

Steiermärkische Krankenanstaltengesellschaft m.b.H. (KAGes)

Die Nettoausgaben des Landes für die Steiermärkische Krankenanstaltengesellschaft m.b.H. (KAGes) stiegen von rd. 197 Mill. EUR (1997) auf rd. 340 Mill. EUR (2006).

Die zunehmende finanzielle Belastung des Landes Steiermark durch den Betrieb seiner Krankenanstalten zwingt zu umfassenden Sparmaßnahmen. Tiefgreifende Strukturanpassungen im medizinischen Bereich, eine neue Finanzierungsstruktur sowie eine straffere Organisation der KAGes werden erforderlich sein.

Die abgegebenen Standortgarantien standen in einem Konflikt zum Ziel einer zeitgemäßen medizinischen Versorgung bei möglichst wirtschaftlichem Betrieb.

Kurzfassung

Prüfungsziel

Ziel der Gebarungsüberprüfung war insbesondere – unter Berücksichtigung der im zugrunde liegenden Beschluss des Steiermärkischen Landtages genannten Prüfungsinhalte – die Beurteilung der Finanzierung, der medizinischen Angebotsstruktur sowie der Organisation der KAGes. (TZ 1)

Finanzsituation

Das bei der Ausgliederung der KAGes verfolgte Ziel einer zeitgemäßen medizinischen Versorgung bei möglichst wirtschaftlichem Betrieb stand in einem Konflikt zu den abgegebenen Standortgarantien des Landtages bzw. der Landesregierung. Sie erschwerten eine Strukturbereinigung im Bereich der KAGes-Krankenanstalten und eine stabile Finanzgebarung der Gesellschaft. (TZ 2)

Die zunehmende Belastung des Landeshaushaltes durch die Krankenanstaltenfinanzierung verursachte in den letzten zehn Jahren eine gegenüber der Entwicklung des Haushaltsvolumens vermehrte Belastung des Landes für alle Steiermärkischen Krankenanstalten von rd. 80 Mill. EUR bzw. für die KAGes-Krankenanstalten von rd. 65 Mill. EUR. (TZ 4)

Die KAGes finanzierte sich durch die leistungsorientierte Verrechnung der Mittel über den Gesundheitsfonds Steiermark und durch direkte Zahlungen vom Land zur Abdeckung der Verluste. Diese duale Finanzierung verhinderte eine leistungsbezogene und transparente Krankenanstaltenfinanzierung. (TZ 3, 5)

In den letzten Jahren wurde der Verlust neben direkten Zuschüssen des Landes auch teilweise durch Darlehen finanziert. Die Landesdarlehen waren zur Finanzierung der KAGes nicht geeignet, da sie keine Stärkung der Eigenmittel der Gesellschaft bewirkten, womit die entstandenen Verluste nicht ausgeglichen werden konnten und eine buchmäßige Überschuldung entstand. (TZ 5)

Die Finanzierung wichtiger Bauvorhaben (z.B. Sanierung Chirurgiegebäude) soll durch die Verwertung der KAGes-Liegenschaften im Wege eines Sale-and-Lease-back-Modells erfolgen. Dieses Modell stellt eine nicht zur Finanzierung von Infrastrukturinvestitionen geeignete und mit Folgekosten verbundene Maßnahme dar.

Bei Arzneimittelkonditionen, Laborkosten und Speisensversorgung bestand Optimierungspotenzial. (TZ 10, 11 und 14)

Die Beraterleistungen (durchschnittlich 800.000 EUR jährlich) betrafen alle Unternehmensbereiche und wären weitgehend vermeidbar gewesen. (TZ 12, 13)

Angebotsstruktur im medizinischen Bereich

Der im Zeitraum 2000 bis 2006 durchgeführte Bettenabbau (613) hatte keine kostensenkenden Effekte, da er nicht von strukturellen Änderungen des medizinischen Leistungsangebotes unterstützt wurde. (TZ 16)



Der noch nicht verbindliche medizinische Struktur- und Angebotsplan der KAGes sah für den Planungshorizont 2010 eine weitere Reduzierung um 670 Betten vor. Es fehlten konkrete Umsetzungskonzepte und der Plan war vornehmlich auf die Erhaltung bestehender Strukturen und auf Standortsicherung ausgerichtet. (TZ 15)

Der Aufbau neuer Versorgungsstrukturen (z.B. Fünf-Tages-Stationen, interdisziplinäre Belegung einer Station oder eines gesamten Krankenhauses, Tagesklinik) befand sich erst in der Anfangsphase. (TZ 17)

Die im Rahmen der Zonenkonferenzen erfolgten überregionalen, länderübergreifenden Planungen berücksichtigten nicht alle Versorgungsbereiche. (TZ 18)

Die Chirugiereform 2005 stellte einen ersten Schritt zur Strukturbereinigung dar, jedoch erfolgte sie in abgeschwächter Form und enthielt starke Elemente zur Standorterhaltung. Einsparungspotenziale von rd. 8,3 Mill. EUR wurden nicht genutzt. (TZ 22)

Das LKH Bad Aussee wurde von der Chirugiereform ausgenommen. Anstelle der ursprünglich geplanten Strukturbereinigung wird ein Neubau mit einer nahezu chirurgischen Vollversorgung in Form eines eigenständigen Primariats geplant. Dadurch entstehen zumindest Mehrausgaben von rd. 3,8 Mill. EUR. (TZ 23)

In den Bereichen der Inneren Medizin und Chirurgie in der Region Graz bestanden Überkapazitäten von 270 Betten, deren Abbau Einsparungen von rd. 40 Mill. EUR jährlich bedeuten würde. (TZ 21, 26)

Auch an weiteren Standorten (LKH Mürzzuschlag-Mariazell und LKH Voitsberg) gab es eine hohe Anzahl an Akutbetten für Innere Medizin bei gleichzeitig niedriger Leistungsdichte. (TZ 28, 29)

Im Zuständigkeitsbereich der KAGes bestand an zehn Standorten eine gynäkologische und/oder geburtshilfliche Versorgung. Insgesamt gab es in diesem Bereich 370 Betten, die im Jahr 2006 nur zu durchschnittlich 68 % ausgelastet waren. (TZ 30 bis 33)

Tiefgreifende Reformen im Bereich der Pulmologie (Lungenheilkunde) waren noch ausständig. (TZ 34)

Organisation der Gesellschaft

Die geplante Vergabe der Geschäftsführung der KAGes an ein externes Unternehmen mit Beratungskosten von rd. 473.000 EUR führte letztendlich zu einem Beratungsauftrag mit einer verpflichtenden Mindestabnahmesumme von 800.000 EUR. (TZ 40)

Entscheidungen im Aufsichtsrat wurden verschoben, hinausgezögert bzw. nicht gefällt. (TZ 38, 39)

In der KAGes gab es zahlreiche Controllinginstrumente, die jedoch größtenteils nicht vernetzt waren. (TZ 42)

Die Zusammenfassung der Krankenanstalten der KAGes in vier Regionen hatte das Ziel, Aufgaben und Verantwortung unmittelbar an den Leistungserbringer Krankenanstalt heranzubringen. Sie brachte keine Entlastung der Zentraldirektion der KAGes, da den Regionalmanagern nur wenige Kompetenzen übertragen wurden. (TZ 43)

Die Dezentralisierungsbemühungen der KAGes wurden nur in Ansätzen verwirklicht und führten zu keinen Personaleinsparungen in der Zentraldirektion. (TZ 37, 44)

Die Reform der KAGes war bis Ende 2007 noch nicht abgeschlossen und verursachte insgesamt über 850.000 EUR an Beratungskosten. (TZ 45 bis 47)



Kenndaten der Steiermärkischen Krankenanstaltengesellschaft m.b.H. (KAGes)

Eigentümer	100 % Land Steiermark						
Rechtsgrundlagen	Gesellschaftsvertrag vom 17. Juni 1985 i.d.F. vom 21. September 2001 und Übertragungsvertrag vom 5. November 1985						
Aufgaben	Errichtung und Betrieb von Krankenanstalten im Land Steiermark mit dem Ziel, dass unter Bedachtnahme auf eine zeitgemäße medizinische Versorgung der Bevölkerung ein wirtschaftlicher Betrieb der in die Verwaltung einbezogenen Krankenanstalten einschließlich der diesen angeschlossenen Betriebe sichergestellt wird.						
Leistungsdaten	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
	in 1.000 EUR						
Bilanzsumme	1.059.900	1.107.478	1.344.989	1.140.196	1.394.201	1.174.464	1.143.489
Umsatzerlöse ¹⁾	567.999	574.093	585.264	622.598	659.327	712.302	744.177
	Anzahl						
Beschäftigte ²⁾	13.084	13.100	13.218	13.457	13.622	13.819	13.869
tatsächliche Betten ¹⁾	6.357	6.078	5.991	5.971	5.944	5.853	5.985
	in 1.000 Punkten						
LKF-Punkte ¹⁾³⁾	650.987	659.432	668.715	684.595	690.790	706.080	775.551

¹⁾ ohne Landespflegeheim Schwanberg

²⁾ in Vollzeitäquivalenten

³⁾ Verrechnungspunkte aus der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung

**Prüfungsablauf und
-gegenstand**

1 Der Steiermärkische Landtag übermittelte am 2. April 2007 den Landtagsbeschluss Nr. 545 vom 27. März 2007, in dem er den RH gemäß Art. 127 Abs. 7 B-VG in Verbindung mit § 15 Abs. 4 RHG aufforderte, die Gebarung der Steiermärkischen Krankenanstaltengesellschaft m.b.H. (KAGes) zu überprüfen.

Der RH überprüfte daher von August bis Dezember 2007 die Gebarung der KAGes. Ziel der Überprüfung war insbesondere – unter Berücksichtigung der im Landtagsbeschluss genannten Prüfungsinhalte – die Beurteilung der Finanzierung, der medizinischen Angebotsstruktur sowie der Organisation der KAGes.

Zu dem im April 2008 übermittelten Prüfungsergebnis langte im Juli 2008 die Stellungnahme der Steiermärkischen Landesregierung ein, in der auch die Stellungnahme der KAGes enthalten war. Der RH erstattete seine Gegenäußerung im September 2008.

Finanzsituation

Zielvorgaben

- 2.1** Mit der Gründung der KAGes im Juni 1985 war das Ziel verbunden, unter Bedachtnahme auf einen wirtschaftlichen Betrieb der Krankenanstalten eine optimale und zeitgemäße medizinische Versorgung der steiermärkischen Bevölkerung sicherzustellen. Der Übertragungsvertrag enthielt keine strategischen, medizinischen oder budgetären Zielvorgaben.

Im Jahr 1994 gaben die im Steiermärkischen Landtag vertretenen Parteien Standortgarantien für die einzelnen Landeskrankenanstalten ab, die der Landtag 2001 bestätigte. Die Landesregierungsfraktionen bekräftigten diese Standortgarantie in einem Arbeitsübereinkommen im November 2005.

- 2.2** Das bei der Ausgliederung der KAGes verfolgte Ziel einer zeitgemäßen medizinischen Versorgung bei möglichst wirtschaftlichem Betrieb stand in einem Konflikt zu den jeweils abgegebenen Standortgarantien. Diese erschwerten eine Strukturvereinbarung im Bereich der KAGes-Krankenanstalten und eine stabile Finanzgebarung der Gesellschaft.

Finanzierung über den Gesundheitsfonds Steiermark

- 3.1** Ein Grundgedanke der im Jahr 1997 begonnenen leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung (**LKF-System**) war es, möglichst alle Finanzmittel¹⁾ über einen Gesundheitsfonds leistungsorientiert zu verrechnen. Das Land Steiermark brachte jedoch die Zuschüsse zur Betriebsabgangsdeckung der KAGes und der sonstigen Krankenanstalten nicht in den Gesundheitsfonds Steiermark (**Fonds**) ein, sondern leistete diese direkt an die Krankenanstalten. Im Jahr 2006 standen dem Fonds rd. 744,5 Mill. EUR – das waren knapp 65 % der Endkosten aller steiermärkischen Krankenanstalten – zur Verfügung.

¹⁾ Im Wesentlichen flossen Mittel des Hauptverbandes der Sozialversicherungsträger sowie Bundes-, Landes- und Gemeindemittel ein.

Zu den Aufgaben des Fonds zählt unter anderem die Weiterentwicklung des Österreichischen Strukturplans Gesundheit 2006 (**ÖSG 2006**) in den Regionalen Strukturplan Gesundheit (**RSG**). Der ÖSG ist die verbindliche Grundlage für die integrierte Planung der österreichischen Gesundheitsversorgungsstruktur. Darauf aufbauend beinhaltet der RSG die Planung des Gesundheitsbereiches auf Länderebene.



- 3.2 Der RH beurteilte die duale Finanzierung durch Fonds- und Landesmittel als nicht zweckmäßig, weil hohe Direktzahlungen des Landes die Steuerungsfunktion des LKF-Systems sowie die Transparenz des Finanzierungssystems insgesamt schwächen. Er empfahl daher, alle Finanzmittel für die stationäre Krankenversorgung im Fonds zu konzentrieren und eine leistungsbezogene Verteilung der Mittel sicherzustellen.

Der Fonds sollte die zentrale Gesundheitssteuerung mit Versorgungsausgleich zwischen intramuralen und extramuralen Anbietern¹⁾ übernehmen sowie die strategischen Zielsetzungen für KAGes- und sonstige Krankenanstalten festlegen und damit die Zentralkommission der KAGes entlasten.

¹⁾ Die Begriffe „intramural“ und „extramural“ stehen für den öffentlichen, vor allem krankenhausbezogenen Bereich des Gesundheitswesens auf der einen Seite sowie den niedergelassenen Bereich des Gesundheitswesens auf der anderen Seite.

