Abklärung und Therapieeinstellung im Krankenhaus erforderlich.

Im Schlaflabor erfolgt die Diagnostik über die Polysomnographie. Bei der Polysomnographie werden während der Nacht alle Parameter des Schlafes des Patienten erfasst. Diese Methode ist deutlich aufwändiger als die Polygraphie. Sie kann nur stationär durchgeführt werden und erfordert eine laufende Überwachung durch entsprechend qualifiziertes Personal. In der Regel erfolgt die weitere Therapie und Betreuung dieser Patientengruppe durch das Krankenhaus im Rahmen einer Spezialambulanz.

Abgestufte Versorgungsstruktur zur Schlafdiagnostik



Darstellung L-RH

Versorgungs-entwicklung

Interne Untersuchungen der KHBG ergaben, dass die schlafmedizinische Versorgung in Vorarlberg nicht ausreichend war. Ergänzend dazu hat die KHBG im Jahr 2008 eine Machbarkeitsstudie zur Schlafmedizin beauftragt. Auf Basis der Ergebnisse wurde am LKHH ein Schlaflabor mit drei Plätzen eingerichtet. Es ist seit Juni 2009 in Betrieb. Im Jahr 2009 wurden am LKHH rund 750 Schlaflaborleistungen abgerechnet. Davon waren rund 550 Polysomnographien.

Auf Basis der Verrechnungsposition Hauptdiagnosegruppe (HDG) 01.31 hat der Landes-Rechnungshof einen Vergleich zu den anderen Bundesländern durchgeführt. Für diesen Krankenhaushäufigkeitsvergleich wurden die Patienten in drei Altersklassen gruppiert. Infolge der Untersuchung von Säuglingen in Bezug auf den plötzlichen Kindestod ergibt sich in der Altersklasse 0 bis 14 Jahre eine deutlich erhöhte Krankenhaushäufigkeit in Vorarlberg. Diese Altersklasse ist nicht Zielgruppe des Schlaflabors Hohenems. In der Altersgruppe 15 bis 59 Jahre liegt die Krankenhaushäufigkeit um 28 Prozent, in der Altersgruppe 60 Jahre und älter um 41 Prozent unter dem österreichischen Durchschnitt.

Alle Polysomnographien in Vorarlberg erfolgen am LKHH. Um die Versorgungsdichte dem österreichischen Durchschnitt anzunähern, wären insgesamt rund 600 bis 750 Schlaflabor-Leistungen am LKHH notwendig.

Bundesländervergleich Krankenhaushäufigkeit Schlaflabor*
Aufnahmen auf 1.000 Einwohner

Jahre	V	MW andere BL **	B	K	NÖ	OÖ	S	ST	T	W
0 - 14	5,9	3,5	3,5	4,8	2,7	3,3	3,6	3,5	2,9	3,5
15 - 59	2,5	3,6	1,7	3,9	3,3	4,2	2,9	4,2	3,9	4,2
60 und älter	6,2	10,6	5,3	14,0	9,5	13,4	8,5	12,4	10,8	10,5

Quelle: DIAG, Datenbasis 2008, Darstellung L-RH

* Die Messung der Krankenhaushäufigkeit erfolgt über die LKF-Gruppe HDG01.31. In dieser Gruppe werden die Schlaflaborleistungen erfasst. Es werden auch Leistungen über diese Gruppe verrechnet, die nicht dem Schlaflabor zuzurechnen sind.

** Mittelwert andere Bundesländer

Leistungs-
finanzierung

Leistungen im extramuralen Bereich werden überwiegend von den Krankenkassen und den Patienten finanziert. Die Finanzierung des intramuralen Bereichs trifft überwiegend den Bund und die Länder.

Ein niedergelassener Arzt hat im Dezember des Jahres 2007 ein Reformpoolprojekt zur Finanzierung der ambulanten Polygraphie aus Reformpoolmitteln beantragt. Dieses Reformpoolprojekt wurde nicht befürwortet.

Die Polysomnographie im stationären Bereich wird über das LKF-System verrechnet. In der Regel kommt dabei die Verrechnungsposition HDG01.31A zur Abrechnung. Diese Verrechnungsposition ist mit 766 Punkten bewertet. Auf Basis eines Punktwerts ohne Spitalsbeitrag von € 0,75 ergibt sich damit eine Leistungshonorierung in der Höhe von € 575 je Polysomnographie.

Derzeit stellt die Polygraphie im extramuralen Bereich keine Vertragsleistung der Vorarlberger Gebietskrankenkasse (VGKK) dar. VGKK-Versicherte nehmen diese Leistung bei Fachärzten als Wahlarztleistung in Anspruch. Die Ärzte sind in der Honorargestaltung gegenüber den Patienten frei. Im Rahmen dieser Wahlarztregelung ersetzt die VGKK auf Antrag 80 Prozent einen Basistarifs von € 40,55. Es ist davon auszugehen, dass bei einer Verrechnung über das Wahlarztmodell ein Selbstbehalt des Patienten von in der Regel mehr als € 50 verbleibt. Wird eine Polygraphie im stationären Bereich durchgeführt, ist mit annähernd denselben Kosten wie für die Polysomnographie zu rechnen.



Bewertung

Das stationäre Schlaflabor am LKHH ist für die Durchführung von Polysomnographieleistungen vorgesehen und ist auf Basis der vorliegenden Unterlagen mit drei Plätzen bedarfsgerecht. Nach Ansicht des Landes-Rechnungshofs sind Schlaflaborleistungen so zu terminisieren, dass in Betriebsnächten jeweils alle drei Plätze belegt sind. Die Kapazität ist somit über die Betriebsnächte zu regulieren.

Polygraphieleistungen sollten im Rahmen des Schlaflabors nur in begründeten Ausnahmefällen erbracht werden. Eine Verlagerung von Polygraphieleistungen in den stationären Bereich verursacht deutliche Mehrkosten.

Die fachärztliche Abklärung und die Polygraphie sind primär dem extramuralen Bereich zuzuordnen und damit nicht aus Landes- bzw. Reformpoolmitteln zu finanzieren. Es ist nach Ansicht des Landes-Rechnungshofs nicht Aufgabe der Gesundheitsplattform die Tariffrage zu klären. Dies obliegt Verhandlungen zwischen der VGKK und der Ärztekammer. Eine Tarifvereinbarung wäre von Vorteil, damit ein Zugang zur extramuralen Polygraphie ohne Zuzahlung durch den Patienten möglich ist.

Empfehlung

Der Landes-Rechnungshof empfiehlt, die Leistungen des Schlaflabors auf die extramural nicht angebotene Polysomnographie zu fokussieren und auf eine effiziente Abwicklung zu achten.

Weiters empfiehlt der Landes-Rechnungshof, medizinische Standards zu vereinbaren, die zur Etablierung einer landesweit akkordierten, abgestuften Versorgung im Bereich der Schlafmedizin führen.

3 Auslastungssituation am LKH Bludenz

Veränderungen in der Organisation des Stationsbetriebs, alternative Versorgungsformen und notwendige bauliche Veränderungen sind positiv und sollten optimale Voraussetzungen für eine zweckmäßige Versorgung im LKH Bludenz bringen. Eine Anpassung des Versorgungsangebots ist erforderlich. Gleichzeitig besteht die Chance auf Umsetzung von Prozess- und Strukturinnovationen im Sinne eines Gesundheitszentrums.

Situation

Das Landeskrankenhaus Bludenz (LKHZ) bietet derzeit primär die stationäre Versorgung des Bezirks Bludenz in den Fachbereichen Innere Medizin, Chirurgie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Unfallchirurgie, Kinder- und Jugendheilkunde sowie Urologie an. Zusätzlich werden auch ausgewählte stationäre Leistungen aus den Fachbereichen Augenheilkunde, HNO und Orthopädie erbracht.

Anfang März dieses Jahres fand der Spatenstich für einen umfassenden Um- und Neubau des LKHZ statt. Diese Baumaßnahmen sollen die Grundlage für eine umfassende Optimierung des Versorgungsangebots bilden. Das bewilligte Baukonzept dazu stammt aus dem Jahr 2004.

Versorgungsstruktur

Die Krankenhausstrukturen sind im Spitalplan geregelt. Die Bettenzahl des LKHZ lag per 31. Dezember 2009 mit 181 tatsächlich betriebenen Betten über den Vorgaben des Spitalplans von 162 Betten. In der Umbauphase ist das Bettenangebot derzeit auf 155 Betten reduziert. Mit Abschluss der Bauphase soll die Bettenzahl den Vorgaben des Spitalplans entsprechen.

Die Abteilung für Innere Medizin hat eine Größe, die deutlich über der Mindestgröße von 30 Betten liegt und kann daher optimiert betrieben werden. Die Abteilung für Allgemeinchirurgie befindet sich im Bereich der Mindestgröße. Die laut Spitalplan fortzuführenden Bereiche Unfallchirurgie, Gynäkologie und Geburtshilfe sowie Urologie liegen unter den, im österreichischen Strukturplan Gesundheit (ÖSG) definierten, Mindestgrößen für eine Abteilung. Es gibt erste Ansätze für alternative Versorgungsformen, wie z.B. die Etablierung eines Fachschwerpunktes in der Urologie in Abstimmung mit dem LKHF.

**Versorgungsstruktur LKH Bludenz**

	Systemisierte Betten 2008	Tatsächliche Betten 2008	Spitalplan 2010
Innere Medizin	61	60	68
Intermediate Care Unit	6	6	6
Chirurgie	30	35	32
Gynäkologie und Geburtshilfe	22	25	20
Unfallchirurgie	15	15	16
Urologie	14	16	12
Augendheilkunde	3	5	0
Kinder- und Jugendheilkunde	9	10	0
HNO	5	5	0
Orthopädie/orthopädische Chirurgie	4	4	0
Tagesklinik			8
Summe	169	181	162

Quelle: K-DOK, RSG, Darstellung L-RH

Leistungen

Die Analyse der Leistungen zeigt eine casemix-standardisierte niedrige Verweildauer. Dies wird durch eine relative Verweildauer von unter 1,00 unterstrichen. Die relative Verweildauer von 0,97 in der Inneren Medizin bedeutet, dass die Patienten hier um 3 Prozentpunkte kürzere Verweildauern aufweisen als im österreichischen Durchschnitt.

Für Abteilungen, wie z.B. Chirurgie, Innere Medizin, Unfallchirurgie und Urologie, liegt die Normalauslastung gemäß ÖSG-Vorgaben bei 85 Prozent. Die Normalauslastung in Abteilungen wie Gynäkologie und Geburtshilfe sowie Kinder- und Jugendheilkunde liegt bei 75 Prozent. Gemessen an diesen Normalauslastungen weisen die Abteilungen Gynäkologie und Geburtshilfe, Chirurgie, Urologie sowie Kinder- und Jugendheilkunde des LKHZ zu geringe Auslastungswerte auf.

In den Fachbereichen Innere Medizin, Urologie und Kinder- und Jugendheilkunde gibt es relativ viele 0-Tagespatienten außerhalb des Tagesklinikmodells. Für solche 0-Tagespatienten werden im Rahmen der LKF-Abrechnung nur sehr niedrige Pauschalen bezahlt. Hohe Anteile an tageschirurgischen Leistungen bestehen in den Fächern Gynäkologie und Geburtshilfe, Orthopädie sowie Augenheilkunde. Für diese Leistungen können auch entsprechende LKF-Punkte und damit Einnahmen generiert werden.

Leistungssituation LKH Bludenz
(Datenbasis Jänner bis Oktober 2009)

	Tats. Betten	Verweildauer	Relative Verweildauer	Auslastung in Prozent	Anteil 0-Tage ohne Modell in Prozent	Anteil Tagesklinikmodell in Prozent
Innere Medizin	65	4,18	0,97	84	11	10
Chirurgie	35	4,84	1,05	69	4	1
Gynäkologie und Geburtshilfe	24	3,14	0,99	45	4	17
Unfallchirurgie	15	2,57	0,62	95	4	8
Urologie	16	2,68	0,89	31	12	7
Augenheilkunde	5	0,31	0,67	4	2	77
Kinder- und Jugendheilkunde	10	1,03	0,66	13	47	1
HNO	5	3,45	1,33	51	1	4
Orthopädie	4	5,64	1,21	86	1	11
Interdisziplin. Bereich	2					

Quelle: K-DOK, Darstellung L-RH

Versorgungskapazität

Die berechnete Versorgungskapazität gibt Aufschluss darüber, ob die Bettenkapazität des LKHZ dem regionalen Bedarf entspricht. Die Berechnung erfolgte auf Basis der tatsächlichen Betten. Diese Kapazitätsanalyse zeigt, dass der Versorgungsbedarf des Bezirks Bludenz rechnerisch durch das LKHZ in den Bereichen Innere Medizin, Chirurgie sowie Gynäkologie und Geburtshilfe abgedeckt wird. Im Bereich der Urologie übersteigt die Bettenkapazität den regionalen Bedarf.



Bereiche mit spezialisierter Leistungserbringung, wie z.B. die Augenheilkunde, HNO, Neurologie, Kinder- und Jugendheilkunde sowie Orthopädie, sind nicht der medizinischen Grundversorgung zuzurechnen. Eine tatsächliche Abdeckung dieses Bedarfs im Bezirk Bludenz würde in diesen Fächern zu kleine Einheiten schaffen. Diese können daher sowohl aus medizinischer als auch aus wirtschaftlicher Sicht nicht vertretbar vorgehalten werden.

Versorgungsabdeckung

Die Versorgungsabdeckung des LKHZ drückt den Marktanteil aus, den das LKHZ für beanspruchte Leistungen der Einwohner des Bezirks Bludenz erbringt. Sie zeigt, wie stark die Versorgungsangebote des LKHZ von der Bevölkerung im direkten Einzugsgebiet tatsächlich in Anspruch genommen werden. Für die Analyse hat der Landes-Rechnungshof wichtige Hauptdiagnosegruppen (HDG) und Medizinische Einzelleistungen (MEL) herausgegriffen.

In wichtigen internistischen Bereichen wie HDG06-Herz und Kreislaufdiagnosen und HDG08-Gastroenterologische Diagnosen und allgemein-chirurgischen Bereichen wie MEL06-Verdauungsapparat 2 Eingriffe und weitere Gastroenterologische Diagnosen liegt der Versorgungsanteil des LKHZ über 80 Prozent. Für Geburtshilfe Diagnosen liegt der Versorgungsanteil bei 77 Prozent.

Relativ niedrig ist der Versorgungsanteil in der Urologie sowie im Bereich Kinder- und Jugendheilkunde. In der Versorgung von unter 15-Jährigen beträgt der regionale Versorgungsanteil des LKHZ nur 55 Prozent. In den Leistungsbereichen MEL13-Gynäkologische Eingriffe, HDG09-Urologische Diagnosen und MEL12-Äußere Genitaleingriffe bei männlichen Patienten liegt der Versorgungsanteil nur zwischen 50 Prozent und 66 Prozent.

