



LANDESRECHNUNGSHOF
STEIERMARK

PRÜFBERICHT

Klinik Diakonissen Schladming

VORBEMERKUNGEN

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

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

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

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

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

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



LANDTAG STEIERMARK - LANDESRECHNUNGSHOF
Trauttmansdorffgasse 2 | A-8010 Graz

lrh@lrh-stmk.gv.at

T +43 (0) 316 877 2250

F +43 (0) 316 877 2164

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

Berichtszahl: LRH 109493/2018-62

INHALTSVERZEICHNIS

KURZFASSUNG	6
1. PRÜFUNGSGEGENSTAND	8
2. GRUNDLAGEN KLINIK DIAKONISSEN SCHLADMING	9
2.1 Eckdaten.....	9
2.2 Historie der Krankenanstalt und Vorbericht des LRH	10
3. RECHTLICHE GRUNDLAGEN	15
3.1 Allgemeine Rechtsgrundlagen	15
3.2 Darstellung der KDS im RSG-St 2025.....	15
3.3 Sanitätsbehördliche Bescheidlage	19
3.4 Anstaltsordnung, Anstaltszweck und Aufgaben.....	21
3.5 Organe.....	22
3.5.1 Gründung der Gesellschaft.....	22
3.5.2 Geschäftsführung.....	23
3.5.3 Gesellschafterversammlung	23
3.5.4 Aufsichtsrat	23
3.6 Exkurs: Vereinbarung zwischen dem Land Steiermark und dem Diakoniewerk vom 20. Juni 2005	25
4. WESENTLICHE ENTWICKLUNGEN UND EREIGNISSE SEIT DEM BEGINN DES PRÜFZEITRAUMS	27
4.1 Ärztliche Leitung	27
4.2 Leistungserweiterung der Dialyseeinrichtung	27
4.3 Orthopädie und Traumatologie	27
4.4 Geburtshilfe und Gynäkologie	28
4.5 Sonstige.....	30
5. ORGANISATION	31
5.1 Einordnung in das Diakoniewerk.....	31
5.2 Organigramm.....	32
5.3 Organisationsabläufe	33
5.3.1 Überblick	33
5.3.2 Abteilungsordnungen	34
5.3.3 Organisationshandbuch Ambulanzen	34
5.3.4 Handbuch zur Einhaltung des Medizinproduktegesetzes und der Medizinproduktebetriebsverordnung	34
5.3.5 Operations-Statut.....	34
5.3.6 Zusammenfassung	35
5.4 Stellenbeschreibungen	35
6. LEISTUNGSDATEN UND KENNZAHLEN	36
6.1 Benchmarking mit vergleichbaren Krankenanstalten bzw. mit den landes- und bundesweiten Durchschnittswerten.....	36
6.2 Leistungsdaten und Kennzahlen der KDS.....	45
7. PERSONAL	52
7.1 Rechtliche Grundlagen	52
7.1.1 Überblick	52
7.1.2 Kollektivvertrag	52
7.1.3 Rahmenvereinbarung Ärzte.....	53
7.1.4 Betriebsvereinbarungen.....	53

7.1.5	(Exemplarische) Analyse dienstrechtlicher Regelungen und Vergleich mit dem Landesdienstrecht.....	53
7.2	Personalstand.....	63
7.3	Personaladministration	66
7.4	Gleichstellung und Diversität.....	67
8.	FINANZIELLE GEBARUNG	68
8.1	Überblick.....	68
8.2	Vermögen (Aktiva)	69
8.3	Kapital (Passiva).....	71
8.4	Gewinn- und Verlustrechnung.....	74
8.5	Betriebsabgangsdeckung	81
8.6	Ersatzanschaffungen	86
8.7	Vergabe von Aufträgen	92
9.	KOOPERATIONEN UND LEISTUNGSBEZIEHUNGEN	96
9.1	Kooperationen	96
9.1.1	Radiologisches Ambulatorium	96
9.1.2	Facharztzentrum Schladming	101
9.2	Zwischenbetriebliche Leistungsbeziehungen	103
9.2.1	Zentralverwaltungsaufwand	103
9.2.2	Dienstwohnungen	104
9.2.3	Wäschereinigung	107
9.3	Sonstige Kostenstellen mit Leistungserbringung für externe Stellen	108
9.3.1	Kostenstellen 600 Küche/602 Küchenleistungen an Dritte.....	108
9.3.2	Kostenstellen 604 Catering und 605 Café/Cafeteria	110
9.3.3	Kostenstelle 703 Geschäftsführung inkl. Assistenz/Controlling/QM.....	111
10.	QUALITÄTSSICHERUNG UND RISIKOMANAGEMENT	112
10.1	Qualitätssicherung	112
10.2	Risikomanagement	116
11.	AUFSICHT DURCH DAS LAND STEIERMARK UND DURCH DEN GESUNDHEITSFONDS	120
11.1	Sanitätsbehördliche Aufsicht durch die A8.....	120
11.2	Wirtschaftsaufsicht durch den Gesundheitsfonds.....	122
12.	FESTSTELLUNGEN UND EMPFEHLUNGEN.....	129

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

A8	Abteilung 8 Gesundheit, Pflege und Wissenschaft
AO	Abteilungsordnung
BVergG	Bundesvergabegesetz
BHB	Barmherzige Brüder
CT	Computertomographie
DGU	Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie
DKH	Diakonissen-Krankenhaus
DKV	Krankenhauserrichtungs- und Vermietungs-GmbH
ELGA	Elektronische Gesundheitsakte
EuGH	Europäischer Gerichtshof
FA8A	Fachabteilung 8A – Sanitätsrecht und Krankenanstalten
GmbHG	Gesetz über Gesellschaften mit beschränkter Haftung
GuV	Gewinn- und Verlustrechnung
IPS	Initiative Patientensicherheit Steiermark
KA-AZG	Krankenanstalten-Arbeitszeitgesetz
KAGes	Steiermärkische Krankenanstaltengesellschaft m.b.H.
KAKuG	Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz
KAV	Krankenanstaltenverbund
KDS	Klinik Diakonissen Schladming
KDL	Klinik Diakonissen Linz
KH	Krankenhaus
KPJ	klinisch-praktisches Jahr
KV	Kollektivvertrag/Kollektivverträge
LDF	Leistungsorientierte Diagnosefallgruppen
LKF	Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung
LKH	Landeskrankenhaus/Landeskrankenhäuser
LRH	Landesrechnungshof Steiermark
L-VG	Landes-Verfassungsgesetz 2010
MEL	medizinische Einzelleistungen
MKH	Marienkrankenhaus
MRT	Magnetresonanztomographie
OP	Operation/en, Operationssaal
ÖSG	Österreichischer Strukturplan Gesundheit

PPP	Public-Private-Partnership
QM	Qualitätsmanagement
QS	Qualitätssicherung
QSK	Qualitätssicherungs-Kommission
RM	Risikomanagement
RSB	Regierungssitzungsbeschluss
RSG-St 2025	Regionaler Strukturplan Gesundheit Steiermark 2025
Stmk. L-DBR	Dienstrecht und Besoldungsrecht der Bediensteten des Landes Steiermark
Stmk. L-RGG	Stmk. Landes-Reisegebührengesetz
StKAG	Stmk. Krankenanstaltengesetz 2012
UGB	Unternehmensgesetzbuch
URG	Unternehmensreorganisationsgesetz
vgl.	vergleiche
VPI	Verbraucherpreisindex
VwGH	Verwaltungsgerichtshof
VZÄ	Vollzeitäquivalent
Σ	Summe

KURZFASSUNG

Der Landesrechnungshof (LRH) führte eine Prüfung der Klinik Diakonissen Schladming (KDS) durch. Die Prüfung umfasste grundsätzlich den Zeitraum von 1. Jänner 2015 bis 31. Dezember 2017.

Ungeachtet der im Rahmen dieses Prüfberichts getroffenen kritischen Feststellungen und der daraus abgeleiteten Empfehlungen stellt der LRH fest, dass sich die KDS einer bestmöglichen Versorgung der Bevölkerung im oberen Ennstal verpflichtet sieht und dass sich das Bemühen darum auch im von diakonischen Grundsätzen geprägten Handeln der geprüften Stelle im Prüfzeitraum widerspiegelt.

Rechtsträger der KDS ist eine gleichnamige GmbH, die sich im Eigentum des als Verein organisierten Evangelischen Diakoniewerks Gallneukirchen (Diakoniewerk) befindet. Die Finanzierung erfolgt durch das Land Steiermark; sie umfasst die Abdeckung des laufenden Betriebsabganges und die Finanzierungsausgaben des Neubaus 2006.

Laut dem Regionalen Strukturplan Gesundheit Steiermark (RSG-St) 2025 ist im Soll (Planungshorizont 2025) am Standort Schladming keine bettenführende Akutkrankenanstalt mehr vorgesehen. Die Analyse der Leistungsdaten sowie die Auslastung der KDS für den Prüfzeitraum, die mit rund 60 % weit unter der Soll-Auslastung von 85 % liegt, bestätigt den RSG-St und die darin für den Bezirk Liezen verordneten Strukturveränderungen. Diese bzw. insbesondere das Projekt „Leitspital Region Liezen“ sind daher positiv zu würdigen. Im geplanten „Leitspital Region Liezen“ sollen sich die finanziellen Belastungen für die Errichtung und den Betrieb nach der Größenordnung und den Ressourcen der Partner – Steiermärkische Krankenanstaltengesellschaft m.b.H. (KAGes) und KDS – in der künftigen Organisation widerspiegeln.

Der Betrieb einer Geburtshilfe und Gynäkologie mit derart geringen Leistungszahlen und einer Auslastung von weniger als 50 % ist kritisch zu sehen. Bis zur Umsetzung des geplanten „Leitspitals Region Liezen“ sind, soweit möglich, alternative Versorgungsformen in Betracht zu ziehen.

Bereits im RSG-St 2011, Version 2.0, war für den Standort Schladming eine Reduktion von 126 auf 94 Akutbetten vorgesehen. Die Bettenreduktion wurde bislang nicht vorgenommen. Dies könnte mit der Schließung einer interdisziplinären Bettenstation erreicht werden.

Für das von der KDS in Containerbauweise errichtete Facharztzentrum – aus der vorgesehenen Bettenreduktion resultierende potenzielle Raumressourcen wurden dabei nicht genutzt – konnte bislang kein Facharzt in Vertrag genommen werden; dieses ist somit noch nicht in Betrieb.

Die dienstrechtlichen Regelungen für die Bediensteten der KDS sind in vielen der verglichenen Bereiche vorteilhafter als jene nach dem Gesetz über das Dienst- und Besoldungsrecht der Bediensteten des Landes Steiermark (Stmk. L-DBR). Die KDS sollte sich künftig am Landesstandard orientieren bzw. es sollten die allfällig von der KDS in das neue Leitspital übertretenden Bediensteten ausnahmslos in den Landesdienst übernommen werden.

Personalstand und Personalaufwand stiegen im Prüfzeitraum trotz rückläufiger Leistungsdaten. Durch die derzeitigen Rahmenbedingungen liegt im Gesundheitswesen ein Arbeitskräftemangel vor, der sich weiter verschärfen wird; Gegenmaßnahmen sind einzuleiten.

Seitens der KDS wird eine Reihe von Maßnahmen gesetzt, um auf dem Arbeitsmarkt als attraktiver Arbeitgeber wahrgenommen zu werden. Dies führte zu einem Wettbewerb. Die daraus für die KDS bzw. für die konkurrierenden Krankenanstalten resultierenden Mehrkosten müssen vom Land Steiermark über die Betriebsabgangsdeckung finanziert werden.

Der Fortbestand der KDS ist durch die Vereinbarung zwischen dem Diakoniewerk und dem Land Steiermark über die Betriebsabgangsdeckung gesichert. Dennoch sind Sanierungsmaßnahmen zu ergreifen und Gespräche über den Umgang mit dieser Vereinbarung für die Zeit nach der Umsetzung des Projektes „Leitspital Region Liezen“ zu führen.

Stellt man die Abgangsdeckung der konfessionellen Krankenhäuser in Relation zu grundlegenden Kennzahlen, so zeigt sich, dass die KDS die 1,6- bis 3,5-fache Abgangsdeckung im Vergleich zu den anderen konfessionellen Spitälern erhält.

Der LRH stellte im Rahmen seiner Prüfung fest, dass die KDS das Bundesvergabegesetz (BVergG) nicht anwendet. Diese ist jedoch als öffentlicher Auftraggeber zu sehen und hat sich künftig dem Vergaberegime des BVergG zu unterwerfen.

Eine überblicksmäßige und transparente Darstellung der Leistungsbeziehungen zwischen KDS und Diakoniewerk liegt nicht vor. Die Wäschereinigung wird von Dritten über eine Privatklinik des Diakoniewerks mit rund 40%igem Aufschlag an die KDS als allgemein öffentliche Krankenanstalt mit Betriebsabgangsdeckungsfinanzierung verrechnet.

Die Kosten für die Bewirtschaftung der Dienstwohnungen werden durch die hierfür lukrierten Einnahmen nicht gedeckt. Der Anteil der für Dritte zubereitenden Mahlzeiten liegt zwischen 36 % und 38 %. Diese werden günstig abgegeben, ebenso die im Café angebotenen Speisen und Getränke. Da Unterdeckungen in den Betriebsabgang eingehen und mit Mitteln des Landes ausgeglichen werden, wird eine Überprüfung bzw. Anpassung der Verrechnungssätze empfohlen.

Abschließend sind die mittlerweile angelaufenen Bemühungen der KDS im Bereich der Qualitätssicherung und des Risikomanagements positiv hervorzuheben.

Die für die KDS zuständige Bezirksverwaltungsbehörde kommt ihrer sanitären Aufsichtspflicht grundsätzlich nach. Auch der Gesundheitsfonds nimmt mittlerweile seine Aufgabe der Wirtschaftsaufsicht wahr und entwickelt diese weiter.

1. PRÜFUNGSGEGENSTAND

Prüfungsgegenstand	Der Landesrechnungshof (LRH) überprüfte die Klinik Diakonissen Schladming (KDS).
Politische Zuständigkeit	Gemäß der zum Zeitpunkt der Berichtsveröffentlichung geltenden Geschäftsverteilung der Mitglieder der Steiermärkischen Landesregierung liegt die politische Zuständigkeit bei Landesrat Mag. Christopher Drexler.
Rechtliche Grundlage	<p>Die Prüfungszuständigkeit des LRH ist gemäß Art. 50 Abs. 1 Z. 6 Landes-Verfassungsgesetz 2010 (L-VG) gegeben.</p> <p>Als Prüfungsmaßstäbe hat der LRH die ziffermäßige Richtigkeit, die Übereinstimmung mit den bestehenden Rechtsvorschriften, die Sparsamkeit, Wirtschaftlichkeit und Zweckmäßigkeit heranzuziehen (Art. 49 Abs. 1 L-VG).</p> <p>Der LRH hat aus Anlass seiner Prüfungen Vorschläge für eine Beseitigung von Mängeln zu erstatten sowie Hinweise auf die Möglichkeit der Verminderung oder Vermeidung von Ausgaben und der Erhöhung oder Schaffung von Einnahmen zu geben (Art. 49 Abs. 3 L-VG).</p>
Vorgangsweise	<p>Grundlage der Prüfung waren die Auskünfte und vorgelegten Unterlagen der KDS, des Gesundheitsfonds Steiermark, der Abteilung 8 Gesundheit, Pflege und Wissenschaft (A8) sowie eigene Recherchen und Wahrnehmungen des LRH.</p> <p>Die im Regionalen Strukturplan Gesundheit Steiermark (RSG-St) 2025 vorgesehenen Strukturveränderungen der Gesundheitsversorgung im Bezirk Liezen werden, soweit für den Prüfgegenstand relevant, berücksichtigt.</p>
Prüfzeitraum	Die Prüfung umfasste überwiegend den Zeitraum von 1. Jänner 2015 bis 31. Dezember 2017.
Stellungnahme zum Prüfbericht	Die Stellungnahme von Landesrat Mag. Christopher Drexler ist in kursiver Schrift direkt in den jeweiligen Berichtsabschnitten eingearbeitet. Allfällige Anmerkungen und Repliken des LRH erfolgen nach der jeweils korrespondierenden Textstelle.

2. GRUNDLAGEN KLINIK DIAKONISSEN SCHLADMING

2.1 Eckdaten

Bezeichnung	Klinik Diakonissen Schladming (KDS)	
Standort	Salzburger Straße 777 8910 Schladming	
Rechtsträger	Klinik Diakonissen Schladming GmbH 4210 Gallneukirchen, Martin-Boos-Straße 4	
Eigentümer	Evangelisches Diakoniewerk Gallneukirchen 4210 Gallneukirchen, Martin Boos-Straße 4	
Charakter	allgemein öffentliche, gemeinnützige Krankenanstalt	
Medizinisches Angebot (stationär/ambulant)	<ul style="list-style-type: none"> • Orthopädie und Traumatologie • Allgemein Chirurgie • Anästhesie • Innere Medizin • Dialyse • Geburtshilfe und Gynäkologie • Konsiliarfachärzte • Tagesklinik <p>Darüber hinaus befindet sich am Standort der KDS ein radiologisches Ambulatorium eines externen Betreibers, mit welchem eine Kooperationsvereinbarung besteht.</p>	
Kennzahlen (2017)	Bilanzsumme	€ 63,1 Mio.
	Betriebserträge	€ 28,5 Mio.
	Betriebsaufwendungen	€ 28,7 Mio.
	stationäre Patienten	7.127
	ambulante Patienten	16.480
	Betten (systemisiert/tatsächlich)	106/126
	OP-Säle	2
	Dialyseplätze	8
	Hubschrauberlandeplatz	1
	Parkplätze (im Parkdeck)	140
	Belagstage	26.852
	Mitarbeiter (Personen)	346
	Auslastung (tatsächliche Betten)	58,4 %
	Auslastung (systemisierte Betten)	69,4 %
	Grundstücksfläche	20.519 m ²
	Bruttogrundriss inkl. Parkdeck	18.668 m ²
	Nutzfläche	7.535 m ²
	Nettogrundriss	12.948 m ²
	Gesamterrichtungskosten	€ 50,0 Mio.

Quelle: KDS, aufbereitet durch den LRH



Quelle: KDS, aus Präsentation der KDS durch die IT-Leitung Gallneukirchen vom 5. Oktober 2017

2.2 Historie der Krankenanstalt und Vorbericht des LRH

Das Land Steiermark ist gemäß § 55 Stmk. Krankenanstaltengesetz 2012 (StKAG) dazu verpflichtet, Krankenanstaltspflege für anstaltsbedürftige Personen im eigenen Bundesland sicherzustellen. Diesen Versorgungsauftrag erfüllt das Land durch die Errichtung und den Betrieb öffentlicher Krankenanstalten oder durch Vereinbarungen mit Trägern anderer Krankenanstalten. In der Steiermark wird der Großteil der Leistungen in den von der Steiermärkischen Krankenanstaltengesellschaft m.b.H. (KAGes) errichteten und betriebenen Landeskrankenhäusern (LKH) bzw. Krankenanstaltenverbänden (KAV) erbracht, daneben tragen aber noch andere Rechtsträger zur Versorgung bei.

Das gegenständliche Krankenhaus in Schladming ist im Besitz des Evangelischen Diakoniewerks Gallneukirchen (Diakoniewerk), das als evangelischer Verein bereits um den Ersten Weltkrieg die Bevölkerung in Schladming pflegerisch betreute und nach dem Zweiten Weltkrieg einen Krankenhausbetrieb aufnahm. Dieser kam als Diakonissen-Krankenhaus (DKH) zunächst unter die Trägerschaft desselben. Mit Beschluss der Steiermärkischen Landesregierung erhielt das Krankenhaus am 29. Juni 1981 das Öffentlichkeitsrecht zugesprochen, sodass es sich als allgemein öffentliches DKH Schladming bezeichnen konnte.

Ab den 1990er Jahren gab es Bestrebungen, das Krankenhaus neu zu erbauen. Am 18. Oktober 2004 erfolgte schließlich der Baubeginn im Schladminger Ortsteil Maistatt. Errichtet wurde das Haus im Rahmen eines Public-Private-Partnership (PPP)-Modells durch eine dafür gegründete Errichtungsgesellschaft. Das neue DKH Schladming wurde

am 17. November 2006 in Betrieb genommen. Die Kosten für den Neubau 2006 und die Finanzierung des laufenden Betriebes trug bisher das Land Steiermark im Wege einer Abgangsdeckung nahezu gänzlich.

Im Jahr 2008 erfolgte vom LRH die *„Überprüfung der Realisierung des Bauprojektes Neubau Diakonissenkrankenhaus - Schladming (DKH)“*. Gegenstand waren der gesamte Realisierungsvorgang, insbesondere die Durchführung als „PPP-Abwicklungsprogramm“, und eine Qualitätskontrolle ausgewählter Baubereiche. Dabei wurden neben Projektstruktur, Finanzierung und Risikoverteilung vergaberechtliche und steuerliche Aspekte des Projektes überprüft.

Aus einem vom LRH in Auftrag gegebenen Gutachten ging hervor, dass das gewählte Modell *„... einem PPP-Modell zwar der Organisationsform nach, nicht aber der für PPP typischen Übernahme bzw. Teilung des Finanzierungs- und Abwicklungsrisikos entspricht. In Wahrheit handelt es sich um einen Totalunternehmervertrag, der in seiner Rechte- und Pflichtenordnung einem Vertrag entspricht, der inhaltlich vom Auftraggeber ohne Wettbewerbsdruck gestaltet wurde.“*

Die Übertragung von Leistungen, die üblicherweise von der öffentlichen Hand erbracht werden, an Private ist nur dann zweckmäßig, wenn dadurch ein konkreter Vorteil für die öffentliche Hand entsteht.

Im gegenständlichen Fall übernahm die hierfür gegründete Krankenhauserrichtungs- und Vermietungs-GmbH (DKV), Gesellschafter waren die VAMED Standortentwicklung und Engineering GmbH & Co KG (VAMED) mit 51 %, die KAGes mit 44 % und das Diakoniewerk mit 5 % als Bauherr und Rechtsträger, die Verantwortung für die Planung und Errichtung des DKH Schladming, das Finanzierungsrisiko trug das Land Steiermark, das Risiko der dauerhaften Funktionstüchtigkeit lag beim Diakoniewerk bzw. über die vereinbarte Betriebsabgangsdeckung indirekt beim Land Steiermark.

Ein Vorteil von PPP-Modellen ist die Übertragung des Betreiberrisikos auf den Errichter, für welchen damit nachhaltiges und qualitätsvolles Bauen zwangsläufig erforderlich wird. Im gegenständlichen Projekt wurde die DKV nach der Projektfertigstellung liquidiert und war somit für zukünftige Gewährleistungsfälle nicht mehr greifbar. Beim DKH Schladming ging das Risiko nach der im Bauwesen üblichen Gewährleistungsfrist auf das Diakoniewerk bzw. indirekt auf das Land Steiermark über. Damit war die Risikoverteilung bei der Errichtung des DKH Schladming für das Land Steiermark unvorteilhaft.

Zusammenfassend stellte der LRH im Rahmen der Prüfung 2008 fest, dass für die Errichtung des DKH Schladming kein Wirtschaftlichkeitsvergleich zwischen dem „PPP-Abwicklungsprogramm“ und anderen Realisierungsformen vorgenommen wurde. So

wäre auch eine Ausführung durch das Diakoniewerk selbst bzw. durch die KAGes oder die Ausschreibung des Projektes in Form eines Totalunternehmerauftrages möglich gewesen.

Insgesamt waren weder steuerliche noch sonstige wesentliche Vorteile des gewählten PPP-Modells für das Land Steiermark erkennbar, sodass der LRH empfahl, zukünftig von derartigen Abwicklungsmodellen Abstand zu nehmen.

Nachfolgend werden die Errichtungskosten des DKH Schladming mit dem Abrechnungsstand per 31. Dezember 2007 dargestellt:

Kosten	in [€]
Gründerwerbskosten	2.823.007,60
Zinsen Zwischenfinanzierung Gründerwerbskosten bis 28.4.2005	398.011,60
Kosten Neubau – laut vorl. Schlussrechnung DKV vom 19.12.2007	44.865.834,00
Zinsen Zwischenfinanzierung Projektabwicklung bis 20.6.2005	190.864,70
Zinsen Hauptfinanzierung Projektabwicklung bis 31.12.2006	1.072.923,90
Gebühren bei der Projektabwicklung (bezahlt aus Förderungen der Gemeinden)	322.021,10
Ausgaben der Gemeinde Schladming (wurde von der Förderung abgezogen)	315.397,10
Gesamtkosten	49.988.060,00
Förderungen	
von den Gemeinden der Region	872.074,10
Stmk. Krankenanstalten Finanzierungsfonds Investitionszuschuss in den Jahren 2000 und 2001	436.037,00
Förderungen gesamt	1.308.111,10
zu finanzierende Gesamtsumme	48.679.948,90

Quelle: Prüfbericht „Diakonissen Krankenhaus – Schladming“ des LRH aus dem Jahr 2008, S. 87, aufbereitet durch den LRH

Festgestellt wurde damals, dass sich beim DKH Schladming die Kosten pro Bett auf € 442.712,-, bezogen auf 106 Betten, bzw. € 381.525,-, bezogen auf 123 Betten, beliefen. (Anmerkung: Das DKH Schladming wurde seinerzeit derart ausgelegt, dass zur Abdeckung von saisonalen Spitzenlasten die Bettenanzahl von 106 auf 123 erhöht werden kann.)

Laut Angaben der KAGes betragen die Durchschnittskosten eines Neubaus damals € 363.410,- pro Bett und waren somit um 21,8 % (bezogen auf 106 Betten) bzw. 4,9 % (bezogen auf 123 Betten) geringer als die Kosten pro Bett beim DKH Schladming.

Mit Juli 2005 wurde zwischen dem Land Steiermark und dem Diakoniewerk eine Vereinbarung über einen jährlichen Finanzierungsbeitrag des Landes zum Betrieb des Krankenhauses getroffen (siehe Kapitel 3.6 „Exkurs: Vereinbarung zwischen dem Land Steiermark und dem Diakoniewerk vom 20. Juni 2005“). **Dieser Finanzierungsbeitrag umfasst die Abdeckung des Betriebsabganges (laufend) und der Finanzierungsausgaben für den Neubau (Kapital und Zinsen, max. € 50 Mio. im Zeitraum 2006 bis 2031).**

Bei der damaligen Prüfung wurde vom LRH auch ein Vergleich der Finanzierungsvereinbarungen des Landes Steiermark für drei andere Spitalsneubauten vorgenommen:

Die Finanzierungsbeiträge des Landes für die privaten Krankenhausprojekte wurden unterschiedlich gestaltet. Während der Beitrag des Landes für das Krankenhaus in Schladming 100 % betrug, übernahm das Land die Finanzierung des Neubaus eines Ordensspitals sowie eines Krankenhauses in Graz mit zwei Drittel der Kosten. Für das Projekt einer Klinik in der Obersteiermark wurde an Stelle eines Finanzierungsbeitrages eine einmalige Förderung in Höhe von 26 % der Projektkosten vereinbart.

Der LRH stellte fest, dass die 100%ige Finanzierung für das DKH Schladming bei den verglichenen Krankenhäusern nicht gewährt wurde und der Finanzierungsbeitrag des Landes für das DKH Schladming jene für die anderen Spitalsbauten in der Steiermark deutlich übertraf.

Laut Stellungnahme der damaligen Fachabteilung 8A – Sanitätsrecht und Krankenanstalten (FA8A) war die zunächst nur für das DKH Schladming seitens des Landes zugesicherte Betriebsabgangsdeckung „historisch gewachsen“. In weiterer Folge wurde mit sämtlichen Ordensspitalern in der Steiermark für die Jahre 2007 bis 2011 eine zum DKH Schladming analoge Krankenhausfinanzierung vereinbart. Diese Harmonisierung hatte für alle steirischen Ordensspitäler eine 97%ige Abgangsdeckung durch das Land zur Folge. Zudem wurde von der FA8A ausgeführt, dass das Diakoniewerk Gallneukirchen ein gemeinnütziger Verein und im Gegensatz zu anderen Rechtsträgern nicht in der Lage sei, Eigenmittel zur Errichtung beizutragen. Das Diakoniewerk habe sich jedoch verpflichtet, dem Land Steiermark den bisherigen Standort des DKH Schladming zu übereignen.

Der LRH führte dazu aus, dass der Wert der an das Land zurückfallenden Liegenschaft in die Gestaltung des Finanzierungsplanes hätte Eingang finden sollen und bei deren Verkauf durch das Land der daraus erzielte Erlös für eine vorzeitige Tilgung herangezogen werden hätte können.

Mittlerweile wurde das Objekt vom Land Steiermark an einen privaten Objektträger verkauft.

Bis 2014 wurde das Spital zusammen mit den meisten übrigen diakonischen Einrichtungen im Namen und auf Rechnung des Diakoniewerkes geführt.

Mit Wirksamkeit 1. Jänner 2014 wurde die Rechtsträgerschaft vom Diakoniewerk auf die „Klinik Diakonissen Schladming GmbH“ übertragen. Gleichzeitig wurde eine Änderung der Bezeichnung der Krankenanstalt von „Diakonissenkrankenhaus Schladming (DKH Schladming)“ auf „Klinik Diakonissen Schladming (KDS)“ vorgenommen.

In der Präambel der Erklärung über die Errichtung der Gesellschaft „Klinik Diakonissen Schladming GmbH“ vom 13. Dezember 2012 wird festgehalten, dass sich durch die Führung des Krankenhauses als selbstständige gemeinnützige Gesellschaft mit beschränkter Haftung in Anbot und Leistung nichts ändert.

Der Sinn der Ausgliederung, so die Präambel, ist im organisatorischen Innenverhältnis begründet. So soll die Ergebnisrechnung in einem eigenen Rechnungskreis transparenter dargestellt und der Verantwortungsbereich des Krankenhauses besser auf die Personen der Geschäftsführung fokussiert werden.

Darauf hinzuweisen ist, dass die Ausgliederung der Trägerschaft im Bereich der konfessionellen Krankenanstalten durchaus geübte Praxis ist. Letztlich spielten, so die Vertreter der KDS, auch Haftungs- und Risikoüberlegungen für das Diakoniewerk eine Rolle.

Der LRH konnte die Ausgliederung der KDS auf einen eigenen Rechtsträger nachvollziehen. Die dafür notwendigen sanitätsbehördlichen Bewilligungen gemäß § 13 StKAG wurden vom Amt der Steiermärkischen Landesregierung erteilt.

3. RECHTLICHE GRUNDLAGEN

3.1 Allgemeine Rechtsgrundlagen

Die wichtigsten Rechtsgrundlagen für den Betrieb von Fondskrankenanstalten auf Landesebene sind:

- Gesetz über Krankenanstalten in der Steiermark (Stmk. Krankenanstaltengesetz 2012)
- Regionaler Strukturplan Gesundheit Steiermark 2025, Version 1.2
- Verordnung der Gesundheitsplanung GmbH vom 13. März 2019 über die Verbindlicherklärung von Teilen des Regionalen Strukturplans Gesundheit Steiermark 2025

3.2 Darstellung der KDS im RSG-St 2025

Die für die sektorenübergreifende Ressourcenplanung im Gesundheitswesen zentralen Planungsinstrumente sind der Österreichische Strukturplan Gesundheit (ÖSG) und die Regionalen Strukturpläne Gesundheit (RSG).

Die RSG legen, abgeleitet von den Rahmenvorgaben des ÖSG, die konkreten Versorgungsstrukturen in den Ländern fest. Für die Steiermark ist derzeit der RSG-St 2025 in der Version 1.2, beschlossen am 12. Februar 2019, gültig.

Ergänzend hält der LRH fest, dass im Prüfzeitraum der RSG-St 2011, Version 2.1, sowie der RSG-St 2025 in den Versionen 1.0 und 1.1 Gültigkeit besaßen.

Der Bettenspiegel der KDS stellt sich im RSG-St 2025, Version 1.2, wie folgt dar:

	CH	GGH	IM	OR/TR	INT-E	Gesamt
IST 2014						
vollstationäre Betten	18	6	58	38	6	126
Tagesklinik-Plätze	0	0	0	0	0	0
gesamt	18	6	58	38	6	126

Quelle: RSG-St 2025, S. 118, aufbereitet durch den LRH

	CH	GGH	IM	OR/TR	INT-E	Gesamt
PLAN (RSG-St 2020)						
vollstationäre Betten	0	6	47	32	5	90
Tagesklinik-Plätze	4	0	0	0	0	4
gesamt	4	6	47	32	5	94
PLAN (RSG-St 2025)						
vollstationäre Betten	0	0	0	0	0	0
Tagesklinik-Plätze	0	0	0	2	0	2
gesamt	0	0	0	2	0	2
Organisationsform				TK		
Amb. fachärztl. Versorg.					RAD	
SVE	1,0	1,0	0,5	1,0	0,5	
Organisationsform	TA	TA	TA	AA		

Quelle: RSG-St 2025, S. 118, aufbereitet durch den LRH

AA	Akutambulanz	OR/TR	Orthopädie und Traumatologie
CH	Chirurgie	RAD	Radiologie
GGH	Geburtshilfe und Gynäkologie	SVE	Standardversorgungseinheit
IM	Innere Medizin	TA	Terminambulanz
INT-E	Intensiv (Erwachsene)	TK	Tagesklinik

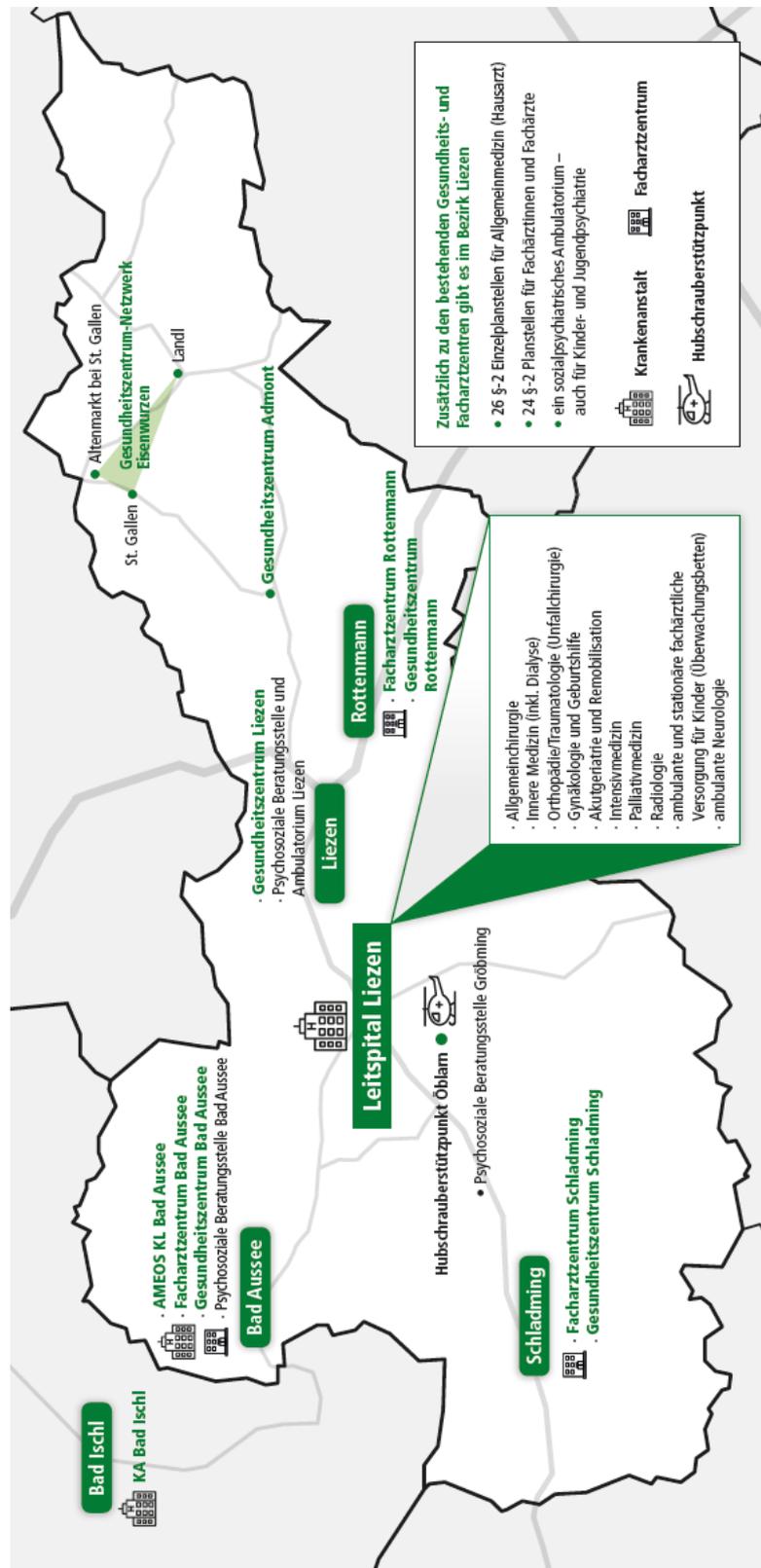
In dem von der Landes-Zielsteuerungskommission Steiermark am 21. Juni 2017 beschlossenen RSG-St 2025, Version 1.0, wurde der Spitalsstandort in Schladming für den Planungshorizont 2025 erstmals nur mehr als ambulant und tagesklinisch tätige Versorgungseinrichtung geführt.

Der LRH stellt fest, dass am Standort Schladming mittelfristig keine bettenführende Akutkrankenanstalt mehr vorgesehen ist. Der Standort soll als ambulant und tagesklinisch tätige Versorgungseinrichtung des Diakoniewerks weitergeführt werden; eine enge fachliche und organisatorische Anbindung an das „Leitspital Region Liezen“ ist, so der RSG-St 2025, dabei anzustreben.

Damit spiegelt sich im RSG-St 2025 das Vorhaben des Steirischen Gesundheitsplans 2035 wider, die bettenführenden Akutkrankenanstalten in Bad Aussee, Rottenmann (KAGes) und Schladming (Diakoniewerk) durch ein Leitspital im Raum Stainach-Pürgg zu ersetzen.

Am Spitalsstandort in Schladming wie auch an den Standorten Bad Aussee und Rottenmann sollen künftig Facharztzentren bzw. Gesundheitszentren für die Gesundheitsversorgung eingesetzt werden.

Dem aktuellen Folder des Gesundheitsfonds Steiermark zufolge soll die Gesundheitsversorgung im Bezirk Liezen ab 2025 wie folgt aussehen:



Quelle: http://www.gesundheitsplan-steiermark.at/Documents/Karte_Versorgungsregion%2062-Liezen.pdf, abgerufen am 5. Juni 2019

Laut RSG-St 2025, Version 1.2, wird das „Leitspital Region Liezen“ 226 Betten – davon sechs tagesklinische Betten bzw. ambulante Behandlungsplätze – umfassen. Folgendes medizinisches Angebot soll es geben: Allgemeinchirurgie, Innere Medizin (inkl. Dialyse), Orthopädie und Traumatologie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Akutgeriatrie und Remobilisation, Intensivmedizin, Palliativmedizin, Radiologie, ambulante und stationäre fachärztliche Versorgung für Kinder (Überwachungsbetten) und ambulante Neurologie.

Laut RSB vom 20. Dezember 2018 wurde der Gesundheitsfonds Steiermark mit der Leitung des Projektes „Leitspital Region Liezen“ betraut.

Am 7. April 2019 sprachen sich bei einer Volksbefragung im Bezirk Liezen bei einer Beteiligung von 40,6 % rund zwei Drittel dieser abstimmenden Bevölkerung gegen das Leitspital aus. Der Gesundheitslandesrat und die Landesregierung halten jedoch bislang an ihrem Plan der Neuordnung der Gesundheitsversorgung im Bezirk Liezen entsprechend dem RSG-St 2025 fest.

Mittlerweile lief das Projekt „Leitspital Region Liezen“ an. Eine schriftliche Vereinbarung über eine angedachte künftige Zusammenarbeit zwischen KAGes und Diakonie lag zum Zeitpunkt der Schlussbesprechung nicht vor.

Der LRH weist darauf hin, dass das Projekt „Leitspital Region Liezen“ und ferner der laufende Betrieb dieses neuen Krankenhauses mit öffentlichen Mitteln bzw. zum Großteil mit Mitteln des Landes Steiermark finanziert wird.

Die Einbindung der KDS in das Projekt „Leitspital Region Liezen“ und die Nutzung seiner medizinisch-pflegerischen Kernkompetenzen v. a. im Bereich der Orthopädie und Traumatologie ist für den LRH nachvollziehbar.

Der mit Abstand größte Krankenanstaltenträger in der Steiermark ist jedoch die KAGes, die sich zu 100% im Eigentum des Landes befindet und über jahrzehntelange Erfahrung und Kompetenz in der Errichtung und im Betrieb von Krankenanstalten verfügt.

Eine partnerschaftliche Kooperation zwischen den bisherigen Betreibern der KDS und des KAV Rottenmann-Bad Aussee wird grundsätzlich positiv gesehen. Der LRH empfiehlt jedoch, dass sich die finanziellen Belastungen für die Errichtung und den Betrieb des neuen „Leitspitals Region Liezen“ nach der Größenordnung und den Ressourcen der Partner in der künftigen Organisation widerspiegeln.

Stellungnahme Landesrat Mag. Christopher Drexler:

Der LRH begrüßt eine Kooperation zwischen der Steiermärkischen Krankenanstaltengesellschaft m.b.H. (KAGes) und KDS. Unabhängig von der Größe

der KAGes bzw. der Kleinheit der KDS verfügt auch die Diakonie über jahrzehntelange Erfahrung in der Führung von Kliniken.

Neben der vom LRH bestätigten medizinisch-pflegerischen Kernkompetenz kann die KDS zwei wesentliche Erfahrungskomplexe in das Leitspital Region Liezen einbringen: Interdisziplinarität (geplant sind grundsätzlich interdisziplinäre Stationen und Ambulanzen) und volldigitale Krankengeschichte (seit 2007 gibt es bereits die digitale Fieberkurve, die KDS gilt österreichweit als Vorreiterin für ein „papierloses“ Krankenhaus).

Die KDS ist im Auftrag des Landes Steiermark für die Versorgung im Westen des Bezirks zuständig und durch die gültigen Gebarungsregeln auf volle Finanzierungsleistung durch die öffentliche Hand angewiesen. Seit über 80 Jahren ist dies aber mit großer Sorgfaltspflicht bezogen auf Sparsamkeit und Zweckmäßigkeit erfolgt.

Es wird daher seitens der KDS als faires Zeichen erachtet, wenn die Kooperation auf Augenhöhe angelegt ist. Es kooperiert im Sinne der regionalen Versorgung die KDS mit dem Spitalsverbund Rottenmann-Aussee und das rechtfertigt jedenfalls eine Kooperation zu gleichen Teilen.

Replik des Landesrechnungshofes:

Der LRH würdigt die Stärken und (Kern-)Kompetenzen, über welche die Betreiber der KDS (KDS GmbH bzw. Diakoniewerk) und des KAV Rottenmann-Bad Aussee (KAGes) verfügen.