- 3.3 *Laut Stellungnahme der Steiermärkischen Landesregierung teile die KAGes die Meinung des RH über die duale Finanzierung und würde eine entsprechende Erhöhung der leistungsbezogenen Umsatzerlöse aus einem gemeinsamen Finanzierungstopf begrüßen.*

Aus Sicht einer Maastricht-konformen Darstellung des Landessaldos werde ein gewisser Spielraum benötigt, dem eine Einzahlung als Zuschuss an den Fonds entgegenstehen könnte. Darüber hinaus erbringe die KAGes Leistungen, die nicht unmittelbar im Zusammenhang mit dem LKF-System stünden sowie leichter und kostengünstiger über den Zuschuss zum Betriebsabgang abzugelten wären.

Die empfohlene Ausarbeitung von strategischen Zielvorgaben sei durch die Erstellung des RSG bereits erfolgt. Jedoch solle auch in Zukunft die Festsetzung von strategischen Zielsetzungen nur unter Beiziehung der Expertise der KAGes erfolgen, wofür die Vorhaltung einer eigenen Planungskompetenz seitens der KAGes weiterhin als notwendig und unerlässlich angesehen werde.

- 3.4 Der RH vertrat demgegenüber die Ansicht, dass eine leistungsorientierte Finanzierung der KAGes über den Fonds grundsätzlich von einer Maastricht-konformen Darstellung des Landessaldos zu trennen ist. Auf der einen Seite ging es um eine transparente und leistungsbezogene Abgangsdeckung der Krankenanstalten. Auf der anderen Seite stand die nachhaltige Konsolidierung des Landeshaushaltes zur Erreichung der Stabilitätsbeiträge.

Finanzsituation

In Bezug auf die zusätzlichen Leistungen der KAGes, die nicht unmittelbar im Zusammenhang mit dem LKF-System stehen, stellte der RH fest, dass der Zusatzaufwand über eine zweckmäßige – z.B. über den LKF-Steuerungsbereich laufende – Verrechnung auf derzeitigem Niveau gehalten bzw. auch unterschritten werden könnte.

Weiters stellte der RH klar, dass die Bestimmung von strategischen Zielvorgaben für sämtliche Krankenanstalten in der Steiermark durch den Fonds erfolgen soll. Feinabstimmungen des medizinischen Leistungsangebotes sollten im Zuständigkeitsbereich der KAGes bzw. der anderen zuständigen Krankenanstaltenträger liegen, wofür jedoch weit- aus geringere Ressourcen als bisher in der Zentralklinik der KAGes erforderlich wären.

Finanzielle Belastung des Landes

- 4.1** Das Land hat nach dem Steiermärkischen Krankenanstaltengesetz die Verpflichtung, die stationäre Gesundheitsversorgung (Spitalsversorgung) sicherzustellen. Die KAGes betreibt über 80 % der Akutbetten¹⁾ in der Steiermark, die übrigen Akutbetten stellen andere Rechtsträger (vor allem Ordenskrankenhäuser) bereit.

¹⁾ Akutbetten befinden sich in einem Krankenhaus, in dem für Akutfälle sowohl Tag- als auch Nachtaufnahmebereitschaft besteht und ein breites Behandlungsspektrum vorliegt.

Der RH analysierte die zeitliche Entwicklung der jährlichen Belastung des Landes für die Finanzierung seiner Krankenanstalten im Zeitraum 1997 (Beginn des LKF-Systems) bis 2006. Die Nettoausgaben des Landes zur Sicherstellung der Akutversorgung stiegen von rd. 203 Mill. EUR (1997) auf rd. 364 Mill. EUR (2006).²⁾ Während im gleichen Zeitraum das jährliche Haushaltsvolumen um rd. 3,7 % zunahm, stiegen die Ausgaben für die steiermärkische Krankenanstaltenfinanzierung um rd. 6,7 % jährlich; jene für die KAGes-Krankenanstalten stiegen von rd. 197 Mill. EUR (1997) auf rd. 340 Mill. EUR (2006).

²⁾ Aus dem Differenzbetrag zwischen den jeweiligen Einnahmen zu den Ausgaben ergeben sich – auf Basis der Rechnungsabschlüsse – die so genannten Nettoausgaben des Landeshaushaltes. Das ist der Betrag, den das Land jährlich für die Finanzierung der Spitäler aufbringen muss.



- 4.2 Der RH wies darauf hin, dass der Anstieg der effektiven Ausgaben für die Krankenanstaltenfinanzierung im Vergleich zum Wachstum des Haushaltsvolumens in den letzten zehn Jahren um rd. 3 %-Punkte höher war. Dies entsprach für den Zeitraum 1997 bis 2006 einer Mehrbelastung des Landes für alle Steiermärkischen Krankenanstalten von rd. 80 Mill. EUR bzw. für die KAGes-Krankenanstalten von rd. 65 Mill. EUR.

Um dieser Entwicklung entgegenzusteuern, empfahl der RH, strukturelle Maßnahmen im medizinischen Leistungsangebot (siehe TZ 15 bis 35) sowie organisatorische Änderungen bei der KAGes (siehe TZ 36 bis 47) zu ergreifen.

Finanzierung des Betriebsabgangs und der Investitionstätigkeit

- 5.1 Der Gesellschafterzuschuss zur Abdeckung des Betriebsabgangs berechnete sich in den Jahren 1986 bis einschließlich 1991 nach den Regelungen des Übertragungsvertrages. Der – noch immer gültige – Vertrag legte Obergrenzen bei den Ausgaben und eine garantierte Mindestbeitragsleistung des Landes zur Abdeckung der Verluste fest. Bereits 1992 wich man von der garantierten Mindestbeitragsleistung ab und die Gesellschafterzuschüsse mussten jährlich neu beschlossen werden.

Ab 2001 änderte das Land Steiermark die Art der Bereitstellung der Finanzmittel. Es kam zu einer teilweisen Umstellung der Zuschuss- auf Darlehensfinanzierung und die Finanzierungsmodalitäten wurden mehrmals abgeändert.

Die Darlehensfinanzierung bewirkte in den Jahren 2004 und 2006 ein negatives Eigenkapital (buchmäßige Überschuldung), da die Kapitalrücklage zu gering war, um den Jahresfehlbetrag abzudecken. In beiden Jahren übte der Abschlussprüfer die Redepflicht aus. Eine Überschuldung im Sinne des Insolvenzrechtes lag aber nicht vor.

Ende 2007 erreichte die Geschäftsführung (Vorstand) der KAGes den Abschluss einer fünfjährigen Finanzierungsvereinbarung mit dem Land, die entweder Landesdarlehen oder Gesellschafterzuschüsse vorsah.

- 5.2 Der RH stellte fest, dass die finanziellen Rahmenbedingungen in den letzten Jahren eine nachhaltige Planung des Betriebsgeschehens behinderten. Er bewertete daher den nunmehrigen Abschluss der Finanzierungsvereinbarung positiv, weil damit größere Planungssicherheit geschaffen wurde.

Weiters vertrat der RH die Ansicht, dass Darlehen zur Finanzierung des Betriebsabgangs nicht zweckmäßig waren.

Der RH empfahl dem Land, den Übertragungsvertrag auf eine bedarfsorientierte Finanzierung umzustellen, in welcher der KAGes im Rahmen mehrjähriger Finanzpläne Globalbudgets zur Verfügung gestellt und über den Gesundheitsfonds leistungsbezogen verrechnet werden.

- 5.3** *Laut Stellungnahme der Steiermärkischen Landesregierung werde versucht werden, den Übertragungsvertrag in naher Zukunft auf eine bedarfsorientierte Finanzierung umzustellen.*

Zur Darlehensfinanzierung wies die Steiermärkische Landesregierung darauf hin, dass die KAGes über eine rechtskräftige Finanzierungsvereinbarung verfüge und die Finanzierung auch nach Auslaufen dieser Vereinbarung gesichert sei.

- 6.1** Die KAGes plante die Durchführung von Bauprojekten¹⁾ in den kommenden Jahren mit einem geschätzten Gesamtinvestitionsvolumen in der Höhe von 716 Mill. EUR (Preisbasis Jänner 2007, ohne Folgekosten). Die Finanzierung dieser Investitionsvorhaben „inklusive der Folgekosten“ soll durch ein Sale-and-Lease-back-Modell erfolgen, in dem die KAGes die in ihrem Eigentum stehenden bzw. noch zu übertragenden Liegenschaften und Objekte einer 100%igen Tochter verkauft und zurückmietet.

¹⁾ Sonderprojekte LKH – Universitätsklinikum Graz 2020, Teil 1; Landesnervenklinik Sigmund Freud 2020; LKH Leoben 2020; LKH Bad Aussee – Neubau

Im Dezember 2007 war weder die Grundstücksübertragung noch die Verwertung der Liegenschaften und Objekte verwirklicht.

- 6.2** Die geplante Übertragung und Verwertung der Liegenschaften im Wege eines Sale-and-Lease-back-Modells stellt eine Maßnahme mit Einmal-effekt dar, die keinesfalls zur Finanzierung von Infrastrukturinvestitionen geeignet ist. Außerdem fallen der KAGes mit dieser Transaktion neben den Lease-back-Mieten in den Folgejahren auch zusätzliche Einmalkosten an (z.B. für Sachverständigengutachten, Errichtung und Betrieb der Immobiliengesellschaft).



- 6.3 *Laut Stellungnahme der Steiermärkischen Landesregierung sei die geplante Übertragung der Liegenschaften und Objekte durch Eigentümerbeschlüsse determiniert und vor allem im Hinblick auf die Erfüllung von Maastrichterfordernissen gewählt worden. In einer von der KAGes beauftragten Planrechnung zur Immobilientransaktion kämen die Experten zu dem Schluss, dass der einmalige Finanzierungseffekt zunächst eine Reduktion der Zuschüsse des Landes bewirke, danach jedoch eine Verteuerung für das Land eintrete. Im Endeffekt komme es durch das Modell zu einer zeitlichen Verschiebung der Bezuschussung.*
- 6.4 Der RH entgegnete, dass die geplante Übertragung und Verwertung der Liegenschaften der KAGes nicht zur Finanzierung von Infrastrukturinvestitionen geeignet ist. Selbst in dem – nach der Gebarungsüberprüfung – durch die KAGes beauftragten Gutachten wurde festgestellt, dass das Modell eine zeitliche Verschiebung der Bezuschussung bewirke und eine Verteuerung für das Land zu erwarten sei.

Businessplan

- 7.1 Der Finanzierungsvereinbarung mit dem Land Steiermark lag ein Businessplan für die Jahre 2007 bis 2011 zugrunde. Zusätzlich gab es eine optimistische und pessimistische Variante des Businessplans.

In der Planungsrechnung waren die Annuitäten der bisher gewährten Landesdarlehen, die Erträge aus der Verwertung eines Teils der Liegenschaften (nach Abzug der Lease-back-Mieten) in Höhe von rd. 500 Mill. EUR sowie ein Teil der geplanten Sonderprojekte (716 Mill. EUR ohne Folgekosten) mit rd. 290 Mill. EUR berücksichtigt (siehe auch TZ 6).

- 7.2 Mit dem Businessplan verfügte die KAGes über ein integriertes Planungswerk, in dem die mittelfristige finanzielle Entwicklung der Gesellschaft abgebildet wurde. Der RH gab jedoch zu bedenken, dass der Businessplan nur rd. 40 % der Investitionen für die Sonderprojekte berücksichtigte. Deren Ausfinanzierung sowie die Finanzierung der Folgekosten waren über den Planungshorizont 2011 hinaus noch offen.
- 7.3 *Laut Stellungnahme der Steiermärkischen Landesregierung sei hinsichtlich der Ausfinanzierung der Sonderprojekte auf die bestehende Finanzierungsvereinbarung hinzuweisen, die regeln würde, dass der KAGes auch nach deren Auslaufen ausreichend Finanzmittel zur Erfüllung des Versorgungsauftrages zur Verfügung stünden.*
- 7.4 Der RH hielt es aufgrund der angespannten Budgetlage des Landes für unbedingt erforderlich, trotz Finanzierungsvereinbarung auf die noch ausstehende Ausfinanzierung der Sonderprojekte im Ausmaß von 60 % (rd. 430 Mill. EUR) hinzuweisen.

Finanzsituation

Aufwands- und Ertragssituation

8.1 Die Aufwands- und Ertragssituation der KAGes für die Jahre 2000 bis 2006 stellte sich wie folgt dar:

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
	in 1.000 EUR						
Betriebsleistung ¹⁾	728.877	751.727	778.721	807.724	769.271	814.353	869.996
<i>Sachaufwand</i>	197.413	202.024	218.009	222.630	237.862	244.667	256.696
<i>Personalaufwand</i>	565.576	578.604	594.674	611.446	645.025	662.634	695.843
<i>sonstiger Aufwand</i>	202.475	204.667	215.831	238.041	162.074	165.913	168.897
Betriebsaufwendungen	965.464	985.295	1.028.514	1.072.117	1.044.961	1.073.214	1.121.436
Betriebserfolg ²⁾	- 236.587	- 233.568	- 249.793	- 264.393	- 275.690	- 258.861	- 251.440
Finanzerfolg	62	- 3.763	- 12.550	- 4.767	- 6.865	- 8.343	- 3.059
Jahresfehlbetrag	- 236.525	- 237.330	- 262.343	- 269.160	- 282.555	- 267.204	- 254.499

¹⁾ setzt sich mit über 60 % aus den LKF-Erlösen zusammen

²⁾ Ergebnis aus dem laufenden Betrieb (im Wesentlichen ohne Abschreibungen)

Eine Analyse ergab, dass die Betriebsleistung mit rd. 4,5 % jährlich stärker stieg als die Betriebsaufwendungen mit rd. 3,7 %.¹⁾

¹⁾ Bei den Steigerungsraten wurde die Umgliederung der Investitionszuschüsse des Landes Steiermark berücksichtigt.