Versorgungsabdeckung des LKH Bludenz im Bezirk Bludenz

	Aufnahmen LKHZ	Andere Fonds-KH	Anteil LKHZ in Prozent
Kinder (0 bis 14 Jahre)	705	575	55
HDG08-Gastroenterologische Diagnosen	1.382	224	86
HDG06-Herz- u. Kreislauf Diagnosen	913	123	88
MEL14-Bewegungsapparat Eingriffe	796	673	54
MEL22-Chemotherapeutische Eingriffe	676	498	58
MEL13-Gynäkologische Eingriffe	624	394	61
HDG01-Neurologische Diagnosen	609	660	48
HDG05 Atmungsorganische Diagnosen	561	250	69
MEL06-Verdauungsapparat 2 Eingriffe	490	61	89
HDG19-Haut- u. Anhangsorgane Diagnosen	334	212	61
HDG09-Urologische Diagnosen	234	121	66
HDG15-Unfall Diagnosen	233	117	67
HDG12-Geburtshilfe Diagnosen	190	57	77
MEL12-Äußere Genital Män. Eingriffe	50	51	50

Quelle: K-DOK, Darstellung L-RH

Tourismus und Saisonalität

Übermäßig hohe Auslastungsschwankungen gibt es bezogen auf einzelne Monate nahezu ausschließlich in der Abteilung Unfallchirurgie. Rund ein Viertel der Aufnahmen in der Unfallchirurgie entfallen auf Patienten, die keinen Wohnsitz in Vorarlberg haben. In den anderen Abteilungen gibt es nur wenige Aufnahmen von Patienten mit Wohnort außerhalb von Vorarlberg. Ein Großteil dieser Patienten kommt aus dem Ausland. In der Kinder- und Jugendheilkunde haben rund zehn Prozent der aufgenommenen Patienten keinen Wohnsitz in Vorarlberg. Die übrigen Abteilungen weisen Anteile zwischen zwei und sechs Prozent auf.

Bewertung

Das LKHZ liegt unter einer ökonomisch optimalen Mindestgröße von rund 250 Betten. Durch die geographischen Gegebenheiten, die gesetzlichen Bestimmungen, die Vorgabe der Standortgarantie und die entsprechende Bedarfslage sind die Abteilungen am LKHZ relativ klein. Um einen medizinisch und wirtschaftlich vertretbaren Betrieb sicherzustellen, ergeben sich nach Ansicht des Landes-Rechnungshofs besondere strukturelle und organisatorische Herausforderungen.

Um im LKHZ Versorgungsangebote in der Unfallchirurgie, Gynäkologie und Geburtshilfe sowie Urologie weiter zu erhalten, sind weitere alternative Versorgungsformen, wie z.B. Departments oder Fachschwerpunkte, zu etablieren. Derzeit sind die Rahmenvorgaben des ÖSG dazu nicht ausreichend flexibel.

In der Kinder- und Jugendheilkunde, Augenheilkunde und HNO sind nach Ansicht des Landes-Rechnungshofs stationäre Versorgungsangebote kritisch zu bewerten. Der Ansatz, die neonatologische Versorgung über entsprechenden Kompetenzaufbau so abzusichern, dass die Geburtshilfe qualitätsgesichert betrieben werden kann, ist zweckmäßig. Der Fortbestand einer stationären Kinder- und Jugendheilkunde steht zur Disposition.

Für Augenheilkunde, HNO und allenfalls auch für orthopädische Leistungen stellt eine interdisziplinäre Tagesklinik eine sinnvolle dezentrale Versorgungsstruktur dar. 0-Tagesfälle außerhalb des Tagesklinikmodells sollten nach Möglichkeit ambulant im Krankenhaus oder auch extramural versorgt werden. Der Landes-Rechnungshof bewertet die strukturellen Maßnahmen des Neubaukonzepts, wie z.B. Bettenreduktion, Interdisziplinäre Belegungsmöglichkeit, Tagesklinik, grundsätzlich positiv.

Nach Ansicht des Landes-Rechnungshofs kann durch ein verstärktes interdisziplinäres Belegungsmanagement eine entsprechende Flexibilität in Bezug auf die Bedarfsschwankungen erreicht werden. In Monaten, in denen die Unfallchirurgie besonders hohe Leistungszahlen hat, soll eine Kapazitätsausweitung für diese Akutleistungen zu Lasten planbarer Leistungen anderer Fachbereiche ermöglicht werden. Darüber hinaus soll es möglich sein, in den Monaten mit geringer Auslastung einzelne Stationen temporär zu schließen und die Patienten dann in interdisziplinär geführten Stationen zu betreuen. Durch die Um- und Neubaumaßnahmen sollten auch die baulichen Voraussetzungen dafür geschaffen werden.



Empfehlung

Der Landes-Rechnungshof empfiehlt, alternative Versorgungsformen im Neubau umzusetzen.

Weiters empfiehlt der Landes-Rechnungshof, Ansätze für eine abgestufte Versorgung in Abstimmung mit dem LKHF zu entwickeln und umzusetzen.

Zudem empfiehlt der Landes-Rechnungshof, weitere Möglichkeiten für alternative Versorgungsformen im Rahmen der ÖSG-Entwicklung des Bundes einzufordern.

Stellungnahme

Die Einrichtung eines Fachschwerpunktes im Bereich Urologie am LKH Bludenz wurde mit der entsprechenden Anbindung an das LKH Feldkirch und der Bestellung des dortigen Abteilungsleiters zum Leiter des Fachschwerpunktes bereits vorgenommen. Entsprechend den Ausführungen des Landes-Rechnungshofes, wonach die Pädiatrie am LKH Bludenz nicht als Vollabteilung führbar ist, soll die abgestufte Versorgung im pädiatrischen Bereich verstärkt werden. Entsprechende Vorarbeiten wurden bereits aufgenommen.



4 Verbesserungsmaßnahmen LKH Bregenz

Durch die gelungene Zusammenführung von stationären Chirurgie-Abteilungen in Bregenz konnten nennenswerte Produktivitätssteigerungen erreicht werden. Effizienzpotenziale sind nach wie vor gegeben. Es ist Sache der KHBG mit klaren Vorgaben für deren Nutzung zu sorgen. Mit Abschluss der Sanierung der Stationsbereiche soll die Bettenzahl dem Spitalplan entsprechen.

Situation

Der Landes-Rechnungshof hat im Jahr 2007 Verbesserungsmaßnahmen für das Landeskrankenhaus Bregenz (LKHB) empfohlen. Im Evaluierungsbericht vom Juni 2009 wurde der Stand der Umsetzung dieser Empfehlungen dargestellt. Die Versorgungsstruktur, die Entwicklung von Kosten und Leistungen, die Gestaltung von Veränderungsprozessen und die Situation der Nachsorge in der Mehrerau waren erneut Gegenstand einer Prüfung.

Das LKHB wurde im Jahr 1992 vom Land übernommen und in die KHBG eingegliedert. Es befindet sich seither in einer Umbau- und Sanierungsphase. Die Sanierung der Stationsbereiche des Hauptgebäudes soll nach aktuellen Angaben bis zum Jahr 2015 erfolgen. Der Abschluss aller geplanten Bauetappen ist für das Jahr 2016 geplant.

Versorgungsstruktur

Der Spitalplan 2010 sieht für das LKHB eine Obergrenze von 261 Betten vor. Mit Ende des Jahres 2009 beträgt der tatsächliche Bettenstand 275 Betten. Die Anzahl und die fachliche Zuordnung von Betten zu Abteilungen weichen zum Teil vom Spitalplan ab. Mit der Verlagerung der stationären Chirurgie-Abteilungen nach Bregenz erfolgte kein Bettenaufbau. Nach Angaben der KHBG soll der Bettenstand mit Abschluss der Bauetappen dem Spitalplan entsprechen.

Versorgungsstruktur LKH Bregenz

	Tatsächliche Betten 2008*	Spitalplan 2010
Innere Medizin	93	80
Intensive Care Unit	0	8
Intensivbetreuung Innere Medizin	8	0
Chirurgie	50	45
Gynäkologie und Geburtshilfe	34	30
Unfallchirurgie	36	40
Urologie	20	20
Kinder- und Jugendheilkunde	25	25
Neonatale Intermediate Care Unit	5	5
Interdisziplinärer Bereich allgemein	4	0
Interdisziplinäre Tagesklinik	0	8
Summe	275	261

* Die Zahl der tatsächlichen Betten entspricht jener der systemisierten Betten.

Quelle: RSG, KHBG, Darstellung L-RH

Vergleich mit anderen LKH

Die Gesamtkosten aller LKH stiegen vom Jahr 2006 bis zum Jahr 2009 um 15,6 Prozent bzw. € 39,8 Mio. Jene des LKHB erhöhten sich im gleichen Zeitraum von € 47,2 Mio. um 17,1 Prozent auf € 56,4 Mio. Das LKHB weist im Betrachtungszeitraum eine etwas über dem Durchschnitt liegende Gesamtkostensteigerung aus.

Die Leistungen aller LKH gemäß LKF-System stiegen im gleichen Zeitraum um 14,8 Prozent, jene des LKHB um 32,2 Prozent. Hauptursache dafür ist die Verlagerung der stationären Chirurgie-Abteilungen von Hohenems nach Bregenz.

Das LKHB konnte die Produktivität in Summe deutlich verbessern. Dies wirkt sich auf den Spitalsbeitrag aus, der ebenfalls geringer wurde.

Leistungen

Die durchschnittliche Auslastung des LKHB liegt zwischen 70,3 Prozent im Jahr 2006 und 76,2 Prozent im Jahr 2009. In diesem Zeitraum blieb die durchschnittliche Verweildauer im LKHB nahezu konstant. Die Leistungen gemäß LKF-System stiegen vom Jahr 2006 von 31 Mio. LKF-Punkte auf 41 Mio. LKF-Punkte im Jahr 2009.

Die Verlagerung der stationären Chirurgie-Abteilungen vom LKHH zum LKHB bewirkte, dass die Auslastung dort signifikant gestiegen ist. Nennenswerte Steigerungen gab es auch in den Abteilungen Innere Medizin sowie Gynäkologie und Geburtshilfe. In den Abteilungen Chirurgie, Urologie und Unfallchirurgie liegt die aktuelle Auslastung weit über der Durchschnittsauslastung.

Die Auslastung der Abteilung Kinder- und Jugendheilkunde und des interdisziplinären Bereichs ist relativ gering. In Vorarlberg gibt es drei Abteilungen für Kinder- und Jugendheilkunde und damit eine Pädiatrie pro 130.000 Einwohner. Vergleichsweise gibt es je zwei pädiatrische Abteilungen in den Bundesländern Steiermark und Kärnten. Das bedeutet, es gibt dort je eine Pädiatrie pro 280.000 bzw. 599.000 Einwohner.

Die relative Verweildauer gibt das Verhältnis der Soll- zur Ist-Verweildauer an. Über alle Fächer gesehen, hat das LKHB eine niedrige relative Verweildauer. Einen konstant hohen Tagesklinikanteil der Leistungen weist die Innere Medizin auf. Relativ viele 0-Tagespatienten außerhalb des Tagesklinikmodells gibt es in den Abteilungen Innere Medizin, Urologie, Chirurgie, Gynäkologie und Geburtshilfe sowie Kinder- und Jugendheilkunde.

Produktivitätssteigerungen der Mitarbeiter im Zeitraum von 2006 bis 2008 sind für die Bereiche Unfallchirurgie, Chirurgie und Innere Medizin nachvollziehbar. In anderen Abteilungen liegen kaum Veränderungen gegenüber dem Jahr 2006 vor. In der Verwaltung ist eine Reduktion des Personalbestands um 4,0 Vollzeitäquivalente (VZÄ) erfolgt.

Differenzierte Leistungsentwicklung LKH Bregenz

	Jahr	Verweildauer	Relative Verweildauer	LKF-Punkte in Mio.	Auslastung in Prozent	0-Tagespat. ohne Modell in Prozent	Tages-klinikmodell in Prozent
Innere Medizin	2006	4,73	0,95	10,25	72,6	8	11
	2009	4,58	0,92	12,83	80,8	6	10
Chirurgie	2006	4,52	0,86	5,47	64,7	13	1
	2009	4,41	0,93	7,97	77,0	12	1
Gynäkologie u. Geburtshilfe	2006	4,01	1,03	3,92	64,5	8	10
	2009	4,23	1,13	4,52	70,7	7	3
Unfallchirurgie	2006	5,57	1,05	4,44	87,3	3	1
	2009	4,87	0,79	7,55	89,8	2	1
Urologie	2006	3,50	0,76	3,46	88,0	10	2
	2009	3,40	0,82	4,08	84,1	12	1
Kinder- und Jugendheilkunde	2006	2,52	0,80	3,22	52,4	20	2
	2009	2,37	0,88	3,75	50,2	18	4
Interdisziplinärer Bereich	2006	1,65	0,49	0,27	25,7	8	1
	2009	2,26	0,61	0,30	31,2	7	0

Quelle: K-DOK, KHBG, Darstellung und Berechnungen L-RH

*Die Werte für 2009 stellen vorläufige Werte bzw. Hochrechnungen dar.

Kostenentwicklung

Eine differenzierte Betrachtung der Kosten zeigt erhebliche Kostensteigerungen vom Jahr 2007 auf das Jahr 2008. Diese Steigerungen betreffen überwiegend die Kostenartengruppen medizinisches Gebrauchs- und Verbrauchsmaterial mit € 1,6 Mio., Personalkosten mit € 1,7 Mio. sowie kalkulatorische Anlagekapitalkosten mit € 2 Mio.

In den medizinischen Leistungsbereichen ist diese Erhöhung im Wesentlichen auf einen gestiegenen Verbrauch von Verbandstoffen, chirurgischem Naht- und Behandlungsmaterial sowie Operationsmaterial in der OP-Kostenstelle zurückzuführen. Die Steigerung der Personalkosten ergibt sich aus einer Teuerungsabgeltung von 2,7 Prozent, aus Vorrückungen von rund 1,6 Prozent, aus neuen Regelungen im Familienlastenausgleichsgesetz sowie aus internen Verrechnungen und Aufwendungen für Abfertigungen und Dienstjubiläen. Der Personalstand erhöhte sich vom Jahr 2007 auf das Jahr 2008 mit 1,3 VZÄ nur unwesentlich. Weitere nennenswerte Kostensteigerungen resultieren aus den umfangreichen Investitionstätigkeiten. Die Umlagesystematik von Gebäudekosten bewirkt, dass diese Kostensteigerungen auf medizinischen Hauptkostenstellen nicht zur Gänze als Abschreibungen für Gebäude und Ausstattung aufscheinen.

Veränderungsprozesse

Die KHBG hat Fokusgruppen eingerichtet, um notwendige Veränderungsprozesse einzuleiten und zu begleiten. Unter dem Titel „Task Force Bregenz“ wurde dem Aufsichtsrat wiederholt darüber berichtet. Mit der Aufsichtsratssitzung vom 18. Juni 2009 wurde die Arbeit der „Task Force Bregenz“ abgeschlossen.

Die Arbeit der Fokusgruppen begann im April 2008 mit einem Führungskräftemeeting. In diesem Rahmen wurden Themen wie OP-Management, Optimierung Personaleinsatz Arzt/Pflege, Kosten- und Leistungsberichte für die Stationen, Organisation Interdisziplinäre Ambulanz, Aufnahme-/Entlassungsmanagement inkl. Bettendisposition und Schnittstelle Mehre-
rau, Verschwendung von Materialien, Hauswirtschaft-Stockdienst-Transportdienst-Neubetrachtung und Zusammenarbeit zwischen den Berufsgruppen diskutiert und bewertet.

Mitarbeiter des LKHB bildeten Veränderungsteams und bearbeiteten ausgewählte Themen. Die Einzelprojektleitungen lagen beim LKHB. Die Aufgabe der KHBG lag in der Begleitung der Teams. Das Führungsteam des LKHB bildete zusammen mit den Veränderungsteams eine Plattform für Arbeit, Austausch und Entscheidungen.

In Fokusgruppen wurden beispielsweise Maßnahmen zur Verbesserung der Führungsleistung in der Pflege erarbeitet. Die Pflegedienstleitung wird nunmehr von einer Person wahrgenommen. Abteilungsleiter sind aus Sicht der KHBG in einzelnen von sechs Abteilungen notwendig, es ist jedoch möglich, die Aufgaben mittelfristig auf zwei bis drei Abteilungsleiter zu konzentrieren. Im Rahmen der anstehenden Neubesetzung der Pflegedienstleitung soll die weitere Umsetzung erfolgen. Das Pflegepersonal wird sehr selten abteilungsübergreifend eingesetzt. Als Gründe dafür werden fehlende Bereitschaft beim Personal sowie fehlende fachspezifische Qualifikationen genannt.