Der LRH bleibt dennoch bei seiner Empfehlung, wonach sich die finanziellen Belastungen für die Errichtung und den Betrieb des neuen „Leitspitals Region Liezen“ nach der Größenordnung und den Ressourcen der Partner in der künftigen Organisation widerspiegeln sollen. Dies könnte in der Form ausgestaltet werden, dass dem Land Steiermark bzw. dessen Einrichtungen in den Gremien des „Leitspitals Region Liezen“ zumindest der Vorsitz mit dem Recht überlassen wird, bei Stimmgleichheit entscheiden zu dürfen.

3.3 Sanitätsbehördliche Bescheidlage

Gemäß § 4 StKAG bedarf die Errichtung einer bettenführenden Krankenanstalt einer Bewilligung (**Errichtungsbewilligung**). Gemäß § 6 StKAG bedarf auch der Betrieb einer bettenführenden Krankenanstalt einer Bewilligung (**Betriebsbewilligung**). Zuständig hierfür ist jeweils die Landesregierung, die sich dabei ihrer Verwaltung bedient.

Laut der seitens der A8 und der KDS übermittelten sanitätsbehördlichen Bescheide sind für die Krankenanstalt derzeit 106 systemisierte Betten sowie 17 Saisonbetten, drei Isolierbetten und acht Dialyseplätze bewilligt:

Fach	Bescheid	Betten
Innere Medizin	Betriebsbewilligung vom 22. Februar 2008	50
Allgemeinchirurgie	Betriebsbewilligung vom 10. Februar 2014	12
Orthopädie und Traumatologie	Betriebsbewilligung vom 17. Oktober 2018	32
Geburtshilfe und Gynäkologie	Betriebsbewilligung vom 22. Februar 2008	6
Intensiv	Betriebsbewilligung vom 22. Februar 2008	6
Summe (exkl. Saison- u. Isolierbetten)		106
Saisonbetten (interdisziplinär)	Betriebsbewilligung vom 22. Februar 2008	17
Isolierbetten	Betriebsbewilligung vom 22. Februar 2008	3
Summe (inkl. Saison- u. Isolierbetten)		126
Dialyseplätze	Betriebsbewilligung vom 29. Juni 2017	8

Quelle: sanitätsbehördliche Bescheide, aufbereitet durch den LRH

Diese Angaben finden sich auch auf der Homepage wieder (www.schladming.diakonissen.at/pflege-therapie/unsere-stationen/; abgerufen am 21. Jänner 2019), wonach die KDS derzeit über 106 systemisierte Betten verfügt, die sich auf fünf interdisziplinär belegte Stationen (Station A, Station B, Station C, Station S und Intensivstation) aufteilen. Weiters sind demnach acht Dialyse-Plätze vorhanden.

Der LRH stellt fest, dass sich die aktuellen Angaben der KDS über die Anzahl der systemisierten Betten (106) und der Dialyse-Behandlungsplätze (acht) mit den sanitätsbehördlichen Bewilligungen decken.

Unter Berücksichtigung der 17 Saisonbetten und der drei Isolierbetten ist eine Übereinstimmung mit dem RSG-St 2025 gegeben, der im IST 2014 ebenfalls insgesamt 126 Betten ausweist. Dieser sieht für die Innere Medizin 58 Betten, für die Chirurgie 18 Betten, für die Geburtshilfe und Gynäkologie sechs Betten, für die Orthopädie und Traumatologie 38 Betten und die Intensivstation sechs Betten vor.

3.4 Anstaltsordnung, Anstaltszweck und Aufgaben

Der innere Betrieb der KDS ist entsprechend § 18 StKAG in einer Anstaltsordnung geregelt. Diese wurde in ihrer ursprünglichen Fassung mit dem Bescheid vom 22. Februar 2008 von der Steiermärkischen Landesregierung genehmigt.

Mittlerweile wurde die Anstaltsordnung mehrfach geändert. Die für den Prüfzeitraum gültige Fassung geht auf die bescheidmäßig genehmigte Änderung vom 4. März 2014 zurück, die aktuell gültige Fassung auf die bescheidmäßig genehmigte Änderung vom 17. Oktober 2018.

Laut letztgenanntem Bescheid entspricht die vorgelegte Anstaltsordnung den gesetzlichen Vorgaben.

Ziel und Zweck der KDS laut Anstaltsordnung leiten sich aus dem Rahmen der Gestaltung diakonischen Handelns ab: „Ziel und Zweck diakonischer Arbeit ist in allen Wirkungsbereichen der Dienst am Menschen. Das Leitbild des Evangelischen Diakoniewerkes Gallneukirchen ist Vorgabe und Orientierungshilfe für alle diakonischen Bereiche und so auch für die Klinik Diakonissen Schladming. Unser Handeln und Wirken ist davon beeinflusst und hat sich daran zu orientieren. Eine besondere Aufgabe christlichen Handelns ist es, schwachen, hilfsbedürftigen Menschen Unterstützung und Hilfestellung zu geben.

Wir handeln in dem Bewusstsein, dass das Leben und die Würde des Einzelnen unantastbar sind. In ökumenischer Ausrichtung sind Einfühlungsvermögen und die Auseinandersetzung mit der Situation des jeweiligen Menschen eine unaufgebbare Voraussetzung für die Tätigkeit. Dies gilt für alle leidenden, kranken und sterbenden Menschen – ohne Ansehen der Person, der Religion und Rasse, die dieses Angebot annehmen und einer anstaltsmäßigen Aufnahme bedürfen oder einer Erstversorgung zugeführt werden müssen.

Das besondere Anliegen eines christlichen Krankenhauses ist, nach den Erkenntnissen der Medizin, der Pflege und der Ökonomie nach bestem Wissen um die notwendige ganzheitliche Betreuung für den kranken Menschen und der Erfahrung christlichen Lebens tätig zu sein. Alle Bemühungen geschehen unter diesem Gesichtspunkt.“

Der LRH stellt hierzu fest, dass sich die KDS einer bestmöglichen Versorgung der Bevölkerung im oberen Ennstal verpflichtet sieht und dass sich das Bemühen darum auch im von diakonischen Grundsätzen geprägten Handeln der geprüften Stelle im Prüfzeitraum widerspiegelt.

Aufgaben der KDS sind laut Anstaltsordnung:

„Die Krankenanstalt hat entsprechend der in der Präambel festgelegten Zielsetzung ihres Trägers bzw. Gesellschafters der Pflege, Unterbringung, Behandlung und Betreuung kranker Menschen nach dem jeweiligen Stand der medizinischen Wissenschaft und nach Maßgabe der vorhandenen Einrichtungen zu dienen. Die Betreuung der Patienten erfolgt stationär, tagesklinisch und ambulant.

Die Krankenanstalt übernimmt im Rahmen der Möglichkeiten die Ausbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin sowie die Ausbildung zum Facharzt der Chirurgie, der Unfallchirurgie, der Inneren Medizin und Anästhesiologie (Teilausbildung). Studenten der Medizin haben die Möglichkeit, als Famulant bzw. Praktikant tätig zu werden.

Diese Aufgaben der Krankenanstalt werden nach Maßgabe der gesetzlichen Vorgaben und der ergangenen Bescheide sowie dieser Krankenanstaltenordnung wahrgenommen.“

3.5 Organe

3.5.1 Gründung der Gesellschaft

Am 13. Dezember 2012 errichtete das Diakoniewerk die „Klinik Diakonissen Schladming GmbH“ mit einer dem § 4 Abs. 3 Gesetz über Gesellschaften mit beschränkter Haftung (GmbHG) entsprechend notariell beglaubigten Erklärung über die Errichtung der Gesellschaft und ernannte mittels Gesellschafterbeschluss zwei Geschäftsführer.

Gemäß § 3 Abs. 2 GmbHG wird der Gesellschaftsvertrag durch die Erklärung über die Errichtung der Gesellschaft ersetzt, wenn die Gesellschaft nur von einer Person errichtet wird. Daher liegt für die KDS kein Gesellschaftsvertrag, sondern eine Erklärung über die Errichtung der Gesellschaft vor.

Die Neugründung wurde am 25. Jänner 2013 ins Firmenbuch (FN 389962 h) eingetragen, die Einbringung des damaligen DKH Schladming folgte am 8. April 2014 rückwirkend mit 1. Jänner 2014.

Der Sitz der Gesellschaft ist nicht in Schladming am Standort der Krankenanstalt, sondern in 4210 Gallneukirchen, Martin-Boos-Straße 4. Gemäß § 5 Abs. 4 GmbHG ist als Sitz der Gesellschaft der Ort zu bestimmen, an dem die Gesellschaft einen Betrieb hat, an dem sich die Geschäftsleitung befindet oder an dem die Verwaltung geführt wird. An der o. a. Adresse befindet sich einer der Geschäftsführer bzw. werden Verwaltungsleistungen für die Gesellschaft erbracht; damit wird dem § 5 Abs. 2 GmbHG entsprochen.

Das Stammkapital betrug zum Zeitpunkt der Errichtung der Gesellschaft € 35.000,-- und wurde im Prüfzeitraum mit Generalversammlungsbeschluss vom 31. Mai 2016 auf € 350.000,-- erhöht.

3.5.2 Geschäftsführung

Die Geschäftsführung der Gesellschaft wird seit Eintragung ins Firmenbuch von zwei Geschäftsführern wahrgenommen. Beiden ist eine selbstständige Vertretungsbefugnis erteilt.

3.5.3 Gesellschafterversammlung

Eigentümer bzw. einziger Gesellschafter der Klinik Diakonissen Schladming GmbH ist das Diakoniewerk. Das Diakoniewerk wiederum ist ein gemeinnütziger Verein.

Im Prüfzeitraum 2015 bis 2017 fanden jährlich jeweils vier Gesellschafterversammlungen statt. Die Jahresabschlüsse wurden, entsprechend der Erklärung über die Errichtung der Gesellschaft, in diesem Rahmen beschlossen. An den Gesellschafterversammlungen nahmen die Vorstände des Vereins (als Eigentümerversorger) teil. Die Geschäftsführer der Klinik, der im Diakoniewerk zuständige Mitarbeiter für Finanzen und Controlling sowie ein Protokollführer waren auch jeweils zugegen.

Aus den Protokollen der Gesellschafterversammlungen geht nicht eindeutig hervor, wer von den Sitzungsteilnehmern über ein Stimmrecht verfügte.

Der LRH empfiehlt, im Rahmen der Protokollierung der Gesellschafterversammlung zu dokumentieren, welche der Teilnehmer als Eigentümerversorger über ein Stimmrecht verfügen bzw. wie allfällige Beschlussfassungen zustande kamen.

3.5.4 Aufsichtsrat

Die KDS ist gemäß § 29 Abs. 1 zur Bestellung eines Aufsichtsrats verpflichtet und richtete einen solchen auch von Anfang an ein (vgl. die Erklärung über die Errichtung der Gesellschaft).

Gemäß § 30 GmbHG besteht der Aufsichtsrat aus drei Mitgliedern. Es können auch mehr Mitglieder bestellt werden, soweit dies nicht einer Regelung im Gesellschaftsvertrag widerspricht. Laut Punkt 7.2 der Erklärung über die Errichtung der Gesellschaft besteht der Aufsichtsrat aus mindestens drei und höchstens fünf Mitgliedern.

Der LRH stellt fest, dass der Aufsichtsrat der KDS seit 2014 durchgehend aus sechs Mitgliedern besteht. Damit wird dem Punkt 7.2 der Erklärung über die Errichtung der Gesellschaft widersprochen.

Der LRH empfiehlt, den Aufsichtsrat entsprechend der Erklärung über die Errichtung der Gesellschaft zu gestalten oder in letzterer ein weiteres Aufsichtsratsmitglied vorzusehen.

Da zwei der sechs Aufsichtsräte vom Betriebsrat gestellt werden, wird der Drittelparität gemäß § 110 Arbeitsverfassungsgesetz entsprochen.

Gemäß § 30 h Abs. 1 GmbHG dürfen an den Sitzungen des Aufsichtsrats und seiner Ausschüsse Personen, die weder dem Aufsichtsrat angehören noch Geschäftsführer sind, nicht teilnehmen. Sachverständige und Auskunftspersonen können zur Beratung über einzelne Gegenstände hinzugezogen werden.

Der LRH stellt fest, dass im Prüfzeitraum grundsätzlich die Aufsichtsratsmitglieder sowie die Geschäftsführer an den Aufsichtsratssitzungen teilnahmen. Bei der zweiten Aufsichtsratssitzung 2017 fehlte ein, bei der dritten und vierten Aufsichtsratssitzung 2017 fehlten zwei Aufsichtsratsmitglieder ohne Angabe von Gründen. Die Beschlussfähigkeit wurde dadurch nicht beeinträchtigt. Diese beiden ab der zweiten bzw. dritten Aufsichtsratssitzung 2017 nicht mehr teilnehmenden Aufsichtsratsmitglieder wurden im Mai 2018 durch zwei andere Personen ersetzt.

Neben den Aufsichtsratsmitgliedern und den Geschäftsführern nahm im Prüfzeitraum der Leiter des Bereiches Finanzen und Controlling der Zentralen Services des Diakoniewerks an jeder Aufsichtsratssitzung teil. Die Teilnahme von Sachverständigen und Auskunftspersonen zur Beratung über einzelne Gegenstände ist zwar zulässig, der Leiter des Bereiches Finanzen und Controlling nahm jedoch an allen Aufsichtsratssitzungen bzw. Tagesordnungspunkten teil. Eine entsprechende Empfehlung erübrigt sich, da der Leiter des Bereiches Finanzen und Controlling im Mai 2018 als reguläres Mitglied in den Aufsichtsrat gewählt wurde.

Weiters nahmen an den Aufsichtsratssitzungen alternierend verschiedene Mitarbeiter des Diakoniewerks teil, die gemeinsam mit einem der Geschäftsführer das Protokoll verfassten. Die Aufsichtsratsprotokolle wurden dann jeweils vom Aufsichtsratsvorsitzenden unterfertigt.

Die Aufsichtsratssitzungen fanden in der Regel nach den Gesellschafterversammlungen statt. Auch aus den Protokollen der Aufsichtsratssitzungen geht nicht klar hervor, welche der Anwesenden bei Beschlüssen mitstimmten.

Der LRH empfiehlt, im Rahmen der Protokollierung der Aufsichtsratssitzungen zu dokumentieren, welche Teilnehmer als Aufsichtsratsmitglieder über ein Stimmrecht verfügen bzw. wie Beschlussfassungen zustande kommen.

3.6 Exkurs: Vereinbarung zwischen dem Land Steiermark und dem Diakoniewerk vom 20. Juni 2005

Gegenstand dieser Vereinbarung ist die längerfristige Sicherstellung der Abdeckung des Betriebsabganges der KDS durch das Land Steiermark. Der jährlich zu finanzierende Betriebsabgang errechnet sich demnach wie folgt:

$$\text{Betriebsabgang} = (\text{Ausgaben minus Einnahmen}) * 0,97 + \text{Finanzierungsausgaben}$$

Die Ermittlung der Einnahmen (v. a. LKF-Erlöse, Erträge aus medizinischen Leistungen und sonstige Erträge), der Ausgaben (v. a. Material, Personal, Instandhaltung und Ersatzinvestitionen) und der Finanzierungsausgaben (Annuitäten und Zinsen für die Finanzierung des Neubaus 2006) stellt auf Zahlungsströme und nicht auf buchhalterische Erträge und Aufwendungen ab. Abschreibungen auf Anlagevermögen, Dotierung von Abfertigungsrückstellungen sowie Dotierung von Pensionsrückstellungen werden nicht als Ausgaben berücksichtigt.

Diese Vereinbarung trat mit 1. Jänner 2007 in Kraft und wurde auf unbestimmte Zeit abgeschlossen. Das Land Steiermark verzichtet auf eine Kündigung bis zum 31. Dezember 2031.

Die Ausnahmen für den o. a. Kündigungsverzicht sind eng umrissen (v. a. einseitige und ohne Zustimmung des Landes vorgenommene Änderung des Verwendungszwecks durch die KDS, Widerruf der „Datenschutzrechtlichen Bestimmung“ durch die KDS, Vorliegen von Nichtigkeitsgründen, Übertragung an Dritte bzw. Betriebseinstellung durch die KDS, Konkurs- oder Ausgleichsverfahren).

Der LRH stellt fest, dass – im Hinblick auf das Projekt „Leitspital Region Liezen“ – eine einseitige Kündigung der Vereinbarung über die Abdeckung des Betriebsabganges durch das Land Steiermark vor dem 31. Dezember 2031 nicht möglich ist.

Jedoch hat das Land laut gegenständlichem Vertrag bei veränderten Rahmenbedingungen die Möglichkeit, Verhandlungen über eine Neufestsetzung des in dieser Vereinbarung festgelegten Deckungsgrades der projektbezogenen Folgekosten zu begehren. Der Rechtsträger der KDS ist sodann verpflichtet, in Verhandlungen einzutreten. Kann kein einvernehmliches Ergebnis erzielt werden, kann eine Schiedskommission angerufen werden.

Der LRH hält fest, dass der RSG-St 2025 die Rahmenbedingungen insoweit geändert hat, als in Schladming mittelfristig keine bettenführende Akutkrankenanstalt mehr vorgesehen ist (vgl. Kapitel 3.2 „Darstellung der KDS im

RSG-St 2025“). Der Standort soll als ambulant und tagesklinisch tätige Versorgungseinrichtung weitergeführt werden; ein Facharzt- bzw. Gesundheitszentrum soll für die Gesundheitsversorgung eingesetzt werden.

Das Land Steiermark sollte daher mit dem Rechtsträger der KDS in Gespräche über eine Neufestsetzung des in dieser Vereinbarung festgelegten Deckungsgrades der projektbezogenen Folgekosten treten, v. a. hinsichtlich der Finanzierung des laufenden Betriebes der am Standort nach 2025 vorgesehenen Versorgungseinrichtung und der Refundierung allfälliger Einnahmen aus der Nutzung der frei werdenden räumlichen Ressourcen (z. B. Erträge aus der Vermietung von Räumlichkeiten für Facharztpraxen).

4. WESENTLICHE ENTWICKLUNGEN UND EREIGNISSE SEIT DEM BEGINN DES PRÜFZEITRAUMS

4.1 Ärztliche Leitung

Seit dem Beginn des Prüfzeitraums waren mit der Ärztlichen Leitung der KDS drei verschiedene Personen betraut.

Der damalige Ärztliche Leiter der KDS legte nach langjähriger Tätigkeit mit 30. Juni 2016 seine Funktion aus Altersgründen zurück. Sein Nachfolger schied bereits nach 18 Monaten aus persönlichen Gründen aus. Seit dem 1. Jänner 2018 ist die Ärztliche Leitung der KDS wiederum neu besetzt.

4.2 Leistungserweiterung der Dialyseeinrichtung

Bereits im Jahr 2007 wurde die Dialyseeinrichtung von drei auf sechs Funktionsbetten erweitert.

Am 23. Mai 2016 beantragte die KDS die Vorabfeststellung des Bedarfs für die Leistungserweiterung der Dialyseeinrichtung von sechs auf acht Behandlungsplätze. Die geplante Leistungserweiterung der Dialyseeinrichtung wurde vom Gesundheitsfonds geprüft und die Begründungen hierfür als plausibel erachtet. In der 36. Sitzung der Gesundheitsplattform am 6. Juni 2016 wurde hierfür eine Freigabe von Mitteln in der Höhe von maximal € 72.000,-- (90:10 Finanzierung) beschlossen.

Die Betriebsbewilligung wurde mit Bescheid vom 29. Juni 2017 erlassen, somit umfasst die Dialyseeinrichtung der KDS derzeit acht Funktionsbetten.

4.3 Orthopädie und Traumatologie

Die KDS hat am 12. Juni 2018 den Antrag auf Betriebsbewilligung für die Umwandlung der „Abteilung für Unfallchirurgie“ in eine „Abteilung für Orthopädie und Traumatologie“ gestellt. Diese Betriebsbewilligung wurde von der Sanitätsbehörde am 17. Oktober 2018 erteilt.

Nach eigenen Angaben war die KDS damit nach dem LKH-Univ. Klinikum Graz, welches bereits zum 1. Jänner 2017 die „Univ. Klinik für Orthopädie und orthopädische Chirurgie“ und die „Univ. Klinik für Unfallchirurgie“ zur „Univ. Klinik für Orthopädie und Traumatologie“ verschmolzen hat, das zweite Krankenhaus in der Steiermark, welches

die Zusammenführung dieser bisher eigenständigen Sonderfächer nach der Novelle der Ärzte-Ausbildungsordnung 2015 umsetzte.

Die Abteilung verfügt derzeit über 32 Betten; dies entspricht den ursprünglichen Planvorgaben des RSG-St für den Planungshorizont 2020.

Im geplanten „Leitspital Region Liezen“ ist für dieses Fach eine Planvorgabe von 40 Betten vorgesehen. Laut Regierungssitzungsbeschluss (RSB) vom 20. Dezember 2018 soll im „Leitspital Region Liezen“ die KDS u. a. für die „Orthopädie und Traumatologie“ zuständig sein.

4.4 Geburtshilfe und Gynäkologie

Zur Ausgestaltung der Geburtshilfe und Gynäkologie bzw. ursprünglichen Bescheidlage teilte die KDS wie folgt mit: *„Im Bescheid zur Errichtungsbewilligung des Neubaus des DKH Schladming vom 9. Juni 2005 wurde dem Bewilligungswerber Evangelisches Diakoniewerk Gallneukirchen behördlicherseits aufgetragen, „für die geburtshilfliche Versorgung (geographische Randlage) ein Konzept (insbesondere für den Notfall) zu erstellen und der Sanitätsbehörde zur Genehmigung vorzulegen“. Als Basis dieses Konzeptes soll das im Österreichischen Strukturplan Gesundheit 2006 (ÖSG 2006) vorgesehene Modell der „reduzierten Grundversorgung“ dienen. Im derzeit gültigen ÖSG 2017 kann in Ausnahmefällen eine reduzierte Organisationsform (ROF) der Geburtshilfe betrieben werden. Die Klinik Diakonissen Schladming betreibt aufgrund dieser gesetzlich und behördlich zulässigen Organisationsform eine Einrichtung für Geburtshilfe.“*

2015 gab es auf Grund einer Anzeige eine behördliche Kontrolle der Geburtshilfe und Gynäkologie. Dabei wurden die Bescheidaufgaben der Sanitätsbehörde evaluiert. Der letztgültige Bescheid wurde im Jahr 2017 ausgestellt, dessen Umsetzung wurde im 1. Quartal 2019 überprüft und für in Ordnung befunden.

Insgesamt wurden zehn Ereignisse an der Einrichtung für Geburtshilfe und Gynäkologie zwischen 2010 und 2014 gerichtsanhängig. Strafrechtlich wurden sechs Verfahren eingestellt, vier waren zum Zeitpunkt der Prüfung noch offen. Zivilrechtlich wurde ein Verfahren eingestellt, ein Verfahren mittels Vergleich beendet und zwei Verfahren waren zum Zeitpunkt der Prüfung noch offen. Auf Grund dieser o. a. Ereignisse wurde ein Risiko-Screening eingeführt bzw. bietet die KDS derzeit nur mehr eine reduzierte Grundversorgung (sechs Betten, rund 150 Geburten pro Jahr) an.

Der Betrieb einer Geburtshilfe und Gynäkologie mit derart geringen Leistungszahlen (220 stationäre Fälle in 2017) und einer derart geringen Auslastung (38,6 % in 2017, vgl. Kapitel 6. „Leistungsdaten und Kennzahlen“) ist allein schon aus Qualitätssicherungsgründen kritisch zu sehen.

Der LRH empfiehlt, bis zur Umsetzung des geplanten Projektes „Leitspital Region Liezen“ und der darin vorgesehenen zentralen Geburtshilfe und Gynäkologie für den Versorgungsraum Liezen, soweit möglich, alternative Versorgungsformen in Betracht zu ziehen.

Stellungnahme Landesrat Mag. Christopher Drexler:

Die vom LRH angeführten Argumente (Qualitätssicherungsgründe) sind schlüssig und nachvollziehbar. Aus diesem Grund sieht der Regionale Strukturplan Gesundheit Steiermark 2025 (RSG-St 2025) nur eine Abteilung für Geburtshilfe und Gynäkologie für den Bezirk Liezen im neuen Leitspital vor. Um bis dahin eine möglichst qualitative Versorgung zu gewährleisten, wurden seitens der Sanitätsbehörde qualitative Auflagen erteilt.

Alternative Angebote sind gewiss auch in der Form zu prüfen, ob sie im Vergleich sicherer sind, als das derzeitige Angebot einer Grundversorgung mit Hebammen und Fachärztinnen sowie Fachärzten inkl. entsprechender qualitativer Auflagen und einer konsequenten Risikostratifizierung mit bei Bedarf Transferierung von Schwangeren in eine höhere Versorgungsstufe. Dies gilt aus unserer Sicht, solange sich ausreichend Fachpersonal findet.

In dem Wissen, dass die Verfügbarkeit von Hebammen und Fachärztinnen bzw. Fachärzten für Frauenheilkunde zunehmend zum limitierenden Faktor wird, wäre sodann zu prüfen, welche alternativen Angebote den geforderten Qualitätskriterien einer geburtshilflichen Versorgung wie Erreichbarkeit, Personal und Ausstattung am ehesten gerecht werden.

4.5 Sonstige

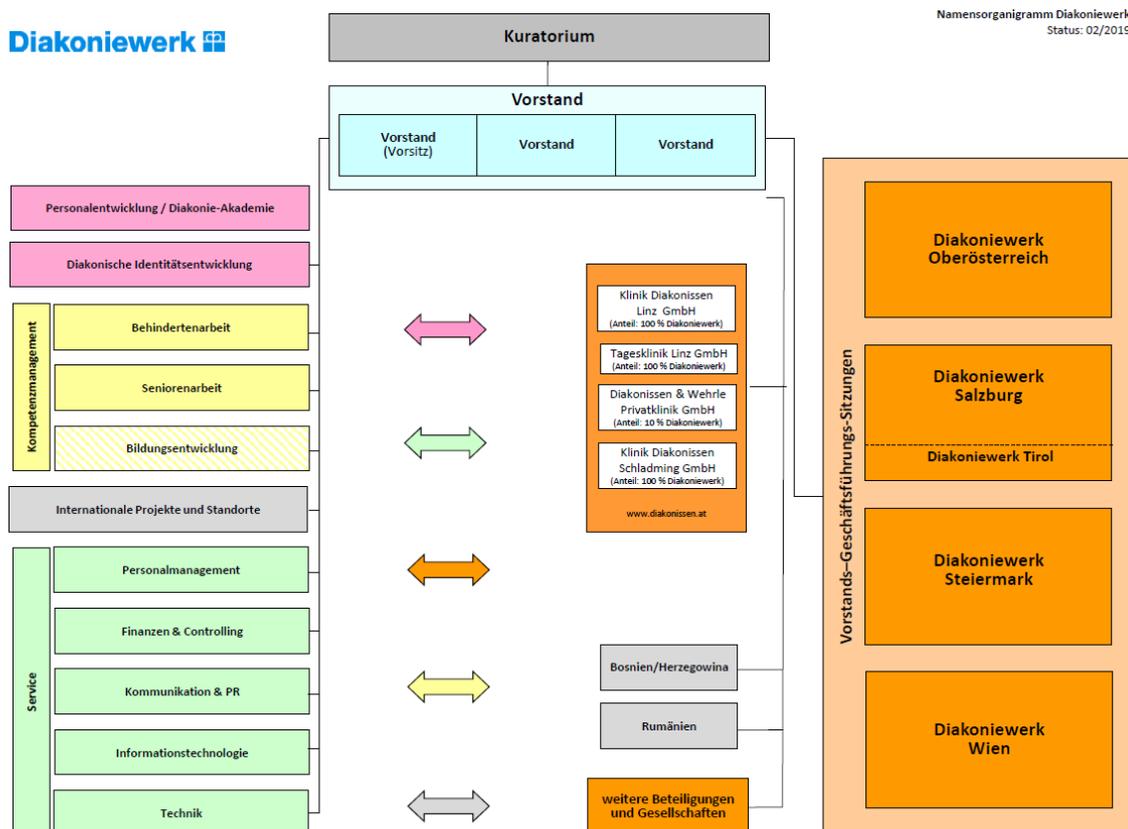
Folgende weitere Entwicklungen und Ereignisse seit dem Beginn des Prüfzeitraums werden der Vollständigkeit halber angeführt:

- Inkrafttreten des neuen KA-AZG (2015)
- Zertifizierung (2015) und Re-Zertifizierung (2019) nach ISO:9001 (siehe auch Kapitel 10. „Qualitätsmanagement und Risikomanagement“)
- Teilnahme an einem Pilotprojekt des Gesundheitsfonds zur Vereinheitlichung der ambulanten Leistungsdokumentation ab 2015
- Einführung der Elektronischen Gesundheitsakte (ELGA) mit 25. April 2016
- Erwerb des Status eines Lehrkrankenhauses der Medizinischen Universität Graz (2015) und der Medizinischen Universität Wien (2016)
- Kapitalerhöhung von € 35.000,-- auf € 350.000,-- (2016) (siehe auch Kapitel 8. „Finanzielle Gebarung“)
- Auseinandersetzung mit dem RSG-St 2025 (ab 2017) – Teilnahme am Projekt „Leitspital Region Liezen“ (ab 2018) (siehe auch Kapitel 3.2 „Darstellung der KDS im RSG-St 2025“)
- Anpassung der Gehaltsschemata für den Pflegebereich (2017)
- Start des Projektes „Facharztzentrum Schladming“ (ab 2018) (siehe gleichlautendes Kapitel 9.1.2)
- Ersatz medizin-technischer Großgeräte (2018 bis 2020)

5. ORGANISATION

5.1 Einordnung in das Diakoniewerk

Rechtsträger der KDS ist, wie bereits in Kapitel 2.1 „Eckdaten“ angeführt, die „Klinik Diakonissen Schladming GmbH“ mit Sitz in 4210 Gallneukirchen, Martin-Boos-Straße 4. Dieser Rechtsträger ist wiederum eine Gesellschaft des Diakoniewerks. Das Organigramm des Vereins stellte sich zum Stand Februar 2019 wie folgt dar:

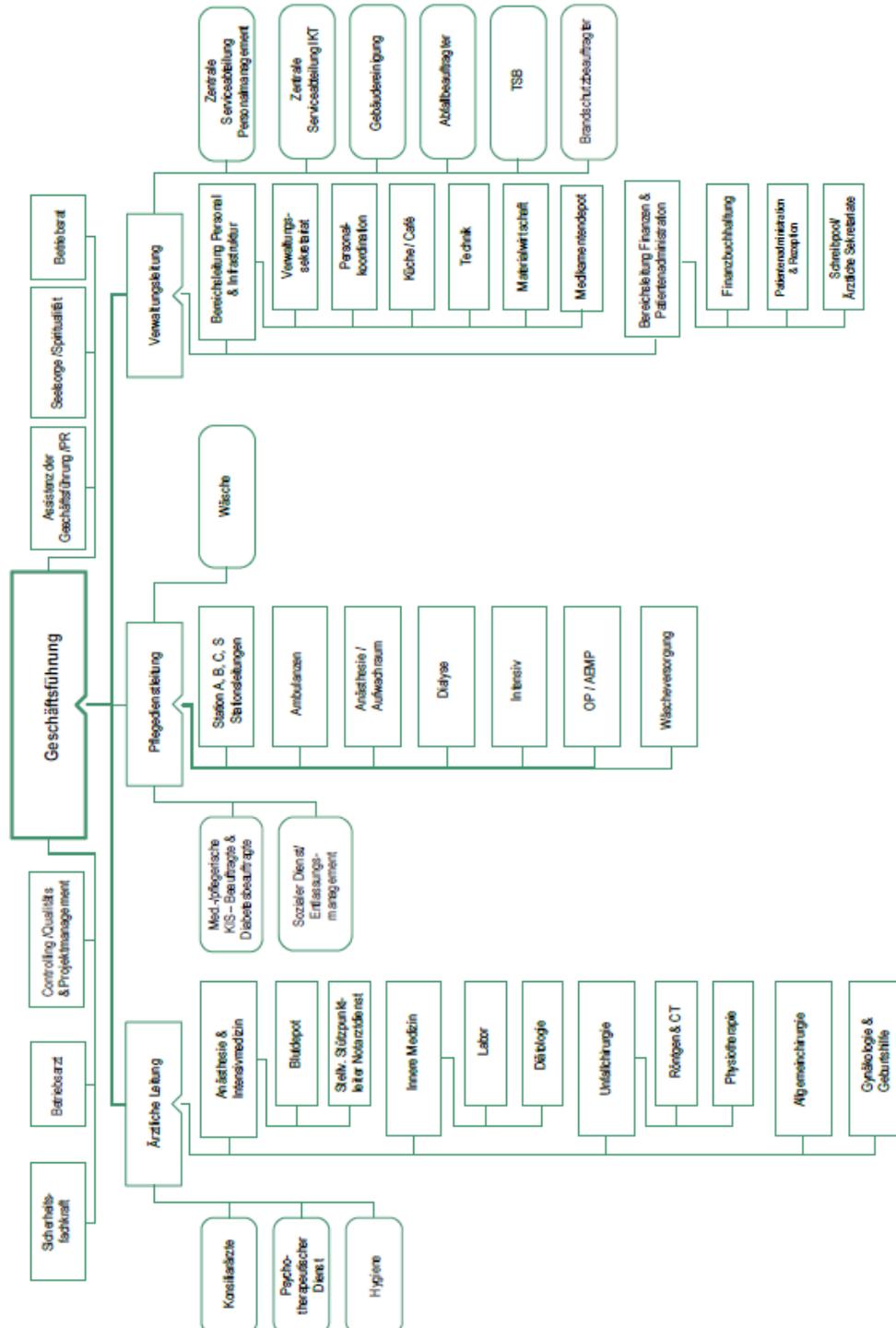


Quelle: https://www.diakoniewerk.at/sites/default/files/pdfs-downloads/organigramm_diakoniewerk-02_2019.pdf; abgerufen am 17. Juni 2019

Das Diakoniewerk ist Mitglied der Diakonie Österreich, dem Dachverband der diakonischen evangelischen Anbieter in Österreich.

5.2 Organigramm

Dem LRH wurden die Organigramme der KDS für den Prüfzeitraum und die Zeit danach zur Verfügung gestellt. Die folgende Darstellung zeigt das anonymisierte Organigramm vom 19. Jänner 2019:



Quelle: KDS, Stand 19. Jänner 2019, aufbereitet durch den LRH

Der Geschäftsführung ist die Anstaltsleitung, bestehend aus Ärztlicher Leitung, Pflegedienstleitung und Verwaltungsleitung, unterstellt. Das Controlling wird in Personalunion mit dem Qualitäts- und Projektmanagement geführt und ist ebenso wie die Sicherheitsfachkraft und die Assistenz, die auch für die Public Relations zuständig ist, direkt der Geschäftsführung zugeordnet.

Der ärztliche Bereich, der Pflegebereich und der Verwaltungsbereich sind jeweils funktional gegliedert.

Die Qualitätssicherungs-Kommission (QSK) ist in diesem Organigramm nicht explizit angeführt. Laut KDS ist diese *„ein Beratungsgremium, welches ihre Berichte in die Anstaltsleitung transportiert. Sollten Themen/Maßnahmen umfangreichere, personelle oder wirtschaftliche Auswirkungen haben, wird die Geschäftsführung mit den Themen konfrontiert.“*

5.3 Organisationsabläufe

5.3.1 Überblick

Von der KDS wurden zahlreiche Unterlagen unterschiedlicher Bezeichnung zur Regelung der internen Abläufe übermittelt, wie etwa:

- Abteilungsordnungen (z. B. für den Finanzbereich)
- Organisationshandbuch Ambulanzen
- Handbuch zur Einhaltung des Medizinproduktegesetzes und der Medizinproduktebetreiberverordnung
- Operations-Statut (OP-Statut)
- Darstellung Allgemein Chirurgie
- Darstellung Anästhesie und Intensivmedizin
- Darstellung Gynäkologie und Geburtshilfe
- Darstellung Innere Medizin
- Darstellung Unfallchirurgie

Dazu ist auszuführen, dass die KDS im Rahmen der aktuellen ISO-Rezertifizierung stichprobenartig ausgewählte Prozesse zu evaluieren und die entsprechenden Dokumentationen vorzulegen hatte.

Der LRH nahm in die vorgelegten Unterlagen zur Ablauforganisation Einsicht.

5.3.2 Abteilungsordnungen

Die als Beispiel für den Finanzbereich vorgelegte Abteilungsordnung erfasst die grundsätzlichen Abläufe der Abteilungen und gibt eine strukturierte und nachvollziehbare, für diese Abteilung gültige Vorgehensweise vor. Eine Abteilungsordnung gilt grundsätzlich für alle Mitarbeiter der jeweiligen Abteilung. Die Abteilungsleitung hat hierfür die letztendliche Verantwortung. Zu den angeführten Funktionen werden namentlich die Verantwortlichen genannt.

Zur Verringerung des administrativen Aufwandes regt der LRH an, von namentlichen Erwähnungen Abstand zu nehmen, da jede personelle Änderung auch die Notwendigkeit einer entsprechenden Adaptierung von Dokumenten nach sich zieht.

5.3.3 Organisationshandbuch Ambulanzen

Ziele und Inhalte des vorliegenden Organisationshandbuches sind die Festlegung der Grundsätze der Ablauforganisation betreffend Patienten (einschließlich Besucher), Personal sowie Ver- und Entsorgung. Es wird auf die chirurgische und die interne Ambulanz sowie die Endoskopie Bezug genommen. Die Bereiche werden planerisch dargestellt und die Funktionen pro Räumlichkeit beschrieben.

5.3.4 Handbuch zur Einhaltung des Medizinproduktegesetzes und der Medizinproduktebetreiberverordnung

Dieses sehr umfangreiche Handbuch „Clinic Facility“ mit Arbeitsanweisungen bildet die gesetzlichen Vorgaben im Umgang mit Medizinprodukten ab. Die Einhaltung der beschriebenen Regelungen und Verantwortlichkeiten soll einerseits die Erfüllung der Betreiberpflichten und andererseits die Patienten- und Arbeitnehmersicherheit gewährleisten.

Mit der Erstellung wurde ein externes Unternehmen im Jahr 2014 betraut. Das Handbuch wurde laut vorliegendem Dokument zuletzt am 2. März 2018 geändert und liegt nunmehr in der Version 3 vor.

5.3.5 Operations-Statut

Das OP-Statut regelt alle Prozesse, die in unmittelbarem Zusammenhang mit einem operativen Eingriff an einem Patienten stehen. Dieser Leitfaden beginnt mit der Planung, geht über die Terminisierung der OP und die intraoperativen Abläufe bis zur Verlegung des Patienten aus dem OP-Bereich und stellt eine verbindliche Dienstanweisung dar. Es enthält Funktionen und Verantwortliche, die OP-Planung, den Ablauf sowie Maßnahmen zur Patientensicherheit.

5.3.6 Zusammenfassung

Zusammenfassend stellt der LRH zur Dokumentation der internen Abläufe fest:

- Die internen Abläufe sind in einem klinikeigenen Dokumentenmanagementsystem zusammengefasst, z. B. als Organisationsleitfäden für die Unfallchirurgie, für die Allgemeinchirurgie, für die Gynäkologie oder als Arbeitsanweisungen (z. B. OP-Statut, Organisationshandbuch Ambulanzen, Abteilungsordnung Finanzen).
- Die übermittelten Dokumentationen sind inhaltlich und im Umfang unterschiedlich ausgeprägt bzw. zum Teil sehr detailliert.
- Eine einheitliche Strukturierung der Dokumentationen ist nicht erkennbar; so enthalten diese bspw. Raum- und Funktionsbeschreibungen, Ablaufbeschreibungen, Elemente von Organisationshandbüchern, Organisationsprinzipien, Beschreibungen diverser innerorganisatorischer Vorgänge, Prozessdarstellungen und Arbeitsanweisungen.
- Teilweise ist auch die historische Entwicklung von medizinischen Leistungseinrichtungen dargestellt (z. B. Unfallchirurgie, Geburtshilfe).
- Dokumentationen werden unterschiedlich bezeichnet, z. B. Statut, Handbuch, Konzept, Abteilungsordnungen.

Der LRH weist darauf hin, dass aus dem Bericht zur zweiten Begutachtung zur Systemförderung DIN EN ISO 9001:2015 und pro Cum Cert (pCC) Qualitätskriterien Krankenhäuser Version 3.1 hervorgeht, dass das Managementsystem der KDS weiterhin den Zertifizierungsanforderungen entspricht und die Audit-Ziele erfüllt wurden.

Der LRH stellt fest, dass trotz vorliegender Zertifizierungen ein einheitliches Dokumentenmanagement nicht erkennbar ist.

Der LRH empfiehlt eine Standardisierung der im Dokumentenmanagementsystem erfassten Unterlagen.

5.4 Stellenbeschreibungen

Laut Verwaltungsleitung sind Stellenbeschreibungen für verschiedene Bereiche im internen Dokumentenlenkungssystem vorhanden.

Darin sind Voraussetzungen, Anforderungen und Mindestqualifikationen für die Stellen vorgegeben sowie Über- und Unterordnungen dargestellt. Weiters sind die Kernaufgaben und der Verantwortungsbereich sehr umfangreich beschrieben.

Der LRH befand die vorgelegten Stellenbeschreibungen für in Ordnung.

6. LEISTUNGSDATEN UND KENNZAHLEN

6.1 Benchmarking mit vergleichbaren Krankenanstalten bzw. mit den landes- und bundesweiten Durchschnittswerten

Der LRH führte ein Benchmarking der KDS mit hinsichtlich Größe und Lage vergleichbaren steirischen Fondskrankenanstalten (mit unterschiedlichen fachlichen Schwerpunkten) bzw. mit dem Landes- und Bundesdurchschnitt durch.

Tatsächlich aufgestellte Betten

	2015	2016	2017
KAV Rottenmann/Bad Aussee	223	211	221
Klinik Diakonissen Schladming	126	126	126
LKH Stolzalpe	187	181	183
MKH Vorau	112	112	112
LKH Weiz	78	78	79
Steiermark gesamt	6.520	6.465	6.467
Österreich gesamt	45.616	45.224	44.738

Quelle: Jahresbericht Gesundheitsfonds 2017, aufbereitet durch den LRH

Die Anzahl der tatsächlich aufgestellten Betten in der KDS war im Prüfzeitraum konstant. Steiermarkweit (rund - 0,8 %) und österreichweit (rund - 1,9 %) zeigt sich 2015 bis 2017 ein leicht rückgängiger Trend.

Stationäre Patienten

	2015	2016	2017
KAV Rottenmann/Bad Aussee	10.816	11.195	10.977
Klinik Diakonissen Schladming	7.349	7.677	7.127
LKH Stolzalpe	6.831	6.834	6.896
MKH Vorau	5.804	5.921	5.638
LKH Weiz	5.360	5.283	5.150
Steiermark gesamt	314.392	321.042	312.188
Österreich gesamt	2.496.541	2.535.796	2.492.797

Quelle: Jahresbericht Gesundheitsfonds 2017, aufbereitet durch den LRH

Die Anzahl der stationären Patienten der KDS war im Prüfzeitraum leicht rückläufig (- 3,0 %). Die KDS lag damit deutlich über dem steirischen Durchschnitt (- 0,7 %) und dem österreichischen Durchschnitt (- 0,1 %). Ähnliche Entwicklungen zeigten sich in den peripher gelegenen Vergleichsspitälern in der Oststeiermark (Marienkrankenhaus (MKH) Vorau - 2,9 % und LKH Weiz - 3,9 %).