In absoluten Beträgen nahmen die Betriebsaufwendungen jedoch stärker zu als die Betriebsleistung, daher erhöhte sich der negative Betriebserfolg jährlich um rd. 1,0 %.

8.2 Der laufende Betrieb war durch eine sparsame Betriebsführung gekennzeichnet. Mit der gegebenen Personalausstattung – dem wichtigsten Kostenfaktor (rd. 60 % der gesamten Betriebsaufwendungen) – erhöhte die KAGes kontinuierlich die Betriebsleistung unter moderater Steigerung der Betriebsaufwendungen.



Personalentwicklung

9.1 Der Anstieg der Personalkosten lag im Zeitraum 2000 bis 2006 im Mittel bei 3,5 % und rangierte damit unter dem österreichischen Durchschnittswert von rd. 3,9 %:

	2000		2006		durchschnittliche Veränderung 2000 bis 2006	
	Vollzeit- äquivalente	Kosten	Vollzeit- äquivalente	Kosten	Vollzeit- äquivalente	Kosten
	Anzahl	in 1.000 EUR	Anzahl	in 1.000 EUR	in %	
Ärzte	1.588	132.522	1.731	168.962	1,4	4,1
Pflegepersonal	4.376	165.906	4.562	197.558	0,7	3,0
Pflegehelfer	2.121	68.351	2.134	79.481	0,1	2,5
medizintechnischer Dienst	978	39.805	1.129	52.149	2,4	4,6
Verwaltung und Sonstige	4.130	128.561	4.260	162.724	0,5	4,0
Gesamt¹⁾	13.194	535.145	13.815	660.873	0,8	3,5

¹⁾ Rundungsdifferenzen

Im beobachteten Zeitraum nahm die Anzahl der Mitarbeiter jährlich um durchschnittlich rd. 0,8 % zu. Der stärkste Anstieg war im medizinisch-technischen Dienst (2,4 %) und bei den Ärzten (1,4 %) zu beobachten. Während die Anzahl der Verwaltungsmitarbeiter geringfügig um 0,5 % zunahm, stiegen gleichzeitig deren Personalkosten überdurchschnittlich mit 4 %.

9.2 Die Personalbewirtschaftung in der KAGes war eher zurückhaltend. Dies traf auch auf den Verwaltungsbereich zu, jedoch wurden hier die Bemühungen durch die überdurchschnittlich hohen Personalkosten nivelliert.

9.3 *Laut Stellungnahme der Steiermärkischen Landesregierung weise die KAGes als personalintensiver Dienstleistungsbetrieb zudem noch einen höheren Anteil an weiblichen Mitarbeitern auf. Daher sollte aus sozialen und gesellschaftspolitischen Gründen der Möglichkeit zur Teilzeitbeschäftigung vor allem für weibliche Mitarbeiter der Vorrang gegeben werden. Die hohen Lohnkosten würden auch damit erklärt, dass in der Zentralklinik vor allem Spezialisten – vielfach mit akademischer Ausbildung und höherem Lohnniveau – beschäftigt seien.*

Finanzsituation

- Arzneimittelplattform**
- 10.1** Die medizinische Direktion der KAGes installierte die so genannte Arzneimittelplattform mit dem Ziel, die Preise und Konditionen für Arzneimittel KAGes–weit zu vereinheitlichen. In einem ersten Schritt wurden die Konditionen der zwölf größten Lieferanten, die für rd. 60 % der Medikamentenumsätze verantwortlich sind, vereinheitlicht. Das Ergebnis dieser Maßnahmen ergab Gesamteinsparungen für das Jahr 2006 von rd. 2,7 Mill. EUR.
- 10.2** Der RH beurteilte die Aktivitäten der Arzneimittelplattform und die damit erzielten Einsparungen positiv. Er wies jedoch darauf hin, dass bei rechtzeitiger Maßnahmensetzung – die Problematik war schon seit geraumer Zeit bekannt¹⁾ – in den Jahren 2000 bis 2005 Einsparungen in geschätzter Höhe von rd. 12,8 Mill. EUR zu erzielen gewesen wären. Er empfahl, in einem nächsten Schritt sämtliche Arzneimittellieferanten miteinzubeziehen.
- ¹⁾ Mehrere Berichte des Steiermärkischen Landesrechnungshofes zeigten bereits die Problematik uneinheitlicher Preise und Konditionen innerhalb der KAGes auf.
- 10.3** *Laut Stellungnahme der Steiermärkischen Landesregierung sei die Ausweitung der einbezogenen Arzneimittellieferanten seitens der KAGes bereits durchgeführt worden.*
- Laboroptimierung**
- 11.1** In der KAGes lief ein Projekt zur Laboroptimierung in den Krankenanstalten. Beträchtliche Unterschiede traten bei den Personalkosten der Labors auf. Bei fünf Krankenanstalten im Bereich Steiermark Süd reichten die Personalkosten pro Anforderung von 1,04 EUR (LKH Hörgas) bis 2,36 EUR (LKH Voitsberg). Externe Vergleichswerte lagen bei 1,15 EUR (Mittelwert) bzw. 0,45 EUR (Best in Class).
- 11.2** Der RH empfahl der KAGes, die Umsetzung des Projektes zur Laboroptimierung zügig voranzutreiben. Schon allein die Angleichung der Personalausstattung der fünf betrachteten Krankenanstalten an den Vergleichsmittelwert würde ein jährliches Einsparungspotenzial von 275.000 EUR, eine Ausrichtung am Bestwert sogar ein solches von rd. 1,20 Mill. EUR ergeben.
- 11.3** *Die Steiermärkische Landesregierung teilte in ihrer Stellungnahme mit, dass in der Zwischenzeit bereits ein einheitliches Personalbedarfsrechnungsmodell für Biomedizinische Analytiker ausgearbeitet worden sei. Die Umsetzung solle im Zuge der routinemäßig stattfindenden Stellenplangespräche erfolgen.*



Beraterleistungen

- 12.1** Die Aufwendungen für Beraterleistungen an die KAGes lagen im Durchschnitt bei rd. 800.000 EUR. Die beanspruchten Leistungen waren vielfältig und betrafen alle Unternehmensbereiche (z.B. Expertisen zur Reorganisation der KAGes, diverse Rechtsgutachten, Gutachten für Schlichtungsfälle, die Medizinische Struktur- und Angebotsplanung, usw.).
- 12.2** Der RH empfahl, an Stelle der externen Vergabe von Beraterleistungen das im Unternehmen vorhandene Expertenwissen (z.B. Rechtsabteilung, medizinische Direktion etc.) besser zu nutzen.
- 12.3** *Laut Stellungnahme der Steiermärkischen Landesregierung werde künftig verstärkt auf die KAGes eingewirkt werden, das KAGes-interne Expertenwissen besser zu nutzen.*
- 13.1** Für die Beraterleistung–Energieabgabenrückvergütung vereinbarte die KAGes mit einem Steuerberatungsunternehmen ein Erfolgshonorar für die Jahre 2002 bis 2005 in der Höhe von 8 % der Energieabgabenrückvergütung (rd. 7 Mill. EUR).
- 13.2** Der RH wies kritisch darauf hin, dass die Vereinbarung eines reinen Erfolgshonorars mit einem Steuerberatungsunternehmen gegen die Bestimmungen des ABGB verstieß. Er empfahl der KAGes, die Möglichkeit einer Rückforderung zu prüfen.
- 13.3** *Laut Stellungnahme der Steiermärkischen Landesregierung sei eine Betriebsprüfung zum Ergebnis gekommen, dass die vom Berater gewählte Methodik nicht korrekt war. Es sei mit einer deutlichen Reduzierung der Vergütung zu rechnen, womit sich auch das Honorar ändern werde. Die KAGes strebe eine Einigung mit dem Beratungsunternehmen an.*
- 14.1** Seit Anfang 2002 lief in der KAGes ein Projekt zur Neustrukturierung der Speisenversorgung. Im Projektverlauf wurde ein externer Berater beigezogen (Aufwand rd. 102.000 EUR). Der Berater führte eine Ist-Analyse durch und erstellte drei Konzepte für die Neuorganisation der Küchen. Bei jeder Variante lagen die vom Berater ermittelten Personalkosten deutlich unter jenen, die sich aus dem Personalberechnungsmodell der Personaldirektion der KAGes ergaben. Als wesentliches Entscheidungskriterium erwiesen sich daher die Personalkosten.

Finanzsituation

Im Dezember 2007 empfahl das Projektteam dem Vorstand die Durchführung der Variante mit den Zentralküchen (ohne LKH – Universitätsklinikum Graz) und dem Produktionsverfahren Cook & Chill.

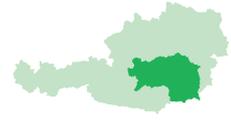
- 14.2** Der RH bemängelte die lange Dauer des Projektes, weil die dringende Notwendigkeit zur Effizienzsteigerung im Küchenbereich bestand. Eine zeitnahe Entscheidung über die Speiserversorgung hätte, selbst bei der Annahme, dass sich der Personalbedarf als Mittelwert aus den Berechnungen der Personaldirektion der KAGes und jenen des Beraters ergibt, langfristig Einsparungen von mindestens rd. 3,40 Mill. EUR jährlich gebracht.
- 14.3** *Laut Stellungnahme bekenne sich die Steiermärkische Landesregierung zu einer qualitativ hochwertigen Speiserversorgung. Es sei anzumerken, dass das wesentliche Einsparungspotenzial in der vom Berater vorgeschlagenen Variante vor allem im Abbau von Personal (über 200 Dienstposten) bestand. Dies sei aufgrund der zum Großteil unbefristeten Dienstverträge, der Altersstruktur der Mitarbeiter und der sozialen Verantwortung der KAGes als Dienstgeber kurzfristig nicht möglich. Der Vorstand werde zukünftig aber straffere Entscheidungsprozesse forcieren.*
- 14.4** Der RH berücksichtigte wirtschaftliche und soziale Aspekte bei der Berechnung des Personalbedarfs, da er von einem Mittelweg zwischen dem Personalbedarfsmodell des Beraters und jenem der KAGes ausgegangen war.

Medizinische Leistungs- und Angebotsplanung

Medizinischer
Struktur- und
Angebotsplan 2010

- 15.1** Seit dem Jahr 2000 beauftragten die KAGes und die Steiermärkische Landesregierung mehrere Struktur- und Angebotsplanungen für die Krankenanstalten der KAGes bzw. die gesamte Steiermark. Keine davon gelangte zur Umsetzung.

Im April 2007 legte der Vorstand der KAGes dem Aufsichtsrat einen gemeinsam mit einem externen Berater erarbeiteten medizinischen Struktur- und Angebotsplan 2010 (**MSAP 2010**) für die Krankenanstalten der KAGes vor, der ihn als Zwischenbericht zur Kenntnis nahm. Der Vorstand leitete den MSAP 2010 als wesentliche Grundlage für die Erstellung des RSG auch an die Gesundheitsfonds weiter.



Der MSAP 2010 beinhaltete u.a. die Ermittlung des Bettenbedarfs für den Planungshorizont 2010, der mit 5.393 Betten beziffert wurde. Verglichen mit dem Bettenstand 2005 (6.063 Betten) ergab dies ein Einsparungspotenzial von 670 Betten. Schließungen von Abteilungen oder Stationen wurden jedoch häufig durch den parallelen Aufbau einer neuen Einheit kompensiert.

Für den MSAP 2010 lagen im Wesentlichen keine konkreten Umsetzungskonzepte vor. Es gab daher keine Angaben über die kostenmäßigen, personellen, stations- und abteilungsbezogenen Auswirkungen der Planungen.

- 15.2** Der RH bewertete den MSAP 2010 grundsätzlich positiv, bemängelte allerdings die langwierige und ineffiziente Vorgangsweise bei der Erstellung.

Weiters wies der RH kritisch darauf hin, dass der MSAP 2010 vornehmlich auf Strukturhaltung und Standortsicherung ausgerichtet war. Er beanstandete auch das Fehlen von Umsetzungskonzepten und empfahl, solche spätestens nach Fertigstellung des RSG auszuarbeiten und umzusetzen.

- 15.3** *Laut Stellungnahme der Steiermärkischen Landesregierung bekenne sich das Land zur Standortgarantie und auch dazu, in den von starken Abwanderungstendenzen geprägten Regionen (Ausseerland, Eisenerz, Mariazell) wichtige Infrastrukturmerkmale erhalten und ausbauen zu wollen. Eine zeitgemäße medizinische Versorgung bei möglichst wirtschaftlichem Betrieb stehe nicht zwangsläufig in einem Zielkonflikt zur Standortgarantie. Der wirtschaftliche Betrieb sei vielmehr eine Frage des Angebotes, der Organisation und der Zusammenarbeit von Krankenanstalten.*

Umsetzungskonzepte seien in Teilbereichen in Angriff genommen worden, z.B. im Rahmen der Chirurgerieform an drei Standorten. Die durch die Reduzierung der chirurgischen Abteilungen freiwerdenden Ressourcen seien für den Aufbau der Akutgeriatrie/Remobilisation genutzt worden. Es lägen weitere konkrete Umsetzungsprojekte vor (z.B. die Implementierung einer Abteilung für Neurologie am LKH Feldbach, einer Station für Akutgeriatrie/Remobilisation am LKH Judenburg-Knittelfeld oder eine stationäre Palliativeinheit am LKH Fürstenfeld).

Medizinische Leistungs- und Angebotsplanung

15.4 Der RH vermisste in der Stellungnahme das Bekenntnis zu tiefgreifenden Reformprozessen zur Änderung des qualitativen und quantitativen Angebotes an den Standorten, um deren wirtschaftlichen Betrieb zu ermöglichen und damit die langfristige Erhaltung einer hochwertigen medizinischen Versorgung zu sichern.

