



LANDESRECHNUNGSHOF
STEIERMARK

PRÜFBERICHT

Krankenanstaltenverbund
Rottenmann-Bad Aussee

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 6442/2020-81

INHALTSVERZEICHNIS

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS	4
KURZFASSUNG	6
1. PRÜFUNGSGEGENSTAND	8
2. KRANKENANSTALTENVERBUND ROTTENMANN – BAD AUSSEE.....	9
2.1 Übersicht über den KAV ROA und den Rechtsträger	9
2.2 Historie der Standorte bzw. des Verbundes	10
2.2.1 Standort Rottenmann.....	10
2.2.2 Standort Bad Aussee	10
2.2.3 KAV ROA	11
2.3 Vorberichte bzw. Projektkontrollen.....	11
3. GRUNDLAGEN UND ORGANISATION.....	15
3.1 Allgemeine Rechtsgrundlagen	15
3.2 Darstellung des KAV ROA im RSG-St 2025	15
3.3 Organigramm.....	25
3.4 Sanitätsbehördliche Genehmigungen	27
3.4.1 Errichtungs- und Betriebsbewilligungen (Planbettenänderungen)	27
3.4.2 Personal: Bestellungen- und Anzeigeverfahren.....	29
3.4.2.1 Konsiliarapotheker	29
3.4.2.2 Technischer Sicherheitsbeauftragter	30
3.5 Anstaltsordnung, Anstaltszweck und Aufgaben.....	30
3.5.1 Bewilligungstand der Anstaltsordnung (AO)	30
3.5.2 Ausgewählte Bestimmungen	30
3.6 Sanitäre Aufsicht.....	31
4. PERSONAL	32
4.1 Überblick.....	32
4.2 Krankenanstalten-Arbeitszeitgesetz.....	32
4.3 Personalausstattung	34
4.4 Dienstbetrieb an ausgewählten Abteilungen des KAV.....	42
4.4.1 Abteilung für Chirurgie	42
4.4.2 Abteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe am Standort Rottenmann.....	49
4.5 Personalaufwand und Personalkennzahlen	51
5. AUSGEWÄHLTE VERSORGUNGSBEREICHE	54
5.1 Versorgung von Notfällen/Notarztrettungswesen	54
5.2 Ambulanz Innere Medizin Standort Rottenmann	55
6. LEISTUNGSDATEN UND KENNZAHLEN.....	56
6.1 Überblick (2015 bis 2019)	56
6.2 Bevölkerungsentwicklung und -struktur in der VR 62	57
6.3 Patientenströme in der VR 62	59
6.4 Kennzahlen zur Leistungserbringung des KAV ROA.....	62
6.4.1 Tatsächlich aufgestellte Betten/systemisierte Betten	62
6.4.2 Stationäre Patienten/Aufnahmen.....	63
6.4.3 Belagstage	64
6.4.4 Durchschnittliche Belagsdauer	65
6.4.5 Auslastung	67
6.4.6 OP-Auslastung.....	69
6.4.7 Kosten je Patient bzw. je Belagstag	69
6.4.8 Ambulante Patienten.....	71

6.4.9	LKF-Punkte und MEL.....	72
6.4.10	Vermeidbare Krankenhausaufenthalte	75
6.5	Entlassungsmanagement.....	76
6.5.1	Überblick	76
6.5.2	Exkurs: „Gesundheitszentrum für Pflege und Soziales am Standort Bad Aussee“	77
6.5.3	Entlassungsfähige Patienten	78
7.	FINANZIELLE GEBARUNG	80
7.1	Steuerung mittels Zielvereinbarungen.....	80
7.2	Wirtschaftspläne	82
7.3	Budget- und Leistungsanalyse	83
7.3.1	KAV ROA	83
7.3.2	Vergleich der Standorte Rottenmann – Bad Aussee.....	88
7.4	Medizinisches Controlling	91
7.5	Investitionen/Ersatzanschaffungen	92
7.6	Folgekosten laut Projektkontrolle Neubau Bad Aussee vs. laufende Kosten laut Budget- und Leistungsanalyse	95
7.6.1	Vorbemerkung	95
7.6.2	Leistungs-, Raum- und Betriebsparameter.....	95
7.6.3	Folgekosten und Folgeerlöse	96
7.6.4	Fazit	97
8.	FESTSTELLUNGEN UND EMPFEHLUNGEN	99

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

A8	Abteilung 8 Gesundheit, Pflege und Wissenschaft
abs.	absolut
AO	Anstaltsordnung
BH	Bezirkshauptmannschaft
BV	Betriebsvereinbarung
B-VG	Bundes-Verfassungsgesetz
DGKP	Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflege(person)
DP	Dienstposten
GmbH	Gesellschaft mit beschränkter Haftung
GZ	Geschäftszahl
KA	Krankenanstalt(en)
KA-AZG	Krankenanstalten-Arbeitszeitgesetz
KAGes	Steiermärkische Krankenanstaltengesellschaft m.b.H.
KAV ROA	Krankenanstaltenverbund Rottenmann-Bad Aussee
KDS	Klinik Diakonissen Schladming
KIG	KAGes Immobiliengesellschaft m.b.H
KIJU	Kinder- und Jugendheilkunde
KJC	Kinder- und Jugendchirurgie
KJP	Kinder- und Jugendpsychiatrie
KMS	KAGes-Management und -Services
LDF	leistungsorientierte Diagnosefallgruppe(n)
LGBl.	Landesgesetzblatt
LKF	leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung
LKH	Landeskrankenhaus
LRH	Landesrechnungshof
L-VG	Landes-Verfassungsgesetz 2010
MCO	Medizinisches Controlling
MEL	medizinische Einzelleistung
MTD	medizinisch-technischer Dienst
OP	Operation
ÖSG	Österreichischer Strukturplan Gesundheit

PA	Pflegeassistent
PSO-KJ	Psychosomatik Kinder- und Jugendliche
RSG-St	Regionaler Strukturplan Gesundheit Steiermark
SKL	Sonderklasse
StKAG	Steiermärkisches Krankenanstaltengesetz 2012
Stmk. L-DBR	Gesetz über das Dienst- und Besoldungsrecht der Bediensteten des Landes Steiermark
StRSG-VO	Verordnung der Gesundheitsplanungs-GmbH über die Verbindlicherklärung von Teilen des Regionalen Strukturplans Gesundheit Steiermark 2025
SVE	Standardversorgungseinheit
VR	Versorgungsregion(en)
VR 62	Versorgungsregion Liezen
Vw/Wi/Te	Verwaltung, Wirtschaft, Technik
VZÄ	Vollzeitäquivalente
Δ %	Veränderung in %
Φ	durchschnittlich

KURZFASSUNG

Der Landesrechnungshof (LRH) führte eine Prüfung des Krankenanstaltenverbundes Rottenmann-Bad Aussee (KAV ROA) durch. Die Prüfung umfasste grundsätzlich den Zeitraum von 1. Jänner 2015 bis 31. Dezember 2018. Hinsichtlich einzelner Prüfbereiche wurde auch auf Zeiträume davor und danach Bezug genommen.

2008 reichte die Steiermärkische Krankenanstaltengesellschaft m.b.H. (KAGes) den geplanten Neubau des Landeskrankenhauses (LKH) Bad Aussee zur Projektkontrolle ein. Damals konnte der LRH im Rahmen der Bedarfsprüfung die durch die Vorgaben des Eigentümers Land Steiermark erfolgte Dimensionierung nicht bestätigen; die von der Stmk. Landesregierung beschlossene chirurgische Versorgungsform war nicht nachvollziehbar, und die dargelegte Bettenanzahl wurde insgesamt als zu hoch erachtet. Der LRH stellt im nunmehrigen Bericht fest, dass die damals ausgesprochenen Empfehlungen nicht berücksichtigt wurden und die im Jahre 2013 fertiggestellte Krankenanstalt (KA) in Bad Aussee nun in Frage gestellt werden muss.

Der KAV ROA ging im Jahre 2010 aus dem Zusammenschluss des LKH Bad Aussee mit dem LKH Rottenmann hervor. Die erforderlichen sanitätsbehördlichen Genehmigungen lagen vor, eine neue Anstaltsordnung befindet sich laut KAGes in Vorbereitung.

Trotz der Etablierung des Krankenanstaltenverbundes (KAV) im Jahr 2010 werden nach wie vor eine Reihe von interdisziplinären Einrichtungen sowie zwei medizinische Abteilungen getrennt betrieben; der LRH empfiehlt eine Zusammenlegung.

Der KAV ROA kann vor allem die genehmigten Ärzte-DP seit Jahren nicht besetzen. Zur Kompensation wurden Konsiliarverträge abgeschlossen bzw. absolvierten Primärärzte, welche nicht unter die Einschränkungen des Krankenanstalten-Arbeitszeitgesetzes (KA-AZG) fielen, zusätzliche Dienste. Dennoch kam es im Prüfzeitraum zu Überschreitungen der laut KA-AZG zugelassenen Höchstarbeitszeiten. Mit einer weiteren Verschärfung der angespannten personellen Situation bei der Ärzteschaft im KAV ROA muss gerechnet werden.

Hinsichtlich der Abteilung für Chirurgie stellt der LRH fest, dass die chirurgische Vollversorgung vorwiegend aus personellen Gründen an den beiden Standorten des KAV ROA nicht mehr aufrechterhalten werden kann. Der LRH empfiehlt, die Allgemein- und Viszeralchirurgie innerhalb der Versorgungsregion (VR) 62 als Übergangslösung am Standort Rottenmann zu zentralisieren.

Auch an der Abteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe gab es im Prüfzeitraum und danach Probleme, die offenen Stellen zu besetzen. Die Leistungsdaten waren rückläufig. Angesichts dessen und seiner Feststellungen im Prüfbericht „Klinik Diakonissen Schladming“ empfiehlt der LRH, auch die geburtshilflich-gynäkologische Versorgung in der VR 62 als Übergangslösung und bereits vor der Umsetzung des geplanten Projektes „Leitspital Region Liezen“ am Standort Rottenmann zu zentralisieren.

Die Entwicklung des Personalaufwandes (+ 19,1 %) ist zwar nachvollziehbar, korrespondiert aber nicht mit den rückgängigen Leistungsdaten.

Knapp 50 % der stationär zu versorgenden Patienten wurden in benachbarten VR behandelt. Die Leistungsdaten des KAV ROA waren rückläufig, z. B. stationäre Aufnahmen um - 6,6 %, Belagstage um - 6,5 %. Die Auslastung war gering (66,85 %), und die OP-Auslastung (63,87 %) lag weit unter dem KAGes-Durchschnitt (93,1 %). Die Kosten je Patient bzw. je Belagstag lagen deutlich über dem KAGes-Durchschnitt. Die leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierungs (LKF)-Punkte bzw. die Anzahl der medizinischen Einzelleistungen (MEL) wiesen auf eine geringe Fallkomplexität hin.

In der KAGes und so auch beim KAV ROA kommt im Zusammenhang mit der Umsetzung der Unternehmensziele für Führungskräfte ein prämiertes Anreizsystem zur Anwendung. Hinsichtlich der Ambition der Ziele bzw. hinsichtlich der Abstimmung der Zielsysteme besteht noch Verbesserungsbedarf.

Der Betriebsabgang des KAV ROA reduzierte sich im Prüfzeitraum von - € 21,4 Mio. auf - € 17,7 Mio. Geplante Leistungsdaten wurden überwiegend nicht erreicht, Betriebsleistungen und Betriebsaufwendungen unterschritten. Der Betrieb des Standortes Bad Aussee (50 Betten) ist im KAV-internen Vergleich aus ökonomischer wie auch aus Versorgungssicht ineffizienter als jener des Standortes Rottenmann (175 Betten). Investitionen/Ersatzanschaffungen werden nur mehr im unbedingt notwendigen Ausmaß getätigt.

Gemäß Regionalem Strukturplan Gesundheit Steiermark (RSG-St) 2025 sollen die bettenführenden Akutkrankanstalten in Bad Aussee, Rottenmann und Schladming im Rahmen des Projektes „Leitspital Region Liezen“ durch eine zentrale Krankenanstalt (mit der Bezeichnung „KA Ennstal“) für den Bezirk Liezen (entspricht der VR 62) ersetzt und durch lokale Primärversorgungsstrukturen ergänzt werden.

Hierzu hält der LRH fest, dass eine Konzentration der intramuralen Ressourcen auf einen Standort in der VR 62 als sinnvoll erachtet wird.

Der LRH erachtet es weiters als sinnvoll, die KA Ennstal möglichst eng an die KAGes anzubinden bzw. gegebenenfalls in die KAGes einzugliedern.

Wie bereits in einigen Vorberichten stellt der LRH neuerlich fest, dass durch die derzeitigen Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen v. a. ein Fachärztemangel vorliegt, der sich weiter verschärfen wird. Der LRH empfiehlt den Verantwortungsträgern (Gesundheitsressort, Gesundheitsfonds, Ärztekammer, Sozialversicherungsträger, KAGes), diesbezüglich im eigenen Wirkungsbereich soweit möglich Vorkehrungen zu treffen; darüber hinaus ist diese Problematik an die Bundesebene heranzutragen und nachdrücklich zu verfolgen.

1. PRÜFUNGSGEGENSTAND

Prüfungsgegenstand	Der Landesrechnungshof (LRH) überprüfte den Krankenanstaltenverbund Rottenmann-Bad Aussee (KAV ROA).
Politische Zuständigkeit	Gemäß der zum Zeitpunkt der Berichtsveröffentlichung geltenden Geschäftsverteilung der Mitglieder der Steiermärkischen Landesregierung lag die politische Zuständigkeit bei Landesrätin Mag. ^a Dr. ⁱⁿ Juliane Bogner-Strauß.
Rechtliche Grundlage	Die Prüfungszuständigkeit des LRH ist gemäß Art. 50 Abs. 1 Z. 2 Landes-Verfassungsgesetz 2010 (L-VG) gegeben. Als Prüfungsmaßstäbe hat der LRH die ziffernmäßige Richtigkeit, die Übereinstimmung mit den bestehenden Rechtsvorschriften, die Sparsamkeit, Wirtschaftlichkeit und Zweckmäßigkeit heranzuziehen (Art. 49 Abs. 1 L-VG). Der LRH hat aus Anlass seiner Prüfungen Vorschläge für eine Beseitigung von Mängeln zu erstatten sowie Hinweise auf die Möglichkeit der Verminderung oder Vermeidung von Ausgaben und der Erhöhung oder Schaffung von Einnahmen zu geben (Art. 49 Abs. 3 L-VG).
Vorgangsweise	Grundlage der Prüfung waren die Auskünfte und vorgelegten Unterlagen der Steiermärkischen Krankenanstaltengesellschaft m.b.H. (KAGes), des KAV ROA, der Abteilung 8 Gesundheit, Pflege und Wissenschaft (A8), des Gesundheitsfonds Steiermark sowie eigene Recherchen und Wahrnehmungen des LRH.
Prüfzeitraum	Die Prüfung umfasste den Zeitraum von 1. Jänner 2015 bis, soweit Unterlagen vorhanden, 31. Dezember 2019. Hinsichtlich einzelner Prüfbereiche wurde auch auf Zeiträume davor und danach Bezug genommen.
Stellungnahme zum Prüfbericht	Die Stellungnahme von Frau Landesrätin Mag. ^a Dr. ⁱⁿ Juliane Bogner-Strauß ist in kursiver Schrift in den jeweiligen Berichtsabschnitten eingearbeitet.

2. KRANKENANSTALTENVERBUND ROTTENMANN – BAD AUSSEE

2.1 Übersicht über den KAV ROA und den Rechtsträger

Bezeichnung d. Krankenanstalt	Krankenanstaltenverbund Rottenmann – Bad Aussee (KAV ROA)	
Standort Rottenmann	8786 Rottenmann, St. Georgen 2-4	
Standort Bad Aussee	8990 Bad Aussee, Sommersbergseestraße 396	
Charakter	allgemein-öffentliche Krankenanstalt, gemeinnützig	
Leitbild	„Menschen helfen Menschen“	
Medizinisches Angebot (stationär/ambulant)	Abteilung für Anästhesiologie und Intensivmedizin Abteilung für Chirurgie/Unfallchirurgie/Tumorchirurgie Abteilung für Gynäkologie und Frauenheilkunde Abteilung für Innere Medizin <ul style="list-style-type: none"> • inkl. Akutgeriatrie und Remobilisation (AG-REM) • inkl. Palliativstation Institut für Radiologie Tagesklinik Ambulanzen	
Anstaltsleitung	Prim. Dr. Gerhard Melzer, Ärztlicher Direktor Silvia Zolda, Pflegedirektorin Adelheit Stendl, Betriebsdirektorin	
Kennzahlen (2018)	betriebliche Erträge	€ 30.822.080,--
	betriebliche Aufwendungen	€ 50.194.566,--
	systemisierte/tatsächliche Betten	225/221
	stationäre Patienten	10.528
	ambulante Patienten	36.450
	Beschäftigte (Vollzeitäquivalente)	559
	Verweildauer (in Tagen)	5,19

Rechtsträger	Steiermärkische Krankenanstaltengesellschaft m.b.H. (KAGes)	
Sitz	8010 Graz, Stiftingtalstraße 4-6	
Eigentümer	Land Steiermark	
Vorstand	Univ. Prof. Dr. Karlheinz Tscheliessnigg, Vorstandsvorsitzender Dipl.KHBW Ernst Fartek, MBA, Vorstand für Finanzen und Technik	
Aufsichtsrat	Günter Dörflinger, MBA, Vorsitzender ZBRV FOA Dr. Michael Tripolt, MPH Ing. Johannes Schweiger Mag. Birgit Ragger ZBR Christian Fürntrath BRV Gemot Wallner	Mag. Gerhard Poppe, Vorsitzender-Stv. Mag. Petra Schachner-Kröll Mag. Dr. Isabella Poier Dipl.-Ing. Peter Umundum BRV Herbert Spirk
medizinisch-pflegerisches Angebot	elf Landeskrankenhäuser (LKH) an 20 Standorten vier Landespflegezentren	

Kennzahlen (2018)	betriebliche Erträge	€ 1.124.089.000,--
	betriebliche Aufwendungen	€ 1.643.276.000,--
	stationäre Patienten	252.691
	ambulante Patienten	1.041.410
	Pflegetage	1.691.651
	Anzahl Mitarbeiter	18.006
	Investitionen	€ 128.283.000,--

Quelle: KAGes, aufbereitet durch den LRH

2.2 Historie der Standorte bzw. des Verbundes

2.2.1 Standort Rottenmann

1844	Gründung des Krankenhauses
1986	Übertragung des LKH Rottenmann an die neu gegründete KAGes
1986	Fertigstellung der Baustufe II mit <ul style="list-style-type: none"> einer Abteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe und einer Quarantänestation
1985-1987	Errichtung des zweiten Personalwohnhauses mit großem Parkplatz
1987-1989	Um- und Ausbau des Behandlungstraktes (Med. Ambulanz, Labor und neue Operationsgruppe (OP-Gruppe))
1990-1994	Errichtung eines Behandlungstrakts für Radiologie und Dialyse (mit vier Behandlungsplätzen)
1998	Eröffnung der Akutgeriatrie und Remobilisation-Station (AG-REM-Station) mit 24 Betten
2007	Eröffnung des Zubaus mit interdisziplinärer Intensivstation, Radiologie mit Computertomographie und Magnetresonanz sowie der Dialysestation mit nun zehn Behandlungsplätzen
2010	Zusammenschluss mit dem LKH Bad Aussee zum „Krankenanstaltenverbund Rottenmann – Bad Aussee“ (Bescheid vom 6. Juli 2010)
2012	Errichtung eines neuen Endoskopiebereiches
2014	Erneuerung der Gebärstation
2015	Errichtung einer interdisziplinären Tagesklinik mit drei Betten

Quelle: KAGes, aufbereitet und ergänzt durch den LRH

2.2.2 Standort Bad Aussee

1860	erstes „Krankenheim“ in Bad Aussee
1986	Übertragung des LKH Bad Aussee an die neu gegründete KAGes
1992	Geburtenstation wird geschlossen
1999	vollständiger Neubau mit 70 Betten wird von der Landesregierung beschlossen
2005	Regierungssitzungsbeschluss zum Neubau in der Dimensionierung mit 52 Betten und einer chirurgischen Vollversorgung
2008	Projektkontrolle „Neubau LKH Bad Aussee“
2010	Zusammenschluss mit dem LKH Rottenmann zum „Krankenanstaltenverbund Rottenmann – Bad Aussee“ (Bescheid vom 6. Juli 2010)
2013	Eröffnung des Neubaus (Sommersbergseestraße)
2018	ab Februar Zusammenführung der Abteilungen für Chirurgie beider Standorte unter einem Primariat

Quelle: KAGes, aufbereitet und ergänzt durch den LRH

2.2.3 KAV ROA

2010	Zusammenschluss der LKH in Rottenmann und in Bad Aussee zum „Krankenanstaltenverbund Rottenmann – Bad Aussee“ (Bescheid vom 6. Juli 2010)
2017	Der RSG-St 2025, Version 1.0, sieht erstmals für den Planungshorizont 2025 die Schließung der beiden Standorte des KAV ROA als Akutkrankenanstalt vor. 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 die neu zu errichtende KA Ennstal zu ersetzen.
2019	Im Mai einigen sich die KAGes und die Klinik Diakonissen Schladming (KDS) GmbH auf die Gründung einer gemeinsamen Gesellschaft für den Betrieb der KA Ennstal.
2020	Ankündigung der Gesundheitslandesrätin, das Projekt „Leitspital Region Liezen“ fortzusetzen.

Quelle: KAGes, aufbereitet und ergänzt durch den LRH

2.3 Vorberichte bzw. Projektkontrollen

Der LRH führte 2001 eine Gebarungsprüfung des LKH Rottenmann, 2003 eine Projektkontrolle betreffend den Zubau des Funktionstraktes am Standort Rottenmann sowie 2008 eine Projektkontrolle des Neubaus des LKH Bad Aussee durch. Im Folgenden wird auf Letzteren näher eingegangen:

Die KAGes reichte den Neubau des LKH Bad Aussee beim LRH am 31. März 2008 zur Projektkontrolle ein. Der diesbezügliche Projektkontrollbericht (GZ: LRH 30 PK29/2008-10) wurde am 2. September 2008 in den Kontrollausschuss eingebracht und enthielt folgende wesentliche Feststellungen und Empfehlungen:

Im Jahr 1999 erfolgte wegen der baulichen und räumlichen Situation des ehemaligen LKH Bad Aussee im Ortszentrum mit damals 70 Betten der Entschluss, einen Gesundheitspark (inklusive Psychosomatisches Zentrum und Seniorenheim) gemeinsam mit anderen Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialbereiches zu errichten.

In der Regierungssitzung von 19. September 2005 wurde beschlossen, am neu zu errichtenden LKH Bad Aussee die Anzahl der Betten auf 52 zu reduzieren und eine allgemein- und unfallchirurgische Basis- und Notfallversorgung mit einem definierten Leistungsspektrum an sieben Tagen in der Woche, rund um die Uhr, vorzuhalten.

Die geplante Bettenanzahl für das neue LKH wurde von ursprünglich 70 auf 52 – also um ein Viertel – reduziert. Damit änderte sich eine wesentliche seinerzeitige Entscheidungsgrundlage für einen Neubau: Durch die erhebliche Bettenreduktion wären im Altgebäude Raumkapazitäten frei und eine Sanierung möglich gewesen. Dies blieb unberücksichtigt.

Die Errichtungskosten des Neubaus des LKH Bad Aussee wurden mit € 30,89 Mio. veranschlagt. Der Verkaufserlös aus dem bisherigen Standort, der in einem Gutachten

mit € 1,5 Mio. beziffert wurde, sollte dem Land Steiermark verbleiben. Der Verkauf erfolgte schlussendlich 2018 an Privatpersonen um € 250.000,--.

Bei der Prüfung der von der KAGes vorgelegten Bedarfsberechnung im Jahr 2008 folgte der LRH der darin enthaltenen Bedarfsstudie. Hierin wurde für das LKH Bad Aussee

- eine Tagesambulanz (Montag bis Freitag, acht Stunden, keine Anfahrt durch Notarztwagen), betrieben als Außenstelle des LKH Rottenmann, mit den Funktionen Erstversorgung, Beobachtung von Patienten vor Ort und allenfalls Transfer von Patienten, bei denen eine Aufnahme erforderlich ist, und
- die Kooperation mit dem LKH Rottenmann vorgeschlagen.

Entwicklungschancen des Standortes im chirurgischen Segment wurden nicht gesehen. Für den LRH war die von der Stmk. Landesregierung beschlossene chirurgische Vollversorgung im Neubau LKH Bad Aussee vor allem aus Qualitätsgründen nicht nachvollziehbar, da

- unter Beachtung der Einzugsgebiete, Patientenströme, Optimierungspotenziale und der demographischen Entwicklung für Bad Aussee unhaltbare Abteilungsgrößen prognostiziert wurden,
- eine wesentliche Grundlage zur Qualitätssicherung fehlte, weil 360 der insgesamt 1.000 geplanten chirurgischen Eingriffe (als Mindestzahl) entfielen; angedacht war eine Private-Public-Partnership mit einem privaten Betreiber, welcher sechs chirurgische Betten betreiben sollte; diese wurde nicht realisiert; und
- damit eine chirurgische Vollversorgung wegen der zu erwartenden geringen Anzahl von Patienten aus Qualitäts- und Effizienzüberlegungen ausgeschlossen wurde.

Darüber hinaus kam der LRH zu folgenden wesentlichen Feststellungen und Empfehlungen:

- Trotz damaliger geringer Auslastungen und hohen Belagsdauern in Chirurgie und Innerer Medizin wurde über Jahre an der Bettenanzahl festgehalten. Eine umgehende Reduktion der Belagsdauern wurde empfohlen.
- Bereits 2008 konnten nicht alle erforderlichen Dienstposten (DP) besetzt werden, und eine absehbare Reorganisation der Chirurgie hinsichtlich der Personalproblematik und der Qualitätssicherung wurde bezweifelt. Das Personalerfordernis für die beschlossene chirurgische Versorgung war damit nicht sichergestellt.

- Im Jahr 2008 erfolgte noch die Neubesetzung des Primariats für Chirurgie sowie der Betriebsdirektion für das LKH Bad Aussee. Einheitliche Leitungen von Bad Aussee und Rottenmann hätten zu qualitätssichernden, aber auch struktur- und wirtschaftsverbessernden Effekten führen können.
- Hinsichtlich der damaligen 13 verschiedenen Ambulanzen wurde die Vermeidung der Ausweitung des bisherigen Leistungsangebotes empfohlen, nur um überschüssige Ressourcen auszulasten oder Fallzahlen zu steigern.
- Die Analyse quantitativer Leistungsausweitungen (überdurchschnittlich hohe Inanspruchnahmen und/oder Liegedauern, die epidemiologisch nicht begründbar und möglicherweise angebotsinduziert sind) wurde empfohlen. Die berechnete Bettenanzahl für die Innere Medizin wurde insgesamt als zu hoch erachtet.
- Weiters wurde empfohlen, Synergien mit dem Seniorenzentrum zu suchen, um dem Zweck des auch mit öffentlichen Mitteln finanzierten Synergiemodells „Gesundheitspark Ausseerland“ zu entsprechen, sowie Möglichkeiten zur Anschlussbetreuung im Sinne eines patientenorientierten Entlassungsmanagements zu entwickeln, um der demographischen Entwicklung zu entsprechen.
- Die für den Standort vorgelegte Bedarfsberechnung stimmte nicht mit dem überregional zu betrachtenden Versorgungsangebot mit den Leistungsschwerpunkten überein. Vielmehr stand diese den beabsichtigten Entwicklungen der Strukturen in der Versorgungszone Steiermark und den Zielen des Österreichischen Strukturplans Gesundheit (ÖSG) 2006 nach Minimierung von Krankenhaushäufigkeit und Belagsdauer sowie weiterem Akutbettenabbau entgegen.
- Das Einsparpotenzial für die Errichtungskosten wurde von der KAGes bei Entfall des OP-Saales samt Infrastruktur und Bettenstation mit € 11,3 Mio. beziffert. Für das zugehörige Personal im laufenden Betrieb wurden laut Bedarfsstudie weitere € 2,9 Mio. ermittelt. Darin waren die anfallenden Folgekosten, die über Jahre auch aus Mitteln des Landes Steiermark zu finanzieren waren, noch nicht berücksichtigt. Der Betriebsabgang (Folgekosten von € 10,7 Mio. abzüglich Folgeerlöse von € 5,1 Mio.) wurde jährlich mit € 5,5 Mio. prognostiziert.
- Einsparungspotenziale in der Anzahl und der Flächendimensionierung der Untersuchungs- und Behandlungsräume, der Besprechungsräume, der Bereitschaftszimmer, des Laborbereiches, des Wartebereiches sowie durch den Entfall des Private-Public-Partnership-Bereiches, für den kein externer Betreiber gefunden werden konnte, wurden festgestellt.
- Das damalige Bestandsgebäude LKH Bad Aussee hatte einen Stand von 74 Betten, welche auf einer Nettogrundfläche von 4.944,42 m² verteilt waren. Demgegenüber standen für den geplanten Neubau ein Bettenstand von 52 + 6

(Private-Public-Partnership) sowie eine Nettogrundfläche von 7.759,4 m². Der Neubau würde bei gleichzeitiger Verringerung der Bettenanzahl zu einer Erhöhung der Nettogrundfläche von 57 % führen. Diese konnte nicht mehr alleine durch gehobene Standards und zeitgemäße Ausstattung begründet werden, sondern war auch auf überzogene Nutzerwünsche zurückzuführen. Von einer bedarfsgerechten und damit maßvollen Planung konnte nicht gesprochen werden.

Insgesamt konnte der LRH hinsichtlich der Bedarfsermittlung damals die durch die Vorgaben des Eigentümers erfolgte Dimensionierung für den Neubau des LKH Bad Aussee nicht bestätigen; die von der Stmk. Landesregierung beschlossene chirurgische Versorgungsform war nicht nachvollziehbar, und die dargelegte Bettenanzahl für das LKH Bad Aussee wurde insgesamt als zu hoch erachtet.

Der LRH stellt fest, dass die Empfehlungen im Rahmen der Projektkontrolle aus dem Jahr 2006 nicht berücksichtigt wurden und die im Jahr 2013 fertiggestellte Krankenanstalt (KA) in Bad Aussee nun in Frage gestellt werden muss.

3. GRUNDLAGEN UND ORGANISATION

3.1 Allgemeine Rechtsgrundlagen

Die wesentlichsten Rechtsgrundlagen bilden das Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz sowie das Steiermärkische Krankenanstaltengesetz 2012 (StKAG). Weiters sind im Bereich der Zielsteuerung Gesundheit das Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz, die Vereinbarung gem. Art. 15a Bundes-Verfassungsgesetz (B-VG) über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens sowie die Vereinbarung gem. Art. 15a B-VG zur Zielsteuerung Gesundheit von Bedeutung. Diese werden durch Zielsteuerungsverträge auf Bundesebene und durch Landes-Zielsteuerungsübereinkommen ergänzt.

Der ÖSG und der Regionale Strukturplan Gesundheit Steiermark (RSG-St) stellen die Basis für die strukturellen und regionalen Versorgungsplanungen dar. Teile des ÖSG werden durch Verordnung der Gesundheitsplanungs GmbH für verbindlich erklärt. Auf Landesebene wurde der Landes-Krankenanstaltenplan LGBl. Nr. 5/1998 vom 7. Juli 1997 durch die Verordnung der Gesundheitsplanungs-GmbH über die Verbindlicherklärung von Teilen des Regionalen Strukturplans Gesundheit Steiermark 2025 (StRSG-VO) vom 13. März 2019 abgelöst.

In den folgenden Kapiteln werden, soweit notwendig, entsprechende weitere Ausführungen zu rechtlichen Grundlagen erstattet.

3.2 Darstellung des KAV ROA im RSG-St 2025

Eingangs weist der LRH darauf hin, dass der ÖSG im Rahmen der strukturellen und regionalen Versorgungsplanungen die Erreichbarkeit von Akutkrankenanstalten in Minuten angibt. Innerhalb dieser Frist sollte die nächstgelegene Abteilung bzw. ein Spezial- oder Referenzzentrum im Straßen-Individualverkehr zu erreichen sein, wobei dies für 90 % der Wohnbevölkerung jedes Bundeslandes (auch unter Berücksichtigung bundesländerübergreifender Versorgungsbeziehungen) erfüllt sein sollte. Bei regionalen Sondersituationen sind in begründeten Ausnahmefällen Abweichungen möglich.

Die Topographie des Bezirkes Liezen (Versorgungsregion (VR) 62 - flächenmäßig größter Bezirk Österreichs, geringe Bevölkerungsdichte) stellt die Versorgungsplanung vor große Herausforderungen. Es existieren, so der Gesundheitsfonds, bundesländerübergreifende „natürliche Einzugsgebiete“ (v. a. von den Randgebieten nach Oberösterreich und Salzburg), welche dabei zu berücksichtigen sind bzw. auch berücksichtigt werden.

Für die Steiermark ist derzeit der RSG-St 2025 in der Version 1.2, beschlossen am 12. Februar 2019, gültig und auf Basis der StRSG-VO vom 13. März 2019 verbindlich. Ergänzend hält der LRH fest, dass im Prüfzeitraum zunächst der RSG-St 2011, Version 2.1, sowie dann der RSG-St 2025 in den Versionen 1.0 und 1.1 Gültigkeit besaßen.

Im Hinblick auf die Verbindlichkeit des RSG-St ist darauf hinzuweisen, dass dessen Umsetzung laut Gesundheitsfonds schrittweise verfolgt wird und dass Teile davon zwar verordnet und verbindlich sind, auf Grund des rollierenden Planungsprozesses dieser jedoch in der Regel vor der Erreichung des Zielhorizonts durch die nächste Version revidiert wird. So wurde z. B. der RSG-St 2011, Version 1.2, mit dem Zielhorizont 2020 schon 2017 durch den RSG-St 2025 mit dem Zielhorizont 2025 ersetzt.