Die Aktivitäten der Fokusgruppen sind weitestgehend abgeschlossen. Die Ergebnisse werden im August 2010 durch die KHBG evaluiert. Die einzelnen Teams arbeiteten sehr engagiert. Es liegen brauchbare und teilweise bereits umgesetzte Ergebnissen vor.

Nachsorge Mehrerau Im Krankenhaus (KH) Mehrerau wurden 50 interdisziplinär nutzbare Belegbetten geschaffen. Eine organisatorisch abgegrenzte Nachsorgestation ist nicht eingerichtet. Seit 1. Jänner 2008 besteht für das LKHB die Belegmöglichkeit für 20 Transferbetten im KH Mehrerau. Bei Bedarf des LKHB und nach Möglichkeit des KH Mehrerau können temporär bis zu 30 Betten belegt werden. Der geltende Spitalplan weist einen Bedarf von 25 Nachsorgebetten aus, der um +/- 5 Betten gestaltbar ist. Aktuelle Bedarfserhebungen liegen nicht vor. Die Planung ging davon aus, dass die Nachsorgebetten überwiegend für Patienten der Abteilung Innere Medizin zur Verfügung stehen.

Die Auslastung – bezogen auf 20 Nachsorgebetten – wird für die Jahre 2008 und 2009 mit 84,7 und 82,2 Prozent angegeben. Von der genutzten Kapazität werden 73,7 Prozent mit Patienten der stationären chirurgischen Abteilungen belegt. Die Abteilung Innere Medizin nutzte 24,7 Prozent. Die restlichen 1,6 Prozent dienen anderen Abteilungen.

Die laufende Belegung der Nachsorgebetten erfolgt durch zwei Personen im LKHB im guten Einvernehmen mit den zuständigen Personen des KH Mehrerau. Die getroffene Regelung für die Belegung beruht auf dem Belegbettensystem. Für das LKHB ist nur ersichtlich, welche Betten in der Mehrerau durch das LKHB belegt sind. Nicht ersichtlich ist, welche Betten in der Mehrerau frei sind bzw. kurzfristig frei werden. Die Bettendisposition liegt allein beim KH Mehrerau. Nach Angaben der Verantwortlichen des LKHB bedeutet das, dass eine sehr kurzfristige Belegung oft schwierig und eine bessere Auslastung nicht möglich ist.

Die Nachsorgestation Maria Rast des LKHF ist wie jene des LKHB disloziert. Dort ist die Belegung der Nachsorgebetten anders geregelt. Sie erfolgt durch den Primar der Abteilung Innere Medizin.

Bewertung

Durch die Zusammenführung von stationären Chirurgie-Abteilungen in Bregenz ist es gelungen, die Produktivität zu steigern. Der Produktivitätsvergleich mit den übrigen Fondspitälern zeigt eine deutliche Verbesserung des LKHB. Nahezu alle Abteilungen konnten ihre Auslastung verbessern.

Mit der im Spitalplan bereits vorgesehenen Reduktion der Betten, könnte eine Zielauslastung zwischen 75 und 85 Prozent erreicht werden. Da nach Angabe der KHBG derzeit keine interdisziplinäre Tagesklinik in Bregenz realisiert wird, ist nach Ansicht des Landes-Rechnungshofs der Bettenstand dem Spitalplan entsprechend anzupassen.

Die Auslastung der Kinder- und Jugendheilkunde ist sowohl aus medizinischen als auch aus wirtschaftlichen Überlegungen zu hinterfragen. Die vier schwach ausgelasteten Betten im interdisziplinären Bereich sind für Spezialfächer vorgesehen. Für diese Fälle ist die stationäre Versorgung im LKHB ebenfalls zu hinterfragen. 0-Tagespatienten außerhalb eines Tagesklinikmodells bekommen minimale LKF-Punkte. Diese Patienten sollten zum Teil ambulant versorgt werden.

Die Ergebnissituation des LKHB hat sich verbessert. Effizienzvergleiche mit anderen Fondskrankenanstalten in einzelnen Leistungsbereichen ergaben, dass nach wie vor ein erhebliches Effizienzpotenzial gegeben ist.

Die Arbeit der Fokusgruppen war nach Ansicht des Landes-Rechnungshofs eine wertvolle Basisarbeit für die dringend notwendigen Verbesserungen. Für noch offene Themen ist eine kontinuierliche Begleitung durch die KHBG vorgesehen. Nach Ansicht des Landes-Rechnungshof ist für die Umsetzung in erster Linie die kollegiale Führung des LKHB verantwortlich.

Die Belegung der Nachsorgebetten im KH Mehrerau funktioniert grundsätzlich gut. Das LKHB kann allerdings die vereinbarten Nachsorgebetten nicht frei disponieren. Dies beeinträchtigt deren Auslastung und hat Folgewirkungen auf den Ablauf im Akutspital. Aufgrund der hohen Planbarkeit von Nachsorgeleistungen werden in vergleichbaren Einrichtungen Auslastungen von über 90 Prozent erreicht.

Die für das LKHB zur Verfügung stehenden Nachsorgebetten orientieren sich an der Untergrenze von 20 Betten. Nach Ansicht des Landes-Rechnungshofs liegt der Bettenbedarf für das LKHB bei der Obergrenze von 30 Betten, um auch den Bedarf für internistische Patienten decken zu können. Die Anzahl der Nachsorgebetten ist daher so zu dimensionieren, dass der Bedarf aller Abteilungen des LKHB gedeckt ist. Sollte dies in der Kooperation mit dem Kloster Mehrerau nicht möglich sein, sind Alternativen zu suchen.

Empfehlung

Der Landes-Rechnungshof empfiehlt, die Kostenentwicklung kontinuierlich zu überwachen und weitere Maßnahmen zur Effizienzsteigerung zu definieren und umzusetzen.

Weiters empfiehlt der Landes-Rechnungshof der KHBG, für die weitere Umsetzung der durch die Fokusgruppen eingeleiteten Veränderungsprozesse zu sorgen.

Darüber hinaus empfiehlt der Landes-Rechnungshof, die Zuweisung an die Nachsorge in der Mehrerau durch das LKHB zu steuern und eine ausreichende Kapazität an Nachsorgebetten abzusichern.



Stellungnahme

Entsprechend den Vorgaben des Regionalen Strukturplanes Gesundheit 2010, LGBl Nr 15/2008, und des Bescheides über die Betriebsbewilligung nach dem Spitalgesetz vom 06.08.2008 müssen vom Krankenhaus Sanatorium Mehrerau zumindest 20 Betten für die Remobilisation/Nachsorge (RNS) mit fachlicher Anbindung an das Landeskrankenhaus Bregenz gewidmet werden. Bezüglich der Disponierbarkeit dieser Betten ist darauf hinzuweisen, dass das Zisterzienserkloster Mehrerau allein die Rechts-trägerin dieses Krankenhauses ist. Entsprechende Gespräche mit der Rechtsträgerin zur Umsetzung der Forderungen des Landes-Rechnungs-hofs werden verstärkt geführt.

Kommentar L-RH

Der Landes-Rechnungshof teilt die Auffassung des ärztlichen Leiters des LKHB, dass die derzeit zur Verfügung stehenden 20 Nachsorgebetten nicht ausreichen, um den Bedarf sämtlicher Abteilungen zu decken. In der Praxis zeigen sich Mängel in der Anzahl, Organisation und Disposition der Nachsorgebetten. Wir teilen die Ansicht der KHBG, dass die Interessen des Zisterzienserklosters Mehrerau als Rechtsträger zu berücksichtigen sind. Das Land hat jedoch nennenswerte öffentliche Mittel eingesetzt, um für den Norden Vorarlbergs die Nachsorge in Kooperation mit dem KH Mehrerau sicherzustellen. Derzeit stehen lediglich 20 Nachsorgebetten im KH Mehrerau zur Verfügung, die überwiegend für Patienten der Chirurgie-Abteilungen genutzt werden. Dies ist aber nicht ausreichend, um auch die Nachsorge für die Patienten aller Disziplinen zu gewährleisten. Sollte es künftig nicht möglich sein, dass das LKHB 30 Nachsorgebetten im KH Mehrerau disponieren kann, ist der Bedarf an Nachsorgebetten alternativ zu decken.

5 Überstundensituation der Ärzte

Die Überstundensstände an den LKH bewegen sich in Summe in einem vertretbaren Rahmen. Nennenswerte Stundensaldi beschränken sich auf wenige Abteilungen. Die KHBG hat einen Standard für die Dienstplanerstellung zu definieren und ihre Steuerungsmöglichkeiten intensiver wahrzunehmen.

Situation

Die Ärzte der LKH sind Landesbedienstete. Es obliegt dem Land, die Entstehung und Abgeltung von Überstunden zu regeln. Der KHBG wurde die Diensthoheit in bestimmten Angelegenheiten übertragen. Es liegt somit in der Verantwortung der KHBG einerseits für die Einhaltung der gesetzlichen Regelungen und andererseits für einen ordentlichen Dienstbetrieb Sorge zu tragen.

Mögliche Ursachen von Überstunden im Spitalsbereich sind beispielsweise Strukturdefizite, ein falscher Dienstpostenplan, Unterbesetzung, Führungsschwäche, längere Kapazitätsausfälle, Arbeitsspitzen sowie ineffiziente Dienstplanung.

Rechtliche Rahmenbedingungen

Zur Beurteilung der Überstundensituation sind sowohl arbeitnehmer-schutzrechtliche als auch entgeltrechtliche Bestimmungen relevant. Arbeitszeitvorschriften regeln insbesondere Höchstarbeits- und Mindestruhezeiten. Das Entgeltrecht beschäftigt sich mit der Frage, ob und in welcher Höhe bestimmte Arbeits-, Bereitschafts- und Nachtdienstzeiten zu entlohnen sind.

Das Krankenanstalten-Arbeitszeitgesetz (KA-AZG, BGBl. I Nr. 1997/8 idgF) enthält die Bestimmungen über die zulässige Arbeitszeit für Ärzte in Krankenanstalten. Österreichweit gelten somit einheitliche Arbeitszeitregelungen. Innerhalb des Durchrechnungszeitraums darf die durchschnittliche Wochenarbeitszeit 48 Stunden, in einzelnen Wochen 72 Stunden nicht überschreiten. Aufgrund unterschiedlicher Betriebsvereinbarungen umfasst dieser Zeitraum am LKHB 17 Wochen, an den übrigen LKH 26 Wochen. Das Arbeitsinspektorat überwacht die Einhaltung dieser Bestimmungen.

Die entgeltrechtlichen Bestimmungen für die Ärzte der LKH sind im Landesbedienstetengesetz 1988 (LBedG, LGBl.Nr. 1/1988 idgF), der Landesbediensteten-Nebenbezügeverordnung sowie der Zulagenordnung für Spitalsärzte normiert. Die Richtlinie über die Arbeitszeit der Landesbediensteten in der Allgemeinen Verwaltung nach Dienstplan gilt auch für das Krankenhauspersonal. Sie nimmt bestimmte Konkretisierungen für den internen Dienstgebrauch vor. Für den Anfall und die Abgeltung von Überstunden gelten somit dieselben landesrechtlichen Bestimmungen wie für Bedienstete in der Verwaltung.



Überstundenpauschale

Fachärzte und Ärzte, die zum Facharzt ausgebildet werden, beziehen in der Regel eine Überstundenpauschale. Mit dieser Pauschale sind monatlich 24 Überstunden mit zusätzlichen 20 Prozent des Gehalts abgegolten. In bestimmten Abteilungen beziehen auch Turnusärzte, die zum Arzt für Allgemeinmedizin ausgebildet werden, eine Überstundenpauschale. Keine Überstundenpauschale wird mit Primärärzten vereinbart.

Aktuelle Praxis ist es, die Überstundenpauschale im Dienstplan auszuschöpfen. Im Pilotprojekt „Überstundenpauschale Neu“ wird diese im Dienstplan nur zu 50 Prozent verplant. Die restlichen zwölf Stunden werden allenfalls zur Abdeckung von Überstunden verwendet. In der Überstundenregelung der KHBG vom 20. August 2009 ist vorgesehen, dass die volle Überstundenpauschale auch dann auszuzahlen ist, wenn diese zwölf Stunden nicht geleistet werden. Das Pilotprojekt ist für die Dauer eines halben Jahres angesetzt und wird mit gleicher Personalkapazität realisiert. Die KHBG strebt damit einen Rückgang der Überstunden an.

Überstundenregelungen

Überstundenarbeit liegt grundsätzlich dann vor, wenn ein Bediensteter das gesetzlich festgelegte Ausmaß der Normalarbeitszeit überschreitet. Die tägliche Sollarbeitszeit der Ärzte beträgt acht, die wöchentliche Sollarbeitszeit 40 Stunden. In der Praxis führt die Überstundenpauschale zu einer Erhöhung der monatlichen Sollarbeitszeit um 24 Stunden.

Da bei Krankenanstalten aufgrund der Erfordernisse des Spitalsbetriebs ein von der allgemeinen Regelung abweichender Arbeitsablauf notwendig ist, wird die Arbeitszeit für die Bediensteten durch Dienstplan gesondert festgelegt. Sämtliche im Dienstplan eingeteilte Stunden werden zu Überstunden, wenn sie über einer definierten Bandbreite liegen. Weiters entstehen Überstunden, wenn der Abteilungsleiter diese außerhalb des Dienstplans anordnet bzw. wenn er sie in Ausnahmefällen nachträglich genehmigt. Überstunden sind mit einem Zuschlag von 50 Prozent abzugelten. Sonn- und Feiertagsdienst gilt als Werktagsdienst.

Bezogen auf die monatliche Sollarbeitszeit darf die im Dienstplan festgesetzte Arbeitszeit innerhalb einer Bandbreite von +/- 24 Stunden variieren, ohne dass dadurch ein Anspruch auf Überstundenzuschlag begründet wird. 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.

Am LKHH und LKHZ werden Überstunden derzeit nicht aufgewertet und im Verhältnis 1:1 ausgeglichen. Am LKHR werden Überstunden seit Jänner 2010 aufgewertet, am LKHZ ist eine Aufwertung ab April 2010 geplant.

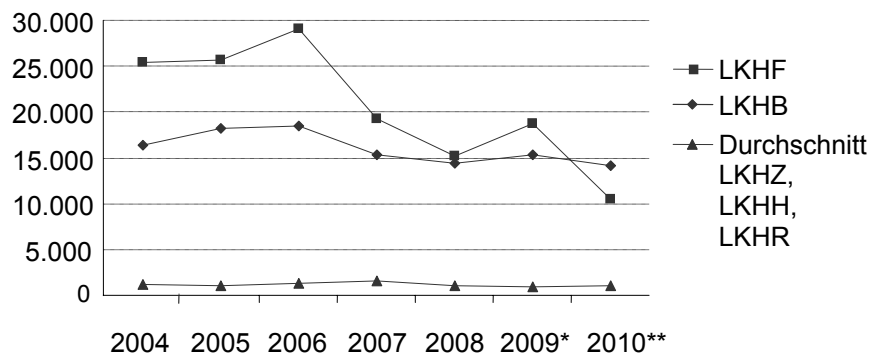
Stundensaldo

Mit Stand vom 30. November 2009 lag der Stundensaldo für alle Ärzte aller LKH bei 36.955 Stunden. Dieser Stundensaldo beinhaltet sowohl Stunden, die innerhalb der Bandbreite liegen als auch bereits mit dem Faktor 1,5 aufgewertete Überstunden. 42 Prozent der Stunden entfallen auf das LKHB, 51 Prozent auf das LKHF.

Der durchschnittliche Stundensaldo, umgelegt auf Stunden pro VZÄ, variiert zwischen den LKH deutlich. Er beträgt am LKHB 157 Stunden pro VZÄ, am LKHF 69 Stunden pro VZÄ. Die übrigen LKH weisen einen durchschnittlichen Stundensaldo von 6 Stunden pro VZÄ auf.