Leistungsdaten

16.1 Für die Jahre 2000 bis 2006 stellten sich die Leistungsdaten der KAGES-Krankenanstalten¹⁾ wie folgt dar:

¹⁾ Um einen Vergleich der Akutkrankenanstalten zu ermöglichen, wurden die Leistungsdaten des Landespflegeheims Schwanberg im Wesentlichen nicht miteinbezogen.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
	Anzahl						
stationäre Patienten	244.139	248.505	252.054	254.492	262.837	260.376	264.936
Pflegetage	2.114.414	2.088.576	2.085.116	2.056.660	2.070.446	2.022.950	2.020.364
tatsächliche Betten	6.466	6.357	6.078	5.991	5.971	5.944	5.853
durchschnittliche Verweildauer ¹⁾ in Tagen	7,3	7,1	7,0	6,7	6,5	6,5	6,4
	in 1.000 Punkten						
LKF-Punkte ²⁾	638.959	650.987	659.432	668.715	684.595	690.790	706.080
	in Punkten						
LKF-Punkte/Patient	2.617	2.620	2.616	2.628	2.605	2.653	2.665
	in %						
Auslastung nach Belagstagen	76,6	76,8	80,0	79,8	80,1	78,6	79,5
	in EUR						
Kosten je Pflegetag ³⁾	454	470	491	519	502	528	552
	in 1.000 EUR						
Betriebsaufwendungen/ tatsächliches Bett	148,58	154,27	168,44	178,12	174,15	179,68	190,65

¹⁾ ohne Langzeitpsychiatrie in der Landesnervenklinik Sigmund Freud und ohne Landespflegeheim Schwanberg; laut Wirtschaftspläne

²⁾ bewertet mit dem Scoringmodell 2007

³⁾ ohne Landespflegeheim Schwanberg

Die Anzahl der tatsächlich aufgestellten Betten wurde seit dem Jahr 2000 um 613 Betten reduziert, jedoch ohne strukturkostensenkende Effekte.



Die durchschnittliche Verweildauer (im Jahr 2006: 6,4 Tage) sank zwar um 2,2 % jährlich, lag dennoch über dem österreichischen Durchschnittswert von 5,8 Tagen.

Auffallend war auch, dass die Entwicklung der Leistungsdaten nicht jener der Betriebsaufwendungen entsprach. Die leichte Zunahme der LKF-Punkte korrelierte mit der Zunahme der Patienten, jedoch stand sie in keiner Relation zur Erhöhung der Betriebsaufwendungen mit 3,7 %.

Eine isolierte Analyse des LKH – Universitätsklinikums Graz ergab, dass dieses in einigen Bereichen bessere Leistungsdaten (geringere durchschnittliche Verweildauer, höhere LKF-Punkte je Patient, höhere LKF-Punkte je Arzt, geringere Aufwendungen je LKF-Punkt) aufwies als die anderen KAGes-Krankenanstalten.

- 16.2** Der RH beanstandete, dass die Reduzierung der Betten nicht mit Kostensenkungen einherging, weil ein derartiger Bettenabbau deutliche Auswirkungen auf die Kostensituation haben müsste. Es reichte nicht aus, in den Abteilungen bzw. Stationen einzelne Betten zu reduzieren, vielmehr wäre eine nachhaltige Verbesserung der Finanzgebarung der KAGes nur durch strukturelle Änderungen des medizinischen Leistungsangebotes erreichbar.

Die Entwicklung der medizinischen Leistungsdaten wies auf eine eher verhaltene medizinische Leistungsentwicklung sowie eine sparsame Betriebsführung in den letzten Jahren hin.

Ein Vergleich der Kennzahlenwerte des LKH – Universitätsklinikums Graz mit jenen der anderen KAGes-Krankenanstalten ließ den Schluss zu, dass die Einhaltung von Qualitätskriterien im medizinischen Bereich die Kostenstruktur kleiner und mittlerer Krankenhäuser stärker belastete. Der RH empfahl daher, die Anwendung neuer Versorgungsstrukturen – insbesondere für kleine Krankenanstalten – zu untersuchen.

- 16.3** *Laut Stellungnahme der Steiermärkischen Landesregierung sei sowohl für den Fonds als auch das Land Steiermark die Senkung der Verweildauer und der Krankenhaushäufigkeit ein erklärtes Ziel gewesen.*

Das Land Steiermark schloss sich der Meinung des RH an, dass eine Reduzierung der Fixkosten in größerem Ausmaß nur durch eine Änderung des medizinischen Leistungsangebotes erreichbar sei.

Medizinische Leistungs- und Angebotsplanung

In der Revision des RSG werde die vom RH thematisierte Problematik über die stärkere Belastung der kleineren Krankenanstalten hinsichtlich der Einhaltung von Qualitätsstandards (vor allem im Personalbereich) einen Schwerpunkt bilden.

Spezifische Versorgungsstrukturen

- 17.1** Neuere Ansätze in der medizinischen Versorgung zur Betreuung elektiver Patienten¹⁾ ließen neue Organisationsformen mit optimiertem Personaleinsatz zu, wie Fünf-Tages-Stationen (kein Wochenendbetrieb) und die tagesklinische Betreuung (Regelbetriebszeit, kein Wochenendbetrieb). Sie verursachen in der Regel eine kürzere Verweildauer. Auch die interdisziplinäre Belegung einer Station oder eines gesamten Krankenhauses führen zu einer Optimierung des Personaleinsatzes und der Raumressourcen. Diese Modelle gab es bereits in Ansätzen im Bereich der KAGes bzw. waren sie geplant.

¹⁾ Patienten, deren medizinische Versorgung geplant werden kann; keinesfalls Notfälle

Verglichen mit internationalen Werten wurde das tagesklinische Potenzial in einem geringen Ausmaß ausgeschöpft (z.B. 60 bis 80 % bei Operationen der Varizen (Krampfadern) in Skandinavien im Vergleich zu rd. 2,2 % in den KAGes-Krankenanstalten).

- 17.2** Der RH empfahl, im Hinblick auf die möglichen Einsparungspotenziale KAGes-weit die Umsetzung von Fünf-Tages-Stationen und der interdisziplinären Belegung zu prüfen bzw. verstärkt auszubauen.

Weiters schätzte der RH für drei typische operative Eingriffe²⁾ das tagesklinische Potenzial. Danach bestand in der Steiermark die Möglichkeit zur Reduzierung von rd. 8.500 Belagstagen, das entspricht knapp 30 Betten (eine Station). Der RH empfahl daher, wegen der kostengünstigen Leistungserbringung die tagesklinische Versorgung unter Aufrechterhaltung der medizinischen Behandlungsqualität weiter auszubauen.

²⁾ für die Entfernung von Gallensteinen, Leistenbruch und Krampfadern

- 17.3** *Laut Stellungnahme der Steiermärkischen Landesregierung werde der Forderung des RH nach neuen Versorgungsstrukturen bei den diesjährigen medizinischen Leistungsplanungsgesprächen entsprochen werden. Dort würden insbesondere die Einführung von Fünf-Tages-Stationen und Tageskliniken, die interdisziplinäre Bettenbelegung und die Schaffung von Personalpools zwischen zwei Standorten thematisiert werden.*



Derzeit würden rd. 8 % der Leistungen in der Steiermark tagesklinisch erbracht. Der RSG sehe mit Planungshorizont 2015 fast eine Verdoppelung auf 15 % vor. Es sei jedoch zu berücksichtigen, dass die Umgestaltung des Versorgungsprozesses einige Zeit in Anspruch nimmt. Die KAGes gehe daher davon aus, dass sie spätestens bis zum Jahr 2015 einen Gutteil der vorgesehenen tagesklinischen Vorgaben des RSG erfüllen könne.

Zonenkonferenzen

- 18.1** Aufgrund der Vorgaben des ÖSG 2006 wurden für überregionale und länderübergreifende Planungen so genannte Zonenkonferenzen eingerichtet. Bis Mai 2007 fanden zwei Besprechungen der Zonenkonferenz Süd – an denen Vertreter der Länder Kärnten, Steiermark und Burgenland teilnahmen – statt. Die beteiligten Länder gaben die Absichtserklärung ab, eine Abstimmung des medizinischen Leistungsangebotes durchzuführen. Wichtige, derzeit ungenügend abgedeckte Versorgungsbereiche in manchen Regionen (Psychiatrie in Burgenland Nord und Süd, Urologie in der Oststeiermark und West-/Südsteiermark, HNO in Burgenland Süd und in der Oststeiermark) wurden nicht angesprochen.
- 18.2** Der RH empfahl dem Land Steiermark, vordringlich eine länderübergreifende Planung durchzuführen.
- 18.3** *Laut Stellungnahme der Steiermärkischen Landesregierung fänden die Konferenzen der Versorgungszone Süd mittlerweile regelmäßig statt. Unabhängig davon strebe die KAGes an grenznahen Standorten Kooperationen (z.B. im Bereich der Neurochirurgie) an.*

Chirurgie

Leistungsspektrum

- 19.1** Das Leistungsspektrum der Allgemeinchirurgien war durch einen überdurchschnittlich hohen konservativ behandelten Patientenanteil¹⁾ gekennzeichnet (rd. 61 % ohne Berücksichtigung der Allgemeinchirurgien an der Universitätsklinik Graz und im LKH Graz West). Die KAGes klassifizierte rd. 10 % der auf den Abteilungen für allgemeine Chirurgie behandelten Fälle als Fehlbelegungen.

¹⁾ Unter konservativ behandelten Patienten sind jene zu subsumieren, die keinen operativen Eingriff benötigen.

Medizinische Leistungs- und Angebotsplanung

19.2 Der RH stellte in den Allgemeinchirurgien eine angebotsinduzierte Nachfrage fest, die sich auch im hohen Anteil konservativ behandelter Patienten ausdrückte und empfahl eingehende Analysen. Eine bedarfsgerechtere Versorgung der Patienten würde KAGes-weit rechnerisch ein Einsparungspotenzial von rd. 70 chirurgischen Betten (das entspräche zwei Stationen) bedeuten.

19.3 *Laut Stellungnahme der Steiermärkischen Landesregierung seien im hohen konservativ behandelten Patientenanteil auch jene Patienten enthalten, an denen ein kleiner chirurgischer Eingriff durchgeführt wird, der aber nicht abrechnungsrelevant ist. Der konservativ behandelte Patientenanteil werde weiters jährlich im Rahmen der Leistungsplanung kontrolliert und bei Auffälligkeiten würden entsprechende Maßnahmen gesetzt.*

20.1 An fast allen Allgemeinchirurgien fanden unfallchirurgische bzw. orthopädische Operationen in einem beträchtlichen Ausmaß statt (knapp 30 % ohne Berücksichtigung des LKH – Universitätsklinikums Graz).

Im MSAP 2010 war eine Differenzierung der unfallchirurgischen Leistungen in Ansätzen vorhanden. In der Zwischenzeit erarbeitete die medizinische Direktion der KAGes in einer Expertenrunde eine diesbezügliche Übergangslösung.

20.2 Der RH empfahl zur Nutzung von Synergien sowie Effizienzsteigerung und nicht zuletzt zur Einhaltung von Strukturqualitätskriterien langfristig die Entflechtung des Leistungsspektrums der Allgemeinchirurgien und der unfallchirurgischen Leistungen. In diesem Sinne empfahl er auch, geplante orthopädische Eingriffe ausschließlich in den dafür vorgesehenen Einrichtungen vorzunehmen.

Region Graz

21.1 Die KAGes betreibt in der Region Graz Allgemeinchirurgien an den Standorten LKH – Universitätsklinikum Graz und LKH Graz West. Daneben gibt es noch fondsfinanzierte Allgemeinchirurgien an den sonstigen Krankenanstalten (Krankenhaus der Elisabethinen, Krankenhaus der Barmherzigen Brüder).



21.2 Der RH stellte den vorhandenen bzw. den unter Berücksichtigung der im MSAP 2010 geplanten 254 Betten zuzüglich 117 Betten der Ordensspitäler jene 190 Betten gegenüber, die nach den Kriterien des ÖSG 2006 – auf Basis der unteren Bettenmesszahl¹⁾ – erforderlich wären. Berücksichtigt man weiters, dass rund ein Drittel der Betten (rd. 60 Betten) des LKH – Universitätsklinikums der Zentralversorgungsfunktion dienen, resultiert insgesamt ein Überhang von rd. 120 Betten.

¹⁾ Bettenmesszahl – systemisierte Akutbetten in Fondskrankenanstalten pro 1.000 Einwohner; der ÖSG 2006 gibt für die einzelnen medizinischen Fachbereiche eine Bandbreite für die Bettenmesszahl an, die durch die untere und obere begrenzt wird.

Weiters stellte der RH im Bereich der Chirurgie in der Region Graz dringenden Handlungsbedarf im Sinne einer Strukturbereinigung zum Abbau von Überkapazitäten fest. Allein die Reduzierung der Betten auf das nach ÖSG 2006 geforderte Ausmaß – unter der Voraussetzung, dass der MSAP 2010 der KAGes vollständig umgesetzt wird – würde Einsparungen von ca. 17 Mill. EUR jährlich bringen.

21.3 *Laut Stellungnahme der Steiermärkischen Landesregierung sei die Bewertung des RH insofern zu relativieren, als am LKH – Universitätsklinikum Graz auch Schwerpunktversorgungsfunktionen für den Versorgungsraum Süd zu erbringen seien und einige chirurgische Zusatzfächer (z.B. Herz- und Transplantationschirurgie) ausschließlich an diesem Standort vorgehalten würden. Es erscheine daher nicht adäquat, die untere Bettenmesszahl des ÖSG heranzuziehen.*

Die auch im RSG angedachte bessere Abstimmung des chirurgischen Leistungsangebots im Raum Graz werde jedoch aktiv unterstützt.