Stellungnahme Landesrätin Dr.ⁱⁿ Juliane Bogner-Strauß:

Der GFSTMK weist ergänzend darauf hin, dass dazu der Österreichische Strukturplan Gesundheit (ÖSG) 2017 folgende Festlegungen trifft: Die Planungshorizonte der Regionalen Strukturpläne Gesundheit sind österreichweit einheitlich in 5-Jahres-Schritten zu wählen (2020, 2025, 2030 usw.). Entsprechend den Vereinbarungen im Rahmen der partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit ist der ÖSG kontinuierlich gesamthaft weiterzuentwickeln. Ergänzungen und Weiterentwicklungen des ÖSG erfolgen gemeinsam zwischen Bund, Bundesländern und Sozialversicherung. Revisionen der ÖSG-Inhalte werden auf der jeweils aktuellen Datenbasis grundsätzlich im Abstand von maximal fünf Jahren vorgenommen. Die notwendige Wartung einzelner Teile des ÖSG sowie Ergänzungen haben bei Bedarf während der Laufzeit dieser Vereinbarung zeitnah zu erfolgen. Insofern ist auch der GFSTMK angehalten, entsprechend der Vorgaben des ÖSG die Revisionen des RSG-St vorzunehmen.

Der Bettenspiegel des KAV ROA stellt sich im derzeit gültigen RSG-St 2025, Version 1.2, wie folgt dar:

	AG/R	CH	GGH	IM	OR/TR	PAL	INT-E	Gesamt
Ist 2014								
vollstationäre Betten	24	63	14	105	0	4	14	224
Tagesklinik-Plätze	0	0	0	0	0	0	0	0
gesamt	24	63	14	105	0	4	14	224
Plan (RSG-St 2020)								
vollstationäre Betten	24	44	15	100	12	4	14	213
Tagesklinik-Plätze	0	0	0	0	0	0	0	0
gesamt	24	44	15	100	12	4	14	213

Plan (RSG-St 2025)								
vollstationäre Betten	0	0	0	0	0	0	0	0
Tagesklinik-Plätze	0	0	0	0	0	0	0	0
gesamt	0	0	0	0	0	0	0	0
Amb. fachärztl. Versorg.						RAD		
SVE		1,0	1,0	1,0	1,0	0,5		
Organisationsform		TA	TA	TA	TA			

Quelle: RSG-St 2025, S. 117, ergänzt durch den LRH

AG/R	Akutgeriatrie/Remobilisation	PAL	Palliativ
CH	Chirurgie	RAD	Radiologie
GGH	Geburtshilfe und Gynäkologie	SVE	Standardversorgungseinheit
IM	Innere Medizin	TA	Terminambulanz
INT-E	Intensiv (Erwachsene)	ZAE	Zentrale ambulante Erstversorgung
OR/TR	Orthopädie und Traumatologie		

Zum 31. Dezember 2019 waren 218 Betten tatsächlich aufgestellt bzw. waren 225 Betten sanitätsbehördlich genehmigt.

Im Vergleich zu den derzeit aufgestellten bzw. sanitätsbehördlich genehmigten Betten war im vorangegangenen RSG-St 2011, Version 1.2, hingegen für den Zielhorizont 2020 eine Bettenreduktion auf 213 Betten vorgesehen: In der Chirurgie 44 statt 63 Betten, in der Gynäkologie und Geburtshilfe 15 statt 14 Betten, in der Inneren Medizin 100 statt 105 Betten. Es zeigen sich folgende Differenzen:

	AG/R	CH	GGH	IM	OR/TR	PAL	INT-E	Gesamt
Ist 2019 – tatsächliche Betten	24	62	12	102	0	4	14	218
Plan (RSG-St 2020)	24	44	15	100	12	4	14	213
Δ	0	+ 18	- 3	+ 2	- 12	0	0	+ 5

Quelle: KAGes, aufbereitet durch den LRH

In dem am 21. Juni 2017 beschlossenen RSG-St 2025, Version 1.0, wurde der Spitalsstandort in Rottenmann für den Planungshorizont 2025 erstmals nur mehr als ambulant tätige Versorgungseinrichtung geführt. Angeführt werden Terminambulanzen für Chirurgie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Innere Medizin, Orthopädie und Traumatologie sowie eine halbe Standardversorgungseinheit für Radiologie.

Im RSG-St 2025 spiegelt sich das Vorhaben des Steirischen Gesundheitsplans 2035 wider, die bettenführenden Akutkrankenanstalten in Bad Aussee, Rottenmann (Träger: KAGes) und Schladming (Träger: Klinik Diakonissen Schladming (KDS) GmbH des Evangelischen Diakoniewerks Gallneukirchen) durch eine Standardkrankenanstalt

gemäß § 3 Abs. 1 Z. 1 StKAG, laut RSG-St 2025 als „KA Ennstal“ bezeichnet, zu ersetzen.

Stellungnahme Landesrätin Dr.ⁱⁿ Juliane Bogner-Strauß:

Im Bericht des LRH wird auf den Seiten 9, 15, 16 und 89 davon gesprochen, dass die KA Ennstal die anderen Standorte "ersetzt". Im Regionalen Strukturplan Gesundheit Steiermark 2025 (RSG-St 2025), Version 1.2 ist angeführt, dass in der Versorgungsregion (VR) 62 die bestehenden drei Krankenhausstandorte zu einem gemeinsamen Krankenhaus Ennstal zusammengeführt werden sollen/ das in Summe ein die regionale Bevölkerung umfassend versorgendes Fächerspektrum im Sinne eines Standardkrankenhauses nach § 2a Abs. 1 des Bundesgesetzes über Krankenanstalten und Kuranstalten (BGBL Nr. 1/1957 idGF 2017) darstellen wird. Damit soll eine personell und wirtschaftlich langfristig stabil erhaltbare Einrichtung entstehen. Auch wird darauf verwiesen, dass die derzeitigen Standorte auch eine zukünftige Funktion aufweisen werden.

Dies stellt sich im RSG-St 2025 wie folgt dar:

	AG/R	CH	GGH	IM	OR/TR	PAL	ZAE	INT-E	Σ
Ist – tatsächliche Betten 2014									
KAV ROA	24	63	14	105	0	4	0	14	224
KDS	0	18	6	58	38	0	0	6	126
KA Ennstal	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Σ VR 62	24	81	20	163	38	4	0	20	350
Plan-Betten (RSG 2020)									
KAV ROA	24	44	15	100	12	4	0	14	213
KDS	0	0+4	6	47	32	0	0	5	94
KA Ennstal	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Σ VR 62	24	44+4	21	147	44	4	0	19	303+4
Plan-Betten (RSG-St 2025)									
KAV ROA	0	0	0	0	0	0	0	0	0
KDS	0	0	0	0	0+2	0	0	0	0+2
KA Ennstal	24	30+1	15+1	94	40+2	4	0+2	13	220+6
Σ VR 62	24	30+1	15+1	94	40+4	4	0+2	13	220+8

Amb. fachärztl. Versorgung									
KAV ROA									
SVE		1,0	1,0	1,0	1,0			RAD	
Betriebsform		TA	TA	TA	TA			0,5	
KDS									
SVE		1,0	1,0	0,5	1,0			RAD	
Betriebsform		TA	TA	TA	AA			0,5	
KA Ennstal						KIJU			
SVE		2,0	1,0	1,0	1,0	1,0		RAD	NEU
Betriebsform		TA	7/24	TA	TA	AA	7/24	1,0	1,0
									TA

Quelle: RSG-St 2025, S. 114, 116 u. 117, ergänzt durch den LRH

AA	Akutambulanz	PAL	Palliativ
AG/R	Akutgeriatrie/Remobilisation	CH	Chirurgie
GGH	Geburtshilfe und Gynäkologie	24/7	24h-Ambulanz
RAD	Radiologie	SVE	Standardversorgungseinheit
IM	Innere Medizin	TA	Terminambulanz
INT-E	Intensiv (Erwachsene)	ZAE	Zentrale ambulante Erstversorgung
OR/TR	Orthopädie und Traumatologie		

Die im Jahr 2014 bestehenden 224 Betten des KAV ROA und die 126 Betten der KDS sollen bis zum Zielhorizont 2025 durch 220 Betten und sechs Tagesklinik-Betten an der KA Ennstal sowie zwei Tagesklinik-Betten am Standort Schladming ersetzt werden. Der Gesundheitsfonds erklärt diese Bettenreduktion mit der Planungsmethodik¹, auf welcher der RSG-St beruht.

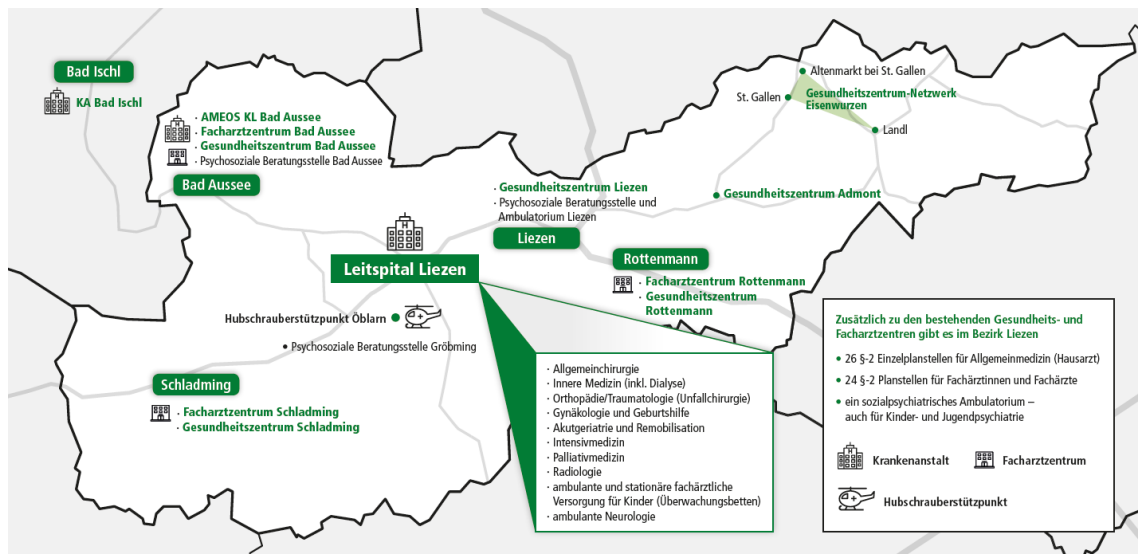
Die Projektbezeichnung lautet „Leitspital Region Liezen“. Hierzu stellt der LRH fest, dass es sich bei dem Begriff „Leitspital“ um keinen Krankenanstaltentyp im Sinne des StKAG handelt. Im RSG-St 2025 werden als Leitspitäler die verbleibenden KA bzw. Krankenanstaltenverbände in den peripheren Versorgungsregionen bezeichnet; hierbei handelt es sich jeweils um Standardkrankenanstalten gemäß StKAG.

An den Spitalsstandorten Bad Aussee, Rottenmann und Schladming sollen künftig Facharztzentren bzw. Gesundheitszentren mit medizinischen Leistungen für die Gesundheitsversorgung eingesetzt werden.

Der LRH stellt fest, dass an den Standorten Rottenmann und Bad Aussee mittelfristig keine bettenführenden Akutkrankenanstalten mehr vorgesehen sind.

¹ RSG-St 2025, Kapitel 7.2, Seiten 44ff.

Dem aktuellen Folder des Gesundheitsfonds 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 4. März 2020

Hierzu führt der Gesundheitsfonds aus:

„Im Bezirk Liezen wird es ab dem Jahr 2025 ein **neues Leitspital** in der Gemeinde Stainach-Pürgg mit einem größeren medizinischen Angebot geben. In Rottenmann und Schladming werden **Facharztzentren** errichtet. In Schladming wird darüber hinaus eine **tageschirurgische Versorgung** bestehen. In Admont, Liezen, Rottenmann und Schladming werden **Gesundheitszentren** entstehen. In Bad Aussee wird es ein **Gesundheitszentrum mit fachärztlicher Erweiterung** geben. In der „Region Eisenwurzen“ ist ein **Gesundheitszentrum in einer Netzwerkvariante** geplant. Über den gesamten Bezirk verteilt wird es zusätzlich zu den Gesundheitszentren **26 niedergelassene Hausärzte** und **24 Fachärzte** geben. Garantiert ist auch weiterhin die beste Notfallversorgung im Bezirk. Das **Notarzt- und Rettungswesen** wird laufend dem Bedarf entsprechend adaptiert.“

Stellungnahme Landesrätin Dr.ⁱⁿ Juliane Bogner-Strauß:

Hierzu wird aktuell ergänzt, dass das Gesundheitszentrum/Primärversorgungseinheit (PVE) in Admont bereits seine Tätigkeit aufgenommen hat und jenes in Liezen kurz davorsteht, seine Tätigkeit aufzunehmen.

Hierfür wurde, so der Gesundheitsfonds, der Bedarf der medizinischen Versorgung für die VR 62 in der RSG-Methodik (unter Berücksichtigung der ÖSG und RSG-St-Vorgaben, errechnet durch die Entwicklungs- und Planungsinstitut für Gesundheit GmbH) erhoben. Das o. a. Versorgungsangebot wurde laut Gesundheitsfonds auf der Basis des ermittelten Bedarfs bzw. unter Berücksichtigung der Rahmenvorgaben (z. B. Mindestfallzahlen, „ambulant vor stationär“ etc.) entwickelt.

Der LRH weist darauf hin, dass die Bedarfsermittlung für das gesamte Versorgungsangebot in der VR 62 nicht Gegenstand dieser Prüfung war.

Hinsichtlich des Projektstandes teilte die KAGes Folgendes mit:

Das Projekt Leitspital Region Liezen „steht unter der Gesamtprojektleitung des Gesundheitsfonds Steiermark und soll, was Errichtung und Betrieb angeht, in 2 Teilprojekten abgewickelt werden. Teilprojekt I ‚Betrieb‘ befasst sich mit den strategischen und operativen Rahmenbedingungen für die geplante Betriebsgesellschaft und dem zukünftigen Krankenhausbetrieb, Teilprojekt II ‚Errichtung‘ soll die notwendigen Bau- und Infrastrukturmaßnahmen bis 2025 beinhalten. Die Projektvorarbeiten gemeinsam mit dem Gesundheitsfonds Steiermark, Diakonie und KAGes laufen, derzeit werden die Projektaufträge bzw. -strukturpläne weiter konkretisiert; seitens des Gesundheitsfonds Steiermark bzw. des Landes werden aktuell die Rahmenbedingungen und Realisierungsanforderungen für die Finanzierung der Bau- bzw. Infrastrukturmaßnahmen geprüft.“

Der LRH verweist in diesem Zusammenhang auf seine Ausführungen im Prüfbericht „Klinik Diakonissen Schladming“ (LRH 109493/2018/62). Darin würdigte der LRH die partnerschaftliche Kooperation zwischen den bisherigen Betreibern der KDS und des KAV ROA im Hinblick auf deren Stärken und (Kern-)Kompetenzen grundsätzlich positiv.

Der LRH empfahl in diesem Bericht, dass sich die finanziellen Belastungen für die Errichtung und den Betrieb des KA Ennstal nach der Größenordnung und der Ressourcen der Partner in der künftigen Organisation widerspiegeln sollen.

Sollte das Projekt wie geplant in Form einer gemeinsamen Betriebsführungsgesellschaft von KAGes und KDS umgesetzt werden, **ist folglich dem Land Steiermark bzw. der KAGes in den Gremien zumindest der Vorsitz mit dem Recht zu überlassen, bei Stimmengleichheit entscheiden zu dürfen.**

Um den besonderen Herausforderungen dieses Projektes (v. a. Personalaufbringung, Lenkung der Patientenströme, Nutzung von Synergieeffekten bzw. Vermeidung von hindernden Unternehmensgrenzen) **zu entsprechen, erachtet es der LRH weiters als sinnvoll, die KA Ennstal möglichst eng an die KAGes anzubinden bzw. gegebenenfalls in die KAGes einzugliedern.**

Betreffend die Nachnutzung der Standorte Rottenmann und Bad Aussee gibt es laut KAGes verschiedene Überlegungen, jedoch zum Zeitpunkt der Prüfung noch keine konkreten Konzepte.

Mit dem Landtagsbeschluss von 5. September 2019 wurden die Projektvorarbeiten zur Klärung der finanziellen Rahmenbedingungen, Festlegung des Grundstückes, Prüfung eines möglichen alternativen Standortes in Rottenmann und zur Einbindung der Region ausgesetzt.

Die am 17. Dezember 2019 neu angelobte Landesregierung bekannte sich in ihrem Regierungsprogramm zum Bau der KA Ennstal; die derzeit bestehenden Standorte Bad Aussee, Rottenmann und Schladming sollen einer sinnvollen Nutzung im Bereich der Gesundheitsversorgung zugeführt werden.

Der RSG-St 2025 sieht, wie o. a., sogenannte Facharztzentren anstelle der bisherigen KA für die fachärztliche Versorgung in Rottenmann und Bad Aussee vor. Entsprechend vorzuhaltende Versorgungskapazitäten wurden im RSG-St 2025 berücksichtigt.

In beiden Fällen weist der RSG-St 2025 auf die Freiwilligkeit betreffend die Bereitschaft niedergelassener Fachärzte mit §2-Kassenverträgen hin, eine Übersiedlung ihrer Ordinationen an die Standorte der bisherigen KA durchzuführen.

Die KAGes weist in ihrer Anfragebeantwortung einerseits auf die mangelnde Verfügbarkeit von Ärzten im niedergelassenen Fachärzteebereich in der VR 62 hin, andererseits sollte nach Errichtung der KA Ennstal eine an den Versorgungsbedarf angepasste Leistungserbringung durch Facharztzentren und Gesundheitszentren sichergestellt werden können.

Hierzu hält der Gesundheitsfonds fest, dass der RSG-St für die sozialen Krankenversicherungsträger nicht verbindlich ist und somit die Umsetzung der Facharztzentren bzw. der fachärztlichen Versorgung die Bereitschaft von (Fach-)Ärzten voraussetzt, sich in der VR niederzulassen.

Stellungnahme Landesrätin Dr.ⁱⁿ Juliane Bogner-Strauß:

Hierzu darf ergänzend angemerkt werden, dass mit dem Beschluss der beiden letzten Vereinbarungen gem. Art 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens und Zielsteuerung-Gesundheit sowie ihrer Umsetzung auf Bundes- und Landesebene durch die Verordnung von Teilen des jeweiligen RSG in den Bundesländern ein Schritt in Richtung Verbindlichkeit auch im niedergelassenen Bereich gesetzt wurde. Siehe hierzu die 2. Verordnung der Gesundheitsplanungs GmbH vom 13. März 2019 über die Verbindlicherklärung von Teilen des Regionalen Strukturplans Gesundheit Steiermark 2025 (StRSG-VO) vom 13. März 2019, Anlage I, in der auch die Anzahl der §2-Kassenstellen in den VR definiert ist. Nichtsdestotrotz müssen sich die entsprechenden (Fach-)Ärztinnen und Ärzte auch für die ausgeschriebenen §2-Kassenstellen bewerben. Für periphere Regionen wurden diesbezüglich auch von Seiten der sozialen Krankenversicherung Maßnahmen getroffen, um die Attraktivität zu erhöhen. Aber letztendlich ist es die freiwillige Entscheidung einer jeden Ärztin bzw. eines jeden Arztes, wo sie bzw. er seine Tätigkeit aufnimmt und damit die medizinische Versorgung der Bevölkerung übernimmt.

Der LRH kann weder aus dem RSG-St 2025 noch aus den rechtlichen Grundlagen erkennen, wie die Lösung des Fachärztemangels in der VR 62 aussehen sollte.

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 v. a. ein Fachärztemangel vorliegt, der sich weiter verschärfen wird.

Der LRH empfiehlt den Verantwortungsträgern (Gesundheitsressort, Gesundheitsfonds, Ärztekammer, Sozialversicherungsträger, KAGes), diesbezüglich im eigenen Wirkungsbereich soweit möglich Vorkehrungen zu treffen; darüber hinaus ist diese Problematik an die Bundesebene heranzutragen und nachdrücklich zu verfolgen.

Stellungnahme Landesrätin Dr.ⁱⁿ Juliane Bogner-Strauß:

Hierzu darf angemerkt werden, dass es sich beim RSG grundsätzlich um einen Strukturplan handelt, der abgeleitet von den Rahmenplanungen des ÖSG zu sehen ist. Der ÖSG als verbindlicher Rahmenplan für die im RSG vorzunehmende konkrete Gesundheitsstruktur- und Leistungsangebotsplanung enthält Vorgaben für ausgewählte Bereiche der ambulanten sowie der akutstationären Versorgung, für die ambulante und stationäre Rehabilitation, für medizinisch-technische Großgeräte sowie Qualitätskriterien. Entsprechende Vorhaben oder Maßnahmen wie Ausbildungsfragen sind daher nicht Bestandteil des RSG und liegen größtenteils in anderen Verantwortungsbereichen.

Sehr wohl unterstützt der GFSTMK die Empfehlung des LRH im eigenen Wirkungsbereich soweit als möglich Vorkehrungen zu treffen, damit sich der Fach-Ärztinnen und -Ärztemangel nicht weiter verschärft sowie die Thematik an die Bundesebene heranzutragen.

Ergänzend werden folgende bereits gesetzte Maßnahmen angeführt:

- *Ausbildungsplätze*

Mit der Ärztinnen-/Ärzte-Ausbildungsordnung 2015 – ÄAO 2015 wurden im Rahmen der Genehmigung von Ausbildungsstätten und -stellen definierte Fallzahlen für bestimmte Leistungen vorgesehen. Diese Maßnahme dient der Qualitätssicherung der ärztlichen Ausbildung, damit die in den Rasterzeugnissen geforderten Leistungen für die auszubildenden Ärztinnen und Ärzte auch erfüllbar sind. Dies impliziert, dass Einrichtungen, die eine höhere Fallzahl aufweisen, auch mehr Fachärztinnen sowie -ärzte ausbilden können. Im RSG-St 2025 ist die KA Ennstal als gemeinsame stationäre Versorgungsstruktur für die Region 62 vorgesehen. Dies hat auf diese zukünftige Ausbildungsstätte und die Ausbildungsstellen in der VR insofern eine

positive Auswirkung, als eine größere Struktur eher die für die Ausbildungen in den diversen Fachrichtungen erforderlichen Fallzahlen erreichen und somit mehr Vollausbildungsstellen beantragen kann, was die Zahl der Fachärztinnen und -ärzte erhöhen sollte.

- *Art. 44 Kommission*

Der GFSTMK und die KAGes sind in der Art. 44 Kommission für Ärztliche Ausbildung, die im Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz angesiedelt ist und die Aufgaben der Planung, Steuerung, Qualitätssicherung und Weiterentwicklung der ärztlichen Ausbildung innehat, vertreten. Allfällige landesspezifische Themen, insbesondere um Mangelfächern gegenzusteuern, werden von den Vertreterinnen dort eingebracht (z. B. Mangelfach Strahlentherapie) und Lösungsmöglichkeiten im Gremium erarbeitet.

- *Zusätzliche Fachärztin- /Facharztausbildungsstellen*

Eine weitere Maßnahme, um einem Fachärztinnen und -ärztemangel vorzubeugen, wird seitens des GFSTMK durch die Förderung zusätzlicher Ausbildungsstellen an Fach-Abteilungen, wo sich an der Abteilung selbst bzw. in der VR ein Fachärztinnen und -ärztemangel abzeichnet, gesetzt. Lassen die Leistungszahlen und die Ausstattung mit Fachärztinnen und -ärzten es zu, dann werden über einen definierten Zeitraum zusätzliche Ausbildungsstellen finanziert. Damit diese zusätzliche Mittelaufwendung dann auch in jenen Regionen mit erforderlichem Fachärztinnen und -ärztebedarf zum Tragen kommt, wird mit den Ärztinnen und Ärzten, die auf diesen Ausbildungsstellen ausgebildet werden, eine Vereinbarung über das Verbleiben über einen bestimmten Zeitraum in der Region getroffen. Als aktuelles Beispiel ist die Finanzierung von sechs zusätzlichen Ausbildungsstellen an der Kinder- und Jugendabteilung im LKH Hochsteiermark, Standort Leoben zu erwähnen.

- *Alternative Versorgungsformen*

In Regionen, in denen §2-Kassenstellen für Fachärztinnen und -ärzte über einen längeren Zeitraum nicht besetzt werden können, werden alternative Versorgungsformen, z. B. in Form von dislozierten KÄ-Ambulatorien gemeinsam finanziert von Sozialversicherung und GFSTMK, erprobt. Ein solches ist in Zusammenarbeit mit der KAGes für die gynäkologisch-geburtshilfliche fachärztliche Versorgung der Bezirke Murau und Murtal im Aufbau.

- *Attraktivierung der Allgemeinmedizin*

In peripheren Regionen ist die Besetzung von §2-Kassenstellen mit Ärztinnen und Ärzten für Allgemeinmedizin ebenfalls wiederholt ein Thema. Aktivitäten, um diesen Entwicklungen entgegenzuwirken, wurden auf Bundesebene im Rahmen der Bundes-Zielsteuerung gesetzt. Dabei wurde ein umfassender Katalog an

Maßnahmen erarbeitet, der konkrete Umsetzungsmaßnahmen auf Landesebene erfordert.

In der Steiermark wurde bereits zwei Mal (2019 und 2020) ein runder Tisch mit allen Vertreterinnen und Vertretern der verantwortlichen Institutionen abgehalten, mit der Zielsetzung, sich über bestehende Maßnahmen auszutauschen, gegebenenfalls bestehende Ergänzungserfordernisse zu erkennen und Lösungsansätze zu diskutieren.

Als weitere Maßnahme wird das Projekt "Attraktivierung der Allgemeinmedizin", welches vom Institut für Allgemeinmedizin und evidenzbasierte Versorgungsforschung (IAMEV) vorgelegt wurde, von den Landes-Zielsteuerungspartnern gefördert. Dieses Projekt umfasst die Initiierung und Koordination von Maßnahmen in der gesamten Ausbildung von Ärztinnen und Ärzten, die als Ärztinnen und Ärzte für Allgemeinmedizin tätig werden wollen, um ihnen den Beruf "Hausärztin" bzw. "Hausarzt" in einer §2-Kassenpraxis näher zu bringen. In den Sitzungen der Landes-Zielsteuerungskommission und der Gesundheitsplattform vom 26.06.2019 und vom 10.06.2020 wurde die Förderung des Projekts respektive des Folgeprojekts beschlossen.

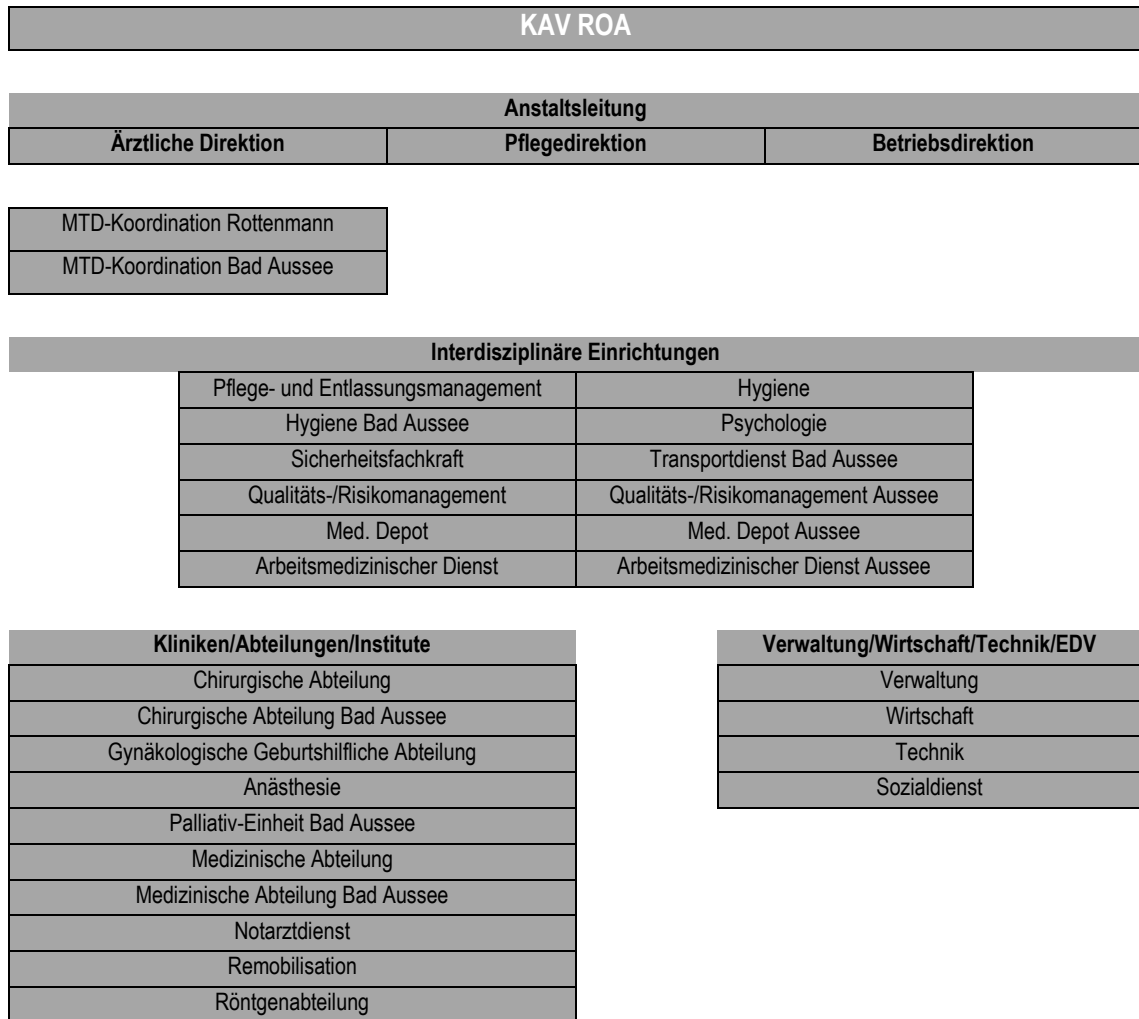
In der KAGes wurde das "Ärztenservice" eingerichtet. Diese Stelle koordiniert die Zuteilung der Turnusärztinnen und -ärzte (Fach und Allgemeinmedizin) zu den freien Ausbildungsstellen in den Landeskrankenanstalten. Von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern im Ärzteservice wird Sorge getragen, dass Turnusärztinnen und -ärzte auch in Krankenanstalten peripherer Regionen ihre Ausbildung absolvieren.

3.3 Organigramm

Der KAV ROA ist in das integrierte Managementsystem der KAGes eingebunden. Strategie, Aufbauorganisation, Managementsysteme und Ablauforganisation leiten sich aus zentralen KAGes-Vorgaben ab.

Rechtsträger des KAV ROA ist die KAGes. Der KAV ROA ist dem Kernbereich (LKH/Landespflegezentren/Gesundheitszentren) der KAGes zuzuordnen.

Das Organigramm des KAV ROA stellte sich per 16. Jänner 2020 wie folgt dar:



Quelle: KAGes, aufbereitet durch den LRH

Der LRH stellt fest, dass eine Reihe von interdisziplinären Einrichtungen (Hygiene, Qualitäts- und Risikomanagement, Medikamentendepot und arbeitsmedizinischer Dienst) **sowie zwei Abteilungen gleicher Fachrichtung** (Chirurgische Abteilung, Medizinische Abteilung) **nach wie vor an beiden Standorten getrennt betrieben werden** (fix zugeordnetes Personal, gesonderter Stellenplan, gesonderte Dienstplanführung; zwei Primariate der Abteilungen für Innere Medizin etc.). **Die Etablierung des KAV ROA spiegelt sich daher in der Führung der Abteilungen nicht wider.**

Der LRH empfiehlt, interdisziplinäre Einrichtungen sowie Abteilungen gleicher Fachrichtungen zusammenzulegen bzw. standortübergreifend zu führen.

Stellungnahme Landesrätin Dr.ⁱⁿ Juliane Bogner-Strauß:

Die Darstellung von interdisziplinären Einrichtungen im Organigramm ist dem Umstand geschuldet, dass an beiden Standorten Ansprechpartnerinnen und -partner für einzelne Themenbereiche notwendig sind. Ergänzend wird angemerkt, dass im Falle des Medikamentendepots nach einer Pensionierung 2019 die Arzneimittelkommission und die Leitung des Medikamentendepots beider Standorte zusammengeführt wurden. 2020 wurde durch eine Personalveränderung auch die Qualitätskommission zusammengeführt.

Betreffend die Zusammenlegung gleicher Fachrichtungen ist anzumerken, dass die KAGes bereits in der Vergangenheit die Bildung von Synergien zwischen mehreren Spitalsstandorten in Hinblick auf eine optimale Nutzung der Ressourcen forciert hat. Mittel und langfristig soll mit dem Leitspital Region Liezen die Zusammenlegung aller Fachdisziplinen auf jeweils eine Abteilung realisiert werden.

3.4 Sanitätsbehördliche Genehmigungen

3.4.1 Errichtungs- und Betriebsbewilligungen (Planbettenänderungen)

Im Rahmen der Prüfung des KAV ROA nahm der LRH in die sanitätsbehördlichen Errichtungs- und Betriebsbewilligungen samt der beantragten und bewilligten Planbettenänderungen Einsicht und greift spezielle Thematiken auf.

Der LRH stellt fest, dass Errichtungs- und Betriebsbewilligungen für den KAV ROA vorliegen.

Zum Antrags- und Bewilligungszeitpunkt der Chirurgisch-Gynäkologischen Tagesklinik samt Planbettenänderung (2015/2016) war der Landes-Krankenanstaltenplan² in Kraft. Der RSG 2011, Version 2.1, war zwar zum Bewilligungszeitpunkt durch die Landeszielsteuerungskommission beschlossen³, jedoch waren die Inhalte des RSG nicht Teil einer Verordnung und somit nicht rechtsverbindlich.

Bereits 2016 wurde im Prüfbericht „Leistungserbringung ausgewählter Krankenanstalten im Land Steiermark“ vom Rechnungshof festgehalten, dass die krankenanstaltenrechtlichen Bewilligungsbescheide zum Teil nicht den Vorgaben des Landeskrankenanstaltenplans entsprachen, weil sich das Amt der Stmk. Landesregierung nach eigenen Angaben nicht mehr an den 17 Jahre alten Landeskrankenanstaltenplan, sondern am RSG-St orientierte.

² Verordnung der Steiermärkischen Landesregierung vom 7. Juli 1997 über den Landes-Krankenanstaltenplan LGBl. 5/1998

³ Beschluss 19. Dezember 2013

Dem LRH fiel im Zuge des Bewilligungsverfahrens „Chirurgisch-Gynäkologische Tagesklinik“ und der gleichzeitig beantragten Planbettenänderung auf, dass der Gesundheitsfonds von der A8 um eine Stellungnahme zum Antrag des KAV ROA gebeten wurde. Mit der Stellungnahme des Gesundheitsfonds wurde die Planbettenänderung im Sinne der stufenweisen Annäherung an die Sollbettenvorgabe des RSG-St 2020 befürwortet.