Belagstage

	2015	2016	2017
KAV Rottenmann/Bad Aussee	56.903	57.517	55.895
Klinik Diakonissen Schladming	31.418	30.755	26.852
LKH Stolzalpe	57.618	57.537	56.996
MKH Vorau	29.979	30.108	28.926
LKH Weiz	25.717	25.435	26.132
Steiermark gesamt	1.829.506	1.821.643	1.785.672
Österreich gesamt	12.499.190	12.428.914	12.211.901

Quelle: Jahresbericht Gesundheitsfonds 2017, aufbereitet durch den LRH

Die Belagstage errechnen sich aus die Summe der Mitternachtsstände der Patienten.

Die Anzahl der Belagstage der KDS war im Prüfzeitraum stark rückgängig (- 14,5 %). Damit lag die KDS deutlich über dem steirischen Durchschnitt (- 2,4 %) und dem österreichischen Durchschnitt (- 2,3 %).

Durchschnittliche Belagsdauer

	2015	2016	2017
KAV Rottenmann/Bad Aussee	5,26	5,14	5,09
Klinik Diakonissen Schladming	4,28	4,01	3,77
LKH Stolzalpe	8,43	8,42	8,27
MKH Vorau	5,17	5,08	5,13
LKH Weiz	4,80	4,81	5,07
Steiermark gesamt	5,82	5,67	5,72
Österreich gesamt	5,01	4,90	4,90

Quelle: Jahresbericht Gesundheitsfonds 2017, aufbereitet durch den LRH

Die Belagsdauer gibt die durchschnittliche Dauer eines Aufenthalts im Krankenhaus in Tagen an.

Die KDS lag mit ihrer durchschnittlichen Belagsdauer (4,02 im Prüfzeitraum 2015 bis 2017) deutlich unter den mit ihr verglichenen steirischen Fondskrankenanstalten sowie dem steirischen (5,74) und dem österreichischen Durchschnitt (4,94).

Zu erklären ist die geringe Belagsdauer bzw. die rückläufige Entwicklung im Prüfzeitraum mit der Organisationsform der vorgehaltenen Fächer (z. B. Fünf-Tages-Klinik in der Allgemeinchirurgie, reduzierte Grundversorgung in der Geburtshilfe und Gynäkologie) sowie mit der möglicherweise etwas geringeren Komplexität der Fälle. Für letztere sprechen die unterdurchschnittlichen LKF-Punkte/Fall bzw. die Anzahl der codierten Medizinischen Einzelleistungen (MEL)/Fall.

Auslastung

	2015	2016	2017
KAV Rottenmann/Bad Aussee	69,91%	74,68%	69,29%
Klinik Diakonissen Schladming	68,31%	66,87%	58,39%
LKH Stolzalpe	84,42%	87,09%	85,33%
MKH Vorau	73,33%	73,65%	70,76%
LKH Weiz	90,33%	89,34%	90,63%
Steiermark gesamt	76,88%	77,20%	75,65%
Österreich gesamt	75,07%	75,30%	74,78%

Quelle: errechnet durch den LRH nach der Berechnungsmethode der Krankenanstaltenstatistik mit Daten aus dem Jahresbericht Gesundheitsfonds 2017

Diese Kennzahl gibt die Bettenauslastung in Prozent im Jahresdurchschnitt an. Sie errechnet sich aus den Belagstagen x 100 / tatsächlich aufgestellte Betten x 365. Hierzu merkt der LRH an, dass die Verwendung von Pflagebetten bzw. systemisierten Betten (exklusive Saison- und Isolierbetten) als Berechnungsergebnis zwar eine bessere Auslastung ergeben würde; die Aussagekraft einer derartigen Auslastung wäre jedoch nicht größer. Auch schmälern neue Organisationsformen, wie z. B. Fünf-Tages-Kliniken und Tageskliniken, die Aussagekraft dieser Kennzahl bzw. müssten diese bei allen verglichenen Krankenhäusern berücksichtigt werden.

Die Auslastung der KDS – dass die Allgemeinchirurgie als Fünf-Tages-Klinik organisiert ist, wird hier nicht gesondert berücksichtigt – lag im Prüfzeitraum bei durchschnittlich 64,52 %. Auch der benachbarte Krankenanstaltenverbund (KAV) Rottenmann/Bad Aussee (71,24 %) sowie das MKH Vorau (72,58 %) haben mit einer sehr geringen Auslastung zu kämpfen und liegen, wie die KDS, unter dem steirischen (75,65 %) und österreichischen (74,78 %) Durchschnitt.

Durchschnittsbelag

	2015	2016	2017
KAV Rottenmann/Bad Aussee	155,9	157,6	153,1
Klinik Diakonissen Schladming	86,1	84,3	73,6
LKH Stolzalpe	157,9	157,6	156,2
MKH Vorau	82,1	82,5	79,2
LKH Weiz	70,5	69,7	71,6
Steiermark gesamt	5.012,3	4.990,8	4.892,3
Österreich gesamt	34.244,4	34.051,8	33.457,3

Quelle: errechnet durch den LRH nach der Berechnungsmethode der Krankenanstaltenstatistik mit Daten aus dem Jahresbericht Gesundheitsfonds 2017

Der Durchschnittsbelag gibt die durchschnittliche Zahl an Patienten pro Tag an und errechnet sich aus der Belagsdauer / 365.

Die KDS weist im Prüfzeitraum einen stark rückläufigen Durchschnittsbelag (- 14,5 %) auf und liegt dabei deutlich über den Vergleichsspitälern bzw. dem steirischen Durchschnitt (- 2,4 %) und dem österreichischen Durchschnitt (- 2,3 %).

Ambulante Patienten

	2015	2016	2017
KAV Rottenmann/Bad Aussee	35.143	34.925	35.534
Klinik Diakonissen Schladming	29.278	29.739	30.250
LKH Stolzalpe	29.066	29.318	29.038
MKH Vorau	17.990	18.475	18.531
LKH Weiz	38.871	40.359	41.705
Steiermark gesamt	1.064.926	1.096.947	1.107.553

Quelle: Gesundheitsfonds, aufbereitet durch den LRH

Die Anzahl der ambulanten Patienten der KDS stieg im Prüfzeitraum um rund 3,3 %. Damit liegt die KDS, wie auch der benachbarte KAV Rottenmann/Bad Aussee (rund + 1,1 %) und das vergleichbare MKH (rund + 3,0 %), unter der steiermarkweiten Steigerung von + 4,0 %.

Ambulante Frequenzen

	2015	2016	2017
KAV Rottenmann/Bad Aussee	67.856	67.826	68.650
Klinik Diakonissen Schladming	56.381	56.984	56.861
LKH Stolzalpe	45.449	45.640	46.003
MKH Vorau	31.084	30.489	31.555
LKH Weiz	59.814	60.518	63.808
Steiermark gesamt	2.032.800	2.104.727	2.128.278

Quelle: Gesundheitsfonds, aufbereitet durch den LRH

Die Anzahl der ambulanten Frequenzen der KDS stieg im Prüfzeitraum um rund 0,9 %. Damit liegen die KDS und die anderen Vergleichsspitäler, ausgenommen das LKH Weiz, auch hier deutlich unter der steiermarkweiten Steigerung von rund + 4,7 %.

Betrachtet man die bislang gegenübergestellten Kennzahlen, so bestätigen sich die Bemühungen, Belagstage und Belagsdauern zu verringern und stationäre Fälle in den ambulanten (und den niedergelassenen) Bereich auszulagern.

Personal

	2015	2016	2017
KAV Rottenmann/Bad Aussee	549,89	554,00	559,00
Klinik Diakonissen Schladming	254,17	258,44	263,59
LKH Stolzalpe	448,31	456,91	457,47
MKH Vorau	215,12	241,76	249,26
LKH Weiz	234,51	241,76	249,26
Steiermark gesamt	16.765	16.861	16.991
Österreich gesamt	117.979	118.975	119.548

Quelle: Daten des Gesundheitsfonds, aufbereitet durch den LRH

Das Personal (angegeben in Vollzeitäquivalenten (VZÄ)) der KDS stieg im Prüfzeitraum um rund 3,7 %. Hierzu wird auf die Ausführungen im Kapitel 7.2 „Personalstand“ verwiesen. Damit liegt die KDS, wie auch die anderen peripheren Vergleichsspitäler, über dem steirischen und österreichischen Durchschnitt (jeweils rund + 1,3 %).

Personalfaktor

	2015	2016	2017
KAV Rottenmann/Bad Aussee	0,28	0,28	0,27
Klinik Diakonissen Schladming	0,34	0,33	0,28
LKH Stolzalpe	0,35	0,35	0,34
MKH Vorau	0,38	0,34	0,32
LKH Weiz	0,31	0,29	0,29
Steiermark gesamt	0,30	0,30	0,29
Österreich gesamt	0,29	0,29	0,28

Quelle: errechnet durch den LRH aus Daten des Gesundheitsfonds

Der Personalfaktor trifft eine Aussage über die Personalintensität eines Krankenhauses und errechnet sich aus dem Durchschnittsbelag dividiert durch das Personal (VZÄ).

Der Personalfaktor der KDS ist im Prüfzeitraum rückläufig; 2015 und 2016 noch überdurchschnittlich, fiel der Personalfaktor 2017 (0,28) knapp unter den steirischen Durchschnitt (0,29) bzw. zog mit dem österreichischen Durchschnitt (0,28) gleich.

Unter Berücksichtigung der nicht besetzten Stellen des Dienstpostenplans würde der Personalfaktor auch unter den österreichischen Durchschnitt fallen und sich 2017 auf dem Niveau des KAV Rottenmann/Bad Aussee befinden.

LKF-Punkte

	2015	2016	2017
KAV Rottenmann/Bad Aussee	25.390.762	25.890.003	32.112.961
Klinik Diakonissen Schladming	14.357.811	14.278.347	17.538.626
LKH Stolzalpe	23.984.301	23.909.060	30.674.981
MKH Vorau	13.204.462	13.325.437	16.129.024
LKH Weiz	12.618.121	12.413.633	15.688.562
Steiermark gesamt	942.780.887	951.958.820	1.158.338.779

Quelle: Jahresbericht Gesundheitsfonds 2017, aufbereitet durch den LRH

Die von steirischen Fondskrankenanstalten erwirtschafteten LKF-Punkte zeigen von 2016 auf 2017 einen sprunghaften Anstieg. Der Gesundheitsfonds begründet dies mit einer Neukalkulation der österreichweit einheitlichen Leistungsorientierten Diagnosefallgruppen (LDF)-Pauschalen auf Basis der Kostendaten 2014, wodurch es über alle Leistungen hinweg zu einer Steigerung der Gesamtpunkteanzahl von rund 25 % kam.

Bei den in der Tabelle betrachteten Krankenanstalten weisen im Prüfzeitraum nur die KDS (+ 22,2 %) und das MKH Vorau (+ 22,1 %) ein Wachstum unter dem steirischen Durchschnitt (+ 22,9 %) auf.

LKF-Punkte je stationärem Patienten

	2015	2016	2017
KAV Rottenmann/Bad Aussee	2.347,5	2.312,6	2.925,5
Klinik Diakonissen Schladming	1.953,7	1.859,9	2.460,9
LKH Stolzalpe	3.511,1	3.498,5	4.448,2
MKH Vorau	2.275,1	2.250,5	2.860,8
LKH Weiz	2.354,1	2.349,7	3.046,3
Steiermark gesamt	2.998,7	2.965,2	3.710,4

Quelle: Jahresbericht Gesundheitsfonds 2017, aufbereitet durch den LRH

Die KDS erwirtschaftete im Prüfzeitraum 2015 bis 2017 durchschnittlich 2.091,49 LKF-Punkte pro stationärem Patienten und liegt dabei deutlich unter dem österreichischen Durchschnitt von 3.224,78 LKF-Punkten pro stationärem Patienten. Ebenso unterdurchschnittlich schnitten der benachbarte KAV Rottenmann/Bad Aussee, das MKH Vorau und das LKH Weiz ab. Der absolute Punktezuwachs dieser Krankenanstalten im Prüfzeitraum lag ebenso unter dem steirischen Durchschnitt.

Medizinische Einzelleistungen

	2015	2016	2017
KAV Rottenmann/Bad Aussee	15.204	14.809	14.777
Klinik Diakonissen Schladming	7.940	8.352	8.189
LKH Stolzalpe	11.934	11.779	11.710
MKH Vorau	8.187	8.602	k. A.
LKH Weiz	8.230	7.152	7.869
Steiermark gesamt	593.527	560.119	618.321
Österreich gesamt	5.359.647	4.834.221	4.785.218

Quelle: Daten des Gesundheitsfonds, aufbereitet durch den LRH

Die Anzahl der MEL der KDS nahm im Prüfzeitraum leicht zu (+ 3,1 %). Damit liegt die KDS im steiermarkweiten Trend.

MEL je stationärem Patienten

	2015	2016	2017
KAV Rottenmann/Bad Aussee	1,41	1,32	1,35
Klinik Diakonissen Schladming	1,08	1,09	1,15
LKH Stolzalpe	1,75	1,72	1,70
MKH Vorau	1,41	1,45	k. A.
LKH Weiz	1,54	1,35	1,53
Steiermark gesamt	1,89	1,74	1,98
Österreich gesamt	2,15	1,91	1,92

Quelle: Daten des Gesundheitsfonds, aufbereitet durch den LRH

Bei den MEL je stationärem Patienten zeigt sich, dass diese im Prüfzeitraum (durchschnittlich rund 1,11) weit unter dem steirischen Durchschnitt (1,87) bzw. österreichischen Durchschnitt (1,99) liegen. Im Vergleich zu den anderen betrachteten Spitälern werden daher deutlich weniger MEL erbracht.

Verhältnis ambulanter zu stationären Patienten

	2015	2016	2017
KAV Rottenmann/Bad Aussee	3,2	3,1	3,2
Klinik Diakonissen Schladming	4,0	3,9	4,2
LKH Stolzalpe	4,3	4,3	4,2
MKH Vorau	3,1	3,1	3,3
LKH Weiz	7,3	7,6	8,1
Steiermark gesamt	3,4	3,4	3,5

Quelle: Daten des Gesundheitsfonds, aufbereitet durch den LRH

Beim Verhältnis ambulanter zu stationären Patienten liegt die KDS im gesamten Prüfzeitraum leicht über dem steiermarkweiten Durchschnitt.

Zusammenfassend hält der LRH fest, dass im Prüfzeitraum die Entwicklung der Leistungsdaten der KDS im Vergleich mit anderen peripher gelegenen Krankenanstalten bzw. dem steirischen und österreichischen Durchschnitt beinahe durchgehend als rückläufig bzw. stagnierend zu beurteilen ist:

- **überdurchschnittliche Rückgänge bei stationären Fällen, Belagstagen und durchschnittlicher Belagsdauer,**
- **unterdurchschnittliche Zunahme der ambulanten Fälle, der ambulanten Frequenzen und der LKF-Punkte sowie**
- **eine fallende Auslastung (ausgehend von einem bereits niedrigen Niveau), geringe LKF-Punkte und MEL pro stationärem Patienten.**

Die Entwicklung in den mit der KDS verglichenen peripheren Spitälern (v. a. KAV Rottenmann/Bad Aussee, MKH Vorau) ist ähnlich.

Die vorliegenden Daten für den Prüfzeitraum bestätigen den RSG-St und die darin für den Bezirk Liezen verordneten Strukturveränderungen (vgl. Kapitel 3.2 „Darstellung der KDS im RSG-St 2025“); diese bzw. insbesondere das Projekt „Leitspital Region Liezen“ sind daher positiv zu würdigen.

6.2 Leistungsdaten und Kennzahlen der KDS

Eingangs weist der LRH darauf hin, dass auf Grund unterschiedlicher Datenquellen Leistungsdaten und Kennzahlen für den Prüfzeitraum geringfügig von jenen im Kapitel 6.1 „Benchmarking mit vergleichbaren Krankenanstalten bzw. mit landes- und bundesweiten Durchschnittswerten“ abweichen können.

Betten

	2015	2016	2017
Allgemeinchirurgie	12/18	12/18	12/18
Orthopädie u. Traumatologie	32/38	32/38	32/38
Gynäkologie u. Geburtshilfe	6/6	6/6	6/6
Innere Medizin	50/58	50/58	50/58
Intensivabteilung	6/6	6/6	6/6
KDS Gesamt	106/126	106/126	106/126

Quelle: Kennzahlen, KDS, aufbereitet durch den LRH

Die Anzahl der Betten (systemisiert/tatsächlich) blieb im gesamten Prüfzeitraum unverändert. Siehe hierzu auch Kapitel 3.2 „Darstellung der KDS im RSG-St 2025“.

Stationäre Patienten

	2015	2016	2017
Allgemeinchirurgie	1.004	1.018	890
Orthopädie u. Traumatologie	2.981	3.175	3.033
Gynäkologie u. Geburtshilfe	260	266	220
Innere Medizin	2.965	3.119	2.894
Intensivabteilung	126	105	102
KDS Gesamt	7.336	7.683	7.139

Quelle: Kennzahlen, KDS, aufbereitet durch den LRH

Die Anzahl der stationären Patienten der KDS war zwar Schwankungen unterworfen, über den gesamten Prüfzeitraum 2015 bis 2017 jedoch leicht rückläufig (- 2,7 %). Die meisten stationären Patienten entfielen auf die Orthopädie und Traumatologie (durchschnittlich 41,5 %), gefolgt von der Inneren Medizin (durchschnittlich 40,5 %) und der Allgemeinchirurgie (durchschnittlich 13,1 %). Die stärksten Rückgänge waren in der Intensivabteilung (- 19,9 %) und in der Gynäkologie und Geburtshilfe (- 15,4 %) zu verzeichnen.

Belagstage

	2015	2016	2017
Allgemeinchirurgie	3.075	2.655	2.458
Orthopädie u. Traumatologie	11.549	11.754	10.246
Gynäkologie u. Geburtshilfe	1.082	975	846
Innere Medizin	14.442	14.208	12.279
Intensivabteilung	1.296	1.151	999
KDS Gesamt	31.444	30.743	26.828

Quelle: Kennzahlen, KDS, aufbereitet durch den LRH

Die Anzahl der Belagstage der KDS war im Prüfzeitraum rückläufig (- 14,7 %). Die meisten Belagstage entfielen auf die Innere Medizin (durchschnittlich 46 %), gefolgt von der Orthopädie und Traumatologie (durchschnittlich 41,5 %). Die stärksten Rückgänge waren in der Intensivabteilung (- 22,9 %) und in der Gynäkologie und Geburtshilfe (- 21,8 %) zu verzeichnen.

Belagsdauer

	2015	2016	2017
Allgemeinchirurgie	3,06	2,61	2,76
Orthopädie u. Traumatologie	3,87	3,70	3,38
Gynäkologie u. Geburtshilfe	4,16	3,67	3,85
Innere Medizin	4,87	4,56	4,24
Intensivabteilung	10,29	10,96	9,79
KDS Gesamt	4,29	4,00	3,76

Quelle: Kennzahlen, KDS, aufbereitet durch den LRH

Die Verweildauer ging im Prüfzeitraum von 4,29 Tagen um 0,53 Tagen auf 3,76 Tage zurück. Dieser Trend ist in allen Abteilungen zu beobachten; die stärksten Rückgänge sind in der Inneren Medizin (- 0,63 Tage) und in der Orthopädie und Traumatologie (- 0,50 Tage) zu verzeichnen.

Auslastung

	2015	2016	2017
Allgemeinchirurgie	65,5%	56,5%	52,3%
Orthopädie u. Traumatologie	83,3%	84,7%	73,9%
Gynäkologie u. Geburtshilfe	49,4%	44,5%	38,6%
Innere Medizin	68,2%	67,1%	58,0%
Intensivabteilung	59,2%	52,6%	45,6%
KDS Gesamt	71,3%	69,7%	60,8%

Quelle: berechnet und aufbereitet durch den LRH

Der LRH ging bei der Berechnung der Auslastung von der vom zuständigen Bundesministerium im Rahmen der Krankenanstaltenstatistik verwendeten Formel (Belagstage x 100 / tatsächlich aufgestellte Betten x 365) aus, berücksichtigte aber, dass es sich bei der Allgemeinchirurgie um eine Fünf-Tages-Klinik handelt.

Der LRH stellt fest, dass die KDS im gesamten Prüfzeitraum weit unter der Soll-Auslastung von 85 % lag. Abgesehen von der Abteilung für Orthopädie und Traumatologie, welche die Soll-Auslastung 2015 und 2016 annähernd erreichte, lagen die anderen Abteilungen weit darunter. Die Gynäkologie und Geburtshilfe blieb mit ihrer Auslastung im gesamten Prüfzeitraum unter 50 %.

Durchschnittsbelag

	2015	2016	2017
Allgemeinchirurgie	11,8	10,2	9,4
Orthopädie u. Traumatologie	39,3	40,2	35,4
Gynäkologie u. Geburtshilfe	3,6	3,3	2,9
Innere Medizin	46,6	46,3	40,3
Intensivabteilung	3,7	3,3	2,8
KDS Gesamt	110,4	109,1	95,9

Quelle: Kennzahlen, KDS, aufbereitet durch den LRH

Der Durchschnittsbelag der KDS war im Prüfzeitraum stark rückläufig (- 13,1 %), dies spiegelt sich in allen Abteilungen wider.

Ambulante Patienten

	2015	2016	2017
Hämodialyse	83	80	88
Physiotherapie	361	431	398
Interdisziplinärer Bereich	18.219	18.482	19.062
Radiologie	8.811	9.048	8.867
Med.-chem. Labordiagnostik	1.804	1.698	1.835
Summe	29.278	29.739	30.250

Quelle: Krankenanstaltenstatistik, KDS, aufbereitet durch den LRH

Die Anzahl der ambulanten Patienten (nach der Krankenanstaltenstatistik) zeigte im Prüfzeitraum einen leicht steigenden Trend (+ 3,3 %). Der Gesundheitsfonds veröffentlichte für denselben Zeitraum dieselben Zahlen.

Davon deutlich abweichend gab das Controlling der KDS je Abteilung folgende Anzahl an ambulanten Patienten an:

	2015	2016	2017
Allgemeinchirurgie	1.693	1.660	1.634
Orthopädie u. Traumatologie	12.182	12.613	12.519
Innere Medizin	2.580	2.257	2.327
KDS Gesamt	16.455	16.530	16.480

Quelle: Kennzahlen, KDS, aufbereitet durch den LRH

Die Anzahl der ambulanten Patienten war nach dieser Statistik im Prüfzeitraum relativ konstant. Durchschnittlich 75,4 % der Patienten wurden in der Ambulanz für Orthopädie und Traumatologie vorgestellt.

Frequenzen ambulanter Patienten

	2015	2016	2017
Hämodialyse	3.292	3.600	3.496
Physiotherapie	2.791	3.094	2.439
Interdisziplinärer Bereich	31.225	30.692	31.301
Radiologie	12.630	12.839	12.650
Med.-chem. Labordiagnostik	6.443	6.759	6.975
Summe	56.381	56.984	56.861

Quelle: Krankenanstaltenstatistik, KDS, aufbereitet durch den LRH

Die Anzahl der Frequenzen ambulanter Patienten (nach der Krankenanstaltenstatistik) stiegen im Prüfzeitraum ebenso geringfügig (+ 0,9 %).

Davon deutlich abweichend gab das Controlling der KDS je Abteilung folgende Anzahl an ambulanten Frequenzen an:

	2015	2016	2017
Allgemeinchirurgie	4.987	4.972	4.521
Orthopädie u. Traumatologie	37.180	38.497	38.803
Innere Medizin	6.033	4.984	4.851
KDS Gesamt	48.200	48.453	48.175

Quelle: Kennzahlen, KDS, aufbereitet durch den LRH

Auch die Anzahl der ambulanten Frequenzen war im Prüfzeitraum relativ konstant. Durchschnittlich 79 % der Frequenzen wurden in der Ambulanz für Orthopädie und Traumatologie registriert.

Der LRH stellt fest, dass die Differenzen zwischen den Daten der Krankenanstaltenstatistik und des Controllings der KDS erheblich sind.

Die Gründe für die Differenzen, so die KDS, liegen in der abweichenden Definition von Begriffen sowie in der abweichenden Zählweise.

Das mit 2019 verpflichtend eingeführte spitalsambulante LKF-Modell und die damit verbundene Dokumentation sollte die Datenqualität und -validität hinsichtlich ambulanter Patienten und ambulanter Frequenzen erhöhen.

Hinsichtlich der Dokumentation von Regressfällen, ausländischen Gastpatienten und Selbstzahlern sind laut LKF-Modell 2019 auf Landesebene entsprechende Regelungen zu treffen. Dabei ist auf eine Harmonisierung von KAGes- und Nicht-KAGes-Spitälern hinzuwirken, sodass künftig auch für den ambulanten Bereich valide und steiermarkweit vergleichbare Daten vorliegen.

LKF-Punkte

	2015	2016	2017
Allgemeinchirurgie	2.086.561	1.678.936	2.162.282
Orthopädie u. Traumatologie	5.621.156	6.915.817	8.058.948
Gynäkologie u. Geburtshilfe	735.592	618.888	683.739
Innere Medizin	5.121.469	5.079.902	6.237.824
Intensivabteilung	383.401	381.839	399.177
KDS Gesamt	13.948.179	14.675.382	17.541.970

Quelle: Kennzahlen, KDS, aufbereitet durch den LRH

Der sprunghafte Anstieg der LKF-Punkte von 2016 auf 2017 geht, wie bereits o. a., auf eine Neukalkulation der LDF-Pauschalen auf Basis der Kostendaten 2014 zurück.

Die meisten LKF-Punkte lukrierte die Orthopädie und Traumatologie (durchschnittlich 44,6 %), gefolgt von der Inneren Medizin (durchschnittlich 35,6 %). Ein Rückgang war trotz genereller Steigerung des Punkteniveaus um 25 % in der Gynäkologie und Geburtshilfe zu verzeichnen; dieser betrug von 2015 auf 2017 rund 7 %.

LKF-Punkte je stationärem Patienten

	2015	2016	2017
Allgemeinchirurgie	2.078,2	1.649,2	2.429,5
Orthopädie u. Traumatologie	1.885,7	2.178,2	2.657,1
Gynäkologie u. Geburtshilfe	2.829,2	2.326,6	3.107,9
Innere Medizin	1.727,3	1.628,7	2.155,4
Intensivabteilung	3.042,9	3.636,6	3.913,5
KDS Gesamt	1.901,3	1.910,1	2.457,2

Quelle: errechnet durch den LRH

Die LKF-Punkte je stationärem Patienten stiegen im Prüfzeitraum aus o. a. Gründen. Im Vergleich der Abteilungen untereinander zeigt sich, dass die Allgemeinchirurgie und die Innere Medizin unterdurchschnittliche Werte erreichten.

Auch nach der Analyse der Kennzahlen auf Ebene der Fachabteilung bleibt der LRH bei seiner Feststellung, dass die Entwicklung der Leistungsdaten der KDS im Prüfzeitraum beinahe durchgehend als rückläufig bzw. stagnierend zu beurteilen sind.

Im Vergleich der Abteilungen der KDS untereinander zeigt sich ein rückläufiger Trend, vor allem bei der Gynäkologie und Geburtshilfe sowie bei der Intensivabteilung. Obwohl vom Gesamttrend auch betroffen, nahmen die Orthopädie und Traumatologie sowie die Innere Medizin leicht zu.

Angesichts der beschriebenen Entwicklungen empfiehlt der LRH als Vorgriff auf die im RSG-St 2025 beschlossenen und mittlerweile verordneten Maßnahmen eine Reduktion der systemisierten bzw. tatsächlich aufgestellten Betten auf das im RSG-St für 2020 geplante Niveau von 94 Betten.

Der LRH stellt fest, dass bereits im RSG-St 2011, Version 2.0, für den Standort Schladming eine Reduktion auf 94 Akutbetten vorgeschrieben war, eine Bettenreduktion bislang jedoch nicht vorgenommen wurde.

Mit der o. a. Bettenreduktion sollten

- die Auslastung der Akutbetten auf das Soll-Niveau von rund 85 % erreicht,
- die angespannte Personalsituation hinsichtlich der Schwierigkeit der Besetzung freier Dienstposten verbessert,
- Einsparungseffekte und damit eine wirtschaftlichere und zweckmäßigere Wirtschaftsführung ermöglicht und
- potenzielle Raumressourcen für den geplanten Aufbau des Gesundheits- und Fachärztezentrums genutzt werden können.

Durch die interdisziplinäre Führung der Bettenstationen könnte dies durch eine Stationsschließung erreicht werden.

Zur Abdeckung saisonaler Spitzen sind entsprechende organisatorische Vorkehrungen (z. B. Zusatzbetten im Bedarfsfall auf den verbleibenden Stationen; Kooperation mit nahegelegenen Krankenanstalten) zu treffen.

Der LRH wiederholt seine Empfehlung, bis zur Umsetzung des Projektes „Leitspital Region Liezen“ und der darin vorgesehenen Geburtshilfe und Gynäkologie soweit möglich alternative Versorgungsformen in Betracht zu ziehen.

7. PERSONAL

7.1 Rechtliche Grundlagen

7.1.1 Überblick

Die wesentlichen rechtlichen Grundlagen für die Personalverwaltung der KDS im Prüfzeitraum waren

- der „Kollektivvertrag für die DienstnehmerInnen der Diakonissenkrankenhäuser Linz, Salzburg, Schladming“ vom 1. Juli 2003 inklusive der Ergänzungen 2008 und 2014, ersetzt durch den „Kollektivvertrag für die Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer der Klinik Diakonissen Linz und Schladming“ vom 1. Juli 2017,
- die Rahmenvereinbarung Ärzte,
- (diverse) Betriebsvereinbarungen

und, soweit in o. a. Quellen nicht anderes bestimmt, das Angestelltengesetz sowie die sonstigen gesetzlichen arbeitsrechtlichen Grundlagen.

7.1.2 Kollektivvertrag

Der o. a. Kollektivvertrag (KV) aus 2003, abgeschlossen zwischen dem Diakoniewerk (als Träger der Diakonissen-Krankenhäuser Linz, Schladming und Salzburg) und dem Österreichischen Gewerkschaftsbund (Gewerkschaft Handel Transport Verkehr) wurde in den Jahren 2008 und 2014 durch entsprechende Vereinbarungen ergänzt.

Die Klinik Diakonissen Salzburg wurde Anfang 2015 in das Gemeinschaftsunternehmen Privatklinik Wehrle-Diakonissen eingebracht. Das Diakoniewerk verfügt nur mehr über eine Minderheitsbeteiligung, die Krankenanstalt unterliegt nunmehr dem KV für Privatkrankenanstalten.

Mit 1. Juli 2017 wurde der KV aus 2003 in der geltenden Fassung durch einen neuen KV, unter Ausschluss der so nicht mehr existierenden Klinik Diakonissen Salzburg, ersetzt. Dieser wurde abgeschlossen zwischen dem Arbeitgeberverband der Diakonie Österreich und dem Österreichischen Gewerkschaftsbund, Gewerkschaft vida.

Der KV erstreckt sich räumlich über das Gebiet der Republik Österreich, fachlich über die Klinik Diakonissen Linz und die Klinik Diakonissen Schladming und persönlich über die Arbeitnehmer und Lehrlinge o. a. Kliniken. Der KV gilt nicht

- für Praktikanten, Volontäre, Schüler und Studierende,
- für Vorstandsmitglieder, Direktoren und Geschäftsführer sowie
- für Ärzte, Angehörige eines religiösen Ordens, Teilnehmer am freiwilligen sozialen Jahr und Ehrenamtliche.

Der KV umfasst arbeitsrechtliche Bestimmungen (I. Abschnitt) und Verwendungsgruppen, Gehaltstabelle, Zulagenordnung (II. Abschnitt).

7.1.3 Rahmenvereinbarung Ärzte

Zwischen der KDS, dem Spitalsärzterevertreter der KDS und der Ärztekammer für Steiermark wurde mit 1. Jänner 2015 die „Vereinbarung über die dienstrechtlichen Rahmenbedingungen für die in der Klinik Diakonissen Schladming GmbH angestellten Ärzte“ abgeschlossen.

Diese Vereinbarung ist auf die in einem Dienstverhältnis zur KDS stehenden Ärzte anzuwenden; Konsiliarärzte, Primärärzte und der Ärztliche Direktor werden von dieser Vereinbarung jedoch nicht erfasst.

7.1.4 Betriebsvereinbarungen

Darüber hinaus wurde dem LRH eine Reihe von Betriebsvereinbarungen, abgeschlossen zwischen der Geschäftsführung und dem Betriebsrat, zu folgenden Themen vorgelegt:

- Dienstzeiten
- Arbeitsbereitschaft
- Ärzte – verlängerte Dienste
- Dienstplanänderungen
- Fahrtkostenzuschuss
- Soziale Angelegenheiten
- Umkleidezeiten

7.1.5 (Exemplarische) Analyse dienstrechtlicher Regelungen und Vergleich mit dem Landesdienstrecht

Der LRH überprüfte stichprobenartig ausgewählte dienstrechtliche Regelungen für die Bediensteten der KDS. Zum Vergleich wurden die diesbezüglich für die Bediensteten der KAGes gültigen Regelungen nach dem Steiermärkischen Landesdienst- und Besoldungsrecht (Stmk. L-DBR) herangezogen.

Anrechnung von Vordienstzeiten

Gemäß § 4 KV werden neu eintretenden Arbeitnehmern für die Einreihung in die Gehaltsstufe Vordienstzeiten bei einem anderen Dienstgeber zur Gänze, maximal jedoch im Ausmaß von zehn Jahren angerechnet. Fachspezifische Ausbildungszeiten werden im Ausmaß von höchstens drei Jahren angerechnet.

Für die in der KDS angestellten Ärzte gibt es in § 5a der Rahmenvereinbarung Ärzte ein eigenes Anrechnungsmodell für Vordienstzeiten ohne Obergrenze.

Gemäß § 153 Stmk. L-DBR werden Ausbildungszeiten nach Vollendung der Schulpflicht im Ausmaß von maximal drei Jahren, darüber hinaus gehende andere Zeiten bis zu höchstens zehn Jahre zu 60 % als Vordienstzeiten anerkannt.

Der LRH stellt fest, dass die Anerkennung von Vordienstzeiten nach dem KV für die Bediensteten der KDS vorteilhafter ist als jene nach dem Stmk. L-DBR.

Normalarbeitszeit

Gemäß § 7 lit. a) KV beträgt die wöchentliche Normalarbeitszeit für alle Arbeitnehmer der KDS 39 Stunden. Die ab einer Arbeitszeit von mehr als sechs Stunden zustehende Ruhepause von mindestens 30 Minuten wird gemäß lit. c) in die Arbeitszeit nicht eingerechnet.

Gemäß § 37 Stmk. L-DBR beträgt die regelmäßige Wochendienstzeit der Bediensteten 40 Stunden. Die ab einer Arbeitszeit von mehr als sechs Stunden zustehende Ruhepause kommt, sofern sie in Anspruch genommen wird, zur Anrechnung.

Der LRH stellt fest, dass die Normalarbeitszeitregelung nach dem KV für die Bediensteten der KDS vorteilhafter ist als jene nach dem Stmk. L-DBR.

Gehaltsschemata

Die Gehaltsschemata nach dem KV der KDS (sechs Verwendungsgruppen, 22 Stufen für Arbeitnehmer aller vom KV umfassten Berufsgruppen) sind mit jenen des Stmk. L-DBR (acht verschiedene Gehaltsschemata für alle Berufsgruppen) nicht vergleichbar.

Im KV der KDS (wie auch im Stmk. L-DBR) wird eine Reihe von Nebengebühren bzw. Zulagen ermöglicht.

Der LRH stellt fest, dass der KV der KDS eine Reihe von Zulagen vorsieht: Erschwerniszulage, Gefahrenzulage, Ruf- und Arbeitsbereitschaftszulage, Leitungszulage (für Bereichsleitung, Team-/Stationsleitung, Koordinatoren, Vertretungen), Funktionszulagen (Funktionsträger, Projektverantwortung, Beauftragte, Experten), Sonn- und Feiertagszulage, Internatskosten und Zulage für Umkleidezeiten.

Die Regelungen in der KDS sind großzügig und offen ausgestaltet, damit besteht ein großer Ermessensspielraum und es wird die parallele Gewährung von mehreren Zulagen ermöglicht. Z. B. wird die Leitungszulage unabhängig vom Beschäftigungsausmaß in voller Höhe gewährt, im Falle einer Vertretung bereits ab drei zusammenhängenden Tagen. **Die Zulage für Umkleidezeiten geht über den Standard des Stmk. L-DBR hinaus.**

Der LRH stellt fest, dass die Gewährung von Zulagen nach dem KV für die Bediensteten der KDS vorteilhafter ist als jene nach dem Stmk. L-DBR.

Die Zeitvorrückungen erfolgen in der KDS gemäß § 14 lit. b) KV in den Stufen eins bis 20 alle zwei Jahre, in der Stufe 21 nach drei Jahren.

Die Bediensteten des Landes rücken nach fünf Jahren von der ersten auf die zweite Stufe und im Anschluss daran nach jeweils zwei Jahren auf die jeweils nächste Stufe vor.

Der LRH stellt fest, dass die Vorrückungsregelung nach dem KV für die Bediensteten der KDS vorteilhafter ist als jene nach dem Stmk. L-DBR.

Fahrtkostenzuschuss

Hierzu wurde zwischen der Geschäftsführung und dem Betriebsrat eine Betriebsvereinbarung abgeschlossen, die rückwirkend mit 1. Juli 2016 in Kraft trat.

Diese Betriebsvereinbarung gilt für alle Mitarbeiter der KDS, die unter den Geltungsbereich des KV fallen.

Voraussetzungen für einen Fahrtkostenzuschuss nach dieser Betriebsvereinbarung sind eine notwendige Entfernung zwischen nächstgelegener ständiger Wohnung und der Dienststelle von mindestens zwei Kilometern, keine Inanspruchnahme einer Dienstwohnung und regelmäßiges Zurücklegen der Fahrtstrecke an Arbeitstagen. Darüber hinaus müssen die notwendigen monatlichen Fahrtauslagen für das billigste öffentliche Verkehrsmittel, das für den Mitarbeiter zweckmäßigerweise in Betracht kommt, den Eigenanteil des Mitarbeiters (in der Höhe von € 25,-) übersteigen.

Die Höhe des monatlichen Fahrtkostenzuschusses ist durch Abzug des Eigenanteils von den notwendigen, nachzuweisenden monatlichen Fahrtauslagen zu ermitteln. Der maximale Fahrtkostenzuschuss beträgt € 74,- pro Monat.

Das Stmk. L-DBR sieht gemäß § 176 für die Bediensteten des Landes Steiermark folgende andere Voraussetzungen für die Gewährung eines Fahrtkostenzuschusses bzw. folgende andere Höhe vor:

Dem Bediensteten gebührt ein täglicher Fahrtkostenzuschuss im Ausmaß eines Fixbetrages je Fahrkilometer (Hin- und Rückfahrt), wenn die Entfernung zwischen der Dienststelle und der nächstgelegenen Wohnung mehr als 5 km beträgt, dieser die Wegstrecke an seinen Arbeitstagen regelmäßig zurücklegt und tatsächlich Fahrauslagen entstehen. Ab einer Entfernung von mehr als 60 km je Fahrtstrecke gebührt kein Fahrtkostenzuschuss.

Der LRH stellt fest, dass ein Vergleich des Fahrtkostenzuschusses der KDS mit der Regelung für Landesbedienstete im Stmk. L-DBR nicht möglich ist.

Reisekosten

Gemäß § 29 KV gebührt dem Arbeitnehmer bei Dienstreisen der Ersatz der aufgelaufenen Fahrtkosten und zwar bei Eisenbahnfahrten der Ersatz der Kosten der zweiten Klasse. Außerdem gebührt ein Taggeld und ein Übernachtungsgeld in der jeweils gültigen Höhe laut Einkommensteuergesetz. **Darüber hinaus hat der Arbeitnehmer Anspruch auf Ersatz aller sonstigen mit der Reise zusammenhängenden notwendigen Auslagen, welche durch Belege entsprechend nachzuweisen sind.**

Der LRH stellt fest, dass die o. a. Regelung im KV einen großen Interpretationsspielraum lässt. In Zusammenhang mit Dienstreisen notwendige Formalitäten (Antrag – Genehmigung – Auszahlung) sind in einem internen Dokument prozessual geregelt.

Die Reisekosten der KDS entwickelten sich im Prüfzeitraum 2015 bis 2017 wie folgt:

	2015	2016	2017
Reisekosten	11.457,23	10.251,08	17.196,20
km-Gelder	20.016,89	22.926,62	29.054,79
Summe Reise- und Fahraufwand	31.474,12	33.177,70	46.250,99

Quelle: Jahresabschlüsse 2015 bis 2017, KDS, aufbereitet durch den LRH

Der Aufwand für Reise- und Fahraufwand stieg im Prüfzeitraum um rund 46,9 %.

Das Steiermärkische Landesreisegebührengesetz (Stmk. L-RGG) regelt in zehn Abschnitten und 49 Paragraphen den Ersatz des Mehraufwandes, der Bediensteten des Landes durch eine Dienstreise, eine Dienstverrichtung im Dienstort, eine Dienstzuteilung und durch eine Versetzung entsteht. Durch die restriktiven Bestimmungen des Stmk. L-RGG werden die Dienstreisen der Bediensteten des Landes Steiermark klar geregelt und der daraus resultierende Aufwand begrenzt.

Der LRH stellt fest, dass ein Vergleich der Reisekostenbestimmungen mit den für die Bediensteten des Landes Steiermark gültigen Stmk. L-RGG nicht möglich ist.

Im Hinblick auf die Kostensteigerung im Prüfzeitraum, auf den Interpretationsspielraum der bestehenden Regelung und der überwiegenden Finanzierung der KDS durch das Land Steiermark empfiehlt der LRH, dass sich die KDS hinsichtlich des Ersatzes der Reisekosten künftig dem Stmk. L-RGG unterwirft.

Urlaubsregelung

Gemäß § 21 lit. a) KV gebührt allen Arbeitnehmern für jedes Kalenderjahr ein bezahlter Urlaub von 30 Werktagen laut Urlaubsgesetz. Gemäß lit. b) erhöht sich das Urlaubsausmaß mit Beginn des Urlaubsjahres, eine dreijährige Unternehmenszugehörigkeit vorausgesetzt, nach Vollendung des

- 35. Lebensjahres um einen Werktag
- 40. Lebensjahres um einen weiteren Werktag
- 45. Lebensjahres um zwei weitere Werktage
- 50. Lebensjahr um zwei weitere Werktage

als Vorgriff auf die sechste Urlaubswoche.

Davon abweichende bzw. ergänzende Sonderregelungen gibt es für Mitarbeiter im Krankenpflegefach- und -hilfsdienst, im OP, im Labor und im Bereich der bildgebenden Diagnostik.