21.4 Der RH erwiderte, dass sich die Bettenmesszahl des ÖSG auf die österreichischen Gegebenheiten bezog. Da Österreich aber eine weit über dem EU-Durchschnitt liegende Krankenhausbettendichte aufweist,²⁾ sind die Werte im ÖSG tendenziell überhöht. Der RH wählte deswegen die untere Bettenmesszahl des ÖSG zur Ermöglichung eines Vergleichs auf internationalem Niveau und um damit die bestehenden Überkapazitäten im Großraum Graz aufzuzeigen.

²⁾ Lediglich Deutschland hat im EU-Vergleich noch mehr Betten pro 1.000 Einwohner als Österreich (6,1). Besonders niedrige Werte haben z.B. Schweden (2,2), Finnland (3,1) und Italien (3,3); durchschnittliche Werte Luxemburg (4,6), Polen (4,7) und Belgien (4,3). Im Bundesländervergleich liegt die Steiermark im Mittelfeld.

22.1 Ausgehend von der überaus hohen Anzahl an allgemeinchirurgischen Akutbetten und der niedrigen Leistungsdichte erstellte die KAGes gemeinsam mit einem externen Beratungsunternehmen im Jahr 2004 ein Versorgungskonzept für die Allgemeinchirurgien der LKH Bad Aussee, Mürzzuschlag, Fürstenfeld und Voitsberg.

Der Berater erarbeitete für die jeweiligen Standorte unterschiedliche Varianten. Allgemeine Voraussetzung für alle betroffenen Abteilungen war, dass die Führung durch den chirurgischen Primarius eines nahe gelegenen so genannten Leitspitals und die ärztliche Versorgung von einem gemeinsamen Ärzteteam übernommen werden sollte. Die Akutaufnahmen mit Operationsindikation sowie die 24-Stunden-Operationsbereitschaft sollten vom Leitspital wahrgenommen werden.

Die Information für den Aufsichtsrat der KAGes vom Juni 2004 enthielt für die einzelnen Varianten Personalkosteneffekte. Das Einsparungspotenzial bei Umsetzung der Variante mit Strukturvereinigungen bei optimaler medizinischer Versorgung belief sich auf rd. 9,8 Mill. EUR jährlich. Bei der modifizierten Variante (Berücksichtigung der Standortgegebenheiten mit 24-Stunden- und Wochenendversorgung in den Ambulanzen) war das Einsparungspotenzial nur noch mit rd. 5,4 Mill. EUR beziffert. Das zusätzliche Einsparungspotenzial bei den baulichen Investitionen betrug bei der ersten Variante rd. 11,6 Mill. EUR, bei der modifizierten Variante lediglich rd. 7,6 Mill. EUR.

Der Aufsichtsrat und die Generalversammlung der KAGes beschlossen im Juni bzw. Juli 2004 die modifizierte Variante.

22.2 Der RH bewertete die Initiative zur Strukturbereinigung durch die Chirurgiereform grundsätzlich als Schritt in die richtige Richtung. Er bemängelte jedoch, dass die Reform in einer sehr abgeschwächten Form erfolgte und starke Elemente zur Standorterhaltung enthielt. Vor allem die hohen zusätzlichen Einsparungspotenziale von rd. 8,4 Mill. EUR hätten die Umsetzung der ersten Variante erfordert. Diese hätte nicht nur eine gleichbleibende Versorgungsqualität gewährleistet, sondern in manchen Bereichen – wie bei der Ausbildung der Ärzte – sogar zu qualitätsverbessernden Effekten geführt.

22.3 *Laut Stellungnahme der Steiermärkischen Landesregierung sehe das Land sehr wohl die Notwendigkeit von Reformen im Chirurgiebereich, sei aber bemüht, diese Änderungen unter größtmöglicher Akzeptanz der betroffenen Bevölkerung durchzuführen.*



Standort Bad Aussee

- 23.1** Ursprünglich empfahl der Berater für den Standort Bad Aussee die Vorhaltung einer Tagesambulanz (Montag bis Freitag, acht Stunden) mit einem möglichen Einsparungspotenzial von rd. 2,9 Mill. EUR an Personalkosten und 4 Mill. EUR bei den baulichen Investitionen. In einem Zwischenstadium sollte eine modifizierte Variante zur Umsetzung gelangen. Letztlich nahm der Eigentümer in Bad Aussee von der Chirugiereform Abstand und ein Generalversammlungsbeschluss vom Oktober 2005 legte für das neu zu errichtende LKH Bad Aussee eine allgemein- und unfallchirurgische Basis- und Notfallversorgung an sieben Tagen in der Woche, rund um die Uhr, fest. Die künftige Abteilung für Chirurgie soll 20 Betten umfassen und als eigenes Primariat geführt werden.
- 23.2** Die Eigentümerweisung führt zu Mehrausgaben von rd. 3,8 Mill. EUR, weil anstelle der ursprünglich angedachten Strukturbereinigung im LKH Bad Aussee nunmehr ein Neubau mit einer nahezu chirurgischen Vollversorgung in Form eines eigenständigen Primariats geplant ist.

Der RH regte an, die Entscheidung für den Neubau nochmals in Bezug auf ihre Zweckmäßigkeit zu hinterfragen. Er gab weiters zu bedenken, dass aufgrund der regionalen Gegebenheiten mit einer weiteren Verringerung der Fallzahlen zu rechnen sein wird. Im Hinblick auf ein mögliches Qualitätsrisiko und die sich daraus ergebenden Haftungsrisiken empfahl der RH, eine enge Kooperation mit den umliegenden Krankenhäusern anzustreben.

- 23.3** *Laut Stellungnahme der Steiermärkischen Landesregierung würde eine neuerliche Hinterfragung der Zweckmäßigkeit eines Neubaus der Standortgarantie entgegenstehen. Eine qualitativ hochwertige Versorgung mache den Neubau des LKH Bad Aussee aufgrund der bestehenden Bausubstanz unumgänglich. Die angeregte Kooperation mit einem benachbarten Standort (LKH Rottenmann) befinde sich bereits in Umsetzung.*
- 23.4** Da an der Entscheidung festgehalten wird, das LKH Bad Aussee neu zu bauen, entgegnete der RH, zur Minimierung der Kosten für die im LKH Bad Aussee vorgehaltenen Ressourcen eine interdisziplinäre Bettenbelegung des gesamten Hauses sowie die Führung einer Fünf-Tages-Station anzustreben.

Medizinische Leistungs- und Angebotsplanung

- 24.1** Die ab April 2007 neu zu besetzende Stelle des Leiters der chirurgischen Abteilung des LKH Bad Aussee sollte in Personalunion mit dem Leiter der Chirurgie im LKH Rottenmann besetzt werden. Der Primarius vom LKH Rottenmann nahm im Besetzungsvorschlag auch die erste Stelle ein. Die einheitliche Leitung der Primariate in den benachbarten LKH Bad Aussee und Rottenmann kam jedoch nicht zustande.
- 24.2** Der RH kritisierte, dass bei der Neubesetzung des Primariats für Chirurgie im LKH Bad Aussee die bekannten Synergiepotenziale aus der Chirurgiereform nicht genutzt wurden. Eine personelle Verbindung der beiden Primariate hätte neben wirtschaftlichen Vorteilen vor allem qualitätssichernde und strukturverbessernde Effekte gehabt.
- 24.3** *Laut Stellungnahme der Steiermärkischen Landesregierung würden die mit dem bestellten Primarius im LKH Bad Aussee vereinbarten Zielvorgaben eine verstärkte Kooperation mit der chirurgischen Abteilung des LKH Rottenmann zum Inhalt haben.*
- 24.4** Der RH beurteilte die Zielvorgaben für den Leiter der Chirurgischen Abteilung am LKH Bad Aussee zur Gewährleistung einer hochqualitativen medizinischen Versorgung in der Region grundsätzlich positiv. Er empfahl jedoch, die Kooperation mit dem LKH Rottenmann verbindlich im Dienstvertrag des bestellten Primarius zu verankern.

Standorte Fürstenfeld, Mürzzuschlag und Voitsberg

- 25.1** An den Standorten Fürstenfeld, Mürzzuschlag und Voitsberg setzte die KAGes die Chirurgiereform in ihrer modifizierten Variante um.

Die für die LKH Fürstenfeld und Mürzzuschlag durchgeführten Evaluierungen ergaben, dass die Reform noch nicht im geplanten Umfang gegriffen hatte. Eine Evaluierung der vorgenommenen Strukturanpassung im LKH Voitsberg lag noch nicht vor.

- 25.2** Der RH bemängelte, dass die von der Generalversammlung der KAGes beschlossene modifizierte Chirurgiereform nicht im vollen Umfang umgesetzt wurde und empfahl, diese weiter voranzutreiben. Es wäre – aufbauend auf den Analysen des Beraters – zu überprüfen, inwieweit unter Beibehaltung der medizinischen Versorgungsqualität weitere Einsparungen möglich wären:

– Am Standort Fürstenfeld könnten ausschließlich die tageschirurgischen Eingriffe forciert werden.



- Unter Aufrechterhaltung eines Ambulanzbetriebes am Standort Mürzzuschlag könnte die stationäre chirurgische Versorgung am Standort Bruck an der Mur (Leitspital) konzentriert werden.

Obwohl noch keine Evaluierung vorlag, bewertete der RH die Reform am LKH Voitsberg grundsätzlich positiv, hielt aber fest, dass durch Konzentration des Operationsbetriebes im Leitspital eine weitere beträchtliche Einsparung zu erzielen wäre. Der RH empfahl daher, für den Standort Voitsberg weitere Reformvorschläge unter Berücksichtigung der Erreichbarkeitskriterien zu erarbeiten.

- 25.3** *Laut Stellungnahme der Steiermärkischen Landesregierung nähme eine derart tiefgreifende Reform einige Zeit in Anspruch; zwischenzeitlich zeige sich die Entwicklung an den Standorten Fürstenfeld und Mürzzuschlag durchaus positiv.*

Darüber hinaus werde für das LKH Fürstenfeld der tageschirurgische Anteil forciert werden. Am LKH Mürzzuschlag sei Anfang April 2008 der neue Vorstand beauftragt worden, die Möglichkeiten tiefergreifender Reformschritte zu überprüfen. Die Evaluierung für Voitsberg befinde sich zur Zeit in Bearbeitung.

Innere Medizin

Region Graz

- 26.1** Ähnlich wie in der Allgemein Chirurgie hat die KAGes (wie auch die sonstigen Krankenanstalten) mehrere Standorte in der Region Graz mit Abteilungen für Innere Medizin.
- 26.2** Ein Vergleich der Betten für Innere Medizin der KAGes (laut MSAP 2010: 423) und der sonstigen Krankenanstalten (242) mit den 430 nach ÖSG 2006 erforderlichen Betten ergab einen Überhang von 235 Betten. Unter Berücksichtigung der Zentralversorgungsfunktion des LKH – Universitätsklinikums Graz reduziert sich das Überangebot auf rd. 150 Betten.

Im Bereich der Inneren Medizin stellte der RH daher für die Region Graz Überkapazitäten mit einem Einsparungspotenzial von zumindest rd. 22 Mill. EUR jährlich fest. Er empfahl daher, den Abbau dieser Überkapazitäten voranzutreiben.

26.3 *Laut Stellungnahme der Steiermärkischen Landesregierung sehe der RSG für die Region Graz im Fachbereich Innere Medizin 740 Betten vor. Neben der Zentralversorgungsfunktion seien auch hier Schwerpunktversorgungsfunktionen, vor allem im Bereich der interventionellen Kardiologie, zu berücksichtigen. Eine Abstimmung des Leistungsangebots mit den Ordensspitälern werde von der KAGes begrüßt.*

Andere Standorte der KAGes

27.1 Eine stichprobenartige Belegungsanalyse durch einen externen Berater an der Abteilung für Innere Medizin des LKH Feldbach ergab, dass bei rd. 19 % der überprüften Fälle eine stationäre Versorgung vermeidbar gewesen wäre.

27.2 Der RH empfahl, den Fehlbelegungen besonderes Augenmerk zu schenken, um einen unzweckmäßigen Ressourceneinsatz zu verhindern.

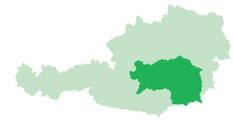
27.3 *Laut Stellungnahme der Steiermärkischen Landesregierung handle es sich bei den „fehlbelegten“ Patienten vorwiegend um geplante Koloskopien¹⁾, die nunmehr ambulant erbracht würden.*

¹⁾ Anmerkung des RH: Darmspiegelung

28.1 Die Abteilung für Innere Medizin am Standort Mürzzuschlag umfasste 80 Betten, wovon 30 Betten am Standort Mariazell vorgehalten wurden. Insgesamt war die Abteilung zu rd. 80 % ausgelastet. Gemäß MSAP 2010 war eine Reduzierung auf insgesamt 67 Betten (inklusive der 30 Betten am Standort Mariazell) geplant.

28.2 Der RH empfahl im Sinne einer effizienten Ressourcennutzung, eine Bettenkonzentration anzustreben. In die Beurteilung wäre zudem die bessere verkehrstechnische Erreichbarkeit für die Patienten im Bereich des Wundmanagements miteinzubeziehen. Dabei wären auch die Bedürfnisse der lokalen Bevölkerung, etwa durch eine ambulante Einrichtung, zu berücksichtigen.

28.3 *Laut Stellungnahme der Steiermärkischen Landesregierung sehe der RSG für das LKH Mürzzuschlag–Mariazell insgesamt 80 Betten für den Fachbereich Innere Medizin vor, wovon 16 Betten am Standort Mariazell für das Wundmanagement vorzuhalten seien.*



28.4 Der RH erwiderte, dass der RSG mit Planungshorizont 2015 eine Aufstockung der Bettenanzahl gegenüber dem MSAP um 13 auf 80 für beide Standorte vorsieht, wovon 16 Betten auf das Wundmanagement am Standort Mariazell mit überregionalem Versorgungsangebot entfallen. Da der MSAP 2010 das Wundmanagement in Mariazell in derselben Bettenanzahl berücksichtigte, lagen für den RH keine Gründe für die Erhöhung der Bettenanzahl entsprechend dem RSG vor. Der RH regte daher an, die im RSG vorgesehene Bettenanzahl und die Bettenkonzentration am Standort Mürzzuschlag-Mariazell nochmals zu evaluieren.