Nachfolgend die Gegenüberstellung des Bescheides vom 28. Jänner 2016 mit dem damals gültigen RSG 2011:

		Bescheid vom 28.01.2016	RSG 2011 (Zielhorizont 2020)	Abweichung
Standort Bad Aussee	Anästhesie und Intensivmedizin	1	3	- 2
	Chirurgie	18	18	
	Innere Medizin	31	32	- 1
Standort Rottenmann	Unfallchirurgie ⁴		12	- 12
	Chirurgie	30	26	+ 4
	Innere Medizin	79	68	+ 11
	AG-REM	24	24	
	Palliativstation	4	4	
	Interdisziplinäre Station für Chirurgie, Gynäkologie und Geburtshilfe (GGB) ⁵	12 (CHIR) 12 (GGB)	15	+ 12
	Chir.-Gyn. Tagesklinik	3		
Anästhesie und Intensivmedizin	11	11		
KAV ROA	Gesamtbettenanzahl	KAV ROA: 225 Bad Aussee: 50 Rottenmann: 175	KAV ROA: 213 Bad Aussee: 53 Rottenmann: 160	KAV ROA: + 12 Bad Aussee: - 3 Rottenmann: + 15

Quelle: A8, aufbereitet durch den LRH

Der LRH stellt diesbezüglich fest:

- **An der Abteilung für Chirurgie am Standort Rottenmann lag zum Bewilligungszeitpunkt trotz Bettenreduktion ein Überhang von vier Betten vor.**
- **Insgesamt waren im KAV ROA zwölf Betten mehr bewilligt als im RSG-St für 2020 vorgesehen.**
- **Das Landeszielsteuerungsübereinkommen⁶ enthält das strategische Ziel, Versorgungsdichten bedarfsorientiert anzupassen sowie das operative Ziel, die Leistungserbringung für ausgewählte tagesklinisch erbringbare Leistungen zu forcieren (vgl. Ziel 6.2.2). Diesbezüglich stellt die Etablierung**

⁴ Annahme der Vorhaltung der zwölf UCC-Betten am Standort Rottenmann

⁵ Interdisziplinäre Station für Chirurgie, Gynäkologie und Geburtshilfe = GGB

⁶ Landeszielsteuerungsübereinkommen 2013 bis 2016

der chirurgisch-gynäkologischen Tagesklinik eine entsprechende Maßnahme dar.

- **Betreffend das Ziel 6.2.5 des Landeszielsteuerungsübereinkommens, Überkapazitäten zu identifizieren und im Rahmen einer abgestimmten bedarfsorientierten Angebotsplanung abzubauen, war die Mitwirkung des Gesundheitsfonds auf Bundesebene bei der laufenden Identifikation von Überkapazitäten geplant.**

Stellungnahme Landesrätin Dr.ⁱⁿ Juliane Bogner-Strauß:

Hierzu darf angemerkt werden, dass es sich beim vom LRH angeführten Ziel 6.2.5 um ein Ziel des Landes-Zielsteuerungsvertrags der Zielsteuerung-Gesundheit Periode 2013 bis 2016 handelt und bei den dort angeführten Maßnahmen dezidiert eine aktive Mitwirkung des GFSTMK auf Bundesebene erfolgte.

Der LRH empfiehlt aus Gründen der Sparsamkeit und Wirtschaftlichkeit, im Zuge des sanitätsbehördlichen Bewilligungsverfahrens bei Planbettenänderungen auf die Zielvorgaben des RSG-St so früh wie möglich hinzuwirken.

Stellungnahme Landesrätin Dr.ⁱⁿ Juliane Bogner-Strauß:

Der GFSTMK unterstützt die Empfehlung des LRH und merkt an, dass bereits jetzt im Zuge des sanitätsbehördlichen Bewilligungsverfahrens bei Planbettenänderungen auf die Zielvorgaben des RSG-St eingehend hingewiesen wird.

Des Weiteren wird seitens der KAGes drauf verwiesen, dass mit Bescheid vom 21. Juli 2020, GZ: ABT08GP-56071/2014-111, eine Planbettenreduktion für den Standort Rottenmann mit Wirksamkeit 01.06.2020 durchgeführt wurde.

3.4.2 Personal: Bestellungs- und Anzeigeverfahren

Stichprobenartig wurden zwei gemäß StKAG zu besetzende Funktionen, die des Konsiliarapothekers sowie die des technischen Sicherheitsbeauftragten, auf deren zeitgerechte Beantragung, Bewilligung bzw. Anzeige gemäß StKAG überprüft.

3.4.2.1 Konsiliarapotheker

Gemäß § 61 StKAG haben öffentliche KA, die keine Anstaltsapothek betreiben, Konsiliarapotheker zu bestellen. Die Bestellung bedarf der Genehmigung der Landesregierung.

Mit Bescheid vom 26. Juni 2014 wurde die am 16. April 2014 beantragte Bestellung des Konsiliarapothekers für den KAV ROA durch die Steiermärkische Landesregierung rückwirkend mit 1. Jänner 2014 genehmigt.

Der LRH stellt fest, dass der Antrag auf Bewilligung zur Bestellung des Konsiliarapothekers erst nach Antritt der Funktion eingereicht wurde. Durch die verspätete Antragstellung kam es erst sechs Monate nach (vermeintlicher) Übernahme der Funktion als Konsiliarapotheker zu einer Genehmigung.

Mit Bescheid vom 5. Oktober 2018 wurde die am 17. September 2018 beantragte Bestellung eines neuen Konsiliarapothekers für den KAV ROA durch die Steiermärkische Landesregierung rückwirkend mit 1. Oktober 2018 genehmigt.

Der LRH empfiehlt der KAGes, einen Antrag auf Genehmigung der Bestellung eines Konsiliarapothekers zeitgerecht vor Übernahme der Funktion einzubringen.

3.4.2.2 Technischer Sicherheitsbeauftragter

Gemäß § 27 StKAG hat der Rechtsträger der KA eine fachlich geeignete Person zur Wahrnehmung der technischen Sicherheit und des einwandfreien Funktionierens der in der KA verwendeten medizinisch-technischen Geräte und technischen Einrichtungen zu bestellen (technischer Sicherheitsbeauftragter). Die Bestellung ist der Landesregierung anzuzeigen.

Seitens der A8 wurde für den KAV ROA explizit keine Bestellanzeige für den technischen Sicherheitsbeauftragten vorgelegt. Es konnte jedoch anhand übermittelter Unterlagen der A8 eine lückenlose Bestellung für den Prüfzeitraum nachvollzogen werden.

3.5 Anstaltsordnung, Anstaltszweck und Aufgaben

3.5.1 Bewilligungsstand der Anstaltsordnung (AO)

Die für den KAV ROA im Prüfzeitraum gültige AO wurde mit Bescheid vom 14. Oktober 2013 bewilligt.

Aufgrund der inzwischen erfolgten vierten Novelle des § 18 StKAG sowie der Umstrukturierungen im KAV ROA ist die AO mittlerweile nicht mehr aktuell.

Auf Rückfrage im Juli 2020 wurde der LRH von der KAGes informiert, dass sich derzeit eine einheitliche Muster-AO für alle KAGes-KA in Vorbereitung befindet.

3.5.2 Ausgewählte Bestimmungen

Im StKAG finden sich in diversen Normen Vorgaben, deren Umsetzungen in einer AO zu berücksichtigen sind. § 18 StKAG bildet die wesentlichste Norm. Sie gibt vor, dass der innere Betrieb einer KA von ihrem Rechtsträger durch eine AO zu regeln ist und umfasst u. a. eine taxative Aufzählung der festzuhaltenden Regelungen.

Gem. § 18 Abs. 1 Z. 6 StKAG sind die Dienstobliegenheiten der in der KA beschäftigten Personen sowie Bestimmungen über die regelmäßige Abhaltung von Dienstbesprechungen zwischen den dafür in Betracht kommenden Berufsgruppen in einer AO festzuhalten.

Der LRH stellt fest, dass sich in der AO Bestimmungen über die regelmäßige Abhaltung von Dienstbesprechungen für die Anstaltsleitung finden. Für sie sind mindestens zwölf Einberufungen pro Jahr mit detaillierten Protokollvorgaben festgelegt.

Die Beschlussprotokolle der Anstaltsleitungssitzungen wurden stichprobenweise eingesehen und auf die Einhaltung der Vorgaben (z. B. gestellte Anträge und gefasste Beschlüsse, Protokollierung kontroversieller Meinungen zu Tagesordnungspunkten) entsprechend der AO überprüft.

Der LRH stellt eine ordnungsgemäße Sitzungsfrequenz und Häufigkeit sowie die Existenz der Beschlussprotokolle und eine Protokollierung von gestellten Anträgen und der diesbezüglichen Beschlüsse fest.

3.6 Sanitäre Aufsicht

Gemäß Art. 10 Abs. 1 Z 12 B-VG ist die sanitäre Aufsicht über Heil- und Pflegeanstalten Bundessache. Die Vollziehung der sanitären Aufsicht erfolgt in mittelbarer Bundesverwaltung. Dies bedeutet, dass Landesorgane (Bezirksverwaltungsbehörden sowie der Landeshauptmann) funktionell als Bundesorgane tätig werden.

Der LRH überprüfte, ob die Bezirkshauptmannschaft (BH) Liezen grundsätzlich ihrer sanitären Aufsichtspflicht nachkommt. Die Qualität und Tiefe der sanitätsbehördlichen Aufsicht waren nicht Gegenstand der Prüfung.

Im Prüfzeitraum 2015 bis 2019 wurde die sanitäre Aufsicht durch die BH Liezen und durch die politische Expositur Gröbming unter Beiziehung von Amtsärzten und eines technischen Sachverständigen im KAV ROA durchgeführt.

Der LRH stellt fest, dass im Prüfzeitraum überwiegend jährliche Überprüfungen der Standorte durch die BH Liezen und die politische Expositur Gröbming durchgeführt wurden. Der LRH stellt somit fest, dass die BH Liezen grundsätzlich ihrer sanitären Aufsichtspflicht nachkam.

4. PERSONAL

4.1 Überblick

Die wichtigsten rechtlichen Grundlagen für die Personalverwaltung des KAV ROA bzw. der KAGes sind:

- das Gesetz über das Dienst- und Besoldungsrecht der Bediensteten des Landes Steiermark (Stmk. L-DBR), das Steiermärkische Landesreisegebührengesetz, das Steiermärkische Zuweisungsgesetz etc.
- grundsätzliche bundesrechtliche Bestimmungen, wie u. a. das Arbeitsverfassungsgesetz, das Arbeitsruhegesetz, das Arbeitszeitgesetz und das Krankenanstalten-Arbeitszeitgesetz (KA-AZG) sowie
- diverse Betriebsvereinbarungen (BV) zwischen dem Vorstand und dem Betriebsrat der KAGes sowie eine Reihe von KAGes-internen Richtlinien und Serviceunterlagen zu personalbezogenen Angelegenheiten.

4.2 Krankenanstalten-Arbeitszeitgesetz

Dem „Bundesgesetz, mit dem ein Arbeitszeitgesetz für Angehörige von Gesundheitsberufen in Kranken-, Pflegeanstalten und ähnlichen Einrichtungen geschaffen wird“ (KA-AZG), kommt besondere Bedeutung zu.

Mit 1. Jänner 2015 wurde das KA-AZG geändert, um den europarechtlich geforderten Änderungen zur Arbeitszeit von Dienstnehmern in KA Rechnung zu tragen. Diese Änderungen hatten u. a. Auswirkungen auf den Ärztebedarf, da das KA-AZG schrittweise die Arbeitszeiten u. a. für ärztliches Personal in KA verkürzt.

Das KA-AZG beschränkt die Arbeitszeiten von Ärzten auf eine höchstzulässige Tagesarbeitszeit von 13 Stunden mit durchschnittlich nicht mehr als 48 Wochenstunden in einem Durchrechnungszeitraum von 17 Wochen. In diesen 17 Wochen ist es zulässig, sechs verlängerte Dienste durchzuführen.

Auf Basis von BV besteht die Möglichkeit, die Tages- und Wochenarbeitszeit, den Durchrechnungszeitraum sowie die Anzahl der verlängerten Dienste bis 30. Juni 2021 zu erhöhen, wobei die Verlängerungen der Tages- und Wochenarbeitszeit einer gesonderten Zustimmung des Mitarbeiters („opt-out“-Regelung) bedarf.

Die höchstzulässige Tagesarbeitszeit kann bis 31. Dezember 2020 auf eine maximal durchgängige Arbeitszeit von 29 Stunden ausgedehnt werden – unter der Voraussetzung, dass der Dienstnehmer nicht durchgehend in Anspruch genommen wird

und wichtige organisatorische Gründe vorliegen (verlängerter Dienst). Bei der Wochenarbeitszeit können statt 48 Stunden 55 Stunden bis 30. Juni 2021 vereinbart werden, und beim Durchrechnungszeitraum ist eine Erweiterung von 17 Wochen auf 26 Wochen bzw. 52 Wochen unter speziellen Voraussetzungen möglich. Die Anzahl der verlängerten Dienste kann von sechs auf acht angehoben werden.

Durch den Abschluss von BV besteht mehr „Spielraum“, insbesondere in Urlaubs- und Ferienzeiten gesetzeskonforme Dienstpläne zu erstellen.

In außergewöhnlichen und unvorhersehbaren Fällen, bei denen die Betreuung von Patienten nicht unterbrochen werden kann oder eine sofortige Betreuung von Patienten unbedingt erforderlich wird, können die Arbeitszeitvorgaben überschritten werden.

Die KAGes schloss eine BV über die Verlängerung des Durchrechnungszeitraumes sowie die Erhöhung der Wochenarbeitszeit mit dem Zentralbetriebsrat der KAGes und der Ärztekammer für Steiermark ab. Der Durchrechnungszeitraum wurde mit 26 Wochen ebenso festgelegt wie die Erhöhung auf die maximal zulässigen Wochenarbeitszeiten von 1. Jänner 2015 bis 31. Dezember 2017 auf 60 Stunden bzw. von 1. Jänner 2018 bis 30. Juni 2021 auf 55 Stunden.

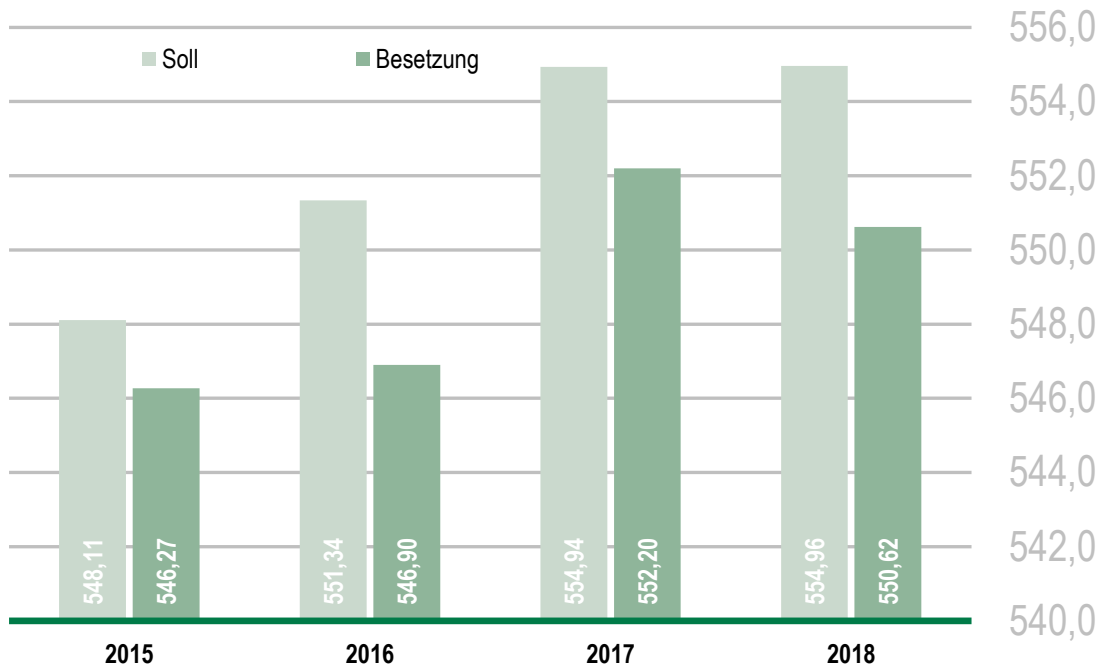
Von 103 Mitarbeitern des KAV ROA stimmten 62 Mitarbeiter der „opt-out“-Vereinbarung zu.

Der LRH stellt fest, dass es im KAV ROA im Prüfzeitraum zu Überschreitungen der zulässigen Höchstarbeitszeiten kam (vgl. Kapitel 4.4 „Dienstbetrieb an ausgewählten Abteilungen des KAV ROA“). Mit Auslaufen der Übergangsreglung Ende Juni 2021 muss mit einer weiteren Verschärfung der angespannten personellen Situation bei der Ärzteschaft im KAV ROA gerechnet werden.

4.3 Personalausstattung

Der Stellenplan für den KAV ROA sah im Prüfzeitraum jeweils zum Stichtag 31. Dezember folgendes Soll laut Stellenplan und folgende tatsächliche Besetzung vor:

Stellenplan 2015 bis 2018



Quelle: KAGes, Stellenplan KAV ROA per 31. Dezember, 2015 bis 2018, aufbereitet durch den LRH

Der LRH stellt fest, dass der KAV ROA im Zeitraum 2015 bis 2018 die genehmigten Stellen (Soll) nicht zur Gänze besetzen konnte.

Die Unterbesetzung stellt sich wie folgt dar:

	2015	2016	2017	2018
Unterbesetzung abs.	- 1,84	- 4,44	- 2,74	- 4,34
Unterbesetzung rel.	- 0,3 %	- 0,8 %	- 0,5 %	- 0,8 %

Quelle: KAGes, Stellenplan KAV ROA per 31. Dezember, 2015 bis 2018, aufbereitet durch den LRH

Der LRH nahm anhand der übermittelten Stellenpläne per 31. Dezember eine Gruppierung nach Berufsgruppen vor. Hieraus ergaben sich folgende Unter- bzw. Überbesetzungen im Prüfzeitraum:

	2015	2016	2017	2018
Ärzte	- 6,058	-10,401	- 3,741	- 8,308
Pflege	+ 2,981	+ 1,678	- 3,687	- 1,836
MTD	- 1,391	- 0,058	- 0,808	- 1,066
Soz.Med. Dienste	+ 0,132	- 0,185	+ 0,465	+ 0,115
Vw/Wi/Te	+ 2,498	+ 4,597	+ 5,032	+ 6,751
Summe	- 1,838	- 4,439	- 2,739	- 4,344

Quelle: KAGes, Stellenplan KAV ROA 2015 bis 2018, aufbereitet durch den LRH

Der LRH stellt fest, dass im Zeitraum 2015 bis 2018 eine Unterbesetzung von durchschnittlich 7,1 Ärzte-DP bestand. Im Bereich der medizin-technischen Dienste (MTD) gab es ebenso durchgehend eine Unterdeckung von durchschnittlich 0,8 Vollzeitäquivalente (VZÄ). **Im Bereich Verwaltung/Wirtschaft/Technik (Vw/Wi/Te) lag hingegen eine Überbesetzung von durchschnittlich 4,7 Vollzeitäquivalenten VZÄ vor.**

Die Unterbesetzung im Bereich der Ärzteschaft resultiert aus einer durch das KA-AZG-vorgegebenen Erhöhung der Planstellen der Ärzte und andererseits aus freiwerdenden Stellen, die nicht nachbesetzt werden können.

Die Überbesetzung im Bereich Vw/Wi/Te ist u. a. darauf zurückzuführen, dass auf den Stationen Schreibkräfte eingestellt wurden, welche die Ärzte in ihren administrativen Tätigkeiten (Dokumentation, Laboranforderungen, Telefonate etc.) entlasten.

Die Besetzung laut Stellenplan teilte sich zum Stichtag 31. Dezember auf die Standorte Bad Aussee und Rottenmann wie folgt auf:

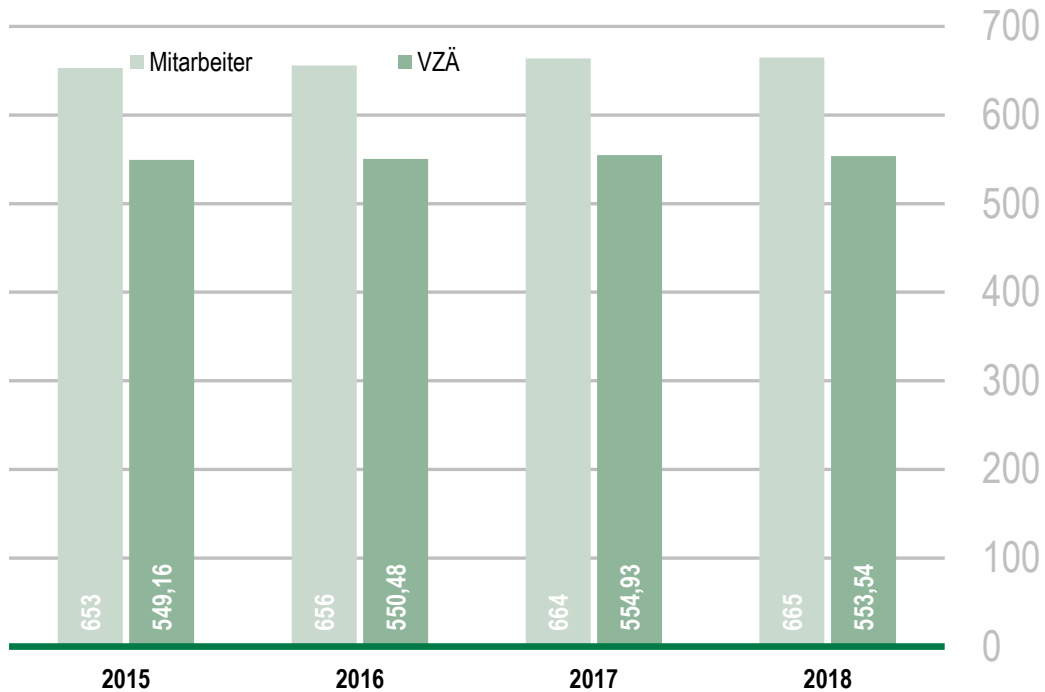
	2015	2016	2017	2018	ϕ	%
Bad Aussee	156,00	153,06	155,67	154,61	154,83	28,2%
Rottenmann	390,27	393,84	396,53	396,01	394,16	71,8%
KAV ROA	546,27	546,90	552,20	550,62	549,00	

Quelle: KAGes, Stellenplan KAV Rot - Aus 2015 bis 2018, aufbereitet durch den LRH

Der LRH stellt fest, dass sich der Personalstand im Zeitraum 2015 bis 2018 durchschnittlich im Verhältnis von 28,2 % zu 71,8 % auf die Standorte Bad Aussee und Rottenmann verteilte.

Der Personalstand (Mitarbeiter/VZÄ) des KAV ROA im Prüfzeitraum 2015 bis 2018 zum Stichtag 31. Dezember wurde von der geprüften Stelle wie folgt angegeben:

Mitarbeiter/VZÄ KAV ROA



Quelle: KAGes, Mitarbeiterstand 2015 bis 2018, aufbereitet durch den LRH

Die Anzahl der Mitarbeiter/VZÄ des KAV ROA zum Stichtag 31. Dezember stieg von 653/549,16 in 2015 um 1,8 %/0,8 % auf 665/553,54 in 2018.

Die folgende Tabelle vergleicht die VZÄ laut Stellenplan (Besetzt) mit dem bekannt gegebenen tatsächlichen Personalstand, jeweils per 31.12.:

	2015	2016	2017	2018
VZÄ lt. Stellenplan	546,27	546,90	552,20	550,62
VZÄ lt. Pers.stand	549,16	550,48	554,93	553,54
Streuung	2,89	3,58	2,73	2,92

Quelle: KAGes, berechnet durch den LRH, aufbereitet durch den LRH

Der LRH weist darauf hin, dass die Angaben der geprüften Stelle im Stellenplan und Personalstand, jeweils per 31. Dezember eines jeden Jahres, um durchschnittlich 3,03 VZÄ voneinander abweichen.

Die Ursachen für diese unterschiedlichen Angaben werden von der KAGes mit unterschiedlichen Abfragezeitpunkten bzw. Auswertungsspezifikationen begründet.

Die Gesamtzahl der Mitarbeiter/VZÄ laut bekannt gegebenem Personalstand verteilt sich, gruppiert nach Berufsgruppen, wie folgt:

	2015		2016		2017		2018	
	Mitarbeiter	VZÄ	Mitarbeiter	VZÄ	Mitarbeiter	VZÄ	Mitarbeiter	VZÄ
Ärzte	92	83,99	93	84,35	100	90,16	96	85,99
Pflege	319	264,53	318	263,55	314	258,41	315	260,94
MTD	56	42,96	56	43,89	57	44,04	57	43,78
Soz.Med. Dienste	13	9,10	13	8,78	15	9,43	15	8,88
Vw./Wi./Te	173	148,58	176	149,92	178	152,89	182	153,95
Summe	653	549,16	656	550,48	664	554,93	665	553,54

Quelle: KAGes, Mitarbeiterstand 2015 bis 2018, aufbereitet durch den LRH

Die Belegschaft des KAV ROA setzt sich

- zu 47,4 % aus Pflegekräften,
- zu 27,4 % aus Kräften des Bereiches Vw/Wi/Te,
- zu 15,6 % aus Ärzten,
- zu 7,9 % aus Angehörigen des MTD und
- zu 1,6 % aus Angehörigen der sozialmedizinischen Dienste zusammen.

Der KAV ROA bedient sich zur Aufrechterhaltung der chirurgischen Versorgung u. a. einer Reihe von Konsiliarverträgen (vgl. Kapitel 4.4 „Dienstbetrieb an ausgewählten Abteilungen des KAV ROA“). Zum Prüfzeitpunkt bestanden drei Konsiliarverträge mit Fachärzten für Chirurgie.

Der LRH stellt fest, dass der KAV ROA versuchte, Unterbesetzungen in den Abteilungen für Chirurgie mit dem Abschluss von Konsiliarverträgen zu kompensieren.

Darüber hinaus bestanden entsprechend § 3 StKAG zum Prüfzeitpunkt mit folgenden Fachärzten anderer Fachrichtungen Konsiliarverträge:

- zwei Fachärzte für Augenheilkunde und Optometrie (davon jeweils ein Facharzt für jeden Standort),
- eine Fachärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe (Standort Bad Aussee),
- ein Facharzt für Hals-, Nasen- und Ohrenerkrankungen (für den gesamten KAV ROA),
- ein Facharzt für Neurologie (für den Standort Bad Aussee) und
- Fachärzte für Psychiatrie der AMEOS-Klinik (für den Standort Bad Aussee).

Die Abdeckung des Fachbereichs „Pulmologie“ ist auf Grund einer zwischenbetrieblichen Vereinbarung mit Ärzten des LKH Graz II sichergestellt. Weiters erfolgen an drei Tagen in der Woche Säuglingsuntersuchungen durch einen Facharzt für Kinder- und Jugendheilkunde (KIJU) des LKH Hochsteiermark, Standort Leoben.

Der Betriebsarzt ist auf der Basis eines Werkvertrages für den gesamten KAV ROA tätig.

Der LRH fragte auch den Anteil der administrativen bzw. medizinischen Tätigkeiten der Primärärzte des KAV ROA in den letzten sechs Monaten ab. Aufzeichnungen hierzu konnten nicht vorgelegt werden.

Abgesehen vom Ärztlichen Direktor, der den Anteil administrativer Tätigkeiten mit 90 % angab, wurde von den anderen Primärärzten des KAV ROA ein Anteil von durchschnittlich 60 % angegeben.

Festzuhalten ist, dass Primärärzte nicht unter die Einschränkungen des KA-AZG fallen und eine KA-AZG-konforme Führung von Abteilungen oft nur durch die Absolvierung von Diensten durch die Primärärzte sichergestellt werden kann. Betreffend den KAV ROA sind hier konkret die Abteilung für Chirurgie und die Abteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe zu nennen.

Zum Stichtag 20. Mai 2020 waren auf der Homepage der KAGes bspw. zwölf offene Stellen für den KAV ROA (von insgesamt 95 für die gesamte KAGes) ausgeschrieben:

Stelle	BA	Frist
ReinigungsmitarbeiterIn	75 %	20.05.2020
Mitarbeiter für den Hol- und Bringdienst	100 %	20.05.2020
zwei Fachärztinnen/Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe	50/100 %	31.05.2020
Dipl. Logopädin/Dipl. Logopäde	50 %	31.05.2020
Ärztlicher Direktor		05.06.2020
eine Ausbildungsstelle zum Facharzt/zur Fachärztin für Anästhesie	100 %	31.07.2020
zwei Fachärztinnen/Fachärzte für Anästhesie	100 %	31.07.2020
eine Fachärztin/Facharzt für Anästhesie	50 %	31.07.2020
Fachärztin/Facharzt für Chirurgie/Unfallchirurgie oder Ass. in Facharztausbildung für Chirurgie	100 %	31.07.2020
Fachärztin/Facharzt für Allg. Chirurgie mit Erfahrung in Unfallchirurgie	100 % oder <	31.12.2020

Quelle: KAGes-Jobportal, abgerufen am 20. Mai 2020, aufbereitet durch den LRH

Der LRH stellt fest, dass der KAV ROA einen überdurchschnittlich hohen Anteil offener Stellen innerhalb der KAGes zum Zeitpunkt der Überprüfung auswies.

Ergänzend weist der LRH darauf hin, dass es sich bei 3/4 der ausgeschriebenen Stellen um Arztstellen handelte.

Zur Erhöhung der Standortattraktivität des KAV ROA werden Turnusärzten (und damit potenziellen künftigen ärztlichen Mitarbeitern) besondere Sozialleistungen geboten. So sind am Standort Rottenmann Einzelzimmer für Turnusärzte kostenlos, für Garçonnièren sind nur die Betriebskosten zu bezahlen. Auch am Standort Bad Aussee sind für Garçonnièren nur die Betriebskosten zu bezahlen.

Der LRH stellt fest, dass den Turnusärzten im KAV ROA über den KAGes-Standard hinausgehende Sozialleistungen geboten werden.

Attraktivitätsmindernde Faktoren an den Standorten des KAV ROA v. a. für Fachärzte und Assistenzärzte sind die geografische Lage der Standorte, abnehmende Fallzahlen, geringe Fallkomplexität, hohe Personalfuktuation, Unsicherheit im Hinblick auf die Standorte, flache Hierarchien und damit geringe Karriereaussichten sowie begrenzte Ausbildungsmöglichkeiten.

Die Analyse der Altersstruktur der Ärzte im KAV ROA zum 31. Dezember 2019 zeigt folgendes Bild:

	Rottenmann			Bad Aussee			KAV ROA		
	Mitarbeiter	> 55 Jahre		Mitarbeiter	> 55 Jahre		Mitarbeiter	> 55 Jahre	
		abs.	rel.		abs.	rel.		abs.	rel.
Chirurgie	18	2	11,1 %	8	3	37,5 %	26	5	19,2 %
Anästhesie	15	7	46,7 %	6	3	50,0 %	21	10	47,6 %
Innere Medizin	22	2	9,1 %	13	3	23,1 %	35	5	14,3 %
Gyn.-Geb.	11	3	27,3 %				11	3	27,3 %
Radiologie	6	1	16,7 %				6	1	16,7 %
Palliativ	2	0	0,0 %				2	0	0,0 %
Σ KAV ROA							101	24	23,8 %
Σ KAGes							2.426	441	18,2 %

Quelle: KAGes, Altersstatistik KAV ROA, aufbereitet durch den LRH

Im KAV ROA waren von 101 Ärzten (Mitarbeitern) insgesamt 24, das sind 23,7 %, älter als 55 Jahre. Einen überdurchschnittlich hohen Anteil gab es

- an der Anästhesie in Bad Aussee mit 50 %,
- an der Anästhesie in Rottenmann mit 46,7 %,
- an der Chirurgie in Bad Aussee mit 37,5 % und
- an der Gynäkologie-Geburtshilfe in Rottenmann mit 27,3 %.

Der LRH weist auf die Altersstruktur insbesondere an der Abteilung für Anästhesie des KAV ROA hin, da insgesamt knapp unter der Hälfte der dort tätigen Ärzte binnen der nächsten zehn Jahre das Pensionsantrittsalter erreichen wird.

Seitens des KAV ROA wurde berichtet, dass mit einigen Ärzten eine Verlängerung des Dienstverhältnisses von drei bis vier Jahren über das Regelpensionsantrittsalter hinaus vereinbart werden konnte.

Zum Stichtag 31. Dezember 2019 waren in der KAGes von 2.426 Ärzten (Mitarbeitern) insgesamt 441 älter als 55 Jahre, das sind 18,2%.

Grundsätzlich hält der LRH fest, dass der Erholungsurlaub von den Bediensteten möglichst bis zum Ende des Kalenderjahres, in dem er entstand, aufgebraucht werden sollte. Dies liegt im Interesse des Dienstnehmers (Urlaub zum Zwecke der Erholung) sowie des Dienstgebers (welcher für nicht in Anspruch genommene Urlaube aufwandswirksam Rückstellungen zu bilden hat).

Eine Übertragung verbleibender Resturlaubsbestände auf das Folgejahr bzw. in begründeten Fällen auf das zweitfolgende Kalenderjahr ist zulässig (vgl. § 65 Abs. 1 Stmk. L-DBR). Als Richtwert gilt ein durchschnittlicher Resturlaubsstand von zehn Tagen je VZÄ.