Darüber hinaus sind bestimmte Gruppen von Bediensteten (v. a. Geschäftsführer, Ärzte, Praktikanten etc.) von diesen Regelungen generell ausgenommen.

Gemäß § 2 Urlaubsgesetz (Bundesgesetz vom 7. Juli 1976 betreffend die Vereinheitlichung des Urlaubsrechts und die Einführung einer Pflegefreistellung) gebührt den Arbeitnehmern ein bezahlter Urlaub im Ausmaß von 30 (nach 25 Dienstjahren im Ausmaß von 36) Werktagen (= alle Tage außer Sonn- und Feiertage) pro Urlaubsjahr. Hat der Arbeitnehmer keine Sechs-Tage-Woche, so nimmt die Rechtsprechung eine Umrechnung auf Arbeitstage (= Tage, an denen der Arbeitnehmer grundsätzlich zu arbeiten hat) vor, weshalb z. B. einem Arbeitnehmer mit einer Fünf-Tage-Woche ein Urlaub im Ausmaß von 25 (nach 25 Dienstjahren im Ausmaß von 30) Arbeitstagen zusteht.

Gemäß § 59 Stmk. L-DBR gebührt dem Bediensteten ein Erholungsurlaub im Ausmaß von 200 Stunden (25 Arbeitstage). Dieser erhöht sich nach Vollendung des 42. Lebensjahres auf 240 Stunden (30 Arbeitstage).

Der KV der KDS stellt auf Werktage ab. Laut der KDS werden die Werktage in Arbeitstage umgerechnet und so in die Personalverwaltung eingepflegt, d. h., der Erholungsurlaub beträgt grundsätzlich 25 Arbeitstage. Hinsichtlich der altersabhängigen Erhöhung des Urlaubsausmaßes gelten die Werktage zunächst als Arbeitstage; lediglich der sechste zusätzliche Werktag (nach Vollendung des 50. Lebensjahres) kommt im Hinblick auf die in der KDS übliche Fünf-Tage-Woche nicht zur Anwendung.

Im Bereich des Erholungsurlaubes für begünstigte Behinderte (§ 22 KV) und Sonderfreizeit (§ 23 KV) gelten Werktage als Arbeitstage.

Der LRH stellt fest, dass Urlaubsgesetz und Stmk. L-DBR abweichende Regelungen treffen. Der KV sieht für die Bediensteten der KDS vorteilhaftere Regelungen als das Urlaubsgesetz vor. Im Vergleich zum Stmk. L-DBR trifft dies teilweise zu.

Der LRH empfiehlt, im Hinblick auf die Betriebsabgangsdeckungsfinanzierung durch das Land Steiermark die Urlaubs- und Sonderfreizeitregelungen an jene des Landes (L-DBR) anzugleichen.

Dienstjubiläum

Gemäß § 19 KV erhalten Arbeitnehmer nach ununterbrochener Tätigkeit ein Jubiläumsgeld in folgender Höhe:

- nach 20 Dienstjahren 0,5 Bruttomonatsbezüge
- nach 25 Dienstjahren 1,0 Bruttomonatsbezüge
- nach 30 Dienstjahren 1,5 Bruttomonatsbezüge
- nach 35 Dienstjahren 2,0 Bruttomonatsbezüge

Gemäß Stmk. L-DBR ist für Bedienstete des Landes, die ab dem 1. Jänner 2003 den Landesdienst angetreten haben bzw. die in das neue Besoldungsschema ST übertraten, keine Jubiläumszuwendung mehr vorgesehen.

Vertragsbediensteten im Gesundheitswesen kann eine Jubiläumszuwendung gewährt werden. Diese beträgt

- bei einer Dienstzeit von 25 Jahren 200 % und
- bei einer Dienstzeit von 40 Jahren 400 %

des Monatsbezuges.

Der LRH stellt fest, dass die Dienstjubiläumszuwendung nach dem KV für die Bediensteten der KDS tendenziell vorteilhafter ist als jene nach dem Stmk. L-DBR für die Vertragsbediensteten im Gesundheitswesen. Einerseits kann eine solche einfacher erreicht werden, da sie in der KDS früher und öfter ausbezahlt wird. Andererseits bleibt sie bei einem arbeitslebenslangen Dienstverhältnis einen Bruttobezug hinter jener nach dem Stmk. L-DBR.

Zusammenfassung

Eingangs festzuhalten ist, dass von den o. a. dienstrechtlichen Regelungen abweichende Sonderverträge bei der KDS wie auch bei den steirischen Fondskrankenanstalten möglich sind.

Der LRH stellt fest, dass die dienstrechtlichen Regelungen für die Bediensteten der KDS in vielen der verglichenen Bereiche vorteilhafter sind als jene nach dem Stmk. L-DBR und somit über den in anderen steirischen Fondskrankenanstalten üblichen Standard hinausgehen.

Ein solches Vorgehen ist im Hinblick auf die Schwierigkeit der Rekrutierung von Personal in peripheren Regionen zwar nachvollziehbar, wird vom LRH jedoch als besondere Herausforderung gesehen, da dies zu einem Wettbewerb führte bzw. die daraus für die KDS bzw. konkurrierenden Krankenanstalten resultierenden Mehrkosten vom Land Steiermark über die Betriebsabgangsdeckung finanziert werden müssen.

Der LRH empfiehlt, dass sich die KDS bei ihren dienstrechtlichen Regelungen künftig am Landesstandard (nach dem Stmk. L-DBR) orientiert.

Stellungnahme Landesrat Mag. Christopher Drexler:

Die KDS kann den Ausführungen des LRH, dass das Rahmenrecht im Kollektivvertrag für Dienstnehmerinnen und Dienstnehmer der Kliniken Diakonissen Linz und Schladming (ausgenommen Ärztinnen und Ärzte) in vielen der verglichenen Bereiche vorteilhaft ist, grundsätzlich folgen.

Die KDS kann der Feststellung des LRH, dass die Gehaltstabellen inkl. Zulagenregelung schwer vergleichbar sind, ebenfalls folgen.

Die KDS kommt jedoch zur Auffassung, dass die Höhe der Grundgehälter für die Bediensteten nach dem Dienst- und Besoldungsrecht der Bediensteten des Landes Steiermark (Stmk. L-DBR) gegenüber den Bediensteten der KDS gemäß unten angeführter Tabelle überwiegend vorteilhafter sind.

Bezeichnung	SchemaVerwendungsgruppe/Stufe	EUR p.m.	EUR p.a. (14x)
PAss	KDS 3/13	2.369,20	33.169
PAss	L-DBR SII/4	2.460,00	34.440
Differenz		90,80	1.271
DGKP	KDS 4/13	2.681,30	37.538
DGKP	L-DBR SII/3	3.047,40	42.663
Differenz		366,10	5.125
MTD	KSD 5/13	3.059,50	42.833
MTD	L-DBR SII/2	3.326,70	46.573
Differenz		267,00	3.740

Quelle: https://www.verwaltung.steiermark.at/cms/dokumente/12635918_74835823/baf48ec6/Entlohnungsschema%20SII.pdf (abgerufen am 18.07.2019, gültig ab 01.01.2018) und KV der Kliniken Diakonissen gültig ab 01.07.2018 (Tabelle KDS)

Die KDS vertritt auf Basis dieser Gehaltstabellen die Auffassung, dass die monetären Vorteile des Stmk. L-DBR das vorteilhaftere Rahmenrecht der KDS jedenfalls aufwiegen, wenn nicht übersteigen. Demzufolge wird davon ausgegangen, dass in Summe die finanzielle Belastung für das Land Steiermark durch den Kollektivvertrag (KV) der KDS nicht höher ist als durch das Stmk. L-DBR.

Auch aus der Sicht der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ergeben sich in Summe keine Vorteile aus dem KV der KDS. Alleine aufgrund der Gehaltstabellen bedeutet das Stmk. L-DBR eine Besserstellung, eine nähere Analyse der Arbeitszeitregelungen und der Betriebsvereinbarungen musste aus Zeitgründen unterbleiben. Aber es liegen Hinweise vor, die auch in diesem Kontext deutliche Vorteile für Dienstnehmerinnen und Dienstnehmer im Stmk. L-DBR erkennen lassen.

Replik des Landesrechnungshofes:

Der LRH weist noch einmal darauf hin, dass das Gehaltsschema nach dem KV der KDS mit sechs Verwendungsgruppen und jeweils 22 Stufen alle vom KV umfassten Berufsgruppen abdeckt. Das Stmk. L-DBR hingegen sieht acht Gehaltsschemata mit insgesamt 37 Verwendungsgruppen und jeweils bis zu 23 Stufen für alle Berufsgruppen vor.

Die Gehaltsschemata nach dem KV der KDS sind daher mit jenen des Stmk. L-DBR nicht vergleichbar.

Hinzu kommen, wie vom LRH ausgeführt, Unterschiede in der Anrechnung von Vordienstzeiten sowie hinsichtlich der Vorrückung in die nächste Stufe des Gehaltsschemas. Allein letztere führt dazu, dass bei identer Karriere Landesbedienstete mindestens 1,5 Stufen unter der Einstufung der Bediensteten der KDS liegen und damit Vorteile in der Höhe der Grundgehälter weitgehend ausgeglichen werden.

„Hinweise“ auf deutliche Vorteile für Dienstnehmer im Stmk. L-DBR konnte der LRH im Rahmen des von ihm durchgeführten Vergleichs der Dienstrechte von KDS und Land Steiermark nicht erkennen, vielmehr entstand der gegenteilige Eindruck.

Der LRH bleibt daher bei seinen Feststellungen und Empfehlungen.

Weiters empfiehlt der LRH dem Gesundheitsfonds, dass dieser diesem Aspekt im Rahmen der Wirtschaftsaufsicht über die steirischen Fondskrankenanstalten besondere Beachtung schenkt.

Stellungnahme Landesrat Mag. Christopher Drexler:

Die Wirtschaftsaufsicht des GFSTMK hat Kontroll- und Begleitfunktion, sie greift nicht in die operative Geschäfts- bzw. Betriebsführung ein.

Es sind den mit der Wirtschaftsaufsicht betrauten Organen alle erforderlichen Auskünfte und Unterlagen jederzeit zur Verfügung zu stellen (gemäß § 40 Abs. 6 Stmk. Krankenanstaltengesetz 2012). Die Budgetverantwortung und deren Einhaltung obliegt ausschließlich der Trägerin bzw. dem Träger oder dem Management der Fondskrankenanstalten.

Der GFSTMK greift die Empfehlung des Landesrechnungshofes auf und wird zukünftig im Rahmen der Wirtschaftsaufsicht jährliche Themenschwerpunkte festlegen und diese einer stichprobenartigen sowie vertieften Überprüfung unterziehen, um eine höhere Transparenz über die Fondskrankenanstalten zu erhalten und eine stärkere Steuerungsfunktion wahrnehmen zu können.

Exkurs: Ausblick Projekt „Leitspital Region Liezen“

Die Ausgestaltung einer künftigen Zusammenarbeit zwischen KAGes und KDS im Rahmen des geplanten „Leitspital Region Liezen“ ist Gegenstand des gleichnamigen Projektes (vgl. Kapitel 3.2 „Darstellung der KDS im RSG-St 2025“).

Der LRH stellt fest, dass die Dienstrechte der beiden genannten Träger, wie o. a., deutlich voneinander abweichen; die Bediensteten der KAGes unterliegen in erster Linie dem Stmk. L-DBR und diversen Betriebsvereinbarungen, die Bediensteten der KDS den in den Kapitel 7.1.1 bis 7.1.4 genannten Grundlagen.

Für die Bediensteten der KDS, die in das „Leitspital Region Liezen“ übernommen werden sollen, wird eine Übernahme in den Landesdienst als Vertragsbedienstete angedacht.

Der LRH empfiehlt, dass die allfällig von der KDS in das „Leitspital Region Liezen“ übertretenden Bediensteten ausnahmslos in den Landesdienst übernommen werden sollen, sodass sichergestellt wird, dass es dort nur ein Dienstrecht gibt bzw. es im Vergleich zum Landesstandard (Stmk. L-DBR, Stmk. L-RGG) zu keiner Besserstellung von Bediensteten bzw. Gruppen von Bediensteten kommt.

Stellungnahme Landesrat Mag. Christopher Drexler:

Die Steiermärkische Landesregierung hat in der Regierungssitzung vom 20.12.2018 (GZ: ABT08-113126/2018-3) den GFSTMK mit der Gesamtprojektleitung des Projektes „Leitspital Region Liezen“ gemäß § 3 Abs. 7 Steiermärkisches Gesundheitsfondsgesetz 2017 beauftragt.

Innerhalb dieses Projektes wurden zwei Teilprojekte gebildet, wobei sich das Teilprojekt 1 mit dem künftigen Betrieb („Betrieb Leitspital“) und das Teilprojekt 2 mit der Errichtung dieses Leitspitals („Errichtung Leitspital“) befasst.

Die Betreiberinnen der derzeitigen drei Standorte, KAGes und KDS, haben sich innerhalb des Teilprojektes I „Betrieb Leitspital“ am 18.05.2019 auf die gemeinsame Gründung einer Betreibergesellschaft geeinigt.

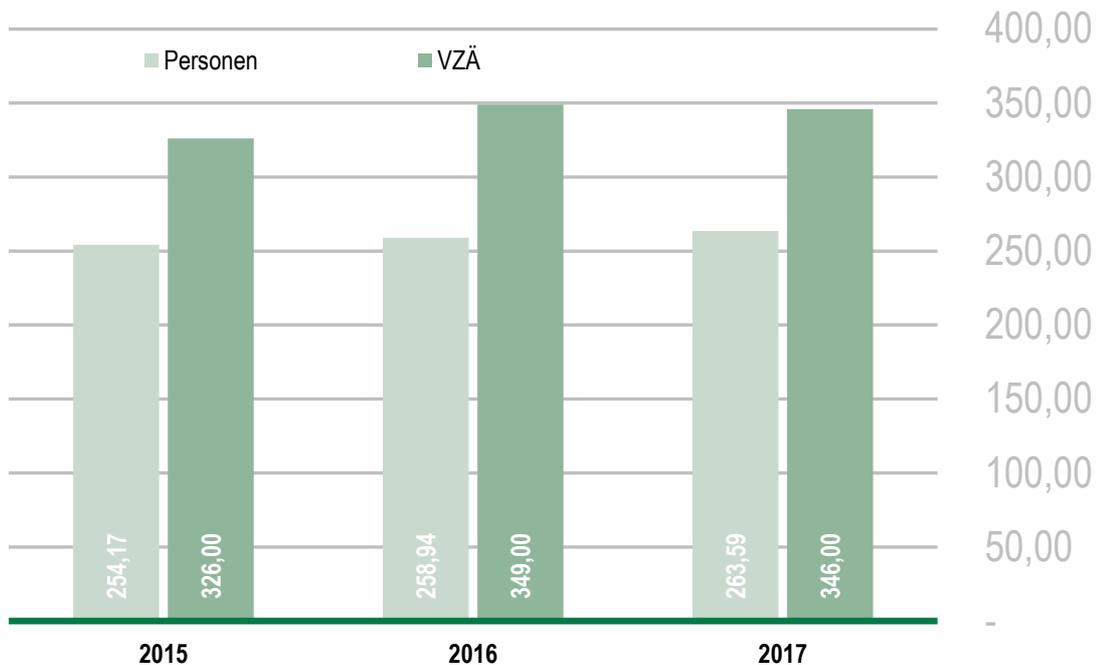
Der Projektstrukturplan des Teilprojektes I beinhaltet die Arbeitspakete „Rahmenbedingungen der Gesellschaft“, „medizinisch-pflegerischer Betrieb“, „administrative und technische Betriebsführung“, „Personal“, „Kommunikation“ und „Betriebsfinanzierung“. Innerhalb des Arbeitspaketes „Rahmenbedingungen der Gesellschaft“ wird in Unterarbeitspaketen die rechtliche Situation der zukünftigen Betreibergesellschaft, die gesellschaftsrechtliche und die wirtschaftliche Konzeption erarbeitet werden. Zudem werden strategische Festlegungen getroffen. Die Inhalte dieser Arbeitspakete werden derzeit definiert, eine präzise Ausarbeitung ist erst nach der Finanzierungsentscheidung möglich.

Für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der derzeitigen drei Standorte wird, wie im oben angeführten Regierungssitzungsbeschluss bereits festgehalten, eine Arbeitsplatz-Garantie angestrebt. Alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des zukünftigen Krankenhauses Ennstal werden in das Dienst- und Besoldungsrecht des Landes Steiermark übernommen. Die detaillierte Ausgestaltung wird im Arbeitspaket „Personal“ abgearbeitet.

7.2 Personalstand

Die KDS beschäftigte im Jahr 2017 durchschnittlich 346 Personen bzw. 263,59 VZÄ. Die Anzahl der in der KDS beschäftigten Personen bzw. VZÄ entwickelte sich im Prüfzeitraum wie folgt:

Personalstand 2015 bis 2017



Quelle: Jahresabschlüsse 2015 bis 2017, korrigierte Beschäftigte, KDS, aufbereitet durch den LRH

Der LRH stellt fest, dass die Anzahl der beschäftigten Personen (VZÄ) von 254,17 (326) um 3,7 % (6,1 %) auf 263,59 (346) stieg.

In der folgenden Tabelle ist die Entwicklung der Beschäftigten der KDS (VZÄ) nach Berufsgruppen im Prüfzeitraum 2015 bis 2017 dargestellt:

	2015	2016	2017
Ärzte	41,55	43,74	45,81
Hebammen	5,54	5,66	6,19
Gesundheits- und Krankenpflege	116,48	117,08	113,78
Pflegehilfe	23,40	22,96	26,72
Med.-Technische Dienste	16,99	17,22	17,56
Verwaltung	25,78	26,92	28,38
Betriebspersonal	19,01	19,54	21,18
Sonstiges Personal	5,42	5,82	3,97
Gesamt	254,17	258,94	263,59

Quelle: Korrigierte Beschäftigte, KDS, aufbereitet durch den LRH

Die größte Berufsgruppe ist der gehobene Dienst für die Gesundheits- und Krankenpflege mit durchschnittlich 45 %, gefolgt von der Ärzteschaft mit durchschnittlich 17 %.

Die Analyse zeigt weiters, dass es v. a. Steigerungen bei den Ärzten, bei den Hebammen, im Pflegehilfsdienst, in der Verwaltung und beim Betriebspersonal des Krankenhauses gab. Beim gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege und beim sonstigen Personal gab es einen Rückgang bei den Beschäftigten.

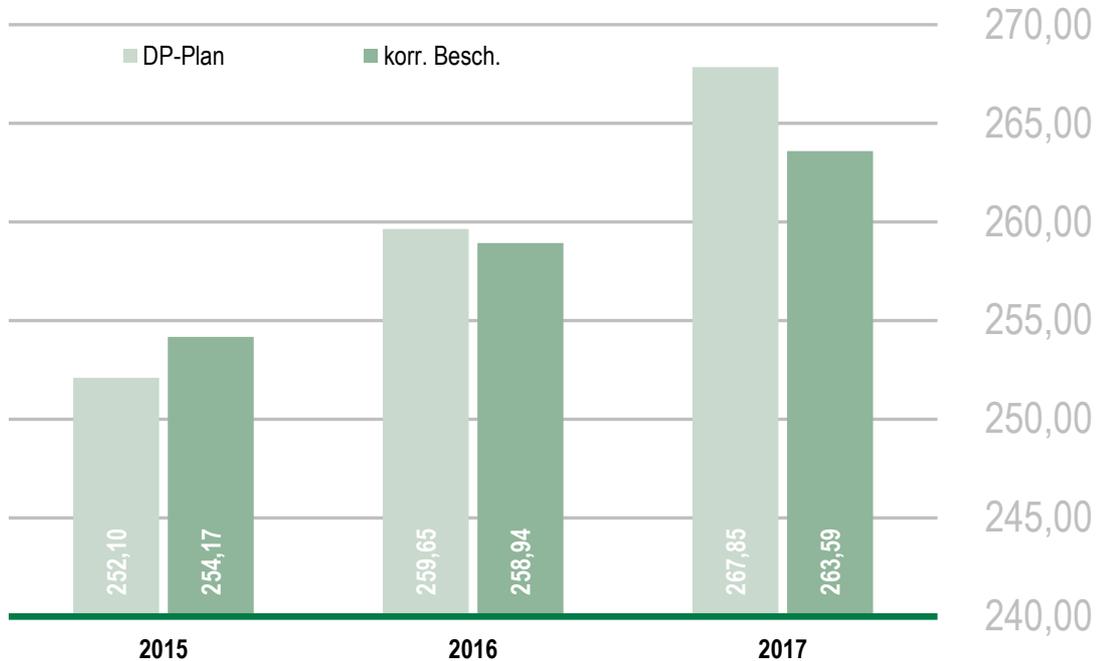
Dieser Entwicklung des zunehmenden Personalstandes entsprechend stieg auch der Personalaufwand im Prüfzeitraum 2015 bis 2017 von € 18,1 Mio. um 4,7 % auf € 18,9 Mio. (siehe Kapitel 8.4 „Gewinn- und Verlustrechnung“).

Der LRH weist darauf hin, dass diese Steigerungen bei Personalstand und Personalaufwand den rückläufigen Leistungsdaten (siehe Kapitel 6. „Leistungsdaten und Kennzahlen“) grundsätzlich widersprechen. Das neue Krankenanstalten-Arbeitszeitgesetz (KA-AZG) und die damit in Zusammenhang stehende Dienstpostenvermehrung bei den Ärzten ist ein Erklärungsansatz hierfür, ebenso, dass Diensträder unabhängig von der Auslastung zu besetzen sind und der Abbau von Personal aus organisatorischen Gründen in vielen Fällen erst zeitversetzt erfolgt.

Der LRH empfiehlt, geeignete Maßnahmen zu setzen, sodass sich die rückläufige Entwicklung der Leistungsdaten auch im Personalaufwand wiederfindet. Hierzu verweist der LRH auf seine Empfehlungen im Kapitel 6. „Leistungsdaten und Kennzahlen“.

In der folgenden Darstellung werden für den Prüfzeitraum die Dienstpostenpläne den korrigierten Beschäftigten (jeweils VZÄ) gegenübergestellt:

Plan-Ist-Vergleich Beschäftigte (VZÄ)



Quelle: Dienstpostenpläne und korrigierte Beschäftigte der KDS, aufbereitet durch den LRH

Die Dienstpostenpläne sahen für den Zeitraum 2015 bis 2017 eine Steigerung im Ausmaß von 6,2 % vor. Während es in 2015 noch eine Überbesetzung gab, konnten 2016 und 2017 die Dienstposten laut Dienstpostenplan nicht mehr vollständig besetzt werden.

Dies bestätigt die Aussage der Geschäftsführung bzw. Anstaltsleitung, dass es für die KDS immer schwieriger wird, die vorhandenen Stellen zu besetzen. Am Stichtag 24. Juni 2019 waren auf der Homepage der KDS sieben offene Stellenangebote, fünf Ausbildungsstellen und eine Lehrstelle ausgeschrieben.

Seitens der KDS werden eine Reihe von Maßnahmen gesetzt, um auf dem Arbeitsmarkt als attraktiver Arbeitgeber wahrgenommen zu werden:

- Präsenz auf dem Arbeitsmarkt durch permanente Ausschreibungen und Rekrutierungsmaßnahmen
- dienstrechtliche Regelungen (siehe Kapitel 7.1.5 „(Exemplarische) Analyse dienstrechtlicher Regelungen und Vergleich mit dem Landesdienstrecht“)
- Bereitstellung von günstigen Dienstwohnungen (siehe Kapitel 9.2.2 „Dienstwohnungen“); diese sind z. B. für Lehrlinge und Studenten im klinisch-praktischen Jahr (KPJ) sogar kostenfrei

- Kostenlose Verpflegung von z. B. Schülern, Praktikanten, Studenten im KPJ
- Lehrkrankenhaus der Medizinischen Universität Graz sowie Lehrkrankenhaus der Medizinischen Universität Wien und damit permanent Stellen für Famulaturen bzw. das KPJ

Der LRH wiederholt seine Anmerkung, dass ein solches Vorgehen im Hinblick auf die Schwierigkeit der Rekrutierung von Personal in peripheren Regionen zwar nachvollziehbar ist, jedoch als besondere Herausforderung gesehen wird, da dies zu einem Wettbewerb führte bzw. die daraus für die KDS bzw. konkurrierenden Krankenanstalten resultierenden Mehrkosten vom Land Steiermark über die Betriebsabgangsdeckung finanziert werden müssen.

Der LRH empfiehlt, gegenständliche Maßnahmen zur Personalrekrutierung im Hinblick auf Sparsamkeit, Wirtschaftlichkeit und Zweckmäßigkeit zu evaluieren.

Wie bereits in einigen Vorberichten stellt der LRH neuerlich fest, dass durch die derzeitigen Rahmenbedingungen (z. B. Ausbildungsplätze, Berufsgruppen-gesetze, demographische Entwicklung, KA-AZG) im Gesundheitswesen ein Arbeitskräftemangel vorliegt, der sich weiter verschärfen wird.

Der LRH empfiehlt den Verantwortungsträgern (Gesundheitsplattform, Gesundheitsressort), im eigenen Wirkungsbereich soweit möglich Gegenmaßnahmen einzuleiten; darüber hinaus ist diese Problematik an die Bundesebene heranzutragen und nachdrücklich zu verfolgen.

7.3 Personaladministration

Die Personaladministration (Lohnverrechnung und Personalservice), so die KDS, wurde auf Wunsch des Diakoniewerks auf Grund der Einführung einer neuen Software in die dortige Zentralverwaltung ausgelagert. Ab 1. März 2017 übernahm der damalige Bereichsleiter für Personal und Infrastruktur in der KDS in Personalunion auch die Verwaltungsleitung.

2017 wurden der KDS seitens des Diakoniewerks für Lohnverrechnung und Personaladministration rund € 49.000,- verrechnet.

Trotz der Umstrukturierung/Auslagerung kam es im Verwaltungsbereich zu einer Dienstpostenvermehrung (siehe Kapitel 7.2 „Personalstand“); Einsparungen würden, so die Geschäftsführung, erst künftig möglich sein.

Der LRH kann dennoch nicht nachvollziehen, warum es trotz einer Auslagerung von Verwaltungsleistungen zu einer Dienstpostenvermehrung kam.

Der LRH empfiehlt daher eine entsprechende Dienstpostenreduktion für den Verwaltungsbereich.

7.4 Gleichstellung und Diversität

Im Leitbild und in der Anstaltsordnung der KDS sowie in den Leitbildern des Diakoniewerks finden sich Gleichstellung und Diversität als wesentliche Bausteine der Unternehmenskultur und somit als grundlegende Ausrichtung in der Betriebsführung. Dies spiegelt sich auch in den Stellenbeschreibungen und Dienstverträgen der Mitarbeiter wider.

Der LRH stellt fest, dass sich die Berücksichtigung von Gleichstellung und Diversität in der gesamten Organisation wiederfindet.

8. FINANZIELLE GEBARUNG

Dem LRH wurden für den Prüfzeitraum 2015 bis 2017 u. a. Jahresabschlüsse, Saldenlisten, Buchungsjournale, Wirtschafts- und Dienstpostenpläne sowie die Prüfberichte des Jahresabschlussprüfers vorgelegt. Weiters wurden die angefragten Auskünfte erteilt und zusätzlich angeforderte Unterlagen zur Verfügung gestellt.

8.1 Überblick

Bei der Klinik Diakonissen Schladming GmbH handelt es sich um eine Gesellschaft mit beschränkter Haftung (GmbH); sie hat sich daher den Vorschriften des Rechnungslegungsgesetzes der §§ 189 ff. Unternehmensgesetzbuch (UGB) zu unterwerfen.

Da die Bilanzsumme mehr als € 20 Mio. beträgt und im Jahresdurchschnitt mehr als 250 Arbeitnehmer beschäftigt werden, ist die KDS gemäß § 221 Abs. 3 UGB als große Kapitalgesellschaft zu klassifizieren.

Weiters gilt die KDS als gemeinnützige GmbH im Sinne der §§ 34 ff. Bundesabgabenordnung.

Das Geschäftsjahr der KDS erstreckt sich jeweils vom 1. Jänner bis zum 31. Dezember des jeweiligen Kalenderjahres.

Gemäß § 268 Abs. 1 UGB sind der Jahresabschluss (Bilanz, Gewinn- und Verlustrechnung (GuV), Anhang) und der Lagebericht durch einen Abschlussprüfer zu prüfen.

Der LRH stellt fest, dass im Prüfzeitraum der Prüfpflicht gemäß § 268 Abs. 1 UGB nachgekommen wurde. Mit der Prüfung des Jahresabschlusses war in jedem Jahr dieselbe Wirtschaftsprüfungs- und Steuerberatungskanzlei beauftragt.

Der LRH empfiehlt in regelmäßigen mehrjährigen Abständen einen Wechsel des Jahresabschlussprüfers.

In den Prüfberichten 2015 bis 2017 kam der Abschlussprüfer jeweils zu dem Schluss, dass der Jahresabschluss den gesetzlichen Vorschriften entspricht, ein getreues Bild der Vermögens-, Finanz- und Ertragslage vermittelt und mit den österreichischen unternehmensrechtlichen Vorschriften übereinstimmt. Der Lagebericht stand jeweils im Einklang mit dem Jahresabschluss.

2016 und 2017 wies der Abschlussprüfer im Prüfzeitraum im Rahmen des Bestätigungsvermerks auf Grund des zunehmenden negativen Eigenkapitals bzw. Jahresverlustes auf Unsicherheiten in der Unternehmensfortführung hin.

8.2 Vermögen (Aktiva)

	31.12.2015	31.12.2016	31.12.2017
Anlagevermögen	31.406.341,50	30.003.031,78	28.790.864,21
immaterielle Vermögensgegenstände	110.080,36	196.881,48	139.522,56
gewerbliche Schutzrechte und ähnliche Rechte und Vorteile	110.080,36	196.881,48	139.522,56
Sachanlagen	31.296.261,14	29.806.150,30	28.651.341,65
Grundstücke und Bauten	30.072.522,31	28.886.061,95	27.764.026,19
andere Anlagen, Betriebs- und Geschäftsausstattung	1.223.738,83	920.088,35	887.315,46
Umlaufvermögen	38.560.964,66	35.212.981,33	34.288.764,85
Vorräte	350.069,22	342.798,07	327.239,94
Roh-, Hilfs- und Betriebsstoffe	350.069,22	342.798,07	327.239,94
Forderungen und sonstige Vermögensgegenstände	38.163.557,55	34.821.435,85	33.924.139,04
Forderungen aus Lieferungen und Leistungen	2.255.160,00	1.817.986,03	2.933.229,67
Forderungen gegenüber verbundenen Unternehmen	1.729.598,00	1.592.876,83	1.456.292,46
Sonstige Forderungen und Vermögensgegenstände	34.178.799,55	31.410.572,99	29.534.616,91
Kassenbestand, Guthaben bei Kreditinstituten	47.337,89	48.747,41	37.385,87
Rechnungsabgrenzungsposten	18.278,30	40.006,19	81.552,77
AKTIVA	69.985.584,46	65.256.019,30	63.161.181,83

Quelle: Jahresabschlüsse 2015 bis 2017, aufbereitet durch den LRH

Die Bilanzsumme der KDS reduzierte sich im Prüfzeitraum um 9,8 %. Diese Entwicklung resultiert auf der Aktivseite der Bilanz einerseits im Bereich des Anlagevermögens aus der (kumulierten) Abschreibung des Neubaus im Jahr 2006 (Grundstücke und Bauten, - 8,3 %) und andererseits im Bereich des Umlaufvermögens aus der Verringerung der sonstigen Forderungen und Vermögensgegenstände um - 11,1 %.

Die Forderungsentwicklung begründet sich wie folgt:

- Die Forderungen der KDS gegenüber dem Land Steiermark aus der Subventionierung des Neubaus 2006 verringern sich durch die zweimal jährlichen Zahlungen um rund € 2 Mio. p. a.
- Auch nehmen die Forderungen gegenüber dem Diakoniewerk aus der Übertragung der Abfertigungsrückstellungen, die im Rahmen der Einbringung der KDS in die Trägergesellschaft entstanden, stetig ab.
- Im Prüfzeitraum erhöhten sich hingegen die Forderungen aus Lieferungen und Leistungen gegenüber dem Gesundheitsfonds Steiermark; diese resultieren, so die KDS, in erster Linie aus der Meldedisziplin der KDS in Verbindung mit der Zahlungssystematik des Gesundheitsfonds im Rahmen der LKF-Abrechnung. Da dieser Ablauf nunmehr standardisiert wurde, sollte es aus diesem Titel künftig keine großen Schwankungen mehr geben.

8.3 Kapital (Passiva)

	31.12.2015	31.12.2016	31.12.2017
(negatives) Eigenkapital	-1.220.774,92	-1.546.990,39	-1.837.605,54
eingefordertes Stammkapital	35.000,00	350.000,00	350.000,00
Stammkapital	35.000,00	350.000,00	350.000,00
Kapitalrücklagen	15.509,38	15.509,38	15.509,38
nicht gebundene	15.509,38	15.509,38	15.509,38
Gewinnrücklagen	9.520,96	0,00	0,00
andere Rücklagen (freie Rücklage)	9.520,96	0,00	0,00
Bilanzverlust	-1.280.805,26	-1.912.499,77	-2.203.114,92
davon Verlustvortrag	-534.332,78	-1.280.805,26	-1.912.499,77
Investitionszuschüsse	31.383.991,71	29.995.297,34	28.780.920,85
Rückstellungen	3.311.263,84	3.396.916,59	3.608.387,65
Rückstellungen für Abfertigungen	2.076.065,87	2.138.551,30	2.222.194,72
sonstige Rückstellungen	1.235.197,97	1.258.365,29	1.386.192,93
Verbindlichkeiten	36.511.104,04	33.410.795,76	32.609.478,87
Verbindlichkeiten gegenüber Kreditinstituten	34.111.297,97	31.680.169,92	30.576.979,64
Verbindlichkeiten aus Lieferungen und Leistungen	988.925,47	774.373,60	867.568,25
Verbindlichkeiten gegenüber verbundenen Unternehmen	65.146,12	53.912,69	64.396,32
sonstige Verbindlichkeiten	1.345.734,48	902.339,55	1.100.534,66
<i>davon aus Steuern</i>	<i>369.591,26</i>	<i>321.598,13</i>	<i>350.082,08</i>
<i>davon im Rahmen der sozialen Sicherheit</i>	<i>451.594,53</i>	<i>423.472,22</i>	<i>480.562,64</i>
PASSIVA	69.985.584,67	65.256.019,30	63.161.181,83

Quelle: Jahresabschlüsse 2015 bis 2017, aufbereitet durch den LRH

Die Reduktion der Bilanzsumme auf der Passivseite der Bilanz spiegelt sich v. a. bei den (passivierten) Investitionszuschüssen (€ - 2,6 Mio.) und den Verbindlichkeiten gegenüber den Kreditinstituten (€ - 3,5 Mio.) wider. Diese stehen mit der Subvention bzw. der Finanzierung des Krankenhausneubaus 2006 in Verbindung.

Trotz einer Kapitalerhöhung von € 35.000,- auf € 350.000,- im Jahr 2016 verschlechterte sich das negative Eigenkapital auf Grund jährlicher Verluste im Prüfzeitraum von rund € 1,2 Mio. um € 616.830,62 auf rund € 1,8 Mio.

Dies wurde im Anhang des Jahresabschlusses 2017 von der KDS damit begründet, dass das negative Eigenkapital vorrangig aus der nicht zahlungswirksamen Bildung von Rückstellungen beruhe, die nicht im Rahmen der Verrechnung mit dem Land Steiermark abgedeckt werde (vgl. hierzu auch Kapitel 8.4 „Gewinn- und Verlustrechnung“). Die Aufwendungen für die gebildeten Rückstellungen würden erst im Jahr des zahlungswirksamen Anfalls abgerechnet.

Der LRH weist darauf hin, dass derartige Verpflichtungen gegenüber der KDS bzw. den anderen steirischen Nicht-KAGes-Fondskrankenanstalten seitens des Landes im Rahmen des Landesrechnungsabschlusses ebenso rückzustellen sind.

Weiters weist der LRH darauf hin, dass diese Verpflichtungen gegenüber der KDS im Hinblick auf die Umsetzung des RSG-St 2025 zu großen Teilen schlagend werden könnten.

Die von der KDS bilanzierten Rückstellungen entwickelten sich im Prüfzeitraum wie folgt:

Rückstellungen für	2015	2016	2017
Abfertigungen	2.076.065,87	2.138.551,30	2.222.194,72
nicht konsumierte Urlaube	504.419,26	546.511,51	597.012,39
Jubiläumsgelder	487.106,47	563.448,58	636.860,51
Überstunden	60.577,01	68.900,00	75.700,00
Sonstige	172.095,23	72.505,20	67.620,03
∑ Personal	3.300.263,84	3.389.916,59	3.599.387,65
Steuerberatung	11.000,00	7.000,00	9.000,00
∑ Sonstige	11.000,00	7.000,00	9.000,00
∑ Gesamt	3.311.263,84	3.396.916,59	3.608.387,65

Quelle: Saldenlisten 2015 bis 2017, KDS, aufbereitet durch den LRH

Personalarückstellungen werden z. T. erst seit der Gründung der Gesellschaft 2014 gebildet. Die bilanzierten Rückstellungen sind im Prüfzeitraum um rund 9 % gestiegen. Seitens der KDS wird eine weitere Zunahme der Rückstellungen und damit eine weitere Verschlechterung der Eigenkapitalsituation erwartet.

Solange die Abfertigungsrückstellungen höher als das negative Eigenkapital der KDS sind, ist eine Deckung des negativen Eigenkapitals praktisch gewährleistet und eine Überschuldung nicht gegeben.

Der LRH weist darauf hin, dass es trotz fallender Leistungskennzahlen und sinkender Auslastung zum Aufbau von Rückstellungen für nicht konsumierte Urlaube und für Überstunden kam.

Die KDS erklärt dies durch die Strukturiertheit des Hauses, welche eine Aufrechterhaltung der Diensträder bei Unterbesetzung schwierig macht; dies führt zum Aufbau von Überstunden und Resturlauben.

Der LRH empfiehlt dennoch, nach Möglichkeit nicht konsumierte Urlaube und Überstunden abzubauen, um den Rückstellungsaufbau einzubremsen und damit die (negative) Eigenkapitalsituation zu entlasten.

Im Hinblick auf den RSG-St 2025 bzw. das Projekt „Leitspital Region Liezen“ und die damit einhergehenden Unsicherheiten hinsichtlich des künftigen Betriebes des Standortes in Schladming empfiehlt der LRH

- dem Eigentümer dringend, die Eigenkapitalsituation der KDS zu verbessern,
- und dem Land Steiermark, diese im Rahmen der Verhandlungen über die Betriebsführung des „Leitspital Region Liezen“ zu berücksichtigen.

Stellungnahme Landesrat Mag. Christopher Drexler:

Siehe Seite 61 f.

Den Bediensteten der KDS, die in das „Leitspital Region Liezen“ übertreten, soll eine Übernahme in den Landesdienst als Vertragsbedienstete angeboten werden (s. o.). Die Konditionen der Übernahme der Bediensteten der KDS in den Landesdienst sind noch Gegenstand von Verhandlungen.

Der LRH weist erneut darauf hin, dass, je nach Konditionen der Überführung der Bediensteten in den Landesdienst, mitunter große Teile dieser Rückstellungen (z. B. Abfertigungsrückstellungen, Rückstellungen für nicht konsumierte Urlaube, Rückstellungen für Überstunden) schlagend werden und über die Abgangsdeckung den Landeshaushalt massiv belasten könnten.

Der LRH empfiehlt, in Anbetracht des erheblichen Umfangs die „Rückstellungen für nicht konsumierte Urlaube“ und die „Rückstellungen für Jubiläumsgelder“ auf der Passivseite der Bilanz gesondert auszuweisen.

8.4 Gewinn- und Verlustrechnung

	31.12.2015	31.12.2016	31.12.2017
Umsatzerlöse	14.490.195,61	14.826.602,02	15.592.369,33
sonstige betriebliche Erträge	12.714.416,28	12.773.168,59	12.858.231,31
Erträge aus dem Abgang vom Anlagevermögen ausgenommen Finanzanlagen	0,00	20.863,78	0,00
Erträge aus der Auflösung von Rückstellungen	8.560,68	11.166,97	33.751,27
übrige	12.705.855,60	12.741.137,84	12.824.480,04
Aufwendungen f. Material u. sonstige bezogene Herstellungsleistungen	-3.195.049,93	-3.307.882,77	-3.256.061,25
Materialaufwand	-3.195.049,93	-3.307.882,77	-3.256.061,25
Personalaufwand	-18.116.856,78	-18.222.447,34	-18.972.036,34
Gehälter	-14.206.472,75	-14.526.490,21	-15.130.217,60
soziale Aufwendungen	-3.910.384,03	-3.695.957,13	-3.841.818,74
davon Aufwendungen f. Abfertigungen u. betrieb. Mitarbeitervorsorgekassen	-764.851,51	-407.250,38	-411.704,97
davon Aufwendungen für gesetzl. vorgeschriebene Sozialabgaben sowie entgeltabhängige Abgaben und Pflichtbeiträge	-3.048.700,76	-3.138.502,41	-3.251.950,76
Abschreibungen	-1.861.408,26	-1.915.003,47	-1.631.205,64
auf Sachanlagen	-1.861.408,26	-1.915.003,47	-1.631.205,64
sonstige betriebliche Aufwendungen	-4.701.927,34	-4.761.107,25	-4.844.952,03
davon Steuern, ausgenommen Einkommens- und Ertragssteuern	-449,72	0,00	-2.218,88
Betriebserfolg	-670.630,42	-606.670,22	-253.654,62
sonstige Zinsen und ähnliche Erträge	34,84	33,68	21,81
Zinsen und ähnliche Aufwendungen	-75.876,90	-34.578,93	-36.982,34
Finanzerfolg	-75.842,48	-34.545,25	-36.960,53
Ergebnis vor Steuern	-746.472,48	-641.215,47	-290.615,15
Ergebnis nach Steuern	-746.472,48	-641.215,47	-290.615,15
Jahresfehlbetrag	-746.472,48	-641.215,47	-290.615,15
Auflösung von Gewinnrücklagen	0,00	9.520,96	0,00
andere Rücklagen (freie Rücklagen)	0,00	9.520,96	0,00
Verlustvortrag aus dem Vorjahr	-534.332,78	-1.280.805,26	-1.912.499,77
Bilanzverlust	-1.280.805,26	-1.912.499,77	-2.203.114,92

Quelle: Jahresabschlüsse 2015 – 2017, aufbereitet durch den LRH

Der LRH stellt fest, dass sich die Gliederung der GuV nicht vollständig mit den Vorgaben des § 231 Abs. 2 UGB deckt.

Der LRH empfiehlt, die GuV künftig nach den Vorgaben des § 231 Abs. 2 UGB auszugestalten.

Betriebliche Erträge

Die betrieblichen Erträge der KDS stiegen im Prüfzeitraum 2015 bis 2017 von € 27,2 Mio. um 4,6 % auf € 28,5 Mio. Sie setzten sich aus den Umsatzerlösen (durchschnittlich 53,9 %) und den sonstigen betrieblichen Erträgen (durchschnittlich 46,1 %) zusammen.