29.1 Die Abteilung für Innere Medizin am LKH Voitsberg umfasste 75 Betten. Die Auslastung lag bei rd. 75 %. Für diese Abteilung sah der MSAP 2010 die Reduzierung auf 71 Betten vor.

29.2 Der RH schätzte aufgrund der niedrigen Fallzahlen der vergangenen Jahre und bei Annahme einer 85%igen Auslastung einen Bedarf von 60 Betten für Innere Medizin. Er empfahl daher, zu untersuchen, ob diese – über die Planung des MSAP 2010 hinausgehend – auf zwei Stationen (60 Betten) reduziert werden könnten.

29.3 *Laut Stellungnahme der Steiermärkischen Landesregierung würden die Empfehlungen des RH bei der Evaluierung der Chirurgiereform und bei der Leistungsplanung 2009 Berücksichtigung finden. Ein möglicher Lösungsansatz sei die Ausweitung der Fünf-Tages-Station auf den Fachbereich Innere Medizin.*

Konzentration der
Gynäkologie und
Geburtshilfe

30.1 Im Zuständigkeitsbereich der KAGes bestand an insgesamt zehn Standorten eine gynäkologische und/oder eine geburtshilfliche Versorgung. Insgesamt gab es in diesem Bereich 370 Betten, die im Jahr 2006 zu durchschnittlich 68 % ausgelastet waren.

Der ÖSG 2006 sah eine Mindestbettenanzahl von 25 vor und rechnete mit mindestens 365 Geburten pro Jahr.

Der Trend rückläufiger Geburtenzahlen hielt auch in den letzten Jahren weiter an. Trotz Steigerung der Kaiserschnittgeburten um 2,4 % jährlich war insgesamt eine Verkürzung der Verweildauer zu verzeichnen.

Medizinische Leistungs- und Angebotsplanung

- 30.2** Der RH empfahl wegen der spezifischen Gegebenheiten in der Gynäkologie und Geburtshilfe und der relativ geringen Auslastung in den Abteilungen, die Versorgung unter Bedachtnahme auf das Erreichbarkeitskriterium an einigen Standorten zu konzentrieren.
- 30.3** *Laut Stellungnahme der Steiermärkischen Landesregierung sei im RSG eine Reduzierung der Standorte nicht vorgesehen. Aus Wirtschaftlichkeitsgründen würden jedoch verstärkt Zusammenarbeitskonzepte zwischen den Standorten und interdisziplinäre Belegungskonzepte forciert.*
- 31.1** Für die Region Nord-Ost sah die KAGes die Konzentration sämtlicher gynäkologischen und geburtshilflichen Leistungen am Standort Leoben vor. Obwohl die Leitung der Abteilungen im LKH Leoben sowie im LKH Bruck an der Mur ein Primarius wahrnahm, verblieben weiterhin 16 Betten im LKH Bruck an der Mur.
- 31.2** Der RH wies auf die Vorgabe des ÖSG 2006 in Bezug auf die Mindestbettenanzahl sowie auf die Unwirtschaftlichkeit des Betriebes von zwei Abteilungen in unmittelbarer geografischer Nähe hin. Er empfahl daher, die begonnene Strukturbereinigung fortzuführen. Der RH war der Ansicht, dass damit zusätzliche Einsparungen von mindestens 0,7 Mill. EUR erzielt werden könnten.
- 32.1** In der Region Steiermark Nord-West verfügte die Abteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe am LKH Rottenmann im Jahr 2006 über insgesamt 17 Betten bei einer Auslastung von rd. 54 %. Sie stand unter gemeinsamer Führung mit der betreffenden Abteilung des LKH Judenburg-Knittelfeld. Die Zahl der Geburten lag im Jahr 2006 bei 339. Zwar wurden bei der Anzahl der Betten die Vorgaben des ÖSG 2006 unterschritten und es wurden weniger Geburten verzeichnet als angenommen, die Erreichbarkeitskriterien¹⁾ erforderten jedoch eine Aufrechterhaltung des Standortes. Der ÖSG 2006 sah für bestehende gynäkologische und geburtshilfliche Abteilungen in Ausnahmefällen eine reduzierte Grundversorgung²⁾ vor.

¹⁾ Die Erreichbarkeitsfrist für Gynäkologie und Geburtshilfe beträgt 30 Minuten, die für 90 % der Wohnbevölkerung zu erfüllen ist.

²⁾ für bereits bestehende Abteilungen für periphere Regionen mit geringer Besiedlungsdichte und unzureichender Erreichbarkeit sowie bei Geburtenzahlen unter 365/Jahr



- 32.2** Vor dem Hintergrund des ÖSG 2006 wäre auch in der Region Nord-West eine Standortkonzentration im Sinne einer bestmöglichen Ressourcennutzung zu prüfen. Auch wäre zu evaluieren, ob für den Standort Rottenmann künftig das Modell der reduzierten Grundversorgung ausreicht. Die Geburtshilfe könnte mittels interdisziplinärer Station im Bereich der Chirurgie angesiedelt und darüber hinausgehende Leistungen an das LKH Judenburg-Knittelfeld bzw. an das LKH Leoben verlagert werden.
- 32.3** *Laut Stellungnahme der Steiermärkischen Landesregierung habe die KAGes die Anregung zur Einführung des Modells der reduzierten Grundversorgung am Standort Rottenmann aufgenommen.*
- 33.1** In der Region Süd-West erfolgte die gynäkologische und geburtshilfliche Versorgung an den Standorten Deutschlandsberg im Jahr 2006 mit 31 tatsächlichen Betten für 619 Geburten, in Voitsberg mit 13 tatsächlichen Betten für 440 Geburten sowie in Wagna (lediglich Geburtshilfeabteilung) mit zehn Betten für 359 Geburten unter einer gemeinsamen Leitung. Die Auslastung der Betten lag zwischen 60 und 68 %. Der Berater, der bei der Erstellung des MSAP 2010 mitwirkte, schlug eine Auflassung der geburtshilflichen Abteilung am LKH Wagna vor.
- 33.2** Der RH empfahl, zu untersuchen, ob die gynäkologische und geburtshilfliche Versorgung der Region Süd-West an einem Standort konzentriert werden könnte. Für den Standort Voitsberg könnten im Hinblick auf die Erreichbarkeitskriterien verschiedene Varianten evaluiert werden.

Der RH wies weiters darauf hin, dass die Vorgaben des ÖSG 2006 die Schließung der geburtshilflichen Abteilung am LKH Wagna vorsehen. Bei einer Konzentration auf einem Standort könnte mittelfristig ein Einsparungspotenzial von rd. 2,2 Mill. EUR pro Jahr realisiert werden.

- 33.3** *Laut Stellungnahme der Steiermärkischen Landesregierung sei die Geburtenstation am LKH Wagna mit Landtagsbeschluss vom 12. Februar 2008 sichergestellt und auch im RSG verankert worden.*

Medizinische Leistungs- und Angebotsplanung

Pulmologie (Lungenheilkunde)

34.1 Die KAGes betrieb am LKH Hörgas-Enzenbach (Standort Enzenbach) und am LKH Leoben (Standort Eisenerz) jeweils eine pulmonologische Abteilung. Im LKH Graz West gab es eine pulmonologische Tagesklinik, die an das LKH Hörgas-Enzenbach angebunden war und unter einheitlicher Leitung stand. Im MSAP 2010 war eine neue pulmonologische Abteilung mit 18 Betten im LKH – Universitätsklinikum Graz zur Wahrnehmung der Schwerpunkt- und Zentralversorgungsfunktion geplant.

Eine von der Steiermärkischen Landesregierung in Auftrag gegebene Studie zur Versorgungssituation im Großraum Graz sah die Integration des Leistungsangebotes von Enzenbach an einen Standort in Graz (Krankenhaus der Barmherzigen Brüder in Eggenberg) vor.

34.2 Der RH wies auf seine bereits im Wahrnehmungsbericht Reihe Steiermark 2001/2 getroffene Empfehlung hin, die stationäre pulmonologische Einrichtung am Standort Leoben zu konzentrieren. Zur Sicherstellung der Versorgung in Eisenerz könnte eine ambulante Einrichtung geschaffen werden.

Entgegen der Empfehlung der Studienautoren zur Konzentration der Pulmologie beim Krankenhaus der Barmherzigen Brüder in Eggenberg regte der RH die Konzentration der stationären und tagesklinischen Behandlung an einem über die notwendigen fachlichen und medizintechnischen Kapazitäten verfügenden Standort an.

Psychiatrie am Standort Leoben

35.1 Die ursprüngliche Struktur- und Zielplanung für die LKH Leoben und Bruck an der Mur beinhaltete für die neu zu errichtende psychiatrische Abteilung 65 Betten. Der MSAP 2010 sah für diese Abteilung 75 Betten vor.

35.2 Der RH empfahl, den ursprünglichen Planungsansatz von 65 Betten beizubehalten und den MSAP 2010 entsprechend anzupassen.

35.3 *Laut Stellungnahme der Steiermärkischen Landesregierung werde bis Ende 2008 ein eigener Psychiatrieplan für die Steiermark entwickelt. Dabei werde es vermutlich auch zu einer Änderung der Bettenanzahl am LKH Leoben kommen.*

Organisation der Gesellschaft

Zentraldirektion

- 36.1** Der RH wertete insgesamt 282 Funktionsbeschreibungen der Mitarbeiter der Zentraldirektion aus. Die bis dahin in Auftrag gegebenen Gutachten zur Neuorganisation der KAGes enthielten keine Auswertungen über die Aufgabenverteilung der Bediensteten in der Zentraldirektion der KAGes.
- 36.2** Die Analyseergebnisse verdeutlichten den hohen administrativen Anteil in den Direktionen und Abteilungen der Zentraldirektion, den der RH auf hohe Zentralisierungsbestrebungen zurückführte. Die Zentraldirektion hatte einen überdurchschnittlichen hohen Bürokratieaufwand entwickelt. Nach Ansicht des RH sollten dort jedoch vorwiegend Steuerungs- und Controllingfunktionen und damit Führungsaufgaben konzentriert sein.
- 36.3** *Laut Stellungnahme der Steiermärkischen Landesregierung sei ein Gutteil der Tätigkeiten der Mitarbeiter der Zentraldirektion nicht dem administrativen Teil zuzurechnen, sondern es würden überwiegend Service- oder Dienstleistungstätigkeiten erbracht. In Zukunft würden aber die rein administrativen Abläufe verstärkt analysiert und sinnvoll verschlankt werden.*
- 36.4** Der RH zeigte neuerlich die Tendenz zum überdurchschnittlich hohen Bürokratieaufwand („sich selbst verwalten“) in der Zentraldirektion auf.
- 37.1** Im Zeitraum 2000 bis 2006 stiegen in der Zentraldirektion sowohl die Dienstposten (um rd. 27 %) als auch die Personalkosten (um rd. 36 %) wesentlich stärker als die Vergleichswerte in der KAGes gesamt (um rd. 4,2 % bzw. 23 %).

Auch die durchschnittlichen Personalkosten pro Dienstposten in der Zentraldirektion ohne Geschäftsführung (rd. 56.400 EUR) lagen im Jahr 2006 erheblich über jenen in der KAGes gesamt (rd. 40.000 EUR).

- 37.2** Der RH bemängelte die Zunahme der Dienstposten in der Zentraldirektion. Es bestünde, insbesondere durch die Auslagerung von Aufgaben an die Krankenanstalten, die Möglichkeit, die Anzahl der Bediensteten in der Zentraldirektion zu reduzieren.

Organisation der Gesellschaft

37.3 *Laut Stellungnahme der Steiermärkischen Landesregierung werde das Land verstärkt darauf achten, dass der neue Vorstand sein Vorhaben umsetzt, Konzernführungs- und Konzernsteuerungsfunktionen klar zu strukturieren und dadurch Marktmechanismen bei der Verrechnung interner Dienstleistungen zu nutzen. Dies und Benchmarks würden entscheidende Werkzeuge zur Steuerung der Dienstpostenentwicklung sein.*

Aufsichtsrat

38.1 Im Rahmen der Aufsichtsratssitzungen wurden häufig Tagesordnungspunkte verschoben, Beschlüsse hinausgezögert bzw. nicht gefällt und zusätzliche Informationen eingefordert, weil die Informationsbedürfnisse der Mitglieder des Aufsichtsrates vielfältig und zum Teil sehr unterschiedlich waren. Die Geschäftsführung änderte daher mehrmals die zur Verfügung gestellten Informationen, konnte jedoch die Wünsche einzelner Aufsichtsratsmitglieder nicht zufriedenstellen.

38.2 Der RH anerkannte die Bemühungen des Aufsichtsrates zur pflichtgemäßen Ausübung seiner Überwachungs- und Kontrollfunktionen, für die er geeignete und zielgerichtete Informationen benötigte. Dies erschwerte oder verzögerte zum Teil die operative Tätigkeit der Geschäftsführung.

Der RH empfahl daher, die Berichte (Quartalsberichte und Wirtschaftspläne) an den Aufsichtsrat nach dem Vorbild der – bereits bestehenden – monatlichen Controllingberichte des Vorstandes zu adaptieren.

38.3 *Laut Stellungnahme der Steiermärkischen Landesregierung seien dem Aufsichtsrat bereits Quartalsberichte entsprechend der vom RH vorgeschlagenen Methodik vorgelegt worden.*

39.1 Für die Jahre 2006 und 2007 gab es Verzögerungen bei der Genehmigung der jährlichen Wirtschaftspläne durch den Aufsichtsrat. Zwischenzeitig kam ein Budgetprovisorium zur Anwendung, das sich an den betreffenden Landesregeln orientierte. Die Zeit der langen Provisorien bedingte eine restriktive Bewirtschaftung, die z.B. im Geschäftsjahr 2006 zu einer „Ergebnisverbesserung“ um rd. 30,8 Mill. EUR führte.