Die folgende Tabelle zeigt die Resturlaubsstände in Tagen je VZÄ zum Stichtag 31. Dezember eines jeden Jahres:

	2015	2016	2017	2018
Ärzte	17,6	18,0	17,2	19,2
MTD	11,3	9,5	8,7	10,8
Pflege (DGKP, PA)	15,9	13,7	12,6	13,0
Soz.Med. Dienste	19,4	24,2	19,9	21,8
Vw/Wi/Te	10,7	10,2	10,7	12,1
KAV ROA	14,4	13,2	12,6	13,7
KAGes	13,6	12,7	12,4	13,7

Quelle: KAGes, Resturlaube KAV ROA, aufbereitet durch den LRH

Der LRH stellt hierzu fest:

- **Die Resturlaubsstände in Tagen je VZÄ zum Stichtag 31. Dezember eines jeden Jahres am KAV ROA schwankten im Prüfzeitraum zwischen 12,6 und 14,4 Tagen und lagen damit leicht über dem KAGes-Wert von 12,4 bis 13,7 Tagen.**

- **Innerhalb des KAV ROA waren im Prüfzeitraum bei der Ärzteschaft mit durchschnittlich 18,0 Tagen und bei den sozialmedizinischen Diensten mit 21,3 Tagen überdurchschnittlich hohe Resturlaubsstände zu verzeichnen.** Letzterer ist laut KAV ROA auf einen (Langzeit-)Krankenstand sowie die eingeschränkte Einsatzfähigkeit eines Mitarbeiters zurückzuführen, wird aber schrittweise abgebaut.

Die folgende Tabelle zeigt die Überstundenvorträge in Stunden je VZÄ zum Stichtag 31. Dezember eines jeden Jahres:

	2015	2016	2017	2018
Ärzte	17,45	16,53	14,09	15,58
MTD	4,10	3,58	5,22	5,73
Pflege (DGKP, PA)	65,68	65,92	51,49	44,04
Soz.Med. Dienste	53,41	80,75	67,13	69,14
Vw/Wi/Te	6,62	5,91	7,85	9,60
KAV ROA	37,30	28,94	30,04	27,48
KAGes	23,39	22,42	26,22	25,37

Quelle: KAGes, Überstundenvorträge KAV ROA, aufbereitet durch den LRH

Der LRH stellt fest, dass die Überstundenvorträge des KAV ROA zwar höher als im KAGes-Durchschnitt sind, im Prüfzeitraum jedoch kontinuierlich abnehmen.

Im Bereich der Ärzteschaft liegen diese, trotz der evidenten Unterbesetzung, deutlich unter dem Durchschnitt des KAV ROA. Die Überstundenvorträge im Bereich der Pflege werden abgebaut. Jene im Bereich der sozial-medizinischen Dienste gehen auf einen (Langzeit-)Krankenstand sowie die eingeschränkte Einsatzfähigkeit eines Mitarbeiters zurück. Sie sollen laut KAV ROA jedoch schrittweise abgebaut werden.

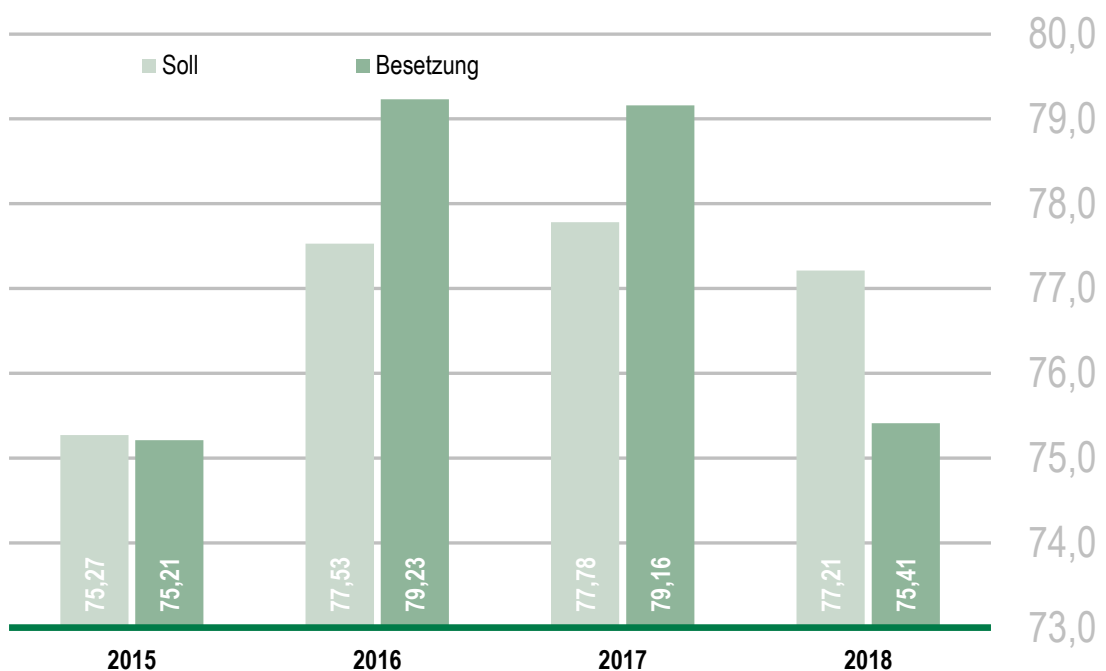
4.4 Dienstbetrieb an ausgewählten Abteilungen des KAV

4.4.1 Abteilung für Chirurgie

Die Abteilungen für Chirurgie an beiden Standorten wurden bis Februar 2018 getrennt geführt. Auch nach deren Zusammenlegung gab es keine gemeinsame Dienstplanführung.

Der Stellenplan der Abteilung für Chirurgie am Standort Rottenmann stellte sich im Prüfzeitraum 2015 bis 2018, jeweils zum 31. Dezember, wie folgt dar:

Stellenplan Chir Rot 2015 - 2018



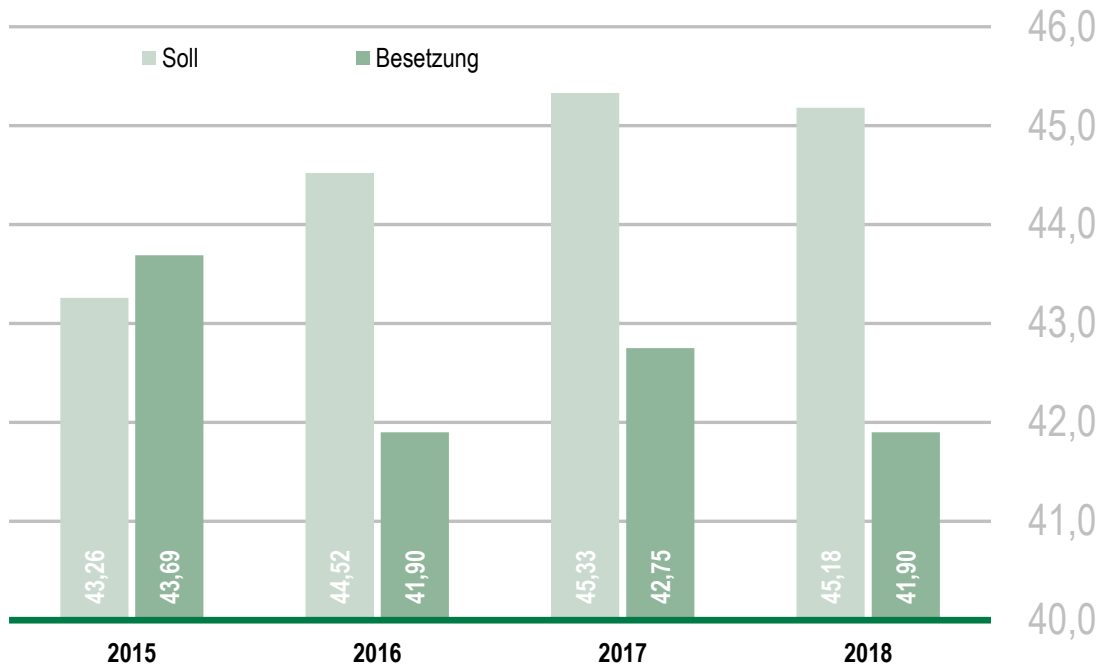
Quelle: KAGes, Stellenplan KAV ROA 2015 bis 2018, aufbereitet durch den LRH

Der Stellenplan sah im Prüfzeitraum insgesamt zwischen 75,27 und 77,78 DP vor. 2018 konnten die geplanten DP (Soll) nicht besetzt werden, 2016 und 2017 gab es eine Überbesetzung.

Im Bereich der Ärzte zeigt sich bis auf 2017 in jedem Jahr eine Unterbesetzung. 2018 wuchs diese auf 4,5 VZÄ an. Im Bereich des Kanzleidienstes zeigt sich 2018 eine überplanmäßige Besetzung von 2,58 VZÄ.

Der Stellenplan der Abteilung für Chirurgie am Standort Bad Aussee stellte sich im Prüfzeitraum 2015 bis 2018, jeweils zum 31. Dezember, wie folgt dar:

Stellenplan Chir Aus 2015 - 2018



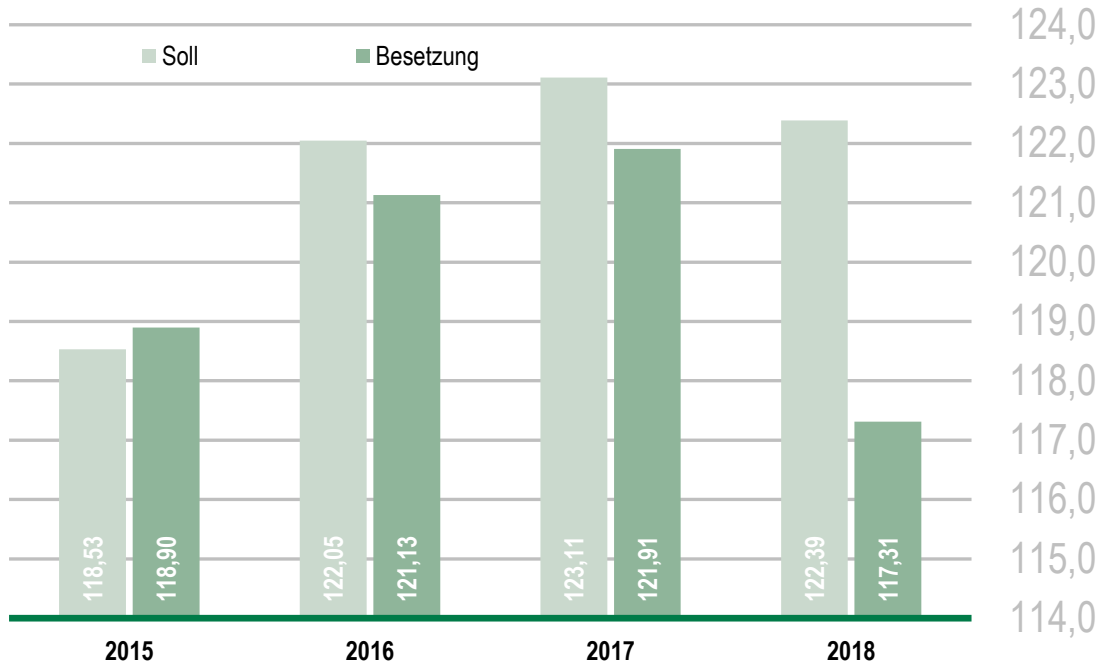
Quelle: KAGes, Stellenplan KAV ROA 2015 bis 2018, aufbereitet durch den LRH

Der Stellenplan sah im Prüfzeitraum insgesamt zwischen 43,26 und 45,33 DP vor. Ab 2016 konnten die geplanten DP (Soll) nicht besetzt werden

Im Bereich der Ärzte zeigt sich in jedem Jahr eine Unterbesetzung. Diese lag zwischen 2,20 VZÄ (2015) und 4,40 VZÄ (2016). Im Bereich der Pflege zeigt sich eine überplanmäßige Besetzung von 0,54 VZÄ (2017) bis 1,89 VZÄ (2015).

Legt man die beiden Stellenpläne übereinander, so ergibt sich für den Prüfzeitraum 2015 bis 2018, jeweils zum 31. Dezember, Folgendes:

Gesamt-Stellenplan Chir ROA 2015 - 2018



Quelle: KAGes, Stellenplan KAV ROA 2015 bis 2018, aufbereitet durch den LRH

Insgesamt waren im Prüfzeitraum für die beiden Abteilungen für Chirurgie zwischen 118,53 und 123,11 Stellen vorgesehen. In einer Gesamtbetrachtung konnten diese ab 2016 nicht mehr bedeckt werden, 2018 betrug die Lücke bereits 5,07 VZÄ. Im Detail stellt sich die Situation wie folgt dar:

	2015			2016			2017			2018		
	Soll	Bes.	Δ	Soll	Bes.	Δ	Soll	Bes.	Δ	Soll	Bes.	Δ
Ärzte	26,00	22,80	-3,20	29,00	22,60	-6,40	29,00	25,65	-3,35	29,00	20,15	-8,85
<i>dv. Primar</i>	2,00	2,00	0,00	2,00	2,00	0,00	2,00	2,00	0,00	2,00	1,00	-1,00
<i>dv. Stamm</i>	13,00	15,80	2,80	16,00	14,60	-1,40	16,00	14,65	-1,35	16,00	11,15	-4,85
<i>dv. Station</i>	4,00	2,00	-2,00	4,00	2,00	-2,00	4,00	2,00	-2,00	4,00	2,00	-2,00
<i>dv. Turnus</i>	7,00	3,00	-4,00	7,00	4,00	-3,00	7,00	7,00	0,00	6,00	5,00	-1,00
Psychologe	0,67	0,67	0,00	0,67	0,52	-0,15	0,67	0,52	-0,15	0,67	1,02	0,35
MTD	6,13	5,95	-0,18	5,63	5,95	0,32	5,63	5,90	0,27	5,63	6,28	0,65
Pflege	81,43	83,85	2,42	82,45	84,99	2,54	83,51	83,84	0,33	82,79	82,99	0,20
Vw/Kz	4,30	5,63	1,33	4,30	7,08	2,78	4,30	6,00	1,70	4,30	6,88	2,58
Summe	118,53	118,90	0,37	122,05	121,14	-0,91	123,11	121,91	-1,20	122,39	117,32	-5,07

Quelle: KAGes, Stellenplan KAV ROA 2015 bis 2018, aufbereitet durch den LRH

Der LRH stellt fest, dass sich im gesamten Prüfzeitraum stetig wachsende Unterbesetzungen im Bereich der Ärzte zeigten, die im Jahr 2018 eklatante 30,5 % betragen. Der LRH kritisiert, dass bereits seit damals Handlungsbedarf besteht.

Dem standen überplanmäßige Besetzungen in der Pflege in 2015 und 2016 sowie im Bereich Verwaltung/Kanzlei von 2016 bis 2018 gegenüber.

Der Status quo stellt sich wie folgt dar:

An der Chirurgischen Abteilung Rottenmann waren im Juli 2020 mit dem Primarius sechs (5,5 DP) Fachärzte (drei Fachärzte mit der Doppelausbildung Unfallchirurgie und Allgemeinchirurgie und drei Allgemeinchirurgen), zwei Stationsärzte, vier Assistenzärzte und ein Turnusarzt beschäftigt. Weiters konnten zwei pensionierte Fachärzte auf Konsiliar- und Werkvertragsbasis zur Aufrechterhaltung des ärztlichen Dienstbetriebes verpflichtet werden. Diese beiden Konsiliarärzte leisten pro Monat gemeinsam zwischen fünf und neun Tag- und Nachtdienste.

Im Jahr 2020 kam es bereits zu

- einer Versetzung eines Facharztes für Allgemeinchirurgie nach Bad Aussee – Stelle vakant, und zu
- einer Kündigung eines Unfallchirurgen – Stelle vakant.

In den Monaten Juni, Juli und August 2020 konnte nur eine von fünf Turnusarztstellen besetzt werden.

Die Auswertung der KAGes zur durchschnittlichen Wochenarbeitszeit 2019 zeigt, dass im ersten und zweiten Halbjahr 2019 die 55-Stunden-Woche im Durchrechnungszeitraum von 26 Wochen eingehalten wurde. Allerdings geht daraus hervor, dass im ersten Halbjahr 75 % der Ärzte und im zweiten Halbjahr 80 % der Ärzte die ab Juni 2021 gültige 48-Stunden-Woche überschritten haben; und dies trotz der geleisteten Dienste der Konsiliarärzte.

Im Jahr 2020 wird es weitere Personalabgänge (Pensionierungen und Dienstortwechsel) von drei Fach- und zwei Assistenzärzten geben, wobei der Standort Rottenmann bis Ende 2020 mit weiteren Personalabgängen von 3,5 VZÄ zusätzlich zu den derzeit vakanten Facharztstellen rechnen muss.

Der LRH stellt fest, dass der Dienstbetrieb an der Abteilung für Chirurgie am Standort Rottenmann bis jetzt v. a. durch den Einsatz der Fachärzte und deren Bereitschaft bzw. Zustimmung zum „opt-out“ sowie durch Konsiliarverträge mit zwei pensionierten Ärzten aufrechterhalten werden konnte.

Der LRH stellt fest, dass es 2020 bereits zum Personalabgang von zwei Fachärzten kam und mit einem weiteren Personalabgang in Höhe von 3,5 VZÄ zu rechnen ist.

Der LRH stellt fest, dass im August 2020 am Standort Rottenmann fünf Turnusarztstellen vakant sind und die Aufrechterhaltung des Dienstbetriebes der Assistenzärzte im Herbst 2020 mit nur zwei Assistenzärzten nicht zu bewältigen sein wird.

Der LRH stellt fest, dass ein KA-AZG-konformer Betrieb der Abteilung für Chirurgie am Standort Rottenmann nicht mehr möglich ist und sich aufgrund der Personalabgänge im Jahr 2020 die Personalsituation im Vergleich zum Prüfzeitraum weiter massiv verschlechtern wird.

Für den Neubau am Standort Bad Aussee wurde gemäß Bescheid von 23. Mai 2013 im Rahmen der Betriebsbewilligung als Dauerauflage folgender Personalstand für den Bereich der Chirurgie erteilt: vier Fachärzte, ein Arzt in Facharztausbildung, zwei Stationsärzte und vier Turnusärzte.

Im Juli 2020 waren 2,6 Facharzt-DP besetzt, weiters sind ein Assistenzarzt und zwei Turnusärzte angestellt. Die beiden Stationsarztstellen sind bereits seit längerer Zeit vakant.

	Dauerauflage laut Betriebsbewilligungsbescheid	Ist-Stand Juli 2020
Fachärzte	4	2,6
Assistenzärzte	1	1
Turnusärzte	4	2
Stationsärzte	2	0
Summe	11	5,6

Quelle: KAGes, A8; aufbereitet durch den LRH

Der LRH stellt fest, dass die vorgeschriebene Dauerauflage zum Prüfungszeitpunkt nicht erfüllt war. Unter Berücksichtigung der KA-AZG-Novelle muss von einer noch größeren Unterbesetzung ausgegangen werden.

Zur Aufrechterhaltung des Dienstbetriebes leistet der Primar monatlich zwischen zehn und 15 Tag- und Nachtdienste. Zusätzlich leisten pensionierter Fachärzte zwischen fünf und acht Tag- und Nachtdienste. Pro Monat werden dadurch ca. 15 Nachtdienste abgedeckt.

Aus der Auswertung der KAGes betreffend das KA-AZG ergibt sich für die Fachärzte und die Assistenzärzte im ersten Halbjahr in 33,33 % eine Überschreitung der 55-Stunden-Woche, im zweiten Halbjahr eine 20%ige Überschreitung der 55 Wochenstunden, dies trotz der durch den Primar⁷ geleisteten Tag- und Nachtdienste, die in der Auswertung für das KA-AZG nicht zu berücksichtigen sind.

Im Laufe des Jahres 2020 ist mit der Pensionierung zumindest eines Facharztes zu rechnen. Weiters wird von einem Facharzt im Laufe des nächsten Jahres das Pensionsantrittsalter erreicht. Im Laufe der nächsten Monate ist mit einem weiteren Abgang einer Fachärztin zu rechnen. Somit muss mit einer Reduktion der Fachärzte von derzeit 2,6 VZÄ auf verbleibende 0,4 VZÄ gerechnet werden.

Vom Standort Bad Aussee wurde auch auf die kritischen Ausbildungsumstände (geringe Anzahl an Fachärzten, geringe Fallzahlen, geringe Komplexität der Fälle etc.) hingewiesen.

Der LRH stellt fest, dass der Dienstbetrieb an der Abteilung für Chirurgie am Standort Bad Aussee bis jetzt v. a. durch den Einsatz der Fachärzte und deren Bereitschaft bzw. Zustimmung zum „opt-out“, durch die vom Primar geleisteten Dienste sowie durch Konsiliarverträge mit pensionierten Ärzten aufrechterhalten werden konnte.

Der LRH stellt fest, dass am Standort Bad Aussee derzeit 2,6 Facharzt-DP besetzt sind und mit Ende des Jahres durch Abgänge mit verbleibenden 0,4 VZÄ gerechnet werden muss.

Der LRH stellt weiters fest, dass der Personalstand des chirurgischen Bereiches am Standort Bad Aussee nicht der Dauerauflage der Betriebsbewilligung entspricht.

Zusammenfassend für den KAV ROA stellt der LRH fest, dass

- **bei der derzeitigen Personalentwicklung bei den Ärzten zusätzlich zu den bisherigen Abgängen im Jahr 2020 bis Ende des Jahres weitere Personalabgänge in Höhe von 4,7 VZÄ folgen werden,**
- **mit dem Dienortwechsel von zwei bis drei Assistenzärzten gerechnet werden muss,**

⁷ Primarii sind gemäß § 1 Abs. 3 vom KA-AZG ausgenommen.

- **es bis jetzt unmöglich war, vakante Facharztstellen zu besetzen, weshalb der Primar gemeinsam mit pensionierten Fachärzten zur Aufrechterhaltung des Dienstbetriebes 22 bis 25 Dienste leistet, und**
- **die Auflagen der Betriebsbewilligung hinsichtlich der Personalerfordernisse nicht erfüllt werden.**

Die chirurgische Vollversorgung an den beiden Standorten des KAV ROA kann nicht mehr aufrechterhalten werden.

Ergänzend hierzu weist der LRH darauf hin, dass die Abteilung für Chirurgie im Prüfzeitraum mit stark rückläufigen Fällen (- 13,76 %) und Belagstagen (- 19,53%) sowie mit einer geringen Betten- (61,77 %) und OP-Auslastung (63,87 %) konfrontiert war. Auch die Zunahme der ambulanten Fälle (+ 1,93 %) blieb deutlich hinter der KAGes-Entwicklung (+ 20,90 %) zurück. Siehe dazu auch Kapitel 6.3 „Kennzahlen der Krankenanstalten“.

Die Verpflichtung neuer Assistenten (Fachärzte in Ausbildung) gestaltet sich im KAV ROA laut diesem beinahe als unmöglich, zumal die seit Juni 2015 geänderte Ausbildungsverordnung zwei voneinander vollkommen getrennte Ausbildungen in den Fachbereichen der „Orthopädie und Traumatologie“ und der „Allgemein- und Viszeralchirurgie“ vorsieht.

Der LRH stellt fest, dass das Führen einer fächerübergreifenden chirurgischen Abteilung der Personalrekrutierung und der Aufrechterhaltung des Dienstbetriebes nicht zuträglich ist.

Der LRH empfiehlt, umgehend die allgemein- und viszeralchirurgische Vollversorgung innerhalb der VR 62 als Übergangslösung am Standort Rottenmann zu zentralisieren.

Stellungnahme Landesrätin Dr.ⁱⁿ Juliane Bogner-Strauß:

Der GFSTMK hält fest, dass die angesprochenen Übergangslösungen für die vollstationäre Versorgung am Standort Rottenmann lediglich als zeitlich eingeschränkte Maßnahme bis zur Eröffnung der KA Ennstal angesehen wird. Die Realisierbarkeit ist sicher auch im Kontext der Vorgaben des ÖSG 2017 zu sehen und wird geprüft.

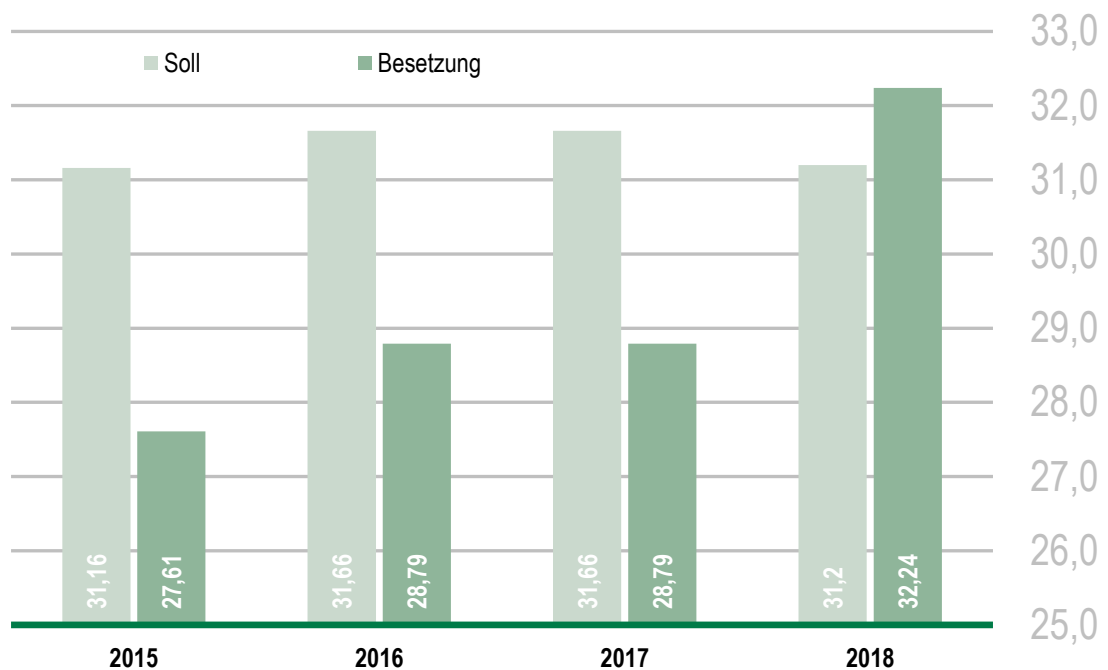
Darüber hinaus wurde bereits im Jahr 2015 im Rahmen des KAGes Projektes "MEDVISION 2030" auf die Notwendigkeit einer Zusammenführung der Krankenhausstandorte Rottenmann, Bad Aussee und Schladming zu einem zentralen Krankenhausstandort aufmerksam gemacht. Zur Entwicklung des chirurgischen Leistungsgeschehens am Standort Bad Aussee ist anzumerken, dass

- ausgelöst durch die immer schwieriger werdende ärztliche Personalsituation - im Februar 2018 Änderungen in Bezug auf das Leistungsspektrum der Abteilung getroffen wurden. Das seitdem angebotene chirurgische Leistungsspektrum umfasst risikoreduzierte akute und geplante chirurgische Eingriffe, bei denen keine postoperative intensivmedizinische Versorgung zu erwarten ist.

4.4.2 Abteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe am Standort Rottenmann

Der Gesamtstellenplan der Abteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe stellte sich im Prüfzeitraum 2015 bis 2018, jeweils zum 31. Dezember, wie folgt dar:

Stellenplan Geb-Gyn 2015 bis 2018



Quelle: KAGes, Stellenplan KAV ROA 2015 bis 2018, aufbereitet durch den LRH

Der Stellenplan sah im Prüfzeitraum insgesamt zwischen 31,16 und 31,66 DP vor. 2015 bis 2017 konnten die geplanten DP (Soll) nicht besetzt werden, 2018 gab es eine Überbesetzung.

Im Bereich der Ärzteschaft lag 2015 bis 2017 eine Unterbesetzung vor, bei den Fach- und Stationsärzten auch 2018. Dies konnte in quantitativer Hinsicht 2016 durch die Überbesetzung der Turnusarztstellen teilweise, 2018 vollständig kompensiert werden.

Auch im Bereich der Pflege waren 2015 bis 2017 Unterbesetzungen zwischen 0,83 und 1,34 VZÄ zu verzeichnen. 2018 kam es hier durch die Besetzung der vorhandenen DP zu einer Entlastung.

Die Unterbesetzung mit Fachärzten an der Abteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe war zum Zeitpunkt der Prüfung nach wie vorgegeben; 1,5 VZÄ waren hierfür ausgeschrieben. Abhilfe schafft sich der KAV ROA durch den Primar; dieser leistet nach eigenen Angaben durchschnittlich acht Dienste pro Monat an der Abteilung, um einen KA-AZG-konformen Betrieb sicherzustellen.

Ergänzend hierzu weist der LRH darauf hin, dass die Abteilung Gynäkologie und Geburtshilfe im Prüfzeitraum mit stark rückläufigen Fällen (- 14,11 %) und Belagstagen (- 8,99 %) sowie mit einer geringen Bettenauslastung (36,64 %) konfrontiert ist. Auch die Zunahme der ambulanten Fälle (+ 4,94 %) blieb deutlich hinter der KAGES-Entwicklung (+ 20,90 %) zurück. Siehe dazu auch Kapitel 6.3 „Kennzahlen der Krankenanstalten“.

Der LRH verweist in diesem Zusammenhang auch auf seine Ausführungen im Prüfbericht „Klinik Diakonissen Schladming“. Die KDS bietet lediglich eine reduzierte Grundversorgung an und konnte ab 2016 ihre DP laut DP-Plan nicht vollständig besetzen. Hinsichtlich des Betriebes einer Geburtshilfe und Gynäkologie wurde aus mehreren Gründen (Leistungszahlen, Auslastung, Qualitätssicherung, personelle Bedeckung) empfohlen, bis zur Umsetzung der geplanten KA Ennstal und der darin vorgesehenen zentralen Geburtshilfe und Gynäkologie für die VR 62, soweit möglich, alternative Versorgungsformen in Betracht zu ziehen.

Die Abteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe am Standort Rottenmann bietet trotz rückläufiger Leistungszahlen eine gynäkologisch-geburtshilfliche Vollversorgung. Derzeit ist die Anwesenheit ein Facharztes 24 Stunden sichergestellt.

Der LRH empfiehlt, die geburtshilflich-gynäkologische Versorgung in der VR 62 als Übergangslösung und bereits vor der Umsetzung des geplanten Projektes „Leitspital Region Liezen“ am Standort Rottenmann zu zentralisieren.

Stellungnahme Landesrätin Dr.ⁱⁿ Juliane Bogner-Strauß:

Der GFSTMK hält fest, dass die angesprochene Übergangslösung als mögliche zeitlich eingeschränkte Maßnahme bis zur Eröffnung der KA Ennstal für die vollstationäre Versorgung Geburtshilfe-Gynäkologie am Standort Rottenmann, vor allem auch im Kontext der Vorgaben des ÖSG 2017, zu sehen ist und verweist auf die Stellungnahme zum Prüfbericht des LRH Klinik Diakonissen Schladming, Kapitel 4.4, Seite 29:

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."

Von Seiten der KAGes wurde bereits im Jahre 2015 innerhalb des Projektes "MEDVISION 2030" auf die Notwendigkeit einer Konzentration der gynäkologisch/geburtshilflichen Angebote in der Obersteiermark mit einer Einbindung von Schladming hingewiesen.

4.5 Personalaufwand und Personalkennzahlen

Der Personalaufwand des KAV ROA stellte sich im Zeitraum 2015 bis 2019 in den Budget- und Leistungsanalysen wie folgt dar:

	2015	2016	2017	2018	2019	Δ %
Plan	- 34.926.544	- 36.912.127	- 38.227.336	- 39.817.501	- 41.823.004	19,7 %
Ist	- 34.244.170	- 35.699.647	- 37.317.065	- 38.736.940	- 40.797.470	19,1 %
Δ	682.374	1.212.480	910.271	1.080.561	1.025.534	
Δ %	- 2,0 %	- 3,3 %	- 2,4 %	- 2,7 %	- 2,5 %	

Quelle: KAGes, Budget- und Leistungsanalysen 2015 bis 2019, aufbereitet durch den LRH

Der LRH stellt fest, dass

- **der Personalaufwand von € 34,2 Mio. in 2015 um 19,1 % auf € 40,8 Mio. in 2019 stieg.** Die KAGes begründete die jährlichen Steigerungen des geplanten Personalaufwands v. a. mit kollektivvertraglichen Lohnerhöhungen, mit auf Grund von individuellen Rechtsansprüchen eintretenden dienstrechtlichen Verbesserungen, mit Erhöhungen der Höchstbemessungsgrundlage sowie mit Einzelmaßnahmen bzw. begründeten Erweiterungen des Stellenplans. Weitere

Gründe sind die Umsetzung des KA-AZG sowie die neuen Gehaltsschemata für Ärzte, Pflege und MTD-Bereich.

- **der tatsächliche Personalaufwand im Prüfzeitraum zwischen 2,0 % und 3,3 %, das sind zwischen € 0,7 Mio. und € 1,2 Mio., hinter dem geplanten Personalaufwand blieb. Die Begründung hierfür liegt darin, dass insbesondere im Vergleich zu anderen Berufsgruppen teurere Ärzte-DP nicht besetzt werden konnten (siehe Kapitel 4.3 „Personalausstattung“), aber auf Grund rechtlicher Vorgaben zur Erfüllung des KA-AZG vorzusehen waren.**

Festzuhalten ist, dass die Steigerung des Personalaufwandes bzw. der Stellen nicht mit den rückgängigen Leistungsdaten (Rückgang der stationären Fälle, Rückgang der Belagstage, Rückgang der Auslastung, Reduktion der tatsächlichen Betten) korrespondiert.

Im Folgenden werden die Daten der Budget- und Leistungsanalyse auf die beiden Standorte aufgeteilt:

	2015	2016	2017	2018	2019	Δ %
Standort Rottenmann						
Plan	-24.349.977	-25.196.617	-26.438.844	-27.978.280	-29.145.356	19,69%
Ist	-23.596.242	-24.820.649	-25.898.154	-27.241.520	-28.298.656	19,93%
Δ	753.736	375.968	540.690	736.760	846.701	
Δ %	-3,10%	-1,49%	-2,05%	-2,63%	-2,91%	
Standort Bad Aussee						
Plan	-10.444.295	-11.518.040	-11.514.393	-11.656.758	-12.040.732	15,29%
Ist	-10.500.247	-10.648.506	-11.113.212	-11.306.826	-11.712.917	11,55%
Δ	-55.952	869.534	401.181	349.932	327.815	
Δ %	0,54%	-7,55%	-3,48%	-3,00%	-2,72%	
standortübergreifender Personalaufwand						
Plan	-535.120	-278.497	-367.167	-199.237	-636.915	19,02%
Ist	-687.917	-178.912	-470.912	-403.876	-785.897	14,24%
Δ	-152.797	99.584	-103.745	-204.640	-148.982	
Δ %	28,55%	-35,76%	28,26%	102,71%	23,39%	

Quelle: KAGes, Budget- und Leistungsanalysen 2015 bis 2019, aufbereitet durch den LRH

Der LRH stellt fest, dass 69,2 % des Personalaufwandes auf den Standort Rottenmann und 29,5 % auf den Standort Bad Aussee entfallen. Die verbleibenden 1,3 % können keinem Standort direkt zugeteilt werden.