Von gesamt 50 Abteilungen gab es mit Ende November 2009 lediglich sieben Abteilungen, die einen Überstundenstand von mehr als 150 Stunden pro VZÄ aufwiesen. Das betraf vier Abteilungen des LKHB und drei Abteilungen des LKHF. Innerhalb dieser Abteilungen entfiel ein großer Teil der Stunden auf ein bis zwei Personen. Der Personalstand dieser Abteilungen entsprach dem Dienstpostenplan.

Entwicklung der Stundensaldi seit dem Jahr 2004 per 31.12.



* Stand 30. November (vor Auszahlung)

** Stand 31. Jänner (nach Auszahlung)

Quelle: KHBG, Berechnungen L-RH

Die LKHH, LKHR und LKHZ weisen konstant niedrige Stundensaldi auf. Das LKHB konnte die Stundensaldi seit dem Jahr 2004 geringfügig, das LKHF im gleichen Zeitraum deutlich reduzieren. Im Jahr 2007 wurden am LKHF rund 10.000 Stunden abgebaut. Diese Verringerung wurde nach Angabe der KHBG durch Auszahlungen erreicht. Rund 89 Prozent der per 30. November 2009 ausgewiesenen Stunden stellen Altlasten aus den Vorjahren dar.



Im Jahr 2009 hat sich der Stundensaldo um 4.500 Stunden erhöht. Somit wurden pro VZÄ durchschnittlich 8,5 Stunden neu aufgebaut. Auf LKH bezogen, ist im LKHB mit 10,6 Stunden pro VZÄ der höchste Stundenzuwachs zu verzeichnen. Hier gibt es in einer Abteilung einen Stundenzuwachs von 124,5 Stunden pro VZÄ, dies entspricht rund drei Stunden pro Woche.

Stundenabbau

Seit dem Jahr 2006 bietet die KHBG den Ärzten an, Überstunden ab einer gewissen Anzahl auszuzahlen. Ende November 2009 betrug der Stundensaldo 36.955. Im Dezember 2009 und Jänner 2010 wurden 14.645 Stunden ausbezahlt. Mit Ende Jänner 2010 betrug der Stundensaldo 27.847. Die Aufwertungspraxis bei den Überstunden und deren Auszahlung ist nicht nachvollziehbar. Viele Spitalsärzte bevorzugen Zeitausgleich gegenüber einer finanziellen Abgeltung.

In kleinen Abteilungen bedeutet der Abbau von Überstunden durch Zeitausgleich eines Mitarbeiters meistens den Aufbau von Überstunden eines anderen. Wie in diesen Abteilungen mit den verbleibenden Überstunden verfahren werden soll, ist von der KHBG noch zu klären.

Dienstplanung

Dienstpläne werden überwiegend manuell erstellt. Jede Abteilung plant entsprechend ihrem Erfahrungsstand. Es gibt in der KHBG keinen schriftlich festgelegten Standard für die Dienstplanung.

Ein elektronisches Dienstplanmodell wird seit mehreren Monaten an fünf Abteilungen des LKHF getestet. In diesem Zusammenhang wird versucht, optimale Tagesbesetzungen in den Abteilungen zu definieren. Die Nutzer sehen in der elektronischen Dienstplanung noch Verbesserungspotenzial. Als kritische Punkte werden die Berechnung der Stunden, die fehlende Flexibilität, der erhöhte Arbeitsaufwand bei der Planung und die Unübersichtlichkeit des Programms in großen Abteilungen angegeben.

Zeiterfassung

Die Überstundensituation wird auf Basis der von der KHBG zur Verfügung gestellten Stundensaldi bewertet. Eine digitale Zeiterfassung für Ärzte ist in keinem LKH installiert. Die Praxis der manuellen Stundenaufzeichnung führt dazu, dass der Dienstplanführende über keine tagesaktuellen Stundensaldi zur Dienstplanerstellung verfügt. Nach Einführung der elektronischen Dienstplanung kombiniert mit individuellen Zeitkonten in allen LKH ist zu erwarten, dass sowohl Ärzte als auch Dienstplanführende über zeitnahe Informationen zu Stundensaldi verfügen.



Ampelmodell

Zur Überwachung der Stundensaldi hat die KHBG zusammen mit dem Zentralbetriebsrat ein Ampelmodell erstellt. Je nach Höhe der angefallenen Stunden wird signalisiert, dass Maßnahmen durch den Abteilungsleiter bzw. die Personal- oder Geschäftsleitung einzuleiten wären. Der Geltungsbeginn dieses Ampelmodells ist in den LKH unterschiedlich. So gilt es am LKHF seit 1. Mai 2008, am LKHH und LKHR seit Spätherbst 2009 und am LKHB und LKHZ seit März 2010.

Bewertung

In den meisten Abteilungen bleiben die Überstunden in einem vertretbaren Rahmen und können durch Zeitausgleich abgebaut werden. Der hohe Stundensaldo einzelner Abteilungen lässt sich einerseits auf die hohe individuelle Leistungsbereitschaft der Ärzte und andererseits auf fehlende Standards für die Dienstplanung sowie auf Defizite in der Steuerung zurückführen. Die KHBG ist bemüht, individuell Wege zum Abbau von Überstunden zu finden. Altlasten werden teilweise seit Jahren mitgezogen. Sie konnten noch nicht alle einer Lösung zugeführt werden. Die überhöhten Stundensaldi konzentrieren sich auf wenige Abteilungen bzw. einzelne Personen. Daraus lässt sich kein generelles Überstundenproblem ableiten. Es ist derzeit jedoch nicht sichergestellt, dass alle Überstunden den rechtlichen Vorgaben entsprechend behandelt werden.

In der Dienst- und Aufgabenplanung ist nach Ansicht des Landes-Rechnungshofs generell noch Potenzial zur Optimierung des Personaleinsatzes gegeben. So sollten saisonale Schwankungen besser in die Planung einfließen. Auch Tagesbesetzungen sind teilweise nicht dem Bedarf angepasst. Verbesserungen werden nur zögerlich realisiert. Ansätze wie die „Überstundenpauschale Neu“ und das elektronische Dienstplanmodell sind noch nicht ausgereift. Gegen Entgelt pauschalierte Überstunden sollten auch real geleistet werden. Nach Abschluss der Testphase des elektronischen Dienstplanmodells sind die aufgetretenen Mängel zu bewerten sowie über eine flächendeckende Einführung zu entscheiden.

Kritisch bewertet der Landes-Rechnungshof die fehlenden Standards für die Dienstplanung der Ärzte. Ein Handbuch mit der „Best Practice“ als Rahmenvorgabe kann zur Verbesserung der Planung beitragen. Daneben sind die Schulungen für die Dienstplanführenden zu erweitern. Die Methoden der Dienstplanerstellung müssen, etwa im Rahmen eines Qualitätszirkels, regelmäßig hinterfragt und aktualisiert werden.

Die Überstundenrichtlinie des Landes ist für den Krankenhausbetrieb nicht geeignet. Sie bildet die speziellen Erfordernisse und Besonderheiten, wie z.B. den 24-Stundenbetrieb, nicht ausreichend ab.



Empfehlung

Der Landes-Rechnungshof empfiehlt, die Altlasten bei den Überstunden zu regeln und gleichzeitig den weiteren Aufbau von Überstunden zu vermeiden.

Weiters empfiehlt der Landes-Rechnungshof, die Dienstplanung weiter zu verbessern und Defizite in der Steuerung auszuräumen.

6 Fachärztemangel

Fachärztemangel an den Landeskrankenhäusern

Derzeit ist kein akuter Fachärztemangel gegeben. Es gibt jedoch Besetzungsprobleme einzelner offener Stellen in den LKH, die teilweise Mangelfächer betreffen. Aufgrund der Altersstruktur sollte die Geschäftsführung der KHBG das strategische Personalmanagement forcieren. Im Rahmen der ÖSG-Entwicklung ist verstärkt auf die Personalwirksamkeit von Versorgungsstandards zu achten.

Situation

Der Landes-Rechnungshof hat die Thematik aus verschiedenen Blickwinkeln betrachtet. Anhand der Ärztedichte, einer Divergenz zwischen Dienstpostenplan und Besetzung, der Ausbildung sowie der Mitarbeiterdemographie werden Rückschlüsse auf einen allenfalls gegebenen Fachärztemangel gezogen.

Ärztedichte

Zum Jahresende 2007 waren in Österreich 37.643 Ärzte (ohne Zahnärzte) tätig. Dies entspricht einer Dichte von rund 4,5 berufsausübenden Ärzten pro 1.000 Einwohner. In Vorarlberg übten mit Ende des Jahres 2007 1.233 Personen den Arztberuf aus. Das entspricht einer Dichte von 3,4. In anderen Bundesländern ohne Universitätsklinik, wie Oberösterreich und Kärnten, beträgt die Ärztedichte 3,7 bzw. 4,0.

In Österreich sind 33,8 Prozent Ärzte für Allgemeinmedizin, 49 Prozent Fachärzte und 17,2 Prozent Ärzte in Ausbildung. Größte Gruppe der Fachärzte sind Internisten, gefolgt von Anästhesisten, Gynäkologen und Chirurgen. Rund 58 Prozent der Fachärzte arbeiten in Spitälern.

Gegenwärtig sind von den 1.424 berufstätigen Ärzten in Vorarlberg 31,8 Prozent Ärzte für Allgemeinmedizin, 45,4 Prozent Fachärzte und 22,8 Prozent Ärzte in Ausbildung.

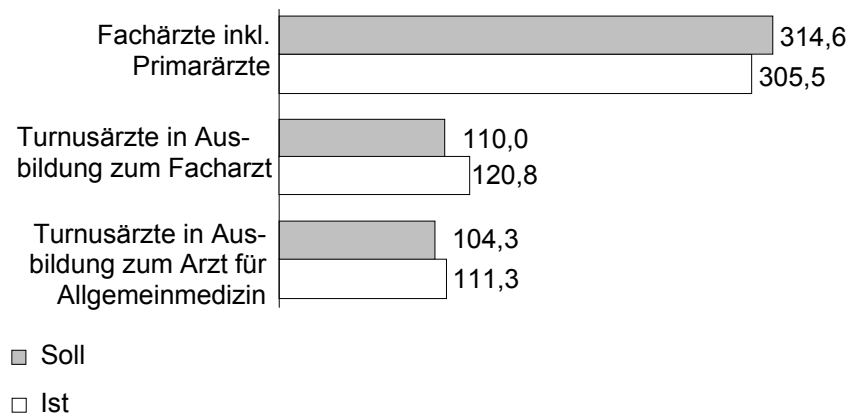
Im Jahr 2004 betrug die Fachärztedichte im OECD-Durchschnitt 1,7 Fachärzte pro 1.000 Einwohner. In Österreich lag dieser Wert bei 2,0. Die aktuelle Fachärztedichte in Vorarlberg beträgt 1,8.

Dienstpostenplan und Besetzung

Der Dienstpostenplan bildet die gesetzlichen Vorschriften und das medizinische Leistungskalkül für die einzelnen Landeskrankenhäuser ab. Die Dienstposten bei Fachärzten sind im Zeitraum von 2004 bis 2009 jährlich um durchschnittlich 9,6, bei Turnusärzten um 0,4 gestiegen.

Mit Ende des Jahres 2009 sahen die Dienstpostenpläne der LKH 543,2 Spitalsärzte vor, davon 314,6 Dienstposten für Fachärzte, 214,3 für Turnusärzte und 14,3 für andere Ärzte. Von Fachärzten besetzt waren 305,5 Dienstposten.

Dienstposten für Fach- und Turnusärzte in LKH im Jahr 2009
Soll-Ist-Vergleich in VZÄ



Quelle: KHBG, Darstellung und Berechnung L-RH

Gegenüber dem Dienstpostenplan besteht eine Differenz von 9,1 Dienstposten bei Fachärzten. Vakante Dienstposten erklärt die KHBG mit dem Ausscheiden von Ärzten, aber auch mit der Schwierigkeit, bestimmte Dienstposten geeignet zu besetzen. Vakanzen werden teilweise durch Turnusärzte in Ausbildung zum Facharzt ausgeglichen.

Mit Ende des Jahres 2009 waren im Dienstpostenplan vorgesehene Facharztstellen für zwei Radiologen, je einen Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie Kinder- und Jugendheilkunde, ein Dermatologe, je einen Facharzt für Psychosomatik und Neurologie und je einen Facharzt für Innere Medizin sowie Anästhesie unbesetzt. Fächer wie Kinder- und Jugendpsychiatrie, Neurologie oder Psychosomatik gelten in ganz Österreich als „Mangelfächer“. Eine geeignete Besetzung erfordert überdurchschnittlichen Rekrutierungs- und Zeitaufwand.

In Fächern, wie z.B. Innere Medizin, Chirurgie, Urologie, Anästhesie und Gynäkologie, ist die Anzahl der ausgebildeten Fachärzte relativ groß. Nach Erfahrung der KHBG können offene Dienstposten für Fachärzte solcher Fächer in der Regel innerhalb von drei bis sechs Monaten nachbesetzt werden. Dennoch besteht punktuell ein Besetzungsmangel, wie z.B. aktuell in der Inneren Medizin und der Radiologie.

Der freie Dienstposten für Innere Medizin am LKHH wurde im Herbst 2009 nachbesetzt. Es bewarben sich sechs Fachärzte. Auf die neuerliche Ausschreibung in Folge einer abermaligen Vakanz dieser Stelle im Dezember 2009 gab es keine Bewerbungen. Die offenen Dienstposten für Radiologie konnten bislang trotz mehrerer Ausschreibungen nicht besetzt werden. Die Besetzung der Stelle für Dermatologie wird im Sommer 2010 erfolgen.

Ausbildung

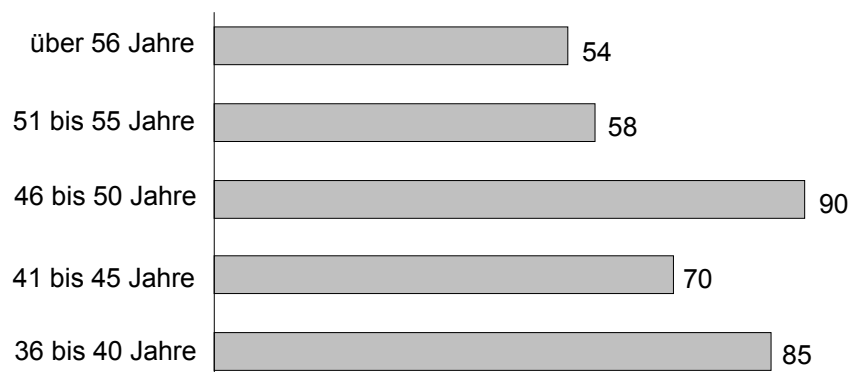
Entscheidend für die Zahl der Ausbildungsärzte sind die Abgangszahlen der Medizinischen Universitäten. Hier liegt die Steuerung beim Bund, insbesondere bei den Zugangsbestimmungen zum Medizinstudium. Nach Abschluss des Medizinstudiums dauert die Ausbildung zum Facharzt sechs Jahre. Die Facharztausbildung ist das wichtigste Rekrutierungsfeld für Besetzungen von Facharztstellen.

Für die Ausbildung eines Facharztes wird eine vorgeschriebene Mindestzahl an Ärzten des betreffenden Fachs benötigt. Wird diese Anzahl nicht erreicht, kann keine bzw. keine vollständige Ausbildung innerhalb Vorarlbergs angeboten werden. Die KHBG unterstützt nach eigenen Angaben die Ausbildung außerhalb Vorarlbergs, indem sie Teile der Kosten übernimmt.