39.2 Der RH stellte fest, dass die verspäteten Genehmigungen der Wirtschaftspläne zwar vordergründig zu einem Unterschreiten des budgetierten Verlustes führten, mittelfristig jedoch zu Lasten der Substanz (z.B. unterlassene Instandhaltungen und Investitionen) des Unternehmens gingen. In Zukunft wäre für eine zeitgerechte Beschlussfassung und Genehmigung der Wirtschaftspläne zu sorgen.

Geschäftsführung
(Vorstand)

40.1 Der Aufsichtsrat der KAGes empfahl der Steiermärkischen Landesregierung, für die Geschäftsführungspositionen einen zeitlich befristeten so genannten Managementvertrag mit einem externen Beratungsunternehmen abzuschließen.

Im Zuge des Vergabeverfahrens brachte der Auftraggeber (Land Steiermark) mehrere Varianten des Auftragsgegenstandes ein. Die Leistungsbeschreibung des Managementvertrages ging in der ursprünglichen Variante von zwei Geschäftsführern, besetzt durch den Auftragnehmer (externes Beratungsunternehmen), bei einer fixen Vergütung von 450.000 EUR aus.

Letztendlich entschied sich das Land für jene Variante, die die Bereitstellung beider Geschäftsführer durch das Land sowie die Verpflichtung zur Inanspruchnahme von Beratungsleistungen des externen Beratungsunternehmens in der Höhe von mindestens 800.000 EUR im Managementvertrag beinhaltete.

Die Kosten für die Durchführung des Vergabeverfahrens und der Vertragserstellung beliefen sich auf insgesamt rd. 473.000 EUR.

40.2 Der RH bemängelte die ineffiziente Vorgangsweise (mit Beratungskosten von rd. 473.000 EUR) des Landes, bei der die ursprünglich geplante externe Vergabe der Geschäftsführung letztendlich zu einem Beratungsauftrag im Gegenwert von 800.000 EUR geführt hatte. Er empfahl eine Auflösung des Vertrages nach Abrufung der Mindestabnahmesumme.

40.3 *Laut Stellungnahme der Steiermärkischen Landesregierung sei der Managementvertrag nach Abrufung des Restauftragswertes gegenstandslos.*

Dienstverträge der
Geschäftsführer
(Vorstände)

41.1 Die Dienstverhältnisse der beiden Geschäftsführer begannen am 1. April 2004 und waren auf vier Jahre befristet. Beide hatten einen Gesamtjahresbezug, der in etwa jenem des Landeshauptmannes der Steiermark entsprach.

Die Dienstverträge enthielten unter anderem nachfolgende Bestimmung: „Bis zur Realisierung sollten ... die Geschäftsführer ... vorbereitende Maßnahmen im Hinblick auf die beabsichtigte Reorganisation treffen ...“

Organisation der Gesellschaft

- 41.2** Der RH beanstandete die oben zitierte Bestimmung in den Dienstverträgen, die im Wesentlichen die Tätigkeit der Geschäftsführer auf Kontroll- und Überwachungsaufgaben reduzierte. Aufgrund des dringenden Reformbedarfs beurteilte der RH die Aufnahme einer derartigen Bestimmung in die Dienstverträge – vor allem im Hinblick auf die Höhe der Bezüge und des bestehenden Managementvertrags – als unzweckmäßig.
- 41.3** *Laut Stellungnahme der Steiermärkischen Landesregierung hätten beide Vorstandsdirektoren – bedingt durch die Valorisierung – jeweils rd. 265.000 EUR p.a. und damit mehr als der Landeshauptmann verdient. Die Gehälter des neuen Vorstandes seien mit dem Bezug des Landeshauptmannes (Vorsitzender) bzw. eines Mitglieds der Landesregierung (Vorstandsmitglieder) begrenzt und die vom RH beanstandete Formulierung sei in die Dienstverträge nicht mehr aufgenommen worden.*

Controlling- instrumente und -aktivitäten

- 42.1** Neben einer mittelfristigen Finanzvorschau und einem strategischen Unternehmenscontrolling für die gesamte Gesellschaft verfügte die KAGes über Spartencontrolling (z.B. das Finanzcontrolling für das Unternehmen, das Investitionscontrolling, das medizinische Controlling, das Personalcontrolling etc.).

Trotz zentraler Controlling-Plattform (SAP Business Information Warehouse) führten die aus verschiedenen Systemen stammenden Informationen häufig zu Differenzen. Die Unterschiede waren oft beträchtlich.

Im strategischen Unternehmenscontrolling war bei negativen Abweichungen in einem bestimmten Ausmaß verpflichtend eine Stellungnahme an die Finanzdirektion zu übermitteln. Im Gegensatz dazu war dies für Berichte des medizinischen Controllings nicht vorgesehen.

- 42.2** Nach Ansicht des RH wäre das Zusammenführen des strategischen Unternehmenscontrollings mit den einzelnen Spartencontrolling-Aktivitäten in einer Abteilung zweckmäßig. Dadurch könnten die verschiedenen Controllingauswertungen gebündelt und aufeinander abgestimmt, Zusammenhänge für die Zentralkommission besser ersichtlich und auch die Controllinganalysen der Anstaltsleitungen vereinfacht werden.

Der RH empfahl weiters, für alle Bereiche (insbesondere für das medizinische Controlling) verpflichtende Stellungnahmen an die Zentralkommission einzuführen.

Regionalisierung der
Krankenanstalten

42.3 Laut Stellungnahme der Steiermärkischen Landesregierung plane der Vorstand die Schaffung einer Stabsstelle für strategisches Controlling, in der die einzelnen Spartencontrolling-Aktivitäten zusammengeführt würden. Insbesondere durch die gewachsenen Spartencontrollingsysteme käme es zu Unterschieden in den Informationen, die aber weitgehend harmonisiert worden seien. Im Rahmen der geplanten Dezentralisierung sei ein neues Controllingtool entwickelt worden, das zeitnahe Plan-Ist-Vergleiche bis auf Abteilungsebene ermögliche. Die Anregung, auch beim medizinischen Controlling verpflichtende Stellungnahmen einzuholen, sei aufgenommen worden.

43.1 Die KAGes fasste ihre Krankenanstalten, mit Ausnahme des LKH – Universitätsklinikums Graz, in vier Regionen zusammen.¹⁾ Inwieweit die Aufgabenverlagerung in die Regionen zu Einsparungen in der Zentralkonferenz führen werde, war nicht bekannt.

¹⁾ Region Nord-Ost: Mürzzuschlag-Mariazell, Leoben-Eisenerz, Bruck an der Mur
Region Nord-West: Bad Aussee, Rottenmann, Judenburg-Knittelfeld, Stolzalpe
Region Süd-Ost: Hartberg, Weiz, Fürstenfeld, Feldbach, Bad Radkersburg
Region Süd-West: Hörgas-Enzenbach, Graz West, Landesnervenklinik Sigmund Freud, Voitsberg, Deutschlandsberg, Schwanberg, Wagner

Die Regionalkonferenzen (Organe der Regionen) begannen sich 2005 zu konstituieren. Ihre Aktivitäten wiesen im Wesentlichen jene Inhalte auf, die die kollegialen Führungen ohnehin zu besorgen gehabt hätten.

43.2 Der RH befürwortete grundsätzlich die Regionalisierung der Krankenanstalten, weil damit Aufgaben und Verantwortung unmittelbar an den Leistungserbringer Krankenanstalt herangebracht werden. Er bemängelte jedoch, dass die Regionalisierung bisher zu keinen personellen Konsequenzen in der Zentralkonferenz geführt hat.

Der RH empfahl, die Tätigkeiten der Regionalkonferenzen zu intensivieren, vor allem in jenen Bereichen, wo unmittelbar Kosteneinsparungen, wie z.B. in der medizinischen Leistungserbringung und bei einer interdisziplinären Personalbewirtschaftung, zu erwarten sind.

43.3 Laut Stellungnahme der Steiermärkischen Landesregierung sei eine Abschätzung der Potenziale und des Nutzens von Aufgabenverlagerungen in die Regionen sowie der Einsparungen in der Zentralkonferenz geplant. Bei der Neuorganisation werde der Aspekt eines erweiterten Handlungsspielraumes für die regionalen Ebenen in die Betrachtungen miteinbezogen werden. Daneben würden zukünftig auch Krankenhausverbände sowie Kooperationen zwischen benachbarten Krankenhäusern forciert.

Organisation der Gesellschaft

Dezentralisierung der Personalverwaltung

44.1 Die Personalabteilung der Zentralklinik lagerte Agenden der Personaladministration – außer für Ärzte – an die Krankenanstalten aus.

Zwischen 2000 und 2003 erfolgte die Dezentralisierung der Personalverwaltung für das LKH – Universitätsklinikum Graz, wovon rd. 4.600 vollzeitäquivalente Mitarbeiter umfasst waren.

Im Zeitraum zwischen März 2003 und Anfang Oktober 2007 konnten rd. 45 % der Dezentralisierung der Personalverwaltung für die anderen KAGes-Krankenanstalten abgeschlossen werden. Die Anzahl der vollzeitäquivalenten Referenten in den Personalverwaltungen der LKH erhöhte sich wesentlich stärker als der Dienstpostenplan der Personalabteilung in der Zentralklinik sank.

44.2 Der RH bemängelte die langsame Umsetzung der Dezentralisierung der Personaladministration. Weiters beanstandete er, dass die Dienstpostenreduzierung in der Zentralklinik infolge der Dezentralisierung verglichen mit den zu administrierenden KAGes-Mitarbeitern unverhältnismäßig gering war.

44.3 *Laut Stellungnahme der Steiermärkischen Landesregierung liege die Erhöhung der Referenten in den Personalverwaltungen der Krankenanstalten zum einen in den erhöhten Anforderungen wegen der Dezentralisierung und zum anderen durch die Übernahme zusätzlicher Aufgaben (z.B. Verrechnung der Telefongebühren, Speisegebühren, Parkraumbewirtschaftung etc.) begründet. Die lange Umsetzungsdauer sei auf den jeweils individuellen Unterstützungsbedarf der jeweils betroffenen Krankenanstalt und auf Änderungen im Personalbereich (in den Krankenanstalten und auch in der Zentralklinik) zurückzuführen.*

44.4 Der RH erwiderte, dass es sich bei den neuen Aufgabenfeldern überwiegend um Tätigkeiten handelt, die in der Regel automationsunterstützt erledigt werden können und nur einen geringen Personaleinsatz erfordern.

Für die weitere Dezentralisierung der Personalverwaltung in den restlichen Krankenanstalten empfahl der RH eine zügige und zielgerichtete Vorgangsweise, da nunmehr ausreichend Erfahrungswissen in der Zentralklinik vorhanden ist.



Modellvorschläge
zur KAGes-
Neuorganisation

45.1 Der Diskussionsprozess zur Reform der KAGes (KAGes-neu) und damit auch über die Organisationsform der Zentralklinik wurde durch einen Bericht des Steiermärkischen Landesrechnungshofes aus dem Jahr 1999 ausgelöst.

Zwischen 2000 und 2004 erarbeiteten mehrere Berater Konzepte zur Reorganisation der KAGes. Auch die Geschäftsführung legte dem Aufsichtsrat Ausarbeitungen zu KAGes-neu vor.

Ein im Februar 2006 vom Aufsichtsrat der KAGes eingesetzter Sonderprüfungsausschuss beschäftigte sich ebenfalls mit der Reorganisation der KAGes und ihrer Betriebe. Der Ausschuss legte im Dezember 2006 einen Schlussbericht vor. Dieser enthielt u.a. zwei Organisationsmodelle zu KAGes-neu, die im Wesentlichen die bisherigen Studien systematisierten und zusammenfassten.

Die Reform war bis Ende 2007 noch nicht abgeschlossen und verursachte insgesamt über 850.000 EUR an Beratungskosten.

45.2 Der RH bemängelte, dass es den Organen der KAGes bis 2007 nicht gelungen war, ein tragfähiges, neues Organisationsmodell zu beschließen. Die Ergebnisse des Sonderprüfungsausschusses sowie zum Teil jene der Berater waren nicht geeignet, eine Entscheidungsgrundlage zu bieten, da sie im Wesentlichen die Erkenntnisse der vorhergegangenen Studien vertieften.

46.1 Die KAGes-Geschäftsführung legte dem Aufsichtsrat im Dezember 2007 neuerlich ein Modell für die Organisationsänderung KAGes-neu vor.

Nach diesem Modell sollte das Unternehmen in zwei zentrale Unternehmensbereiche – Medizin und Pflege (Kernbereich) und Dienstleistungs-(Service)bereich – ausgerichtet werden. Die Unternehmensspitze sollte nach dem Muster einer Holding gestaltet sein, die die Strategie-, Finanzierungs-, Management- und Richtlinienkompetenz für die Gesamtorganisation wahrnimmt. Für die Geschäftsführung (Vorstand) werde ein Dreivorschlag präferiert.

Die operative Geschäftsführung sollten die vier Regionalmanager und ein Vertreter der Anstaltsleitung des LKH – Universitätsklinikums Graz innehaben. Die Führung der Krankenanstalten sollte weiterhin dem Prinzip der kollegialen Führung folgen und die Organisation des Dienstleistungssektors sollte sich an dem Profit Center-Prinzip orientieren.

Organisation der Gesellschaft

Der Aufsichtsrat traf keine Entscheidung über dieses Organisationsmodell.