Im Wesentlichen spiegeln sich hier die Entwicklungen des gesamten KAV (Steigerung des Personalaufwandes, Unterschreitung der Plan-Budgets) wider. Die Steigerung des Personalaufwandes am Standort Bad Aussee fällt geringer aus als am Standort Rottenmann.

Im Folgenden wird ein Vergleich des Personalaufwandes je VZÄ der KAGes (gesamt) mit jenem des KAV ROA vorgenommen:

	2015	2016	2017	2018
<u>KAGes (gesamt)</u>				
Personalaufwand	- 919.782.824,94	- 939.921.366,81	- 981.401.420,42	- 1.032.616.517,81
Anzahl Mitarbeiter (VZÄ)	15.096	15.117	15.267	15.296
Pers.Aufw./VZÄ	-60.928,91	-62.176,45	-64.282,53	-67.508,93
<u>KAV Rot – Aus</u>				
Personalaufwand	-35.144.005,00	-36.597.721,00	-38.206.184,00	-39.556.789,00
Anzahl Mitarbeiter (VZÄ)	549,16	550,48	554,93	553,54
Pers.Aufw./VZÄ	-63.995,93	-66.483,29	-68.848,65	-71.461,48

Quelle: KAGes, Geschäftsberichte sowie Budget- und Leistungsanalysen 2015 bis 2018, aufbereitet durch den LRH

Der LRH stellt fest, dass im Prüfzeitraum 2015 bis 2018 der Personalaufwand je VZÄ im KAV ROA mit durchschnittlich € 67.697,34 um € 3.973,14 über jenem der gesamten KAGes von durchschnittlich € 63.724,20 lag. Die relative Steigerung im KAV ROA fiel mit + 11,7 % geringfügig stärker aus, als jene im Gesamtunternehmen mit + 10,8 %.

Dies ist für den LRH nachvollziehbar, insbesondere da am Standort Bad Aussee Mindestbesetzungen (zur Sicherstellung der Diensträder) notwendig sind und durch die Dimensionierung der Standorte im KAV ROA Größendegressionseffekte nicht erzielt werden können.

5. AUSGEWÄHLTE VERSORGUNGSBEREICHE

5.1 Versorgung von Notfällen/Notarztrettungswesen

Hinsichtlich der Versorgung von Notfällen verweist der LRH auf seinen Prüfbericht „Notärztliches Rettungswesen in der Steiermark/Notarzt-Hubschrauber-Stützpunkt St. Michael“ (BZ: LRH-100455/2018-34). Darin stellte der LRH fest, dass die Steiermark über ein flächendeckendes, rund um die Uhr einsatzbereites boden- bzw. luftgebundenes Notarztrettungswesen verfügt.

An den Standorten des KAV ROA befindet sich jeweils ein virtueller bodengebundener Notarzt-Stützpunkt:

- **Vom Standort Rottenmann wurden 2015 bis 2018 durchschnittlich 1,87 Einsätze pro Tag,**
- **vom Standort Bad Aussee 1,03 Einsätze pro Tag gefahren.**
- **Am Standort der KDS befindet sich ein weiterer Stützpunkt. Dieser führte 1,57 Einsätze pro Tag aus.**

Einsätze des luftgebundenen Notarztrettungswesens erfolgen in erster Linie von Niederöblarn aus (Notarzt-Hubschrauber Christophorus 14 und Christophorus 99) sowie seit kurzem von St. Michael (Christophorus 17).

Der LRH stellt fest, dass damit die Notfallversorgung in der VR 62 gut abgedeckt und sichergestellt ist.

Die Notärzte für das boden- und luftgebundene Notarztrettungswesen werden z. T. auch von Ärzten des KAV ROA gestellt.

Darauf hinzuweisen ist, dass der KAV ROA grundsätzlich keine Polytraumen annimmt; diese werden in der Regel in die beiden Traumazentren (LKH-Univ. Klinikum Graz sowie LKH Hochsteiermark, Standort Bruck an der Mur) transferiert.

In den Jahren 2015 bis 2019 wurden insgesamt 41 Patienten mit dem Hubschrauber in die KA am Standort Rottenmann gebracht. Am Standort Bad Aussee gab es im Prüfzeitraum keine einzige Einlieferung per Hubschrauber.

Über den Abtransport bzw. den Transfer von Patienten in andere KA mittels Hubschrauber liegen im KAV ROA keine Daten vor.

5.2 Ambulanz Innere Medizin Standort Rottenmann

Die Ambulanz der Abteilung für Innere Medizin am Standort Rottenmann war bis 2019 von Montag bis Freitag im Zeitraum von 07:00 bis 17:00 Uhr sowie samstags von 07:00 bis 12:00 Uhr von der Diplomierten Gesundheits- und Krankenpflege(person) (DGKP) besetzt. 2019 wurde unter der Woche ein DGKP-Spätendienst bis 20:00 Uhr zur Versorgung ambulanter Patienten eingeführt.

Außerhalb der Regelbetriebszeit ist die Stations-DGKP (Männer, Frauen, Sonderklasse (SKL)) sowohl für die ambulanten Akutpatienten als auch für die Patienten der Station zuständig. Auf Station verbleibt bei Abwesenheit der DGKP ein Pflegeassistent (PA).

Auf Rückfrage des LRH wird vom KAV ROA ausgeführt, dass durch diese Situation vermehrt stationäre Aufnahmen außerhalb der Regelbetriebszeit stattfinden, dies mitunter aufgrund des erforderlichen Einsatzes des medizinischen Personals sowohl für stationäre als auch für ambulante Patienten. So werden Patienten nach Durchführung der absolut notwendigen Untersuchungen und notwendiger, aber auch am nächsten Tag durchführbarer Untersuchungen, stationär aufgenommen. Eine weitere Ursache für die stationäre Aufnahme seien die mit der ambulanten Entlassung verbundenen Schreiarbeiten und die dafür fehlenden zeitlichen Ressourcen.

Die folgende Tabelle zeigt, dass es u. a. durch die Einführung des Ambulanz-Spätdienstes zu einem Rückgang der stationären Aufnahmen und zu einem Anstieg der ambulanten Patienten kam.

Aufnahmen außer d. Regelbetriebszeit	2017	2018	2019 ⁸	Ø Δ%
stationär	1.434	1.260	863	- 39,8
ambulant	461	507	648	+ 40,6

Quelle: KAGes aufbereitet durch den LRH

Der LRH stellt fest, dass

- im KAV ROA außerhalb der Regelbetriebszeit ambulant behandelbare Patienten fallweise stationär aufgenommen werden müssen,
- es im Zeitraum 2018 bis 2019 (u. a. durch die Einführung des DGKP-Spätdienstes) in der Abteilung für Innere Medizin außerhalb der Regelbetriebszeit zu einer Reduzierung der stationären Aufnahmen um 31,5 % und zu einem Anstieg der ambulanten Aufnahmen um 27,8 % kam.

⁸ Erweiterung der Regelbetriebszeit Montag bis Freitag von 07:00 bis 20:00 Uhr, sowie Samstag von 08:00 bis 12:00 Uhr

6. LEISTUNGSDATEN UND KENNZAHLEN

6.1 Überblick (2015 bis 2019)

Die Bevölkerung im Bezirk Liezen/VR 62 wuchs im Prüfzeitraum von 79.574 um 0,1 % auf 79.901 und damit deutlich schwächer als die Gesamtbevölkerung der Steiermark (+ 1,57 %). Der Anteil der Bevölkerung mit einem Alter von 65 Jahren und darüber stieg um 5,02 %, das Durchschnittsalter je stationärem Patient lag bei 65,2 Jahren.

2018 nahmen 50,5 % der in einer KA stationär aufgenommenen Patienten aus der VR 62 stationäre Leistungen in der eigenen VR – also an den Standorten des KAV ROA und der KDS – in Anspruch.

2019 waren 225 Betten sanitätsbehördlich genehmigt, tatsächlich hatte der KAV ROA 218 Betten aufgestellt. Die stationären Fälle sanken von 10.817 in 2015 um 6,6 % auf 10.104 in 2019, die Belagstage von 56.955 um 6,5 % auf 53.238. Die durchschnittliche Belagsdauer sank im o. a. Zeitraum um 0,2 % auf 5,26 Tage und lag 2019 unter dem KAGES-Durchschnitt von 5,80 Tagen.

Die Bettenauslastung des KAV ROA lag 2019 mit 66,85 % deutlich unter der Soll-Auslastung von 85 % und jener der gesamten KAGES mit 73,82 %. Auch die OP-Auslastung blieb mit 63,87 % weit hinter dem KAGES-Gesamtwert von 93,13 % zurück.

Die Kosten je Patient lagen 2019 im KAV ROA mit € 3.915,73 über dem KAGES-Durchschnitt von € 3.782,76. Dasselbe gilt für die Kosten je Belagstag.

Auch die Entwicklung der ambulanten Patienten des KAV ROA (+ 6,9 % im Prüfzeitraum) blieb weit hinter jener der gesamten KAGES (+ 20,9 %) zurück.

Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierungs-Punkte (LKF-Punkte) pro Fall und die Anzahl der erbrachten medizinischen Einzelleistungen (MEL) weisen auf eine vergleichsweise niedrige Fallkomplexität hin.

Zusammenfassend zeigen sich für den KAV ROA insgesamt stagnierende bis rückläufige Leistungsdaten, eine geringe Auslastung, eine geringe Fallkomplexität sowie hohe Kosten.

6.2 Bevölkerungsentwicklung und -struktur in der VR 62

Bevölkerung	2015	2016	2017	2018	2019	Δ %
Bezirk Liezen (VR 62)	79.574	79.860	80.011	80.082	79.901	0,09
Steiermark gesamt	1.225.187	1.235.582	1.238.067	1.241.228	1.244.474	1,57
Österreich gesamt	8.629.519	8.739.806	8.795.073	8.837.707	8.858.775	2,66

Quelle: Statistik Austria, aufbereitet durch den LRH

Die von der Statistik Austria sowie von der Landesstatistik Steiermark veröffentlichten Zahlen betreffend die Bevölkerungsentwicklung zeigen, dass sich die Bevölkerung in der Steiermark im Zeitraum 2015 bis 2019 mit einem Plus von 1,57 %, insbesondere in der VR 62 mit einem Plus von 0,09 %, geringer entwickelte als österreichweit mit einem Plus von 2,66 %.

Altersstruktur	2015	2016	2017	2018	2019	Δ %
Bezirk Liezen (VR 62)	79.574	79.860	80.011	80.082	79.901	0,09
0 bis 19 Jahre	14.960	15.014	14.882	14.735	14.542	-2,79
20 bis 64 Jahre	47.267	47.197	47.287	47.248	47.142	-0,27
65 Jahre und älter	17.347	17.649	17.842	18.099	18.217	5,02
Steiermark gesamt	1.225.187	1.235.582	1.238.067	1.241.228	1.244.474	1,57
0 bis 19 Jahre	225.009	227.057	225.779	225.149	224.645	-0,16
20 bis 64 Jahre	758.428	763.626	764.884	765.780	766.095	1,01
65 Jahre und älter	241.750	244.899	247.404	250.299	253.734	4,96
Österreich gesamt	8.629.519	8.739.806	8.795.073	8.837.707	8.858.775	2,66
0 bis 19 Jahre	1.692.442	1.714.400	1.717.052	1.717.385	1.717.696	1,49
20 bis 64 Jahre	5.342.640	5.408.975	5.442.187	5.462.438	5.472.520	2,43
65 Jahre und älter	1.594.437	1.616.431	1.635.834	1.657.884	1.668.559	4,65

Quelle: Statistik Austria, aufbereitet durch den LRH

Die Zahlen betreffend die Bevölkerungsstruktur bezogen auf das Alter zeigen, dass der Anteil der Bevölkerung mit einem Alter von 65 Jahren und darüber im Bezirk Liezen (VR 62) im Jahr 2019 mit 22,8 % höher war als jener des Landes Steiermark mit 20,4 % und jener in Österreich gesamt mit 18,8 %.

Das durchschnittliche Alter je Fall über den Zeitraum 2015 bis 2018⁹ ergibt sich wie folgt:

	Φ-Alter je Patient/Fall 2015 - 2018	Δ %
KAV ROA	65,2	2,33
Chirurgie	59,0	2,22
Innere Medizin	68,9	1,31
Steiermark gesamt	65,4	1,38
Chirurgie	58,7	0,17
Innere Medizin	68,7	1,61
Österreich gesamt	64,8	1,40
Chirurgie	57,8	0,69
Innere Medizin	67,5	1,94

Quelle: Gesundheitsfonds Steiermark, aufbereitet durch den LRH

Dabei stellt der LRH fest, dass das durchschnittliche Alter je Fall im KAV ROA mit 65,2 Jahren geringfügig unter dem Wert der gesamten Steiermark mit 65,4 Jahren lag und über dem österreichweiten Durchschnitt von 64,8 Jahren.

Bezogen auf den Vergleichszeitraum gab es bei den Patienten des KAV ROA jedoch einen höheren Anstieg des durchschnittlichen Alters mit 2,33 %.

Der Gesundheitsfonds Steiermark teilte mit, dass für die Erstellung des RSG-St 2025 sämtliche Daten des gesamten Bundesgebietes auf Einzelfallebene vorlagen und berücksichtigt wurden.

Aus Sicht der KAGes erweist sich die geringe Bevölkerungsdichte in Verbindung mit großen räumlichen Distanzen für die Versorgungsplanung als problematisch. Außerdem sind laut KAGes die Planungsvorgaben des ÖSG betreffend Erreichbarkeitsgrenzen und Mindestabteilungsgrößen in mehreren Fachabteilungen nicht einzuhalten.

Der LRH stellt fest, dass die Bevölkerungsentwicklung in der VR 62 über den Zeitraum der Jahre 2015 bis 2019 stagnierte und das Durchschnittsalter der zu versorgenden Patienten in den Fachbereichen Chirurgie und Innere Medizin über die Werte der Landes- sowie Bundesebene stieg.

⁹ Auswertungen betreffend das Jahr 2019 lagen zum Zeitpunkt der Anfragebeantwortung durch den Gesundheitsfonds im Mai 2020 noch nicht vor.

6.3 Patientenströme in der VR 62

Die Siedlungsstruktur mit längeren Verkehrswegen und Versorgungsbeziehungen zu den benachbarten Bundesländern fanden bei der Planung der Versorgung der VR 62 im RSG-St 2025 laut Gesundheitsfonds Steiermark besondere Beachtung.

Die Inanspruchnahme von stationären Leistungen durch die Einwohner der VR 62 in KA im Zeitraum 2015 bis 2018¹⁰ stellte sich wie folgt dar:

stationäre Patienten ¹¹ (aus der VR 62)	2015	2016	2017	2018	Δ %
in der VR 62:	14.694	15.323	14.589	14.244	-3,06
KAV ROA	9.479	9.856	9.516	9.126	-3,72
KDS	5.121	5.363	4.960	5.025	-1,87
in der Stmk.:	20.403	21.156	20.462	19.840	-2,76
LKH Hochsteiermark	2.955	3.128	3.230	3.172	7,34
LKH-Univ. Klinikum Graz	891	951	912	802	-9,99
sonstige	1.957	1.858	1.844	1.715	-12,37
in Oberösterreich:	3.370	3.406	3.601	3.577	6,14
Salzkammergut Klinikum	1.139	1.161	1.272	1.263	10,89
Klinikum Wels-Grieskirchen	966	1068	1170	1203	24,53
in Salzburg:	4.014	4.076	4.031	3.608	-10,11
Universitätsklinikum Salzburg	2.087	1.970	1.939	1.540	-26,21
Krd. Schwarzenberg Klinikum	1.535	1.693	1.683	1.591	3,65
gesamt	29.078	29.853	29.290	28.188	-3,06

Quelle: Gesundheitsfonds Steiermark, aufbereitet durch den LRH

Der LRH stellt betreffend die Patientenströme in der VR 62 (in Bezug auf die Steiermark, Salzburg und Oberösterreich) fest, dass im Jahr 2018 50,5 % der betroffenen Patienten (14.244 von 28.188) stationäre Leistungen in der eigenen VR in Anspruch nahmen. Innerhalb der Steiermark waren es 70,4 % (19.840 von 28.188). 12,7 % wichen nach Oberösterreich und 12,8 % nach Salzburg aus.

¹⁰ Auswertungen betreffend das Jahr 2019 lagen zum Zeitpunkt der Anfragebeantwortung durch den Gesundheitsfonds im Mai 2020 noch nicht vor.

¹¹ Die Differenz zu den einzelnen Summenwerten ergibt sich aus der Darstellung der jeweils zwei am stärksten in Anspruch genommenen KA. Die VR 62 beinhaltet auch Patienten der Sonderkrankenanstalt Rehabilitationszentrum Bad Aussee.

Die folgende Tabelle zeigt die Anzahl der Patienten aus anderen VR bzw. aus dem Ausland, die im Zeitraum 2015 bis 2018 stationäre Leistungen in der VR 62 in Anspruch nahmen¹²:

Stationäre Patienten	2015	2016	2017	2018	Δ %
KAV ROA	10.815	11.199	10.960	10.543	-2,52
davon aus anderen VR	1.177	1.157	1.238	1.226	4,16
davon aus dem Ausland	159	186	206	191	20,13
KDS	7.336	7.683	7.139	7.209	-3,46
davon aus anderen VR	1.492	1.501	1.415	1.350	-9,52
davon aus dem Ausland	723	820	764	834	15,35
gesamt	18.151	18.882	18.099	17.752	-2,20

Quelle: Gesundheitsfonds Steiermark, aufbereitet durch den LRH

Im Jahr 2018 betrug der Anteil jener Patienten, die aus anderen VR bzw. dem Ausland im KAV ROA stationäre medizinische Leistungen in Anspruch nahmen, 13,44 % der gesamten stationären Patienten.

Vergleichsweise dazu betrug der Anteil jener Patienten, die aus anderen VR bzw. dem Ausland in der KDS stationäre medizinische Leistungen in Anspruch nahmen, 30,30 % der gesamten stationären Patienten.

Folgend stellt der LRH die Wegzeiten betreffend die KA in der VR 62 zu anderen KA im Umfeld in Beziehung:

Krankenanstalt	Fahrdauer in Stunden Startpunkt			
	Liezen	Schladming	Rottenmann	Bad Aussee
KA Ennstal	0:13	0:34	0:23	0:27
LKH Hochsteiermark, Standort Leoben	0:52	1:34	0:47	1:29
LKH-Univ. Klinikum Graz	1:26	2:11	1:23	2:04
Salzkammergut Klinikum, Standort Bad Ischl	1:01	1:18	1:11	0:27
Linz Kepler Universitätsklinikum	1:16	2:04	1:17	1:39
LKH Salzburg, Universitätsklinikum der PMU	1:47	1:15	1:50	1:18
Kardinal Schwarzenberg Klinikum	1:30	0:51	1:39	1:39

Quelle: Google Maps, aufbereitet durch den LRH

¹² Auswertungen betreffend das Jahr 2019 lagen zum Zeitpunkt der Anfragebeantwortung durch den Gesundheitsfonds im Mai 2020 noch nicht vor.

Der LRH empfiehlt dem Gesundheitsfonds Steiermark, bei der Planung der stationären Standardversorgung insbesondere die bundeslandüberschreitenden Patientenströme zu analysieren und zu berücksichtigen sowie diese bundeslandübergreifend abzustimmen; dies nicht zuletzt wegen der Wegzeiten der Patienten der VR 62 zu den KA.

Eine Analyse, in welchem Ausmaß Patientenströme durch die Errichtung der KA Ennstal wieder in die VR 62 umgelenkt werden sollen und können, liegt dem LRH nicht vor.

Im Hinblick auf die Dimensionierung der KA Ennstal sollte bei der Bedarfsermittlung auch auf die tatsächliche Inanspruchnahme medizinischer Versorgungsleistungen durch die Patienten in anderen VR in der Vergangenheit Bedacht genommen werden.

Stellungnahme Landesrätin Dr.ⁱⁿ Juliane Bogner-Strauß:

Der GFSTMK verweist an dieser Stelle zuerst auf die umfassende Planungsmethodik des RSG-St. Der vorliegende RSG-St 2025 wurde unter Berücksichtigung der allgemeinen Planungsgrundsätze des beschlossenen ÖSG 2017 erarbeitet. Insbesondere wurden Verlagerungspotenziale im Sinne einer integrierten Gesundheitsstrukturplanung und der Ausgleich von Über-, Unter- und Fehlversorgung beachtet.

Die Detailplanungen basieren im ersten Schritt auf einer umfassenden Analyse des Leistungsgeschehens. Sie werden in der Folge durch demografische Entwicklungsprognosen, idealtypische Anpassungsprozesse in Bezug auf beschreibende Indikatoren zu Inanspruchnahme sowie Leistungsangebot und die Weiterentwicklungsschritte für das gesamte Gesundheitssystem unter Berücksichtigung der Zielvorstellungen sowie Planungsgrundlagen erweitert. Dabei stehen klare Festlegungen zu Versorgungsaufträgen (Leistungsangebotsplanung) von Akut-Krankenanstalten im Fokus der Planungsprozesse. Eine weitere Ausdifferenzierung von inhaltlichen Angeboten und eine verbesserte Abstimmung des Leistungsgeschehens zwischen räumlich nahen Standorten dient einer effizienten Angebotsgestaltung. Zudem wurde die Forderung der tagesklinischen und ambulanten Angebote zur Entlastung des akutstationären Sektors angestrebt sowie eine Optimierung der überregionalen und Bundesländergrenzen überschreitenden Abstimmung vorhandener Strukturen und Versorgungsangebote.

Zudem wurden alle stationären Aufenthalte von Steirerinnen und Steirern in Akut-Krankenanstalten außerhalb der Steiermark in die Planung miteinbezogen, um die Versorgungswirksamkeit aller Einrichtungen des akutstationären Bereichs zu

berücksichtigen. Weiter werden u. a. Verkehrswege und Bevölkerungscharakteristika (z. B. dünnbesiedelte Gebiete, Altersstrukturen) ebenso berücksichtigt, wie Inanspruchnahmeverhalten, sinnvolle Fachkombinationen und Strukturgrößen in einzelnen Krankenhäusern. Die Betrachtung des aktuellen fachärztlichen Versorgungsgeschehens (Inanspruchnahme) enthält auch das Auspendelverhalten, aus der eigenen VR und aus der Steiermark (regionale und überregionale Patientinnen- und Patientenstromanalyse).

6.4 Kennzahlen zur Leistungserbringung des KAV ROA

6.4.1 Tatsächlich aufgestellte Betten/systemisierte Betten

Die Anzahl der tatsächlich aufgestellten Betten sowie der systemisierten Betten¹³ stellte sich im Zeitraum 2015 bis 2019 wie folgt dar:

	2015		2016		2017		2018		2019		Δ %	
	tat.	syst.	tat.	syst.	tat.	syst.	tat.	syst.	tat.	syst.	tat.	syst.
KAV ROA	222	227	213	213	222	225	221	225	218	225	-1,80	-0,88
Rottenmann	172	177	163	163	172	175	171	175	171	175	-0,58	-1,13
Bad Aussee	50	50	50	50	50	50	50	50	47	50	-6,0	0,0
KAGes gesamt	5.428	5.567	5.362	5.516	5.342	5.496	5.301	5.502	5.214	5.342	-3,94	-4,04
Ö gesamt²¹⁴	65.138	67.430	64.838	67.196	64.805	67.212	64.285	67.000	k. a.¹⁵	k. a.	-1,31	-0,64

Quelle: KAGes, aufbereitet durch den LRH

Die Schwankungen betreffend die Anzahl der systemisierten bzw. tatsächlich aufgestellten Betten im Jahr 2016 konnte sich die KAGes aus ihren Systemauswertungen nicht erklären. Tatsächlich gab es laut KAV ROA am Standort Rottenmann im Prüfzeitraum eine nahezu konstante Bettenanzahl.

Die Anzahl der systemisierten Betten im Prüfzeitraum 2015 bis 2019 reduzierte sich im KAV ROA um 0,88 %.

Die Anzahl der tatsächlich aufgestellten Betten reduzierte sich im KAV ROA um 1,8 %. Dieser Wert lag geringfügig höher als im gesamten Bundesgebiet (- 1,31 %).

¹³ Betten allgemeine und Sonderklasse per 31. Dezember

¹⁴ alle KA

¹⁵ Zahlen für 2019 zum Zeitpunkt der Berichtsverfassung noch nicht vorhanden

Im Hinblick auf das Leistungsspektrum des KAV ROA zeigte sich folgendes Bild:

		2015		2016		2017		2018		2019	
		R	BA	R	BA	R	BA	R	BA	R	BA
CHIR ¹⁶	syst.	47	18	45	18	45	18	45	18	45	18
	Σ	65		63		63		63		63	
	tats.	46	18	45	18	45	18	44	18	44	18
	Σ	64		63		63		62		62	
ANAE ¹⁷	syst.	5	1	5	1	5	1	5	1	5	1
	Σ	6		6		6		6		6	
	tats.	5	1	5	1	5	1	5	1	5	1
	Σ	6		6		6		6		6	
MED ¹⁸	syst.	113	31	101	31	113	31	113	31	113	31
	Σ	144		132		144		144		144	
	tats.	109	31	101	31	111	31	110	31	110	28
	Σ	140		132		142		141		138	
GYN-GEB ¹⁹	syst.	12	-	12	-	12	-	12	-	12	-
	tats.	12	-	12	-	12	-	12	-	12	-

Quelle: KAGes, aufbereitet durch den LRH

Im Jahr 2014 belief sich die Anzahl der tatsächlich aufgestellten Betten im KAV ROA auf 224. Tatsächlich standen im Jahr 2019 in Rottenmann 171 Betten und in Bad Aussee 47 Betten, insgesamt somit 218 Betten zur Verfügung.

6.4.2 Stationäre Patienten/Aufnahmen

Die Anzahl der stationären Patienten bzw. Aufnahmen stellte sich im Zeitraum 2015 bis 2019 wie folgt dar:

	2015	2016	2017	2018	2019	Δ %
KAV ROA	10.817	11.190	10.996	10.528	10.104	-6,59
Rottenmann	6.502	6.695	6.356	6.150	6.094	-6,27
Bad Aussee	2.945	3.158	3.192	2.963	2.760	-6,28
KAGes gesamt	260.897	266.061	259.641	252.691	244.328	-6,35

Quelle: KAGes, aufbereitet durch den LRH

¹⁶ Abteilung für Chirurgie/Tumorchirurgie und Unfallchirurgie

¹⁷ Abteilung für Anästhesiologie und Intensivmedizin

¹⁸ Abteilung für Innere Medizin

¹⁹ Abteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe

Die stationären Aufnahmen waren im KAV ROA mit 6,59 % bzw. innerhalb der KAGes mit 6,35 % rückläufig.

In Hinblick auf das Leistungsspektrum zeigt sich folgendes Bild:

	2015		2016		2017		2018		2019		Δ %	
	R	BA	R	BA	R	BA	R	BA	R	BA	R	BA
CHIR ²⁰	2.682	1.322	2.653	1.372	2.372	1.491	2.424	1.217	2.253	1.200	-16,0	-9,2
MED	3.963	2.158	4.128	2.339	4.086	2.391	3.849	2.367	3.917	2.117	-1,2	-1,9
GYN-GEB	659	-	657	-	605	-	629	-	566	-	-14,1	-

Quelle: KAGes, aufbereitet durch den LRH

Die stationären Aufnahmen in der Abteilung für Chirurgie gingen im Betrachtungszeitraum sowohl in Rottenmann mit 16 % als auch in Bad Aussee mit 9,2 % zurück.

In der Abteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe gingen die Aufnahmen im selben Zeitraum um 14,1 % zurück.

Relativ konstant verhielten sich Aufnahmen der Abteilung für Innere Medizin mit einer Reduktion von 1,2 % in Rottenmann und von 1,9 % in Bad Aussee.

6.4.3 Belagstage

	2015	2016	2017	2018	2019	Δ %
KAV ROA	56.955	57.568	55.656	54.671	53.238	-6,53
Rottenmann	41.949	42.639	40.344	40.145	39.404	-6,07
Bad Aussee	15.006	14.929	15.312	14.526	13.834	-7,81
KAGes gesamt	1.449.770	1.463.809	1.443.276	1.427.316	1.416.239	-2,31

Quelle: KAGes, aufbereitet durch den LRH

Die Anzahl der Belagstage²¹ sank im Betrachtungszeitraum der Jahre 2015 bis 2019 im KAV ROA um 6,53 %, innerhalb der KAGes-KA im selben Zeitraum um 2,31 %.

Die KAGes gab bekannt, dass die Belagstage in den jährlichen Wirtschaftsplänen als Kennzahl Niederschlag fanden, jedoch versorgungsrelevante Aspekte bei der Bewertung im Vordergrund standen.

²⁰ 2018, 2019 inkl. Orthopädie und Traumatologie

²¹ Summe der Mitternachtsstände

Bezogen auf das Leistungsspektrum zeigte sich folgendes Bild:

	2015		2016		2017		2018		2019		Δ %	
	R	BA	R	BA	R	BA	R	BA	R	BA	R	BA
CHIR ²²	14.359	5.446	13.087	5.108	11.998	5.415	13.000	4.554	10.945	4.992	-23,78	-8,34
MED	25.809	9.560	27.652	9.820	26.544	9.892	25.139	9.972	26.736	8.835	3,59	-7,58
ohne REM	19.342	9.560	20.792	9.820	18.975	9.892	18.249	9.972	19.463	8.835	0,63	-7,58
GEB GYN	1.768	-	1.805	-	1.735	-	1.857	-	1.609	-	-8,99	-

Quelle: KAGes, aufbereitet durch den LRH

Die Belagstage in der Abteilung für Chirurgie sanken im Zeitraum 2015 bis 2019 in Rottenmann um 23,78 % sowie in Bad Aussee um 8,34 %.

Ebenso sank die Anzahl der Belagstage in der Abteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe um 8,99 % sowie in der Abteilung für Innere Medizin in Bad Aussee um 7,58 %.

In der Abteilung für Innere Medizin in Rottenmann stieg die Anzahl der Belagstage im gleichen Zeitraum um 3,59 %, wobei der Anstieg hauptsächlich der AG-REM zuzurechnen war.

Der LRH überprüfte stichprobenartig die von der KAGes übermittelte Übersicht über die Sperrtage 2015 bis 2019 und stellt Folgendes fest:

- **In Rottenmann kam es jährlich infolge der geringen Belegung zu ausgedehnten Bettensperren im Sommer und um die Weihnachtsfeiertage. Im Jahr 2018 waren laut KAGes z. B. 18 Betten über einen Zeitraum von 161 Tagen gesperrt. Dies entspricht einer Sperre von 2.898 Belagstagen bzw. von acht Betten.**
- **Weiters kommt es zu Akutsperrern von Betten auf Grund von Personalausfällen.**
- **Die Sperre der Chirurgisch-Gynäkologischen Tagesklinik auf Grund von Personalausfällen wurde nicht ausgewiesen.**

6.4.4 Durchschnittliche Belagsdauer

Die durchschnittliche Belagsdauer blieb im KAV ROA im Betrachtungszeitraum (2015 bis 2019) mit zuletzt 5,26 Tagen nahezu konstant. Im Vergleich dazu stieg sie in den KAGes-Spitälern um 4,32 % auf 5,80 Tage an.

²² 2018, 2019 inkl. Orthopädie und Traumatologie

Der LRH stellt fest, dass die durchschnittliche Belagsdauer im KAV ROA im Jahr 2019 mit 5,26 Tagen 10,3 % unter dem KAGes-Durchschnitt lag.

Der LRH verweist in diesem Zusammenhang auf das Ausmaß der durchschnittlich erbrachten MEL, welches um 26,56 % unter dem Durchschnitt der KAGes lag (siehe 6.4.9 „LKF-Punkte und MEL“).

Daher empfiehlt der LRH der KAGes zu analysieren, ob die Belagsdauer im Wirkungsbereich des KAV ROA gesenkt werden könnte, da bei Patienten, für deren Behandlung deutlich weniger medizinische Leistungen dokumentiert sind, ein beinahe gleich langer Aufenthalt zu verzeichnen ist.

Stellungnahme Landesrätin Dr.ⁱⁿ Juliane Bogner-Strauß:

In der KAGes wird seit der entsprechenden Umstellung des LKF-Modells eine Leistungsverschiebung vom stationären in den ambulanten Bereich forciert. Diese Leistungsverschiebung wird zukünftig jedoch eine Verlängerung der Belagsdauer nach sich ziehen, da lediglich die komplexeren Fälle im vollstationären Bereich verbleiben. Gleichzeitig steigt das Durchschnittsalter der Bevölkerung in der VR 62 im bundesweiten Vergleich überdurchschnittlich stark, wodurch auch der Anteil älterer Patientinnen und Patienten weiter zunehmen wird. Dadurch wird es zu einer stärkeren akuten Inanspruchnahme durch gebrechliche Personen kommen, welche einer vergleichsweise längeren intramuralen Versorgung bedürfen.

Die KAGes wird die Empfehlung zu einer Analyse aufnehmen, wenngleich darauf hingewiesen werden muss, dass die durchschnittliche Belagsdauer auf Verbundebene von vielen Faktoren beeinflusst wird und in LKH mit einem großen konservativen Fachbereich (insbesondere mit AG/R) die (Anzahl der) medizinischen Einzelleistungen eine untergeordnete Rolle spielt bzw. spielen. Letztere wären wiederum nach Art der Einzelleistungen und dem Dokumentationsverhalten eigens zu bewerten. Jedenfalls zeigen sich nach ersten Belagsdauer-Vergleichen mit Abteilungen ähnlicher Struktur sowie Patientinnen- und Patientenmix wie am Standort Rottenmann (z. B. Innere Medizin LKH Mürzzuschlag und am Standort Voitsberg) ähnliche Werte.