Mitarbeiter-demographie

Die Demographie bei Fachärzten lässt Rückschlüsse auf einen möglichen künftigen Fachärztemangel zu. Die Altersstruktur der Spitalsärzte über 36 Jahre zeigt, dass innerhalb von zehn Jahren 54 Spitalsärzte das Pensionsalter erreichen werden. Die Altersgruppen sind so verteilt, dass die 36- bis 50-jährigen Spitalsärzte die Mehrheit bilden.

Demographie der Spitalsärzte über 36 Jahre in den LKH Nach Köpfen



Quelle: KHBG, Darstellung und Berechnungen L-RH

Position der Spitalsärzte

Spitalsärzte nehmen eine steigende Arbeitsbelastung durch Mehraufkommen an Patienten, kürzere Verweildauern und zunehmenden Administrationsaufwand wahr. Mit fortschreitendem Alter sind Nachtdienste für Spitalsärzte zunehmend belastend.

Die „Work-life-balance“ wird von Spitalsfachärzten teilweise ungünstig eingeschätzt. Die Leistung von Überstunden, Nacht- und Bereitschaftsdiensten und die dadurch hohe Gesamtarbeitszeit schmälern die Freizeit. Bessere Vereinbarkeit von Beruf und Freizeit sowie geringerer Leistungsdruck gelten unter Spitalsärzten als wichtige Beweggründe für das Abwandern in den niedergelassenen Bereich.

Bewertung

Gemessen am OECD-Durchschnitt und im Vergleich mit anderen Bundesländern ohne Universitätsklinik ist die Ärztedichte in Vorarlberg ausreichend. Unbesetzte Dienstposten können aus einem Fachärztemangel, einem Besetzungsproblem oder aus sonstigen Umständen resultieren.

Ein Fachärztemangel ist in Mangelfächern, wie z.B. Neurologie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, in ganz Österreich und auch darüber hinaus gegeben. In einem Fach wie Innere Medizin, welchem weitaus die meisten Fachärzte zuzuordnen sind, besteht kein Fachärztemangel. Dort bestehende Besetzungsprobleme können verschiedenste Ursachen haben. Ausschlaggebend sind u.a. der Ruf des Krankenhauses sowie des Primararztes, Karrieremöglichkeiten oder eine spezifische Konkurrenzsituation mit Einrichtungen im nahen Ausland.

Im ÖSG werden Strukturqualitätskriterien für die Gesundheitsversorgung definiert. Die Definition von erhöhten Versorgungsstandards kann bewirken, dass punktuell ein Fachärztemangel entsteht. Nach Ansicht des Landes-Rechnungshofs ist es Aufgabe der Abteilung Gesundheit und Sport (IVb) im Rahmen der Erstellung des ÖSG auf die Möglichkeit der Facharztbesetzung zu achten.

Im Verhältnis zu neuen Facharztstellen wurden in den letzten Jahren in Vorarlberg wenig Ausbildungsstellen für Fachärzte geschaffen. Die Ausbildung von Fachärzten an den LKH ist strategisch wichtig, um langfristig die Besetzung von Dienstposten sicherzustellen. Dabei ist zu beachten, dass es durch den restriktiven Zugang zum Medizinstudium künftig in ganz Österreich weniger Absolventen geben wird.

Die Altersstruktur lässt keine Rückschlüsse auf einen kurzfristig drohenden Fachärztemangel zu. Längerfristig kann jedoch ein Fachärztemangel entstehen, wenn es dem Dienstgeber nicht gelingt, erfahrenen Ärzten attraktive Arbeitsbedingungen anzubieten.

Empfehlung Der Landes-Rechnungshof empfiehlt, das strategische Personalmanagement zu verstärken.

Weiters empfiehlt der Landes-Rechnungshof darauf zu achten, dass Versorgungsstandards des ÖSG auch durch die Besetzung mit Fachärzten erfüllt werden können.

Stellungnahme *Im Zuge der Verhandlungen zum ÖSG haben die Vertreter des Landes schon bisher immer darauf geachtet, dass bei der Festlegung von Strukturqualitätskriterien keine überschießenden Personalschlüssel für Fachärzte festgelegt werden, zumal diese nur bedingt ein Garant für eine hohe medizinische Qualität sind und Fachärzte auch nur in eingeschränkter Zahl zur Verfügung stehen.*

Im Amt der Vorarlberger Landesregierung beschäftigt sich eine Arbeitsgruppe mit der Ausarbeitung einer Studie zur Sicherstellung der fachärztlichen Versorgung in den Vorarlberger Spitälern. Die genaue Analyse der in den Vorarlberger Krankenhäusern vorhandenen Ausbildungsstellen zum Arzt für Allgemeinmedizin und zum Facharzt, deren tatsächliche Besetzung sowie eine Bedarfserhebung, in welchen Fächern zukünftig verstärkt Ausbildungsstellen geschaffen werden sollen, ist eine wichtige Aufgabe dieser Arbeitsgruppe.

Kommentar L-RH Das Ausarbeiten einer Studie ist ein erster wichtiger Schritt. Die KHBG bleibt jedoch in der Verantwortung die entsprechenden strategischen Planungen und Maßnahmen zur Bewältigung eines drohenden Fachärztemangels vorzunehmen.

Dienst- und Entlohnungssystem der Spitalsärzte

Flexible Arbeitszeitmodelle bieten Vorteile für Patienten, Ärzte und Krankenanstalten. Das gegenwärtige Dienst- und Entlohnungsmodell der KHBG ist nicht ausreichend flexibel. Der Dienstgeber ist gefordert, innovative Modelle zu entwickeln und umzusetzen. Neue Modelle haben in der Regel Auswirkung auf die Personalkosten.

Situation
Rechtliche
Grundlagen

Die Entlohnung der Spitalsfachärzte erfolgt aufgrund des Gehaltsschemas des Gesetzes über Landesbedienstete 1988. Die Landesbediensteten-Nebenbezügeverordnung (LGBl.Nr. 14/1989 idGF) regelt die Familien- und Kinderzulage der Spitalsfachärzte. Die Zulagenordnung für Spitalsärzte vom 10. Dezember 2009, GZ PrsP-1110.07 bestimmt die Höhe der fixen und variablen Nebenbezüge. Sie wurde nicht kundgemacht. Nach dem Spitalsgesetz steht Spitalsärzten ein Anteil an Sonderklassehonoraren entsprechend ihrer fachlichen Qualifikation und Leistung zu.

Einkommensbestandteile

Der Monatsbezug eines Spitalsarztes besteht aus dem Gehalt, allfälligen Zulagen, Nebenbezügen sowie einem Anteil an den Sonderklassehonoraren. Der Gehalt eines Spitalsarztes entspricht der Einstufung eines Akademikers in das Gehaltsschema des Landesbedienstetengesetzes 1988. Der Gehalt erhöht sich alle zwei Jahre durch Vorrückung sowie durch Beförderungen. Beförderungen erfolgen durchschnittlich alle drei Jahre.

Als Zulagen gelten die Familienzulage und die Kinderzulage. Sie gebühren dem Spitalsarzt bei Erfüllen der Voraussetzungen. Zulagen und Gehalt werden 14-mal im Jahr ausbezahlt.

Neben den Zulagen gebühren Spitalsärzten fixe und variable Nebenbezüge. Sie sind in der Zulagenordnung geregelt und werden 12-mal jährlich ausbezahlt.

Fixe Nebenbezüge sind die Gefahrenzulage, die Operations- bzw. Assistenzarztzulage und die Facharzt- oder Oberarztzulage. Die Gefahrenzulage steht allen Spitalsärzten zu. Die Operations- bzw. Assistenzarztzulage erhalten alle Fachärzte. Bei den Turnusärzten wird der Bezug nach dem Ausbildungsstand abgestuft. Die Facharzt- oder Oberarztzulage wird Fachärzten nach Vorlage des Facharztdekrets gewährt.

Die variablen Nebenbezüge decken Mehrleistungen der Spitalsärzte ab. Zu diesen variablen Nebenbezügen zählen die Überstundenpauschale, die Nachtdienstzulagen I und II sowie die Bereitschaftsdienstzulage.

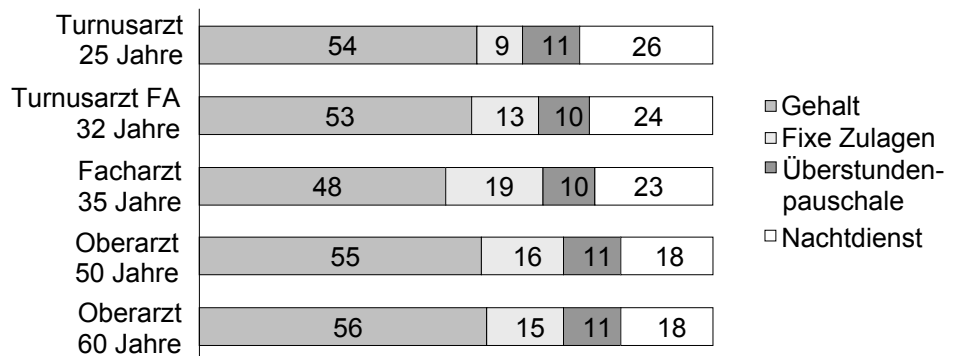
Primärärzte haben nach § 86 Abs. 1 des Spitalsgesetzes das Recht, von Patienten der Sonderklasse ein Ärztehonorar zu verlangen. Für die KHBG sind gesetzlich 25 Prozent von diesen Honoraren vorgesehen. Die dem Primararzt zugeordneten Ärzte sind mit einem Drittel am verbleibenden Honorar beteiligt. Die Festlegung der konkreten Anteile am Ärztehonorar hat durch den Primar mit Zustimmung der KHBG zu erfolgen. In der Praxis erfolgt die Festlegung dieser Anteile durch den Primararzt weitestgehend allein.

Modell einer Entlohnung

Die Entlohnung von Spitalsärzten und deren Entwicklung über das Berufsleben wird anhand eines Modells dargestellt. Diesem Modell liegen folgende Annahmen zugrunde: Der Facharzt beginnt seine Ausbildung in einem LKH mit 25 Jahren als Turnusarzt in Ausbildung zum Facharzt, schließt mit 32 Jahren die Ausbildung zum Facharzt erfolgreich ab, wird als Facharzt weiterbeschäftigt und ist mit 50 Jahren Oberarzt. Der Facharzt ist unverheiratet und kinderlos. Sonderklasseanteile und Rufbereitschaftsdienste wurden ebenso wenig berücksichtigt wie Überstunden, die über die vereinbarte Pauschale hinausgehen. Für die Nachtdienste wurde die Annahme getroffen, dass vier Werktags- und ein Sonn- bzw. Feiertagsdienst geleistet wird. Das sind fünf Nachtdienste im Monat. Daraus ergibt sich eine Wochenstundenbelastung von durchschnittlich 52 Stunden.

Zusammensetzung der Entlohnung

In Prozent



Quelle: KHBG, Darstellung und Berechnungen L-RH

Das Verhältnis des Gehalts zu den Nebenbezügen liegt zwischen 48 und 56 Prozent und verändert sich im Zeitablauf nur unwesentlich. Die Beeinflussung der Höhe der Entlohnung ist über die Leistung von Diensten gegeben. Das Entgelt ist im Modell für den 60-jährigen Facharzt mit € 8.651 doppelt so hoch wie für den Turnusarzt mit 25 Jahren.

Die Entlohnung wird von manchen Spitalsärzten und von der Ärztekammer als zu starr und nicht leistungsgerecht wahrgenommen. Kritisiert wird zum einen der Umstand, dass Nebenbezüge nicht 14-mal ausbezahlt werden. Zum anderen ist zur Erreichung eines angemessenen Entgelts eine deutliche Mehrleistung in Form von Überstunden, Nachtdiensten und Rufbereitschaftsdiensten erforderlich. Nachtdienste werden hinsichtlich des tatsächlichen Arbeitsanfalls zu wenig differenziert bewertet. Bei den Diensten wird kaum auf die Bedürfnisse älterer Spitalsärzte geachtet.

Bundesländer-
vergleich

Die Struktur der Entlohnungssysteme in den anderen Bundesländern entspricht dem Vorarlberger Modell von Gehalt, Zulagen und Nebenbezügen. In allen Systemen kann der Gehalt durch zusätzliche Leistungen in Form von Nacht- und Bereitschaftsdiensten wesentlich verbessert werden.

Im Detail unterscheiden sich die Modelle in der Verteilung der Entlohnungsbestandteile. Tendenziell sind bei höherem Gehalt die Zulagen niedriger. Hierdurch kommt es zu Einkommensunterschieden der Spitalsärzte in den einzelnen Bundesländern, die jedoch nicht signifikant sind.

Vergleich mit
dem Ausland

Unterschiede zur Schweiz gibt es sowohl bei dem Entlohnungs- als auch bei den Arbeitszeitmodellen. Ein Vergleich ist nur bedingt möglich. Notwendige Datengrundlagen dazu lagen nicht vor.

Dienstsystem

Ein Dienstsystem umfasst alle vorgesehenen Arbeitsmodelle und regelt die Schnittstellen zwischen den einzelnen Organisationseinheiten. Das Dienstsystem für Spitalsärzte in den LKH geht von einer Vollzeitbeschäftigung inklusive der Leistung von 24 Überstunden im Monat aus. Das Modell umfasst die Leistung von Tag- und Nachtdiensten sowie teilweise auch die Übernahme von Rufbereitschaft.

Die konkrete Aufteilung der Arbeitszeit erfolgt in den jeweiligen Dienstplänen. Die Dienstpläne gehen von relativ starren Anfangs- und Endzeiten für die Anwesenheit von Spitalsärzten aus. Viele Abteilungen der LKH praktizieren ein Modell einer „Anwesenheitsplanung“: Ist kein Urlaub oder Zeitausgleich vorgesehen, werden die Spitalsärzte unabhängig vom erwarteten Arbeitsaufkommen in die jeweilige Tagesbesetzung eingeplant. Spitalsärzte können im Fall einer zu hoch geplanten Tagesbesetzung Zeitausgleich nehmen.

Andere Modelle, etwa ein Schichtmodell oder versetzte Dienste, werden nicht angeboten. Eine Anpassung der Dienstzeit an die persönlichen Zeitinteressen der Spitalsärzte ist nicht vorgesehen. Das geltende Dienstsystem bietet keine Möglichkeit, auf Bedürfnisse von Fachärzten einzugehen. Das sind z.B. körperliche oder mentale Belastungen, veränderte Ansprüche mit zunehmendem Alter oder die familiäre Situation.

Nach Angaben der KHBG gibt es ein Pilotprojekt, in dem die optimale Tagesbesetzung je Abteilung definiert wird. Zusätzlich werden in diesem Projekt erste Ansätze eines flexiblen Arbeitszeitmodells mit Einführung von Spätdiensten und einem neu strukturierten Nachtdienst erprobt.

In manchen Bereichen, wie z.B. dem Notarzdienst, lässt sich Teilzeitarbeit besser vereinbaren als im Stationsdienst kleiner Abteilungen. Rund 16 Prozent aller Spitalsärzte sind teilzeitbeschäftigt. Die KHBG beurteilt Teilzeitarbeit mit sehr geringem Beschäftigungsausmaß in kleinen Abteilungen kritisch. Aus ihrer Sicht wird dadurch die Belastung von Vollzeit-arbeitskräften erhöht.

Manche Bundesländer ermöglichen Spitalsärzten die Inanspruchnahme eines Sabbatical, einer unbezahlten Fortbildungskarenz oder sie gewähren Sonderurlaub zur Ausbildung. Das Vorarlberger Landesbedienstengesetz sieht kein Sabbatical vor, ermöglicht aber bezahlten Sonderurlaub für Ausbildungszwecke.