Die Umsatzerlöse sind im Prüfzeitraum 2015 bis 2017 von € 14,5 Mio. um 7,6 % auf € 15,6 Mio. gestiegen. Sie setzten sich aus

- den Umsatzerlösen Krankenhaus (durchschnittlich 95,8 %),
- Aufwandsvergütungen verbundener Unternehmen (durchschnittlich 1,9 %),
- Mieten und Pachten (durchschnittlich 0,7 %) und
- sonstigen Umsatzerlösen (durchschnittlich 1,6 %) zusammen.

Der Zuwachs der Umsatzerlöse geht in erster Linie auf die Erhöhung der LKF-Erlöse (10,2 %) zurück. Laut Gesundheitsfonds wurden die LDF-Pauschalen auf Basis der Kostendaten 2014 neu kalkuliert. Dadurch kam es über alle Leistungen zu einer rund 25%igen Steigerung der LKF-Gesamtpunktezahl, die sich letztlich auch in den LKF-Erlösen niederschlägt.

Die wichtigsten Erlöspositionen im Prüfzeitraum waren die LKF-Erlöse (75,7 %), Erlöse aus der Erbringung von Dialysen (4,8 %), Erträge aus der Aufzahlung in die höhere Gebührenklasse (4,5 %), Erträge aus den Notarzdiensten (2,8 %), Erträge aus medizinischen Sachleistungen (2,5 %) und Erträge Selbstzahler Allgemeine Gebührenklasse (1,9 %).

Die sonstigen betrieblichen Erträge wiederum sind im Prüfzeitraum 2015 bis 2017 von € 12,7 Mio. um 1,1 % auf € 12,9 Mio. gestiegen. Sie setzten sich aus

- den Erträgen aus dem Abgang und der Zuschreibung zum Anlagevermögen (0,1 %)
- den Erträgen aus der Auflösung von Rückstellungen (0,1 %) und
- übrigen sonstigen betrieblichen Erträgen (99,8 %) zusammen.

Im Wesentlichen handelt es sich bei den übrigen sonstigen betrieblichen Erträgen um Subventionen und Zuschüsse (vgl. hierzu auch das Kapitel 8.5 „Betriebsabgangsdeckung“). Die wichtigsten Ertragspositionen im Prüfzeitraum waren der Zuschuss zum laufenden Betrieb (64,7 %), die Ambulanzsubvention (14,7 %), die Auflösung von Wertberichtigungen zu Anlagen (13,8 %), die Subventionen zur KA-AZG-Novelle bzw. zur Attraktivierung der Pflege (4,4 %) und die Qualitätssubvention Strukturtopf (3,0 %).

Betriebliche Aufwendungen

Die betrieblichen Aufwendungen der KDS stiegen im Prüfzeitraum 2015 bis 2017 von € 27,9 Mio. um 3,0 % auf € 28,7 Mio. Sie setzten sich aus den Materialaufwendungen (durchschnittlich 11,5 %), den Personalaufwendungen (durchschnittlich 65,2 %), den Abschreibungen (durchschnittlich 6,4 %) und den sonstigen betrieblichen Aufwendungen (durchschnittlich 16,9 %) zusammen.

Der Materialaufwand stieg im Prüfzeitraum 2015 bis 2017 von € 3,2 Mio. um 1,9 % auf € 3,3 Mio.

Die größten Aufwandspositionen waren das Medizinische Verbrauchsmaterial (14,1 %), Medikamente und Heilmittel (13,6 %), kleine Implantate (13,2 %), medizinische Fremdleistungen (11,4 %) und Lebensmittel (10,9 %).

Von 2016 auf 2017 kam es zu Umschichtungen zwischen einigen Materialkonten. Bei den medizinischen Fremdleistungen (+ 11,5 %) und den Lebensmitteln (+ 10,0 %) gab es die stärksten Zuwächse.

Insgesamt war die Steigerung des Materialaufwands im Prüfzeitraum mit 1,9 % moderat und lag deutlich unter der Erhöhung der betrieblichen Aufwendungen. Jedoch ist darauf hinzuweisen, dass die Leistungsdaten im selben Zeitraum eine stagnierende bzw. rückläufige Entwicklung zeigten (vgl. Kapitel 6. „Leistungsdaten und Kennzahlen“).

Der Personalaufwand stieg im Prüfzeitraum 2015 bis 2017 von € 18,1 Mio. um rund 4,7 % auf rund € 18,9 Mio.

Mehrkosten aufgrund des KA-AZG bzw. der Anpassung der Gehälter für den Pflegedienst, die Entwicklung des Personalstandes (siehe gleichlautendes Kapitel 7.2), bzw. die jährlichen Gehaltsanpassungen machen die Steigerung des Personalaufwands nachvollziehbar.

Ein Vergleich der Personalkosten (laut GuV) je Mitarbeiter (Köpfe, unabhängig vom Beschäftigungsausmaß) zeigt, dass sich die KDS mit dieser Kennzahl 2017 auf dem Niveau der KAGes befanden.

Dennoch ist nochmals darauf hinzuweisen, dass die Leistungsdaten im selben Zeitraum eine stagnierende bzw. rückläufige Entwicklung zeigten (vgl. Kapitel 6. „Leistungsdaten und Kennzahlen“).

Der LRH wiederholt seine Empfehlung, geeignete Maßnahmen zu setzen, sodass sich eine stagnierende bzw. rückläufige Entwicklung der Leistungsdaten auch im

Personalaufwand wiederfindet. Hierzu verweist der LRH auf seine Empfehlungen im Kapitel 6. „Leistungsdaten und Kennzahlen“.

Die Abschreibungen sanken im Prüfzeitraum 2015 bis 2017 von € 1,8 Mio. um 12,4 % auf € 1,6 Mio.

Laut Anlagenspiegel wurde 2017 weniger investiert als 2015 und 2016; dies spiegelt sich auch bei den Ersatzanschaffungen wider (siehe Kapitel 8.6 „Ersatzanschaffungen“), das vom Gesundheitsfonds genehmigte Volumen wurde nicht gänzlich ausgeschöpft.

Für 2018 ist wiederum eine Zunahme der Investitionen (und in der Folge der Abschreibungen) zu erwarten, da auf Basis einer Vereinbarung mit dem Gesundheitsfonds mit dem Tausch der Radiologie-Geräte begonnen wird.

Der LRH empfiehlt, im Hinblick auf das Projekt „Leitspital Region Liezen“ Investitionen auf das unbedingt notwendige Maß zu reduzieren. Für Anlagegegenstände, deren Nutzungsdauer fünf Jahre überschreitet, ist eine Nutzung nach 2025 sicherzustellen.

Stellungnahme Landesrat Mag. Christopher Drexler:

Siehe Seite 61 f.

Die sonstigen betrieblichen Aufwendungen sind im Prüfzeitraum 2015 bis 2017 von € 4,7 Mio. um rund 3 % auf € 4,8 Mio. gestiegen.

Die größten Positionen waren die Service- und Wartungsverträge (12,8 %), Fremdreinigung (23,7 %), Energiebezüge und Entsorgung (11,4 %), Wäschereinigung (8,6 %) und der Zentralverwaltungsaufwand (4,3 %).

Der Aufwand in der Aufwandsgruppe Fremdpersonal und Fremdreinigung nahm im Prüfzeitraum um rund 9 % zu. Steigerungen gab es bei allen Aufwandsarten dieser Aufwandsgruppe, der größte Teil der Steigerung geht jedoch auf die Auslagerung der Personaladministration und der Personalservices an das Diakoniewerk zurück.

Der LRH stellt fest, dass es trotz der Auslagerung der Personaladministration und der Personalservices im Verwaltungsbereich zu einer Stellenvermehrung kam, die wiederum zur Steigerung der Personalkosten beitrug.

Der Aufwand der KDS im Zusammenhang mit der Auflösung von eingebrachten (Personal-)Rückstellungen des Diakoniewerks verringerte sich im Prüfzeitraum deutlich.

In den sonstigen Schadensfällen ist 2017 der Aufwand von € 85.000,-- für einen Schadensfall enthalten. Auch nahm der Aufwand in der Aufwandsgruppe „Instandhaltung“ im Prüfzeitraum um € 73.609,36 zu.

Betriebsergebnis

Das Betriebsergebnis war im gesamten Prüfzeitraum negativ. Es verbesserte sich von € - 670.630,42 in 2015 auf € - 606.670,22 in 2016 sowie auf letztlich € - 253.654,62 in 2017.

Dieses weit bessere Betriebsergebnis 2017 ist jedoch letztlich darauf zurückzuführen, dass die betrieblichen Erträge auf Grund der Neuberechnung der LDF-Pauschalen stärker stiegen als die betrieblichen Aufwendungen.

Laut KDS ergaben sich die negativen Betriebsergebnisse vorrangig aus der nicht zahlungswirksamen Bildung von Rückstellungen.

Vom LRH wird der (erfolgswirksame) Saldo aus der Bildung bzw. der Auflösung der in der Bilanz passivierten Rückstellungen für den Prüfzeitraum wie folgt dargestellt:

Rückstellungssalden für	2015	2016	2017
Abfertigungen	251.499,47	62.485,43	83.643,42
nicht konsumierte Urlaube	91.653,90	42.092,25	50.500,88
Jubiläumsgelder	136.699,76	76.342,11	73.411,93
offene Überstunden	172.095,23	- 99.590,03	- 4.885,17
Sonn- und Feiertagsstunden	56.577,01	8.322,99	75.700,00
∑ Personalarückstellungssalden	708.525,37	89.652,75	209.471,06
Steuerberatung	11.000,00	- 4.000,00	2.000,00
∑ Salden sonstige Rückstellungen	11.000,00	- 4.000,00	2.000,00
∑ Rückstellungssalden	719.525,37	85.652,75	211.471,06

Quelle: Saldenlisten 2015 bis 2017, KDS, aufbereitet durch den LRH

Der LRH stellt fest, dass diese Rückstellungssalden das negative Betriebsergebnis aus 2016 nicht erklären können.

Es ist darauf hinzuweisen, dass die Vereinbarung zwischen dem Land Steiermark und dem Diakoniewerk vom 20. Juni 2005 über die Deckung des Betriebsabganges lediglich Abschreibungen auf das Anlagevermögen, die Dotierung von Abfertigungsrückstellungen sowie die Dotierung allfälliger Pensionsrückstellungen aus der Finanzierung ausnimmt.

Bei der Berechnung der bereinigten Betriebsabgänge 2015 bis 2017 – dieser ist von der KDS beim Gesundheitsfonds einzureichen - wurden sämtliche (nicht zahlungswirksamen) Personalrückstellungen (für Abfertigungen, für Jubiläumsgeld, für nicht konsumierte Urlaube, für Sonn- und Feiertagsstunden, für offene Überstunden, für Übertragung Abfertigungsrückstellung) herausgerechnet.

Weiters stellt der LRH fest, dass die Salden aus Dotierungen und Auflösungen von Rückstellungen laut GuV nicht vollständig mit den Bewegungen der Rückstellungskonten auf der Passivseite der Bilanz übereinstimmen, da Rückstellungen teilweise auf Verrechnungskonten (z. B. Forderungen gegenüber Land Steiermark aus Finanzierung des laufenden Betriebes) aufgelöst wurden:

	2015	2016	2017
Rst.-Saldo lt. Bilanz	708.525,37	89.652,75	209.471,06
Rst.-Saldo lt. GuV bzw. bereinigter Betriebsabgang	769.297,26	454.431,28	333.321,88

Quelle: aufbereitet durch den LRH

Der LRH stellt fest, dass die Rückstellungsbewegungen im Jahresabschluss nicht transparent dargestellt sind. Die gewählte Buchungslogik ist für den LRH nicht nachvollziehbar.

Der LRH empfiehlt, die Darstellung der Rückstellungen im Jahresabschluss transparent und nachvollziehbar vorzunehmen.

Der LRH bleibt bei seiner Feststellung, dass das negative Betriebsergebnis 2016 nicht zur Gänze durch die Bildung von Rückstellungen erklärt werden kann und in der Folge auch aus dem laufenden Betrieb resultiert.

Unter Berücksichtigung des Finanzergebnisses, der Auflösung von Gewinnrücklagen und des Verlustvortrages ergab sich 2015 ein Bilanzverlust von € - 1,3 Mio., im Jahr 2016 von € - 1,9 Mio. und im Jahr 2017 von € - 2,2 Mio.

Zu den Kennzahlen nach dem Unternehmensreorganisationsgesetz (URG) hat der Jahresabschlussprüfer folgende Angaben gemacht:

	2015	2016	2017
Eigenmittelquote in %	k. A. (negatives Eigenkapital)	k. A. (negatives Eigenkapital)	k. A. (negatives Eigenkapital)
fiktive Schuldentilgungsdauer in Jahren	k. A. (negativer Mittelüberschuss)	k. A. (negativer Mittelüberschuss)	k. A. (negativer Mittelüberschuss)

Quelle: Berichte des Jahresabschlussprüfers 2015 bis 2017

Hierzu nahm der Wirtschaftsprüfer 2015 bis 2017 wie folgt Stellung: *„Die Vermutung eines Reorganisationsbedarfes gemäß § 22 Abs. 1 Z. 1 URG ist unter Berücksichtigung der Berechnungsvorschriften im Sinne der Stellungnahme des Fachsenates für Unternehmensrecht und Revision des Institutes für Betriebswirtschaft, Steuerrecht und Organisation der Kammer der Steuerberater und Wirtschaftsprüfer zur Behandlung von nicht rückzahlbaren Investitionszuschüssen bei der Ermittlung der Eigenmittelquote gemäß § 23 URG und der fiktiven Schuldentilgungsdauer gemäß § 24 URG gegeben.“*

Laut Jahresabschlussbericht 2015 besteht seit 2014 ein Reorganisationsbedarf laut URG. Das Unternehmen befindet sich rechtlich damit seit damals in einer finanziellen Ausnahmesituation. Auf Grund der Finanzierungsvereinbarung mit dem Land Steiermark hinsichtlich der Abgangsdeckung besteht jedoch keine unmittelbare Insolvenzgefahr bzw. ist der Fortbestand des Unternehmens vorerst gesichert.

Wie bereits in Kapitel 3.2 „Darstellung der KDS im RSG-St 2025“ festgehalten, soll der Standort nach 2025 als ambulant und tagesklinisch tätige Versorgungseinrichtung weitergeführt werden und ein Facharzt- bzw. Gesundheitszentrum beherbergen; eine enge fachliche und organisatorische Anbindung an das „Leitspital Region Liezen“ ist, so der RSG-St 2025, dabei anzustreben.

Auf Grund dieser sich wesentlich ändernden Rahmenbedingungen wird das Land mit dem Träger in Gespräche über eine entsprechende Anpassung des Finanzierungsvertrages aus 2005 (siehe Kapitel 3.6 „Exkurs: Vereinbarung zwischen dem Land Steiermark und dem Diakoniewerk vom 20. Juni 2005“) treten müssen.

Die Finanzierung des Betriebes eines Facharzt- bzw. Gesundheitszentrums, selbst bei enger fachlicher und organisatorischer Anbindung an das neue Leitspital, muss im Rahmen dieser Gespräche geregelt werden. Allfällige Einnahmen (z. B. aus der Verpachtung von Räumlichkeiten) sind kostenmindernd zu berücksichtigen.

Der LRH empfiehlt der KDS,

- **Maßnahmen zur Sanierung der evidenten finanziellen Ausnahmesituation zu ergreifen (z. B. Redimensionierung des KH-Betriebes auf die RSG-St 2020-Vorgaben, Zuschuss durch den Eigentümer),**
- **ein den ganzen Standort umfassendes Nachnutzungskonzept zu erarbeiten, darüber Einvernehmen mit dem Land herzustellen und dessen Umsetzung einzuleiten,**
- **mit dem Land Steiermark in Gespräche über die Abwicklung der Vereinbarung zur Abdeckung des Betriebsabganges und der Finanzierung des Neubaus 2006 ab dem Jahr 2025 zu treten.**

8.5 Betriebsabgangsdeckung

Die KDS ist eine allgemein öffentliche, gemeinnützige Krankenanstalt, die über den Gesundheitsfonds Steiermark finanziert wird. Daher gilt sie auch als Fonds-krankenanstalt. Da die Regelfinanzierung über den LKF-Fonds nicht kostendeckend ist, ergibt sich ein jährlicher Betriebsabgang. Dieser wird, wie auch bei den anderen steirischen Fondskrankenanstalten, durch das Land Steiermark abgedeckt.

Die jährliche Betriebsabgangsdeckung der KDS ist in der Vereinbarung zwischen dem Land Steiermark und dem Diakoniewerk vom 20. Juni 2005 geregelt (siehe Kapitel 3.6 „Exkurs: Vereinbarung zwischen dem Land Steiermark und dem Diakoniewerk vom 20. Juni 2005“). Der KDS wird dadurch eine Finanzierungssicherheit gegeben bzw. es wird damit die Abdeckung des Betriebsabganges der KDS durch das Land Steiermark längerfristig sichergestellt.

Im Prüfzeitraum 2015 bis 2017 wurden zwischen der KDS einerseits sowie dem Gesundheitsfonds Steiermark und dem Land Steiermark andererseits jährlich Finanzierungsverträge abgeschlossen, auf deren Basis die Betriebsabgangsdeckung unter dem Titel „anteilige Leistungsfinanzierung“ zur Auszahlung kommt. In dieser anteiligen Leistungsfinanzierung sind nunmehr auch Ersatzinvestitionen bzw. Aufwendungen für Instandhaltungen enthalten.

Für 2015 bis 2017 waren laut dieser jährlichen Finanzierungsverträge folgende Maximalbeträge, exklusive der Finanzierungsausgaben für den Neubau 2006, vorgesehen:

	2015	2016	2017
anteilige Leistungsfinanzierung	10.057.038,00	10.853.491,93	10.602.401,00

Quelle: Finanzierungsverträge 2015 bis 2017

Der LRH stellt fest, dass die Beträge der anteiligen Leistungsfinanzierung in jeweils sechs annähernd gleichen Raten an die KDS ausbezahlt wurden.

Hinzu kommen die jährlichen Zahlungen zur Finanzierung des Neubaus 2006 in zwei jährlichen Teilzahlungen:

	2015	2016	2017
Finanzierung Neubau, 1. Tranche	1.053.401,17	1.038.086,10	1.038.086,10
Finanzierung Neubau, 2. Tranche	1.042.429,03	1.038.086,10	1.038.086,10
Finanzierung Neubau gesamt	2.095.830,20	2.076.172,20	2.076.172,20

Quelle: Zahlungsmittelungen Finanzierung Neubau, KDS, aufbereitet durch den LRH

Unter Berücksichtigung der Abgeltung der Mehrkosten für die Attraktivierung der Pflege 2017 in der Höhe von € 662.500,-- ergeben sich für die KDS Förderungen/Subventionen in folgender Höhe, welche sich auch in den Förderungsberichten des Landes Steiermark 2015 bis 2017 unter dem Titel „Betriebsabgangsdeckung Klinik Diakonissen Schladming“ wiederfinden bzw. auch seitens des Gesundheitsfonds bestätigt wurden:

	2015	2016	2017
Betriebsabgangsdeckung KDS	12.152.868,20	12.929.664,13	13.341.073,20

Quelle: Förderungsberichte des Landes Steiermark 2015 bis 2017, aufbereitet durch den LRH

Die Betriebsabgangsdeckung laut Förderungsberichte belief sich im Prüfzeitraum 2015 bis 2017 durchschnittlich auf € 12,8 Mio. Sie stieg von € 12,2 Mio. in 2015 um 9,8 % auf € 13,3 Mio. in 2017. In der Folgekostenberechnung für den Ende 2006 bezogenen Neubau des Krankenhauses war man – unter anderen Rahmenbedingungen – für 2007 noch von einem Betriebsabgang in der Höhe von € 5,6 Mio. ausgegangen.

Darüber hinaus flossen im Prüfzeitraum folgende (Sonder-)Förderungen/Subventionen (und wurden von der KDS auch als Subventionen verbucht):

- 2015 ein Betrag von € 1.024.000,-- für die Finanzierung des neuen KA-AZG;
- 2016 ein Betrag von € 233.241,27 unter dem Titel Zusatzmittel Ärzte;
- 2017 ein Betrag von € 97.560,-- für die präoperative Ambulanz sowie den Ausbau der ambulanten Dialyse.

Diese Beträge sind in den Förderungsberichten des Landes Steiermark 2015 bis 2017 nicht enthalten, da es sich hierbei um Mittel des Gesundheitsfonds handelt.

Summiert man die (Maximal-)Beträge der anteiligen Leistungsfinanzierung laut jährlicher Finanzierungsverträge mit den (Sonder-)Förderungen/Subventionen des Gesundheitsfonds, so ergeben sich 2015 bis 2017 folgende Betriebszuschüsse (ohne Zahlungen zur Finanzierung des Neubaus):

	2015	2016	2017
Anteilige Leistungsfinanzierung	10.057.038,00	10.853.491,93	10.602.401,00
(Sonder-)Förderungen/ Subventionen Gesundheitsfonds	1.024.000,00	233.241,27	662.500,00 97.560,00
Betriebszuschüsse (aus der Berechnung des bereinigten Betriebsabganges)	11.081.038,00	11.086.733,20	11.362.461,00

Quelle: aufbereitet durch den LRH

Unter Berücksichtigung der Finanzierung des Neubaus ergeben sich für den Zeitraum 2015 bis 2017 Zuschüsse zum Betriebsabgang in der folgenden Höhe:

	2015	2016	2017
Betriebsabgangsdeckung KDS (inkl. (Sonder-)Förderungen/ Subventionen sowie Finanzierung Neubau 2006)	13.176.868,20	13.162.905,40	13.438.633,20

Quelle: Förderungsberichte des Landes Steiermark 2015 bis 2017, aufbereitet durch den LRH

Der LRH stellt fest, dass die KDS vom Land Steiermark bzw. vom Gesundheitsfonds im Prüfzeitraum jährlich insgesamt rund € 13,3 Mio. zur Deckung des Betriebsabganges erhielt.

Die folgende Tabelle zeigt einen Vergleich der Betriebsabgangsdeckung der KDS mit jenen der anderen landesfondsfinanzierten konfessionellen Spitäler (Krankenhaus der Barmherzigen Brüder (BHB), KH der Elisabethinen, MKH Vorau):

Ø 2015 – 2017 (inkl. Finanzierungskosten Neubau 2006)					
	KDS	BHB	KH Elisabeth.	MKH Vorau	Ø Ordens-KH
Betriebsabgang (BA)	12.807.868,51	13.658.408,83	7.285.298,69	4.321.236,47	8.421.648,00
(tatsächliche) Betten	126	442	190	112	248
stationäre Patienten	7.384	21.410	13.499	5.788	13.565
Belagstage	29.675	127.060	45.204	29.671	67.312
Personal (VZÄ)	258,73	751,84	382	235,38	456,56
Auslastung	64,5%	78,8%	65,3%	72,6%	74,4%
ambulante Patienten	29.756	51.855	21.071	18.332	30.419

Quelle: Förderungsberichte 2015 bis 2017, Gesundheitsfonds Jahresbericht 2017, aufbereitet durch den LRH

Φ 2015 – 2017 (inkl. Finanzierungskosten Neubau 2006)					
	KDS	BHB	KH Elisabeth.	MKH Vorau	Φ Orden-KH
BA / (tats.) Bett	101.649,75	30.901,38	38.411,07	38.582,47	33.973,48
BA / stat. Patient	1.734,47	637,96	539,69	746,63	620,82
BA / Belagstag	431,60	107,50	161,16	145,64	125,11
BA / Personal (VZÄ)	49.502,20	18.166,72	19.048,86	18.358,55	18.446,01
BA / amb. Patient	430,43	263,40	345,75	235,72	276,85
BA / (tats.) Bett	299,2%	91,0%	113,1%	113,6%	100,0%
BA / stat. Patient	279,4%	102,8%	86,9%	120,3%	100,0%
BA / Belagstag	345,0%	85,9%	128,8%	116,4%	100,0%
BA / Personal (VZÄ)	268,4%	98,5%	103,3%	99,5%	100,0%
BA / amb. Patient	155,5%	95,1%	124,9%	85,1%	100,0%

Quelle: Förderungsberichte 2015 bis 2017, Gesundheitsfonds Jahresbericht 2017, aufbereitet durch den LRH

Nach dem Krankenhaus der BHB erhielt die KDS 2017 absolut gesehen die zweitgrößte Abgangsdeckung unter den konfessionellen Krankenhäusern in der Steiermark.

Stellt man die Abgangsdeckung der konfessionellen Krankenhäuser in Relation zu grundlegenden Kennzahlen, so zeigt sich, dass die KDS die 1,6- bis 3,5-fache Abgangsdeckung im Vergleich zu den anderen konfessionellen Spitälern erhält.

Würde man die Finanzierungskosten für die KDS ausklammern – es ist jedoch darauf hinzuweisen, dass auch die anderen konfessionellen Krankenhäuser Zuschüsse zu Bauvorhaben erhalten (so wird z. B. die Erweiterung des Krankenhauses der BHB Marschallgasse vom Gesundheitsfonds mit maximal € 48 Mio. bezuschusst), ändert sich die Feststellung nicht, dass die KDS in Relation zu anderen konfessionellen Spitälern unverhältnismäßig hohe Abgangsdeckungen (1,3- bis 2,9-fache Abgangsdeckung) erhält:

Ø 2015 – 2017 (exkl. Finanzierungskosten Neubau 2006)					
	KDS	BHB	KH Elisabeth.	MKH Vorau	Ø Orden-KH
Betriebsabgang (BA)	10.725.143,64	13.658.408,83	7.285.298,69	4.321.236,47	8.421.648,00
BA / (tats.) Bett	85.120,19	30.901,38	38.411,07	38.582,47	33.973,48
BA / stat. Patient	1.452,42	637,96	539,69	746,63	620,82
BA / Belagstag	361,42	107,50	161,16	145,64	125,11
BA / Personal (VZÄ)	41.452,50	18.166,72	19.048,86	18.358,55	18.446,01
BA / amb. Patient	360,44	263,40	345,75	235,72	276,85
BA / (tats.) Bett	250,5%	91,0%	113,1%	113,6%	100,0%
BA / stat. Patient	234,0%	102,8%	86,9%	120,3%	100,0%
BA / Belagstag	288,9%	85,9%	128,8%	116,4%	100,0%
BA / Personal (VZÄ)	224,7%	98,5%	103,3%	99,5%	100,0%
BA / amb. Patient	130,2%	95,1%	124,9%	85,1%	100,0%

Quelle: Förderungsberichte 2015 bis 2017, Gesundheitsfonds Jahresbericht 2017, aufbereitet durch den LRH

Der LRH verweist auf seine Feststellungen und Empfehlungen im Kapitel 6. „Leistungsdaten und Kennzahlen“.

8.6 Ersatzanschaffungen

Die Aufwendungen für Ersatzanschaffungen sind von der Vereinbarung zwischen dem Land Steiermark und dem Diakoniewerk vom 20. Juni 2005 (siehe gleichlautendes Kapitel 3.6) umfasst.

Der Gesundheitsfonds bewertet Ersatzanschaffungen nach eigenen Angaben hauptsächlich aus dem Blickwinkel der Wirtschaftlichkeit und Zweckmäßigkeit aufgrund des Leistungsangebotes. Ersatzanschaffungen werden dann anerkannt, wenn ein Gerät nach Ablauf der Nutzungsdauer durch ein gleichwertiges Gerät – technische Weiterentwicklung inbegriffen – ersetzt werden muss. Erweiterungen um zusätzliche Funktionen, die nicht durch den technischen Fortschritt begründbar sind, werden nicht als Ersatzanschaffungen anerkannt.

Der LRH stellt fest, dass eine eindeutige Definition, was unter einer Ersatzanschaffung zu verstehen ist, in der o. a. Vereinbarung nicht enthalten ist und daher Interpretationsspielraum besteht.

Der LRH empfiehlt dem Gesundheitsfonds, den Begriff der Ersatzanschaffung eindeutig zu definieren und künftig in den Vereinbarungen mit den Fondskrankenanstalten zu verankern.

Stellungnahme Landesrat Mag. Christopher Drexler:

In der 42. Sitzung der Gesundheitsplattform Steiermark am 26.06.2019 wurde die neue „Richtlinie zur Erstellung der Jahresvoranschläge sowie zur Durchführung der Wirtschaftsaufsicht von steirischen Fondskrankenanstalten“ (RL JV-WiA) beschlossen. Diese enthält nun folgende Definition von Ersatzanschaffungen in steirischen Fondskrankenanstalten:

„Ersatzanschaffungen werden in der betriebswirtschaftlichen Literatur im Bereich der Planungsrechnung oft als Ersatzinvestitionen bezeichnet und beziehen sich auf den Austausch von bereits vorhandenen Anlagegütern. Unter den sogenannten Anlagegütern sind im Betrieb längerfristig eingesetzte Wirtschaftsgüter zu verstehen. Gleich wie Ersatzanschaffungen sind solche Neuinvestitionen in medizinisch-technische Geräte und IT zu behandeln, die aufgrund der medizinischen/technischen Entwicklung zur Erfüllung des bestehenden Versorgungsauftrages im laufenden Betrieb erforderlich sind. Diese müssen mehr als ein Jahr im Betrieb vorhanden sein. Beispiele dazu sind medizintechnische Geräte, Computer oder Drucker.“

Anmerkung des Landesrechnungshofes:

Die neue in der 42. Sitzung der Gesundheitsplattform Steiermark am 26. Juni 2019 beschlossene „Richtlinie zur Erstellung der Jahresvoranschläge sowie zur

Durchführung der Wirtschaftsaufsicht von steirischen Fondskrankenanstalten (RL JV-WiA)“ des Gesundheitsfonds war nicht Gegenstand dieser Prüfung.

Der LRH nimmt jedoch zur Kenntnis, dass hierin Anregungen bzw. Empfehlungen des LRH aufgegriffen wurden bzw. ggfs. in die weitere Entwicklung des Ersatzanschaffungsprozedere einfließen werden.

Der Gesundheitsfonds gibt an, dass Ersatzanschaffungen grundsätzlich einem laufenden Monitoring unterzogen werden.

Bis 2015 wurden, so der Gesundheitsfonds, die Beträge für Ersatzanschaffungen, die nach Vorlage und Kontrolle der Jahresplanung im Rahmen des Rechnungsabschlusses akzeptiert wurden, in Form eines Prozentsatzes des jeweiligen Finanzbedarfes angegeben.

Ab 2015 erhöhte sich der Finanzbedarf der Fondskrankenanstalten auf Grund des neuen KA-AZG sprunghaft. Die bislang verwendete Berechnungsmethode hätte zu überhöhten Beträgen für Ersatzanschaffungen geführt, weshalb nunmehr eine neue Regelung festgelegt wurde:

- Ausgangspunkt bilden die im laufenden Modelljahr für Ersatzanschaffungen aufgewendeten Mittel. Vom jeweiligen Rechtsträger sind dem Gesundheitsfonds bis zum 30. September des laufenden Modelljahres die getätigten sowie die noch anstehenden bzw. zwingend erforderlichen Ersatzanschaffungen zu melden.
- Liegen die tatsächlichen Aufwendungen für Ersatzanschaffungen
 - unter 70 % des akzeptierten Betrages des laufenden Jahres, so wird der akzeptierte Betrag für das künftige Jahr auf 85 % gekürzt,
 - zwischen 85 % und 110 % des akzeptierten Betrages des laufenden Jahres, so bleibt dieser für das künftige Jahr gleich,
 - über 110 % des akzeptierten Betrages des laufenden Jahres, dann wird eine Anhebung des akzeptierten Betrages für das künftige Jahr nach Vorlage der Planung abgestimmt.
- In den ersten beiden Fällen erfolgt eine Valorisierung des akzeptierten Betrages in der Höhe der Valorisierung der LKF-Simulationsrechnung.

Für das Übergangsjahr 2017 wurde der akzeptierte Betrag wie folgt festgelegt:

- Waren die geplanten Ersatzanschaffungen 2016 größer als die tatsächlichen Ersatzanschaffungen 2015, so wurde der Wert aus 2016 übernommen und valorisiert.
- Waren die geplanten Ersatzanschaffungen 2016 kleiner als die tatsächlichen Ersatzanschaffungen 2015, so wurde der Wert aus 2015 valorisiert und mit dem Wert aus 2016 addiert. Der Mittelwert dieser beiden Beträge wurde wiederum valorisiert.

Der akzeptierte Betrag 2017 für die KDS konnte anhand dieser Angaben nachvollzogen werden.

Zum neuen Berechnungsmodell stellt der LRH fest, dass für den Bereich zwischen 70 % und 85 % keine Festlegung getroffen wurde sowie dass durch das neue Modell der Fehlanreiz gesetzt wird, bis 30. September mehr als 70 % bzw. 85 % der Ersatzanschaffungen zu tätigen, um sich zumindest dasselbe Volumen für das Folgejahr zu sichern.

Der LRH empfiehlt, das Prozedere hinsichtlich der Ersatzanschaffungen künftig zweckmäßiger zu gestalten. Der erlaubte Rahmen für Ersatzanschaffungen (unter Berücksichtigung budgetärer Restriktionen) ist an realen, bedarfsorientierten Parametern festzumachen. Bspw. könnte der Gesundheitsfonds den Rahmen für Ersatzanschaffungen (bei gleichbleibender Nutzungsdauer) mit dem Ausmaß der geplanten Abschreibungen der jeweiligen Krankenanstalt für technische Anlagen und Maschinen, für Betriebs- und Geschäftsausstattung und für geringwertige Wirtschaftsgüter limitieren. Geplante Erträge aus dem Abgang von derartigen Anlagen wären kostenmindernd zu berücksichtigen, und Anlagen, die mit den Kernaufgaben der Krankenanstalt (Versorgungsauftrag) nicht in Zusammenhang stehen, wären auszuscheiden.

Somit sollte sichergestellt werden, dass dem Land weder Kosten für Neuanschaffungen noch Kosten für Ersatzanschaffungen für Anlagen erwachsen, die in keinem Zusammenhang mit den Kernaufgaben des Landes (Versorgungsauftrag) stehen.

Stellungnahme Landesrat Mag. Christopher Drexler:

Die Meldung zum 30.09. über bereits getätigte Ersatzanschaffungen im laufenden Wirtschaftsjahr war ein Instrument der Weiterentwicklung im Rahmen der Wirtschaftsaufsicht, um in der Modellberechnung des Folgejahres ein getreues Bild der Ist-Situation darstellen zu können. Diese Vorgehensweise hat sich nicht bewährt und wurde daher auch nicht in die neue Richtlinie aufgenommen.

Die Feststellungen und Empfehlungen des Landesrechnungshofes in Bezug auf das Berechnungsmodell werden in den kommenden Jahren genauer beobachtet und gegebenenfalls im Zuge der nächsten Adaptierung der RL JV-WiA berücksichtigt.

Im Hinblick auf das Projekt „Leitspital Region Liezen“ sollte auch darauf geachtet werden, Ersatzanschaffungen, deren Nutzungsdauern über 2025 hinausgehen, nur im unbedingt notwendigen Ausmaß durchzuführen.

Stellungnahme Landesrat Mag. Christopher Drexler:

Siehe Seite 61 f.

Im Prüfzeitraum 2015 bis 2017 wurden seitens der KDS Ersatzanschaffungen in folgender Höhe beantragt.

	2015	2016	2017
geplante Ersatzanschaffungen	500.000,00	460.000,00	500.773,00

Quelle: Gesundheitsfonds Steiermark

Der Gesundheitsfonds Steiermark erkannte für die KDS im Prüfzeitraum 2015 bis 2017 Ersatzanschaffungen in folgender Höhe an:

	2015	2016	2017
realisierte Ersatzanschaffungen	503.769,24	459.244,15	364.582,91

Quelle: Gesundheitsfonds Steiermark

Der LRH prüfte die Ersatzanschaffungen 2015 bis 2017.

Der LRH stellt fest, dass 2015

- die KDS Ersatzanschaffungen im Ausmaß von € 500.000,-- beantragte und schließlich € 503.769,24 finanziert bekam,
- 47,5 % auf medizin-technisches Equipment und 31,2 % auf EDV/IT entfielen; insbesondere in diesen Kategorien ist die Abgrenzung zwischen Ersatzinvestition (einschließlich technischer Weiterentwicklung) und Neuinvestition schwierig und damit nicht transparent,
- die geleisteten Ersatzanschaffungen nur in einzelnen Fällen mit den geplanten Ersatzanschaffungen übereinstimmten und
- eine Reihe von Anschaffungen enthalten sind (z. B. Büroeinrichtung(en), Hochleistungsgemüseschneider), deren Charakterisierung als Ersatzanschaffung fraglich ist.

Der LRH stellt fest, dass 2016

- die KDS Ersatzanschaffungen im Ausmaß von € 460.000,-- beantragte und schließlich € 469.234,15 finanziert bekam,
- 72,6 % auf EDV/IT und 13,9 % auf sonstigen medizinischen Bedarf entfielen; insbesondere in diesen Kategorien ist die Abgrenzung zwischen Ersatzinvestition (einschließlich technischer Weiterentwicklung) und Neuinvestition schwierig und damit nicht transparent,
- die beantragten Ersatzanschaffungen teilweise mit den tatsächlich durchgeführten Ersatzanschaffungen übereinstimmten und
- Anschaffungen enthalten sind (z. B. Elektro-Auto, ELGA-Anbindung), deren Charakterisierung als Ersatzanschaffung fraglich ist.

Der LRH stellt fest, dass 2017

- die KDS Ersatzanschaffungen im Ausmaß von € 500.773,-- beantragte und schließlich € 372.130,90 finanziert bekam; die große Abweichung resultiert daraus, dass die Erneuerung der radiologischen Geräte 2017 noch nicht in Angriff genommen wurde,
- 76,6 % auf EDV/IT und 12,5 % auf medizin-technisches Equipment entfielen; insbesondere in diesen Kategorien ist die Abgrenzung zwischen Ersatzinvestition (einschließlich technischer Weiterentwicklung) und Neuinvestition schwierig und damit nicht transparent,
- die beantragten Ersatzanschaffungen weitgehend mit den tatsächlich durchgeführten Ersatzanschaffungen übereinstimmen; hier ist also von 2015 bis 2017 eine Verbesserung zu erkennen; und
- Anschaffungen enthalten sind (z. B. Prozessoptimierung ambulante Dokumentation, Modul „Lob- und Beschwerdemanagement“), deren Charakterisierung als Ersatzanschaffung fraglich ist.

Seitens des Gesundheitsfonds wurde betreffend die Ersatzanschaffungen 2017 die Errichtung einer Steinterrasse hinterfragt und nach Einholung einer Stellungnahme (Ersatz einer Terrasse aus Holz durch eine kleinere Terrasse aus Stein) mit der Begründung abgelehnt, dass es sich hierbei um eine Instandhaltung handle.

Die dafür anfallenden Kosten wurden in der Folge seitens der KDS in die Instandhaltung umgeschichtet, welche ebenso vom o. a. Finanzierungsvertrag umfasst ist, und im Rahmen der Betriebsabgangsdeckung vom Land Steiermark übernommen.

Der LRH stellt fest, dass abgesehen von größeren Investitionen vom o. a. Finanzierungsvertrag praktisch alle Aufwendungen bzw. Ausgaben des Betriebes inklusive der Ersatzanschaffungen umfasst werden. Eine Ablehnung einer (kleinen) Investition als Ersatzanschaffung hat daher zur Folge, dass dies unter Umständen unter einem anderen Titel (z. B. Instandhaltung, sonstige Ausgaben) in dem vom Land abzudeckenden Betriebsabgang eingerechnet wird.

Der LRH empfiehlt, das Prozedere hinsichtlich der Ersatzinvestitionen insoweit zu schärfen, dass ermöglicht wird, Ersatzanschaffungen zu streichen, ohne dass diese unter einem anderen Titel durch die Betriebsabgangsdeckung finanziert werden.

Stellungnahme Landesrat Mag. Christopher Drexler:

Es wird auf die Stellungnahme zu Seite 79 [Anmerkung LRH: Seite 86] verwiesen.

Der GFSTMK möchte sicherstellen, dass unter dem Titel Ersatzanschaffungen solche Anschaffungen getätigt werden, welche für den Krankenanstaltenbetrieb und

für die Erfüllung des Versorgungsauftrags mit den dazugehörigen Kernaufgaben einer Krankenanstalt erforderlich sind. Mit der Definition der Ersatzanschaffungen soll die korrekte wirtschaftliche Zuordnung einer Ausgabe zu einer Ersatz-/Neuanschaffung, Instandhaltung oder Investition gewährleistet werden.

Seitens der KDS wurde angemerkt, dass die Vereinbarung vom 20. Juni 2005 sowie die jährlich abgeschlossenen Finanzierungsverträge inklusive der aktuellen Regelung zu den Ersatzanschaffungen keinen Raum für Neuanschaffungen lassen würden.

Hierzu merkt der LRH an, dass technische Weiterentwicklungen im Rahmen der Ersatzanschaffungen sehr wohl mit abgedeckt werden.

Seitens der Interessensgemeinschaft Ordensspitäler gibt es, so die KDS, den Vorstoß beim Gesundheitsfonds, Neuanschaffungen im Rahmen der Überarbeitung der Wirtschaftsaufsichtsrichtlinie generell zu regeln.

Der LRH sieht eine generelle Regelung für Neuanschaffungen v. a. im Hinblick auf die begrenzten budgetären Möglichkeiten kritisch und Finanzierungen im Anlassfall (z. B. Erweiterung der Dialyse, Ersatz medizin-technischer Großgeräte) nach entsprechender Bedarfsprüfung aus Steuerungsgesichtspunkten als sinnvoller an.

Stellungnahme Landesrat Mag. Christopher Drexler:

Der GFSTMK hat in der Erarbeitung der Novellierung der RL JV-WiA davon abgesehen, eine generelle Regelung für Neuanschaffungen aufzunehmen. Das bis dato bewährte System der anlassfallbezogenen Antragslegung und entsprechender Bedarfsprüfung im Rahmen der Budgeterstellung bleibt weiterhin bestehen.

Zusätzlich zu den nun genau definierten Ersatzanschaffungen besteht seit 2008 gemäß Art. 1 Abs. 1 Z2 der Vereinbarung gemäß Art 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens die Möglichkeit, „Mittel für Planungen und Projekte, die der Sicherstellung der Verbesserung der Qualität, der Effizienz und Effektivität der Gesundheitsversorgung dienen“ zu beantragen.

Im Voranschlag und Rechnungsabschluss des GFSTMK finden sich im Budgetansatz „Strukturbedingte Maßnahmen“ die gewährten Investitionszuschüsse für Neu-, Zu- und Umbauten bzw. die Anschaffung von medizinisch-technischen Geräten an steirischen Fondskrankenanstalten unter Berücksichtigung der gesamten Versorgungskapazität. Die Mittel werden durch die Gesundheitsplattform Steiermark auf Basis eines vorherigen Antrags der jeweiligen Fondskrankenanstalt freigegeben. Dem Beschluss geht eine entsprechende Prüfung aufgrund der in der Richtlinie festgelegten Kriterien voraus.