Auf Abteilungsebene zeigt sich folgendes Bild:

	2015		2016		2017		2018		2019		Δ %	
	R	BA	R	BA	R	BA	R	BA	R	BA	R	BA
CHIR ²³	5,24	4,10	4,85	3,72	4,92	3,63	3,74	3,94	4,88	4,05	-6,87	-1,22
MED	6,59	4,43	6,71	4,20	6,59	4,15	6,58	4,22	6,82	4,17	3,49	-5,87
ohne REM	5,35	4,43	5,46	4,20	5,15	4,15	5,21	4,22	5,44	4,17	1,68	-
GEB GYN	2,66	-	2,76	-	2,89	-	2,88	-	2,84	-	6,77	-

Quelle: KAGes, aufbereitet durch den LRH

Im Rahmen der erwünschten Leistungsverschiebung vom stationären in den ambulanten Bereich sei laut KAGes künftig mit einem Anstieg der Belagsdauer zu rechnen, da auch die Komplexität der stationären Fälle zunehmen würde.

Einen Anstieg der durchschnittlichen Belagsdauer gab es in der Abteilung für Innere Medizin in Rottenmann, welcher sich u. a. mit dem Wirkungsbereich der AG-REM begründete.

6.4.5 Auslastung

	2015	2016	2017	2018	2019	Δ %
KAV ROA	70,11	73,67	68,91	67,57	66,85	-3,85
Rottenmann	66,84	71,16	66,05	64,72	63,29	-3,55
Bad Aussee	81,38	81,87	83,24	79,52	79,69	-1,69
KAGes gesamt	74,13	74,10	73,40	73,08	73,82	0,31

Quelle: KAGes, aufbereitet durch den LRH

Laut KAGes wird in den Planungen von einer Soll-Auslastung von 85 % ausgegangen. Der Soll-Personalstand im KAV ROA resultiert aus dem Dienstbetrieb und den dafür notwendigen Journaldiensten sowie aus dem Leistungsspektrum des jeweiligen Standortes und der Gewährleistung der Patientensicherheit.

Die Auslastung im KAV ROA verringerte sich im Zeitraum der Jahre 2015 bis 2019 um 3,26 Prozentpunkte auf 66,85 %. Im Jahr 2019 war die Auslastung somit um 6,97 Prozentpunkte geringer als im Durchschnitt der KAGes.

²³ 2018, 2019 inkl. Orthopädie und Traumatologie

Auf Abteilungsebene zeigt sich folgendes Bild:

	2015		2016		2017		2018		2019		Δ %	
	R	BA	R	BA	R	BA	R	BA	R	BA	R	BA
CHIR ²⁴	66,24	77,14	61,78	74,41	60,53	76,76	62,77	64,55	57,69	71,67	-8,55	-5,47
ANAE	63,34	43,29	57,05	43,44	63,23	61,92	67,51	44,11	46,25	43,84	-17,09	0,55
MED	70,22	85,06	79,60	87,44	69,17	87,69	66,93	89,35	69,20	86,05	-1,02	0,99
ohne REM	64,26	85,06	76,03	87,44	63,17	87,69	60,54	89,35	63,71	86,05	-0,91	-
GEB GYN	39,84	-	40,96	-	39,74	-	41,21	-	36,64	-	-3,2	-
Tagesklinik	15,00	-	18,31	-	16,44	-	15,25	-	12,15	-	-2,85	-

Quelle: KAGes, aufbereitet durch den LRH

Eine Analyse der Auslastung der Abteilungen über den Zeitraum der Jahre 2015 bis 2019 zeigt am Standort Rottenmann eine Reduktion in allen Fachbereichen und in Bad Aussee insbesondere in der Abteilung für Chirurgie.

Die Abteilung Chirurgie des KAV ROA weist folgende Auslastung auf:

	2015	2016	2017	2018	2019	Δ %
KAV ROA	69,30	65,57	65,18	63,29	61,77	-7,53
Rottenmann	66,24	61,78	60,53	62,77	57,69	-8,55
Bad Aussee	77,14	74,41	76,76	64,55	71,67	-5,47
LKH Südstmk. (Wagna)	82,20	85,60	63,39	61,23	82,41	0,21
LKH Hartberg	65,69	67,04	65,41	69,36	64,96	0,73
KAGes	71,32	70,82	69,88	70,06	68,36	-2,96

Quelle: KAGes, aufbereitet durch den LRH

Die Auslastung der Abteilung für Chirurgie betrug zuletzt im Jahr 2019 61,77 % und lag 6,59 Prozentpunkte unter dem Schnitt der KA der KAGes. Die Auslastung am Standort Rottenmann lag bei 57,69 %, in Bad Aussee bei 71,67 %.

Der LRH verweist auf seine Feststellungen und wiederholt seine Empfehlung im Kapitel 4.4.1 „Abteilung für Chirurgie“, umgehend die allgemein- und viszeralchirurgische Vollversorgung innerhalb der VR 62 als Übergangslösung am Standort Rottenmann zu zentralisieren.

²⁴ 2018, 2019 inkl. Orthopädie und Traumatologie

6.4.6 OP-Auslastung

	2015 ¹	2016 ¹	2017	2018	2019	Δ %
KAV ROA	-	-	65,25	64,37	63,87	-1,38
Rottenmann	-	-	59,37	60,67	60,60	1,23
Bad Aussee	-	-	80,72	75,27	72,79	-7,93
LKH Südstmk. (Wagna)	-	-	87,31	91,84	91,90	4,59
LKH Hartberg	-	-	81,10	81,30	76,48	-4,62
KAGes gesamt	-	-	91,16	92,47	93,13	1,97

Quelle: KAGes, aufbereitet durch den LRH

¹Für 2015 u. 2016 sind keine Daten im System verfügbar.

Die OP-Auslastung im KAV ROA lag im Jahr 2019 mit 63,87 % um 29,26 Prozentpunkte unter dem Durchschnittswert der KAGes. Laut KAGes kooperieren andere KA (z. B. LKH Weiz mit der Orthopädie des Univ.-Klinikum Graz) miteinander, um die OP-Auslastung zu verbessern.

Der LRH verweist explizit auf die geringe Auslastung der Operationssäle des KAV ROA. Eine Kooperation mit dem LKH Stolzalpe (vor Beginn des Prüfzeitraums) wurde eingestellt.

6.4.7 Kosten je Patient bzw. je Belagstag

Die durchschnittlichen Kosten je stationärem Patienten an einer Abteilung für Chirurgie betragen im Prüfzeitraum:

	2015	2016	2017	2018	2019	Δ %
KAV ROA	3.073,73	3.044,15	3.318,59	3.622,49	3.915,73	27,39
Rottenmann	2.611,43	2.549,76	2.969,91	3.118,85	3.257,61	24,74
Bad Aussee	4.038,52	3.992,88	3.879,98	4.658,08	5.201,61	28,80
LKH Südstmk. (Wagna)	2.744,26	2.606,45	3.165,22	3.261,73	3.397,62	23,81
LKH Hartberg	2.712,90	2.746,99	2.861,59	2.900,88	3.470,42	27,92
KAGes gesamt	3.144,86	3.223,11	3.351,29	3.537,95	3.782,76	20,28
Österreich gesamt	3.371,36	3.418,91	3.555,31	3.731,08	k. A.	10,67²⁵

Quelle: KAGes, aufbereitet durch den LRH

Die Kosten je Patienten erhöhten sich laut KAGes-interner Kostendokumentation in den Abteilungen für Chirurgie des KAV ROA im Zeitraum 2015 bis 2019 um 27,39 % auf € 3.916,--, während sie im KAGes-weiten Vergleich um 20,28 % auf € 3.783,-- stiegen.

²⁵ Veränderung 2015 bis 2018

Am Standort Bad Aussee erhöhten sich die Kosten im selben Zeitraum um 28,80 % auf € 5.202,--.

Der LRH stellt fest, dass die Kosten je stationärem Aufenthalt (Patient) im KAV ROA überdurchschnittlich stiegen, insbesondere in Bad Aussee, wo sie zuletzt im Jahr 2019 um 27,28 % über dem Durchschnittswert der KAGes lagen. Dem standen im Jahr 2019 um rund 27 % weniger MEL je stationärem Aufenthalt (siehe Kapitel 6.4.9 „LKF-Punkte und MEL“) gegenüber als dies im KAGes-Durchschnitt der Fall war.

Die durchschnittlichen Kosten je Belagstag an einer Abteilung für Chirurgie betragen im Prüfzeitraum:

	2015	2016	2017	2018	2019	Δ %
KAV ROA	833,53	857,88	911,03	994,81	1.046,13	25,51
Rottenmann	695,91	699,46	759,43	820,36	870,68	25,11
Bad Aussee	1.136,90	1.187,42	1.208,27	1.406,65	1.388,50	22,13
LKH Südstmk. (Wagna)	703,52	694,61	790,89	881,27	902,44	28,27
LKH Hartberg	781,97	759,64	806,36	796,17	850,63	8,78
KAGes gesamt	779,83	807,04	827,92	882,89	932,60	19,59
Österreich gesamt	877,15	901,39	946,65	991,48		13,03²⁶

Quelle: KAGes, aufbereitet durch den LRH

Im KAV ROA lagen die durchschnittlichen Kosten je Belagstag in der Chirurgie, zuletzt im Jahr 2019, bei € 1.046,--, am Standort Bad Aussee bei € 1.389,-- um 48,88 % über dem Durchschnitt der KAGes.

Laut einer vom Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz veröffentlichten Übersicht betragen die stationären Endkosten im Jahr 2018 für die Steiermark € 774,-- und lagen somit um 12,33 % unter dem Durchschnitt der KAGes.

Der LRH verweist auf die hohen durchschnittlichen Kosten je Belagstag des KAV ROA, welche am Standort Bad Aussee im Jahr 2019 um 48,88 % höher waren als im Schnitt der KAGes.

²⁶ Veränderung 2015 bis 2018

6.4.8 Ambulante Patienten

	2015	2016	2017	2018	2019	Δ %
KAV ROA	34.372	34.325	34.921	36.450	36.750	6,92
Rottenmann	22.367	22.015	22.093	23.543	24.107	7,78
Bad Aussee	12.005	12.310	12.828	12.907	12.643	5,31
LKH Südstmk. (Wagna)	32.510	33.104	35.912	37.959	38.310	17,84
LKH Hartberg	20.562	21.495	26.427	36.846	38.409	86,80
KAGes gesamt	820.929	843.353	863.604	933.597	992.497	20,90

Quelle: KAGes, aufbereitet durch den LRH

Die Anzahl der ambulanten Patienten nahm im Zeitraum der Jahre 2015 bis 2019 um 6,92 % zu. Im Vergleich dazu stieg die Zahl der ambulanten Patienten innerhalb der KAGes um 20,90 %.

Auf Abteilungsebene zeigt sich folgendes Bild:

	2015		2016		2017		2018		2019		Δ %	
	R	BA	R	BA	R	BA	R	BA	R	BA	R	BA
CHIR	7.042	4.494	6.778	4.577	6.679	4.613	7.047	4.707	7.200	4.562	2,24	1,51
ANAE	916	302	949	359	919	442	894	343	670	292	-26,86	-3,31
MED	3.679	2.832	3.568	2.908	3.675	3.188	4.153	3.206	4.512	3.195	22,64	12,82
GEB-GYN	2.046	-	2.039	-	2.019	-	2.107	-	2.147	-	4,94	-
RAD	7.010	3.734	6.992	3.784	7.073	3.882	7.501	3.944	7.687	3.827	9,66	2,49
sonstige	1.674	643	1.689	682	1.728	703	1.841	707	1.891	767	12,96	19,28

Quelle: KAGes, aufbereitet durch den LRH

Die Zunahme der ambulanten Patienten in der chirurgischen Ambulanz betrug im Zeitraum der Jahre 2015 bis 2019 am Standort Rottenmann 2,24 % und in Bad Aussee 1,51 %. Die Ambulanz für Innere Medizin verzeichnete eine Steigerung von 22,64 % bzw. 12,82 %.

Das Verhältnis der ambulanten Fälle zu stationären Aufenthalten entwickelte sich wie folgt:

	2015	2016	2017	2018	2019	Δ %
KAV ROA	3,18	3,07	3,18	3,46	3,64	14,47
Rottenmann	3,44	3,29	3,48	3,83	3,96	15,12
Bad Aussee	4,08	3,90	4,02	4,36	4,58	12,25
LKH Südstmk. (Wagna)	4,01	3,90	4,47	4,92	4,87	21,45
LKH Hartberg	1,85	1,91	2,71	4,12	4,43	139,46
KAGes gesamt	3,15	3,17	3,33	3,69	4,06	28,89

Quelle: KAGes, aufbereitet durch den LRH

Das Verhältnis ambulanter Patienten zu stationären Aufnahmen stieg im KAV ROA im Prüfzeitraum um 14,47 % innerhalb der KAGes um 28,89 %.

6.4.9 LKF-Punkte und MEL

Die bundeseinheitliche Diagnose- und Leistungsdokumentation liefert im Rahmen des LKF-Systems eine wichtige Informations- und Entscheidungsbasis für gesundheitspolitische Planungs- und Steuerungsmaßnahmen. Dies dient auch zur Erfüllung der sich ändernden Erfordernisse einer flächendeckenden Versorgung mit Gesundheitsleistungen. Darüber hinaus erleichtert die höhere Kosten- und Leistungstransparenz auch dem Krankenhausmanagement und dem Träger die Entscheidung über Umstrukturierungsmaßnahmen nach betriebswirtschaftlichen Aspekten auf Basis fundierter Datengrundlagen.

Die vom KAV ROA erwirtschafteten LKF-Punkte entwickelten sich im Zeitraum 2015 bis 2019 wie folgt:

	2015	2016	2017	2018	2019	Δ %
KAV ROA	25.193.423	25.706.073	31.858.163	32.522.478	30.910.253	22,69
Rottenmann	18.422.503	18.658.209	22.606.627	23.529.825	22.612.796	22,75
Bad Aussee	6.770.920	7.047.864	9.251.536	8.992.653	8.297.457	22,55
KAGes gesamt	893.851.157	903.581.821	1.093.492.846	1.094.443.310	1.089.851.889	21,93

Quelle: KAGes, aufbereitet durch den LRH

Die relativen LKF-Punkte stiegen im KAV ROA im Prüfzeitraum um 22,7 %. Der quantitative Sprung vom Jahr 2016 auf das Jahr 2017 ist in erster Linie auf eine Neukalkulation der österreichweit einheitlichen leistungsorientierten Diagnosefallgruppen (LDF)-Pauschalen auf Basis der Kostendaten 2014 zurückzuführen. Vom Jahr 2018 auf das Jahr 2019 sanken die Punkte im KAV ROA um 4,96 %, am Standort Rottenmann um 3,90 % und am Standort Bad Aussee um 7,73 %. Im Jahr 2019 belief sich der Geldwert der verrechneten 30.910.253 LKF-Punkte auf € 28 Mio.

Die vom KAV ROA erbrachten MEL entwickelten sich im Zeitraum 2015 bis 2019 wie folgt:

	2015	2016	2017	2018	2019	Δ %
KAV ROA	15.057	15.026	14.522	15.275	14.249	-5,37
Rottenmann	10.910	10.525	9.561	10.252	9.527	-12,68
Bad Aussee	4.147	4.501	4.961	5.023	4.722	13,87
LKH Südstmk. (Wagna)	16.159	11.685	11.693	11.294	11.995	-25,77
LKH Hartberg	15.738	13.792	13.342	12.600	12.351	-21,52
KAGes gesamt	505.325	470.683	472.738	462.331	470.059	-6,98

Quelle: KAGes, aufbereitet durch den LRH

Die MEL im KAV ROA reduzierten sich im Zeitraum der Jahre 2015 bis 2019 um 5,37 % (auf 14.249), vergleichsweise dazu innerhalb der KAGes um 6,98 %.

Der LRH stellt fest, dass zuletzt im Jahr 2019 einem Betriebsaufwand von € 51,35 Mio. Erlöse aus dem LKF-System in Höhe von nur € 28 Mio. gegenüberstanden.

Der LRH weist darauf hin, dass das LKF-System im Falle des KAV ROA mit einer Deckung von 52 % des Gesamtaufwandes als Steuerungsinstrument nur mäßig geeignet ist.

Auf Abteilungsebene entwickelten sich die erwirtschafteten LKF-Punkte wie folgt:

	2015	2016	2017	2018	2019	Δ %
CHIR						
KAV ROA	8.431.230	8.102.221	10.282.255	10.204.662	9.655.469	14,52
Rottenmann	5.517.704	5.047.089	6.232.250	6.697.212	6.113.266	10,79
Bad Aussee	2.913.526	3.055.132	4.050.005	3.507.450	3.542.203	21,58
MED						
KAV ROA	13.642.491	14.262.782	17.619.553	17.586.919	16.935.643	24,14
Rottenmann	10.056.353	10.562.784	12.827.572	12.557.696	12.597.667	25,27
Bad Aussee	3.586.138	3.699.998	4.791.981	5.029.223	4.337.976	20,97
GEB-GYN						
KAV ROA	1.410.089	1.385.383	1.565.032	1.749.099	1.585.930	12,47
Tagesklinik						
Rottenmann	33.626	233.549	260.718	248.167	197.079	

Quelle: KAGes, aufbereitet durch den LRH

Die erwirtschafteten LKF-Punkte an der Abteilung für Chirurgie stiegen im Zeitraum der Jahre 2015 bis 2019 im KAV ROA um 14,52 %. Am Standort Rottenmann betrug die Steigerung 10,79 %, am Standort Bad Aussee 21,58 %.

Hinsichtlich der an der Abteilung für Chirurgie erbrachten MEL ergibt sich folgendes Bild:

	2015		2016		2017		2018		2019		Δ %	
	R	BA	R	BA	R	BA	R	BA	R	BA	R	BA
CHIR	4.328	1.851	3.866	2.529	3.587	2.180	3.635	2.153	3.461	2.288	-20,0	23,6

Quelle: KAGes, aufbereitet durch den LRH

Der LRH stellt fest, dass zwar die Summe der erbrachten MEL in der Abteilung für Chirurgie in Bad Aussee im Zeitraum 2015 bis 2019 um 23,61 % stieg, jedoch die LKF-Punkte je MEL um 1,64 % sanken. Zuletzt lagen die LKF-Punkte je MEL der Chirurgie in Bad Aussee um 12,35 % unter jener in Rottenmann.

Die Behandlung im Rahmen der Tagesklinik reduzierte die Kosten laut KAGes vor allem beim Personalaufwand (z. B. keine Nachtdienste und Arztvisiten) und beim Sachaufwand (z. B. geringer Einsatz von Verbrauchsgütern wie Medikamente).

Die LKF-Punkte je Belagstag stiegen im Betrachtungszeitraum 2015 bis 2019 im KAV ROA um 31,26 % auf 580,61 Punkte (Rottenmann 573,87 Punkte / Bad Aussee 599,79 Punkte). Der Durchschnitt der KAGes stieg um 24,81 % auf 769,54.

Die LKF-Punkte je stationärem Fall stiegen im Betrachtungszeitraum 2015 bis 2019 im KAV ROA um 31,35 % auf 3.059,2 Punkte (Rottenmann 3.710,7 Punkte / Bad Aussee 3.066,3 Punkte). Der Durchschnitt der KAGes stieg um 30,19 % auf 4.460,6 Punkte und war somit um 48,38 % höher als in Bad Aussee.

Die MEL je Fall entwickelten sich wie folgt:

	2015	2016	2017	2018	2019	Δ %
KAV ROA	1,39	1,34	1,32	1,45	1,41	1,44
Rottenmann	1,68	1,57	1,50	1,67	1,56	-7,14
Bad Aussee	1,41	1,43	1,55	1,70	1,71	21,28
LKH Südsmk. (Wagna)	1,99	1,38	1,46	1,46	1,53	-23,12
LKH Hartberg	1,42	1,23	1,37	1,41	1,43	0,70
KAGes gesamt	1,94	1,77	1,82	1,83	1,92	-1,03

Quelle: KAGes, aufbereitet durch den LRH

Die MEL je Fall lagen im KAV ROA um 26,56 % unter dem Durchschnitt der KAGes. **Der LRH beurteilt den Umstand, dass die MEL um ein Viertel unter dem KAGes-Schnitt lagen, als auffällig.**

Um den Fähigkeitserhalt der Fachärzte auch bei geringen Fallzahlen zu gewährleisten, besteht laut KAGes die Möglichkeit der Rotation an andere Standorte sowie der Nutzung von Simulationstechnologie.

Die KAGes ortet in den geringen Fallzahlen (Komplexität) keine Probleme, die Ausbildung von Fachärzten (z. B. in den Fachbereichen Chirurgie und Frauenheilkunde) zu ermöglichen, da mit o. a. Methoden Abhilfe geschaffen werden kann.

Der LRH weist jedoch im Hinblick auf die Personalsituation im KAV ROA (siehe Kapitel 4 „Personal“) darauf hin, dass es eine Kausalität zwischen geringen Fallzahlen und der Personalaufbringung gibt und dies insbesondere im Hinblick auf die Errichtung der KA Ennstal zu bedenken ist.

6.4.10 Vermeidbare Krankenhausaufenthalte

Die KAGes teilte mit, dass in den letzten Jahren durch eine effiziente Leistungserbringung im Primärversorgungsbereich vermeidbare Krankenhausaufenthalte²⁷ zurückgingen, aber dieser Rückgang nicht näher analysiert wurde. Aus diesem Grund konnten keine Rückschlüsse auf die Primärversorgung in der VR gezogen werden.

	2015	2016	2017	2018	2019	Δ %
KAV ROA	977	953	941	882	834	-14,64
Rottenmann	566	584	540	495	472	-16,61
Bad Aussee	411	369	401	387	362	-11,92
KAGes gesamt	15.177	14.948	14.443	12.871	11.843	-21,97

Quelle: KAGes, aufbereitet durch den LRH

Zuletzt belief sich die Anzahl der vermeidbaren Krankenhausaufenthalte im KAV ROA auf 834 und reduzierte sich somit um 14,64 % gegenüber dem Jahr 2015. Landesweit konnte die KAGes die Anzahl im selben Zeitraum um 21,97 % senken. Im Verhältnis zu der Gesamtzahl der stationären Aufnahmen im Jahr 2019 belief sich der Anteil der vermeidbaren Krankenhausaufenthalte im KAV ROA auf 8,25 % der Fälle, innerhalb der steirischen KAGes auf 4,85 % der Fälle.

Der LRH bewertet den Rückgang der vermeidbaren Krankenhausaufenthalte positiv, wenngleich eine Analyse des Primärversorgungsbereiches nicht vorlag

²⁷ Spitalsaufenthalte für sogenannte Ambulatory Care Sensitive Conditions: das sind Gesundheitszustände, für die nachgewiesen ist, dass Spitalsaufenthalte, die durch sie verursacht sind, durch gute ambulante Versorgung zum Teil vermeidbar sind.

und daher die genauen Ursachen hierfür der KAGes unbekannt blieben. Ebenso fällt dem LRH auf, dass der Anteil an vermeidbaren Krankenhausaufenthalten an den stationären Aufenthalten innerhalb der KAGes nur ca. die Hälfte des Anteils im KAV ROA betrug.

Dem Gesundheitsfonds Steiermark wird empfohlen, in Zusammenarbeit mit der KAGes in Hinblick auf vermeidbare Krankenhausaufenthalte bei den hierfür zuständigen Stellen auf eine Verbesserung der Primärversorgung hinzuwirken und dementsprechende Analysen durchzuführen.

Stellungnahme Landesrätin Dr.ⁱⁿ Juliane Bogner-Strauß:

Der GFSTMK nimmt die Anregung des LRH auf und merkt an, dass bereits jetzt umfangreiche Aktivitäten zur Verbesserung der Primärversorgung bestehen. Hierzu darf für die VR 62 angemerkt werden, dass das Gesundheitszentrum/PVE in Admont bereits seine Tätigkeit aufgenommen hat und jenes in Liezen kurz davorsteht, seine Tätigkeit aufzunehmen.

6.5 Entlassungsmanagement

6.5.1 Überblick

Gemäß § 70 StKAG sind in Anstaltspflege befindliche Personen zu entlassen, wenn sie auf Grund des Ergebnisses einer anstaltsärztlichen Untersuchung der Anstaltspflege nicht mehr bedürfen.

Das Entlassungsmanagement organisiert für Patienten mit multiplem Versorgungsbedarf pflegerische, medizinische und soziale Dienstleistungen institutionsübergreifend im Anschluss an eine Krankenhausentlassung²⁸.

Am Standort Rottenmann sind laut Pflegedirektion laut Stellenplan 0,16 VZÄ für das in erster Linie von der Pflege betriebene Entlassungsmanagement vorgesehen. Derzeit werden jedoch 1,45 VZÄ für das Entlassungsmanagement eingesetzt, wobei sich die Verteilung wie folgt ergibt: 0,45 VZÄ für ca. 140 Betten (MED 1,2,3, und Chirurgie), 0,5 VZÄ für 26 Betten der AG-REM inklusive Demenzberatung sowie 0,5 VZÄ für die vier Palliativbetten, den Palliativkonsiliardienst und die Vernetzungsarbeit mit der mobilen Palliativpflege.

²⁸ vgl. BMASGK (2018): Qualitätsstandard Aufnahme- und Entlassungsmanagement. Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz, Wien

Am Standort Bad Aussee steht ein VZÄ für das Entlassungsmanagement zur Verfügung. Dieser wird von zwei Mitarbeiterinnen besetzt, die ursprünglich im Gesundheitszentrum für Pflege und Soziales am Standort Bad Aussee beschäftigt waren.

Der LRH stellt fest, dass der KAV ROA insgesamt 2,45 VZÄ für die Durchführung des Entlassungsmanagements an den beiden Standorten einsetzt.

6.5.2 Exkurs: „Gesundheitszentrum für Pflege und Soziales am Standort Bad Aussee“

2011 wurde das sogenannte „Gesundheitszentrum Bad Aussee für Pflege und Soziales“ am neuen Standort des LKH Bad Aussee eröffnet.

Das „Gesundheitszentrum für Pflege und Soziales“ stellt eine Anlaufstelle dar, in der sich Bürger über das Gesundheitsangebot in der Region Bad Aussee (Ärzte, Gesundheitsdienstleister, Pflegeeinrichtungen, Anspruchsvoraussetzungen, Formulare etc.) sowie über Gesundheitsförderung und Prävention informieren können. Weiters wurde dem „Gesundheitszentrum Bad Aussee für Pflege und Soziales“ das Entlassungsmanagement des LKH Bad Aussee übertragen.

Bereits mit dem im Juni 2014 in der Bundes-Zielsteuerungskommission beschlossenen Konzept zur multiprofessionellen und interdisziplinären Primärversorgung in Österreich war für bestehende Einrichtungen der Versorgungskoordination, wie etwa die Gesundheitszentren, keine explizite Rolle mehr vorgesehen.

2016 wurden die Mitarbeiterinnen des Gesundheitszentrums in den KAV ROA bis voraussichtlich Ende des Jahres 2020 übernommen und sind dort einerseits für stationäre Patienten und andererseits weiterhin als öffentliche Bürgerinformationsstelle tätig.

Mit Ende 2020 wird das „Gesundheitszentrum Bad Aussee für Pflege und Soziales“ in der jetzigen Form aufgelassen. Im RSG-St 2025 ist für den Zielhorizont 2025 ein (primärversorgendes) Facharzt- und Gesundheitszentrum am Standort Bad Aussee vorgesehen. Der LRH verweist hierzu auf das Kapitel 3.2. „Darstellung des KAV ROA im RSG-St 2025“.

Der LRH erachtet es als sinnvoll, dass Beratungstätigkeiten hinsichtlich Gesundheit, Pflege und Soziales an einer zentralen Stelle durchgeführt werden und damit Ressourcen optimal genutzt werden.

6.5.3 Entlassungsfähige Patienten

Wie bereits o. a., sind Patienten laut StKAG zu entlassen, wenn sie keiner weiteren Anstaltspflege bedürfen.

In einer Erhebung²⁹ stellte die KAGes fest, dass innerhalb von zwei Quartalen im Jahr 2018 im KAV ROA 455 Pflegetage für Patienten angefallen sind, die keiner Anstaltspflege mehr bedurften.

Von der KAGes wurde weiters festgestellt: „Im 4. Quartal wurde für 2 % der PatientInnen die Weiterbehandlung in einem anderen Krankenhaus angestrebt, tatsächlich wurden aber 18 % der erfassten PatientInnen in ein Krankenhaus zur weiterführenden Versorgung transferiert. Ob sich dafür eine medizinische Notwendigkeit ergeben hat oder die Transferierung aufgrund des Mangels von Versorgungsalternativen erfolgt ist, kann anhand der vorliegenden Daten nicht beurteilt werden.“³⁰

Für den KAV ROA würde dies bedeuten, dass im 1. Quartal 90 Tage lang vier Betten mit entlassungsfähigen Patienten belegt waren. Im 4. Quartal wären dies 92 Tage lang zwei belegte Betten.

Laut KAV ROA arbeiten die Entlassungsmanagerinnen mit dem Mitarbeiter des Sozialhilfeverbandes Liezen bei der Suche nach freien Pflegebetten eng zusammen. Eine positive Erledigung auf gestellte Anfragen sei selten und die aktive Kontaktaufnahme durch die Entlassungsmanagerinnen mit vielen Pflegeeinrichtungen unumgänglich. Besonders für Personen mit hohen Pflegestufen und viel Personalaufwand könnte, so der KAV ROA, nur schwer eine poststationäre Versorgung organisiert werden.

Der organisatorische Aufwand, um einen Patienten in eine poststationäre Versorgung (24-Stunden-Pflege, mobile Pflege, Pflegeheim) transferieren zu können, wurde anhand der Zählung kontaktierter Einrichtungen ermittelt. Im Durchschnitt waren KAGes-weit 15 Kontakte³¹ notwendig. Jedoch gab es auch Patienten, die erst nach 150 Kontakten überstellt werden konnten.

²⁹ Dokument KMS „Entlassung von Patientinnen und Patienten mit poststationärem Pflege- und Betreuungsbedarf“. Die Daten wurden während der Urlaubs-, Krankenstands- und Fortbildungszeiten nicht erhoben.

³⁰ Dokument KMS „Entlassung von Patientinnen und Patienten mit poststationärem Pflege- und Betreuungsbedarf“

³¹ per Telefon, Mail oder Fax

In der folgenden Tabelle werden die von der KAGes erfassten stationären Tage von eigentlich entlassungsfähigen Patienten sowie die benötigten Kontaktaufnahmen dargestellt, um Patienten in eine poststationäre Versorgung transferieren zu können:

LKH	Pflegetage im 1. Quartal			Pflegetage im 4. Quartal			Kontaktierte Einrichtungen 1. Quartal	Kontaktierte Einrichtungen 4. Quartal
	Jän	Feb	Mär	Okt	Nov	Dez		
KAV ROA	322			133			93	117
	145	77	100	37	74	22		
KAGes	1.806			1.723			3.330	3.173
	3.529						6.503	
entlassungsfähige Patienten KAGes gesamt	265			216				
	481							

Quelle: KAGes Management- und –Services (KMS) „Entlassung von Patientinnen und Patienten mit poststationärem Pflege- und Betreuungsbedarf“, aufbereitet durch den LRH

Aus den Erhebungen der KAGes geht hervor, dass im KAV ROA in zwei Quartalen des Jahres 2018 für entlassungsfähige Patienten 455 Pflegetage anfielen.

Laut dem Amt der Steiermärkischen Landesregierung (<https://www.gesundheit.steiermark.at/>) gibt es seit dem 3. Juni 2020 in allen steirischen Bezirken eine vom Land Steiermark eingerichtete Pflegedrehscheibe.

Die Pflegedrehscheibe ist zentrale Anlauf- und Servicestelle für ältere Menschen, die Pflege und Unterstützung benötigen, sowie für deren Angehörige. Ziel ist es, Fragen zu Pflege und Betreuung zu klären, die Situation der Pflegebedürftigen zu analysieren und somit die richtige Versorgung, im richtigen Umfang und zur richtigen Zeit zu gewährleisten. Pflegebedürftige und ihre Angehörigen erhalten Unterstützung bei der Organisation der benötigten Pflege- und Betreuungsleistungen.

Der LRH empfiehlt der A8, im Rahmen der Evaluierung des Steirischen Bedarfs- und Entwicklungsplans für pflegebedürftige Personen das Augenmerk auch auf das Entlassungsmanagement und die Anschlusspflege (z. B. mobile Dienste) zu legen.

7. FINANZIELLE GEBARUNG

7.1 Steuerung mittels Zielvereinbarungen

Zwischen den KAGes-Kernbereichen (v. a. KA bzw. Krankenanstaltenverbände) und dem KAGes-Vorstand werden für jedes Wirtschaftsjahr Zielvereinbarungen/Zielvorgaben (inhaltlich wie auch zeitlich) abgeschlossen.

Die Zielvereinbarungen sind laut KAGes ein wesentliches Steuerungselement, das die Umsetzung der strategischen Ausrichtungen und der Ziele der KAGes unterstützen und die flächendeckende Umsetzung strategierelevanter Themen und Vorgaben sicherstellen soll.

Hinsichtlich der LKH wurde ein eigener Prozess (Richtlinie 1021.1350 „Ziele mit dem LKH vereinbaren und evaluieren“) definiert, welcher den Prozesszyklus der Ziele (Zielvereinbarung und Zielevaluierung) zwischen dem KAGes-Vorstand und den Anstaltsleitungen der LKH beschreibt. Ein Prozessdurchlauf erstreckt sich über 26 Monate, läuft von April des laufenden bis Mai des übernächsten Jahres und umfasst im Wesentlichen die folgenden Punkte:

Prozessschritt	Anmerkung	Frist
Zielvereinbarung konkretisieren	unter Berücksichtigung der Unternehmensziele und -strategien	bis 30.11.
Zielvereinbarung festlegen	zwischen Anstaltsleitung und Vorstand	bis 31.01.
Zielvereinbarung umsetzen	Maßnahmen der Anstaltsleitung	bis 31.12.
Umsetzungsstand Zielvereinbarung melden	Abschlussberichte, schriftliche Stellungnahmen etc.	bis 15.02.
Zielerreichung evaluieren	zentral durch KMS	im Anschluss
Zielgespräch führen	zwischen Anstaltsleitung und Vorstand zur Evaluierung	im Anschluss
Endbericht erstellen	Freigabe der endgültigen Zielerreichung durch den Vorstand;	Mai

Quelle: KAGes, Richtlinie 1021.1350 „Ziele mit dem LKH vereinbaren und evaluieren“, aufbereitet durch den LRH

Grundsätzlich werden flächendeckende (KAGes-weite) wie auch individuelle Ziele vereinbart. Es werden zum Teil auch Mehrjahresziele vereinbart, um eine stufenweise Umsetzung sicherzustellen.