Bewertung

Das Vorarlberger Entlohnungssystem entspricht monetär den Modellen in den anderen Bundesländern. Gegenüber vergleichbaren Landesangestellten in Vorarlberg haben Spitalsärzte die Möglichkeit, die monatliche Entlohnung durch Mehrleistung signifikant zu steigern. Nach Ansicht des Landes-Rechnungshofs besteht derzeit kein akuter Handlungsbedarf hinsichtlich der Höhe des Entgelts, wohl aber in der Gestaltung der Entlohnung.

Flexible Arbeitszeiten bieten Vorteile für Patienten, Ärzte und Krankenanstalten. Dies sind beispielsweise eine bessere Patientenversorgung durch eine optimierte Verteilung des Leistungsangebots, stärkere Berücksichtigung persönlicher Zeitinteressen der Spitalsärzte und optimale Ressourcenplanung. Das gegenwärtige Dienstsysteem der KHBG bietet wenig Spielraum zur Gestaltung flexibler Arbeitszeiten.

Das Pilotprojekt für optimale Tagesbesetzungen ist nur für ausreichend große Abteilungen geeignet. Das Modell der reduzierten Nacht- und Bereitschaftsdienste ist ebenfalls nicht für alle Abteilungen tauglich. Neue Modelle könnten nach Ansicht des Landes-Rechnungshofs die Möglichkeit bieten, Nacht- und Bereitschaftsdienste teilweise zu ersetzen.

Nach Ansicht des Landes-Rechnungshofs sind rechtliche Vorgaben, die für die Verwaltung gelten, nicht für den Spitalsbetrieb geeignet. Es ist Aufgabe des Dienstgebers neue Modelle einzuführen. Zeitnahe, transparente Informationen zu geleisteten Stunden erweitern den Gestaltungsspielraum bei Arbeitsmodellen. Zu beachten ist, dass jede Änderung Konsequenzen für das Entlohnungssystem mit sich bringt.

Empfehlung

Der Landes-Rechnungshof empfiehlt, innovative und flexible Dienst- und Entlohnungsmodelle zu entwickeln und diese außerhalb des Landesdienstrechts umzusetzen.

Stellungnahme

Für die Vorarlberger Krankenhaus-Betriebsgesellschaft mbH als Dienstgeber von rund 540 Ärztinnen und Ärzten ist die Optimierung der Arbeitsbedingungen (insbesondere) für die Spitalsärzte ein stetiger Prozess. Vor allem aufgrund der Altersstruktur der Ärztinnen und Ärzte im niedergelassenen Bereich, des wachsenden Frauenanteils in der Ärzteschaft und der prognostizierten Demografiedaten wird insbesondere die Schaffung innovativer Arbeitszeitmodelle, die sich verstärkt an den Bedürfnissen der Ärztinnen und Ärzte in den unterschiedlichen Lebensphasen orientieren, in der nahen Zukunft als eine besondere Herausforderung gesehen. Gemeinsam mit Vertretern der gesamten Ärzteschaft werden derzeit in einer Arbeitsgruppe der Krankenhaus-Betriebsgesellschaft Verbesserungen sowohl im Bereich der leistungs- als auch altersadäquaten Arbeitsbedingungen erarbeitet.

7 Stroke Unit Versorgung

Das Vorarlberger Schlaganfall-Netzwerk zeigt, wie innovative Versorgungsprozesse auch in einer kleinräumigen Versorgungsstruktur umgesetzt werden können. Das fehlende Dienstrad zur 24-Stunden-Versorgung der Stroke Unit sollte schnellstmöglich eingerichtet werden. Die räumliche Trennung der Neurologie vom LKHF ist organisatorisch nicht ideal.

Situation

Das idealtypische Konzept der Schlaganfallversorgung sieht eine Versorgungskette von neurologischer Akutversorgung mit einer anschließenden abgestuften Rehabilitation vor. Die Stroke Unit hat dabei die Aufgabe der intensivmedizinischen Betreuung und der Frührehabilitation von Patienten in der kritischen Akutphase.

Diese Versorgungsstruktur ist nur in großstädtischen Ballungszentren mit einem flächendeckenden Angebot an stationären neurologischen Einheiten sinnvoll durchgängig umsetzbar. Aufgrund der oft nicht guten Erreichbarkeit der neurologischen Einheiten werden in ländlichen Regionen Patienten mit Schlaganfall zumeist im Rahmen internistischer Abteilungen versorgt. In Vorarlberg besteht nur eine entsprechende Fachabteilung am LKHR.

Die Lyse beim Schlaganfall, ermöglicht bei gewissen Indikationen eine verbesserte medizinische Behandlung. Die Therapie mittels Lyse kann nur in einem relativ engen Zeitfenster nach Eintritt des Schlaganfalls erfolgen und ist an spezifische diagnostische und therapeutische Kompetenzen gebunden.

Vorarlberger Schlaganfall-Netzwerk

Das Vorarlberger Schlaganfall-Netzwerk schafft Versorgungsstrukturen und Prozesse, die auf die spezifischen regionalen Bedürfnisse Vorarlbergs ausgerichtet sind. Kernpunkt des Vorarlberger Schlaganfall-Netzwerks ist die Stroke Unit am LKHF. Partner sind die regionalen Akutkrankenanstalten mit ihren internistischen Fachabteilungen und die Neurologie am LKHR.

Die Netzwerkpartner sind über Teleradiologie/Telemedizin verbunden. Grundlage der Behandlung sind gemeinsame Prozessstandards. Dadurch wird die Schlaganfallbehandlung koordiniert und es wird sichergestellt, dass die Schlaganfallakutbehandlung unabhängig vom Ort des Geschehens nach den gleichen Qualitätsstandards erfolgt.



Durch die Koordination des Rettungswesens wird gewährleistet, dass ein Schlaganfall frühzeitig auch als solcher erkannt wird und die Patienten rasch an die entsprechende Versorgungseinheit gebracht werden. Unterstützt wird das Vorarlberger Schlaganfall-Netzwerk durch ein gemeinsames Leistungs- und Qualitätsmonitoring.

Ausständig ist noch die vollständige Umsetzung der Stroke Unit am LKHF. Die dazu notwendige Ausbildung der Neurologen zur Besetzung des entsprechenden zusätzlichen Nachtdienst-Rades an der Stroke Unit erfolgt derzeit.

Bewertung

Mit dem Vorarlberger Schlaganfall-Netzwerk besteht ein flächendeckendes Gesamtsystem mit einheitlichen Standards, das die regionalen Gegebenheiten sinnvoll berücksichtigt. Dies stellt aus Sicht des Landes-Rechnungshofs eine Verbesserung der Versorgung dar. Die Realisierung des Vorarlberger Schlaganfall-Netzwerks kann als Vorbild für weitere flächendeckende Versorgungsmodelle dienen.

Trotz der räumlichen Trennung der Neurologie in Rankweil von der Stroke Unit in Feldkirch kann eine, den Standards entsprechende Behandlung für die Patienten gewährleistet werden. Aus organisatorischer Sicht stellt die Distanz zwischen der Normalstation für Neurologie und der Stroke Unit einen Nachteil dar. Im Rahmen der Fortentwicklung der stationären Versorgungsstrukturen ist daher eine Zusammenführung am Standort Feldkirch anzustreben.

Empfehlung

Der Landes-Rechnungshof empfiehlt, die erforderliche Besetzung der Stroke Unit mit Fachärzten ehestmöglich vorzunehmen.

Weiters empfiehlt der Landes-Rechnungshof, die Neurologie mittelfristig an den Standort Feldkirch zu verlagern.

8 Strukturmaßnahmen

Durch Strukturmaßnahmen im medizinischen Bereich wurden bereits Einsparungen von jährlich € 3 Mio. erzielt. Weitere Potenziale im medizinischen sowie im nicht-medizinischen Bereich sind konsequent zu nutzen, um die medizinische Versorgungsqualität und die Finanzierbarkeit des Spitalswesens in Vorarlberg langfristig zu sichern.

Situation

Leitgedanken in der Strukturentwicklung sind die flächendeckende Versorgungsqualität und die Schaffung von strukturellen Effizienzvoraussetzungen, wie z.B. die Reduktion kleiner Einheiten und die Konzentration von Leistungen. Die Fokussierung auf Qualität und Effizienz ist einerseits notwendig, um eine dem Stande der Wissenschaft entsprechende Versorgung aufrechtzuerhalten. Andererseits ist die Finanzierbarkeit dieses Versorgungssystems bei begrenzten Mitteln sicherzustellen. Wichtige Kostentreiber im Gesundheitswesen sind medizinische Innovationen und die demographische Entwicklung. Die Kostensteigerungen liegen tendenziell über der Wachstumsrate der gesamten Wirtschaft.

Die Strukturplanung für das Gesundheitswesen in Vorarlberg ist Aufgabe des Landesgesundheitsfonds. Rahmenbedingungen für die Planentwicklung in Vorarlberg sind im bundesweit gültigen österreichischen Strukturplan Gesundheit (ÖSG) festgelegt. Die Ergebnisse der regionalen Planungen werden im RSG Vorarlberg festgeschrieben.

Für einige medizinische Leistungsbereiche sind im ÖSG Strukturqualitätskriterien definiert. Das sind primär Mindestabteilungsgrößen sowie Vorgaben zur Personal- und Geräteausstattung. Darüber hinaus gibt es im ÖSG Empfehlungen zu Mindestfallzahlen spezifischer Fallgruppen, diese sind aber nicht verbindlich.

Für alle Vorarlberger Krankenanstalten gilt derzeit der RSG mit dem Zeithorizont 2010. Der nächste Plan mit Zeithorizont 2015 bzw. 2020 soll bis zum Jahr 2011 ausgearbeitet werden.

Schließung der Gynäkologie am LKHH

Im Jahr 2006 wurde die Abteilung Gynäkologie und Geburtshilfe des LKHH geschlossen. Es wurden 20 Betten abgebaut. Im Zeitraum von 2006 bis 2008 sind die stationären Aufnahmen dieses Fachbereichs aller Fondskrankenanstalten in Vorarlberg um 2,5 Prozent und die Belagtage um 5,8 Prozent gesunken. Die Leistungsbewertung mit LKF-Punkten sank um 1,9 Prozent. Die Ambulanzfälle gingen um 25,7 Prozent zurück, die Ambulanzfrequenzen reduzierten sich nicht in diesem Ausmaß.

Im gleichen Zeitraum sind die Gesamtkosten für stationäre Gynäkologie und Geburtshilfe um 0,9 Prozent gesunken. Die Gesamtkosten für ambulante Leistungen der Gynäkologie wurden um 16,7 Prozent reduziert.



Unter Berücksichtigung der Teuerung bedeutet das eine Kostendämpfung im stationären Bereich von rund 9,4 Prozent oder € 2,0 Mio. im Zeitraum von 2006 bis 2008. Die Schließung der Abteilung ist nachhaltig. Sie bewirkt eine jährliche Kostendämpfung. Umgelegt auf eine ewige Rente lässt sich der Barwert dieser Maßnahme mit € 40 Mio. beziffern. Es wurde ein Zinssatz von fünf Prozent angenommen.

Verlagerung der Chirurgieabteilungen

Im Jahr 2007 wurden die stationäre chirurgische und unfallchirurgische Versorgung von Hohenems nach Bregenz verlagert. Es wurden 51 Betten abgebaut. Am LKHH wurde eine tagesklinische chirurgische Versorgung mit elf Betten etabliert. Die Leistungserbringung erfolgt abgestimmt über beide Standorte. Im Zeitraum von 2006 bis 2008 sind die stationären Aufnahmen dieser Fächer aller Fondskrankenanstalten um 5,9 Prozent und die Belagstage um 15,2 Prozent gesunken. Die Leistungsbewertung mit LKF-Punkten sank um 12,8 Prozent. Die Ambulanzfälle stiegen um 16 Prozent, die Frequenz um 18,8 Prozent.

Die Kostenanalyse im Zeitraum von 2006 bis 2008 ergibt einen Kostendämpfungseffekt von € 1 Mio. jährlich. Dabei wurden alle Fondskrankenanstalten in Vorarlberg einschließlich der Kostenstellen für Tageschirurgie und der chirurgischen/unfallchirurgischen Ambulanz im LKHH berücksichtigt. Dargestellt als Barwert einer ewigen Rente lässt sich der Effekt dieser Maßnahme mit € 20 Mio. beziffern. Es wurde ein Zinssatz von fünf Prozent angenommen.

Gegenüber den Effekten in der Gynäkologie und Geburtshilfe ist der Kostendämpfungseffekt in den chirurgischen Fächern geringer. Die positiven Auswirkungen der Verlagerung der stationären Leistungen wurden größtenteils durch die Vorhaltung der Tagesklinik mit € 4,8 Mio. p.a. und der Ambulanz im LKHH mit € 1,6 Mio. p.a. kompensiert.

Spitalsbeiträge und Verrechnung

Die Finanzierung der Fondskrankenanstalten erfolgt primär über den Landesgesundheitsfonds. Das Land und die Gemeinden sowie die Sozialversicherungen und der Bund zahlen in diesen Fonds ein. Die Beiträge von Sozialversicherungen und Bund sind an deren Einnahmen gebunden bzw. indexiert. Gehen die Kostensteigerungen der Spitäler über diese Beitragssteigerungen hinaus, haben das Land und die Gemeinden diese zu tragen. Die Aufteilung erfolgt über die Spitalsbeiträge.

Die gesamten Spitalsbeiträge des Landes und der Gemeinden betragen im Jahr 2008 € 92,2 Mio. Für das Jahr 2009 wird ein Wert von € 96,7 Mio. erwartet, für das Jahr 2010 sind € 105,4 Mio. veranschlagt. Die Steigerung in den Jahren von 2008 auf 2010 beträgt 14,3 Prozent.

Das Spitalbeitragsgesetz (LGBl.Nr. 8/1987 idgF) sieht vor, dass die Abgänge der Krankenanstalten durch die Gemeinden, das Land und die Krankenanstaltenträger zu decken sind. Die Gemeinden haben einen Anteil von 40 Prozent des Abgangs nach Spitalbeitragsgesetz zu tragen. Der Beitrag der einzelnen Gemeinden richtet sich nach Maßgabe der Krankenhaustage der ihnen zuzurechnenden Patienten. Einer Gemeinde sind jene Patienten zuzurechnen, die unmittelbar vor der Aufnahme in die Krankenanstalt in der betreffenden Gemeinde ihren gewöhnlichen Aufenthalt hatten. Je nach Krankenanstalt, in der die Krankenhaustage angefallen sind, werden den Gemeinden unterschiedliche Beitragssätze verrechnet.

Die Verrechnung der Spitalsbeiträge erfordert einen beträchtlichen administrativen Aufwand. Für jeden Patienten muss der gewöhnliche Aufenthalt gemäß Spitalbeitragsgesetz festgestellt werden. Erst dann können die Pflage tage den einzelnen Gemeinden verrechnet werden. Nach Angaben des Landesgesundheitsfonds ist davon auszugehen, dass diese Bearbeitung jährlich etwa vier bis sechs VZÄ über alle betroffenen Organisationen beschäftigt.

Der Beitragssatz in den Vorarlberger Akutkrankenanstalten betrug im Jahr 2008 zwischen € 52,7 und € 75,5 pro Pflage tag. Gemeinden, die im Einzugsbereich einer Krankenanstalt mit niedrigem Beitragssatz liegen, haben tendenziell einen finanziellen Vorteil.

Wechselwirkung von Strukturmaßnahmen und Spitalsbeiträgen

Die Strukturbereinigung zwischen LKHB und LKHH führte im Zeitraum von 2005 bis 2008 zu einer Erhöhung des Beitragssatzes um 41,8 Prozent bzw. € 20,8 pro Pflage tag für das LKHH. Für das LKHB bedeutete das eine Reduktion des Beitragssatzes um 20,5 Prozent bzw. € 19,5 pro Pflage tag.