8.7 Vergabe von Aufträgen

Die Vergabe von Aufträgen erfolgt laut KDS entweder auf Basis von Angebotsvergleichen bzw. Angebotsverhandlungen oder nach Rahmenvereinbarungen; im Ausnahmefall werden auch Direktbeauftragungen durchgeführt.

Rahmenvereinbarungen gibt es z. B. für Verbrauchsmaterialien im OP-Bereich und beim Materialeinkauf in der Küche. Diese Rahmenvereinbarungen werden von der Geschäftsführung bzw. im Einzelfall im Auftrag der Geschäftsführung von der Verwaltungsleitung abgeschlossen.

Direktbeauftragungen werden, so die KDS, nur bei geringwertigen Wirtschaftsgütern und bei geringer Stückzahl angewendet. Auch hier werden in der Regel Vergleichsangebote eingeholt.

An dieser Stelle ist auf Kapitel 8.6 „Ersatzanschaffungen“ zu verweisen. Die vom Gesundheitsfonds genehmigten Ersatzanschaffungen werden vom Verwaltungsleiter nach dem o. a. Prozedere abgewickelt. Davon abweichende Investitionen werden mit der Geschäftsführung abgestimmt.

Die KDS hielt im Rahmen des Antrittsgesprächs fest, dass diese sich bei der Vergabe von Aufträgen grundsätzlich nicht den Regelungen des BVergG unterwirft.

Die Vertretungsbefugnisse der Geschäftsführung richten sich grundsätzlich nach den gesellschaftsrechtlichen Bestimmungen.

Die Vertretung der KDS nach außen wird laut Anstaltsordnung von der Geschäftsführung des Rechtsträgers wahrgenommen. Die Geschäftsführung kann ihre Vertretungsbefugnis auch unter eigener Verantwortung an sonstige Mitglieder der Anstaltsleitung delegieren. Im Einzelfall kann sie auch andere Personen zur Vertretung bevollmächtigen.

Der LRH stellt fest, dass keine Vertretungsvollmachten erteilt bzw. Betragsgrenzen definiert wurden.

Der LRH empfiehlt eine krankenhauserweite Regelung von Vollmachten und Zeichnungsberechtigungen. Die KDS könnte sich dabei an den in anderen steirischen Fondskrankenanstalten üblichen Regelungen orientieren.

Schriftlich nahm die KDS auf die Frage nach der Anwendung des Bundes-Vergabegesetzes (BVergG) wie folgt Stellung: *„Mit 1.1.2004 wurde das Diakonissen-Krankenhaus Schladming in eine eigenständige Gesellschaft, die Klinik Diakonissen*

Schladming GmbH eingebracht. Die Gesellschaft ist zu 100 % im Eigentum des Evangelischen Diakoniewerks Gallneukirchen. Das Evangelische Diakoniewerk Gallneukirchen ist ein Verein nach dem Vereinsgesetz. Seitens der öffentlichen Hand kann kein Einfluss auf die Bestellung der Vertreter des Vereins genommen werden. Ebenso wird die Geschäftsführung der KDS ohne Einflussnahme der öffentlichen Hand bestellt. Darüber hinaus sind folgende Entscheidungen ausschließlich dem Rechtsträger Klinik Diakonissen Schladming GmbH vorbehalten (vgl. dazu Anstaltsordnung Kapitel 2.2):

- *Bestellung der leitenden Organe unbeschadet allfälliger notwendiger Genehmigungen durch öffentliche Stellen*
- *Bestellung der Primar- und Oberärzte*
- *Gründung, Veränderung und Auflassung von Arbeitsfeldern, Abteilungen, Instituten und sonstigen Einrichtungen*
- *Genehmigung des jährlichen Budgets (einschließlich Dienstposten-, Investitions- und Finanzplan)*
- *Kauf oder Verkauf von Grundstücken und Gebäuden*
- *Annahme von Schenkungen auf Grund letztwilliger Verfügungen*

Soweit die KDS für ihre Leistungen im Gesundheitsbereich Entgelte der öffentlichen Hand erhält, sind dies die normalen Gegenleistungen für die erbrachten Dienstleistungen (z. B. LKF-Zahlungen).

Da es sich hier sohin um ein normales Austauschverhältnis handelt, sind diese Leistungen nicht zu berücksichtigen (EuGH 03.10.2000, C-380/98, University of Cambridge). Die KDS ist aus den genannten Gründen dem BVergG nicht unterworfen – es sei denn, die Verpflichtung zur Einhaltung des BVergG ergibt sich ex contractu.“

Der LRH stellt fest, dass sich die KDS grundsätzlich nicht dem BVergG unterworfen sieht.

Der LRH kann diese Einschätzung aus folgenden Überlegungen nicht nachvollziehen:

Erstens sieht die Vereinbarung zwischen dem Land Steiermark und dem Diakoniewerk vom 20. Juni 2005 vor, „alle Ausschreibungen und Vergaben von Leistungen, die unter Verwendung von vertragsgegenständlichen Mitteln getätigt werden, unter Einhaltung der Vergabevorschriften für das Land Steiermark für den Fall vorzunehmen, dass die Vergabevorschriften für das Land Steiermark auf den jeweiligen Fall anwendbar werden“.

Der LRH leitet daraus ab, dass allein schon auf Grund dieser vertraglichen Vereinbarung eine generelle Unterwerfung der KDS unter das BVergG abzuleiten ist.

Der LRH weist zweitens darauf hin, dass der Verwaltungsgerichtshof in seinem Erkenntnis 2013/04/0144 vom 17. September 2014 die Entscheidung des Unabhängigen Verwaltungssenates des Landes Oberösterreich bestätigte, dass Ordensspitäler bei Vorliegen bestimmter Voraussetzungen als öffentliche Auftraggeber gemäß BVergG anzusehen sind.

Der gegenständliche Fall betraf zwei landesfondsfinanzierte Ordensspitäler, bei denen an im Inland sozialversicherten Patienten ambulante und stationäre Leistungen erbracht und über die Gesundheitsfonds von zwei Bundesländern abgerechnet wurden.

Der LRH stellt hinsichtlich der KDS eine idente Ausgangssituation fest. Die KDS ist eine landesfondsfinanzierte bzw. allgemeine öffentliche Krankenanstalt, die an im Inland sozialversicherten Patienten Leistungen erbringt und diese mit dem Gesundheitsfonds abrechnet. Sie unterliegt ebenso der Wirtschaftsaufsicht des Landes Steiermark bzw. des Gesundheitsfonds Steiermark sowie der Gebarungskontrolle durch den Rechnungshof.

Neben Gebietskörperschaften unterliegen auch Einrichtungen öffentlichen Rechts dem BVergG. Bei der Frage, ob eine Einrichtung des öffentlichen Rechts nach BVergG vorliegt, sind grundsätzlich kumulativ folgende Voraussetzungen zu erfüllen:

„Einrichtungen, die

- a) zu dem besonderen Zweck gegründet wurden, im Allgemeininteresse liegende Aufgaben nicht gewerblicher Art zu erfüllen,*
- b) zumindest teilrechtsfähig sind und*
- c) überwiegend von öffentlichen Auftraggebern [...] finanziert werden oder die hinsichtlich ihrer Leitung der Aufsicht durch diese unterliegen oder deren Verwaltungs-, Leitungs- oder Aufsichtsorgan mehrheitlich aus Mitgliedern besteht, die von öffentlichen Auftraggebern [...] ernannt worden sind.“*

Zum Kriterium „im Allgemeininteresse liegende Aufgaben nicht gewerblicher Art“ stellte der Verwaltungsgerichtshof (VwGH) in seiner Entscheidung fest, dass dieser Punkt bei den gegenständlichen fondsfinanzierten öffentlich-gemeinnützigen Krankenanstalten erfüllt war, da erstens eine Verpflichtung zur Aufrechterhaltung der medizinischen Versorgung vorlag und zweitens der Betrieb nicht auf Gewinn ausgerichtet war.

Diese Kriterien werden auch von der KDS vollinhaltlich erfüllt (vgl. Kapitel 2.1 „Eckdaten“).

Im gegenständlichen Fall lag hinsichtlich der Rechtspersönlichkeit zumindest eine Teilrechtsfähigkeit vor, so der VwGH.

Der Rechtsträger der KDS verfügt als juristische Person über eine eigene Rechtspersönlichkeit. Zumindest das Kriterium einer Teilrechtsfähigkeit wird damit erfüllt.

Hinsichtlich des Beherrschungskriteriums, so der VwGH unter Berufung auf den Europäischen Gerichtshof (EuGH), ist maßgeblich, dass eine enge Verbindung mit den öffentlichen Stellen zum Ausdruck kommt. Unter dem Begriff Finanzierung ist ein Transfer von Finanzmitteln zu verstehen, der ohne spezifische Gegenleistung mit dem Ziel vorgenommen wird, die Tätigkeit der betreffenden Einrichtung zu unterstützen. Auch eine mittelbare Finanzierungsweise (Sozialversicherungsbeiträge via Gesundheitsfonds) ist hiervon umfasst.

Der LRH weist darauf hin, dass die KDS in erster Linie durch die LKF-Finanzierung bzw. die Betriebsabgangsdeckung (vgl. Kapitel 8. „Finanzielle Gebarung“) und somit mittelbar über öffentliche Gelder finanziert wird.

Hinsichtlich der Leitung/Kontrolle lag bei der gegenständlichen Entscheidung eine Aufsicht durch den jeweiligen Landesgesundheitsfonds und die Gebarungskontrolle durch den Rechnungshof vor. Die Aufsichtsrechte der genannten Einrichtungen über die Spitäler übersteigen eine bloß nachträgliche Kontrolle bei weitem.

Auch dieses Kriterium trifft auf die KDS vollinhaltlich zu, da die KDS der Wirtschaftsaufsicht durch den Gesundheitsfonds, der sanitätsbehördlichen Aufsicht durch das Amt der Steiermärkischen Landesregierung, der Gebarungskontrolle durch den Rechnungshof und auf Grund der Finanzierungsverträge zum Betriebsabgang der Gebarungskontrolle durch den LRH unterliegt.

Damit waren alle Kriterien erfüllt, sodass vom VwGH festgestellt wurde, dass Ordensspitäler öffentliche Auftraggeber im Sinne des BVergG sind.

Der LRH stellt fest, dass diese VwGH-Entscheidung auch vollinhaltlich auf die KDS umgelegt werden kann.

Aus dem o. a. Erkenntnis des VwGH leitet der LRH ab, dass die KDS als öffentlicher Auftraggeber im Sinne des BVergG anzusehen ist.

Der LRH empfiehlt, dass sich die KDS künftig dem Vergaberegime des BVergG unterwirft.

9. KOOPERATIONEN UND LEISTUNGSBEZIEHUNGEN

9.1 Kooperationen

9.1.1 Radiologisches Ambulatorium

Ein privater Rechtsträger betreibt seit dem 1. Jänner 2013 in den Räumlichkeiten der KDS ein radiologisches Ambulatorium, welches Magnetresonanztomographie (MRT)-Untersuchungen anbietet. Dieses radiologische Ambulatorium wird getrennt vom sonstigen Betrieb der Klinik geführt.

Mietvertrag

Zum Zweck des Betriebes des radiologischen Ambulatoriums wurde zwischen der KDS und dem privaten Rechtsträger ein Mietvertrag abgeschlossen. Dieser umfasst die Räumlichkeiten, die ausschließlich vom radiologischen Ambulatorium, sowie die Räumlichkeiten, die gemeinsam mit der KDS genutzt werden („Techn. Raumreserve/Med. Archiv“ und „Vorbereitung CT“). Darüber hinaus wurde dem radiologischen Ambulatorium ein Anmeldefenster in der Ambulanzleitstelle zur Verfügung gestellt; dies wurde in der Mietflächenberechnung ebenso berücksichtigt. Zu- und Abgänge, sanitäre Anlagen und (entgeltliche) Parkmöglichkeiten der KDS können von den Patienten des radiologischen Ambulatoriums mitbenützt werden.

Vereinbart wurde ein monatlicher Pauschalzinssatz von € 12,-- netto/m². Für die vermietete Fläche von 96,90 m² ergab sich ein Netto-Mietzins von € 1.162,80 pro Monat inkl. Betriebskosten (einschließlich Raumheizung und Raumreinigung), exklusive Strom- und Klimatisierungsbetriebskosten, welche wiederum auf Selbstkostenbasis weiter verrechnet werden. Der Mietzins wurde mit dem Verbraucherpreisindex (VPI) 2010 wertgesichert.

Zum Zeitpunkt der Übergabe des Mietgegenstandes war dieser nicht eingerichtet. Die für den Betrieb des MRT erforderlichen Investitionen (Klimatisierung, Stromanschlüsse, EDV etc.) waren vom radiologischen Ambulatorium auf eigene Kosten herzustellen. Auf Grund der von der Mieterseite vorzunehmenden Investitionen wurde für die ersten drei Jahre (2013 bis einschließlich 2015) ein Verzicht auf den Mietzins vereinbart, sodass in diesem Zeitraum nur die Strom- und Klimatisierungsbetriebskosten verrechnet wurden.

Der LRH stellt fest, dass zwischen dem radiologischen Ambulatorium und der KDS ein dreijähriger Mietzinsverzicht vereinbart und im Zeitraum 2013 bis einschließlich 2015 lediglich die Betriebskosten verrechnet wurden. 2015 wurden rund € 11.000,-- für die Strom- und Klimatisierungsbetriebskosten refundiert, 2016 betragen die gesamten Mietzinseinnahmen rund € 40.000,-- und 2017 rund € 30.000,--.

Der Mietvertrag wurde ab 1. Jänner 2013 für fünf Jahre abgeschlossen. Ende 2017 wurde der Mietvertrag mit Wirkung 1. Jänner 2018 auf unbestimmte Zeit verlängert, wobei nunmehr eine sechsmonatige Kündigungsfrist vorgesehen ist.

Im aktuellen Mietvertrag findet sich eine Klausel, wonach *„die Vertragsparteien [...] zwölf Monate vor Ablauf des Mietvertrages in Gespräche über den Neuabschluss eines Mietvertrages mit einer Vertragsdauer von weiteren fünf Jahren treten“* werden.

Der LRH stellt fest, dass eine derartige Klausel bei einem Vertrag auf unbestimmte Zeit widersprüchlich ist.

Weiters referenziert der Mietvertrag bei der Wertsicherungsklausel auf den VPI 2010; mittlerweile wurde von der Statistik Austria bereits der VPI 2015 herausgegeben.

Der LRH empfiehlt eine Revision des Mietvertrages, in dessen Rahmen die o. a. widersprüchliche Passage korrigiert wird. Gleichzeitig könnte bei der Wertsicherungsklausel auf den aktuellen VPI referenziert werden.

Zudem liegt zwischen den Vertragspartnern eine „Ergänzungsvereinbarung zum Mietvertrag über Räumlichkeiten der Klinik Diakonissen Schladming“ vor. Darin wird ein variabler Zusatzmietzins vereinbart. Dieser beträgt 10 % jener Nettohonorare, welche das radiologische Ambulatorium für erbrachte Leistungen an nicht in Österreich pflichtversicherten ambulanten und stationären Patienten der KDS erhält. Auf Basis dieser Klausel partizipiert die KDS an jenen Leistungen, die von ihr zugewiesen bzw. „ausgelöst“ wurden.

In der ersten Ergänzungsvereinbarung wurde ausdrücklich akkordiert, dass der o. a. Mietzinsverzicht nicht für den Zusatzmietzins gilt.

Der LRH stellt fest, dass mit der Verrechnung des Zusatzmietzinses erst 2016 gemeinsam mit dem Mietzins begonnen wurde. 2016 erfolgten die Nachverrechnung für die Jahre 2013 bis 2015 sowie die laufende Verrechnung.

Darüber hinaus liegt zwischen der KDS und dem radiologischen Ambulatorium eine Verrechnungsvereinbarung vor. Auch diese wurde zum 1. Jänner 2013 für fünf Jahre abgeschlossen und zum 1. Jänner 2018 auf unbestimmte Zeit verlängert.

Auch in der aktuellen Verrechnungsvereinbarung findet sich eine Klausel, wonach die *„die Vertragsparteien [...] zwölf Monate vor Ablauf dieses Vertrages in Gespräche über den Neuabschluss einer Verrechnungsvereinbarung mit einer Vertragsdauer von weiteren fünf Jahren treten“* werden.

Der LRH stellt fest, dass auch hier eine derartige Klausel bei einer Vereinbarung auf unbestimmte Zeit widersprüchlich ist.

Der LRH empfiehlt eine Revision der Verrechnungsvereinbarung, in dessen Rahmen die o. a. widersprüchliche Passage korrigiert wird.

Die KDS verpflichtet sich in dem Verrechnungsvertrag, sämtliche in der Klinik anfallenden MRT-Untersuchungen stationärer Patienten vom radiologischen Ambulatorium durchführen zu lassen.

Der LRH stellt fest, dass im Prüfzeitraum 2015 bis 2017 MRT-Untersuchungen für stationäre Patienten ausschließlich beim radiologischen Ambulatorium durchgeführt wurden.

Das radiologische Ambulatorium ist dazu verpflichtet, die MRT-Untersuchungen mit Befundungen am Tag der Anforderung zu gewährleisten. Dies geschah laut KDS im Prüfzeitraum auch durchgängig.

Ambulante Patienten der KDS, die einer MRT-Untersuchung bedürfen, erhalten eine herkömmliche Überweisung bzw. Verschreibung und werden nicht direkt der KDS zugewiesen. Seitens der KDS ist jedoch auf die Möglichkeit hinzuweisen, die verschriebenen MRT-Leistung (privat) beim radiologischen Ambulatorium zu beziehen.

In der Verrechnungsvereinbarung wurde vereinbart, dass das radiologische Ambulatorium durch eindeutige Hinweise sicherstellt, *„dass jeder ambulante Patient erkennt, dass seine Leistung keine Leistung der Klinik ist, sondern eine Leistung des Betreibers im eigenen Namen“*.

Laut KDS wird der ambulante Patient im Rahmen der Anmeldung explizit darauf hingewiesen, dass er als Patient des Institutes und nicht als Patient der KDS registriert wird; über Kostenfolgen wird aufgeklärt.

Die Leistungsanforderung durch die KDS erfolgt elektronisch (aus der elektronischen Krankengeschichte) sowie telefonisch (Ankündigung und Terminvereinbarung durch die Station).

Der vereinbarte Tarif für MRT-Aufnahmen und Befundungen bewegt sich im Rahmen der zwischen der Stmk. Gebietskrankenkasse (bzw. den „§ 2-Kassen“) und der Wirtschaftskammer vereinbarten Tarife für MRT-Institute.

Der zwischen dem radiologischen Ambulatorium und der KDS vereinbarte Tarif für MRT-Untersuchungen ist als angemessen einzustufen.

Die vereinbarten Tarife für die Befundung von Röntgenbildern und Computertomographien (CT) bewegen sich in ihrer Höhe in der Bandbreite der Honorare der Fachärzte für Radiologie der Honorarordnung für Vertragsärzte der Stmk. Gebietskrankenkasse bzw. unter dem Selbstzahler-Tarif für Facharztbefundungen nach der Ambulanzgebührenverordnung für Landeskrankenanstalten.

Die zwischen dem radiologischen Ambulatorium und der KDS vereinbarte Tarife für die Befundung von Röntgenbildern und CT sind als angemessen einzustufen.

Die Tarife wurden an die Kassentarife gekoppelt; bei einer Veränderung der Kassentarife wurde eine Neuverhandlung der Preise zwischen den Vertragspartnern vereinbart. Die schriftliche Befundausfertigung ist inkludiert; Kontrastmittel sind nicht erfasst und werden gesondert verrechnet.

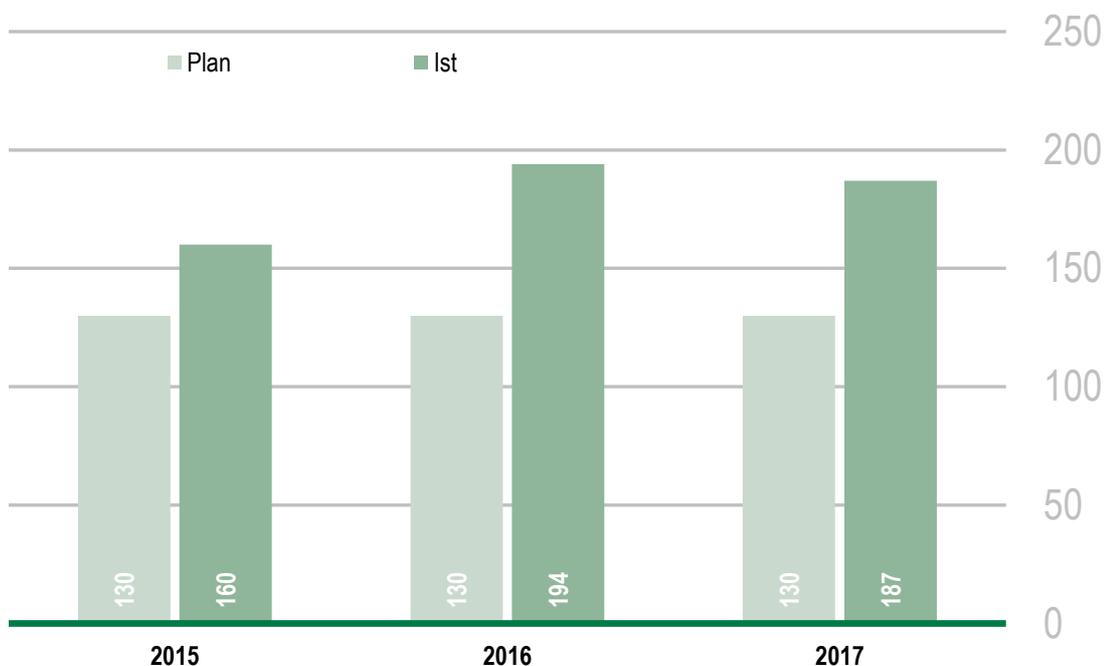
Im Prüfzeitraum wurden seitens der KDS für medizinische Fremdleistungen des radiologischen Ambulatoriums Aufwendungen in folgender Höhe gebucht:

	2015	2016	2017
Aufwendungen radiologisches Ambulatorium	28.584,90	32.493,00	29.322,00

Quelle: Buchungsjournale 2015 bis 2017, KDS

Laut eigener Statistik der KDS wurde folgende Anzahl an MRT-Untersuchungen beim radiologischen Ambulatorium geplant bzw. angefordert:

Plan-Ist-Vergleich MRT-Untersuchungen 2015 bis 2017



Quelle: MRT-Untersuchungen radiologisches Ambulatorium, Controlling der KDS, aufbereitet durch den LRH

Der LRH stellt fest, dass der Planwert in den Jahren 2015 um rund ein Viertel, 2016 und 2017 um fast die Hälfte überschritten wurde.

Die KDS ist laut eigener Aussage darum bemüht, die Anzahl der angeforderten MRT-Untersuchungen so gering wie möglich zu halten.

Die KDS begründet die Planüberschreitungen mit dem medizinischen Fortschritt. Sowohl Indikationsstellungen für Operationen oder konservative Therapien wie auch postoperative Nachsorgen können, so die KDS, mittels MRT besser durchgeführt werden.

Hierzu ist anzumerken, dass die Relation der MRT-Untersuchungen zu den stationären Patienten der KDS weit unter dem Österreichdurchschnitt liegt.

Der LRH empfiehlt, künftig anstatt der Fortschreibung des Planwertes des Vorjahres einen realistischen Wert anzusetzen.

Laut LKF-Dokumentation wurde im Prüfzeitraum 2015 bis 2017 folgende Anzahl an MRT-Untersuchungen für stationäre Patienten dokumentiert:

	2015	2016	2017
Anzahl MRT nach MEL-Codes	130	182	172

Quelle: MEL 2015 bis 2017, KDS

Der LRH stellt fest, dass die Anzahl der von der KDS dokumentierten MRT-Untersuchungen von den im LKF-System dokumentierten MRT-Untersuchungen abweicht.

Die Differenz konnte nicht nachvollzogen werden. Seitens der KDS wurde hierzu festgehalten, dass es sich dabei um im LKF-System nicht zahlungsrelevante Zählleistungen handle.

Der LRH empfiehlt, eine lückenlose Dokumentation der erbrachten Leistungen auch im LKF-System sicherzustellen.

9.1.2 Facharztzentrum Schladming

Wie bereits im Kapitel 3.2 „Darstellung der KDS im RSG-St 2025“ angeführt, soll das Krankenhaus in Schladming als ambulant und tagesklinisch tätige Versorgungseinrichtung weitergeführt bzw. am Standort ein Facharzt- bzw. Gesundheitszentrum etabliert werden.

Auf Initiative des Gesundheitsfonds wurde an der KDS im Hinblick auf diese anstehenden Änderungen in Zusammenhang mit dem Steirischen Gesundheitsplan 2035 und dem RSG-St 2025 das Projekt „Facharztzentrum Schladming“ gestartet.

Der LRH begrüßt grundsätzlich die zeitnah eingeleiteten Bemühungen zur Nachnutzung des Krankenhausstandortes Schladming nach 2025.

2019 wurden in Containerbauweise zwei insgesamt 200 m² große Facharztordinationen auf dem Gelände und im direkten Anschluss zum Krankenhausgebäude der KDS errichtet. Die Kosten betragen laut KDS rund € 310.000,-- und fallen zur Gänze im Jahr 2019 an.

Der LRH kann die Errichtung von zusätzlichen 200 m² Nutzfläche in Containerbauweise für diese Facharztordination im Hinblick auf die vorhandenen Flächen und geringe Auslastung jedoch nicht nachvollziehen.

Bereits im RSG-St 2011, Version 2.0, war für den Standort Schladming für den Planungshorizont 2020 eine Reduktion um 32 Betten (rund 25 %) auf 94 Betten vorgesehen. Die aktuellen Leistungszahlen bzw. die aktuelle Auslastung (vgl. Kapitel 6. „Leistungsdaten und Kennzahlen“) zeigen, dass eine Bettenreduktion in diesem Ausmaß sinnvoll gewesen wäre.

Der LRH stellt fest, dass trotz entsprechender Vorgaben im RSG-St 2011, beschlossen von der Gesundheitsplattform Steiermark am 29. Juni 2011, am Standort Schladming bislang keine Bettenreduktion durchgeführt wurde. Daher konnten potenzielle Raumressourcen für die Einrichtung der beiden Facharztpraxen nicht genutzt werden.

Die Vorfinanzierung des Facharztzentrums erfolgt durch den Gesundheitsfonds. Ein entsprechender Beschluss wurde mittlerweile durch die Gesundheitsplattform Steiermark getroffen. Die Kosten für das Facharztzentrum sollen dem Gesundheitsfonds durch die zufließenden Mieteinnahmen refundiert werden.

Der LRH stellt fest, dass bislang noch kein Facharzt in Vertrag genommen werden konnte und das Facharztzentrum noch nicht in Betrieb ging.

Im Facharztzentrum Schladming sollen in erster Linie Fachärzte mit „§ 2-Kassenverträgen“ untergebracht werden. Die Vergabe von Praxen an Wahlärzte käme nur dann in Frage, wenn die Räumlichkeiten anderweitig nicht vergeben werden können.

Eine Facharztordination soll an einen Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe vermietet werden. Hierfür gibt es eine freie „§ 2-Kassenstelle“, die bislang nicht besetzt werden konnte und, so die KDS, nun neu ausgeschrieben werden muss. Eine Lösung für diese erste Facharztordination ist jedoch bereits absehbar.

Für die zweite Facharztordination soll ein weiterer Facharzt (z. B. Hals/Nasen/Ohren oder Urologie) mit „§ 2-Kassenvertrag“ gefunden werden. Entsprechende Bemühungen sind auch hier bereits im Gange.

Der LRH empfiehlt,

- **bauliche Maßnahmen grundsätzlich erst dann in Angriff zu nehmen, wenn eine entsprechende Nutzung z. B. mittels (Vor-)Vertrag gesichert ist, und**
- **allfällige Erweiterungen des Facharztzentrums Schladming tunlichst in den vorhandenen Räumlichkeiten der KDS umzusetzen.**

Stellungnahme Landesrat Mag. Christopher Drexler:

Mit der Errichtung des Leitspitals Liezen werden am Standort der derzeitigen Klinik Diakonissen Schladming räumliche Kapazitäten für die Ansiedelung von niedergelassenen Fachärztinnen und Fachärzten frei.

Mit dem Ziel, die im RSG-St 2025 vorgesehenen Standortentwicklung vorzubereiten, sollen in Entsprechung des Art. 31 der Vereinbarung gemäß Art 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens bereits im Vorfeld Fachärztinnen und Fachärzte der in Frage kommenden Fachrichtungen am Standort Schladming angesiedelt und räumlich an die bestehende Klinik angebunden werden, um eine spätere Integration in die Gebäudestruktur zu vereinfachen.

Da derzeit eine Integration in die bestehenden Räumlichkeiten nicht möglich ist, wurde dazu ein provisorisches Facharztzentrum in Containerbauweise, welches zwischenzeitlich Platz für vorerst zumindest zwei § 2-Facharztordinationen bietet, auf dem Krankenhausgrundstück in direkter Anbindung an die Gebäudestruktur errichtet.

Der GFSTMK unterstützt die Empfehlung des LRH, allfällige Erweiterungen des Facharztzentrums Schladming tunlichst in den vorhandenen Räumlichkeiten der KDS umzusetzen und hält fest, dass dies im Sinne einer schrittweisen Umsetzung der durch den RSG-St 2025 geplanten strukturellen Veränderungsprozess so vorgesehen ist.

9.2 Zwischenbetriebliche Leistungsbeziehungen

9.2.1 Zentralverwaltungsaufwand

Auf dem Konto 757.002 „Zentralverwaltungsaufwand verbundene Unternehmen“ buchte die KDS im Prüfzeitraum Aufwendungen für allgemeine Dienstleistungen des Diakoniewerks in folgender Höhe:

	2015	2016	2017
Betrag	194.184,00	200.362,00	214.679,00
Differenz		+ 3,18 %	+ 7,15 %
			+ 10,55 %

Quelle: Buchungsjournale KDS 2015 bis 2017, aufbereitet durch den LRH

Der „Zentralverwaltungsaufwand verbundene Unternehmen“ betrug im Prüfzeitraum 0,7 % der gesamten Betriebsaufwendungen.

2015 entfielen rund 70 % des gebuchten Aufwands auf eine „Vereinsumlage“, der Rest auf Bilanzierung, Lohnverrechnung, Personalberatung und Zentralverwaltung. 2016 und 2017 findet sich der Buchungstext „Vereinsumlage“ nicht mehr. 2016 wurden neben „sonstigen Dienstleistungen“ wiederum die vorgenannten Aufwandsarten (Bilanzierung, Lohnverrechnung, Personalberatung, Zentralverwaltung) gebucht.

Seitens der KDS wurde hierzu erklärt: *„Für die Übernahme von allgemeinen Dienstleistungen verrechnet das Evangelische Diakoniewerk Gallneukirchen jährlich eine Umlage an alle Regionen und Tochtergesellschaften, die auf Basis der budgetierten Gesamtkosten ermittelt wird.“*

Seit 2016 werden der KDS grundsätzlich 1,50 % pro Jahr der budgetierten Gesamtkosten des Diakoniewerks angelastet. Die KDS hält dazu fest: *„Aufgrund der Verrechnungsmodalitäten mit dem Land Steiermark ist es derzeit nicht möglich, in der Klinik Diakonissen Schladming GmbH den vollen Betrag für die allgemeinen Dienstleistungen zu verrechnen.“*

Es wurden daher die o. a. Beträge verrechnet, die im Prüfzeitraum 0,72 % bis 0,76 % der budgetierten Kosten inkl. Abschreibung für Abnutzung ausmachen. Hierzu gibt die KDS weiters an: *„Diese Verrechnung der allgemeinen Dienstleistungen dient zur Abdeckung der Aufwände der Zentrale, die durch Aufgaben aus den Bereichen Unternehmenssteuerung und -entwicklung sowie Strategieentwicklung entstehen und inkludiert auch fachliche Beratungstätigkeiten der Spezialabteilungen für die Regionen und Tochtergesellschaften. Weiters werden Aufwände aus der Versorgung der*

Diakonissen, die zu Entwicklung des Diakoniewerks maßgeblich beigetragen haben, abgedeckt.“

Da der Zentralverwaltungsaufwand letztlich über die Betriebsabgangsdeckung finanziert wird, ist durchaus nachvollziehbar, dass Leistungen, die nicht in den Versorgungsauftrag der KDS fallen, wie z. B. Strategieentwicklung des Diakoniewerks oder die Versorgung von Diakonissen, auch nicht angerechnet werden.

Der LRH weist darauf hin, dass neben dem Zentralverwaltungsaufwand eine Reihe weiterer Leistungen vom Diakoniewerk an die KDS verrechnet wird, z. B. Büromaterial, Dienstwohnungen, Fortbildung, Lohnverrechnung, Personal-service, Service und Wartung IT, Versicherungen.

Eine überblicksmäßige und transparente Darstellung der Leistungsbeziehungen zum Diakoniewerk liegt nicht vor.

Bei der Verrechnung von Leistungen durch das Diakoniewerk an die KDS ist, insbesondere im Hinblick auf die Betriebsabgangsdeckung, auf eine transparente und für alle Aufsichtsorgane nachvollziehbare Gestaltung der Konditionen zu achten.

9.2.2 Dienstwohnungen

Die folgende Tabelle gibt einen Überblick über die der KDS zur Vergabe an Bedienstete im weiteren Sinne zur Verfügung stehenden Wohnungen:

Objekt	Anz. Whg.	Eigentümer	Mieter	Konditionen
1	16	Diakoniewerk	Bedienstete, Vertretungsärzte	Miete nach Sachbezug-Richtwert
2	25	Diakoniewerk	Bedienstete, Lehrlinge	Miete nach Sachbezug-Richtwert, Lehrlinge frei
3	25	Diakoniewerk	Bedienstete, Lehrlinge	Miete nach Sachbezug-Richtwert, Lehrlinge frei
4	7	Diakoniewerk	Bedienstete	Miete nach Selbstkosten
5	1	Diakoniewerk	Bedienstete	Miete nach Sachbezug-Richtwert + tlw. Sachbezug
6	1	Diakoniewerk	Bedienstete	Miete nach Sachbezug-Richtwert + tlw. Sachbezug
7	1	Diakoniewerk	Bedienstete	Miete nach Sachbezug-Richtwert + tlw. Sachbezug
8	1	Diakoniewerk	Bedienstete	Miete nach Sachbezug-Richtwert + tlw. Sachbezug
9	3	privat	Praktikanten, Famulanten, KPJ	€ 26,- / Woche ausgenommen KPJ
Σ	80			

Quelle: Aufstellung KDS, aufbereitet durch den LRH

Der LRH stellt fest, dass die KDS in Schladming derzeit über 80 Wohnungen an neun Standorten verfügen kann, die für Bedienstete, Lehrlinge, Vertretungsärzte, Praktikanten, Famulanten und Studenten im KPJ vorgesehen sind.

Die o. a. Wohnungen befinden sich nicht im Eigentum der KDS; 77 Wohnungen gehören dem Diakoniewerk, drei Wohnungen sind privaten Eigentümern zuzuordnen.

Wohnraum, welcher auf Grund eines Dienstverhältnisses oder im Zusammenhang mit einem solchen überlassen wird, fällt gemäß § 1 Abs. 2 Z. 2 nicht in den Anwendungsbereich des Mietrechtsgesetzes.

Bei der Berechnung der Mieten für die Dienstwohnungen finden die folgenden Berechnungsarten Anwendung:

- Berechnung der Miete nach dem Sachbezug-Richtwert
- Berechnung der Miete nach dem Sachbezug-Richtwert mit teilweise tatsächlichem Sachbezug bei älteren bzw. abgewohnten Wohnungen
- Berechnung der Miete nach den Selbstkosten

Lehrlinge und Studenten im KPJ sind von Mietzahlungen befreit, für Praktikanten und Famulanten gelten vergünstigte Tarife.

Der LRH stellt fest, dass sich die KDS bei der Festlegung der Miete (bis auf die sieben Wohnungen in Objekt 4 und die drei Wohnungen im Objekt 9) weitgehend am Sachbezug-Richtwert laut Richtwertegesetz orientiert. Eine Orientierung am marktüblichen Fremdzins erfolgt nicht. Bestimmte Bediensteten-Gruppen (Lehrlinge und Studenten im KPJ) sind von der Leistung eines Mietzinses befreit.

Nur 15 der insgesamt 80 verfügbaren Wohnungen werden laut Verwaltungsleiter von der KDS in Eigenregie verwaltet. Damit werden die in diesem Zusammenhang anfallenden geringen Erlöse und Aufwendungen laut Finanzbuchhaltung erklärt.

Laut GuV wurden im Prüfzeitraum aus der Vermietung von Dienstwohnungen Erlöse in folgender Höhe erwirtschaftet:

	2015	2016	2017
Miete und Pacht (10 %)	5.932,57	14.328,19	26.485,82
Heizkostenertrag (20 %)	5.027,88	7.816,57	11.203,59
Summe	10.960,45	22.144,76	37.689,41

Quelle: GuV KDS 2015 bis 2017, aufbereitet durch den LRH

Von 2015 auf 2016 haben sich die Erlöse mehr als verdoppelt; ab 2016 kamen hier eine Reihe von neuen Mietern hinzu.

Diesen Erlösen stehen allerdings Aufwendungen für Miete und Betriebskosten für die Fremdwohnungen in folgender Höhe gegenüber:

	2015	2016	2017
Miete Fremdwohnungen	24.022,48	29.101,33	26.336,39
Betriebskosten Fremdwohnungen	10.277,94	11.529,36	7.690,83
Summe	34.300,42	40.630,69	34.027,22

Quelle: GuV KDS 2015 bis 2017, aufbereitet durch den LRH

Laut KDS werden folgende Leistungen im Zusammenhang mit den Dienstwohnungen erbracht:

- Wohnungsvergabe (Wohnungsübernahme, Wohnungsrückgabe, Schlüsselabgabe, Mietvertragserstellung etc.)
- Betriebskosten (inkl. Strom, Reinigung) für Eigengebrauch (Praktikanten, Famulanten, KPJ, Vertretungsärzte etc.)
- Kommunikation der Mietanpassungen, Ein- und Austritte mit Personaladministration
- Koordination von Handwerkern, Heizungsablesung, Schneeräumung, Dachrinnenreinigung, Versicherungsfälle und Gründienst
- geringfügiger technischer Support im Speziellen bei Eigengebrauchswohnungen

Laut Einzelkostennachweis 2017 fielen für die Dienstwohnungen (nach Abzug der Kostenminderungen) insgesamt Endkosten in der Höhe von € 20.629,-- an.

Der LRH stellt fest, dass die Kosten für die Dienstwohnungen nicht gedeckt sind. Laut Finanzbuchhaltung können die anfallenden direkten Aufwendungen (für Anmietung und Betriebskosten der Dienstwohnungen) durch die Mieterträge für die Dienstwohnungen nicht gedeckt werden. Kosten für allfällige zusätzliche Aktivitäten sind hier nicht zwingend enthalten.

Die Unterdeckung geht folglich auch in die Berechnung der Betriebsabgangsdeckung ein und wird mit Mitteln des Landes finanziert.

Durch die Verwaltung von 65 Wohnungen in Fremdregie werden die Kosten hierfür zwar tendenziell geringgehalten, **der LRH empfiehlt dennoch, die Bewirtschaftung der verbleibenden 15 Dienstwohnungen in Eigenregie aus Transparenzgründen künftig als eigenes Cost- bzw. Profitcenter zu führen.**

Die Mietpreise sind nach Möglichkeit so auszugestalten, dass dadurch ein möglichst hoher Deckungsbeitrag für die anfallenden Kosten erzielt werden kann.

Im Übrigen ist, je nach betrieblicher Notwendigkeit, angesichts der fehlenden Kostendeckung die komplette Auslagerung der verbleibenden 15 Dienstwohnungen in Betracht zu ziehen. Ergänzend weist der LRH darauf hin, dass die Bewirtschaftung von Personalwohnungen nicht unter den Versorgungsauftrag einer Krankenanstalt fällt.

9.2.3 Wäschereinigung

Die KDS übertrug gemeinsam mit der als Privatkrankenanstalt geführten Klinik Diakonissen Linz (KDL) die Versorgung beider Kliniken mit Wäschereidienstleistungen (Stations- und Küchenwäsche, Mietbekleidung, sterile und unsterile OP-Wäsche und „Lohnwäsche“) vertraglich an zwei externe Firmen. **Die entsprechende Vereinbarung wurde im Juli 2016 rückwirkend ab Oktober 2015 abgeschlossen und laut Verwaltungsleitung mittlerweile verlängert.**

Innerhalb der KDS ist die Wäscheversorgung in einer gleichlautenden Abteilungsordnung geregelt.

Der Aufwand für die Wäschereinigung der KDS entwickelte sich im Prüfzeitraum wie folgt:

	2015	2016	2017
Wäschereinigung	338.648,31	397.803,45	400.628,89

Quelle: GuV KDS 2015 bis 2017, bereinigt, aufbereitet durch den LRH

Der Aufwand für die Wäschereinigung stieg von € 338.648,31 in 2015 (bereinigt um falsch gebuchte € 86.533,42 für Gebäudereinigung) um 18,3 % auf € 400.628,89 in 2017.

Die Verrechnung ist wie folgt geregelt:

Die KDS kontrolliert die Lieferscheine der sie betreffenden Lieferungen. Nach Freigabe durch die KDS verrechnet die KDL die in Anspruch genommenen Leistungen an die KDS. Die KDS überweist den Rechnungsbetrag an die KDL, diese wiederum begleicht die Gesamtrechnung für KDS und KDL an die Textilreinigungsfirmen.

Laut Aktenvermerk der Geschäftsführung werden seit Juli 2014 die für die übergreifenden Aufgaben anfallenden Aufwendungen in der KDL über einen „Manipulationsaufschlag“ auf die verhandelten Preise des Mietwäscheversorgers verrechnet.

Aufgefallen ist, dass sich im Prüfzeitraum ein Aufschlag von rund 40 % ergab, der mit folgenden Leistungen begründet wird:

- laufende Verhandlung gemeinsam ausgeschriebener Leistungen (Wäsche, Reinigung, OP-Materialien)
- laufende Qualitätsverbesserung (Austausch von Wäscheartikel)
- laufende Bearbeitung von Designfragen (Dienstkleidung, Flachwäsche)
- laufende Testung neuer Materialien
- laufende Optimierung der Logistik (extern und intern)
- laufende Qualitätskontrolle
- administrative Abwicklung (z. B. Digitalisierung von Belegflüssen)
- Abwicklung neuer Ausschreibungen

Für den LRH ist ein Kalkulationsaufschlag in dieser Konstellation und Höhe problematisch, da hier die Leistung von Dritten (Textilreinigungsfirmen) über eine Privatklinik im Diakoniewerk mit Aufschlag an eine allgemein öffentliche Krankenanstalt mit Betriebsabgangsdeckungsfinanzierung verrechnet wird.

Dem LRH wurde die Errechnung des Aufschlages dargestellt, welche von diesem rein rechnerisch nachvollzogen werden konnte.