46.2 Dazu stellte der RH fest, dass das Organisationsmodell der Geschäftsführung der KAGes vom Dezember 2007 in seiner Grundkonzeption keine wesentlichen Neuerungen im Vergleich zu den bisher diskutierten Modellen aufwies.

Modellvorschlag
des RH zur KAGes-
Neuorganisation

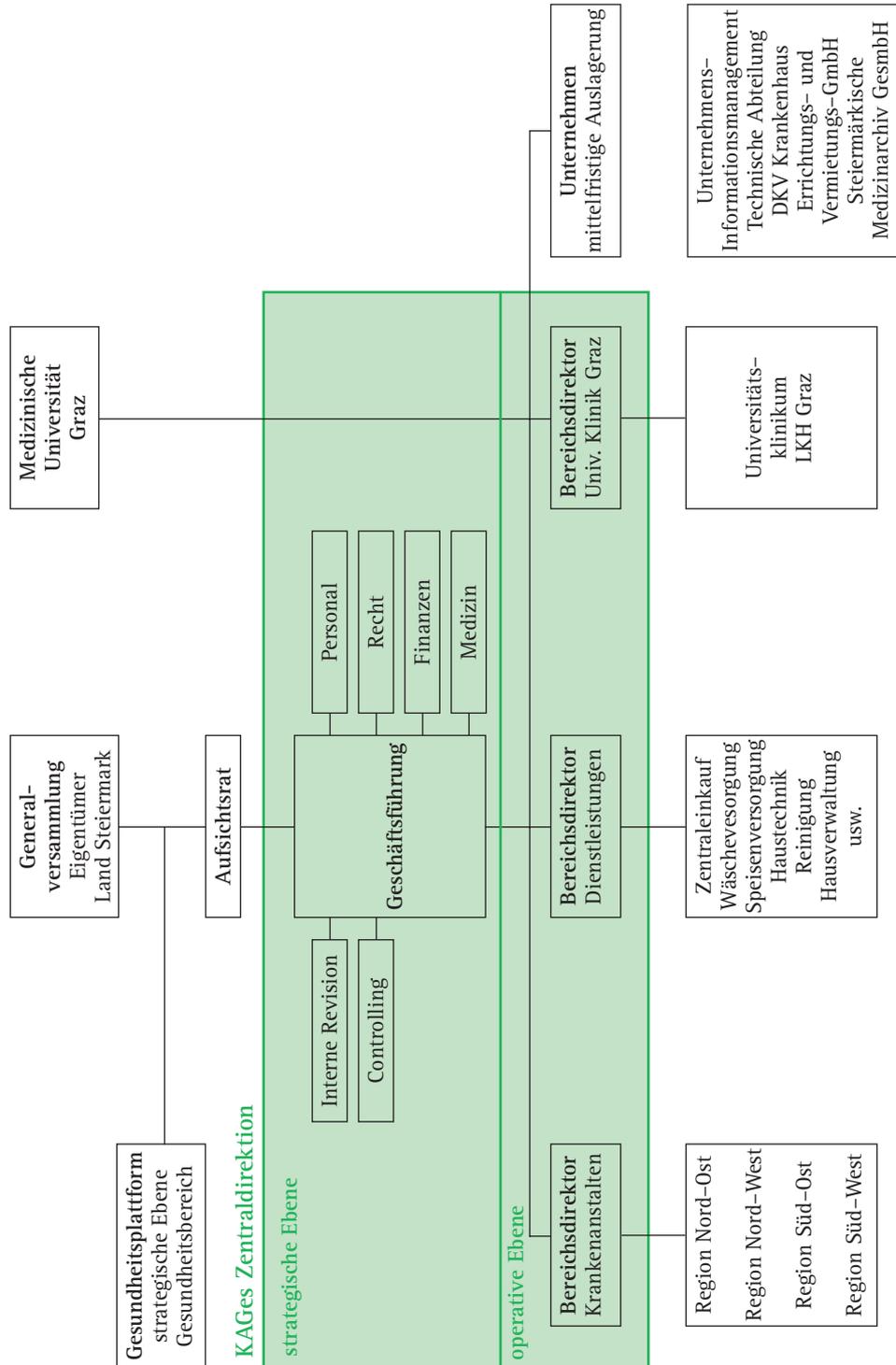
47.1 Alle seit dem Jahr 2002 entwickelten Modellvorschläge enthielten drei wesentliche Elemente:

- Strukturelle Trennung zwischen Kernaufgaben (medizinische Therapie, Behandlung und Pflege) und Dienstleistungsaufgaben (z.B. Wäsche- und Speiserversorgung, Reinigung, IT-Leistungen oder Leistungen der Baudirektion),
- Verlagerung von Aufgaben der Zentralklinik zu den Regionalmanagern und Krankenanstalten sowie
- Schaffung einer ökonomisch und organisatorisch tragfähigen Zusammenarbeit mit dem klinischen Bereich der Medizinischen Universität Graz und dem LKH – Universitätsklinikum Graz.

47.2 Ausgehend von den seit dem Jahr 2000 entwickelten Organisationsmodellen und den bereits getroffenen Maßnahmen (z.B. Schaffung von Regionalkonferenzen) schlug der RH als Diskussionsvorschlag folgendes Modell zur Neuorganisation der KAGes vor:



Vorschlag RH zur KAGes–neu



Organisation der Gesellschaft

Für die strategische Geschäftsführung sollten die Kompetenzen und Verantwortungen eindeutig festgelegt sein. Als Stabsstellen für die Geschäftsführung wären die Innenrevision und ein zentrales Controlling vorgesehen.

Die operative Ebene wäre mit den drei Bereichsdirektoren mit Procura auf drei Entscheidungsträger reduziert und deren Zuständigkeiten sowie Verantwortungen für das LKH – Universitätsklinikum Graz sowie die Kernaufgaben Krankenanstalten und Dienstleistungsaufgaben wären eindeutig festgelegt.

Aufgaben aus der Zentraldirektion wären über die Regionalkonferenzen an die KAGes–Krankenanstalten abzutreten.

Die vier Abteilungen Personal, Recht, Medizin und Finanzen würden unmittelbar der Geschäftsführung unterstellt, in einer Matrixorganisation fachliche Hilfestellung für die drei Bereichsdirektionen leisten, um eine einheitliche Betriebsführung der KAGes–Häuser zu gewährleisten. Die Aufgaben – wie z.B. Erstellung der Teilbudgets, der Dienstpostenpläne, des medizinischen Versorgungsangebotes nach Maßgabe des ÖSG 2006 bzw. RSG – wären soweit wie möglich an die Regionalkonferenzen zu übertragen.

Die bisherigen Fachbereiche Baudirektion und Unternehmens–Informations–Management könnten mittelfristig als eigene Unternehmen ausgelagert werden.

Mit der Umsetzung dieses Modells könnte eine auf strategische Konzepte fokussierte Zentraldirektion die Entscheidungsprozesse effektiver gestalten.

47.3 *Laut Stellungnahme der Steiermärkischen Landesregierung werde die Weiterentwicklung der KAGes intensiv vom Vorstand vorbereitet. Darin sei die organisatorische Strukturierung in einen strategischen Führungsbereich, einen Kernbereich und in Dienstleistungen vorgesehen. Weiters seien die Dienstleistungen innerhalb der KAGes in Zukunft im Rahmen von ergebnisverantwortlichen Einheiten zu erbringen. Die verstärkte Dezentralisierung solle durch Globalbudgets in Angriff genommen werden.*



Der neue Vorstand der KAGes (seit 1. April 2008) bestehe aus einem Vorstandsvorsitzenden und zwei Vorstandsmitgliedern für Medizin und Finanzen. Dies erscheine der Größe und Struktur der KAGes sowie der Wahrung des Mehraugenprinzips angepasst und auch im nationalen und internationalen Vergleich als angemessen. Gleichzeitig solle die Ebene der Bereichsdirektoren aufgehoben werden, wodurch es zu einer Verkleinerung der Führungsebene von derzeit sechs (zwei Vorstandsdirektoren und vier Bereichsdirektoren) auf drei komme. Ein weiterer Vorteil bestünde in der direkten Anbindung an die operative Ebene.

Sonstige Feststellungen

48 Sonstige Feststellungen und Empfehlungen des RH betrafen

- organisatorische und inhaltliche Maßnahmen der KAGes in Bezug auf den Ablauf sowie die Kontrolle von Bauvorhaben, insbesondere die Einführung eines Risikomanagements, zu dessen Verwirklichung der RH empfahl, die bereits in der Gesellschaft bestehenden organisatorischen Strukturen, Konzepte und Maßnahmen zu nutzen bzw. umzusetzen,
- die geplante Errichtung einer zentralen Wäschesterilisation in der KAGes, von der nach Ansicht des RH abzusehen wäre und die Mittel für andere dringend erforderliche Investitionen freizugeben wären, weil die Eigenversorgung gegenüber einer vollständigen Fremdvergabe bei beinahe gleich hohen Kosten unzweckmäßig wäre, sowie
- die Nachbesetzung der vom Bund finanzierten Dienstposten der Vorstände der Universitätskliniken für Urologie und Unfallchirurgie an der Medizinischen Universität Graz, die seit dem Jahr 2004 unbesetzt waren und der KAGes einen Mehraufwand von rd. 142.500 EUR im Jahr 2007 verursachten. Der RH empfahl der KAGes, im Rahmen des geplanten Kooperationsvertrages mit der Medizinischen Universität Graz, eine Vereinbarung über das von beiden Rechtsträgern bereitzustellende Personal zu treffen.

Schlussbemerkungen/Schlussempfehlungen

49 Zusammenfassend hob der RH die nachstehenden Empfehlungen hervor.

Land Steiermark

(1) Die Finanzierung der stationären Krankenversorgung wäre neu zu organisieren. Alle Finanzmittel wären im Gesundheitsfonds Steiermark zu konzentrieren und eine leistungsbezogene Verteilung der Mittel wäre sicherzustellen. (TZ 3)

(2) Aufgrund der finanziellen Mehrbelastung im Bereich der Krankenanstalten wären strukturelle Maßnahmen im medizinischen Leistungsangebot sowie organisatorische Änderungen bei der KAGes zu ergreifen. (TZ 4)

(3) Der Übertragungsvertrag wäre auf eine bedarfsorientierte Finanzierung umzustellen. (TZ 5)

(4) Eine länderübergreifende Planung des medizinischen Leistungsangebotes wäre durchzuführen. (TZ 18)

Land Steiermark und Steiermärkische Krankenanstaltengesellschaft m.b.H.(KAGes)

(5) Spätestens nach Fertigstellung des Regionalen Strukturplanes Gesundheit wären Umsetzungskonzepte für den medizinischen Struktur- und Angebotsplan 2010 auszuarbeiten. (TZ 15)

(6) Neue Versorgungsstrukturen (z.B. Fünf-Tages-Stationen, interdisziplinäre Belegung, Tageskliniken) wären in den LKH zu evaluieren und umzusetzen. (TZ 16, 17)

(7) Zur Nutzung von Synergien sowie Effizienzsteigerung und Einhaltung von Strukturqualitätskriterien wäre langfristig eine Entflechtung des Leistungsspektrums der Allgemeinchirurgien und der unfallchirurgischen Leistungen anzustreben. (TZ 20)

(8) Die Restrukturierungen des chirurgischen Versorgungsangebotes (TZ 21 bis 25), im Bereich der Inneren Medizin (TZ 26 bis 29) und im Bereich der Gynäkologie und Geburtshilfe wären fortzusetzen. (TZ 30 bis 33)

(9) Die Entscheidung für den Neubau LKH Bad Aussee wäre nochmals auf ihre Zweckmäßigkeit zu hinterfragen. (TZ 23)



Steiermärkische
Krankenanstalten-
gesellschaft m.b.H.
(KAGes)

(10) Eine Konzentration der stationären und tagesklinischen Behandlung an einem Standort für die Pulmologie (Lungenheilkunde) wäre anzustreben. (TZ 34)

(11) Die geplante Abteilung für Psychiatrie am LKH Leoben wäre entgegen der Planung im MSAP mit 65 Betten zu errichten. (TZ 35)

(12) Das Modell des RH zur KAGes-Neuorganisation wäre als Diskussionsgrundlage in die weiteren Organisationsvorschläge miteinzubeziehen. (TZ 47)

(13) Die Preise und Konditionen sämtlicher Arzneimittellieferanten wären zu vereinheitlichen. (TZ 10)

(14) Die Umsetzung des Projektes zur Laboroptimierung sollte zügig vorangetrieben werden. (TZ 11)

(15) Das im Unternehmen vorhandene Expertenwissen wäre besser zu nutzen, um unzweckmäßigen Beratungsaufwand zu vermeiden. (TZ 12)

(16) Die Möglichkeit einer Rückforderung der Beraterkosten für die Energieabgabenrückvergütung wäre zu prüfen. (TZ 13)

(17) Der Managementvertrag, der nur mehr Beraterleistungen beinhaltet, wäre nach Abrufung der Mindestabnahmesumme von 800.000 EUR aufzulösen. (TZ 40)

(18) Durch die Auslagerung von Aufgaben an die Krankenanstalten wäre die Anzahl der Bediensteten in der Zentraldirektion zu reduzieren. (TZ 37)

(19) Die Wirtschaftspläne und Quartalsberichte wären nach dem Vorbild der monatlichen Controllingberichte zu adaptieren. (TZ 38)

(20) Die Wirtschaftspläne wären zeitgerecht zu beschließen und zu genehmigen. (TZ 39)

Schlussbemerkungen/
Schlussempfehlungen

(21) Eine Zusammenführung aller Controlling-Aktivitäten in einer Abteilung wäre zweckmäßig. Alle Bereiche sollten verpflichtend Stellungnahmen an die Zentralkonferenz abgeben. (TZ 42)

(22) Die Tätigkeiten der Regionalkonferenzen sollten intensiviert werden. (TZ 43)

Wien, im Dezember 2008

Der Präsident:

Dr. Josef Moser