Für die Gesamtversorgung wirkten die Strukturmaßnahmen positiv. Für die Stadt Hohenems, deren Bewohner das LKHH nutzen, bewirkt der Verrechnungsmodus eine finanzielle Belastung. Der Nutzen der Strukturmaßnahmen liegt einseitig bei den Gemeinden im Einzugsgebiet des LKHB, dessen Beitragssatz sich entsprechend reduziert hat.

Modell optimierter Versorgungsstruktur

In Vorarlberg könnte die medizinische Versorgung über zwei Krankenanstalten (Nord und Süd) mit jeweils mehreren Standorten erbracht werden. Dieser Ansatz lässt sich durchaus mit den gewachsenen Strukturen, den Standortgarantien und dem politischen Wunsch nach regionaler Vor-Ort-Versorgung vereinbaren. Durch die gemeinsame Führung von zwei Krankenanstalten wäre es möglich, im Rahmen einer durchdachten Struktur- und Leistungsabstimmung weitere Kostendämpfungspotenziale zu nutzen. In diese Leistungsabstimmung ist auch das KH Dornbirn einzubeziehen.



Die Zentralisierung nicht medizinischer Bereiche, wie z.B. der zentralen Sterilisation oder der Speiserversorgung, ist in die Wege geleitet. Das zentrale Küchen- und Speisenlogistikzentrum wird derzeit am LKHF gebaut. Ein grobes Konzept zur Schaffung der notwendigen Verteilerküchen in den anderen Krankenanstalten liegt vor. Detailpläne zur Anpassung der Versorgungsprozesse gibt es noch nicht. In diesem Bereich werden die wirtschaftlichen Potenziale der Umstellung der Speiserversorgung erwartet.

Die Zentralsterilisation (MPAV) ist bereits in Betrieb. Mit Ausnahme des LKHB werden alle LKH bereits versorgt. Die angestrebte Wirtschaftlichkeit ist noch nicht gegeben.

Trotz kontinuierlicher Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung sind die Führungsstrukturen vielfach gleich geblieben. Jedes Krankenhaus ist eine eigene Organisationseinheit mit einer eigenen kollegialen Führung. Die Zusammenführung und Abstimmung von Leistungsstrukturen wird dadurch erschwert. Mit Ausnahme der Beschaffung werden Verwaltungsaufgaben, wie z.B. Buchhaltung und Lohnverrechnung, weitgehend dezentral erfüllt. Im Bereich der Verwaltung bestehen aktuell erste Ansätze zur Zusammenführung von Aufgaben im Sinne eines Shared Service Center.

Bewertung

Um die Finanzierbarkeit der Krankenanstalten auf gegebenem Leistungsniveau auch künftig zu gewährleisten, sind nach Ansicht des Landes-Rechnungshofs weitreichende strukturelle Veränderungen zu realisieren. Sowohl die Verlagerung der stationären Chirurgie-Abteilungen vom LKHH an das LKHB als auch die Schließung der Abteilung Gynäkologie am LKHH haben zu einer sinnvollen Entflechtung der Versorgungsstruktur in Vorarlberg beigetragen. Im Bereich der Gynäkologie und Geburtshilfe konnte ein deutlicher Kostendämpfungseffekt nachgewiesen werden. Durch die Weiterführung der chirurgischen und unfallchirurgischen Ambulanz und der Tagesklinik am LKHH wurde der Kostendämpfungseffekt nicht zur Gänze ausgeschöpft.

Eine weitere Konzentration spezialisierter Leistungserbringung macht es nach Ansicht des Landes-Rechnungshofs einfacher, die notwendigen Qualitäts- und Effizienzvoraussetzungen sicherzustellen. Eine solche Konzentration erscheint, z.B. für die Urologie, die Kinder- und Jugendheilkunde sowie die Unfallchirurgie, sinnvoll. Dabei sind auch Kooperationsmöglichkeiten mit dem KH Dornbirn anzustreben. Es kann davon ausgegangen werden, dass durch die Schließung einer Abteilung, unter der Übernahme der Leistungen durch die verbleibenden Abteilungen in anderen Fondskrankenanstalten, Kostendämpfungseffekte von € 1,5 bis € 3 Mio. p.a. erzielt werden können. Dargestellt als ewige Rente können die Effekte mit € 30 bis 60 Mio. beziffert werden.

Da das Kostensteigerungsrisiko in der Spitalsversorgung einseitig beim Land und den Gemeinden liegt, ergibt sich ein besonderer Druck, die Kostenentwicklung durch wirksame Strukturmaßnahmen zu dämpfen. Die bestehende Spitalsbeitragsregelung wirkt zum Teil kontraproduktiv auf notwendige und sinnvolle Strukturmaßnahmen. Modellrechnungen des Landes-Rechnungshofs zeigen, dass es von Vorteil wäre, die Entwicklung der Spitalsbeiträge beispielsweise nicht mehr an die Kostenentwicklung der einzelnen Standorte, sondern an die Gesamtkostenentwicklung zu koppeln. Allenfalls kann dieses Ziel auch durch Maßnahmen im Steuerungsbereich des LKF-Systems erreicht werden. Strukturmaßnahmen würden damit nicht zu ungewünschten einseitigen Effekten führen. Dadurch könnte auch der Aufwand zur Abwicklung der Spitalsbeiträge nachhaltig reduziert werden.

Im nicht-medizinischen Bereich sind die Potenziale konsequenter zu nutzen. Nach Ansicht des Landes-Rechnungshofs ist es nicht notwendig, alle Verwaltungssachen dezentral an jedem Standort vorzuhalten. In diesem Bereich kann die Schaffung eines Shared Service Center zu Qualitäts- und Effizienzverbesserungen führen. Im Bereich der Speisensversorgung sollten die aufgezeigten Wirtschaftlichkeitspotenziale rasch realisiert werden. Dies gilt auch für die MPAV, deren Ergebnis noch vom Businessplan abweicht. Wirtschaftlichkeitseffekte sollten durch einen Plan-Ist-Vergleich in der Umsetzung klar nachgewiesen werden. Der Aufsichtsrat ist gefordert, die Nutzung der in den Konzepten ausgewiesenen Potenziale auch konsequent einzufordern.

Empfehlung

Der Landes-Rechnungshof empfiehlt, die Spitalbeitragsregelung neu zu gestalten und/oder den Steuerungsbereich des LKF-Systems entsprechend zu nutzen, damit notwendige Strukturmaßnahmen nicht am Finanzierungssystem scheitern.

Weiters empfiehlt der Landes-Rechnungshof, die Versorgungsstruktur weiter zu optimieren und für die Verwaltungssachen ein Shared Service Center einzurichten.

Zudem empfiehlt der Landes-Rechnungshof, die kalkulierten Einsparungen im Bereich der Sterilisation und der Speisensversorgung zu realisieren.

Stellungnahme

Zu gesetzliche Regelung der regionalen Versorgung:

Die vom Landes-Rechnungshof vorgeschlagene Zusammenfassung der medizinischen Versorgung über zwei Krankenanstalten (Nord und Süd) stößt an die Grenzen des geltenden § 18 Kranken- und Kuranstaltengesetz iVm § 11 Spitalgesetz. Demnach sind je nach den örtlichen Verhältnissen für etwa 50.000 bis 90.000 Bewohner eine Standardkrankenanstalt und ist im Land eine Schwerpunktkrankenanstalt einzurichten. Zur Klarstellung sollte jedenfalls – wie in der Zusammenfassung – ergänzt werden, dass das Landeskrankenhaus Süd „inklusive einer landesweiten Schwerpunktversorgung“ organisiert bleiben soll.

Zu Strukturplanung Gesundheit:

So wie für die bisher vorgenommenen, vom Landes-Rechnungshof als wichtig und effizient bestätigten Strukturmaßnahmen bilden auch für künftige Restrukturierungsmaßnahmen der Österreichische Strukturplan Gesundheit und der Regionalen Strukturplan Vorarlberg die maßgebliche Grundlage. Dabei sind die Aufrechterhaltung einer wohnortnahen Versorgung, die weitere Verbesserung der Qualität im Vorarlberger Gesundheitswesen, die Patientensicherheit und die Zugänglichkeit sämtlicher Bevölkerungsgruppen zu einer optimalen Gesundheitsversorgung wichtige Planungskriterien. Die vom Landes-Rechnungshof vorgeschlagenen weiteren Strukturmaßnahmen werden insbesondere im Hinblick auf diese Planungsgrundsätze zu prüfen sein. Die Vorarlberger Landesregierung bekennt sich zu einer Weiterentwicklung einer qualitativ hochwertigen, abgestuften Gesundheitsversorgung im Interesse der Patientinnen und Patienten. Weitere Überlegungen zur Restrukturierung der Versorgungsstruktur bedürfen einer sehr sensibel geführten Diskussion.

Kommentar L-RH

Der Wortlaut des § 18 Abs. 2 KAKuG kann als Untergrenze verstanden werden, ab welcher jedenfalls eine Standardkrankenanstalt einzurichten ist. Diese Untergrenze liegt je nach örtlichen Gegebenheiten bei 50.000 bis 90.000 Bewohnern. Diese Voraussetzung wäre bereits mit der Einrichtung einer Standardkrankenanstalt in Vorarlberg erfüllt. Obwohl der § 11 Abs. 2 Spitalgesetz etwas enger gefasst ist, sind die gesetzlichen Rahmenbedingungen ausreichend für die vorgeschlagene Zusammenfassung der medizinischen Versorgung über zwei Krankenanstalten (Nord/Süd).

Die regionale medizinische Versorgung wird auch künftig sichergestellt. Ausgehend vom Schwerpunktkrankenhaus Feldkirch erfolgt eine landesweit abgestufte medizinische Versorgung. Organisatorisch werden die bestehenden LKH zu einem LKH Süd und einem LKH Nord zusammengefasst. Die operative Abwicklung der Verwaltungssachen erfolgt weitestgehend in einem Shared Service Center. Durch die Optimierung der Organisation werden sowohl medizinische als auch wirtschaftliche Vorteile erzielt.

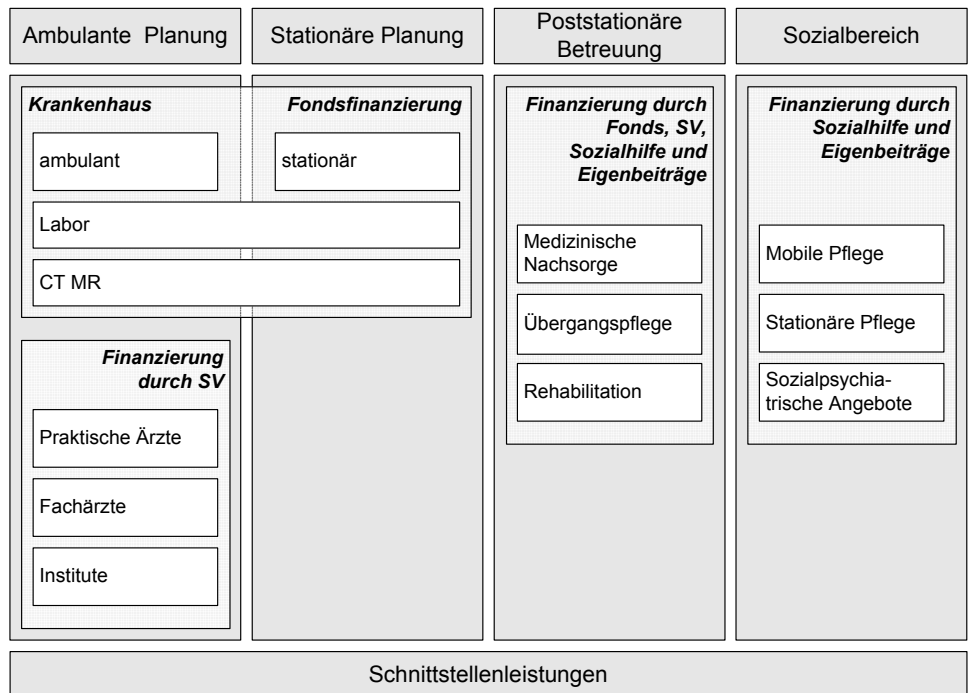
9 Integrierte Planung

Das Land hat klare Steuerungsmöglichkeiten im stationären Bereich. Für den ambulanten Bereich liegt die Gestaltung primär bei den Sozialversicherungen und der Ärztekammer. Die Planungen der extra- und der intramuralen Versorgung sind stärker aufeinander abzustimmen.

Situation

Idealtypisch umfasst die integrierte Planung den stationären und den gesamten ambulanten Versorgungsbereich sowie die poststationäre Betreuung und die Schnittstellen zum Bereich Soziales. Dabei ist entscheidend, intra- und extramurale Angebote optimal aufeinander abzustimmen und die Schnittstellenleistungen zu klären. Die ambulante Planung umfasst die gesamten extramuralen Angebote und das ambulante Angebot an Krankenanstalten.

Planungsfelder einer integrierten Planung



Darstellung L-RH

In Vorarlberg gibt es derzeit getrennt entwickelte Pläne für den stationären und den ambulanten Bereich. Der stationäre Plan (Spitalplan) stellt eine Verordnung des Landes dar und wurde von der Regierung am 4. März 2008 beschlossen. Die Gesundheitsplattform beschloss den Plan für die ambulante Versorgung bis zum Jahr 2015 am 11. Dezember 2009. Diese Beschlussfassung entfaltet keine rechtliche Wirkung. Für die Umsetzung des ambulanten Plans sind weiterführende Verhandlungen zwischen der Ärztekammer und den Sozialversicherungen notwendig. Der Plan für den ambulanten Bereich ist in Österreich einzigartig.

Zusätzlich gibt es separate Planvorgaben für die medizintechnischen Großgeräte wie z.B. Geräte für Computertomographie (CT) und Magnetresonanztomographie (MR). Dieser Plan umfasst Geräte in Krankenanstalten und im extramuralen Sektor. Darüber hinaus existiert eine bundesweite Planung des Rehabilitationsbereichs.

Die Finanzierungsströme im Gesundheitswesen sind stark segmentiert, über alle Beteiligten gesehen, ergibt sich damit ein hochkomplexes System. Auch die Verantwortlichkeiten sind entsprechend aufgesplittet. Diese Rahmenbedingungen verhindern oftmals sinnvolle Leistungsabstimmungen und Leistungsverlagerungen über die Sektorgrenzen hinweg. Die integrierte Planung wird dadurch erschwert.

Schnittstellenprozesse

Schnittstellenprozesse sind jene Abläufe, die die Verbindung zwischen den einzelnen Versorgungsbereichen, vor allem zwischen dem stationären und dem extramuralen Bereich, herstellen. Im Zugang zur stationären Versorgung sind die Versorgung von Akuterkrankungen und Notfällen, die Zuweisung zu geplanten stationären Aufenthalten und der Aufnahmeprozess im Krankenhaus als Schnittstellenprozesse für die integrierte Planung wichtig. Im Anschluss an die stationäre Versorgung sind dies die Entlassungsvorbereitung und die Entlassung, die Übergangsversorgung und die Poststationäre Betreuung.

Für den Einsatz von Großgeräten ist ebenfalls eine Leistungsabstimmung und -koordination anzustreben. Es handelt sich dabei vor allem um Geräte der bildgebenden Diagnostik (CT und MR). Sie unterstützen sowohl die extramurale als auch die intramurale Versorgung. Solche Geräte sind aus Qualitäts- und Erreichbarkeitsgründen regional vorzuhalten, können aber oft nicht optimal ausgelastet werden. In allen Vorarlberger Akutkrankeanstalten sind CT-Geräte vorhanden. Mit Ausnahme des LKHF müssen stationäre Patienten, die einer MR-Diagnostik bedürfen, zu einem Anbieter im niedergelassenen Bereich transportiert werden. Hier könnten sich Möglichkeiten einer Kooperation ergeben.