Der LRH weist darauf hin, dass die KDS, wie bereits im Kapitel 8.7 „Vergabe von Aufträgen“ festgehalten, dem BVergG unterliegt. Dieses ist daher auch auf die Ausschreibung der Wäschereinigung anzuwenden.

Im Hinblick auf das Projekt „Leitspital Region Liezen“ sind alternative Versorgungsmodelle anzudenken.

9.3 Sonstige Kostenstellen mit Leistungserbringung für externe Stellen

9.3.1 Kostenstellen 600 Küche/602 Küchenleistungen an Dritte

Die Küche der KDS versorgt die stationären Patienten und die Mitarbeiter mit Speisen (Frühstück, Mittagessen und Abendessen). Daneben werden auch Dritte, wie etwa diverse Kinderbetreuungseinrichtungen, externe Institutionen sowie Schwesterorganisationen im Diakoniewerk und ein gemeinnütziger Verein mit Mahlzeiten beliefert.

Gemäß § 37 Abs. 1 der Kostenrechnungsverordnung für landesfondsfinanzierte Krankenanstalten (kurz: Kostenrechnungsverordnung) sind die Bestimmungen im Handbuch zur Dokumentation von Kostendaten in landesgesundheitsfondsfinanzierten Krankenanstalten anzuwenden. Dementsprechend „*müssen die in der Krankenanstalt*

täglich ausgegebenen Essenseinheiten so gewichtet werden, dass die Summe einer kompletten Tagesportion 1,0 ergibt. Ist eine Angabe der gewichteten Essenseinheiten nicht möglich, so ist die Anzahl der Patienten- und Personalverpflegungstage anzugeben.“

Im stichprobenartig ausgewählten Kalkulationsblatt des Jahres 2017 der KDS hingegen ergibt die Summe der „Anzahl gewichtete Mahlzeiten“ 2,7. Die Anstaltsleitung führt dazu Folgendes aus: *„Das Kalkulationsblatt wurde in der Klinik Diakonissen Linz erstellt. Diese Klinik unterliegt nicht der Landesgesundheitsfondsfinanzierung. Die Gewichtung wurde hier entsprechend einer anderen Leistungsvorgabe gewählt. In der Leistungserfassung in unserem Krankenhausinformationssystem sind folgende Werte hinterlegt. Frühstück 0,18, Mittagessen 0,55 und Abendessen 0,27.“*

Zur Berechnung der Tarife für die erzeugten Mahlzeiten wurde von der KDS mitgeteilt, dass die Herleitung der Nebenkosten und der Overheadkosten im Kalkulationsblatt nicht aufklärbar ist.

Der LRH stellt fest, dass die Kalkulation der KDS für den „Kostensatz Speiserversorgung“ (als Basis für die zu verrechnenden Tarife) nur teilweise nachvollziehbar ist.

Aus den vorgelegten Kalkulationsblättern geht hervor, dass im Zeitraum 2015 bis 2017 von den insgesamt zubereiteten gewichteten Mahlzeiten zwischen 36 % und 38 % für „Dritte“ hergestellt wurden.

Der LRH stellt fest, dass der Anteil der für „Dritte“ zubereiteten Mahlzeiten hoch ist.

Laut KDS wurden für die „Verrechnung von Küchenleistungen an Dritte“ Kostensätze im Sinne einer Grenzkostenrechnung gewählt. Von der KDS wird *„... davon ausgegangen, dass die fixen Kosten ohne die Gäste/Dritten in etwa gleich sein würden und daher nur variable Kosten für die Produktion der Leistungen für Gäste/Dritte anfallen.“* Weiters ist die KDS folgender Meinung: *„Wir untermauern diese Annahme mit dem Umstand, dass wir im Wesentlichen die Personalbesetzung vorhalten, die wir von externen Beratern bei der Betriebsorganisationsplanung im Jahr 2004-2006 für den Betrieb der Krankenhaus-Küche erhalten haben. Es gibt jedoch diesbezüglich keine schriftlichen Unterlagen.“*

Der LRH empfiehlt, die Kalkulation für die Essenseinheiten zur Ermittlung einer Basis für die an Dritte zu verrechnenden (kostendeckenden) Tarife und auch für transparente Kostenvergleiche zu evaluieren.

Weiters sollte überlegt werden, ob bei dieser hohen Anzahl von Mahlzeiten für „Dritte“ nicht höhere Verrechnungssätze zum Ansatz kommen sollten, um weitere

Erlöse zu lukrieren. Die durchaus als günstig zu bewertenden Verrechnungspreise werden indirekt durch das Land Steiermark im Rahmen der Betriebsabgangsfinanzierung gestützt.

Anzumerken ist auch, dass in den Unterlagen unterschiedliche Bezeichnungen für „Dritte“ verwendet werden (z. B. Gäste, Fremde, Externe).

Es wird empfohlen, in der Kostenrechnung durchgehend einheitliche Bezeichnungen zu wählen.

9.3.2 Kostenstellen 604 Catering und 605 Café/Cafeteria

Nach Auskunft der KDS wurde die Kostenstelle 604 Catering selbst im Jahr 2006 das letzte Mal bebucht. Das Catering der KDS als solches kann von allen Mitarbeitern des Hauses und auch von einem gemeinnützigen Verein des Diakoniewerks in Anspruch genommen werden. Die Leistungen werden von der Küche erbracht und die Kosten auf die Kostenstelle 605 Café umgelegt. Die Erträge aus dem Catering werden ebenfalls auf die Kostenstelle 605 Café gebucht.

Anzumerken ist, dass auch bei der Bezeichnung der Kostenstelle 605 in den Unterlagen unterschiedliche Bezeichnungen verwendet werden (Café, Cafeteria).

Im Jahr 2017 gab es ein Catering für folgende Veranstaltungen: ca. 15 innerbetriebliche Fortbildungen im medizinischen Bereich (davon drei bis vier mit Sponsor), einige innerbetriebliche Veranstaltungen (z. B. Jubiläen, feierliche Anlässe) sowie einige Geburtstagsverköstigungen, die von Mitarbeitern bezahlt wurden.

Für die Verrechnung der Leistungen des Caterings kommt in der KDS folgender Verrechnungssatz zur Anwendung:

$$\text{Verrechnungssatz} = \text{Materialwert bzw. Materialeinsatz} \times 4,5$$

Dies wird von der KDS wie folgt erklärt: *„Der in der Branche übliche Faktor Materialwert * 3 wurde von uns adaptiert, da die Stundensätze in unserem KV über den Werten der Gastronomie liegen und auch die Effizienz nicht in diesem Ausmaß gegeben ist, weil wir nicht die entsprechende Ausstattung und Routine für einen Restaurantbetrieb haben. Der Wert wurde vom Küchenchef gutachterlich angesetzt.“*

Für das Café werden von der KDS ca. 100 Frequenzen täglich geschätzt, da keine Leistungsstatistik geführt wird. Eine Verkaufsauswertung über das Registrierkassensystem wäre jedoch möglich.

Für im Café erbrachte Leistungen gibt es laut KDS keine Kalkulation, vielmehr kommt die „unverbindliche Preisempfehlung“ der Lieferanten zur Anwendung.

Der LRH stellt fest, dass die im Café verrechneten Preise im Vergleich zu marktüblichen Preisen günstig sind.

Es wird empfohlen, zur Verbesserung des Betriebsergebnisses der Kostenstelle 605 Café die Rohaufschläge für die angebotenen Speisen und Getränke (Produkte) zu überprüfen und allenfalls Preisadaptierungen vorzunehmen. Diesbezüglich wird auch eine Überprüfung der Verrechnungssätze im Catering angeraten.

Darüber hinaus sollten ungebuchte Kostenstellen aus dem Kostenstellenplan gelöscht und einheitliche Bezeichnungen gewählt werden.

9.3.3 Kostenstelle 703 Geschäftsführung inkl. Assistenz/Controlling/QM

Die KDS teilt mit, dass „... die Leistungen der Geschäftsführung für andere Institutionen/Bereiche des Diakoniewerks sich auf soziale Arbeitsfelder der Region Schladming (Behindertenarbeit, Seniorenarbeit) als Teil des Diakoniewerks Steiermark und dort im Wesentlichen auf fallweise und punktuelle Unterstützung im Bereich Organisationsentwicklung, in der Öffentlichkeitsarbeit und in der Projektarbeit beschränken.

Die Funktionen Assistenz/Controlling/QM sind davon nicht betroffen und ausschließlich für die Klinik tätig. Der Leistungsumfang wird als geringfügig eingeschätzt und ist diese Tätigkeit im Kontext auch für die Imagebildung der Klinik förderlich. Eine Leistungsverrechnung ist deshalb bisher nicht erfolgt.“

Der LRH stellt fest, dass Leistungen der Geschäftsführung in geringem Ausmaß für andere Bereiche bzw. Schwesterorganisationen des Diakoniewerks erbracht werden. Dies geht zu Lasten der KDS, da eine Abrechnung nicht stattfindet.

Der LRH empfiehlt im Hinblick auf die Belastung des Betriebsabganges, der vom Land Steiermark zu tragen ist, dass sämtliche Leistungen innerhalb des Diakoniewerks einer entsprechenden zwischenbetrieblichen Verrechnung unterworfen werden.

10. QUALITÄTSSICHERUNG UND RISIKOMANAGEMENT

10.1 Qualitätssicherung

Laut Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz (KAKuG) hat die Landesgesetzgebung die Träger von Krankenanstalten zu verpflichten, im Rahmen der Organisation Maßnahmen zur Qualitätssicherung (QS) und Wahrung der Patientensicherheit vorzusehen und dabei auch ausreichend überregionale Belange zu wahren. Mit einer Novelle des StKAG wurden die Ausführungsbestimmungen des KAKuG auf Landesebene beschlossen.

Entsprechend den gesetzlichen Vorgaben sind der innere Betrieb, die Aufgaben bzw. die Organisation einer Krankenanstalt vom Krankenanstaltenträger durch eine Anstaltsordnung zu regeln. Weiters ist für den Betrieb jeder Krankenanstalt ein QS-System vorzusehen (StKAG § 30).

Anstaltsordnung

In der vorliegenden Anstaltsordnung sind Maßnahmen zur Umsetzung der QS vorgesehen, wie z. B. die Bestellung einer QSK.

QM-System/Zertifizierung

Nach Beschluss der Klinikleitung der KDS im Herbst 2014 wurde im darauf folgenden Jahr ein QM-System eingeführt. Laut Einführungsmappe für neue Mitarbeiter basierte die Implementierung *eines QM-Systems* auf dem Ziel, *„eine hohe Qualität unserer Dienstleistung zu erreichen“*.

Im Februar 2016 erhielt die KDS mittels Zertifikat die Bestätigung dafür, dass ein QM-System für die Bereiche Aufnahme, Diagnostik, Therapie, Behandlung und Entlassung für die ambulante und stationäre Patientenversorgung sowie in den Verwaltungs- und Versorgungsbereichen angewendet wird. Im Zuge eines Audits wurde die Erfüllung der Regelungen gemäß DIN EN ISO 9001:2015 und pCC – mit den besonderen Anforderungen an eine konfessionelle Einrichtung – von einem externen Zertifizierungsunternehmen bestätigt. Überwachungs-Audits erfolgten in den Jahren 2017 und 2018. Laut Anstaltsleitung erfolgte die Rezertifizierung vom 21. bis 23. Jänner 2019 (das Zertifikat hat eine Laufzeit bis 10. Februar 2022).

Der LRH stellt fest, dass entsprechend den gesetzlichen Vorgaben in der KDS ein QS-System eingeführt und in die Anstaltsordnung auch Vorgaben zur QS aufgenommen wurden.

QSK und Qualitätsbeauftragter/-manager

In der Anstaltsordnung der KDS ist eine QSK vorgesehen, welche die kollegiale Führung der Krankenanstalt in allen Belangen der QS zu unterstützen und geeignete Vorschläge zu unterbreiten hat. Ein Qualitätsmanager ist in der KDS bestellt.

Dieser war im Prüfzeitraum ebenso für das Controlling und das Projektmanagement in der KDS verantwortlich. Eine Stellenbeschreibung liegt vor. Daraus geht hervor, dass der Inhaber der Stelle u. a. folgende Aufgaben in Zusammenhang mit dem QM innehat:

- Sicherstellung und Weiterentwicklung des QM-Systems sowie Durchführung aller QM-Maßnahmen gemäß DIN EN ISO 9001:2015
- Vor- und Nachbereitung der ISO-(Re)Zertifizierung
- Leitung der QSK sowie Ansprechpartner weiterer Arbeitsgruppen und Qualitätszirkel zum Thema QM
- Initiierung, Betreuung und Beratung von Prozess- und Qualitätsprojekten

Geschäftsordnung der QSK

§ 30 StKAG gibt vor, dass in jeder bettenführenden Krankenanstalt eine QSK einzusetzen ist. Dieser haben zumindest Vertreter des ärztlichen Dienstes, des Pflegedienstes, des medizinisch-technischen Dienstes und des Verwaltungsdienstes anzugehören. Aufgabe der QSK ist es, die QS-Maßnahmen zu initiieren, zu koordinieren, zu unterstützen, deren Umsetzung zu fördern und die Verantwortlichen über alle hierfür erforderlichen Maßnahmen zu beraten.

In der von der KDS übermittelten Abteilungsordnung (AO) der QSK sind alle gesetzlich geforderten Berufsgruppen enthalten. Eine Vertretung für die Leitung der QSK ist laut AO vorgesehen. Laut Aussage der Anstaltsleitung übernimmt die Pflegedienstleitung die Leitung der QSK, wenn weder Leiter noch Stellvertreter den Sitzungstermin wahrnehmen können.

Vorgaben zur Beschlussfähigkeit der QSK fehlen in der AO.

Ergänzt werden sollte die AO um die Modalitäten für die Wahl und um die Funktionsdauer des QSK-Vorsitzenden und dessen Stellvertretung sowie um deren Ausbildungsvorgaben.

Laut AO „trifft sich die QSK in der Regel in 14-tägigen Abständen“. Aus den übermittelten elf Protokollen der QKS-Sitzungen des Jahres 2017 ist ersichtlich, dass an vielen Sitzungen Mitglieder fehlten, dies zum Teil unentschuldig, und dass keine Vertretungen entsandt wurden.

Zudem wurde im Jahr 2017 der laut AO vorgesehene 14-tägige Sitzungsrhythmus nicht eingehalten.

In Anbetracht der geringen Sitzungs- und Teilnehmerzahl wird empfohlen, die Vorgaben hinsichtlich der Zusammensetzung und der Sitzungen der QSK zu evaluieren. Darüber hinaus sollten Regelungen über die Vertretungen der QSK-Mitglieder in die AO aufgenommen werden.

Weiters sollte die AO um Vorgaben zu Kontrollfunktionen der QSK bzw. entsprechenden Terminen ergänzt werden, wie:

- Aufstellung und Auswertung der QSK-Projekte bzw. QSK-Maßnahmen
- Sammlung der Evaluierungstermine
- Auswertung nach: Beschlüsse umgesetzt/nicht umgesetzt, genehmigte/nicht genehmigte Projekte, durchgeführte/nicht durchgeführte Projekte
- Erstellung eines Berichtes zu den oben angeführten Punkten
- Weitergabe und Besprechung des Berichtes mit der Klinikleitung
- Dokumentation der Ergebnisse zur Besprechung

Da aus der vorgelegten AO die Unterfertigung durch die Anstaltsleitung nicht ersichtlich ist, wird empfohlen, die Unterschrift nachzuholen. Angemerkt wird, dass die Einbeziehung der Anstaltsleitung in die QSK die Bedeutung des QM verstärkt.

Qualitätsziele und gesetzte Maßnahmen – Qualitätspolitik

Die Festlegung von jährlichen Qualitätszielen erfolgt unter Berücksichtigung der Leitsätze durch die Geschäftsführung in Abstimmung mit der Klinikleitung. Die Qualitätsziele werden im Rahmen von Strategieworkshops erarbeitet. Ein Prozess zur Evaluierung der Qualitätspolitik liegt vor.

Der LRH merkt an, dass die Durchführung wiederkehrender Prozesse im Zusammenhang mit der Qualität dem QM-Ansatz PDCA (Plan, Do, Check, Act) entspricht und zur Weiterentwicklung der Qualität beiträgt.

Folgende Zielvereinbarungen wurden für das Jahr 2017 von der Anstaltsleitung in Zusammenarbeit mit der QSK getroffen:

Qualitätsziel	wird erreicht bis
Alle Beschwerden sind strukturiert erfasst und bearbeitet.	Dezember 2017
Die interne Kommunikation und Information in der Klinik ist gesteigert.	Juni 2017
Die Hauptrisiken der Klinik sind erfasst und unterliegen einem fortlaufenden Monitoring.	Juli 2017
Die betriebliche Gesundheitsförderung ist etabliert.	Dezember 2017
Mitspracherecht bei Schladming-Entscheidung ist gegeben.	Dezember 2017
PROP (Software und Prozessablauf) ist eingeführt und umgesetzt.	Juni 2017
Eine systematische Zuweiserbefragung ist aufgebaut.	Dezember 2017

Quelle: KDS, aufbereitet durch den LRH

Zur Themenauswahl wird von der Anstaltsleitung mitgeteilt, dass „die QSK die angeführten Punkte des Berichtes des Überwachungsaudits bzw. für 2019 den Endbericht der Rezertifizierung als Zielvereinbarung“ erhielt, die angeführten Punkte nach Prioritäten reiht und diese im Laufe des Jahres abzuarbeiten sind. Weitere Maßnahmen laut Norm (z. B. Durchführung von Audits) bzw. nach Notwendigkeiten (Weiterentwicklung Dokumentenlenkung) werden von der Geschäftsführung angeordnet. Die Umsetzung der Maßnahmen wird jeweils im QSK-Protokoll dokumentiert.

In den übermittelten Protokollen der QSK-Sitzungen sind umgesetzte Maßnahmen der zu erreichenden Qualitätsziele dargestellt. Eine übersichtliche, leicht nachvollziehbare Verfolgung der Maßnahmen zur Zielerreichung ist jedoch nicht möglich.

Um die getroffenen Maßnahmen zeitlich und inhaltlich nachvollziehbar darzustellen und um die erreichten Ziele sichtbar zu machen, sollten die umgesetzten Schritte zur Zielverfolgung übersichtlich dokumentiert und die Mitarbeiter regelmäßig informiert werden. Dadurch können die grundsätzlichen Abläufe des vierstufigen Regelkreises (Plan, Do, Check, Act) nachverfolgt und übersichtlich dargelegt werden. Dies ist auch Grundlage für allfällige Evaluierungen.

Weitere Zertifizierung/Vernetzungen

Entsprechend den Empfehlungen zur Schwerverletztenversorgung der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU) und den Richtlinien TraumaNetzwerk DGU wurde die Abteilung für Unfallchirurgie der KDS im Jahr 2014 als „Lokales Traumazentrum“ zertifiziert. Eine Rezertifizierung erfolgte mit Jänner 2018.

Mit Bescheid vom 17. Oktober 2018 wurde eine Betriebsbewilligung zur Änderung der funktionell-organisatorischen Gliederung für die Umwandlung in eine „Abteilung für Orthopädie und Traumatologie“ erteilt.

Zu erwähnen ist, dass die KDS in den Projektauftrag Einführung „TraumaNetzwerk Steiermark“ der KAGes eingebunden ist.

Die KDS erhielt im Rahmen der Initiative Patientensicherheit Steiermark (IPS) des Gesundheitsfonds Steiermark mit April 2017 zum ersten Mal die IPS-Auszeichnung. Ein Review ist von der KDS für Frühjahr 2020 geplant.

Ziele sind die Vernetzung der unterschiedlichen Learning- und Reportingsysteme für Patientensicherheit sowie die Entwicklung einer Methodik, um die Wirksamkeit solcher Systeme sichtbar zu machen und gemeinsames Lernen in den Vordergrund zu stellen. Die Überprüfung der Zielerreichung erfolgt im Rahmen der IPS-Auszeichnung.

Die Beteiligungen an Zertifizierungen und Vernetzungen werden als wichtige Maßnahmen zur Weiterentwicklung der QS erachtet.

10.2 Risikomanagement

Das Risikomanagement (RM) basiert auf einer prozessorientierten und in die Zukunft gerichteten Analyse von potenziellen Risiken. Das Fehlermanagement ist eine vergangenheitsorientierte Analyse von tatsächlichen oder möglichen Fehlern. Beide Bereiche sind als Teil des QM zu betrachten. Oberstes Ziel des QM ist die Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität bei der Erbringung von Gesundheitsleistungen unter Berücksichtigung der Patientensicherheit.

Die Eintrittswahrscheinlichkeit von Risiken und damit verbundener Schäden kann mittels geeigneter Steuerungsmaßnahmen minimiert werden.

In der KDS wird das RM im Rahmen des QM berücksichtigt, und es werden RM-Ziele gesetzt. Aus den Protokollen der QSK ist ersichtlich, dass RM-Themen in den Sitzungen behandelt und Maßnahmen festgelegt werden.

Der LRH stellt fest, dass mit der Einführung eines RM bzw. mit der verstärkten Berücksichtigung von Risikopotenzialen in der QS den gesetzlichen Verpflichtungen (GmbHG, UGB) entsprochen wird.

Ein Kommunikationsleitfaden zur Bewältigung von kritischen Ereignissen (Public Relation-Leitlinien für den Krisenfall) wurde erstellt.

Aus Sicht des LRH sollte ein Handbuch oder Leitfaden zum RM in der KDS als interne Grundlage zur Vermeidung von Risiken erstellt werden.

Darin sollten Rollen und Verantwortlichkeiten, das Berichtswesen sowie Inhalte und Struktur des RM, weiters die IT, die Dokumentation, die Durchführung von Audits sowie das Notfall- und Krisenmanagement enthalten sein.

Behandlungspfade

Laut Anstaltsleitung liegen in allen Fachbereichen Behandlungspfade vor. Als Beispiele wurden eine Arbeitsanweisung bei „Periprothetischen Infektionen“ sowie eine Prozessbeschreibung „Diagnostik und Management der Pulmonalembolie“ übermittelt.

Fehlermeldesystem

In der KDS ist ein Meldesystem für kritische Zwischenfälle – CIRPS¹ implementiert. Dieses dient als Frühwarnsystem zur Erkennung von Risiken. Mitarbeitern wird die Möglichkeit geboten, Zwischenfälle anonym und sanktionsfrei in ein EDV-System „zu melden“, um danach entsprechende Maßnahmen einleiten zu können.

Beschwerdemanagement

Die Internetseite der KDS bietet Patienten die Möglichkeit, Rückmeldungen betreffend den stationären bzw. ambulanten Aufenthalt an das Team des Beschwerdemanagements weiterzugeben.

Im Protokoll der sanitätsbehördlichen Überprüfung des Jahres 2018 wird ausgeführt, dass „bei Beschwerden der jeweilige Abteilungsleiter Erstansprechpartner ist und im Bedarfsfalle die Hausleitung mit dem Anliegen befasst wird. Die Dokumentation erfolgt in der Krankengeschichte und in der Hausleitung.“

Der LRH stellt fest, dass Behandlungspfade/Arbeitsanweisungen, die Einführung eines Fehlermeldesystems, die Möglichkeiten zur Weitergabe von Beschwerden und Anregungen sowie die entsprechenden Umsetzungen wichtige Aspekte zur QS und damit des RM darstellen.

Krankenhaushygiene

Protokolle der sanitätsbehördlichen Überprüfungen liegen für die Jahre 2015 bis 2018 vor. Schwerpunkte der Überprüfung am 11. Juli 2018 waren die Einhaltung der Hygienevorschriften und die Auflagen des Betriebsbewilligungsbescheides vom 22. Februar 2008.

¹ CIRPS: Critical Incident Reporting and Prevention System

Demzufolge sind eine Hygienekommission und ein Hygieneteam eingerichtet. Das Hygieneteam besteht u. a. aus dem Ärztlichen Leiter (zugleich hygienebeauftragter Arzt), aus der Hygienefachkraft und aus Hygienekontaktpersonen auf jeder Station.

Weiters waren Reinigungs- und Desinfektionspläne vom November 2017 für alle Bereiche vorhanden. Ein Hygienebericht aus dem Jahr 2017 vom Institut für Angewandte Hygiene lag ebenfalls vor.

In den vorliegenden Qualitätszielen 2017 sind die angeführten Verbesserungspotenziale aus dem Bericht des Überwachungsaudits 2016 nicht ersichtlich.

Nach Angaben der KDS ist auch ein Hygiene-Arbeitskreis als ständige Einrichtung implementiert.

Im Protokoll der sanitätsbehördlichen Überprüfung vom 11. Juli 2018 wurde bspw. über die Weiterführung der Aktion „Saubere Hände“ für das Jahr 2018 berichtet. Bei dieser sanitätsbehördlichen Überprüfung waren Desinfektions- und Reinigungspläne in den verschiedenen Bereichen vorhanden, und Infektionsstatistiken wurden vorgelegt.

Der LRH stellt aufgrund der Protokolle der sanitätsbehördlichen Überprüfungen fest, dass Maßnahmen zur Umsetzung der Vorgaben für die Krankenhaushygiene und somit für die Sicherheit der Patienten durchgeführt werden.

Brandschutz

Ein Brandschutzbeauftragter wird im Organigramm angeführt. Eine Beschreibung des Brandschutzkonzeptes aus dem Jahr 2004 sowie Brandschutzpläne aus 2006 liegen vor.

Im Protokoll der sanitätsbehördlichen Überprüfung vom 11. Juli 2018 wurde angeführt, dass entsprechend den Auflagen des Betriebsbewilligungsbescheides u. a. Änderungen des Brandschutzplanes bei Nutzungsänderungen bzw. baulichen Änderungen erfüllt wurden; für eine erforderliche Evakuierung im Brandfall lagen eine ausreichende Anzahl von Fluchwegorientierungsplänen sowie eine entsprechende Anzahl von Fluchtauben vor.

Laut Mitarbeitermappe, die auf allen Stationen aufliegt, ist der Alarmierungsablaufplan für das Verhalten im Brandfall in der KDS anschaulich auf einer Seite dargestellt.

Eine Brandschutzübung erfolgte im Oktober 2017 unter Teilnahme der Feuerwehr Schladming. Ziele waren das „Erkennen von Gefahrenquellen und der Brandarten bzw. -klassen (A, B, C ...) sowie bei der Evakuierung betroffener Bauteile den schnellsten Weg zu finden“. Eine Einbeziehung von Patienten ist daraus nicht ersichtlich. Ein

Ergebnisprotokoll bzw. Resümee aufgrund der Empfehlungen der Feuerwehr wurde nicht vorgelegt.

Die Empfehlungen der Feuerwehr sollten in einem Ergebnis-Protokoll festgehalten und mit allen Beteiligten besprochen werden.

Ein Katastrophenschutzplan für (interne und externe) Ereignisse inklusive Alarm- und Evakuierungsplan ist vorhanden.

Technischer Sicherheitsbeauftragter/Technische Sicherheitsfachkraft

Laut Organigramm ist in der KDS ein Technischer Sicherheitsbeauftragter sowie eine Technische Sicherheitsfachkraft implementiert. Die Agenden für den Technischen Sicherheitsbeauftragten sind an ein externes Unternehmen vergeben. Im Zuge dieses Rahmenauftrages werden sicherheitstechnische Kontrollen, medizin-technische Beratungstätigkeiten, wiederkehrende Prüfungen, elektrotechnische Aufgaben etc. durchgeführt. Weiters werden auch gesetzliche Adaptierungen umgesetzt.

11. AUFSICHT DURCH DAS LAND STEIERMARK UND DURCH DEN GESUNDHEITSFONDS

11.1 Sanitätsbehördliche Aufsicht durch die A8

Die sanitäre Aufsicht von Krankenanstalten ist in den §§ 60 bis 62 KAKuG geregelt. Demnach haben die Bezirksverwaltungsbehörden unter Beiziehung der ihnen als Gesundheitsbehörde beigegebenen oder zur Verfügung gestellten Amtsärzte in den Krankenanstalten ihres örtlichen Wirkungskreises die Einhaltung der sanitären Vorschriften zu überwachen.

Unter den sanitären Vorschriften sind die Bestimmungen des StKAG in der geltenden Fassung als auch die auf Grund dieses Gesetzes erlassenen Bescheide und die darin vorgeschriebenen Auflagen zu verstehen. Die sanitäre Aufsicht erstreckt sich auf alle Bereiche, die mittelbare bzw. unmittelbare Auswirkungen auf die Patienten haben.

Kernbereiche der sanitären Aufsicht sind:

- Medizin und Hygiene
- Pflege und Therapie
- Bautechnik und betrieblicher Brandschutz
- Sicherheitstechnik
- Bädertechnik

Im Rahmen der sanitären Überprüfung sind folgende Themenfelder insbesondere zu berücksichtigen:

- Betrieb nach bescheidmäßig bewilligtem Leistungsspektrum
- Erfüllung von Bescheidauflagen
- Gültigkeit der Anstaltsordnung
- Hygiene
- Pflege
- Arzneimittelgebarung
- Medizintechnik – Prozessvalidierung
- Brandschutz
- Patientensicherheit
- Organisation
- Entlassungsmanagement
- QM

Die Überprüfung erfolgt durch die Sanitätsbehörde unter Beiziehung des Amtsarztes. Das Ausmaß der Überprüfung wird ebenso durch die Sanitätsbehörde festgelegt, die Kosten trägt der Bund. Die Überwachung der Einhaltung der sanitären Vorschriften hat in regelmäßigen Abständen stattzufinden.

Der LRH überprüfte, ob die zuständige Bezirksverwaltungsbehörde grundsätzlich ihrer sanitären Aufsichtspflicht nachkommt. Die Qualität und Tiefe der sanitätsbehördlichen Aufsicht war jedoch nicht Gegenstand dieser Überprüfung.

Seit Beginn des Prüfzeitraums wurden seitens der zuständigen Behörde, das ist die Bezirkshauptmannschaft Liezen, Politische Expositur Gröbming, fünf sanitätsbehördliche Überprüfungen durchgeführt:

- sanitätsbehördliche Überprüfung der KDS am 7. Oktober 2015
 - keine ausreichende Anzahl von Fluchtwegorientierungsplänen
 - keine Bedenken gegen den weiteren Betrieb der Krankenanstalt
- sanitätsbehördliche Überprüfung der KDS am 6. Juni 2016
 - fehlender Fluchtwegorientierungsplan im Wartebereich Ambulanzen
 - keine Bedenken gegen den weiteren Betrieb der Krankenanstalt
- sanitätsbehördliche Überprüfung der KDS am 26. Juni 2017
 - keine Bedenken gegen den weiteren Betrieb der Krankenanstalt
- sanitätsbehördliche Überprüfung der KDS am 11. Juli 2018:
 - betreffend Überprüfung raumluftechnischer Anlagen der Raumklassen I und II; Klärung der Art der Überprüfung und ggfs. Mitteilung an die Sanitätsbehörde
 - Überprüfung der Druckbehälter bei der Kälteanlage; Abklärung hinsichtlich jährlicher Prüfung
 - fehlende Fortbildungsstunden im Pflegebereich sind nachzuholen
 - keine Bedenken gegen den weiteren Betrieb der Krankenanstalt
- sanitätsbehördliche Überprüfung der geburtshilflichen Einrichtung der KDS am 13. Februar 2019
 - kein Bescheid
 - Auflagen werden seitens der KDS erfüllt

Es erfolgte jeweils eine amtsärztliche Prüfung, eine Prüfung durch einen technischen Sachverständigen sowie eine Prüfung der Auflagen des Betriebsbewilligungsbescheides.

Der LRH stellt fest, dass die zuständige Bezirksverwaltungsbehörde grundsätzlich ihrer sanitären Aufsichtspflicht nachkommt.

11.2 Wirtschaftsaufsicht durch den Gesundheitsfonds

Gemäß § 40 Abs. 1 StKAG unterliegen Krankenanstalten, die Beiträge zum Betriebsabgang gemäß § 88, Beiträge zum Errichtungsaufwand oder Zahlungen vom Gesundheitsfonds erhalten, der wirtschaftlichen Aufsicht durch die Landesregierung und der Gebarungskontrolle durch den Rechnungshof.

Der LRH stellt fest, dass die KDS jede der im § 40 Abs. 1 StKAG genannten Voraussetzungen erfüllt und daher der wirtschaftlichen Aufsicht durch die Landesregierung und der Gebarungskontrolle durch den Rechnungshof unterliegt.

Für Fondskrankenanstalten – bei der KDS handelt es sich um eine Fondskrankenanstalt – wird die wirtschaftliche Aufsicht durch den Gesundheitsfonds Steiermark wahrgenommen.

Um seiner Aufgabe der Wirtschaftsaufsicht nachkommen zu können, führte der Gesundheitsfonds ein Berichts- und Kennzahlensystem ein.

Dieses Berichts- und Kennzahlensystem wurde, so der Gesundheitsfonds, unter Einbeziehung und Abstimmung mit den steirischen Fondskrankenanstalten sowie mit externer Unterstützung entwickelt und in Form einer Durchführungsrichtlinie „Richtlinie zur Durchführung der Wirtschaftsaufsicht von Krankenanstalten“ in der Gesundheitsplattform beschlossen. Die gegenständliche Richtlinie ist am 1. Jänner 2012 in Kraft getreten und gilt für alle Fondskrankenanstalten.

Mit der Einführung dieses Berichts- und Kennzahlensystems zur Wirtschaftsaufsicht wurden folgende Ziele verfolgt:

- Sicherstellen einer einheitlichen Datenbasis (inhaltlich, zeitlich, organisatorisch)
- Fokussierung auf eine prospektive Datenanalyse
- Berichtswesen mit Plan-Ist-Vergleichen und Kennzahlen
- sinnvoller und vertretbarer Ressourceneinsatz für alle Betroffenen

Die gegenständliche Richtlinie schreibt den steirischen Fondskrankenanstalten neben der quartalsweisen Übermittlung von Ist-Daten auch die Bereitstellung von Plandaten vor. Damit werden Plan-Ist-Vergleiche, Vorscheurechnungen auf den Jahreswert und die Ermittlung von Kennzahlen ermöglicht.

Um eine einheitliche Datenbasis sicherzustellen und den Mehraufwand für die Krankenanstalten zu begrenzen, sind jene Daten heranzuziehen, die auf Grund von gesetzlichen Bestimmungen zu erstellen bzw. bereits vorhanden sind, v. a. Daten nach der Krankenanstalten-Rechnungsabschluss-Berichtsverordnung, nach der Statistikverordnung und nach der Kostenrechnungsverordnung für fondsfinanzierte Krankenanstalten. Die Datenerfassung erfolgt in einer vom Bund bereit gestellten und zu diesem Zweck erweiterten Software (XDok).

Für die Übermittlung der Daten wurden seitens des Gesundheitsfonds folgende Fristen festgelegt:

Plandaten (auf Jahresbasis)	acht Wochen vor Jahresende für das Folgejahr
Plandaten (auf Quartalsbasis)	bis Ende April
Ist-Daten (kumuliert)	jeweils zwei Monate nach Quartalsende
Jahresabschluss	bis Ende Juni des Folgejahres

Quelle: Gesundheitsfonds, aufbereitet durch den LRH

Die Berichte bzw. Kennzahlen decken eine Reihe von Themenbereichen ab (Erlöse und Margen, Personal, Aufwand, Investitionen und Instandhaltung, Bilanz) und umfassen 36 Kennzahlen (davon 29 quartalsweise zu melden und sieben jährlich zu melden).

Der vorzulegende Wirtschaftsaufsichts-Bericht umfasst die folgenden drei Ebenen:

1. bilanzseitige Berichtsebene (Vermögens- und Kapitalstruktur und Eigenmittelverteilungsrechnung)
2. GuV-seitige Berichtsebene (Quellen- und Verwendungsanalyse inkl. Erlösstruktur und Zuschussstruktur)
3. Zusatzdaten (ausgewählte Aufwands-, Kostenrechnungs- und Statistikdaten sowie LKF-Punkte)

Seitens der Krankenanstalten ist das o. a. XDok-Formular auszufüllen und zu übermitteln. Hieraus werden dann die Kennzahlen berechnet, fehlende Daten und Abweichungen größer als 5 % werden markiert. Hierfür wird, so der Gesundheitsfonds, von der betroffenen Krankenanstalt eine Stellungnahme eingeholt und diese auf ihre Plausibilität geprüft.

Die Vergütungen (v. a. LKF-Mittel inklusive Betriebsabgangsdeckung, sonstige Vergütungen inklusive Kostenbeiträge und Gesundheitsbeihilfe sowie Struktur-, Projekt- und Planungsmittel) an die steirischen Fonds-Krankenanstalten betragen im Jahr 2017 rund € 1,5 Mrd.

Auf Basis der „Richtlinie zur Durchführung der Wirtschaftsaufsicht“ sind je Fondskrankenanstalt zumindest sieben Datenmeldungen erforderlich; in Summe sind das rund 140 Datenübermittlungen für die steirischen Fondskrankenanstalten an den Gesundheitsfonds pro Jahr.

Der LRH weist darauf hin, dass die gesamte Wirtschaftsaufsicht über die rund 20 steirischen Fondskrankenanstalten derzeit vorwiegend von zwei Mitarbeitern im Gesundheitsfonds wahrgenommen wird.

Der LRH nahm in die „Wirtschaftsaufsichtsberichte“ der KDS 2015 bis 2018 Einsicht. Es wurden Plan-Ist-Vergleiche für die jeweilige Periode vorgelegt. Zu Abweichungen größer als 5 % liegen kurze Begründungen (zumeist ein Satz) vor.

Das vom Gesundheitsfonds beschriebene Prozedere bestätigt sich in den Grundzügen (Datenmeldung – Abweichungsanalyse – Begründungen) am Beispiel der KDS.

In seinem Prüfbericht „Gesundheitsfonds Steiermark“ (Berichtszahl: LRH 20 G 5/2010-42) aus dem Jahr 2011 stellte der LRH zur Wirtschaftsaufsicht durch den Gesundheitsfonds fest, dass *„die dem Gesundheitsfonds obliegende Wirtschaftsaufsicht nicht im gebotenen Maße wahrgenommen wurde“*.

Weiters hieß es darin: *„Bisher wurden weder die Voranschläge noch die Rechnungsabschlüsse der Fondskrankenanstalten geprüft bzw. genehmigt.“*

„Konkrete Vorgaben durch die Geschäftsstelle des Gesundheitsfonds an die Träger sind nicht erfolgt. Deren übermittelte Unterlagen waren daher uneinheitlich und für vergleichende Analysen nicht geeignet.“

Die Feststellungen und Empfehlungen aus dem Prüfbericht 2011 wurden aufgegriffen. Der LRH stellt fest, dass der Gesundheitsfonds mittlerweile seine Aufgabe der Wirtschaftsaufsicht wahrnimmt und diese weiterentwickelt.

Der LRH ortet angesichts der Allokation von Finanzmitteln in einem Ausmaß von fast € 1,5 Mrd. Verbesserungsbedarf hinsichtlich der Aufsichtshandlungen und der dafür eingesetzten Ressourcen.

Seitens des Gesundheitsfonds wurde darauf hingewiesen, dass die „Richtlinie zur Durchführung der Wirtschaftsaufsicht von Krankenanstalten“ derzeit überarbeitet wird.

Der LRH empfiehlt, die Wirtschaftsaufsicht über die steirischen Fondskrankenanstalten weiter zu entwickeln und folgende Aspekte zu berücksichtigen:

- **Evaluierung der Organisation der Wirtschaftsaufsicht innerhalb des Gesundheitsfonds bzw. der dafür eingesetzten Ressourcen.**

Stellungnahme Landesrat Mag. Christopher Drexler:

Die im Rahmen der 42. Sitzung der Gesundheitsplattform Steiermark beschlossene RL JV-WiA kommt für das Wirtschaftsjahr 2020 erstmals zur Anwendung. Es handelt sich hierbei um einen Lernprozess für alle Beteiligten. Entsprechend der Empfehlung des LRH wird der GFSTMK den Aufwand im Zusammenhang mit der Umsetzung der Richtlinie genau betrachten und die daraus gewonnen Erkenntnisse in die Weiterentwicklung der Wirtschaftsaufsicht einfließen lassen.

Anmerkung des Landesrechnungshofes:

Die neue in der 42. Sitzung der Gesundheitsplattform Steiermark am 26. Juni 2019 beschlossene „Richtlinie zur Erstellung der Jahresvoranschläge sowie zur Durchführung der Wirtschaftsaufsicht von steirischen Fondskrankenanstalten (RL JV-WiA)“ des Gesundheitsfonds war nicht Gegenstand dieser Prüfung.

Der LRH nimmt jedoch zur Kenntnis, dass hierin Anregungen bzw. Empfehlungen des LRH aufgegriffen wurden bzw. ggfs. in die weitere Entwicklung der Wirtschaftsaufsicht (inkl. Ersatzanschaffungsprozedere) einfließen werden.

- **Evaluierung der zu berichtenden Kennzahlen (hinsichtlich Quantität und Qualität sowie unter Berücksichtigung der jüngsten Entwicklungen im Gesundheitswesen, wie bspw. die Ausdehnung des LKF-Systems auf den ambulanten Bereich).**

Stellungnahme Landesrat Mag. Christopher Drexler:

Vom bisherigen Kennzahlensystem der Wirtschaftsaufsicht wurde aufgrund der eingeschränkten Aussagekraft und damit im Zusammenhang stehenden Aufwand hinsichtlich Ursachenanalyse abgegangen. Künftig erfolgt eine Abweichungsanalyse auf Kontenebene, um ein rascheres Handeln sowie schnelleres Überprüfen zu ermöglichen. Da alle Fondskrankenanstalten mit dieser Form der Abweichungsanalyse arbeiten, ist dies sowohl für die Fondskrankenanstalten als auch den GFSTMK ein Effizienzgewinn. Zudem wurden die Meldungen auf die aussagekräftigsten Meldezeitpunkte

reduziert. Die Kontrolle erfolgt durch ein neues Anwendertool, das Abweichungen automatisch aufzeigt (prozentuell sowie absolut) und dazugehörige Erläuterungen für die Häuser sofort ermöglicht.

- **Neben quartalsweisen Plan-Ist-Vergleichen sind auch Mehrjahresvergleiche und Benchmarks zwischen den Fondskrankenanstalten anzudenken, in diesem Zusammenhang auftretende Auffälligkeiten (z. B. sprunghafte Entwicklungen in den Mehrjahresvergleichen, große Unterschiede zwischen verschiedenen Krankenanstalten) sollten ebenso hinterfragt werden.**

Stellungnahme Landesrat Mag. Christopher Drexler:

In der neuen RL JV-WiA werden unter anderem auch explizite Nicht-Ziele der Wirtschaftsaufsicht des GFSTMK angeführt, welche keinen Vergleich der Krankenanstalten, der Bundesländer oder die Übernahme der (innerbetrieblichen) Budgetverantwortung vorsieht. Dennoch werden weiterhin Mehrjahresvergleiche oder Vergleiche der Leistungsdaten durch den Bereich „Planung, Steuerung, Qualität“ vorgenommen, sodass weiterhin Benchmarking möglich ist.