Die Zielerreichung wird im Folgejahr durch den KAGes-Managementbereich überprüft und dokumentiert.

Die Anstaltsleitung als kollegiale Führung ist für die Erreichung der Ziele des jeweiligen LKH verantwortlich.

Der LRH überprüfte die Dokumentationen zur Zielerreichung im Zeitraum 2015 bis 2019.

Der LRH stellt fest, dass die Zielerreichung des KAV ROA im Prüfzeitraum zwischen 92,5 % und 100 % lag.

Auf Basis der Zielerreichung werden Prämien an Führungskräfte ausgeschüttet. Die Höhe der Prämie richtet sich nach der Vereinbarung im Dienstvertrag und beträgt grundsätzlich 150 % des Monatsgehalts; die Berechnung der tatsächlichen Prämie erfolgt aliquot zur Gesamtzielerreichung des jeweiligen Jahres.

Der LRH stellt fest, dass in der KAGes und so auch beim KAV ROA ein prämiensbasiertes Anreizsystem zur Anwendung kommt. Das ist grundsätzlich positiv zu beurteilen, weil dadurch Führungskräfte zur Verfolgung der Ziele motiviert werden sollen.

Anhand der Zielvereinbarungen stellt der LRH fest, dass die Ziele mit dem KAV ROA messbar definiert wurden und verschiedene Zieldimensionen abdecken. Zielerreichungsgrade zwischen 92,5 % und 100 % weisen auf deren Erreichbarkeit hin, über die Ambitioniertheit der Ziele kann jedoch keine Aussage getroffen werden.

Anzumerken ist, dass das Finanzziel jeweils einen Anteil von 40 % ausmachte und dieses v. a. wegen der geplanten, aber nicht besetzbaren DP im Ärztebereich jedes Jahr erreicht werden konnte. Bei manchen Zielen, z. B. die Vorbereitung der Einführung der elektronischen Fieberkurve oder die Umsetzung des KA-AZG, gewann der LRH den Eindruck, dass es sich hierbei um reguläre, im Rahmen des laufenden Betriebes zu erledigende Aufgaben handelt.

Der LRH stellt insofern fest, dass hinsichtlich der Ambition der gesetzten Ziele noch Verbesserungsbedarf besteht.

Der LRH empfiehlt, bei der Vereinbarung von Zielen stets auch auf einen Ausgleich zwischen Ambition und Erreichbarkeit zu achten.

Ein Zielvereinbarungssystem/Anreizsystem, das letztlich lediglich der Ausschüttung zusätzlicher Gehaltsbestandteile dient, ist hinsichtlich seiner Sinnhaftigkeit zu hinterfragen.

7.2 Wirtschaftspläne

Dem LRH wurden die Wirtschaftspläne der KAGes für die Jahre 2015 bis 2019 vorgelegt. Der Wirtschaftsplan wurde im Prüfzeitraum jeweils für das Folgejahr im letzten Quartal des laufenden Jahres von Vorstand, Aufsichtsrat und von der Generalversammlung beschlossen.

Heruntergebrochen auf die KA bzw. Krankenanstaltenverbände beinhalten die Wirtschaftspläne folgende Inhalte:

- systemisierte Betten
- Leistungsdaten
- Leistungsbudget inkl. zwischenbetriebliche Verrechnung
- Investitionsbudget
- Stellenplan
- Ziele/Vorhaben der Anstaltsleitung

Der LRH verglich die jährlich im Wirtschaftsplan angegebenen Ziele/Vorhaben der Anstaltsleitung mit den Arbeitszielen aus den Zielvereinbarungsgesprächen (siehe Kapitel 7.1 „Steuerung durch Zielvereinbarungen“).

Der LRH stellt fest, dass sich die Ziele/Vorhaben der Anstaltsleitung aus den Wirtschaftsplänen nur zu geringen Anteilen mit den Arbeitszielen aus den Zielvereinbarungsgesprächen decken.

Der LRH empfiehlt, die Ziele aus der Wirtschaftsplanung künftig mit jenen der Zielvereinbarungen zu synchronisieren.

7.3 Budget- und Leistungsanalyse

7.3.1 KAV ROA

Grundsätzlich sind Budget- und Leistungsanalysen von den KA monatlich zu erstellen und dem KAGes-Managementbereich (Organisationseinheit Finanzen und Controlling) zu übermitteln.

Der LRH nahm in die jährlichen Budget- und Leistungsanalysen des KAV ROA Einsicht. Diese gliedern sich in Leistungsdaten, Betriebsleistung, Betriebsaufwendungen, Betriebserfolg und zwischenbetriebliche Leistungsverrechnung und Kennzahlen.

Ad Leistungsdaten:

	2015	2016	2017	2018	2019
stationäre Fälle	10.801	11.191	10.958	10.543	10.115
<i>davon Sonderklasse</i>	1.252	1.342	1.326	1.239	1.289
Amb. LKH Erstkontakt je Fach/Tag			39.733	41.370	53.017
Amb. Erstkontakt je Fach/Tag			42.324	43.945	86.904
Belagstage	56.913	57.540	55.655	54.674	53.238
LKF-Punkte (ungewichtet)	25.348.564	25.819.807	32.107.308	32.734.055	31.234.638
LKF-Punkte (rel.)	25.141.838	25.635.766	31.845.557	32.503.153	30.910.253
Beschäftigte nach Belastung (VZÄ)	536,98	545,04	547,15	546,89	545,15
tatsächliche Betten	226	213	222	221	218

Quelle: KAGes, Budget- und Leistungsanalysen 2015 bis 2019, aufbereitet durch den LRH

Betreffend die Analyse der Entwicklung der Leistungsdaten wird grundsätzlich auf das Kapitel 6 „Leistungsdaten und Kennzahlen“ verwiesen. Allfällige Abweichungen begründen sich mit unterschiedlichen Abfragezeitpunkten bzw. Zählweisen.

Der LRH stellt fest, dass im Rahmen der Budget- und Leistungsanalyse die Entwicklung der Leistungsdaten in o. a. Tabelle keiner gesonderten Analyse unterzogen wird. Jedoch wird parallel zur Budget- und Leistungsanalyse auch ein vierteljährliches medizinisches Controlling (sogenannte Medizinisches-Controlling-Analysen (MCO-Analysen), siehe gleichlautendes Kapitel 7.4) betrieben, in welchem der Schwerpunkt auf das Leistungsgeschehen und die Kosten der sogenannten „Ärztlichen Verantwortung“ gelegt wurde.

Der LRH empfiehlt, im Rahmen der Budget- und Leistungsanalyse auch wesentliche Entwicklungen bzw. Abweichungen bei den Leistungsdaten zu begründen oder zumindest auf die jeweilige MCO-Analyse zu verweisen.

Stellungnahme Landesrätin Dr.ⁱⁿ Juliane Bogner-Strauß:

Abweichungen bei den Leistungsdaten werden zum Teil schon jetzt von den LKH nicht nur bei der MCO-Analyse, sondern auch im Rahmen der Stellungnahme zu den Controllingberichten ("SUCO Hausbericht GuV") begründet. Nachdem für die Analyse auf Unternehmensebene auf beide Datenquellen zugegriffen werden kann und die Ergebnisse auch zeitgleich in der Vorstandssitzung besprochen werden, ist ein zusätzlicher Verweis aus Sicht der KAGes nicht notwendig.

Ad Betriebsleistung:

	2015	2016	2017	2018	2019
1.1.1 LKF-Erlöse stat.	18.418.785	19.342.083	20.096.298	21.229.402	22.153.711
1.1.2 LKF-Erlöse amb.	2.089.749	2.450.603	2.640.031	2.657.084	4.483.456
1.2 Pflegegebühren	1.042.501	1.061.036	1.067.138	937.362	1.058.001
1.3 Ambulanzgebühren	115.388	124.108	141.711	175.677	180.094
1.4 Besondere Gebühren	2.031.363	2.083.149	2.011.048	1.929.171	2.063.366
1.5 Nebenerlöse, BÄ + selbsterst. Anl.	270.400	1.132.025	1.058.639	997.836	1.032.297
1.6.1 öffentl. Zuschüsse	647.664	779.456	933.960	1.127.239	1.222.791
1.6.2 GSB inkl. GSB-Kürzung	1.696.860	1.734.312	1.745.922	1.551.127	1.195.796
1.7 Auflösung v. Rückstellungen	5.537	-111	-9.399	1.391	11.905
1.8 übrige betriebliche Erträge	1.086.470	390.814	161.756	215.791	256.899
1. Betriebsleistung	27.404.717	29.097.475	29.847.104	30.822.080	33.658.286

Quelle: KAGes, Budget- und Leistungsanalysen 2015 bis 2019, aufbereitet durch den LRH

Hierzu stellt der LRH Folgendes fest:

- **Die Betriebsleistung stieg im Prüfzeitraum von € 27,4 Mio. um € 6,3 Mio. auf € 33,7 Mio. Das entspricht einem relativen Zuwachs von 22,8 %.**
- **Starke Zuwächse gab es bei den stationären LKF-Erlösen (+ € 3.734.926,-- bzw. + 20,3 %; der Zuwachs der LKF-Punkte von 2016 auf 2017 auf Grund der Neukalkulation der LDF-Pauschalen auf Basis der Ist-Werte 2014 schlägt sich hier nicht nieder) und bei den ambulanten LKF-Erlösen (+ € 2.393.707,-- bzw. + 114,5 %; die Steigerung von 2018 auf 2019 ist mit der Einführung der ambulanten LKF-Abrechnung zu erklären).**
- **Starken Zuwächsen bei den Nebenerlösen, Bestandsveränderungen und selbst erstellen Anlagen (+ € 761.897,-- bzw. + 281,8 %) stehen starken Rückgängen bei den übrigen betrieblichen Erträgen gegenüber (- € 829.571,-- bzw. - 6,4 %). Diese Entwicklung geht auf eine**

Neugruppierung der Kostenarten zwischen diesen Kostenartengruppen zurück.

- **Rückgänge gibt es weiters bei der Gesundheitsbeihilfe inkl. Gesundheitsbeihilfen-Kürzung (- € 501.094,-- bzw. - 29,5 %); diese reduzierte sich auf Grund der Fusion der KAGes Immobiliengesellschaft m.b.H (KIG) in die KAGes und den Wegfall der Gesundheitsbeihilfe für die verrechnete Miete.**

Ad Betriebsaufwendungen:

	2015	2016	2017	2018	2019
2.1.1 Med. Verbr.güter u. Hilfsstoffe	-3.234.313	-3.442.036	-3.404.363	-3.498.201	-2.980.642
2.1.2 So. Materialaufwand	-803.176	-777.266	-722.600	-757.159	-862.940
2.1.3 Energieaufwand	-828.465	-862.276	-869.989	-811.408	-837.881
2.1.4 med. Fremdleistungen	-113.133	-117.893	-146.158	-219.868	-250.156
2.2.1 Personalaufw. inkl. unb. PA	-34.244.170	-35.699.647	-37.317.065	-38.736.940	-40.797.470
2.2.2 Pensionsaufwand	-60.144	-71.294	-73.739	-76.655	-74.541
2.2.3 Sondergebühren Ärzte	-1.014.873	-1.075.346	-1.157.187	-1.110.155	-1.137.788
2.2.4 GZ Personal-refundierungen	175.182	248.566	341.807	366.961	754.624
2.3 Afa u. Erträge a. d. Auflösung v. Wertberichtigung	-186.205	-180.747	-92.036	-109.931	-30.489
2.4 Instandhaltungsaufwand	-956.576	-1.047.917	-1.073.805	-1.129.276	-1.052.551
2.5 Betriebs- u. Verwaltungsaufwand	-1.523.105	-1.437.444	-1.435.944	-1.517.780	-1.571.134
2.6 SG Bundesärzte / Kons. Ärzte	-	-	-	-	-
2.7 übriger Betrieblicher Aufwand	-5.984.001	-6.072.557	-5.922.248	-2.594.154	-2.511.607
2.8 Innenaufwand	-	-	-	-	-
2.9 Innenertrag	-	-	-	-	-
2 Betriebsaufwendungen	-48.772.979	-50.535.857	-51.873.327	-50.194.566	-51.352.575

Quelle: KAGes, Budget- und Leistungsanalysen 2015 bis 2019, aufbereitet durch den LRH

Hierzu stellt der LRH Folgendes fest:

- **Die Betriebsaufwendungen stiegen im Prüfzeitraum von € 48,8 Mio. um € 2,8 Mio. auf € 51,4 Mio. Das entspricht einem Zuwachs von 5,3 %.**
- **Die stärksten Zuwächse waren beim Personalaufwand (€ 6.553.300,-- bzw. + 19,1 %; Begründung siehe Kapitel 4.6 „Personalaufwand und Personalkennzahlen“), bei den medizinischen Fremdleistungen**

(€ 137.023,-- bzw. + 121,1 %; in erster Linie auf Grund des Einsatzes von Gastärzten im Bereich der Chirurgie) und beim Instandhaltungsaufwand (€ 95.975,-- bzw. + 10,0 %) zu verzeichnen.

- Die Personalrefundierungen stiegen um € 579.442,-- (+ 330,8 %). Dies ist auf die zunehmende Inanspruchnahme der Altersteilzeit zurückzuführen und wirkte sich positiv auf die Betriebsaufwendungen aus.
- Der übrige betriebliche Aufwand hat sich von 2017 auf 2018 mehr als halbiert; das ist mit dem Wegfall der Miete der Gebäude auf Grund der Fusion der KIG in die KAGes zu erklären.
- Weitere bedeutende Aufwandsminderungen gab es im Bereich der medizinischen Verbrauchsgüter und Hilfsstoffe (€ 253.671 bzw. - 7,8 %; weniger Leistungen sowie Umschichtung von Kostenarten in eine andere Gliederungsgruppe) und bei den Abschreibungen (€ 155.716,-- bzw. - 83,6 %).

Ad Betriebserfolg und zwischenbetriebliche Leistungsverrechnung:

	2015	2016	2017	2018	2019
Abgang/Betriebserfolg	-21.368.262	-21.438.382	-22.026.223	-19.372.486	-17.694.289
zwischenbetriebl. Leistungsverr.	-1.706.148	-1.849.366	-1.747.427	-4.669.049	-4.728.046
Haus-/Leistungsbudget	-23.074.410	-23.287.749	-23.773.648	-24.041.536	-22.422.335

Quelle: KAGes, Budget- und Leistungsanalysen 2015 bis 2019, aufbereitet durch den LRH

Der LRH stellt Folgendes fest:

- Der Betriebsabgang verminderte sich im Prüfzeitraum von € 21,4 Mio. um € 3,7 Mio. auf € 17,7 Mio.
- Die Aufwendungen für die zwischenbetriebliche Leistungsverrechnung betragen von 2015 bis 2017 durchschnittlich € 1,8 Mio. 2018 bis 2019 stiegen diese durchschnittlich auf € 4,7 Mio. Begründet wird diese Steigerung von € 3 Mio. damit, dass an Stelle der Miete der Gebäude die Abschreibung zwischenbetrieblich zur Verrechnung gelangt.
- Das Haus-/Leistungsbudget verringerte sich in der Folge im Prüfzeitraum von € 23,1 Mio. um € 652.000,-- auf € 22,4 Mio. Das entspricht einer relativen Veränderung von 2,8 %.

Ad Kennzahlen:

	2015	2016	2017	2018	2019
Belagsdauer	5,27	5,14	5,08	5,19	5,26
Bettenauslastung	68,8	73,7	68,4	67,7	66,7
LKF Punkte (ungew.)/Fall	2.346,9	2.307,2	2.930,0	3.104,8	3.088,0
Bes.Geb./SKL-Fall	1.622	1.552	1.517	1.557	1.601

Quelle: KAGes, Budget- und Leistungsanalysen 2015 bis 2019, aufbereitet durch den LRH

Betreffend die Analyse der Entwicklung der Kennzahlen wird grundsätzlich auf das Kapitel 6 „Leistungsdaten und Kennzahlen“ verwiesen. Allfällige Abweichungen begründen sich mit unterschiedlichen Abfragezeitpunkten bzw. Zählweisen.

Der LRH nahm im Rahmen seiner Prüfung Einsicht in die Budget- und Leistungsanalysen der Jahre 2015 bis 2019.

Zusammenfassend stellt der LRH Folgendes fest:

- **Die im Rahmen der jährlichen Budget- und Leistungsanalysen geplanten Leistungsdaten wurden überwiegend nicht erreicht.**
- **Die geplante Betriebsleistung wurde 2016 und 2018 erreicht, 2015, 2017 und 2019 jedoch verfehlt.**
- **Die geplanten Betriebsaufwendungen wurden jährlich deutlich unterschritten; dies war in erster Linie auf die geplanten, aber nicht besetzbaren DP zurückzuführen.**
- **Dadurch ergab sich in jedem der betrachteten Jahre ein geringerer Betriebsabgang als geplant.**
- **Bis auf 2016 wurden die geplante Belagsdauer und die geplante Bettenauslastung nicht erreicht.**

Eine Berücksichtigung der nicht besetzbaren DP beim Personalaufwand ist laut KAV ROA auf Grund der stellenplanbezogenen Budgetierung nicht möglich.

Der LRH konnte den vorgelegten Budget- und Leistungsanalysen keinen Vergleich zu den Vorjahreswerten entnehmen.

Der LRH empfiehlt, (zumindest einmal jährlich) auch einen Vergleich zu den Vorjahreswerten durchzuführen und zu analysieren, damit auch Entwicklungen im Zeitablauf Berücksichtigung und Begründung finden (z. B. Anstieg der ambulanten LKF-Erlöse von 2018 auf 2019, Rückgang des übrigen betrieblichen Aufwandes von 2017 auf 2018).

Stellungnahme Landesrätin Dr.ⁱⁿ Juliane Bogner-Strauß:

Grundsätzlich kann dazu angemerkt werden, dass im Rahmen der Quartalsberichte an den Aufsichtsrat die Vorjahreswerte immer ab dem 2. Quartalsbericht (sobald eine Vorscheurechnung durchgeführt wird) der Vorscheurechnung bzw. dem Jahresergebnis gegenübergestellt werden. Beim monatlichen Controllingbericht für den Vorstand werden die Kosten der Ärztlichen Verantwortung mit den anteiligen Vorjahreskosten verglichen.

Die KAGes wird die Empfehlung des LRH aufnehmen und zusätzlich künftig beim Dezemberbericht einen Vorjahresvergleich mitberücksichtigen.

7.3.2 Vergleich der Standorte Rottenmann – Bad Aussee

Die Budget- und Leistungsanalyse kann weitgehend auf die beiden Standorte Rottenmann und Bad Aussee heruntergebrochen werden. Der LRH unterzog diese für den Zeitraum 2015 bis 2019 einer Überprüfung.

Ad Leistungsdaten:

	Rottenmann 2015 - 2019			Bad Aussee 2015 - 2019		
	ϕ	Δ	Δ %	ϕ	Δ	Δ %
stationäre Fälle	7.133	- 543	- 7,4 %	3.593	- 157	- 4,5 %
davon SKL Fälle	815	26	3,2 %	476	9	2,0 %
ambulante Fälle	36.613			15.708		
ambulante Frequenzen	60.027			26.143		
Belagstage	41.007	- 2.679	- 6,4 %	14.610	- 1.038	- 7,0 %
LKF-Punkte (ungewichtet)	21.249.229	4.258.645	23,0 %	8.225.932	1.585.281	22,9 %
LKF-Punkte (rel.)	21.165.992	4.190.293	22,7 %	8.072.086	1.526.537	22,5 %
AMB-Punkte (gesamt)	3.001.657			1.076.214		
AMB-Punkte (rel.)	2.983.774			1.103.513		
Beschäftigte	392	8	2,2 %	152	0	0,0 %
tatsächliche Betten	171	- 5	- 3,0 %	49	- 3	- 5,3 %

Quelle: KAGes, Budgetanalyse je Standort 2015 bis 2019, aufbereitet durch den LRH

Hinsichtlich eines Größenvergleiches der Standorte auf Basis der Leistungsdaten stellt der LRH fest, dass im Zeitraum 2015 bis 2019 die Relation zwei Drittel bis drei Viertel (Standort Rottenmann) zu einem Drittel bis einem Viertel (Standort Bad Aussee) lag.

Weiters ist festzustellen, dass sich im Wesentlichen die im Kapitel 6 „Leistungsdaten und Kennzahlen“ festgestellten Entwicklungen (weniger

stationäre Fälle, weniger Belagstage, systembedingt mehr LKF-Punkte, weniger tatsächliche Betten) an beiden Standorten abbilden. Bemerkenswert ist, dass der relative Rückgang bei den stationären Fällen in Rottenmann stärker war als in Bad Aussee. Der LRH verweist hierzu auf seine detaillierteren Ausführungen im Kapitel 6 „Leistungsdaten und Kennzahlen“.

Ad Betriebserfolg/Budget:

	Rottenmann 2015 - 2019			Bad Aussee 2015 - 2019		
	ϕ	Δ	Δ %	ϕ	Δ	Δ %
Betriebsleistung	22.193.740	4.512.340	22,1 %	7.824.703	1.894.117	27,6 %
Betriebsaufwendungen	- 35.884.333	- 1.796.684	5,2 %	- 14.805.840	- 57.770	0,4 %
Betriebserfolg	- 13.690.594	2.715.656	- 19,0 %	- 6.981.137	1.836.348	- 23,5 %
zwbetr. Leistungsverrechnung	- 2.203.163	- 1.968.493	137,1 %	- 649.065	- 944.919	351,6 %
Haus-/Leistungsbudget	- 15.893.756	747.163	- 4,8 %	- 7.630.203	891.429	- 11,0 %

Quelle: KAGes, Budgetanalyse je Standort 2015 bis 2019, aufbereitet durch den LRH

Hinsichtlich des Betriebserfolges ist zunächst vorzuschicken, dass es Leistungs- und Kostenbestandteile gibt, welche dem KAV ROA gemeinsam zufließen und nicht verursachungsgerecht aufgeteilt werden können. Der Anteil dieser Bestandteile nahm im Prüfzeitraum stetig ab.

Die durchschnittliche Betriebsleistung des KAV ROA betrug 2015 bis 2019 € 30,1 Mio. 74 % entfielen auf den Standort Rottenmann, 26 % auf den Standort Bad Aussee.

Die durchschnittlichen Betriebsaufwendungen des KAV ROA betragen 2015 bis 2019 € 50,6 Mio. 71 % entfielen auf den Standort Rottenmann, 29 % auf den Standort Bad Aussee.

An dieser Stelle weist der LRH nochmals darauf hin, dass die Kosten je Patient bzw. die Kosten je Belagstag am Standort Bad Aussee deutlich über jenen am Standort Rottenmann bzw. jenen der gesamten KAGes liegen (vgl. Kapitel 6.3.7. „Kosten je Patient bzw. Belagstag“).

Der durchschnittliche Betriebsabgang (negativer Betriebserfolg) des KAV ROA betrug 2015 bis 2019 € 20,6 Mio. 66 % entfielen auf den Standort Rottenmann, 34 % auf den Standort Bad Aussee.

Das durchschnittliche Haus-/Leistungsbudget des KAV ROA betrug 2015 bis 2019 € 23,5 Mio. 67 % entfielen auf den Standort Rottenmann, 33 % auf den Standort Bad Aussee.

Der LRH stellt fest, dass sich im Bereich des Betriebserfolges bzw. Haus- /Leistungsbudgets ein Verhältnis von zwei Drittel (Standort Rottenmann) zu einem Drittel (Standort Bad Aussee) zeigt.

Der Betriebsabgang (negativer Betriebserfolg) verringerte sich im Prüfzeitraum an beiden Standorten. Ebenso wurden die Haus-/Leistungsbudgets reduziert. Dies geht mit weniger stationären Fällen, deutlich weniger Belagstagen und kürzeren Belagsdauern einher.

Auch hier ist festzustellen, dass die Entwicklungen an beiden Standorten miteinander korrelieren.

Ad Kennzahlen:

	Rottenmann 2015 – 2019			Bad Aussee 2015 – 2019		
	ϕ	Δ	$\Delta \%$	ϕ	Δ	$\Delta \%$
Belagsdauer	5,75	0,07	1,1 %	4,07	- 0,11	- 2,6 %
Bettenauslastung in %	65,7	- 2,3	- 3,5 %	80,7	- 1,5	- 1,8 %
LKF-Punkte (ungew.)/Fall	2.991,9	828,7	32,9 %	2.291,8	570,5	28,8 %
Bes.Geb./SKL-Fall	1.682	- 49	- 2,8 %	1.376	12	0,9 %
AMB-Punkte (ges.)/LKH Tag Erstk.	83,07			68,06		

Quelle: KAGes, Budgetanalyse je Standort 2015 bis 2019

Der LRH verweist auch auf seine detaillierteren Ausführungen im Kapitel 6 „Leistungsdaten und Kennzahlen“. Allfällige Abweichungen begründen sich mit unterschiedlichen Abfragezeitpunkten bzw. Zählweisen.

Fazit

Eingangs ist darauf hinzuweisen, dass der Betrieb eines Krankenhauses nicht primär aus wirtschaftlichen Gesichtspunkten zu beurteilen ist; vielmehr gilt es laut ÖSG, die ausreichende Versorgung der Bevölkerung, eine hohe Behandlungsqualität bzw. Patientensicherheit sowie eine hohe Effizienz in der Leistungserbringung sicherzustellen.

Der Standort Bad Aussee erwirtschaftet 26 % der Betriebsleistung, verursacht 29 % der Betriebsaufwendungen und trägt 33 % zum Betriebsabgang des KAV ROA bei. Die Erlöse pro Fall von Bad Aussee liegen deutlich unter jenen von Rottenmann, die Kosten pro Fall deutlich darüber. Hohe Behandlungsqualität erfordert laut ÖSG die Berücksichtigung entscheidender Faktoren, wie v. a. ausreichende Routine durch Mindestfallzahlen und sachgerechtes Backup sowie auch die Bündelung von Leistungsangeboten.

Obwohl mehr MEL pro Fall erbracht werden, liegen die LKF-Punkte pro Fall in Bad Aussee deutlich unter jenen von Rottenmann. Dies weist, wie bereits o. a., auf eine geringere Fallkomplexität am Standort Bad Aussee hin.

Der LRH kommt zum Schluss, dass der Betrieb des Standortes Bad Aussee (50 Betten) im KAV ROA-internen Vergleich aus ökonomischer Sicht wie auch aus Versorgungssicht ineffizienter als jener des Standortes Rottenmann (175 Betten) ist.

In der einschlägigen fachlichen Literatur wurde in der jüngeren Vergangenheit die optimale Betriebsgröße von KA mit ca. 300 bis ca. 600 Betten angegeben. Anzumerken ist, dass das Projekt „Leitspital Region Liezen“ mit seinen im RSG-St 2025 insgesamt 226 geplanten Betten sich einer optimalen Betriebsgröße annähert.

7.4 Medizinisches Controlling

Parallel zu den monatlichen Budget- und Leistungsanalysen (Adressat: Organisationseinheit Finanzen und Controlling) sind im Rahmen des MCO vierteljährlich sogenannte „MCO-Analysen“ (Adressat: Organisationseinheit Medizin- und Pflege-Management) durchzuführen.

Hierfür wurden seitens des Managementbereichs der KAGes Formulare zur Verfügung gestellt.

Der LRH hat die MCO-Jahresanalysen für 2015 bis 2019 gesichtet und ist zu folgendem Bild gelangt:

- **V. a. bei der Kategorie „Abweichungsanalyse Fälle“ wurden Abweichungen lediglich beschrieben, aber nicht näher begründet.**
- **V. a. in der Kategorie „Auffälliges bei medizinischen Leistungen“ wurden wiederholt dieselben Begründungen angeführt.**
- **Einige Kategorien blieben stets leer.**
- **Andererseits gab es, v. a. bei der „Ärztlichen Verantwortung“ näher erläuternde und spezifische Begründungen.**

Die MCO-Analysen ergänzen die Budget- und Leistungsanalysen hinsichtlich der o. a. Kategorien.

Die Budget- und Leistungsanalysen sowie die MCO-Analysen werden vierteljährlich KAGes-weit zusammengeführt und im Rahmen einer Vorstandssitzung thematisiert.

Der LRH wiederholt seine Empfehlung von Kapitel 7.3.1 „KAV ROA“, im Rahmen der Budget- und Leistungsanalyse auch wesentliche Entwicklungen bzw. Abweichungen bei den Leistungsdaten zu begründen oder zumindest auf die jeweilige MCO-Analyse zu verweisen.

7.5 Investitionen/Ersatzanschaffungen

Für den KAV ROA wurden laut KAGes im Zeitraum 2015 bis 2019 insgesamt Investitionen/Ersatzanschaffungen in der folgenden Höhe getätigt:

	2015	2016	2017	2018	2019
Investitionen	813.062,31	751.595,54	906.495,87	958.929,98	763.206,14

Quelle: KAGes, Aufstellung der Investitionen 2015 bis 2019, aufbereitet durch den LRH

Der LRH sichtete die Auflistung der einzelnen Investitionen/Ersatzanschaffungen im Prüfzeitraum. Es handelte sich dabei vorwiegend um medizin-technische Geräte (z. B. für Radiologie und Endoskopie), um Wirtschaftsgüter (z. B. Ausstattung für Funktionsräume, Krankenbetten etc.) und um IT-Geräte (z. B. Laptops, Drucker etc.). **Es wurden dabei keine besonderen Auffälligkeiten festgestellt.**

Der Vollständigkeit halber merkte die KAGes an, dass Investitionen im unbeweglichen abnutzbaren und nicht abnutzbaren Anlagevermögen in den Jahren 2015 bis 2017 über die Tochtergesellschaft KIG angeschafft und diese vom KAV ROA angemietet wurden. Auch ab dem Jahr 2018 wurden Investitionen in einem eigenen Buchungskreis geführt und über die Leistungsverrechnung eine virtuelle Miete verrechnet.

Daher sind diese Investitionen in der o. a. Tabelle nicht enthalten.

In der Budget- und Leistungsanalyse zeigt sich von 2017 auf 2018 ein Rückgang bei den übrigen betrieblichen Aufwendungen von € 3,3 Mio. (Wegfall der Miete an die KIG) bzw. ein Anstieg bei der zwischenbetrieblichen Leistungsverrechnung von € 3,2 Mio. (virtuelle Miete an KMS).

Der Anschaffungswert des unbeweglichen abnutzbaren und nicht abnutzbaren Anlagevermögens des KAV ROA, dabei handelt es sich in erster Linie um Grundstücke und Gebäude, zum Stand 1. Jänner 2018 betrug € 16,29 Mio., der Restbuchwert zum selben Zeitpunkt € 13,37 Mio.

In den Wirtschaftsplänen werden die geplanten Investitionen inklusive bautechnische Aufträge – in erster Linie Investitionen in das unbewegliche abnutzbare und nicht abnutzbare Anlagevermögen – ausgewiesen (siehe Kapitel 6.3 „Wirtschaftspläne“).

Maßgeblich für die Festlegung der Investitionsbudgets ist der vom Land Steiermark dafür jahresspezifisch genehmigte Finanzrahmen. Die Prioritätenreihungen werden jeweils gemeinsam mit den Anstaltsleitungen unter Bedachtnahme auf den Versorgungsauftrag und unter Einbeziehung der zuständigen Stellen des KMS erstellt.

In den Wirtschaftsplänen 2015 bis 2019 wurden die Vorhaben hinsichtlich ihrer Finanzierung durch KAGes bzw. durch die KIG unterschieden. Letztere wurde jedoch rückwirkend mit 1. Jänner 2018 mit der KAGes durch eine Upstream-Fusion wieder zusammengeführt.

Die Investitionsbudgets des KAV ROA der Jahre 2015 bis 2019 stellen sich wie folgt dar:

	2015	2016	2017	2018	2019
1. technische Investitionen	1.251.800	727.500	653.100	906.000	720.800
1.1 Planung (T1)	0	0	0	0	0
1.2 Medizintechnik (T3)	493.000	727,500	504.100	896.000	705.800
1.3 Haus- und Elektrotechnik (T4)	107.000	0	75.000	5.000	10.000
1.4 Bautechnik (T5)	651.800	0	74.000	5.000	5.000
2. EDV-Investitionen	94.900	68.900	81.600	52.300	70.900
3. Wirtschaftsinvestitionen	149.300	127.700	129.500	134.700	100.900
gesamt	1.496.000	924.100	864.200	1.093.000	892.600

Quelle: KAGes, Wirtschaftspläne 2015 bis 2019, aufbereitet durch den LRH

Der LRH stellt fest, dass der KAV ROA im Zeitraum 2015 bis 2019 insgesamt über ein Investitionsbudget von € 5.269.900,--, das sind durchschnittlich € 1.053.980,-- verfügte. 2020 betrug das gesamte Investitionsbudget € 1.009.800,--.

Die geplanten bautechnischen Investitionen im Jahr 2015 betrafen in erster Linie die Errichtung einer chirurgisch-gynäkologische Tagesklinik am Standort Rottenmann.

Die folgende Tabelle zeigt die korrespondierenden Ist-Werte, um einen Eindruck über die tatsächlichen Investitionen/Ersatzanschaffungen zu vermitteln:

	2015	2016	2017	2018	2019
IT-Investitionen ³²	92.616,98	106.228,56	87.846,51	54.020,58	82.604,83
technische Investitionen ³³	605.016,78	635.859,87	748.678,74	787.633,59	595.017,41
Wirtschaftsinvestitionen ³⁴	143.070,06	105.711,34	107.895,03	121.048,85	91.712,53
ZWS	840.703,82	847.799,77	944.420,28	962.703,02	769.334,77
bautechnische Aufträge ³⁵	594.066,39		75.440,17		
Gesamtsumme	1.434.770,21	847.799,77	1.019.860,45	962.703,02	769.334,77

Quelle: KAGes, Investitionen Technik – EDV – Wirtschaft, 2015 bis 2019

Der LRH stellt fest, dass die Investitionen/Ersatzanschaffungen im Zeitraum 2015 bis 2019 durchschnittlich € 873.000,-- betragen. Diese verteilen sich zu 77,3 % auf technische Investitionen, zu 13,0 % auf Wirtschaftsinvestitionen und zu 9,7 % auf IT-Investitionen. Für 2019 ist im Vergleich zu den Jahren zuvor ein Rückgang zu verzeichnen.