Für die Schnittstellenleistungen ist derzeit eine sinnvolle Steuerung kaum möglich. Es fehlen klare Vorgaben, Abgrenzungen und detaillierte Abstimmungen. Die ständig steigenden Ambulanzfrequenzen in den Krankenhäusern sind ein Symptom des ungesteuerten Zugangs und des Mangels an Leistungsabstimmung.

Projekte

Um Leistungsoptimierungen zwischen dem intra- und extramuralen Bereich zu erreichen, wurde im Jahr 2005 ein Reformpool eingerichtet. Die Reformpoolprojekte sollten nachhaltig und auf andere Regionen transferierbar sein. Ebenso sollten die Effektivität und Effizienz des Gesundheitswesens erhöht werden.

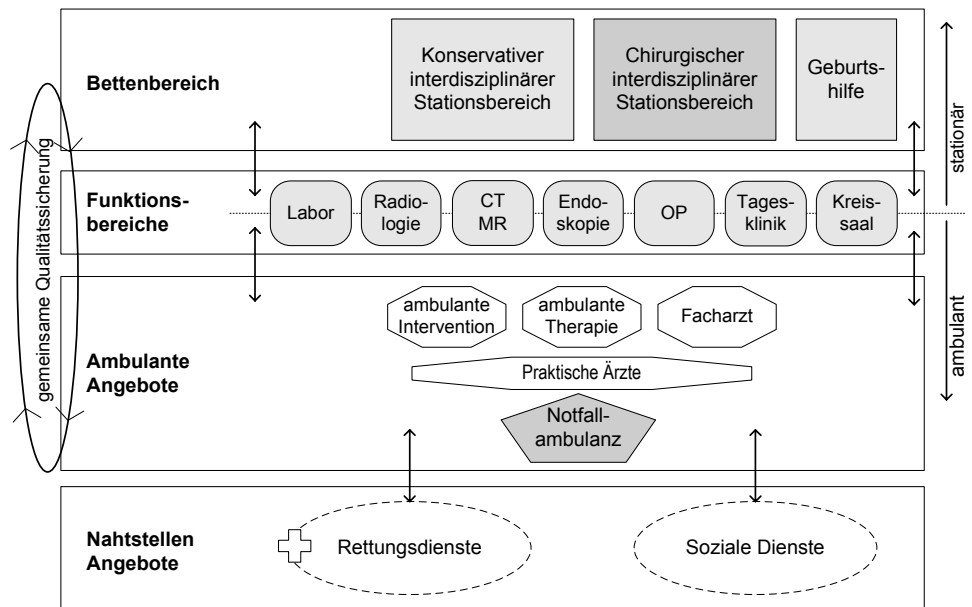
In Vorarlberg gibt es mit Juli 2009 vier genehmigte Reformpoolprojekte. Es sind dies die Projekte „Mobiles Palliativteam“, „Mobile Kinderkrankenpflege“, „Intramurales Entlassungs- und extramurales Übernahmemanagement für komplexe Fälle“ und „Therapie Aktiv – Diabetes im Griff“.

Zusätzlich gibt es eine Initiative zur sektorenübergreifenden Finanzierung eines Facharztbereichs. Als Fach dafür wurde die Augenheilkunde vorgeschlagen. Dieses Modellprojekt befindet sich derzeit in der Konzeptionsphase.

Modell integrierte Versorgungsstruktur

Logische Konsequenz einer integrierten Planung ist eine integrierte Versorgung. Neben ablauforganisatorischen Verbesserungen sind langfristig auch die Strukturen anzupassen. Eine idealtypische Struktur wäre ein Gesundheitszentrum an einem Krankenanstaltenstandort. Die Umsetzung eines solchen Zentrums könnte zur Gänze oder in Teilen an einem Standort wie Bludenz angestrebt werden.

Modell einer integrierten Versorgungsstruktur (Gesundheitszentrum)



Darstellung L-RH

Ein Gesundheitszentrum sollte die stationäre Versorgung abdecken, ambulante Angebote sinnvoll zusammenführen, die Infrastruktur für Funktionsbereiche, wie z.B. Radiologie, MR, CT, Endoskopie, zur Verfügung stellen und Schnittstellenleistungen am Standort anbieten.

Der stationäre Bereich ist dem Krankenhaus vorbehalten. Dort befinden sich Versorgungsfunktionen wie ein konservativer interdisziplinärer und ein chirurgischer Stationsbereich, eine Tagesklinik und eine Geburtshilfestation. Für die Funktionsbereiche ist es entscheidend, dass sie sowohl vom stationären Bereich des Krankenhauses als auch vom ambulanten Bereich zugänglich sind und genutzt werden können. Die Funktionsbereiche bieten therapeutische und diagnostische Einrichtungen, das sind vor allem Labor, Radiologie, CT, MR, Endoskopie, OP und Kreißsäle.

Im ambulanten Bereichen werden die Krankenhausambulanzen, fachärztliche Angebote und allgemeinmedizinische Versorgungsangebote räumlich und funktional integriert. Auch eine Einrichtung für physikalische Therapie könnte etabliert werden. Zusätzlich sollte auch eine Notfallambulanz mit erweiterten Öffnungszeiten, die von praktischen Ärzten betrieben wird, die Krankenanstalt entlasten. Sinnvolle Schnittstellenangebote am Krankenanstaltenstandort sind etwa Rettungsdienste oder die Einrichtung von Stützpunkten von Sozialen Diensten.

Probleme im Bereich der Schnittstellenprozesse führen zu einer Überlastung der Ambulanzen, zu vermeidbaren stationären Krankenhausaufenthalten, zu längerer präoperativer Verweildauer, zu späterer Entlassung aus dem Krankenhaus und zu vermeidbaren stationären Wiederaufnahmen. Leistungen, die diese Probleme reduzieren könnten, wären definierte präoperative Leistungen, ein Notfallzentrum am Krankenhaus mit Triagefunktion, ein optimiertes Entlassungsmanagement durch das Krankenhaus sowie eine poststationäre Betreuungskoordination im niedergelassenen Bereich, die Patienten mit besonderem Betreuungsbedarf im Krankenhaus „abholt“. Auch eine medizinische Übergangsbetreuung, die insbesondere ältere Patienten wieder an ein eigenständiges Leben zu Hause heranführt, eine ambulante und stationäre Rehabilitation sowie Ansätze von Disease bzw. Case Management Modellen, die auf die durchgängige Betreuung von Patienten mit besonderem Betreuungsbedarf fokussieren, gehören dazu.

Bewertung

In den durch die Krankenanstalten autark steuerbaren Schnittstellen zwischen der stationären Versorgung und der poststationären Betreuung bestehen Schnittstellenleistungen, wie z.B. Entlassungsmanagement und Nachsorge bereits teilweise. Für die ambulante Versorgung sind Ansätze einer sektorübergreifenden Betrachtung vorhanden, es fehlt aber eine konkrete Leistungsabstimmung. Reformpoolprojekte oder ähnliche Modellversuche haben bisher noch zu keinen für das Gesamtsystem nachhaltig wirksamen Innovationen geführt. Der Großteil dieser Projekte konzentriert sich auf eng gefasste Leistungsausschnitte. Keines dieser Projekte wurde bis dato in die Regelversorgung übergeführt. Voraussetzung für eine Triagierung ist die Bildung von ökonomisch sinnvollen Versorgungsgemeinschaften. Die Möglichkeit, Versorgungsgemeinschaften als Ärzte-GmbH zu führen, ist nach wie vor nicht gegeben.

Eine integrierte Versorgungsplanung basiert auf einer Kooperation mit der Sozialversicherung und der Ärztekammer. Sie kann nicht einseitig durch das Land erstellt werden. Ohne Zustimmung aller Partner sind Veränderungen in diesem Bereich nicht durchsetzbar. Die Ärztekammer hat bisher wenig Bereitschaft gezeigt, grundlegende Systemveränderungen zu unterstützen. Ein Gesundheitszentrum am LKHZ wäre ein erster Schritt das Modell einer integrierten Versorgung in der Praxis umzusetzen.

Der Bedarf an MR-Diagnostik einer einzelnen Standard-Krankenanstalt rechtfertigt in der Regel nicht den eigenständigen Betrieb eines MR-Geräts. Ein Lösungsansatz könnte es sein, die Krankenanstaltendiagnostik und Leistungen an ambulanten Patienten funktionell und räumlich zusammenzuführen. Sinnvollerweise sollte der Standort eines solchen Geräts am Krankenhaus sein. Der Betrieb könnte ganz oder zum Teil in der Verantwortung eines niedergelassenen Instituts liegen.



Empfehlung

Der Landes-Rechnungshof empfiehlt, das Modell einer integrierten Versorgungsstruktur in Kooperation mit der Sozialversicherung und der Ärztekammer als Pilotprojekt am Standort Bludenz umzusetzen.

Weiteres empfiehlt der Landes-Rechnungshof, die räumliche Zusammenführung von MR- und CT-Instituten an die Krankenhausstandorte anzustreben.

Stellungnahme

Die Gesundheitsplattform des Landesgesundheitsfonds hat im Dezember 2009 den Beschluss gefasst, Arbeitsgruppen zur Schaffung einer Modellregion Vorarlberg sowie zur Entlastung der Spitalambulanzen einzurichten, welche ihre Arbeit bereits aufgenommen haben. Der vorliegende Bericht des Landes-Rechnungshofes schafft eine gute Grundlage für weitere Überlegungen in diese Richtung.

Bregenz, im April 2010

Der Direktor

Dr. Herbert Schmalhardt



Abkürzungsverzeichnis

Δ	Differenz
€	Euro
Abs.	Absatz
AN010	Code für die medizinischen Einzelleistungen Polysomnographie
Aufn.	Aufnahme
B	Burgenland
BGBI.	Bundesgesetzblatt
bzw.	beziehungsweise
CT	Computer-Tomographie
DIAG	Datenbanksystem des Bundesministeriums für Gesundheit
FA	Facharzt
HDG	Hauptdiagnosegruppe
HNO	Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde
HR	Hochrechnung
idgF	in der geltenden Fassung
IM	Innere Medizin
IMCU	Intermediate Care Unit
inkl.	Inklusive
Interne E	Onkologische Abteilung des LKH Feldkirch
iVm	in Verbindung mit
K	Kärnten
KAKuG	Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten
K-DOK	Dokumentationssystem für Krankenanstalten
KH	Krankenhaus
KHDO	Krankenhaus der Stadt Dornbirn
KHBG	Vorarlberger Krankenhaus-Betriebsgesellschaft.m.b.h
LGBl.	Landesgesetzblatt
LKF	Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung
LKH	Landeskrankenhaus(-häuser)
LKHB	Landeskrankenhaus Bregenz
LKHF	Landeskrankenhaus Feldkirch
LKHH	Landeskrankenhaus Hohenems
LKHR	Landeskrankenhaus Rankweil
LKHZ	Landeskrankenhaus Bludenz
L-RH	Landes-Rechnungshof
MEL	Medizinische Einzelleistung
Mio.	Million(en)
MPAV	Sterilgutversorgung – Medizinprodukteaufbereitung Vorarlberg GmbH
MR	Magnetresonanztomographie



NÖ	Niederösterreich
Nr.	Nummer
OECD	Organisation for Economic Cooperation and Development (Organisation für wirtschaftliche Entwicklung und Zusammenarbeit)
OÖ	Oberösterreich
OP	Operationssaal
ÖSG	Österreichischer Strukturplan Gesundheit
p.a.	per anno/pro Jahr
RSG	Regionaler Strukturplan Gesundheit (Spitalplan)
S	Salzburg
Stmk.	Steiermark
SV	Sozialversicherung
T	Tirol
tats.	Tatsächliche
u.	und
u.a.	unter anderem
v.a.	vor allem
VGKK	Vorarlberger Gebietskrankenkasse
Vlbg.	Vorarlberg
VZÄ	Vollzeitäquivalent
W	Wien
z.B.	zum Beispiel

Glossar

Casemix-standardisiert	Eine Leistungsgröße ist wird dann als casemix-standardisiert bezeichnet, wenn sie das tatsächlich dahinter stehende Leistungs- und Patientenprofil berücksichtigt.
Ewige Rente	Im vorliegenden Fall wird von der jährlichen Kostenersparnis = „Rente“ angenommen, dass sie über einen Zeitraum von mehr als 30 Jahren wirksam ist. Dies lässt eine vereinfachte Berechnung des Barwertes zu. Der Barwert ist in diesem Fall der Gegenwartswert der zukünftigen Ersparnisse. Der Barwert (K) ist bestimmt durch die jährliche „Rente“ (r) und den Zinssatz (i). Die Formel zur Ermittlung des Barwerts lautet damit: $K = \frac{r}{i}$
Fondskrankenanstalten	Fondskrankenanstalten in Vorarlberg sind das LKHB, das KHDO, das LKHH, das LKHR, das LKHF und das LKHZ.
intra- und extramural	Die Begriffe leiten sich vom Lateinischen „intra muros“ = innerhalb der Mauern und „extra muros“ = außerhalb der Mauern her. Intramural bezeichnet die Leistungen im Krankenhaus (stationäre Versorgung und Krankenhausambulanzen). Extramural ist der Sammelbegriff für die Gesundheitsleistungen außerhalb der Krankenanstalten.
Polygraphie	In der Polygraphie kommt ein Messgerät zur Anwendung, das der Patient in der Nacht daheim im eigenen Schlafzimmer trägt. Es werden vor allem Informationen über die nächtliche Sauerstoffsättigung, die Pulsfrequenz, die Atmung im Schlaf einschließlich des Schnarchens und die Körperlage aufgezeichnet. Diese Daten sind erforderlich, um eine Schlafapnoe oder ein Restless-Legs-Syndrom eindeutig zu erfassen. Es können aber keine Informationen über den Schlaf an sich erfasst werden.
Polysomnographie	Die Polysomnographie erfolgt im Schlaflabor. Hierbei werden während der Nacht mit über 20 Sensoren alle Parameter des Schlafs des Patienten erfasst. Der Patient steht die gesamte Nacht unter ständiger Aufsicht von qualifiziertem Personal. Damit geht die Polysomnographie sowohl in der Datenerfassung als auch in der Betreuungsintensität weit über das Maß der Polygraphie hinaus.
Reformpool	Der Reformpool ist ein in einer Art. 15a B-VG Vereinbarung festgelegter Kooperationsbereich. Es wurde vereinbart, Projekte, die Leistungsverschiebungen zwischen dem intra- und extramuralen Bereich auf Landesebene zur Folge haben, und zielkonforme Strukturveränderungen zu finanzieren.



Shared Service Center	Als Shared Service Center wird die Konsolidierung und Zentralisierung von Dienstleistungsprozessen verstanden. Dabei werden gleiche Prozesse aus verschiedenen Standorten in einer Einheit zusammengefasst. Die Krankenanstalten nehmen die Dienstleistungen des Shared Service Centers in Anspruch und stehen in einem Kunden-Dienstleister Verhältnis zum Shared Service Center. Im Unterschied zum Outsourcing, bei dem externe Dienstleister mit einer Dienstleistung beauftragt werden, handelt es sich bei der Shared Service-Konstruktion um eine interne Leistungskonzentration.
Stroke Unit	Die Stroke Unit ist eine spezialisierte Behandlungseinheit für Patienten mit akutem Schlaganfall. In der Stroke Unit erfolgt eine rasche und umfassende Diagnostik und eine darauf aufbauende Therapie. In der weiteren Behandlung in der Stroke Unit wird der Patient intensiv medizinisch überwacht, gleichzeitig werden erste Maßnahmen der Frührehabilitation gesetzt.
Systemisierte Betten	Jahresdurchschnitt der behördlich genehmigten Betten.
Tatsächliche Betten	Jahresdurchschnitt der tatsächlich zur Verfügung stehenden Betten. Dabei werden die Bettenzahlen um Sperrtage oder zuzüglich aufgestellte Betten korrigiert.