- **Zusätzlich zur Einholung von Stellungnahmen bzw. Begründungen bei Auffälligkeiten sollte der Gesundheitsfonds auch konkrete Ziele bzw. Gegensteuerungsmaßnahmen einfordern und deren Umsetzung verfolgen.**

Stellungnahme Landesrat Mag. Christopher Drexler:

Die in der 42. Sitzung der Gesundheitsplattform Steiermark am 26. Juni 2019 beschlossene RL JV-WiA beinhaltet folgende Ziele:

- *Definitionen von bestimmten Ertrags- sowie Aufwandspositionen und deren möglichen Reglementierung durch den GFSTMK;*
- *Vereinheitlichung, Nachvollziehbarkeit sowie Transparenz der Jahresvoranschläge der Krankenanstaltenträgerinnen und -träger;*
- *Praktikabilität und Ressourcenschonung bei der Anwendung;*
- *Steuerung (langfristig);*
- *Einhaltung der genehmigten Budgets bzw. Jahresvoranschläge.*

Es wird hier darauf hingewiesen, dass es im Zusammenspiel mit der Wirtschaftsaufsicht, dem LKF-Modell sowie den Vorgaben aus RSG-St und Österreichischem Strukturplan Gesundheit sehr wohl eine Steuerungsfunktion des GFSTMK sowie Zielvorgaben gibt. Diese Steuerungsfunktion möchte der GFSTMK unter Verweis auf die Stellungnahme zu Seite 55

[Anmerkung LRH: Seite 61 f.] und den soeben dargestellten Zielsetzungen auch weiterhin wahrnehmen und ausbauen.

- **Abschließend wird angeregt, einen eigenen Jahresbericht über die Tätigkeit bzw. die Erkenntnisse aus der Wirtschaftsaufsicht und der daraus abzuleitenden steuernden Maßnahmen zu entwickeln oder den entsprechenden Abschnitt im Jahresbericht des Gesundheitsfonds um diese Aspekte zu erweitern.**

Stellungnahme Landesrat Mag. Christopher Drexler:

Im Jahresbericht des GFSTMK wird über die Tätigkeit der Wirtschaftsaufsicht in einem eigenen Kapitel seit Jahren berichtet. Die Anregung des LRH wird aufgenommen und der Abschnitt im Jahresbericht zukünftig um ausgewählte Aspekte erweitert.

Der LRH legte das Ergebnis seiner Überprüfung in der am 3. Juli 2019 abgehaltenen Schlussbesprechung ausführlich dar.

Teilgenommen haben:

vom Büro des

Landesrates Mag. Christopher Drexler: Mag. Martin Kriwanek

von der Abteilung 8:

Dr. Dietmar Müller

Mag. Barbara Kaller

vom Gesundheitsfonds Steiermark

Mag. Michael Koren

Dr. Johannes Koinig

Mag. (FH) Lydia Stelzl, BA

Eva Tudor

von der Klinik Diakonissen Schladming

Mag. Peter Stücklschweiger

Dr. Karl Wohak

Ing. Hannes Stickler

vom Landesrechnungshof Steiermark

LRH-Dir. Mag. Heinz Drobesh

Mag. Elisabeth Freidorfer

Mag. Markus Birnstingl, MBA

Mag. Tina Freiberger, MA

12. FESTSTELLUNGEN UND EMPFEHLUNGEN

Der Landesrechnungshof (LRH) führte eine Prüfung der Klinik Diakonissen Schladming (KDS) durch. Die Prüfung umfasste grundsätzlich den Zeitraum vom 1. Jänner 2015 bis zum 31. Dezember 2017. Soweit erforderlich, nahm der LRH auch auf frühere oder spätere Zeiträume Bezug.

Der LRH hebt die hohe Kooperationsbereitschaft der KDS sowie des Gesundheitsfonds Steiermark hervor.

Nach Durchführung des Anhörungsverfahrens ergeben sich folgende Feststellungen und für den Maßnahmenbericht gemäß Art. 52 Abs. 4 L-VG relevante Empfehlungen:

Grundlagen Klinik Diakonissen Schladming [Kapitel 2]

- Der LRH stellt fest, dass sich die KDS einer bestmöglichen Versorgung der Bevölkerung im oberen Ennstal verpflichtet sieht und dass sich das Bemühen darum auch im von diakonischen Grundsätzen geprägten Handeln der geprüften Stelle im Prüfzeitraum widerspiegelt.
- Das Diakonissen-Krankenhaus (DKH) Schladming wurde im Jahr 2006 im Rahmen eines Public-Private-Partnership (PPP)-Modells errichtet.
- Der LRH stellte in einer Überprüfung im Jahr 2008 fest, dass weder steuerliche noch sonstige wesentliche Vorteile des gewählten PPP-Modells für das Land Steiermark erkennbar waren, sodass der LRH empfahl, zukünftig von derartigen Abwicklungsmodellen Abstand zu nehmen.
- Der LRH konnte die Ausgliederung der Rechtsträgerschaft des Krankenhauses auf die hierzu neu gegründete KDS GmbH nachvollziehen. Die dafür notwendigen sanitätsbehördlichen Bewilligungen gemäß § 13 StKAG wurden vom Amt der Steiermärkischen Landesregierung erteilt.

Rechtliche Grundlagen [Kapitel 3]

- Laut RSG-St 2025 ist am Standort Schladming mittelfristig keine bettenführende Akutkrankenanstalt mehr vorgesehen. Der Standort soll als ambulant und tagesklinisch tätige Versorgungseinrichtung des Diakoniewerks weitergeführt werden.
- Die bettenführenden Akutkrankenanstalten in Bad Aussee, in Rottenmann (Stmk. Krankenanstaltengesellschaft m.b.H. (KAGes)) und in Schladming (Diakoniewerk) sollen durch ein Leitspital im Raum Stainach-Pürgg ersetzt werden.

- Mittlerweile lief das Projekt „Leitspital Region Liezen“ unter der Leitung des Gesundheitsfonds an; eine schriftliche Vereinbarung über eine angedachte künftige Zusammenarbeit zwischen KAGes und Diakoniewerk lag zum Zeitpunkt der Schlussbesprechung nicht vor.
 - **Empfehlung 1:**
Der LRH empfiehlt, dass sich die finanziellen Belastungen für die Errichtung und den Betrieb des neuen „Leitspitals Region Liezen“ nach der Größenordnung und den Ressourcen der Partner in der künftigen Organisation widerspiegeln.

- Die aktuellen Angaben der KDS über die Anzahl der systemisierten Betten (106) und der Dialyse-Behandlungsplätze (acht) decken sich mit den sanitätsbehördlichen Bewilligungen. Unter Berücksichtigung der 17 Saisonbetten und der drei Isolierbetten ist eine Übereinstimmung mit dem RSG-St 2025 gegeben, der im IST 2014 ebenfalls insgesamt 126 Betten ausweist.

- Die vorgelegte Anstaltsordnung entspricht laut Bescheid der Sanitätsbehörde den gesetzlichen Vorgaben.

- Aus den Protokollen der Gesellschafterversammlungen von 2015 bis 2017 geht nicht eindeutig hervor, wer von den Sitzungsteilnehmern über ein Stimmrecht verfügte.
 - **Empfehlung 2:**
Der LRH empfiehlt, im Rahmen der Protokollierung der Gesellschafterversammlung zu dokumentieren, welche der Teilnehmer als Eigentümerversammlung über ein Stimmrecht verfügen bzw. wie allfällige Beschlussfassungen zustande kommen.

- Der LRH stellt fest, dass der Aufsichtsrat der KDS seit 2014 durchgehend aus sechs Mitgliedern besteht. Damit wird dem Punkt 7.2 der Erklärung über die Errichtung der Gesellschaft widersprochen.
 - **Empfehlung 3:**
Der LRH empfiehlt, den Aufsichtsrat entsprechend der Erklärung über die Errichtung der Gesellschaft zu gestalten oder in letzterer ein weiteres Aufsichtsratsmitglied vorzusehen.

- Die Aufsichtsratssitzungen fanden in der Regel nach den Gesellschafterversammlungen statt. Auch aus den Protokollen der Aufsichtsratssitzungen von 2015 bis 2017 geht nicht klar hervor, welche der Anwesenden bei Beschlüssen mitstimmten.

➤ **Empfehlung 4:**

Der LRH empfiehlt, im Rahmen der Protokollierung der Aufsichtsrats-sitzungen zu dokumentieren, welche der Teilnehmer als Aufsichtsrats-mitglieder über ein Stimmrecht verfügen bzw. wie Beschlussfassungen zustande kommen.

- Gegenstand der Vereinbarung zwischen dem Land Steiermark und dem Diakoniewerk vom 20. Juni 2005 ist ein jährlicher Finanzierungsbeitrag zur Abdeckung des jährlichen Betriebsabganges und der Finanzierungskosten für den Neubau (Kapital und Zinsen, max. rund € 50 Mio. im Zeitraum 2006 bis 2031).
- Der LRH stellt fest, dass eine einseitige Kündigung der Vereinbarung vom 20. Juni 2005 durch das Land Steiermark vor dem 31. Dezember 2031 nicht möglich ist.

➤ **Empfehlung 5:**

Das Land Steiermark hat mit dem Rechtsträger der KDS in Gespräche über eine Neufestsetzung des in der Vereinbarung festgelegten Deckungsgrades der projektbezogenen Folgekosten zu treten, v. a. hinsichtlich der Finanzierung des laufenden Betriebes der am Standort nach 2025 vorgesehenen Versorgungseinrichtung und der Refundierung allfälliger Einnahmen aus der Nutzung der frei werdenden räumlichen Ressourcen.

Wesentliche Entwicklungen und Ereignisse seit dem Beginn des Prüfzeitraums [Kapitel 4]

- Wesentliche Entwicklungen und Ereignisse seit dem Beginn des Prüfzeitraums waren ein mehrfacher Wechsel der Ärztlichen Leitung, die Leistungserweiterung der Dialyseeinrichtung, die Umwandlung der „Abteilung für Unfallchirurgie“ in eine „Abteilung für Orthopädie und Traumatologie“ sowie die Causa „Geburtshilfe und Gynäkologie“.
- Der Betrieb einer Geburtshilfe und Gynäkologie mit derart geringen Leistungszahlen (220 stationäre Fälle 2017) und einer derart geringen Auslastung (38,6 % in 2017) ist allein schon aus Qualitätssicherungsgründen kritisch zu sehen.

➤ **Empfehlung 6:**

Der LRH empfiehlt, bis zur Umsetzung des geplanten Projektes „Leitspital Region Liezen“ und der darin vorgesehenen zentralen Geburtshilfe und Gynäkologie für den Versorgungsraum Liezen, soweit möglich, alternative Versorgungsformen in Betracht zu ziehen.

- Weitere Entwicklungen und Ereignisse seit dem Beginn des Prüfzeitraums waren z. B. das Inkrafttreten des neuen KA-AZG, die Einführung der Elektronischen

Gesundheitsakte (ELGA) und eine Vereinbarung über den Ersatz medizinischer Großgeräte in den Jahren 2018 bis 2020.

Organisation [Kapitel 5]

- Der LRH nahm in zahlreiche Unterlagen zur Regelung der internen Abläufe Einsicht.
 - **Empfehlung 7:**
Zur Verringerung des administrativen Aufwandes regt der LRH an, in den Unterlagen zur Ablauforganisation von namentlichen Erwähnungen Abstand zu nehmen, da jede personelle Änderung auch die Notwendigkeit einer entsprechenden Adaptierung von Dokumenten nach sich zieht.
- Die internen Abläufe sind in einem klinikeigenen Dokumentenmanagementsystem zusammengefasst. Die übermittelten Dokumentationen sind inhaltlich und im Umfang unterschiedlich ausgeprägt bzw. zum Teil sehr detailliert. Eine einheitliche Strukturierung ist nicht erkennbar. Die Dokumentationen werden unterschiedlich bezeichnet, z. B. Statut, Handbuch, Konzept, Abteilungsordnungen.
- Der LRH stellt fest, dass trotz vorliegender Zertifizierungen des Qualitätsmanagements (QM) ein einheitliches Dokumentenmanagement nicht erkennbar ist.
 - **Empfehlung 8:**
Der LRH empfiehlt eine Standardisierung der im Dokumentenmanagementsystem erfassten Unterlagen.
- Der LRH befand die vorgelegten Stellenbeschreibungen für in Ordnung.

Leistungsdaten und Kennzahlen [Kapitel 6]

- Betrachtet man die gegenübergestellten Kennzahlen der KDS mit anderen peripher gelegenen Krankenanstalten bzw. dem gesamtsteirischen und gesamtösterreichischen Durchschnitt, so bestätigen sich die Bemühungen, Belagstage und Belagsdauern zu verringern und stationäre Fälle in den ambulanten (und niedergelassenen) Bereich auszulagern.
- Die vorliegenden Daten für den Prüfzeitraum bestätigen den RSG-St und die darin für den Bezirk Liezen verordneten Strukturveränderungen; diese bzw. insbesondere das Projekt „Leitspital Region Liezen“ sind daher positiv zu würdigen.
- Die KDS lag im gesamten Prüfzeitraum weit unter der Soll-Auslastung von 85 %. Abgesehen von der Abteilung für Orthopädie und Traumatologie, welche die Soll-Auslastung 2015 und 2016 annähernd erreichte, lagen die anderen Abteilungen weit darunter.

- Der LRH stellt fest, dass die Differenzen zwischen ambulanten Patienten und ambulanten Frequenzen der Krankenanstaltenstatistik und des Controllings der KDS erheblich sind.
 - **Empfehlung 9:**
Hinsichtlich der Dokumentation von Regressfällen, ausländischen Gastpatienten und Selbstzahlern sind laut LKF-Modell 2019 auf Landesebene entsprechende Regelungen zu treffen. Dabei ist auf eine Harmonisierung von KAGes und Nicht-KAGes-Spitälern hinzuwirken, sodass künftig auch für den ambulanten Bereich valide und steiermarkweit vergleichbare Daten vorliegen.

- Der LRH stellt fest, dass bereits im RSG-St 2011, Version 2.0, für den Standort Schladming eine Reduktion von 126 auf 94 Akutbetten vorgeschrieben war, eine Bettenreduktion bislang jedoch nicht vorgenommen wurde.
 - **Empfehlung 10:**
Angesichts der beschriebenen Entwicklungen empfiehlt der LRH als Vorgriff auf die im RSG-St 2025 beschlossenen und mittlerweile verordneten Maßnahmen eine Reduktion der systemisierten bzw. tatsächlich aufgestellten Betten auf das im RSG-St für 2020 geplante Niveau von 94 Betten.
 - **Empfehlung 11:**
Zur Abdeckung saisonaler Spitzen sind entsprechende organisatorische Vorkehrungen zu treffen.

Personal [Kapitel 7]

- Der LRH stellt fest, dass die dienstrechtlichen Regelungen für die Bediensteten der KDS in vielen der verglichenen Bereiche vorteilhafter sind als jene nach dem Gesetz über das Dienst- und Besoldungsrecht der Bediensteten des Landes Steiermark (Stmk. L-DBR) und somit über den in anderen steirischen Fondskrankenanstalten üblichen Standard hinausgehen.
 - **Empfehlung 12:**
Der LRH empfiehlt, dass sich die KDS bei ihren dienstrechtlichen Regelungen künftig am Landesstandard orientiert.
 - **Empfehlung 13:**
Weiters empfiehlt der LRH dem Gesundheitsfonds, diesem Aspekt im Rahmen der Wirtschaftsaufsicht über die steirischen Fondskrankenanstalten besondere Beachtung zu schenken.

- Der LRH stellt fest, dass sich die Dienstrechte der KAGes und der KDS unterscheiden.
 - **Empfehlung 14:**
Der LRH empfiehlt, dass allfällige von der KDS in das „Leitspital Region Liezen“ übertretende Bedienstete ausnahmslos in den Landesdienst übernommen werden sollen, sodass sichergestellt wird, dass es dort nur ein Dienstrecht gibt bzw. es im Vergleich zum Landesstandard zu keiner Besserstellung von Bediensteten oder Gruppen von Bediensteten kommt.
- Der LRH stellt fest, dass die Anzahl der beschäftigten Personen (Vollzeitäquivalente (VZÄ)) von 254,17 (326) um 3,7 % (6,1 %) auf 263,59 (346) stieg. Dieser Entwicklung des zunehmenden Personalstandes entsprechend stieg auch der Personalaufwand im Prüfzeitraum 2015 bis 2017 von € 18,1 Mio. um 4,7 % auf 18,9 Mio.
- Der LRH weist darauf hin, dass diese Steigerungen bei Personalstand und Personalaufwand den rückläufigen Leistungsdaten grundsätzlich widersprechen.
 - **Empfehlung 15:**
Der LRH empfiehlt, geeignete Maßnahmen zu setzen, sodass sich die rückläufige Entwicklung der Leistungsdaten auch im Personalaufwand wiederfindet.
- Die Dienstpostenpläne sahen für den Zeitraum 2015 bis 2017 eine Steigerung im Ausmaß von 6,2 % vor. Während es in 2015 noch eine Überbesetzung gab, konnten 2016 und 2017 die Dienstposten laut Dienstpostenplan nicht mehr vollständig besetzt werden.
- Seitens der KDS werden eine Reihe von Maßnahmen gesetzt, um auf dem Arbeitsmarkt als attraktiver Arbeitgeber wahrgenommen zu werden. Dies wird als besondere Herausforderung gesehen, da dies zu einem Wettbewerb führte. Die daraus für die KDS bzw. für die konkurrierenden Krankenanstalten resultierenden Mehrkosten müssen vom Land Steiermark über die Betriebsabgangsdeckung finanziert werden.
 - **Empfehlung 16:**
Der LRH empfiehlt, gegenständliche Maßnahmen zur Personalrekrutierung im Hinblick auf Sparsamkeit, Wirtschaftlichkeit und Zweckmäßigkeit zu evaluieren.
- Wie bereits in einigen Vorberichten stellt der LRH neuerlich fest, dass durch die derzeitigen Rahmenbedingungen (z. B. Ausbildungsplätze, Berufsgruppengesetze, demographische Entwicklung, KA-AZG) im Gesundheitswesen ein Arbeitskräftemangel vorliegt, der sich weiter verschärfen wird.

- **Empfehlung 17:**
Der LRH empfiehlt den Verantwortungsträgern (Gesundheitsplattform, Gesundheitsressort), im eigenen Wirkungsbereich, soweit möglich, Gegenmaßnahmen einzuleiten; darüber hinaus ist diese Problematik an die Bundesebene heranzutragen und nachdrücklich zu verfolgen.
- Der LRH kann nicht nachvollziehen, warum es trotz Auslagerung von Verwaltungsleistungen zu einer Dienstpostenvermehrung kam.
- **Empfehlung 18:**
Der LRH empfiehlt eine entsprechende Dienstpostenreduktion für den Verwaltungsbereich.

Finanzielle Gebarung [Kapitel 8]

- Der LRH stellt fest, dass im Prüfzeitraum der Prüfpflicht gemäß § 268 Abs. 1 Unternehmensgesetzbuch (UGB) nachgekommen wurde. In jedem Jahr war dieselbe Wirtschaftsprüfungs- und Steuerberatungskanzlei beauftragt.
- **Empfehlung 19:**
Der LRH empfiehlt in regelmäßigen mehrjährigen Abständen einen Wechsel des Jahresabschlussprüfers.
- Trotz einer Kapitalerhöhung von € 35.000,-- auf € 350.000,-- im Jahr 2016 verschlechterte sich das negative Eigenkapital auf Grund jährlicher Verluste im Prüfzeitraum von rund € 1,2 Mio. um € 616.830,62 auf rund € 1,8 Mio.
- **Empfehlung 20:**
Im Hinblick auf den RSG-St 2025 bzw. das Projekt „Leitspital Region Liezen“ und die damit einhergehenden Unsicherheiten hinsichtlich des künftigen Betriebes des Standortes in Schladming empfiehlt der LRH der KDS, die Eigenkapitalsituation zu verbessern, und dem Land Steiermark, diese im Rahmen der Verhandlungen über die Betriebsführung des „Leitspital Region Liezen“ zu berücksichtigen.
- Der LRH stellt fest, dass die Rückstellungsbewegungen im Jahresabschluss nicht transparent dargestellt sind. Die gewählte Buchungslogik ist für den LRH nicht nachvollziehbar.
- **Empfehlung 21:**
Der LRH empfiehlt, die Darstellung der Rückstellungen im Jahresabschluss transparent und nachvollziehbar vorzunehmen.

- Der LRH weist darauf hin, dass es trotz fallender Leistungskennzahlen und sinkender Auslastung zum Aufbau von Rückstellungen für nicht konsumierte Urlaube und für Überstunden kam.
 - **Empfehlung 22:**
Der LRH empfiehlt, v. a. nicht konsumierte Urlaube und Überstunden abzubauen, um den Rückstellungsaufbau einzubremsen und damit die negative Eigenkapitalsituation zu entlasten.
 - **Empfehlung 23:**
Der LRH empfiehlt, in Anbetracht des erheblichen Umfangs die „Rückstellungen für nicht konsumierte Urlaube“ und die „Rückstellungen für Jubiläumsgelder“ auf der Passivseite der Bilanz gesondert auszuweisen.

- Der LRH stellt fest, dass sich die Gliederung der Gewinn- und Verlustrechnung (GuV) nicht vollständig mit den Vorgaben des § 241 Abs. 2 UGB deckt.
 - **Empfehlung 24:**
Der LRH empfiehlt, die GuV künftig nach den Vorgaben des § 231 Abs. 2 UGB auszugestalten.

- Die betrieblichen Erträge der KDS stiegen im Prüfzeitraum von 2015 bis 2017 von € 27,2 Mio. um 4,6 % auf € 28,5 Mio. Die betrieblichen Aufwendungen der KDS stiegen im Prüfzeitraum 2015 bis 2017 von € 27,9 Mio. um 3,0 % auf € 28,7 Mio.
 - **Empfehlung 25:**
Der LRH empfiehlt, im Hinblick auf das Projekt „Leitspital Region Liezen“ Investitionen auf das unbedingt notwendige Maß zu reduzieren. Für Anlagengegenstände, deren Nutzungsdauer fünf Jahre überschreitet, ist eine Nutzung nach 2025 sicherzustellen.

- Das Betriebsergebnis war im gesamten Prüfzeitraum negativ. Es verbesserte sich von € - 670.630,42 in 2015 auf € - 606.670,22 in 2016 sowie auf letztlich € - 253.654,62 in 2017.

- Laut KDS ergaben sich die negativen Betriebsergebnisse vorrangig aus der nicht zahlungswirksamen Bildung von Rückstellungen. Der LRH stellt fest, dass die Rückstellungssalden das negative Betriebsergebnis aus 2016 nicht zur Gänze erklären können und dieses in der Folge auch aus dem laufenden Betrieb resultiert.

- Unter Berücksichtigung des Finanzergebnisses, der Auflösung von Gewinnrücklagen und des Verlustvortrages ergab sich 2015 ein Bilanzverlust von € - 1,3 Mio., im Jahr 2016 von € - 1,9 Mio. und im Jahr 2017 von € - 2,2 Mio.

- Laut Jahresabschlussbericht 2015 besteht seit 2014 ein Reorganisationsbedarf gemäß Unternehmensreorganisationsgesetz (URG). Auf Grund der Finanzierungsvereinbarung mit dem Land Steiermark besteht jedoch keine unmittelbare Insolvenzgefahr bzw. ist der Fortbestand des Unternehmens vorerst gesichert.
 - **Empfehlung 26:**
Der LRH empfiehlt, Maßnahmen zur Sanierung der evidenten finanziellen Ausnahmesituation zu ergreifen (z. B. Redimensionierung des Krankenhausbetriebes auf die RSG-St 2020-Vorgaben, Zuschuss durch den Eigentümer).
 - **Empfehlung 27:**
Weiters empfiehlt der LRH, ein den ganzen Standort umfassendes Nachnutzungskonzept zu erarbeiten, darüber Einvernehmen mit dem Land herzustellen und dessen Umsetzung einzuleiten.
- Die Betriebsabgangsdeckung laut Förderungsberichte belief sich 2015 bis 2017 durchschnittlich auf € 12,8 Mio. Sie stieg von € 12,2 Mio. in 2015 um 9,8 % auf € 13,3 Mio. in 2017.
- Berücksichtigt man auch die (Sonder-)Förderungen/Subventionen des Gesundheitsfonds, so ist festzustellen, dass die KDS im Prüfzeitraum jährlich insgesamt rund € 13,3 Mio. zur Deckung des Betriebsabganges erhielt.
- Nach dem Krankenhaus der Barmherzigen Brüder erhielt die KDS 2017 absolut gesehen die zweitgrößte Abgangsdeckung unter den konfessionellen Krankenhäusern in der Steiermark.
- Stellt man die Abgangsdeckung der konfessionellen Krankenhäuser in Relation zu grundlegenden Kennzahlen, so zeigt sich, dass die KDS die 1,6- bis 3,5-fache Abgangsdeckung im Vergleich zu den anderen konfessionellen Spitälern erhält.
- Der LRH stellt fest, dass eine eindeutige Definition, was unter einer Ersatzanschaffung zu verstehen ist, in der Vereinbarung vom 20. Juni 2005 nicht enthalten ist und daher Interpretationsspielraum besteht.
 - **Empfehlung 28:**
Der LRH empfiehlt dem Gesundheitsfonds, den Begriff der Ersatzanschaffung eindeutig zu definieren und künftig in den Vereinbarungen mit den Fondskrankenanstalten zu verankern.

- Der für Ersatzanschaffungen akzeptierte Betrag für 2017 konnte nachvollzogen werden. Das künftige anzuwendende Berechnungsmodell ist lückenhaft und führt zu einem Fehlanreiz.
 - **Empfehlung 29:**
Der LRH empfiehlt, das Prozedere hinsichtlich der Ersatzanschaffungen künftig zweckmäßiger zu gestalten und den erlaubten Rahmen für Ersatzanschaffungen (unter Berücksichtigung budgetärer Restriktionen) an realen, bedarfsorientierten Parametern festzumachen.
 - **Empfehlung 30:**
Im Hinblick auf das Projekt „Leitspital Region Liezen“ sollte auch darauf geachtet werden, Ersatzanschaffungen, deren Nutzungsdauern über 2025 hinausgehen, nur im unbedingt notwendigen Ausmaß durchzuführen.

- Der LRH stellt fest, dass abgesehen von größeren Investitionen praktisch alle Aufwendungen bzw. Ausgaben des Betriebes inklusive der Ersatzanschaffungen von der Vereinbarung vom 20. Juni 2005 umfasst werden. Eine Ablehnung einer (kleinen) Investition als Ersatzanschaffung hat daher zur Folge, dass diese unter Umständen unter einem anderen Titel (z. B. Instandhaltung) in dem vom Land abzudeckenden Betriebsabgang eingerechnet wird.
 - **Empfehlung 31:**
Der LRH empfiehlt, das Prozedere hinsichtlich der Ersatzinvestitionen insoweit zu schärfen, dass ermöglicht wird, Ersatzanschaffungen zu streichen, ohne dass diese unter einem anderen Titel durch die Betriebsabgangsdeckung finanziert werden.

- Der LRH sieht eine generelle Regelung für Neuanschaffungen v. a. im Hinblick auf die begrenzten budgetären Möglichkeiten kritisch und Finanzierungen im Anlassfall nach entsprechender Bedarfsprüfung aus Steuerungsgesichtspunkten als sinnvoller an.

- Der LRH stellt fest, dass hinsichtlich der Vergabe von Aufträgen keine Vertretungsvollmachten erteilt bzw. Betragsgrenzen definiert wurden.
 - **Empfehlung 32:**
Der LRH empfiehlt eine krankenhausweite Regelung von Vollmachten und Zeichnungsberechtigungen.

- Der LRH stellt fest, dass sich die KDS grundsätzlich nicht dem Bundesvergabegesetz (BVergG) unterworfen sieht.

- Der LRH leitet aus der Vereinbarung vom 20. Juni 2005 ab, dass allein schon auf Grund dieser vertraglichen Vereinbarung die Unterwerfung der KDS unter das BVergG abzuleiten ist.
- Darüber hinaus kommt der LRH auf Grund einer Entscheidung des Verwaltungsgerichtshofs (VwGH) zum Schluss, dass die KDS als öffentlicher Auftraggeber im Sinne des BVergG anzusehen ist.
 - **Empfehlung 33:**
Der LRH empfiehlt, dass sich die KDS künftig dem Vergaberegime des BVergG unterwirft.

Kooperationen und Leistungsbeziehungen [Kapitel 9]

- Ein privater Rechtsträger betreibt seit dem 1. Jänner 2013 in den Räumlichkeiten der KDS ein radiologisches Ambulatorium, welches Magnetresonanztomographie (MRT)-Untersuchungen anbietet.
- Der LRH stellt fest, dass zwischen dem radiologischen Ambulatorium und der KDS ein dreijähriger Mietzinsverzicht vereinbart und im Zeitraum 2013 bis einschließlich 2015 lediglich die Betriebskosten verrechnet wurden.
- Der LRH stellt fest, dass im Mietvertrag eine widersprüchliche Klausel enthalten ist. Weiters referenziert der Mietvertrag bei der Wertsicherungsklausel auf den Verbraucherpreisindex (VPI) 2010; mittlerweile wurde von der Statistik Austria bereits der VPI 2015 herausgegeben.
 - **Empfehlung 34:**
Der LRH empfiehlt eine Revision des Mietvertrages, in dessen Rahmen die o. a. widersprüchliche Passage korrigiert wird. Gleichzeitig könnte bei der Wertsicherungsklausel auf den aktuellen VPI referenziert werden.
- Der LRH stellt fest, dass mit der Verrechnung des Zusatzmietzinses erst 2016 gemeinsam mit dem Mietzins begonnen wurde. 2016 erfolgten die Nachverrechnung für die Jahre 2013 bis 2015 sowie die laufende Verrechnung.
- Der LRH stellt fest, dass auch in der Verrechnungsvereinbarung eine widersprüchliche Klausel enthalten ist.
 - **Empfehlung 35:**
Der LRH empfiehlt eine Revision der Verrechnungsvereinbarung, in dessen Rahmen die o. a. widersprüchliche Passage korrigiert wird.
- Der LRH stellt fest, dass der Planwert in den Jahren 2015 um rund ein Viertel, 2016 und 2017 um fast die Hälfte überschritten wurde.

- **Empfehlung 36:**
Der LRH empfiehlt, künftig anstatt der Fortschreibung des Planwertes des Vorjahres einen realistischen Wert anzusetzen.
- Der LRH stellt fest, dass die Anzahl der von der KDS dokumentierten MRT-Untersuchungen von den im System der Leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung (LKF) dokumentierten MRT-Untersuchungen abweicht.
- **Empfehlung 37:**
Der LRH empfiehlt, eine lückenlose Dokumentation der erbrachten Leistungen auch im LKF-System sicherzustellen.
- Der LRH kann die Errichtung von zusätzlichen 200 m² Nutzfläche in Containerbauweise um rund € 310.000,-- für zwei Facharztordinationen im Hinblick auf die vorhandenen Flächen und geringe Auslastung nicht nachvollziehen.
- Der LRH stellt fest, dass trotz entsprechender Vorgaben im RSG-St 2011, beschlossen von der Gesundheitsplattform Steiermark am 29. Juni 2011, am Standort Schladming bislang keine Bettenreduktion durchgeführt wurde. Daher konnten potenzielle Raumressourcen für die Einrichtung der beiden Facharztpraxen nicht genutzt werden.
- Der LRH stellt fest, dass bislang noch kein Facharzt in Vertrag genommen werden konnte und das Facharztzentrum noch nicht in Betrieb ging.
- **Empfehlung 38:**
Der LRH empfiehlt, bauliche Maßnahmen grundsätzlich erst dann in Angriff zu nehmen, wenn eine entsprechende Nutzung gesichert ist.
- **Empfehlung 39:**
Weiters empfiehlt der LRH, allfällige Erweiterungen des Facharztzentrums Schladming tunlichst in den vorhandenen Räumlichkeiten der KDS umzusetzen.
- Der „Zentralverwaltungsaufwand verbundene Unternehmen“ betrug im Prüfzeitraum 0,7 % der gesamten Betriebsaufwendungen.
- Der LRH weist darauf hin, dass neben dem Zentralverwaltungsaufwand eine Reihe weiterer Leistungen vom Diakoniewerk an die KDS verrechnet wird, z. B. Büromaterial, Dienstwohnungen, Fortbildung, Lohnverrechnung, Personalservice, Service und Wartung IT, Versicherungen.
- Eine überblicksmäßige und transparente Darstellung der Leistungsbeziehungen zum Diakoniewerk liegt nicht vor.

- **Empfehlung 40:**
Bei der Verrechnung von Leistungen durch das Diakoniewerk an die KDS ist auf eine transparente und für alle Aufsichtsorgane nachvollziehbare Gestaltung der Konditionen zu achten.
- Der LRH stellt fest, dass die KDS in Schladming derzeit über 80 Wohnungen an neun Standorten verfügen kann, die für Bedienstete, Lehrlinge, Vertretungsärzte, Praktikanten, Famulanten und Studenten im klinisch-praktischen Jahr (KPJ) vorgesehen sind. 15 der insgesamt 80 verfügbaren Wohnungen werden laut Verwaltungsleiter von der KDS in Eigenregie verwaltet.
- Der LRH stellt weiters fest, dass sich die KDS bei der Festlegung der Miete weitgehend am Sachbezug-Richtwert laut Richtwertegesetz orientiert. Eine Orientierung am marktüblichen Fremdzins erfolgt nicht. Bestimmte Bediensteten-Gruppen (Lehrlinge und Studenten im KPJ) sind von der Leistung eines Mietzinses befreit.
- Der LRH stellt fest, dass die Kosten für die Dienstwohnungen nicht gedeckt sind. Die Unterdeckung geht folglich auch in die Berechnung der Betriebsabgangsdeckung ein und wird mit Mitteln des Landes finanziert.
- **Empfehlung 41:**
Der LRH empfiehlt, die Bewirtschaftung der selbstverwalteten 15 Dienstwohnungen aus Transparenzgründen künftig als eigenes Cost- bzw. Profitcenter zu führen.
- **Empfehlung 42:**
Die Mietpreise sind nach Möglichkeit so auszugestalten, dass dadurch ein möglichst hoher Deckungsbeitrag für die anfallenden Kosten erzielt werden kann.
- **Empfehlung 43:**
Im Übrigen ist, je nach betrieblicher Notwendigkeit, angesichts der fehlenden Kostendeckung die komplette Auslagerung der verbleibenden 15 Dienstwohnungen in Betracht zu ziehen.
- Die KDS übertrug gemeinsam mit der als Privatkrankenanstalt geführten Klinik Diakonissen Linz (KDL) die Versorgung beider Kliniken mit Wäschereidienstleistungen vertraglich an zwei externe Firmen.
- Der Aufwand für die Wäschereinigung stieg von € 338.648,31 in 2015 (bereinigt um falsch gebuchte € 86.533,42 für Gebäudereinigung) um 18,3 % auf € 400.628,89 in 2017.

- Seit Juli 2014 werden die für die übergreifenden Aufgaben anfallenden Aufwendungen in der KDL über einen „Manipulationsaufschlag“ auf die verhandelten Preise des Mietwäscheversorgers verrechnet. Aufgefallen ist, dass sich im Prüfzeitraum ein Aufschlag von rund 40 % ergab.
- Für den LRH ist ein Kalkulationsaufschlag in dieser Konstellation und Höhe problematisch, da hier die Leistung von Dritten (Textilreinigungsfirmen) über eine Privatklinik im Diakoniewerk mit Aufschlag an eine allgemein öffentliche Krankenanstalt mit Betriebsabgangsdeckungsfinanzierung verrechnet wird.
- Dem LRH wurde die Errechnung des Aufschlages dargestellt, welche rein rechnerisch nachvollzogen werden konnte.
 - **Empfehlung 44:**
Der LRH weist darauf hin, dass die KDS dem BVergG unterliegt. Dieses ist daher auch auf die Ausschreibung der Wäschereinigung anzuwenden.
 - **Empfehlung 45:**
Im Hinblick auf das Projekt „Leitspital Region Liezen“ sind alternative Versorgungsmodelle anzudenken.
- Der LRH stellt fest, dass die Kalkulation der KDS für den „Kostensatz Speisensversorgung“ (als Basis für die zu verrechnenden Tarife) nur teilweise nachvollziehbar ist.
- Der LRH stellt fest, dass der Anteil der für „Dritte“ zubereiteten Mahlzeiten zwischen 36 % und 38 % liegt.
 - **Empfehlung 46:**
Der LRH empfiehlt, die Kalkulation für die Essenseinheiten zur Ermittlung einer Basis für die an Dritte zu verrechnenden (kostendeckenden) Tarife und auch für transparente Kostenvergleiche zu evaluieren.
- Die durchaus als günstig zu bewertenden Verrechnungspreise werden indirekt durch das Land Steiermark im Rahmen der Betriebsabgangsfinanzierung gestützt.
 - **Empfehlung 47:**
Es sollte überlegt werden, ob bei dieser hohen Anzahl von Mahlzeiten für „Dritte“ nicht höhere Verrechnungssätze zum Ansatz kommen sollten, um weitere Erlöse zu lukrieren.
- Anzumerken ist auch, dass in den Unterlagen unterschiedliche Bezeichnungen für „Dritte“ verwendet werden (z. B. Gäste, Fremde, Externe).

- **Empfehlung 48:**
Es wird empfohlen, in der Kostenrechnung durchgehend einheitliche Bezeichnungen zu wählen.
- Der LRH stellt fest, dass die im Café verrechneten Preise im Vergleich zu marktüblichen Preisen günstig sind.
 - **Empfehlung 49:**
Es wird empfohlen, zur Verbesserung des Betriebsergebnisses der Kostenstelle 605 Café die Rohaufschläge für die angebotenen Speisen und Getränke (Produkte) zu überprüfen und allenfalls Preisadaptierungen vorzunehmen. Diesbezüglich wird auch eine Überprüfung der Verrechnungssätze im Catering angeraten.
 - **Empfehlung 50:**
Darüber hinaus sollten ungebuchte Kostenstellen aus dem Kostenstellenplan gelöscht und einheitliche Bezeichnungen gewählt werden.
- Der LRH stellt fest, dass Leistungen der Geschäftsführung in geringem Ausmaß für andere Bereiche bzw. Schwesterorganisationen des Diakoniewerks erbracht werden. Dies geht zu Lasten der KDS, da keine Abrechnung stattfindet.
 - **Empfehlung 51:**
Der LRH empfiehlt im Hinblick auf die Belastung des Betriebsabganges, der vom Land Steiermark zu tragen ist, dass sämtliche Leistungen innerhalb des Diakoniewerks einer entsprechenden zwischenbetrieblichen Verrechnung unterworfen werden.

Qualitätssicherung und Risikomanagement [Kapitel 10]

- Der LRH stellt fest, dass entsprechend den gesetzlichen Vorgaben in der KDS ein Qualitätssicherungs(QS)-System eingeführt und in die Anstaltsordnung auch Vorgaben zur QS aufgenommen wurden.
- Der LRH stellt fest, dass in der Abteilungsordnung (AO) der Qualitätssicherungskommission (QSK) Vorgaben zur Beschlussfähigkeit fehlen.
 - **Empfehlung 52:**
Der LRH empfiehlt, die AO der QSK um die Modalitäten für die Wahl und um die Funktionsdauer des QSK-Vorsitzenden und dessen Stellvertretung sowie um deren Ausbildungsvorgaben zu ergänzen.
 - **Empfehlung 53:**
In Anbetracht der geringen Sitzungs- und Teilnehmerzahl wird empfohlen, die Vorgaben hinsichtlich der Zusammensetzung und der Sitzungen der

QSK zu evaluieren. Darüber hinaus sollten Regelungen über die Vertretungen der QSK-Mitglieder in die AO aufgenommen werden.

- Aus der vorgelegten AO ist die Unterfertigung der Anstaltsleitung nicht ersichtlich.
 - **Empfehlung 54:**
Der LRH empfiehlt, die Unterschrift der Anstaltsleitung in der AO der QSK nachzuholen.

- Der LRH stellt fest, dass in der KDS Qualitätsziele im Rahmen von Strategieworkshops erarbeitet werden und ein Prozess zur Evaluierung der Qualitätspolitik vorliegt.
 - **Empfehlung 55:**
Um die getroffenen Maßnahmen zeitlich und inhaltlich nachvollziehbar darzustellen und um die erreichten Ziele sichtbar zu machen, sollten die umgesetzten Schritte zur Zielverfolgung übersichtlich dokumentiert und die Mitarbeiter regelmäßig informiert werden.

- Der LRH stellt fest, dass mit der Einführung eines Risikomanagements (RM) bzw. mit der verstärkten Berücksichtigung von Risikopotenzialen in der QS den gesetzlichen Verpflichtungen (GmbH-Gesetz, UGB) entsprochen wird.
 - **Empfehlung 56:**
Aus Sicht des LRH sollte ein Handbuch oder Leitfaden zum RM in der KDS als interne Grundlage zur Vermeidung von Risiken erstellt werden.

- Im Oktober 2017 erfolgte eine Brandschutzübung unter der Teilnahme der Feuerwehr Schladming. Ein Ergebnisprotokoll bzw. Resümee wurde nicht vorgelegt.
 - **Empfehlung 57:**
Die Empfehlungen der Feuerwehr nach einer Brandschutzübung sollten in einem Ergebnis-Protokoll festgehalten und mit allen Betroffenen besprochen werden.

Aufsicht durch das Land Steiermark und durch den Gesundheitsfonds [Kapitel 11]

- Der LRH stellt fest, dass die für die KDS zuständige Bezirksverwaltungsbehörde ihrer sanitären Aufsichtspflicht grundsätzlich nachkommt.

- Weiters stellt der LRH fest, dass auch der Gesundheitsfonds mittlerweile seine Aufgabe der Wirtschaftsaufsicht wahrnimmt und diese weiterentwickelt.
 - **Empfehlung 58:**
Der LRH empfiehlt, die Organisation der Wirtschaftsaufsicht innerhalb des Gesundheitsfonds bzw. die dafür eingesetzten Ressourcen zu evaluieren.

- **Empfehlung 59:**
Ebenso empfiehlt der LRH, die zu berichtenden Kennzahlen (hinsichtlich Quantität und Qualität sowie unter Berücksichtigung der jüngsten Entwicklungen im Gesundheitswesen) zu evaluieren.
- **Empfehlung 60:**
Neben quartalsweisen Plan-Ist-Vergleichen sind auch Mehrjahresvergleiche und Benchmarks zwischen den Fondskrankenanstalten anzudenken; in diesem Zusammenhang auftretende Auffälligkeiten sind zu hinterfragen.
- **Empfehlung 61:**
Zusätzlich zur Einholung von Stellungnahmen bzw. Begründungen bei Auffälligkeiten sollte der Gesundheitsfonds auch konkrete Ziele bzw. Gegensteuerungsmaßnahmen einfordern und deren Umsetzung verfolgen.
- **Empfehlung 62:**
Abschließend wird angeregt, einen eigenen Jahresbericht über die Tätigkeit bzw. die Erkenntnisse aus der Wirtschaftsaufsicht und der daraus abzuleitenden steuernden Maßnahmen zu entwickeln oder den entsprechenden Abschnitt im Jahresbericht des Gesundheitsfonds um diese Aspekte zu erweitern.

Graz, am 23. August 2019

Der Landesrechnungshofdirektor

HR Mag. Heinz Drobesh