Im Bereich der Bautechnik wurden € 670.000,-- investiert, ab 2016 keine großen Investitionen mehr vorgenommen. Insgesamt ergibt das für den Prüfzeitraum ein Gesamtinvestitionsvolumen von € 5,0 Mio.

Ein Vergleich mit den für den Prüfzeitraum geplanten Investitionen im Ausmaß von € 5,3 Mio. zeigt, dass diese im Prüfzeitraum hinter den budgetierten Mitteln zurückblieben.

Der RSG-St 2025 in der Version 1.0, in welchem erstmals die Schließung der Krankenhausstandorte in Bad Aussee, Rottenmann und Schladming in die Struktur- und Angebotsplanung einging, wurde im Juni 2017 veröffentlicht.

Die Anstaltsleitung gab an, dass an den Standorten nur mehr Erhaltungsinvestitionen im unbedingt notwendigen Ausmaß getätigt würden.

An den beiden Standorten des KAV ROA sind laut KAGes bis 2025 Investitionen/Ersatzanschaffungen im Bereich der Medizintechnik im Ausmaß von € 800.000,-- pro Jahr notwendig sowie die Instandsetzung der Anlage zur unterbrechungslosen

³² z. B. Laptops, Drucker

³³ v. a. med.technische Geräte wie z. B. Endoskope, Röntgen

³⁴ z. B. Raumausstattung, Krankbetten

³⁵ Investitionen in das unbewegliche abnutzbare und nicht abnutzbare Anlagevermögen

Stromversorgung im Ausmaß von € 90.000,--. Bautechnische Investitionen werden keine mehr geplant.

Der LRH stellt fest, dass der RSG-St 2025 bei den Investitionen/Ersatzanschaffungen Berücksichtigung findet.

7.6 Folgekosten laut Projektkontrolle Neubau Bad Aussee vs. laufende Kosten laut Budget- und Leistungsanalyse

7.6.1 Vorbemerkung

Der LRH führte im Jahr 2008 eine Projektkontrolle des Neubaus des LKH Bad Aussee durch (vgl. Kapitel 2.3 „Vorberichte bzw. Projektkontrollen“).

Hinsichtlich der Bedarfsermittlung konnte der LRH damals die durch die Vorgaben des Eigentümers erfolgte Dimensionierung für den Neubau des LKH Bad Aussee nicht bestätigen; die von der Stmk. Landesregierung beschlossene chirurgische Versorgungsform war nicht nachvollziehbar, und die dargelegte Bettenanzahl für das LKH Bad Aussee wurde insgesamt als zu hoch erachtet.

Die im Rahmen der Projekteinreichung vorgelegten Folgekosten und Folgeerlöse waren zwar rechnerisch nachvollziehbar, im Hinblick auf die Feststellungen des LRH zur Bedarfsermittlung aber generell zu relativieren.

7.6.2 Leistungs-, Raum- und Betriebsparameter

Im Rahmen einer Projekteinreichung werden u. a. auch Leistungs-, Raum- und Betriebsparameter bekannt gegeben.

Der LRH vergleicht im Folgenden ausgewählte Leistungs-, Raum- und Betriebsparameter des Standortes Bad Aussee aus der Projekteinreichung 2008 mit Werten aus der Budget- und Leistungsanalyse 2019:

	Ist 2006	Soll 2011	Ist 2019	Δ abs. 2019 zu 2011	Δ % 2019 zu 2011
LDF-Punkte	5.812.920	5.914.378	8.494.285	2.579.907	43,6 %
Belagstage	18.855	16.708	13.734	- 2.974	- 17,8 %
φ Verweildauer (Belagstage)	6,45	5,62	4,13	- 1,49	- 26,5 %
stationäre Fälle	2.922	2.973	3.325	352	11,8 %
ambulante Frequenzen	20.571	22.501	25.827	3.326	14,8 %
Betten (tats.)	74	58	47	- 11	18,3 %
Auslastung	70%	79%	79,2%	0,2 %	

Quelle: Projektkontrolle „LKH Bad Aussee“, KAGes, aufbereitet durch den LRH

Die LDF-Punkte / ungewichteten LKF-Punkte lagen im Ist 2019 um 43,6 % höher als im Soll 2011. Diese starke Zunahme ist in erster Linie mit regelmäßigen Änderungen im LKF-System zu erklären.

Die Anzahl der stationären Fälle nahm im Vergleich zum Soll 2011 zwar um 11,8 % zu, gleichzeitig sank die durchschnittliche Verweildauer absolut um 1,49 Tage pro Fall und die Anzahl der Belagstage um 17,8 %. Damit wurde den gesundheitspolitischen Zielsetzungen im Hinblick auf kürzere Verweildauern und Reduktion der Krankenhausaufenthaltstage entsprochen.

Die ambulanten Frequenzen sind im Ist 2019 um 14,8 % höher als im Soll 2011. Damit wird eine weitere gesundheitspolitische Zielsetzung, die Forcierung des ambulanten Bereichs, erfüllt. Insgesamt zeigt sich also im Ist 2019 eine stärkere Inanspruchnahme stationärer und ambulanter Kapazitäten, als im Soll 2011 geplant war.

Die Anzahl der tatsächlichen Betten wurde von den geplanten 58 im Soll 2011 auf 47 im Ist 2019 reduziert. Die Auslastung liegt bei 79,2 %.

7.6.3 Folgekosten und Folgeerlöse

Im Folgenden wird ein Vergleich der Folgekosten und Folgeerlöse aus der Projektkontrolle 2008 mit den Werten der Budget- und Leistungsanalyse auf der Preisbasis 2019 vorgenommen – dies dient zur Veranschaulichung. Der LRH weist hinsichtlich der langen Zeitspanne bzw. der unterschiedlichen Datenquellen auf eine beschränkte Validität hin.

(Preisbasis 2019)	Ist 2006	Soll 2011	Ist 2019	Δ abs. 2019 zu 2011	Δ % 2019 zu 2011
Betriebsleistung	6.557.635	6.534.493	8.748.551	2.214.058	33,9 %
Betriebsaufwendungen	- 13.098.044	- 13.598.410	- 14.732.600	- 1.134.190	8,3 %
Betriebserfolg	- 6.540.409	- 7.063.916	- 5.984.048	1.079.868	- 15,3 %

Quelle: Projektkontrolle „LKH Bad Aussee“, Budget- und Leistungsanalyse 2019, aufbereitet durch den LRH

Der LRH stellt fest, dass der durch den Standort Bad Aussee im Jahr 2019 verursachte Betriebsabgang um € 1,08 Mio. geringer ist, als im Jahr 2008 für das Soll 2011 errechnet. Anzumerken ist, dass die damals aufgestellten Berechnungen sich langfristig als relativ zutreffend erwiesen haben.

Es ist darauf hinzuweisen, dass

- zum Zeitpunkt der Einreichung der Projektkontrolle in 2008 das LKH Bad Aussee noch eine eigenständige KA war, die Verbundbildung mit Rottenmann jedoch im Zuge der Umsetzung des Projektes erfolgte,
- durch die Bildung des KAV ROA die Nutzung von Synergieeffekten zu erwarten war und

- es zu Veränderungen im Patientengut bzw. Anpassungen im Leistungsspektrum am Standort Bad Aussee kam.

7.6.4 Fazit

Der LRH beurteilte die Bedarfsberechnung des Neubaus LKH Bad Aussee in der eingereichten Form 2008 negativ. Der aktuelle Bericht des LRH bestätigt Kritikpunkte, vor allem die Dimensionierung (zu hohe Bettenanzahl) und die mittlerweile problematische chirurgische Versorgung.

Leistungs-, Raum- und Betriebsparameter spiegeln im wesentlichen gesundheitspolitische Zielsetzungen wider.

Die Kosten- und Erlössituation ist (inflationbereinigt) grundsätzlich besser, als für den Soll-Zustand angenommen. Erklärungsansätze hierfür sind v. a. Änderungen im LKF-System, Patientengut, angepasstes Versorgungsspektrum oder unbesetzte DP.

Der LRH legte das Ergebnis seiner Überprüfung in der am 20. August 2020 abgehaltenen Schlussbesprechung ausführlich dar.

Vertreten waren

- das Büro von Frau Landesrätin Mag.^a Dr.ⁱⁿ Juliane Bogner-Strauß,
- die Abteilung 8 Gesundheit, Pflege und Wissenschaft,
- der Gesundheitsfonds Steiermark und
- die Steiermärkische Krankenanstaltengesellschaft m.b.H.

8. FESTSTELLUNGEN UND EMPFEHLUNGEN

Der Landesrechnungshof (LRH) überprüfte den Krankenanstaltenverbund Rottenmann-Bad Aussee (KAV ROA). Die Prüfung umfasste den Zeitraum von 1. Jänner 2015 bis, soweit Unterlagen vorhanden, zum 31. Dezember 2018. Hinsichtlich einzelner Prüfbereiche wurde auch auf Zeiträume davor und danach Bezug genommen.

Nach Durchführung des Anhörungsverfahrens ergeben sich folgende Feststellungen und für den Maßnahmenbericht gemäß Art. 52 Abs. 4 Landes-Verfassungsgesetz 2010 relevante Empfehlungen:

Krankenanstaltenverbund Rottenmann – Bad Aussee [Kapitel 2]

- Beim KAV ROA handelt es sich um eine allgemein-öffentliche, gemeinnützige Krankenanstalt an den Standorten 8786 Rottenmann, St. Georgen 2-4 und 8990 Bad Aussee, Sommerbergseestraße 396 mit insgesamt 225 systemisierten Betten in der Rechtsträgerschaft der Steiermärkischen Krankenanstaltengesellschaft m. b. H (KAGes).
- Der LRH führte 2008 eine Projektkontrolle des Neubaus des Standortes Bad Aussee durch. Insgesamt konnte der LRH hinsichtlich der Bedarfsermittlung damals die durch die Vorgaben des Eigentümers erfolgte Dimensionierung nicht bestätigen; die von der Stmk. Landesregierung beschlossene chirurgische Versorgungsform war nicht nachvollziehbar, und die dargelegte Bettenanzahl wurde insgesamt als zu hoch erachtet.
- Der LRH stellt fest, dass die Empfehlungen im Rahmen der Projektkontrolle aus dem Jahr 2008 nicht berücksichtigt wurden und die im Jahr 2013 fertiggestellte Krankenanstalt in Bad Aussee nun in Frage gestellt werden muss.

Grundlagen und Organisation [Kapitel 3]

- Zum 31. Dezember 2019 waren 218 Betten tatsächlich aufgestellt bzw. waren 225 Betten sanitätsbehördlich genehmigt.
- Der LRH stellt fest, dass laut Regionalem Strukturplan Gesundheit Steiermark (RSG-St) 2025 an den Standorten Rottenmann und Bad Aussee mittelfristig keine bettenführenden Akutkrankenanstalten mehr vorgesehen sind. Die bettenführenden Akutkrankenanstalten in Bad Aussee, Rottenmann (Träger: KAGes) und Schladming (Träger: Klinik Diakonissen Schladming (KDS) GmbH des Evangelischen Diakoniewerks Gallneukirchen) sollen durch eine Standardkrankenanstalt gemäß

§ 3 Abs. 1 Z. 1 StKAG, laut RSG-St 2025 als „Krankenanstalt (KA) Ennstal“ bezeichnet, ersetzt werden.

➤ **Empfehlung 1:**

Sollte das Projekt wie geplant in Form einer gemeinsamen Betriebsführungsgesellschaft von KAGes und KDS umgesetzt werden, ist folglich dem Land Steiermark bzw. der KAGes in den Gremien zumindest der Vorsitz mit dem Recht zu überlassen, bei Stimmgleichheit entscheiden zu dürfen.

➤ **Empfehlung 2:**

Um den besonderen Herausforderungen dieses Projektes (v. a. Personalaufbringung, Lenkung der Patientenströme, Nutzung von Synergieeffekten bzw. Vermeidung von behindernden Unternehmensgrenzen) zu entsprechen, erachtet es der LRH weiters als sinnvoll, die KA Ennstal möglichst eng an die KAGes anzubinden bzw. gegebenenfalls in die KAGes einzugliedern.

□ Der LRH kann weder aus dem RSG-St 2025 noch aus den rechtlichen Grundlagen erkennen, wie die Lösung des Fachärztemangels in der Versorgungsregion Liezen (VR 62) aussehen sollte.

□ Wie bereits in einigen Vorberichten stellte der LRH neuerlich fest, dass durch die derzeitigen Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen v. a. ein Fachärztemangel vorliegt, der sich weiter verschärfen wird.

➤ **Empfehlung 3:**

Der LRH empfiehlt den Verantwortungsträgern, im eigenen Wirkungsbereich soweit möglich Vorkehrungen zu treffen; darüber hinaus ist diese Problematik an die Bundesebene heranzutragen und nachdrücklich zu verfolgen.

□ Der LRH stellt fest, dass eine Reihe von interdisziplinären Einrichtungen sowie zwei Abteilungen gleicher Fachrichtung nach wie vor an beiden Standorten getrennt betrieben werden. Die Etablierung des KAV ROA spiegelt sich daher in der Führung der Abteilungen nicht wider.

➤ **Empfehlung 4:**

Der LRH empfiehlt, interdisziplinäre Einrichtungen sowie Abteilungen gleicher Fachrichtungen zusammenzulegen bzw. standortübergreifend zu führen.

□ Der LRH stellt fest, dass Errichtungs- und Betriebsbewilligungen für den KAV ROA vorlagen.

- An der Abteilung für Chirurgie am Standort Rottenmann lag zum Bewilligungszeitpunkt der letzten Planbettenänderung trotz Bettenreduktion ein Überhang von vier Betten vor. Insgesamt waren im KAV ROA zwölf Betten mehr bewilligt als im RSG-St für 2020 vorgesehen.
 - **Empfehlung 5:**
Der LRH empfiehlt aus Gründen der Sparsamkeit und Wirtschaftlichkeit, im Zuge des sanitätsbehördlichen Bewilligungsverfahrens bei Planbettenänderungen auf die Zielvorgaben des RSG-St so früh wie möglich hinzuwirken.

- Der LRH stellt fest, dass ein Antrag auf Bewilligung zur Bestellung des Konsiliarapothekers erst nach Antritt der Funktion eingereicht wurde. Durch die verspätete Antragstellung kam es erst sechs Monate nach (vermeintlicher) Übernahme der Funktion als Konsiliarapotheker zu einer Genehmigung.
 - **Empfehlung 6:**
Der LRH empfiehlt der KAGes, einen Antrag auf Genehmigung der Bestellung eines Konsiliarapothekers zeitgerecht vor Übernahme der Funktion einzubringen.

- Die für den KAV ROA im Prüfzeitraum gültige Anstaltsordnung (AO) wurde mit Bescheid vom 14. Oktober 2013 bewilligt. Aufgrund der inzwischen erfolgten vierten Novelle des § 18 Steiermärkisches Krankenanstaltengesetz 2012 sowie der Umstrukturierungen im KAV ROA ist die AO mittlerweile nicht mehr aktuell; laut KAGes befindet sich eine einheitliche Muster-AO für alle KAGes-KA in Vorbereitung.

- Der LRH stellt fest, dass im Prüfzeitraum überwiegend jährliche Überprüfungen der Standorte durch die Bezirkshauptmannschaft (BH) Liezen und die politische Expositur Gröbming durchgeführt wurden. Der LRH stellt somit fest, dass die BH Liezen grundsätzlich ihrer sanitären Aufsichtspflicht nachkam.

Personal [Kapitel 4]

- Der LRH stellt fest, dass es im KAV ROA im Prüfzeitraum zu Überschreitungen der zulässigen Höchstarbeitszeiten laut Krankenanstalten-Arbeitszeitgesetz (KA-AZG) kam. Mit Auslaufen der Übergangsregelung Ende Juni 2021 muss mit einer weiteren Verschärfung der angespannten personellen Situation bei der Ärzteschaft im KAV ROA gerechnet werden.

- Der LRH stellt fest, dass der KAV ROA im Zeitraum 2015 bis 2018 die genehmigten Stellen nicht zur Gänze besetzen konnte.

- Die Anzahl der Mitarbeiter/Vollzeitäquivalente (VZÄ) des KAV ROA zum Stichtag 31. Dezember stieg von 653/549,16 in 2015 um 1,8 %/0,8 % auf 665/553,54 in 2018.
- Der KAV ROA versuchte, Unterbesetzungen in den Abteilungen für Chirurgie mit dem Abschluss von Konsiliarverträgen zu kompensieren.
- Primärärzte fallen nicht unter die Einschränkungen des KA-AZG, und eine KA-AZG-konforme Führung von Abteilungen konnte oft nur durch die Absolvierung von Diensten durch die Primärärzte sichergestellt werden.
- Der KAV ROA wies einen überdurchschnittlich hohen Anteil offener Stellen innerhalb der KAGes zum Zeitpunkt der Überprüfung aus; bei $\frac{3}{4}$ der ausgeschriebenen Stellen handelte es sich um Arztstellen.
- Zum Stichtag 31. Dezember 2019 waren im KAV ROA von 101 Ärzten insgesamt 24, das sind 23,7 %, älter als 55 Jahre. Im Vergleich dazu waren in der gesamten KAGes von 2.426 Ärzten (Mitarbeitern) insgesamt 441 älter als 55 Jahre, das sind 18,2 %.
- Die Resturlaubsstände in Tagen je VZÄ zum Stichtag 31. Dezember eines jeden Jahres am KAV ROA schwankten im Prüfzeitraum zwischen 12,6 und 14,4 Tagen und lagen damit leicht über dem KAGes-Wert von 12,4 bis 13,7 Tagen.
- Die Überstundenvorträge des KAV ROA waren zwar höher als im KAGes-Durchschnitt, nahmen im Prüfzeitraum jedoch kontinuierlich ab.
- Die im Prüfzeitraum für die Abteilungen für Chirurgie geplanten Stellen konnten ab 2016 nicht mehr bedeckt werden.
- Im gesamten Prüfzeitraum zeigten sich stetig wachsende Unterbesetzungen im Bereich der Ärzte, welche im Jahr 2018 bereits eklatante 30,5 % betrug. Bereits seit damals besteht Handlungsbedarf.
- Der Dienstbetrieb an der Abteilung für Chirurgie am Standort Rottenmann konnte bis jetzt v. a. durch den Einsatz der Fachärzte und deren Bereitschaft bzw. Zustimmung zum „opt-out“ sowie durch Konsiliarverträge mit zwei pensionierten Ärzten aufrechterhalten werden.
- 2020 kam es bereits zum Abgang von zwei Fachärzten, und es ist mit einem weiteren Personalabgang in der Höhe von 3,5 VZÄ zu rechnen. Im August 2020 waren fünf Turnusarztstellen vakant, die Aufrechterhaltung des Dienstbetriebes im Herbst 2020 wird mit nur zwei Assistenzärzten nicht zu bewältigen sein.

- Der LRH stellt fest, dass ein KA-AZG-konformer Betrieb der Abteilung für Chirurgie am Standort Rottenmann nicht mehr möglich ist und sich aufgrund der Personalabgänge im Jahr 2020 die Personalsituation im Vergleich zum Prüfzeitraum weiter massiv verschlechtern wird.
- Der Dienstbetrieb an der Abteilung für Chirurgie am Standort Bad Aussee konnte bis jetzt v. a. durch den Einsatz der Fachärzte und deren Bereitschaft bzw. Zustimmung zum „opt-out“, durch die vom Primar geleisteten Dienste sowie durch Konsiliarverträge mit pensionierten Ärzten aufrechterhalten werden.
- Am Standort Bad Aussee sind derzeit 2,6 Facharzt-Dienstposten (DP) besetzt, und mit Ende des Jahres muss durch Abgänge mit verbleibenden 0,4 VZÄ gerechnet werden.
- Der Personalstand des chirurgischen Bereiches am Standort Rottenmann entspricht nicht der Dauerauflage der Betriebsbewilligung.
- Es war bis jetzt unmöglich, vakante Facharztstellen zu besetzen, weshalb der Primar gemeinsam mit pensionierten Fachärzten zur Aufrechterhaltung des Dienstbetriebes 22 bis 25 Dienste pro Monat leistet.
- Der LRH stellt fest, dass ein KA-AZG-konformer Betrieb der Abteilung für Chirurgie am Standort Bad Aussee nicht mehr möglich ist und sich aufgrund der Personalabgänge im Jahr 2020 die Personalsituation im Vergleich zum Prüfzeitraum weiter massiv verschlechtern wird.
- Die chirurgische Vollversorgung an den beiden Standorten des KAV ROA kann nicht mehr aufrechterhalten werden.
- Das Führen einer fächerübergreifenden chirurgischen Abteilung („Orthopädie und Traumatologie“ sowie „Allgemein- und Viszeralchirurgie“) ist der Personalrekrutierung und der Aufrechterhaltung des Dienstbetriebes nicht zuträglich.
 - **Empfehlung 7:**
Der LRH empfiehlt, umgehend die allgemein- und viszeralchirurgische Vollversorgung innerhalb der VR 62 als Übergangslösung am Standort Rottenmann zu zentralisieren.
- An der Abteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe am Standort Rottenmann lag im Bereich der Ärzteschaft 2015 bis 2017 eine Unterbesetzung vor, bei den Fach- und Stationsärzten auch 2018.

- Die Abteilung war im Prüfzeitraum mit stark rückläufigen Fällen (- 14,11 %) und Belagstagen (- 8,99 %) sowie mit einer geringen Bettenauslastung (36,64 %) konfrontiert.

➤ **Empfehlung 8:**

Der LRH empfiehlt, umgehend die geburtshilflich-gynäkologische Versorgung innerhalb der VR 62 als Übergangslösung bereits vor der Umsetzung des geplanten Projektes „Leitspital Region Liezen“ am Standort Rottenmann zu zentralisieren.

- Die Steigerung des Personalaufwandes bzw. der Stellen am KAV ROA korrespondiert nicht mit den rückgängigen Leistungsdaten.
- Der LRH stellt fest, dass im Prüfzeitraum 2015 bis 2018 der Personalaufwand je VZÄ im KAV ROA mit durchschnittlich € 67.697,34 um € 3.973,14 über jenem der gesamten KAGes von durchschnittlich € 63.724,20 lag.

Ausgewählte Versorgungsbereiche [Kapitel 5]

- Die Notfallversorgung in der VR 62 ist mit drei virtuellen bodengebundenen Notarzt-Stützpunkten an den derzeit bestehenden Krankenhaus-Standorten sowie mit einem luftgebundenen Notarztstützpunkt in Niederöblarn gut abgedeckt. Seit kurzem werden im VR 62 auch Einsätze vom neuen Stützpunkt St. Michael geflogen.
- In den Jahren 2015 bis 2019 wurden insgesamt 41 Patienten mit dem Hubschrauber in die KA am Standort Rottenmann gebracht. Am Standort Bad Aussee gab es im Prüfzeitraum keine einzige Einlieferung per Hubschrauber.
- Im KAV ROA, Standort Rottenmann, Abteilung für Innere Medizin, müssen außerhalb der Regelbetriebszeit ambulant behandelbare Patienten fallweise stationär aufgenommen werden.

Leistungsdaten und Kennzahlen [Kapitel 6]

- Zusammenfassend zeigen sich für den KAV ROA insgesamt stagnierende bis rückläufige Leistungsdaten, eine geringe Auslastung, eine geringe Fallkomplexität sowie hohe Kosten.
- Die Bevölkerungsentwicklung in der VR 62 stagnierte über den Zeitraum der Jahre 2015 bis 2019, das Durchschnittsalter der zu versorgenden Patienten in den Fachbereichen Chirurgie und Innere Medizin stieg über die die Werte der Landes- sowie Bundesebene.

- Der LRH stellt betreffend die Patientenströme fest, dass im Jahr 2018 50,5 % der betroffenen Patienten stationäre Leistungen in der eigenen VR 62 in Anspruch nahmen. In der gesamten Steiermark waren es 70,4 %. 12,7 % wichen nach Oberösterreich, 12,8 % nach Salzburg aus.
 - **Empfehlung 9:**
Der LRH empfiehlt dem Gesundheitsfonds Steiermark, bei der Planung der stationären Standardversorgung insbesondere die bundeslandüberschreitenden Patientenströme zu analysieren und zu berücksichtigen sowie diese bundeslandübergreifend abzustimmen; dies nicht zuletzt wegen der Wegzeiten der Patienten der VR 62 zu den KA.

- Eine Analyse, in welchem Ausmaß Patientenströme durch die Errichtung der KA Ennstal wieder in die VR 62 umgelenkt werden sollen und können, liegt dem LRH nicht vor.
 - **Empfehlung 10:**
Im Hinblick auf die Dimensionierung der KA Ennstal sollte bei der Bedarfsermittlung auch auf die tatsächliche Inanspruchnahme medizinischer Versorgungsleistungen durch die Patienten in anderen VR in der Vergangenheit Bedacht genommen werden.

- Die Anzahl der systemisierten Betten reduzierte sich im Zeitraum 2015 bis 2019 von 227 um 0,88 % auf 225, jene der tatsächlichen Betten von 222 um 1,31 % auf 218.

- Die stationären Aufnahmen waren im KAV ROA mit 6,59 % (innerhalb der KAGes mit 6,35 %) rückläufig.

- Die Anzahl der Belagstage sank im Zeitraum 2015 bis 2019 im KAV ROA um 6,53 %, innerhalb der KAGes im selben Zeitraum um 2,31 %.

- Am Standort Rottenmann kam es jährlich infolge der geringen Belegung zu ausgedehnten Bettensperren im Sommer und um die Weihnachtsfeiertage. Weiters kam es zu Akutsperren auf Grund von Personalausfällen.

- Der LRH stellt fest, dass die durchschnittliche Belagsdauer im KAV ROA im Jahr 2019 mit 5,26 Tagen 10,3 % unter dem KAGes-Durchschnitt lag. Der LRH verweist in diesem Zusammenhang auf das Ausmaß der durchschnittlich erbrachten medizinischen Einzelleistung (MEL), welches um 26,56 % unter dem Durchschnitt der KAGes lag.
 - **Empfehlung 11:**
Der LRH empfiehlt der KAGes zu analysieren, ob die Belagsdauer im Wirkungsbereich des KAV ROA gesenkt werden könnte, da bei Patienten,

für deren Behandlung deutlich weniger medizinische Leistungen dokumentiert sind, ein beinahe gleich langer Aufenthalt zu verzeichnen ist.

- Die Auslastung im KAV ROA verringerte sich im Zeitraum der Jahre 2015 bis 2019 um 3,26 Prozentpunkte auf 66,85 %. Die Auslastung lag um 6,97 Prozentpunkte unter dem KAGes-Durchschnitt.
- Die OP-Auslastung im KAV ROA lag im Jahr 2019 mit 63,87 % um 29,26 Prozentpunkte unter dem Durchschnittswert der KAGes.
- Die Kosten je stationärem Aufenthalt an einer Abteilung für Chirurgie stiegen im KAV ROA überdurchschnittlich, insbesondere am Standort Bad Aussee, wo sie zuletzt im Jahr 2019 um 27,28 % über dem Durchschnittswert der KAGes lagen. Dem standen im Jahr 2019 um rund 27 % weniger MEL je stationärem Aufenthalt gegenüber als dies im KAGes-Durchschnitt der Fall war.
- Die Anzahl der ambulanten Patienten nahm im Zeitraum der Jahre 2015 bis 2019 um 6,92 % zu. Im Vergleich dazu stieg die Zahl der ambulanten Patienten innerhalb der KAGes um 20,90 %.
- Die relativen leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierungs (LKF)-Punkte des KAV ROA stiegen im Prüfzeitraum um 22,7 %; der Sprung ist in erster Linie auf eine Neukalkulation der österreichweit einheitlichen leistungsorientierten Diagnosefallgruppen-Pauschalen auf Basis der Kostendaten 2014 zurückzuführen.
- Der LRH stellt fest, dass zuletzt im Jahr 2019 einem Betriebsaufwand von € 51,35 Mio. Erlöse aus dem LKF-System in Höhe von nur € 28 Mio. gegenüberstanden.
- 2019 belief sich die Anzahl der vermeidbaren Krankenhausaufenthalte im KAV ROA auf 834; das entspricht im Vergleich zu 2015 einer Reduktion von 14,64 %.
 - **Empfehlung 12:**
Dem Gesundheitsfonds Steiermark wird empfohlen, in Zusammenarbeit mit der KAGes in Hinblick auf vermeidbare Krankenhausaufenthalte bei den hierfür zuständigen Stellen auf eine Verbesserung der Primärversorgung hinzuwirken und dementsprechende Analysen durchzuführen.
- Der LRH stellt fest, dass der KAV ROA insgesamt 2,45 VZÄ für die Durchführung des Entlassungsmanagements an den beiden Standorten einsetzt.

- Der LRH erachtet es als sinnvoll, dass Beratungstätigkeiten hinsichtlich Gesundheit, Pflege und Soziales an einer zentralen Stelle durchgeführt werden und damit Ressourcen optimal genutzt werden.
- Aus den Erhebungen der KAGes geht hervor, dass im KAV ROA in zwei Quartalen des Jahres 2018 für entlassungsfähige Patienten 455 Pflagetage anfielen.
 - **Empfehlung 13:**
Der LRH empfiehlt der Abteilung 8 Gesundheit, Pflege und Wissenschaft, im Rahmen der Evaluierung des Steirischen Bedarfs- und Entwicklungsplans für pflegebedürftige Personen das Augenmerk auch auf das Entlassungsmanagement und die Anschlusspflege (z. B. mobile Dienste) zu legen.

Finanzielle Gebarung [Kapitel 7]

- Die Anstaltsleitung als kollegiale Führung ist für die Erreichung der Ziele des jeweiligen Landeskrankenhauses verantwortlich. Der LRH stellt fest, dass die Zielerreichung des KAV ROA im Prüfzeitraum zwischen 92,5 % und 100 % lag.
- Der LRH stellt fest, dass hinsichtlich der Ambition der gesetzten Ziele noch Verbesserungsbedarf besteht.
 - **Empfehlung 14:**
Der LRH empfiehlt, bei der Vereinbarung von Zielen stets auch auf einen Ausgleich zwischen Ambition und Erreichbarkeit zu achten.
- Der LRH stellt fest, dass sich die Ziele/Vorhaben der Anstaltsleitung aus den Wirtschaftsplänen nur zu geringen Anteilen mit den Arbeitszielen aus den Zielvereinbarungsgesprächen decken.
 - **Empfehlung 15:**
Der LRH empfiehlt, die Ziele aus der Wirtschaftsplanung künftig mit jenen der Zielvereinbarungen zu synchronisieren.
- Der LRH stellt fest, dass im Rahmen der Budget- und Leistungsanalyse die Entwicklung der Leistungsdaten keiner gesonderten Analyse unterzogen wird. Jedoch wird parallel zur Budget- und Leistungsanalyse auch ein vierteljährliches medizinisches Controlling betrieben, in welchem der Schwerpunkt auf das Leistungsgeschehen und die Kosten der sogenannten „Ärztlichen Verantwortung“ gelegt wurde.

➤ **Empfehlung 16:**

Der LRH empfiehlt, im Rahmen der Budget- und Leistungsanalyse auch wesentliche Entwicklungen bzw. Abweichungen bei den Leistungsdaten zu begründen oder zumindest auf die jeweilige „Medizinisches Controlling“-Analyse zu verweisen.

- Die Betriebsleistung stieg im Prüfzeitraum von € 27,4 Mio. um € 6,3 Mio. auf € 33,7 Mio. Das entspricht einem relativen Zuwachs von 22,8 %.
- Die Betriebsaufwendungen stiegen im Prüfzeitraum von € 48,8 Mio. um € 2,8 Mio. auf € 51,4 Mio. Das entspricht einem Zuwachs von 5,3 %.
- Der Betriebsabgang verminderte sich im Prüfzeitraum von € 21,4 Mio. um € 3,7 Mio. auf € 17,7 Mio.
- Die Aufwendungen für die zwischenbetriebliche Leistungsverrechnung betragen von 2015 bis 2017 durchschnittlich € 1,8 Mio. 2018 bis 2019 stiegen diese durchschnittlich auf € 4,7 Mio. Begründet wird diese Steigerung von € 3 Mio. damit, dass an Stelle der Miete der Gebäude die Abschreibung zwischenbetrieblich zur Verrechnung gelangt.
- Das Haus-/Leistungsbudget verringerte sich in der Folge im Prüfzeitraum von € 23,1 Mio. um € 652.000,- auf € 22,4 Mio. Das entspricht einer relativen Veränderung von 2,8 %.
- Der LRH nahm im Rahmen seiner Prüfung Einsicht in die Budget- und Leistungsanalysen der Jahre 2015 bis 2019. Die im Rahmen der jährlichen Budget- und Leistungsanalysen geplanten Leistungsdaten wurden überwiegend nicht erreicht. Die geplante Betriebsleistung wurde 2016 und 2018 erreicht, 2015, 2017 und 2019 jedoch verfehlt. Die geplanten Betriebsaufwendungen wurden jährlich deutlich unterschritten; dies war in erster Linie auf die geplanten, aber nicht besetzbaren DP zurückzuführen. Dadurch ergab sich in jedem der betrachteten Jahre ein geringerer Betriebsabgang als geplant. Bis auf 2016 wurden die geplante Belagsdauer und die geplante Bettenauslastung nicht erreicht.
- Der LRH konnte den vorgelegten Budget- und Leistungsanalysen keinen Vergleich zu den Vorjahreswerten entnehmen.

➤ **Empfehlung 17:**

Der LRH empfiehlt, (zumindest einmal jährlich) auch einen Vergleich zu den Vorjahreswerten durchzuführen und zu analysieren, damit auch Entwicklungen im Zeitablauf Berücksichtigung und Begründung finden.

- Der LRH kommt zum Schluss, dass der Betrieb des Standortes Bad Aussee (50 Betten) im KAV ROA-internen Vergleich aus ökonomischer Sicht wie auch aus Versorgungssicht ineffizienter als jener des Standortes Rottenmann (175 Betten) ist.
- Der LRH sichtet die Auflistung der einzelnen Investitionen/Ersatzanschaffungen im Prüfzeitraum. Es wurden dabei keine besonderen Auffälligkeiten festgestellt.
- Die Anstaltsleitung gab an, dass an den Standorten nur mehr Erhaltungsinvestitionen im unbedingt notwendigen Ausmaß getätigt würden. Der LRH stellt fest, dass der RSG-St 2025 bei den Investitionen/Ersatzanschaffungen Berücksichtigung findet.

Graz, am 8. Oktober 2020

Der Landesrechnungshofdirektor:

Mag. Heinz Drobesh